

*Canadian Agency for
Drugs and Technologies
in Health*

*Agence canadienne
des médicaments et des
technologies de la santé*

ACMTS RAPPORT SOMMAIRE

Juin 2011

Traitements de deuxième et de troisième
intention du diabète de type 2

À l'appui des décisions éclairées

Ce sommaire a été préparé à partir de rapports sur la thérapie maximale détaillés préparés sur le sujet par l'Agence canadienne des médicaments et technologies de la santé (ACMTS). Les conclusions ont été tirées par des experts. Les auteurs ont aussi pris en compte l'apport d'autres parties prenantes.

Les données contenues dans ce rapport sont fournies aux fins d'aider les décideurs de la santé, les patients, les professionnels de la santé, les dirigeants de systèmes de soins médicaux et les décideurs à prendre des décisions éclairées pour ainsi améliorer la qualité des soins de santé. L'information dans ce rapport n'est pas fournie aux fins de substituer à l'application d'un jugement clinique en regard des soins à prodiguer à un patient donné ou de tout autre jugement professionnel dans tout processus décisionnel. De plus, elle n'est pas fournie aux fins de substituer à un avis médical professionnel. Malgré le soin apporté par l'ACMTS dans la préparation de ce rapport pour assurer l'exactitude, l'intégralité et l'actualité de son contenu, l'ACMTS n'offre aucune garantie à cette fin. L'ACMTS refuse toute responsabilité en cas d'erreur, d'omission, de préjudice, de perte ou de dommage découlant ou résultant de l'utilisation (ou du mauvais usage) de tout renseignement contenu ou suggéré dans ce rapport.

L'ACMTS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce rapport. 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 de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien financier de Santé Canada.

Copyright © 2011 ACMTS. La reproduction de ce rapport est autorisée à des fins non commerciales seulement et à condition que l'ACMTS soit dûment mentionnée.

RAPPORT SOMMAIRE

Traitements de deuxième et de troisième intention du diabète de type 2

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a publié une série de rapports sur la thérapie optimale relativement à la prescription et à l'utilisation de médicaments de deuxième et de troisième intention en présence de diabète de type 2 lorsque la metformine ne permet plus d'équilibrer adéquatement la glycémie, ainsi qu'une étude des traitements utilisés en troisième intention lorsque la metformine associée à une sulfonylurée ne permet plus d'équilibrer adéquatement la glycémie. L'ACMTS a aussi diffusé des outils d'intervention afin de faciliter la mise en application de cette information.

Ce sommaire dégage le travail fait par l'ACMTS, allant de l'information la plus concise disponible présentée dans des outils d'intervention conviviaux aux données probantes qui ont servi à la formulation des recommandations et à l'élaboration des outils. Le schéma suivant illustre chacun des niveaux d'information; les sections correspondantes de ce sommaire comprennent un lien au rapport ou à l'outil diffusé dans le site Web de l'ACMTS.



Pour obtenir de plus amples renseignements et la série complète des rapports et outils, consulter le site Web de l'ACMTS à www.cadth.ca/fr/products/optimal-use/second-line-therapies.

Les sections suivantes correspondent au schéma présenté au début de ce sommaire. Chaque section correspond à un niveau d'information, soit du plus convivial au plus détaillé.

Outils facilitant la mise en application

Série d'outils pour faciliter la mise en application de l'information

Divers outils d'intervention ont été mis au point en fonction des messages clés formulés pour optimiser l'utilisation des traitements de deuxième et de troisième intention en présence de diabète de type 2. Des experts et des utilisateurs potentiels ont contribué à la sélection des outils s'appuyant sur les meilleures données probantes disponibles. Tous ces outils peuvent être adaptés pour répondre aux besoins particuliers des prestataires de soins de santé, des décideurs ou des consommateurs.

