



WEBINAIRE



Tous acteurs face au Diabète

Diabète de type 2 et stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiantes :

Intégration dans les pratiques des médecins et pharmaciennes

**Jeudi 19 décembre
2024**

De 14h à 15h



Webinaire en appui sur la prise de position 2023 de la Société Francophone du Diabète (SFD)

Destiné aux médecins et aux pharmaciennes, ouvert aux autres professionnelles de santé impliquées dans le parcours de santé des personnes vivant avec un DT2

Modalités du webinaire



- Ouvrir l'onglet



:



- Le webinaire sera enregistré et disponible en replay dans les jours prochains sur www.diabeteoccitanie.org et sur notre chaîne YouTube.
- Pour tout problème technique : **Émilie ROUBERT** au **06.81.30.67.07**

ADHÉSIONS 2025 à Diabète Occitanie

c'est parti !



REJOIGNEZ-NOUS

et soutenez notre association



Tous acteurs face au Diabète

Cliquez
[ICI](#)



Présentation des intervenant.es



Le webinaire est animé par :

Dr Marie-Alix Joyeux, médecin
endocrinologue au CHU de Nîmes

Dr Yvan Macheto, médecin
généraliste et élu à l'URPS
Médecins d'Occitanie



Mme Sabine Bel,
pharmacienne d'officine
et élue à l'URPS
Pharmaciens Occitanie



Déroulement du webinaire

1 Prise de position 2023 : les éléments nouveaux

QUESTIONS RÉPONSES

2 Regards croisés sur 2 cas cliniques

QUESTIONS RÉPONSES

3 Présentation des fiches médicaments de Diabète Occitanie

Pour citer cet article : Darmon P, et al. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiant dans le diabète de type 2 - 2023. Med Mal Metab (2023), 10.1016/j.mmm.2023.10.007

Med Mal Metab, 2023, vol. 10, n° 10, pages 47-57
www.mmm-journal.com, www.sfd.fr
www.societedidiabete.com

Société
Francophone
du
diabète

Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiant dans le diabète de type 2 - 2023

Patrice Darmon, Bernard Bauduceau, Lyse Bordier, Bruno Detournay, Jean-François Gautier, Pierre Gourdy, François Jormayvaz, Emmanuelle Lecornet-Sokol, Alfred Penfomis, Gaëtan Prévost, André Scheen, Ariane Sultan, Tiphaine Vidal-Trean, pour la Société francophone du Diabète (SFD)

Disponible sur internet le : Société Francophone du Diabète (SFD), secrétariat permanent, 60, rue Saint-Lazare, 75009 Paris, France

Correspondance : Patrice Darmon, Société Francophone du Diabète (SFD), secrétariat permanent, 60, rue Saint-Lazare, 75009 Paris, France. patrice.darmon@sp-lem.fr

Strategies for use of antihyperglycemic treatments in type 2 diabetes: Position Statement of the Francophone Diabetes Society - 2023

Composition du groupe de travail de la SFD

Pr Bernard Bauduceau (endocrinologue-diabétologue, Saint-Mandé)
Pr Lyse Bordier (endocrinologue-diabétologue, Saint-Mandé)
Pr Patrice Darmon (endocrinologue-diabétologue, Marseille)
Dr Bruno Detournay (économiste de la santé, Bourg-la-Reine)
Pr Jean-François Gautier (endocrinologue-diabétologue, Paris)
Pr Pierre Gourdy (endocrinologue-diabétologue, Toulouse)
Pr François Jormayvaz (endocrinologue-diabétologue, Genève, Suisse)

Dr Emmanuelle Lecornet-Sokol (endocrinologue-diabétologue, Paris)
Pr Alfred Penfomis (endocrinologue-diabétologue, Corbeil-Essonnes)
Pr Gaëtan Prévost (endocrinologue-diabétologue, Rouen)
Pr André Scheen (endocrinologue-diabétologue, Liège, Belgique)
Pr Ariane Sultan (endocrinologue-diabétologue, Montpellier)
Dr Tiphaine Vidal-Trean (endocrinologue-diabétologue, Paris)

ISSN: 1878-1775 • XX 2023
10.1016/j.mmm.2023.10.007
© 2023 Publié par Elsevier Masson SAS.

Médecine
Maladies
Métaboliques

1

ARTICLE IN PRESS

MMM-475

Recommandations et référentiels

PARTIE 1

Prise de position 2023 : les éléments nouveaux

Dr Marie-Alix Joyeux



Bénéfices de l'équilibre glycémique sur la micro et la macro-angiopathie

Le bénéfice d'un équilibre glycémique optimal sur les complications microvasculaires est largement démontré.

Ce bénéfice existe également pour les complications macrovasculaires (IDM++), mais ne devient significatif qu'après un temps plus prolongé de suivi.

Un critère de substitution est un critère intermédiaire capable de prédire la survenue d'événements cliniques.


L'HbA1c est un critère de substitution acceptable pour la survenue des complications microvasculaires du diabète, mais pas pour celle des complications macrovasculaires.

TABLEAU I

Objectifs d'HbA_{1c} à individualiser selon le profil du patient.

