


## Réfutation: Vaut-il vraiment la peine d'exercer un strict contrôle glycémique pour le diabète de type 2?

OUI

Maureen Clement MD CCFP Onil Bhattacharyya MD PhD CCFP J. Robin Conway MD

Drs Wilson et Perry utilisent 3 cas isolés pour prétendre que le contrôle glycémique strict ne vaut pas la peine. Par ailleurs, ils ne mettent pas en évidence les dangers d'un contrôle strict, mais plutôt des cas de soins de santé sous-optimaux. Dans le premier cas, le patient a des complications macrovasculaires et microvasculaires du diabète dont la possibilité de réduction au moyen d'un contrôle glycémique à long terme a été démontrée. S'il avait bénéficié d'un bon contrôle glycémique à long terme, il aurait pu éviter ces résultats tragiques. La fréquence de la mesure du glucose dépend du régime thérapeutique et du patient en particulier, et pouvait être excessive dans ce cas précis. Le deuxième cas est celui d'une femme qui est traitée avec un régime d'insuline inapproprié. Elle prend de l'insuline isophane qui, sans un bon contrôle glycémique, peut causer de l'hypoglycémie en raison de sa courte durée d'action et de son effet « de pointe », ce qui pourrait être atténué par un analogue de l'insuline à longue action. En plus, elle prend un analogue de l'insuline à courte action deux fois par jour plutôt qu'à chaque repas: elle a donc trop d'insuline pendant certaines périodes de la journée et est hyperglycémique à d'autres moments, ce qui entraîne des niveaux élevés d'hémoglobine A1c. Dans le troisième cas, le camionneur qui essaie de choisir entre les dépenses pour ses bandelettes de test et les patins pour son petit-fils prend probablement des agents par voie orale et n'a pas besoin de vérifier son taux de glucose 4 fois par jour - seulement lorsqu'il est au volant de son camion. Dans aucun de ces cas suit-on de manière appropriée le guide de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète.

Comme nous l'avons signalé, les études marquantes DCCT (Diabetes Control and Complications Trial)<sup>1</sup> et UKPDS (UK Prospective Diabetes Study)<sup>2</sup> ont démontré qu'un meilleur contrôle glycémique réduit les complications microvasculaires du diabète. C'est d'ailleurs corroboré par la plus récente étude ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon MR Controlled Evaluation)<sup>3</sup>.

D'autres récentes études n'ont pas réussi à démontrer d'effets importants d'un contrôle glycémique strict sur des incidents macrovasculaires et certaines complications microvasculaires, mais le taux d'incidents était souvent plus bas que prévu avec une réduction possible de la puissance statistique<sup>4</sup>. C'est peut-être attribuable en partie aux améliorations dans les soins cliniques en général. Comme l'ont fait remarquer à juste titre D<sup>rs</sup> Wilson et Perry, le diabète agit sur une période de plusieurs années et il faut maintenir un bon contrôle glycémique de manière constante et à long terme pour influencer les résultats. L'étude EDIC (Epidemiology of Diabetes Intervention and Complications) a fait valoir qu'on observait encore chez les groupes contrôlés de manière intensive, même s'ils n'avaient pas maintenu les seuils visés 10 ans après la fin de l'étude DCCT, une réduction de 60 % des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux et des décès de causes cardiovasculaires<sup>5</sup>. L'étude ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) démontrait qu'il ne convient pas à tous les patients de viser un taux d'hémoglobine A<sub>1c</sub> près de la normale<sup>6</sup>. Le guide de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète recommande de tenir compte des besoins du patient, de discuter des coûts (p. ex. temps, effort et argent) par rapport aux bienfaits (p. ex. amélioration possible des résultats) pour chaque personne<sup>7</sup>. Pour qu'ils bénéficient d'une glycémie stable, nous devons traiter les patients comme des êtres humains et envisager tous les traitements disponibles. S'il est important de contrôler la glycémie, l'étude Steno-2<sup>8</sup> a démontré qu'une réduction multifactorielle des risques, notamment la réduction des taux de glycémie, de la tension artérielle et des taux lipidiques, entraîne une baisse dramatique (> 50 %) de la mortalité et des complications. Ne jetez pas le bébé avec l'eau du bain! 

D<sup>re</sup> Clement est médecin de famille et spécialiste en diabète, exerce à Vernon, en Colombie-Britannique, est professeure clinicienne adjointe à l'University of

*suite à la page suivante*

### OUI suite de la page précédente

British Columbia à Vancouver et membre de la direction de la Section clinique et scientifique de l'Association canadienne du diabète. **D<sup>r</sup> Bhattacharyya** est clinicien scientifique au Li Ka Shing Knowledge Institute du St Michael's Hospital à Toronto, en Ontario, professeur adjoint au Département de médecine familiale et communautaire, et au Département des politiques, de la gestion et de l'évaluation en matière de santé de l'University of Toronto, et membre de la direction de la Section clinique et scientifique de l'Association canadienne du diabète. **D<sup>r</sup> Conway** est directeur médical de la Clinique du diabète au Canadian Centre for Research on Diabetes à Smith Falls, en Ontario, et membre de la direction de la Section clinique et scientifique de l'Association canadienne du diabète.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

D<sup>re</sup> M. Clement, Box 718, Armstrong, C.-B. V0E 1B0;  
courriel [maureenaclement@shaw.ca](mailto:maureenaclement@shaw.ca)

#### Références

1. 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.
2. 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.
3. ADVANCE Collaborative Group; Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, et coll. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358(24):2560-72. Cyberpub. 6 juin 2008.
4. Farkouh ME, Fuster V. Diabetes and aspirin: beware of underpowered negative trials. *Nat Clin Pract Cardiovasc Med* 2009;6(1):1.
5. 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.
6. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group; Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT, et coll. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358(24):2545-59. Cyberpub 6 juin 2008.
7. Association canadienne du diabète. Canadian Diabetes Association 2008 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2008;32(Suppl 1):1-215. Accessible à: [www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf](http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf). Accédé le 27 mars 2009.
8. 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.

