

**Renforcer le rôle de l'insulinothérapie  
basale dans la prise en charge du DT2 :  
de l'utilisation de la CGM aux  
associations à dose fixe et aux schémas  
thérapeutiques hebdomadaires**

# Clause de non-responsabilité

- *Les produits médicaux non approuvés ou les utilisations non approuvées de produits médicaux approuvés peuvent être discutés par la faculté ; ces situations pouvant correspondre au statut d'approbation en vigueur dans une ou plusieurs juridictions*
- *USF Health et touchIME ont demandé à la faculté responsable de la présentation de veiller à communiquer toute référence faite à une utilisation sans étiquette ou non approuvée*
- *USF Health et touchIME ne cautionnent explicitement ou implicitement aucun produit non approuvé ou utilisation non approuvée en mentionnant ces produits ou utilisations dans les activités USF Health et touchIME*
- *USF Health et touchIME déclinent toute responsabilité pour toute erreur ou omission*

## Une conversation entre :



**Le Dr Alice YY Cheng**  
Endocrinologue  
Trillium Health Partners & Unity Health  
Toronto, ON, Canada



**Le Dr Viswanathan Mohan**  
Endocrinologue  
Dr Mohan's Diabetes Specialities Centre  
Chennai, Inde



## Ordre du jour

**Pourquoi est-il important d'instaurer en temps opportun un traitement par insuline basale et comment surmonter les obstacles à l'intensification de l'insuline dans le DT2 ?**

**Quel est le rôle de la surveillance continue de la glycémie et du délai dans la plage cible pour optimiser les résultats chez les patients atteints de DT2 sous insuline basale ?**

**Quelles sont les preuves cliniques concernant les insulines hebdomadaires dans le traitement du DT2 et quels sont les considérations pratiques de leur utilisation ?**

# Pourquoi est-il important d'instaurer en temps opportun un traitement par insuline basale et comment surmonter les obstacles à l'intensification de l'insuline dans le DT2 ?

**Dr Alice YY Cheng**

Trillium Health Partners & Unity Health  
Toronto, ON, Canada



# L'instauration rapide de l'insuline basale dans le DT2 est importante pour améliorer les résultats cliniques à long terme<sup>1</sup>



L'intensification du traitement par l'insuline est recommandée chez les personnes atteintes de DT2 qui ne parviennent pas à atteindre les objectifs glycémiques avec des agents hypoglycémiants non insuliniques<sup>1,2</sup>

## Instauration retardée de l'insuline basale



Hyperglycémie chronique<sup>3</sup>



Complications microvasculaires, telles que la rétinopathie, la néphropathie, la neuropathie et l'amputation des membres inférieurs<sup>4,5</sup>



Complications macrovasculaires, telles que la maladie coronarienne, l'accident vasculaire cérébral et la maladie vasculaire périphérique<sup>4,5</sup>



QdV et bien-être psychologique réduits<sup>4,6</sup>



Risque accru de mortalité précoce<sup>1,6</sup>



Une fois que des complications macrovasculaires surviennent, elles ne peuvent pas être inversées par un contrôle plus strict de la glycémie<sup>7</sup>

DT2, diabète de type 2 ; QdV, qualité de vie.

1. Khunti K, et al. *Diabetes Obes Metab.* 2020;22:722–33; 2. Davies MJ, et al. *Diabetes Care.* 2022;45:2753–86; 3. Zografou I, et al. *Hippokratia.* 2014;18:306–9;

4. Martinez M, et al. *BMJ Open Diab Res Care.* 2021;9:e002032; 5. Harding JL, et al. *Diabetologica.* 2019;62:3–16; 6. Kim SG, et al. *J Diabetes Investig.* 2017;8:346–53;

7. Lovre D, Fonseca V. *J Diabetes Complications.* 2015;29:295–301.

# Le début de l'insulinothérapie est souvent retardé<sup>1</sup>



## Inertie clinique<sup>2</sup>

*L'incapacité à instaurer ou à intensifier le traitement conformément aux lignes directrices*

Une revue systématique de la littérature a révélé que **l'inertie clinique était rapportée chez plus de 50 %** des personnes atteintes de DT2 dans la plupart des études (plage 18,1– 85,8 %)



