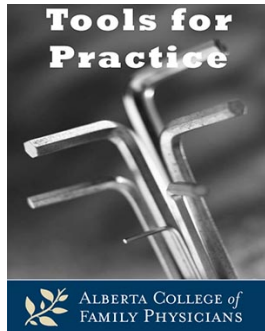


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 3 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

21 janvier 2013



Diabète de type 2 et taux cibles d'A1c : dogme pragmatique

Question clinique : Quels sont les taux cibles d'hémoglobine A1c (A1c) pour nos patients atteints du diabète de type 2?

Données probantes : La prise en charge intensive de la glycémie chez les diabétiques de type 2 a été examinée dans 10 méta-analyses et plus¹⁻¹⁰.

- Les études variaient selon l'âge, les comorbidités, les médicaments, etc., rendant encore plus difficiles l'interprétation et l'application des données probantes.

Cinq essais de taille raisonnable se répartissent en deux groupes :

- Diabétiques nouvellement diagnostiqués, âgés d'environ 50 ans, présentant peu de comorbidités et prenant des hypoglycémifiants en monothérapie (pour commencer) par rapport au régime alimentaire :
 - Étude UKPDS 33 : 3 867 patients prenant de la sulfonylurée ou de l'insuline (taux d'A1c moyen sur 10 ans de 7,0 % par rapport à 7,9 %) ¹¹.
 - Réduction significative des décès sur dix ans, nombre de sujets à traiter (NST)=29, et des IM, NST=36 ¹².
 - Étude UKPDS 34 : 753 patients prenant de la metformine (taux d'A1c moyen sur 10 ans de 7,4 % par rapport à 8,0 %) ¹³.
 - Réduction significative des décès sur dix ans, NST=14, et des IM, NST=16 ¹².
- Diabétiques établis plus âgés (dans la soixantaine environ) présentant plus de comorbidités, prenant des hypoglycémifiants en polythérapie (pour commencer) et faisant l'objet d'une prise en charge intensive par rapport à une prise en charge conventionnelle :
 - ACCORD ¹⁴ : 10 251 patients sur 3,5 ans, taux d'A1c de 6,4 % par rapport à 7,5 %.
 - ADVANCE ¹⁵ : 11 140 patients sur cinq ans, taux d'A1c de 6,5 % par rapport à 7,3 %.
 - Anciens combattants ¹⁶ : 1 791 patients sur 5,6 ans, taux d'A1c de 6,9 % par rapport à 8,4 %.
 - La prise en charge intensive a donné les résultats suivants :
 - Amélioration microvasculaire ¹⁷ : prévention de la détérioration visuelle (aggravation de trois lignes sur le diagramme de Snellen), NST=60, et de la perte de la sensation du toucher léger, NST=49.

- Aucun effet bénéfique sur les résultats cardiovasculaires¹⁴⁻¹⁶, sauf pour une étude qui a constaté une réduction des IM non mortelles, NST=100¹⁵.
- Aggravation inconstante : mortalité dans une étude¹⁴, nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN)=96, et hospitalisation dans une autre¹⁵, NNN=48.
- Aggravation constante¹⁴⁻¹⁶ : gain pondéral (gain de plus de 10 kg¹⁴, NNN=8) et hypoglycémie (grave¹⁴ nécessitant une aide médicale, NNN=15).

Contexte

- Les nouvelles lignes directrices américaines et européennes¹⁸ recommandent des taux cibles moins rigoureux pour les patients présentant une durée plus longue de la maladie, une espérance de vie plus courte, des comorbidités accrues et un risque élevé d'hypoglycémie ou d'autres événements indésirables.
- Les données provenant d'études de cohorte indiquent que chez les diabétiques établis, un taux d'A1c de 7,5 % pourrait être associé au taux de mortalité le plus faible¹⁹.
- Les complications macrovasculaires, comme les événements cardiovasculaires, sont beaucoup plus courantes que les complications microvasculaires au stade ultime, comme la progression vers la dialyse ou la cécité^{11,20}.

Conclusion : Bien que de nombreux patients puissent atteindre en toute sécurité un taux d'A1c de 7 % ou légèrement inférieur, pour les patients plus âgés, ceux qui souffrent de diabète depuis longtemps et ceux qui présentent de multiples comorbidités ou un risque élevé d'hypoglycémie, les taux cibles raisonnables sont peut-être de 7 % ou de 8 % ou même plus.

Auteurs : G. Michael Allan, M.D., CCMF, et Jacques Romney, M.D., FRCPC

1. Tkác I, Diabetes Res Clin Pract, 2009 Dec, 86 Suppl 1 : S57-62.
2. Marso SP, Kennedy KF, House JA, *et al.*, Diab Vasc Dis Res, 2010 Apr, 7(2) : 119-130.
3. Ray KK, Seshasai SR, Wijesuriya S, *et al.*, Lancet, 2009 May 23, 373(9677) : 1765-1772.
4. Hemmingsen B, Lund SS, Gluud C, *et al.*, BMJ, 2011 Nov 24, 343 : d6898. DOI : 10.1136/bmj.d6898.
5. Boussageon R, Bejan-Angoulvant T, Saadatian-Elahi M, *et al.*, BMJ, 2011 Jul 26, 343 : d4169. DOI : 10.1136/bmj.d4169.
6. Zhang CY, Sun AJ, Zhang SN, *et al.*, Ann Med, 2010 May 6, 42(4) : 305-315.
7. Macisaac RJ, Jerums G, Heart Lung Circ, 2011 Oct, 20(10) : 647-654.
8. Kelly TN, Bazzano LA, Fonseca VA, *et al.*, Ann Intern Med, 2009 Sep 15, 151(6) : 394-403.
9. Mannucci E, Monami M, Lamanna C, *et al.*, Nutr Metab Cardiovasc Dis, 2009 Nov, 19(9) : 604-612.
10. Turnbull FM, Abraira C, Anderson RJ, *et al.*, Diabetologia, 2009 Nov, 52(11) : 2288-2298.
11. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group, Lancet, 1998, 352 : 837-853.
12. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, *et al.*, N Engl J Med, 2008, 359 : 1577-1589.
13. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group, Lancet, 1998, 352 : 854-865.
14. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group (ACCORD), N Engl J Med, 2008, 358 : 2545-2559.
15. ADVANCE Collaborative Group, N Engl J Med, 2008, 358 : 2560-2572.
16. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, *et al.*, N Engl J Med, 2009 Jan 8, 360(2) : 129-139.

17. Smail-Beigi F, Craven T, Banerji MA, *et al.*, Lancet, 2010 Aug 7, 376(9739) : 419-430.
18. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, *et al.*, Diabetes Care, 2012, 35 : 1364-1379.
19. Currie CJ, Peters JR, Tynan A, *et al.*, Lancet, 2010, 375 : 481-489.
20. Bruno G, Biggeri A, Merletti F, *et al.*, Diabetes Care, 2003, 26 : 2353-2358.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.