

Journées d'automne SBGG

Hôpital
Erasme



Nouveau consensus de traitement du diabète T2

Application en gériatrie

Jeudi 17 octobre 2019

Prof Laurent Crenier
Clinique de Diabétologie
Hôpital Erasme



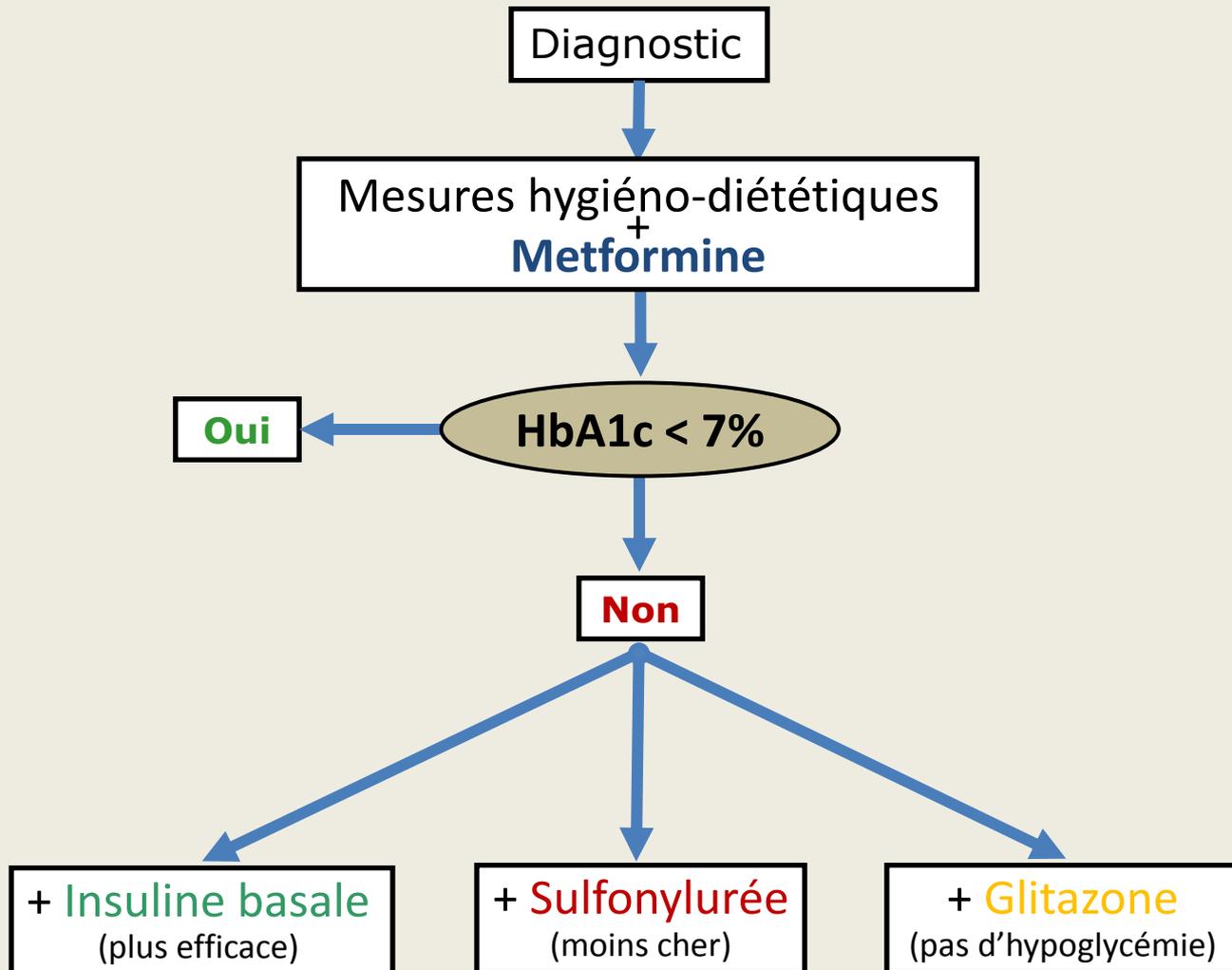
AUGMENTATION DU NOMBRE DES DIABÉTIQUES

L'AVENIR EST SOMBRE,
ALORS JE STOCKE DU SUCRE



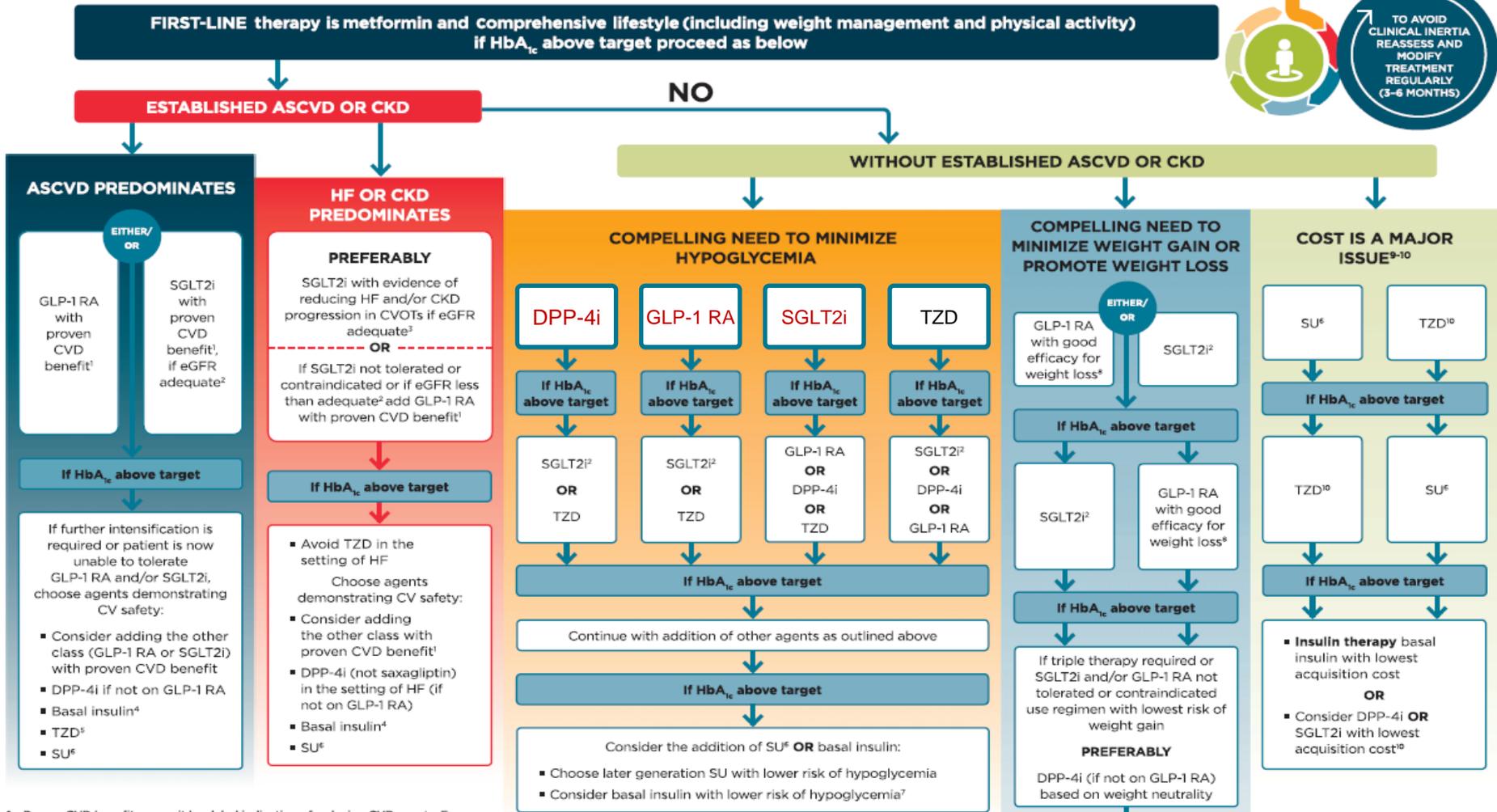
Nouveau consensus de traitement du diabète T2

Consensus de traitement ADA/EASD 2007



Nouveau consensus de traitement du diabète T2

Consensus de traitement ADA/EASD 2019



1. Proven CVD benefit means it has label indication of reducing CVD events. For GLP-1 RA strongest evidence for liraglutide > semaglutide > exenatide extended release. For SGLT2i evidence modestly stronger for empagliflozin > canagliflozin.

2. Be aware that SGLT2i vary by region and individual agent with regard to indicated level of eGFR for initiation and continued use

3. Both empagliflozin and canagliflozin have shown reduction in HF and reduction in CKD progression in CVOTs

4. Degludec or U100 glargine have demonstrated CVD safety

5. Low dose may be better tolerated though less well studied for CVD effects

6. Choose later generation SU with lower risk of hypoglycemia

7. Degludec / glargine U300 < glargine U100 / detemir < NPH insulin

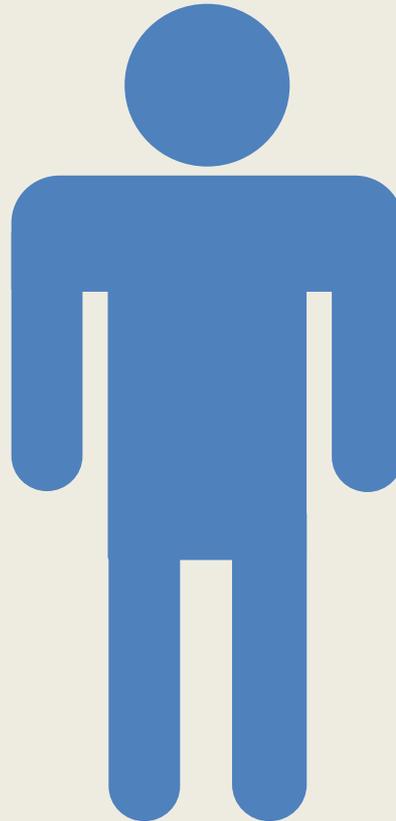
8. Semaglutide > liraglutide > dulaglutide > exenatide > lixisenatide

9. If no specific comorbidities (i.e., no established CVD, low risk of hypoglycemia, and lower priority to avoid weight gain or no weight-related comorbidities)

10. Consider country- and region-specific cost of drugs. In some countries TZDs relatively more expensive and DPP-4i relatively cheaper

Caractéristiques du patient gériatrique à considérer avant de choisir son traitement

- Cognitive impairments
- Functional capacity
- Frailty
- Fall and fracture risk
- Dementia
- Renal function
- Hepatic function/impairment

