

ACTUALISATION DU TRAITEMENT DU DIABÈTE DE TYPE 2

LARAKI I (1), PAQUOT N (1)

RÉSUMÉ : La prise en charge du diabète de type 2 repose sur une approche intégrée qui va au-delà du simple contrôle métabolique, en ciblant également la prévention des complications cardiovasculaires et rénales. Les recommandations récentes insistent sur l'importance d'une stratégie thérapeutique personnalisée, adaptée aux caractéristiques individuelles des patients, à leurs comorbidités et basée sur une décision partagée. Les inhibiteurs SGLT2 et les agonistes des récepteurs du GLP-1 se sont imposés comme des traitements de référence, grâce à leur efficacité sur la glycémie et à leurs effets protecteurs démontrés sur le cœur et les reins. Par ailleurs, la gestion du poids est désormais considérée comme un levier thérapeutique majeur, avec des bénéfices métaboliques et cardiovasculaires significatifs. Au-delà des choix pharmacologiques, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement multidisciplinaire et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé jouent un rôle essentiel pour optimiser l'adhésion au traitement et la qualité de vie des patients. Une prise en charge proactive et évolutive, adaptée à l'évolution de la maladie et aux besoins spécifiques de chaque individu, est aujourd'hui au cœur des recommandations pour le diabète de type 2.

MOTS-CLÉS : Antidiabétiques - Diabète de type 2 - Maladie cardiovasculaire - Maladie rénale chronique - Obésité - Recommandations

RECOMMENDATIONS FOR THE TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES

SUMMARY : The management of type 2 diabetes relies on an integrated approach that goes beyond metabolic control, also targeting the prevention of cardiovascular and renal complications. Recent guidelines emphasize the importance of a personalized therapeutic strategy, tailored to the individual characteristics of patients, their comorbidities, and based on shared decision-making. SGLT2 inhibitors and GLP-1 receptor agonists have emerged as cornerstone treatments due to their effectiveness in glycaemic control and their demonstrated protective effects on the heart and kidneys. Moreover, weight management is now considered a key therapeutic lever, offering significant metabolic and cardiovascular benefits. Beyond pharmacological choices, therapeutic education, multidisciplinary support, and addressing social determinants of health play a crucial role in optimizing treatment adherence and improving patients' quality of life. A proactive and evolving management approach, adapted to disease progression and individual patient needs, is now at the heart of type 2 diabetes recommendations.

KEYWORDS : Antidiabetic medications - Cardiovascular disease - Chronic kidney disease - Guidelines - Obesity

INTRODUCTION

La prise en charge du diabète de type 2 (DT2) a connu des évolutions majeures au cours des dernières décennies, grâce à une meilleure compréhension des mécanismes de la maladie, aux avancées pharmacologiques et à l'intégration de stratégies thérapeutiques de plus en plus personnalisées. La Revue Médicale de Liège a déjà publié en 2012 (1), 2015 (2) et 2018 (3) des résumés des recommandations de l'American Diabetes Association (ADA) et de l'European Association for the Study of Diabetes (EASD), mettant en lumière ces évolutions.

Les recommandations récentes insistent sur une prise en charge globale du patient, combinant un contrôle glycémique strict avec une prévention des complications cardiovasculaires (CV) et rénales. Elles intègrent également des éléments essentiels comme l'éducation thérapeutique, l'accompagnement multidisciplinaire et la prise en compte des déterminants sociaux

de la santé. L'organisation du système de soins, la gestion du poids, les mesures d'hygiène de vie, notamment la qualité du sommeil, sont désormais reconnus comme des piliers de la prise en charge (4).

