Intégration de toutes nos connaissances : difficultés posées par la pratique quotidienne 2022

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 30 (3), février 2022

INTRODUCTION

Les réalités que vivent nos patients, souvent aux prises avec plus d'un problème de santé ou d'une maladie, peuvent influencer nos efforts en matière de respect des recommandations des meilleures pratiques. L'objet du présent module est double : revenir sur des sujets à l'égard desquels les membres du Programme d'apprentissage en PGBP se sont donné des objectifs importants de changement de pratique; présenter de nouveaux renseignements concernant ces changements. Lorsqu'ils sont pertinents aux études de cas qui suivent, les points clés ont été tirés des modules précédents et intégrés aux commentaires de cas. En outre, la rubrique « Renseignements généraux » présente un résumé des principales données probantes, y compris les nouvelles données publiées après la parution des modules originaux. En parcourant ce module, vous pourrez déterminer si vous avez adopté les changements de pratique prévus, faire part des approches fructueuses aux autres praticiens et faire le point sur les questions que soulèvent les nouvelles données probantes.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux sur le cas numéro 1 3
Commentaires sur le cas numéro 1 10
Renseignements généraux sur le cas numéro 2 13
Commentaires sur le cas numéro 2 18
Collaborateurs et déclarations 20
Références bibliographiques 22
Annexes 25

CAS NUMÉRO 1

Sanjiv, âgé de 53 ans

Sanjiv a récemment déménagé dans votre ville. Il y a cinq ans, il a reçu un diagnostic de diabète de type 2 et prend depuis de la metformine à 500 mg 2 f.p.j. Il prend aussi un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou IECA (ramipril à 5 mg 1 fois par jour) pour son hypertension.

Pendant la visite d'aujourd'hui, il explique qu'il éprouve souvent des difficultés à se rendre à ses rendez-vous de suivi. Il ne surveille pas sa glycémie à domicile. À sa connaissance, il n'a aucun autre problème de santé.

Son travail est relativement sédentaire. Il ne fait pas d'activité physique régulièrement mais il sort se promener de temps en temps. Il trouve son alimentation « assez saine ». Il ne boit pas d'alcool et ne fume pas. Il ne prend pas de médicaments en vente libre ni de suppléments.

Il est technicien en informatique, est marié et a deux garçons de 16 et 18 ans. L'anamnèse révèle que son père et son frère (50 ans) sont atteints de diabète de type 2, et que son père a subi un pontage à l'âge de 68 ans. Sanjiv est né en Inde, mais il vit au Canada depuis l'âge de 30 ans.

Aujourd'hui, son IMC est de 31 et sa tension artérielle est de 140/92. Le reste de son examen physique ne révèle rien de particulier. Les résultats des analyses de sang effectuées quelques semaines avant cette visite sont les suivants :

- Taux d'HbA1c : 8,2 %.
- Lipides : C-HDL à 1,2; C-LDL à 3,6; C-T à 4,64 et triglycérides à 1,57.
- Créatinine : 126; TFGe à 56; RAC à 3,5; électrolytes normaux.
- ALT : 86. Ce dosage a été inclus dans l'analyse de sang étant donné son risque de stéatose hépatique non alcoolique.

Comment aborderiez-vous les multiples problèmes médicaux de Sanjiv?

Deuxième partie – trois mois plus tard (visite en personne)

Pendant la visite qui avait eu lieu quelques mois plus tôt, Sanjiv avait fait part de son souhait de concentrer ses efforts sur une meilleure maîtrise de sa tension artérielle et de son diabète. Il a accepté d'ajouter une faible dose d'amlodipine (2,5 mg 1 fois par jour), mais a refusé d'ajouter tout autre médicament. Deux semaines après cette visite, lors d'un suivi téléphonique, Sanjiv a indiqué que sa tension artérielle avait diminué à environ 135/85 (selon la mesure effectuée avec son tensiomètre à domicile), et que l'amlodipine ne lui causait aucun effet secondaire. Il préférait attendre sa prochaine visite avant d'apporter d'autres changements à ses médicaments.