## Obstacles à l'instauration quotidienne de l'insuline basale

Impact des injections<sup>3</sup>

Stigmatisation sociale<sup>4</sup>

Programmes de dosage complexes<sup>3</sup>

Peur de prendre du poids<sup>3,4</sup>

Difficulté d'administration<sup>4</sup>

Peur de l'hypoglycémie<sup>3-5</sup>

Réactions locales au point d'injection<sup>5</sup>

Anticipation de la douleur<sup>5</sup>

Manque de temps ou de ressources chez les prestataires de soins de santé<sup>3</sup>

DT2, diabète de type 2.

1. Harris S, Seidu S. *Prim Care Diabetes*. 2023;17:535–47; 2. Almigbal TH, et al. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59:182; 3. Khunti K, et al. *Diabetes Obes Metab*. 2020;22:722–33;

4. Alhagawy AJ, et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:16794; 5. Mohan V, et al. *Endocr Metab Sci*. 2021;4:100103.

Quel est le rôle de la surveillance continue de la glycémie et du délai dans la plage pour optimiser les résultats chez les patients atteints de DT2 sous insuline basale ?

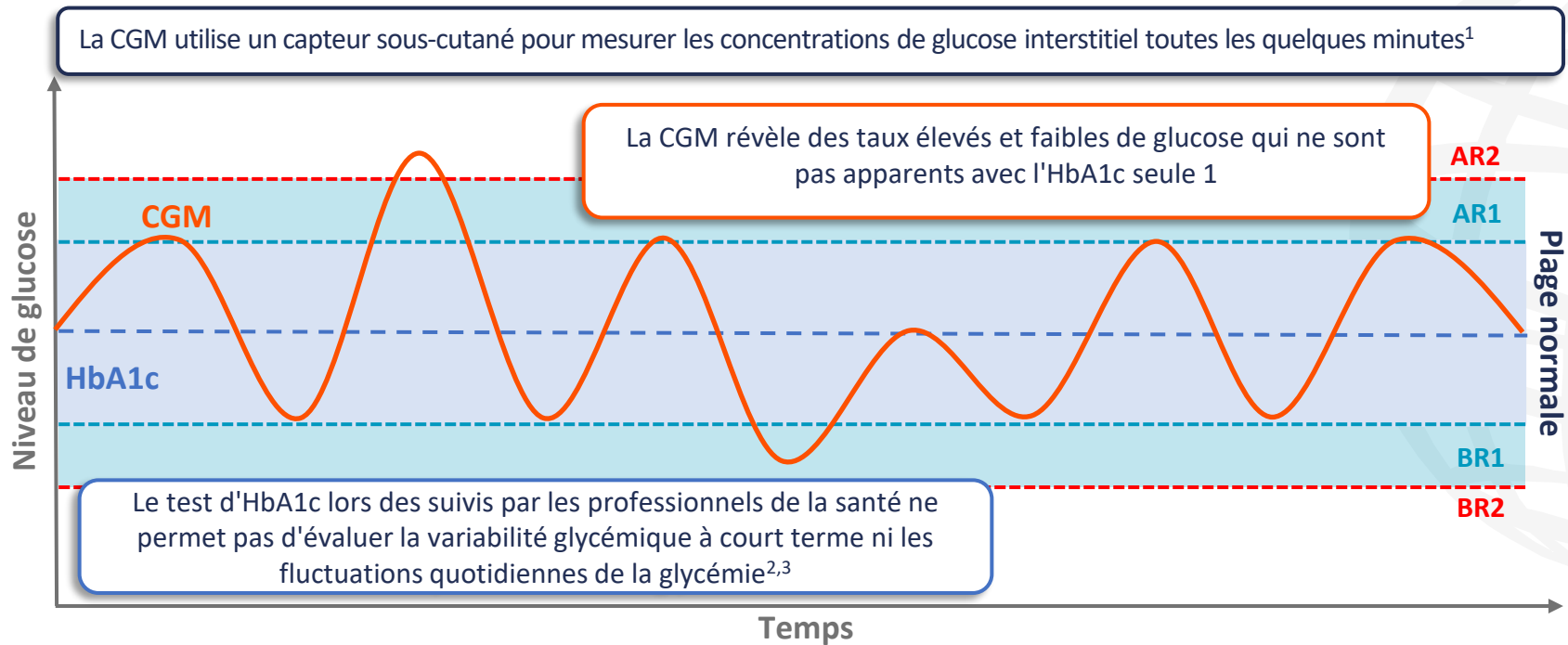
**Alice YY Cheng**

Trillium Health Partners & Unity Health  
Toronto, ON, Canada





# La CGM fournit une évaluation complète du profil glycémique d'un individu<sup>1</sup>



AR, au-dessus de la plage normale ; BR, en dessous de la plage normale ; CGM, surveillance continue de la glycémie ; HbA1c, hémoglobine glyquée.

1. Kushner PR, Kruger DF. *Clin Diabetes*. 2020;38:348–56; 2. Martinez M, et al. *BMJ Open Diab Res Care*. 2021;9:e002032;

3. Eyth E, Naik R. 2023. Disponible sur : [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549816/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549816/) (consulté le 23 février 2024).

Quelles sont les preuves cliniques concernant les insulines hebdomadaires dans le traitement du DT2 et quelles sont les considérations pratiques de leur utilisation ?

**Alice YY Cheng**

Trillium Health Partners & Unity Health  
Toronto, ON, Canada



# Les insulines expérimentales à prise hebdomadaire pourraient aider à répondre à un besoin non satisfait en matière de traitement du DT2

Les personnes atteintes de DT2 déclarent une préférence pour :

