

AUTO-SURVEILLANCE GLYCEMIQUE
AU COURS DU DB2 NIT
LE POUR (A.G.) ET LE CONTRE (S.H.)



Pr. A. GRIMALDI
Groupe Hospitalier PITIE - SALPETRIERE, PARIS

LES 3 ARGUMENTS DU CONTRE

- 1) C'est invasif (plus ou moins)
- 2) C'est très cher (> 150 millions d'euros par an)
- 3) Surtout, l'efficacité n'est pas prouvée

QUEL CRITERE D'EFFICACITE ?

1) Abaisser l'HbA1c ?

Mesurer l'hyperglycémie, ne suffit pas à la corriger
« *le thermomètre ne fait pas baisser la fièvre !* »

2) Améliorer la qualité de vie ?

Sentiment de maîtrise, de sécurité, de confiance
ou

Sentiment d'échec, de culpabilité, d'angoisse

LES 3 TYPES D'AUTO-MESURE

1) L'auto-mesure diagnostique : informative et ponctuelle (exemple : HTA)

2) L'auto-surveillance de vigilance passive = modèle expérimental

→ d'angoisse / obsession

→ ou de frustration / dépression

→ ARRET

3) L'auto-mesure thérapeutique = auto-contrôle
Quels algorithmes = quelles actions thérapeutiques ?

LES DONNEES DE L'EBM

L'auto-surveillance glycémique est « efficace » chez le DB1 traité par insulinothérapie basale -prandiale

L'ASG permet 2 actions :

- 1- une adaptation anticipatoire des doses
- 2- un correctif instantané

Le principe de base : MESURER POUR AGIR !

DIABETE DE TYPE 1

- Le taux d'HbA1c est inversement corrélée statistiquement au nombre de contrôles par jour
- Avec des exceptions :
 - le **phobique de l'hyper** (patient sentinelle) : pas de mesure mais recherche de l'hypo HbA1c < 6
 - le **phobique de l'hypo** : 12 mesures par jour pour vérifier que la glycémie reste élevée HbA1c = 11 %

Ce qui compte pour abaisser l'HbA1c, ce n'est pas la mesure, c'est l'action !

LES DONNEES DE L'EBM

L'ASG est efficace chez le Db2 traité par insuline au coucher

1 injection → 1 cible

(par exemple glycémie à jeun comprise entre 0,80 et 1,20 g/l)

1) adaptation anticipatoire des doses d'insuline en fonction des résultats des 3 jours précédents = TITRATION

2) mais quel correctif instantané ?

- si glycémie à jeun $< 0,70$ g/l → resucrage

- si glycémie à jeun $> 1,40$ ou $1,60$ g/l ?

diminuer le petit déjeuner ? augmenter l'activité physique ?

faire une injection d'analogue rapide ?

LES DONNEES DE L'EBM

L'ASG est « efficace » au cours du diabète gestationnel

- Objectif : glycémie 2 h après le début des repas < 1,20 g/l
- Action = ↓ la charge glucidique du repas, au besoin en fragmentant l'alimentation
 - ↓ l'index glycémique des aliments
 - si besoin, recourir à l'insuline
- C'est efficace mais ça dure 3 mois, avec 2 motivations

POUR LE DB2 NON TRAITE PAR INSULINE, EBM NON CONCLUANTE

L. WELSCHEN et coll. (*Cochrane review 2005*)

6 études randomisées hétérogènes ne permettant pas une méta-analyse :

4 études négatives n = 54, 208, 89, 23

2 études positives n = 250 (*Schwedes*) et 689 (*Guerci*)

mais dans la 1ère co-intervention et dans la 2ème 40 % de perdus de vue

3 des 6 études ne précisent pas l'algorithme décisionnel

Conclusions : méta-analyse demandée par *Diabetes Care*

- HbA1c = - 0.39 (- 0.56 - 0.21)
- pas de différence avec le contrôle urinaire
- nécessité d'une grande étude random. avec auto-contrôle

ETUDE DIGEM (BMJ 2007 ; 335 : 132)

- Etude randomisée n = 453 durée Db = 3 ans HbA1c = 7.5
2/3 des patients traités par régime seul ou monothérapie
- 3 bras : contrôle = éducation
auto-mesure = 3 mesures par jour 2 jours/semaine
auto-contrôle = motivation, observance
- Objectifs : glycémie à j. 4 - 6 mmol/l, glyc. 2 h 6 - 8 mmol/l
- Résultat à 1 an = variation de l'HbA1c
 - 0.00 pour le groupe contrôle
 - 0.14 pour le groupe auto-mesure
 - 0.17 pour le groupe auto-contrôle

NS

ETUDE DIGEM :

CONCLUSION

« Les recommandations actuelles sur l'auto-surveillance glycémique chez les patients diabétiques de type 2 pas trop mal équilibrés, doivent être révisées »