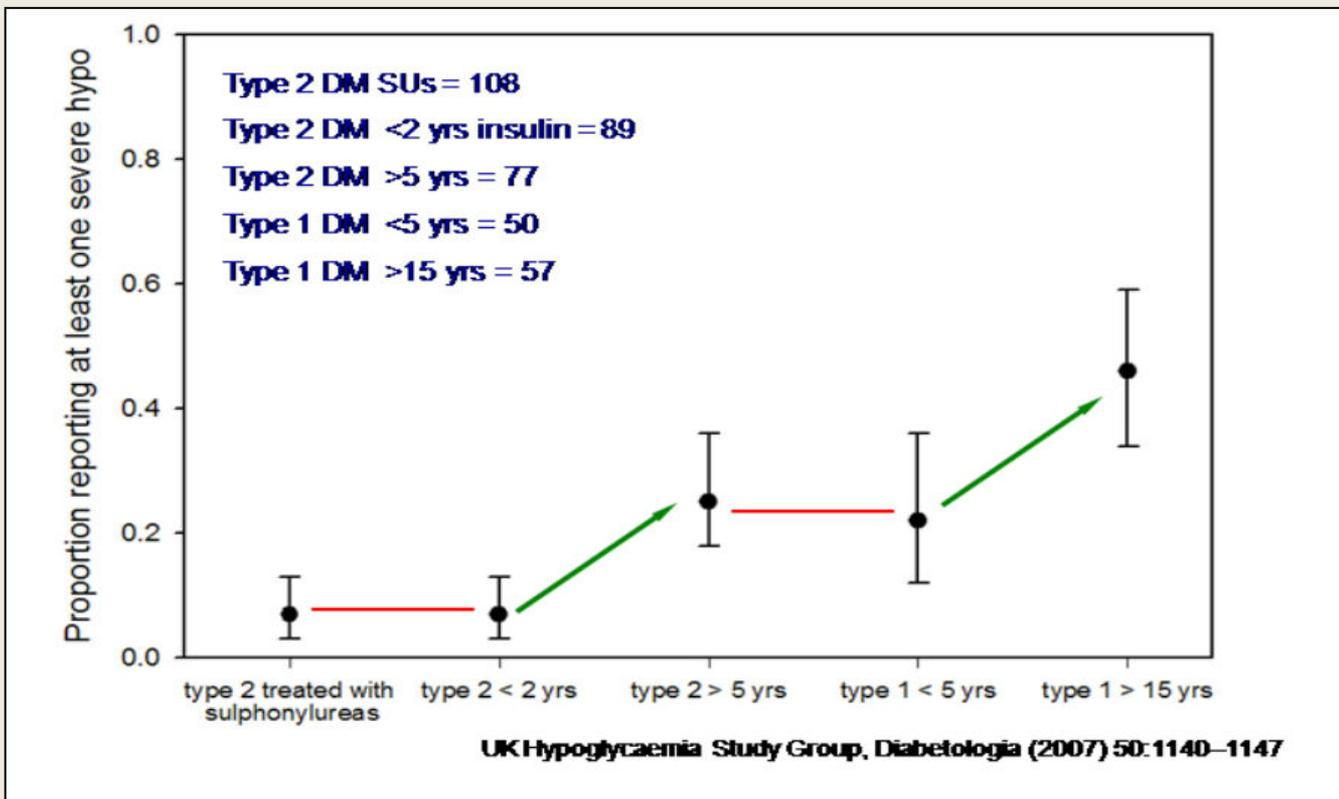


- Comorbidities
- End of life
- Sensory deficits including vision and hearing
- Ability to self-administer medications
- Living alone

Facteurs thérapeutiques (**majeurs**) à évaluer pour décider du traitement anti-diabétique du patient gériatrique

- Older adults are at increased risk of hypoglycemia, medication classes with low risk of hypoglycemia should be preferred
- Overtreatment of diabetes is common and should be avoided
- Deintensification (simplification) of complex (insulin) regimens is recommended to reduce the risk of hypoglycemia. It can be achieved within the individualized A1C targets

Durée du diabète et risque d'hypoglycémies



- Age avancé, niveau cognitif bas
- BMI faible
- Fonction rénale altérée
- Utilisation de ≥ 2 antidiabétiques oraux
- Histoire de tabagisme
- Antécédent de microangiopathie
- Contrôle glycémique intensif

Traitement du Diabète en Gériatrie

Cibles thérapeutique différenciées

Age	Durée du diabète*	Polypathologies ou Troubles cognitifs ou dépendance	Valeur cible d'HbA1c
<45 ans	Toutes durées	NON	≤6.5%
		OUI	≤7.0%
45-65 ans	Courte	NON	≤6.5%
	Longue	NON	≤7.0%
	Toutes durées	OUI	≤7.5%
>65 ans	Courte	NON	≤7.0%
	Longue	NON	≤7,5%
	Toutes durées	OUI	≤8.0%
>75 ans	Toutes durées	OUI / NON	≤8.5%

Cas clinique – Mathilde

82 ans

Diabète de type 2 diagnostiqué en 2009

- Rétinopathie diabétique non-proliférante
- Micro-albuminurie
- BMI 29

Glycémie à jeun : 132 mg/dL

HbA1c : **6,8 %**

Créatinine : 1,6 mg/dL

Clear Créat : 45 mL/min/1.73m²

HTA (2002)

Dyslipidémie (2002)

Cardiopathie ischémique

Polyarthrose ...

R/ Glucophage 850 mg 1x/jour

Trajenta 5 mg/jour

(...)

Faut-il désintensifier son traitement anti-diabétique ?



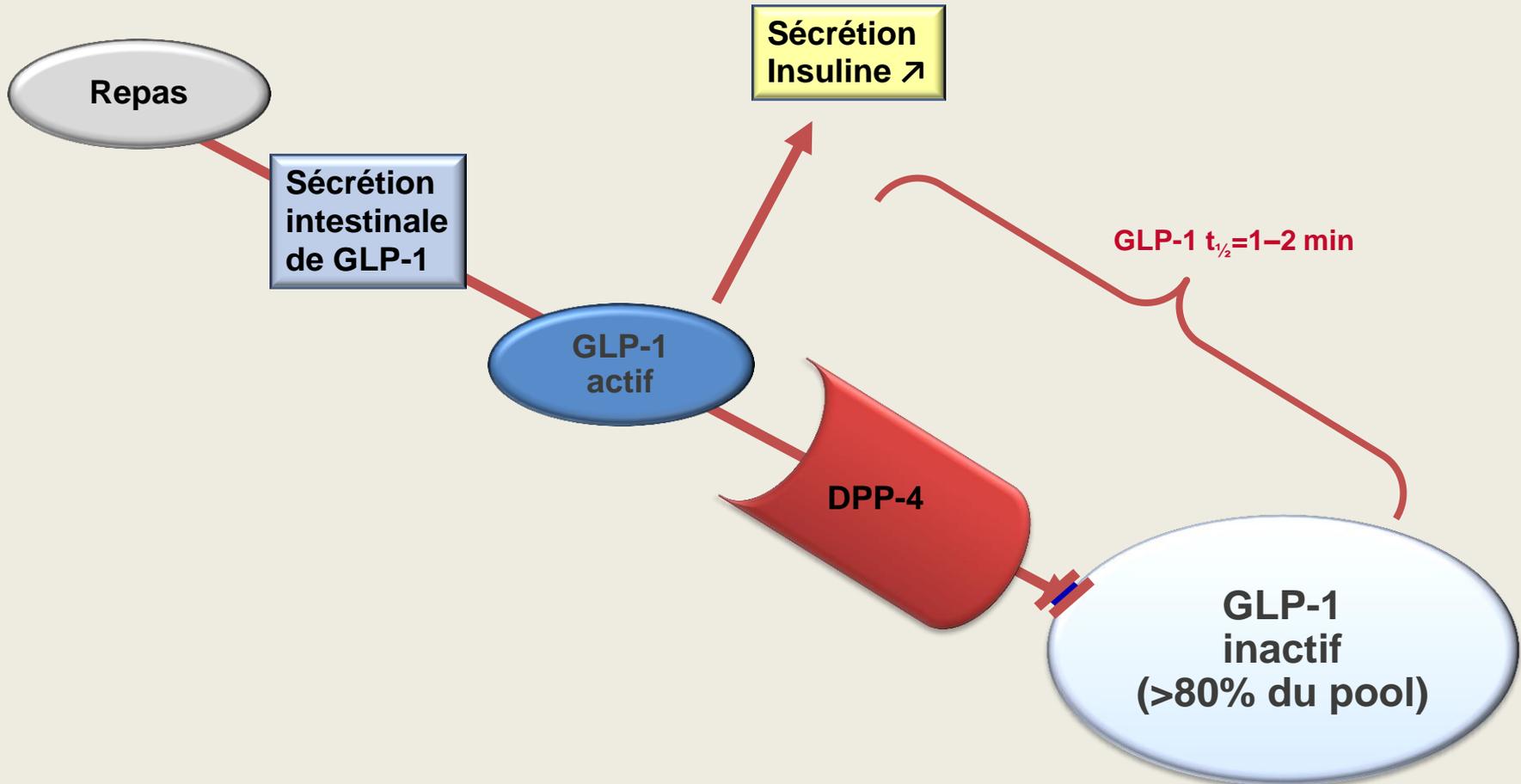
Use of Metformin in the Setting of Mild-to-Moderate Renal Insufficiency

Lipska K et al. *Diabetes Care* 2011; 34: 1431-1437

eGFR (MDRD)	Proposed actions
> 60	No contra-indication to metformin Yearly control of renal function
< 60 and ≥ 45	Use of this product may be continued Intensifying controls of renal function (every 3-6 months)
< 45 and ≥ 30	Metformin use with caution Dose reduction (1/2 dose) No new treatment with metformin Regular controls of renal function (every 3 months)
< 30	Stop metformin Very regular controls of renal function (every 6 weeks)

Nouveau consensus de traitement du diabète T2

Les gliptines (inhibiteurs DPP4)



■ Sitagliptine

- **Januvia®** (Af, comprimés 100 mg, 1x/jour)
- **Janumet®** (Af, association avec Metformine 50 mg/1000 mg)

■ Vildagliptine

- **Galvus®** (Af, comprimés 50mg, 2x/jour)
- **Eucreas®** (Af, association avec Metformine : 50mg/850mg ou 50 mg/1000mg)

■ Saxagliptine

- **Onglyza®** (Af, comprimés 5 mg, 1x/jour)
- **Komboglyze®** (Af, association avec Metformine : 2,5mg/850mg ou 2,5 mg/1000mg)

■ Linagliptine

- **Trajenta®** (Af, comprimés 5 mg, 1x/jour)
- **Jentaduet®** (Af, association avec Metformine : 2,5mg/850mg ou 2,5 mg/1000mg)

■ Alogliptine

- **Vipidia®** (Af, comprimés 25 mg, 1x/jour)
- **Vipdomet®** (Af, association avec Metformine : 12,5mg/850mg)

Nouveau consensus de traitement du diabète T2

Les gliptines (inhibiteurs DPP4)

Compilation graphique de l'effet thérapeutique de différents inhibiteurs de la DPP-4 en monothérapie comme mentionné dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP). Changement moyen en HbA_{1c} corrigé par placebo, après 18 / 24 semaines de traitement par rapport à la valeur de base**

	Linagliptine ¹		Saxagliptine ²		Sitagliptine ³		Vildagliptine ⁴	
Dosage	5 mg QD	5 mg QD	5 mg QD	5 mg QD	100 mg QD	100 mg QD	50 mg QD	50 mg QD
Valeur initiale HbA _{1c}	8,1%	8,0%	7,9%	8,0%	8,0%	8,0%	8,6%	8,4%
Diminution moyenne de HbA _{1c} *	-0,6%	-0,7%	-0,4%	-0,6%	-0,6%	-0,8%	-0,5%	-0,7%
n =	147	272	69	103	193	229	90	79
Valeur p*	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0059	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,05	< 0,05

*Diminution moyenne de HbA_{1c} versus placebo. **pas d'étude comparative existante entre les différentes molécules.

