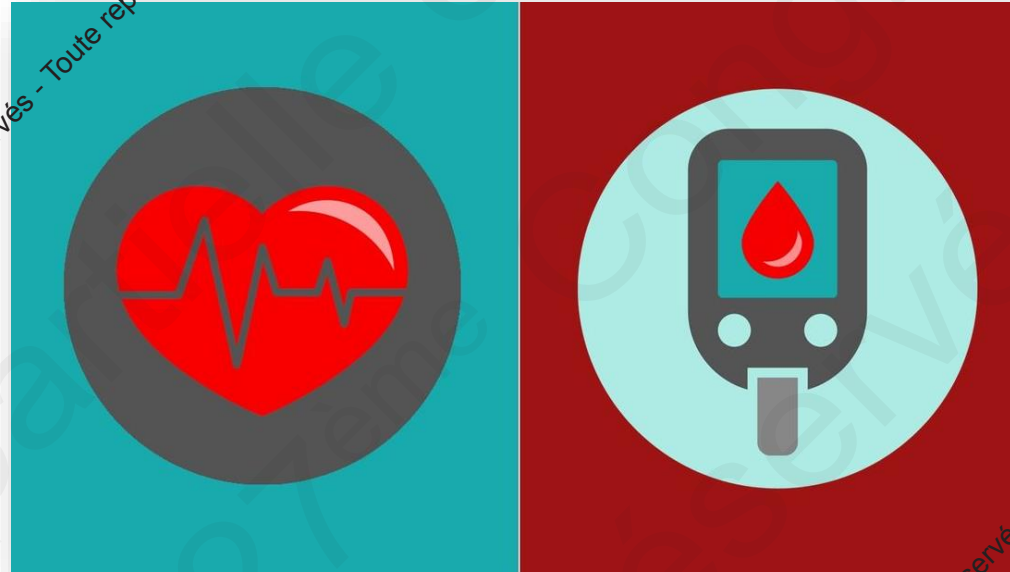


Le patient DT2 à haut risque cardiovasculaire, un profil au centre de nos préoccupations.



Quels enseignements retenir de la prise en charge actuelle ?

Pr Patrice Darmon - Marseille

Liens d'intérêts

J'ai reçu des soutiens financiers pour la recherche, des contreparties financières pour des conférences ou des activités de consultant, ainsi que des invitations en congrès de la part des laboratoires :

Novo Nordisk

Astra Zeneca

Lilly

Sanofi

MSD

Novartis

Boehringer Ingelheim

Abbott

Mundipharma

Bayer

Recommandations de prise en charge du DT2

- **Approche individualisée en fonction du profil clinique du patient**
- **Protection cardiovasculaire et rénale**
- **Place privilégiée des iSGLT2 et des GLP-1 RA**
- **Approche moins « glucocentrée » chez les patients à (haut et) très haut risque cardiovasculaire ou rénal**

ORIGINAL INVESTIGATION

Open Access

CAPTURE: a multinational, cross-sectional study of cardiovascular disease prevalence in adults with type 2 diabetes across 13 countries



Ofri Mosenzon^{1*} , Abdullah Alguwaihes², Jose Luis Arenas Leon³, Fahri Bayram⁴, Patrice Darmon⁵, Timothy M. E. Davis⁶, Guillermo Dieuzeide⁷, Kirsten T. Eriksen⁸, Tianpei Hong⁹, Margit S. Kaltoft⁸, Csaba Lengyel¹⁰, Nicolai A. Rhee¹¹, Giuseppina T. Russo¹², Shinichiro Shirabe¹³, Katerina Urbancova¹⁴ and Sergio Vencio¹⁵ on behalf of the CAPTURE Study Investigators

CAPTURE

Objectif principal

Estimer la **prévalence actuelle (2019)** des **MCV avérées** chez les **patients DT2** dans **13 pays** sur 5 continents

Schéma de l'étude

Etude internationale, **transversale, observationnelle** chez des **adultes DT2 âgés ≥ 18 ans** lors d'une **visite de routine** chez un **généraliste ou un spécialiste** entre décembre 2018 et septembre 2019

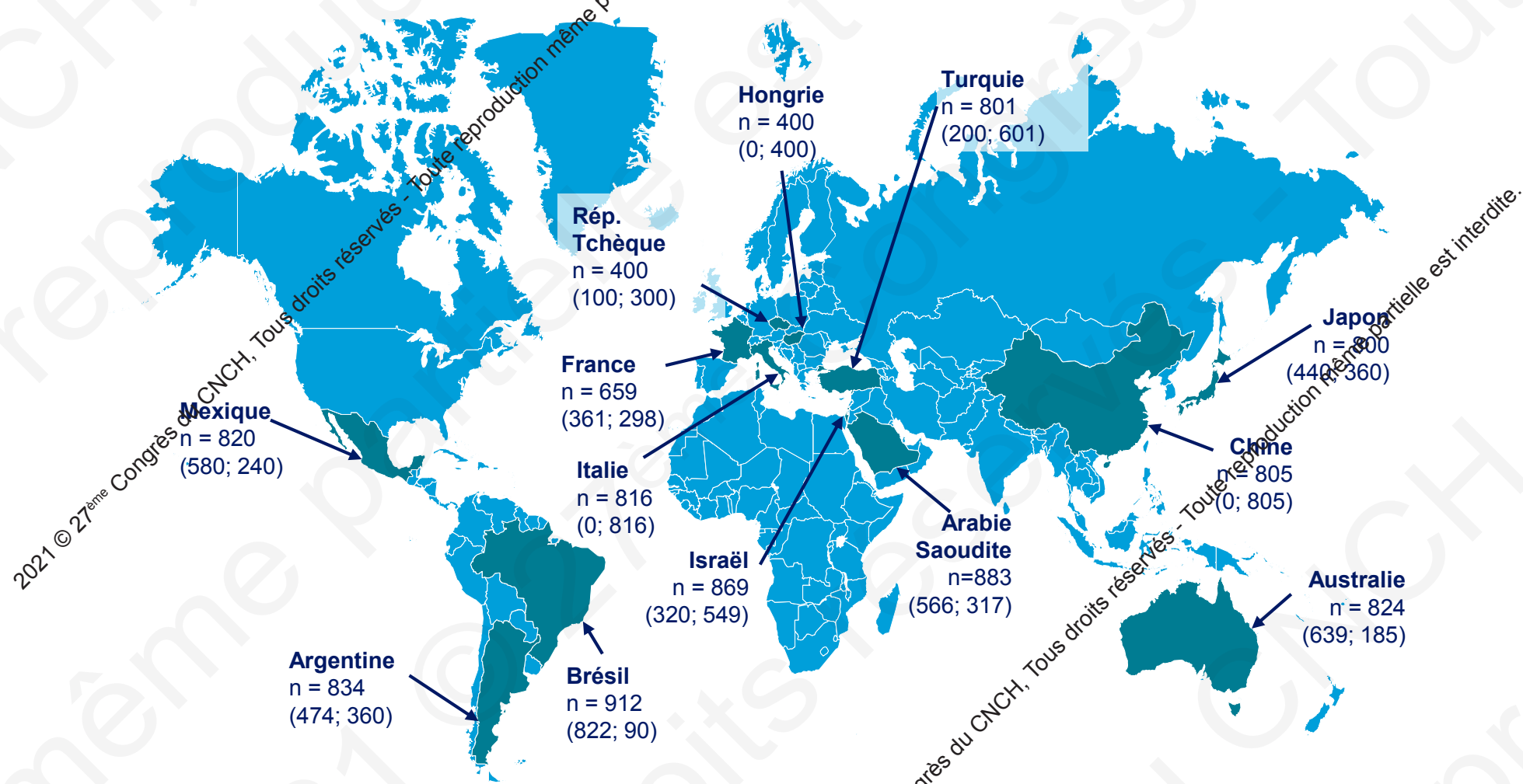
Critère principal

Estimation de la prévalence globale des MCV, pondérée afin de prendre en compte l'importance de la population des diabétiques dans chaque pays