Profil du patient	HbA _{1c} cible	
Personnes âgées de moins de 75 ans 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) ¹	$\leq 7 \%$, voire $\leq 6,5 \%$ à condition que cet objectif soit atteignable grâce aux modifications thérapeutiques 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) ¹ – OU ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre, en particulier lorsque l'intensification thérapeutique expose au risque d'hypoglycémies sévères	$\leq 8 \%$ en restant au-dessus de 7 % en cas de traitement par sulfamide hypoglycémiant (SU) ² , glinide ou insuline
Personnes âgées de plus de 75 ans³ 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	$\leq 7 \%$ ⁴	
	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 »	$\leq 8 \%$ ⁵ , en restant au-dessus de 7 % ⁵ , en cas de traitement par SU ⁶ , glinide ⁷ ou insuline
	Dites « dépendantes et/ou à la santé très altérée », en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	$< 9 \%$ et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L en restant au-dessus de 7,5 % avec des glycémies préprandiales > 1,40 g/L en cas de traitement par SU ⁷ , glinide ⁷ ou insuline
Patientes enceintes ou envisageant de l'être⁷	Avant d'envisager la grossesse	$\leq 6,5 \%$
	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

[Lien du document](#)



Objectifs individualisés d'HbA1c

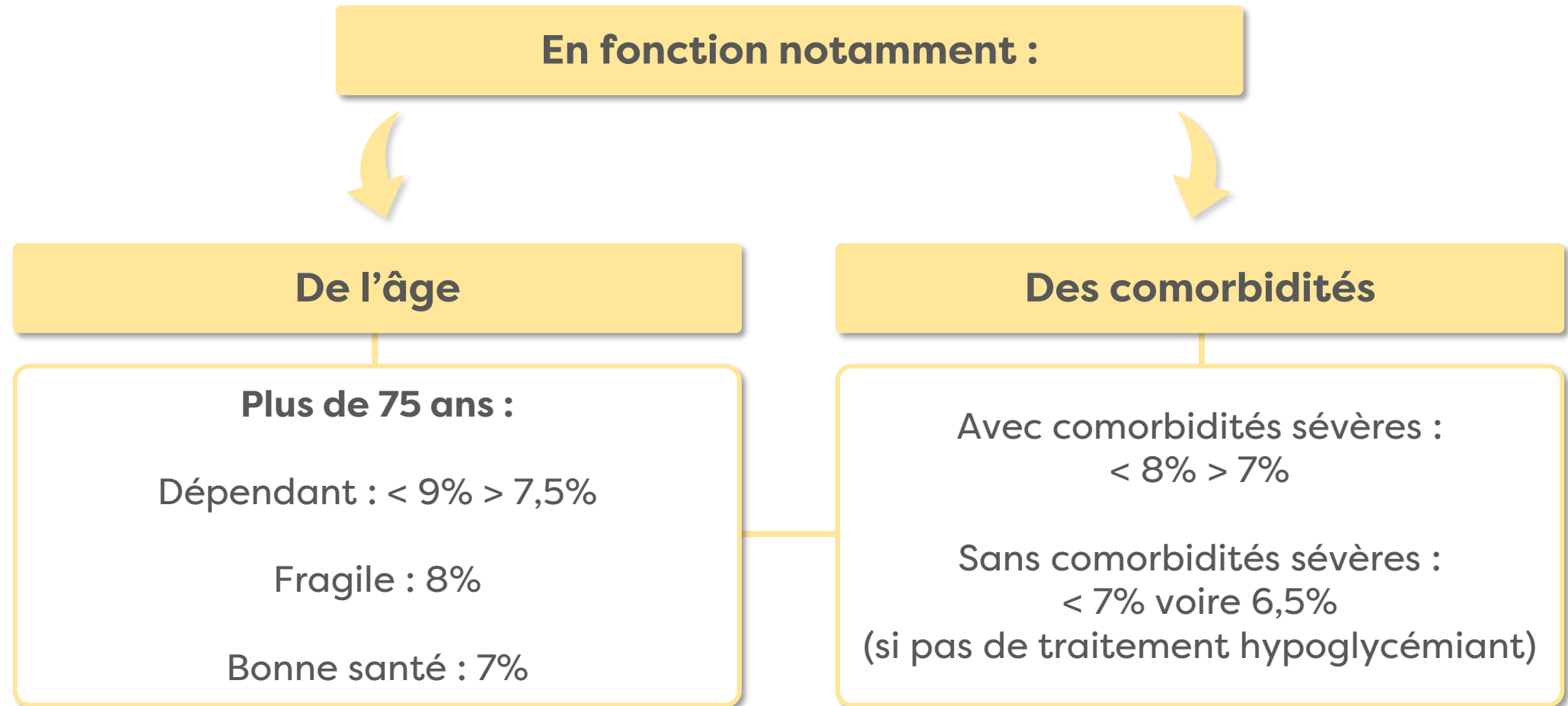



TABLEAU II

Objectifs individualisés de temps dans la cible, en dessous et au-dessus de la cible chez les patients vivant avec un DT2 utilisant un dispositif de mesure continue du glucose (selon Battelino T, et al. Diabetes Care 2019 ; 42 :1593-603).

	Temps passé dans la cible (TIR)	Temps passé en dessous de la cible (TBR)		Temps passé au-dessus de la cible (TAR)	
	0,70-1,80 g/L	< 0,70 g/L	< 0,54 g/L	> 1,80 g/L	> 2,50 g/L
Cas général (hors grossesse)	> 70 %	< 4 %	< 1 %	< 25 %	< 5 %
Personne âgée et/ou à haut risque d'hypoglycémie sévère	> 50 %	< 1 %	0 %	< 50 %	< 10 %



*TIR : « Time in Range »
TBR : « Time Below Range »
TAR : « Time Above Range »*

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		
Metformine	↓↓	Non	⇔ (ou ↓ modeste)	Comprimés 2 à 3 prises/jour	Sécurité démontrée		Absence de données	Effets digestifs fréquents (diarrhées, douleurs abdominales...)
Sulfamides et glinides	↓↓	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
Inhibiteurs des alpha-glucosidases	↓	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)
Inhibiteurs de la DPP4 (gliptines)	↓↓	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
Inhibiteurs de SGLT2 (gliflozines)	↓↓	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 ?
Agonistes des récepteurs du GLP-1	↓↓↓	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
Analogues lents de l'insuline	↓↓↓↓	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




TABLEAU III
 Outil d'aide à la décision dans le traitement du diabète de type 2.

