



Pr Jacques Philippe  
Genève



Pr Roger Lehmann  
Zurich

# FLASH POINT : DIABETE

## Vignette clinique 4: Diabète – perte de poids et insuffisance artérielle

### Situation du patient:

Il s'agit d'un patient de 85 ans avec un diabète de type 2, une hypertension artérielle et une dyslipidémie depuis 7 ans. Le patient se plaint d'une perte pondérale de 4 kg en 8 mois avec une fatigue, d'une polydipsie et d'une polyurie et d'une faiblesse musculaire. En outre, le patient décrit des douleurs aux deux mollets après environ 10-15 minutes de marche ; ces douleurs s'améliorent à l'arrêt.

Comme complications chroniques connues, on note une néphropathie avec un taux de filtration glomérulaire (GFR) à 58 ml/min, une neuropathie périphérique évaluée par le diapason à 4/8 à la base du gros orteil des deux côtés. Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire on note outre le diabète de type 2, une hypertension artérielle traitée par Lisinopril 20 mg en combinaison avec 12,5 mg d'hydrochlorothiazide et une dyslipidémie traitée par rosuvastatine 10 mg/j. Le traitement du diabète consiste en une sulfonylurée (Glimepiride 4 mg/j). Le patient fait 3 autocontrôles glycémiques le matin à jeun par semaine avec des glycémies entre 8 et 13 mmol/l. Le patient vit seul à la maison.

### Au status:

La TAH est de 138/82 mmHg couché et de 118/74 mmHg debout, le poids est de 68 kg pour un 1,72 m et la fréquence cardiaque est de 84/min. L'auscultation cardiaque révèle des bruits normaux avec un souffle systolique éjectionnel à 2/6 au foyer aortique et l'auscultation pulmonaire est normale. Les artères périphériques (pédieuses et tibiales postérieures) sont non palpables et on note des souffles des artères fémorales des deux côtés.

### Examen de sang :

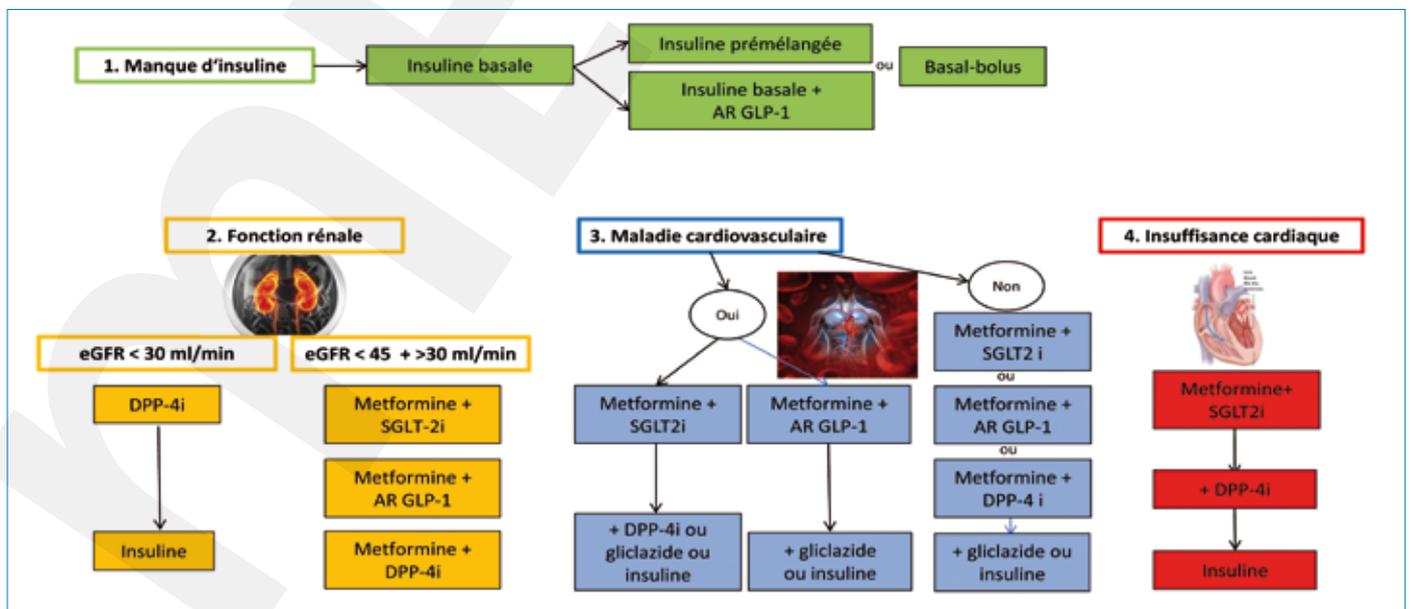
L'hémoglobine glyquée est à 10,2%, le GFR à 58 ml/min, les tests hépatiques sont normaux, le cholestérol total est à 3,8 et le LDL cholestérol à 1,8 mmol/l. Il n'y a pas de microalbuminurie.