Objectif *post hoc* exploratoire

Explorer si les différences de **prévalence des MCV** selon les **pays** peuvent être expliquées par des **différences d'âge, de sexe et/ou de paramètres cliniques**

Distribution globale des participants à l'étude (n=9823)

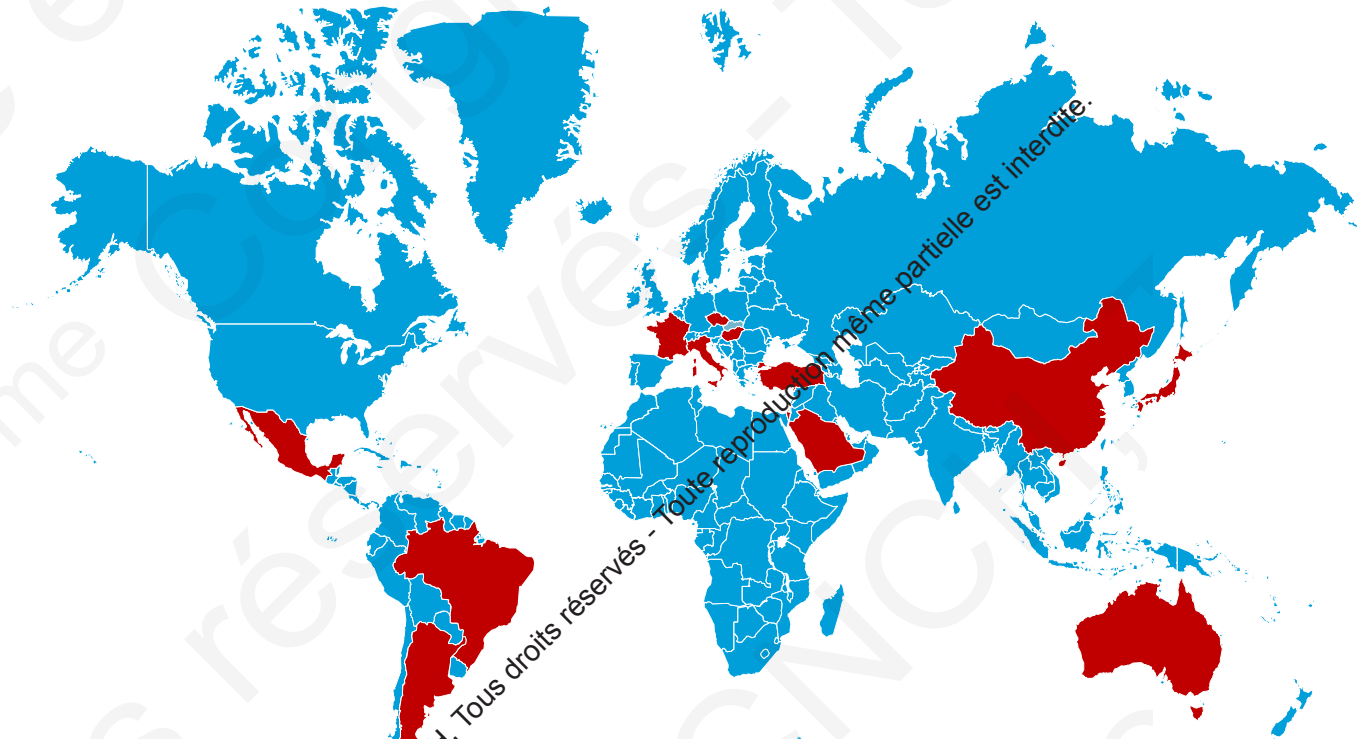
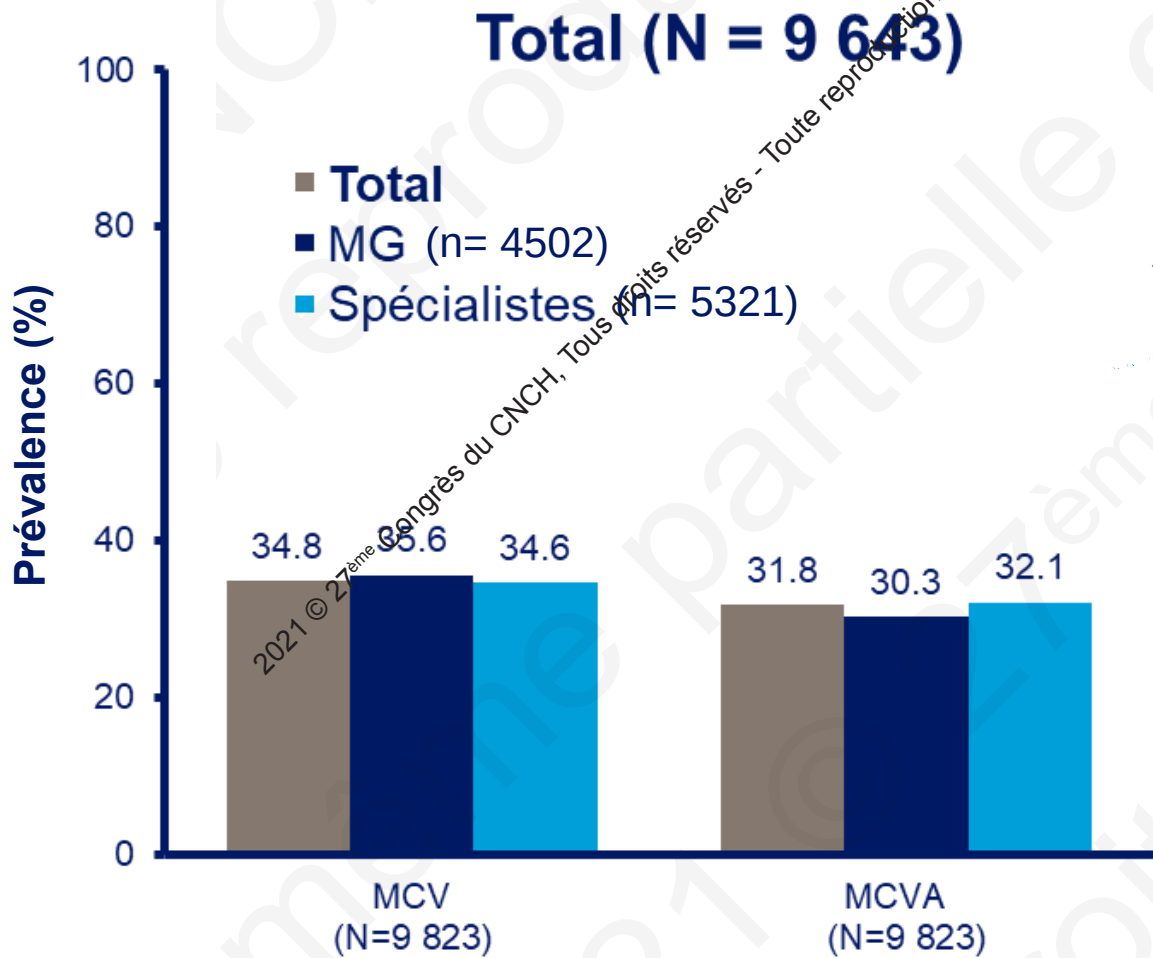


