

ANTIHYPERGLYCÉMIANTS pour le diabète de type 2

Dr Pierre McCabe, 2024



Rx	Forme posologique	Dosage et posologie	DFGe (mL/min/1,73 m ²)				↓ HbA1c (ajout à la MET)	Poids (ajout à la MET)	Risque d'hypo.	Événements Cardiovasculaires Indésirables Majeurs [†]	Bénéfices cardio-énaux	Critères de remboursement de la RAMQ †				Critères de remboursement du SSNA (Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuit)		
			< 15 ou dialyse	15-29	30-44	45-59						Monothérapie Association MET + SU contre-indiquée ou non tolérée	En association Si l'autre agent est contre-indiqué, non toléré ou inefficace		Traitement de combinaison EN 150 : SU contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; MET stable depuis 1 mois EN 219 : Indication reconnue pour Empa; MET stable depuis 1 mois		Couverture	Couverture des traitements combinés
													+ MET	+ SU	Critère cardiovasculaire EN 179 : En combinaison avec d'autres Rx; présence de MCAS ou MVAS; HbA1c ≥ 7 %			
1*	GLUCOPHAGE (Metformine)	500 - 850 mg BID/TID (max. 850 mg TID/1000 mg BID)						Rare			Couvert	-	Couvert	-	Couvert sans restriction	-		
	GLUMETZA (Metformine)	500 - 1000 mg DIE (max. 2000 mg DIE)					Neutre	Rare			Ass. privées	-	Ass. privées	-	Non listé	-		
iSGLT2	INVOKANA (Canagliflozine)	100 - 300 mg DIE		Poursuite du traitement	100 mg (Recommandé pour les bénéfices cardio-rénaux. Effet hypoglycémiant réduit.)	0,8 à 0,9 %	3,3 à 4,0 kg	Rare	POSITIF ¹ (maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie)	↓ Hospitalisation pour insuffisance cardiaque ³ ↓ Progression néphropathie ⁴	EN 167	EN 148	EN 149	Invokamet 50 - 150/500 - 1000 Ass. privées	Usage restreint: DT2 non contrôlé et intolérance à la MET et SU	Invokamet (Non listé)		
	JARDIANCE (Empagliflozine)	10 - 25 mg DIE	< 20 ml/min	10 mg Poursuite du traitement	(Recommandé pour les bénéfices cardio-rénaux. Effet hypoglycémiant réduit.)	0,7 à 0,8 %	2,1 à 3,1 kg	Rare			EN 167	EN 148	Ass. privées	Synjardy 5 - 12,5/500 - 850 - 1000 EN 219 JARDIANCE EN 179	Couvert sans restriction	Synjardy Couvert sans restriction		
	FORXIGA (Dapagliflozine)	5 - 10 mg DIE		Poursuite du traitement		0,5 à 0,8 %	2,9 à 3,2 kg	Rare	NEUTRE			Ass. privées	EN 148	EN 149	Xigduo 5/850 - 1000 EN 150	Couvert sans restriction	Xigduo Couvert sans restriction	
2**	VICTOZA (Liraglutide s.c.)	0,6 mg DIE x 1 sem. 1,2 mg DIE x 1 sem. 1,8 mg DIE (optionnel)	NR			1,0 à 1,5 %	2,6 à 3,4 kg	Rare	POSITIF ² (maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie ET/OU > 60 ans avec 2 facteurs de risque CV)	↓ Albuminurie ⁵	Rx d'exception Non-atteinte de la cible + MET; IMC > 30; iDPP-4 est inefficace, contre-indiqué, et/ou non toléré. 12 mois par autorisation (première poursuite : ↓HbA1c ≥ 0,5 % ou une valeur ≤ 7 %)			-	Non listé	-		
	TRULICITY (Dulaglutide s.c.)	0,75 mg 1 f.p.s. x 2 sem. 1,5 mg 1 f.p.s. (optionnel)	Prudence			1,0 à 1,4 %	2,7 à 3,1 kg	Rare			-			-	Non listé	-		
	OZEMPIC (Sémaglutide s.c.)	0,25 mg 1 f.p.s. x 4 sem. 0,5 mg 1 f.p.s. x 4 sem. 1 mg 1 f.p.s. (optionnel)	NR	Prudence			1,3 à 1,6 %	4,2 à 5,8 kg	Rare			-			Couvert sans restriction	-		
	RYBELSUS (Sémaglutide oral)	3 mg DIE x 30 jours 7 mg DIE x 30 jours 14 mg DIE (optionnel)		NR			1,0 à 1,3 %	2,2 à 3,8 kg	Rare	NEUTRE (étude de supériorité en cours)	-	Rx d'exception En association avec la MET, lorsqu'une SU est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace			Usage restreint : DT2 non contrôlé et intolérance à la MET et SU	-		
AR GIP + GLP-1	MOUNJARO (Tirzépatide)	2,5 mg 1 f.p.s. x 4 sem. ↑ 2,5 mg 1 f.p.s. q 4 sem ad 5 mg, 10 mg ou 15 mg 1 f.p.s. (optionnel)				2,0 à 2,3 %	7,6 à 11,2 kg	Rare	(étude en cours)	-	Ass. privées			-	Non listé	-		
iDPP-4	JANUVIA (Sitagliptine)	100 mg DIE		25 mg	50 mg	0,7 %	Neutre	Rare			EN 167	EN 148	Ass. privées	Janumet 50/500 - 850 - 1000 EN 150 Janumet XR 50/500 - 1000; 100/1000 EN 150	Usage restreint: DT2 non contrôlé et intolérance à la MET et SU	Janumet Usage restreint: DT2 non contrôlé et intolérance à la MET et SU		
	TRAJENTA (Linagliptine)	5 mg DIE	Prudence			0,5 %	Neutre	Rare	NEUTRE	-	EN 167	EN 148	Ass. privées	Jentaduetto 2,5/500 - 850 - 1000 EN 150	Couvert sans restriction	Jentaduetto Couvert sans restriction		
	NESINA (Alogliptine)	25 mg DIE		6,25 mg	12,5 mg	0,6 %	Neutre	Rare			EN 167	EN 148	EN 149	Kazano 12,5/500 - 850 - 1000 EN 150	Non listé	Kazano (Non listé)		
	ONGLYZA (Saxagliptine)	5 mg DIE	Prudence	2,5 mg		0,7 %	Neutre	Rare		↑ Hospitalisation pour insuffisance cardiaque	Ass. privées	EN 148	EN 149	Komboglyze 2,5/500 - 850 - 1000 EN 150	Couvert sans restriction	Komboglyze Couvert sans restriction		
Alpha-glucosidase	GLUCOBAY (Acarbose)	50 - 100 mg TID				0,6 %	Neutre	Rare	NEUTRE	-	Couvert	Couvert	Couvert	-	Couvert sans restriction	-		
Sécrétagogues	DIABETA (Glyburide)	2,5 - 5 mg DIE/BID (max. 10 mg BID)			Prudence	0,5 à 1,0 %	1,5 kg	++			Couvert	Couvert	-	-	Couvert sans restriction	-		
	DIAMICRON (Gliclazide)	80 mg (max. 160 mg BID) MR 30 - 60 mg (max. 120 mg DIE)	NR			0,5 à 1,0 %	1,5 kg	+			Couvert	Couvert	-	-	Couvert sans restriction	-		
	AMARYL (Glimépiride)	1 - 2 - 4 mg (max. 8 mg DIE)	NR	Prudence		0,5 à 1,0 %	1,5 kg	++	NEUTRE		EN 23	EN 23	-	-	Non listé	-		
	GLUCONORM (Répaglinide)	0,5 - 1 - 2 mg TID (max. 4 mg QID)	Prudence			0,5 à 1,0 %	1,6 kg	+	-		Couvert	Couvert	-	-	Couvert sans restriction	-		
TZD	ACTOS (Pioglitazone)	15 - 30 - 45 mg DIE		Prudence		0,9 à 1,5 %	1,5 à 2,8 kg	Rare	NEUTRE	↑ Insuffisance cardiaque	EN 121	EN 118	EN 119	EN 117 (Pour les patients en IRC) EN 120 (En association avec MET + SU; insuline indiquée, mais patient incapable de la recevoir)	Couvert sans restriction (générique seulement)	-		
	AVANDIA (Rosiglitazone)	2 - 4 - 8 mg DIE		Prudence		0,9 à 1,5 %	1,5 à 2,8 kg	Rare			EN 121	EN 118	EN 119	-	Non listé	-		

