

Instauration et optimisation d'une insulinothérapie dans le diabète de type 2 (DT2) en médecine générale : résultats d'une étude observationnelle nationale belge (*).



F. Nobels (1), C. Mathieu (2), A.J. Scheen (3)

(1) Service d'Endocrinologie-Diabétologie, Onze Lieve Vrouw, Aalst, Belgique (2) Service d'Endocrinologie, UZ Gasthuisberg, Leuven (3) Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, CHU Liège, Belgique

(*) Etude «InsuStar» réalisée grâce au soutien de Sanofi.

INTRODUCTION

Le diabète de type 2 (DT2) est une maladie évolutive avec diminution progressive de la fonction insulinosécrétoire.

Le passage à l'insuline s'impose avec la durée d'évolution du DT2 mais il existe une inertie thérapeutique importante.

Débuter/gérer une insulinothérapie est souvent considéré comme une étape délicate en médecine générale.

METHODES

- Cette étude observationnelle belge a été réalisée en 2011-2013
- 150 médecins généralistes représentatifs, ont été invités à débiter/optimiser une insulinothérapie si nécessaire chez 523 patients DT2.
- L'évaluation a été faite avant et après un suivi de 6 ± 1 mois. (n=336 avec données complètes)

CRITERES D'EVALUATION

Efficacité :

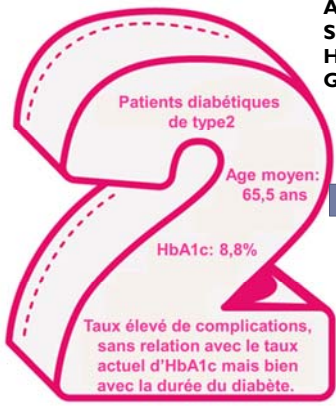
- Critère 1° : diminution de l'HbA1c (proportion de patients avec HbA1c < 7 %)
- Critère 2° : diminution de la glycémie à jeun

Sécurité :

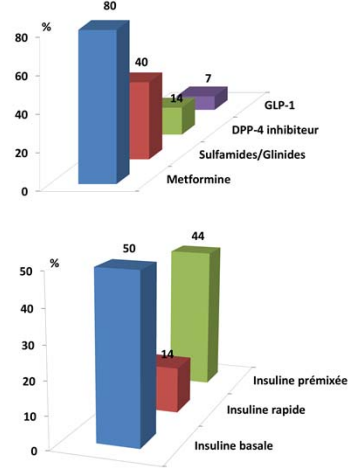
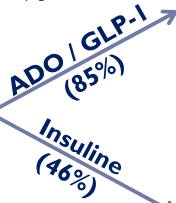
- Survenue des hypoglycémies (symptomatiques, asymptomatiques, nocturnes)

RESULTATS

Age : 65,5 (23-98) années
 Sexe ratio : 47 % F / 53 % H
 HbA1c : 8,8 (5,2-15,5) %
 Glycémie à Jeun : 1,89 (0,59-4,20) g/l



Traitement préalable



NB : la plupart des patients sous insuline à l'inclusion ont également un antidiabétique oral (ADO), le plus souvent la metformine.

Insulinothérapie après instauration/optimisation			
Total	1 insuline	91,6%	Lantus 69,5% NPH 25,4% Premix 2,7%
	2 insulines	6,9%	
	Pas d'insuline	1,6%	
Insuline avant	1 insuline	85,4%	Lantus 89,6% NPH 2,7% Premix 3,8%
	2 insulines	13,1%	
	Pas d'insuline	1,4%	
Pas d'insuline avant	1 insuline	97,1%	Lantus 53,7% NPH 42,9%
	2 insulines	1,3%	
	Pas d'insuline	1,7%	

Instauration d'une insulinothérapie (glargine chez > 50 %)

• Pour contrôle glycémique jugé insuffisant (96,3%)

Optimisation de l'insulinothérapie (principalement NPH → glargine, ajout d'un analogue ultra-rapide)

• Pour contrôle estimé insuffisant (57,9%),
 • Pour hypoglycémies (17,2%)
 • Pour les deux raisons (17,2%).

Effets sur le contrôle glycémique

		Inclusion	6 mois (n=336)
Tous les patients	HbA1c %	8,77±1,39	7,51±0,97 (p<0,001)
	% HbA1c < 7%	5,9	28,2 [23,3-33,5]
	Glycémie à jeun	1,89±0,59	1,34±0,41
	% < 1,30 g/l	12,8	52,4
	Hypos total/nuit	-	12% / 3,6%
Insuline avant	HbA1c %	8,48±1,31	7,65±1,06 (p<0,001)
	% HbA1c < 7%	10,8	24,0 [17,4-31,6]
	Glycémie à jeun	1,77±0,56	1,38±0,45
	% < 1,30 g/l	18,2	49,7
	Hypos total/nuit	-	11% / 3,1%
Pas d'insuline avant	HbA1c %	9,03±1,41	7,39±0,87 (p<0,001)
	% HbA1c < 7%	1,8	32,1 [25,0-39,9]
	Glycémie à jeun	1,99±0,61	1,30±0,36
	% < 1,30 g/l	7,9	54,9
	Hypos total/nuit	-	10,2% / 2,6%

Appréciation par les médecins

Impression globalement positive
Familiarité avec l'insuline (94%)
Facilité d'ajuster l'insulinothérapie (80%)
Sans crainte des hypoglycémies (85%)

Remerciements:
 Les auteurs remercient tous les généralistes et les patients qui ont participé à l'étude InsuStar.

CONCLUSIONS

L'instauration et l'optimisation de l'insulinothérapie dans le DT2 en médecine générale entraînent une amélioration importante du contrôle glycémique, avec peu d'épisodes hypoglycémiques et une impression globalement positive de la part des médecins. Ces résultats doivent inciter les médecins généralistes à débiter plus tôt l'insulinothérapie et à l'optimiser si nécessaire.