

À PROPOS DE L'AUTEUR

Akshay Jain, M.D., FRCPC, FACE, CCD, ECNU, DABIM, DABOM

Le Dr Akshay Jain est le premier médecin canadien à être titulaire d'une triple certification accordée par les Conseils américains en endocrinologie, médecine interne et médecine de l'obésité. Il est le seul Canadien à avoir remporté en 2022 le prix « Rising Star in Endocrinology » décerné par l'ACE (American Association of Clinical Endocrinologists) et à figurer parmi les 25 meilleurs médecins de la liste « 25 Top Rising Stars of Medicine » (2020) de Medscape. Il exerce à Surrey, en Colombie-Britannique. Il parle couramment 6 langues dont l'anglais, l'hindi, le gujarati, le marathi, le marwari et l'urdu. En 2022, il a remporté le prix des 25 meilleurs immigrants canadiens.



Affiliations

TLC Diabetes and Endocrinology, Surrey, C.-B.

Département de l'endocrinologie et du métabolisme, Université de la Colombie-Britannique

REDÉFINIR LES STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LE DIABÈTE DANS LES SOINS PRIMAIRES : QUATRE NOUVEAUX PILERS DE LA PRISE EN CHARGE

Introduction

La prise en charge du diabète de type 2 (DT2) devient probablement l'un des aspects les plus difficiles des soins primaires. Avec des millions de personnes dans le monde qui sont atteintes d'un DT2 et sont exposées à un risque plus élevé de développer beaucoup d'autres maladies chroniques, notamment des maladies cardiovasculaires (MCV) et rénales, il est essentiel que les praticiens en soins de santé primaires du monde entier soient à l'aise face à la prise en charge de cette maladie. Toutefois, pour le médecin de famille très occupé, la prise en charge du DT2 peut prendre un temps considérable en raison des dizaines de médicaments antidiabétiques disponibles, dont beaucoup sont associés à des risques d'effets indésirables tels que l'hypoglycémie.

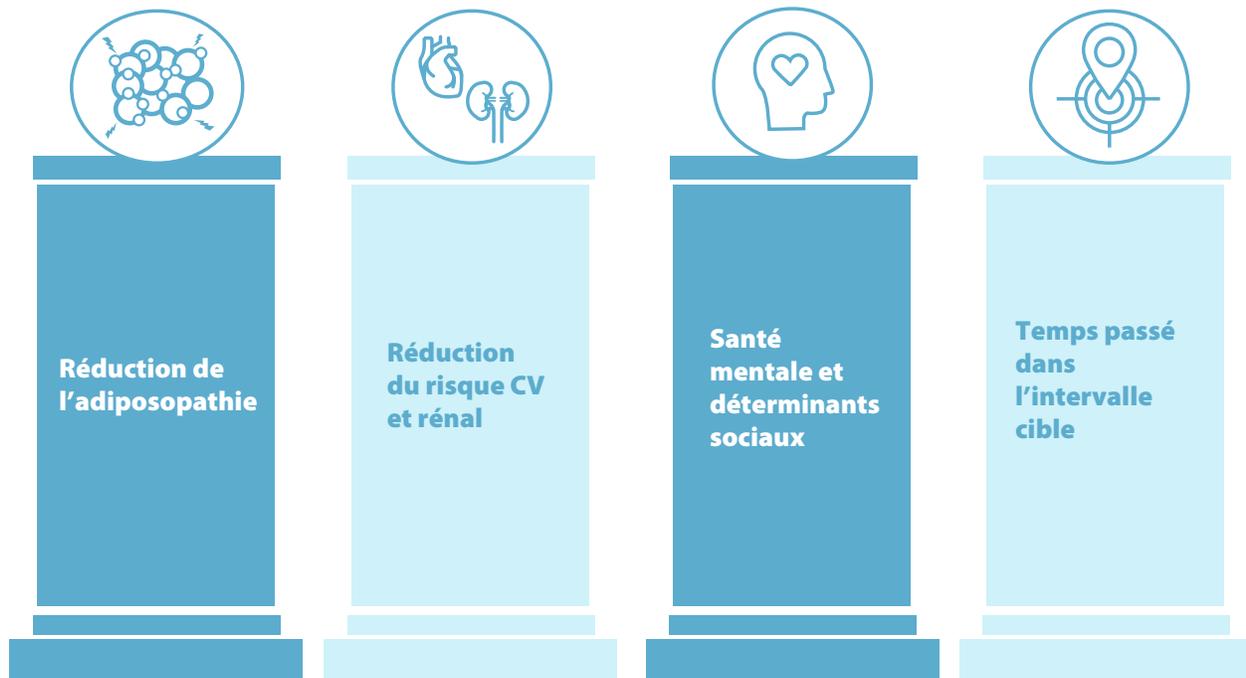
Compte tenu de ce qui précède, je pense qu'il est important de considérer le DT2 sous un angle nouveau. Il est impératif que les cliniciens n'envisagent pas la prise en charge du DT2 comme une simple « gestion de la glycémie », mais au contraire, qu'ils adoptent une approche holistique centrée sur la personne en tenant compte de l'atténuation des complications microvasculaires et macrovasculaires afin de diminuer la morbidité et la mortalité associées à la maladie. Il

