

**Webinaire**  
**29 juin 2022**  
14h – 15h30

**Soutien technique :**  
Manuela Diaz  
07 87 63 68 37



# Les traitements médicamenteux du diabète de type 2 en 2022



Dr Stéphanie Broussaud





# Les traitements médicamenteux du diabète de type 2 en 2022

DEROULEMENT :

Cas clinique : Monsieur S

Les traitements non insuliniques du diabète de type 2



Les traitements insuliniques du diabète de type 2



# Cas clinique : Monsieur S.

Mr S, 63 ans dt2 depuis 10 ans sort d'une courte hospitalisation pour déséquilibre glycémique sur érysipèle.

ATCD: diabète, HTA, dyslipidémie , IDM il y a 5 ans ,tabac 30 PA sevré obésité IMC 32 SAS

Hba1c 8.% . Fonction rénale DFG 70ml/min

Son traitement à la sortie de l'hôpital :

- atorvastatine, coaprovel 300/25 kardegic 75
- glimepiride (amarel) 4mg matin
- Metformine 1000 mg matin et soir
- Trulicity 4.5mg 1 inj/semaine
- Lantus 40 U le soir ( introduit durant l'hospitalisation) : prescription IDE à domicile
- Amoxicilline 1 g X3/j pendant 1 semaine

} TTT habituel

# Les traitements non insuliniques du diabète de type 2

# Cas clinique : Monsieur S.

Mr S, 63 ans .

ATCD: diabète, HTA, dyslipidémie ,  
IDM il y a 5 ans, tabac 30 PA sevré  
obésité IMC 32, SAS

Ttt du diabète glimepiride (amarel)  
4mg matin

Metformine 1000 mg matin et soir

Trulicity 4.5mg 1 inj/semaine

+Lantus 40 U depuis hospitalisation

**Hba1c 8.%** . Fonction rénale DFG  
70ml/min

QUELLE SERAIT POUR VOUS LA CIBLE D'HBA1C ?

a) < 6,5%

B) <7 %

C) < 7.5 %

D) < 8%

- Mr S, 63 ans .
- ATCD: diabète, HTA, dyslipidémie , IDM il y a 5 ans ,tabac 30 PA sevré obésité IMC 32, SAS
- Ttt du diabète glimepiride (Amarel) 4mg matin
- Metformine 1000 mg matin et soir
- Trulicity 4.5mg 1 inj/semaine
- Lantus 40 U depuis hospitalisation
- **Hba1c 8.%** . Fonction rénale DFG 70ml/min

TABLEAU I  
Objectifs d'HbA<sub>1c</sub> à individualiser selon le profil du patient.

Profil du patient	HbA <sub>1c</sub> cible
<b>Personnes âgées de moins de 75 ans</b> Patients vivant avec un DT2 : –avec une espérance de vie supérieure à 5 ans –ET sans comorbidité(s) sévère(s) –ET sans IRC sévère ou terminale (stade 4 ou 5) <sup>a</sup>	<b>≤7% voire 6,5</b> ≤ 7 %, voire ≤ 6,5 % à condition que cet objectif soit atteignable grâce aux modifications du mode de vie et/ou à des traitements ne provoquant pas d'hypoglycémie
Patients vivant avec un DT2 : –avec une espérance de vie limitée (< 5 ans) –ET/OU une (ou plusieurs) comorbidité(s) sévère(s) –ET/OU une IRC sévère ou terminale (stade 4 ou 5) <sup>a</sup> –OU ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification thérapeutique expose au risque d'hypoglycémies sévères	≤ 8 % en restant au-dessus de 7 % en cas de traitement par sulfamide hypoglycémiant (SU) <sup>b</sup> , glinide ou insuline

SFD  
2021

Profil du patient	HbA <sub>1c</sub> cible
La plupart des patients avec DT2	≤ 7 %
DT2 nouvellement diagnostiqué, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardio-vasculaire	≤ 6,5 % <sup>1</sup>
DT2 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (&lt; 5 ans)</li> <li>• ou avec des complications macrovasculaires évoluées</li> <li>• ou ayant une longue durée d'évolution du diabète (&gt; 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères</li> </ul>	≤ 8 %

Cas général  
HAS  
2013

>75ans

Dites « en bonne santé », bien intégrées socialement et autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel, et dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante  
« bonne santé »  $\leq 7\%$ <sup>d</sup>  $\leq 7\%$

Dites « fragiles » à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des « dépendants et/ou à la santé très altérée »  
« fragile »  $\leq 8\%$ <sup>e</sup>, en restant au-dessus de  $7\%$ <sup>e</sup> en cas de traitement par SU<sup>f</sup>, glinide<sup>f</sup> ou insuline  $\leq 8\%$

Dites « dépendantes et/ou à la santé très altérée », en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social  
« dépendante/santé altérée »  $< 9\%$  et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L en restant au-dessus de  $8\%$  avec des glycémies préprandiales  $> 1,40$  g/L en cas de traitement par SU<sup>f</sup>, glinide<sup>f</sup> ou insuline  $< 9\%$

Grossesse ou projet de grossesse

Avant d'envisager la grossesse  $\leq 6,5\%$   $\leq 6,5\%$

Durant la grossesse  $\leq 6,5\%$  et glycémies capillaires  $< 0,95$  g/L à jeun et  $< 1,20$  g/L en postprandial à 2 h  $\leq 6,5\%$

SFD  
2021



# Monsieur S.

L'érysipèle est en bonne voie de guérison, il marche voici son relevé ASG sur les 3 derniers jours

	8H	10H	12H	14H	19H	21H	24H	4H
Lun	1.6		0,50	1,80	0,70	1,3		
Mar	1.7		0.60	2,10	0,60	1.3		
mer	1.4		0.60	1,90	0.55			

Selon vous, quel(s)  
traitement(s) peuvent  
induire une  
hypoglycémie ?

- A) Metformine
- B) Inhibiteur de DPP4
- C) Glucor
- D) Analogue GLP-1
- E) ISGLT 2 ( Forxiga)
- F) Daonil
- G) Amarel
- H) Diamicron
- I) Novonorm
- J) Insuline

Mr S, 63 ans .

ATCD: diabète, HTA, dyslipidémie , IDM il y a 5 ans ,tabac 30 PA sevré obésité IMC 32, SAS

Ttt du diabète Glimépiride (Amarel) 4mg matin

Metformine 1000 mg matin et soir

Lantus 40 U depuis l'hospitalisation

Trulicity 4.5mg 1 inj/semaine

**Hba1c 8.%** . Fonction rénale DFG 70ml/min

# Monsieur S.

## COMMENT ADAPTER SON TRAITEMENT POUR ÉVITER LES HYPOGLYCÉMIES ?

- a) Diminuer la Lantus
- B) Arrêter Trulicity
- C) Arrêter Glimépiride
- D) Arrêter Metformine

	8H	10H	12H	14H	19H	21H	24H	4H
Lun	1.6		0,50	1,80	0,70	1,3		
Mar	1.7		0.60	2,10	0,60	1.3		
mer	1.4		0.60	1,90	0.55			

Mr S, il y a 2 ans 61 ans

ATCD: diabète, HTA,  
dyslipidémie, IDM il y a 3 ans  
,tabac 30 PA sevré obésité IMC  
32, SAS

Il y a 2 ans il était traité par  
Metformine et Amarel

- Glimepiride (Amarel) 4mg matin
- Metformine 1000 mg matin et soir

Hba1c 9.5 %

Son médecin a alors choisi de  
rajouter du Trulicity

## Monsieur S. il y a 2 ans

**A VOTRE AVIS?**

Qu'est ce qui a pu orienter le choix du médecin sur du Trulicity (agoniste du R du GLP-1) plutôt que sur un inhibiteur de la DPP4 (ex : Januvia)?

Mr S, il y a 2 ans 61 ans

ATCD: diabète, HTA,  
dyslipidémie, IDM il y a 3 ans  
,tabac 30 PA sevré obésité IMC  
32, SAS

Il y a 2 ans il était traité par  
Metformine et Amarel

- Glimepiride (Amarel) 4mg matin
- Metformine 1000 mg matin et soir

Hba1c 9.5 %

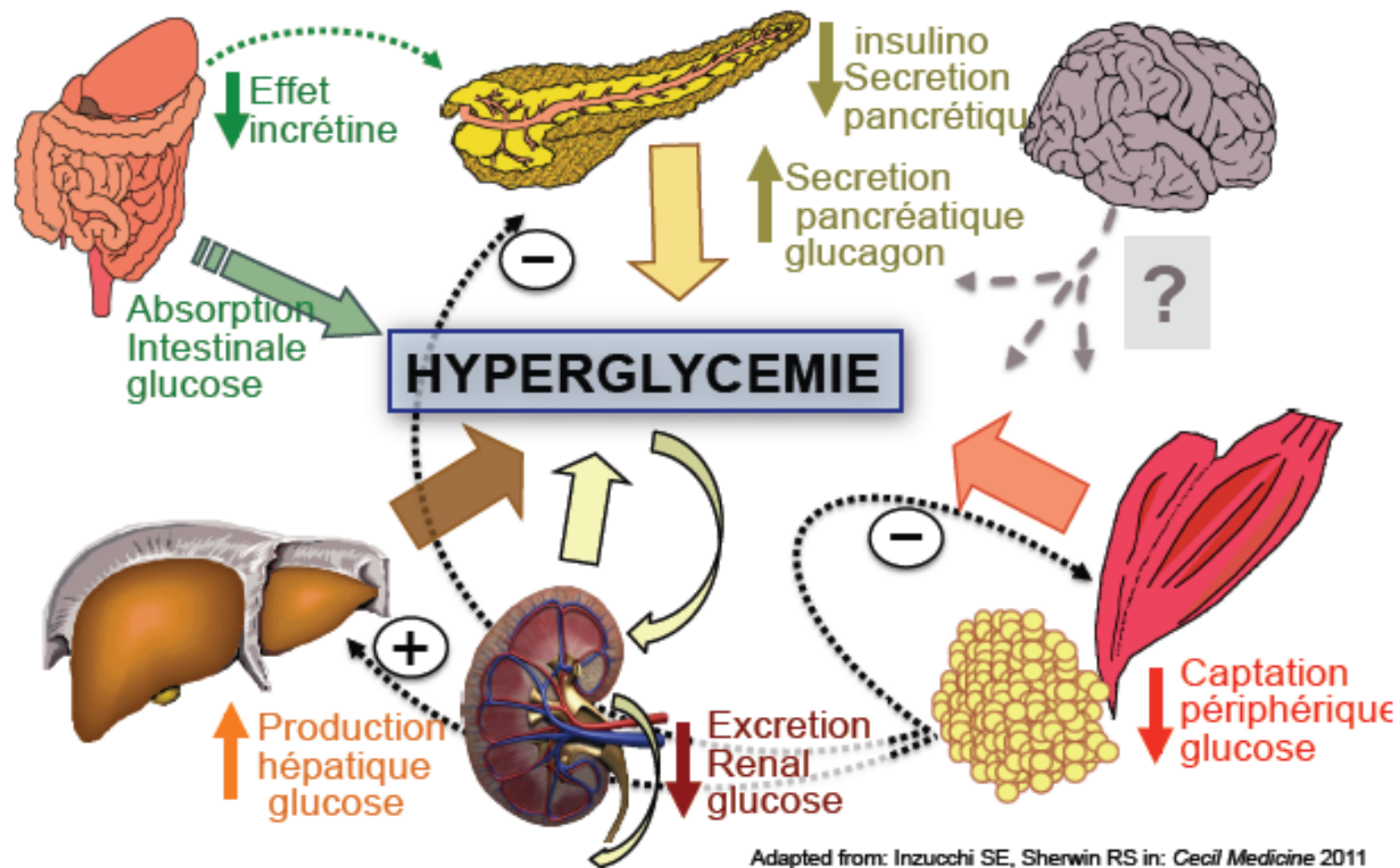
Son médecin a alors choisi de  
rajouter du Trulicity

## Monsieur S. il y a 2 ans

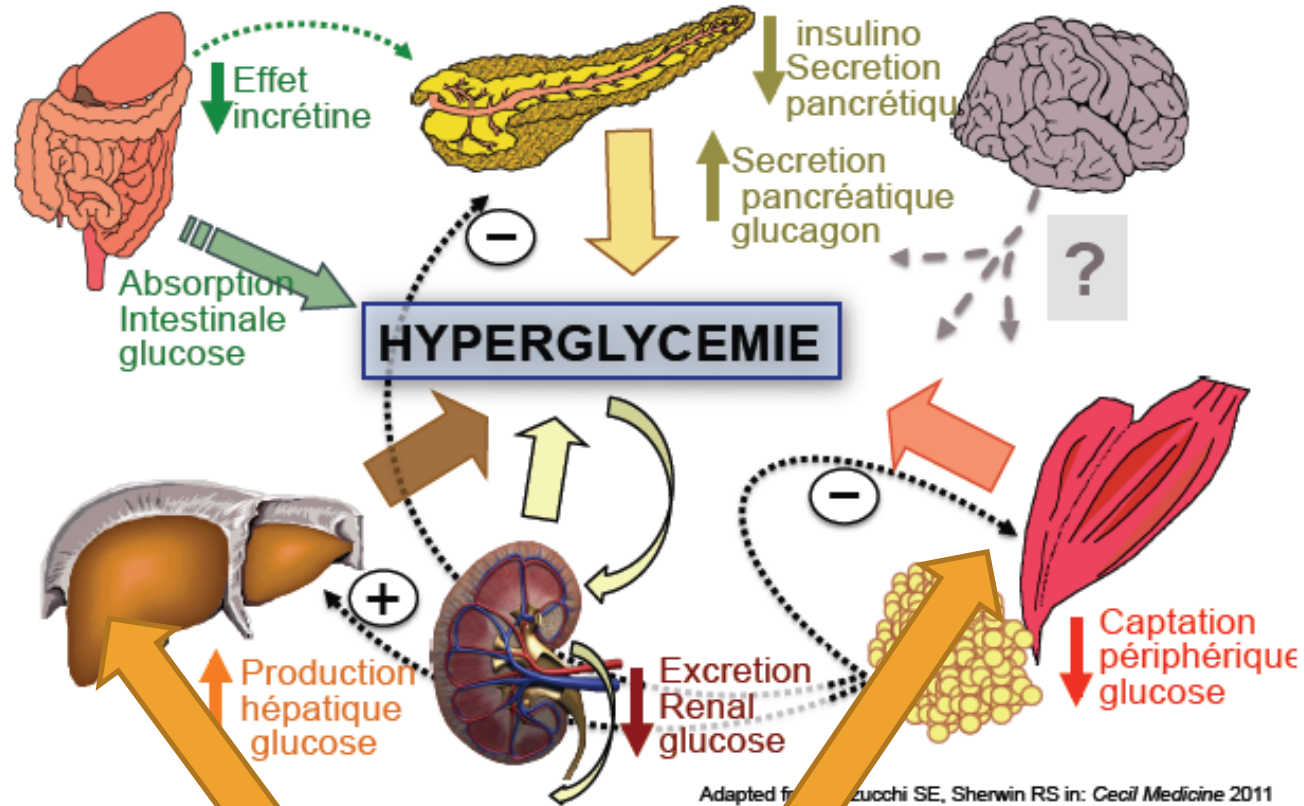
### A VOTRE AVIS?