1. Résumé des caractéristiques du produit Trajenta®, 2. Résumé des caractéristiques du produit Onglyza®,

3. Résumé des du produit Januvia®, 4. Résumé des Caractéristiques du produit Galvus®.



Safety of Sitagliptin in Elderly Patients with Type 2 Diabetes: A Pooled Analysis of 25 Clinical Studies

Round EM et al. *Drugs Aging* 2014; 31;203-214

- Pooled population of patients ≥ 65 years of age from 25 double-blind, randomized, controlled, parallel-group clinical studies of up to 2 years' duration
 - Sitagliptin as monotherapy
 - Sitagliptin in initial combination with MET or PIO
 - Sitagliptin as add-on therapy with MET, PIO, SU (\pm MET), insulin (\pm MET), or MET (+PIO or ROSI)
 - Patients included in the nonexposed group received the following: placebo, MET, PIO, SU (\pm MET), insulin (\pm MET), or MET (+PIO or ROSI)
- Exclusions included:
 - Patients with moderate-to-severe renal insufficiency

Sitagliptin Safety in Elderly Patients: Summary of Adverse Events

System Organ Class	Incidence Rate per 100 Patient-Years		
	Sitagliptin (n=1,261)	Nonexposed (n=1,185)	Between-Groups Difference (95% CI) ^a
1 or more AEs	144.2	155.6	-12.1 (-28.1, 3.7)
Drug-related AEs ^b	16.4	26.6	-11.0 (-15.8, -6.4) ^d
Serious AEs	10.9	12.3	-1.5 (-4.8, 1.7)
Serious drug-related AEs ^b	0.3	0.2	0.0 ^c
Died	0.2	0.9	-0.7 (-1.6, -0.0) ^d
Discontinued due to AEs	6.2	5.9	0.2 (-2.2, 2.4)
Discontinued due to drug-related AEs ^b	1.5	2.0	-0.6 (-1.9, 0.7)
Discontinued due to serious AEs	3.2	2.0	1.0 (-0.6, 2.5)
Discontinued due to serious drug-related AEs ^b	0.2	0	0.2 ^c

Round EM et al. *Drugs Aging*. 2014;31:203–214

Between-groups difference and 95% CI based on stratified analysis. Positive differences indicate that the incidence rate for the sitagliptin group was higher than the incidence rate for the nonexposed group. "0.0" and "-0.0" represent rounding for values that were slightly greater and slightly less than zero, respectively.

Les gliptines : premier choix en gériatrie

(remboursé avec metformine ou si Metformine C/I)

- N'entraînent pas d'hypoglycémies
- Sont neutres sur le poids
- Sont très bien tolérés, y compris dans populations fragiles
(effets secondaires \approx effet placebo)
- Peuvent être utilisés en cas d'insuffisance rénale
(avec adaptation de dose sauf pour la linagliptine)
- Risque de pancréatite (très rare)

■ Exenatide

- **Byetta®** (Af, Stylo 5 µg ou 10 µg – s.c. **2x/jour**)
- **Bydureon®** (Af, Stylo 2 mg – s.c. **1x/semaine**)

- **Courte durée d'action**
- **Longue durée d'action**
- **Très longue durée d'action**

■ Liraglutide

- **Victoza®** (Af, Stylo 0.6 mg à 1.8 mg – s.c. **1x/jour**)
- **Xultophy®** (Af, **premix avec insuline**, 16 à 50U **1x/jour**)
- **Saxenda®** (Af, Stylo 0.6 mg à 3.0 mg – s.c. **1x/jour**) **Traitement Obésité**

■ Lixisénatide

- **Lyxumia®** (Af, Stylo 10 µg ou 20 µg – s.c. **1x/jour**)

■ Dulaglutide

- **Trulicity®** (Af, Stylo 0,75 mg ou 1,5 mg – s.c. **1x/semaine**)

■ Semaglutide

- **Ozempic®** (Af, Stylo 0,25 mg, 0,50 mg et 1,0 mg – s.c. **1x/semaine**)

Nouveau consensus de traitement du diabète T2

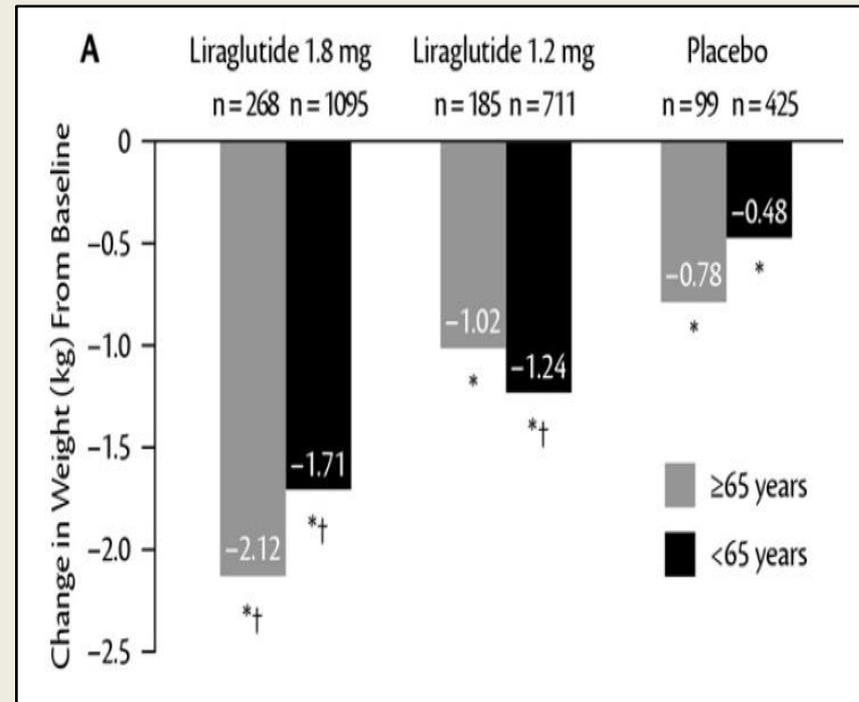
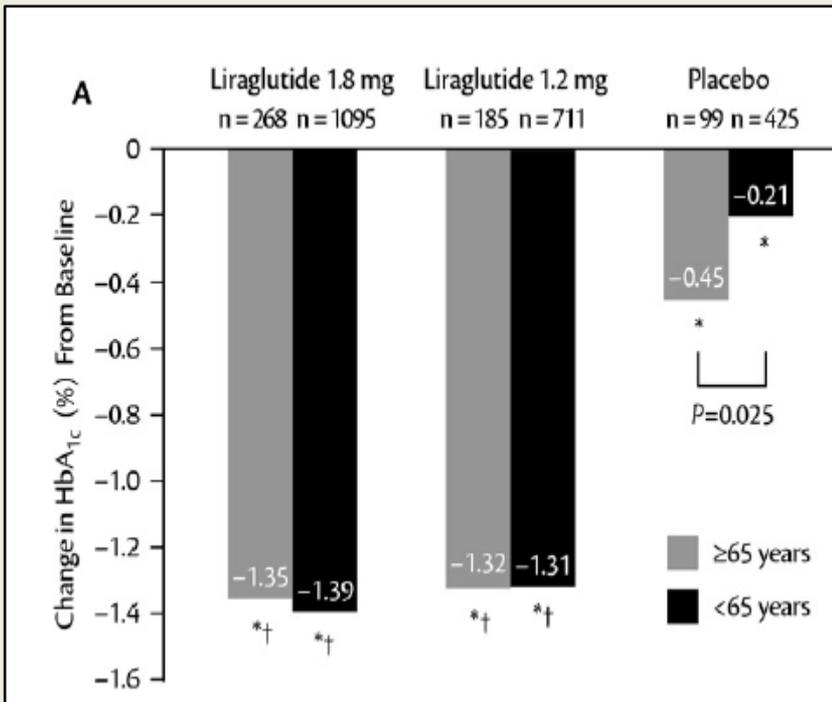
Les agonistes du Récepteur GLP-1 en gériatrie



Comparison of the Efficacy and Tolerability Profile of Liraglutide, a Once-Daily Human GLP-1 Analog, in Patients With Type 2 Diabetes ≥ 65 and < 65 Years of Age: A Pooled Analysis from Phase III Studies

Bruce W. Bode, MD¹; Jason Brett, MD²; Ali Falahati, PhD³; and Richard E. Pratley, MD⁴

¹Atlanta Diabetes Associates, Atlanta, Georgia; ²Novo Nordisk Inc, Princeton, New Jersey; ³Novo Nordisk A/S, Copenhagen, Denmark; and ⁴Florida Hospital, Diabetes Institute, Orlando, Florida



Cas clinique – Jean-Pierre

Mars 2011 – 69 ans

Diabète de type 2 diagnostiqué en 1994

- Rétinopathie diabétique débutante
- Albuminurie : <1 mg/dl
- 81 kg – 1m69 (BMI 28,3)

Infarctus inférieur étendu (1980)

- Triple pontage coronaire (2002)

HTA (2002)

Dyslipidémie (2002)

Anévrisme aorte abdominale

- Endoprothèse (2003 ; HbA1C 7%)

