



Diabète: la pandémie comme révélateur de nos succès/nos failles

Pr ANNE WOJTUSCISZYN et Pr FRANÇOIS R. JORNAYVAZ

Rev Med Suisse 2022; 18: 1087-8 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.784.1087

Articles publiés sous la direction de

ANNE WOJTUSCISZYN

Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, Centre hospitalier universitaire vaudois Lausanne

FRANÇOIS R. JORNAYVAZ

Service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient, Hôpitaux universitaires de Genève

À peine sortis des mesures sanitaires et des restrictions sociales qui en découlaient, à peine tombions-nous les masques, que nous découvrons de nouveau la dureté du monde politique nous entourant. Les tensions ressenties lors des Jeux Olympiques n'étaient que les prémices d'un conflit aux relents de guerre froide qui allait nous surprendre aux portes même de notre Europe occidentale. Après l'isolement et les mesures de «restriction sociale» imposées par la pandémie de Covid, les images de l'Ukraine portées jusqu'à nous insufflent au final une solidarité et une cohésion peu ressenties jusqu'alors.

Cette solidarité et cette empathie pour faire bloc contre l'adversité peuvent entrer en résonance avec notre rôle médical dans la maladie chronique. Assurer la sécurité du patient est notre priorité. Prévenir les décompensations aiguës, entretenir une implication thérapeutique et finalement une «entente» thérapeutique entre le patient et son diabète est un exercice de haute voltige diplomatique. Surtout lorsque ce dernier a déjà eu un impact sur la vie, entraînant complications ou ruptures sociales.

Une fois de plus, cette année 2021 a été riche en nouveautés pour notre spécialité. La sécurité de nos patients a été au centre des dernières publications et, de ce fait, des dernières recommandations thérapeutiques. La prévention secondaire – mais aussi primaire pour certaines molécules – des complications dégénératives du diabète façonne notre stratégie thérapeutique plus que jamais, et ceci maintenant indépendamment de l'HbA_{1c}.

Ainsi, les inhibiteurs du SGLT-2 (iSGLT2) prennent leur place en première ligne en cas d'insuffisance cardiaque ou de maladie rénale. Leur efficacité sur ces pathologies annexes au diabète est maintenant démontrée même s'il n'est pas présent. Et ils commencent une autre révolution en cardiologie ou en néphrologie. Les agonistes du récepteur du GLP-1 restent en avant-garde en cas d'obésité et de maladie cardiovasculaire. L'étude GRADE, dernière étude d'envergure dont nous attendons les résultats définitifs et comparant notre arsenal thérapeutique pour le patient diabétique de type 2, semble prouver une fois de plus leur grande efficacité,

au-delà de l'insulinothérapie et avec une prévention cardiovasculaire en prime. Malheureusement, dans cette étude, les iSGLT2 n'étaient pas en lice et nous n'aurons pas de réponse sur leur efficacité en vraie vie comparé aux agonistes du récepteur du GLP-1.

Du côté des patients avec un diabète de type 1, la révolution est bien en marche également: nous avons la chance en Suisse d'avoir, depuis l'année dernière, 3 systèmes de boucle semi-fermée efficaces. Bientôt plus. Nous essayons parfois les plâtres des nouvelles mises en place, mais les résultats sont au rendez-vous avec l'obtention, souvent, de valeurs d'HbA_{1c} inférieures à 7% sans hypoglycémie, ce qui était une gageure jusqu'alors. L'efficacité avec la sécurité, donc.