Les traitements anti-hyperglycémiques ont considérablement évolué depuis 2015 avec l'arrivée des inhibiteurs des co-transporteurs sodium-glucose de type 2 (iSGLT2) et des agonistes des récepteurs du glucagon-like peptide-1 (AR GLP-1). Ces molécules, initialement introduites pour améliorer le contrôle glycémique, ont démontré des bénéfices au-delà de leur action hypoglycémiante, notamment sur la protection CV et rénale. Dans cet article, nous passerons en revue les recommandations les plus récentes, en mettant l'accent sur les nouvelles stratégies thérapeutiques et l'importance d'une approche individualisée et intégrée du traitement.

UN CYCLE DE DÉCISION CENTRÉ SUR LE PATIENT

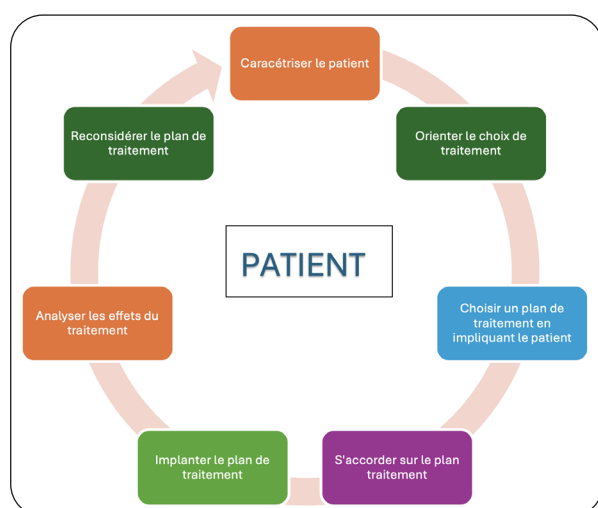
Le cycle de décision, qui avait été introduit dans le consensus de l'ADA en 2018 (5), a été maintenu et enrichi dans les recommandations

(1) Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, CHU Liège, Belgique.

récentes de 2022 (4) et 2025 (6); il est repris ici dans la **Figure 1** (4-6). Il repose sur une approche structurée et dynamique permettant d'adapter le traitement du DT2 aux spécificités de chaque patient. La première étape consiste à analyser les caractéristiques individuelles du patient, notamment son âge, ses comorbidités, son risque d'hypoglycémie, son espérance de vie et ses préférences. Ensuite, les facteurs clés influençant le choix thérapeutique, tels que les risques CV et rénaux, la nécessité d'une perte de poids ou encore les contraintes d'accès aux traitements, doivent être identifiés.

Une fois ces éléments pris en compte, un plan thérapeutique est élaboré en collaboration avec le patient, en définissant des objectifs précis et atteignables. Il s'agit du concept de décision médicale partagée, favorisant l'adhésion du patient à son traitement, ce qui est essentiel pour maximiser les chances de succès, et qui passe également par une éducation thérapeutique renforcée et un accompagnement multidisciplinaire. Après la mise en œuvre du traitement, une évaluation rigoureuse est réalisée dans un délai de trois mois afin de mesurer l'atteinte des objectifs thérapeutiques et d'ajuster la prise en charge si nécessaire. Ce processus décisionnel doit être réévalué régulièrement, au moins une à deux fois par an, afin d'anticiper l'évolution du diabète et d'éviter l'inertie thérapeutique. L'adaptation continue du traitement permet d'optimiser les résultats cliniques et d'améliorer la qualité de vie des patients, en assurant une prise en charge globale et individualisée.

Figure 1. Cycle de décision chez le patient atteint de diabète de type 2



CHOIX DES TRAITEMENTS HYPOGLYCÉMIANTS

L'objectif glycémique doit être adapté à chaque patient en fonction de son profil clinique, de son âge, de son risque d'hypoglycémie et de ses comorbidités (7). Les recommandations actuelles (ADA, EASD), adoptées par la Société Francophone du Diabète (SFD), fixent une cible d'HbA_{1c} autour de 7 % (53 mmol/mol) pour la majorité des patients avec DT2 (en dehors de la grossesse) et avec une espérance de vie supérieure à 10 ans, avec des ajustements possibles selon le contexte clinique (4, 6, 8). Nous reprenons dans le **Tableau 1** une proposition d'objectifs glycémiques ajustés en fonction des caractéristiques du patient.