### Décision thérapeutique par algorithme:

**Question:** Quel est le taux cible individuel de l'hémoglobine glyquée chez ce patient ?

**Réponse:** L'objectif thérapeutique chez ce patient est d'améliorer la qualité de vie en diminuant la fatigue, en éliminant la polydipsie et la polyurie ; le deuxième objectif est de favoriser l'anabolisme au détriment du catabolisme, particulièrement musculaire, de stopper la perte de poids et d'éviter les hypoglycémies. Par conséquent un objectif d'hémoglobine glyquée d'environ 8% est tout à fait raisonnable.

### Recommandations thérapeutiques de la SSED, guidées par 4 questions clés



**Question 1 : Manque d'insuline ?**

Quelles sont les causes possibles de la perte de poids chez ce patient ?

- Une hyperthyroïdie
- Une dépression
- Le diabète mal contrôlé
- Une tumeur

**Réponse 1 : Toutes les propositions sont justes ; la raison la plus probable néanmoins est un diabète mal contrôlé avec glycosurie.**

**Raisonnement :** La raison la plus probable de la perte d'environ 4 kg chez ce patient est un diabète mal contrôlé avec une perte calorique d'environ 100 à 150 g de glucose par jour. Cette perte calorique entraîne une diurèse osmotique et l'état catabolique du patient entraîne une diminution du tissu adipeux par une lipolyse augmentée et une diminution de la masse musculaire par protéolyse et une augmentation de la néoglucogénèse. Par conséquent l'état catabolique est à corriger en encourageant l'activité physique sous forme de marche et gymnastique.

**Question : De quelles complications, ce patient est particulièrement à risque ?**

- Une insuffisance rénale
- Un ulcère au pied
- Une rétinopathie proliférative
- Un infarctus du myocarde

**Réponse :** Ce patient de 85 ans avec un diabète de type 2 depuis 7 ans a une probable insuffisance artérielle périphérique qu'il est indispensable d'évaluer dans le contexte d'une neuropathie périphérique probablement due au diabète. Par conséquent, le risque d'avoir une plaie au niveau du pied est particulièrement important ; une éducation thérapeutique de prévention de ce risque est à considérer prioritairement. En outre, ce patient avec l'ensemble des facteurs de risques cardiovasculaires et son âge, est à haut risque d'avoir un infarctus du myocarde. Dans ce contexte, un contrôle raisonnable des facteurs de risques, doit être envisagé, sans pour autant causer des effets secondaires comme l'aggravation de l'hypotension orthostatique due à la neuropathie, à l'âge et à son traitement antihypertenseur. Le patient a aussi une altération de la fonction rénale et est à risque d'avoir une rétinopathie.

**Question 2 : Fonction rénale ?**

Comment qualifier la fonction rénale ?

**Réponse 2 : stade 3a**

**Raisonnement :** Ce patient a un taux de filtration glomérulaire à 58 ml/min correspondant à un stade d'insuffisance rénale chronique de stade 3a.

**Question 3 : Maladie cardiovasculaire ?**

Quel est le risque cardiovasculaire de ce patient de 85 ans ?

- Risque faible
- Risque modéré
- Risque très élevé

**Réponse 3 : risque très élevé**

Le risque cardiovasculaire de ce patient compte tenu de son âge, du diabète de type 2, de la présence d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs, d'une neuropathie et d'une dyslipidémie est extrêmement élevé. Une prévention raisonnable est nécessaire avec un LDL cholestérol qui devrait être en dessous de 1,8 mmol/l.

**Question 4 : Insuffisance cardiaque ?**

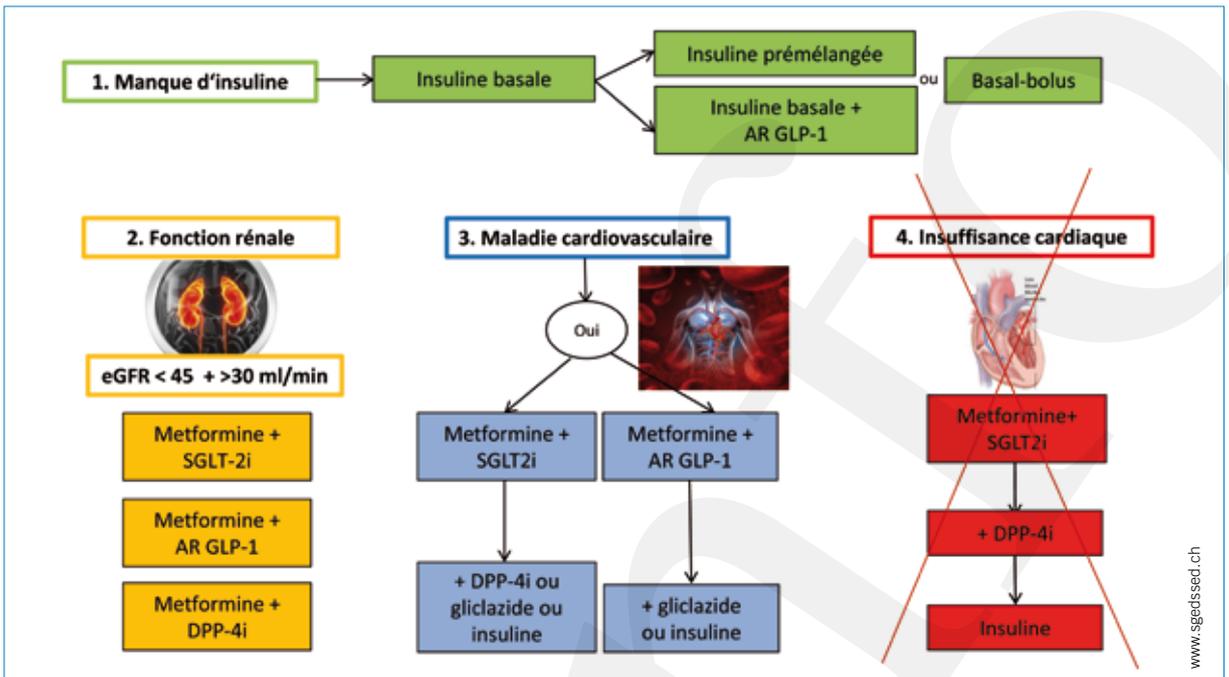
Quel est le risque d'insuffisance cardiaque chez ce patient ?

- 5 %
- 10 %
- 15 %
- 25 %
- 50 %

**Réponse 4 : 25 %**

**Raisonnement :** Le risque d'insuffisance cardiaque chez ce patient est relativement important au vu de son âge et de la présence d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs, problème souvent associé à une maladie coronarienne. Chez ce patient la maladie coronarienne est probable même si le patient est totalement asymptomatique et potentiellement en partie par la présence d'une neuropathie. Le risque d'insuffisance cardiaque est par conséquent plus important que chez un patient diabétique de type 2 en prévention primaire et plus jeune. Il est d'environ 25%. Un traitement diurétique chez un tel patient est certainement indiqué.

Résumé de la décision thérapeutique



Quel traitement antidiabétique devrait être prescrit chez ce patient ?

- Insuline basale
- Inhibiteur SGLT2
- Metformine
- Inhibiteur DPP4
- Glimepiride 6 mg/j

**Traitement le plus adéquat**  
insuline basale et inhibiteur DPP4 avec metformine

**Insuline basale et inhibiteur DPP4 avec metformine**

**Raisonnement :** La prise en charge de ce patient avec son traitement antidiabétique actuel est inadéquate. En effet, le patient a un contrôle glycémique mauvais avec un état catabolique. Il s'agit donc d'un manque d'insuline et l'insuline basale est nécessaire. Un traitement d'insuline basale à longue durée d'action avec une injection le matin soit par Glargine U 100, Glargine U 300 ou Degludec sera nécessaire. Au vu d'un BMI à 22, l'initiation au traitement pourra se faire avec 12 à 14 U en 1 seule injection. Il est tout à fait possible chez ce patient d'ajouter une association metformine-gliptine pour diminuer le risque d'hyperglycémie post-prandial et le risque d'hypoglycémie avec une dose d'insuline trop importante. Chez un tel patient l'initiation d'une gliflozine serait inadéquate au vu du BMI et du risque d'aggravation de l'hypotension orthostatique. En outre, dans un contexte d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs le risque d'amputation pourrait être augmenté.

**Synthèse**

Ce patient de 85 ans a donc plusieurs complications de son diabète (IAMI, néphropathie, rétinopathie, neuropathie) diagnostiqué il y a 7 ans et plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire. Le risque le plus important est certainement d'origine cardiovasculaire, c'est-à-dire d'infarctus du myocarde ou encore de lésions du pied par la présence d'une neuropathie et d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs. Il est donc indispensable de maximiser la prise en charge médicamenteuse et de recourir à un traitement d'insuline pour favoriser chez ce patient un anabolisme indispen-

sable à son bien-être. Vu que ce patient est seul à la maison, un traitement d'insuline basale simplifié devrait être mis en place en évitant le risque d'hypoglycémie au maximum. Un traitement par gliptine associé à une dose de metformine de 2 x 500 mg/j serait parfaitement adéquat.

Une prévention des lésions du pied est à mettre en œuvre de même qu'une prévention de chute dans un contexte catabolique et d'hypotension orthostatique. Le risque de chutes est important particulièrement durant la nuit et après les repas lorsque l'hypotension orthostatique est maximale.

Pr Jacques Philippe, Jacques.Philippe@hcuge.ch  
Pr Roger Lehmann, Roger.Lehmann@usz.ch

**Conflit d'intérêts :** JP : subside de recherche de NovoNordisk et participation d'Advisory Boards et honoraires de conférencier avec Novo Nordisk, Sanofi, Boehringer Ingelheim, Astra Zeneca et Johnson & Johnson RL : participation d'Advisory Boards et honoraires de conférencier avec Novo Nordisk, Sanofi, MSD, Boehringer Ingelheim, Servier et Astra Zeneca