

# Les points forts du 50<sup>ème</sup> congrès de l'EASD

Ce congrès a été très riche et certains travaux justifient d'être mis en exergue.

## II Le temps des grands registres...

L'étude CREDIT (311 centres / 12 pays) a permis d'étudier, en pratique clinique, avec un recul de 4 ans  $\pm$  6 mois, le pronostic de 2 999 diabétique de type 2 après l'initiation d'un traitement par insuline (< 12 mois). Des facteurs prédictifs d'événements CV ont été identifiés : un premier traitement par insuline et le taux initial d'HbA1c n'ont pas de valeur prédictive ; le sexe masculin, l'âge du diabète et la sédentarité sont des facteurs péjoratifs ; le sexe féminin et exercice physique sont protecteurs. Les facteurs les plus prédictifs traduisent un passé cardiovasculaire (pathologie CV, traitement anti-HTA ou antithrombotique). Il existe une relation significative entre l'évolution de l'HbA1c et le risque combiné de survenue d'un IDM, d'un AVC non mortel ou d'un décès : RR 1,25 ; ic95% 1,12-1,40 ;  $p < 0,0001$ . Cette relation vaut aussi pour les risques séparés d'AVC et de décès CV, mais pas pour les seuls IDM (RR 1,05 ; IC95% 0,83-1,32).

Aucun rôle des hypoglycémies n'a pu être mis en évidence sur la survenue d'événements CV ou de décès.

Avec  $\approx$  10 000 DT2, l'étude DIRECT (26 centres en Europe) visait à comprendre la progression du DT2 et à en identifier des marqueurs. Un modèle du rythme de progression du DT2 a été construit sur la base d'évaluations répétées d'HbA1c et des traitements utilisés. 14% des patients ont nécessité un traitement par insuline pendant le suivi (1998 à 2012).

Le modèle a permis de voir que ceux qui nécessitent un passage à l'insuline sont plutôt jeunes, obèses et insulinorésistants.

## II ... et du suivi à long terme !

8 494 des 11 140 participants de l'étude ADVANCE ont été suivis (méd > 5 ans) dans l'étude ADVANCE-ON (traitement non contrôlé). Dans ce délai, il persiste une réduction significative de mortalité globale (RR 0,91 ;  $p = 0,03$ ) et CV (RR 0,88 ;  $p = 0,04$ ) chez les patients qui prenaient le traitement anti-HTA combiné (perindopril/indapamide), sans impact significatif sur les autres événements macro ou microvasculaires.

Entre les groupes soumis à un contrôle plus ou moins intensif de la glycémie, il n'y a pas eu d'effet sur les complications macro ou microvasculaires mais l'effet favorable initial sur l'insuffisance rénale terminale s'est maintenu.

Ces résultats s'expliquent en partie par l'effacement rapide des différences entre les groupes

## II Et de multiples antidiabétiques !

Le programme EDITION a montré que l'insuline glargine fortement dosée (300 vs 100 ui/mL) a un effet durable avec moins d'hypoglycémies. Les inhibiteurs sélectifs SGLT2, ont confirmé leur grande efficacité (mono ou plurithérapie) mais surtout rassuré sur leur tolérance. La dapagliflozine a fait la preuve d'un bon profil de tolérance hémodynamique chez des diabétiques hypertendus ou non, en particulier déjà traités, et en cas d'antécédent CV. Une autre étude montre sa bonne tolérance rénale mais incite à la vigilance en cas d'insuffisance rénale modérée. Les données de près de 10 000 patients permettent d'écarter le risque de fractures. L'empagliflozine, pourrait réduire la microalbuminurie dans le DT2. Des suivis prolongés au-delà des essais de phase III sont rassurants sur sa tolérance, tout en confirmant, comme pour les autres inhibiteurs du SGLT2, l'excès de risque d'infections génito-urinaires.

Il a été également question des autres inhibiteurs du SGLT2 en cours de développement mais aussi des molécules plus anciennes comme les incrétines et bien entendu les insulines. De multiples études portaient sur l'efficacité et la tolérance de multiples associations qui ne peuvent que s'imposer chez les diabétiques dont une immense majorité nécessite une plurithérapie.

En bref, un congrès qui confirme que la diabétologie est désormais une des spécialités parmi les plus innovantes !

Jean-Louis Gayet