Pays
n = nombre total de participants
(nombre chez les **médecins généralistes** ; nombre chez les **spécialistes**)

Définitions des MCV et MCVA (MCV athérosclérotique)

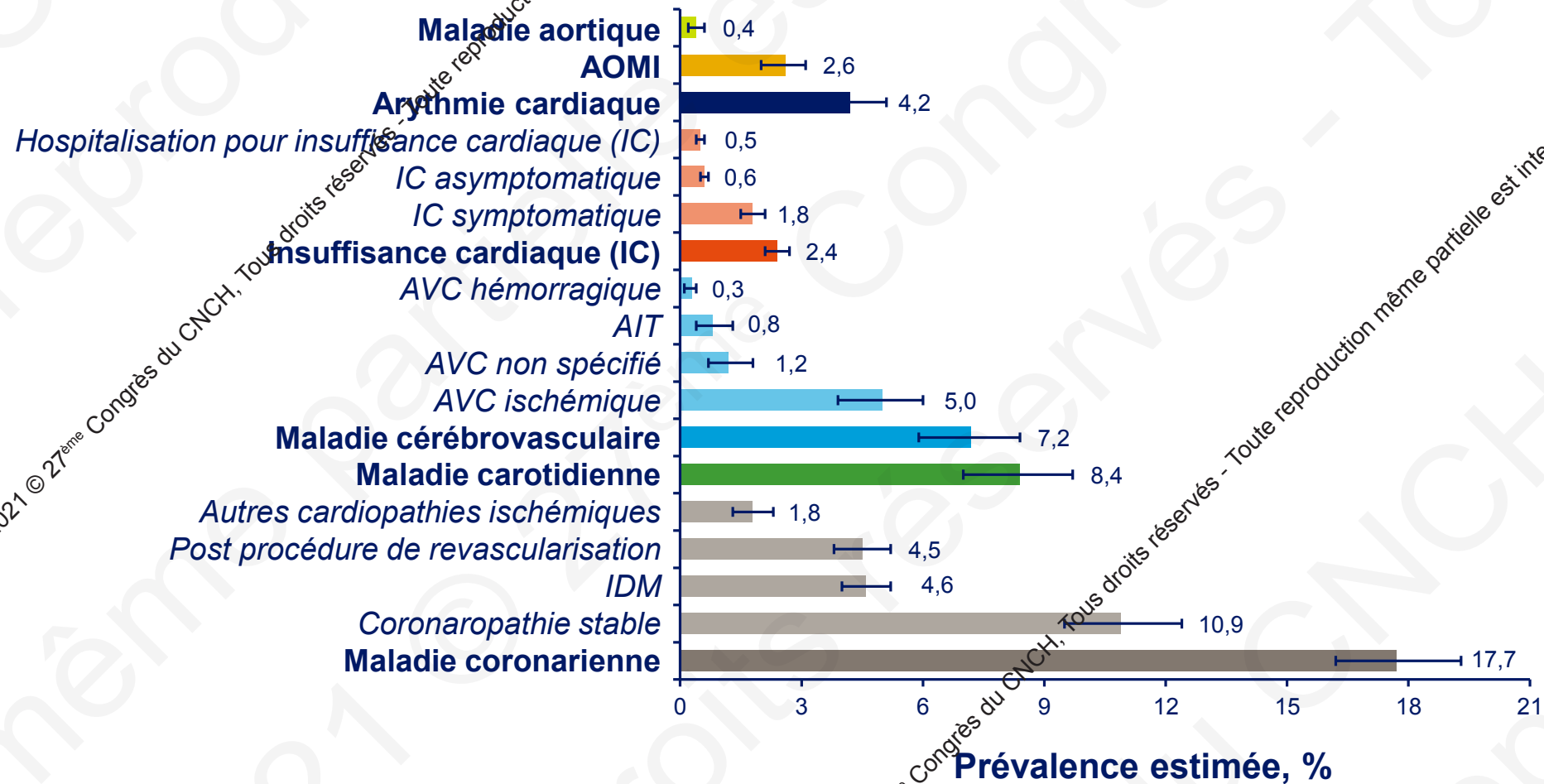
	Sous type MCV	Diagnostics acceptés	Détails optionnels ultérieurs
MCVA	Maladie cérébrovasculaire	AVC ischémique, hémorragique ou non spécifié; AIT	—
	Insuffisance coronaire	IDM	—
		Coronaropathie stable	Comprend également l'angine de poitrine
		Autre pathologie ischémique	—
		Post procédures revascularisation	—
	Maladie des artères carotides	Maladie des artères carotides	—
	AOMI	AOMI asymptomatique	Indice de pression Systolique bas (<0.90) ou abolition d'un pouls
		Claudication	—
		Ischémie des membres	—
		Amputation non traumatique	—
Non-MCVA	Insuffisance cardiaque (IC)	IC symptomatique	groupe II–IV NYHA; FEVG (%) <40, 40–<50, ou ≥50%
		IC asymptomatique	groupe I NYHA avec FEVG(%) <40, 40–<50, ≥50%, ou inconnu
		Hospitalisation pour IC	—
	Arythmie cardiaque et troubles de la conduction	Fibrillation atriale	—
		Flutter atrial	—
		Tachycardie ventriculaire	—
		Tachycardie supra-ventriculaire	—
		Fibrillation ventriculaire	—
		Bradyarythmie	Dysfonction du nœud sinusal ou bloc atrio-ventriculaire
	Maladie aortique	Dissection aortique	—
		Anévrisme aortique	—
		Pathologie aortique thrombo-embolique	—

Prévalence globale des MCV dans les 13 pays



MCVA, maladies cardiovasculaires athérosclérotiques ; MCV, maladies cardiovasculaires.

Prévalence globale des MCV en fonction du sous-type et du diagnostic



Les données présentées sont des estimations de la prévalence globale (IC 95%), qui ont été pondérées en fonction de l'importance de la population des diabétiques dans chaque pays. Les diagnostics ne sont pas mutuellement exclusifs.