Quelle autre classe de traitement du diabète aurait pu être intéressante pour ce profil cardiovasculaire?

# Pathophysiologie complexe Anomalies dans DT2



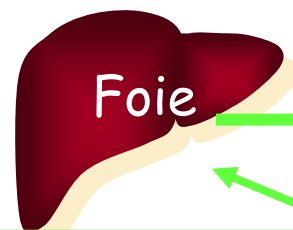
# Pathophysiologie complexe Anomalies dans DT2



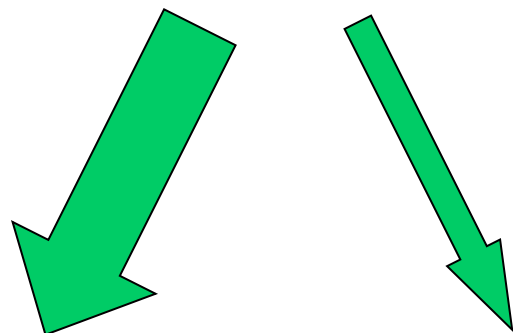
**metformine**

Glucophage  
Stagid

Réduction de la production hépatique de glucose



Foie

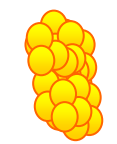


Glucose

Muscle

Augmentation de la captation musculaire du glucose

Insuline



T. Adipeux



Pas d'hypoglycémies

**Risque : Acidose lactique** en cas de défaut d'élimination de la met ou de patho entraînant une augmentation exagérée de la production de lactates

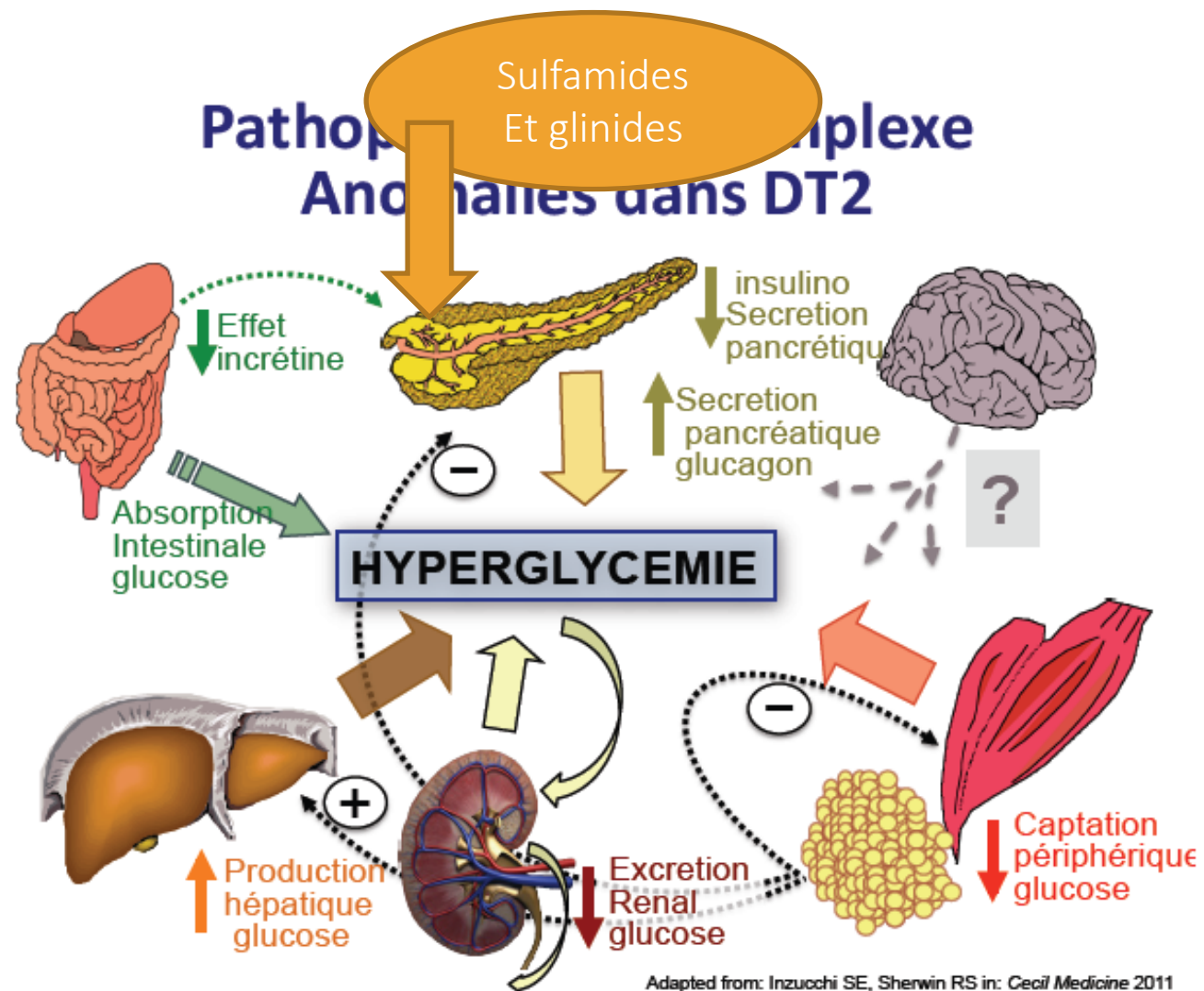
CI si insuffisance rénale < 30ml/min ou hépatique ou respiratoire ou cardiaque décompensée

CI en toute situation aigue

**Arrêt pour les interventions chirurgicales et 48 h après examens iodés**

Si pas CI et bien tolérée : **choix médicamenteux de première ligne du DT2** dans la quasi-totalité des recommandations, y compris chez les patients diabétiques de type 2 avec insuffisance coronarienne et/ou cardiaque stable.





# Sulfamides Glinides

Gliclazide : Diamicon,

Diamicon 80 : au repas

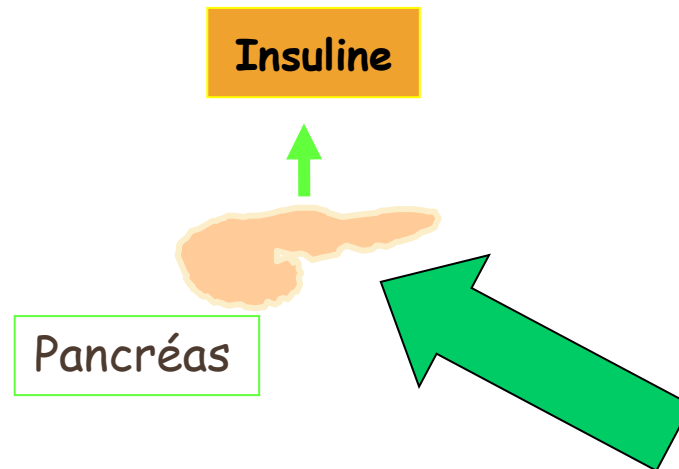
Diamicon 30 Im: 1 à 4 cp le matin :  
moins d'hypos  
Diamicon 60 Im : 1 à 2 cp le matin