	Efficacité sur la baisse de l'HbA _{1c}	Risque d'hypoglycémie	Effet sur le poids	Modalité d'administration	Bénéfices CV en cas de maladie CV avérée		Progression de la maladie rénale chronique	Principaux effets secondaires
					IDM, AVC ou décès CV	Insuffisance cardiaque (IC)		
Metformine	↓↓	Non	↔ (ou ↓ modeste)	Comprimés 2 à 3 prises/jour	Sécurité démontrée		Absence de données	Effets digestifs fréquents
Sulfamides hypoglycémiant et glinides	↓↓	Oui + (glibenclamide ++)	↑	Comprimés 1 à 4 prises/jour	Sécurité démontrée pour glimépiride	Sécurité démontrée (pour IC : uniquement si NYHA I ou II)	Absence de données	Hypoglycémies, prise de poids
Inhibiteur des alpha-glucosidases	↓	Non	↔	Comprimés 3 à 4 prises/jour	Sécurité démontrée chez des patients intolérants au glucose (pour IC : uniquement si NYHA I ou II)	Absence de données	Effets digestifs très fréquents	
Inhibiteurs de la DPP4 (gliptines)	↓↓	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 (causalité non démontrée)
Inhibiteurs de SGLT2 (gliflozines)	↓↓	Non	↓↓	Comprimés 1 prise/jour	Bénéfices démontrés	Bénéfices démontrés	Bénéfices démontrés	Mycoses génitales Polyurie Déplétion volémique Risque rare d'acido-cétose
Agonistes des récepteurs du GLP-1	↓↓↓	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 (pour IC : uniquement si 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 Risque rare de pancréatite aiguë (causalité non démontrée)
Double agoniste des récepteurs du GIP/GLP-1	↓↓↓↓	Non	↓↓↓ ↓	Injections sous-cutanées 1/semaine	Absence de données (résultats attendus en 2025 ?)			Effets digestifs fréquents (nausées, vomissements, diarrhées...) Lithiases vésiculaires Risque rare de pancréatite aiguë (causalité non démontrée)
Analogues lents de l'insuline	↓↓↓	Oui ++	↑↑	Injections sous-cutanées 1/jour	Sécurité démontrée pour glargine (pour IC : uniquement si NYHA I et II) et dégludec (pour IC : uniquement si NYHA I à III)	Effet neutre		Hypoglycémies, prise de poids

