Adaptation des traitements selon la fonction rénale

DFG (ml/min/1.73m²)	60-89 (IRC légère)	45-59 et 30-44 (IRC modérée)	15-29 (IRC sévère)	< 15 ou dialyse (IRC terminale)
Biguanides				
Metformine				
Inhibiteurs des alpha-glucosidases				
Acarbose				
Glinides ⚠				
Répaglinide				
Sulfamides hypoglycémiants ⚠				
Glimépiride				
Gliclazide				
Inhibiteur DPP4				
Sitagliptine			**	**
Saxagliptine		*	**	
Vildagliptine				
Inhibiteur SGLT2				
Dapagliflozine				
Empagliflozine				
Canagliflozine				
Analogue GLP1				
Liraglutide				
Dulaglutide				
Sémaglutide				
Tirzépatide				
Insuline ⚠				

	Pas de réduction de la dose
	Réduction de la dose
	Non indiqué

* Forme commercialisée uniquement en combinaison avec METFORMINE 1000mg.
** Forme non commercialisée en France.
⚠ produits pourvoyeurs d'hypoglycémies

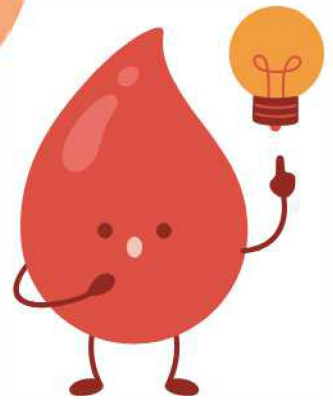
Avis spécialisé recommandé en cas d'insuffisance hépatique.

Source : prises de position de la Société Francophone de Diabétologie 2024 et 2025

Guide réalisé à l'initiative du service de Diabétologie du CHANGE.
Réalisé par Candy Cebrunska, interne en médecine générale et l'équipe de diabétologie avec le soutien de la CPTS du Grand Annecy

CONTACTS
diabetologie.secr@ch-annecygenevois.fr
Pour les avis : messagerie SISRA, choisir « Demande d'expertise »
Et l'adresser à « Avis Diabetologie CH Annecy Genevois»
Pour les avis urgents : tel 04 50 63 64 03

MAI 2026



POCKET GUIDE

DIABÈTE DE TYPE 2

Diagnostic

Glycémie à jeun ⩾ 1,26g/L (7mmol/L) à deux reprises
ou glycémie à tout moment > 2g/L (11mmol/L)

Suivi

Tous les 3 mois : Poids, TA, HbA1c
Tous les ans :
Test monofilament, Pouls périphériques
Créatinine, DFG, Rapport Albuminurie/Créatininurie
Fond d'œil, ECG
Dépistage cardiovasculaire selon clinique et facteur de risque
cf pocket « évaluation du risque coronarien »

Vigilance

Si amaigrissement rapide et/ou syndrome polyuro-polydipsique :
Recherche de cétones - urinaire ou capillaire -
→ si positive : insuline en urgence

Objectif HbA1c individualisé

	Contexte	HbA1c cible
< 75 ans	- Espérance de vie > 5 ans - ET pas de comorbidité sévère - ET pas d'IRC sévère ou terminale	< 7%, Voire ⩽ 6,5%*
	- Espérance de vie limitée < 5 ans - ET/OU comorbidité sévère - ET/OU IRC sévère ou terminale - OU durée d'évolution du diabète > 10 ans	⩽ 8% Voire <7% *
> 75 ans	« En bonne santé »	⩽ 7%
	« Fragile »	⩽ 8% (et > 7% si insuline)
	« Dépendante et/ou santé très altérée »	⩽ 9% (et > 7.5 % si insuline)

* Sous réserve que l'intensification thérapeutique n'entraine pas d'hypoglycémie sévère

Stratégie thérapeutique chez la personne âgée (>75 ans)

"En bonne santé"

Idem que "situation commune" et "situations particulières"

Éviter SU et Glinides (risque d'hypoglycémie)

Vigilance état nutritionnel avec aGLP1 (risque de sarcopénie et dénutrition)

"Fragile"