Outil	Description
Bulletin d'information sur la thérapie optimale	Une publication de quatre pages destinée aux professionnels de la santé et résumant les principales conclusions et recommandations relatives aux traitements de deuxième et de troisième intention du diabète de type 2.
Aide à la prescription	Renseignements présentés sur deux pages dont une description graphique des messages clés à l'intention des professionnels de la santé et un tableau comparatif du coût des différents antidiabétiques.
Bulletins d'information	Courts articles à publier dans des bulletins d'hôpitaux et d'autres publications régionales soulignant les résultats du projet.
Guide de mise en route et d'ajustement de l'insulinothérapie	Un dépliant traitant du schéma posologique initial, de la dose initiale, du type d'insuline et des ajustements de la dose.
Foire aux questions à l'intention du patient	Réponses aux questions que le patient peut avoir au début de son traitement ou suivant sa modification.

Outre que par ces outils, l'ACMTS facilite la mise en application de l'information en organisant dans tout le Canada des présentations par des experts sur le sujet, ou en y contribuant, ainsi qu'en publiant des articles dans des revues scientifiques, y compris en format wiki.

QUE PRESCRIRE À MES PATIENTS ATTEINTS DE DIABÈTE DE TYPE 2 LORSQUE LA METFORMINE NE RÉTABLIT PAS L'ÉQUILIBRE GLYCÉMIQUE ?

Chez la plupart des adultes atteints de diabète de type 2 :

- Une sulfonylurée devrait venir s'ajouter à la metformine lorsque celle-ci ne parvient pas à maîtriser l'hyperglycémie à elle seule.
- L'insuline[†] isophane (NPH)[†] devrait venir s'ajouter à la metformine et à la sulfonylurée lorsque la bithérapie ne parvient pas à rétablir l'équilibre glycémique.

Pour obtenir de l'information factuelle sur ce sujet, rendez-vous au site Web de l'ACMTS à www.acmts.ca/t2dm.

* Malgré que les données probantes à cet égard soient limitées et contradictoires, il peut être bénéfique de remplacer l'insuline NPH par un analogue de l'insuline quand l'insuline NPH cause de l'hypoglycémie intolérable. Il faut savoir toutefois que l'hypoglycémie prononcée dans le diabète de type 2 est relativement rare.
† Comme l'insuline n'est pas forcément une solution possible dans tous les cas, le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments recommande que la sitagliptine s'ajoute à la metformine et à la sulfonylurée en traitement de troisième intention lorsque l'insuline est insuffisante.

Avis de non-responsabilité : La présente information ne saurait se substituer à l'aide ou au traitement médical en bonne et due forme. L'ACMTS décline toute responsabilité à l'égard des publications dérivant de l'usage à bon ou à mauvais escient de l'information présentée comme telle ici ou sous réserve.

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

Guide de mise en route et d'ajustement de l'insulinothérapie en présence de diabète de type 2*

À l'appui des décisions éclairées

* Adaptation de Guide to Starting and Adjusting Insulin for Type 2 Diabetes, © 2008 International Diabetes Center, Minneapolis, MN. Tous droits réservés.

Messages clés

Chez la plupart des adultes atteints de diabète de type 2 :

1. Une sulfonylurée devrait venir s'ajouter à la metformine lorsque celle-ci ne parvient pas à maîtriser l'hyperglycémie à elle seule.

Traitement de deuxième intention = metformine + sulfonylurée

2. L'insuline isophane (NPH) devrait venir s'ajouter à la metformine et à une sulfonylurée lorsque la bithérapie ne parvient pas à rétablir l'équilibre glycémique.

Traitement de troisième intention = metformine + sulfonylurée + insuline NPH*

** Malgré que les données probantes à cet égard soient limitées et contradictoires, il peut être bénéfique de remplacer l'insuline NPH par un analogue de l'insuline quand l'insuline NPH cause de l'hypoglycémie intolérable. Il faut savoir toutefois que l'hypoglycémie prononcée dans le diabète de type 2 est relativement rare.*

L'ACMTS collabore avec les autorités canadiennes, leur apportant l'information nécessaire à la prise de décisions éclairées. Les rapports et les outils sur les traitements de deuxième et de troisième intention en présence de diabète de type 2 peuvent servir à appuyer les décisions relatives à une prise en charge efficace du diabète. L'ACMTS facilite le recours à cette information en proposant du matériel adapté aux besoins des utilisateurs.

