

Recommandations de bonnes pratiques
cliniques sur le management du

DIABÈTE TYPE 2



CENTRE DE CONNAISSANCES EN SANTE EN R.D. CONGO - ASBL

ce document est disponible gratuitement sur
www.ccsc-rdc.net

Cette synthèse a été :

réalisée par :

- Prof. Patrick Mitashi, CCSC-asbl et UNIKIN
- Prof. Jeff Kabinda, CCSC-asbl et UPN
- Prof. Faustin Chenge, CCSC-asbl et UNILU

révisée par :

- Prof. Mapatano M.A, UNIKIN
- Prof. Marie-Claire Muyer, UNIKIN



Ce document est basé sur les recommandations de National Institute of Care and Excellence (NICE) publiées dans l'article : *Hugh McGuire technical advisor, Damien Longson guideline chair, Amanda Adler consultant physician, Andrew Farmer professor of general* : **Management of type 2 diabetes in adults : summary of updated NICE guidance**. *BMJ* 2016;353:i1575 doi: 10.1136/bmj.i1575(3).

Le contenu de ce document s'adresse aux :

- Professionnels de santé qui soignent des patients atteints de diabète type 2
- Prestataires de services de lutte contre le diabète
- Patients souffrant de diabète de type 2, leurs familles et leurs aides

► Messages-clés :

Ce qu'il faut savoir :

- Le contrôle glycémique n'est qu'un aspect de soins du diabète de type 2
- Informer les patients atteints de diabète de type 2 lors de leur examen annuel que leur choix est de fixer une cible d'HbA1c.
- La metformine reste le médicament de première ligne sauf si elle est contre-indiquée ou non tolérée.
- N'offrez pas systématiquement à tous les patients l'autosurveillance de la glycémie

Ce qu'il y a de neuf dans ces recommandations :

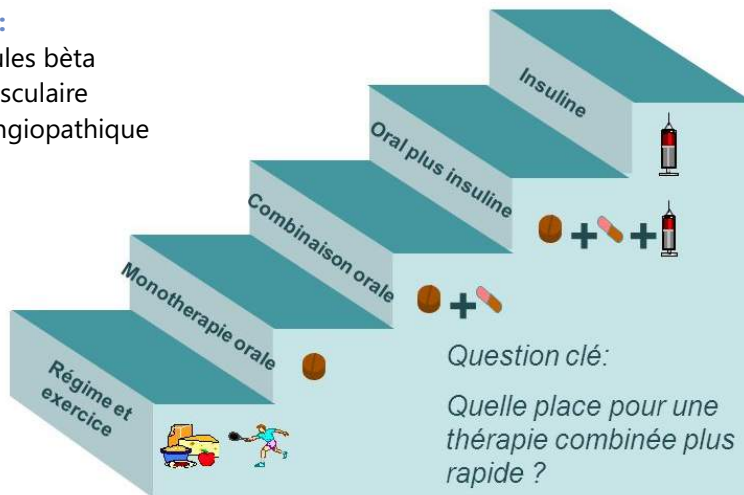
- La limite cible suggérée pour l'HbA1c a été réduite à ≤ 48 mmol / mol ou 141.25 mg/dl (≤ 53 mmol / mol (154.4 mg/dl) si plus d'un médicament est prescrit).
- La voie médicamenteuse distincte pour ceux qui sont incapables de prendre de la metformine
- Ne pas donner de l'aspirine ni du Clopidogrel pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires des personnes atteintes de diabète type 2.

► Contexte

Gestion par étapes du diabète de type 2

Principaux objectifs :

- 1) Protection des cellules bêta
- 2) Protection cardiovasculaire
- 3) Protection micro-angiopathique



Le diabète sucré est une affection chronique due soit à une insuffisance génétique ou acquise de la production d'insuline par le pancréas, soit par l'inactivation de cette insuline. Il existe essentiellement deux types de diabète, le type 1 et le type 2. Le diabète type 2 se caractérise par une résistance et un déficit relatif en insuline, l'un ou l'autre ou les deux éléments pouvant être présents au moment du diagnostic (1). Les dernières évaluations de la Fédération internationale du diabète indiquent qu'en 2017, 9% de la population adulte mondiale (425 millions de personnes) étaient atteintes du diabète, et que ce nombre devrait dépasser 629 millions au cours des deux prochaines décennies (2).