Athéromatose carotidienne

Glycémie à jeun : 172 mg/dL

HbA1c : 9,0 %

Créatinine : 1,1 mg/dL

Clear Créat : 66 mL/min/1.73m²

Chol : 160 mg/dL LDL : 80 mg/dL

HDL : 58 mg/dL TG : 112 mg/dL

R/ Diamicron 80 mg 3x/jour

Glucophage 850 mg 2x/jour

Tildiem 200 mg 1x/jour

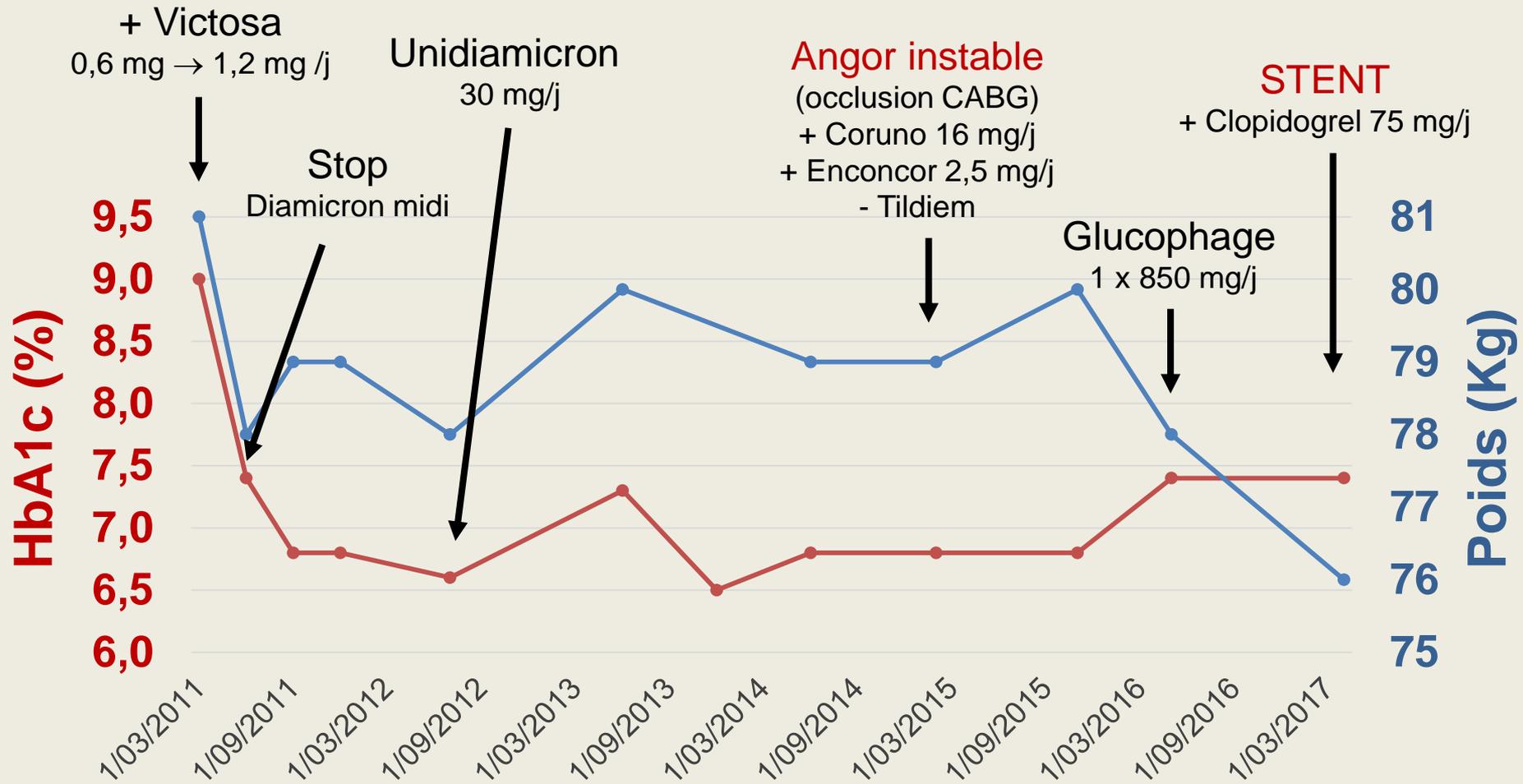
Zestril 20 mg 1x/jour

Lipitor 10 mg 1x/jour

Asaflow 80 mg 1x/jour

Cas clinique – Jean-Pierre

Avril 2017 – 75 ans





Comparison of the Efficacy and Tolerability Profile of Liraglutide, a Once-Daily Human GLP-1 Analog, in Patients With Type 2 Diabetes ≥ 65 and < 65 Years of Age: A Pooled Analysis from Phase III Studies

Bruce W. Bode, MD¹; Jason Brett, MD²; Ali Falahati, PhD³; and Richard E. Pratley, MD⁴

¹Atlanta Diabetes Associates, Atlanta, Georgia; ²Novo Nordisk Inc, Princeton, New Jersey; ³Novo Nordisk A/S, Copenhagen, Denmark; and ⁴Florida Hospital, Diabetes Institute, Orlando, Florida

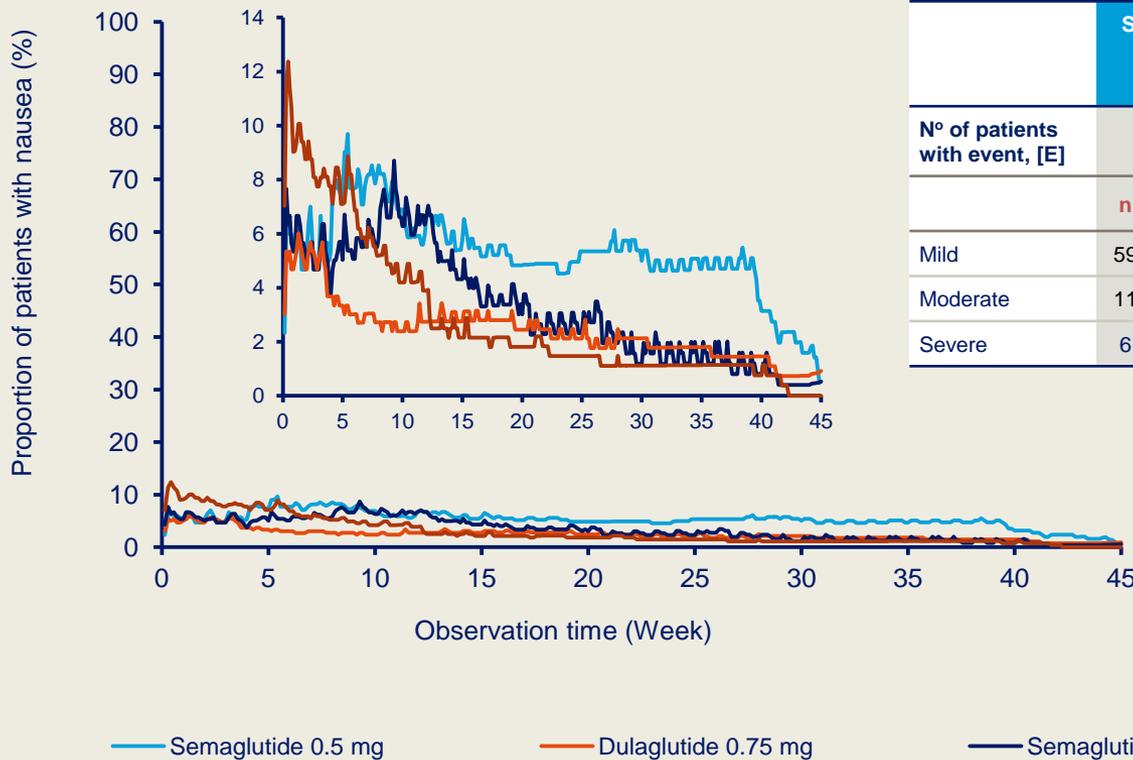
Table II. Percentage of patients experiencing major and minor hypoglycemia and adverse events in patients with type 2 diabetes aged ≥ 65 years or < 65 years during the first 26 weeks of treatment.

Parameter	Liraglutide 1.8 mg		Liraglutide 1.2 mg		Placebo	
	≥ 65 Years	< 65 Years	≥ 65 Years	< 65 Years	≥ 65 Years	< 65 Years
Major hypoglycemia	0.0	0.5*	0.0	0.0	0.0	0.0
Minor hypoglycemia	15.2	13.2	4.3	8	9.1	8.0
Deaths, % of patients	0.0	0.0	0.0	0.1	1.0	0.0
Serious adverse events	4.1	3.9	7.6	4.8	5.1	4.9
All adverse events	75.5	74.0	78.4	76.1	56.6	65.2
Withdrawals due to adverse events	12.7	7.6	9.7	7.2	2.0	3.1
Nausea, % of patients/% withdrawals due to nausea	24.5/7.1	21.0/3.2	20.5/3.7	20.4/2.5	2.0/0.0	5.4/0.0
Vomiting, % of patients/% withdrawals due to vomiting	7.4/2.6	7.8/1.7	5.4/0.0	8.4/1.7	3.0/0.0	1.9/0.2
Diarrhea, % of patients/% withdrawals due to diarrhea	13.0/2.2	13.3/1.4	13.5/1.6	10.0/1.3	2.0/0.0	5.2/0.0

Nouveau consensus de traitement du diabète T2

Les agonistes du Récepteur GLP-1 : effets secondaires digestifs

Nausées



	Semaglutide 0.5 mg (n=301)			Dulaglutide 0.75 mg (n=299)			Semaglutide 1.0 mg (n=300)			Dulaglutide 1.5 mg (n=299)		
N° of patients with event, [E]	68 [145]			39 [66]			63 [192]			60 [108]		
	n	E	(E%)	n	E	(E%)	n	E	(E%)	n	E	(E%)
Mild	59	127	(87.6)	34	60	(90.9)	51	147	(76.6)	48	84	(77.8)
Moderate	11	12	(8.3)	6	6	(9.1)	22	42	(21.9)	16	21	(19.4)
Severe	6	6	(4.1)	0			3	3	(1.6)	3	3	(2.8)

Adapted from Figure S7.

Adverse events include events that had an onset, or increase in severity, shown from first exposure to the planned follow-up visit scheduled 5 weeks (+7-day visit window) after the end of treatment visit at week 40 (on-treatment data). Severity of adverse events was defined as follows: mild (transient symptoms, no interference with patient's daily activities); moderate (marked symptoms, moderate interference with patient's daily activities); severe (considerable interference with patient's daily activities, unacceptable).

E, number of events; E%, proportion of events (mild/moderate/severe); n, number of patients.



Liraglutide and obesity in elderly: efficacy in fat loss and safety in order to prevent sarcopenia. A perspective case series study

Simone Perna¹ · Davide Guido^{1,3} · Chiara Bologna¹ · Sebastiano Bruno Solerte² · Fabio Guerriero² · Antonio Isu¹ · Mariangela Rondanelli¹

Aging Clin Exp Res (2016) 28:1251–1257

- 9 male and female T2DM subjects
- overweight or obese
- liraglutide treatment initiated at 1.2 mg once daily, titrated to 3 mg once daily after 1 week
- all patients followed a normocaloric standardized diet during treatment (from 1800 to 2500 kcal die);
- age > 65 years
- sedentary lifestyle.
- **Median body Weight change -2kg**

Table 3 Evolution of skeletal muscle index (SMI)