Lacunes dans la pratique et le savoir

La comparaison des recommandations relatives au traitement de deuxième et de troisième intention et des résultats de la pratique courante et des analyses sur l'utilisation actuelle a fait ressortir plusieurs lacunes.

Lacunes dans la pratique

- L'emploi de la metformine est abandonné, plutôt que maintenu, à l'amorce d'un traitement de deuxième intention chez environ le quart des patients.
- L'insulinothérapie est sous-utilisée comme traitement de troisième intention.
- L'emploi des thiazolidinediones (TZD) en troisième intention l'emporte, bien que les TZD ne soient pas indiquées pour le traitement du diabète au Canada.

Lacunes dans le savoir

- Les prescripteurs ont peu accès à des résultats sur les traitements antidiabétiques ayant fait l'objet d'une étude méthodique quant à leur efficacité clinique et à leur rentabilité.
- L'hypoglycémie et le gain de poids sont souvent perçus comme des problèmes fréquents ou importants liés à l'emploi des sulfonylurées.
- De nombreux patients ne savent pas que le diabète est une maladie évolutive et que, même s'ils adoptent les modifications recommandées à leur mode de vie et prennent les

Les lacunes dans la pratique et le savoir sont déterminées en comparant la pratique courante et l'information sur l'utilisation

aux recommandations sur la thérapie optimale.

médicaments prescrits, ils devront probablement un jour recourir à un traitement de deuxième et de troisième intention.

- Les prescripteurs peuvent sentir le besoin de consulter un spécialiste avant de prescrire une insulinothérapie.
- Le coût de renonciation associé aux choix thérapeutiques est méconnu.

Les lacunes dégagées se prêtent bien à l'élaboration d'outils et à la mise en œuvre d'interventions susceptibles d'optimiser la prescription et l'utilisation des traitements de deuxième et de troisième intention.

Pratiques actuelles et utilisation actuelle (documents disponibles uniquement en anglais)

[Current Practice Analysis of Health Care Providers and Patients: Second-line Therapy for Patients with Type 2 Diabetes Inadequately Controlled on Metformin](#)

[Current Utilization of Second- and Third-Line Therapies in Patients with Type 2 Diabetes](#)

L'objectif du **rapport d'analyse des pratiques actuelles** était d'explorer les opinions, les convictions, les expériences et les pratiques des patients et des professionnels de la santé relativement à l'amorce et au choix d'un traitement de deuxième intention lorsque la metformine ne permet plus de maîtriser adéquatement le diabète. Pour ce faire, on a formé des groupes de discussion composés de professionnels de la santé et de patients.

L'objectif du **rapport sur l'utilisation actuelle** était de décrire les modèles d'utilisation des traitements de deuxième et de troisième intention lorsque la metformine utilisée seule ou en association avec une sulfonurée en présence de diabète de type 2 ne permet plus d'équilibrer la glycémie. Ce rapport examine aussi comment le marché des antidiabétiques oraux a évolué au Canada depuis l'arrivée de nouveaux médicaments plus chers.

Pour établir les modèles d'utilisation, on a réalisé une analyse rétrospective transversale de séries chronologiques des remboursements d'antidiabétiques oraux par les régimes d'assurance-médicaments public et privés en Ontario pendant une période de 12 ans (de 1998 à 2009).

Ces deux rapports, ainsi que les recommandations sur la thérapie optimale, ont servi à la préparation des messages clés et des outils d'intervention.