Cas général : MTMV +/- d'emblée Metformine

 *MTMV : Modification Thérapeutique du Mode de Vie*

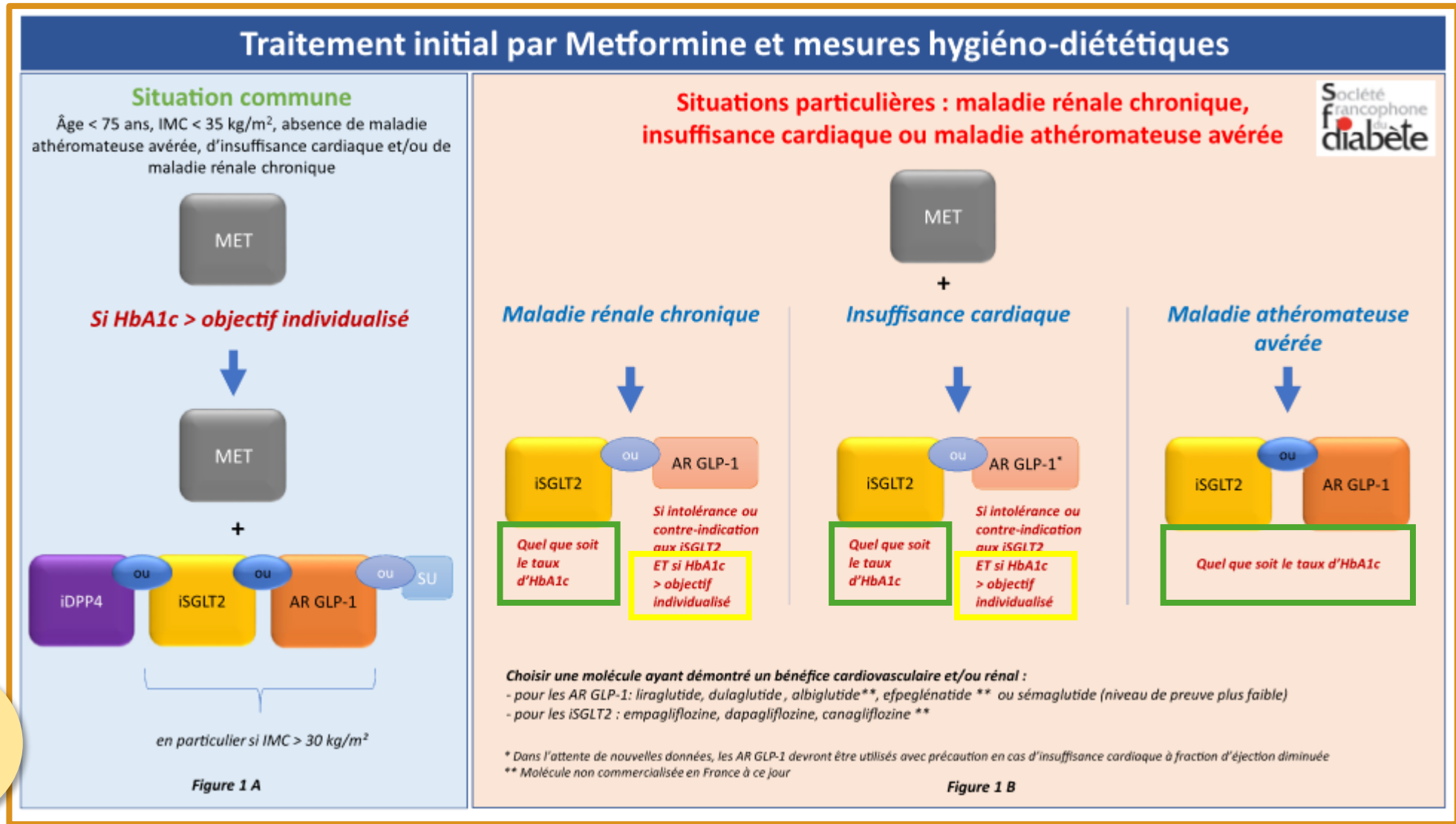
À noter

-  MTMV + une bithérapie d'emblée si HbA1c > ~~9%~~ 8,5%
-  L'insulinothérapie peut être indiquée d'emblée si HbA1c > 10% (en particulier en présence d'un syndrome polyuropolydipsique et/ou d'une perte de poids involontaire).
-  L'insulinothérapie est indispensable en cas d'hyperglycémie majeure avec hyperosmolarité ou en présence de corps cétoniques (cétonurie ou cétonémie anormale).

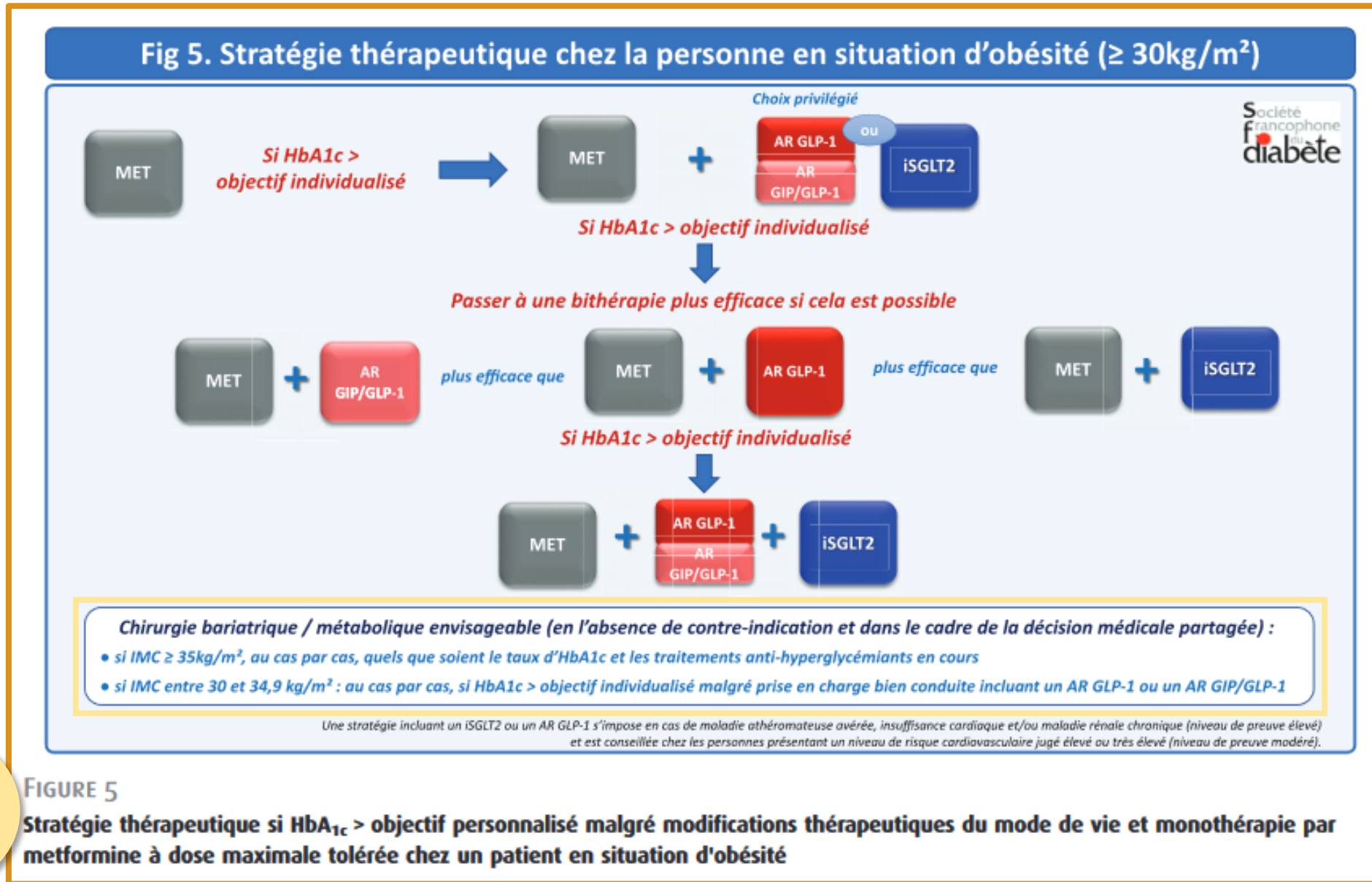


En cas de déséquilibre glycémique initial majeur, des objectifs gradués de diminution de la glycémie sont nécessaires dans l'attente de la réalisation d'un fond d'œil dans les plus brefs délais, en raison du risque d'aggravation d'une éventuelle rétinopathie préexistante au diagnostic.

