

Diabète sucré

Substance interdite: Insuline

1. Introduction

Le diabète sucré, communément appelé *diabète*, est une maladie épidémique affectant 415 millions de personnes à l'échelle mondiale, soit l'équivalent de la population des États-Unis, du Canada et du Mexique réunis. Consciente de cette préoccupante réalité, l'Organisation des Nations Unies a adopté en 2006 une résolution déclarant le diabète comme une grave menace pour la santé dans le monde entier; c'était la première fois qu'une maladie non infectieuse était reconnue comme telle. Au sein de la population mondiale, 1 personne sur 12 est actuellement atteinte de diabète, et on estime que cette proportion grimpera à 10 % d'ici 2040.

Le diabète est un trouble endocrinien chronique caractérisé par une élévation de la glycémie attribuable à une incapacité de l'organisme à produire ou à utiliser l'hormone pancréatique : l'insuline.

De façon générale, le diabète se classe en deux catégories :

Diabète de type 1 (DT1) – diabète insulino-dépendant

Il représente environ 5 à 10 % des cas de diabète.

Diabète de type 2 (DT2)

Le traitement classique de ce type de diabète comporte une maîtrise du poids et/ou le recours à un médicament à prise orale; 60 % des patients touchés devront cependant recevoir de l'insuline dans les 5 à 10 ans suivant l'apparition de la maladie.

Le DT1 se manifeste typiquement par la destruction des cellules bêta du pancréas menant habituellement à un déficit absolu en insuline, tandis que le DT2 est caractérisé par une insulino-résistance et par la détérioration progressive de la fonction des cellules bêta. Il peut toutefois y avoir un recoupement entre certains éléments des deux types de la maladie

Peu importe la région du monde, tous les médecins ont été formés pour établir le diagnostic et réaliser la prise en charge du diabète. Les plus récentes données sur le sujet leur sont fournies par des organismes tels l'International Diabetes Federation, l'American Diabetes Association, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) et l'European Association for the Study of Diabetes (se reporter aux références).

2. Diagnostic et pratique thérapeutique de référence

Un diagnostic de diabète peut être posé chez un patient qui répond à l'un ou l'autre des critères énoncés dans l'encadré ci-dessous. Dans le cas d'un diagnostic de DT1, le traitement comportera systématiquement l'administration régulière d'injections d'insuline. La distinction entre le DT1 et le DT2 repose généralement sur des observations cliniques, mais la mesure des autoanticorps liés au diabète et des taux de peptide C peut également être utile.

Critères diagnostiques du diabète

Mesure d'une glycémie plasmatique à jeun (GPJ) ≥ 126 mg/dL (7 mmol/L). L'état de jeûne se définit par l'absence de tout apport calorique pendant les 8 dernières heures.

OU

Mesure d'une glycémie plasmatique ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) 2 heures après l'ingestion de glucose dans le cadre d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HPVO). Ce test doit être réalisé conformément aux directives de l'OMS, à l'aide d'une surcharge de glucose contenant l'équivalent de 75 g de glucose anhydre dissous dans de l'eau.

OU

Mesure d'un taux d'hémoglobine glycosylée (HbA_{1c}) $\geq 6,5$ % (48 mmol/mol) réalisée en laboratoire à l'aide d'une méthode de dosage certifiée par le *National Glycohemoglobin Standardization Program* (NGSP) et répondant aux normes du *Diabetes Control and Complication Trial* (DCCT).

OU

Mesure d'une glycémie plasmatique aléatoire ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) en présence de symptômes classiques d'une hyperglycémie ou d'un épisode d'hyperglycémie.

En l'absence d'une hyperglycémie non équivoque, les résultats devront être confirmés par de nouvelles

Le DT1 est plus susceptible d'être diagnostiqué pendant l'enfance, mais il peut apparaître à tout âge. Bien que le DT2 se manifeste généralement plus tard dans la vie, une forte augmentation du nombre de cas a récemment été observée chez les enfants et les adolescents. La prise en charge du DT2 a également fait l'objet d'une réforme radicale avec la mise en place d'une stratégie comportant l'instauration d'une insulinothérapie à un stade plus précoce de la maladie.

Cette approche contraste nettement avec la pratique établie de longue date qui consiste à miser sur une alimentation équilibrée et sur l'utilisation d'un médicament à prise orale le plus longtemps possible avant d'envisager le recours à l'insuline.

