

Quelles sont les nouveautés dans la mise à jour 2022?

Directives sur le diabète sucré de type 2

Dans la mise à jour des directives sur le diabète sucré de type 2 [1], le réseau de médecins de famille *mednetbern* se concentre sur l'établissement de nouveaux médicaments basés sur l'évidence et les changements de traitement qui en découlent. De nouvelles valeurs cibles pour les comorbidités cardiovasculaires, l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie, mais aussi des aspects importants pour la médecine de famille, comme l'aptitude à la conduite et la capacité de travail, complètent ces directives destinées aux médecins de premier recours.

Amato Giani^a, Stefan Schäfer^a, Beat Müller^b

^a mednetbern; ^b médecin consultant

Résultats [2, 3]

Les bases n'ont pas changé!

- Le questionnaire de dépistage FINDRISK [4, 5] reste la pierre angulaire du case-finding.
- La pose du diagnostic repose sur chacune des quatre valeurs de laboratoire suivantes: glycémie veineuse à jeun $\geq 7,0$ mmol/l; glycémie veineuse aléatoire $\geq 11,1$ mmol/l; HbA1c $\geq 6,5\%$; test de tolérance au glucose par voie orale (OGTT): $\geq 11,1$ mmol après deux heures.
- Les valeurs cibles d'HbA1c sont les suivantes: $< 7\%$ pour les diabétiques de < 70 ans; $7-7,5\%$ pour les diabétiques de ≥ 70 ans (en cas de fragilité $8-8,5\%$, en veillant à éviter les hypoglycémies).
- Les mesures thérapeutiques générales (modification du mode de vie, information, accord sur les objectifs thérapeutiques et leur contrôle, mobilisation de l'entre-aide, instructions de soins) restent prioritaires dans le traitement.

Nouveautés

- Le diagnostic de prédiabète (CIM-10 R73) est défini dans la section Case-Finding par

les valeurs de laboratoire suivantes: glycémie veineuse à jeun $5,6-6,9$ mmol/l; ou glycémie veineuse aléatoire $7,8-11,0$ mmol/l; ou HbA1c $5,7-6,4\%$.

Pharmacothérapie:

Un traitement médicamenteux est nécessaire si la valeur cible d'HbA1c n'a pas été atteinte après un changement de mode de vie durant 3 mois. En cas de valeurs très élevées (HbA1c $> 10\%$), un traitement médicamenteux est immédiatement mis en place. Nous faisons la distinction entre le traitement initial et le traitement add-on. Le concept de traitement de première à quatrième ligne est abandonné.

Traitement initial

Metformine (réduction de la dose de 50% en cas d'insuffisance rénale de stade KDIGO 3b, arrêt à partir de KDIGO 4).

En cas d'intolérance à la metformine ou d'insuffisance rénale, les inhibiteurs du SGLT-2 (officiellement jusqu'à KDIGO 3b), les analogues du GLP-1 ou les inhibiteurs de la DPP-4 sont recommandés.

En cas de comorbidités cardiovasculaires, la metformine doit être associée précocement

à un inhibiteur du SGLT-2 et/ou à un analogue du GLP-1. L'insuline a sa place dans le traitement initial en cas de décompensation aiguë du métabolisme du glucose.

Traitement add-on

Si le traitement initial ne permet pas d'atteindre la valeur cible d'HbA1c (il convient de tenir compte des limitations de nature médico-assurantielle, voir la liste des spécialités!) [6].

Inhibiteurs du SGLT-2 en cas d'insuffisance cardiaque et/ou rénale et/ou de risque cardiovasculaire.

Analogues du GLP-1 en cas de priorité donnée à la perte de poids et/ou de risque cardiovasculaire élevé.

Inhibiteurs de la DPP-4 appropriés en cas d'insuffisance rénale sévère.

Insuline basale (éventuellement plus insuline prandiale à action rapide) ou insuline mixte.

