



# AGIR POUR PRÉVENIR

Je prends en charge la santé rénale de mes patients  
vivant avec le diabète de type 2

GUIDE DE  
RÉFÉRENCE



# TABLE DES MATIÈRES

- |
- |
- |
- |
- |
- |
- |
- |
- |



# GUIDE DE RÉFÉRENCE PRATIQUE DESTINÉ AUX PHARMACIENS D'OFFICINE :

La prise en charge des mes patients vivant avec le diabète de type 2 (DT2) pour réduire les complications vasculaires



## PROFIL DU PATIENT DT2

Ces données devraient apparaître au dossier du patient pour une analyse appropriée.



## ÉVALUATION DES RISQUES

Évaluer le risque cardiorénal et si la cible d'HbA1c est atteinte



## ACTION DT2

Rédiger une opinion pharmaceutique si nouveau médicament requis



## SUIVI

Effectuer une surveillance adéquate de l'efficacité et de l'innocuité.

### RÉNAL



DFGe

RAC

DFGe: Débit filtration glomérulaire estimé (ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)

RAC: Ratio albumine-créatinine (urinaire; mg/mmol ou mg/g)

### RISQUE KDIGO

Catégorie d'albuminurie (mg/mmol)

Catégories de DFGe (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	Catégorie d'albuminurie (mg/mmol)		
	A1: <3 mg/mmol <30 mg/g	A2: 3-30 30-300	A3: >30 >300
≥90	1 (ou MRC)	1	2
60-90	1 (ou MRC)	1	2
45-59	1	2	3
30-44	2	3	3
<30	3	3	4+

Risque rénal: Faible, Modérément élevé, Elevé, Très élevé

### RISQUE RÉNAL?

Modérément élevé

Elevé

Très élevé

### CARDIO-VASCULAIRE



Tension artérielle

Profil lipidique

### FACTEURS DE RISQUE:

- Tabagisme
- Dyslipidémie (médicamenté(e) ou LDL ≥ 3,4 mmol/L, HDL < 1,0 mmol/L (hommes) ou < 1,3 mmol/L (femmes), ou triglycérides ≥ 2,3 mmol/L)
- Hypertension (médicamenté(e) ou TA ≥ 130 mmHg systolique ou ≥ 80 mmHg diastolique)

### RISQUE CV?

Insuffisance cardiaque

Maladie cardiovasculaire athérosclérotique

> 60 ans avec ≥ 2 facteurs de risque?

### GLYCÉMIE



HbA1c

### CIBLEZ:

- ≤ 7,0% pour la majorité des patient(e)s
- ≤ 6,5% en vue de réduire le risque de MRC et de rétinopathie en présence d'un faible risque d'hypoglycémie

### CIBLE HbA1c ATTEINTE?

Oui

Non

### ÉDUCATION AUX PATIENTS:

- Conseils sur la prévention et la gestion d'effets secondaires
- Adhésion
- « [SIDMAAI/SADMANS](#) »

### RÉÉVALUER:

- DFGe et RAC au moins 1x/an selon le risque KDIGO
- HbA1c 1x/an; si présence de facteurs de risque, 1-2x/an et valider si glycémie optimale
- Facteurs de risque CV et rénaux annuellement
- Lors de l'apparition d'effets secondaires et/ou d'ajouts de traitements sur une base régulière

# ORDONNANCE POUR ANALYSES DE LABORATOIRE

IMPRIMER    RETOUR  
AU GUIDE

## FORMULAIRE D'ORDONNANCE POUR ANALYSES DE LABORATOIRE (PHARMACIENS COMMUNAUTAIRES)

### COORDONNÉES COMPLÈTES DE LA PHARMACIE (Obligatoire)

---

Routine

Stat

---

### NOM ET PRÉNOM DU PATIENT

---

### NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE (Obligatoire)

---

### ADRESSE

---

### N° DE TÉLÉPHONE

---

Ratio albumine-créatinine (RAC) urinaire

DFGe

Créatinine sérique

### ÉLECTROLYTES

(Veuillez cocher le ou les électrolytes désirés)

Sodium

Potassium

Glycémie à jeun (Au moins 8 heures avant le test)

Glycémie

(Préciser l'heure désirée)

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

Profil lipidique (Cholestérol, Triglycérides, HDL, LDL)  
(À jeun 12 heures et 3 jours sans alcool avant le test)

SIGNATURE DU PHARMACIEN

N° PERMIS

DATE

---

---

---

## ÉTIQUETTE PATIENT

DATE :