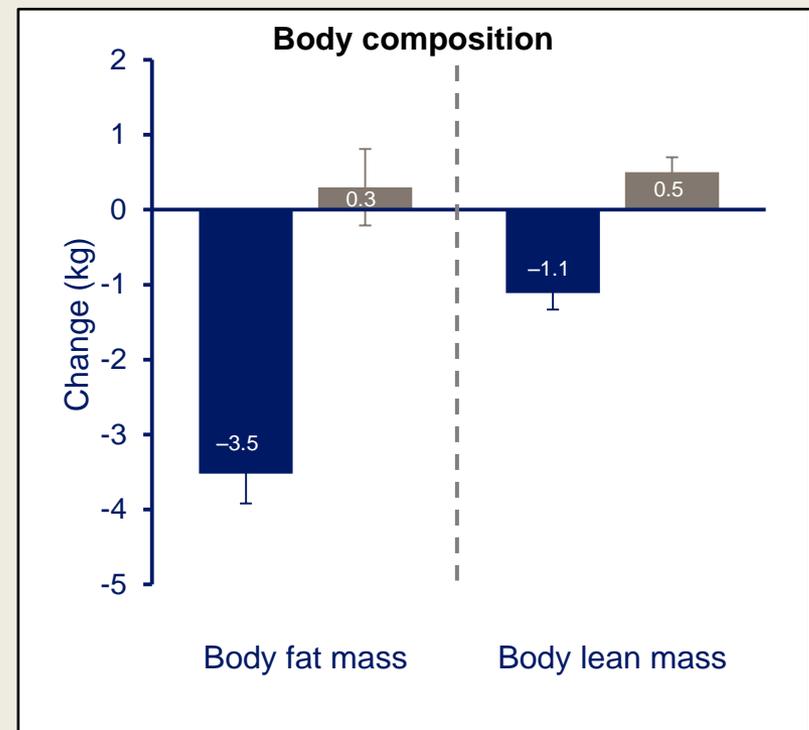
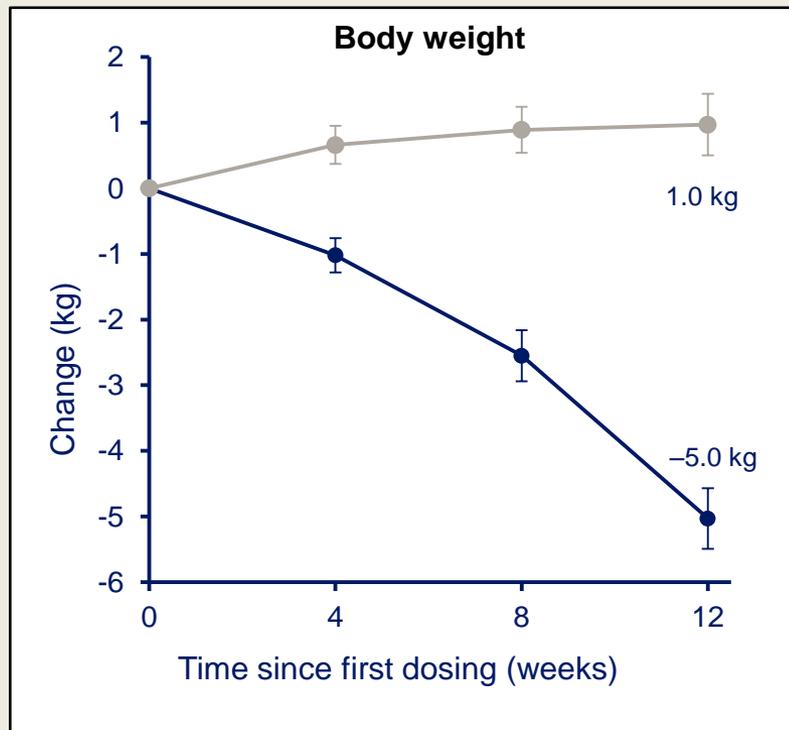
Patient	Age	Sex	SMI (kg/m ²) (t ₀)	SMI (kg/m ²) (t ₁)	Changes from baseline (kg/m ²) (t ₁ - t ₀)
1	72	M	7.97	8	0.03
2	68	M	9.6	8.9	-0.70
3	65	M	8.12	9.23	1.11
4	67	M	9.02	10.46	1.44
5	75	M	10.97	10.31	-0.66
6	72	F	7.49	7.35	-0.14
7	65	M	10.75	10.87	0.12
8	65	F	6.42	7.66	1.24
9	66	F	6.09	6.02	-0.07

Median change is +0.03

kg/m²

Le Semaglutide réduit la masse grasse

Composition corporelle

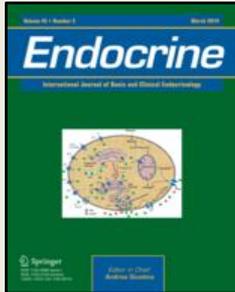


■ Semaglutide 1.0 mg

■ Placebo

Nouveau consensus de traitement du diabète T2

Les agonistes du Récepteur GLP-1 en gériatrie

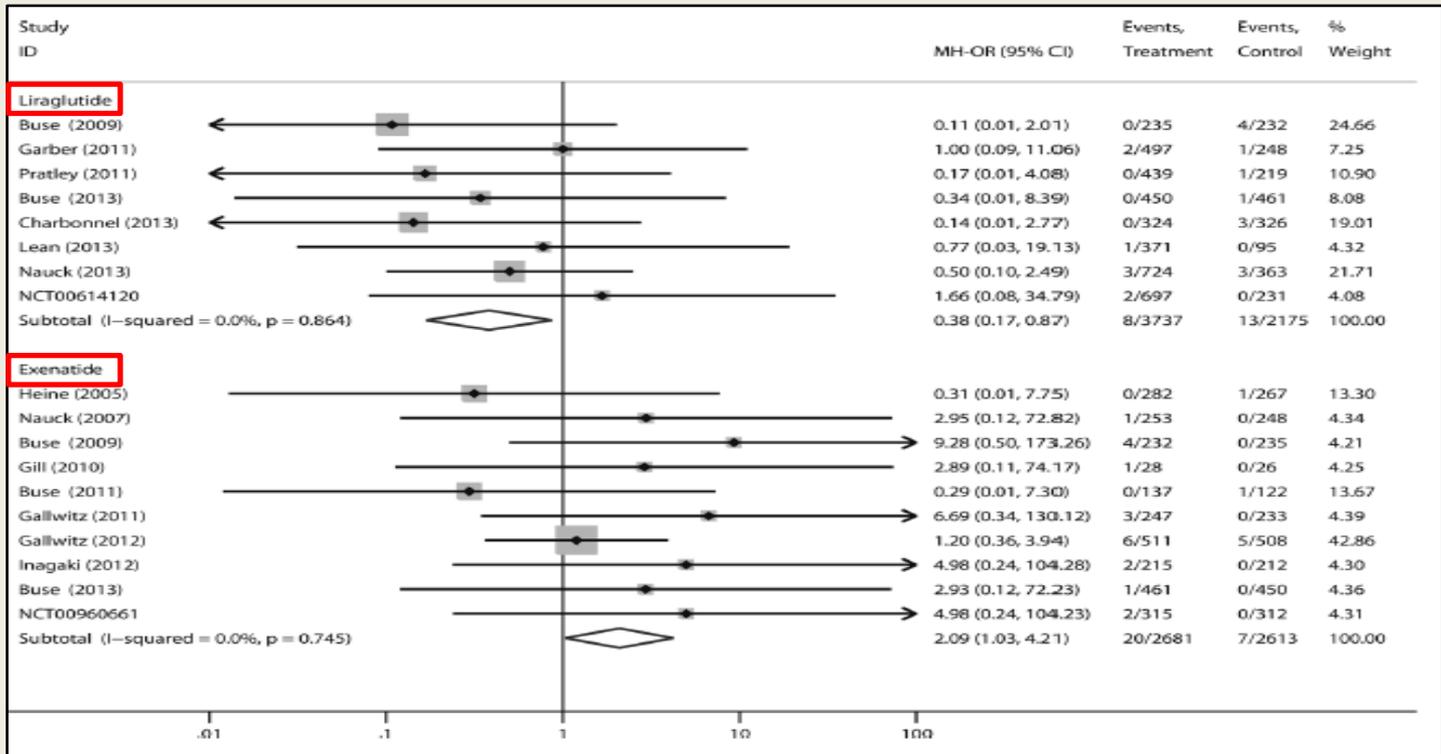


Endocrine (2015) 48:107–115
DOI 10.1007/s12020-014-0361-4

META-ANALYSIS

Risk of bone fractures associated with glucagon-like peptide-1 receptor agonists' treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials

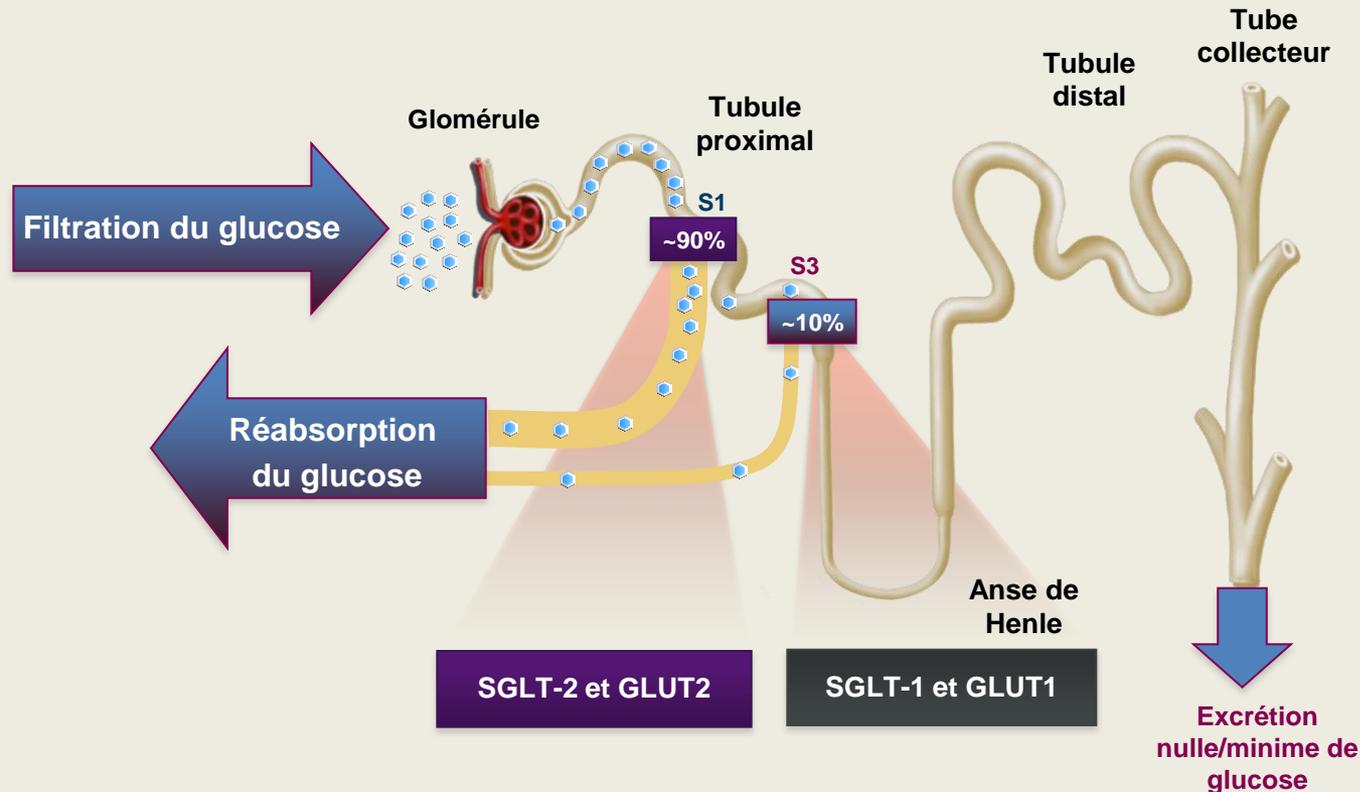
Bin Su · Hui Sheng · Manna Zhang · Le Bu · Peng Yang ·



Les GLP1-RA

- N'entraînent pas d'hypoglycémies (en monothérapie)
- Expérience limitée sur le long terme en gériatrie
- Peuvent être utilisés en insuffisance rénale modérée
(Liraglutide MDRD >15 ml/min)
- Points d'attentions
 - Sarcopénie (perte de poids)
 - Effets secondaires digestifs (nausées ...)