Objectif d'HbA1c non atteint sous Metformine

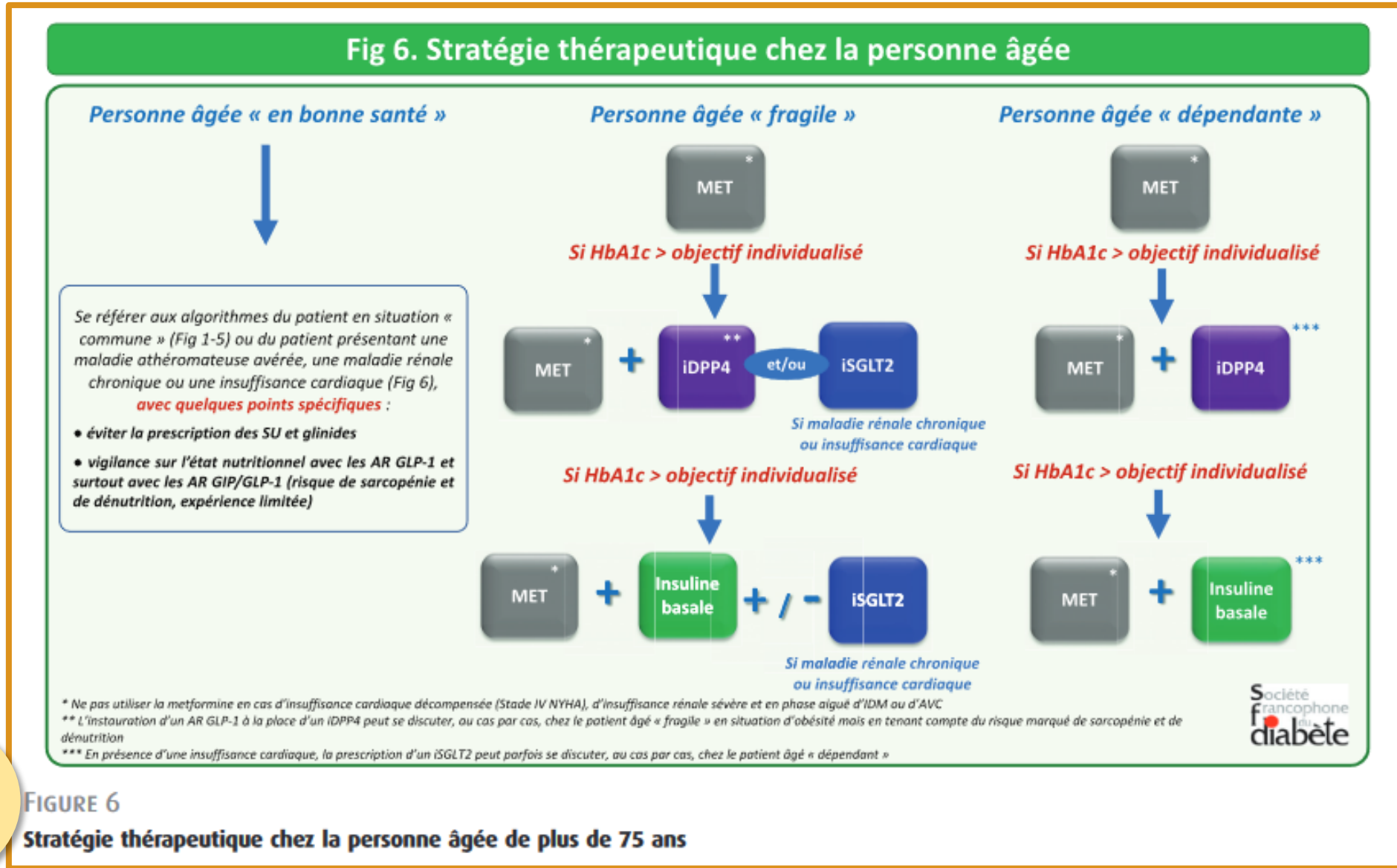


2021



2023

FIGURE 5
Stratégie thérapeutique si HbA_{1c} > objectif personnalisé malgré modifications thérapeutiques du mode de vie et monothérapie par metformine à dose maximale tolérée chez un patient en situation d'obésité



2023

FIGURE 6
 Stratégie thérapeutique chez la personne âgée de plus de 75 ans

Messages clés



**Médecine personnalisée
(objectifs HbA1c individualisés, profil patient)**



**Nouvelles classes thérapeutiques,
protection cardiovasculaire et rénale**



Personne âgée, la juste mesure



QUESTIONS **RÉPONSES**

PARTIE 2

Regards croisés sur 2 cas cliniques

Dr Marie-Alix Joyeux

Dr Yvan Macheto

Mme Sabine Bel



Cas clinique n°1



**Homme de
64 ans**

Antécédents : DT2 depuis 12 ans, IDM 2021 et insuffisance cardiaque avec FeVG 45%, HTA dyslipidémie, obésité IMC 34 kg/m²

Pas de rétinopathie, pas d'AOMI, pas de neuropathie

Biologie : HbA1c 6,8%, DFG 70 ml/min, bilan lipidique LDL 0,75 g/L - HDL 0,40 - TG 1,98, bilan hépatique normal

Traitement :

- ✓ Metformine 1000 mg matin et soir
- ✓ Gliclazide 120 mg le soir
- ✓ Ramipril 5 mg le matin
- ✓ Atorvastatine 10 mg le soir
- ✓ Acide acétylsalicylique 75 mg le midi
- ✓ Bisoprolol 2,5 mg le matin

? Sondage n°1



Quelles modifications thérapeutiques envisagez-vous ?

