

Peter E. Schlageter, Peter Strohmeier, Eva Kaiser

Antidiabétiques oraux dans le diabète de type II: «Quels sont les avantages des nouveaux médicaments?»

Rapport du cercle de qualité Oberwil QZO¹

Neuf médecins généralistes de la ville de Bâle et des communes environnantes travaillent dans le cercle de qualité Oberwil. Plusieurs générations y sont représentées.

Le QZO est un cercle de médecins de famille effectuant sa propre formation continue. Nous choisissons à chaque fois un thème important pour notre travail quotidien. Nous testons nos connaissances et notre manière de faire. L'état actuel des connaissances est examiné et mis à jour par consultation de la littérature scientifique et par des questions posées à des experts. Et enfin nous formulons des conclusions pour notre travail pratique.

En traitant de telles questions importantes dans notre cabinet, nous attendons une amélioration de la qualité de notre travail. Tel est en effet le but de tout cercle de qualité.

«Nouveaux» ou «anciens» antidiabétiques?

Nous traitons beaucoup de diabétiques de type II. L'industrie pharmaceutique vante les mérites des nouveaux médicaments. Elle nous force presque à remplacer les anciens médicaments par les nouveaux.

Mais dans notre cercle de qualité, nous avons voulu préciser notre mode de prescription des antidiabétiques oraux et nous poser la question de comment utiliser les nouveaux médicaments. Ces nouvelles substances améliorent-elles la qualité de notre traitement? Qu'en est-il du rapport coût-efficacité?

Par «anciens» médicaments, nous entendons les biguanides et sulfonylurées, et par «nouveaux» les glinides et glitazones. Nous avons renoncé aux tout derniers antidiabétiques oraux (ADO) qui n'en sont qu'à leur phase d'introduction.

Nous avons constaté un consensus étonnant dans notre manière d'utiliser les ADO: nous nous limitons la plupart du temps aux anciens ADO et commençons généralement le traitement médicamenteux par un biguanide. Si nous n'atteignons pas les valeurs cibles (hémoglobine glycosylée HbA_{1c} 7% au maximum), nous ajoutons une autre classe de substances, en général une sulfonylurée. Nous n'utilisons que très rarement les glitazones. De préférence en cas d'intolérance gastro-intestinale des biguanides, et parfois comme classe de substances d'appoint. Nous n'utilisons pratique-

ment jamais les glinides. Tout en sachant et en ayant fait l'expérience qu'une insulinothérapie n'est pas une erreur au lieu d'un traitement médicamenteux combiné, nous utilisons souvent un traitement combiné à l'insuline au lieu d'une triple thérapie médicamenteuse.

Comme nous utilisons tous un standard plutôt conservateur, les questions suivantes ont surgi:

- Pouvons-nous vraiment renoncer aux nouveaux ADO sans priver nos patients d'un traitement important? Sommes-nous à ce point «conservateurs» que dans notre traitement nous n'utilisons les innovations qu'avec réticence?
- Sous-estimons-nous l'intérêt des glitazones? Nos craintes des effets indésirables cardiovasculaires et autres (ostéoporose) sont-elles injustifiées? Si cette classe de substances améliore l'équilibre du diabète, le risque cardiovasculaire de nos diabétiques ne devrait-il pas être abaissé plutôt qu'accru?
- Personne dans notre groupe n'utilise les glinides. Avons-nous du retard à rattraper et quel est le véritable intérêt de cette classe de substances?

Les experts partagent nos réticences à utiliser les glitazones.

Tableau 1

Coûts de traitement journalier d'antidiabétiques souvent utilisés.

Médicament	Dose	CHF/jour
Metformine 1000 mg	2 x 1 cp.	0.48
Gliclazide 30 mg retard	2 cp.	1.04
Pioglitazone 30 mg	1 cp.	3.06
Natéglinide 120 mg	3 x 1 cp.	2.74
Insuline Lantus® Penfill amp.	16 U. dose bedtime	1.21
Insuline Insulatard HM® Penfill amp.	16 U. dose bedtime	0.74

(Metformine: Metfin®; gliclazide: Diamicon MR®; pioglitazone: Actos®; natéglinide: Starlix®). Prix de référence 10/2007.

¹ Membres du QZO: Drs A. Lyrer (modératrice), J. Babics, B. Flückiger, E. Kaiser, M. Lölliger, P. Minder, G.C. Serena, P.E. Schlageter, P. Strohmeier.

Que disent les experts?

Contrairement à notre mode de fonctionnement habituel dans le QZO, nous avons présenté nos questions sur notre attitude à plusieurs spécialistes du diabète au lieu de faire des recherches dans la littérature.

Nous leur avons demandé de commenter notre manière de faire et de nous donner leurs recommandations en fonction de leurs connaissances et de leur propre expérience. Voici ce qu'ils nous ont répondu:

- Nous pouvons largement renoncer aux «nouveaux» antidiabétiques oraux, comme nous l'avons fait jusqu'ici. A la place d'un traitement combiné compliqué, il faut souvent accorder la préférence à un traitement par insuline. Une dose bedtime en plus des biguanides permet souvent d'obtenir un bon contrôle du diabète II.
- Les experts partagent notre réticence à utiliser les glitazones. Ils font les mêmes réflexions que nous. Les glitazones sont une classe de substances intéressante, un enrichissement pour les patients ne tolérant pas les biguanides. Un traitement combiné par biguanides et sulfonylurées peut être complété par les glitazones et contribuer à améliorer (un peu) l'Hb_{A1c}. Mais si le diabète est bien équilibré, il n'y a aucune raison de faire passer tous nos patients des biguanides aux glitazones. Il ne faut en effet pas négliger leurs effets indésirables cardiaques, surtout ceux de la rosiglitazone (ischémie en association à l'insuline, insuffisance cardiaque, surtout en association à l'insuline ou à la metformine plus sulfonylurées).
- Les experts ne jugent pas comme une «perte» que nous n'utilisons absolument pas les glinides. Leur intérêt ne semble pas très important. Au lieu d'un grand nombre de comprimés indispensable avec les glinides (et ADO en général), il faut souvent préférer une insulinothérapie.

Conclusion

Nos expériences et notre manière de faire plutôt conservatrice se sont trouvées confirmées par plusieurs experts dans les points les plus importants. Il y a également un bon consensus avec les recommandations de l'American Diabetes Association.

Nos remerciements vont à la Dresse B. Felix, Médecin-chef de Diabétologie, Service universitaire de Médecine, 4101 Bruderholz, au Dr Ch. Meier, Spécialiste FMH Endocrinologie et Diabétologie, 4055 Bâle, pour leur soutien scientifique.

Référence

- 1 Nathan DM et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. *Diabetes Care*. 2006;8 (29).

Peter Strohmeier et Peter E. Schlageter
p. a. Dr P. Strohmeier
Spécialiste FMH Médecine interne
Bahnhofstrasse 21
4106 Therwil
peter.schlageter@hin.ch
peter.strohmeier@hin.ch

Tous les articles des Cercles de Qualité acceptés par la rédaction de PrimaryCare à la publication seront désormais honorés du montant de 500 CHF. Ce soutien à l'activité des Cercles de Qualité est dû au sponsoring de l'entreprise Pfizer (voir également l'éditorial de PrimaryCare 23/2002 (<http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-23/2002-23-251.pdf>)). Nous précisons que ces articles sont écrits indépendamment du sponsoring et ne sont proposés à la publication qu'après review de la rédaction.