



Le lièvre ou la tortue? : l'insuline hebdomadaire peut-elle remplacer les doses quotidiennes?

QUESTION CLINIQUE

L'insuline icodec hebdomadaire se compare-t-elle aux insulines quotidiennes à action prolongée dans le diabète de type 2?

CONCLUSION

L'insuline icodec hebdomadaire réduit aussi efficacement la concentration d'hémoglobine A1c (HbA1c) que l'insuline quotidienne à action prolongée (glargine ou dégludec). L'innocuité et le risque d'hypoglycémie semblent similaires, mais les données sont limitées au sujet des patients ou des situations à risque d'hypoglycémie, comme les patients fragiles ou les journées de maladie.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Onze revues systématiques d'essais cliniques randomisés (ECR)¹⁻¹¹. L'accent est mis sur une méta-analyse réalisée au niveau des personnes participantes qui a examiné des grands ECR sur le diabète de type 2 (5 ECR, de 526 à 1 085 personnes)¹¹ :
 - 3 765 personnes participantes (âge moyen : environ 60 ans; concentration d'HbA1c au départ : 8,6 %; 86 % sous metformine; environ 70 % n'avaient jamais pris d'insuline) ont été réparties au hasard pour recevoir de l'insuline icodec une fois par semaine ou de l'insuline glargine ou dégludec quotidiennement pendant 26 à 78 semaines. L'insuline a

été titrée en fonction d'une glycémie matinale à jeun de 4,7 à 7,2 mmol/L. Les antidiabétiques non insuliniques étaient permis, sauf les sulfonylurées et les glinides (par exemple, le répaglinide), dont la prise a été arrêtée ou réduite.

- Changement de la concentration d'HbA1c par rapport à la valeur de départ : -1,45 % (icodec) par rapport à -1,25 % (groupe témoin). La différence de 0,2 % n'est pas cliniquement pertinente¹².
- Proportion de personnes ayant atteint une concentration d'A1c inférieure à 7,0 % : 49 % par rapport à 40 % (groupe témoin). Nombre de sujets à traiter (NST) = 11.
- Hypoglycémie significative (glycémie inférieure à 3 mmol/L) : 1,15 épisode par année par rapport à 1,00 (groupe témoin).
- Hypoglycémie nécessitant une aide : 0,007 épisode par année par rapport à 0,01 (groupe témoin).
- Limites : ECR financés par l'industrie. Tous les ECR sauf un étaient ouverts. Aucun autre résultat axé sur les patients. Faible nombre d'événements hypoglycémiques modérés ou graves.
- D'autres revues systématiques ont fait les mêmes constatations¹⁻¹⁰.

CONTEXTE

- L'insuline icodec (Awiqli^{MC} : 700 unités/mL, 2 100 unités par stylo) est une insuline à action ultraprolongée approuvée pour le traitement du diabète sucré chez les adultes¹³.
- Chez les personnes qui n'ont jamais pris d'insuline, la dose initiale recommandée est de 70 unités administrées une fois par semaine, soit l'équivalent de 10 unités par jour¹³. La dose maximale par injection est de 700 unités.
- Lorsqu'on passe d'une autre insuline à action prolongée à l'insuline icodec, il faut utiliser la dose hebdomadaire totale équivalente. On peut envisager l'administration d'une dose supplémentaire unique de 50 %¹³.
- Il manque de données sur le risque et la prise en charge d'une hypoglycémie grave ou prolongée dans certaines situations (par exemple, chez les aînés et en cas de maladie grave ou de chirurgie).
- L'insuline icodec coûte plus cher que les autres insulines à action prolongée¹⁴. Coût approximatif par mois pour 40 unités par jour ou 280 par semaine :
 - Insuline glargine : 55 \$
 - Insuline dégludec : 80 \$
 - Insuline icodec : 90 \$

RÉFÉRENCES

1. Shetty S, Suvarna R. Diabetes Obes Metab. 2024 Mar;26(3):1069-1081.
2. Soetedjo NNM, Permana H, Hariyanto TI et al. Diabetes Res Clin Pract. 2023 Nov;205:110984.

AUTEURS

Nicolas Dugré, Pharm. D., M. Sc., BCACP

Tamer Elias, Pharm. D., BCGP
Émélie Braschi, M.D., Ph.D., CCMF

3. Zuhair V, Obaid MA, Mustafa MS et al. J Diabetes Metab Disord. 2024 Apr 23;23(1):1337-1349.
4. Ribeiro SAG, Chavez MP, Hespanhol LC et al. Metabol Open. 2024 May 24;22:100285.
5. Ahmed M, Shafiq A, Javaid H et al. Endocrinol Diabetes Metab. 2024 May;7(3):e00480.
6. Saleem SZ, Fareed A, Akhtar SMM et al. Diabetol Metab Syndr. 2024 Apr 3;16(1):80.
7. Dutta D, Nagendra L, Bhat S et al. Diabetes Metab Syndr. 2023 Oct;17(10):102877.
8. Ribeiro E Silva R, de Miranda Gauza M, Guisso MES et al. Arch Endocrinol Metab. 2023 May 25;67(5):e000614.
9. Abuelazm M, Ibrahim AA, Khlidj Y et al. J Endocr Soc. 2023 Dec 28;8(2):bvad177.
10. Mukhopadhyay P, Chatterjee P, Pandit K et al. Endocr Pract. 2024 Feb;30(2):128-134.
11. Bajaj HS, Ásbjörnsdóttir B, Bari TJ et al. Diabetes Obes Metab. 2024 Sep;26(9):3810-3820.
12. Kaiafa G, Veneti S, Polychronopoulos G et al. Postgrad Med J. 2021 Jun;97(1148):380-383.
13. NovoNordisk Canada. Monographie de produit : Awiqli. Mississauga, Canada. Mars 2024. [Lien : https://caf.novonordisk.ca/content/dam/nncorp/ca/fr/products/awiqli-product-monograph-french-12-march-2024.pdf](https://caf.novonordisk.ca/content/dam/nncorp/ca/fr/products/awiqli-product-monograph-french-12-march-2024.pdf). Consulté le 3 juillet 2025.
14. Pharmaclick. McKesson Canada. 2024. Lien : <https://clients.mckesson.ca/>. Consulté le 3 juillet 2025.

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

**OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.