



**PC** Journées  
& Réunionnaises  
Plaies et Cicatrisations

*La passion des plaies...*

6<sup>eme</sup>  
Édition

Le diabète : les avancées thérapeutiques.  
Nouvelles recommandations.  
Prise en charge globale de la maladie diabétique

28 & 29 avril 2023 - Stella Matutina



## Déclaration de lien d'intérêt

Je ne déclare pas de lien d'intérêt en rapport avec cette présentation.



# Prise en charge thérapeutique du diabète de type 2: Dernière mise à jour des recommandations nationales

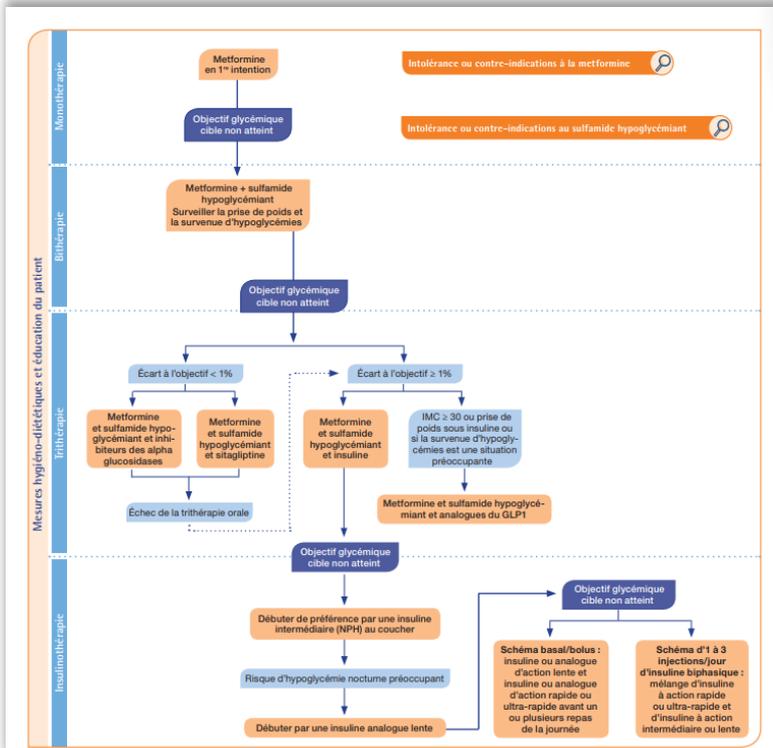


## ● Diagnostic et prise en charge

<p>RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE</p> <p>04 mars 2011</p> <p><b>Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil</b></p>	<p>RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE</p> <p>04 avr. 2013</p> <p><b>Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2</b></p>	<p>RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE</p> <p>13 févr. 2015</p> <p><b>Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète</b></p>
---	--	--

## ● Parcours de soins

<p>GUIDE PARCOURS DE SOINS</p> <p>24 avr. 2014</p> <p><b>Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte</b></p>	<p>OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES</p> <p>19 déc. 2014</p> <p><b>Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied ?</b></p>
--	---





# Prise en charge thérapeutique du diabète de type 2: Dernière mise à jour des recommandations nationales

## Chirurgie métabolique : traitement chirurgical du diabète de type 2 - Rapport d'évaluation

EVALUATION DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ - Mis en ligne le 10 oct. 2022



« La chirurgie métabolique peut être proposée aux patients atteints de diabète de type 2 et qui présentent une obésité de grade I (IMC compris entre 30 et 35 kg/m<sup>2</sup>) lorsque les objectifs glycémiques individualisés ne sont pas atteints, malgré une prise en charge médicale, notamment diabétologique et nutritionnelle, incluant aussi une activité physique adaptée, bien conduite, selon les recommandations de bonne pratique actuelles, pendant au moins douze mois.

### Informer les patients

L'information à apporter aux patients doit particulièrement aborder les points suivants :

- les rémissions du DT2 sont observées à trois ans dans 30 à 40 % des cas ;
- la rémission du DT2 peut ne pas être définitive et les patients peuvent, après plusieurs mois ou années, avoir besoin à nouveau d'antidiabétiques ;
- le suivi du dépistage des complications micro- et macro-angiopathiques devra être poursuivi ;
- il y a d'autres bénéfices que la rémission du DT2, tels que la désescalade thérapeutique, la perte de poids, la résolution d'autres comorbidités... ;
- il devra pouvoir bénéficier et s'astreindre à un suivi à vie après chirurgie métabolique.

Les patients doivent recevoir, en plus de ces points particuliers listés ci-dessus, les mêmes informations que celles données pour la CB.

