

Traitements optimaux de 1^{ère} et de 2^e intention du diabète de type 2

Maladie

Le diabète de type 2 est une maladie chronique causée par une production insuffisante d'insuline par le pancréas, ou lorsque le corps ne répond plus adéquatement à l'insuline qu'il fabrique.

Médicaments

On s'attaque d'abord au diabète de type 2 en modifiant le mode de vie du patient. La deuxième étape consiste en une pharmacothérapie avec des antidiabétiques oraux. On a habituellement recours à la metformine à titre de médicament de première intention chez la plupart des patients. Parmi les autres classes de médicaments offerts actuellement pour le traitement du diabète de type 2, on retrouve les sulfonyles, les méglitinides, les inhibiteurs des alpha-glucosidases, les thiazolidinediones (TZD), les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4), les analogues du glucagon-like peptide-1 (GLP-1) et les insulines.

Enjeux

Le diabète de type 2 étant une maladie évolutive, la plupart des patients auront éventuellement besoin d'ajouter d'autres antidiabétiques oraux à leur régime thérapeutique. Or, les lignes directrices en vigueur n'offrent aucune indication quant à l'algorithme qui devrait être suivi lorsque la metformine n'est plus apte à équilibrer la glycémie. De plus, le coût des traitements contre le diabète varie considérablement et les dépenses sont en hausse au Canada.

En 2010, l'ACMTS a formulé des recommandations sur le choix optimal des médicaments de deuxième et de troisième intention en renfort de la metformine, destinés aux patients atteints de diabète de type 2. Depuis ce temps, un certain nombre de nouveaux antidiabétiques ont été homologués au Canada.

Méthodes

L'ACMTS a actualisé son précédent examen méthodique des données cliniques et a procédé à une analyse actualisée du rapport coût-efficacité. À la lumière des résultats, le comité d'expertise a mis à jour les recommandations de l'ACMTS de 2010.

Messages clés

Chez le patient adulte atteint de diabète de type 2 qui ne peut maîtriser l'hyperglycémie par un régime alimentaire et d'exercice approprié :

- Amorcer un traitement par voie orale avec la metformine.
- Adjoindre une sulfonyle à la metformine lorsque cette dernière est incapable de maîtriser convenablement l'hyperglycémie en monothérapie.
- Adjoindre l'insuline Neutral Protamine Hagedorn (NPH) lorsque la metformine jumelée à une sulfonyle ne peut maîtriser convenablement l'hyperglycémie.*
OU
Adjoindre un inhibiteur de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) à la bithérapie metformine + sulfonyle dans les rares cas où l'insuline n'est pas indiquée.

Optimiser la posologie du produit à chaque étape du traitement avant de passer au suivant. Il convient d'encourager un régime d'alimentation et d'exercice sains à chaque étape.

*Les patients qui éprouvent des épisodes d'hypoglycémie prononcée lorsqu'ils tentent d'atteindre leur taux optimal d'hémoglobine glyquée (HbA1c) avec l'insuline NPH auraient avantage à opter pour un analogue de l'insuline à action prolongée (c.-à-d. l'insuline glargine ou détémir).

Résultats de la recherche

Les résultats des évaluations cliniques et économiques actualisées rejoignent ceux des analyses antérieures. L'ampleur de la maîtrise de la glycémie est semblable pour toutes les classes de médicaments. On observe des différences en ce qui a trait à la prise de poids et à l'hypoglycémie. Les sulfonyles et l'insuline NPH représentent les options les plus rentables de traitement de deuxième et de troisième intention, respectivement.

Pour accéder aux rapports complets et à des outils, veuillez vous rendre au www.cadth.ca/dt2.

AVERTISSEMENT : L'information présentée ici a pour but d'éclairer la prise de décisions des patients, des professionnels de la santé, des dirigeants de systèmes de santé, des décideurs et des responsables de politiques du secteur de la santé afin d'améliorer la qualité des services de santé. Cette information ne saurait tenir lieu du discernement ou du jugement du clinicien dans la prise en charge d'un patient en particulier, du jugement professionnel qui intervient dans la prise de décisions, ni de l'avis ou de l'opinion en bonne et due forme d'un médecin. Bien que l'ACMTS ait tout mis en œuvre pour veiller à l'exactitude, à l'exhaustivité et à l'actualité du contenu, elle décline toute responsabilité à cet égard. Elle ne saurait être tenue responsable des erreurs ou omissions, des blessures, des pertes, des dommages ou des préjudices découlant de l'usage ou du mésusage de l'information contenue ou sous-entendue dans le Projet en bref.

L'ACMTS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent Projet en bref. Les énoncés, conclusions et points de vue qui y paraissent ne représentent pas forcément l'opinion de Santé Canada ou d'un gouvernement provincial ou territorial. La production du présent Projet en bref a été rendue possible grâce au soutien financier de Santé Canada.