me semble qu'en matière de prise en charge de cette maladie, il faut être moins « glucologue » et davantage « diabétologue ». Pour définir cette approche tout en ne perdant pas de vue le praticien en soins de santé primaires très occupé, je suggère de bâtir un rendez-vous avec un patient diabétique sur quatre piliers, qui vont au-delà de la mesure de l'HbA1c en laboratoire (**Figure 1**).

1. Réduire le fardeau de l'adiposopathie

L'obésité est bien connue pour augmenter la résistance à l'insuline. Toutefois, les définitions actuelles de l'obésité sont restrictives, car elles ne prennent en compte que la taille et le poids de la personne. En réalité, c'est l'excès de tissu adipeux (surtout celui qui se dépose dans les viscères et autour d'eux) qui est responsable des affections concomitantes chroniques; ce concept de « tissu adipeux pathologique » est connu sous le nom d'adiposopathie. Nous savons qu'une perte pondérale durable supérieure à 5 % peut mener à une amélioration du contrôle glycémique et des issues cardiovasculaires (CV).¹ En même temps, la probabilité d'obtenir une rémission du diabète est directement proportionnelle à la quantité de poids perdu. Il est essentiel d'inclure dans les stratégies de perte pondérale un traitement médical nutritionnel [idéalement sous la surveillance d'une personne qualifiée telle qu'un(e)

Prise en charge du diabète



Approche centrée sur la personne

Figure 1. Les quatre piliers sur lesquels il faut se concentrer lors d'un rendez-vous avec un patient diabétique, qui vont au-delà de la mesure de l'HbA1c en laboratoire; gracieuseté de Akshay Jain, MD, FRCPC, FACE, CCD, ECNU, DABIM, DABOM.

diététicien(ne) agréé(e)] et une activité physique, en association avec une thérapie comportementale, une pharmacothérapie et/ou une chirurgie bariatrique.^{2,3} Par conséquent, face au patient diabétique idoine, un clinicien devrait idéalement privilégier l'utilisation d'une pharmacothérapie antidiabétique qui n'entraîne pas une prise pondérale, mais favorise au contraire la perte de tissu adipeux excessif. Cela suppose l'utilisation d'agents tels que les agonistes du récepteur du glucagon-like peptide-1 (AR GLP-1) suivis par les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT-2); à cet égard, ils sont nettement plus efficaces que les autres classes de traitements antidiabétiques.^{4,5}

2. Réduire les risques d'événements cardiovasculaires et rénaux

Nous savons que la durée d'exposition à l'hyperglycémie et le mauvais contrôle glycémique sont directement proportionnels à l'augmentation du risque d'événements CV et rénaux. Nous disposons actuellement de données robustes démontrant que l'utilisation d'un traitement par inhibiteur du SGLT-2 peut réduire le risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (IC), ainsi que la progression de la néphropathie chez les patients exposés à un risque plus élevé de présenter ces événements. Parallèlement, les traitements par AR GLP-1 et inhibiteurs du SGLT-2 avec des agents

appropriés réduisent le risque de crise cardiaque, d'AVC et d'événements CV chez les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse (MCVAS) avérée. Enfin, le traitement par AR GLP-1 à l'aide d'une pharmacothérapie adéquate est efficace pour la prévention primaire des événements CV chez les personnes diabétiques de plus de 60 ans qui présentent des facteurs de risque supplémentaires. Les lignes directrices établies suggèrent en outre l'utilisation d'une stratégie de réduction du risque CV, notamment par un contrôle approprié de l'hypertension et de la dyslipidémie, l'abandon du tabagisme et l'utilisation d'agents tels que les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) et les statines.