Glimépiride Amarel 1,2,3 ou 4mg

1 prise le matin

Glibenclamide : Daonil,

avant les repas



repaglinide  
Novororm

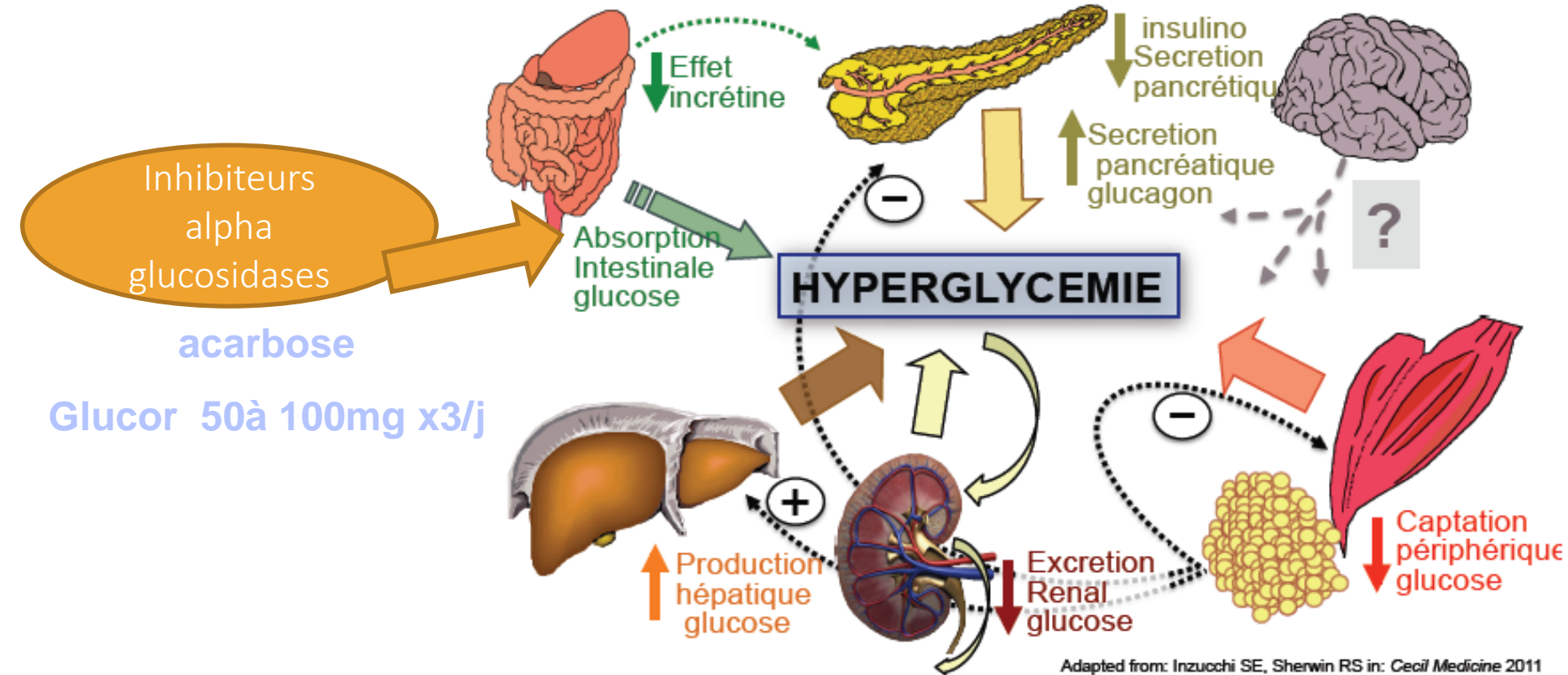
Durée d'action  
plus brève

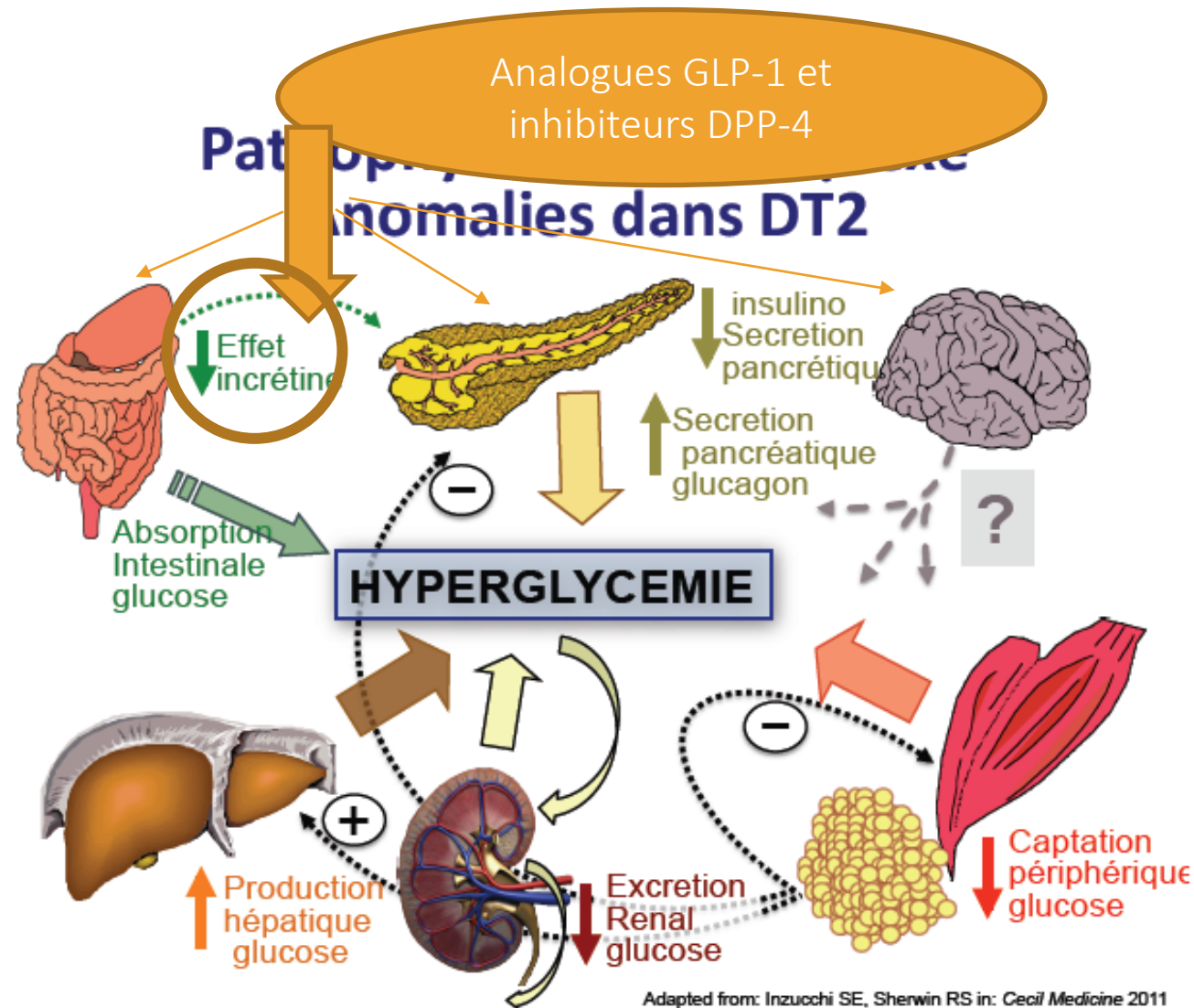
Risque : Hypoglycémies

CI si insuffisance rénale (sauf novonorm) ou hépatique sévères

Précaution chez le sujet âgé ++

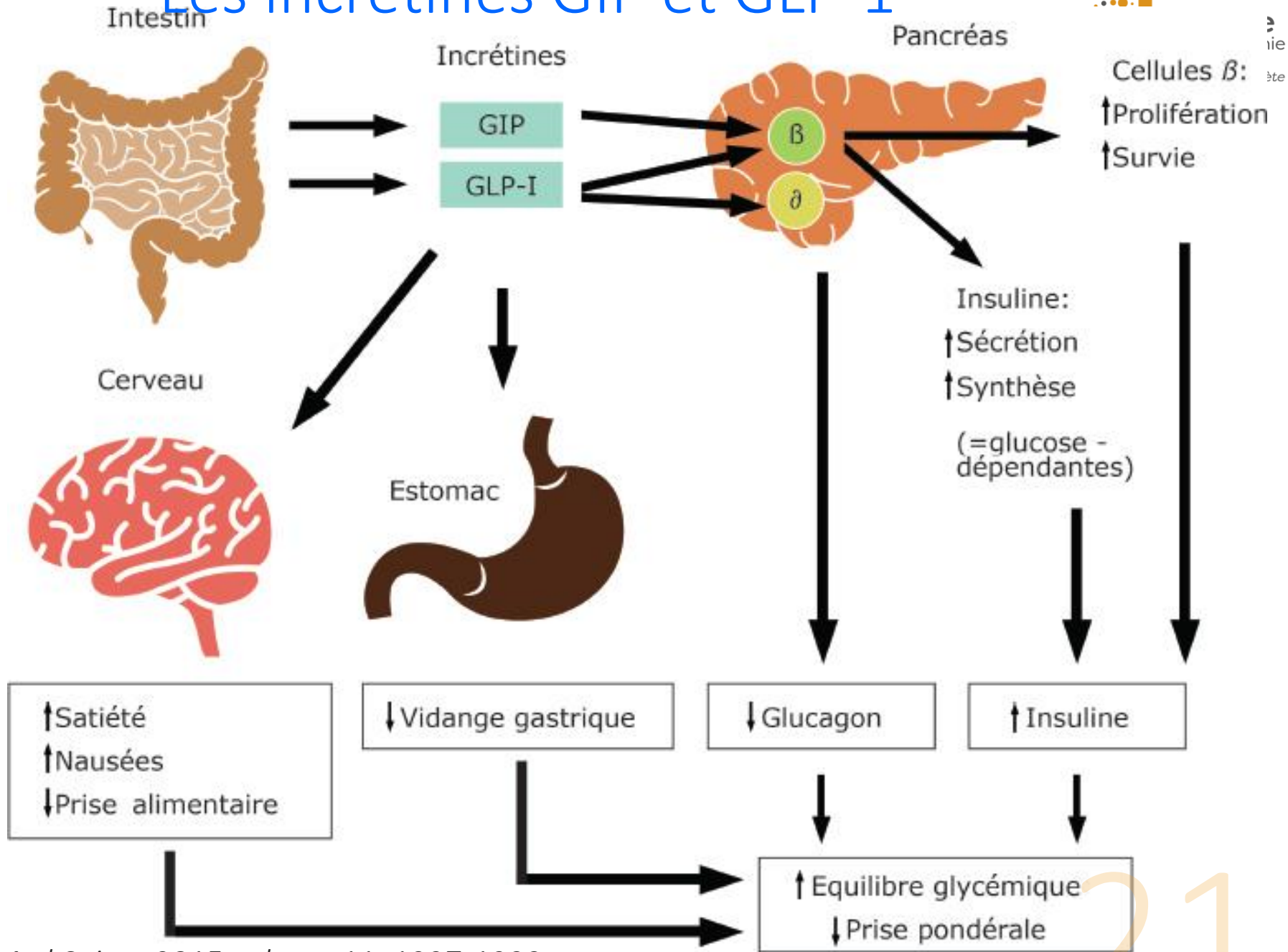
# Pathophysiologie complexe Anomalies dans DT2





Adapted from: Inzucchi SE, Sherwin RS in: Cecil Medicine 2011

# Les incrétines GIP et GLP-1



Inhibiteurs de la DPP4  
Ttt PO

GLP-1: 1/2 vie qq min  
Dégradé par la DPP4

Agonistes GLP1  
longue durée d'action  
Ttt injectables

# Inhibiteurs de la DPP4

Sitagliptine (JANUVIA<sup>®</sup>, XELEVIA<sup>®</sup>) et Vidagliptine (GALVUS<sup>®</sup>) saxagliptine (ONGLYZA<sup>®</sup>).

Diminution du taux de remboursement depuis février 2022

**Principalement indiqués en bittt en association avec la metformine  
Ou sulfamides si met mal supportée ou CI**

**Prise PO**

**Pas d'hypoglycémie**

# Analogues du GLP-1

BYETTA<sup>®</sup> exénatide ( 2injections/j)

Victoza<sup>®</sup> (liraglutide) ( 1injection/j)

Trulicity<sup>®</sup> (dulaglutide)

Ozempic<sup>®</sup> (semaglutide)

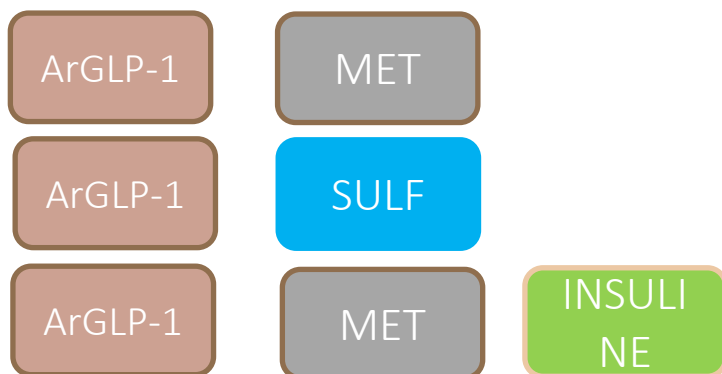
Bydureon<sup>®</sup> (exenatide)

} 1 injection/semaine

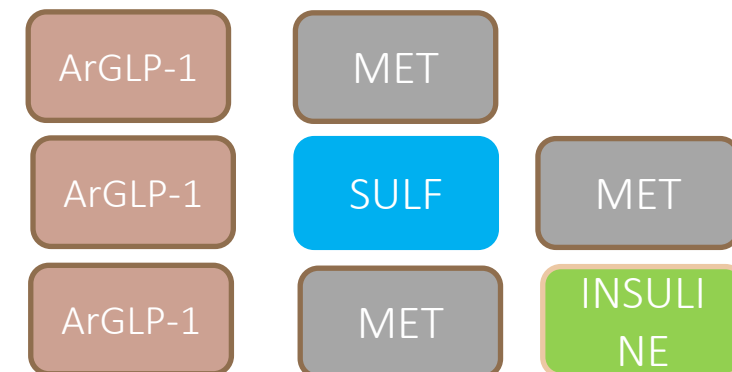
# Analogues du GLP-1

## spectre de remboursement actuel en France

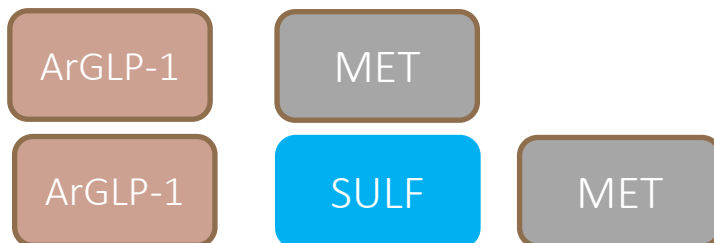
Victoza®  
(Liraglutide)



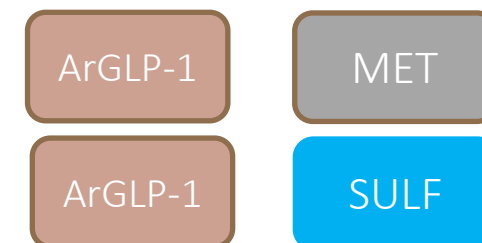
Trulicity®  
(Dulaglutide)



Ozempic®  
(Semaglutide)



BYETTA® et Bydureon®  
(Exenatide)

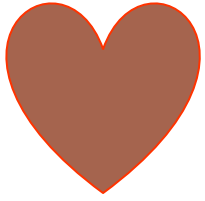






## Analogues du GLP-1

**Principal effet secondaire** : nausées, vomissements : attention si risque de déshydratation ou de dénutrition



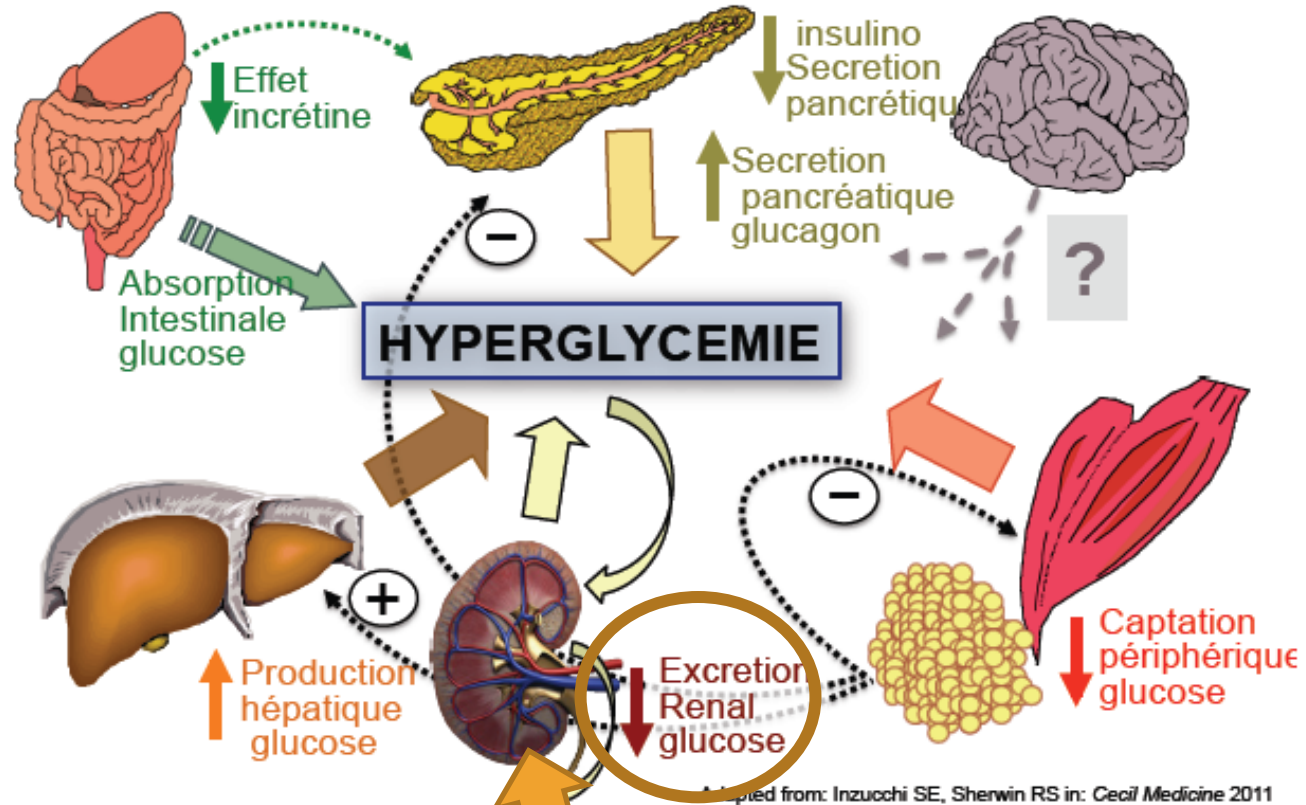
Analogues du GLP-1 et bénéfice cardiovasculaire chez les patients ayant une maladie cardiovasculaire avérée