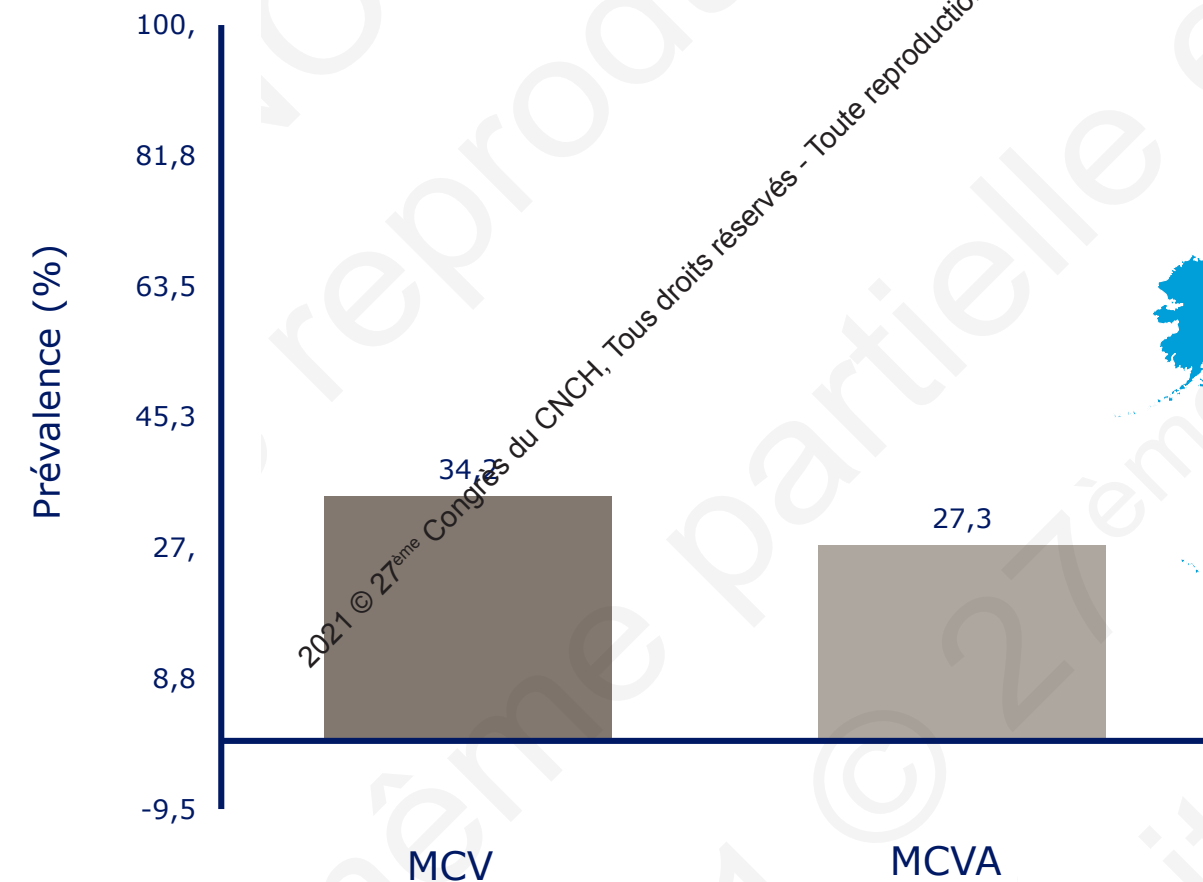
Caractéristiques démographiques et cliniques

	 Tous (N=9823)	 MCV (n=3582)	 Pas de MCV (n=6241)
Femmes, %	45.5	38.7	49.3
Âge, années	64.0 [56.0–71.0]	68.0 [61.0–75.0]	62.0 [54.0–69.0]
Durée du diabète, années	10.7 [5.6–17.9]	13.0 [7.2–20.0]	9.8 [4.8–15.9]
HbA_{1c}, %	7.3 [6.6–8.4]	7.4 [6.6–8.5]	7.3 [6.5–8.3]
IMC, kg/m²	29.0 [25.8–33.1]	28.9 [25.7–33.1]	29.1 [25.8–33.1]
PAS, mmHg	130 [120–140]	130 [120–142]	130 [120–140]
PAD, mmHg	78 [70–82]	76 [70–81]	80 [70–83]
Hypertension, %	70.1	82.9	62.7
LDL-c, mmol/L	2.39 [1.81–3.08]	2.12 [1.62–2.77]	2.54 [1.98–3.19]
HDL-c, mmol/L	1.15 [0.98–1.40]	1.11 [0.93–1.32]	1.18 [0.99–1.42]
DFGE, %			
>89 mL/min/1.73 m²	34.7	24.5	40.5
>59–89 mL/min/1.73 m²	44.3	44.8	44.1
>29–59 mL/min/1.73 m²	18.3	26.2	13.8
≤29 mL/min/1.73 m²	2.7	4.5	1.7
Tabagisme, n (%)			
Fumeur actif	1322 (13.6)	465 (13.1)	857 (13.9)
Ancien fumeur	2613 (26.9)	1268 (35.7)	1345 (21.8)
Jamais	5790 (59.5)	1814 (51.1)	3976 (64.4)

Les données présentées sont des médianes [extrêmes] excepté indication contraire.

Résultats pour l'objectif principal

FRANCE, PRÉVALENCE DE MCV ET MCVA



Soins primaires vs secondaires 25,2 vs 43,3%

Prévalence des MCV selon les pays

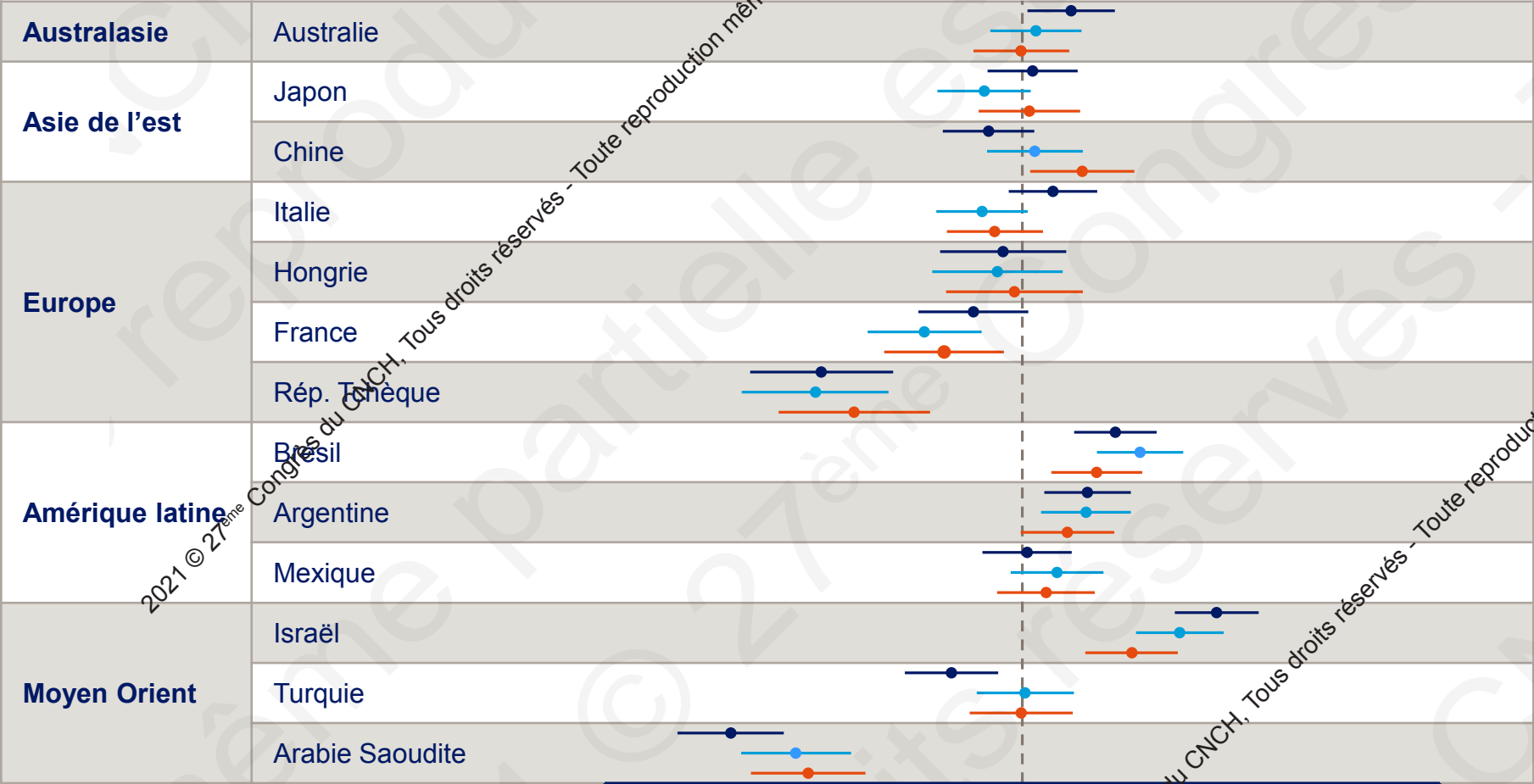
Région	Pays	Estimation de la prévalence des MCV, %
Toutes	Tous	34.8 [32.7; 36.8]
Australasie	Australie	40.1 [36.8; 43.4]
Asie de l'est	Japon	37.3 [34.2; 40.3]
	Chine	33.9 [30.6; 37.3]
Europe	Italie	38.8 [35.5; 42.2]
	Hongrie	35.0 [30.3; 39.7]
	France	34.2 [30.7; 37.8]
	Rép Tchèque	22.8 [18.8; 26.7]
Amérique latine	Brésil	43.9 [40.9; 46.8]
	Argentine	41.5 [38.4; 44.7]
	Mexique	36.9 [34.1; 39.6]
Moyen Orient	Israël	56.5 [52.8; 60.2]
	Turquie	31.2 [28.0; 34.4]
	Arabie Saoudite	18.0 [15.5; 20.5]