Mode d'action des gliflozines (inhibiteurs SGLT-2)

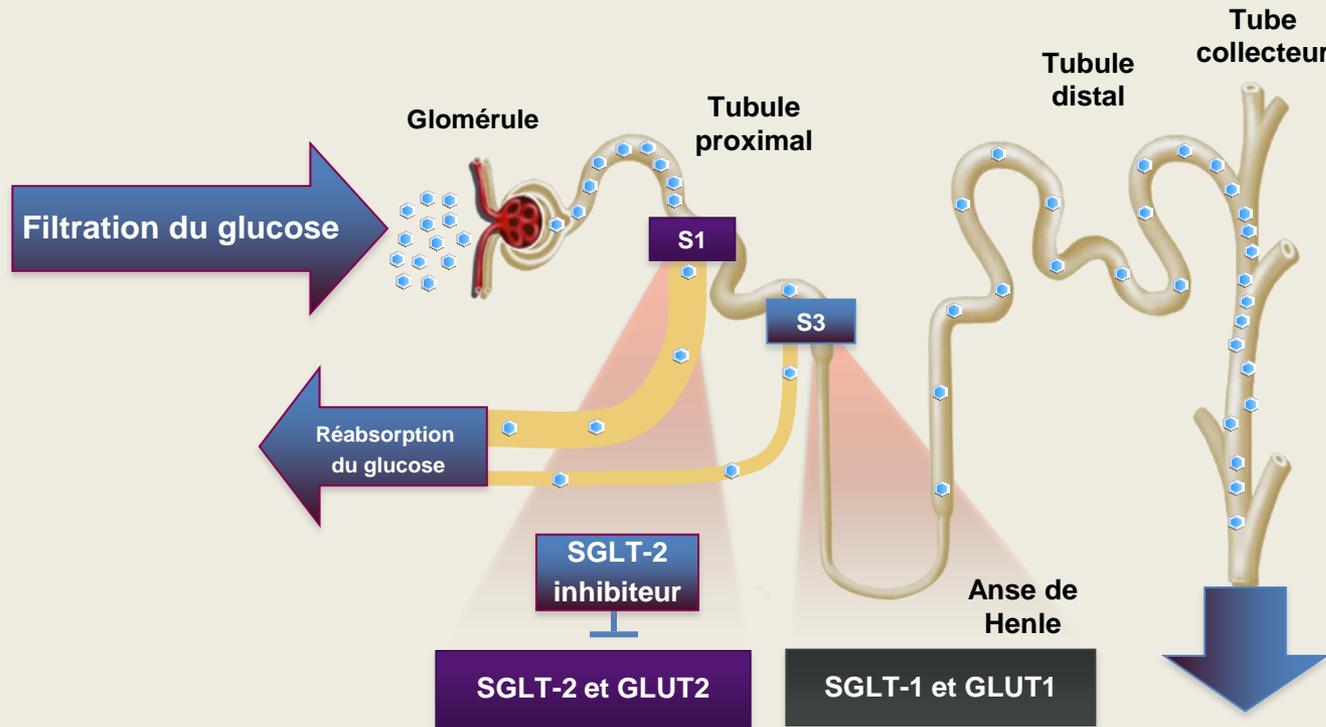


SGLT=sodium-glucose cotransporter; GLUT=facilitative glucose transporter.

1. Abdul-Ghani MA et al. *Endocr Pract.* 2008;14:782-790.

2. Bays H. *Curr Med Res Opin.* 2009;25:671-681.

Mode d'action des gliflozines (inhibiteurs SGLT-2)



**Augmentation de l'excrétion
de glucose (et Na) urinaire**

SGLT=sodium-glucose cotransporter; GLUT=facilitative glucose transporter.

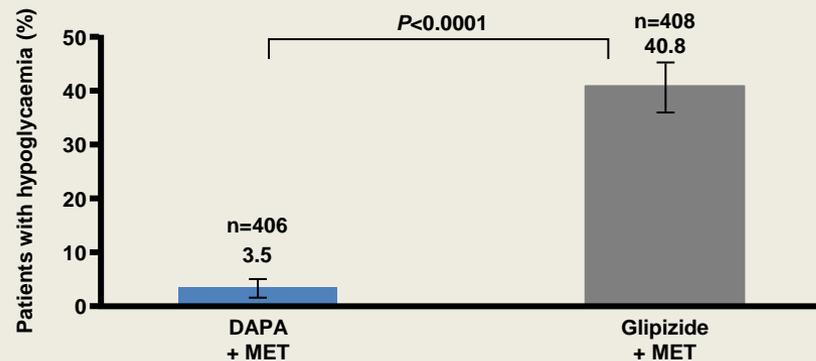
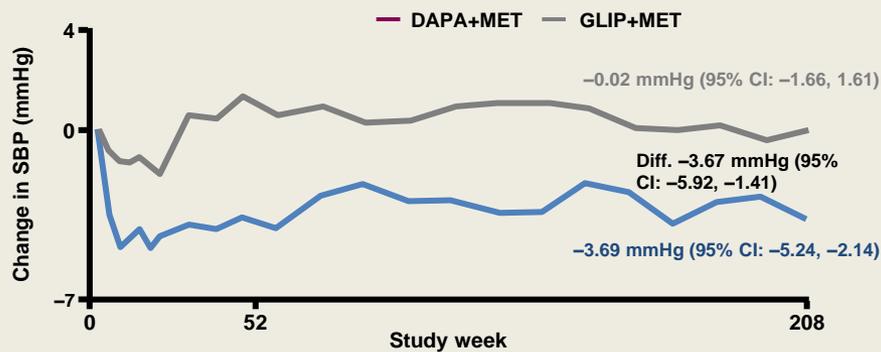
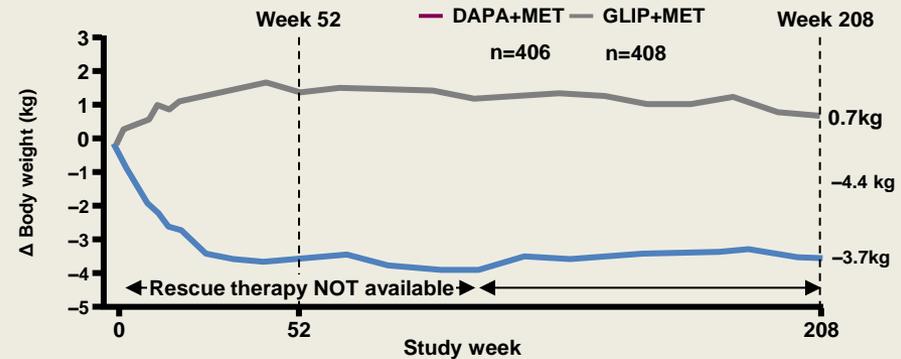
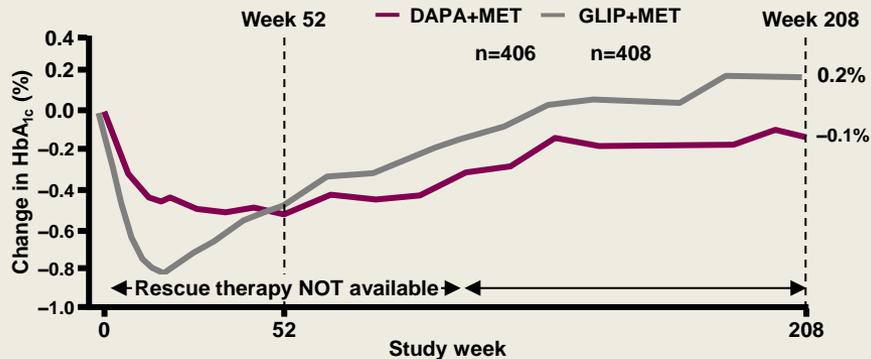
1. Abdul-Ghani MA et al. *Endocr Pract.* 2008;14:782-790.

2. Bays H. *Curr Med Res Opin.* 2009;25:671-681.

Nouveau consensus de traitement du diabète T2

Les gliflozines (inhibiteurs SGLT2)

Un traitement par gliflozine est associé à une amélioration maintenue du contrôle glycémique, **une perte de poids**, un **faible risque d'hypoglycémie** et une **diminution de la pression artérielle soutenue à long terme**



Zinman B et al. *N Engl J Med* 2015;373:2117-2128.



Sodium–Glucose Cotransporter Inhibitors: Effects on Renal and Intestinal Glucose Transport : From Bench to Bedside

Mudaliar S et al. *Diabetes Care* 2015; 38: 2344-2353

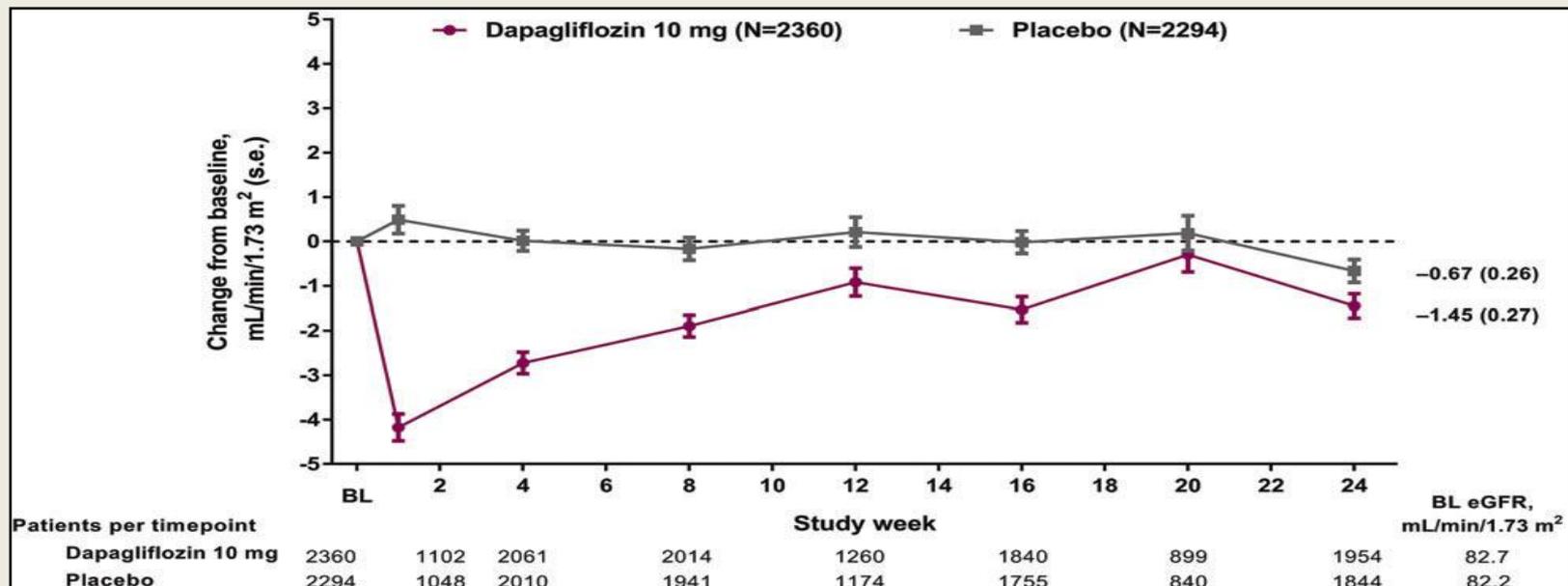
Infections urinaires (UTI) et génitales (GTI) rapportées dans les études de phase III vs placebo.