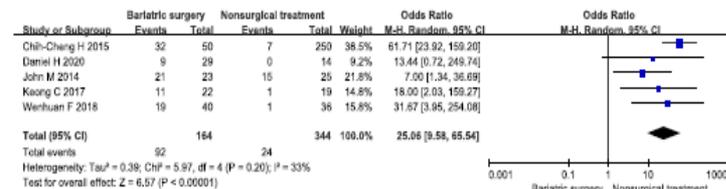
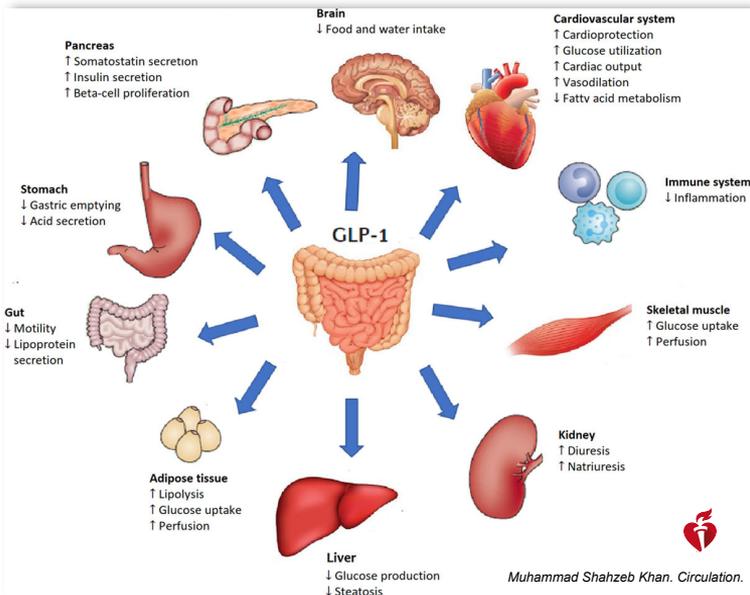


Fig. 1 Forest plot of patients reach diabetes remission after bariatric surgery compared to non-surgical treatment

Zhou et Zeng. *BMC Endocrine Disorders* (2023) 23:46

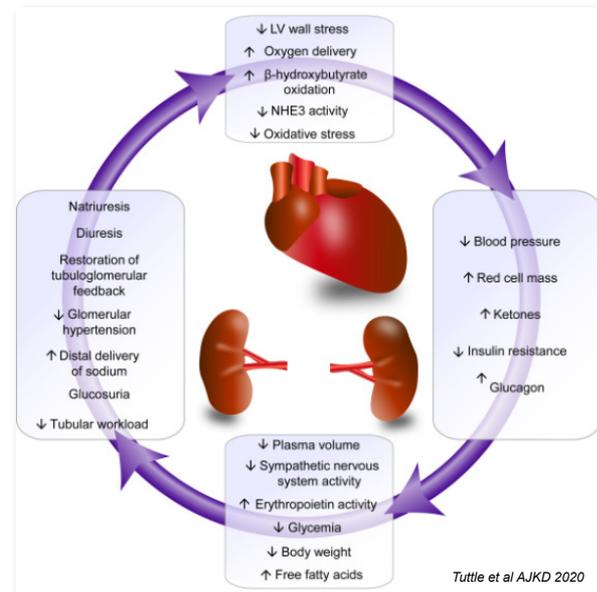


# Prise en charge thérapeutique du diabète de type 2: Nouvelles données depuis 2014.....



## Enrichissement Analogues du GLP-1

## Introduction des Inhibiteurs des SGLT2



## Effets des traitements au delà de la glycémie



### High to moderate certainty evidence

Among the most effective
Among the intermediate effective
Not convincingly different from standard treatment
Among the intermediate harmful
Among the most harmful

### Low to very low certainty evidence

Possibly among the most effective
Possibly among the intermediate effective
Possibly not convincingly different from standard treatment
Possibly among the intermediate harmful
Possibly among the most harmful

