Ophtalmo en Duo 2015 - Diabète
L'essentiel de nos échanges pluridisciplinaires

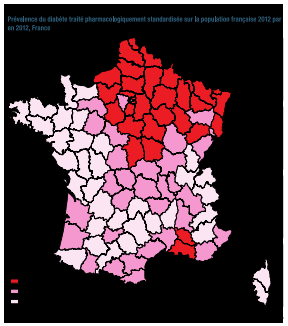
Dr.Allieu, Dr.Navarre, Dr.Rohart

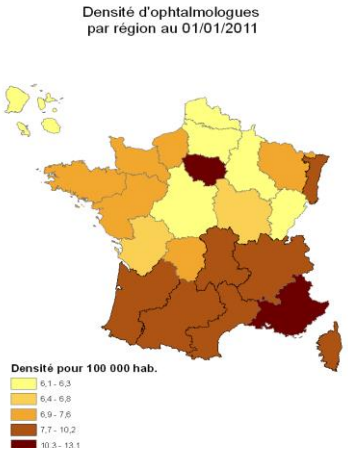
Table ronde I
Dépistage – Dossier partagé – Situations à risque

Problématique du dépistage

- Dépistage insuffisant
  - Mauvaise information
  - Difficultés d'accès aux soins
  - Disparité géographique
  - Dépenses de santé

- Comment ?
  - FO avec ophtalmologistes
  - Rétinographies et télédiagnostic
  - Programme de dépistage organisé (camionnettes)





⇒ Dépistage = diagnostic précoce et traitement précoce

Les recommandations de l'HAS

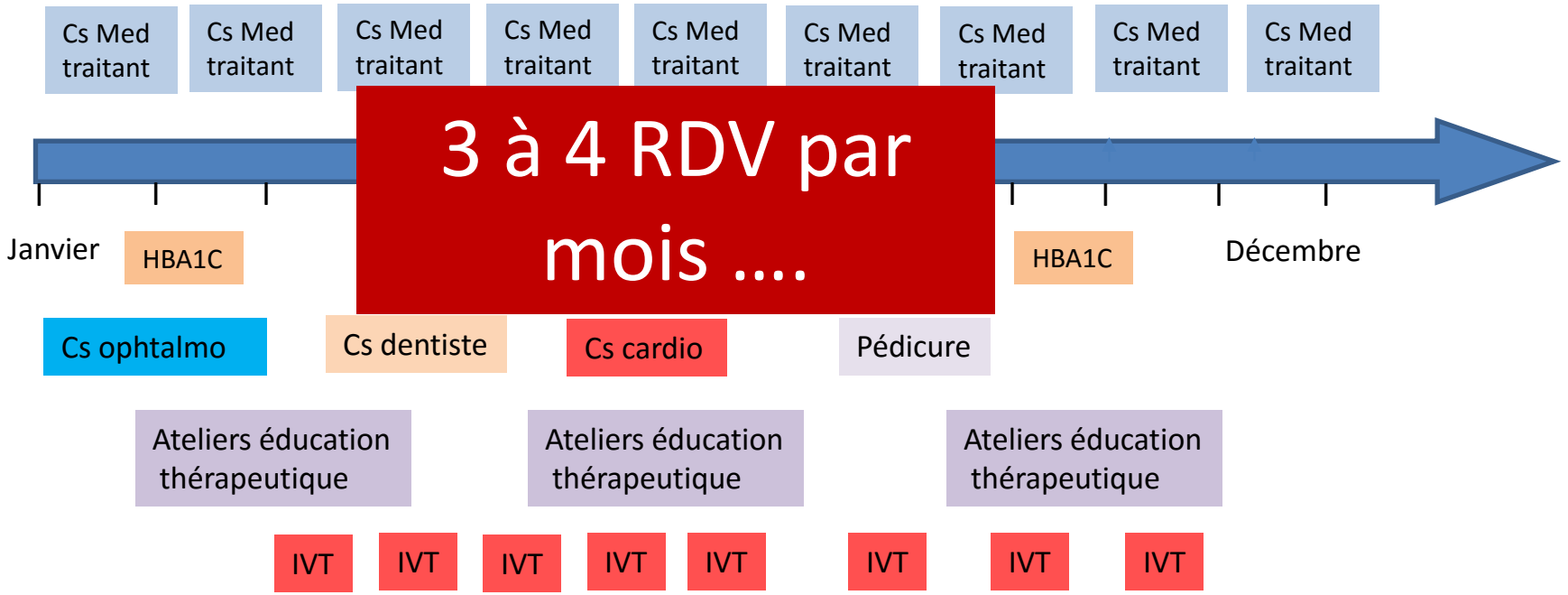
- Quand :
  - Un dépistage dès le diagnostic de type 2 et après 3 ans d'évolution dans le type 1
  - Un dépistage de la RD est possible tous les 2 ans en l'absence de RD en cas de diabète non insulinotraité et bien équilibré sur le plan glycémique et tensionnel

Les recommandations de l'HAS

- Comment :
  - Fo dilaté chez l'ophtalmologiste
  - Rétinophotos et télédiagnostic (1 rétinophoto centrée sur la macula et 1 sur la papille de chaque oeil) en s'assurant de la qualité des photos et de lecture

Dossier partagé

Suivi du patient diabétique ….



