

Qu'est-ce que l'inertie thérapeutique ?

Malgré l'importance de bien contrôler la glycémie, « **l'inertie thérapeutique** » - « *l'échec à modifier le traitement ou à le réduire lorsqu'il serait opportun de le faire* » - a entraîné un plus faible contrôle de la glycémie et même, de manière générale, une augmentation des problèmes microvasculaires, macrovasculaires ainsi que de la mortalité¹⁻³

INERTIE D'INTENSIFICATION ?

INTENSIFICATION DE L'INSULINOTHÉRAPIE



OBSTACLE CLINIQUE PRINCIPAL ?

VOIE ORALE PLUS INSULINE



COMBINAISON DE VOIES ORALES



MONOTHÉRAPIE VOIE ORALE

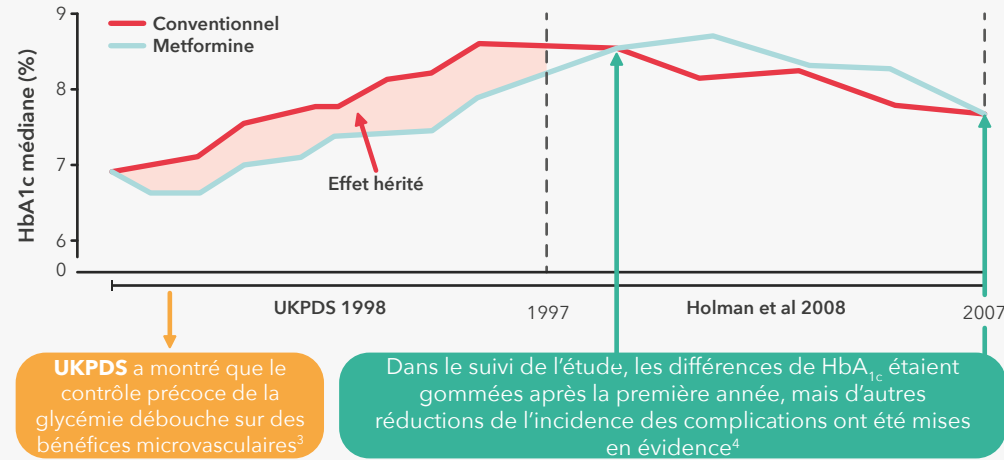


RÉGIME ET EXERCICE PHYSIQUE



L'inertie thérapeutique est présente dans tout le paradigme de la maladie, du premier médicament antihyperglycémique oral à l'instauration de l'insulinothérapie jusqu'à son intensification - connue sous le nom de « **inertie d'intensification** »

Impact du contrôle précoce de la glycémie



Adapté de Holman RR et al. 2008; UKPDS 33. 1998

24 %

pour les complications microvasculaires

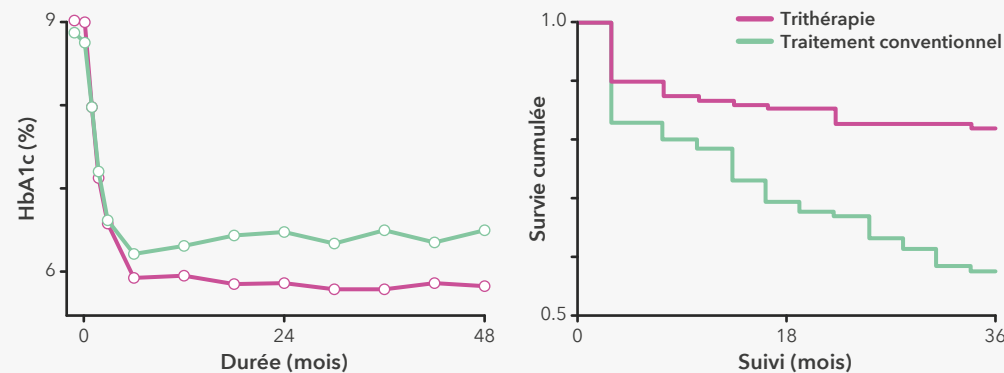
15 %

pour les IDM

13 %

pour la mortalité, toutes causes confondues

L'étude **EDICT** a comparé une trithérapie précoce (metformine/pioglitazone/exénatide) à un traitement conventionnel (metformine suivie d'un ajout séquentiel de sulfonyleurée et d'insuline glargine) chez les patients atteints de DST2, nouvellement diagnostiqués et non encore traités



Adapté de DeFronzo RA, et al. 2016

Par rapport au traitement conventionnel, la trithérapie a débouché sur :

- Une diminution plus importante de la HbA_{1c}
- Une réduction de la HbA_{1c} plus durable
- Une amélioration significative des résultats du point de vue vasculaire et de la mortalité à 3 ans

Une approche intensive précoce a été adoptée par de nombreuses recommandations

La recommandation **ADA/EASD 2018** préconise l'utilisation des SGLT2i et des agonistes GLP-1R en tant que traitements d'appoint de la metformine chez les patients présentant une athérosclérose ou une MRC⁴

LE TRAITEMENT DE 1ÈRE INTENTION EST LA METFORMINE ET LE MODE DE VIE GLOBAL (Y COMPRIS LA GESTION DU POIDS ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE) SI LA HbA_{1c} RESTE SUPÉRIEURE À L'OBJECTIF, PROCÉDER COMME SUIT

