



FORUM DE DISCUSSION
EN DIABÉTOLOGIE



DÉFINIR RÉFLÉCHIR **ÉCHANGER** autour de l'insulinorésistance

Animé par
Pr Michel KREMPF

Réalisé par l'Agence
Profession Santé pour



NANTES
13 octobre 2020



■ Présentation des trois cas



■ Observatoire de l'insulinorésistance

Les médecins généralistes (MG) sont au cœur de la prise en charge des patients diabétiques de type 2 (DT2), notamment au stade de l'insulinothérapie. Ainsi, comme le montrent les données de l'étude du Pr Serge Halimi (endocrinologue-diabétologue, professeur émérite de nutrition, Grenoble), 82 % des patients traités par insuline sont suivis par le MG^①. Le contrôle des patients DT2 par insuline est parfois délicat et l'on constate qu'environ la moitié de ces patients n'atteignent pas leur objectif glycémique^①.

Afin de comprendre les mécanismes impliquant un non-contrôle sous insulinothérapie et connaître les pratiques des MG selon certaines spécificités régionales, Novo Nordisk a mis en place un Observatoire régional de l'insulinorésistance. Ainsi, entre décembre 2019 et mars 2020, 601 MG prescripteurs d'antidiabétiques injectables ont été interrogés sur leurs pratiques face à différents profils de patients DT2 non contrôlés sous insuline lente.

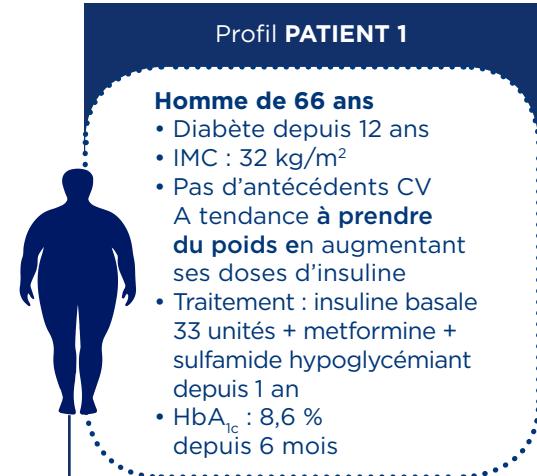
L'Observatoire régional de l'insulinorésistance a confirmé les données de la publication du Pr Halimi^① en montrant que 21 % des patients sous insuline lente n'étaient pas contrôlés. Il a révélé que l'insulinorésistance n'était pas un concept bien identifié bien que les MG en aient paradoxalement bien repéré les principales caractéristiques, comme le tour de taille et la prise de poids.

Pour aller plus loin, Novo Nordisk a décidé de réunir des MG en région pour échanger sur leurs pratiques courantes et réfléchir à une prise en charge adaptée aux profils des patients non contrôlés par insuline lente. Les e-workshops régionaux organisés par *Le Quotidien du Médecin* en partenariat avec Novo Nordisk ont permis de discuter de trois cas cliniques avec les MG participants.

Cet e-atelier a rassemblé des MG et un expert régional, le Pr Michel Krempf (CHU de Nantes), le 13 Octobre 2020.

Le Pr Krempf a exposé, au cours de l'atelier nantais, trois cas cliniques de patients DT2 sous insuline basale et mal équilibrés par leur traitement. Ces cas avaient été analysés dans l'Observatoire régional de l'insulinorésistance.

L'expert a donc pu comparer les attitudes des médecins participants aux e-workshops avec les données régionales et nationales issues de l'Observatoire. Les débats ont permis d'échanger autour de la pratique clinique pour rappeler le concept de l'insulinorésistance, et dégager des profils patients et des algorithmes de prise en charge à la lumière des recommandations actuelles (Haute Autorité de santé, Société francophone du diabète).



CAS 1 : Ce cas illustre un diabète de type 2 chez un sujet obèse (IMC de 32 kg/m²) avec une distribution du tissu adipeux au niveau abdominal. Ce patient a tendance à prendre du poids sous insuline indiquant une composante forte d'insulinorésistance.

ANALYSE DU CAS ■ par le Pr Michel Krempf

« Il est clair que dans ce cas d'excès pondéral et de prise de poids sous insuline avec un mauvais contrôle de l'hémoglobine

glyquée, j'introduis très vite un analogue du récepteur au GLP-1. J'aurais interrompu le sulfamide, car il expose au risque d'hypoglycémie, puis j'aurais réajusté le traitement avec une titration progressive d'insuline. Je titre l'insuline basale selon le résultat obtenu avec le GLP-1 pour avoir un objectif de glycémie de 0,9 g/l à 1,2 g/l.

En ambulatoire, le patient est tout à fait capable de le faire, mais il a parfois des difficultés à prendre la décision de modifier son traitement; il faut insister sur l'importance d'avoir un algorithme écrit pour le patient. »

CAS 2: Il s'agit d'une femme sans antécédents cardiovasculaires, présentant un diabète assez ancien dont l'HbA_{1c} est élevée malgré une trithérapie incluant une insuline basale à la dose de 35 UI. Elle se caractérise par sa tendance à perdre du poids depuis quelques années sans avoir changé son mode de vie et sans pathologie pouvant expliquer cet amaigrissement.

ANALYSE DU CAS

« Le profil est difficile car on est loin du diabète de type 2 typique, on est intrigué car on est plutôt dans un contexte d'insulinopénie et une carence en insuline. L'attitude première est plutôt en faveur de l'insuline rapide, mais tout va dépendre du carnet de surveillance du diabète. Je titre toujours la basale pour obtenir une glycémie à jeun correcte entre 0,9 g/l et 1,2 g/l. C'est un peu compliqué de doser le peptide C pour s'assurer de la carence de sécrétion de l'insuline, car il faut compter avec un effet de l'hémoglobine glyquée qui peut fausser les résultats.