Etude ENTRED 2003-2007
Recommandations HAS
Etude RESTORE, DRCR net

IMPORTANCE DE LA COMMUNICATION

Quelles sont les différentes approches pour améliorer la communication ?

Communication inter-praticiens difficile

Nombreuses consultations et praticiens

Dossier médical partagé

Réseaux

Fiche de liaison

Consultations Multi-disciplinaires
Expérience du CUDC
(Centre universitaire du diabète et de ses complications - Lariboisiere)

Situations à risque

- La grossesse
  - ⇒ Rythme de surveillance :
  - FO avant ou en début de grossesse
  - Pas de RD : FO trimestriel
  - RD : FO au moins mensuel
  - FO du post partum
- La puberté
- L'intensification thérapeutique

Importance de la coordination des différents acteurs avec indication de PPR semi-urgente dès le stade de préproliférant et + ou – IVT d'anti-vegf (contre-indiqué pendant grossesse)

L'intensification thérapeutique

- Le phénomène de réentrée normoglycémique
- Aggravation de la RD : 6 à 12 mois après la rééquilibration
- La RD floride du sujet jeune diabétique de type 1 reste potentiellement cécitante et une urgence thérapeutique

Autres situations à risque

- Décompensation rénale
- Décompensation tensionnelle
- Décompensation cardiorespiratoire sévère
- Chirurgie cataracte

Communiquons !

Table ronde II
Importance des facteurs systémiques : de l'intention à l'application

- Le principal facteur susceptible d'influencer l'oedème maculaire est l '**HTA**

Que savons-nous ?

HTA

•Diab. Type 1 : HTA le plus souvent liée à la **néphropathie**, apparaît plusieurs années de diabète

•Diab. Type 2 : HTA **essentielle** souvent diagnostiquée avant le diabète

Néphropathie

•Microalbuminurie
(30-300 mg/24h)

•Albuminurie
(> 300 mg/24 h)
= **néphropathie déclarée**

Les études

- Sur l'OMD :

  Contrôle strict de la TA diminue l'incidence de l'OMD de **50 %** à 9 ans (UKPDS, diab. 2)
  L'incidence de l'OMD est liée à la **TA systolique** (KLEIN)

- Sur la rétinopathie diabétique :

  Contrôle strict de la TA (<144-82)
  => réduction de **40 %** des complications microvasculaires et de la progression de la RD (UKPDS, diab 2)

- La TA systolique cible chez les patients diabétiques doit être inférieure à 140
- La Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle doit être volontiers demandée, et systématiquement en cas de syndrome néphrotique associé
- Il faut attendre 3 à 6 mois avant de traiter un OMD en cas d'HTA associée mal équilibrée
- Une optimisation de la tension artérielle peut suffire à faire disparaître un OMD

- En cas de néphropathie diabétique, il existe quasiment toujours une rétinopathie diabétique, l’inverse n’étant pas vrai

Que savons-nous ?

Rôle connu du déséquilibre glycémique dans l'incidence et la progression de l'OMD

UKPDS Lancet 1998
Réduction de 25 % du risque de complications microangiopathiques chez le diabétique de type 2 traité intensivement
DCCT New England Journal of Medicine 1993 / EDIC
Réduction de 23 % de risque d'OMD chez le diabétique de type 1 traité intensivement
WESDR Ophthalmology 2009 Une augmentation de 1 % du taux d'Hb A1C sur 4 ans augmente de 22 % l'incidence à 10 ans de l' OMD

Impact négatif du déséquilibre glycémique sur l'efficacité des anti VEGF

Persistent diabetic macular edema is associated with elevated hemoglobin A1c
Do *Am J Ophthalmol .*
Glucose regulation influences treatment outcome in ranibizumab treatment for diabetic macular edema
Banu J Diabetes Complications. 2011
The impact of metabolic parameters on clinical response to VEGF inhibitors for diabetic macular edema
Matsuda S. Journal of Diabetes and its complications 2014

Que savons-nous ?