En fait, un vrai changement de paradigme s'amorce. Pour les patients avec diabète de type 1, souvent jeunes et actifs, capteur – devenus la norme chez ces patients –,

**CAPTEUR,
POMPES ET
INTELLIGENCE
ARTIFICIELLE VONT
TOTALEMENT
CHANGER LA
GESTION DE LA
MALADIE**

Bibliographie

1

Dahl D, Onishi Y, Norwood P, et al. Effect of Subcutaneous Tirzepatide vs Placebo Added to Titrated Insulin Glargine on Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes: The SURPASS-5 Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2022;327:534-45. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.0078>

2

Holt R, DeVries JH, Hess-Fischl A, et al. The Management of Type 1 Diabetes in Adults. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2021;44:2589-625. <https://doi.org/10.2337/dci21-0043>

3

Fried L, Schmedt N, Folkerts K, et al. High unmet treatment needs in patients with chronic kidney disease and type 2 diabetes: real-world evidence from a US claims database. *Nephrol Dial Transplant* 2022;gfac140. DOI: 10.1093/ndt/gfac140.

pompes et intelligence artificielle vont totalement changer notre gestion de la maladie chronique. La pandémie de Covid étant passée par là, la dématérialisation des consultations ayant été rendue nécessaire, nos contacts vont peu à peu s'espacer et la téléconsultation va prendre sa place, avec sécurité. Pour les patients avec un diabète de type 2, nous attendons beaucoup des «twincrétines», co-agonistes des récepteurs du GLP-1 et du GIP ou du glucagon qui vont traiter de façon très impressionnante excès de poids, NASH et hyperglycémie, probablement tout en maintenant un très bon niveau de prévention cardiovasculaire. Ces deux grandes avancées, d'un côté pour le diabète sous insuline et de l'autre pour le diabète avec composante métabolique, font entrevoir la possibilité d'un contrôle glycémique proche de la physiologie avec une HbA_{1c} < 6,5%, voire < 5,7% sans hypoglycémie.¹

Cependant, nous le savons tous, malgré ces avancées, le constat général reste en demi-teinte. Les patients avec diabète, particulièrement nos patients comorbides et fragiles, ont été les premiers touchés par l'infection Covid. La pandémie a également mis à jour la fracture numérique et les différences sociales qui, même en Suisse, empêchent les patients de bénéficier des meilleurs traitements disponibles. Les patients avec une HbA_{1c} > 8%, en échec thérapeutique, sont encore particulièrement à risque de développer des complications liées à cette nouvelle maladie infectieuse. Et ils sont malheureusement majoritaires. L'inertie thérapeutique est toujours bien présente. Pour les patients avec diabète de type 1, pour lesquels les premières recommandations internationales de prise en charge ont été publiées en 2021,² moins de 30% ont

une HbA_{1c} dans les cibles fixées avec leur médecin (souvent entre 7 et 7,5%) et l'acceptation de la technologie est loin d'être un acquis: seulement 20% sont traités par pompe à insuline. Tout récemment, une étude menée chez des patients avec un diabète de type 2 et des complications rénales a montré le faible niveau d'initiation et le nombre élevé d'arrêts des traitements recommandés dans cette situation. Pour ces patients fragiles, les recommandations pour arrêter la progression de la maladie rénale chronique ne sont donc pas respectées.³ Il en est de même pour les maladies cardiovasculaires pour lesquelles nos patients sont toujours particulièrement à risque. Quant aux complications neuropathiques, pourtant emblématiques des complications dégénératives du diabète, elles sont encore sous-diagnostiquées et peu traitées.

LES RECOMMANDATIONS POUR ARRÊTER LA PROGRESSION DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE NE SONT PAS RESPECTÉES

Espérons que nous allons cheminer, avec nos patients, vers cette mutation pour ce suivi personnalisé et optimisé, vers un équilibre glycémique apaisé et des thérapeutiques qui tiennent leurs promesses de facilité d'utilisation, de tolérance et d'efficacité au jour le jour et à long terme.

Puisqu'un changement de nos pratiques est à prévoir, c'est à nous de nous adapter en premier. C'est donc notre rôle d'éduquer, d'informer, d'accompagner nos patients pour leur permettre de profiter de toutes ces avancées thérapeutiques, technologiques, et finalement humaines. Car aller mieux va permettre d'espacer nos visites, de les dématérialiser et de recentrer la vie de nos patients sur... leur propre vie !