Victoza<sup>®</sup> (liraglutide) études leader

Trulicity<sup>®</sup> (dulaglutide) études rewind

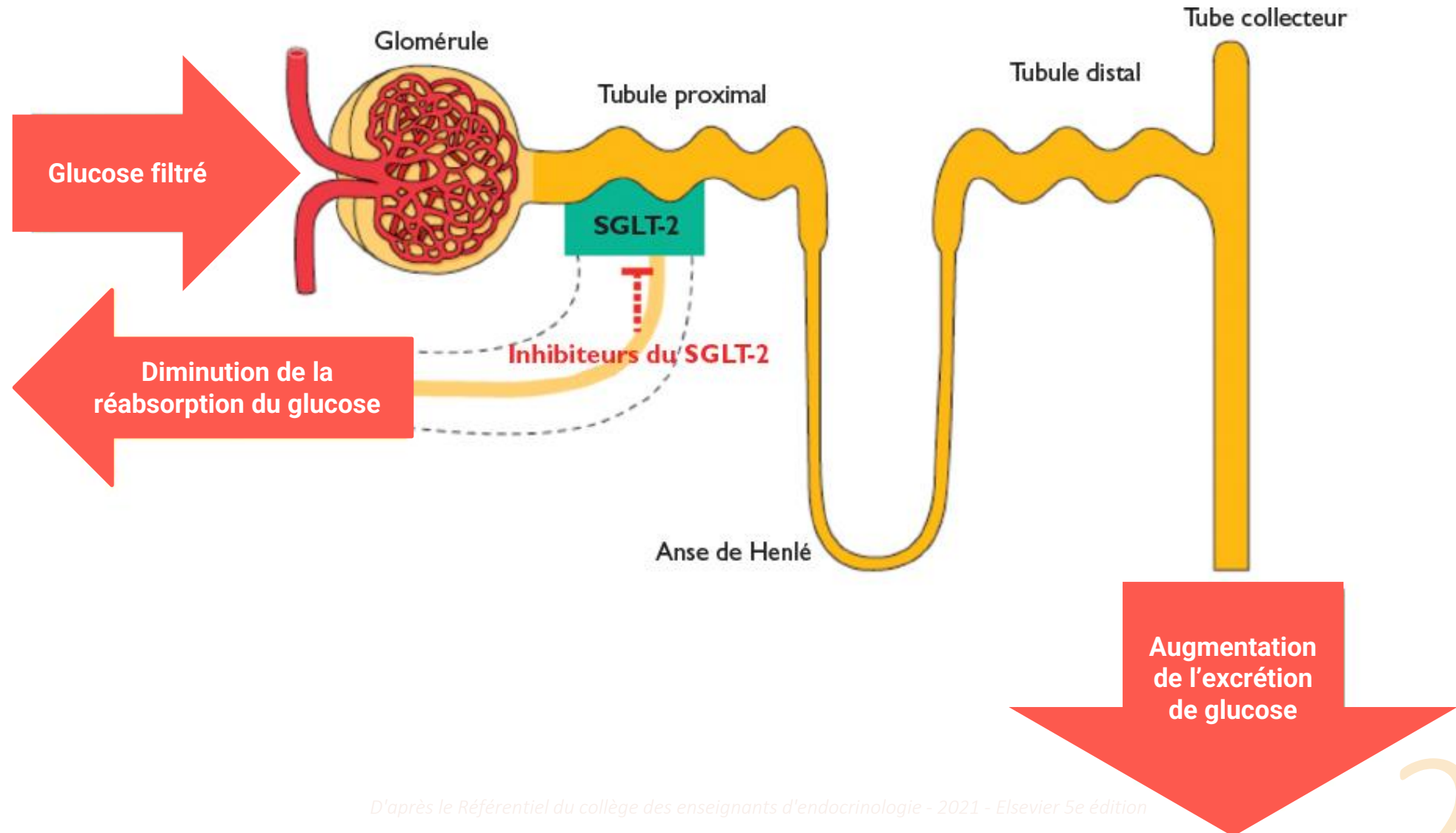
Ozempic<sup>®</sup> (semaglutide) études sustain

## Pathophysiologie complexe Anomalies dans DT2



Inhibiteurs S GLT2

# LE MÉCANISME D'ACTION DES ISGLT2

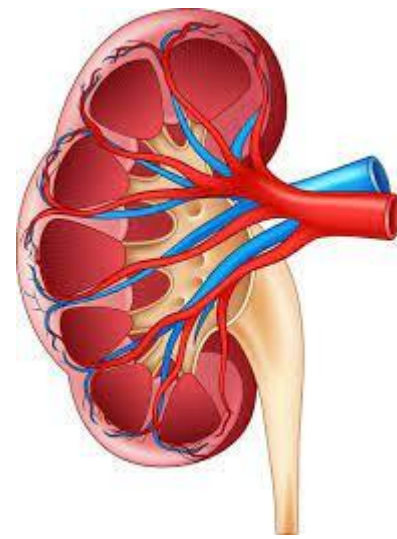


*D'après le Référentiel du collège des enseignants d'endocrinologie - 2021 - Elsevier 5e édition*



inhibiteurs du co-transporteur sodium-glucose de type 2 (i-SGLT2 =  
gliflozines.

Dapagliflozine - (FORXIGA<sup>®</sup>, XIGDUO<sup>®</sup>)  
empaglifozine – (JIARDIANCE<sup>®</sup>, SYNJARDY<sup>®</sup>)



Chez les DT2 à haut risque amélioration du pronostic cardiovasculaire, baisse du nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque et ralentissement de la progression de l'atteinte rénale.

INDIQUE CHEZ DT2 MAIS AUSSI CHEZ L'INSUFFISANT CARDIAQUE

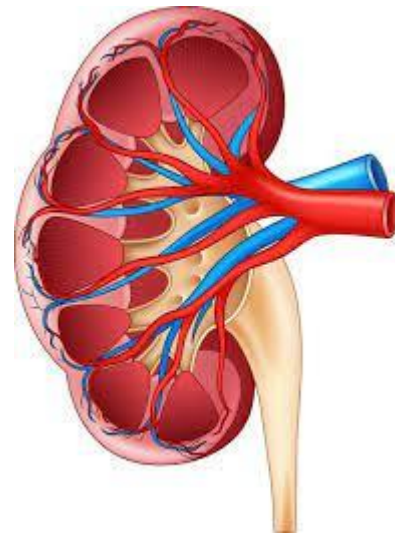
Prise de position de la SFD sur ttt DT2 les meilleures indications des i-SGLT2 concernent les sujets présentant une obésité, une maladie cardiovasculaire avérée, une insuffisance cardiaque ou une maladie rénale chronique

# Les i-SGLT2, les précautions

- Infections mycotiques génitales
- Infections urinaires
- Risque rare Acidocétose diabétique : un traitement par i-SGLT2 doit être interrompu 3 ou 4 jours (3 jours pour la dapagliflozine, ) avant une intervention chirurgicale sous anesthésie générale et ne peut être repris que lorsque la période aiguë est franchie et que le patient s'alimente et s'hydrate à nouveau correctement.
- Risque exceptionnel Gangrènes de Fournier ?
- Amputations distales des membres inférieurs ? (canagliflozine)
- Déplétion volumique, hypotension

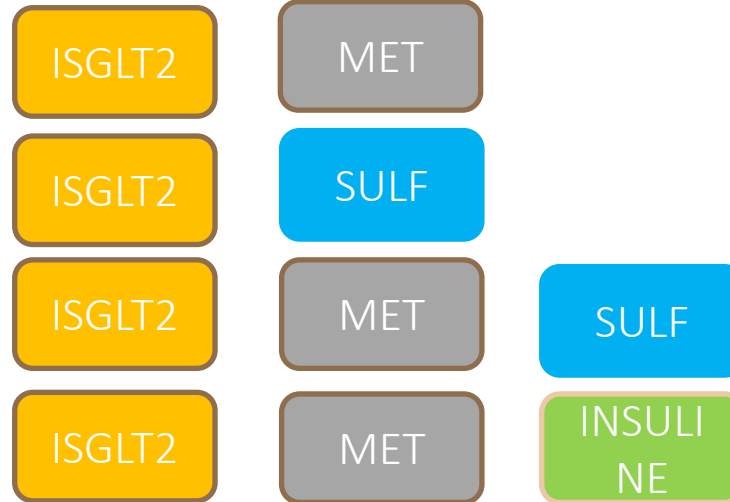


Les i-SGLT2.  
Dapagliflozine - (FORXIGA<sup>®</sup>, XIGDUO<sup>®</sup>)  
empaglifozine – (JIARDIANCE<sup>®</sup>, SYNJARDY<sup>®</sup>)



Spectre de remboursement actuel en France

Diabète de type 2 age >18 ans



Insuffisance cardiaque chronique

TABLEAU II  
Outil d'aide à la décision dans le traitement du DT2.

	Efficacité sur la baisse de la glycémie	Risque d'hypoglycémie	Effet sur le poids	Modalité d'administration	Bénéfices CV en cas de maladie CV avérée		Progression de la maladie rénale	Principaux effets indésirables
					IDM, AVC ou décès CV	IC		
<b>Metformine</b>	↓↓	Non	↔ (ou ↓ modeste)	Comprimés 2 à 3 prises/jour	Sécurité démontrée		Absence de données	Effets digestifs fréquents (diarrhées, douleurs abdominales...)
<b>Sulfamides et glinides</b>	↓↓	Oui + (glibenclamide ++)	↑	Comprimés 1 à 4 prises/jour	Sécurité démontrée pour glimépiride	(si IC NYHA I ou II)	Absence de données	Hypoglycémies, prise de poids
<b>Inhibiteurs des alpha-glucosidases</b>	↓	Non	↔	Comprimés 3 à 4 prises/jour	Sécurité démontrée chez des patients intolérants au glucose (si IC NYHA I ou II)		Absence de données	Effets digestifs très fréquents (flatulences)
<b>Inhibiteurs de la DPP4 (gliptines)</b>	↓↓	Non	↔	Comprimés 1 à 2 prises/jour	Sécurité démontrée	Sécurité démontrée pour sitagliptine Risque potentiel pour saxagliptine	Effet neutre	Risque très rare de pancréatite aiguë et d'arthralgies
<b>Inhibiteurs de SGLT2 (gliflozines)</b>	↓↓	Non	↓↓	Comprimés 1 prise/jour	Bénéfices démontrés		Bénéfices sur la fonction rénale et l'albuminurie démontrés	Mycoses génitales Polyurie Déplétion volémique Risque rare d'acido-cétose Risque rare d'amputation (canagliflozine) ? Risque exceptionnel de gangrène de Fournier ?
<b>Agonistes des récepteurs du GLP-1</b>	↓↓↓	Non	↓↓ à ↓↓↓	Injections sous-cutanées 2/jour à 1/semaine	Bénéfices démontrés pour liraglutide, dulaglutide et niveau de preuve moins élevé pour sémaglutide	Sécurité démontrée si IC NYHA I à III Doute sur la sécurité si FEVG < 40%	Bénéfices sur l'albuminurie démontrés pour liraglutide, dulaglutide et sémaglutide	Effets digestifs fréquents (nausées, vomissements, diarrhées...) Lithiases vésiculaires
<b>Analogues lents de l'insuline</b>	↓↓↓↓	Oui ++	↑↑	Injections sous-cutanées 1/jour	Sécurité démontrée	(pour glargine : si IC NYHA I ou II et pour dégludec : si IC NYHA I à III)	Effet neutre	Hypoglycémies, prise de poids



# Que disent les recommandations?

HAS  
2013

SFD  
2021

MET

Accord sur  
met en 1ere  
intention

Après la metformine?