Intérêt d'un intensification précoce : La mémoire métabolique

Importance de l'équilibre glycémique en début de prise charge
Optimisation de l'équilibre « moins bénéfique » en cas de diabète ancien

Prolongement des grandes études - EDIC (Diabetes Care 1999)

Risque cardiovasculaire si équilibration strict et hypoglycémies

Etude ACCORD EYE, ADVANCE (N Engl J Med 2008), VADT (2009)

----------> Notion d'objectif cible personnalisé

Objectifs glycémiques selon le profil du patient

Profil du patient		HbA1c cible
Cas général	La plupart des patients avec DT2	≤ 7 %
	DT2 nouvellement diagnostiqué, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardio-vasculaire	≤ 6,5 %[1]
	DT2 : • avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (< 5 ans) • ou avec des complications macrovasculaires évoluées • ou ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères	≤ 8 %
Personnes âgées	Dites « vigoureuses » dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
	Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l
Patients avec antécédents (ATCD) cardio-vasculaires	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme non évoluée	≤ 7 %
	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme évoluée : • infarctus du myocarde (IDM) avec insuffisance cardiaque • atteinte coronarienne sévère (tronc commun ou atteinte tritronculaire ou atteinte de l'interventriculaire antérieur [IVA] proximal) • atteinte polyartérielle (au moins deux territoires artériels symptomatiques) • artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique • accident vasculaire cérébral récent (< 6 mois)	≤ 8 %
Patients avec insuffisance rénale chronique (IRC)	IRC modérée (stades 3A[2] et 3B)	≤ 7 %
	IRC sévère ou terminale (stades 4 et 5)	≤ 8 %
Patientes enceintes ou envisageant de l'être	Avant d'envisager la grossesse	< 6,5 %
	Durant la grossesse	< 6,5 % et glycémies < 0,95 g/l à jeun et < 1,20 g/l en post-prandial à 2 heures

1. Sous réserve d'être atteint par la mise en œuvre ou le renforcement des mesures hygiéno-diététiques puis, en cas d'échec, par une monothérapie orale (metformine, voire inhibiteurs des alphaglucosidases).
2. Stades 3A : DFG entre 45 et 59 ml/min/1,73 m², 3B : DFG entre 30 et 44 ml/min/1,73 m², stades 4 : entre 15 et 29 ml/min/1,73 m² et 5 : < 15 ml/min/1,73 m².

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique « Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 » – Recommandations pour la pratique clinique – validation par le collège en janvier 2013.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur le site de la HAS.

Une autre variable importante : l'amplitude des oscillations glycémiques

Le taux de la dernière Hb glyquée seul ne suffit pas à se faire une idée de l'équilibre glycémique. Il est important de prendre en compte la fréquence et l'amplitude des hypoglycémies associées.

Les déséquilibres glycémiques

En cas de déséquilibre glycémique, le délai de prise en charge de l'OMD dépend du type de déséquilibre.

Il existe différents profils de déséquilibre : aigus et subaigus, chroniques pouvant être facilement régulés, chroniques pouvant difficilement être régulés.

Définition SAS :
American academy of sleep medicine

A. Somnolence diurne excessive

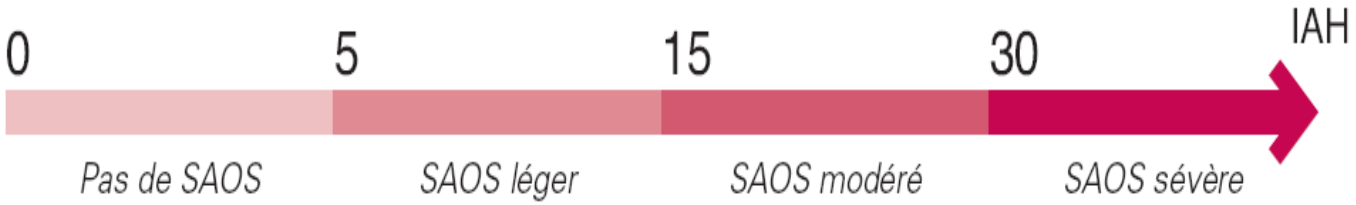
ou

B. 2 au moins des critères suivants :

- Ronflements sévères quotidiens
- Sensation d'étouffement ou suffocation pendant le sommeil
- Sommeil non réparateur
- Fatigue diurne
- Difficulté de concentration
- Nycturie

+

C. Critère polysomnographique ou polygraphique : Index Apnée + Hypopnée > 5/h de sommeil



Les études

	Population générale	Population diabétique type 2
Prévalence SAS	2 à 4 %	24 %

Prévalence plus importante de SAS chez les diabétiques présentant un OMD

SAS et rétinopathie diabétique :

SAS est un facteur prédictif indépendant de RD

- Chez le diabétique de type 2
- Chez le diabétique de type 1 évoluant depuis plus de 10 ans

Un syndrome d’apnée du sommeil est à rechercher en cas d’obésité et/ou d’œdème maculaire réfractaire au traitement.

Une dyslipidémie est un facteur de risque d’exsudats et d’OMD.