

# Quand doit-on utiliser les agonistes GLP-1R ?

Soutenu financièrement par une subvention pédagogique de Novo Nordisk A/S

Les traitements intensifs précoces avec des médicaments à base d'incrétines, **inhibiteurs de la DPP-4** et **agonistes GLP-1R**, ont été adoptés par de nombreuses recommandations, mais les préconisations concernant l'utilisation de ces agents diffèrent selon les principales recommandations

| Recommandation                       |                         | 2019 : ADA/EASD <sup>1</sup>  | 2019 : ESC/EASD <sup>2</sup>   | 2015 : NICE <sup>3</sup>                     |
|--------------------------------------|-------------------------|---|--|--|
| Traitements basés sur les incrétines | Inhibiteurs de la DPP-4 | 2ème intention si absence d'ATHÉROSCLÉROSE/MRC, mais hypoglycémie réduite requise   | 2ème ou 3ème intention, sous forme combinée, selon le traitement existant et le risque CV  | Traitement combiné en 2ème ou 3ème intention |
|                                      | Agonistes GLP-1R        | 2ème intention en cas d'athérosclérose ou avec risque élevé d'athérosclérose<br><br>2ème intention en cas d'hypoglycémie réduite ou si perte de poids requise | 1ère intention en cas d'athérosclérose ou avec risque CV (très) élevé<br>- Pour réduire les événements CV : utiliser liraglutide, sémaglutide, dulaglutide<br>- Pour réduire le risque de mortalité, utiliser du liraglutide | 4ème intention si perte de poids requise     |

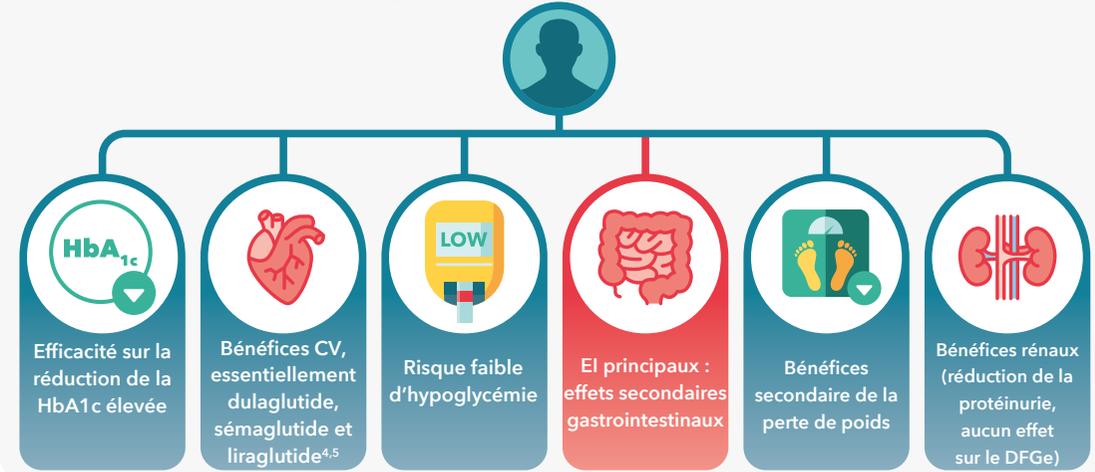
## Principales différences dans les recommandations d'utilisation des agonistes GLP-1R

- Les recommandations de l'ADA/EASD (2019)<sup>1</sup> et de l'ESC/EASD (2019)<sup>2</sup> préconisent l'utilisation des **agonistes GLP-1R** chez les patients présentant une athérosclérose ou avec un risque CV (très) élevé
  - ADA/EASD en tant que traitement d'appoint de la metformine
  - ESC/EASD en tant que **traitement de 1ère intention chez les patients n'ayant jamais reçu de traitement**
- La dernière mise à jour des recommandations de NICE<sup>3</sup> datent de 2015 et ne reflètent donc pas les dernières données qui montrent une protection CV ; elle recommande donc les **agonistes GLP-1R** uniquement en traitement de 4ème intention et uniquement si une perte de poids est requise

