

Atteindre les cibles glycémiques individualisées chez les patients atteints de DT2 : quelles sont les considérations clés ?

Clause de non-responsabilité

- *Les produits médicaux non approuvés ou les utilisations non approuvées de produits médicaux approuvés peuvent être discutés par la faculté ; ces situations pouvant correspondre au statut d'approbation en vigueur dans une ou plusieurs juridictions*
- *USF Health et touchIME ont demandé à la faculté responsable de la présentation de veiller à communiquer toute référence faite à une utilisation sans étiquette ou non approuvée*
- *USF Health et touchIME ne cautionnent explicitement ou implicitement aucun produit non approuvé ou utilisation non approuvée en mentionnant ces produits ou utilisations dans les activités USF Health ou touchIME*
- *USF Health et touchIME déclinent toute responsabilité pour toute erreur ou omission*

Une conversation entre :



Dr Joanna Van
Diabetes Research Center
Tustin, Californie, États-Unis



Dr Vincent Woo
Université du Manitoba
Winnipeg, Manitoba, Canada

Quels sont les défis pour parvenir à un contrôle de la glycémie chez les patients atteints de DT2 et comment peuvent-ils être surmontés ?

Dr Joanna Van



Quelles sont les principales conséquences d'un mauvais contrôle de la glycémie ?

Mauvais contrôle de la glycémie

Complications microvasculaires¹



Neuropathie



Rétinopathie



Néphropathie

Complications macrovasculaires¹



Maladies
cardiovasculaires



Maladies
cérébrovasculaires

Un mauvais contrôle de la glycémie est la principale cause de complications et de décès liés au diabète, et génère directement des coûts totaux de soins de santé, d'hospitalisation et de médicaments plus élevés.^{2,3}

Quels sont les obstacles à la réalisation des objectifs glycémiques ?

Liés au patient

- Dénier de la maladie
- Manque de sensibilisation à la nature progressive
- Manque d'éducation sur le contrôle glycémique
- Crainte des effets secondaires
- Coûts du traitement
- Observance
- Peur des aiguilles



Inertie clinique



Liés au médecin

- Contraintes de temps
- Préoccupations concernant le coût du traitement /des tests
- Soins réactifs plutôt que proactifs
- Manque de compréhension des nouveaux traitements
- Manque d'orientation sur la thérapie individualisée



