

# Isabelle, 53 ans mère au foyer

2 frères, mère diabète type 2  
Diabète diagnostiqué à l'âge de 43 ans après pyélonéphrite

T. Taille  
= 109 cm

BMI = 29

Micro  
albuminurie  
100 mg/24h

Fo :  
rétinopathie  
exsudative  
débutante

Activité  
limitée :  
gonarthrose

Malgré DIAMICRON 120mg/j et METFORMINE 3 g/j  
↳ l'HbA1c plafonne à 8.4%

# Question

Choix thérapeutique ?

# Cas clinique : Isabelle

3<sup>e</sup> ADO Gliptine ou Glucor

GLP1

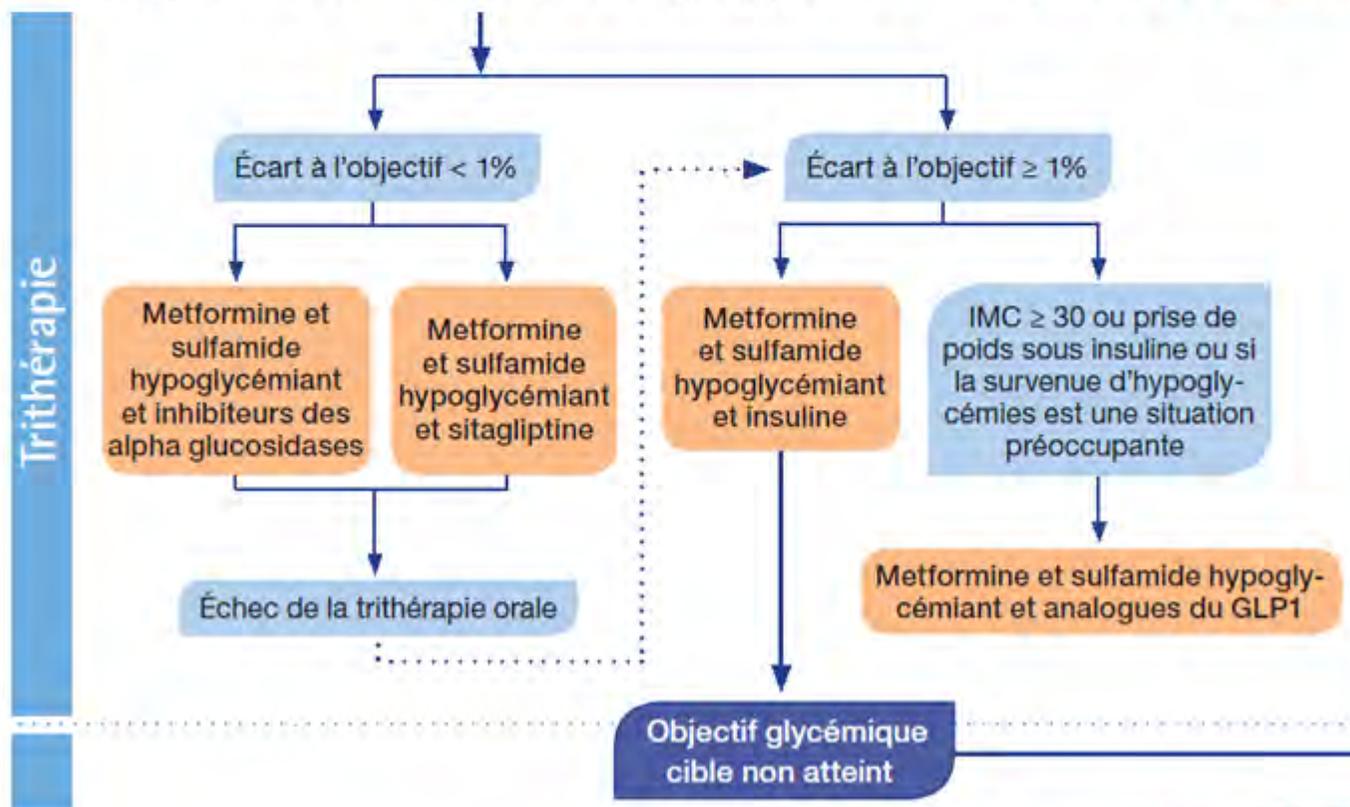
Insuline

# Stratégies trithérapie orale

## RECOMMANDATION 21a

Si l'objectif glycémique n'est pas atteint malgré une bithérapie par metformine + sulfamide hypoglycémiant et si l'écart à l'objectif est inférieur à 1 % d'HbA1c, les schémas thérapeutiques suivants peuvent être proposés :

- association metformine + sulfamide hypoglycémiant + **inhibiteurs des alpha-glucosidases** ;
- association metformine + sulfamide hypoglycémiant + **inhibiteurs de la DPP-4**



# Échec de trithérapie orale passage aux injectables « insuline »

## BITHÉRAPIE OU TRITHÉRAPIE

Objectif glycémique cible non atteint

Débuter de préférence par une insuline intermédiaire (NPH) au coucher

Risque d'hypoglycémie nocturne préoccupant

Débuter par une insuline analogue lente

Objectif glycémique cible non atteint

Schéma basal/bolus :  
insuline ou analogue d'action lente  
et insuline ou analogue d'action  
rapide ou ultra-rapide avant un  
ou plusieurs repas de la journée

Schéma d'1 à 3 injections/jour  
d'insuline biphasique :  
mélange d'insuline à action rapide  
ou ultra-rapide et d'insuline à action  
intermédiaire ou lente

• Commencer par une insuline basale

• Puis introduire des rapides



• Plutôt la NPH

• Les recos HAS :  
*stratégie centrée sur les coûts*



• Plutôt lente "Lantus"