

Prise en charge du diabète type 2 en milieu spécialisé : inertie thérapeutique réalité ou mythe ?

M S Merad ,Z Benzian , T Benkhalifa , K Faraoun , F Mohammedi.

Service d'endocrinologie-diabétologie Clinique Laribère CHU D' Benzerdjeb Oran. Algérie.

Introduction

L'inertie thérapeutique chez un diabétique de type 2 est définie comme l'absence d'intensification du traitement chez un patient dont les résultats l'exigeraient selon les recommandations en vigueur.

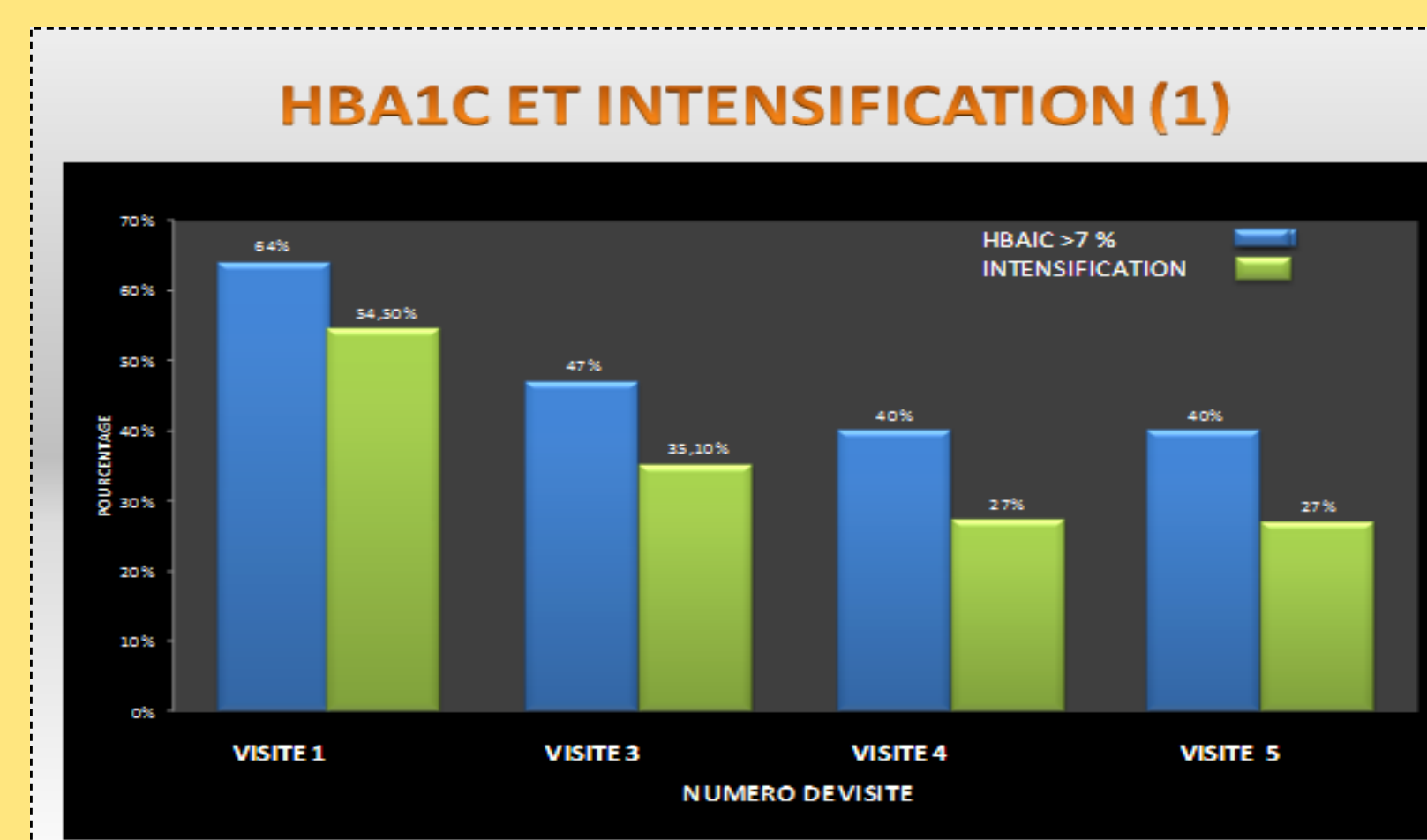