Shi Q et al. BMJ 2023

Interventions	All cause death (OR, 95%CI)	Cardiovascular death (OR, 95%CI)	Non-fatal myocardial infarction (OR, 95%CI)	Non-fatal stroke (OR, 95%CI)	Admission to hospital for heart failure (OR, 95%CI)	End stage kidney disease* (OR, 95%CI)	Health related quality of life score (OR, 95%CI)	Severe hypoglycaemia (OR, 95%CI)	Drug specific adverse events (OR, 95%CI)
SGLT-2 inhibitors	0.88 (0.83 to 0.94)	0.86 (0.80 to 0.94)	0.90 (0.82 to 0.98)	0.99 (0.88 to 1.11)	0.66 (0.60 to 0.73)	0.61 (0.55 to 0.67)	0.30 (0.10 to 0.49)	0.90 (0.79 to 1.02)	Genital infection 3.30 (2.88 to 3.78) Amputation 1.27 (1.01 to 1.61) Ketoacidosis 2.07 (1.44 to 2.98)
GLP-1 receptor agonists	0.88 (0.82 to 0.93)	0.87 (0.81 to 0.94)	0.91 (0.85 to 0.98)	0.85 (0.77 to 0.94)	0.91 (0.83 to 0.99)	0.83 (0.75 to 0.92)	0.17 (0.07 to 0.27)	0.98 (0.90 to 1.06)	Severe gastrointestinal events 1.97 (1.39 to 2.80)
Non-steroidal MRAs	0.89 (0.79 to 1.00)	0.88 (0.75 to 1.02)	0.91 (0.74 to 1.12)	1.00 (0.82 to 1.22)	0.78 (0.66 to 0.92)	0.83 (0.75 to 0.92)	-	0.64 (0.43 to 0.96)	Hyperkalaemia leading to hospital admission 5.92 (3.02 to 11.62)
Tirzepatide	0.83 (0.48 to 1.44)	1.00 (0.35 to 2.85)	0.69 (0.08 to 6.10)	-	0.63 (0.16 to 2.39)	0.68 (0.09 to 4.84)	0.39 (0.13 to 0.65)	1.13 (0.42 to 3.02)	Severe gastrointestinal events 4.59 (1.89 to 11.14)
Metformin	0.84 (0.67 to 1.04)	0.95 (0.48 to 1.88)	0.86 (0.68 to 1.09)	0.97 (0.71 to 1.33)	1.45 (0.28 to 7.36)	1.61 (0.36 to 7.24)	0.04 (-0.25 to 0.33)	1.73 (0.89 to 3.37)	Severe gastrointestinal events 2.22 (0.64 to 7.71)
α-glucosidase inhibitors	0.89 (0.30 to 2.61)	0.99 (0.21 to 4.70)	0.33 (0.06 to 1.92)	9.44 (0.76 to 116.58)	3.25 (0.13 to 82.49)	-	0.03 (-0.34 to 0.39)	1.30 (0.31 to 5.43)	Severe gastrointestinal events 3.40 (0.30 to 38.15)
Thiazolidinediones	0.95 (0.83 to 1.09)	0.93 (0.77 to 1.12)	0.97 (0.81 to 1.15)	0.85 (0.70 to 1.03)	1.54 (1.27 to 1.88)	0.69 (0.37 to 1.28)	0.20 (-0.13 to 0.52)	1.42 (0.97 to 2.10)	-
DPP-4 inhibitors	1.01 (0.95 to 1.08)	1.00 (0.92 to 1.09)	1.01 (0.92 to 1.11)	0.91 (0.80 to 1.03)	1.05 (0.95 to 1.16)	1.04 (0.93 to 1.16)	0.03 (-0.12 to 0.17)	1.11 (1.00 to 1.23)	-
Sulfonylureas	1.10 (0.97 to 1.26)	1.01 (0.83 to 1.23)	1.00 (0.83 to 1.22)	1.05 (0.84 to 1.32)	0.99 (0.79 to 1.23)	0.68 (0.37 to 1.24)	0.23 (-0.19 to 0.64)	5.22 (3.88 to 7.01)	-
Meglitinides	1.58 (0.51 to 4.92)	0.64 (0.11 to 3.69)	0.28 (0.05 to 1.60)	1.71 (0.26 to 11.40)	-	-	0.17 (-0.29 to 0.63)	3.21 (0.96 to 10.75)	-
Basal insulin	1.10 (0.81 to 1.49)	1.28 (0.83 to 1.99)	0.98 (0.47 to 2.06)	0.76 (0.33 to 1.77)	0.94 (0.62 to 1.43)	1.20 (0.62 to 2.30)	0.00 (-0.25 to 0.24)	2.38 (1.82 to 3.12)	-
Basal bolus insulin	0.79 (0.19 to 3.32)	2.23 (0.23 to 21.92)	0.33 (0.03 to 3.27)	0.58 (0.10 to 3.35)	-	-	-	4.94 (1.06 to 22.96)	-
Bolus insulin	0.48 (0.15 to 1.59)	1.05 (0.11 to 10.26)	1.18 (0.40 to 3.50)	0.86 (0.16 to 4.48)	0.64 (0.07 to 6.22)	2.55 (0.10 to 62.86)	-0.11 (-0.29 to 0.07)	2.46 (1.31 to 4.63)	-
Standard treatments	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference



# Prise en charge thérapeutique du diabète de type 2 : des recommandations HAS qui se font attendre.

## ● Diagnostic et prise en charge

RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

04 mars 2011

**Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil**

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

04 avr. 2013

**Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2**

RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

13 févr. 2015

**Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète**

## ● Parcours de soins

GUIDE PARCOURS DE SOINS

24 avr. 2014

**Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte**

OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

19 déc. 2014

**Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied ?**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

**NOTE DE CADRAGE « Stratégie thérapeutique du diabète du type 2 » : Fiche mémo et Parcours de soins intégrés**

Validée par le Collège le 10 juin 2020

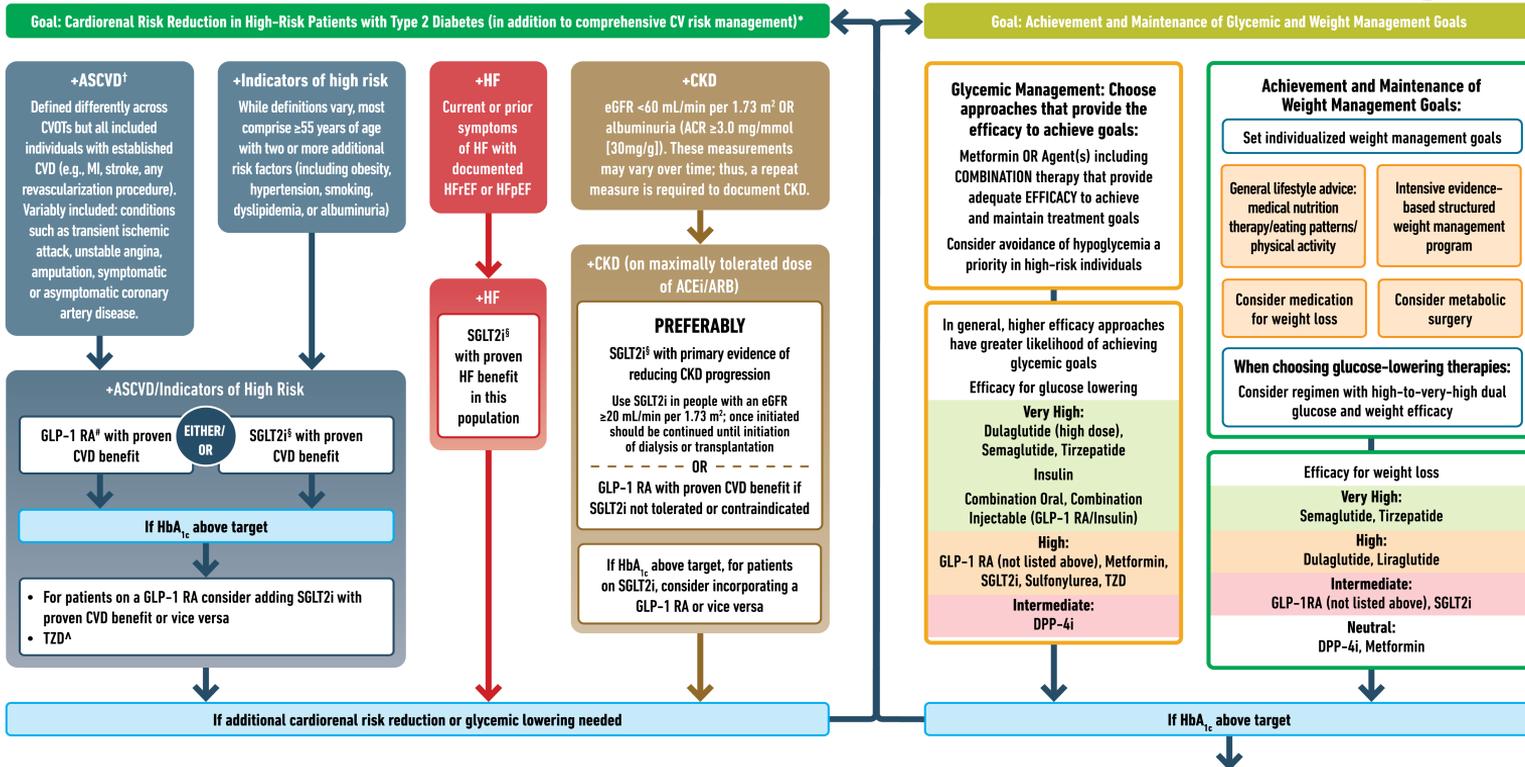


# Prise en charge thérapeutique du diabète de type 2

## Prise de position des sociétés de diabétologie européennes/ américaines ADA/EASD

### USE OF GLUCOSE-LOWERING MEDICATIONS IN THE MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS; DIABETES SELF-MANAGEMENT EDUCATION AND SUPPORT (DSMES); SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (SDOH)