Rx	Stylos préremplis	Système d'administration et unidose max.	Dosage †			Risque d'hypo.	Couverture RAMQ	Couverture SSNA	Durée d'action	Rx	Stylos préremplis	Système d'administration et unidose max.	Début d'action	Couverture RAMQ	Couverture SSNA
			Initiation	Titrage	Changement										
INSULINE BASALE	Prolongée	TRESIBA U100 (Dégludec)	FlexTouch (max. 80 U)	10 U à tout moment de la journée	2 U tous les 3-4 jours OU 4 U 1 f.p.s. ad atteinte objectifs (4 à 7 mmol/L)	1:1 (↓ de 20 % lorsque changé de TOUTJEO ou d'une insuline BID)	+	Couvert	Couvert sans restriction	<p>TRESIBA U100 U200 > 42 h TOUTJEO U300 jusqu'à 36 h LANTUS U100 BASAGLAR 24 h LEVEMIR jusqu'à 24 h HUMULIN N NOVOLIN NPH 12-18 h</p>	FIASP (Aspartate ultra rapide)	Cartouche FlexTouch (max. 80 U)	4 min	Ass. privées (selon le plan)	Non listé
		TRESIBA U200	FlexTouch (max. 160 U)						NOVORAPID (Aspartate)		Cartouche FlexTouch (max. 80 U)		Ass. privées (selon le plan)	Couvert sans restriction	
		TOUTJEO U300 (Glargine)	SoloSTAR (max. 80 U) DoubleSTAR (max. 160 U)	10 U au coucher ou le matin	1 U DIE ad atteinte objectifs (4 à 7 mmol/L)	1:1 (↓ de 20 % lorsque changé d'une insuline BID)	+	Couvert	Couvert sans restriction		TRURAPI (Aspartate biosimilaire)	Cartouche SoloSTAR (max. 80 U)	10-20 min	Couvert	Couvert sans restriction
		LANTUS U100 (Glargine)	Cartouche SoloSTAR (max. 80 U)	10 U au coucher ou le matin	1 U DIE ad atteinte objectifs (4 à 7 mmol/L)	1:1 (↓ de 20 % lorsque changé de TOUTJEO ou d'une insuline BID)	++	Couvert	Couvert sans restriction		KIRSTY (Aspartate biosimilaire)	Cartouche Kirsty (max. 80 U)		Couvert	Couvert sans restriction
		BASAGLAR (Glargine biosim.)	Cartouche KwikPen (max. 80 U)								HUMALOG U100 (Lispro)	Cartouche KwikPen (max. 60 U) KwikPen (max. 60 U)		Ass. privées (selon le plan)	Couvert sans restriction
		SEMGLÉE (Glargine biosim.)	Cartouche Semglee (max. 80 U)								HUMALOG U200 (Lispro biosimilaire)	Cartouche SoloSTAR (max. 80 U)	10-15 min	Couvert	Couvert sans restriction
		LEVEMIR (Détémir)	Cartouche	10 U au coucher ou le matin	1 U DIE ad atteinte objectifs (4 à 7 mmol/L)	1:1 (↓ de 20 % lorsque changé d'une insuline BID)	++	Couvert	Couvert sans restriction		APIDRA (Glulisine)	Cartouche SoloSTAR (max. 80 U)		Couvert	Couvert sans restriction
INSULINE PRANDIALE	Intermédiaire	HUMULIN N	Cartouche KwikPen (max. 60 U)	10 U au coucher	1 U DIE ad atteinte objectifs (4 à 7 mmol/L)	1:1	+++	Couvert	Couvert sans restriction	HUMULIN R	Cartouche KwikPen (max. 60 U)	30 min	Couvert	Couvert sans restriction	
		NOVOLIN NPH	Cartouche							NOVOLIN GETORONTO	Cartouche		Couvert	Couvert sans restriction	