Moins d'injections d'insuline<sup>1,2</sup>

Une plus grande flexibilité de traitement<sup>2,3</sup>

L'insuline expérimentale une fois par semaine peut :

Améliorer l'acceptation du traitement en raison d'une charge d'injection réduite<sup>2,4</sup>

Augmenter l'observance du traitement grâce à une administration moins fréquente<sup>1,4,5</sup>

Menant à :

Contrôle glycémique optimal<sup>2,5</sup>

Diminution du risque de complications du diabète et de la mortalité<sup>6</sup>

DT2, diabète de type 2.

1. Polonsky WH, et al. *Diabetes Obes Metab.* 2011;13:144–9; 2. Rosenstock J, et al. *N Engl J Med.* 2020;383:2107–16; 3. Peyrot M, et al. *Diabet Med.* 2012;29:682–9; 4. Wang PW, et al. *Diabetol Metab Syndr.* 2024;16:3; 5. Polonsky WH, et al. *Diabetes Ther.* 2022;13:175–87; 6. Khunti N, et al. *Br J Diabetes.* 2019;19:99–104.

# Données d'essais cliniques pour l'insuline icodec une fois par semaine dans le DT2

	ONWARDS 1 (N=984) <sup>1</sup>		ONWARDS 3 (N=588) <sup>2</sup>		ONWARDS 2 (N=526) <sup>3</sup>		ONWARDS 4 (N=582) <sup>4</sup>	
	78 semaines, phase IIIa • Patient n'ayant jamais reçu d'insuline		26 semaines, phase IIIa • Patient n'ayant jamais reçu d'insuline		26 semaines, phase IIIa • Sous insuline basale (avant l'essai)		26 semaines, phase IIIa • Sous insuline basale-bolus (avant l'essai)	
	Icodec	Glargine	Icodec	Dégludec	Icodec	Dégludec	Icodec <sup>†</sup>	Glargine <sup>†</sup>
Modification moyenne estimée de l'HbA1c	-1,6 %	-1,4 %	-1,6 %	-1,4 %	-0,9 %	-0,7 %	-1,2 %	-1,2 %
Taux d'hypoglycémie de niveau 2 ou 3 (par PYE) <sup>‡</sup>	0,3	0,2	0,3	0,2	0,7	0,3	0,8	1,0
Taux d'effet indésirable	81 %	79 %	60 %	57 %	61 %	51 %	59 %	57 %
HbA1c : non-infériorité et supériorité pour l'icodec par rapport au comparateur* 1-3							HbA1c : non-infériorité pour l'icodec par rapport à la glargine <sup>4</sup>	

Des comparaisons directes entre les essais ne doivent pas être effectuées en raison des différences de conception des essais.