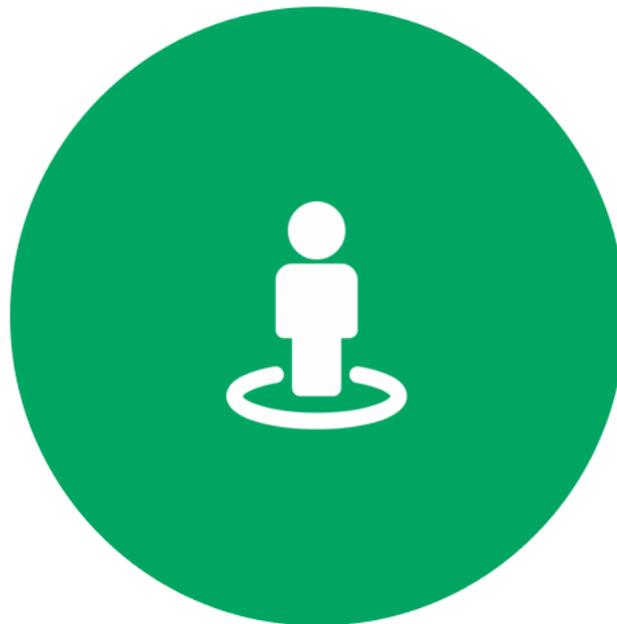


Diabetes Care.  
2022;45(11):2753-2786. doi:10.2337/dci22-0034

\* In people with HF, CVD, established CVD or multiple risk factors for CVD, the decision to use a GLP-1 RA or SGLT2i with proven benefit should be independent of background use of metformin. A strong