On estime aussi que le nombre d'adultes (20-79 ans) vivant avec le diabète en Afrique subsaharienne (ASS) en 2017 était évalué à 16 millions, avec une prévalence régionale d'environ 4% et des coûts de soins de santé associés de 3,3 milliards USD (2). Le diabète de type 2 représente 90% de tous les cas recensés et constitue de ce fait une menace croissante pour la santé humaine. Environ 40,7 millions d'adultes seront atteints de diabète de type 2 et que les coûts de prise en charge atteindront 6 milliards de dollars US [2]. Les évaluations suggèrent qu'environ 69% des adultes en ASS vivant avec le diabète ne sont pas diagnostiqués, ce qui entraîne une forte prévalence de complications liées au diabète. En 2017, environ 1,6 millions de décès étaient directement dus au diabète et que 2,2 millions de décès supplémentaires devaient être attribués à l'hyperglycémie en 2012 (4). En 2017, 6% de tous les décès ont été attribués au diabète (5). Près de la moitié des décès dus à l'hyperglycémie surviennent avant l'âge de 70 ans (1). L'OMS prévoit qu'en 2030, le diabète sera la 7e cause de décès dans le monde (4).

Les principaux facteurs de risque du diabète type 2 incluent l'obésité, l'urbanisation rapide, l'inactivité physique, le vieillissement, les transitions nutritionnelles et les changements socioéconomiques. Les patients d'ASS présentent également des manifestations de dysfonctionnement des cellules β et de résistance à l'insuline (4;6). L'évaluation du taux d'hémoglobine glycosylée élevée isolée A1c (HbA1c) est utilisée pour identifier et diagnostiquer les personnes susceptibles de développer un diabète type 2. Les complications microvasculaires sont les plus fréquentes dans le diabète type 2, en revanche les troubles métaboliques et les infections aiguës entraînent une mortalité importante. Le coût élevé du traitement du diabète type 2 et ses comorbidités, la prévalence croissante de ses facteurs de risque et les lacunes du système de soins de santé rendent nécessaires la planification et la mise en oeuvre urgente de solutions.

En République Démocratique du Congo (RDC), la prévalence du diabète, rapportée dans quelques études parcellaires, varie entre 3,5 et 14% (4;7-9) . En 2016, environ 23 000 décès étaient soit dus au diabète soit à l'hyperglycémie (4). En dépit de la rareté des données, la RDC devrait connaître, à l'instar d'autres pays d'ASS, une augmentation exponentielle des cas de diabète type 2 dans les prochaines années. Ceci serait lié à l'occidentalisation de mode de vie. La mise en oeuvre des recommandations sur les bonnes pratiques cliniques basées sur les évidences de la gestion de diabète type 2 est nécessaire pour autant qu'elle facilite la prise en charge des personnes malades disséminées à travers ce vaste pays.

Les agences d'évaluation des technologies en santé ont pu générer des évidences susceptibles d'améliorer la prévention et la prise en charge des maladies métaboliques et cardio-vasculaires notamment les recommandations des bonnes pratiques cliniques sur le management du diabète type 2. En effet, ce document résume les recommandations les plus récentes de National Institute for Health And Care Excellence (NICE) sur le diabète type 2. Ces recommandations sont basées sur des revues systématiques incluant les meilleures évidences disponibles et une prise en compte explicite des études coût-efficacité des traitements. Lorsqu'un minimum de preuves est disponible, NICE fonde ses recommandations sur l'expérience des membres du Guideline Development Group (GDG) en matière de bonnes pratiques cliniques. Lorsqu'ils exercent leur jugement, les professionnels de santé doivent tenir compte de ces directives, aux côtés des besoins, des préférences et des valeurs de leurs patients.

