



**LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LE DIABETE « LAREDIAB »**  
**SERVICE DE MEDECINE INTERNE ET SERVICE DE PNEUMOLOGIE**

جمعية الطب الداخلي الجامعي لولاية تلمسان

**ASSOCIATION DE MEDECINE INTERNE UNIVERSITAIRE DE LA WILAYA DE TLEMEN « AMIWI »**

**ORGANISENT LES SEPTIEMES JOURNEES SUR LE DIABETE ET LES MALADIES VASCULAIRES**

**PREMIER SEMINAIRE DU LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LE DIABETE**



**Vendredi 29 et SAMEDI 30 novembre 2019**

**FACULTE DES SCIENCES DE LA NATURE ET DE LA VIE ET SCIENCES DE LA  
TERRE ET DE L'UNIVERS. UNIVERSITE ABOUBEKR BELKAID «TLEMEN»**

**TITRE : QUEL SULFAMIDE APRES LA METFORMINE EN 2019 ?**

**ORATEUR : Pr Ali Lounici**

**ABSTRACT:**

Le but du traitement du diabète est d'éviter les complications et préserver une de qualité de vie optimale. Le plan de prise en charge doit être fait après un bilan complet clinique incluant l'histoire personnelle et familiale du diabète, et tous les facteurs de risque et les comorbidités associés. Un bilan paraclinique précis à la recherche des complications micro et macro vasculaires. L'objectif glycémique doit être individualisé en fonction des paramètres propres au patient. La recherche des facteurs qui augmentent le risque d'hypoglycémie doit être impérative avant la mise en route des sulfonylurées ou de l'insuline. Outre une alimentation équilibrée selon le mode méditerranéen et une activité physique régulière adaptée. La metformine constitue le traitement fondamental du diabète de type 2 et particulièrement le patient avec un état d'insulino résistance. Selon les dernières recommandations 2019 de l'ADA et EASD, chez les patients avec une maladie cardiovasculaire bien établie, il faut associer après la metformine, une des classes suivantes : agonistes du GLP-1 ou les glifozines qui sont préférés en cas d'insuffisance cardiaque. Pour les patients avec un risque élevé d'hypoglycémie, il faut privilégier les incretines incluant gliptines, les glifozines et les glitazones. En pratique actuelle, comme nous ne disposons pas en Algérie des 4 classes sus cités. Si le patient à une A1c > 10% ou une glycémie à jeun supérieure à 3 g/l, il faut opter pour une insulinothérapie. Dans le cadre d'un traitement personnalisé dite « médecine de précision ». D'abord il faut identifier les diabétiques à haut risque de complications particulièrement les patients avec un état d'insulino résistance élevé. Puis il faut adapter le choix des antidiabétiques en fonction des paramètres du patient qui prédisent le mieux la bonne réponse aux traitements. Cette variation de la réponse individuelle a été démontrée dans certaines études des populations caucasiennes, ou les patients de sexe male avec un BMI bas répondent mieux aux sulfonylurées. **Le choix du sulfamide doit se baser sur la sécurité cardiovasculaire. Dans l'état actuel des données scientifiques basées sur des grandes cohortes de data britannique, américaine et surtout danoise. Nous recommandons de prescrire après la metformine, préférentiellement le gliclazide ou les glinides qui apparemment n'augmentent pas le risque cardiovasculaire chez les diabétiques de type 2.**