# En pratique? Vision intégrée Remettre le sujet au cœur de la prise en charge!





# En pratique? Vision intégrée

## Remettre le sujet au cœur de la prise en charge!

Modification du parcours après accord mutuelle  
Eviter l'inertie thérapeutique

Caractérisation du sujet

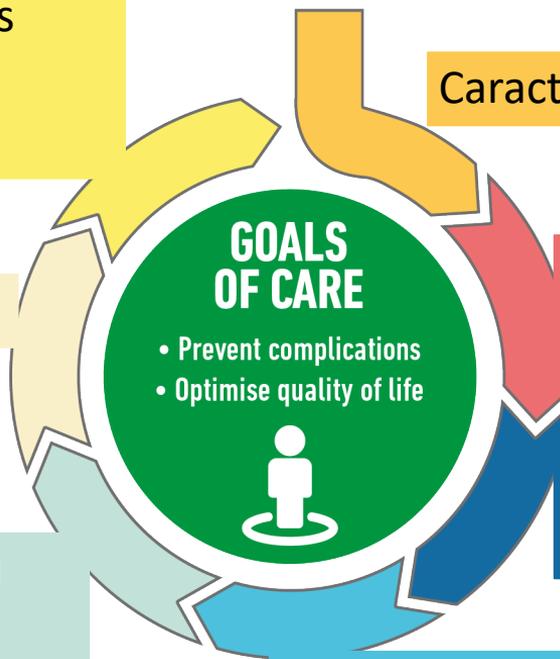
Suivi et soutien

Facteurs pouvant influencer les choix de traitements

Mise en œuvre du parcours de soin

Décision partagée pour créer un parcours de soin personnalisé

Accord sur le parcours de soin





# En pratique? Vision intégrée Éléments pour adapter le traitement



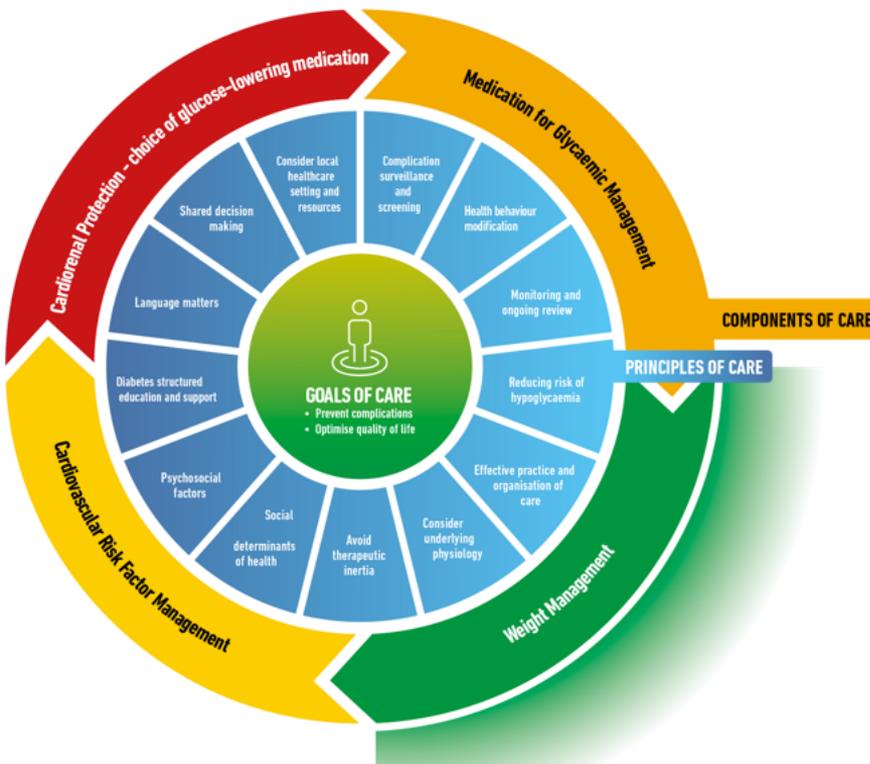
**Glycaemic Management: Choose approaches that provide the efficacy to achieve goals:**

Metformin OR Agent(s) including COMBINATION therapy that provide adequate EFFICACY to achieve and maintain treatment goals

Consider avoidance of hypoglycaemia a priority in high-risk individuals



# En pratique? Vision intégrée Remettre le sujet au cœur de la prise en charge!



**Achievement and Maintenance of Weight Management Goals:**

- Set individualised weight management goals

General lifestyle advice: medical nutrition therapy/eating patterns/ physical activity	Intensive evidence-based structured weight management programme
Consider medication for weight loss	Consider metabolic surgery

**When choosing glucose-lowering therapies:**

- Consider regimen with high-to-very-high dual glucose and weight efficacy



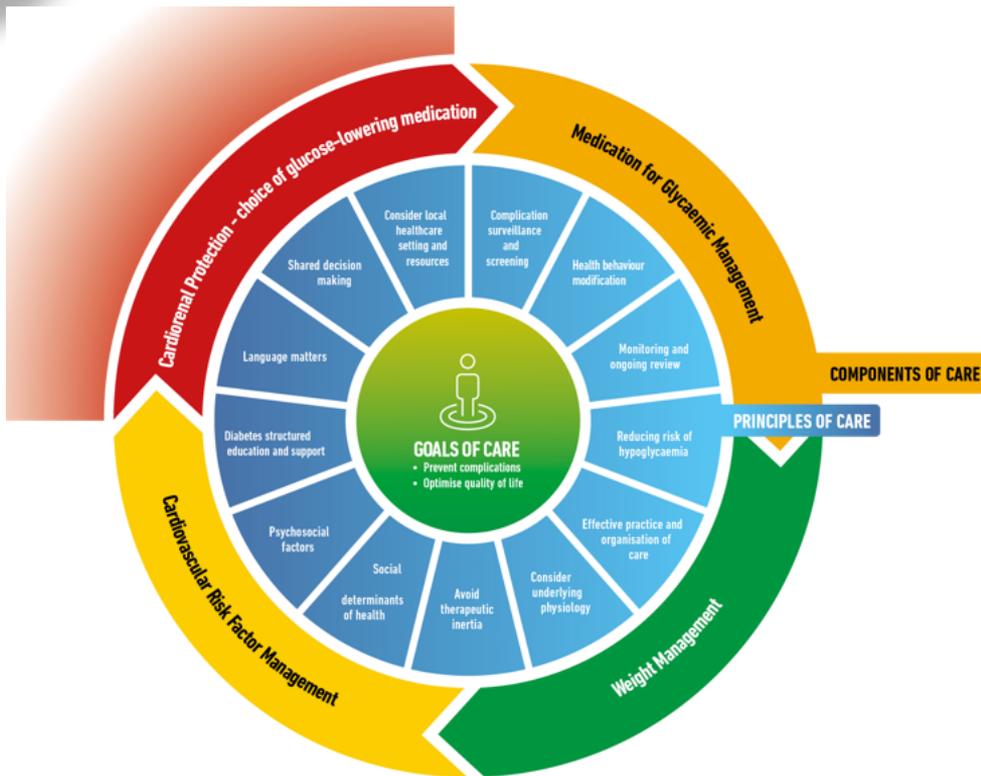
# En pratique? Vision intégrée Remettre le sujet au cœur de la prise en charge!



