



LE COIN DES RÉDACTEURS

Diabète de type II: Les nouveautés (août 2009)

REMARQUE: Veuillez noter que la version française de ce module sera disponible en avril 2010

Q: Pouvez-vous préciser les écueils du strict contrôle glycémique chez un diabétique de type II qui sont soulevés dans ce module? L'édition de juin du *Médecin de famille canadien* a présenté un excellent débat sur ce sujet^{1,2}. Les camps du «pour» et du «contre» ont **tous les deux** des arguments persuasifs.

R: L'argument «pour» un strict contrôle glycémique chez diabétiques de type II^{1,3} se fonde sur des preuves provenant d'études d'envergure randomisées et de longue durée qui montrent qu'un strict contrôle glycémique (<0,07) peut réduire les complications micro- et macrovasculaires^{4,5,6,7}. Cet effet (aussi appelé effet «legacy») devient évident à long terme si le contrôle strict est appliqué tôt dans la maladie^{8,9}.



L'argument «contre» un strict contrôle provient d'études plus récentes^{10,11,12} qui montrent que le contrôle intensif de la glycémie diminue les complications microvasculaires mais non les incidents cardiovasculaires chez les diabétiques de type II. L'essai ACCORD¹⁰ a montré que le traitement intensif a été associé à une petite augmentation (1%) du risque de décès. Le camp du «pour» souligne que par rapport aux études DCCT et UKPDS, la durée de ces nouvelles études était plus courte (3,5 à 5 ans), que les participants étaient plus âgés et souffraient de diabète depuis plus longtemps (p.ex., moyenne de 10 ans), et avaient donc un risque plus élevé de problèmes cardiovasculaires. De plus, l'étude ACCORD a tenté un traitement plus agressif pour abaisser la glycémie ($HbA_{1C} < 0,06$ pendant 6 mois) mais le risque de décès augmenté «était quand même inférieur au taux prévu (4%)»¹.

Le camp du «pour» conclut que le strict contrôle glycémique chez les diabétiques de type II à des seuils

cibles de HbA_{1C} inférieurs à 7%, diminue les complications microvasculaires du diabète. Il peut aussi réduire les complications macrovasculaires si ce contrôle est initié tôt dans la maladie même s'il peut s'écouler beaucoup de temps avant de constater des bénéfices»¹.

L'argument «contre» le strict contrôle glycémique mentionne que les preuves citées ci-dessus, en particulier dans les études DCCT3 et EDIC5 incluait uniquement des patients diabétiques de type I — une «maladie complètement différente»². De plus, la réduction des complications microvasculaires (p.ex., la réduction de la protéinurie et de la photocoagulation rétinienne, mais aucune différence au chapitre de l'insuffisance rénale et de la cécité) peut être un facteur non significatif pour les patients. Ils peuvent être plus inquiétés par l'augmentation du risque de décès avec un contrôle strict, une augmentation qui se situe à un niveau équivalent à la réduction des complications microvasculaires.

Le fait que les complications macrovasculaires «peuvent être réduites» constitue une base trop faible pour imposer aux patients le fardeau d'un strict contrôle glycémique — schéma posologique complexe, coût, gain de poids et épisodes d'hypoglycémie. «De plus, actuellement, il n'y a pas de preuves que cette stratégie prévient les AVC ni les maladies vasculaires périphériques»².

Le camp du «contre» conclut que le principe «de garder uniquement en tête le strict contrôle glycémique mobilise trop de ressources par rapport aux interventions plus rentables de promotion de la santé...et que donner des conseils sur de saines habitudes de vie pourraient réduire la prévalence du diabète du type II»². — CT/GA/JW/LC

Il n'y a donc pas, pour le moment, de standard de soin qui ressorte de ce débat sur le strict contrôle glycémique. Les preuves doivent être évaluées en fonction du contexte, et les médecins doivent envisager les facteurs liés à leurs patients avant de décider des seuils cibles de glycémie.

Références bibliographiques

1. Clement M, Bhattacharyya O, Conway, JR. Is tight glycemic control in type 2 diabetes really worthwhile? Yes. *Canadian Family Physician* 2009;55:580-82.
2. Wilson G, Perry T. Rebuttal. Is tight glycemic control in type 2 diabetes really worthwhile? No. *Canadian Family Physician* 2009;55.

