

Contrôle glycémique du diabète de type 2: intensif ou classique ?

Rédaction

J.-Y. Camain
J. Ruiz
I. Peytremann-Bridevaux

Coordination rédactionnelle

Drs B. Burnand, I. Peytremann-Bridevaux et M. Rège-Walther

Adresses

Drs Jean-Yves Camain, Isabelle Peytremann-Bridevaux
Institut de médecine sociale et préventive, CHUV et Université de Lausanne
Bugnon 17, 1005 Lausanne

Dr Isabelle Peytremann-Bridevaux
Cochrane Suisse
Bugnon 17, 1005 Lausanne

Dr Juan Ruiz
Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme
CHUV, 1011 Lausanne

Cette rubrique présente les résultats d'une revue systématique publiée par la Collaboration Cochrane dans la *Cochrane Library* (www.cochrane.org/). Volontairement limité à un champ de recherche circonscrit, cet article reflète l'état actuel des connaissances de ce domaine. Il ne s'agit donc **pas** de recommandations pour guider la prise en charge d'une problématique clinique considérée dans sa globalité (guidelines).

■ ■ ■
Rev Med Suisse 2012; 8: 1422

Scénario

Vous voyez en consultation un patient de 55 ans, chez qui un diabète de type 2 a été récemment diagnostiqué. Il présente aussi un indice de masse corporelle à 27 kg/m², une HTA modérée non traitée (160/95), et une HbA1C à 8%. Vous mettez en place des mesures hygiéno-diététiques et un traitement médicamenteux.

Question

Quel objectif de contrôle glycémique est-il le plus approprié: intensif ou classique ?

– augmente le risque d'hypoglycémie (y compris hypoglycémie sévère) (12 études; RR: 2,1; IC 95%: 1,4-3).
Des analyses statistiques complémentaires suggèrent que seul ce dernier résultat est basé sur des preuves solides.

Limites

- Le diagnostic et la durée du diabète, les définitions et cibles des contrôles glycémiques ainsi que les traitements considérés ne sont pas uniformes.
- Les caractéristiques et profils de risque cardiovasculaire des patients inclus sont hétérogènes.
- Les traitements considérés dans les études, conduites sur une période de 35 ans, ne sont plus toujours actuels.
- Une méta-analyse des résultats de qualité de vie n'a pu être effectuée.

Contexte

Le diabète de type 2 est une pathologie métabolique chronique dont l'incidence et la prévalence sont en augmentation. L'hyperglycémie chronique de ces patients est associée à un risque augmenté de complications micro et macrovasculaires. Les différentes études menées jusqu'à maintenant n'ont pas permis d'affirmer qu'un contrôle glycémique intensif était plus approprié qu'un contrôle glycémique classique dans le traitement du diabète de type 2.

Résultats

Vingt essais randomisés (29986 patients), comparant le contrôle glycémique intensif au contrôle classique, ont été sélectionnés. Les critères de jugement principaux sont la mortalité globale et la mortalité cardiovasculaire. Un contrôle intensif, par rapport au contrôle classique:

- n'affecte ni le risque de mortalité globale (18 études; RR: 1,01; IC 95%: 0,9-1,1), ni le risque de mortalité cardiovasculaire (18 études; RR: 1,1; IC 95% 0,9-1,3);
- ne semble pas avoir d'impact sur certaines complications macrovasculaires (AVC non fatal, insuffisance cardiaque, revascularisation cardiaque ou périphérique) malgré une possible diminution du risque d'infarctus non fatal;
- diminue le taux de complications microvasculaires tant mesurées comme critères de jugement combinés (4 études; RR: 0,9; IC 95%: 0,8-0,95) que séparément (néphropathie: 9 études; RR: 0,8; IC 95%: 0,6-0,99; rétinopathie: 8 études; RR: 0,79; IC 95%: 0,7-0,9);
- diminue le risque d'amputation des membres inférieurs (8 études; RR: 0,6; IC 95%: 0,4-0,95).

Conclusions des auteurs

Le contrôle glycémique intensif seul, par rapport à un contrôle classique, ne diminue pas la mortalité globale ou la mortalité cardiovasculaire. Le contrôle glycémique intensif pourrait toutefois réduire le risque de complications microvasculaires, mais augmenter le risque d'hypoglycémie. Cependant, seul ce dernier résultat est basé sur des preuves convaincantes.

Réponse à la question clinique

Cette revue systématique est la première qui inclut tous les essais randomisés comparant les contrôles glycémiques intensif et classique dans le diabète de type 2. Les études en cours sur le traitement intensif précoce du diabète de type 2 pourraient modifier les résultats de cette revue systématique dans le futur (étude ADDITION). En pratique clinique, l'absence de bénéfices clairs (à part pour le risque d'hypoglycémie) justifie l'adaptation du contrôle glycémique en fonction du contexte personnel du patient et de l'évaluation des bénéfices et risques qui y sont liés. Un patient jeune sans comorbidités bénéficierait d'un contrôle glycémique intensif. Chez un patient plus âgé, avec des complications et une espérance de vie réduite, un contrôle glycémique classique serait préférable. La difficulté du choix de l'intensité du traitement se situe entre ces deux situations. Pour votre patient, vous devrez pondérer les bénéfices d'une diminution du risque de complications avec les risques liés à l'hypoglycémie. D'autres mesures, telles que le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, devraient aussi être considérées. Néanmoins, l'efficacité des traitements «multirisques» doit être encore clarifiée.

Abréviations: HbA1C: hémoglobine glyquée; IC 95%: intervalle de confiance à 95%; RR: risque relatif; HTA: hypertension artérielle; AVC: accident vasculaire cérébral; étude ADDITION: Anglo-Danish-Dutch study of Intensive Treatment in people with screen detected diabetes.

Référence: Hemmingsen B, Lund SS, Gluud C, et al. Targeting intensive glycaemic control versus targeting conventional glycaemic control for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; (6): CD008143.