### DOCTEUR,

Après analyse de l'information à laquelle j'ai accès, je veux porter à votre attention les éléments suivants :

### CE PATIENT PRÉSENTERAIT UN RISQUE RÉNAL :

Modérément élevé      Élevé      Très élevé

### CE PATIENT PRÉSENTERAIT UN RISQUE CARDIOVASCULAIRE ÉLEVÉ EN RAISON :

D'une insuffisance cardiaque      De la présence de maladie cardiovasculaire athérosclérotique  
Du fait qu'il ait > 60 ans et  $\geq 2$  facteurs de risque (tabagisme, dyslipidémie ou hypertension)

### CE PATIENT N'EST PAS À SA CIBLE POUR L'HbA1C :

— Cible :  $\leq$       %      — Valeur mesurée :      %

Dans les circonstances, et dans le cadre de son traitement pour le diabète, je crois que le patient bénéficierait de l'(des) intervention(s) suivante(s) :

#### Ajout d'un IECA ou d'un ARA

— Médicament :      — Dosage :

#### Ajout d'un iSGLT2

— Médicament :      — Dosage :

#### Ajout d'un AR-GLP1

— Médicament :      — Dosage :

#### Ajout d'un AHA

— Médicament :      — Dosage :

#### Ajustement de traitement

— Médicament :      — Dosage :

#### Retrait d'un médicament

— Médicament :

ÉTIQUETTE PATIENT

De plus, veuillez considérer que, dans le cas d'un accord de votre part à cette proposition, le suivi à effectuer suivant est suggéré :

RETOUR  
AU GUIDE

### SUIVI À EFFECTUER :

Par le médecin

Par le pharmacien

### SUIVI SUGGÉRÉ :

Ajustements des dosages de médicaments en fonction de l'efficacité et de l'innocuité

Analyses de laboratoire

DFGe après

\_\_\_\_\_ semaines

Potassium sérique

Ratio albumine-créatinine (RAC) urinaire

Sodium sérique

HbA1c

Profil lipidique (cholestérol, triglycérides, HDL, LDL)

Glycémie

Autre (ex. apo-B) :

Créatinine sérique

Quel que soit le suivi convenu, nous vous tiendrons informé de toute modification ou de toute autre intervention que nous pourrions effectuer en lien avec les éléments contenus dans ce document.

Si vous êtes en accord avec cette proposition, veuillez remplir la section « Informations médecin » ci-dessous et nous la retourner par télécopieur.

Si vos recommandations ne se retrouvent pas dans les choix proposés plus hauts, vous pourrez les inscrire dans la section « nouvelle ordonnance » ci-dessous.

En toute collaboration,

### INFORMATIONS MÉDECIN :

Nom : \_\_\_\_\_

N°. de permis : \_\_\_\_\_

Télec. : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS PHARMACIEN :

Nom : \_\_\_\_\_

N°. de permis : \_\_\_\_\_

Télec. : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### NOUVELLE ORDONNANCE :

Médicament : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Qté : \_\_\_\_\_

Ren : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

N°. de permis : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

# NOTE D'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE

IMPRIMER    RETOUR  
AU GUIDE

## IDENTIFICATION DU PATIENT

À votre attention

À remettre au prescripteur

DATE :

Cette note contient de l'information importante pour votre traitement. Conservez-la soigneusement. L'information a aussi été ajoutée à votre dossier pharmacologique.

ÉTIQUETTE PATIENT

SITUATION NÉCESSITANT UNE INTERVENTION :

PRÉCISIONS :

INTERVENTION :

COMMENTAIRES :

---

SUIVI CONVENU :

N'HÉSITEZ PAS À NOUS CONTACTER SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS.

PHARMACIEN :

# INFORMATION : RISQUE RÉNAL (KDIGO)

RETOUR  
AU GUIDE

ÉVALUEZ LE (LA) PATIENT(E) SELON L'OUTIL KDIGO AFIN  
DE DÉTERMINER SON NIVEAU DE RISQUE :

		Catégorie d'albuminurie (mg/mmol)		
		A1:	A2:	A3:
Catégories de DFGe (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	mg/mmol	<3	3-30	>30
	mg/g	<30	30-300	>300
≥90	1 (si MRC)	1	2	
60-90	1 (si MRC)	1	2	
45-59	1	2	3	
30-44	2	3	3	
<30	3	3	4+	

Risque rénal :

Faible	Modérément élevé	Elevé	Très élevé
--------	------------------	-------	------------

Les chiffres représentent une suggestion du nombre de fois que ces mesures devraient être prises par année.