Interprétation sommaire des données

Pratiques actuelles

Selon l'analyse des pratiques actuelles, presque tous les prescripteurs participants préfèrent ajouter un médicament de deuxième intention à la metformine plutôt que de la délaissier complètement, mais ils n'appliquent cependant aucun modèle de prescription de façon systématique pour faire leur choix. Ils disent suivre une démarche décisionnelle complexe au cours de laquelle ils prennent en compte l'efficacité, le prix, les effets indésirables à court terme, les effets indésirables à long terme et l'aspect pratique du traitement. Les convictions, les perceptions et les considérations qui motivent leur choix varient grandement. Ils s'appuient également sur un vaste éventail de sources d'information au sujet des traitements de deuxième intention, d'où des opinions et des pratiques de prescription diverses.

Utilisation actuelle

Au cours des 12 dernières années, les dépenses du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) et des régimes d'assurance-médicaments privés (RAMP) liées à l'utilisation des antidiabétiques oraux ont augmenté considérablement. Une plus grande proportion des dépenses de ces régimes ont été engagées pour de nouveaux médicaments plus chers, malgré que ceux-ci soient moins utilisés que les autres agents. Les nouvelles classes de médicaments coûtent plus cher que les anciennes; ainsi, pour chaque patient traité par une TZD ou un inhibiteur de la dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4), de 8 à 12 patients pourraient être traités par une sulfonilurée ou la metformine.

Selon une analyse des données du PMO et des RAMP en Ontario, lorsque la metformine ne suffit plus à maîtriser le diabète, les patients se voient majoritairement prescrire une sulfonilurée. La plupart d'entre eux reçoivent une ordonnance ajoutant une sulfonilurée à la metformine qu'ils utilisent déjà. Toutefois, un traitement de deuxième intention ne comportant plus de metformine est prescrit à un pourcentage important de patients.

Chez la plupart des patients couverts par le programme public et les régimes privés qui ont besoin d'un agent de troisième intention, les médecins prescrivent une TZD qu'ils ajoutent au traitement associant la metformine et une sulfonilurée. Le nombre d'ordonnances de TZD est considérable en dépit du fait que ces agents ne sont pas approuvés au Canada pour cette indication. De nombreux patients passeront aussi à une TZD, ce qui signifie l'abandon de l'association metformine et sulfonilurée.

Recommandations (documents disponibles uniquement en anglais)

[Optimal Therapy Recommendations for the Prescribing and Use of Second-Line Therapy for Patients with Diabetes Inadequately Controlled on Metformin](#)

[Optimal Therapy Recommendations for the Prescribing and Use of Third-Line Therapy for Patients with Type 2 Diabetes Inadequately Controlled with Metformin and a Sulfonilurea](#)

Les comités d'experts en examen de l'ACMTS ont préparé deux recommandations sur l'utilisation d'un traitement de deuxième et de troisième intention chez les patients atteints de diabète de type 2.

Synthèse de la recommandation relative au traitement de deuxième intention :

- Chez la plupart des patients adultes atteints de diabète de type 2, une sulfonilurée devrait venir s'ajouter à la metformine lorsque celle-ci ne permet plus d'équilibrer la glycémie.

Synthèse de la recommandation relative au traitement de troisième intention :

- Chez la plupart des patients adultes atteints de diabète de type 2, l'insuline isophane (NPH) devrait venir s'ajouter à la metformine et à la sulfonilurée lorsque la bithérapie ne permet plus d'équilibrer la glycémie.

Pour le projet sur le traitement de deuxième intention, l'ACMTS a utilisé son processus de définition de l'utilisation optimale; pour le projet sur le traitement de troisième intention, l'ACMTS a utilisé un processus d'étude des traitements à l'essai.

L'ACMTS a appliqué la méthode du groupe de travail [Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation \(GRADE\)](#) pour résumer les données probantes disponibles et faciliter la préparation de recommandations sur la thérapie optimale.

Lacunes dans la recherche

Outre des rapports scientifiques et des recommandations, le travail de l'ACMTS a aussi permis de découvrir les lacunes et les autres aspects appelant davantage de recherche. Ces lacunes peuvent éclairer les autres chercheurs, les organismes de financement de la recherche et d'autres organes décisionnels quant aux recherches à poursuivre dans le domaine de la santé au Canada.