Recommandations basées sur les lignes directrices de Diabète Canada.
 † La metformine représente la première ligne de traitement. 2** Les iSGLT2 et AR GLP1 devraient être favorisés après la metformine chez les patients avec une comorbidité CV et/ou chez les patients mal contrôlés chez qui on voudrait favoriser les bénéfices CV et/ou une perte pondérale tout en minimisant les risques d'hypoglycémie. † Les patients sous insuline devraient avoir des objectifs de glycémie à jeun individualisés. † L'ECIM à 3 points est définie comme un composite d'accident vasculaire cérébral non fatal, d'infarctus du myocarde non fatal et de décès cardiovasculaire.
 Résultats des études CV (niveau évidence A et B en italique) : 1) ↓ des ECIM : si maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie OU si néphropathie 2) ↓ des ECIM : si maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie OU si > 60 ans avec 2 facteurs de risque (tabac, HTA, DLP, obésité) OU si néphropathie.
 3) ↓ des hospitalisations pour insuffisance cardiaque : si antécédent d'insuffisance cardiaque OU si néphropathie OU si maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie OU si > 60 ans avec 2 facteurs de risque CV. 4) ↓ progression néphropathie : si néphropathie connue OU si maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie.
 5) ↓ albuminurie : si maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie.
 Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
 © Diabète Québec, 2024