Aujourd'hui, Sanjiv a confirmé qu'avant la dernière prise de sang, il n'était atteint d'aucune maladie intercurrente et qu'il n'avait pas consommé d'alcool, de médicaments en vente libre ou de suppléments. Il avait accepté de consulter un diététiste et, en attendant cette consultation, lui et son épouse ont apporté quelques changements à son alimentation en suivant les recommandations du site Web de Diabète Canada (plus de fruits et de légumes, moins de sucre et plus de « bons lipides » comme l'huile d'olive et les noix/graines). Il fait des promenades d'une demi-heure trois ou quatre jours par semaine avec son épouse. La moyenne des mesures de sa tension artérielle à domicile est toujours à 130/85. Son IMC aujourd'hui est inchangé. Dans l'ensemble, Sanjiv estime qu'il est « sur la bonne voie ».

Ses résultats d'analyses de sang et d'urine effectuées juste avant cette visite sont les suivants :
- Taux d'HbA1c : 7,9 %.
- ALT : 94.
- TFGe : 52, RAC : 4,3.

De quelles options de prise en charge discuteriez-vous aujourd'hui avec Sanjiv?

Troisième partie – un mois plus tard

Sanjiv prend maintenant du ramipril à 10 mg 1 fois par jour et de l'amlodipine à 2,5 mg 1 fois par jour. Il était content d'apprendre que la moyenne des mesures de sa tension artérielle à domicile était de 125/78. Vous vérifiez sa tension à l'aide d'un appareil automatisé à votre cabinet : elle est de 122/75.

Pour mieux maîtriser son diabète, Sanjiv avait également accepté d'ajouter l'empagliflozine, un inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT-2), à sa metformine. Pour simplifier son schéma thérapeutique, il prend les deux médicaments en un seul comprimé (empagliflozine et metformine) une fois par jour. Il n'a pas d'autres plaintes aujourd'hui, mais il s'interroge sur les résultats de ses examens.

Les résultats sont les suivants :
- Échographie du foie : signes d'une légère infiltration adipeuse.
- Dépistage des hépatites B et C : négatif.
- Formule sanguine complète et bilan ferrique : les indices du fer et toutes les autres valeurs sont normaux; la numération plaquettaire est de 210; la ferritine est à 180 et la saturation en transferrine (fer sérique/capacité totale de fixation du fer) est de 35.
- Nouvelle mesure du taux d'ALT : 72; AST : 43.
- Taux d'albumine : 36.

Son score FIB-4 calculé est de 1,28.

Sanjiv demande si son foie devrait l'inquiéter et s'il doit apporter de nouvelles modifications à son mode de vie.

COMMENTAIRE DE L'EXAMINATEUR
Dans certaines provinces (dont l'Ontario), il peut être difficile de commander une analyse du taux d'AST, car elle ne fait pas toujours partie des services assurés à moins d'être commandée par un spécialiste (gastroentérologue/hépatologue). Cette situation est problématique, car le taux d'AST est nécessaire pour calculer le score FIB-4 qui est très utile pour la stratification du risque. Il faut alors soit demander au patient de payer lui-même cette analyse (de 10 $ à 15 $), soit demander une consultation chez un spécialiste, qui serait autrement inutile.
Solution possible : Lorsque disponible, la consultation en ligne ou la discussion avec un conseiller local peut faciliter la commande du taux d'AST sans qu'il soit nécessaire que le patient consulte un spécialiste au préalable.

Que lui répondriez-vous et quel suivi lui suggéreriez-vous?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE CAS NUMÉRO 1

CHANGEMENTS DE PRATIQUE PRÉVUS LE PLUS SOUVENT par les membres du Programme d'apprentissage en PGBP et du Programme d'AIBP

Diabète de type 2 (2018)
- Mettre en place des stratégies de traitement et de prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) fondées sur des données probantes.
- Ajuster les médicaments (p. ex. arrêter/réduire la dose des sulfonylurées, penser davantage aux médicaments associés à des bienfaits cardiovasculaires; utiliser des inhibiteurs calciques dihydropyridiniques plutôt qu'un diurétique en association avec un IECA/des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II chez les patients présentant un risque élevé de MCV).
- Envisager plus tôt et plus souvent des monocomprimés d'associations médicamenteuses et des inhibiteurs du SGLT-2.