- Aucune, le patient est bien équilibré
- Arrêt du Gliclazide, introduction d'un α -GLP1
- Arrêt du Gliclazide, introduction d'un i-SGLT2
- Arrêt du Gliclazide, introduction d'un i-DDP4
- Rajout simplement d'un i-SGLT2



Antécédents : DT2 depuis 12 ans, IDM 2021 et insuffisance cardiaque avec FeVG 45%, HTA dyslipidémie, obésité IMC 34 kg/m²

Pas de rétinopathie, pas d'AOMI, pas de neuropathie

Biologie : HbA1c 6,8%, DFG 70 ml/min, bilan lipidique LDL 0,75 g/L - HDL 0,40 - TG 1,98, bilan hépatique normal

Traitement :

- Metformine 1000 mg matin et soir
- ✓ Gliclazide 120 mg le soir
- ✓ Ramipril 5 mg le matin
- ✓ Atorvastatine 10 mg le soir
- ✓ Acide acétylsalicylique 75 mg le midi
- ✓ Bisoprolol 2,5 mg le matin

Questions pour les intervenants



Qu'est-ce que ce cas vous évoque en lien avec votre pratique ?



En pratique, quelles difficultés sont rencontrées par le médecin, le pharmacien, le spécialiste et comment les dépasser ?



Quelles propositions feriez-vous ?

? Sondage n°1



Quelles modifications thérapeutiques envisagez-vous ?

- Aucune, le patient est bien équilibré
- Arrêt du Gliclazide, introduction d'un α -GLP1
- Arrêt du Gliclazide, introduction d'un i-SGLT2**
- Arrêt du Gliclazide, introduction d'un i-DDP4
- Rajout simplement d'un i-SGLT2



Antécédents : DT2 depuis 12 ans, IDM 2021 et insuffisance cardiaque avec FeVG 45%, HTA dyslipidémie, obésité IMC 34 kg/m²

Pas de rétinopathie, pas d'AOMI, pas de neuropathie

Biologie : HbA1c 6,8%, DFG 70 ml/min, bilan lipidique LDL 0,75 g/L - HDL 0,40 - TG 1,98, bilan hépatique normal

Traitement :

- Metformine 1000 mg matin et soir
- Gliclazide 120 mg le soir
- Ramipril 5 mg le matin
- Atorvastatine 10 mg le soir
- Acide acétylsalicylique 75 mg le midi
- Bisoprolol 2,5 mg le matin

? Sondage n°2



Le même patient, 3 mois plus tard
HbA1c 7,9%

Que faire ?

- Questionner le patient sur l'observance et sur les potentiels effets indésirables
- Rajouter un α -GLP1
- Rajouter un i-DDP4
- Introduire une insuline lente
- Orienter le patient vers un programme d'ETP



Antécédents : DT2 depuis 12 ans, IDM 2021 et insuffisance cardiaque avec FeVG 45%, HTA dyslipidémie, obésité IMC 34 kg/m²

Pas de rétinopathie, pas d'AOMI, pas de neuropathie

Biologie : HbA1c 7,9%, DFG 70 ml/min, bilan lipidique LDL 0,75 g/L - HDL 0,40 - TG 1,98, bilan hépatique normal

Traitement :

- Metformine 1000 mg matin et soir
- Ramipril 5 mg le matin
- Atorvastatine 10 mg le soir
- Acide acétylsalicylique 75 mg le midi
- Bisoprolol 2,5 mg le matin
- Dapagliflozine, 10 mg par jour

? Sondage n°2



Le même patient, 3 mois plus tard
HbA1c 7,9%

Que faire ?

- Questionner le patient sur l'observance et sur les potentiels effets indésirables
- Rajouter un α -GLP1
- Rajouter un i-DDP4
- Introduire une insuline lente
- Orienter le patient vers un programme d'ETP



Antécédents : DT2 depuis 12 ans, IDM 2021 et insuffisance cardiaque avec FeVG 45%, HTA dyslipidémie, obésité IMC 34 kg/m²

Pas de rétinopathie, pas d'AOMI, pas de neuropathie

Biologie : HbA1c 7,9%, DFG 70 ml/min, bilan lipidique LDL 0,75 g/L - HDL 0,40 - TG 1,98, bilan hépatique normal

Traitement :

- Metformine 1000 mg matin et soir
- Ramipril 5 mg le matin
- Atorvastatine 10 mg le soir
- Acide acétylsalicylique 75 mg le midi
- Bisoprolol 2,5 mg le matin
- Dapagliflozine, 10 mg par jour

Cas clinique n°2



**Femme de
82 ans**



Antécédents : diabétique depuis 5 ans, IRC DFG 35 ml/min, HTA, obésité IMC 30 kg/m², troubles cognitifs importants



Habitus : vit avec son époux, pas de passage d'IDE à domicile



Biologie : HbA1c 8%, DFG 35 ml/min, bilan hépatique normal

Son ordonnance

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

le **05/11/2024**

RAMIPRIL 2,5 mg le matin
METFORMINE 1000 mg matin et soir
SITAGLIPTINE 100 mg le matin
GLICLAZIDE 60 mg le matin

Questions pour les intervenants



Quelles questions vous évoque ce cas ?



