

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 3 500 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

Révision : 19 août 2016

Mise à jour des données probantes : Nouvelles données probantes

Conclusion : Aucune modification

Première publication : 15 juin 2009

L'autosurveillance glycémique chez les diabétiques de type 2 non traités par l'insuline : résultats doux-amers?

Question clinique : Quels sont les avantages et les désavantages de l'autosurveillance glycémique chez les diabétiques de type 2 non traités par l'insuline?

Conclusion : L'autosurveillance glycémique sur une base régulière chez les diabétiques de type 2 non traités par l'insuline ne comporte aucun effet bénéfique clinique, n'est pas efficace sur le plan des coûts et pourrait nuire à la qualité de vie.

Données probantes

- Une méta-analyse sur données individuelles des patients¹ de six essais cliniques randomisés (ECR) regroupant 2 552 patients dont la prise en charge du diabète de type 2 se fait sans insuline a constaté ce qui suit :
 - Taux moyen d'HbA1c au départ de 8,3 % (environ le quart avait un taux d'HbA1c supérieur à 9 % au départ).
 - L'autosurveillance glycémique a réduit le taux d'HbA1c de :
 - 0,2 % après six mois;
 - 0,35 % après un an;
 - Cette réduction est inférieure à la différence minimale considérée comme ayant une importance clinique (0,5 % ou plus²).
- Une revue systématique³ de 12 ECR (3 259 patients) a constaté ce qui suit :
 - Aucune différence pour :
 - Le mieux-être général ou la qualité de vie;
 - Les épisodes hypoglycémiques symptomatiques.
 - Réduction du taux d'HbA1c de 0,3 %.
- ECR portant sur 1 024 patients ayant un taux médian d'HbA1c de 7,3 % au départ.
 - L'autosurveillance glycémique hebdomadaire n'a réduit le taux d'HbA1c que de 0,12 % par rapport à une surveillance deux fois par année.
- Même si, dans ces ECR, les patients étaient hautement motivés et le suivi était intensif, entre le tiers et la moitié seulement des patients ont observé le protocole d'autosurveillance sur une période de 12 mois⁴⁻⁷.

Contexte

- D'autres revues systématiques^{8,9} et ECR comportant des plans d'autosurveillance plus intensément structurés⁷ montrent des différences cliniques insignifiantes semblables.
- Les essais jusqu'ici n'ont pas eu la puissance statistique nécessaire pour évaluer l'effet sur les résultats cliniques.
 - La réduction de 0,2 % à 0,35 % du taux d'HbA1c devrait réduire les résultats cliniques liés au diabète d'un pourcentage relatif de 3 % à 8 % seulement¹⁰.
- Certains ECR^{6,11} et certaines études complémentaires¹² montrent que l'autosurveillance est associée à une aggravation des symptômes de dépression^{6,12} et à des incidences négatives sur la qualité de vie^{11,12}.
- L'autosurveillance sur une base régulière n'est pas efficace sur le plan des coûts¹¹.
- Huit régimes d'assurance-médicaments publics dépensent 247 millions de dollars par an pour les bandelettes réactives¹³, donc le total des dépenses canadiennes serait beaucoup plus élevé.
- Même si l'autosurveillance sur une base régulière ne semble pas nécessaire chez les diabétiques de type 2 non traités par l'insuline, ceux-ci doivent tout de même savoir comment vérifier leur taux de glucose au cas où ils présenteraient des symptômes d'hypoglycémie, au cas où ils se sentirraient mal ou au cas où ils souhaiteraient voir les impacts des comportements liés au mode de vie.

Auteurs originaux

G. Michael Allan, M.D., CCMF, et Christina Korownyk, M.D., CCMF

Mise à jour

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

Révision

G. Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Farmer AJ, Perera R, Ward A, et al. BMJ. 2012;344:e486.
2. NICE Advice. Type 2 diabetes mellitus: medicines optimisation priorities. 2016. Lien : <https://www.nice.org.uk/advice/ktt12/chapter/evidence-context>. Dernière consultation : 8 novembre 2016.
3. Malanda UL, Welschen LMC, Riphagen II, et al. Cochrane Database Syst Rev, 2012;1:CD005060.
4. Bosi E, Scavini M, Ceriello A, et al. Diabetes Care. 2013;36:2887-2894.
5. Farmer A, Wade A, Goyder E, et al. BMJ. 2007;335:132-140.
6. O'Kane MJ, Bunting B, Copeland M, et al. BMJ. 2008;336:1174-1177.
7. Polonsky WH, Fisher L, Schikman CH, et al. Diabetes Care. 2011;34:262-267.
8. Clar C, Barnard K, Cummins E, et al. Health Technol Assess. 2010;14(12):1-140.
9. McIntosh B, Yu C, Lal A, et al. Open Medicine. 2010;4:E102.
10. Stratton IM, Adler AI, Neil AW, et al. BMJ. 2000;321:405-412.
11. Simon J, Gray A, Clarke P, et al. BMJ. 2008;336:1177-1180.
12. Franciosi M, Pellegrini F, De Berardis G, et al. Diabetes Care. 2001;24:1870-1877.
13. Cameron C, Virani A, Dean H, et al. Can J Diabetes. 2010;34:34-40.

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. 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.