Compte tenu de ce qui précède, nous sommes à présent encouragés à envisager de prescrire aux patients diabétiques exposés à un risque élevé des agents tels que les AR GLP-1 et les inhibiteurs du SGLT-2 en tant qu'agents modificateurs de la maladie, en raison de leur capacité à réduire le risque de survenue d'événements CV et rénaux.⁶

3. Santé mentale et déterminants sociaux de la santé

Souvent, lors de la prise en charge de maladies telles que le DT2, nous accordons trop d'importance aux paramètres de laboratoire et aux objectifs et négligeons la santé

mentale globale de la personne qui vit avec cette maladie. Le DT2 a des répercussions sur le plan métabolique, mécanique, financier et sur la santé mentale, qui affectent souvent le bien-être général et le contrôle glycémique de la personne concernée. Le fardeau financier résultant des coûts directs (par exemple, le prix des médicaments, des dispositifs, des déplacements pour se rendre aux visites médicales) ainsi que des coûts indirects (par exemple, la perte de journées de travail, la diminution de la productivité, l'incapacité liée au diabète menant au chômage) empêche souvent une personne d'utiliser les médicaments selon les instructions. Ce problème contribue à un contrôle glycémique inadéquat et mène ainsi à un risque accru de complications liées au DT2. Il est donc impératif de tenir compte de la détresse causée par le DT2 ainsi que du fardeau financier de la maladie lors de l'évaluation d'un patient. L'accès aux médicaments est une considération extrêmement importante lors du choix d'une pharmacothérapie appropriée; si l'accès est restreint, il y a lieu d'examiner d'autres solutions.⁷

4. Temps passé dans l'intervalle cible

Le contrôle glycémique reste un pilier majeur de la prise en charge du DT2. Chez les personnes dont le contrôle glycémique reste sous-optimal malgré la prise en compte des trois piliers susmentionnés, il convient d'envisager de réitérer l'éducation sur le diabète avec des modifications du mode de vie, ainsi qu'un renforcement de la pharmacothérapie. Les lignes directrices actuelles préconisent l'utilisation préférentielle d'agents capables d'abaisser la glycémie sans risque de provoquer une hypoglycémie et/ou une prise pondérale. Après une monothérapie par metformine, le traitement comprendrait des AR GIP/GLP-1, des AR GLP-1, des inhibiteurs du SGLT-2 et des inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) (par ordre d'importance de leur efficacité à abaisser la glycémie). Le choix des médicaments doit être guidé par les trois piliers susmentionnés, ainsi que par les contre-indications, la tolérabilité du médicament, l'accès au médicament et les préférences du patient. Les cliniciens ont longtemps considéré l'HbA1c comme la référence absolue pour l'évaluation du contrôle glycémique. Toutefois, l'HbA1c est simplement une estimation de la glycémie moyenne et est donc susceptible de ne pas refléter exactement les variations glycémiques d'une personne. Les dispositifs de surveillance continue du glucose (SCG) permettent aujourd'hui d'obtenir une représentation précise de la durée totale pendant laquelle les valeurs glycémiques d'un(e) patient(e) sont restées dans une plage cible prédéfinie (temps passé dans l'intervalle cible). Une diminution du temps passé dans l'intervalle cible est associée à une aggravation des complications microvasculaires.⁸ Et surtout, le temps passé dans l'intervalle cible donne une très bonne compréhension du risque d'hypoglycémie d'une personne. Son association avec un profil glycémique ambulatoire (PGA) permet au clinicien d'élaborer une approche ciblée de l'ajustement

de la pharmacothérapie et de conseiller le (la) patient(e) sur les changements de mode de vie. Ce qui est important est que la personne diabétique peut aussi connaître en permanence ces variations glycémiques, ce qui lui permet d'apporter constamment des modifications qui l'aideront à améliorer son contrôle glycémique. Les dispositifs SCG ne sont pas seulement utiles pour mesurer le glucose sanguin, ils permettent également de modifier le comportement. L'amélioration de l'accès à ces dispositifs peut nous mener à l'avenir à aller au-delà de la simple mesure de l'HbA1c en laboratoire pour évaluer le contrôle glycémique.

