



Qui est le patient ?

LE PATIENT MASQUÉ

M^{me} Caron

Maladie CV avec HbA_{1c} contrôlée



Sexe et âge	Femme de 71 ans	
DT2	DT2 depuis 13 ans	
Antécédents pertinents	<ul style="list-style-type: none"> • NSTEMI récent • Mise en place d'endoprothèses il y a 2 mois • Hypertension • Obésité 	
Examens récents	TA	124/78 mmHg
	IMC	30 kg/m ²
	HbA _{1c}	6,8 %
	DFGe	65 mL/min/1,73 m ²
	RACu	4,0 mg/mmol

Médicaments

Metformine à 1000 mg BID
 Gliclazide LM à 60 mg BID
 AAS entérosoluble à 81 mg DIE
 Ticagrélor à 90 mg BID
 Ézétimibe à 10 mg DIE
 Atorvastatine à 80 mg DIE
 Ramipril à 5 mg BID
 Bisoprolol à 10 mg DIE

Autres informations pertinentes

- Pas d'insuffisance cardiaque
- FEVG=55 %
- Dispose d'un bon régime d'assurance médicaments

- 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 de la patiente ? Passez-vous à un arGLP-1 ou un iSGLT-2 (ou autre option) et pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • Ajouter un arGLP-1 ou un iSGLT-2 chez les patients atteints de DT2 présentant une MCVAS même si le taux d'HbA_{1c} correspond au taux cible
2. Êtes-vous satisfait du taux d'HbA _{1c} (6,8 %) ou cherchez-vous à réduire le taux davantage ? Si après 6 mois, l'HbA _{1c} diminue à 5,5 %, comment ajustez-vous le schéma antihyperglycémiant ?	<ul style="list-style-type: none"> • Mieux vaut avoir le taux d'HbA_{1c} le plus bas possible!
3. Quand prévoyez-vous utiliser un arGLP-1 et un iSGLT-2 en association ?	<ul style="list-style-type: none"> • Il est raisonnable de combiner un arGLP-1 et un iSGLT-2 pour parvenir à une maîtrise glycémique optimale
4. Et si la TA de la patiente était de 132/82 mmHg plutôt que de 124/78 mmHg, en quoi vos recommandations auraient-elles été différentes ?	<ul style="list-style-type: none"> • D'après Diabète Canada, si les valeurs cibles de TA ne sont pas atteintes au moyen d'une monothérapie à des doses maximales, un autre antihypertenseur doit être administré • Lorsqu'un antihypertenseur est ajouté à un inhibiteur de l'ECA, un inhibiteur calcique à base de dihydropyridine est préférable à un diurétique thiazidique ou de type thiazidique. • On peut aussi s'attendre à des effets hypotenseurs avec des antihyperglycémiant

AAS : acide acétylsalicylique; **BID** : deux fois par jour; **CV** : cardiovasculaire; **DIE** : une fois par jour; **DT2** : diabète de type 2; **DFGe** : débit de filtration glomérulaire estimé; **FEVG** : fraction d'éjection du ventricule gauche; **HbA_{1c}** : hémoglobine glycosylée; **IMC** : indice de masse corporelle; **NSTEMI** : Infarctus du myocarde sans élévation du segment ST; **RACu** : rapport albumine/créatinine urinaire; **TA** : tension artérielle