

Mots clés :

Diabète de  
type 2  
Traitement  
Stratégie  
Accompagne-  
ment  
Éducation du  
patient

## Quelle stratégie de traitement pour le diabète de type 2 ?

Le diabète de type 2 (DT2) a deux types de complications, microvasculaires (rétiniennes, rénales et neuropathiques), et macrovasculaires, celles du risque cardiovasculaire (RCV) qui est ici de 20% ou plus sur 10 ans. Les patients sont souvent âgés, ont d'autres pathologies et d'autres risques et comme dans toute maladie chronique l'observance est souvent difficile. Le DT2 représente ainsi un exemple typique de la nécessité d'une médecine centrée sur le patient, comme le proposent des recommandations américaines spécifiques<sup>1</sup>. Il s'agira de prendre en compte tous les aspects de la maladie, les problèmes médicaux associés, les caractéristiques du patient, ses attentes et besoins.

### Des recommandations globales centrées sur le DT2

- **Adaptation du mode de vie** : arrêt du tabac<sup>4</sup>, conseil diététique, activité physique (*Bibliomed 490*) ;
- **Objectifs glycémiques** : HbA1c autour de 7 (*Bibliomed 547*) voire 8% quand l'hypoglycémie peut être dangereuse (personnes âgées, coronariens)<sup>2</sup> ;
- **Objectifs tensionnels** : 130/80, voire 140/80 mmHg (*Bibliomed 550*).
- **Statine** : dès un LDL  $\geq$  2mmol/l<sup>3</sup> (*Bibliomed 550*).
- **Aspirine** : en cas de maladie cardiovasculaire avérée ; au cas par cas dans les autres situations (*Bibliomed 548*).

### La nécessité d'une éducation du patient

On voit la difficulté de faire accepter et surtout « observer » au long cours ces prescriptions. Les données de l'étude UKDPS, 10 ans après la fin de l'étude et du suivi qui l'accompagnait, ont montré la détérioration progressive des résultats biologiques et manométriques quand le suivi a été moins rapproché<sup>5</sup>. Selon les recommandations du NICE<sup>6</sup>, la 1<sup>ère</sup> exigence est une prise en charge réellement centrée sur le patient pour l'aider aux changements nécessaires comportementaux (voir ci-dessus) et technologiques (autosurveillance glycémique et tensionnelle...). Cette éducation thérapeutique peut être initiée et renforcée par des structures spécialisées, mais doit être suivie au long cours par le médecin traitant (*Bibliomed 535*) et centrée autant sur le diabète que sur les autres facteurs de risque.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Le DT2 est une maladie complexe**, nécessitant des changements du style de vie, des objectifs thérapeutiques multiples visant l'équilibre glycémique et le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire.

**Le DT2, est une maladie chronique, souvent associé à d'autres pathologies**, avec donc des prescriptions multiples : tout doit être fait pour favoriser l'observance en limitant le nombre de médicaments.

**Le DT2 est souvent une maladie d'une personne âgée** : un bilan d'autonomie, l'aide de l'entourage, la prise en compte des préférences du patient, aideront à définir des priorités de soins.

**Ces trois données de base montrent que le DT2 impose une médecine centrée sur le patient**. Celle-ci passe par l'éducation du patient (et de son entourage) à sa maladie et à son traitement pour l'aider à acquérir son autonomie. Le médecin doit tenir compte de ses attentes et préférences, définir avec lui des priorités et l'accompagner au long cours.

### Connaître tous les autres problèmes de santé

Le DT2 concerne une forte proportion de personnes de plus de 65 ans, dont près de 50% souffrent d'autres pathologies chroniques réduisant l'espérance de vie, nécessitant d'autres thérapeutiques, rendant plus difficile l'observance. Le bilan gériatrique permet de préciser le degré d'autonomie et l'espérance de vie. Les priorités<sup>1,5</sup> – tant du médecin que du patient – doivent être établies en fonction de 3 mots clés :

- **Faisabilité** : le patient (ou son entourage) peut-il gérer son traitement, son régime, sa surveillance ?
- **Utilité** : l'espérance de vie est-elle suffisante pour obtenir le bénéfice recherché : il faut pour cela traiter 2 à 3 ans l'HTA ou une dyslipidémie, mais plus de 8 ans l'hyperglycémie.
- **Sécurité** : le risque d'hypoglycémie des traitements intensifs n'est-il pas trop important pour l'âge et/ou les pathologies associées du patient (*Bibliomed 380*) ?

### Prendre en compte les préférences du patient

Les préférences des patients sont très variables surtout chez les personnes âgées et doivent être déterminées sur une base individuelle. Très souvent le souhait dominant est de maintenir l'indépendance, les activités de la vie quotidienne, la qualité de vie. Ce qui menace l'indépendance est plus craint que le risque de mort. Les thérapeutiques complexes comme l'insuline<sup>1</sup> sont plus redoutées.

#### Références

- 1- Durso SC. Using clinical guidelines designed for older adults with diabetes mellitus and complex status. *JAMA*. 2006;295(16):1935-40.
- 2- Mazzone T. Hyperglycaemia and coronary heart disease: the meta picture. *Lancet*. 2009;373:1737-8.
- 3- Reckless J. Diabetes and lipid lowering: where are we? *BMJ*. 2006;332:1103-4.
- 4- Lindström J, Uusitupa M. Life style intervention, diabetes and cardiovascular disease. *Lancet*. 2008;371:1731-3.
- 5- Holman R et al. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;359:1577-89.
- 6- Home P et al. Management of type 2 diabetes: update NICE guidance. *BMJ*. 2008;336:1306-9.