Les principales recommandations révisées de NICE par McGuire et al. 2016

1. Education du patient

Offrir une éducation structurée (thérapeutique et aux adultes atteints de diabète de type 2 et / ou aux membres de leur famille ou à leurs aidants (selon le cas) au moment du diagnostic, avec renforcement et révision annuels. Expliquer aux personnes et à leurs aidants que l'éducation structurée fait partie intégrante des soins du diabète.

S'assurer que tout programme d'éducation structuré destiné aux adultes atteints de diabète de type 2 comprend les éléments suivants:

- Il repose sur des preuves et répond aux besoins de la personne.
- Il a des objectifs spécifiques et des objectifs d'apprentissage et aide la personne et les membres de leur famille et leurs aides à développer des attitudes, des croyances, des connaissances et des compétences pour gérer le diabète de manière autonome.
- Il est fondé sur la théorie, les données probantes intégrant les données sur l'efficacité et l'efficience, ainsi que des supports à l'appui, et qu'il est écrit.
- Il est dispensé par des éducateurs qualifiés qui comprennent la théorie pédagogique en fonction de l'âge et des besoins de la personne, et qui sont formés et compétents pour appliquer les principes et le contenu du programme.

S'assurer que le programme d'éducation des patients fournit les ressources nécessaires pour soutenir les éducateurs, et que les éducateurs sont correctement formés et disposent du temps pour développer et maintenir leurs compétences.

Offrir des programmes d'éducation de groupe comme option préférée. Fournir une alternative de niveau égal pour une personne incapable ou ne souhaitant pas participer à une éducation de groupe.

S'assurer que le programme d'éducation des patients disponible réponde aux besoins culturels, linguistiques, cognitifs et d'alphabétisation de la région.

S'assurer que tous les membres de l'équipe de soins du diabète connaissent le programme d'éducation des patients, que ce programme est intégré au reste des mesures de soins et que les patients atteints de diabète de type 2 et les membres de leur famille ou leurs soignants ont la possibilité de contribuer à la conception et à la mise en oeuvre des programmes locaux.



Conseils diététiques

- S'assurer que les conseils nutritionnels individualisés et continus donné aux patients atteints de diabète type 2 proviennent d'un professionnel de santé possédant une expertise et des compétences spécifiques en nutrition.
- Donner des conseils diététiques sous une forme qui tient compte des besoins, de la culture et des convictions de la personne, de sa volonté de changer et des effets sur sa qualité de vie.
- Insister sur les conseils en matière d'alimentation saine et équilibrée applicables à l'ensemble de la population lorsqu'on conseille des adultes atteints de diabète de type 2.
- Encourager les sources de glucides riches en fibres et à faible indice glycémique dans le régime alimentaire, telles que les fruits, les légumes, les céréales complètes et les légumineuses; inclure des produits laitiers faibles en acides gras et du poisson gras; et contrôler la consommation d'aliments contenant des acides gras saturés et trans.
- Intégrer les conseils diététiques à un plan de gestion du diabète personnalisé, incluant d'autres aspects de la modification du mode de vie, tels que l'augmentation de l'activité physique et la perte de poids.
- Définir un objectif initial de perte de poids de 5-10% pour les adultes atteints de diabète de type 2 qui ont une obésité abdominale. Ne pas oublier que des pertes de poids moindres peuvent toujours être bénéfiques et que des pertes de poids plus importantes à long terme auront un impact métabolique avantageux.

