



**Diabète de type 2 : Mauvais contrôle glycémique précoce  
& complications futures : un héritage à prendre en compte**

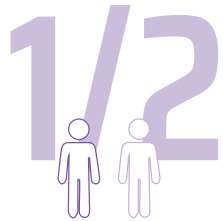


## Un contrôle de l'HbA1c encore insuffisant...

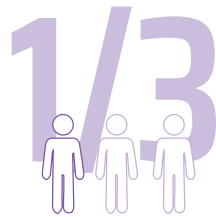
### Pour la plupart des patients diabétiques de type 2 :

- Une cible d'HbA1c  $\leq 7\%$  est recommandée.
- Le traitement médicamenteux doit être instauré ou réévalué si l'HbA1c est  $>7\%$  (1).

Or d'après l'étude ENTRED<sup>(2)</sup> :  
étude épidémiologique réalisée auprès de plus de 9000 patients DT2



**1** patient DT2 **sur 2** traité par monothérapie orale présentait une **HbA1c > 6,5 %**



**1/3** des patients avec un diabète **diagnostiqué récemment (<5 ans)** avaient une **HbA1c insuffisamment contrôlée (>7 %)**

Et d'après l'étude DIAttitude<sup>(3)</sup> :  
étude observationnelle longitudinale réalisée auprès de 937 patients



**6** patients DT2 traités **sur 10** non contrôlés n'ont **pas de modification de traitement à 12 mois**

## La vraie vie est souvent associée à des variations importantes de l'HbA1c (4)



- Des variations importantes de l'HbA1c associées à des risques de **COMPLICATIONS MICROVASCULAIRES** dans les premières années **ET MACROVASCULAIRES** au fil du temps
- Ces variations d'HbA1c sont souvent dues à une **MAUVAISE ADHÉSION AU TRAITEMENT**

L'incapacité à contrôler initialement et à maintenir la glycémie au moment du diagnostic ou une variabilité glycémique soutenue entraîne l'héritage dysglycémique des complications du diabète<sup>(4)</sup>.

# Des complications « héritages » d'un mauvais contrôle dans les premières années du DT2 (5)

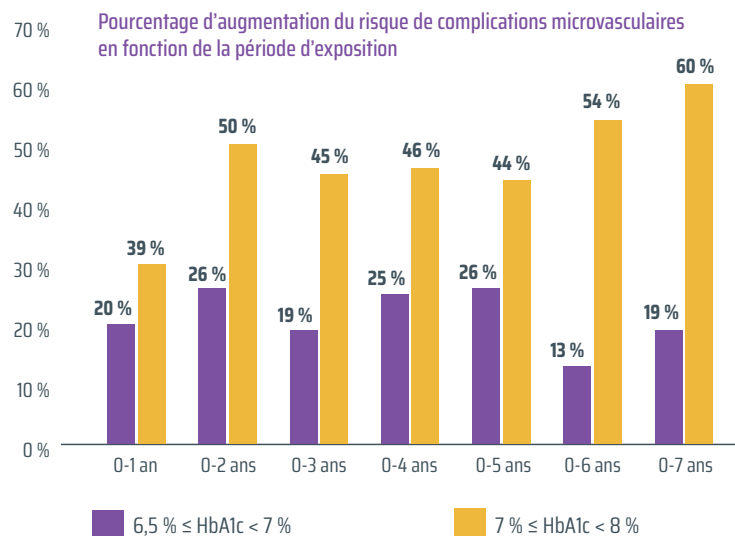
Durant la première année suivant le diagnostic d'un diabète de type 2, le contrôle de l'équilibre glycémique est fortement associé au risque futur de complications et de mortalité, quel que soit l'ajustement de la glycémie après cette première année.

## Complications vasculaires

- Les patients ayant une **HbA1c  $\geq$  6,5 %** pendant la 1<sup>ère</sup> année après le diagnostic de DT2 avaient un **risque plus élevé d'événements microvasculaires et macrovasculaires** vs ceux avec une HbA1c < 6,5 % :

**6,5 %  $\leq$  HbA1c < 7 %  $\rightarrow$  + 20 % de complications microvasculaires\***

**7 %  $\leq$  HbA1c < 8 %  $\rightarrow$  + 39 % de complications microvasculaires\*\***



**L'association entre les premières années de contrôle glycémique et les complications futures doit être prise en compte**

\* HR : 1,204 [IC 95 % : 1,063 - 1,365] / \*\* HR : 1,391 [IC 95 % : 1,226 - 1,578]  
§ HR : 1,290 [IC 95 % : 1,104 - 1,507] / §§ HR : 1,320 [IC 95 % : 1,017 - 1,713]

## Mortalité

- Les patients ayant une **HbA1c  $\geq$  7 %** pendant la 1<sup>ère</sup> année après le diagnostic de DT2 avaient un **risque plus élevé de mortalité** vs ceux avec une HbA1c < 6,5 % :

**7 %  $\leq$  HbA1c < 8 %  $\rightarrow$  + 29 % de décès §**

**HbA1c  $\geq$  9 %  $\rightarrow$  + 32 % de décès § §**

- L'effet d'héritage commence **dès la 1<sup>ère</sup> année** après le diagnostic.
- Ces résultats suggèrent que **l'historique du contrôle glycémique** du patient au cours de sa vie peut être nécessaire pour comprendre pourquoi les patients atteints de diabète de longue date développent des complications malgré un excellent contrôle plus tard au cours de leur maladie.



