

Médicament	Posologie	Conditions d'administration	Propriétés pharmacologiques	Contre-indications	Effets indésirables fréquents	Associations contre-indiquées	Précautions d'emploi	Associations déconseillées
Biguanides Metformine 1g de chlorhydrate de metformine (glucophage* et génériques)= 780 mg de metformine base 1g d'embonate de metformine (stagid*) correspond à 400 mg de metformine base Attention remplacement : Stagid /metformine 500	Chlorhydrate de Metformine DFG > 60ml/min Instauration à dose progressive jusqu'à dose max tolérée 500–1000 mg 2-3x/j, D max 3 g/j <ul style="list-style-type: none"> • <i>Adaptation en cas d'IR</i> 45<DFG<59 ml/min : D max 2 g/j 30<DFG<44 ml/min D max 1 g/j	Au cours des repas ou à la fin des repas.	Action nécessitant la présence d'insuline endogène ou exogène. Action anti-hyperglycémiant par réduction de la néoglucogénèse hépatique et dans une moindre mesure augmentation de l'utilisation périphérique du glucose réduisant l'HbA1c de 1% environ. Pas de métabolisation. Élimination urinaire	Insuffisance rénale sévère (DFG <30 mL/min), Acidocétose diabétique Pathologies aiguës susceptibles d'=> une hypoxie tissulaire sévère (IC, IR, IH, IDM récent, déshydratation, fièvre infection évolutive) Toute situation d'acidose Alcoolisme	Troubles gastro-intestinaux (nausées, diarrhée) dose dépendants Malabsorption de la VIT B12 lors de ttt prolongés.	Produits de contraste iodés (risque d'acidose lactique) La metformine n'est reprise que 48H après et contrôle du DFG	Connaître la créatininémie+++ Surveillance rénale régulière Surv de l'HbA1c Risque d'acidose lactique	<i>Tous médicaments susceptibles d'=> un surdosage de metformine</i> IEC, sartans, diurétiques AINS
Inhibiteurs de la DPP-4 Dipeptidylpeptidase-4 (Incrétinomimétiques)	Sitagliptine 100 mg/j 30<Clcr<50 ml/min 50mg Vildagliptine 50 mg 1-2x/j	Avec ou sans repas	Allongement de l'activité des incrétones (glucagon-like peptide GLP-1 et glucose dépendant insulino-tropique peptide GIP) essentiellement en post-prandial	DT1, coma diabétique, IC stade III et IV Clcr <30 ml/min Grossesse et Allaitement Insuffisance rénale sévère maladie pancréatique	Troubles infectieux infections respiratoires, Troubles GI Maux de tête, Hypersensibilité ...	Aucun spécifique Risque d'Aug de 10% de la [digoxine] avec la sitagliptine	Surveillance pancréatique, ajustement dose si insuffisance rénale	Insuline (risque hypoglycémie)
AR GLP-1 Agonistes du récepteur du GLP-1 (ARGLP-1) Ce sont des médicaments qui imitent l'action du GLP-1, une hormone incréte qui stimule la sécrétion d'insuline, réduit la sécrétion de glucagon et ralentit la vidange gastrique	Ex: Liraglutide 0,6–1,8 mg/j SC, Semaglutide 0,25–1 mg/sem SC Dulaglutide 0,75/1,5/3/4,5 mg sem SC	Indépendant des repas	Agoniste des récepteurs GLP-1, stimule sécrétion d'insuline, ralentit vidange gastrique	Antécédent de cancer médullaire thyroïdien, pancréatite Thyroïdite	Nausées, vomissements, diarrhée	Aucun spécifique	Surveillance pancréatique et thyroïdienne	Insuline, SU (hypoglycémie) Attention à l'effet de ralentissement de la vidange gastrique. Si médicaments dont l'efficacité dépend des seuils de concentration ou formulation GR (IPP) doivent être pris au moins 1h avant injection+++
AR GLP-1/GIP	Ex: Tirzepatide 2,5–15 mg/sem SC	Indépendant des repas	Double agoniste GLP-1/GIP, améliore contrôle glycémique	Insuffisance rénale sévère, pancréatite aiguë	Nausées, vomissements, perte de poids	Aucun spécifique	Surveillance fonction rénale et hépatique	Insuline (hypoglycémie)