**Pour les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire athérosclérotique, d'IRC ou d'IC, OU âgées de > 60 ans et ayant 2 facteurs de risque CV (Fig. 2.1)**

2020

DIABÈTE  
CANADA

AJOUTER ou REMPLACER antihyperglycémiant en choisissant un agent ayant des bienfaits cardiorénaux démontrés

		Maladie cardiovasculaire ou rénale établie			Facteurs de risque
		Maladie cardiovasculaire athérosclérotique	IRC	IC	> 60 ans avec 2 facteurs de risque CV <sup>†</sup>
Risques inférieurs observés dans les études sur les événements	Événements CV majeurs	Agoniste des récepteurs du GLP-1 <sup>††</sup> ou inhibiteur du SGLT-2*	Inhibiteur du SGLT-2* ou agoniste des récepteurs du GLP-1 <sup>††</sup>		Agoniste des récepteurs du GLP-1 <sup>††</sup>
	Hospitalisations pour IC	Inhibiteur du SGLT-2*	Inhibiteur du SGLT-2*	Inhibiteur du SGLT-2* (et taux de mortalité CV inférieur)	Inhibiteur du SGLT-2*
	Progression de la néphropathie	Inhibiteur du SGLT-2*	Inhibiteur du SGLT-2*		Inhibiteur du SGLT-2*

Plus haut niveau de preuve

Niveau A

Niveau B

Niveau C ou D

<sup>†</sup> Tabagisme; dyslipidémie (traitement hypolipidémiant ou taux observé et non traité de cholestérol LDL ≥ 3,4 mmol/L, ou cholestérol HDL < 1,0 mmol/L pour les hommes et < 1,3 mmol/L pour les femmes, ou triglycérides ≥ 2,3 mmol/L); ou hypertension (traitement antihypertenseur, ou TA systolique ≥ 140 mmHg ou TA diastolique ≥ 95 mmHg non traitée)

<sup>††</sup> Cesser l'inhibiteur de la DPP-4 lors de l'amorce d'un agoniste des récepteurs du GLP-1

\* Débuter uniquement si le DFGe est > 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>



## FACTEURS DE RISQUE :

- Tabagisme
- **Dyslipidémie** (médicamenté(e) ou LDL  $\geq 3,4$  mmol/L, HDL  $< 1,0$  mmol/L (hommes) ou  $< 1,3$  mmol/L (femmes), ou triglycérides  $\geq 2,3$  mmol/L)
- **Hypertension** (médicamenté(e) ou TA  $\geq 130$  mmHg systolique ou  $\geq 80$  mmHg diastolique)

## Pour les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire athérosclérotique, d'IRC ou d'IC, OU âgées de > 60 ans et ayant 2 facteurs de risque CV (Fig. 2.1)

2020

AJOUTER ou REMPLACER antihyperglycémiant en choisissant un agent ayant des bienfaits cardiorénaux démontrés

		Maladie cardiovasculaire ou rénale établie			Facteurs de risque
		Maladie cardiovasculaire athérosclérotique	IRC	IC	
Risques inférieurs observés dans les études sur les événements	Événements CV majeurs	<b>Agoniste des récepteurs du GLP-1<sup>††</sup> ou inhibiteur du SGLT-2*</b>	Inhibiteur du SGLT-2* ou agoniste des récepteurs du GLP-1 <sup>††</sup>		<b>Agoniste des récepteurs du GLP-1<sup>††</sup></b>
	Hospitalisations pour IC	Inhibiteur du SGLT-2*	<b>Inhibiteur du SGLT-2*</b>	<b>Inhibiteur du SGLT-2*</b> (et taux de mortalité CV inférieur)	Inhibiteur du SGLT-2*
	Progression de la néphropathie	Inhibiteur du SGLT-2*	<b>Inhibiteur du SGLT-2*</b>		<i>Inhibiteur du SGLT-2*</i>

Plus haut niveau de preuve

<b>Niveau A</b>	Niveau B	<i>Niveau C ou D</i>
-----------------	----------	----------------------

† Tabagisme; dyslipidémie (traitement hypolipidémiant ou taux observé et non traité de cholestérol LDL  $\geq 3,4$  mmol/L, ou cholestérol HDL  $< 1,0$  mmol/L pour les hommes et  $< 1,3$  mmol/L pour les femmes, ou triglycérides  $\geq 2,3$  mmol/L); ou hypertension (traitement antihypertenseur, ou TA systolique  $\geq 140$  mmHg ou TA diastolique  $\geq 95$  mmHg non traitée)