- Personnaliser les recommandations concernant la consommation de glucides et d'alcool et les habitudes de repas. Réduire le risque d'hypoglycémie devrait être un objectif particulier pour une personne utilisant de l'insuline ou un sécrétagogue de l'insuline.
- Informer les adultes atteints de diabète de type 2 que la substitution limitée d'aliments contenant du saccharose à un autre glucide dans le plan de repas est autorisée, mais qu'ils doivent veiller à éviter un apport énergétique excessif.
- Décourager l'utilisation d'aliments spécifiquement destinés aux diabétiques.

Lorsque des adultes atteints de diabète de type 2 sont admis à l'hôpital en tant que patients hospitalisés ou dans tout autre établissement de soins, il faut mettre en place un système de planification des repas assurant la cohérence du contenu en glucides des repas et des collations.

2. Gestion de la glycémie

- Impliquer les adultes atteints de diabète de type 2 dans les décisions concernant leur cible individuelle d'HbA1c, en l'individualisant de manière à prendre en compte les préférences, les comorbidités, les risques liés à la polypharmacie ou à un contrôle strict de la glycémie, ainsi que l'espérance de vie. Essayer d'éviter les effets indésirables (y compris l'hypoglycémie) ou les efforts pour atteindre leur objectif qui nuisent à leur qualité de vie.

- Aider les adultes à viser une cible d'HbA1c de 48 mmol/mol ou 53 mmol/mol :
 - * Impliquer les adultes atteints de diabète de type 2 dans les décisions concernant leur cible individuelle HbA1c. Il faut les encourager à atteindre leur objectif et à le maintenir, à moins que des effets indésirables (y compris une hypoglycémie) ou les efforts déployés pour atteindre leur objectif ne compromettent leur qualité de vie.
 - * Offrir des conseils sur le style de vie et un traitement médicamenteux pour aider les adultes atteints de diabète de type 2 à atteindre et à maintenir leur cible d'HbA1c (voir Éducation du patient).
 - * Pour les adultes atteints de diabète de type 2, intervenir soit dans leur style de vie et leur régime alimentaire, soit dans leur style de vie et leur régime alimentaire combinés à un seul médicament non associé à une hypoglycémie, aider la personne à viser un taux d'HbA1c de 48 mmol / mol. Pour les adultes prenant un médicament associé à une hypoglycémie, il faut les inciter à viser un taux d'HbA1c de 53 mmol / mol.
 - * Pour les adultes atteints de diabète de type 2, si les taux d'HbA1c ne sont pas suffisamment contrôlés par un seul médicament et atteignent 58 mmol / mol ou plus: renforcer les conseils en matière de régime alimentaire, de style de vie et d'adhésion au traitement, aider la personne à viser un taux d'HbA1c de 53 mmol / mol.
 - * Si les adultes atteints de diabète de type 2 atteignent un taux d'HbA1c inférieur à leur cible et ne présentent pas d'hypoglycémie, encouragez-les à le maintenir. Ayez à l'esprit qu'il

existe d'autres raisons pouvant expliquer un faible taux d'HbA1c, par exemple une détérioration de la fonction rénale ou une perte de poids soudaine.

- Ne pas proposer systématiquement d'autosurveillance de la glycémie chez les adultes atteints de diabète de type 2 sauf si :
 - *La personne prend de l'insuline
 - *La personne prend des médicaments par voie orale pouvant augmenter le risque d'hypoglycémie au volant ou à l'aide de machines.
 - *Il existe des signes d'hypoglycémie
 - *La personne est enceinte ou envisage de le devenir.
 - *Cela fait partie d'un programme d'éducation structuré visant à aider les patients à comprendre leur diabète ou à identifier les événements hypoglycémiques asymptomatiques.

Quand envisager de relâcher le niveau cible d'HbA1c

Envisagez d'assouplir le taux cible d'HbA1c au cas par cas, en accordant une attention particulière aux personnes âgées ou fragiles, et aux adultes atteints de diabète de type 2 :

- qui ont peu de chances d'obtenir des avantages à long terme en matière de réduction des

risques, par exemple les personnes ayant une espérance de vie réduite.