Quelles propositions feriez-vous pour favoriser la meilleure articulation entre professionnel.les ?

Cas clinique n°2

6 mois plus
tard



Femme de
82 ans

Syndrome polyuro-polydipsique, amaigrissement de 3 kg en 2 mois, pas de cétone

Biologie : GAJ 2,35 g/L, HBA1C 10,2%, DFG 34 ml/min, BHC normal

Traitement :

- ✓ Ramipril 2,5 mg
- ✓ Metformine 500 mg matin et soir
- ✓ Sitagliptine 50 mg

? Sondage n°3



Quelle prise en charge ?

- Hospitalisation
- Rajouter une insuline lente
- Prescrire un capteur de mesure continue du glucose
- Prescrire un α -GLP1
- Prescrire un i-SGLT2

Syndrome polyuro-polydipsique, amaigrissement de 3 kg en 2 mois, pas de cétone

Biologie : GAJ 2,35 g/L, HBA1C 10,2%, DFG 34 ml/min, BHC normal

Traitement :

- ✓ Ramipril 2,5 mg
- ✓ Metformine 500 mg matin et soir
- ✓ Sitagliptine 50 mg

? Sondage n°3



Quelle prise en charge ?

- Hospitalisation**
- Rajouter une insuline lente**
- Prescrire un capteur de mesure continue du glucose**
- Prescrire un α -GLP1
- Prescrire un i-SGLT2

Syndrome polyuro-polydipsique, amaigrissement de 3 kg en 2 mois, pas de cétone

Biologie : GAJ 2,35 g/L, HBA1C 10,2%, DFG 34 ml/min, BHC normal

Traitement :

- ✓ Ramipril 2,5 mg
- ✓ Metformine 500 mg matin et soir
- ✓ Sitagliptine 50 mg



QUESTIONS **RÉPONSES**






PARTIE 3

Présentation des fiches médicaments de Diabète Occitanie

Fiche de présentation

Ces fiches sont téléchargeables sur le [site de Diabète Occitanie](https://www.diabeteoccitanie.org).



Je vis avec un diabète de type 2 Mon médicament et moi

Bon usage du médicament Fiches pratiques pour la personne concernée et ses soignants

VOUS ÊTES :

- **PRESCRIPTEUR**
 - accompagner l'ordonnance avec un outil concret
- **PHARMACIEN**
 - faciliter le conseil et accompagner la délivrance
- **INFIRMIERE**
 - dialoguer et soutenir l'adhésion au traitement quotidien
- **PERSONNE VIVANT AVEC UN DT2***
 - comprendre, s'approprier son médicament, oser échanger avec ses soignants

*diabète de type 2

ET Tous ensemble :
Communiquer et être partenaires !

Des fiches pratiques personnalisables :



- 1 par famille de médicament oral ou injectable (hors insuline)
- 1 fiche « Traiter et prévenir une hypoglycémie »
- 1 fiche « Récapitulatif de mon traitement »

Toutes construites selon le même modèle et sur une seule page, découvrez ces supports :

- cadres des connaissances pratiques essentielles
- vecteurs de sécurité
- facilitateurs de tolérance et d'observance du médicament

Accès direct par téléchargement sur le site de Diabète Occitanie :

<https://www.diabeteoccitanie.org/ressources/boite-outils/prescription-et-delivrance#block-fichemedicamentspatients>



Créées par Diabète Occitanie et finalisées en partenariat avec les URPS pharmaciens et médecins.



Association DIABETE OCCITANIE - CHU Rangueil - Service de Diabétologie CHU - 1 av Jean Poulhès TSA 50052 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
Tel : 05 61 52 55 65
contact@diabeteoccitanie.org
www.diabeteoccitanie.org



Fiche Glifozines



Pour votre diabète, votre médecin vous a prescrit (nom, dosage) :

Nombre de comprimés : Matin - Midi - Soir (Total : comprimés par jour)

Prescrit en forme combinée à la metformine : Oui Non - Si oui, avoir et lire aussi la fiche Biguanides



Comment agit votre médicament ?

Par élimination d'une quantité plus importante de glucose dans les urines.



Quand prendre votre médicament ?

Si 1 prise par jour : Matin, midi ou soir, puis gardez ce moment. Pendant ou en dehors des repas.

Si 2 prises par jour, matin ET soir, car le comprimé combine 2 médicaments. Prenez-le en milieu ou fin de repas, pour une bonne tolérance.

OUBLI ? Prenez simplement la prise suivante, sans doubler la dose.



Quel délai entre le début du traitement et quel effet sur vos glycémies ?

Effet possible dès les premiers jours de traitement.



Quels effets indésirables possibles ? Quelles précautions à prendre ?

2 effets secondaires sont d'emblée à discuter avec votre médecin ou votre pharmacien :

- Risque de mycose génitale (infection par un « champignon ») → Prévenez par une **bonne hygiène intime**. Après avoir uriné, séchez-vous TRÈS BIEN. Un signe anormal génital ? De la température ? Consultez tout de suite votre médecin.
- Risque rare de production d'acétone (déchet toxique) → Prévenez en consommant régulièrement des féculents et buvez 1 à 1,5 l d'eau par jour. Votre médecin vous conseillera de suspendre ce traitement le temps d'une maladie ou d'une chirurgie, pour éviter cette circonstance favorisante. **Douleurs abdominales, nausées ou vomissements ?** Même si votre glycémie est peu élevée ou normale **s'assurer de l'absence d'acétone est urgent !** Réalisez-le vous-même si vous disposez du matériel nécessaire. 2 méthodes sont possibles :

1

Uriner sur une bandelette de cétonurie et comparer le réactif à l'échelle de couleur violette.