10 20 30 40 50 60 70

Estimation de la prévalence
des MCV, %

OR de prévalence pour les MCV

Par pays en comparaison à la totalité des résultats de l'étude



Modèle 0 : non ajusté

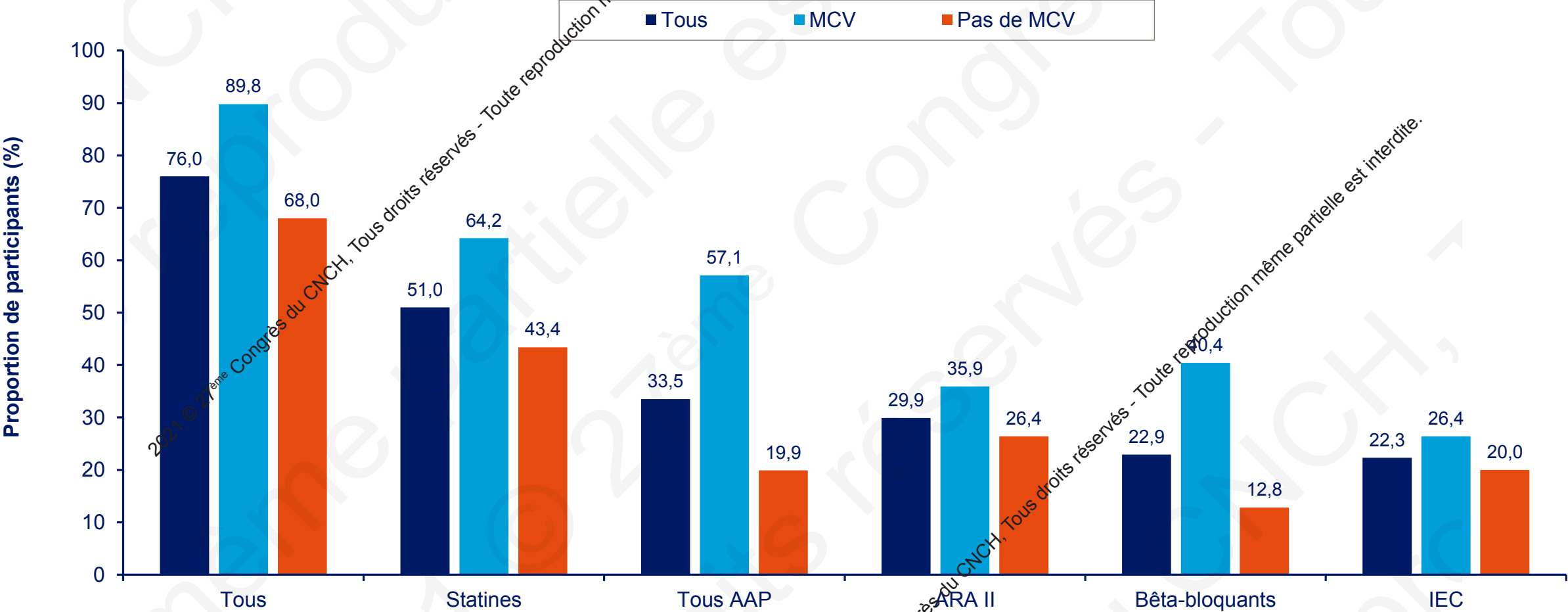
Modèle 1 : ajusté sur l'âge et le sexe

Modèle 2 : ajusté sur l'âge, le sexe, l'IMC, l'HbA_{1c}, la durée du diabète, l'hypertension, le LDL-c, le HDL-c, le tabagisme, l'existence d'une néphropathie, d'une neuropathie, d'une rétinopathie

OR de prévalence [IC 95%] issus d'un modèle de régression logistique avec le pays comme covariable. Imputation des données manquantes.

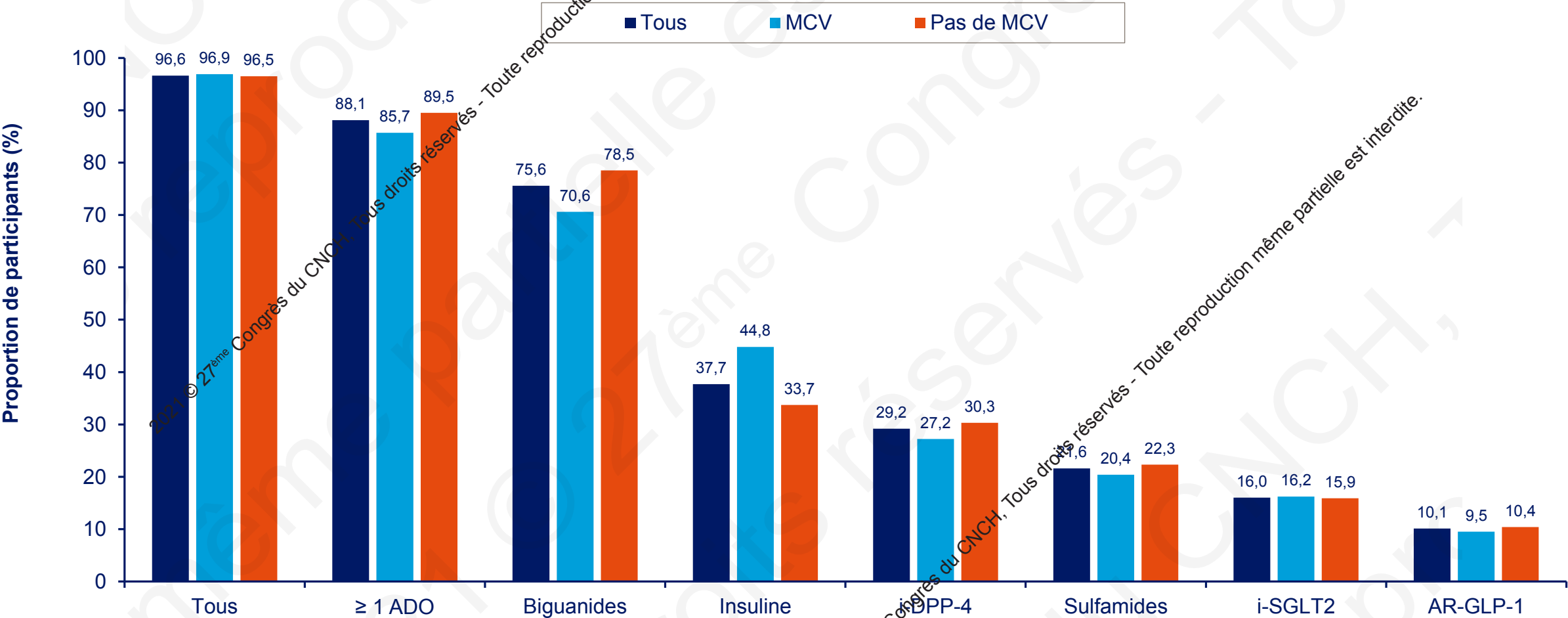
OR plus faible de MCV OR plus élevé de MCV
OR de prévalence