Chez les patients présentant une maladie CV athéromateuse ou une maladie rénale chronique, les iSGLT2 et les AR GLP-1 doivent être privilégiés en raison de leur impact positif démontré sur ces complications. Chez les patients sans atteinte CV ou rénale avérée, la priorité est donnée à la gestion du poids et à la prévention des maladies métaboliques associées. La perte de poids est désormais reconnue comme un objectif thérapeutique clé, avec des bénéfices sur l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}), la stéatose hépatique et le risque CV.

La metformine reste le traitement de première ligne, sauf contre-indications, en raison de son efficacité reconnue de longue date, de son faible coût et de sa bonne tolérance, avec absence d'hypoglycémie. Traditionnellement, l'escalade thérapeutique reposait sur l'ajout progressif de molécules. Toutefois, des données récentes suggèrent qu'une bithérapie précoce permet d'atteindre plus rapidement les objectifs glycémiques et d'améliorer l'efficacité à long terme (9). Ainsi, en cas d'HbA_{1c} > 1,5 % au-dessus de l'objectif personnalisé, une bithérapie ou un traitement plus puissant doit être envisagé d'emblée. Pour des glycémies très élevées (≥ 300 mg/dL ou HbA_{1c} > 10 %), l'introduction d'un traitement injectable est recommandée, avec une préférence pour les AR GLP-1 ou les co-agonistes GLP-1/GIP (tirzépatide), du fait de leurs effets métaboliques globaux et de leur moindre risque d'hypoglycémie par rapport à l'insuline (10). L'intensification du traitement doit être ajustée en fonction de l'efficacité thérapeutique, de la tolérance des médicaments et des préférences du patient. Lorsqu'une réduction du traitement est envisagée, les médicaments présentant le plus de risques d'effets indésirables, notamment les hypoglycémies pour ce qui concerne les sulfamides, doivent être

Tableau I. Proposition de cibles glycémiques adaptées au profil du patient (8)

Profil du patient	HbA _{1c} cible
Personnes âgées de moins de 75 ans et sans comorbidités	≤ à 7% voir ≤ à 6,5 si atteignable grâce aux modifications thérapeutiques du mode de vie et/ou à des traitements ne provoquant pas d'hypoglycémie
Personnes âgées de moins de 75 ans avec comorbidités	≤ 8 % en restant au-dessus de 7 % en cas de traitement par sulfamide hypoglycémiant (SU), glinide ou insuline
Personnes âgées de plus de 75 ans «robustes»	≤ 7%
Personnes âgées de plus de 75 ans «fragiles»	≤ 8 %, en restant au-dessus de 7 %, en cas de traitement par SU, glinide ou insuline
Personnes âgées de plus de 75 ans «dépendantes et/ou à la santé altérée»	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L en restant au-dessus de 7,5 % avec des glycémies préprandiales > 1,40 g/L en cas de traitement par SU, glinide ou insuline
Patiente enceinte ou envisageant de l'être	≤ 6,5 % et glycémies capillaires < 0,95 g/L à jeun et < 1,20 g/L en postprandial à 2 h

HbA_{1c} : hémoglobine glyquée. SU : sulfamides.

arrêtés en priorité, tout en maintenant une prise en charge CV et métabolique optimale.

Nous reprenons dans le **Tableau II** les différentes caractéristiques des traitements hypoglycémiants disponibles (6, 8).

