

# Guide de référence

sur les Lignes directrices  
de pratique clinique 2018

**DIABÈTE**  
**CANADA**

416569-18

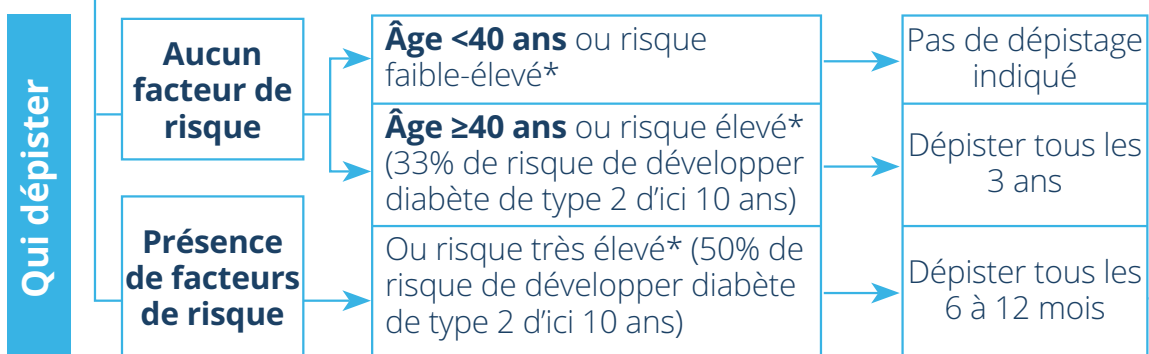
**[guidelines.diabetes.ca](http://guidelines.diabetes.ca)**

[diabetes.ca](http://diabetes.ca) | 1-800-BANTING (226-8464)

## Dépistage et diagnostic

### Évaluer les facteurs de risque du diabète de type 2 ANNUELLEMENT:

- Antécédents familiaux (membre de la famille au 1er degré avec diabète de type 2)
- Populations à haut risque (non caucasien, statut socio-économique faible)
- Antécédents de diabète gestationnel/prédiabète
- Facteurs de risque cardiovasculaire
- Complication terminale à un organe en lien avec le diabète
- Autres conditions et médicaments associés au diabète (voir Chapitre 4, Dépistage du diabète chez les adultes des LDPC, Tableau 1)



Comment dépister	Test	Résultat	Catégorie de dysglycémie
	GAJ (mmol/L) Aucun apport calorique depuis au moins 8 heures		6,1 – 6,9
		≥7,0	Diabète
A1C (%)**		6,0 – 6,4	Prédiabète
		≥6,5	Diabète


Si la personne est asymptomatique et que l'A1C ou la GAJ est dans l'intervalle du diabète, répéter le même test (A1C ou GAJ) afin de confirmer le premier test. Si la GAJ et l'A1C sont disponibles et qu'un seul est dans l'intervalle du diabète, répéter le test se trouvant dans l'intervalle du diabète en tant que test de confirmation. Si l'A1C et la GAJ sont disponibles et sont tous deux dans l'intervalle du diabète, une répétition du test n'est pas nécessaire. Si des symptômes francs d'hyperglycémie sont présents, le diagnostic de diabète peut être posé avec un seul test (A1C, GAJ, GPP2h ou GP aléatoire)

\*Utilisation d'un calculateur de risque validé (p. ex. CANRISK)

\*\*Utilisation d'un essai normalisé, validé, en l'absence de facteurs qui affectent la précision de l'A1C (voir Chapitre 9 des LDPC, Tableau 1)

## Cibles de contrôle glycémique

### A1C% Cibles

≤6,5	Adultes avec diabète de type 2 afin de réduire le risque d'IRC et de rétinopathie si à faible risque d'hypoglycémie*
≤7,0	<b>LA PLUPART DES ADULTES AVEC DIABÈTE DE TYPE 1 OU TYPE 2</b>
7,1	<b>7,1-8,0%</b> : Dépendance fonctionnelle*
↓	<b>7,1-8,5%</b> : Hypoglycémie sévère récurrente et/ou non perception de l'hypoglycémie
↓	<b>7,1-8,5%</b> : Espérance de vie limitée
8,5	<b>7,1-8,5%</b> : Personne âgée frêle et/ou avec démence†
	Éviter A1C plus élevée pour minimiser le risque d'hyperglycémie symptomatique et les complications aiguës et chroniques