Profil PATIENT 2



Femme de 65 ans

- DT2 depuis 15 ans
- IMC : 28 kg/m² (a tendance à perdre du poids depuis quelques années sans avoir changé de mode de vie et sans pathologie reliée à cette perte de poids)
- Pas d'antécédents CV
- Traitement : insuline basale 35 unités + metformine + sulfamide hypoglycémiant depuis 1 an
- HbA_{1c} : 8,2 % depuis 6 mois

Avec la glucotoxicité, le dosage du peptide C n'est pas très informatif en cas de déséquilibre. À ce niveau-là, la perte de poids m'interpelle pour choisir un analogue du GLP-1, il faut être très vigilant. J'aurais arrêté les sulfamides avec l'introduction de l'insuline rapide. »

CAS 3: Lorsque le patient a des comorbidités ou un risque cardiovasculaire élevé associé à une obésité, la réflexion autour de l'insuline doit être pondérée par l'effet métabolique recherché. Le tour de taille élevé suggère une insulino-résistance.

ANALYSE DU CAS

« Il est évident que pour ce profil de patient et ce, d'autant qu'il est coronarien, il doit avoir un traitement avec un bénéfice cardiovasculaire. Les agonistes du GLP-1 ont démontré tout leur intérêt, surtout chez les coronariens athéromateux stables.

Les médecins généralistes peuvent complètement gérer ce patient sans en référer au spécialiste. Si je mets ce traitement, le retrait des sulfamides est obligatoire car, chez un coronarien, je veux encore moins avoir d'hypoglycémies, puis je titre l'insuline basale avec un objectif de 0,9 g/l à 1,2 g/l. Est-ce que je choisis une association fixe ou une injection hebdomadaire ? Comme l'a souligné un médecin de l'assistance, il ne faut pas oublier les antiagrégants plaquettaires à associer à cette stratégie thérapeutique. »

Profil PATIENT 3



Homme de 58 ans

- DT2 depuis 9 ans
- IMC : 30 kg/m² (tour de taille 104 cm)
- Pas d'antécédents CV
- Hypercholestérolémie : LDL et triglycérides élevés
- Traitement : insuline basale 40 unités + metformine + sulfamide + statine depuis 1 an
- HbA_{1c} : 8,6 % depuis 6 mois



■ Messages clés

■ **En règle générale**, pour les patients non contrôlés par insuline lente, l'IMC est un paramètre clinique important à considérer. Très clairement, la prise de poids est un frein à la titration de l'insuline basale au même titre que les hypoglycémies.

Certes, l'insuline est une arme puissante de régulation glycémique, mais il faut souligner qu'une baisse de l'HbA_{1c} s'accompagne d'une prise de poids. Dans le cas d'une perte de poids, il faut se poser la question de la balance insulinopénie/insulinorésistance variable selon le contexte infectieux éventuel ou l'existence de complications.

L'ancienneté du diabète n'est pas obligatoirement synonyme d'insulinopénie. Les signes évocateurs de l'insulinopénie sont la polyuro-polydipsie, l'amaigrissement et les antécédents d'acidocétose.

La mesure du tour de taille doit être renforcée, car l'obésité androïde est un reflet de l'insulinorésistance. La distribution du tissu adipeux semble plus importante que l'obésité dans la détermination de

l'insulinorésistance, le risque d'apparition d'un diabète et le risque de maladie cardiovasculaire. L'hypertension artérielle et la dyslipidémie doivent aussi être vérifiées dans un regard global qui va bien au-delà de la simple lecture de l'HbA_{1c}. Le spécialiste indique que de nombreux diabétiques ont un cholestérol LDL au-dessus de 1 g/l, alors qu'il devrait être en dessous de 0,7 g/l, voire 0,55 g/l, selon les dernières recommandations.

L'arsenal thérapeutique se décline en fonction des phénotypes et doit être personnalisé. Il faut privilégier une prise en charge pluridisciplinaire entre différents spécialistes et le médecin généraliste, car les patients diabétiques sont à haut risque de complications, en particulier cardiovasculaires et rénales.

Concept d'insulinorésistance



FORUM DE DISCUSSION
EN DIABÉTOLOGIE



Corrélation entre obésité ou excès pondéral à distribution abdominale et insulinorésistance⁽¹⁾

Graisse abdominale, marqueur essentiel et déterminant de l'insulinorésistance^(2, 3)

Insulinorésistance

Au cœur du syndrome métabolique associant différents facteurs de risque cardiovasculaires :

- Diminution de la tolérance au glucose
- Hypertension artérielle
- Dyslipidémies⁽¹⁾

Rapport taille/hanche inversement corrélé à la graisse intra-abdominale⁽³⁾

- Références**
1. Scheen AJ. Le concept d'insulinosensibilité. *Diabetes Metab*. 2001;27(2):193-200.
 2. Carey DG, Jenkins AB, Campbell LV, Freund J, Chisholm DJ. Abdominal fat and insulin resistance in normal and overweight women: direct measurements reveal a strong relationship in subjects at both low and high risk of NIDDM. *Diabetes*. 1996;45(5):633-8.
 3. Banerji MA, Chaiken RL, Gordon D, Kral JG, Leibovitz HE. Does intra-abdominal adipose tissue in black men determine whether NIDDM is insulin-resistant or insulin-sensitive? *Diabetes*. 1995;44(2):411-6.

■ Algorithme de traitement de la HAS