Utilisation de traitements à visée CV



AAP = anti-plaquettaires

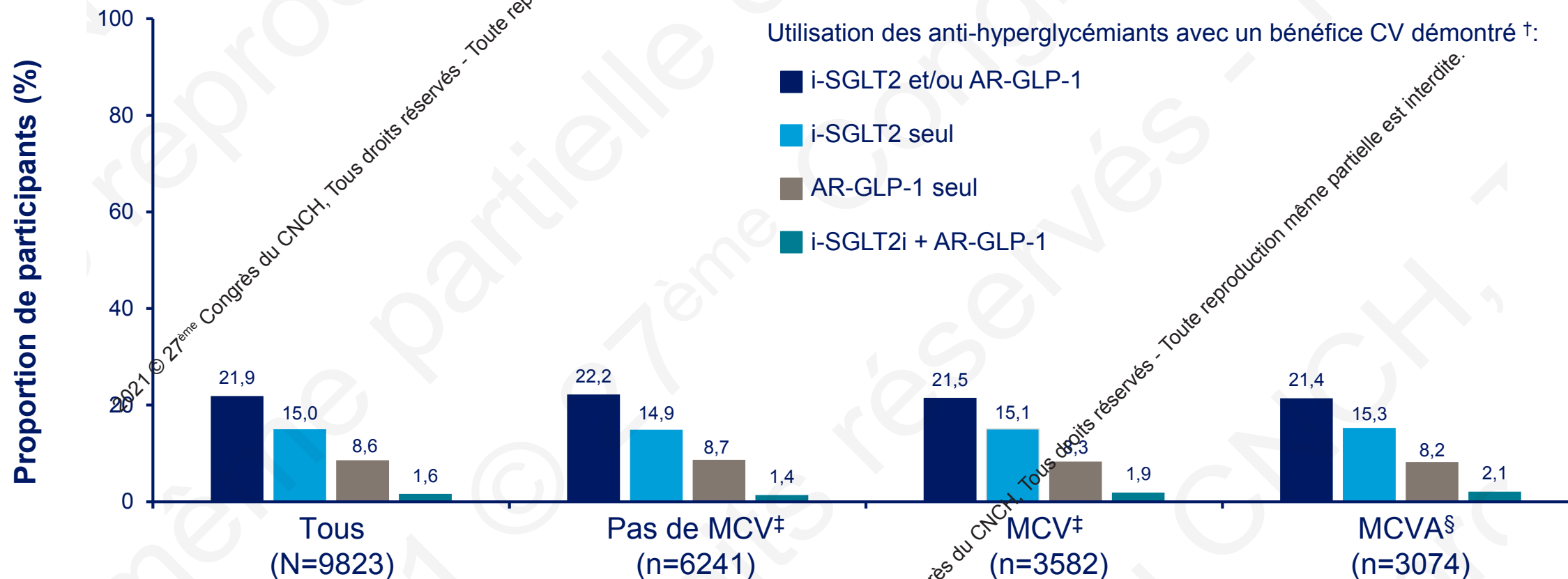
Utilisation des anti-hyperglycémiant



Utilisation des anti-hyperglycémiants avec un bénéfice CV démontré



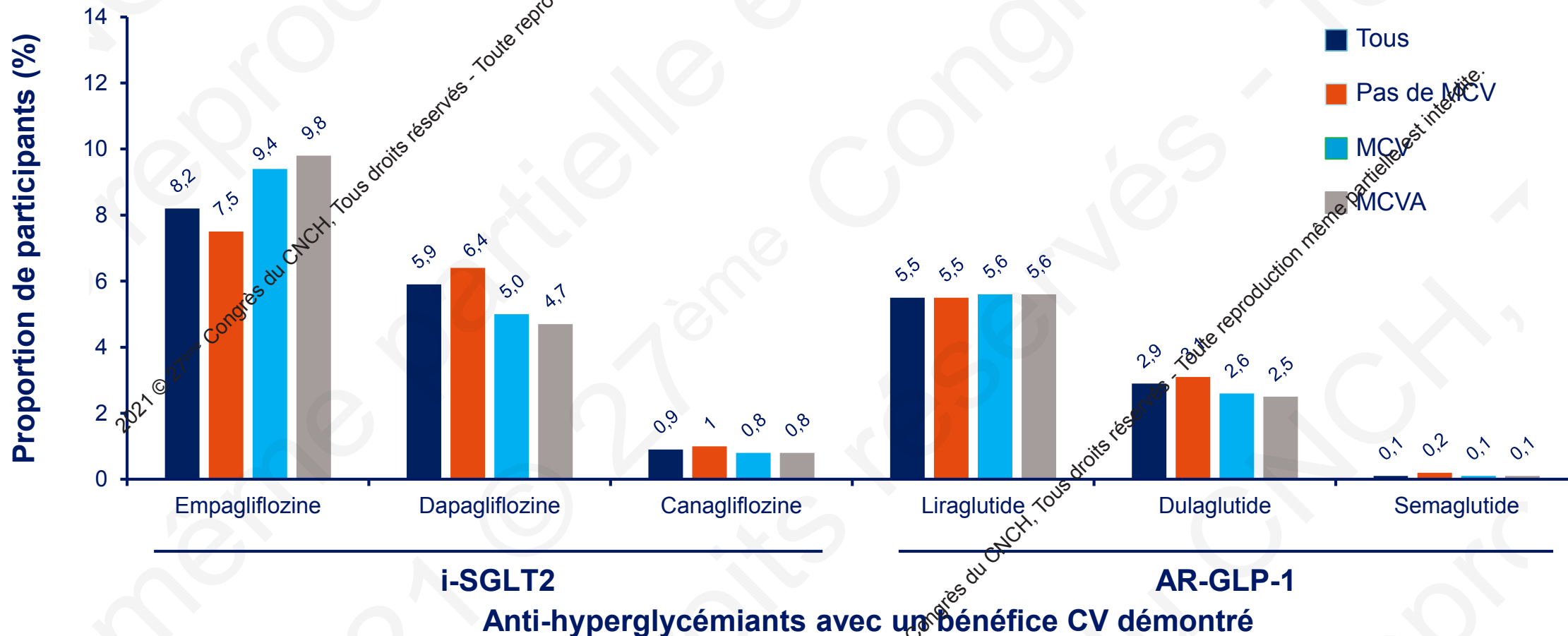
Tous et selon l'existence ou non d'une MCV



