ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16, rue Bonaparte - 75272 PARIS CEDEX 06
Tél. : 01 42 34 57 86

Un communiqué exprime une prise de position officielle de l'Académie. L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 13 octobre 2015, a adopté le texte de ce rapport avec 64 voix pour, 4 voix contre et 10 abstentions.

COMMUNIQUÉ

Les complications du diabète de type 2 exigent une prévention multifactorielle qui passe obligatoirement par un contrôle optimisé de l'équilibre glycémique

Claude JAFFIOL*, Pierre GODEAU* (Rapporteurs), au nom de la commission XVI (Médecine générale et exercice médical libéral)

Certains auteurs ont récemment remis en cause l'intérêt de contrôler l'équilibre glycémique des personnes diabétiques de type 2 [1] tout en contestant l'efficacité des traitements hypoglycémiants par rapport à leurs risques potentiels [2]. Cette prise de position est essentiellement fondée sur des publications [3-5] qui n'ont pu mettre en évidence un bénéfice cardiovasculaire significatif chez des patients soumis à un traitement intensif par rapport à une approche conventionnelle. Toutefois, ces études ont été conduites sur une courte durée de temps et sur des populations hétérogènes présentant déjà des complications vasculaires, ce qui conduit à faire des réserves sur l'interprétation de leurs résultats **[6].**

À l'opposé, d'autres travaux, menés sur un temps d'observation prolongé [7] ou mis en œuvre chez des sujets plus jeunes [8-9], confirment le bénéfice d'une réduction de l'hyperglycémie sur le risque micro- mais aussi macro-angiopathique, avec une diminution de la mortalité après 10 ans de suivi **[10].** L'intérêt d'une intervention optimale sur le niveau glycémique dans la prévention des complications cardiovasculaires est, en outre, pleinement attesté par les résultats de l'étude EDIC suivant celle du DCCT au cours du diabète de type 1 **[11]**

---

* Membre de l'Académie nationale de médecine

En se fondant sur les plus récentes données de la littérature et sur cinquante années de pratique qui ont considérablement amélioré le pronostic des patients diabétiques, on est en droit d'affirmer que :

1. l'optimisation glycémique réduit les complications micro-angiopathiques dans toutes les variétés de diabète [12-13]. La preuve est parfois moins évidente pour les complications macro-vasculaires lorsqu'il s'agit de sujets déjà porteurs de lésions chronicisées peu sensibles à la réduction de l'hyperglycémie. En revanche, le bénéfice devient significatif chez les patients diabétiques non ou peu compliqués, précocement traités, suivis sur une longue période **[10].**

2. la prise en charge des autres facteurs de risque est indispensable mais ne doit pas occulter l'importance de traiter parallèlement l'hyperglycémie. En effet, les essais prospectifs montrent l'efficacité de ces mesures conjointes sur la survenue des événements cardio-vasculaires **[7- 14]**

3. l'HbA1c reste un indicateur fiable du déséquilibre glycémique [15]. Son niveau cible doit être personnalisé afin d'adapter l'intensification thérapeutique aux besoins individualisés de chaque personne diabétique **[16].**

4. la large panoplie de médicaments hypoglycémiants permet de personnaliser la conduite thérapeutique [16] en optimisant le rapport bénéfice/ risques, avec, notamment, une diminution du risque d'accidents hypoglycémiques et de prise pondérale avec les nouveaux médicaments.

Mettre en doute l'intérêt des traitements hypoglycémiants pour prévenir les complications cardio- vasculaires du diabète de type 2 conduit à ignorer les remarquables progrès obtenus dans la prise en charge multifactorielle de cette affection. Par ailleurs, ne prendre en compte que le risque cardio-vasculaire tend à ignorer les autres complications, oculaires, rénales et neurologiques, où le contrôle glycémique joue un rôle préventif capital. Cette attitude ne peut que porter un préjudice grave aux patients qui seraient tentés de négliger les conseils thérapeutiques fondés sur des bases solides et sur des années d'expérience.

Ce communiqué a été rédigé avec l'appui de la Société francophone du diabète*, du Conseil National Professionnel d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques et de l'Association Française des Diabétiques** * André Scheen, Bernard Bauduceau, Jacques Bringer, Pierre Fontaine, Samy Hadjadj ; ** Gérard Raymond

RÉFÉRENCES

[1] Boussageon R, Pouchain D, Renard V. Reconsidérer les bénéfices et les risques des médicaments hypoglycémiants du diabète de type 2. Exercer, 2014; 115: 238-43

[2] Boussageon R, Gueyffier F. Approche factuelle et centrée sur les bénéfices cliniques des traitements pharmacologiques des patients diabétiques de type 2. Exercer , 2013; 110: 278-86

[3] The ACCORD study group. Effects of intensive lowering in type 2 diabetes. N. Engl. J. Med. 2008; 358: 2545-59

[4] The ADVANCE collaborative group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N. Engl. J. Med. 2008; 358: 2560-72

[5] Duckworth W, Abraira C., Moritz T et al. for the VADT investigators. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N. Engl. J. Med. 2009; 360: 129-39

[6] Scheen AJ, Charbonnel B- Effects of glucose lowering agents on vascular outcomes in type 2 diabetes:a critical reappraisal. Diabetes Metab. 2014;40: 176-85.

[7] Hayward RA, Reaven PD, Wiitala WL et al. Follow up of glycemic control and cardio vascular outcomes in type 2 diabetes. N. Engl. J. Med. 2015; 372: 2197-206

[8] UK Prospective Diabetes Study (UKPDS Group) Effect of intensive blood glucose control with metformin on complications of overweight patients with type 2 diabetes. Lancet, 1998; 352: 834-65

[9] Reaven PD, Moritz TE, Schwenke DC et al. Veterans Affairs Diabetes Trial. Intensive glucose-lowering therapy reduces cardiovascular disease events in veterans affairs: diabetes trial participants with lower calcified coronary atherosclerosis. Diabetes, 2009; 58: 2642-8

[10] Holman RR, Paul SK, Bethel MA et al., 10-year follow up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N. Engl. J. Med. 2008; 359: 1577-89

[11] Complications (DCCT/ EDIC) S Research Group. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. N. Engl. J. Med. 2005; 353: 2643-53.

[12] UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet, 1998; 352: 837-53.

[13] The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of complications in insulin dependant diabetes mellitus. N. Engl. J. Med. 1993; 329: 977-86

[14] Gaede P. et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. N. Engl. J. Med. 2003; 348: 383-93

[15] Nathan et al. A1c- Derived Average Glucose Study Group. Translating the A1c assay into estimated average glucose values. Diabetes Care, 2008; 31: 1473-8

[16] Inzucchi SE et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach. Diabetes Care, 2015; 38: 140-9

Pour copie certifiée conforme
Le Secrétaire perpétuel

Professeur Daniel COUTURIER