3. Flegel K. Controlling the complications of diabetes: It's about the sugar. CMAJ 2009; 181 (67): 357. DOI:10.1503/cmaj.091354.
4. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993;329(14):977-86.
5. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998;352(9131):837-53.
6. Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY, Genuth SM, Lachin JM, Orchard TJ, et al. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. N Engl J Med 2005;353(25):2643-53.
7. Ray KK, Seshasai SRK, Wijesuriya S, et al. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a metaanalysis of randomized controlled trials. Lancet 2009;373:1765-72.
8. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;359(15):1577-89. Epub 2008 Sep 10.
9. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358(6):580-91.
10. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358(24):2545-59.
11. ADVANCE Collaborative Group, Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358(24):2560-72.
12. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med 2009;360(2):129-139.

Nouvelles de la recherche communiquer avec Stefanie Roder à 905.525.9140 poste 22223 roders@mcmaster.ca

Invitation à participer à un projet de recherche sur l'autoévaluation et les changements de la pratique

La FÉMC a commencé un projet de recherche d'une durée de trois ans sous la gouverne des docteurs Kevin Eva et Heather Armon, et qui sera subventionné par Le Conseil médical du Canada. Ce projet évaluera le rôle joué par différentes stratégies de rétroaction et leur valeur chez les médecins pour favoriser leurs efforts de formation médicale continue. Les médecins de famille qui acceptent de participer à ce projet étudieront deux modules de formation dans leur contexte d'apprentissage habituel (petit groupe ou individuel) qui mettront l'accent sur les sujets cliniques déterminés selon l'évaluation des besoins des participants. Les participants établiront leurs énoncés habituels de changements, compléteront un test orienté sur la pratique clinique pour vérifier leurs connaissances dans les domaines étudiés et indiqueront aux chercheurs la stratégie de rétroaction qui a été la plus utile pour influencer leur pratique. Pour de plus amples détails et pour participer à l'étude, veuillez communiquer avec la coordonnatrice à la recherche, Stefanie Roder au 905-525-9140 poste 22223 ou roders@mcmaster.ca.

Nouvelles et avis de la Fondation

Information importante – Crédits MainPro accordés directement par le CMFC – Date du lancement : Été 2010

Nous mettons en place actuellement et conjointement avec le Collège des Médecins de famille du Canada (CMFC) un système qui permettra d'obtenir directement vos crédits. Ce processus ne sera fonctionnel **qu'à la fin de votre prochaine cotisation**, par exemple, les participants dont la cotisation a été renouvelée en septembre 2009, l'entrée directe des crédits commencera à la fin de ce présent cycle c'est-à-dire **août 2010**, et pour ceux dont la cotisation sera renouvelée en janvier 2010, l'entrée directe des crédits débutera en **décembre 2010**. **VEUILLEZ NOTER:** En attendant ces dates, votre lettre officielle de crédits accordés vous parviendra par la poste de la manière habituelle et ce sera encore votre responsabilité de la faire parvenir au CMFC.

Un petit rappel pour ceux d'entre vous qui n'ont pas encore signé et retourné leurs coordonnées pour les joindre par télécopieur/poste, veuillez le faire le plus rapidement possible. Si vous avez perdu ce formulaire, veuillez communiquer avec nous par courriel à: fmpe@mcmaster.ca ou nous appeler au 1-800-661-3249 pour choisir votre option de programme. Il nous fera plaisir de vous envoyer par courriel/télécopieur une copie de ce formulaire à signer et à nous retourner. **Remarque: pour les cotisations à renouveler en janvier, ce formulaire est inclus dans votre renouvellement.**

Ateliers de formation communiquer avec Heather Haywood 800.661.3249 haywood@mcmaster.ca

PRINTEMPS 2010 (Dates prévues – nombre minimal d'inscriptions requis pour confirmer l'atelier)

Samedi, 17 avril
Hamilton – **Places disponibles**

Samedi, 24 avril
Vancouver - **Complet**

Samedi, 24 avril
Ottawa – **Places disponibles**

**Évitez d'être déçu
Réservez tôt!**

Modules à venir Avez vous des suggestions de sujet? **Faites-les parvenir à: fmpe@mcmaster.ca**

• Syndrome coronarien aigu: post-IM • Antiplaquettaires • Prévention du cancer: le rôle de l'activité physique

Visitez notre site Web www.fmpe.org ou appelez (800) 661-3249