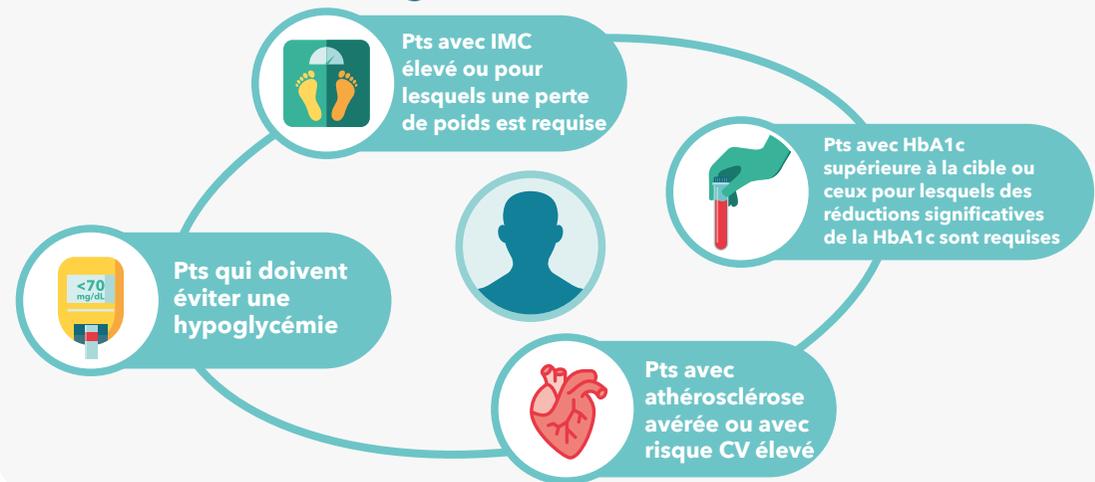
## Qu'en est-il des autres traitements ?

- Chez les patients sans risque ou chez ceux avec une athérosclérose ou une MRC avérée, les **inhibiteurs de la DPP-4** sont préconisés en traitements combinés de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> intention, en particulier lorsque l'hypoglycémie doit être minimisée<sup>1,3</sup>
- En cas d'IC ou de MRC prédominante, l'administration d'**inhibiteurs des SGLT2** est privilégiée<sup>1</sup>
  - Si les **inhibiteurs des SGLT2** ne sont pas bien tolérés, les **agonistes GLP-1R** sont recommandés
  - Les **agonistes GLP-1R** peuvent être utilisés en cas de MRC de stade 3 (jusqu'à un DFGe faible) sans exigence de réduction de dose

## Impact des agonistes GLP-1R sur les résultats pour les patients



## Quels patients sont éligibles à un traitement par les agonistes GLP-1R ?



**Abréviations :** ADA, American Diabetes Association (Association américaine du diabète) ; EI, effet indésirable ; ASCVD, athérosclérose ; CV, cardiovasculaire ; CVD, maladie cardiovasculaire ; DFGe, débit de filtration glomérulaire estimé ; DPP-4i, inhibiteur de la dipeptidyl peptidase-4 ; EASD, European Association for the Study of Diabetes (Association européenne pour l'étude du diabète) ; GLP-1, glucagon-like peptide-1 ; GLP-1 RA, agoniste des récepteurs du GLP-1 ; HbA<sub>1c</sub>, Hémoglobine glyquée HbA<sub>1c</sub> ; IC, insuffisance cardiaque ; MRC, maladie rénale chronique ; NICE, National Institute for Health & Care Excellence (Institut national de la santé et des soins d'excellence) ; Pts, patients ; SGLT2i, inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2.

**Références :** 1. Buse JB et al. *Diabetes Care*. 2020;43(2):487-493. 2. Cosentino F et al. *Eur Heart J*. 2019;41(2):255-323. 3. National Institute for Health and Care Excellence. 2015. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28> [Accessed 10th September 2021]. 4. Evans LM et al. *Endocrinol Diab Metab*. 2021;4:e00259. 5. Buse JB et al. *Diabetes Care* 2020; 43(7): 1546-1552.