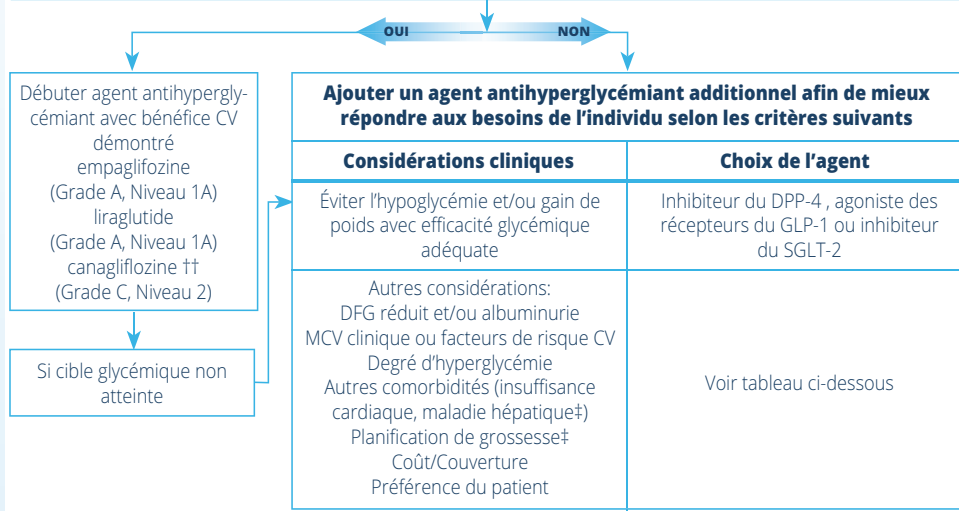
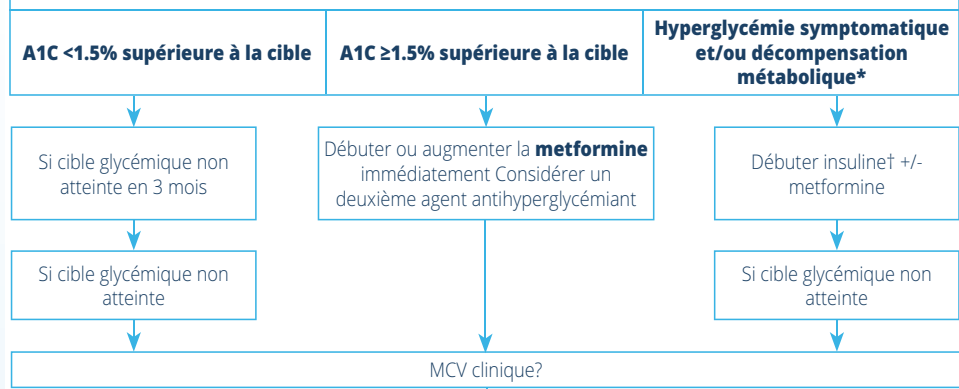
Fin de vie : Mesure de l'A1C non recommandée. Éviter hyperglycémie symptomatique et toute hypoglycémie.

\* Selon la classe de médication antihyperglycémiant utilisée et les caractéristiques de la personne

† Voir le chapitre sur le Diabète et la personne âgée

## Médication antihyperglycémique (Diabète de type 2)

**Au moment du diagnostic de diabète de type 2**  
Débuter les interventions d'habitudes de vie saines (thérapie nutritionnelle, gestion du poids, activité physique) +/- metformine



**Ajouter un agent antihyperglycémiant additionnel selon les besoins de l'individu en priorisant les caractéristiques du patient**  
(Agents présentés en ordre alphabétique, selon les données des études CV)