	Canagliflozine (300 mg/j)	Dapagliflozine (10 mg/j)	Empagliflozine (25 mg/j)
UTI	4,3% vs 4,0%	4,3% vs 3,7%	7,7% vs 7,6%
GTI (M)	3,7% vs 0,6%	2,7% vs 0,3%	1,0% vs 0,4%
GTI (F)	11,4% vs 3,2%	4,8% vs 0,9%	6,4% vs 1,5%

Les GTI mycotiques étaient plus fréquentes chez les hommes non-circoncis et chez ceux avec un antécédent de balanite mycotique.

Effets secondaires autres

- Polyurie, déshydratation, hypotension (surtout en début de traitement ou si diabète mal équilibré).
- Lié à la diurèse osmotique de la glycosurie et la natriurie



Les Gliflozines (SGLT2i)

- N'entraînent pas d'hypoglycémies (en monothérapie)
- Expérience sur le long terme limité en gériatrie
- Points d'attentions
 - Pas remboursés en insuffisance rénale (MDRD < 60 ml/min)
 - Sarcopénie (glycosurie / perte de poids modérée)
 - Mycoses génitales
 - Risque d'hypotension / hypovolémie en début de traitement
 - Etude CANVAS : augmentation du risque de fractures

Nouveau consensus de traitement du diabète T2

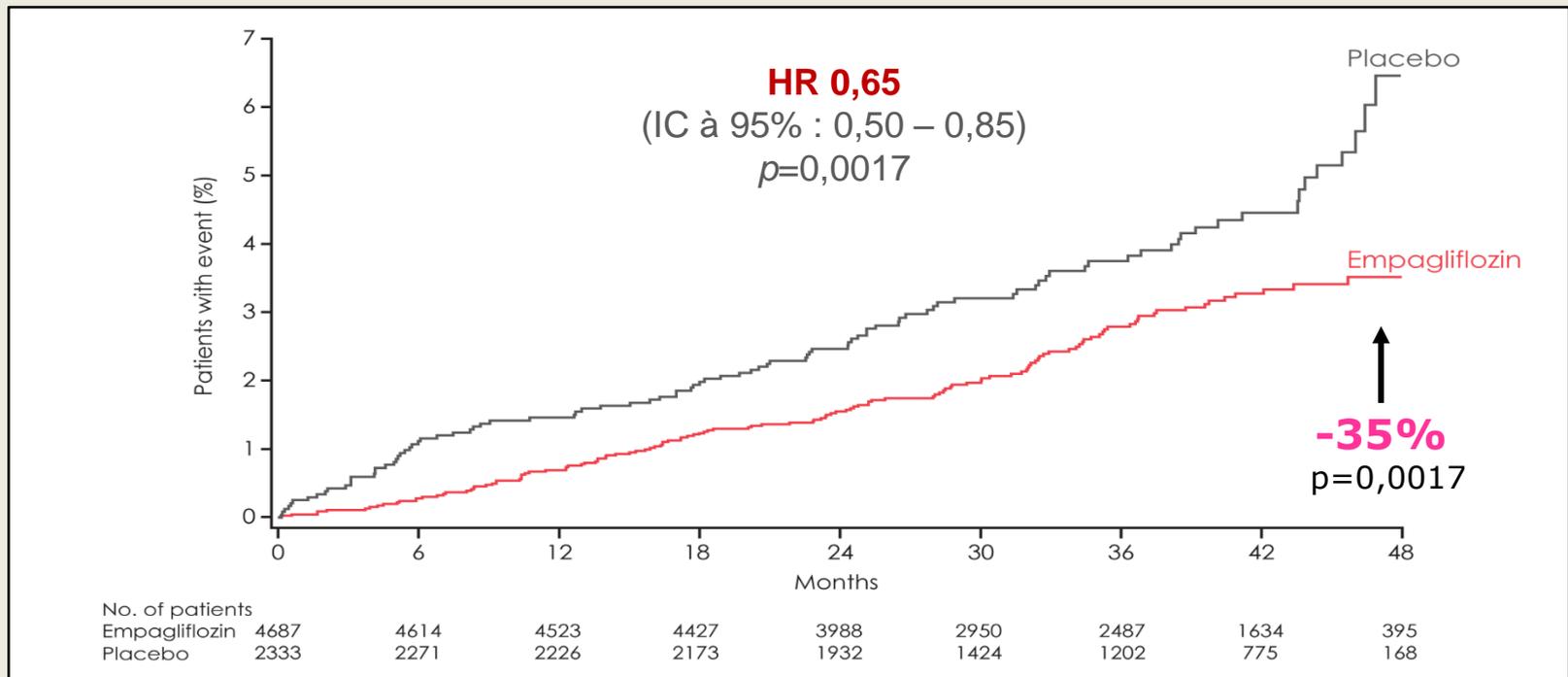
Nouveau paradigme



Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes

Zinman B et al. *N Engl J Med* 2015;373:2117-2128.

Hospitalisations pour insuffisance cardiaque

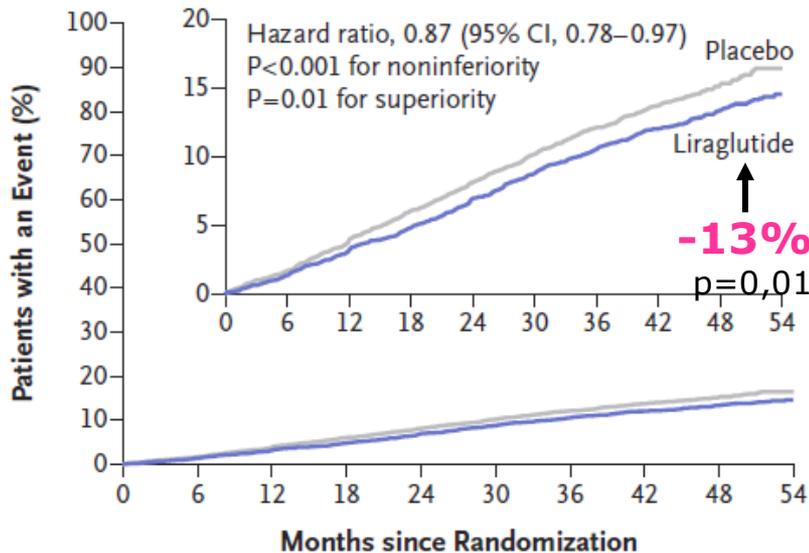




Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes

Marso SP et al. *N Engl J Med* 2016;375:311-322.

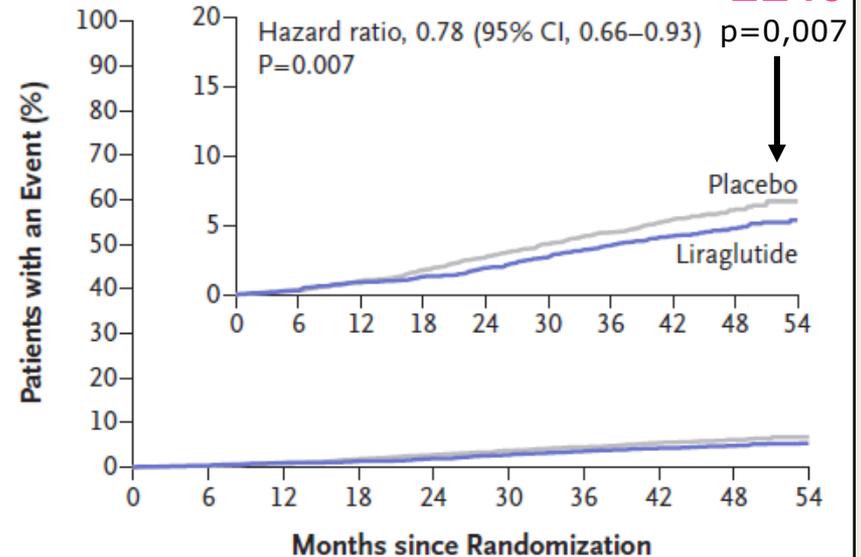
Primary Outcome*



No. at Risk

Liraglutide	4668	4593	4496	4400	4280	4172	4072	3982	1562	424
Placebo	4672	4588	4473	4352	4237	4123	4010	3914	1543	407

Death from CV Causes



No. at Risk

Liraglutide	4668	4641	4599	4558	4505	4445	4382	4322	1723	484
Placebo	4672	4648	4601	4546	4479	4407	4338	4267	1709	465

*Death from cardiovascular causes, nonfatal myocardial infarction, or nonfatal stroke.

Nouveau consensus de traitement du diabète T2

Consensus de traitement ADA/EASD 2019

First-line therapy

- Metformin + comprehensive lifestyle modifications (including weight management and physical activity)
- If HbA_{1c} above target, proceed as below