†AR-GLP-1 et/ou i-SGLT2 avec bénéfice CV démontré. ‡MCV: Maladie cardiovasculaire; maladie carotidienne; insuffisance coronaire; AOMI; insuffisance cardiaque; troubles du rythme; maladie aortique. §MCVAS: Maladie cardiovasculaire; atteinte des artères carotidiennes; insuffisance coronaire; AOMI

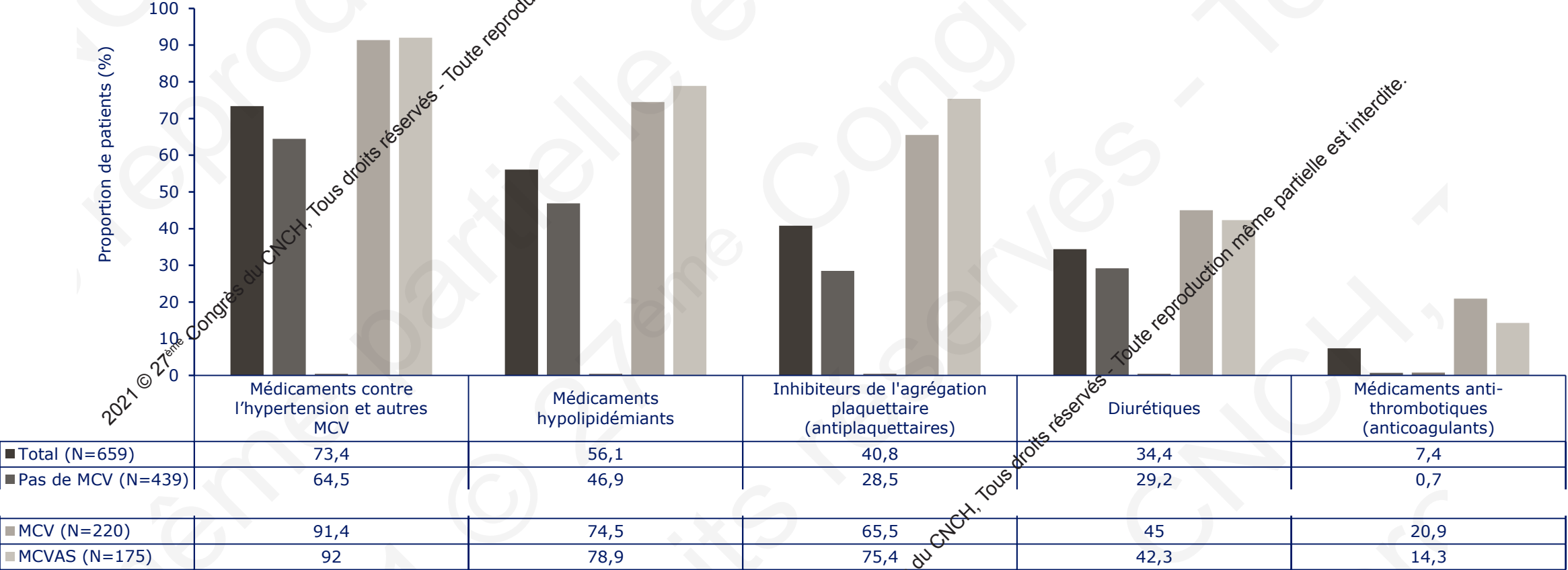
Utilisation des anti-hyperglycémiant avec un bénéfice CV démontré