Metformine → iDPP4 / iSGLT2

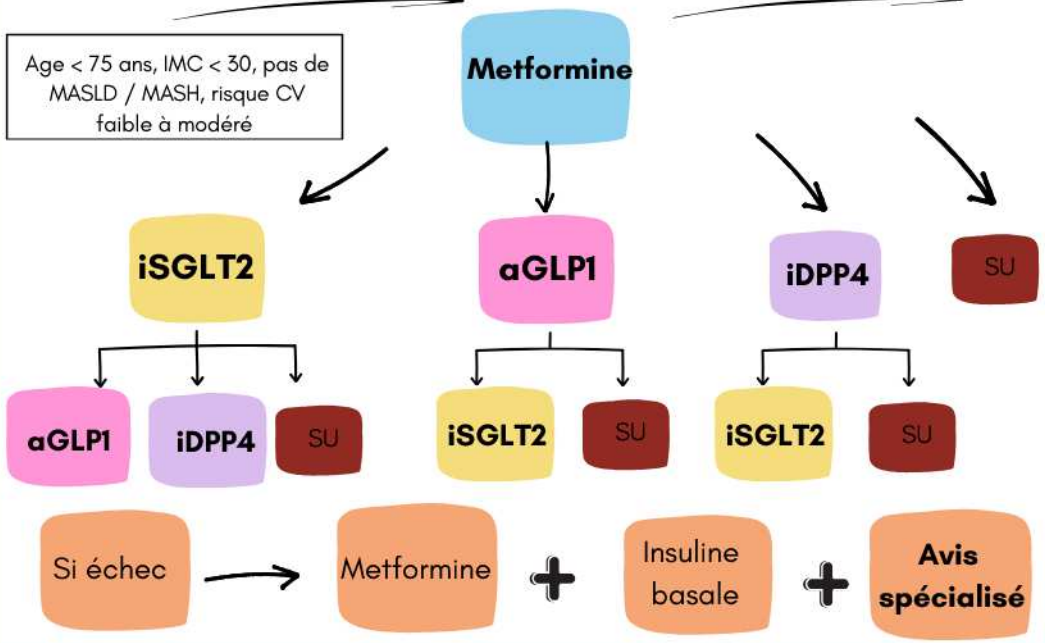
"Dépendante"

Metformine → iDPP4

Si échec ⇨ Metformine + Insuline basale + Avis spécialisé

Stratégie thérapeutique en situation "commune"

Age < 75 ans, IMC < 30, pas de MASLD / MASH, risque CV faible à modéré



iSGLT2 : inhibiteur de SGLT2, aGLP1 : analogues du GLP1, iDDP4 : inhibiteur de DPP4, SU : sulfamide hypoglycémiant/glinides, MASLD: maladie hépatique stéatosique associée à un dysfonctionnement métabolique; MASH: stéato-hépatite associée à un dysfonctionnement métabolique.

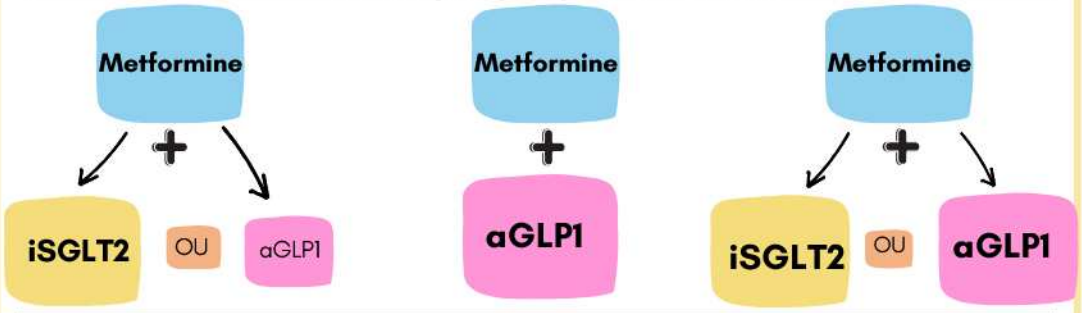
Situations particulières

Maladie rénale chronique et Insuffisance cardiaque

Obésité IMC ⩾ 30 ou MASLD/MASH

Maladie athéromateuse avérée ou risque CV élevé ou très élevé

Bithérapie quelque soit l'HbA1c



Si HbA1c non à l'objectif



Puis ajout **insuline basale**