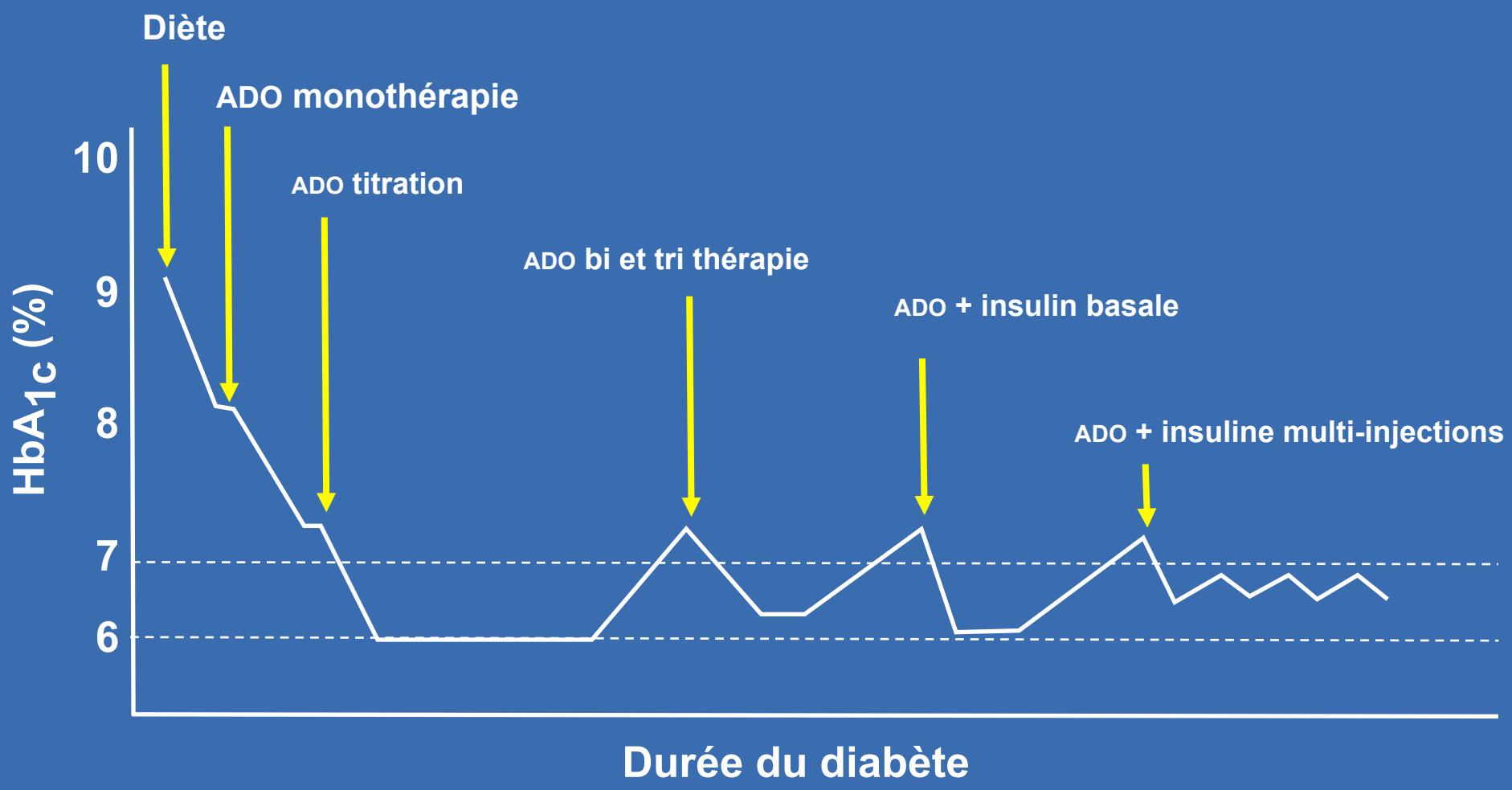
BI-THERAPIES
dans le DIABETE TYPE 2

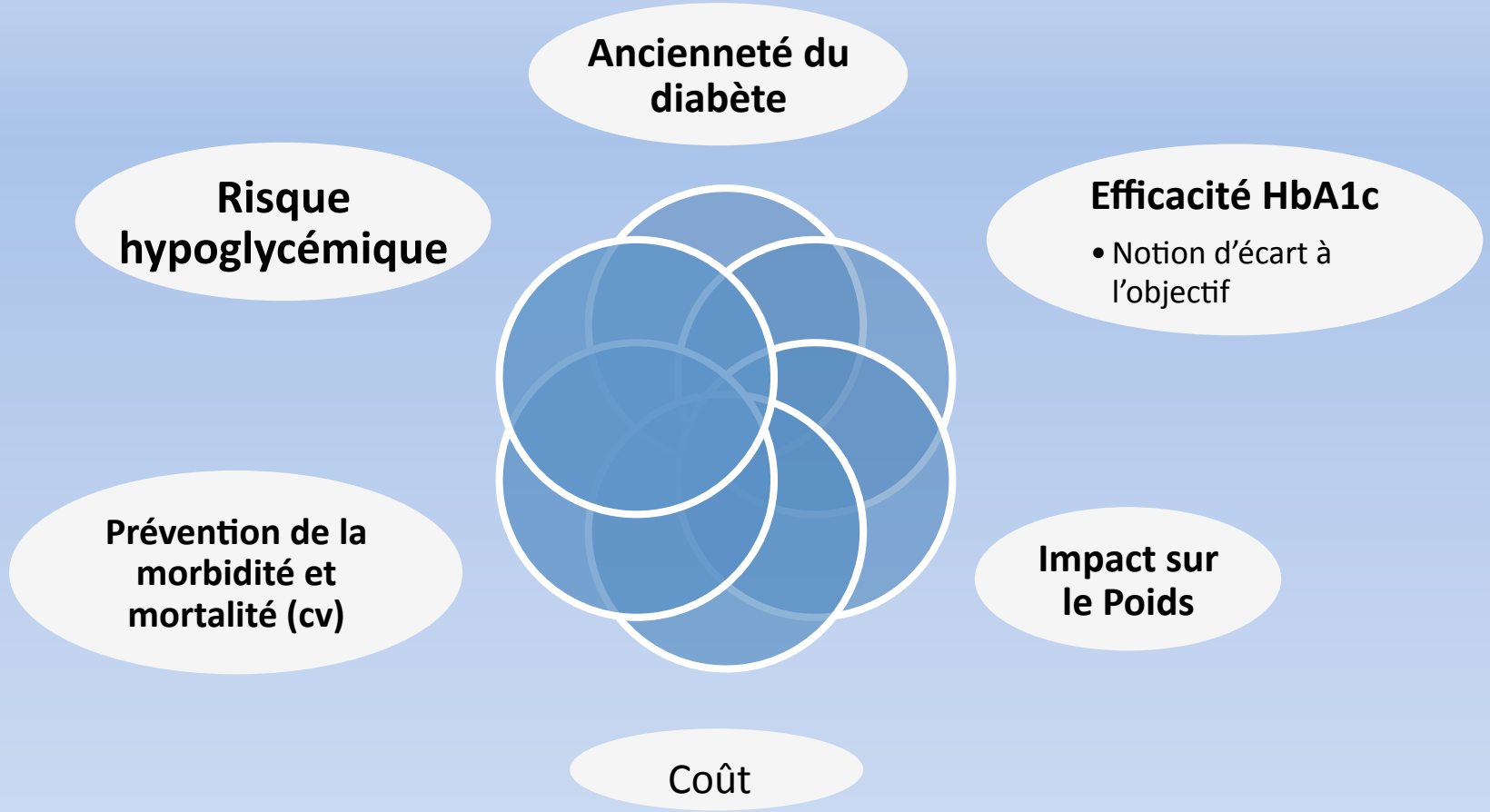
Prise en charge optimale des Diabétiques Type 2



L'intensification précoce est un élément fondamental de la prise en charge thérapeutique du diabète