Classe **	Effet sur MCV	Hypo-glycémie	Poids	Diminution relative d'A1C en ajout à la metformine	Autres considérations thérapeutiques	Coût
Agonistes des récepteurs du GLP-1	Lira Supériorité dans DT2 avec MCV clinique exénatide LA & lixi : neutre	Rare	↓ ↓	↓ ↓ à ↓ ↓ ↓	Effets secondaires GI Calculs biliaires Contre-indiqué si antécédent personnel/familial de cancer médullaire de la thyroïde ou MEN 2 Requiert injection sous-cutanée	\$\$\$
Inhibiteurs du SGLT-2	Cana & empa: Supériorité chez patients avec DT2 avec MCV clinique	Rare	↓ ↓	↓ ↓ à ↓ ↓ ↓	Infections génitales, infections urinaires, hypotension, changement de C-LDL relié à la dose. Attention si insuffisance rénale, diurétiques de l'anse, personnes âgées. Dapaglifozine ne doit pas être utilisé si cancer de la vessie. Acidocétose diabétique rare (peut arriver sans hyperglycémie). Risque augmenté de fracture et amputation avec canaglifozine. Diminution de la progression de la néphropathie & hospitalisations en lien avec IC avec empaglifozine et canaglifozine chez patients avec MCV clinique	\$\$\$
Inhibiteurs du DPP-4	Neutre (alo, saxa, sita)	Rare	Neutre	↓ ↓	Attention avec saxagliptine si insuffisance cardiaque, douleurs articulaires rares	\$\$\$
Insuline	Glar: Neutre Degludec: non infériorité à glar	Oui	↑ ↑	↓ ↓ à ↓ ↓ ↓ ↓	Pas de dose plafond, régimes flexibles Requiert injection sous-cutanée	\$- \$\$\$\$
Thiazolidinediones	Neutre	Rare	↑ ↑	↓ ↓	IC, œdème, fractures, cancer de vessie rare (pioglitazone), controverse cardiovasculaire (rosiglitazone), 6-12 semaines avant effet maximal	\$\$
Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase		Rare	Neutre	↓	Effets secondaires GI communs. Nécessite prise trois fois par jour	\$\$
Sécrétagogues de l'insuline : Méglitinide		Oui	↑	↓ ↓	Diminution plus rapide de la glycémie Diminution de la glycémie postprandiale avec méglitinide mais nécessite prise trois fois par jour.	\$\$
Sulfonylurée		Oui	↑	↓ ↓	Gliclazide et glimépiride associés avec moins d'hypoglycémie que glyburide Durabilité pauvre	\$
Agent de perte de poids (orlistat)		Aucune	↓	↓	Effets secondaires Nécessite prise trois fois par jour	\$\$\$

Alo, alogliptine; cana, canaglifozine; empa, empaglifozine; glar, glargine; lira, liraglutide; exe LA, exénatide longue action; lixi, lixisénatide; saxa, saxagliptine; sita, sitagliptine

Si cible glycémique non atteinte

Ajouter un autre agent antihyperglycémiant d'une classe différente et/ou ajouter/intensifier régime insulinique  
**Faire ajustements en temps opportun pour atteindre la cible d'A1C en 3-6 mois**

\* Peut inclure déshydratation, acidocétose, état hyperosmolaire

\*\* Présenté par résultats d'études CV

† L'insuline peut être requise à tout moment en cas d'hyperglycémie symptomatique/décompensation métabolique ou si incapacité à atteindre cibles glycémiques avec les autres agents antihyperglycémiant

†† À éviter chez personne avec antécédent d'amputation d'une extrémité d'un membre inférieur

‡ Voir monographies des produits

INTERVENTIONS DE SAINES HABITUDES DE VIE

## Quelle médication de protection vasculaire est indiquée pour mon patient?

### Le patient a-t-il une maladie cardiovasculaire?

- Ischémie cardiaque (silencieuse ou avérée)
- Maladie artérielle périphérique
- Maladie cérébrovasculaire/carotidienne

OUI

**Statine<sup>1</sup>**  
+  
**iECA/ARA<sup>2</sup>**  
+  
**AAS<sup>3</sup>**

ET si le patient n'atteint PAS les cibles glycémiques

AJOUTER

**Liraglutide, Empagliflozine**  
ou **Canagliflozine<sup>4</sup>**  
(seulement pour patients avec diabète de type 2)

NON

### Le patient a-t-il une maladie microvasculaire?

- Rétinopathie
- Insuffisance rénale (RAC $\geq$ 2,0)
- Neuropathie

OUI

**Statine<sup>1</sup>**  
+  
**iECA/ARA<sup>2</sup>**

NON

### Le patient est-il...

- Âgé de  $\geq$ 55 ans avec des facteurs de risque CV additionnels? OUI
- Âgé de  $\geq$  40 ans
- Âgé de  $\geq$  30 ans, et atteint de diabète depuis > 15 ans? OUI
- Devrait être traité avec statine selon les *Lignes directrices 2016 sur la prise en charge de la dyslipidémie pour la prévention de la maladie cardiovasculaire chez l'adulte?* OUI

**Statine<sup>1</sup>**

1 Un ajustement des doses ou une thérapie additionnelle s'imposent si les cibles relatives aux lipides (C-LDL < 2,0 mmol/L) ne sont pas atteintes

2 Il faut administrer des doses d'inhibiteurs de l'ECA ou d'ARA (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine) dont l'efficacité a été démontrée en matière de protection vasculaire (p. ex. 8 mg de perindopril une fois par jour (étude EUROPA), 10 mg de ramipril une fois par jour (étude HOPE), 80 mg de telmisartan une fois par jour (étude ONTARGET)).

3 Il faut éviter d'utiliser l'AAS pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires chez les personnes atteintes de diabète. On peut toutefois l'utiliser pour la prévention secondaire.