POUR ÉVITER UNE INERTIE CLINIQUE, RÉÉVALUER ET MODIFIER RÉGULIÈREMENT LE TRAITEMENT (3-6 MOIS)

ATHÉROSCLÉROSE OU MRC AVÉRÉE

L'ATHÉROSCLÉROSE PRÉDOMINE

Agoniste GLP-1R avec bénéfice prouvé contre les maladies cardiovasculaires

ET/OU

SGLT2i avec bénéfice prouvé contre les maladies CV, si le DFGe est correct

L'IC OU LA MRC PRÉDOMINE

DE PRÉFÉRENCE

SGLT2i avec preuve de réduction de l'insuffisance cardiaque et/ou de la progression d'une MRC dans des études de sécurité CV si le DFGe est correct

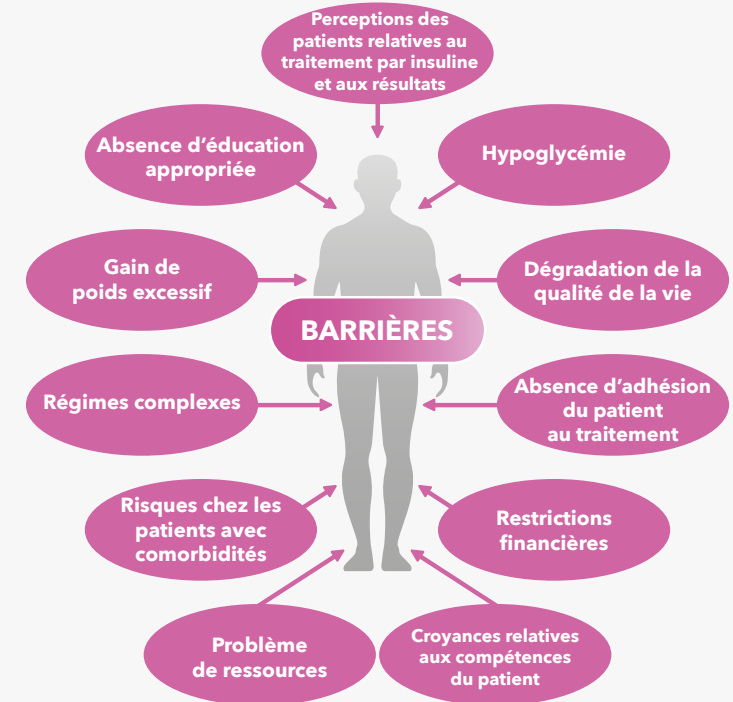
OU

Si SGLT2i n'est pas toléré ou contre-indiqué ou si le DFGe n'est pas correct, ajouter des agonistes GLP-1R avec un bénéfice prouvé contre les maladies CV

Adapté de Davies MJ et al. 2018

Comment atténuer l'inertie thérapeutique ?

L'inertie thérapeutique résulte d'une interaction complexe entre les barrières liées au patient, au clinicien et au système de santé⁷



Les **solutions** pour surmonter l'inertie thérapeutique comprennent des **traitements individuels** et des **interventions**, y compris :

- 1** Auto-surveillance des performances par les PS
- 2** FMC sur les traitements nouveaux et en évolution
- 3** Aide des PS en tant que Gestionnaires de cas⁸

Abbreviations : ADA, American Diabetes Association (Association américaine du diabète) ; ASCVD, athérosclérose ; CVD, maladie CV ; CVE, paramètre d'évaluation CV ; CVOT, étude de sécurité CV ; DFGe, débit de filtration glomérulaire estimé ; DPP-4i, inhibiteur de la dipeptidyl peptidase-4 ; EASD, European Association for the Study of Diabetes ; EDICT, Efficacy and Durability of Initial Combination Therapy for Type 2 Diabetes ; FMC, formation médicale continue ; GLP-1 RA, agoniste des récepteurs du GLP-1 ; HbA_{1c}, Hémoglobine glyquée A_{1c} ; IC, insuffisance cardiaque ; IDM, infarctus du myocarde ; IT, intensification du traitement ; MRC, maladie rénale chronique ; OAD, médicament antihyperglycémiant oral ; PS, professionnel de santé ; SGLT2i, inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2 ; DST2, diabète sucré de type 2 ; UKPDS, The UK Prospective Diabetes Study

Références : **1.** Paul S, et al. *Cardiovasc Diabetol* 2015;14:100. **2.** Khunti K et al. *Prim Care Diab* 2017;11:105-106. **3.** UKPDS 33. *Lancet*. 1998; 352: 837-853. **4.** Holman RR et al. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1577-1589. **5.** DeFronzo RA et al. 52nd EASD Annual Meeting 2016, Munich, Germany; Abstract and poster presentation 794. Available at: www.easdvirtualmeeting.org, last accessed October 2021. **6.** Davies MJ et al. *Diabetes Care* 2018. Sep; dci180033. **7.** Zafar A et al. *Diabetic Med* 2015;32:407-413. **8.** Zafar A, et al. *Prim Care Diabetes*. 2010;4:203-7.