- pour qui le contrôle strict de la glycémie présente un risque élevé des conséquences hypoglycémiques, par exemple, les gens qui sont à risque de chute, les personnes qui ont une déficience de la conscience des hypoglycémies et des personnes qui utilisent des machines lourdes dans le cadre de leur travail.
- pour qui une gestion intensive ne serait pas appropriée, par exemple, les personnes présentant des comorbidités importantes.



3. Traitement médical

- Proposer de la metformine (format standard) comme traitement médicamenteux initial.

Note : L'utilisation à long terme de metformine peut être associée à un déficit biochimique en vitamine B12; il convient d'envisager une mesure périodique des taux de vitamine B12 chez les patients traités par la metformine, en particulier ceux souffrant d'anémie ou de neuropathie périphérique.

- Si la metformine (format standard) est contre-indiquée ou non tolérée, envisager un

traitement médicamenteux initial par la metformine (libération prolongée) ou un inhibiteur de la dipeptidyl peptidase 4 (DPP-4), la pioglitazone ou une sulfonylurée.

- Le GDG a conclu que les directives de Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) sur la pioglitazone devraient être prises en compte. En effet, la pioglitazone est associée à un risque accru d'insuffisance cardiaque, de cancer de la vessie et de fracture osseuse. Les facteurs de risque connus pour ces affections, y compris l'âge, doivent être soigneusement évalués avant le traitement. La MRHA conseille aux prescripteurs d'examiner les individus après 3 à 6 mois de traitement et de poursuivre le traitement uniquement si des bénéfices attendus sont constatés.
- Le GDG a noté que les informations sur l'innocuité à long terme des inhibiteurs de la DPP-4 étaient limitées, mais a estimé que les preuves étaient suffisamment solides pour les recommander comme options de traitement si les deux autres médicaments étaient contreindiqués ou non tolérés, mais là encore, les directives de la MHRA devraient être prises en compte.
- Lorsque vous commencez une insulinothérapie chez les adultes atteints de diabète de type 2, utilisez un programme structuré utilisant une titration active de la dose d'insuline qui comprend:
 - * Technique d'injection
 - * Assistance téléphonique continue
 - * Auto surveillance

- * Titration de dose aux niveaux cibles
- * Education alimentaire
- * Prise en charge de l'hypoglycémie
- * Gestion des maladies aiguës pouvant déséquilibrer la glycémie
- * Soutien par un professionnel de santé dûment formé et expérimenté.



- Envisager une insulinothérapie (avec ou sans médicament supplémentaire) chez les patients nouvellement diagnostiqués, qui présentent des symptômes manifestes et / ou ont une glycémie élevée (> 300 mg / dL) ou de l'A1c (> 10%).

4. Gestion de certains risques et symptômes associés

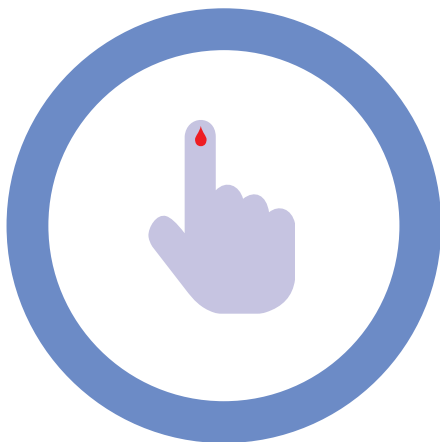
Le rôle des inhibiteurs de la phosphodiesterase-5 dans le traitement de la dysfonction érectile chez les hommes atteints de diabète de type 2 a été modifié et constitue désormais une recommandation plus faible en raison de préoccupations liées à la qualité des preuves et au manque de données comparatives par rapport à la testostérone.

- Envisager un inhibiteur de la phosphodiesterase-5 pour traiter la problématique

dysfonction érectile chez les hommes atteints de diabète de type 2, par le choix judicieux d'un médicament au coût d'acquisition le plus bas et en tenant compte des éventuelles contre-indications.

