

Quelle place pour les nouvelles classes thérapeutiques

Dans une bithérapie ? Dans une trithérapie ?

Bithérapie :

Après la metformine qui reste le traitement de référence en monothérapie et en première intention, nous avons maintenant 3 possibilités de bithérapie :

- un insulinosécréteur classique (sulfamides et NOVONORM®),
- une gliptine (ou inhibiteur de la DPP4),
- une glitazone,

Trithérapie :

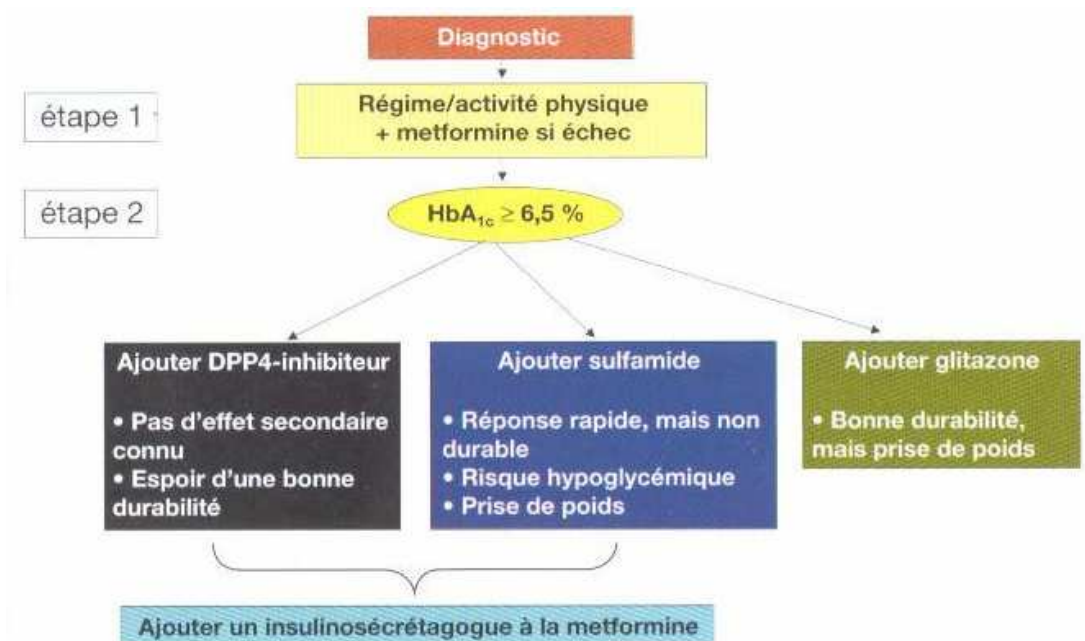
Les possibilités de trithérapie se sont également étoffés : à la bithérapie de référence (metformine + sulfamide) peuvent être associés une glitazone, l'insuline basale, puis plus récemment le BYETTA®

	Avantages	Inconvénients
<u>Sulfamides</u>	<ul style="list-style-type: none">➤ Faible coût➤ Rapidement efficace➤ Effet hypoglycémiant puissant➤ Recul important	<ul style="list-style-type: none">➤ Hypoglycémies➤ Prise de poids
<u>Glitazones</u>	<ul style="list-style-type: none">➤ Efficacité durable➤ Efficacité maximale/insulinorésistance	<ul style="list-style-type: none">➤ Lentement efficace➤ Prise de poids, rétention hydrosodée➤ Majoration du risque d'insuffisance cardiaque➤ Coût élevé
<u>Glinides</u>	<ul style="list-style-type: none">➤ Action courte	<ul style="list-style-type: none">➤ 3 prises quotidiennes➤ Coût élevé➤ Hypoglycémies
<u>Gliptines</u>	<ul style="list-style-type: none">➤ Perte de poids➤ Préservation bêta-cellulaire➤ Pas d'effet secondaire connu➤ Efficacité maximale/hyperglycémie modérée	<ul style="list-style-type: none">➤ Coût élevé➤ Faible recul,➤ Innocuité à long terme non connue
<u>Exenatide</u>	<ul style="list-style-type: none">➤ Perte de poids➤ Préservation beta-cellulaire	<ul style="list-style-type: none">➤ Voie injectable➤ Nausées, hypoglycémies➤ Coût élevé➤ Faible recul,➤ Innocuité à long terme non connue

Le choix se fera selon le profil patient et le profil d'action de chaque classe médicamenteuse :

- Ancienneté du diabète, valeur initiale de l'HbA1c, âge, fonction rénale,
- Tolérance et effets secondaires : poids, hypoglycémies, troubles digestifs,...
- Puissance et rapidité d'action (baisse d'HbA1c),
- Effet sur glycémie basale et/ou sur glycémies postprandiales,

- Efficacité au long cours ou durabilité de l'effet hypoglycémiant, préservation de la fonction beta-cellulaire,
- Recul d'utilisation et innocuité à long terme,
- Coût.



L'algorithme recommandé fin 2006 de la stratégie de traitement, adapté d'après la HAS.