†† Cesser l'inhibiteur de la DPP-4 lors de l'amorce d'un agoniste des récepteurs du GLP-1

\* Débuter uniquement si le DFGe est  $> 30$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>

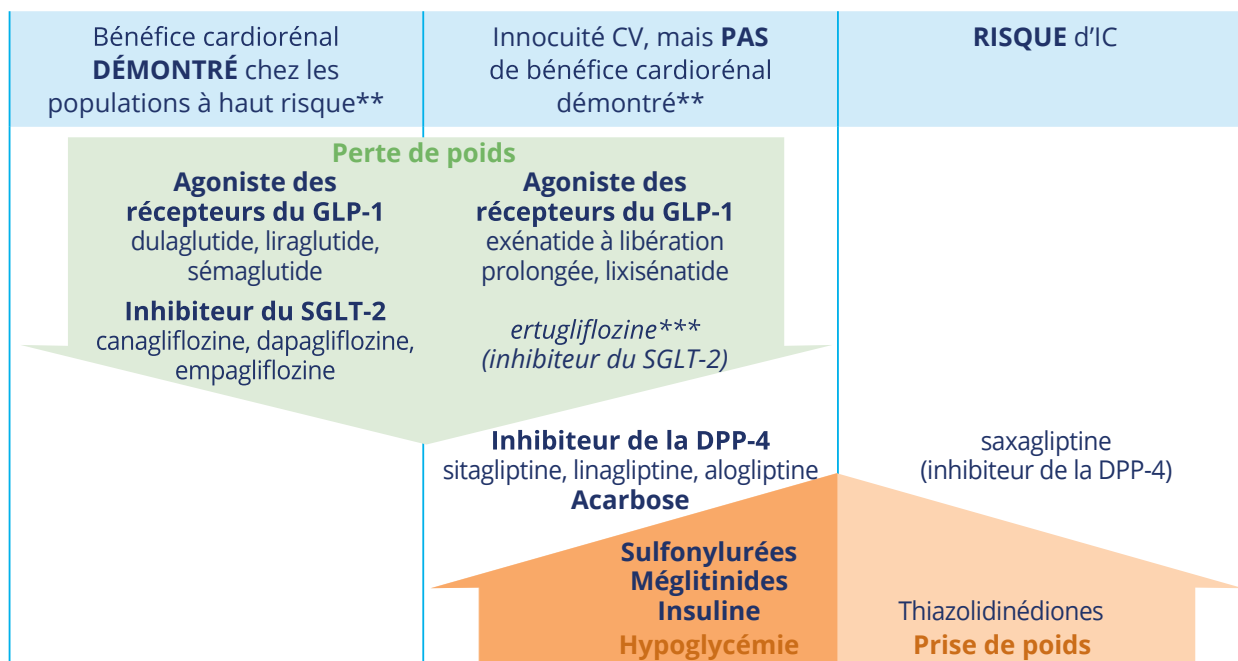
## CIBLEZ:

- $\leq 7,0\%$  pour la majorité des patient(e)s
- $\leq 6,5\%$  en vue de réduire le risque de MRC et de rétinopathie en présence d'un faible risque d'hypoglycémie

## Dans les cas où une diminution supplémentaire du taux de glucose est nécessaire (Fig. 2.2)

2020

AJOUTER ou REMPLACER antihyperglycémiant<sup>††</sup> en fonction des priorités cliniques<sup>†††</sup> débiter l'insuline pour l'hyperglycémie symptomatique et/ou la décompensation métabolique (Fig. 3)



†† L'efficacité de tous les antihyperglycémiantes en matière de réduction de la glycémie est attestée par des preuves de niveau A

††† Prendre en compte le degré d'hyperglycémie, les coûts et la couverture par les assurances, la fonction rénale, les comorbidités, le profil d'effets secondaires et l'éventualité d'une grossesse

\*\* Dans les études sur les événements CV menées chez des personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire athérosclérotique, d'IRC, d'IC ou à haut risque CV

\*\*\* L'étude VERTIS (étude sur les événements CV pour l'ertugliflozine) présentée à l'ADA en juin 2020 a démontré la non-infériorité pour les événements CV majeurs. Manuscrit non publié au moment de la rédaction.

