

# Importance du contrôle précoce et intensif de la glycémie

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

## Le bénéfice de l'effet mémoire

- Le DST2 est une maladie évolutive liée à l'aggravation du dysfonctionnement des cellules  $\beta$  et à l'augmentation de la résistance à l'insuline, donc des **traitements intensifs précoces sont nécessaires** pour empêcher/ralentir la défaillance progressive des cellules  $\beta$ <sup>1</sup>
- Plusieurs études ont montré que le contrôle précoce et strict de la glycémie est associé à une diminution des problèmes microvasculaires, macrovasculaires ainsi que de la mortalité – ce qu'on appelle le « **bénéfice de l'effet mémoire (legacy benefit)** »<sup>2,7</sup>

Étude	Microvasculaire		Maladie CV		Mortalité	
UKPDS	↓	↓	↔	↓	↔	↓
DCCT/EDIC <sup>a</sup>	↓	↓	↔	↓	↔	↔
ACCORD	↓		↔			↑
ADVANCE	↓		↔		↔	↔
VADT	↓		↔	↓	↔	↔

## UKPDS

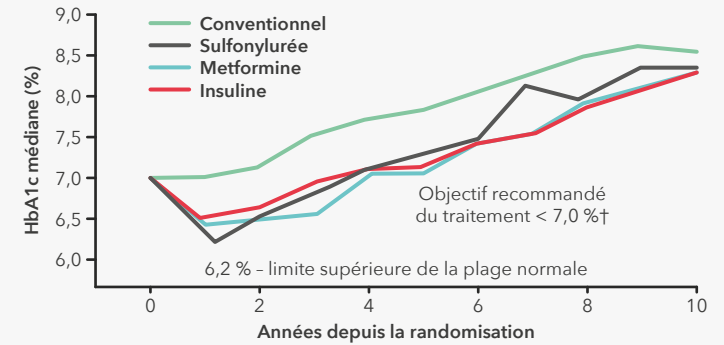
Un essai prospectif multicentrique en double aveugle de patients atteints de DST2, **nouvellement diagnostiqués**, visait à déterminer si une réduction intensive de la glycémie pouvait être associée à long terme à une baisse des complications, morbidité et mortalité

- > 4 000 patients ont reçu, de manière aléatoire, un traitement conventionnel (restrictions alimentaires) ou un traitement intensif (sulfonylurée, insuline ou, chez les patients en surpoids, metformine) et ont été suivis pendant 10 ans
- Même si entre les groupes les différences de contrôle glycémique étaient gommées après l'An 1, un contrôle intensif a montré une hémoglobine glyquée HbA<sub>1c</sub> médiane de **7,0 %** (vs **7,9 %** avec un traitement conventionnel) pendant 10 ans
- L'hémoglobine glyquée HbA<sub>1c</sub> moyenne inférieure obtenue grâce à une réduction intensive était associée à une réduction de **24 %** des **maladies microvasculaires**<sup>2</sup>

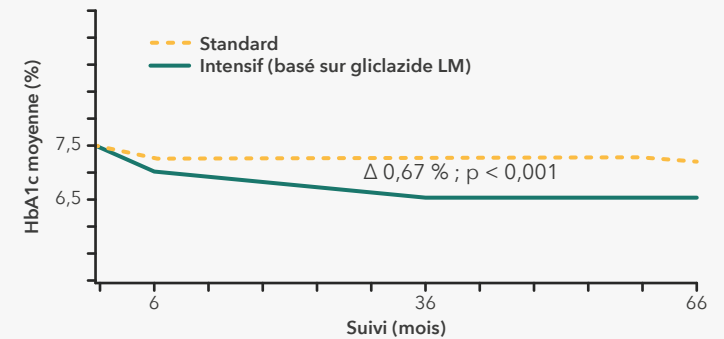
## Étude ADVANCE

Essai multicentrique en double aveugle et en plan factoriel 2X2, sur **plus de 10 000** adultes atteints de DST2 depuis plus de 10 ans, présentant un risque élevé de maladie vasculaire. L'essai visait à déterminer si le contrôle glycémique intensif réduisait l'incidence des maladies macrovasculaires et microvasculaires

- Les traitements intensifs ont diminué l'hémoglobine glyquée HbA<sub>1c</sub> de **7,3 %** à **6,5 %** et ont débouché sur une réduction relative de **10 %** du résultat combiné des événements majeurs macrovasculaires et microvasculaires, essentiellement en raison d'une réduction relative de **21 %** des risques de néphropathie<sup>3</sup>



Adapté de Holman R, et al. 2008



Adapté de ADVANCE Collaborative Group. 2008



## Message à retenir



Les recommandations ont souligné l'importance d'**éviter l'inertie clinique** dans la gestion du DST2 et préconisent divers traitements intensifs précoces basés sur le **profil individuel de chaque patient** avec des **suivis réguliers tous les 3-6 mois**<sup>8</sup>



Malgré les preuves solides et les recommandations, il existe un délai considérable avant l'initiation d'une stratégie hypoglycémiant précoce et intensive au sein d'une pratique clinique<sup>9</sup>

**Abréviations :** ACCORD, Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes ; ADVANCE, Action in Diabetes and Vascular Disease : Preterax and Diamicon - MR Controlled Evaluation ; CVD, maladie cardiovasculaire ; DCCT, Diabetes Control and Complications Trial ; DM, diabète sucré ; DPP-4i, inhibiteur de la dipeptidyl peptidase-4 ; EDIC, The Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications ; GLP-1, glucagon-like peptide-1 ; GLP-1 RAs, agonistes des récepteurs du GLP-1 ; HbA<sub>1c</sub>, Hémoglobine glyquée A<sub>1c</sub> ; LM, libération modifiée ; SGLT2i, inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2 ; DST2, diabète sucré de type 2 ; UKPDS, The UK Prospective Diabetes Study ; VADT, Veterans Affairs Diabetes Trial

**Références :** **1.** Kathleen A et al. *Curr Diab Rep.* 2013; 13(2):252-260. **2.** Holman R et al. *N Engl J Med.* 2008; 359:1577-1589. **3.** ADVANCE Collaborative Group. *N Engl J Med.* 2008; 358:2560-72. **4.** Hayward RA et al *N Engl J Med.* 2015; 372:2197-206. **5.** Laiteerapong et al. *Diabetes Care* 2019; 42(3):416-426. **6.** ACCORD Study Group. *N Engl J Med.* 2008; 358: 2545-2559. **7.** DCCT/EDIC Study Group. *N Engl J Med.* 2005; 353:2643-2653. **8.** Davies MJ et al. *Diabetes Care* 2018; Sep:dc180033. **9.** Khunti K. *Lancet Diab & Endoc.* 2017; 11:105-106.