6 LIMITES DE L'ETUDE DIGEM

- 1) Critères d'inclusion $HbA1c \geq 6.2$ Quel intérêt de l'ASG si $HbA1c < 6.5$?
- 2) Hypoglycémies grade 2 groupe contrôle = 14, groupe auto-surveillance = 33, groupe auto-contrôle = 43 ?
- 3) Quel algorithme thérapeutique, quelle vérification de son efficacité ? Possibilité de changer les doses d'HO en particulier de SU ?
- 4) Seulement 1/3 des patients avaient une bithérapie. Combien sous SU à doses non maximales ?
- 5) Différence de bénéfice entre régime seul et HO.
Variation de l'HbA1c régime + 0.03 vs - 0.09
HO - 0.01 vs - 0.20

ETUDE DIGEM : LA FAILLE !

- A 1 an : 67 % des patients du groupe auto-mesure continuent vs 52 % seulement des patients du groupe auto-contrôle ($p = 0.012$)
- L'analyse en ITT est non significative, mais manque l'analyse en per-protocole

QUELLES ETAIENTS LES RAISONS DES 48 % DES PATIENTS DU GROUPE AUTO-CONTRÔLE POUR ARRÊTER ?

- Quelle représentation de la maladie ? Quel « coping » ?
Quel « locus de contrôle » ?
 - Objectifs glycémiques non individualisés ?
 - Algorithmes absents ou inefficaces ?
- ➔ Mise en échec des patients ? (*passage à l'insuline = 1 pour le groupe contrôle, 4 pour le groupe auto-mesure, 5 pour le groupe auto-contrôle*)

REFLEXIONS SUR L'ASG (1)

1°) L'auto-mesure n'est utile que si elle débouche sur l'action, c.à.d. sur un algorithme thérapeutique chiffré évaluable

2°) l'action sur la diététique et l'activité physique est une action de tous les jours mais dont les résultats se jugent essentiellement sur la durée

3°) l'algorithme devrait porter essentiellement sur les ADO

- la Metformine, les GLT, les gliptines sont prescrites à posologie maximale tolérée
- le patient doit pouvoir moduler lui-même la posologie de SU ou de glinides

REFLEXIONS SUR L'ASG (2)

4°) La posologie des SU doit être adaptée en fonction de la glycémie de fin d'après-midi (entre 0.8 et 1.20 g/l) adaptation le jour même en cas d'hypo, tous les 3 jours en cas d'hyperglycémie

1 PRISE = 1 MESURE

5°) La glycémie à jeun renseigne sur l'évolutivité de la maladie. Si elle dépasse 1.40 ou 1.50 g/l, il faut essayer de modifier le dîner ou envisager le recours à l'insuline

REFLEXIONS SUR L'ASG (3)

6°) Si discordance entre l'HbA1c > 7 et les glycémies pré-prandiales < 1.20 g/l, contrôler les glycémies 2 heures après les repas ou mieux pratiquer un holter glycémique à visée diagnostique

7°) L'auto-contrôle est très sûrement un moyen de réduire l'inertie thérapeutique grâce à l'augmentation des doses de SU et au passage à l'insuline

L'AUTO-CONTRÔLE, UN MOYEN DE REDUIRE L'INERTIE THÉRAPEUTIQUE

Pour une nouvelle étude de l'ALFEDIAM coordonnée par S.H. réalisée chez des Db2 sous bithérapie avec SU et ayant une HbA1c entre 6.5 et 8

Quels critères de jugements ?

- 1) Nbre de patient-années avec une HbA1c < 6.5 et < 7
- 2) Rapidité de l'escalade thérapeutique (nombre de patients passés sous insuline)
- 3) Sentiment de maîtrise et de sécurité

Durée de l'étude = 3 à 4 ans - nombre de patients ?

EN ATTENDANT, QUELLES NEGOCIATIONS AVEC L'HAS ?

1°) L'auto-mesure est un droit du patient faisant partie de son **droit à l'autonomie**. Elle doit être prescrite à tout patient diabétique qui estime qu'elle lui est utile pour se traiter

2°) Mais la collectivité ne devrait prendre en charge que ce dont « l'efficacité » est prouvée, au moins par un accord professionnel

QUELLES NEGOCIATIONS AVEC L'HAS ?

3°) Peut-on accepter de limiter le nombre de bandelettes remboursées en fonction du traitement ?

1- Db avec régime seul ou insulino-sensibilisateurs
= 0 à 3 par semaine

2- Db2 sous insulino-secréteurs = 1 par jour

3- Db2 avec insuline = 1 + nombre d'injections par jour

4- femmes enceintes = 6 par jour

CONCLUSION

L'auto-surveillance glycémique
n'est utile que si l'on s'en sert !