



Qui est le patient ?

LE PATIENT MASQUÉ

M. Faucher

Plusieurs facteurs de risque CV et taux d'HbA_{1c} > cible



Sexe et âge	Homme de 61 ans	
DT2	DT2 depuis 10 ans	
Antécédents pertinents	<ul style="list-style-type: none"> • Non-fumeur • Dyslipidémie • Hypertension • Sédentaire, a pris 3 kg au cours des 12 derniers mois 	
Examens récents	TA	125/80 mmHg
	IMC	29 kg/m ²
	HbA _{1c}	7,1 %
	DFGe	78 mL/min/1,73 m ²
	RACu	1,8 mg/mmol

Médicaments

Sitagliptine-metformine à LM à 100 mg / 1 000 mg DIE
 Atorvastatine à 20 mg DIE
 Ramipril à 10 mg DIE

Autres informations pertinentes

- Aucun antécédent de MCVAS ni de rétinopathie
- Traité avec sulfonylurée, mais traitement arrêté pour cause d'hypoglycémie
- Couverture par la RAMQ

- Présentant une obésité
- Atteint de maladie CV avec HbA_{1c} contrôlée
- Éprouvant de la fatigue et un essoufflement à l'effort
- Atteinte d'insuffisance rénale chronique (DFGe < 45)
- Atteint d'insuffisance cardiaque
- Présentant des facteurs de risque CV et un taux d'HbA_{1c} > aux valeurs cibles
- Patient autonome âgé de 80 ans ou plus atteint de multiples affections concomitantes
- Diagnostic récent de DT2

Questions	Éléments d'apprentissages
1. Quels changements apporteriez-vous pour optimiser le schéma thérapeutique du patient? Passez-vous à un arGLP-1 ou à un iSGLT-2 (ou autre option) et pourquoi? Comment la couverture RAMQ influence-t-elle votre décision?	<ul style="list-style-type: none"> • Ajouter un arGLP-1 ou un iSGLT-2 chez les patients âgés de 60 ans ou plus présentant 2 facteurs de risque CV
2. Y a-t-il un effet de classe avec les iSGLT-2 ou avec les arGLP-1?	<ul style="list-style-type: none"> • Un agent ayant un bienfait cardiorenal démontré doit être privilégié • En l'absence d'essais cliniques visant à comparer les différents agents, il est impossible de déterminer si tel ou tel agent est plus efficace qu'un autre de la même classe
3. Quelles sont vos priorités en matière d'interventions non pharmacologiques chez un patient comme celui-ci?	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions non pharmacologiques demeurent importantes
4. Et si le taux d'HbA _{1c} était de 6,4 % au départ, votre approche changerait-elle?	<ul style="list-style-type: none"> • La protection cardiorenale est indépendante du taux d'HbA_{1c}
5. Et si le patient avait moins de 60 ans?	<ul style="list-style-type: none"> • Le jugement clinique avant tout • DECLARE-TIMI et CANVAS : sous-groupe de patients âgés moins de 60 ans
6. Quelle place reste-t-il pour les iDPP-4 parmi les options de traitement du DT2?	<ul style="list-style-type: none"> • Bien qu'ils n'aient pas de bienfaits CV ou rénaux, les iDPP-4 sont utiles pour réduire la glycémie de façon sécuritaire

BID : deux fois par jour; **C-LDL** : cholestérol des lipoprotéines de faible densité; **CV** : cardiovasculaire; **DIE** : une fois par jour; **DT2** : diabète de type 2; **DFGe** : débit de filtration glomérulaire estimé; **HbA_{1c}** : hémoglobine glycosylée; **HbA_{1c}** : hémoglobine glycosylée; **IMC** : indice de masse corporelle; **MCVAS** : maladie cardiovasculaire athéroscléreuse; **RACu** : rapport albumine/créatinine urinaire; **RAMQ** : Régie de l'assurance maladie du Québec; **TA** : tension artérielle