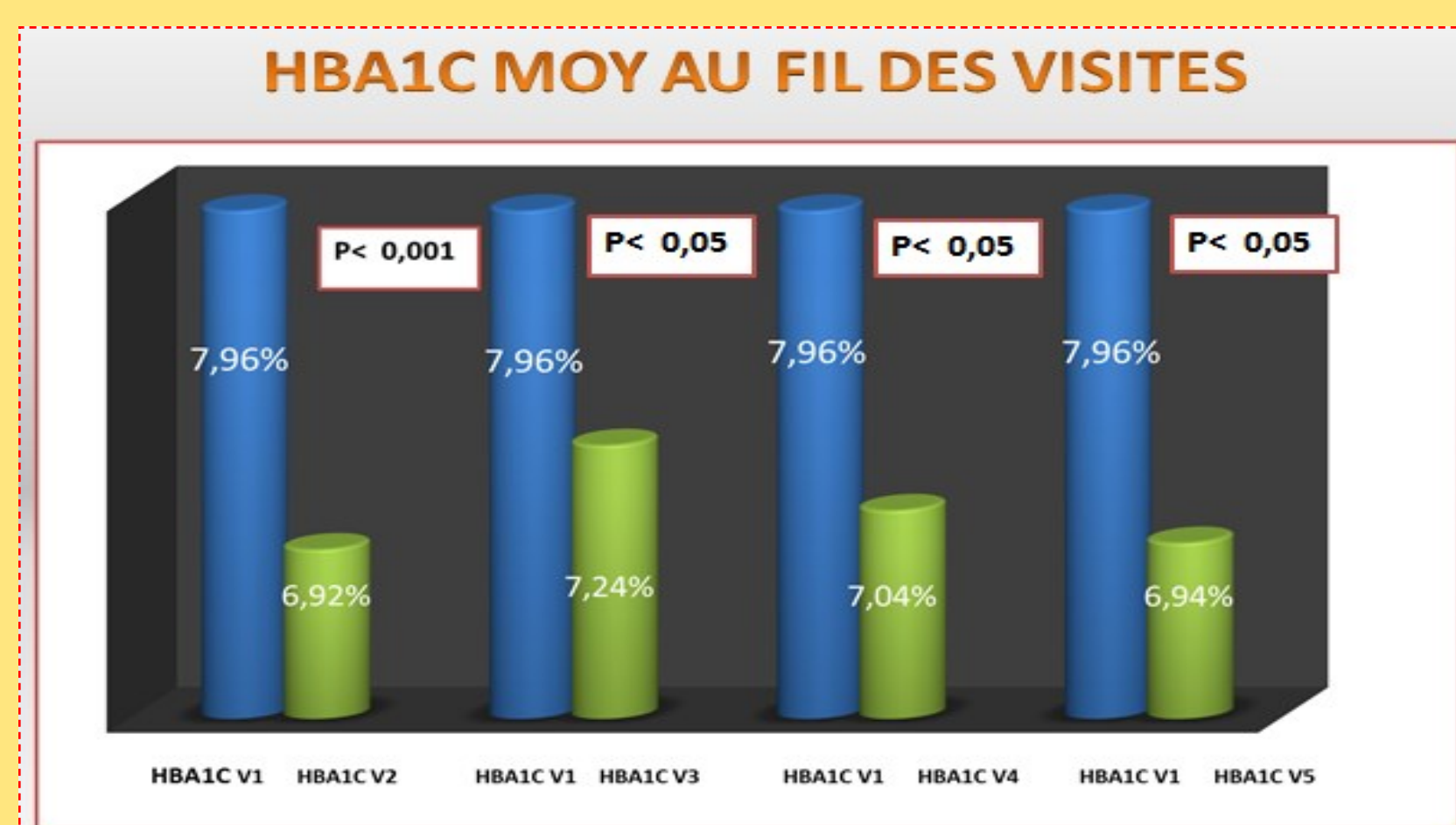
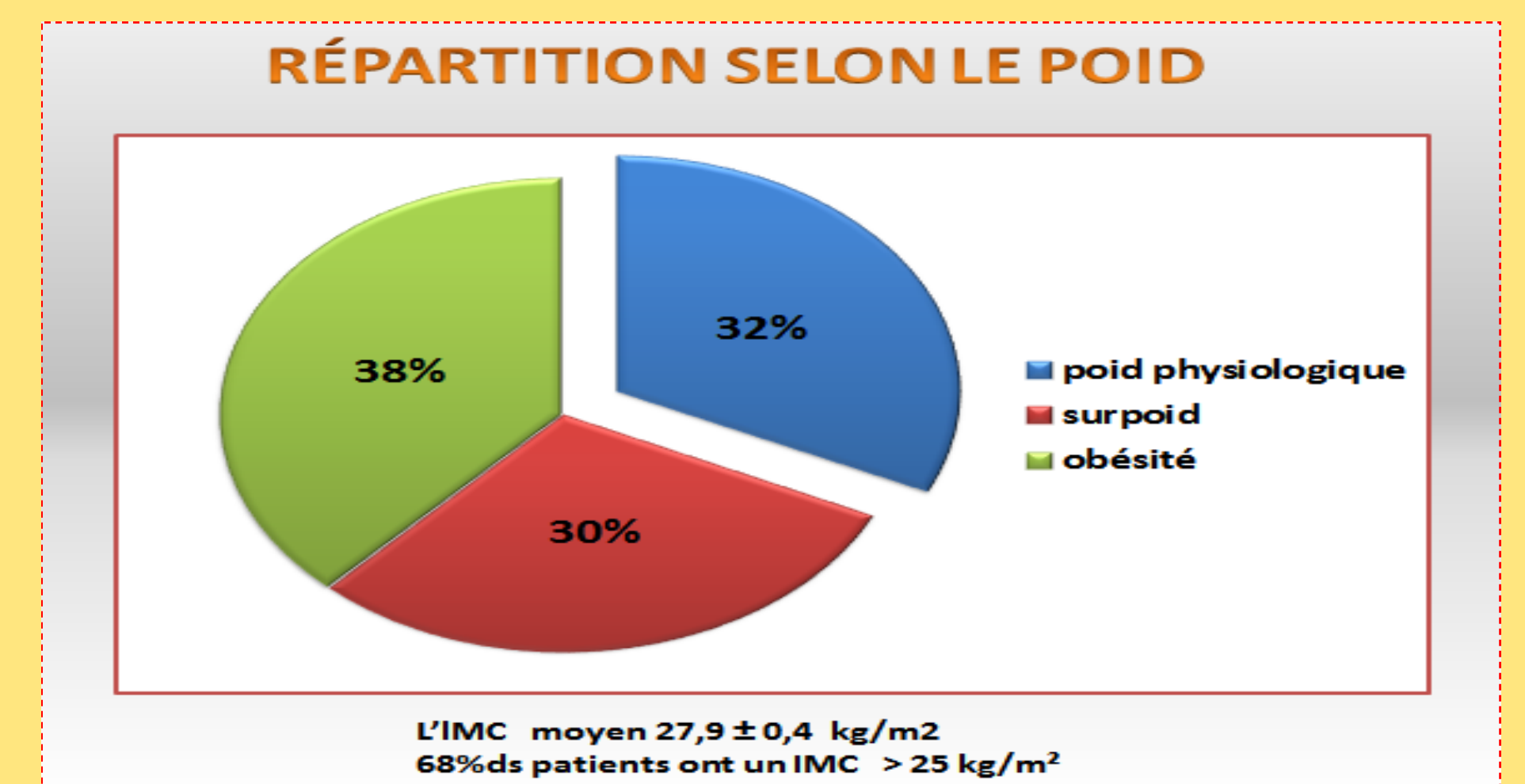
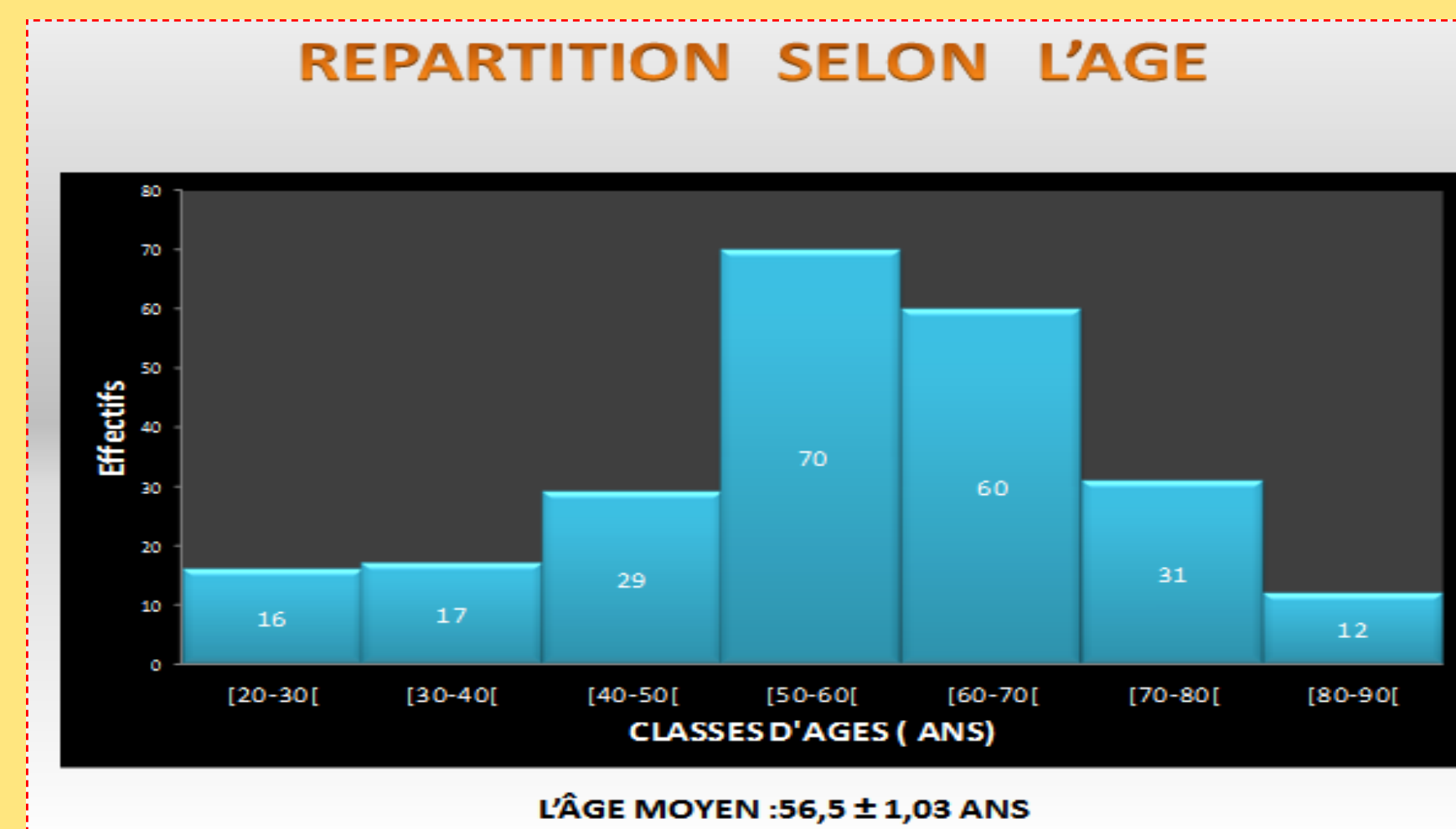
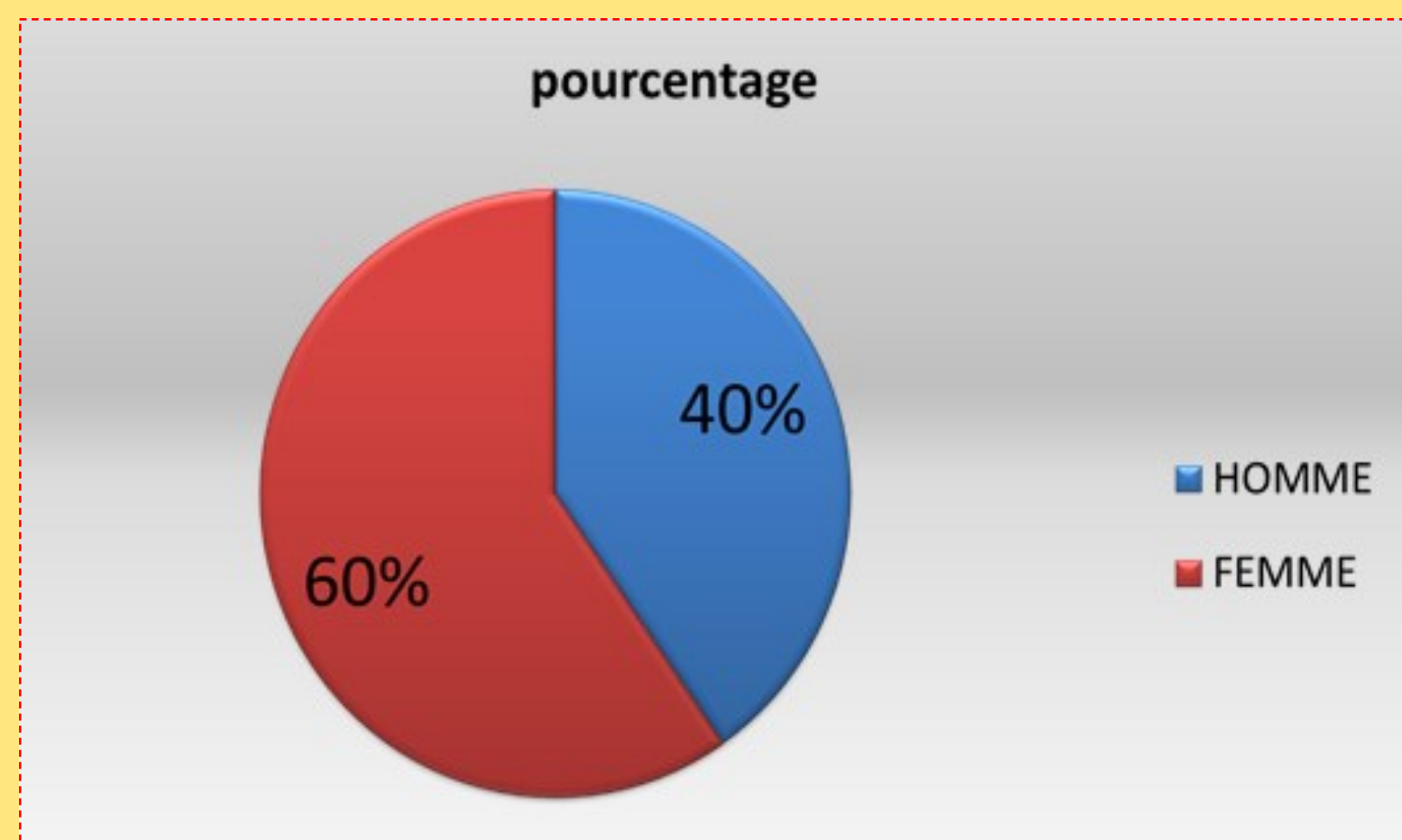
Notre objectif est de Étudier les pratiques d'intensification des traitements chez les patients diabétiques de type 2 orientés pour la première fois en milieu hospitalier spécialisé et suivis en ambulatoire.

