

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 7 janvier 2020

Hôpital cantonal de Genève

Prise en charge du diabète en 2020 : traitement et complications

Dr F. Jpnayvaz/ Dr K. Gariani

2 patients prétextes :

Le 1^{er} un homme de 65 ans, diabétique de type 2 depuis 9 ans. Glycémies insuffisamment contrôlées d'après le cardiologue (angor stable).

Ttt : Metformine 1 g 2x/j

Sitagliptine (Januvia®) 100 mg/j

Labo : HbA1c 8.2%, BMI 31.4 kg/m², eGFR 58 ml/min, ACR 6 mg/mmol (albumin/creatinin ratio urin)

Que faire ?

On nous rappelle les complications macrovasculaires (AVC et maladies cardiovasculaires, artériopathie des mbres inf.), et microvasculaires (rétinopathie, et néphropathie), et les polyneuropathies (PNP).

Le dépistage de la coronaropathie asymptomatique chez le diabétique n'est pas recommandé. Juste un ECG... On cherche surtout à modifier le style de vie et à optimiser les FRCV (facteurs de risque cardiovasculaires).

La néphropathie diabétique reste la 1^{ère} cause d'IRC (insuffisance rénale chronique).

On distingue l'IRC de l'albuminurie.

Les signes d'une atteinte précoce sont l'hyperfiltration/eGFR > 90 ml/kg) et la microalbuminurie (30-300 mg/g).

On recommande 1x/an un spot urinaire (ACR) et l'estimation du eGFR.

Optimiser le contrôle glycémique et tensionnel pour ralentir la progression IEC ou Sartan si TA > 140/90 mmHg ou ACR > 3 mg/mmol.

(Attention aux risques d'hypoglycémie si atteinte rénale + insuline et/ou sulfonylurée).

Pour ce qui est des antidiabétiques et de l'insuffisance rénale :

- les gliptines (ou inhibiteurs DPP4) : Januvia®, Galvus®, Onglyza® on divise la dose par 2 entre 60 et 45 ml d'eGFR, par 4 en dessous de 30 ml.
- les analogues du GLP1 injectables : Victoza®, Trulicity®, Ozempic®, ça va jusqu'à un eGFR de 30 ml ensuite stop...
- la metformin, on arrête en dessous d'un eGFR de 30-45 ml

Les gliflozines (inhibiteur du SGLT2) (réabs. tubulaire du glucose)... Forxiga®, Jardiance®, Invokana®, on les arrête en général en dessous d'un eGFR de 50ml.

- les sulfonylurées (Gliclazide®), on les arrête en dessous de 45 ml.

(On nous rappelle que c'est une faute d'associer gliptines et analogues du GLP1)

La cible d'HbA1c dépendra du risque d'hypoglycémies, de la durée de la maladie, de la durée de vie prévue, des comorbidités, de la situation vasculaire, des préférences du patient, et des ressources du système de santé local.

Pour ce qui est de la puissance des différentes molécules à faire baisser l'HbA1c... Il faut compter sur un max de -2% pour sulfonyles, Metformine, -1% pour les inhibiteurs du SGLT2 et les analogues du GLP1 et -0.8% pour les inhibiteurs de la DPP4.

Le ttt du patient No 1 est modifié avec rajout de l'empagliflozine 10 mg/j (inhib. du SGLT2) et la metformine est diminuée à 2x850 mg/j (cf eGFR 58ml'). Le lisinopril 5 mg/j est rajouté en raison de la microalbuminurie, ainsi que l'atorvastatine > 40 mg/j pour atteindre un LDL < 1.4 mmol/l.

En effet pour les patients à très haut risque le CV de la cible LDL est < 1.4 mmol/l (atteinte CV).

Pour les patients à risque élevé, elle est à 1.8 mmol/l (diabète de durée de > 10 ans) et, pour ceux à risque modéré, elle est à 2.2 mmol/l (patient plus jeunes avec diabète < 10 ans).

Il existe aux HUG une consultation « lipides » par une infirmière coordinatrice : Mme Elise Guillermet (079/553.55.08, elise.guillermet@hcuge.ch).

Le 2^{ème} cas est une patiente de 72 ans, DMII depuis 18 ans avec un ulcère plantaire sur la base du gros orteil droit (O1D), la vue qui baisse, sous Metformine 2x500 mg/j, Gliclazide ret. 60 mg/j et insuline glargine U100 à 42U (Lantus®) le soir.

Ses valeurs sont :

- HbA1c 5.8%, BMI 33.8 kg/m², eGFR 29 ml', pallesthésie 2/8 O1 ddc, pouls tibiaux palpés et pédieux absents.

Que faisons-nous ?

La neuropathie diabétique est fréquente (> 30% des patients).

Elle peut être sensitivo-motrice, douloureuse, autonome...

Il faut examiner les extrémités, pallesthésie, ROT (reflexes ostéo tendineux), thermoalgésie.