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES PATIENTS AVEC COMORBIDITÉS

PATIENTS AVEC MALADIE CV ET/OU INSUFFISANCE CARDIAQUE

Chez les patients avec DT 2 et maladie CV ou à haut risque de maladie CV, les iSGLT2 et/ou les AR GLP-1 sont recommandés indépendamment du taux d'HbA_{1c}. Leur effet bénéfique sur la réduction des événements CV justifie leur prescription en association avec la metformine ou en monothérapie lorsque celle-ci est contre-indiquée ou mal tolérée. Par ailleurs, si un patient avec ces comorbidités atteint déjà l'objectif glycémique avec d'autres médicaments, il reste recommandé d'ajouter une de ces deux classes thérapeutiques pour optimiser la protection CV. Le tirzépate, un double agoniste GLP-1/GIP récemment approuvé par l'EMA et commercialisé depuis décembre 2024 en Belgique, montre des résultats prometteurs sur la glycémie, la perte de poids et les marqueurs de risque CV (11). Cependant, au niveau des événements CV, il manque encore de données à long terme et les résultats de l'essai SURPASS-CVOT sont très attendus.

Chez les patients avec DT2 atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection

réduite, les iSGLT2 bénéficient désormais d'une recommandation forte, indépendamment du taux d'HbA_{1c}, du fait de leur capacité démontrée à réduire les hospitalisations pour insuffisance cardiaque et la mortalité CV (8). Ils se sont également montrés efficaces chez les patients avec fraction d'éjection préservée (8). Lorsque les inhibiteurs SGLT2 ne sont pas tolérés ou contre-indiqués, les AR GLP-1 peuvent être envisagés, bien que leur bénéfice sur l'insuffisance cardiaque soit moins bien établi (8).

PATIENTS AVEC MALADIE RÉNALE CHRONIQUE (MRC)

Chez les patients atteints de MRC associée au DT2, la prise en charge doit être adaptée pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale tout en minimisant le risque d'hypoglycémie (12). Il est aussi important de prendre en compte l'efficacité et l'innocuité des traitements lorsque la fonction rénale est réduite (6). Chez le patient diabétique avec une MRC et un débit de filtration glomérulaire (DFG) supérieur à 20 mL/min/1,73 m², les iSGLT2 sont aujourd'hui recommandés en première intention, indépendamment du taux d'HbA_{1c}, en raison de leurs effets démontrés sur la réduction du déclin du DFG et de la progression de l'albuminurie (13). Le bénéfice des iSGLT2 s'étend également à la réduction du risque d'insuffisance rénale terminale et des événements CV majeurs chez ces patients à risque (14). Lorsque les iSGLT2 ne sont pas tolérés ou contre-indiqués, les AR GLP-1 constituent une alternative thérapeutique, en particulier chez les patients présentant une albuminurie (8). Ces recommandations ont

Tableau II. Caractéristiques des différents traitements anti-hyperglycémiant

Traitement hypo-glycémiant	Efficacité sur la baisse d'HbA _{1c}	Risque d'hypo glycémie	Effet sur le poids	Effets cardiovasculaires	Progression de la maladie rénale	Effet sur la MASH
Metformine	Haut	Non	Neutre	Possible effet positif sur les MACE. Neutre dans l'IC	Neutre	Neutre
Inhibiteurs SGLT2	Intermédiaire à haut	Non	Perte intermédiaire	Effets bénéfiques sur les MACE et l'IC	Ralentissement	inconnu
Analogues R-GLP1	Haut à très haut	Non	Perte intermédiaire à très élevée	Effets bénéfiques sur les MACE. Neutre sur l'IC	Réduction de l'albuminurie Pas de ralentissement de la maladie rénale démontré	Potentiel effet bénéfique
Double analogue R-GLP1-GIP	Très haut	Non	Perte très élevée	En cours d'investigation	En cours d'investigation	Potentiel effet bénéfique
Inhibiteurs DPP4	Intermédiaire	Non	Neutre	Neutre	Neutre	Inconnu
Pioglitazone	Haut	Non	Prise	Potentiel effet sur les MACE Augmentation du risque d'IC	Neutre	Potentiel effet bénéfique
Sulfamidés hypo-glycémiant	Haut	Oui	Prise	Neutre	Neutre	Inconnu
Analogues lents de l'insuline	Haut à très haut	Oui	Prise	Neutre	Neutre	Inconnu

HbA_{1c} : hémoglobine glyquée. IC : insuffisance cardiaque. MACE : «Major Adverse Cardiovascular Events». MASH : «Metabolic dysfunction-Associated SteatoHepatitis». R : récepteur.

cependant été publiées avant que la grande étude de néphroprotection avec le sémaglutide (étude FLOW) ne soit disponible (15). Au vu des résultats positifs rapportés dans cette étude en termes de protection rénale, les recommandations concernant les AR GLP-1 vont très certainement évoluer dans un avenir proche.