- Ensure strategies are in place to detect and optimise management of CV risk factors' including
- CV risk factor screening and surveillance
  - BP lowering
  - Lipid lowering
  - Antithrombotic agents
  - Smoking cessation



# En pratique? Vision intégrée Remettre le sujet au cœur de la prise en charge!



+CKD (on maximally tolerated dose of ACEi/ARB)

**PREFERABLY**

SGLT2i with primary evidence of reducing CKD progression

Use SGLT2i in people with an eGFR  $\geq 20$  mL/min per 1.73 m<sup>2</sup>; once initiated should be continued until initiation of dialysis or transplantation

OR

GLP-1 RA with proven CVD benefit if SGLT2i not tolerated or contraindicated

If additional cardiorenal risk reduction or glycaemic control needed consider combination SGLT2/GLP-1 RA

+ASCVD/Indicators of High Risk

GLP-1 RA with proven CVD benefit **EITHER/OR** SGLT2i with proven CVD benefit

If additional cardiorenal risk reduction or glycaemic control needed consider combination SGLT2/GLP-1 RA

+HF

SGLT2i with proven HF benefit in this population

1 = American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. Diabetes Care. 2022 Jan 1;45(Suppl 1):S144-74.

ACEi, Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor; ARB, Angiotensin Receptor Blockers; ASCVD, Atherosclerotic Cardiovascular Disease; BP, Blood Pressure; CKD, Chronic Kidney Disease; CV, Cardiovascular; eGFR, Estimated Glomerular Filtration Rate; GLP-1 RA, Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist; HF, Heart Failure; SGLT2i, Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor; T2D, Type 2 Diabetes.