Liés au système de santé

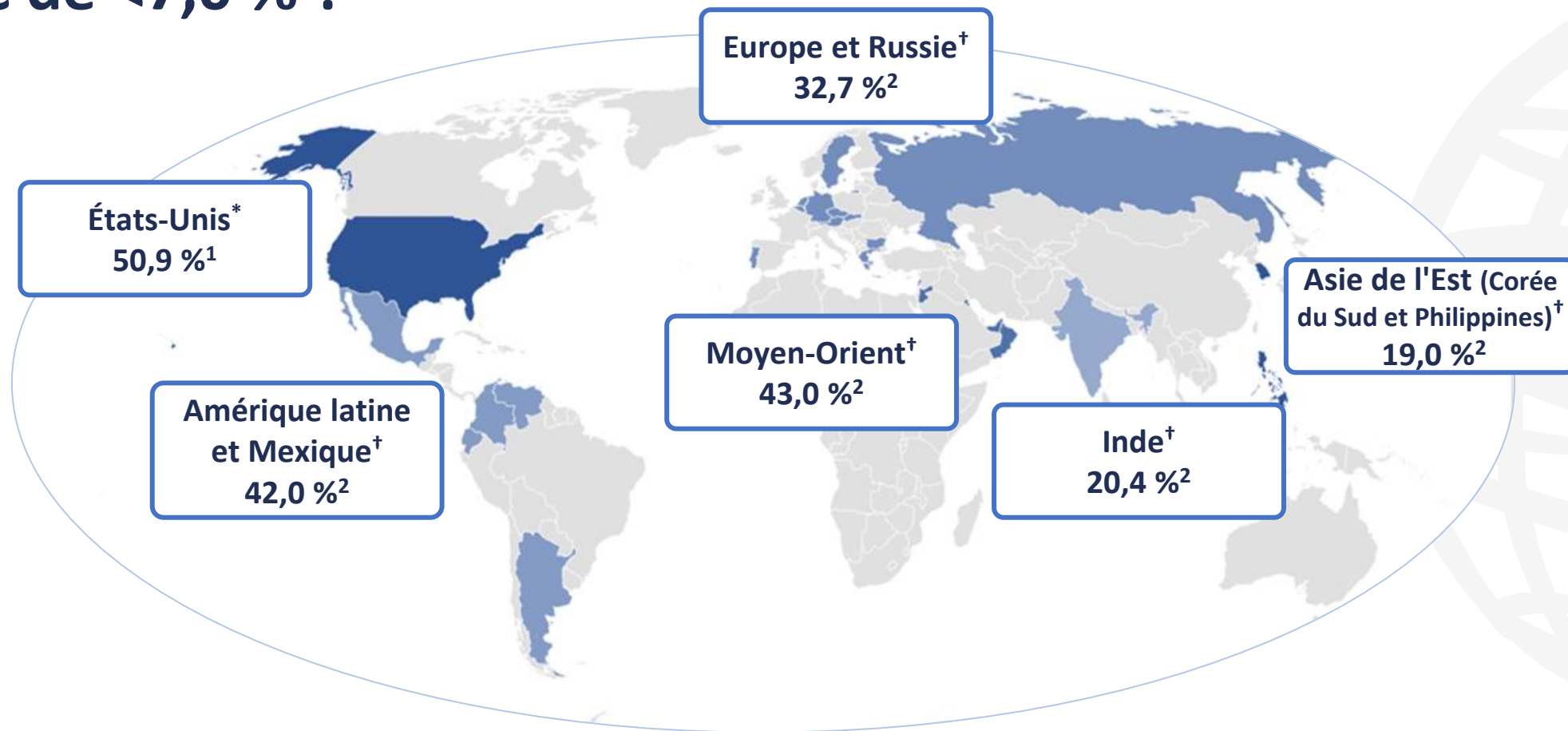
- Absence de directives cliniques
- Absence de rendez-vous planifiés
- Absence de sensibilisation active des patients
- Absence d'approche d'équipe pour les soins
- Mauvaise communication entre le médecin et le personnel

Comment fixer et mettre en œuvre les objectifs glycémiques individualisés pour les patients atteints de DT2 dans la pratique clinique ?

Dr Joanna Van



Combien de patients dans le monde atteignent les objectifs d'A1c de <7,0 % ?