Néphropathie chronique (2020)
- Surveillance/dépistage ciblé : RAC et fonction rénale plus souvent chez les patients exposés à un risque.
- Utiliser des algorithmes/calculateurs : par exemple, l'équation KRFE (Kidney Risk Failure Equation), les lignes directrices KDIGO (Kidney Disease:Improving Global Outcomes) et la liste de médicaments à arrêter pendant les journées de maladie (SIDMAAI).
- Statines : à recommander plus souvent, selon l'âge et la gravité de la néphropathie chronique.

Stéatose hépatique non alcoolique (2019)
- Utiliser des outils de calcul d'un score (p. ex., FIB-4 et score de fibrose), des tests de stratification du risque et des tests diagnostiques.
- Assurer un suivi efficace en cas de résultats anormaux (souvent découverts de manière fortuite), par exemple, une stéatose hépatique et des taux élevés d'enzymes hépatiques.

Prescrire de l'activité physique (2018)
- Évaluer l'activité physique en tant que « 5e signe vital » (APSV).
- Discuter avec les patients des effets de l'activité physique/la sédentarité sur la mortalité globale.
- Offrir des recommandations fondées sur des données probantes en matière d'activité physique, en utilisant des ordonnances d'exercices et en fixant des objectifs.

DIABÈTE DE TYPE 2

Nutrition

1. Il faut encourager les patients à consulter un diététiste professionnel afin d'obtenir des conseils en nutrition, car la thérapie nutritionnelle peut réduire le taux d'HbA1C de 1,0 à 2,0 %[1]. Dans certaines provinces, ce service est offert gratuitement. En attendant cette consultation, ou s'il est difficile d'obtenir un rendez-vous, les patients pourront juger utile de consulter les ressources en ligne de Diabète Canada; ils y trouveront de l'information générale sur la planification des repas, le guide des portions, les repas au restaurant, et des renseignements précis sur l'indice glycémique, les fibres et le cholestérol (en anglais). Vous trouverez ces ressources à l'adresse suivante :

https://www.diabetes.ca/en-CA/resources/tools---resources/basic-meal-planning

Activité

2. De multiples études ont montré que l'augmentation de l'activité physique est associée à une réduction de la mortalité, tant dans la population générale que chez les patients atteints de diabète de type 2. Bien que les nouvelles Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures de la Société canadienne de physiologie de l'exercice[2] ne soient pas spécifiques au diabète de type 2, elles sont faciles à retenir et s'alignent bien sur les recommandations de Diabète Canada en matière d'activité physique[1]. Tous les adultes peuvent tirer d'importants bienfaits pour leur santé en limitant les périodes de sédentarité, en pratiquant des activités physiques de divers types, en remplaçant l'activité physique légère par une activité aérobique modérée à vigoureuse, en se fixant comme objectif une durée de 150 minutes par semaine, et en dormant suffisamment (tableau 1)[2]. Les documents offerts sur le site Web de Diabète Canada (tableau 2) sont clairs et faciles à lire.

Tableau 1. Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures – Recommandations pour les adultes[2]

	Recommendation	Force de la recommandation/niveau de preuves*	
		(18-64 ans)	≥ 65 ans
Activités aérobiques	Modérées à vigoureuses, totalisant au moins 150 min par semaine.	Forte recommandation, preuves de qualité modérée	Forte recommandation, preuves de faible qualité
Activités de renforcement musculaire	Solliciter les principaux groupes musculaires au moins deux fois par semaine. Activités physiques faisant appel aux facultés d'équilibre.	Forte recommandation, preuves de faible qualité. n.d.	Forte recommandation, preuves de très faible qualité. Forte recommandation, preuves de très faible qualité.
Activité légère	Plusieurs heures, y compris en position debout.	Forte recommandation, preuves de faible qualité	
Période de sédentarité	Limiter toute période de sédentarité à 8 heures ou moins, sans passer plus de 3 heures devant un écran, et essayer de se lever le plus souvent possible pendant les longues périodes passées en position assise.	Forte recommandation, preuves de très faible qualité.	
Sommeil	*18-64 ans* De 7 à 9 heures de sommeil de bonne qualité sur une base régulière, en se couchant et en se levant à des heures régulières.	Durée du sommeil : Forte recommandation, preuves de qualité modérée Régularité du sommeil : Forte recommandation, preuves de très faible qualité.	
	65 ans et plus De 7 à 8 heures de sommeil de bonne qualité sur une base régulière, en se couchant et en se levant à des heures régulières.		

