

Le risque cardio-rénal au cœur des dernières recommandations de la HAS concernant la prise en charge du patient DT2



Scannez ce QR code
pour télécharger la
version complète de ce
numéro supplément.

Ces dernières années, un changement de paradigme s'est opéré dans la prise en charge du diabète de type 2 (DT2), passant du seul contrôle strict de la glycémie à une approche plus globale et individualisée du patient. Cette nouvelle stratégie tient compte des risques cardiovasculaires (CV) et rénaux. Elle s'appuie sur des données récentes et est intégrée aux recommandations actualisées de la HAS.

Stratégie médicamenteuse du patient diabétique de type 2 : mise en œuvre pratique des recommandations de la HAS

Les nouvelles recommandations 2024 de la HAS sur le DT2 marquent un tournant majeur. Elles s'éloignent d'une approche uniquement centrée sur l'équilibre glycémique pour privilégier la prise en compte du risque CV et rénal. Ce changement s'appuie sur de nombreux essais cliniques ayant démontré les bénéfices des inhibiteurs des co-transporteurs de la réabsorption sodium-glucose de type 2 (iSGLT2) et analogues des récepteurs du glucagon-like peptide 1 (aGLP1), en particulier sur les événements CV, l'insuffisance cardiaque et la maladie rénale. Ces classes sont désormais recommandées même chez des patients bien équilibrés sur le plan glycémique, dès lors qu'un risque cardio-rénal est présent. En première intention, les modifications du mode de vie (activité physique, nutrition, arrêt du tabac) et la metformine restent la pierre angulaire des recommandations de prise en charge, bien que les preuves scientifiques soient parfois limitées pour cette molécule.

Le traitement médicamenteux est ensuite individualisé selon le profil cardio-rénal :

- en cas de maladie CV avérée : iSGLT2 ou aGLP1 ;

- en cas d'insuffisance cardiaque avérée : iSGLT2 (sous traitement optimal de l'insuffisance cardiaque) ;
- en cas de maladie rénale chronique : iSGLT2 (sous traitement néphroprotecteur optimal) ;
- en situation de risque CV élevé (prévention primaire) : iSGLT2 ou aGLP1 ;
- en situation d'obésité ou d'hépatopathie dysmétabolique : aGLP1, sous couvert d'un contrôle rétinien rigoureux ;
- en situation de risque CV modéré (prévention primaire) : iSGLT2 ou aGLP1, puis inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4 (DPP-4), puis sulfamides, voire glinides, et enfin inhibiteurs de l'alpha-glucosidase.

La metformine conserve sa place en première intention, pour la HAS, alors que dans ses recommandations sur la prévention secondaire des personnes avec un DT2, la Société européenne de cardiologie s'en affranchit depuis quelques années. L'association metformine/aGLP1/iSGLT2 est recommandée (grade C) pour le contrôle glycémique, grâce à des mécanismes d'action complémentaires. Cette trithérapie peut être proposée pour son intérêt métabolique, en attendant des preuves plus solides concernant son impact sur les événements cardio-rénaux. L'obésité, fréquente dans le DT2, est désormais pleinement intégrée à la stratégie thérapeutique, avec un recours aux médicaments associés à une réduction pondérale (iSGLT2 et surtout aGLP1) et une limitation des médicaments associés à une prise de poids (sulfonylurées et glinides). Enfin, les recommandations insistent sur l'individualisation des choix thérapeutiques à chaque étape, en tenant compte des préférences, de la tolérance et du contexte du patient. Ce cadre plus global ouvre la voie à une prise en charge du DT2 mieux alignée sur la réalité clinique et les risques associés.

Modifications du mode de vie dans le DT2 : oui, mais comment ?

La prise en charge du DT2 repose en premier lieu sur les modifications thérapeutiques du mode de vie. La HAS insiste sur leur rôle central, incluant l'activité physique (AP), la nutrition, le soutien psychologique et l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Ces approches doivent être personnalisées et intégrées dans un parcours de soins coordonné.

L'AP adaptée est une thérapeutique à part entière qui améliore notamment la sensibilité à l'insuline, la qualité de vie et réduit les risques CV. Ses effets sont démontrés, qu'elle soit axée sur l'endurance, le renforcement musculaire ou une association des deux. Une évaluation simple de l'état physique, de la motivation et des freins du patient est indispensable avant toute recommandation. Différents niveaux d'intervention et structures comme les maisons sport-santé ou les éducateurs d'activité physique adaptée (APA) peuvent être sollicités. Depuis 2016, les médecins peuvent prescrire l'APA aux patients en affection de longue durée.

Sur le plan nutritionnel, le rôle du diététicien est essentiel. Il évalue les qualités nutritionnelles des repas, les quantités, et surtout le comportement alimentaire avec une approche individualisée. La recherche des troubles du comportement alimentaire doit être systématique. L'accès à un suivi diététique peut passer par les diététiciens (exerçant en libéral, dans les centres de santé, les hôpitaux), par les maisons du diabète, ou encore les associations.

L'ETP permet au patient de développer ses compétences d'auto-soins et d'adaptation. Bien qu'inégalement accessible, elle peut être relayée par un accompagnement thérapeutique. Par exemple, des outils numériques, les infirmiers Asalée et les infirmiers de pratique avancée (IPA) facilitent le suivi et l'engagement des patients. Les agences régionales de santé disposent le plus souvent d'annuaires des structures d'ETP.

Enfin, le soutien psychologique est un maillon essentiel mais souvent négligé. Anxiété et dépression impactent fortement l'adhésion thérapeutique des patients et l'équilibre glycémique. Les psychologues libéraux, les centres médico-psychologiques ou encore les associations de patients peuvent être sollicités.

Les médecins peuvent aujourd'hui s'appuyer sur des ressources variées pour structurer un parcours de soins personnalisé.