Chez les patients atteints de MRC avancée (DFG < 30 mL/min/1,73 m²), le choix thérapeutique doit être ajusté en tenant compte de la fonction rénale. La metformine peut être maintenue jusqu'à un DFG de 30 mL/min/1,73 m², mais doit être interrompue en cas d'insuffisance rénale sévère. Il est proposé de ne pas arrêter les iSGLT2 lorsque le DFG passe sous la barre des 20 mL/min/1,73 m². En revanche, il est prudent de suspendre la thérapie en cas de jeûne prolongé, en cas de chirurgie programmée ou de maladie aiguë grave en raison d'un risque d'acidocétose (acidocétose dite «euglycémique»). En ce qui concerne les AR GLP1, le sémaglutide peut être maintenu en cas d'insuffisance rénale sévère. L'insulinothérapie reste une option lorsque les autres traitements ne

permettent pas un contrôle glycémique optimal, bien qu'elle soit associée à un risque accru d'hypoglycémie dans ce contexte de MRC. Une surveillance rapprochée et une adaptation progressive des doses sont alors indispensables.

PATIENTS AVEC OBÉSITÉ ET COMORBIDITÉS MÉTABOLIQUES

La gestion du poids est un enjeu central dans le traitement du DT2. L'obésité est présente chez plus de 90 % des patients atteints de DT2 et constitue un facteur aggravant des complications métaboliques, CV, rénales et hépatiques (4, 6). Il est donc essentiel de privilégier des stratégies thérapeutiques permettant une perte de poids significative, avec des bénéfices métaboliques associés.

Les AR GLP-1 (liraglutide, sémaglutide) et les doubles agonistes GLP-1/GIP, tels que le tirzépate, sont actuellement les traitements de référence dans cette population. Ils ont démontré une efficacité supérieure à la metformine et aux inhibiteurs de

la DPP-4 (gliptines) en termes de réduction pondérale et d'amélioration du profil métabolique (16, 17, 18). En plus de leur effet sur le poids, ces traitements permettent une diminution de l'HbA_{1c}, une réduction de la stéatose hépatique et un impact positif sur les facteurs de risque CV.

Chez les patients présentant une obésité sévère (IMC ≥ 35 kg/m²) et un DT2 mal contrôlé malgré une prise en charge médicamenteuse optimisée, la chirurgie bariatrique doit être envisagée. Les procédures telles que la sleeve (gastrectomie en manchon) et le bypass (dérivation gastrique) ont montré des résultats significatifs en termes d'amélioration du contrôle glycémique, de rémission partielle ou complète du DT2 et de réduction des comorbidités associées, notamment l'hypertension artérielle et la maladie hépatique associée à la dysfonction métabolique (MASLD/MASH) (19).

La prise en charge des patients atteints d'obésité et de DT2 doit être multidisciplinaire, incluant un suivi nutritionnel et comportemental régulier. Une approche intégrée combinant des interventions diététiques, l'activité physique adaptée et un accompagnement psychologique est essentielle pour garantir des résultats durables. De plus, l'éducation thérapeutique et le soutien personnalisé restent des éléments clés pour améliorer l'adhésion aux traitements et optimiser les bénéfices à long terme (20).