Conclusion

S'il se concentre sur chacun des quatre piliers susmentionnés, le praticien en soins de santé primaires très occupé sera en mesure d'élaborer une approche holistique et centrée sur la personne pour la prise en charge du DT2, qui va au-delà du simple rôle de « glucologue ».

Correspondance

Dr Akshay Jain

Courriel : oxyjain@gmail.com

Divulguations financières

Subventions/Soutien à la recherche : Abbott, Amgen, Novo Nordisk.

Bureau/honoraires des conférenciers : Abbott, Acerus, AstraZeneca, Amgen, Bausch Healthcare, Bayer, Boehringer Ingelheim, Care to Know, CCRN, Connected in Motion, CPD Network, Dexcom, Diabète Canada, Eli Lilly, HLS Therapeutics, Janssen, Master Clinician Alliance, MDBriefcase, Merck, Medtronic, Moderna, Novo Nordisk, Partners in Progressive Medical Education, Pfizer, Sanofi Aventis, Timed Right, WebMD.

Honoraires de consultation : Abbott, Acerus, AstraZeneca, Amgen, Bausch Healthcare, Bayer, Boehringer Ingelheim, Dexcom, Eli Lilly, HLS Therapeutics, Insulet, Janssen, Medtronic, Novo Nordisk, Partners in Progressive Medical Education, PocketPills, Sanofi Aventis, Takeda.

Références :

1. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee; Can J Diabetes. 2018;42 Suppl 1:S124-S129.
2. MacKay D, Chan C, Dasgupta K, Dominy C, Gagner M, Jin S, Kim J, Little JP, MacDonald B, McInnes N, Reichert S. Remission of Type 2 Diabetes: Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Working Group. Canadian Journal of Diabetes. 2022 Dec 1;46(8):753-61.
3. Wharton S, Lau DC, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, Adamo K, Alberga A, Bell R, Boulé N, Boyling E. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ. 2020 Aug 4;192(31):E875-91.
4. Lipscombe L, Butalia S, Dasgupta K, Eurich DT, MacCallum L, Shah BR, Simpson S, Senior PA, Lipscombe L, Eurich Bsp DT, Goldenberg R, Khan N, Maccallum Bscphm L, Shah BR, Simpson Bsp S. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee-2018 Clinical Practice Guidelines, Pharmacologic Glycemic Management of Type 2 Diabetes in Adults. Canadian Journal of Diabetes. 2018;42:S88-103.
5. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, Collins BS, Hilliard ME, Isaacs D, Johnson EL, Kahan S. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in diabetes—2023. Diabetes Care. 2023 Jan;46(Supplement_1):S140-57.
6. Lipscombe L, Butalia S, Dasgupta K, Eurich DT, MacCallum L, Shah BR, Simpson S, Senior PA, Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Pharmacologic glycemic management of type 2 diabetes in adults: 2020 update. Canadian Journal of Diabetes. 2020 Oct 1;44(7):575-91.
7. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Working Group; Robinson DJ, Hanson K, Jain AB, Kichler JC, Mehta G, Melamed OC, Vallis M; Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Steering Committee;; Bajaj HS, Barnes T, Gilbert J, Honshorst K, Houlden R, Kim J, Lewis J, MacDonald B, MacKay D, Mansell K, Rabi D, Sherifali D, Senior P. Diabetes and Mental Health. Can J Diabetes. 2023 Jun;47(4):308-344.
8. Beck RW, Bergenstal RM, Riddlesworth TD, Kollman C, Li Z, Brown AS, Close KL. Validation of time in range as an outcome measure for diabetes clinical trials. Diabetes Care. 2019 Mar 1;42(3):400-5.