Médicament	Posologie	Conditions d'administration	Propriétés pharmacologiques	Contre-indications	Effets indésirables fréquents	Associations contre-indiquées	Précautions d'emploi	Associations déconseillées
Repaglinide	Dose progressive + 0,5-4 mg avant chaque repas, Dmax 16 mg/j	15-30 min avant repas	Action hypoG puissante et brève Stimule sécrétion d'insuline (glinide) – Forte liaison aux protéines plasmatiques. Métabo +CYP3A4 et 2C8	Hypersensibilité, hypoglycémie,	Hypoglycémie, favorisée par IH et ou IR, activité physique inhabituelle ou alimentation insuffisante ou déséquilibrée prise de poids	Inhibiteurs ou inducteurs enzymatiques, Sulfamides hypoglycémiant Produits pouvant augmenter l'effet hypoglycémiant ou réduire l'effet hypoG	Surveillance glycémique	Inhibiteurs CYP3A4 (risque de surdosage)
Acarbose	A dose progressive 25-100 mg 3x/j DM 100 mg 3x/j après 6 à 8 semaines	Au début des repas	Inhibiteurs compétitifs et réversibles des alpha-glucosidases intestinales ¹ ,ralentit absorption glucides	Occlusion intestinale, maladies inflammatoires intestinales	Flatulences, diarrhée, inconfort intestinal Dose progressive car dégradation intestinale de l'acarbose par des amylases bactériennes et de la muqueuse digestive Élévation isolée et asymptomatique des transaminases réversible à l'arrêt	Aucun spécifique	Surveillance digestive Acarbose ne donne pas d'hypoG	Adsorbants intestinaux Charbon actif (réduit absorption)
Sulfamides Hypoglycémiant	Voir ci-dessous	30 min avant repas	Dérivés de la sulfonilurée ayant une action hypoG par stimulation de la sécrétion d'insuline réduisant l'HbA1c de 1% environ	Allergies – Intolérance au lactose Insuffisance hépatique/rénale sévère, porphyrie, DT1 Sujets éthyliques Déficit G6PD Grossesse / Allaitement	Hypoglycémie, activité physique inhabituelle ou alimentation insuffisante ou déséquilibrée prise de poids en début de TTT	Association au miconazole (Daktarin* – Loramyc*) Glinides Alcool Bêta-bloquants (masquent hypoglycémie) Danazol,	Attention PA>75ans	Très nombreuses à vérifier lors des BPM ou si introduction Voir tableau ci-dessous

- **Associations contre-indiquées** : miconazole (hypoglycémies sévères), glinides
- **Associations déconseillées** : alcool, danazol, IMAO non sélectifs
- **Associations à utiliser avec précaution** : allopurinol, anabolisants stéroïdiens, antithyroïdiens, antivitaminés K, bêta-bloquants, corticoïdes, desmopressine, AINS, fluconazole, inducteurs enzymatiques, neuroleptiques, progestatifs à forte dose, salicylés, sulfamides antibactériens, sulfasalazine, bêta-sympathomimétiques injectables, bosentan (inducteur), analogues de la somatostatine

Antidiabétiques oraux (III) : Sulfamides hypoglycémiant ou Sulfonilurées

À durée d'action moyenne ou prolongée (1) et (2) Liste I-65 %-Coll

GLIBÉNESE Glipizide [®] Demi-vie = 3-4 heures Durée d'action = 6-12 heures	20 ou 100 cp. séc. 5 mg	À dose progressive : A. 5 à 20 mg/jour à chaque repas
OZIDIA Glipizide en cp. LP Durée d'action ≥ 24 heures	30 cp. 5 mg ou 10 mg à libération prolongée	À dose progressive : A. 5 à 20 mg/jour en 1 seule prise

- Commencer toujours aux plus faibles posologies et adapter progressivement à l'efficacité (HbA1c) et à la tolérance.
- Risque d'hypoglycémie à traiter par resucrage per os ou dans les cas graves par voie veineuse : 20 à 100 ml de glucosé à 30 % par voie IV stricte, puis 2 à 3 l par 24 heures de glucosé à 10 % en perfusion IV (apport à interrompre seulement 36 heures après normalisation de la glycémie dans le cas des produits à longue ou très longue durée d'action) (glucagon inefficace).

À longue durée d'action (risque d'hypoglycémie prolongée) (3) et (4) Liste I-65 %-Coll

AMAREL Glimépiride [®] Demi-vie = 5-8 heures Durée d'action = 12-24 heures	30 ou 90 cp. 1 mg, 2 mg, 3 mg ou 4 mg	À dose progressive : A. 1 mg/jour, puis si besoin par paliers de 1 à 2 semaines jusqu'à 6 mg/jour en 1 à 2 prises
DAONIL Glibenclamide [®] Demi-vie = 5-7 heures Durée d'action = 12-24 heures	20 ou 100 ou 180 cp. séc. 5 mg	À dose progressive avant les 3 repas : A. 1/2 à 3 cp./jour
HEMI-DAONIL [®] <i>Idem</i> Demi-vie = 5-7 heures Durée d'action = 12-24 heures	60 cp. séc. 2,5 mg	<i>Idem</i>
DIAMICRON Gliclazide [®] Durée d'action = 24 heures	30 ou 90 ou 100 cp. séc. 60 mg à libération "modifiée" (5)	À dose progressive : A. 1/2 à 2 cp./jour en 1 seule prise matinale au petit-déjeuner