MISE EN PERSPECTIVE DE CES RECOMMANDATIONS AVEC LES CRITÈRES ACTUELS DE REMBOURSEMENT EN BELGIQUE

Bien que les récentes recommandations internationales insistent sur une approche individualisée et préventive du DT2, leur application dans la pratique clinique en Belgique est en partie conditionnée par les critères de remboursement des médicaments anti-hypoglycémisants. Actuellement, l'accès aux iSGLT2 et aux AR GLP-1 est limitée à certains profils de patients. Ces restrictions, bien qu'alignées sur les données de sécurité et d'efficacité connues au moment de leur commercialisation (mais bien avant la publication des essais contrôlés à visée CV et/ou rénale), peuvent freiner l'implémentation précoce de stratégies thérapeutiques optimales, comme recommandé par les nouvelles directives.

Comme énoncé en 2018 (3), la prescription des AR GLP-1 en Belgique est réservée aux patients avec une valeur d'HbA_{1c} $> 7,5$ %, un

un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30 kg/m², sans distinction quant à la présence d'une maladie athéromateuse. En conséquence, ces traitements ne peuvent pas être prescrits aux patients atteints de maladie athéromateuse mais ayant un IMC inférieur à 30 kg/m². Pour ces patients, les inhibiteurs SGLT2 restent donc l'alternative privilégiée.

Concernant les iSGLT2, leur prescription dans une indication diabétique reste non remboursée en Belgique lorsque le taux d'HbA_{1c} est inférieur à 7 % et supérieur à 9 %, indépendamment de la présence ou non d'une maladie rénale chronique, d'une insuffisance cardiaque ou d'une maladie athéromateuse. Cette limitation n'est pas mentionnée dans les différents consensus de l'ADA, l'EASD et de la SFD. Comme cela avait déjà été discuté en 2018 (3), cette restriction prive donc une partie des patients diabétiques de l'accès à ce traitement alors qu'il pourrait offrir un avantage sur le plan cardio-rénal. Fort heureusement, comparativement à 2018, ces médicaments sont à présent remboursés en cas de MRC ou d'insuffisance cardiaque chez les patients, diabétiques ou non, mais avec des critères néphrologiques ou cardiologiques bien spécifiés. Cette nouveauté permet donc leur prescription chez certains patients diabétiques qui ne répondraient pas aux critères d'HbA_{1c} mentionnés plus haut. Ces nouvelles modalités de remboursement via les néphrologues ou les cardiologues permettent également d'associer les iSGLT2 à d'autres traitements, notamment les AR GLP1, ce qui n'était pas possible jusqu'il y a peu.

Enfin, le tirzépatide est disponible en Belgique depuis décembre 2024, mais ne dispose pas encore à ce jour d'un remboursement dans le cadre du DT2.

CONCLUSION

La prise en charge du DT2 a considérablement évolué ces dernières années, avec une approche de plus en plus individualisée et intégrée. L'accent est désormais mis sur une stratégie globale combinant le contrôle glycémique, la réduction des risques CV et rénaux, ainsi que la gestion du poids. Les nouvelles recommandations mettent en avant l'importance des iSGLT2 et des AR GLP-1, non seulement pour leur efficacité sur la glycémie, mais aussi pour leurs bénéfices cardio-rénaux. En parallèle, le rôle de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement multidisciplinaire reste central afin d'améliorer l'adhésion aux traitements et la qualité de