Pourquoi et comment évaluer le risque CV du patient vivant avec un DT2 ?

Les patients atteints de DT2 ont un risque deux à quatre fois plus élevé de développer une maladie athéromateuse, une insuffisance cardiaque ou une fibrillation atriale. Le DT2 est également un facteur de risque majeur de maladie rénale chronique (MRC), qui aggrave elle-même le risque CV et la mortalité.

La stratification du risque CV est essentielle pour adapter la prise en charge. La classification de la Société européenne de cardiologie et de l'Association européenne pour l'étude du diabète (ESC/EADS) a introduit trois niveaux de risque CV (modéré, élevé, très élevé), selon l'âge, la durée du diabète, les facteurs de risque associés et les atteintes d'organes cibles. Aucun patient diabétique de type 2 n'est considéré à risque faible.

Pour les patients sans maladie CV ni atteinte d'organes cibles sévère, l'ESC recommande l'usage du SCORE2-Diabetes, un algorithme pour estimer le risque CV à dix ans. Il combine des facteurs classiques (âge, tabac, pression artérielle, cholestérol) à des données spécifiques au diabète (âge au diagnostic, hémoglobine glyquée [HbA1c], débit de filtration glomérulaire estimé [DFGe]). D'autres scores comme ADVANCE (à quatre ans) ou DIAL/DIAL2 (risque CV à vie) peuvent être utilisés selon les contextes, bien qu'ils présentent des limites méthodologiques, notamment une faible adaptation aux réalités européennes actuelles.

Ces outils restent peu utilisés en routine, car aucun ne couvre parfaitement la complexité clinique individuelle. L'objectif demeure de déterminer un niveau de risque pertinent pour chaque patient afin de proposer une thérapie adaptée.

Pourquoi et comment évaluer le risque rénal du patient vivant avec un DT2 ?

La maladie rénale chronique (MRC) constitue un enjeu majeur de santé publique, avec une prévalence estimée à environ 10 % de la population française. Parmi ses principales causes, la néphropathie diabétique, complication fréquente du DT2, concerne près de 50 % des patients vivant avec un diabète. Au-delà de son impact sanitaire, la MRC entraîne un coût économique important pour le système de santé. Le dépistage annuel, avec l'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) et le ratio albuminurie/créa-



© Adobe Stock

tininurie (RAC), permet d'identifier précocement les atteintes rénales. L'évaluation comprend le dosage de la créatinine sérique, permettant d'estimer le DFG à l'aide de la formule CKD-EPI, actuellement recommandée, et la mesure du RAC sur un échantillon d'urine. Un outil incontournable, la classification KDIGO (*Kidney Disease : Improving Global Outcomes*), croisant DFG et RAC, permet de stratifier le risque cardio-rénal de manière simple et standardisée. Elle permet au médecin de prendre rapidement des décisions adaptées à la gravité du risque identifié. En complément de cette matrice, le score KFRE (*Kidney Failure Risk Equation*) constitue un outil prédictif utile pour estimer le risque d'évolution vers une défaillance rénale nécessitant un traitement de suppléance (dialyse ou transplantation). L'interprétation est réalisée à l'aide de seuils définis.

Le rôle du médecin généraliste est central dans le dépistage, la prévention et la prise en charge précoce de la MRC chez le patient atteint de DT2. Il peut initier les mesures hygiéno-diététiques (alimentation, activité physique, arrêt du tabac, etc.) et thérapeutiques (inhibiteurs de l'enzyme de conversion [IEC] ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II [ARAII], iSGLT2, aGLP1, statine... selon le profil métabolique), en assurant un contrôle tensionnel strict.

Le dépistage précoce d'une atteinte rénale chez les patients diabétiques de type 2 permet de retarder ou d'éviter un traitement de suppléance, d'améliorer le pronostic CV et de préserver la qualité de vie des patients.

Que retenir des recommandations de la HAS sur les populations particulières (populations âgées et patientes enceintes ou envisageant de l'être) ?

Le DT2 chez les patients âgés est un motif fréquent de consultation en médecine générale. La prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans avec DT2 repose sur une évaluation gériatrique. La HAS distingue les patients vigoureux, fragiles et malades, avec des objectifs glycémiques différenciés : HbA1c cible : $\leq 7\%$, $\leq 8\%$, $< 9\%$ respectivement.

La HAS introduit la notion de désintensification thérapeutique pour limiter le risque iatrogène. La prise en charge repose sur les mêmes moyens que chez les plus jeunes : modification du mode de vie et traitements anti-hyperglyc-



mians, sous réserve de leurs contre-indications et de leur tolérance. L'alimentation doit éviter les régimes trop restrictifs en raison du risque de dénutrition et de sarcopénie. L'AP est adaptée aux capacités, en tenant compte des risques de chute et de déshydratation. Le choix des thérapeutiques doit prendre en compte les risques d'hypoglycémie et de dénutrition pouvant être induits par certains traitements ainsi que la protection CV chez les patients à risque.

Chez les femmes avec un DT2 souhaitant une grossesse, une HbA1c $< 6,5\%$ est recommandée avant la conception. Tous les traitements doivent être arrêtés au profit de l'insuline, dans le cadre d'un suivi multidisciplinaire. Les glycémies doivent être évaluées par glycémie capillaire ou capteur de surveillance du glucose interstitiel.

La stratégie thérapeutique du DT2 a connu une évolution majeure. L'approche centrée exclusivement sur l'HbA1c cède la place à une médecine holistique et personnalisée intégrant notamment les risques cardio-rénaux. Le rôle du médecin généraliste est fondamental, tant pour la détection précoce des complications que pour l'instauration et l'ajustement d'un traitement fondé sur des preuves actualisées.

Références disponibles sur demande