- Risque d'hypoglycémie à traiter par resucrage per os ou dans les cas graves par voie veineuse : 20 à 100 ml de glucosé à 30 % par voie IV stricte, puis 2 à 3 l par 24 heures de glucosé à 10 % en perfusion IV (apport à interrompre seulement 36 heures après normalisation de la glycémie dans le cas des produits à longue ou très longue durée d'action) (glucagon inefficace).
- Commencer toujours aux plus faibles posologies et adapter progressivement à l'efficacité (HbA1c) et à la tolérance
- Génériques à 30 mg LM, 60 mg LM et 80 mg remboursés à 65 %.

¹ Alpha-glucosidases intestinales : enzymes de la bordure en brosse des entérocytes hydrolysant les poly- ; oligo- et disaccharides en monosaccharides absorbables (glucose et fructose) jouant le rôle d'un faux substrat retardant l'hydrolyse des glucides complexes d'où un étalement dans le temps du passage sanguin du glucose avec réduction de l'hyperglycémie post-prandiale sans entrainer d'hyperinsulinémie avec une efficacité maximale en quelques mois, réduisant l'HbA1c de à, (à 1% (moins efficace)
Source : adapté par F. Ferrera du DOROZ Guide Pratique des Médicaments- d. Vital Durand – C Le Jeune. 41^{ème} édition 2022 MALOINE

Glifozines	Posologie usuelle	Conditions d'administration	Propriétés pharmacologiques	Contre-indications liées à la clinique du patient	Effets indésirables	Associations médicamenteuses contre-indiquées	Interactions médicamenteuses
<p>Inhibiteurs du transporteur sodium/glucose de type 2 (SGLT2) situés dans le tube contourné proximal (spécifique du rein). 90% de la réabsorption rénale du glucose se fait par SGLT2. La natriurèse et la diurèse osmotique favorisées par la glycosurie contribueraient à une diminution de la pression intra glomérulaire et à un effet néphroprotecteur. Au niveau cardiaque la réduction de la volémie induite par l'effet diurétique améliorerait la précharge cardiaque et diminue la PA ce qui baisserait la post-charge cardiaque.</p>							
Dapagliflozine	10 mg/jour	A tout moment de la journée avec ou en dehors des repas Les cp doivent être avalés ENTIERS	Réduit la réabsorption rénale du glucose et favorise son excrétion urinaire. (70g/24H) réduction HbA1c : 0,6% environ. Métabolisme hépatique : glucurono conjugaison, pas d'interaction avec les cytochromes		+++ HypoG dans les asso avec les Sulfamides et l'insuline ++ augmentation de la créatininémie, infection des voies urinaires, nausées, sensations vertigineuses, rash, vulvovaginites, balanite et infections génito-urinaires		Médicaments hypotenseurs (potentialisation) Médicaments => hypovolémie
Empagliflozine	10-25 mg/jour 10mg si DFG<60ml/min Non recommandé si <20ml/mn	Matin, avec ou sans repas		L'efficacité glycémique lorsque le DFG est <45 ml/min Insuffisance rénale modérée à sévère Clcr <45ml/min selon Doroz, infections urogénitales récurrentes	Déplétion volumique si situation favorisante (diurétiques) Risque d'acidocétose (nausée, vom, anorexie, douleurs abd, soif intense, difficulté à respirer confusion, fatigue +++, somnolence) -> informer le patient Fascite nécrosante du périnée	Aucune interaction n'est mentionnée dans le Thésorus de l'ANSM	Médicaments hypotenseurs, insuline (risque hypoglycémie) Baisse de l'exposition systémique : Médicaments inducteurs du CYP3A4 (ex. rifampicine) Insuline, sulfamides (risque hypoglycémie)
Canagliflozine	100-300 mg/jour Ne pas instaurer si DFG<30ml/min	Avant le premier repas					

Bibliographie

<https://www.rfcrpv.fr>

<https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/fiches-de-bon-usage-regionales>

HAS https://www.has-sante.fr/jcms/p_3191108/fr/strategie-therapeutique-du-patient-vivant-avec-un-diabete-de-type-2

<https://www.sfdiabete.org/recommandations/referentiels>

https://www.sfndt.org/sites/www.sfndt.org/files/medias/documents/NDT_25_Referentiel_EP2.pdf