Patients & Méthodes (1)

- ♦ Etude rétrospective descriptive :
- ♦ Durée: Janvier 2011 à Juin 2013.
- ♦ Incluant 235 cas de patients diabétiques type 2 suivis en ambulatoire .
- ♦ Les patients inclus sont ceux orientés pour la première fois au service (en dehors des complications aiguës) pour suivi de leur diabète après échec de leur prise en charge en externe .
- ♦ Le bilan initial demandé à tous les malades comporte : une GAJ, GPP, HBA1C ,un examen des anomalies lipidiques, un bilan rénal et hépatique.

Patients & Méthodes (2)

- ♦ Le suivi se fait chaque 3 mois .
- ♦ Le seuil d'intensification est considéré à partir d'un HBA1C > 7% .
- ♦ L'inertie est définie par l'absence d'intensification sur 2 consultations successives .
- ♦ Les données récoltées concernent le suivi au minimum sur 1 an au maximum jusqu'à 2 ans pour l'ensemble des malades .
- ♦ Les consultations prises en compte sont:
 - La première visite (V1).
 - 3 mois (V2).
 - 6 mois (V3).
 - 1 an (V4) .
 - 2 ans (V5) .



FACTEURS INFLUENÇANT L'INTENSIFICATION

| Variables | Corrélation | Intensification |
|-----------------------------|-------------|-----------------|
| • Age | Pearson | 0,001 |
| • Rétinopathie | | 0,04 |
| • Poids élevée | | 0,001 |
| • BMI | | 0,02 |
| • Antécédent d'HTA | | 0,006 |
| • TABAC | | 0,001 |
| • Insulinothérapie initiale | | 0,001 |
| • HBA1C > 7% | | 0,001 |
| • Créatinine élevée | | 0,08 |

Discussion (1)

⇒ Dans notre étude:

- ♦ L'HBA1C de départ est de 7,96 % en moyenne pour passer à 6,94 % après 2 ans de suivi.
- ♦ 68 % des patients ont un IMC > 25 kg/m².
- ♦ A la 1ère consultation 64 % des patients ont nécessité une intensification .54,5% ont bénéficié d'une intensification à la première consultation, 35,1% dans les 6 mois , 27,3 % à 12 et 24 mois .
- ♦ Au bout d'un an de suivi le taux de malade nécessitant une intensification est passé de 64 % à 40% . Ce taux reste le même jusqu'à 2 ans de suivi malgré les efforts d'intensification fournis pour se conformer aux recommandations.
- ♦ Ces chiffres sont comparables à la moyenne européenne retrouvée dans l'étude Panorama 2011

| | BEL | FR | ALL | GR | IT | NL | ESP | TUR | UK | EUR | V5 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|-----|------|------|------------|
| HbA1c (%) moyenne | 6,9 | 7 | 6,8 | 6,7 | 6,6 | 6,6 | 6,9 | 7,4 | 7 | 6,9 | 6,9 |
| Patients (%) HbA1c ≥ 7 | 38,2 | 42,3 | 36,3 | 32,9 | 28,3 | 25,9 | 39,8 | 52 | 40,3 | 37,4 | 40 |

Discussion (2)

- ♦ Une intensification est toujours tentée dans 27 % des cas mais reste sans succès, selon nos données les causes invoquées sont souvent dues aux malades :

⇒ Le manque de moyens.

⇒ Un état général correct donc plus besoin de médicaments.

⇒ La peur des hypoglycémies et de la prise de poids.

⇒ La polymédication.

⇒ La lassitude du malade (Au bout du rouleau, les délais de consultation, cherté des bilans, le temps consacré aux malades par le praticien).

Discussion (3)

- ♦ Pour les 13% restants, les causes sont liées aux médecins ,pourquoi ???? :

⇒ La présence de complications: cardiopathie 6% des cas.
hypoglycémie 2% des cas.

⇒ Le pourcentage d'individus de + de 65 ans est de 27,4% ,il est de 9% pour les plus de 75 ans.

⇒ Les études ACCORD ,VADT et les conséquence de l'intensification chez les sujets fragiles ayant des antécédents cardiovasculaires.

⇒ La personnalisation des objectifs pour chaque malade selon sa condition (comorbidités, niveau socio-économique, niveau d'éducation).

Conclusion

• Ces quelques données d'évaluation de l'inertie thérapeutique dans le domaine du diabète de type 2 incitent à considérer que la prise en charge des patients est actuellement assez satisfaisante. , il apparaît cependant utile d'essayer de faire encore mieux, en particulier en développant l'éducation thérapeutique des patients.