« Anciennes ? » / études cardiovasculaires et  
rénales ISGLT2 GLP1

Tiennent compte des études cardiovasculaires et  
rénales ISGLT2 GLP1

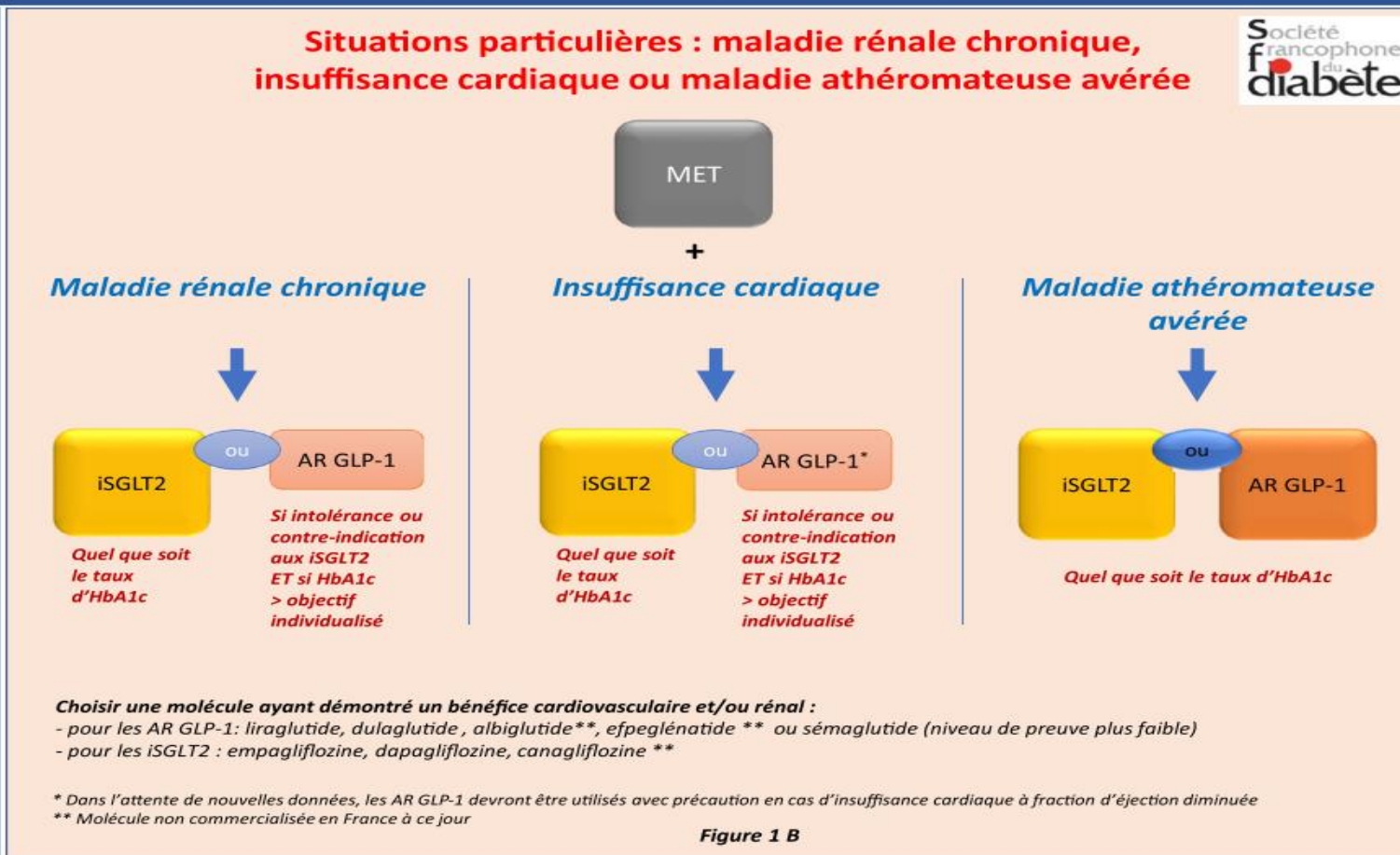
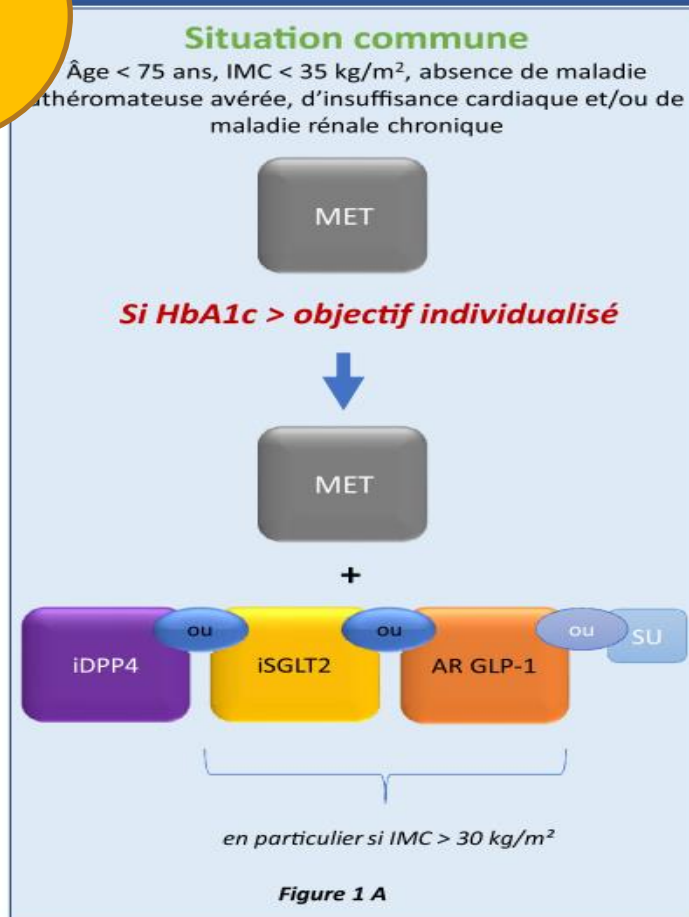


FIGURE 1

**A. Stratégie thérapeutique si HbA<sub>1c</sub> > objectif personnalisé malgré modifications thérapeutiques du mode de vie et monothérapie par metformine à dose maximale tolérée chez un patient en situation « commune ». B. Stratégie thérapeutique après modifications thérapeutiques du mode de vie et metformine à dose maximale tolérée chez un patient présentant une maladie athéromateuse avérée et/ou une insuffisance cardiaque et/ou une maladie rénale chronique**

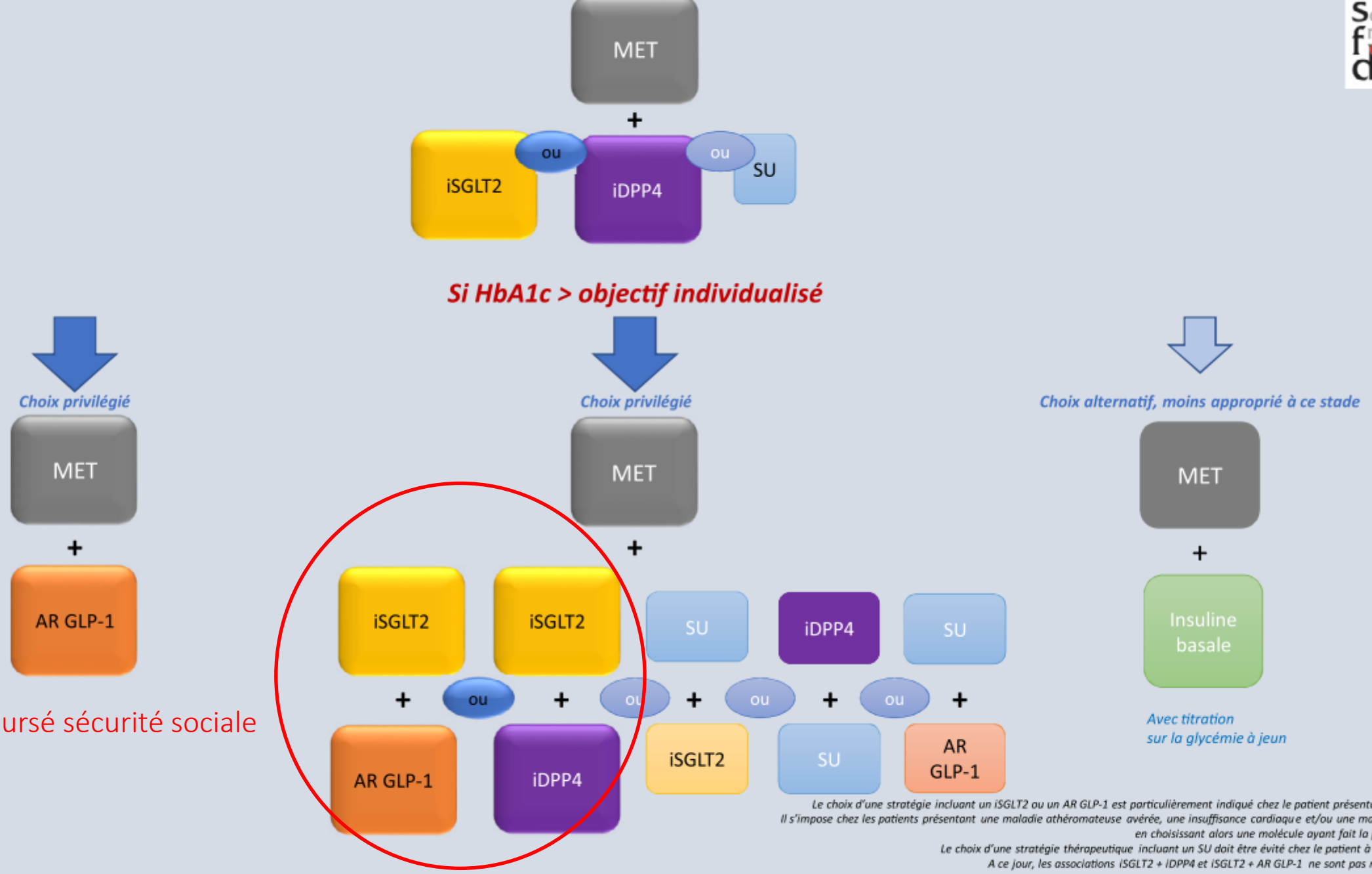


FIGURE 2

# Et donc pour Monsieur S. ?

Mr S, il y a 2 ans 61 ans

ATCD: diabète, HTA, dyslipidémie,  
IDM il y a 3 ans ,tabac 30 PA  
sevré obésité IMC 32, SAS

Il y a 2 ans il était traité par  
metformine et Amarel

- Glimepiride (amarel) 4mg matin
- Metformine 1000 mg matin et soir

Hba1c 9.5 %

Son médecin a alors choisi de  
rajouter du Trulicity 4.5mg 1  
inj/semaine

## A VOTRE AVIS?

Qu'est ce qui a pu orienter le choix du médecin sur du Trulicity (analogue du GLP-1) plutôt que sur un inhibiteur de la DPP4 (ex : Januvia) ?

ATC cardiovasculaires, obésité, écart important de Hba1c à la cible

Quelle autre classe de traitement du diabète aurait pu être intéressante pour ce profil Cardiovasculaire ?

Inhibiteurs de SGLT2

Selon vous, quel(s)  
traitement(s) peuvent  
induire une  
hypoglycémie ?

- A) Metformine
- B) Inhibiteur de DPP4
- C) Glucor
- D) Analogue GLP-1
- E) ISGLT 2 ( Forxiga)
- F) Daonil
- G) Amarel
- H) Diamicron
- I) Novonorm
- J) Insuline

Selon vous, quel(s)  
traitement(s) peuvent  
induire une  
hypoglycémie ?

- A) Metformine
- B) Inhibiteur de DPP4
- C) Glucor
- D) Analogue GLP-1
- E) ISGLT 2 ( Forxiga)
- F) Daonil
- G) Amarel
- H) Diamicron
- I) Novonorm
- J) Insuline

Mr S, 63 ans .

ATCD: diabète, HTA, dyslipidémie , IDM il y a 5 ans ,tabac 30 PA sevré obésité IMC 32, SAS

Ttt du diabète Glimépiride (Amarel)  
4mg matin

Metformine 1000 mg matin et soir

Lantus 40 U depuis l'hospitalisation

Trulicity 4.5mg 1 inj/semaine

**Hba1c 8.%** . Fonction rénale DFG  
70ml/min

# Monsieur S.

## COMMENT ADAPTER SON TRAITEMENT POUR ÉVITER LES HYPOGLYCÉMIES ?

- a) Diminuer la Lantus
- B) Arrêter Trulicity
- C) Arrêter Glimépiride
- D) Arrêter Metformine

	8H	10H	12H	14H	19H	21H	24H	4H
Lun	1.6		0,50	1,80	0,70	1,3		
Mar	1.7		0.60	2,10	0,60	1.3		
mer	1.4		0.60	1,90	0.55			

Mr S, 63 ans .

ATCD: diabète, HTA, dyslipidémie , IDM il y a 5 ans ,tabac 30 PA sevré obésité IMC 32, SAS

Ttt du diabète Glimépiride (Amarel)  
4mg matin

Metformine 1000 mg matin et soir

Lantus 40 U depuis l'hospitalisation

Trulicity 4.5mg 1 inj/semaine

**Hba1c 8.%** . Fonction rénale DFG  
70ml/min

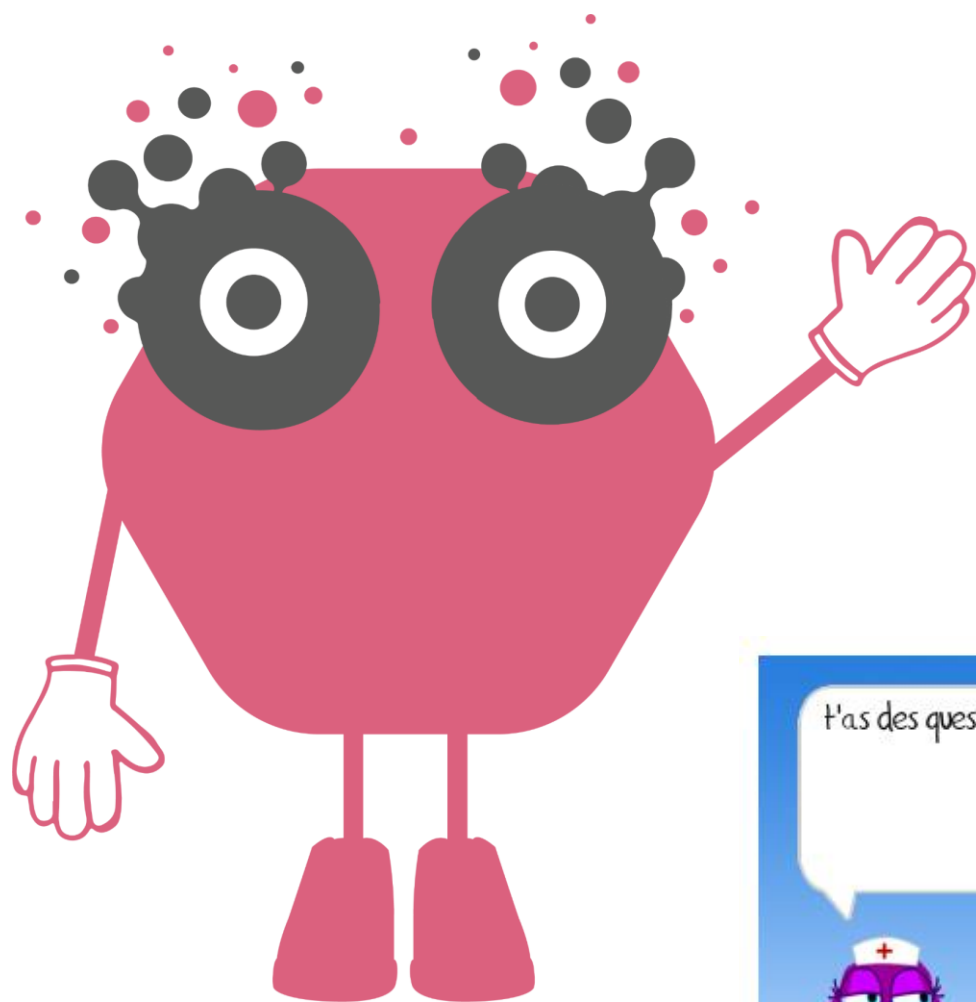
# Monsieur S.