vie des patients. L'avenir de la prise en charge du diabète repose sur une médecine encore plus personnalisée, intégrant les avancées pharmacologiques et une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Scheen AJ, Mathieu C. Recommandations 2012 en diabéto-
logie. Prise en charge de l'hyperglycémie dans le diabète de
type 2: une approche centrée sur le patient. *Rev Med Liege*
2012;**67**:623-31.
2. Scheen AJ, Paquot N. Actualisation 2015 des recomman-
dations américaines et européennes pour le traitement du
diabète de type 2. *Rev Med Liege* 2015;**70**:122-8.
3. Scheen AJ, Paquot N. Prise en charge de l'hyperglycémie du
diabète de type 2 Changement de paradigme selon le consen-
sus ADA-EASD 2018. *Rev Med Liege* 2018;**73**:629-33.
4. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, et al. Management of hyper-
glycemia in Type 2 diabetes, 2022. A consensus report by
the American Diabetes Association (ADA) and the European
Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*
2022;**45**:2753-86.
5. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of
hyperglycemia in Type 2 diabetes, 2018. A consensus report
by the American Diabetes Association (ADA) and the Euro-
pean Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes
Care* 2018;**41**:2669-701.
6. American Diabetes Association Professional Practice Commit-
tee, ElSayed NA, McCoy RG, Aleppo G, et al. 9. Pharmaco-
logic approaches to glycemic treatment: standards of care in
diabetes-2025. *Diabetes Care* 2025;**48**:S181-206.
7. American Diabetes Association Professional Practice Commit-
tee. 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Dia-
betes-2022. *Diabetes Care* 2022;**45**:S83-96.
8. Darmon P, Bauduceau B, Bordier L, et al. Prise de position de
la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies
d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiques dans le dia-
bète de type 2 - 2023. *Médecine des Maladies Métaboliques*
2023;**17**:664-93.
9. Cai X, Gao X, Yang W, et al. Efficacy and safety of initial com-
bination therapy in treatment-naïve Type 2 diabetes patients:
a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Ther*
2018;**9**:1995-2014.
10. Buse JB, Peters A, Russell-Jones D, et al. Is insulin the most
effective injectable antihyperglycaemic therapy? *Diabetes
Obesity Metabolism* 2015;**17**:145-51.
11. Gastaldelli A, Cusi K, Fernández Landó L, et al. Effect of tirze-
patide versus insulin degludec on liver fat content and abdomi-
nal adipose tissue in people with type 2 diabetes (SURPASS-3
MRI): a substudy of the randomised, open-label, parallel-
group, phase 3 SURPASS-3 trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*
2022;**10**:393-406.
12. Rossing P, Caramori ML, Chan JCN, et al. KDIGO 2022 cli-
nical practice guideline for diabetes management in chronic
kidney disease. *Kidney International* 2022;**102**:S1-127.
13. Delanaye P, Paquot N, Jouret F, Scheen AJ. .Prise en charge
de la maladie rénale chronique. *Rev Med Liège* 2025;**80**:
376-80.
14. McGuire DK, Shih WJ, Cosentino F, et al. Association of
SGLT2 inhibitors with cardiovascular and kidney outcomes in
patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. *JAMA Cardiol*
2021;**6**:148.
15. Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, et al. Effects of Semaglutide
on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes.
N Engl J Med 2024;**391**:109-21.
16. Garvey WT, Frias JP, Jastreboff AM, et al. Tirzepatide once
weekly for the treatment of obesity in people with type 2 dia-
betes (SURMOUNT-2): a double-blind, randomised, multi-
centre, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2023;**402**:613-26.
17. Davies M, Færch L, Jeppesen OK, et al. Semaglutide 2.4
mg once a week in adults with overweight or obesity, and
type 2 diabetes (STEP 2): a randomised, double-blind,
double-dummy, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*
2021;**397**:971-84.
18. Ahmann AJ, Capehorn M, Charpentier G, et al. Efficacy and
safety of once-weekly semaglutide versus exenatide er in
subjects with type 2 diabetes (SUSTAIN 3): a 56-week, open-
label, randomized clinical trial. *Diabetes Care* 2018;**41**:258-66.
19. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, et al. Bariatric surgery ver-
sus intensive medical therapy for diabetes - 5-year outcomes.
N Engl J Med 2017;**376**:641-51.
20. Esser N, Haumann A, De Flines J, et al. Vers une prise holis-
tique et multidisciplinaire de l'obésité chez l'adulte. *Rev Med
Liege* 2025;**80**:410-5

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au
Dr Laraki I, Service de diabétologie, CHU de Liège, Belgique.
Email : Ines.laraki@student.uliege.be