Résultat positif si couleur correspond à un ou plusieurs « + »

OU

2

Si votre lecteur le permet, vous pouvez mesurer la cétonémie au bout du doigt, avec une bandelette faite pour cela.



Résultat positif si valeur supérieure à 0,6

Si je n'ai pas de matériel de contrôle à ma disposition ou si le résultat est positif :
→ Je contacte immédiatement mon diabétologue, mon médecin traitant ou le médecin prescripteur.



Signalez toujours votre diabète et votre traitement à tous les professionnels de santé.

Ne prenez pas un autre médicament de vous-même, sans le conseil de votre médecin ou de votre pharmacien. Données scientifiques, efficacité, sécurité... Vous souhaitez en savoir plus ? N'hésitez pas à en discuter avec eux !

À
RETENIR

Utilisé seul, ce médicament n'est pas à risque d'hypoglycémie.



- Je prends comprimé(s) par jour, au cours ou en-dehors d'un repas. Forme combinée ? Référez-vous conjointement à la fiche Biguanides.
 - Je prends soin de mon hygiène intime, je contacte mon médecin au premier signe génital anormal.
 - Je recherche tout de suite l'acétone en cas de douleurs abdominales, nausées ou vomissements.
 - Je fais les prises de sang pour surveillance prescrites par mon médecin, quand c'est le cas.
- Les médicaments complètent les bénéfices d'une alimentation et d'une activité physique adaptées.

Ces fiches sont téléchargeables
sur le [site de Diabète Occitanie](#).



Fiche d'information

Ces fiches sont téléchargeables
sur le [site de Diabète Occitanie](#).



FICHE D'INFORMATION

À l'intention des prescripteurs de médicaments de la classe des Gliflozines

Préambule

Les inhibiteurs des cotransporteurs sodium-glucose de type 2 (SGLT2), appelés aussi gliflozines, sont des médicaments très prescrits dans des indications autant diabétologique, que cardiologique ou néphrologique.

L'efficacité et l'intérêt de ces médicaments en termes de contrôle métabolique et de protection cardiovasculaire et rénale sont démontrés. Ces traitements ont cependant des effets secondaires connus et un risque rare mais grave d'acido-cétose à glycémie normale ou peu élevée. La survenue de ces événements est favorisée par un non-respect des précautions d'emploi.

Fiche d'information pour les patients

Diabète Occitanie met à disposition une fiche pratique personnalisable à remettre à une personne ayant un diabète de type 2, à l'occasion de la prescription d'un médicament de cette famille. Elle est accessible via le lien [suivant](#).

Fiche d'information pour les prescripteurs de Gliflozines

Diabète Occitanie s'associe au service de diabétologie du CHU de Toulouse **pour rappeler les précautions d'emploi d'ordre diabétologique aux prescripteurs de cette classe thérapeutique.**

Selon les mentions du Vidal (le 28/03/2024) :
Cette classe thérapeutique ne doit pas être utilisée chez les patients atteints de diabète de type 1.

À la rubrique Mises en garde et Précautions d'emploi, « Acidocétose diabétique » :

« De rares cas d'acidocétose diabétique, incluant des cas ayant conduit à la mise en jeu du pronostic vital et des cas d'issue fatale, ont été rapportés chez des patients traités par des inhibiteurs du cotransporteur de sodium-glucose de type 2 (SGLT2). Dans un certain nombre de cas, le tableau clinique était de présentation atypique, avec seulement une élévation modérée de la glycémie, en dessous de 14mmol/L (250mg/dL).

Le risque d'acidocétose diabétique doit être envisagé en cas de survenue de symptômes non spécifiques tels que : nausées, vomissements, anorexie, douleurs abdominales, soif intense, difficulté à respirer, confusion, fatigue inhabituelle ou somnolence. Si ces symptômes apparaissent, il faut immédiatement rechercher une acidocétose chez ces patients, indépendamment de la glycémie. »

Déterminer le type de diabète n'est pas toujours aisé :

- Un traitement mixte associant insuline et metformine peut être prescrit chez des personnes ayant un diabète de type 1 et un surpoids.
- À l'inverse, des personnes traitées uniquement par insuline, y compris en multi-injections, peuvent avoir un diabète de type 2.

Les diabétologues restent à la disposition des prescripteurs en cas de difficulté à déterminer le type de diabète, chez une personne qui a une indication à la prescription d'une Gliflozine.

Association DIABETE OCCITANIE - CHU Rangueil - Service de Diabétologie CHU - 1 av Jean Poulhès TSA 50032 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
Tel : 05 61 52 55 65 - contact@diabeteoccitanie.org - www.diabeteoccitanie.org
Avril 2024





Prochain webinaire

« **Santé sexuelle des personnes vivant avec un diabète : ouvrons le dialogue !** »



Jeudi 30 janvier 2025, de 14h à 15h

Destiné à tous les acteurs impliqués dans le parcours de soin des personnes vivant avec un diabète

[Inscription](#)

Nouvelles sessions de formation

« L'infirmier.ère et l'insulinothérapie à domicile :
adapter, accompagner, se coordonner »

à destination d'infirmier.ères exerçant à domicile

📍 **Toulouse**

📅 **Le 18 mars 2025**

📍 **Montpellier**

📅 **Le 14 octobre 2025**



Tous acteurs face au Diabète



[Plus
d'informations](#)

Vous remercier de votre participation !



Suivez-nous sur :



diabeteoccitanie.org