# Les patients peuvent avoir des préoccupations différentes des nôtres...

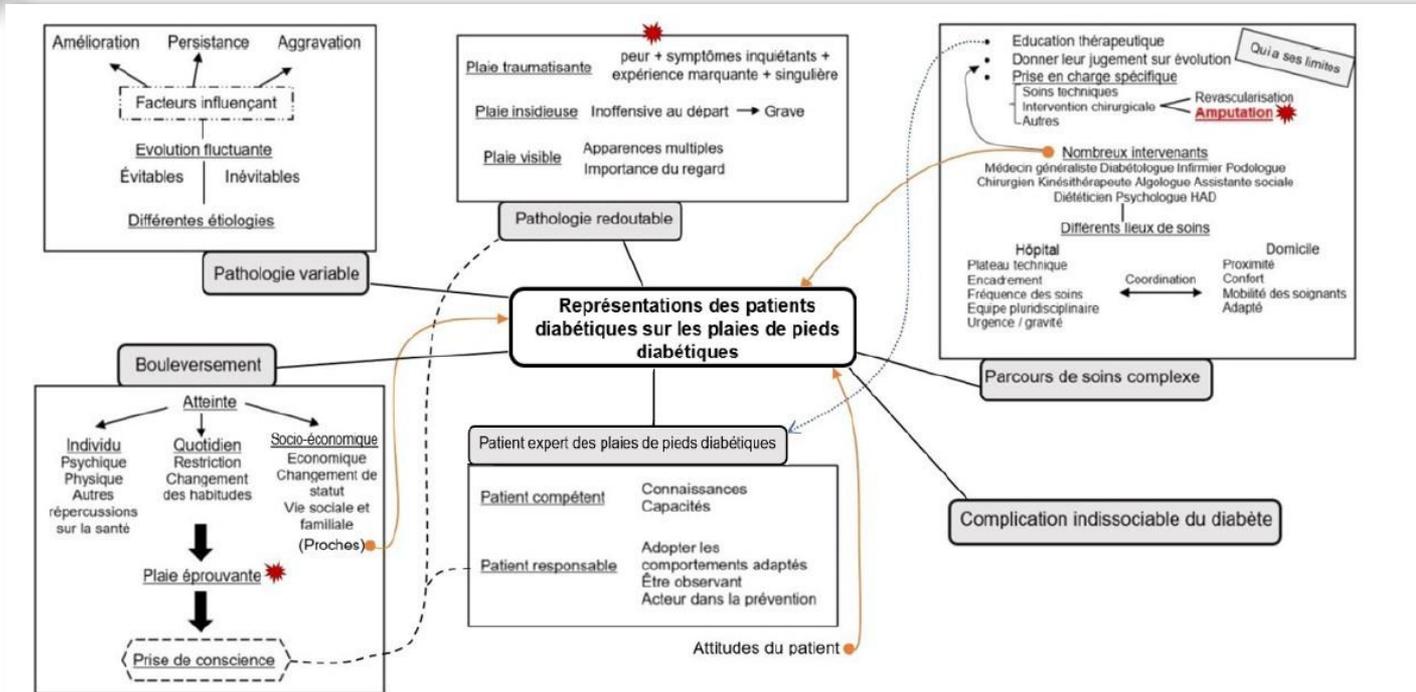
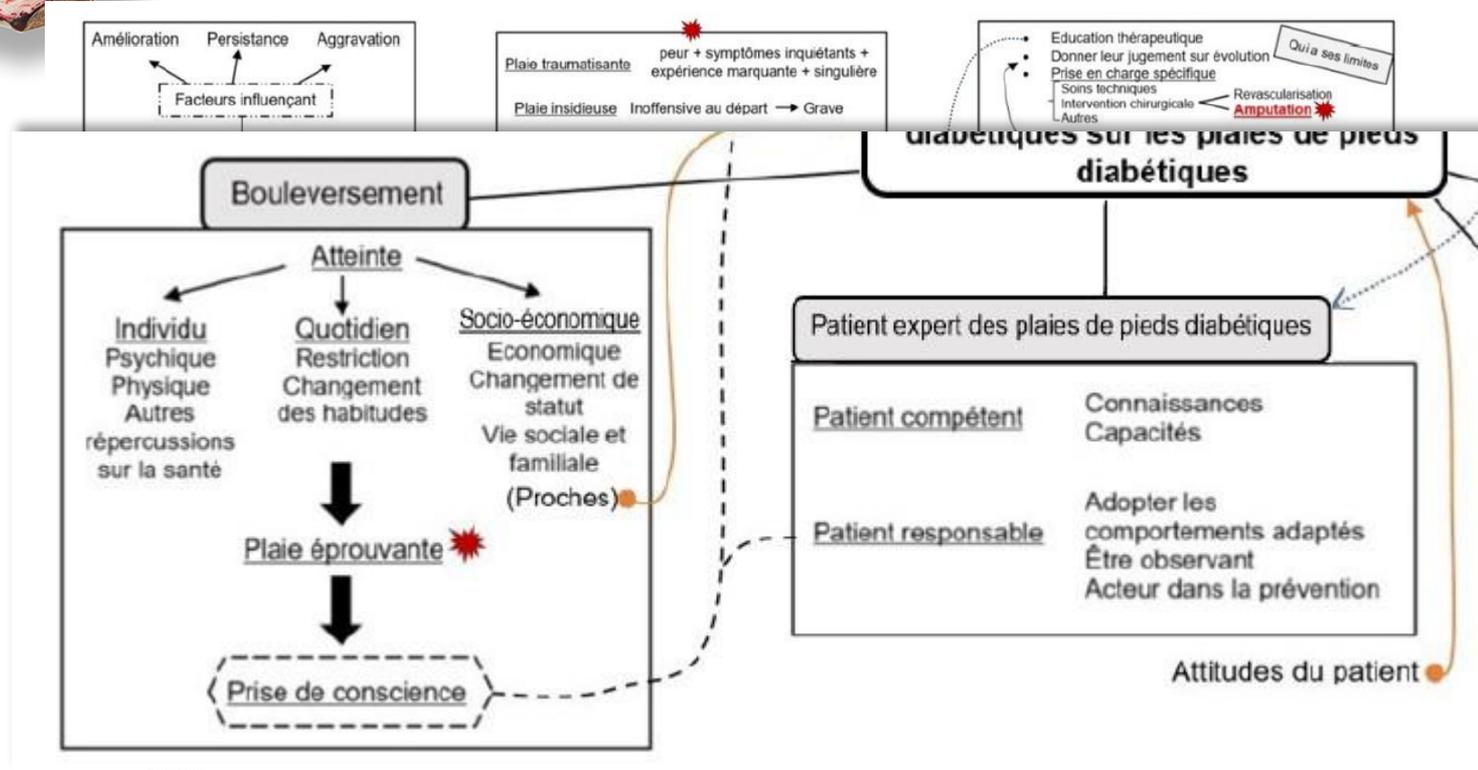


Figure 1 : Modélisation des résultats

Thèse de médecine générale  
Dr Elise Muller



# Les patients peuvent avoir des préoccupations différentes des nôtres...



Thèse de médecine générale Dr Elise Muller



# TAKE HOME Message

- La prise en charge thérapeutique du diabète va bien au delà de la glycémie et l'HbA1c.
- Parmi les traitements régulant la glycémie, à notre disposition, certains ont en plus un effet positif sur les complications cardio-vasculaires et rénales.
- En plus de la cible d'HbA1c, le choix des traitements prend en compte les pathologies CV et rénales, le risque d'hypoglycémie et de la présence d'une obésité.
- Décision partagée pour favoriser l'observance. Eviter l'inertie thérapeutique.



# Au lit du patient.... avec le Dr Jarlet