Un nouveau traitement par sulfonyles doit uniquement encore être instauré dans des cas justifiés.

Un tableau pratique pour le choix des différentes classes de médicaments en fonction du scénario clinique est intégré dans les lignes directrices.

La chirurgie bariatrique joue un rôle supplémentaire distinct dans le traitement du diabète sucré de type 2.

Valeurs cibles pour la pression artérielle et le cholestérol LDL

- Pour les diabétiques de type 2, la valeur cible de pression artérielle est de <130/90 mm Hg.
- Les valeurs cibles de cholestérol LDL diffèrent en fonction de la charge de morbidité: diabète avec atteintes d'organes cibles: <1,4 mmol/l; diabète sans atteintes d'organes cibles: <1,8 mmol/l; diabète sans atteintes d'organes cibles et durée du diabète <10 ans: <2,6 mmol/l.

Capacité de travail

Les conséquences de l'hyperglycémie chronique (acuité visuelle, polyneuropathie) ou les hypoglycémies menaçantes (conductrices professionnelles et conducteurs professionnels) peuvent compromettre l'exercice de la profession actuelle. Pour les jeunes diabétiques de type 2, nous recommandons donc, en fonction de leur activité, l'instrument de la détection et de l'intervention précoces de l'assurance-invalidité [7].

Aptitude à la conduite [8]

1^{er} groupe (voiture particulière, moto): Chez les patientes et patients informés, le principe applicable est celui d'un contrôle glycémique stable, sans hypoglycémies ou hyperglycémies susceptibles d'avoir une incidence sur la conduite. Dans la mesure du possible, les sulfonurées ou l'insuline ne doivent pas être prescrites. Si un traitement avec ces préparations est nécessaire, une instruction précise doit être donnée (fiche d'information sur la conduite automobile en cas de diabète sucré).

2^e groupe (camion, transport de personnes, autobus): Il est recommandé d'adresser les patientes et patients à des diabétologues ou à des médecins du trafic. Le transport professionnel de personnes est généralement interdit en cas de traitement par insuline.

Conclusion, perspectives

Les considérations détaillées sur le traitement médicamenteux dans ces directives entendent tenir compte des nombreuses nouvelles connaissances et de l'évolution dynamique réjouissante. Le rajeunissement croissant de la population concernée (épidémie d'obésité, manque d'activité physique) souligne la nécessité d'adopter des mesures préventives dans le sens d'une modification du mode de vie. Les membres de mednetbern exerçant dans le domaine de la médecine du trafic recommandent

une instruction plus intensive des automobilistes qui doivent être traités par insuline ou sulfonurées. Il semblerait que les diabétiques de type 2 concernés conduisent souvent sans avoir pris connaissance de la fiche d'information sur la conduite automobile en cas de diabète sucré.

Le guide est disponible sous forme d'annexe en ligne en tant que document séparé à l'adresse: www.primary-hospital-care.ch

Conflict of Interest Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Correspondance

Dr méd. Amato Giani
Spécialiste FMH en médecine interne générale
Praxis Giani, mednetbern AG
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
[amato.giani\[at\]hin.ch](mailto:amato.giani[at]hin.ch)

Références

- 1 <https://www.mednetbern.ch/publications/mellitus-update-2022.pdf>
- 2 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). www.easd.org/statements.html
- 3 Recommandations de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SGED-SSSD) pour le traitement du diabète de type 2 (2020). https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2020_Swiss_Recomm_Medis_FR_def.pdf
- 4 Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*. 2003 Mar;26(3):72531. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.3.725> PMID:12610029
- 5 <https://www.mednetbern.ch/publications/fragebogen.pdf>
- 6 <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html>
- 7 <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/grundlagen-gesetze/les-prestations-de-las-surance-invalidite/iv-eingliederung/iv-frueherfassung.html>
- 8 Directives concernant l'aptitude et la capacité à conduire lors de diabète sucré. https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2018_10_10_Neue-Auto-Richtlinien_SGED_FR_def.pdf