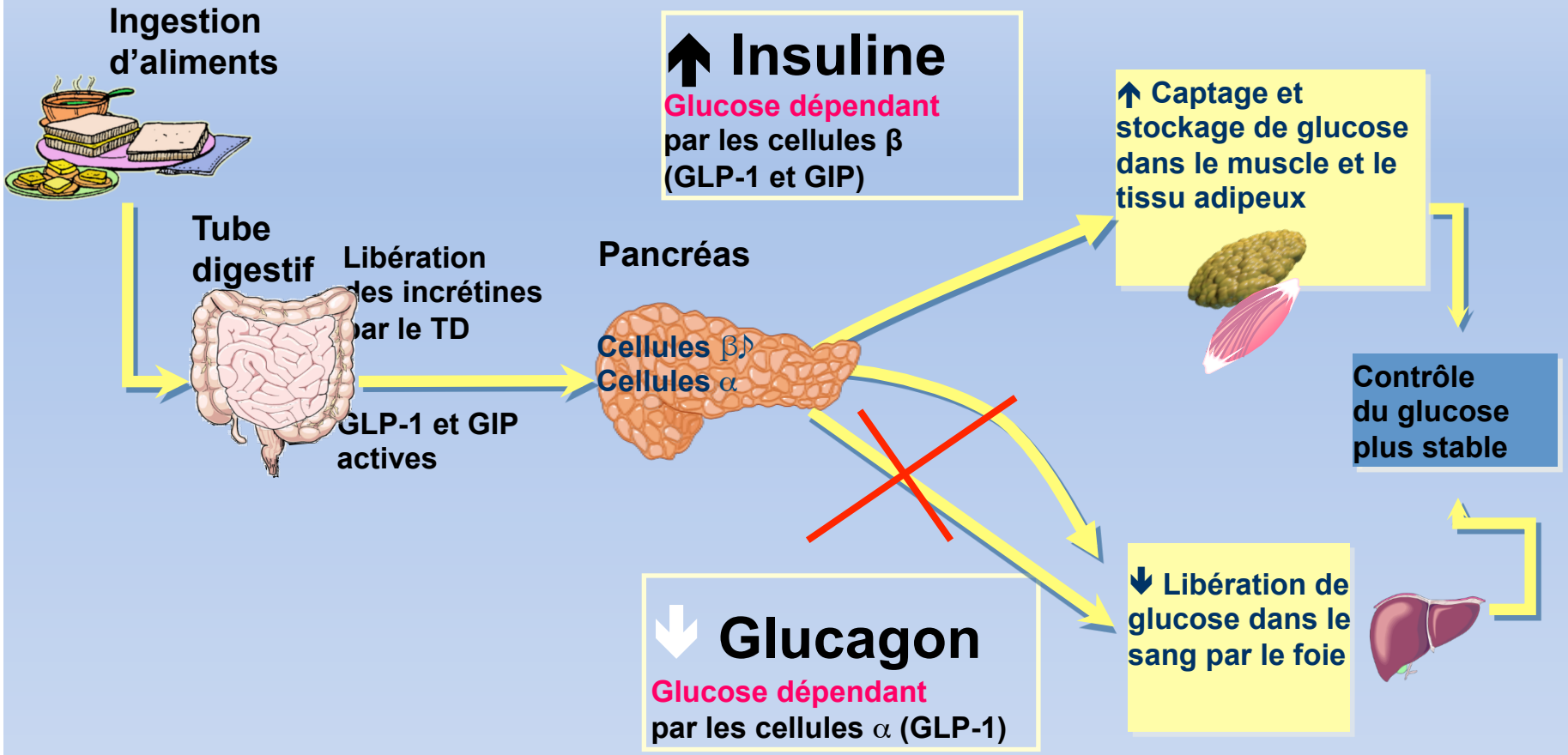
C'est probablement le meilleur garant de la prévention des complications

POUR FAIRE LE BON CHOIX THERAPEUTIQUE



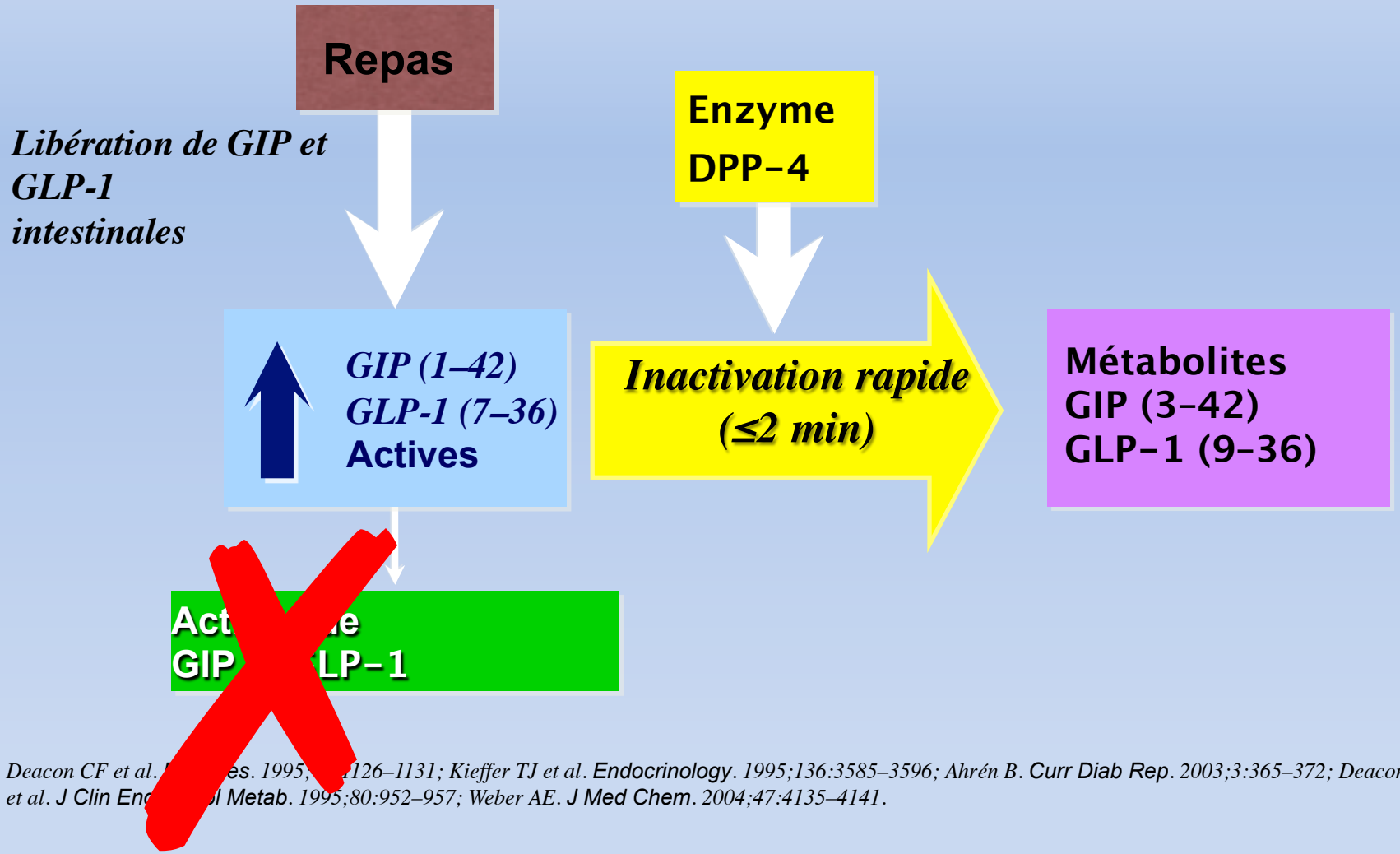
LA VOIE DES INCRETINES

Régulation glycémique et incrétines



Brubaker PL, Drucker DJ. Endocrinology. *2004;145:2653–2659; Zander M et al.* Lancet. *2002;359:824–830; Ahrén B.* Curr Diab Rep. *2003;3:365–372; Holst JJ.* Diabetes Metab Res Rev. *2002;18:430–441; Holz GG, Chepurny OG.* Curr Med Chem. *2003;10:2471–2483; Creutzfeldt WOC et al.* Diabetes Care. *1996;19:580–586; Drucker DJ.* Diabetes Care. *2003;26:2929–2940.*

Un obstacle: une demi vie très courte du GLP-1 inactivé par la DDP-4



Deacon CF et al. Diabetes. 1995; 44:1126–1131; Kieffer TJ et al. Endocrinology. 1995;136:3585–3596; Ahrén B. Curr Diab Rep. 2003;3:365–372; Deacon CF et al. J Clin Endocrinol Metab. 1995;80:952–957; Weber AE. J Med Chem. 2004;47:4135–4141.

