deprescribing.org | Algorithme de déprescription des antihyperglycémiants

Août 2018

Votre patient âgé (>65 ans) avec diabète de type 2 répond-il à un ou plusieurs des critères suivants :

- À risque d'hypoglycémie (p. ex. due à l'âge avancé, contrôle glycémique serré, comorbidités multiples, interactions médicamenteuses, histoire d'hypoglycémie ou inconscience à l'hypoglycémie, insuffisance rénale, traitement qui inclut des sulfonylurées ou de l'insuline) ;
- Le patient rapporte des effets indésirables ou est à risque d'effets indésirables dus aux antihyperglycémiants ;
- Bénéfice clinique incertain (dû à : fragilité, démence, espérance de vie limitée).

Oui ←

Non → **Poursuivre l'utilisation de l'antihyperglycémiant**

- Établir des cibles individualisées pour les concentrations d'A1C et de glucose sanguin (GS): pour les patients sans autre problème de santé et avec une espérance de vie résiduelle > 10 ans, A1C < 7 % est approprié; à un âge avancé, en cas de fragilité, de comorbidités et selon le temps nécessaire pour un bénéfice clinique, un A1C < 8.5 % et GS < 12 mmol/L pourraient être acceptables; en fin de vie, un GS < 15 mmol/L serait acceptable (recommandation de bonne pratique)

- Examiner les autres facteurs pouvant contribuer à l'hypoglycémie (p. ex. nutrition insuffisante, interactions médicamenteuses telles que triméthoprime/sulfaméthoxazole et sulfonylurées, arrêt récent de médicaments causant une hyperglycémie – voir au verso)

Le patient est-il encore à risque? → **Non** → **Poursuivre l'utilisation de l'antihyperglycémiant**

Le patient est-il encore à risque? → **Oui** → **Recommander la déprescription**

Recommander la déprescription

• Réduire les doses ou cesser la prise de l'agent antihyperglycémiant

- L'agent contribue très probablement à l'hypoglycémie (p. ex. sulfonylurées, insuline; forte recommandation selon une revue systématique et selon l'approche GRADE) ou à d'autres effets indésirables (recommandation de bonne pratique).

• Changer de médicament

- Considérer la prise d'agents présentant un risque d'hypoglycémie moins élevé (p. ex. remplacer le glyburide par du gliclazide ou des non-sulfonylurées; remplacer l'insuline NPH ou mixte par de l'insuline détémir ou glargine afin de réduire l'hypoglycémie nocturne; forte recommandation selon une revue systématique et selon l'approche GRADE)

• Réduire les doses

- des antihyperglycémiants éliminés par voie rénale (p. ex. metformine, sitagliptine; recommandation de bonne pratique). Consulter les lignes directrices pour la posologie recommandée)

Suivi à intervalles de 1-2 semaines

après chacun des changements (TZD – jusqu'à 12 semaines) :

- Signes d'hyperglycémie (soif ou mictions excessives, fatigue)
- Signes d'hypoglycémie et arrêt des effets indésirables liés à la prise d'antihyperglycémiants

Accroître la fréquence du suivi du glucose sanguin, au besoin.
Les changements dans l'A1C peuvent n'être observés qu'après plusieurs mois.

Si l'hypoglycémie ou les effets indésirables persistent :

- Réduire davantage la dose ou essayer une autre stratégie de déprescription

En cas d'hyperglycémie symptomatique ou si le glucose sanguin dépasse la cible individuelle :

- Revenir à la dose précédente ou envisager la prise d'un médicament présentant un risque d'hypoglycémie moins élevé

© *Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.*
Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commerciale-ShareAlike 4.0. Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Farrell B, Black C, Thompson W, McCarthy L, Rojas-Fernandez C, Lochnan H, et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons. Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2017;63:832-43 (Eng), e452-65 (Fr).

deprescribing.org
INSTITUT DE RECHERCHE Bruyère RESEARCH INSTITUTE
CIHR IRSC Canadian Institutes of Health Research / Instituts de recherche en santé du Canada

Antihyperglycémiants et risques d'hypoglycémie

Médicament	Cause l'hypoglycémie?
Inhibiteur de l'alpha-glucosidase	Non
Inhibiteur de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4)	Non
Agonistes du glucagon-like peptide-1 (GLP-1)	Non
Insuline	Oui (risque maximal avec l'insuline régulière, 30/70 et insuline NPH)
Méglitinide	Oui (faible risque)
Metformine	Non
Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2)	Non
Sulfonylurées	Oui (risque maximal avec le glyburide, risque plus faible avec le gliclazide)
Thiazolidinediones (TZDs)	Non