## ASSURER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS PRÉSENTANT UN RISQUE DE DÉSHYDRATATION (VOMISSEMENTS, DIARRHÉE, AVANT UNE CHIURGIE MAJEURE ET DURANT DES MALADIES IMPORTANTES ET DES INFECTIONS)

**Assurer une réhydratation** adéquate (eau, bouillon, boissons gazeuses diètes, Kool-Aid<sup>MD</sup> sans sucre, Jell-O<sup>MD</sup> diète; éviter les boissons contenant de la caféine).

**Suspendre** la prise de médicaments **selon l'annexe de gestion des jours de maladie.**

**Reprendre** quand l'alimentation/hydratation est de retour à la normale.

**S** Sulfonylurées, autres sécrétagogues

**I** Inhibiteurs de l'ECA

**D** Diurétiques, inhibiteurs directs de la rénine

**M** Metformine

**A** Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine

**A** Anti-inflammatoires non stéroïdiens

**I** Inhibiteurs du SGLT-2

# INDICATIONS CARDIORÉNALES CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE DT2 - iSGLT2 ET AR-GLP1 DISPONIBLES AU CANADA

RETOUR  
AU GUIDE

## iSGLT-2

	Canagliflozine	Dapagliflozine	Empagliflozine
<b>Indication cardiovasculaire</b>	Indiqué pour réduire le risque d'ECIM chez les adultes atteints de DT2 et d'une maladie cardiovasculaire établie.	Indiqué pour réduire le risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque chez les adultes atteints de DT2 et présentant des facteurs de risque CV ou une maladie CV établie.	Indiqué pour réduire l'incidence de décès d'origine CV chez les patients atteints de DT2 qui présentent également une maladie CV établie.
<b>Indication rénale</b>	Indiqué pour réduire le risque d'insuffisance rénale terminale, de doublement du taux de créatinine sérique et de décès d'origine CV chez les adultes atteints de DT2 et de néphropathie diabétique avec albuminurie (> 33,9 mg/mmol).	Indiqué pour réduire le risque de diminution soutenue du taux de filtration glomérulaire estimé (TFGe), de néphropathie terminale et de décès d'origine CV ou rénale chez les adultes atteints de néphropathie chronique.	<i>Aucune</i>
<b>Indication insuffisance cardiaque</b>	<i>Aucune</i>	Indiqué chez les adultes comme traitement d'appoint au traitement de référence de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite (ICFER) en vue de diminuer le risque de décès d'origine CV, d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque et de consultation urgente liée à l'insuffisance cardiaque.	Indiqué chez les adultes, en appoint au traitement standard, pour le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique.
<b>Traitement d'appoint/ d'association pour améliorer la maîtrise de la glycémie</b>	Monothérapie ou en association avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La metformine</li> <li>• Une sulfonylurée (avec ou sans metformine)</li> <li>• La pioglitazone et la metformine</li> <li>• La metformine et la sitagliptine</li> <li>• L'insuline (avec ou sans metformine)</li> </ul>	Monothérapie ou en association avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La metformine</li> <li>• Une sulfonylurée</li> <li>• La metformine et une sulfonylurée,</li> <li>• La sitagliptine (seule ou avec la metformine),</li> <li>• L'insuline (seule ou avec la metformine)</li> </ul>	Monothérapie ou en association avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La metformine</li> <li>• La metformine et une sulfonylurée</li> <li>• La pioglitazone (seule ou avec la metformine)</li> <li>• La linagliptine et metformine</li> <li>• L'insuline basale ou prandiale (seule ou avec la metformine)</li> </ul>

## AR-GLP1

	Dulaglutide	Liraglutide	Sémaglutide
<b>Indication cardiovasculaire</b>	Indiqué pour réduire le risque d'AVC non mortel chez les adultes atteints de DT2 qui présentent des facteurs de risque CV multiples ou une maladie CV établie.	Indiqué pour réduire la fréquence des décès d'origine cardiovasculaire chez les patients atteints de DT2 et d'une maladie CV établie.	<i>Aucune</i>
<b>Traitement d'appoint/ d'association pour améliorer la maîtrise de la glycémie</b>	Monothérapie ou en association avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La metformine</li> <li>• La metformine et une sulfonylurée</li> <li>• Un iSGLT2 et la metformine</li> <li>• L'insuline et la metformine</li> </ul>	Monothérapie ou en association avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La metformine</li> <li>• La metformine et une sulfonylurée</li> <li>• La metformine et l'insuline</li> </ul>	Monothérapie ou en association avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La metformine</li> <li>• La metformine et une sulfonylurée</li> <li>• La metformine ou une sulfonylurée et un iSGLT2</li> <li>• L'insuline et la metformine</li> </ul>