Deux voies de traitement

Inhibiteur enzymatique de la DPP4

L'administration d'analogues de GLP-1, résistant aux DDP4, avec une forme active de plus longue durée d'action

INHIBITEURS DE LA DPP4

- Sitaglipine ⇨ Januvia – Xelevia
- Sita + Met ⇨ Janumet – Velmetia
- Saxagliptine ⇨ Onglyza
- Saxa + Met ⇨ Komboglyze
- Vidagliptine ⇨ Galvus
- Vida + Met ⇨ Eucreas

INHIBITEURS DE LA DPP4

Efficacité	-0,5 à -0,7%
Hypoglycémie	NON
Poids	Neutre
E I	Rares
Coût	Elevé

ANALOGUES GLP1

LIRAGLUTIDE = VICTOZA

- Une injection par jour

EXENATIDE = BYETTA

- Deux injections par jour

ANALOGUE GLP1

Efficacité	-1 à -1,5%
Hypoglycémie	Faible
Poids	Perte/sujet bon répondeur
E I	Gastro-intestinaux ± Pancréatite
Coût	Elevé

SULFAMIDES

GLICLAZIDE = DIAMICRON 30-60 mg (120mg)

GLIPIZIDE = GLIBENESE (15mg)

GLIMEPIRIDE = AMAREL 1.2.3.4 mg (6mg)

GLIBENCLAMIDE = DAONIL 1,25-2,5–5mg (15mg)

SULFAMIDES

Efficacité	-1%
Hypoglycémie	++ fin d'ap midi
Poids	↗ poids (my3kg)
Coût	Modéré

REPAGLINIDE

NOVONORM 0,5 – 1 – 2 mg (12mg)

- Efficacité - 1 %
- ½ Vie courte
- Elimination biliaire
- Action postprandiale dominante

Indication préférentielle

- Sujet âgé
- Insuffisance Rénale

NE PAS ASSOCIER SULFAMIDE + GLINIDE

ACARBOSE

GLUCOR 50 – 100 mg (300mg)

Efficacité = - 0,5%

Post prandiale

Tolérance digestive médiocre

(Flatulences ++)

Stratégies médicamenteuses : la bithérapie -ajouter un sulfamide à la metformine …avec quelques réserves…

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

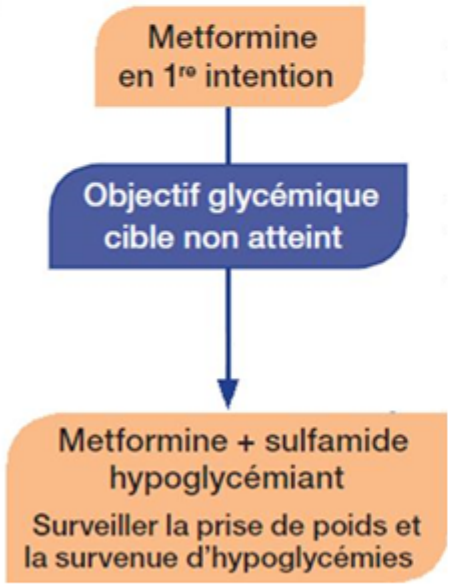
ansm

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2

RECOMMANDATIONS
Janvier 2013

BITHÉRAPIE



RECOMMANDATION 17

Si l'objectif glycémique n'est pas atteint malgré une monothérapie par metformine, l'association metformine + sulfamide hypoglycémiant est recommandée en surveillant la prise de poids et le survenue d'**hypoglycémies**.

RECOMMANDATION 10

Dans tous les cas, il est recommandé d'informer le patient des avantages et inconvénients des traitements proposés et de tenir compte de leur acceptabilité. Lors de l'introduction d'un médicament susceptible d'induire des **hypoglycémies**, il est important d'apprendre au patient à prévenir, identifier et prendre en charge une **hypoglycémie**.

RECOMMANDATION 42

L'ASG peut être utile chez les patients diabétiques de type 2 traités par sulfamides ou glinides afin de prévenir et de détecter d'éventuelles **hypoglycémies**.

Société francophone du diabète

Au stade de la deuxième ligne de traitement bithérapies

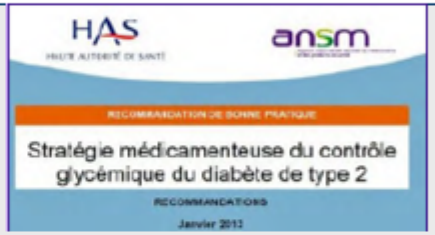
La divergence porte essentiellement sur la place des nouveaux traitements les DPP4 inhibiteurs, les GLP1 analogues (et la Lantus)

American Diabetes Association. EASD

Position Statement

➔ **Recommandation qui se revendique comme non algorithmique et non uniforme, du fait de l'absence dans la littérature des données comparatives d'efficience**

Les avantages et les inconvénients de chaque médication *doivent être considérés* ***pour chaque patient individuel***