\*Non-infériorité et supériorité pour l'HbA1c démontrées pour ONWARDS 1, 2 et 3. ONWARDS 1 : non-infériorité (p<0,001), supériorité (p=0,02) ; <sup>1</sup>ONWARDS 3 : non-infériorité (p<0,001), supériorité (p=0,002) ; <sup>2</sup>ONWARDS 2 : non-infériorité (p<0,0001), supériorité (p=0,0028) ; <sup>3</sup>ONWARDS 4 : non-infériorité pour l'HbA1c (p<0,0001).<sup>4</sup> En association avec 2 à 4 injections quotidiennes d'aspartate en bolus.\*

<sup>†</sup>Niveau 2=cliniquement significatif ; taux de glucose <54 mg/dL (3 mmol/L), confirmé par un lecteur de glycémie. Niveau 3=severe ; hypoglycémie associée à des troubles cognitifs sévères nécessitant une assistance externe pour la guérison. Tous les taux indiqués n'étaient pas statistiquement significatifs entre les groupes.<sup>1-4</sup> DT2, diabète de type 2 ; HbA1c, hémoglobine glyquée ; PYE, année d'exposition du patient. 1. Rosenstock J, et al. *N Engl J Med.* 2023;389:297-308; 2. Lingvay I et al. *JAMA.* 2023;330:228-37; 3. Philis-Tsimikas A, et al. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2023;11:414-25; 4. Mathieu C, et al. *Lancet.* 2023;401:1929-40.

# Données d'essais cliniques pour l'insuline efsitora alfa une fois par semaine dans le DT2

	NCT04450394 (N=278) <sup>1</sup>		NCT03736785 (N=399) <sup>2</sup>	
	26 semaines, phase II • Patient n'ayant jamais reçu d'insuline		32 semaines, phase II • Insuline ± ≤3 ADO (avant l'essai)	
	BIF	Dégludec	BIF*	Dégludec
Modification moyenne estimée de l'HbA1c	-1,2 %	-1,3 %	-0,6 % <sup>†</sup>	-0,7 %
Taux d'hypoglycémie de niveau 2 (PPPA) <sup>††</sup>	0,22	0,15	BIF-A1 ; 2,2 BIF-A2 ; 2,4	3,0
Taux d'EIPT	49 % <sup>‡</sup>	44 %	62 % <sup>†</sup>	56 %

HbA1c : non-infériorité pour BIF vs dégludec<sup>§1,2</sup>

On ne peut pas effectuer de comparaisons directes entre les essais en raison de différences dans leur conception.

\*Deux cibles de glycémie à jeun ont été utilisées chez les patients recevant du BIF. Les objectifs de glycémie à jeun pour BIF-A1 et BIF-A2 étaient respectivement ≤ 7,8 mmol/L titrés toutes les 2 semaines et ≤ 6,7 mmol/L titrés toutes les 4 semaines.<sup>2</sup> <sup>†</sup>Données regroupées.<sup>2</sup> <sup>‡</sup>Contenait des patients issus de l'algorithme numérique interrompu (n = 135).<sup>1</sup> <sup>††</sup>Niveau 2 = cliniquement significatif ; taux de glucose < 54 mg/dL (3 mmol/L), confirmé par lecteur de glycémie. Tous les taux indiqués n'étaient pas statistiquement significatifs entre les groupes.<sup>1,2</sup> <sup>§</sup>Marge de non-infériorité de 0,4%. Patients n'ayant jamais reçu d'insuline vs dégludec 0.06%,<sup>1</sup> insuline ± ≤3 ADO données combinées de BIF vs dégludec 0,1 %.<sup>2</sup> ADO, agents antidiabétiques oraux ; BIF, insuline efsitora alfa ; DT2, diabète de type 2 ; EIPT, effet indésirable survenu pendant le traitement ; HbA1c, hémoglobine glyquée ; PPPA, par patient et par an.

1. Bue-Valleskey JM, et al. *Diabetes Care*. 2023;46:1060-7; 2. Frias J, et al. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2023;11:158-68.