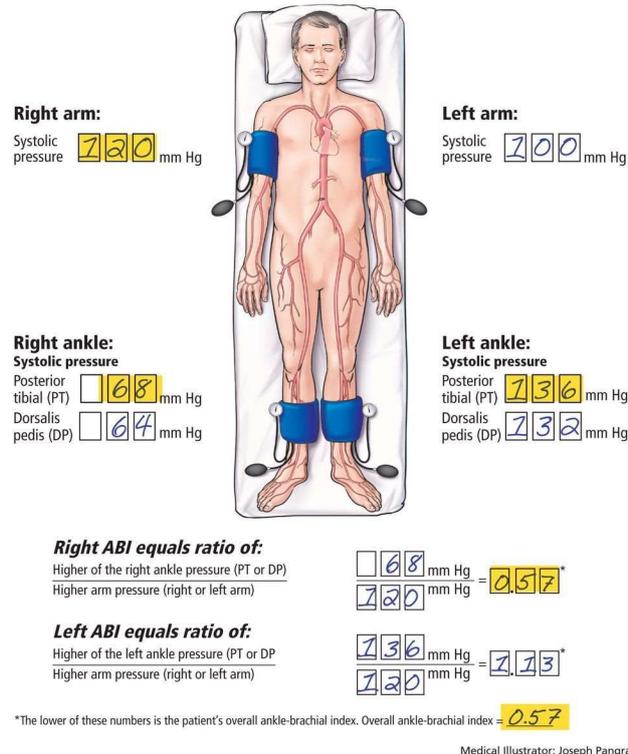
Exclure un autre déficit : Vit B12, TSH, fonction rénale (évent. immunoélectrophorèse, HIV).

Pour les douleurs, Prégabaline / Duloxétine...

Rechercher l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) (cf claudication intermittente, fatigue dans les jambes).

Un test : l'ABI (ankle brachial index) si < 0.9 ou > 1.4, AOMI probable...

■ How to calculate the ankle-brachial index



Le pied diabétique c'est la 1^{ère} cause d'amputation non-traumatique.

40% de récidence à 1 an, 85% des amputations sont précédées d'un ulcère.

Il y a des consultations spécialisées de prise en charge du pied diabétique aux HUG et à la Clinique des Grangettes.

La rétinopathie diabétique devient symptomatique lors de l'apparition d'un œdème maculaire (OM) ou de rétinopathie diabétique proliférative (RDP).

La photo-coagulation au laser est efficace tout comme les injections intra-vitréennes d'anti-VEGF.

On recherche plus la non aggravation que la réversibilité de la perte visuelle.

Il est crucial d'effectuer au moins 1x/an un dépistage de la rétinopathie chez le diabétique.

On nous rappelle que Metformine et insuffisance rénale ne font pas bon ménage, et qu'en dessous de 30 ml d'eGFR c'est **STOP**... probablement même aux alentours de 45 ml et que la prise chronique de Metformine est associée à un déficit de Vit B12...donc il faut la doser 1x/an...

La patiente no 2 va bénéficier de :

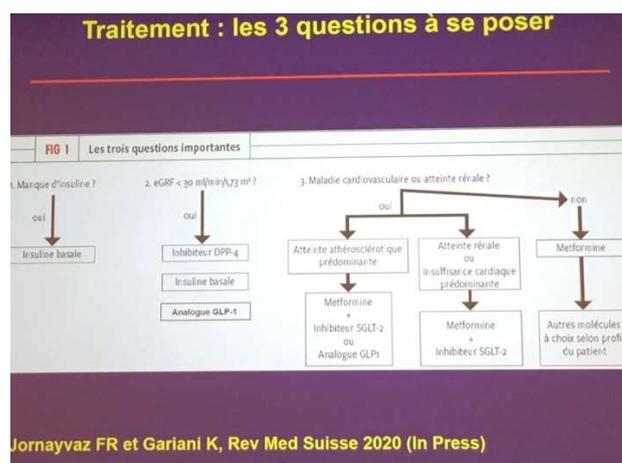
- la consultation du pied diabétique avec bilan angio-artériel complet confirmant IAMI stade 1. Après débridement et décharge, l'ulcère guérit en 4 semaines ; des chaussures orthopédiques avec semelles adaptées sont prescrites.
- Le FO montre une rétinopathie non-proliférative débutante bilatérale.
- Arrêt du gliclazide de la Lantus® et de la metformine (car avec une telle HbA1c devait sûrement faire des hypoglycémies), remplacés par mélange d'insuline degludec/liraglutide 16 U/j augmenté progressivement à 30 U/j. (Le liraglutide l'aidera à perdre du poids...).

Pour le dépistage et le suivi on nous recommande donc :

- Rétinopathie -> FO 1x/an
- Néphropathie ->Creat, spot urin. ACR 1x/an
- Neuropathie -> pallesthésie 1x/an
- Pied -> examen clinique 1x/an
- HbA1c -> ts les 3-6 mois
- Profil lipidique -> 1x/an

Les 3 questions à se poser c'est :

- Y a-t-il un manque d'insuline ?
Réponse = insuline basale
- Y a-t-il une insuffisance rénale (eGFR > 30 ml/') ?
Réponse = Inhibiteur DDP4 ou Insuline basale ou Analogue GLP-1
- Y a-t-il une maladie cardiovasculaire ou atteinte rénale ?
Réponse = si atteinte cardiaque et/ou atteinte rénale : metformine + inhib. SGLT2
si atteinte ni cardiaque ni rénale -> metformine





Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch