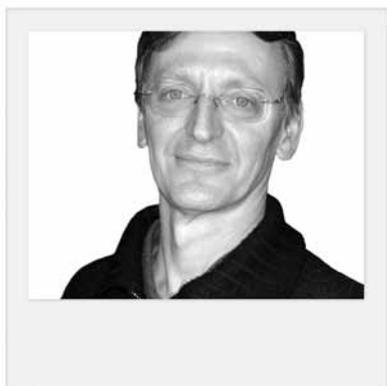


# Recommandations pour le diabète : des cibles moins contraignantes pour le patient hospitalisé

L' *American College of Physicians* (ACP) vient de proposer des recommandations pour la prise en charge de l'hyperglycémie chez des patients hospitalisés, qu'ils soient diabétiques ou non. Leur grand principe est de ne pas proposer de traitement par insuline si la glycémie est inférieure à 2 g/L.



→ F. DIEVART  
Clinique Villette, DUNKERQUE.

## Recommandations

Les recommandations de l'ACP sont simples, récentes et reposent sur une analyse de l'ensemble des études disponibles et non pas sur un seul essai thérapeutique.

Ces recommandations sont les suivantes :

- **Recommandation 1** : l'ACP recommande de ne pas utiliser un traitement intensif par insuline pour contrôler strictement la glycémie chez des patients hospitalisés en dehors de soins intensifs médicaux ou chirurgicaux, qu'ils aient ou non un diabète (recommandation forte, reposant sur des preuves de qualité élevée) ;
- **Recommandation 2** : l'ACP recommande de ne pas utiliser un traitement intensif par insuline pour normaliser la glycémie chez les patients hospitalisés en soins intensifs médicaux ou chirurgicaux, que les patients aient ou non un diabète (recommandation forte, reposant sur des preuves de qualité élevée) ;
- **Recommandation 3** : l'ACP recommande une cible glycémique entre 1,40 et 2,00 g/L (7,8 à 11,1 mmol/L) si un traitement par insuline est utilisé chez des patients en soins intensifs médicaux ou chirurgicaux (recommandation faible, reposant sur des preuves de qualité modérée).

## Pourquoi ?

Une élévation de la glycémie est fréquente (pouvant avoir une incidence de 40 %) chez les patients hospitalisés, qu'ils aient ou non un diabète, et est associée à un mauvais pronostic. L'élévation de la glycémie est ainsi corrélée significativement à une augmentation de la mortalité. De ce fait, la plupart des médecins admettent que la prévention de l'hyperglycémie est une intervention importante.

Des essais thérapeutiques ont été conduits pour évaluer si l'abaissement de la glycémie peut améliorer le pronostic de tels patients. Certains travaux anciens ont eu tendance à montrer une amélioration du pronostic et, dans plusieurs services hos-

pitaliers, des protocoles ont été instaurés pour obtenir un contrôle strict de la glycémie chez les patients hospitalisés.

Cependant, la fourchette optimale de glycémie à obtenir est controversée, et surtout les plus récents essais n'ont pas montré de bénéfice. Dans le plus grand essai conduit et publié en 2009, il y a même eu une augmentation significative de la mortalité totale sous contrôle strict de la glycémie.

La mise en route et l'application d'un protocole de contrôle intensif de la glycémie nécessite une logistique, un personnel et des moyens spécifiques, et expose à un risque d'hypoglycémie.

Il était donc nécessaire de faire une synthèse des données disponibles, ce qui a été préalablement demandé à l'élaboration de ces recommandations. Cette synthèse a été faite sous forme de méta-analyse, afin de proposer une conduite à tenir pour la pratique. Cette méta-analyse avait aussi comme objectif de trouver une explication à la discordance de résultats entre les études anciennes positives, et les études récentes négatives.

**Cette méta-analyse parue conjointement au texte de recommandations a quatre résultats principaux :**

>>> Les études ayant évalué une prise en charge intensive de la glycémie sont le plus souvent de faible qualité méthodologique : toutes ont été effectuées en ouvert ; plusieurs sont monocentriques ; dans plusieurs études, les groupes de patients ne sont pas strictement comparables ; les modalités de randomisation et d'évaluation des événements sont imprécises...

>>> La diminution intensive de la glycémie avec de l'insuline chez un patient hospitalisé n'apporte pas de réduction de mortalité précoce (c'est-à-dire à 28 jours) ou différée (c'est-à-dire à 90 ou 180 jours).

>>> La diminution intensive de la glycémie avec de l'insuline chez un patient hospitalisé multiplie par 6 le risque d'hypoglycémie inférieure à 0,40 g/L (avec une incidence atteignant 9,8 % des patients traités).

>>> Les études ayant évalué l'effet d'une stratégie intensive de contrôle de la glycémie, de qualité souvent médiocre, sont trop hétérogènes pour qu'il puisse être envisagé un bénéfice de cette stratégie dans une population spécifique.

### Conclusion

Ainsi, bien qu'il y ait un rationnel physiopathologique pour envisager un contrôle strict de la glycémie chez les patients hospitalisés ayant une élévation de la glycémie, il n'y a pas de bénéfice clinique démontré d'une telle attitude. Cette stratégie repose sur une logistique consommatrice de temps, de personnels médicaux et de moyens, et expose à un risque élevé d'hypoglycémies majeures dont les conséquences ne sont pas connues.

**De ce fait, l'ACP propose de ne pas adopter une stratégie de contrôle strict de la glycémie chez les patients hospitalisés, y compris lors d'un infarctus du myocarde.**

### Bibliographie

1. QASEEM A, HUMPHREY LL, CHOU R *et al.* Use of Intensive Insulin Therapy for the Management of Glycemic Control in Hospitalized Patients: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 2011; 154: 260-267.
2. KANSAGARA D, FU R, FREEMAN M *et al.* Intensive Insulin Therapy in Hospitalized Patients: A Systematic Review. *Ann Intern Med*, 2011; 154: 268-282.