Catégorie	Lacune dans la recherche
Populations	<ul style="list-style-type: none"> • Patients de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans • Premières nations et autres minorités ethniques • Patients exposés à un risque élevé d'hypoglycémie prononcée ou à ses conséquences
Interventions et comparateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Effets des insulines utilisées en deuxième intention • Comparaisons entre les nouveaux médicaments (p. ex., les inhibiteurs de la DPP-4 et les analogues du GLP-1) et les anciens médicaments
Issues du traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Complications à long terme du diabète • Mortalité • Qualité de vie liée à la santé • Satisfaction du patient diabétique quant aux soins reçus

Les chercheurs évaluant l'efficacité des traitements de deuxième et de troisième intention sont invités à concevoir des études qui combleront les lacunes que l'ACMTS a dégagées, afin d'améliorer la pratique clinique et l'issue pour le patient.

Données sur la rentabilité (documents disponibles uniquement en anglais)

[Second-Line Therapy for Patients With Diabetes Inadequately Controlled on Metformin: A Systematic Review and Cost-Effectiveness Analysis. Optimal Therapy Report – COMPUS 2010; 4\(2\)](#)

[CADTH Therapeutic Review Economic Evaluation: Third-Line Therapy for Patients with Type 2 Diabetes Inadequately Controlled with Metformin and Sulfonylurea Combination Therapy](#)

Les données sur la rentabilité des traitements de deuxième intention lorsque la metformine ne parvient plus à équilibrer la glycémie et sur celle des traitements de troisième intention lorsque la metformine et une sulfonyleurée ne parviennent plus à rétablir l'équilibre glycémique en présence de diabète de type 2 ont été tirées d'analyses pharmacoéconomiques menées par l'ACMTS en appliquant le modèle des résultats de la *United Kingdom Prospective Diabetes Study*. Ce modèle a été validé en le comparant à celui d'études cliniques et épidémiologiques publiées pour prévoir les complications à long terme liées au diabète en présence de diabète de type 2.

Pour l'analyse de la rentabilité des traitements de deuxième intention, on a utilisé les mêmes classes de médicaments que pour l'analyse de l'efficacité clinique, sauf l'analogue du

peptide 1 apparenté au glucagon (GLP-1 pour « glucagon-like peptide-1 ») qui a été exclu, car au moment de l'analyse, Santé Canada n'avait approuvé aucun agent de cette classe.

Pour l'analyse de la rentabilité des traitements de troisième intention, quatre traitements administrés en concomitance avec la metformine et une sulfonylurée ont été comparés à un placebo : l'insuline basale, l'insuline biphasique, les TZD et inhibiteurs de la DPP-4. Les inhibiteurs de la glucosidase alpha et les analogues du méglitinide, deux autres classes indiquées pour le traitement du diabète de type 2 au Canada, n'ont pas été inclus dans le scénario de référence en raison de leur utilisation limitée dans la pratique clinique canadienne et des faibles améliorations qu'ils apportent à l'équilibre glycémique lorsqu'ils sont associés à la metformine et à une sulfonylurée en troisième intention. Les analogues du GLP-1 ont également été exclus, car au moment de l'analyse, Santé Canada n'avait approuvé aucun agent de cette classe.

Il est important de noter que les analyses comportaient des limites. La qualité de la méthodologie de la majorité (62 %) des essais cliniques comparatifs avec randomisés (ECR) compris dans l'étude des traitements de deuxième intention a été jugée « médiocre ». Pour l'analyse des options thérapeutiques de troisième intention, les données cliniques à long terme provenant d'études de qualité supérieure évaluant l'efficacité comparative de médicaments de troisième intention selon des paramètres cliniques pertinents étaient insuffisantes.