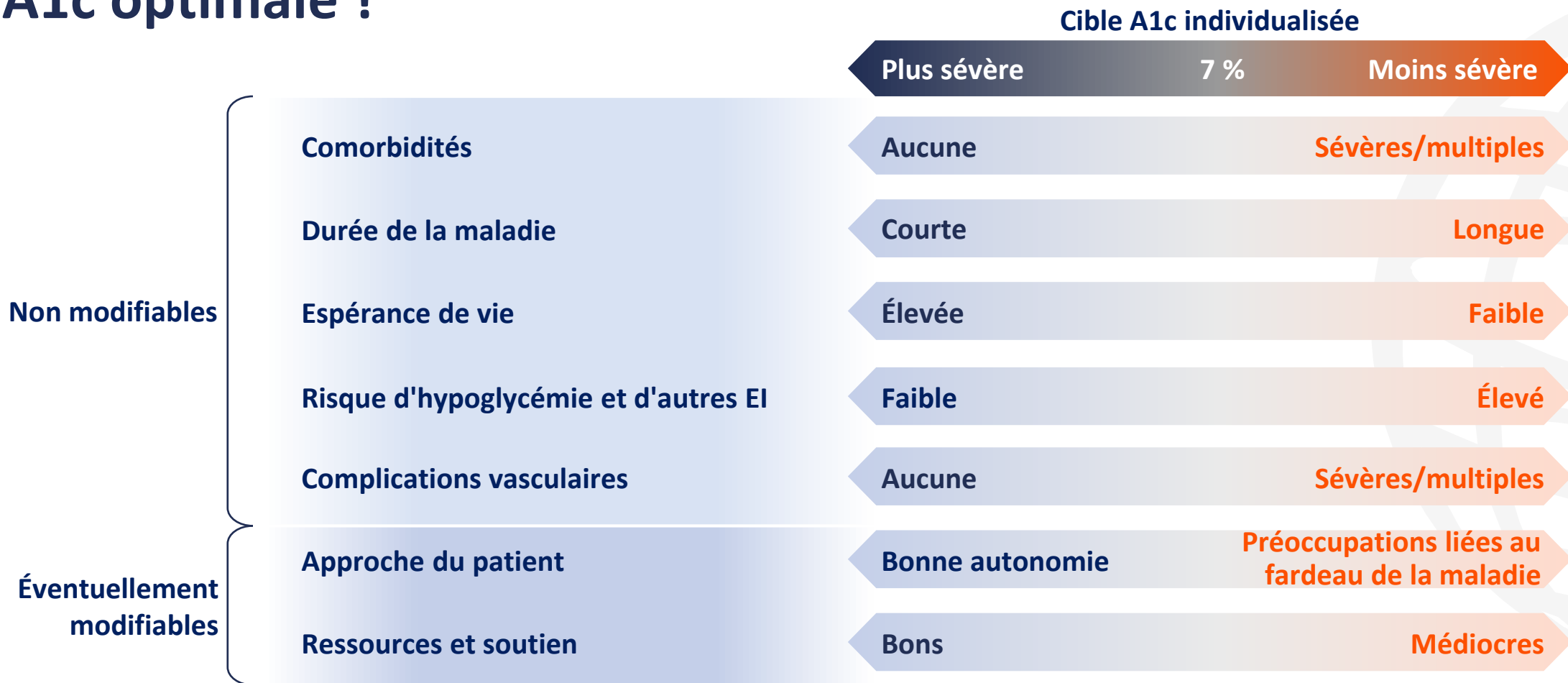


*Moyenne sur 3 ans ; †moyenne sur 1 an.

A1c, hémoglobine glyquée.

1. Carls G, et al. *Diabetes Ther.* 2017;8:863–73; 2. Brath H, et al. *Nutr Diabetes.* 2016;6:e217.

Quels sont les facteurs qui influencent le choix d'une cible A1c optimale ?



Quelles sont les cibles A1c optimales pour les différents groupes de patients ?

Cible A1c individualisée

Plus sévère

7 %

Moins sévère

<7 %

Cible générale pour les patientes adultes non enceintes sans hypoglycémie significative¹

<6,5 %

1. Courte durée du diabète²
2. Degrés moindres de dysfonctionnement des cellules β ²
3. Patients traités avec des changements de mode de vie ou de la metformine uniquement qui atteignent une amélioration significative du poids²

<7,5 %

1. Patients présentant un risque accru d'hypoglycémie²
2. Adultes ≥ 65 ans³

<8–8,5 %

Adultes ≥ 65 ans atteints d'une maladie chronique concomitante, d'une déficience cognitive ou d'une dépendance fonctionnelle³

A1c, hémoglobine glyquée.

1. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl. 1):S73–84; 2. American Diabetes Association. *Clin Diabetes*. 2020;38:10–38;

3. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl. 1):S168–79.

Quelles sont les options de traitement disponibles pour aider à atteindre en toute sécurité les cibles glycémiques chez les patients atteints de DT2 ?

Dr Joanna Van



Quels sont les traitements disponibles ?

Si l'objectif A1c n'est pas atteint avec metformine après 3 mois¹



ASCVD ou
risque d'ASCVD
élevé



IC ou CKD
prédominante



Nécessité de
réduire
l'hypoglycémie



Nécessité de
minimiser la
prise de poids
ou de
promouvoir la
perte de poids



Considérations
de coût

AR GLP-1 ou i-SGLT2

i-SGLT2

En cas d'intolérance,
sélectionnez l'AR GLP-1
avec l'avantage CVD

**AR GLP-1, i-SGLT2,
i-DPP4 ou TZD**

AR GLP-1 ou i-SGLT2

En cas d'intolérance,
sélectionnez l'i-DPP4,
en fonction de la
neutralité du poids

TZD ou SU

Si l'A1c est au-dessus de la cible, envisagez d'autres traitements, y compris l'insuline basale

A1c, hémoglobine glyquée ; AR, agoniste du récepteur ; ASCVD, maladie cardiovasculaire athéroscléreuse ; CKD, insuffisance rénale chronique ; CVD, maladie cardiovasculaire ; GLP-1, glucagon-like peptide-1 ; i-DPP4, inhibiteur de dipeptidyl peptidase-4 ; i-SGLT2, inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 ; IC, insuffisance cardiaque ; SU, sulfonurée ; TZD, thiazolidinedione.

1. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl. 1):S111–24.