4 Éviter la canagliflozine chez les patients à risque d'amputation des membres inférieurs.

## Assurer la sécurité des patients à risque d'hypoglycémie

Patients traités avec insuline ou sécrétagogues de l'insuline, p. ex. glyburide, gliclazide, répaglinide

### Reconnaissance de l'hypoglycémie

- QUESTIONNER à chaque visite
- ÉVALUER l'impact, y compris la crainte/l'évitement intentionnel de l'hypoglycémie
- DÉPISTER la non perception de l'hypoglycémie

### Agir/Traiter l'hypoglycémie

- ÉDUCUER sur le traitement approprié et la nécessité d'avoir sur soi, en tout temps, un traitement sous forme de glucose à action rapide

### Prévention de l'hypoglycémie

- ENVISAGER médication à plus faible risque d'hypoglycémie
- DISCUTER CAUSES POSSIBLES et moyens d'éviter récurrences d'hypoglycémie

### Réduire le risque lors de la conduite automobile

- ÉDUCUER les patients sur la conduite automobile sécuritaire avec le diabète

**Préparer** Garder sucre à action rapide et autres collations accessibles

**S'assurer** de prendre la glycémie avant de conduire, et toutes les 4 heures durant les longs trajets. Si la glycémie est inférieure à 4 mmol/L, corriger.

**Arrêter** de conduire et corriger l'hypoglycémie à l'apparition de symptômes.

**Après** la correction de l'hypoglycémie, **attendre** que la glycémie soit supérieure à 5 mmol/L avant de reprendre le volant. À noter que 40 minutes sont nécessaires après que la glycémie soit de retour à la normale pour que les fonctions cérébrales soient rétablies.

Si le patient ne perçoit pas ses symptômes d'hypoglycémie, il doit vérifier sa glycémie avant de conduire ainsi que toutes les 2 heures durant la conduite, ou porter un lecteur de surveillance de la glycémie en continu.

## Assurer la sécurité des patients lorsqu'ils sont à risque de déshydratation (vomissements/diarrhée)

**Assurer une réhydratation** adéquate (eau, bouillon, boisson gazeuse diète, Kool-Aid<sup>MD</sup> sans sucre, Jell-O<sup>MD</sup> diète, éviter boissons caféinées).

**Suspendre la médication selon l'annexe de gestion des jours de maladie.**

**Redébuter** quand l'alimentation/hydratation est de retour à la normale.

- S** sulfolylurées, autres sécrétagogues
- I** inhibiteurs de l'ECA
- D** diurétiques
- M** metformine
- A** antagonistes des récepteurs de l'angiotensine
- A** anti-inflammatoires non stéroïdiens
- I** inhibiteurs du SGLT-2

## Considérations particulières pour femmes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 en âge de procréer

Une grossesse devrait être planifiée, et les précautions suivantes devraient être prises en préconception :

- **A1c** inférieure ou égale à 7% mais viser <6,5% (assurer contraception jusqu'à l'atteinte de la cible)
- **Cesser :**
  - Agents antihyperglycémiant non insuliniqes (sauf metformine et/ou glyburide)
  - Statines
  - iECA/ARA avant (ou dès que la grossesse est détectée chez les patientes avec néphropathie avérée)
- **Débuter :**
  - Acide folique 1 mg par jour, trois mois AVANT la conception
  - Insuline si cible d'A1C non atteinte avec metformine et/ou glyburide (type 2)
  - Autres agents antihypertenseurs sécuritaires en grossesse (Labetalol, Adalat XR) si contrôle de l'hypertension nécessaire
- **Dépister les complications :**
  - Examen de la vue, créatinine sérique, RAC urinaire, tension artérielle
- Viser **IMC santé**
- S'assurer que la **vaccination** est à jour
- **Réféer** à une clinique de diabète

### **3 questions rapides afin d'aider vos patients à atteindre leurs objectifs**

Essayez de poser ces questions afin d'aider vos patients dont les progrès sont inférieurs aux attentes à cheminer :

**1. Quelle importance cela a-t-il pour vous?** <insérer objectif d'auto-gestion> - **Faible, moyenne, ou élevée?**

(Exemples d'objectifs : augmenter niveau d'activité physique, perdre du poids, améliorer l'A1C, diminuer la TA)

Si l'importance (motivation) est faible, demander ce qu'il faudrait pour augmenter le niveau d'importance.

Un niveau d'importance élevé indique que la personne est prête à changer.

**2. Quelle confiance avez-vous en votre capacité à** <insérer résultat ciblé ici> - **Faible, moyenne, ou élevée?**

Si le niveau de confiance est faible, explorer ce qu'il faudrait envisager afin de l'augmenter. C'est souvent quelque chose qui est en lien avec l'augmentation des connaissances, des habiletés ou des ressources, et du soutien.