Interprétation sommaire des données

Traitement de deuxième intention

Lorsque la metformine utilisée seule ne permet plus de maîtriser adéquatement le diabète de type 2, l'ajout d'une sulfonylurée constitue le traitement de deuxième intention le plus rentable. Les sulfonylurées coûtent moins cher que l'insuline et les nouveaux médicaments. De plus, ces conclusions sur la rentabilité sont demeurées les mêmes lorsque les paramètres du modèle d'analyse ont été modifiés (dans le cadre des analyses de sensibilité).

Traitement de troisième intention

L'ajout d'insuline NPH à la bithérapie metformine et sulfonylurée se révèle le traitement de troisième intention le plus rentable. Ce n'est qu'après une modification substantielle des paramètres du modèle d'analyse, qu'une autre option est ressortie. Pour certains scénarios, l'ajout d'un inhibiteur de la DPP-4 (la sitagliptine) plutôt que d'une insuline peut s'avérer une option plus avantageuse. Ces scénarios sont notamment les suivants : si l'insulinothérapie réduit de façon marquée la qualité de vie du patient (désutilité élevée de l'insuline), si l'utilisateur d'insuline est exposé à un risque élevé d'hypoglycémie et si le coût des analogues de l'insuline à longue durée d'action est appliqué à l'option de l'insuline basale plutôt qu'au coût de l'insuline NPH. Fait à signaler, la qualité des données probantes documentant les variations dans les intrants du modèle est limitée ou faible; par conséquent, les résultats des analyses de sensibilité doivent être interprétés avec prudence. D'autres recherches sont nécessaires pour arriver à une compréhension plus précise de la rentabilité relative des agents utilisés en troisième intention.

Données sur l'efficacité clinique (documents disponibles uniquement en anglais)

[Second-Line Therapy for Patients with Diabetes Inadequately Controlled on Metformin: A Systematic Review and Cost-Effectiveness Analysis](#)

[CADTH Therapeutic Review Clinical Review: Third-Line Therapy for Patients with Type 2 Diabetes Inadequately Controlled with Metformin and a Sulfonylurea](#)

Pour évaluer l'efficacité clinique des traitements de deuxième intention lorsque la metformine ne permet plus de maîtriser adéquatement le diabète de type 2, l'ACMTS a procédé à une étude méthodique et à une méta-analyse des comparaisons de traitements combinés (CTC) appartenant aux classes suivantes :

- sulfonyles
- analogues du méglitinide
- inhibiteurs de la glucosidase alpha
- TZD
- inhibiteurs de la DPP-4
- analogues du GLP-1
- insulines
- analogues de l'insuline

Pour évaluer l'efficacité clinique des traitements de troisième intention lorsque la metformine et une sulfonyle ne permettent plus de maîtriser adéquatement le diabète de type 2, l'ACMTS a réalisé une étude méthodique et une méta-analyse de CTC appartenant à huit classes différentes :

- analogues du méglitinide
- inhibiteurs de la glucosidase alpha
- TZD
- inhibiteurs de la DPP-4
- analogues du GLP-1
- insulines basales
- insulines en bolus
- insulines biphasiques

Pour l'analyse des traitements de deuxième intention, l'ACMTS a examiné 49 ECR.

Pour l'analyse des traitements de troisième intention, l'ACMTS a examiné 33 ECR.

Interprétation sommaire des données

Traitement de deuxième intention

Comparativement à la metformine utilisée seule, tous les médicaments étudiés permettent de réduire significativement le taux d'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}), soit de 0,6 % à 1,0 %, suivant leur ajout au traitement, et on n'observe aucune différence statistiquement significative entre les classes de ces médicaments.