## COMMENT ADAPTER SON TRAITEMENT POUR ÉVITER LES HYPOGLYCÉMIES ?

- a) Diminuer la Lantus
- B) Arrêter Trulicity
- C) Arrêter Glimépiride**
- D) Arrêter Metformine

	8H	10H	12H	14H	19H	21H	24H	4H
Lun	1.6		0,50	1,80	0,70	1,3		
Mar	1.7		0.60	2,10	0,60	1.3		
mer	1.4		0.60	1,90	0.55			





# Les traitements insuliniques du diabète de type 2

Revenons à  
Monsieur S  
avant son  
hospitalisation

ATCD: diabète, HTA, dyslipidémie , IDM il y a 5 ans,  
tabac 30 PA sevré, obésité IMC 32 SAS

**Hba1c 8.%** . Fonction rénale DFG 70ml/min

**Son traitement** à la sortie de l'hôpital :

- Atorvastatine, Coaprovel 300/25 Kardegic 75
- Glimepiride (Amarel) 4mg matin
- Metformine 1000 mg matin et soir
- Trulicity 4.5mg 1 inj/semaine

# Cas clinique Monsieur S.

Mr S, 63 ans avant son hospitalisation

ATCD: diabète, HTA, dyslipidémie ,  
IDM il y a 5 ans ,tabac 30 PA sevré  
obésité IMC 32, SAS

- Ttt du diabète Glimépiride (Amarel)  
4mg matin
  - Metformine 1000 mg matin et soir
  - Trulicity 4.5mg 1 inj/semaine
  - **+Hba1c 8.%** . Fonction rénale DFG  
70ml/min

LE DIABÈTE ÉTANT MAL ÉQUILIBRÉ , SI ON CHOISIT  
D'INTRODUIRE DE L' INSULINE QUEL(S) CHOIX VOUS  
PARAIT ( SSENT) PERTINENTS(S) ?

A) Arrêter tous les autres ttt du  
diabète

B) Garder la Metformine arrêter tous  
les autres ttt du diabète

C) Arrêter Glimépiride et garder  
Metformine et Trulicity

Quelle proposition classe la durée des insulines basales de la plus courte à la plus longue durée d'action ?

A) Lantus < Toujeo < Levemir

B) Toujeo < Lantus < Levemir

C) Levemir < Lantus < Tresiba

# Insuline + garder ttt non insulinique? Reco SFD 2019 et 2021

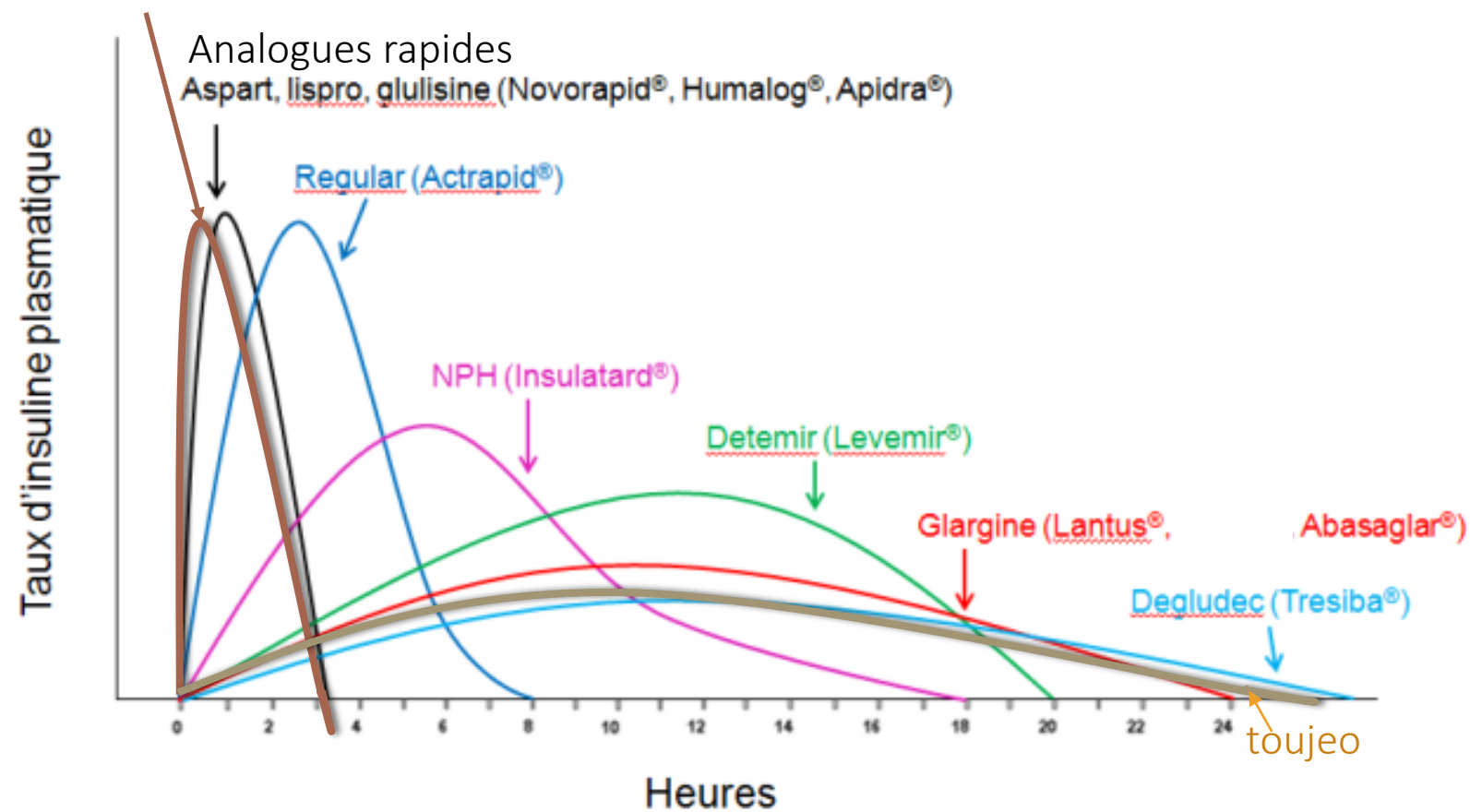
Maintenir la metformine si pas de CI

Maintenir un traitement par iSGLT2\* ou GLP-1 RA si celui-ci a permis une perte de poids significative ( $\geq 5\%$  du poids initial) et surtout si maladie cardiovasculaire avérée, insuffisance cardiaque et/ou de maladie rénale chronique, en choisissant alors une molécule ayant fait la preuve de son bénéfice

Arrêter les autres médicaments anti-hyperglycémiants, soit d'emblée, soit préférentiellement après titration efficace de l'insuline basale (en diminuant la dose au préalable s'il s'agit d'un SU), quitte à les réintroduire secondairement si cela devient nécessaire.

## Schéma des différentes insulines disponibles et de leur durée d'action :

Analogues ultra rapides LYUMJEV FIASP



Modifié d'après Guide médical de prise en charge du diabète en milieu intra-hospitalier HUG 2017

**Tableau 4.**  
**Les différentes insulines commercialisées en France en 2019**

Insulines	Nom commercial (DCI)	Début d'action	Durée d'action
Insulines humaines rapides	Umuline rapide <sup>®</sup> , Insuman rapide <sup>®</sup> Actrapid <sup>®</sup>	15 à 30 mn	5 à 7 h
Insulines humaines semi-lentes	Umuline NPH <sup>®</sup> , Insuman basal <sup>®</sup> Insulatard <sup>®</sup>	1 h	10 à 12 h
Analogues lents	Lantus <sup>®</sup> (glargine 100 U/ml) Levemir <sup>®</sup> (détémir) Abasaglar <sup>®</sup> (biosimilaire de Lantus <sup>®</sup> )	1 à 2 h	20 à 24 h 14 à 20 h 20 à 24 h
Analogues très lents	Toujeo <sup>®</sup> (glargine 300 U/ml) Tresiba <sup>®</sup> (degludec)	1 à 2 h 1 à 2h	30 h 42h
Analogues rapides	Humalog <sup>®</sup> (lispro) Novorapid <sup>®</sup> (aspart) Apidra <sup>®</sup> (glulisine)	5 à 10 mn	3 à 5 h
Analogues ultra-rapides	FiAsp (faster aspart) LYUMJEV	< 5 mn	3 à 5 h
Insulines Prémix humaines	Umuline Profil 30 <sup>®</sup>	20 mn	10 à 12 h
Insulines Prémix analogues	Humalog Mix 25 et 50 <sup>®</sup> Novomix 30, 50 et 70 <sup>®</sup>	5 à 10 mn	10 à 12 h

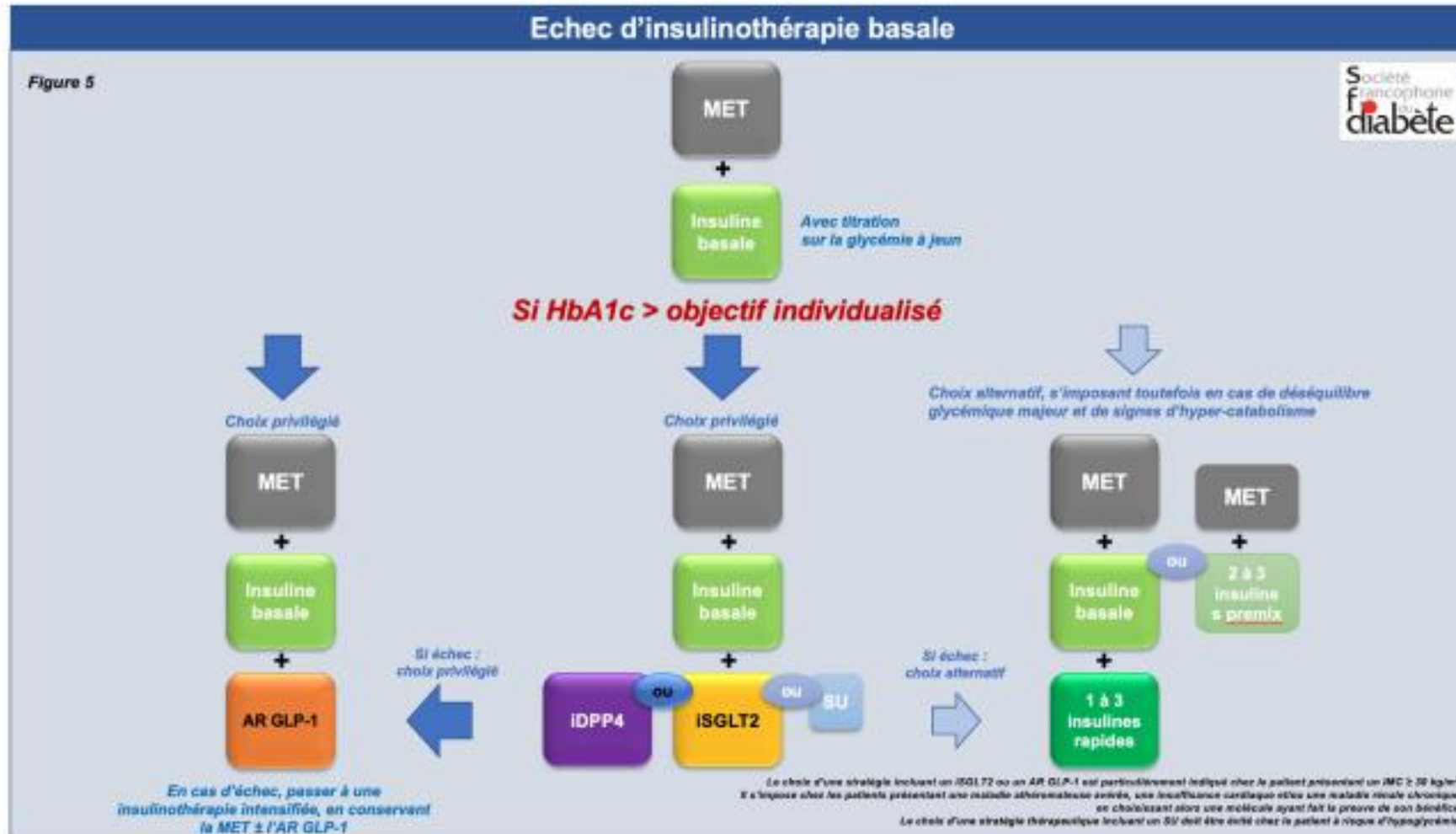
**Les différentes insulines commercialisées en France au 2<sup>ème</sup> trimestre 2019**