Médicaments affectant le contrôle de la glycémie

- Médicaments pouvant causer une hyperglycémie (lorsque la prise de ces médicaments cesse, une hypoglycémie associée aux médicaments antihyperglycémiants peut apparaître), p. ex. les quinolones (spécialement avec la gatifloxacine), bêtabloquants (excepté le carvédilol), thiazides, antipsychotiques atypiques (spécialement l'olanzapine et la clozapine), corticostéroïdes, inhibiteurs de la calcineurine (p. ex. cyclosporine, sirolimus, tacrolimus), inhibiteurs de protéase;
- Médicaments qui interagissent avec les antihyperglycémiants (p. ex. triméthoprime/sulfaméthoxazole et sulfonylurées);
- Substances et médicaments signalés parmi les causes d'hypoglycémie (p. ex. alcool, IMAOs, salicylates, quinolones, quinine, bêtabloquants, IECAs, pentamidine).

Impliquer les patients et les soignants

- Certaines personnes âgées préfèrent les thérapies moins intensives, surtout celles qui sont moins pénibles et qui n'augmentent pas les risques d'hypoglycémie;
- Les patients et les soignants seront plus enclins à s'engager dans une discussion liée à un changement de cibles ou à considérer la déprescription s'ils en comprennent les raisons :
  - Risques d'hypoglycémie et autres effets secondaires;
  - Risques d'un contrôle glycémique très serré (pas de bénéfice clinique et effets nocifs si A1C < 6 %);
  - Temps nécessaire pour ressentir le bénéfice lié à un contrôle glycémique serré;
  - Incertitude liée aux bénéfices du traitement pour les patients avec fragilité, démence ou en fin de vie
- Objectifs des soins : éviter les symptômes d'hyperglycémie (soif, déshydratation, fréquence de miction, chutes, fatigue, insuffisance rénale) et prévenir les complications (5-10 ans de traitements nécessaires);
- Les experts de plusieurs pays s'entendent pour favoriser des traitements moins agressifs du diabète chez les personnes âgées;
- Examiner les options liées à la déprescription avec les patients et les soignants, ainsi que le processus de suivi prévu et les seuils pour un retour aux doses précédentes; ceci renforcera leur implication.

Information sur l'hypoglycémie pour les patients et soignants

- Les adultes âgés et frêles sont plus à risque d'hypoglycémie;
- Le risque d'hypoglycémie est plus élevé dans le cas d'un contrôle serré;
- Les symptômes d'hypoglycémie incluent : sudation, tachycardie, tremblements, MAIS les patients plus âgés pourraient ne pas présenter ces symptômes;
- Des déficiences cognitives ou physiques peuvent limiter la capacité du patient à réagir aux symptômes d'hypoglycémie;
- Certains médicaments peuvent masquer les symptômes d'hypoglycémie (p. ex. bêtabloquants);
- Les dommages liés à l'hypoglycémie peuvent être graves et incluent : incapacités cognitives et physiques, chutes et fractures, convulsions, visites à l'urgence et hospitalisations.

Recommandations pour la réduction des doses

- Établir des cibles pour le glucose sanguin et l'A1C, ainsi que des seuils pour un retour à la dose précédente, pour recommencer la prise du médicament ou maintenir la posologie;
- Développer un plan de réduction des doses avec le patient ou le soignant (les données n'indiquent pas qu'une approche de réduction est meilleure que l'autre) : arrêt de la prise d'antihyperglycémiants oraux, changement de médicament, diminution graduelle des doses (p. ex. changements à intervalles de 1-4 semaines, jusqu'à l'atteinte de la dose minimale disponible avant l'arrêt, ou simplement non-renouvellement de la prescription);
- En tout temps, si le glucose sanguin demeure au-dessus de la cible (12-15 mmol/L) ou si les symptômes d'hyperglycémie réapparaissent, les doses peuvent être augmentées ou ramenées au niveau précédent.

© *Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.*

Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commerciale-ShareAlike 4.0. Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Farrell B, Black C, Thompson W, McCarthy L, Rojas-Fernandez C, Lochnan H, et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons. Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2017;63:832-43 (Eng), e452-65 (Fr).

deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE Bruyère RESEARCH INSTITUTE

CIHR IRSC Canadian Institutes of Health Research / Instituts de recherche en santé du Canada