➔L'association metformine + sulfamide est la bithérapie à privilégier :

car c'est ***la moins couteuse***

et celle pour laquelle

le recul d'utilisation est le plus important

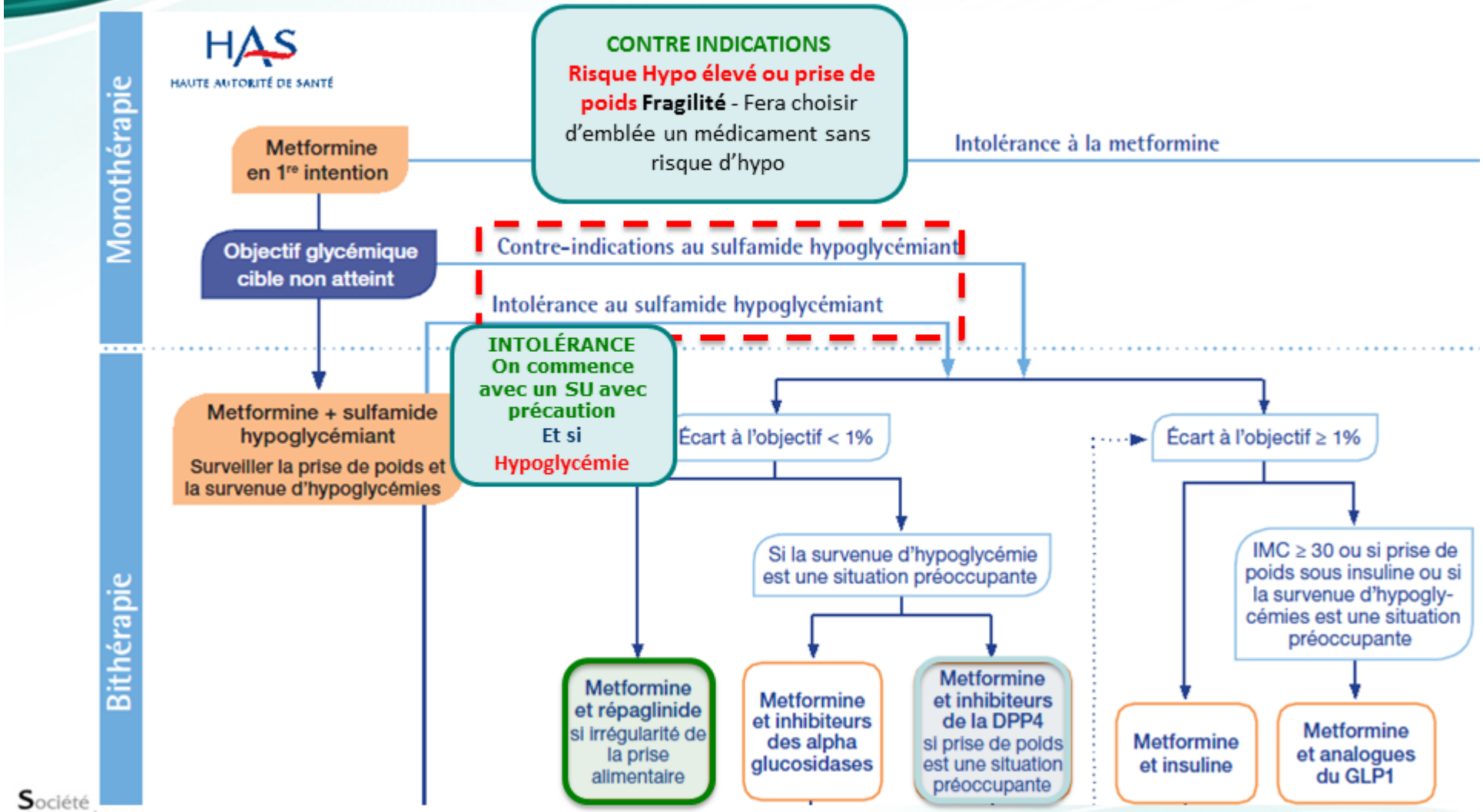
- Les recos ADA/EASD : stratégie centrée sur le patient
- Les recos françaises : stratégie centrée sur les coûts

Société francophone du diabète

For resource-limited settings, less expensive agents should be chosen.

However, consideration should be also given to side effects and any necessary monitoring, with their own cost implications.

Stratégies médicamenteuses : les bithérapies



Société francophone du diabète