En fonction des molécules et des classes thérapeutiques



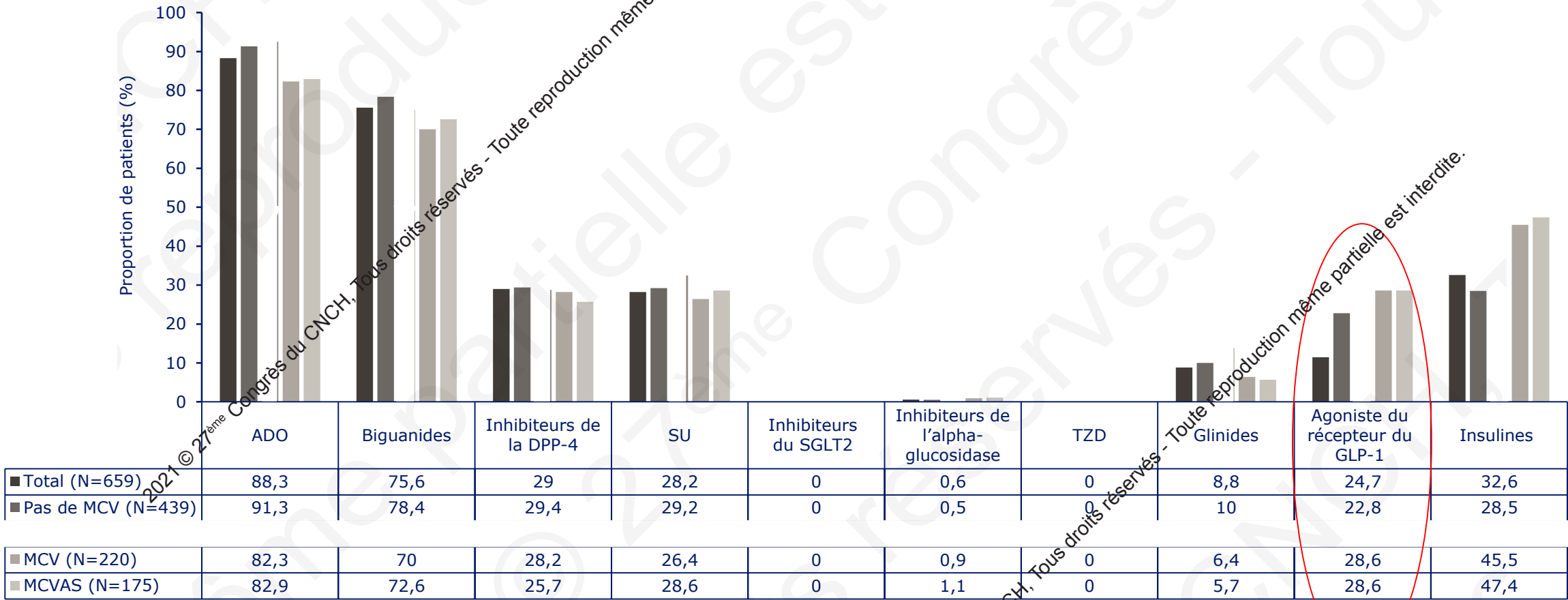
Utilisation de médicament à visée CV

FRANCE – STRATIFICATION PAR ENSEMBLE D'ANALYSE

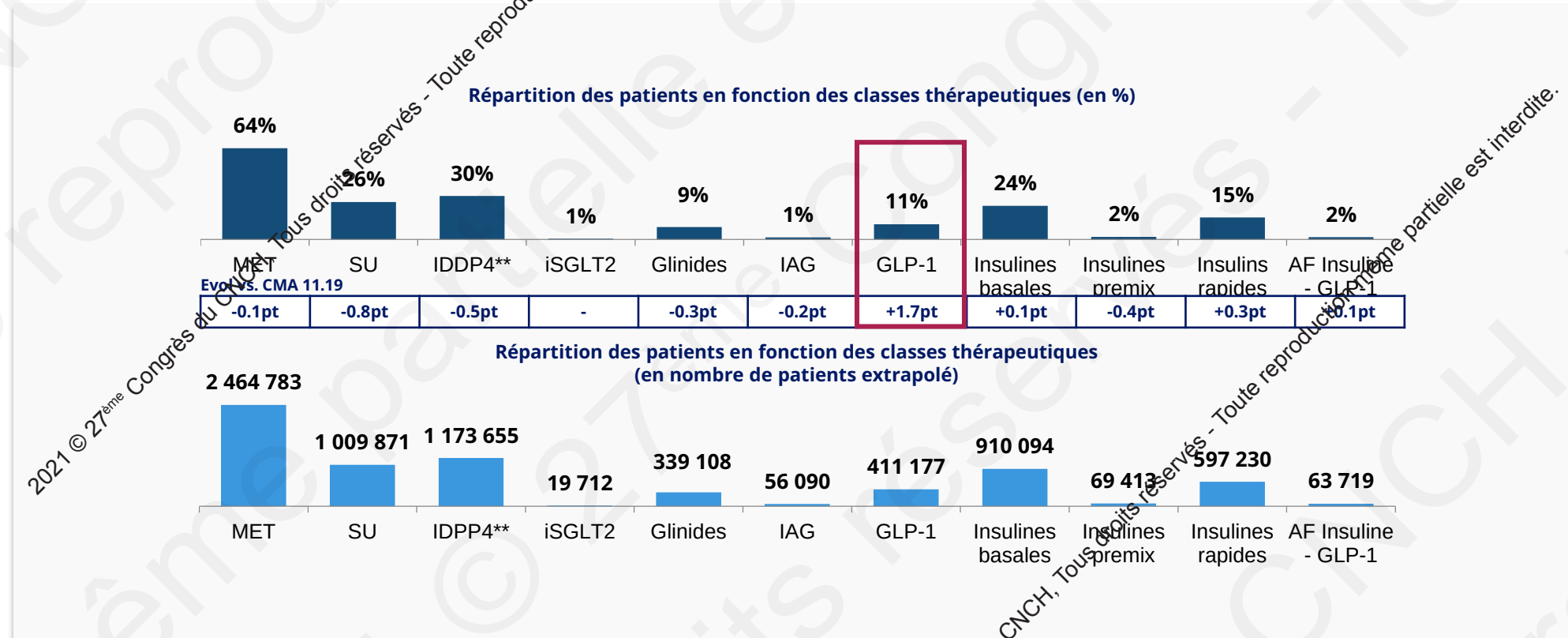


Utilisation de médicaments antidiabétiques

FRANCE – PAR CLASSE DE MÉDICAMENT – STRATIFICATION PAR ENSEMBLE D'ANALYSE



En France, 11 % des patients diabétiques ont été traités par un AR GLP-1 en 2020, en augmentation par rapport à 2019 (+1,7pt)



*Le Total patients (=compte distinct de patients ayant reçu au moins une délivrance dans la période de 12 mois) est inférieur à la somme des patients traités par chacun des traitements pris séparément car un patient peut-être traité par plusieurs traitements antidiabétiques simultanément

** iDPP-4 incluant l'association fixe (iDPP-4+Metformine)

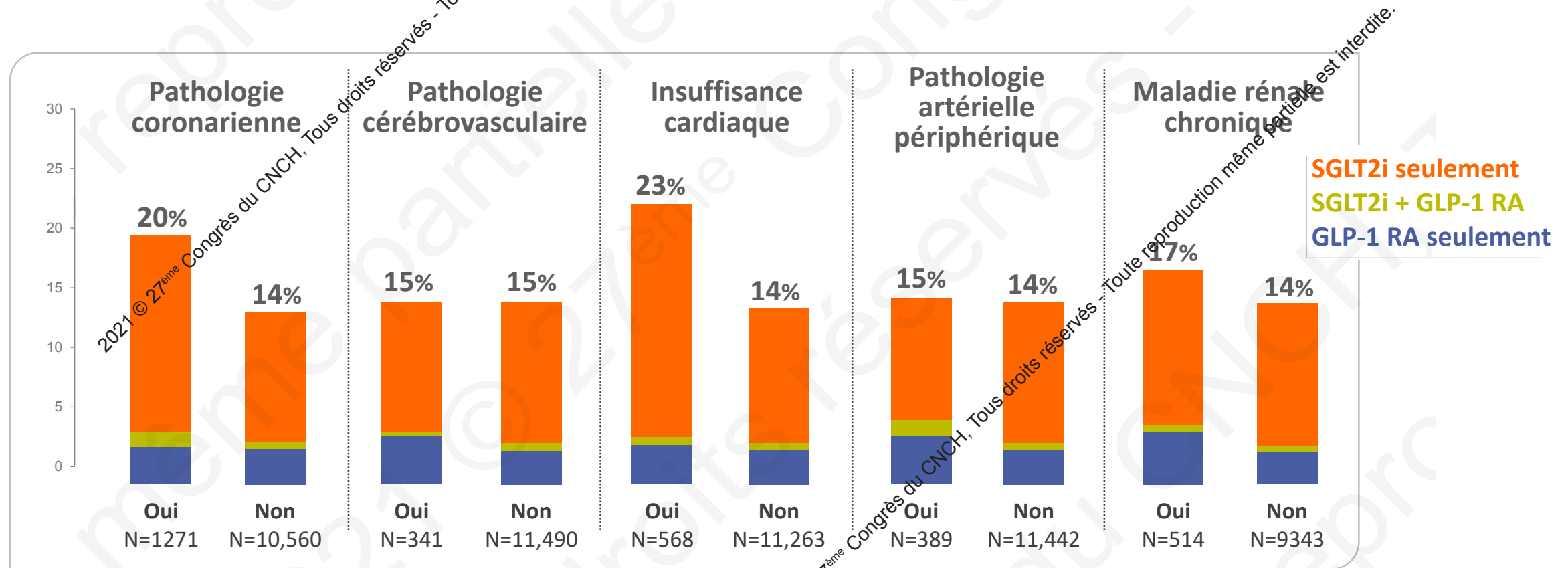
Source: IQVIA LTD CMA Nov. 2019 et CMA Nov. 2020

Nombre de patients extrapolé.

Une utilisation sous optimale des traitements par iSGLT2 et AR GLP-1 : résultats de l'étude DISCOVER

14 576 patients DT2 issus de 37 pays. Initiation d'un traitement de 2ème ligne en 2014/2016 - Suivi 3 ans

A l'inclusion : iSGLT2 ou AR GLP-1 = 10,8% → A 3 ans : iSGLT2 ou AR GLP-1 = 19,4%



Recommandations de prise en charge du DT2

- Approche individualisée en fonction du profil clinique du patient
- Protection cardiovasculaire et rénale
- Place privilégiée des iSGLT2 et des GLP-1 RA
- Approche moins « glucocentrée » chez les patients à (haut et) très haut risque cardiovasculaire ou rénal

... mais encore insuffisamment appliquées en pratique !

**Nouvelle prise de position de la Société Francophone du Diabète
sur les stratégie d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiant
dans le diabète de type 2**