Reassess treatment regularly (3–6 months) to avoid clinical inertia

Established ASCVD or CKD

ASCVD predominates

GLP-1RA
SGLT-2i

HF or CKD predominates

SGLT-2i
GLP-1RA

NO

Without established ASCVD or CKD

Compelling need to minimise hypoglycaemia

DPP-4i
GLP-1RA
SGLT-2i
TZD

Compelling need for weight management

GLP-1RA
SGLT-2i

Cost is a major issue

SU
TZD

EMPAREG - Baseline characteristics

Fitchett et al

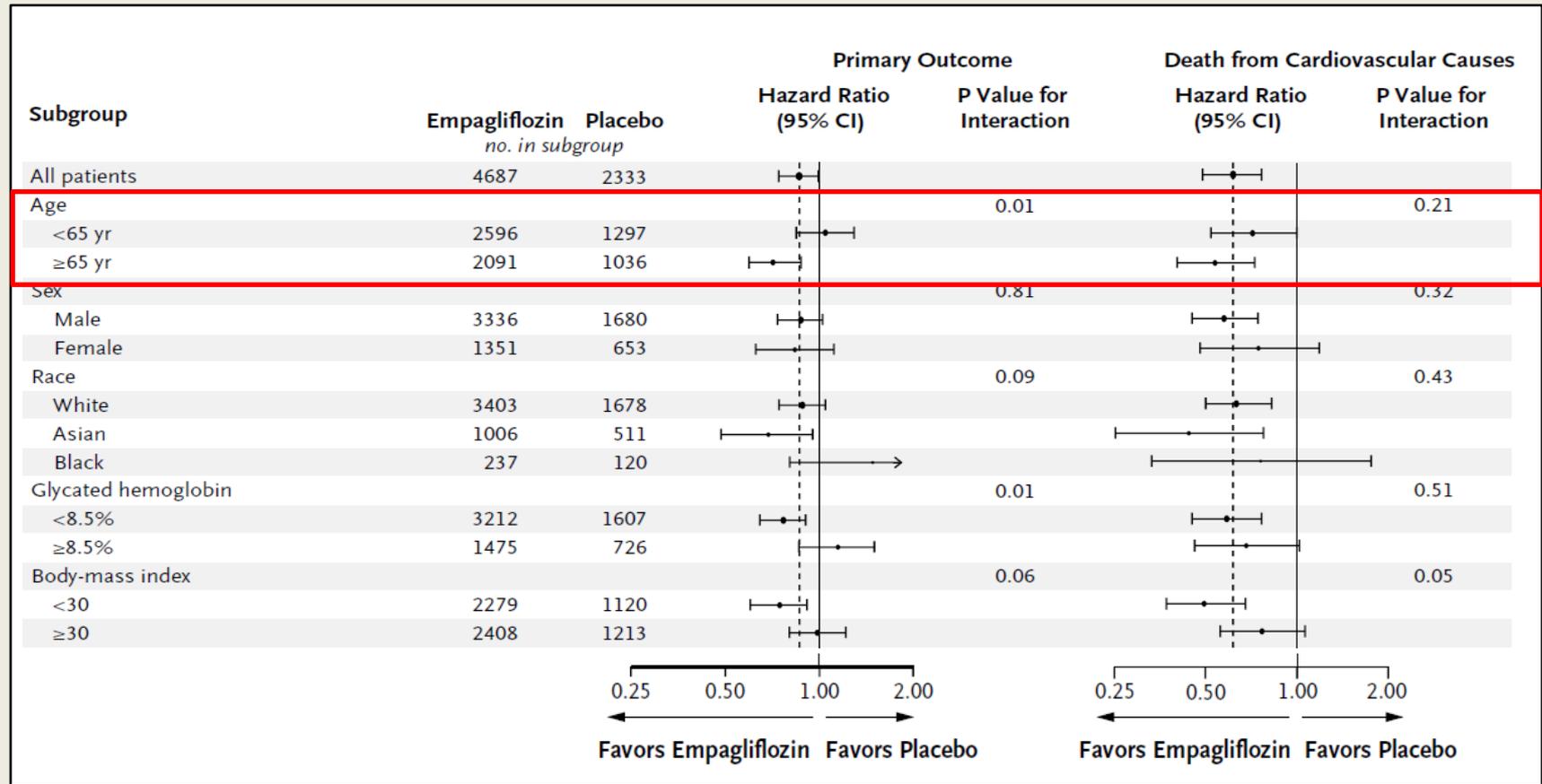
CV Outcomes by CV Risk in EMPA-REG OUTCOME

Table 1. Baseline Characteristics in Patients With and Without a History of Myocardial Infarction or Stroke at Baseline

Characteristics	Patients With a Prior MI or Stroke at Baseline		Patients Without a Prior MI or Stroke at Baseline	
	Placebo (n=1518)	Empagliflozin Pooled (n=3048)	Placebo (n=815)	Empagliflozin Pooled (n=1639)
Male	1098 (72.3)	2189 (71.8)	582 (71.4)	1147 (70.0)
Age, y	63.0±8.8	62.8±8.6	63.6±8.8	63.7±8.5
Race				
White	1116 (73.5)	2260 (74.1)	562 (69.0)	1147 (69.7)
Asian	317 (20.9)	633 (20.8)	194 (23.8)	573 (22.8)
Black/African-American	71 (4.7)	133 (4.4)	49 (6.0)	104 (6.3)
Other/missing	14 (0.9)			
Region				
Europe	694 (45.7)			
North America (plus America and New Zealand)	262 (17.3)			
Asia	278 (18.3)			
Latin America	214 (14.1)	431 (14.1)	146 (17.9)	290 (17.7)
Africa	70 (4.6)	133 (4.4)	32 (3.9)	78 (4.8)
Body mass index, kg/m ²	30.7±5.2	30.6±5.3	30.6±5.3	30.6±5.3

Range ≈ 34 (SD x 4)
Age ≈ 46 - **80**

EMPAREG – Subgroups analysis

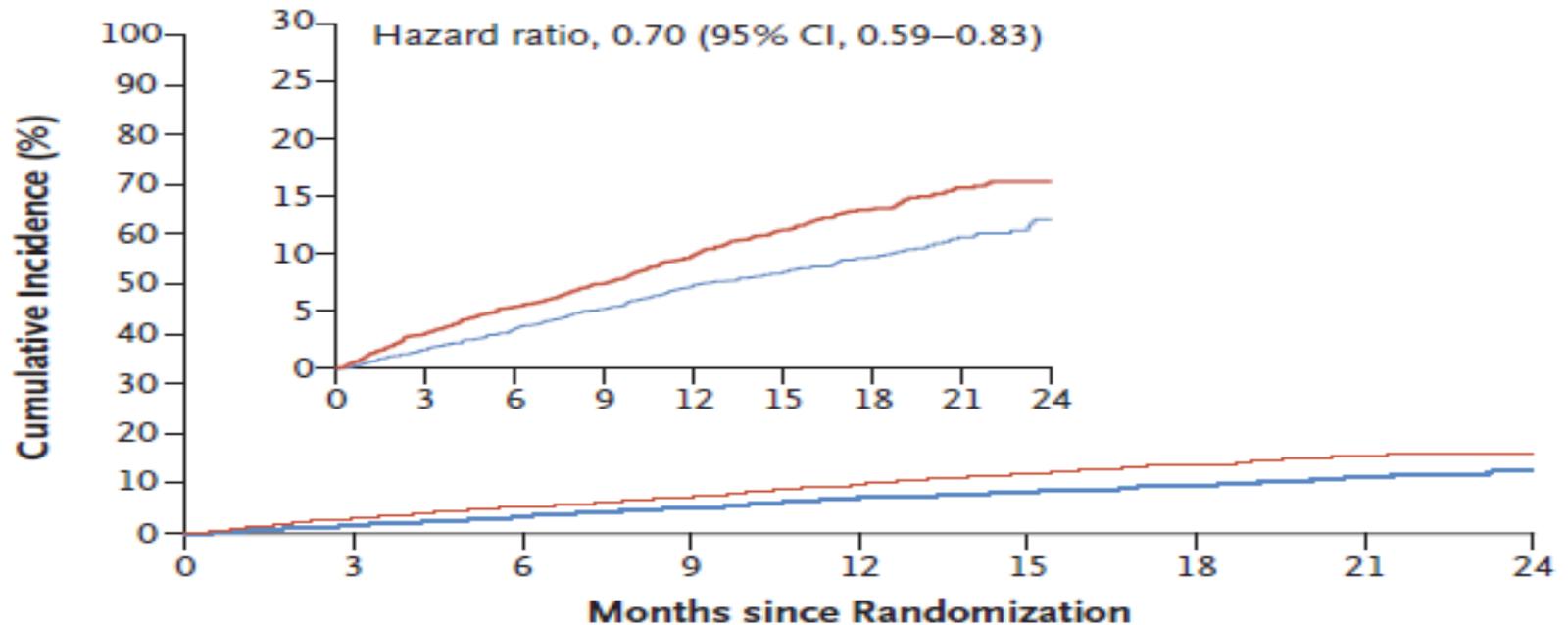


Nouveau consensus de traitement du diabète T2

Effets cardio-vasculaires des gliflozines (inhibiteurs SGLT2)

ORIGINAL ARTICLE

B Hospitalization for Heart Failure



No. at Risk

Placebo	2371	2264	2168	2082	1924	1483	1101	596	212
Dapagliflozin	2373	2306	2223	2153	2007	1563	1147	613	210

- Nouvelles classes thérapeutiques avec profils cliniques bien adaptés en gériatrie (en particulier gliptines)
- Permettent de retarder le passage à l'insuline et de simplifier les schémas en minimisant les hypoglycémies
- Encore peu d'expérience à long terme avec GLP1-RA et gliflozines (masse musculaire ? Masse osseuse ?)
- Possibilités thérapeutiques non-insuliniques même en insuffisance rénale sévère
- Gliflozines : font évoluer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

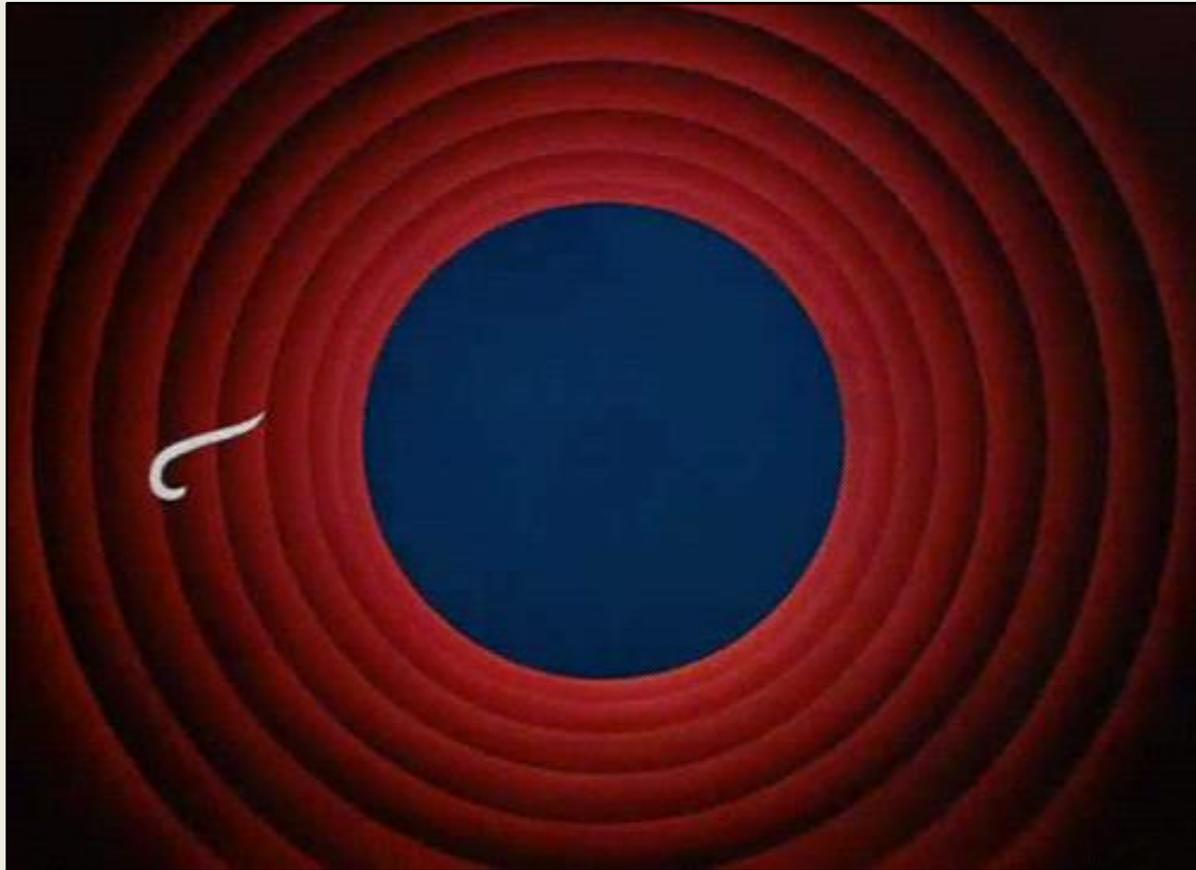
Nouveau consensus de traitement du diabète T2

Application en gériatrie : Conclusions

Hôpital
Erasme



ULB



Merci pour votre attention