Flashez ce code et accéder à tous les résultats de l'étude

**Méthodologie (Laiterapong) :** Etude de cohorte réalisée auprès de 34 737 patients avec un diabète de type 2 nouvellement diagnostiqué et 10 ans de survie (1997-2013, suivi moyen de 13,0 ans). Cette étude a examiné l'association entre HbA1c < 6,5 % (< 48 mmol/mol), 6,5 % à < 7,0 (48 à < 53 mmol/mol), 7,0 % à < 8,0 % (53 à < 64 mmol/mol), 8,0 % à < 9,0 (64 à < 75 mmol/mol), ou  $\geq$  9,0 % ( $\geq$  75 mmol/mol) pour diverses périodes d'exposition (0-1, 0-2, 0-3, 0-4, 0-5, 0-6 et 0-7 ans) et la survenue des complications microvasculaires (maladie rénale en phase terminale, maladie oculaire avancée, amputation), macrovasculaires (accidents vasculaires cérébraux, maladies cardiaques/insuffisances cardiaques, maladies vasculaires) et des décès.

# Des raisons de l'échec d'un plan de traitement souvent plurifactorielles

- Dans **61 % des cas**, l'observance thérapeutique reste encore moyenne voire mauvaise <sup>(6)</sup>.
- L'observance va avoir un impact sur le traitement et peut expliquer une HbA1c mal contrôlée.

Nécessité d'avoir une prise en charge optimisée à la fois thérapeutique mais également dans l'accompagnement du patient

## Personnalisation de la prise en charge

### Stratégie thérapeutique <sup>1</sup>

- Objectifs glycémiques individualisés
- Traitement précoce lorsque : **HbA1c >7 %**
- **Réévaluation** régulière
- Traitement adapté au patient :
  - > **Simplicité et Efficacité**
  - > **Tolérance** (hypoglycémies, gastro-intestinale...)
- Coût du traitement

### Accompagnement du patient <sup>7,8</sup>

- L'acceptation de la maladie et du traitement
- Anticiper l'impact des facteurs patients sur l'observance
- Les contres attitudes médicales pouvant impacter l'observance

# L'alliance thérapeutique en pratique <sup>(8-10)</sup>

- Un phénomène collaboratif, véritable partenariat coconstruit par le patient et le médecin



## POUR LE PATIENT

Respecter ses rendez-vous pris avec les soignants comme il entend lui-même être respecté, mais il a le «droit» de rencontrer des difficultés à suivre le traitement et de ne pas atteindre les objectifs fixés en commun.



## POUR LE PROFESSIONNEL

Être garant de la validité scientifique de ses prescriptions et de leur pertinence, de faciliter l'expression du patient sur ses difficultés à suivre le traitement et ses priorités de vie, et de l'aider à trouver des solutions quitte à réviser les objectifs si nécessaire.

## Parce que l'on observe mieux...

- Ce que l'on a **COMPRIS**
- Ce dont on est **CONVAINCU DE L'IMPORTANCE**
- Ce qui paraît **FACILE**
- Ce qui soulage rapidement et qui semble **EFFICACE**
- Ce qui n'a pas ou **PEU D'EFFETS SECONDAIRES**
- Ce qui est **GRATUIT**
- Ce qui se procure **FACILEMENT**
- Ce qui est **RAPPELÉ**
- Ce qui est **CLAIR et COHÉRENT**

## et surtout parce que l'on observe mieux

- Ce que l'on décide soi-même



Flashez ce code et accéder à des vidéos de formation sur l'alliance thérapeutique

**L'association entre les premières années de  
contrôle glycémique et les complications  
futures doit être prise en compte.**

**Il est donc nécessaire de mettre en place  
un contrôle glycémique précoce.**

#### RÉFÉRENCES

1. HAS, Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 2013.
2. Fagot Campagna A., *et al.* Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine d'importantes évolutions entre ENTRED 2001 et ENTRED 2007. *BEH.* 2009 ; 42-43:450-5
3. Balkau B, *et al.* Reasons for non-intensification of treatment in people with type 2 diabetes receiving oral monotherapy: Outcomes from the prospective DIAttitude study. *Ann Endocrinol* (Paris). 2016;77(6):649-57.
4. Khunti K, Seidu S. Therapeutic Inertia and the Legacy of Dysglycemia on the Microvascular and Macrovascular Complications of Diabetes. *Diabetes Care.* 2019;42(3):349-51.
5. Laiteerapong N, *et al.* The Legacy Effect in Type 2 Diabetes: Impact of Early Glycemic Control on Future Complications (The Diabetes & Aging Study). *Diabetes Care.* 2019;42(3):416-26.
6. Tiv M *et al.* Observance thérapeutique des patients diabétiques de type 2 (DT 2), étude Entred 2007-2010 (P 81). 2010.
7. Enquête ARS île de France/ IMS health Etude de l'observance médicamenteuse des patients diabétiques de type II en Île de France, 2016.
8. Davies MJ, *et al.* 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) [published correction appears in *Diabetologia.* 2019;62(5):873]. *Diabetologia.* 2018;61(12):2461-2498.
9. D'après les vidéos sur «L'Alliance thérapeutique» du Pr Grimaldi.
10. Consoli S. M. Alliance thérapeutique. *Annales d'Endocrinologie* 2006;67(6):645-7.