



par le Dr Virginie HUYGHE
médecin généraliste
contact RMG@ssmg.be

Diabète secondaire aux nouvelles thérapies ciblées contre le cancer

Les nouvelles thérapies ciblées sont de plus en plus présentes dans la prise en charge des pathologies cancéreuses.

Le but principal est de limiter la destruction des tissus sains autour de la tumeur tout en maximisant la destruction de cette dernière.

Elles ne sont cependant pas dénuées d'effets secondaires, entre autres sur la fonction glycémique.

Diabète secondaire à une diminution de la sécrétion d'insuline

Bien que l'immunothérapie (anticorps monoclonaux dirigés contre CTLA-4, PD-1 et PD-L1) ait permis des progrès importants ces dernières années dans la prise en charge de certains cancers (mélanome et cancers du poumon), elle est également responsable d'un diabète auto-immun. Celui-ci est rare et survient essentiellement pour les thérapies anti-PD-1 ou anti-PDL1 et ce dans les 3 mois de l'instauration du traitement.

AVERTISSEMENT

La «Revue des revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au siège de la SSMG.

Ces thérapies entraînent donc un diabète en diminuant la sécrétion d'insuline. Le traitement repose sur l'instauration d'une insulinothérapie par injection.

Diabète secondaire à une insulino-résistance

Les inhibiteurs de tyrosine kinase utilisés dans la leucémie myéloïde chronique, les carcinomes hépatocellulaires, rénaux ou pulmonaires induisent une résistance à l'insuline et entraînent un diabète dans 15 à 40% des cas selon les molécules utilisées. Le nilotinib est le plus hyperglycémiant.

La metformine est le traitement de premier choix.

Les thérapies de privation androgéniques (TPA): agonistes et antagonistes de la GnRH, utilisées dans le traitement de carcinome métastatique de la prostate et du sein sont responsables d'une prise de poids avec augmentation de la masse adipeuse. Les TPA entraînent de ce fait une insulino-résistance et un hyperinsulinisme dans 25 à 60% des cas et ce 3 mois après le début du traitement. Un diabète se développe dans 45% des cas. Le traitement repose sur des agents insulino-sensibilisateurs et/ou permettant une perte pondérale: metformine, inhibiteurs des SGLT2 et agonistes des GLP1.

Diabète secondaire à une résistance et une diminution de la sécrétion d'insuline

L'évérolimus (inhibiteur de mTOR) et l'alpelisib (inhibiteur de PI3K) sont utilisés dans le traitement du cancer du sein hormonosensible métastatique. Dans les deux semaines après le début du traitement, des hyperglycémies sévères peuvent survenir et un diabète se développe dans 30 à 65% des cas. Le traitement de premier choix repose sur la metformine.

Prise en charge

En fonction des thérapies utilisées, le traitement sera adapté.

Tant les analogues des GLP1 que les inhibiteurs SGLT2 seront évités suite à leurs effets secondaires possibles (infection et dénutrition). Les recommandations hygiéno-diététiques seront adaptées et moins strictes afin d'éviter une dénutrition.

Un dosage de l'Hb1AC et de la glycémie à jeun sera effectué avant tout instauration de thérapies ciblées puis une glycémie à jeun est recommandée tous les 15 jours pendant les premiers mois puis tous les mois pendant toute la durée du traitement.

En cas de diabète préexistant, il est important de s'assurer que celui-ci soit correctement équilibré avant d'initier toutes thérapies ciblées. (VH)

A. Zordan et al. Diabète secondaire aux nouvelles thérapies ciblées contre le cancer. Rev Med Suisse. 2021 ; 17 : 1067-71

Mots-clés : diabète, traitement anticancéreux.