# Quelle insuline ?

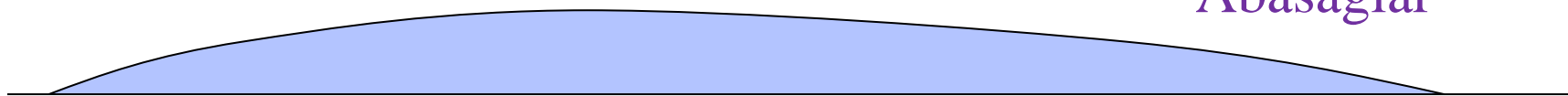
## Reco sfd 2019 et 2021

- Le + pratique : 1 injection **d'insuline basale** : débiter 0.1 à 0.2U/kg/jour, voire 0.3 à 0.4U/kg /j si hyperglycémie marquée puis **titration**
- Phase de préparation (co-décision avec le patient), éducation thérapeutique , renforcement ASG

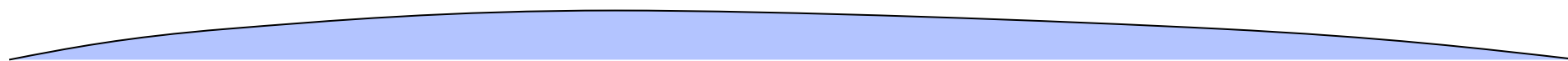


**FIGURE 5**  
Stratégie thérapeutique si HbA<sub>1c</sub> > objectif personnalisé malgré modifications thérapeutiques du mode de vie + bithérapie « metformine + insuline basale bien titrée »