La prise en charge optimale du DT2 devrait viser le maintien d'un taux d'hémoglobine glycosylée (HbA_{1c}) sous la barre de 7,0 %. Dans l'éventualité où le taux d'HbA_{1c} grimpe au-delà de ce seuil malgré une alimentation équilibrée et le recours à des antihyperglycémiants oraux/injectables, ou si le patient n'arrive pas à atteindre les cibles glycémiques, l'instauration d'une insulinothérapie devient alors indiquée, et ce, sans délai. L'insuline peut être administrée en association avec d'autres antihyperglycémiants. Elle peut être utilisée sous forme d'insuline basale seule ou associée à une insuline prandiale.

Rappelons ici que le taux d'HbA_{1c} reflète la glycémie des 2 à 3 mois précédents et ne changera pas rapidement après la mise en route de l'insulinothérapie. De plus, le passage à un traitement par l'insuline entraîne normalement un gain pondéral d'environ 4 kg, un effet potentiellement pertinent pour un sportif qui pratique un sport où le poids revêt de l'importance. Dans ce contexte, le patient pourrait poursuivre son traitement par la metformine après l'amorce de l'insulinothérapie, étant donné que ce médicament atténue le gain pondéral associé au passage à l'insuline. Il n'est pas rare qu'un patient continue à prendre de la metformine, des inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2) et/ou des agonistes des récepteurs du peptide-1 apparenté au glucagon (analogues du GLP-1), surtout s'il utilise l'insuline basale seule.

L'insuline n'est habituellement pas considérée comme le premier traitement à privilégier pour le DT2, mais pourrait être utilisée en première intention chez les patients atteints d'un DT2 nouvellement diagnostiqué qui présentent des symptômes et/ou un taux d'HbA_{1c} au-delà de 10 % et/ou chez qui la glycémie à jeun se situe invariablement au-dessus de 250 mg/dL (5,5 mmol/L).

Malgré les sommes colossales allouées aux soins de santé à l'échelle mondiale, la prise en charge du DT2 demeure nettement insatisfaisante. On constate en effet que les patients présentent des valeurs glycémiques dépassant largement la plage recommandée pendant en moyenne 5 ans avant de recevoir un traitement. Ainsi, les plus récentes normes de pratique clinique préconisent l'amorce d'une insulinothérapie à un stade beaucoup plus précoce qu'auparavant dans le continuum du traitement du DT2, une exigence qui aura une incidence directe sur le travail des comités pour l'AUT (CAUT).

3. Substances interdites

L'utilisation de l'insuline est interdite, comme stipulé dans la rubrique *S4 – Modulateurs hormonaux et métaboliques* de la [Liste des interdictions de l'AMA](#). L'obtention d'une AUT est donc requise pour toutes les personnes atteintes de diabète qui doivent prendre de l'insuline.

4. Autres traitements non interdits

À l'heure actuelle, aucune substance ne peut remplacer l'insuline.

5. Conséquences pour la santé en cas d'absence de traitement

Le défaut d'administrer de l'insuline aux patients atteints de DT1 entraînera inévitablement leur décès.

Comme décrit précédemment, le schéma thérapeutique recommandé pourrait comprendre l'utilisation d'insuline dans certains cas de DT2 mal maîtrisé.

6. Surveillance du traitement

Dès l'établissement d'un diagnostic initial de DT1 ou de DT2, les patients seront soumis à la surveillance régulière d'un médecin ou d'un éducateur en diabète afin d'assurer que le schéma insulinique prescrit permet de maîtriser efficacement la glycémie.

7. Validité de l'AUT

La demande d'AUT initiale doit comprendre des précisions sur l'apparition, l'évaluation et le diagnostic de la maladie et s'accompagner de documents à l'appui fournis par un spécialiste de la prise en charge du diabète ou par un centre spécialisé dans le domaine. On recommande qu'une première AUT pour l'insuline soit accordée au sportif atteint de DT2 pour 12 mois. Après cette période, on devrait réévaluer la demande d'AUT sur la base de la documentation transmise par le médecin généraliste et/ou le spécialiste traitants. Si indiqué, l'AUT pourrait être renouvelée pour 10 ans.

Une AUT pour l'insuline peut être accordée à un sportif atteint de DT1 pour une durée maximale de 10 ans, sous réserve d'une réévaluation documentée par le médecin généraliste ou le spécialiste à intervalles de quelques années.

8. Précautions

Aucune.

Références

1. The International Diabetes Federation (IDF). <https://www.idf.org/>
2. The American Diabetes Association (ADA). <http://www.diabetes.org/>
3. NICE – The National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng17>
4. European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diabetes*. 2018;42(Suppl 1):S1-S325.