En ce qui a trait au gain de poids, l'analyse clinique a révélé que, lorsqu'ils sont utilisés en deuxième intention, les sulfonyles, les analogues du méglitinide, les TZD et les insulines occasionnent un gain de poids modeste (de 1,8 kg à 3 kg); les inhibiteurs de la DPP-4 et les inhibiteurs de la glucosidase alpha n'influent pas sur le poids, alors que les analogues du

GLP-1 sont associés à une perte pondérale (environ 1,8 kg). Le risque d'hypoglycémie augmente avec l'emploi d'insulines, de sulfonyles et d'analogues du méglitinide, mais les épisodes d'hypoglycémie prononcée sont rares quel que soit le traitement.

Traitement de troisième intention

Comparativement à la bithérapie englobant la metformine et une sulfonyle, les inhibiteurs de la DPP-4, les analogues du GLP-1, les TZD et les insulines réduisent de façon statistiquement significative le taux d'HbA_{1c} (de 0,9 % à 1,2 %) suivant leur ajout au traitement, et on n'observe aucune différence statistiquement significative entre ces agents. Par contre, l'ajout d'un analogue du méglitinide et d'un inhibiteur de la glucosidase alpha n'a pas cet effet. L'insuline biphasique fait aussi montre d'efficacité, abaissant le taux d'HbA_{1c} de 1,9 % lorsqu'elle est administrée en concomitance avec la metformine en monothérapie (soit chez des patients ayant cessé l'emploi d'une sulfonyle). La quantité et la qualité des données probantes étaient insuffisantes pour tirer des conclusions quant à l'efficacité relative d'un ajout au traitement, d'une substitution partielle et d'un changement de schéma dans l'amorce de l'insulinothérapie.

En ce qui a trait au gain pondéral, l'analyse clinique a révélé que, lorsqu'elles sont utilisées en troisième intention, l'insuline basale, l'insuline biphasique, l'insuline en bolus et les TZD donnent lieu à une réduction statistiquement significative du poids (de 2 kg à 5 kg); les inhibiteurs de la DPP-4 et les inhibiteurs de la glucosidase alpha sont sans effet sur le poids, alors que les analogues du GLP-1 sont associés à une perte de poids (environ 1,6 kg). Le risque d'hypoglycémie augmente avec l'emploi de diverses insulines, mais les épisodes d'hypoglycémie prononcée sont rares quel que soit le traitement.

Complications à long terme liées au diabète

Dans les deux analyses de l'efficacité clinique réalisées par l'ACMTS, les données probantes étaient insuffisantes pour comparer l'efficacité des antidiabétiques de deuxième et de troisième intention à réduire les complications importantes à long terme du diabète sur le plan clinique. Il manque encore des études à long terme portant sur des échantillons plus importants.

Aperçu des méthodes

L'ACMTS a procédé à une méta-analyse des comparaisons de traitements combinés (CTC) et de paires semblables lorsque cela était approprié pour déterminer l'efficacité clinique des traitements de deuxième et de troisième intention chez des patients atteints de diabète de type 2.

Une CTC est une forme d'analyse statistique qui surmonte les limites de la méta-analyse classique, laquelle combine les données directes tirées de divers ECR pour obtenir des estimations regroupées de l'efficacité. Toutefois, celle-ci ne peut donner de l'information que sur une seule comparaison de traitements. De plus, un ECR peut ne pas avoir comparé directement deux traitements parmi ceux choisis pour l'analyse. Une méta-analyse des CTC regroupe des données probantes directes et indirectes, ce qui permet aux chercheurs d'évaluer l'efficacité de divers traitements simultanément et de connaître les effets relatifs de chacun d'eux par rapport à tous les autres traitements retenus pour l'analyse. Les chercheurs peuvent aussi mesurer l'efficacité en l'absence d'essais ayant étudié les traitements entre eux.

Pour de plus amples renseignements, consulter le site Web de l'ACMTS :
www.cadth.ca/fr/products/optimal-use/second-line-therapies.



Veillez envoyer toute demande de publication à :

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

600-865, avenue Carling, Ottawa (Ontario) Canada K1S 5S8

Téléphone : 613-226-2553 • Télécopie : 613-226-5392 • Courriel : pubs@cadth.ca

www.cadth.ca

www.acmts.ca