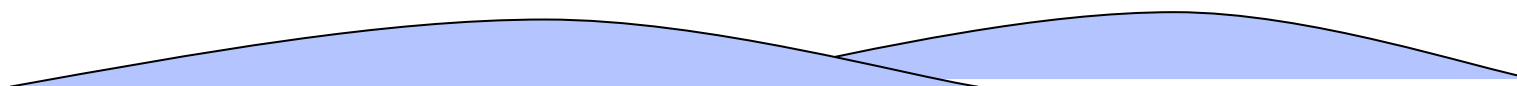
Lantus  
Abasaglar



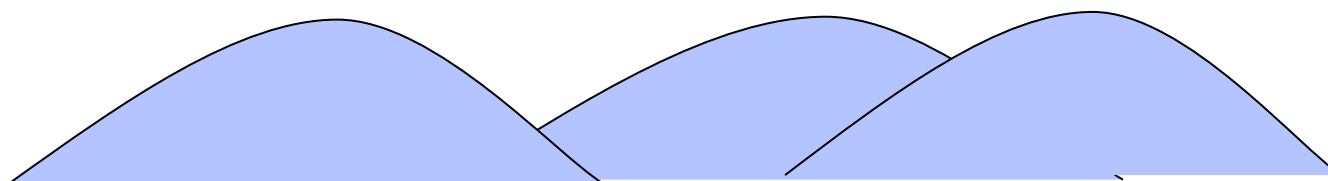
Toujeo  
Tresiba



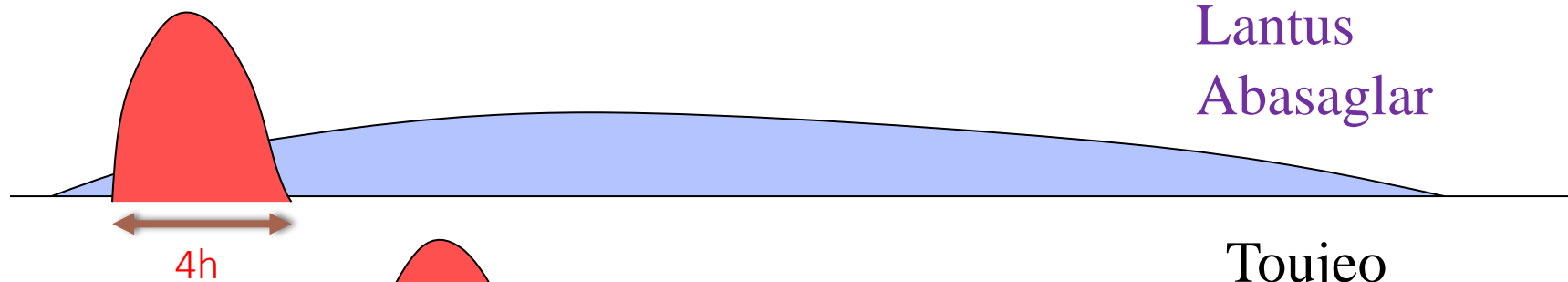
Levemir



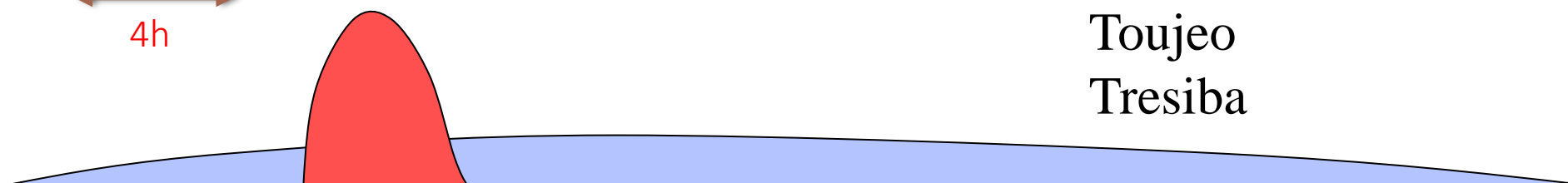
NPH



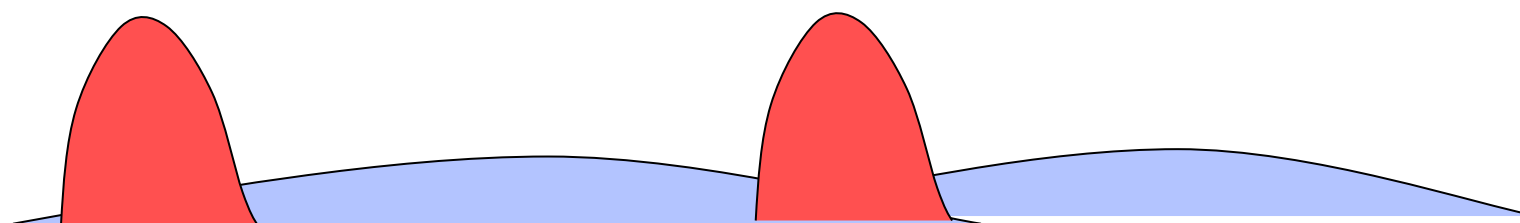
Lantus  
Abasaglar



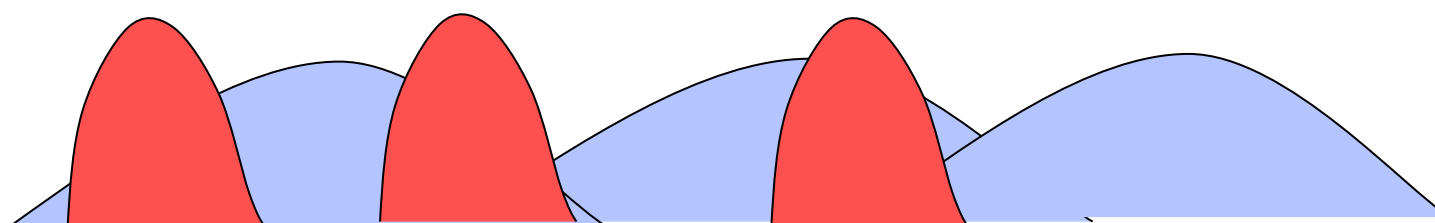
Toujeo  
Tresiba



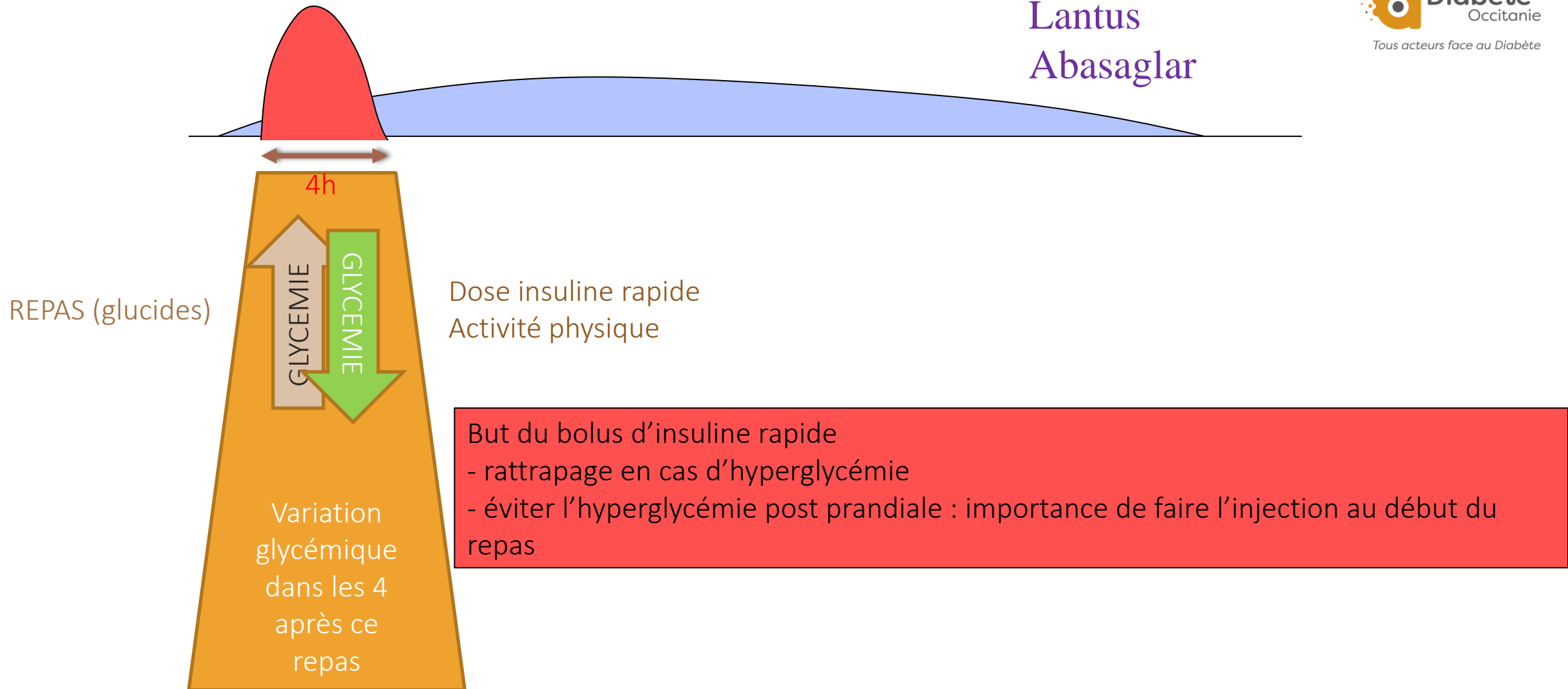
Levemir



NPH



# Lantus Abasaglar



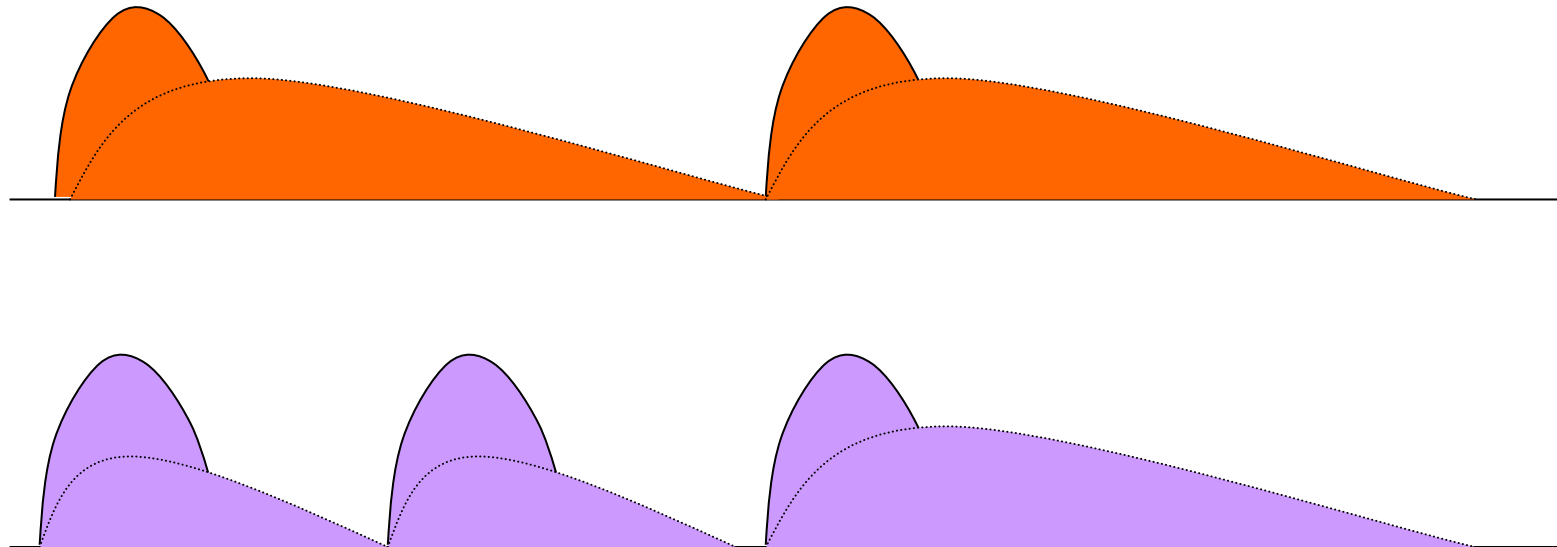
# Insulinothérapie en multi-injection

## Insulines prémélangées en 2 ou 3 injections

Novomix 30/50/70

Humalogmix 25/50

Mixtard 30



# Importance de la suspension d'une insuline NPH



Nombres  
d'agitations

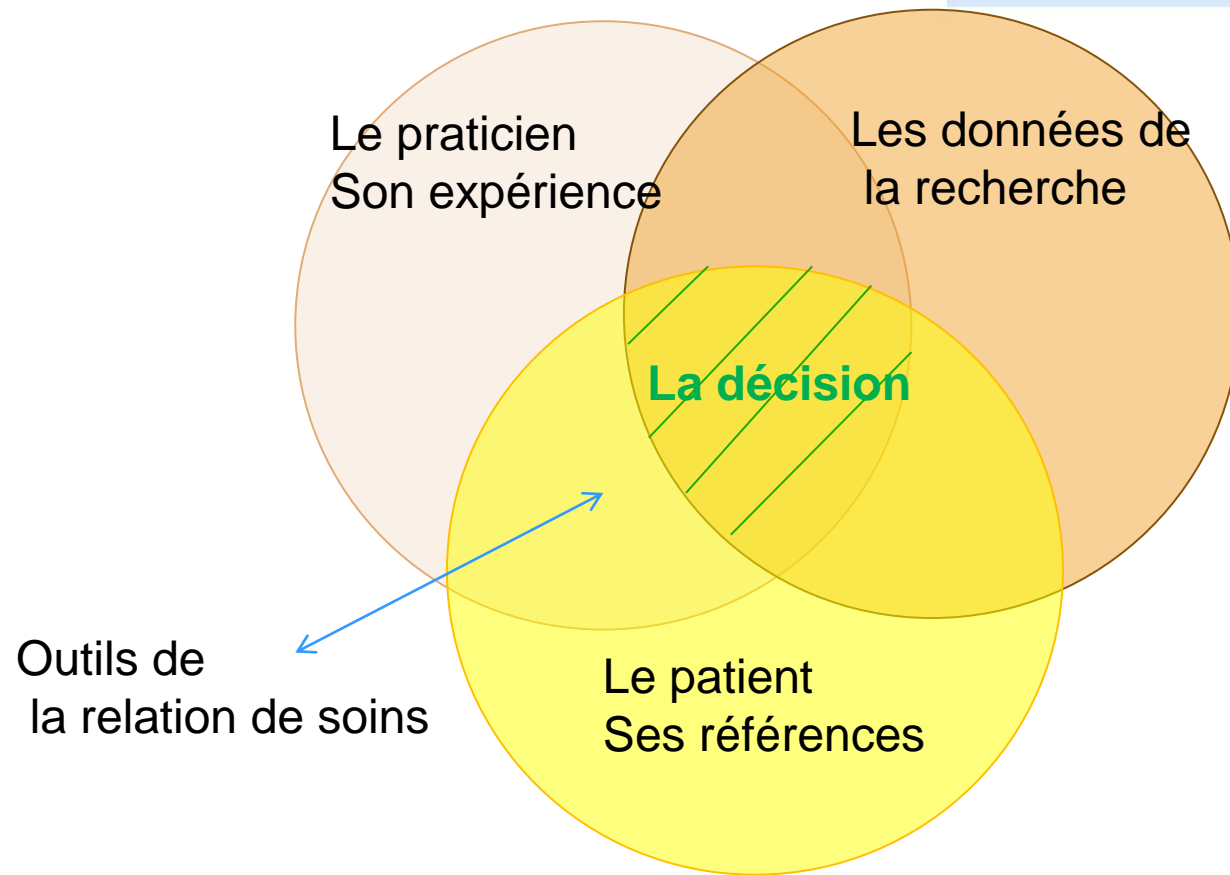
0

5

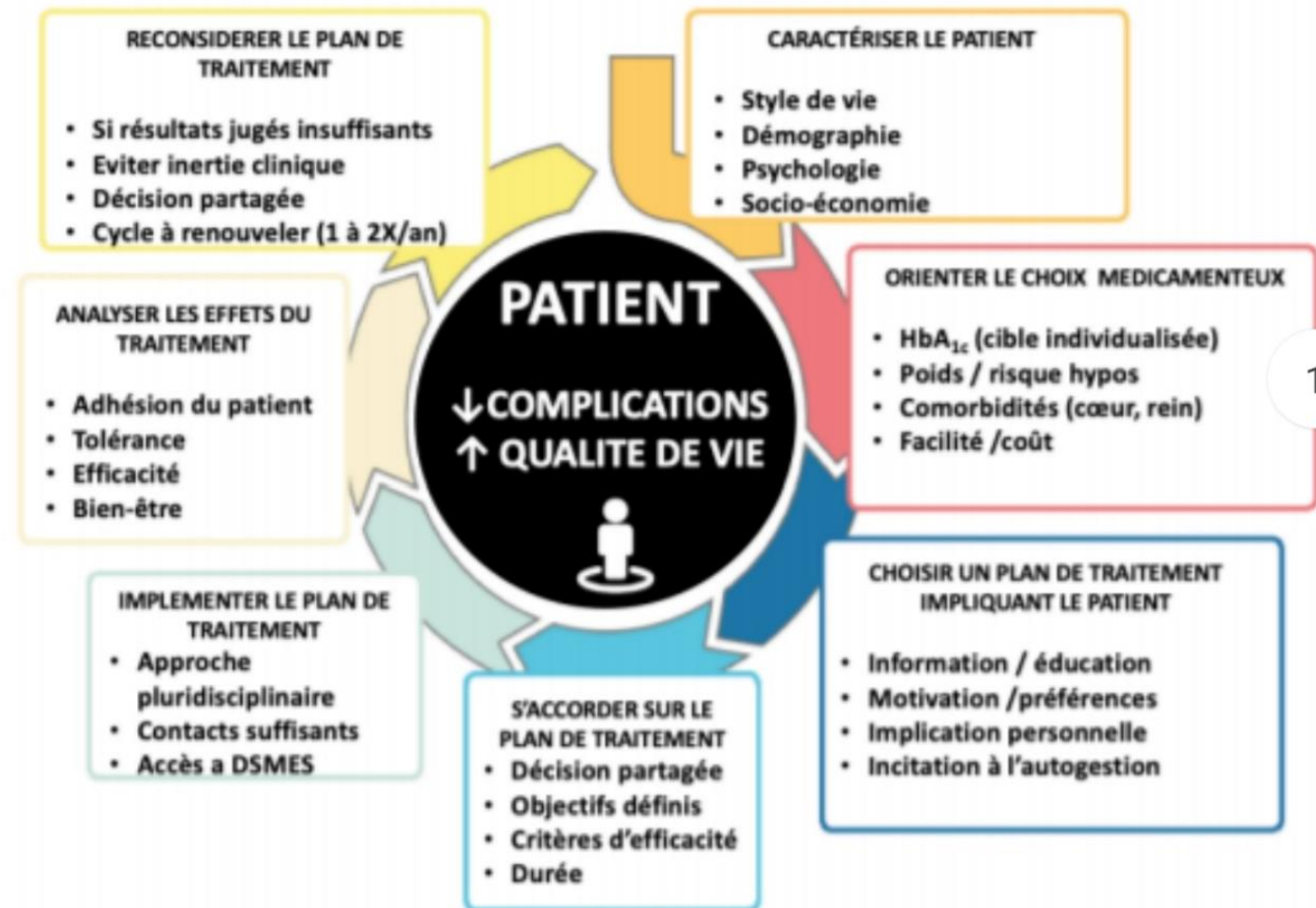
10

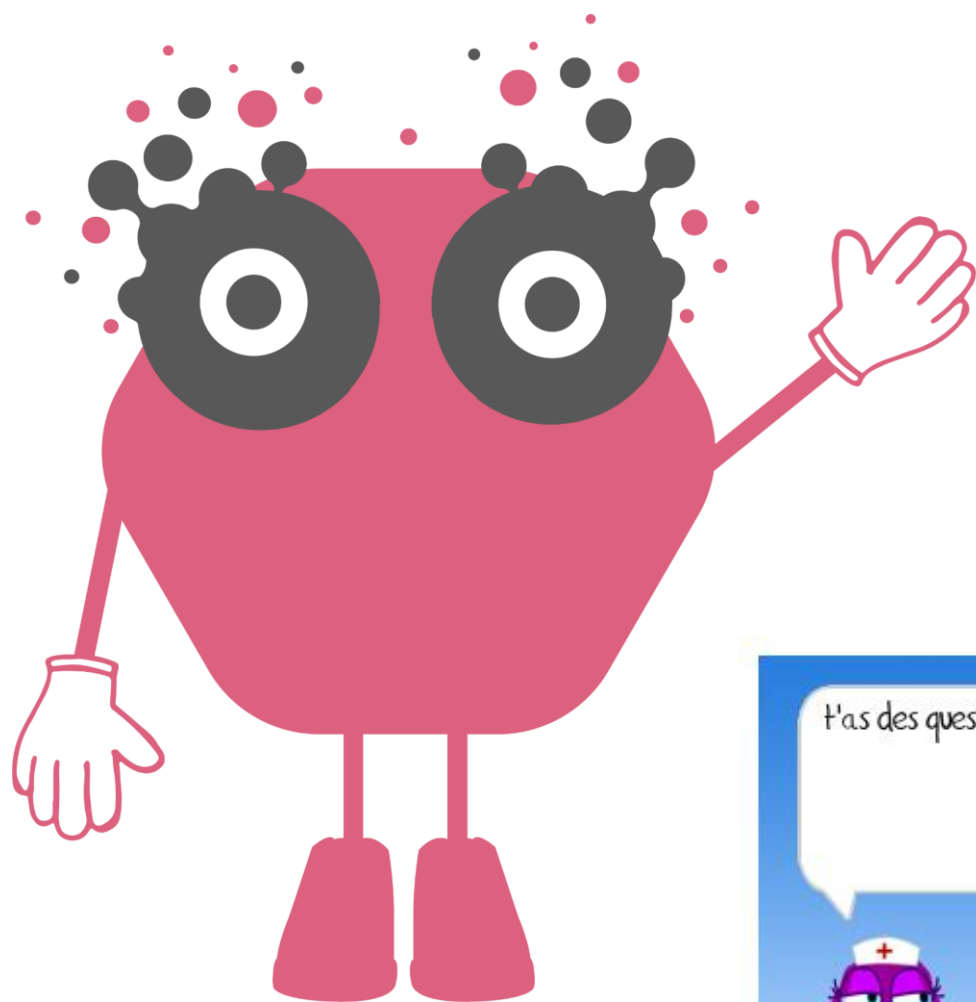
la suspension de  
l'insuline  
conditionne  
l'efficacité

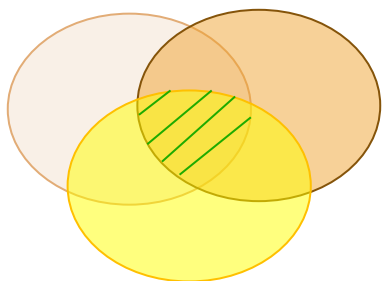
# La décision partagée



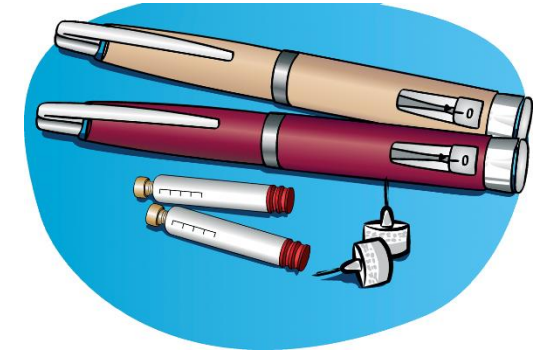








# Merci pour votre attention



## Liens utiles

- Boite à outils de Diabète Occitanie pour professionnels de santé ; fiches ttt pour patients, répertoire pansements, stylos à insulines, pompes

<https://www.diabeteoccitanie.org/ressources/boite-outils>

- Recommandations SFD

<https://www.sfdiabete.org/recommandations/referentiels>



Vous avez des  
projets en lien  
avec le diabète qui  
nécessitent la  
**formation des  
professionnels de  
votre équipe,**  
  
contactez nous !

Prochain webinaire :

« Le pied diabétique » - 7 octobre 2022

Formation de 2 jours :

« Améliorer les pratiques de prise en charge en équipe pluriprofessionnelle des patients diabétiques de type 2 »

**Vous souhaitez nous rejoindre ?  
Adhérez !**

**Pour plus d'informations :**

[www.diabeteoccitanie.org](http://www.diabeteoccitanie.org)

[\*\*contact@diabeteoccitanie.org\*\*](mailto:contact@diabeteoccitanie.org)

05 61 32 33 65

Les réseaux sociaux :