Un niveau de confiance élevé indique que la personne est prête à changer.

**3. Est-il possible d'établir un objectif spécifique sur lequel travailler d'ici au prochain rendez-vous? Quelles sont les étapes à accomplir pour y arriver?**

Encourager objectifs S.M.A.R.T. :

**S**pécifiques **M**esurables

**A**tteignables **R**éalistes **T**emps opportun



## Établir un objectif individualisé

<b>Objectifs d'auto-gestion potentiels</b>	<b>Exemples</b>
<b>Manger plus sainement</b>	Rencontrer une nutritionniste afin de développer un plan d'alimentation santé
<b>Être plus actif</b>	Augmenter l'activité physique avec l'objectif d'atteindre 150 minutes d'activité aérobique par semaine et des exercices de résistance 2-3 fois/semaine. Choisir une activité physique qui correspond aux préférences/besoins.
<b>Perdre du poids</b>	Utiliser des stratégies (p. ex. réduire les calories ou les portions) afin de perdre 5-10% du poids initial.
<b>Prendre la médication régulièrement</b>	Prendre la médication aide à l'amélioration des symptômes et prendre le contrôle de votre vie. Envisager l'utilisation d'une dosette ou de régler un minuteur.
<b>Éviter l'hypoglycémie</b>	Reconnaître les signes d'hypoglycémie et faire ce qu'il faut pour la prévenir.
<b>Surveiller la glycémie</b>	Établir une routine et s'y tenir.
<b>Examiner les pieds</b>	Faire un auto-examen quotidien et faire un suivi avec un professionnel de la santé si anomalie.
<b>Gérer le stress</b>	Dépister la détresse (symptômes dépressifs et anxieux) via entrevue ou questionnaire standardisé (p. ex. PHQ-9 <a href="http://www.phqscreensers.com">www.phqscreensers.com</a> )
<b>Diminuer ou cesser le tabac</b>	Identifier les barrières à la cessation et développer un plan afin d'aborder chacune d'elles.

## ACTIONSS de la gestion du diabète

		Cible des lignes directrices (ou objectif personnalisé)
<b>A</b>	Cible d' <b>A1C</b>	A1C ≤7,0% (ou ≤6,5% afin de ↓ risque d'IRC et rétinopathie) Si prise d'insuline ou de sécrétagogues de l'insuline, évaluer le risque d'hypoglycémie et assurer la conduite automobile sécuritaire
<b>C</b>	Cible de <b>cholestérol</b>	C-LDL <2,0 mmol/L (ou réduction de >50% du taux de base)
<b>T</b>	Cible de <b>tension artérielle</b>	TA<130/80 Évaluer risque de chute si traitement
<b>I</b>	<b>Interventions</b> sur le mode de vie	150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée par semaine et exercices de résistance 2-3 fois par semaine Habitudes alimentaires saines (i.e. régime méditerranéen, faible indice glycémique)
<b>O</b>	<b>Ordonnances</b> – Médication pour <b>diminuer risque de MCV</b>	iECA/ARA (si MCV, âge ≥55 ans avec facteurs de risque, OU complications du diabète) Statine (si MCV, âge ≥40 ans pour type 2, OU complications du diabète) AAS (si MCV) iSGLT-2/aGLP-1 avec bénéfices CV démontrés (si diabète de type 2 avec MCV et cible A1C non atteinte)
<b>N</b>	<b>Non fumeur</b> – sevrage du tabac	Si fumeur : demander permission de donner conseil, organiser thérapie et procurer support
<b>S</b>	<b>S'occuper</b> du <b>dépistage des complications</b>	Cœur : ECG tous les 3 à 5 ans si âge ≥40 ans OU complications du diabète Pieds : Monofilament/vibration annuellement ou plus souvent si anormal Reins : Vérifier DFGe et RAC annuellement ou plus souvent si anormal Rétinopathie: type 1 - annuellement; type 2 - q 1 à 2 ans
<b>S</b>	<b>Santé psychologique</b> du patient	Établir des objectifs personnalisés (voir onglet « Établir un objectif personnalisé ») Évaluer le stress, la santé mentale, et les préoccupations, financières ou autres

Une bourse éducative a été offerte partiellement par AstraZeneca, l'alliance Boehringer-Ingelheim Canada/Eli Lilly Canada, et Novo Nordisk Canada Inc. afin de produire cette ressource. Diabète Canada remercie ces organisations pour leur implication dans la cause du Diabète au Canada. © Diabète Canada 2018