Après avoir examiné le rôle de l'aspirine dans la prévention primaire des maladies cardiovasculaires chez les adultes atteints de diabète de type 2, le GDG a décidé de ne proposer ni Aspirine ni Clopidogrel aux adultes atteints de diabète de type 2 sans maladie cardiovasculaire avérée.

- Ne pas proposer de traitement antiplaquettaire (Aspirine ou Clopidogrel) aux adultes atteints de diabète de type 2 sans maladie cardiovasculaire. Les recommandations pour la gestion de la pression artérielle chez les adultes atteints de diabète de type 2 sont inchangées
- Ajouter des médicaments si le changement de mode de vie ne réduit pas la pression artérielle en dessous de 140/80 mm Hg (< 130/80 mm Hg en cas de lésions rénales, oculaires ou cérébrovasculaires).
- Surveiller la tension artérielle au moins une fois par mois et intensifier le traitement si la personne prend déjà un traitement antihypertenseur, jusqu'à ce que la pression artérielle soit toujours à 140/80 mm Hg ou moins, à 130/80 mm Hg s'il existe des lésions rénales, oculaires ou cérébrovasculaires).



► Conclusion

Le diabète est en réelle progression dans les pays africains sub-sahariens. L'ampleur du problème reste inconnue en RDC.

Les études sont donc nécessaires pour mesurer la prévalence de la maladie. Les cas avérés de diabète doivent être pris en charge correctement sur base de recommandations basées sur les évidences.

Le contrôle de la glycémie et le choix des molécules hypoglycémiantes, gage inéluctable d'une prise en charge adéquate, doivent être adaptés à chaque individu.

La prévention des risques liés au diabète type 2 ne doit en aucun cas inclure l'aspirine.

Références

- (1) International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas - 8th edition. Accessed by : <http://www.diabetesatlas.org/> on February, 18th 2019.
- (2) Agyemang C, Meeks K, Beune E, Owusu-Dabo E, Mockenhaupt FP, Addo J, et al. Obesity and type 2 diabetes in sub-Saharan Africans - Is the burden in today's Africa similar to African migrants in Europe? The RODAM study. *BMC Med* 2016 Oct 21;14(1):166.
- (3) McGuire H, Longson D, Adler A, Farmer A, Lewin I. Management of type 2 diabetes in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2016 Apr 6;353:i1575.
- (4) Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le diabète. Http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204875/WHO_NMH_NVI_16.3_fre.pdf?sequence=1. 2016, consulted on February, 18th,2019.
- (5) Zimmermann M, Bunn C, Namadingo H, Gray CM, Lwanda J. Experiences of type 2 diabetes in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Glob Health Res Policy* 2018;3:25.
- (6) Hemmingsen B, Sonne DP, Metzendorf MI, Richter B. Insulin secretagogues for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in persons at increased risk for the development of type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 Oct 17;10:CD012151.
- (7) Katchunga P, Masumbuko B, Belma M, Kashongwe MZ, Hermans MP, M'buyamba-Kabangu JR. Age and living in an urban environment are major determinants of diabetes among South Kivu Congolese adults. *Diabetes Metab* 2012 Oct;38(4):324-31.
- (8) Longo-Mbenza B, Ngoma DV, Nahimana D, Mayuku DM, Fuele SM, Ekwanzala F, et al. Screen detection and the WHO stepwise approach to the prevalence and risk factors of arterial hypertension in Kinshasa. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008 Oct;15(5):503-8.
- (9) Muyer MT, Muls E, Mapatano MA, Makulo JR, Mvitu M, Kimenyembo W, et al. Diabetes and intermediate hyperglycaemia in Kisantu, DR Congo: a cross-sectional prevalence study. *BMJ Open* 2012;2(6).



Recommandations de bonnes pratiques
cliniques sur le management du
DIABÈTE TYPE 2



FINANCÉ PAR L'UNION EUROPÉENNE