* La force de la recommandation a pris en compte les bienfaits globaux réels ou potentiels en matière de mortalité, de morbidité ou d'amélioration du fonctionnement, associés à peu de données montrant un effet nuisible. Même lorsque les données probantes à l'appui sont limitées, une forte recommandation peut être émise si elle est susceptible d'occasionner plus de bienfaits que de préjudices, si la plupart des patients comprennent les bienfaits potentiels et si la recommandation n'exige pas d'importantes ressources.

3. Pour aider les patients à atteindre les niveaux d'activité physique recommandés, pensez à illustrer le lien entre l'inactivité et la maladie dont ils sont atteints[3]. Par exemple, Diabète Canada a créé des ressources utiles pour encourager les patients à faire de l'activité physique (tableau 2).
   a) La marche rapide est un moyen gratuit et peu coûteux de respecter les recommandations des lignes directrices concernant l'activité physique modérée à vigoureuse. Elle peut être pratiquée presque n'importe quand et n'importe où[4].
   b) Le port d'un podomètre améliore les niveaux d'activité physique, réduit la glycémie chez les patients atteints d'intolérance au glucose, et diminue la tension artérielle [preuves de qualité modérée][1,5].
   c) Il a été montré qu'un programme écrit axé sur des objectifs permet d'augmenter les niveaux d'activité[5].

Tableau 2. Ressources pour l'activité physique

Outil interactif offrant des conseils sur l'exercice* http://guidelines.diabetes.ca/cdacpg/media/documents/patient-resources/fr/PAE_2_Planifer_activite_physique.pdf.	
Exemples d'ordonnances d'activité physique* https://guidelines.diabetes.ca/cdacpg/media/documents/patient-resources/fr/Patient_Provider_Prescription_Tool_FR_FINAL_June17_2014.pdf:	
Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/adultes_18-64/.	

* Les deux outils peuvent être utilisés à l'appui d'une conversation sur l'activité physique centrée sur le patient.

4. Dans une revue systématique récente, il a été constaté que l'utilisation de l'outil abrégé et validé à deux questions « Activité physique en tant que signe vital » (APSV) était corrélée avec des mesures objectives de l'activité physique, mais aussi avec la probabilité que le patient soit obèse et globalement atteint de multiples affections concomitantes[6].
   a) Les deux questions sont les suivantes :
      - Dans la dernière semaine, combien de jours avez-vous effectué un exercice ou une activité modérée à vigoureuse (p. ex., une marche rapide)?
      - En moyenne, pendant combien de minutes par jour avez-vous effectué un exercice de cette intensité? Durée totale de l'activité, en minutes/semaine = jours/semaine x minutes/jour. L'objectif santé est de 150 minutes par semaine.
   b) Cette mesure peut faciliter l'identification des patients susceptibles de bénéficier d'une plus longue conversation sur leur activité physique[6].

Maîtrise de la glycémie

L'annexe 1 présente une vue d'ensemble des médicaments antihyperglycémiants non insuliniques, de leurs avantages et de leurs inconvénients relatifs.

5. Pour la plupart des patients, un taux cible d'HbA1c ≤ 7,0 % est un objectif raisonnable compte tenu de la réduction des complications microvasculaires, notamment des néphropathies[1]. Chez certaines personnes qui ne sont pas atteintes d'une néphropathie chronique, ou qui sont atteintes d'une néphropathie chronique au stade initial, et présentent un faible risque d'hypoglycémie, il est possible d'envisager un taux d'HbA1c plus faible (≤ 6,5 %) pour protéger leur fonction rénale, en pondérant les risques et les avantages[1,7].

6. La metformine reste le traitement de première intention en raison de ses bienfaits sur la mortalité cardiovasculaire, de son faible coût et de son faible risque d'hypoglycémie et de gain pondéral [preuves de qualité élevée], en plus de la longue expérience dont elle fait l'objet[8].

7. Si le taux d'HbA1c est de ≥ 1,5 % au-dessus du taux cible, envisager d'associer la metformine à un deuxième agent antihyperglycémiant comme un inhibiteur du SGLT-2, un agoniste du récepteur du GLP-1 (glucagon-like peptide-1)[8], ou un inhibiteur de la dipeptidyl peptidase 4 (DPP4), selon les caractéristiques du patient (annexe 1).

8. Le traitement adjuvant doit être choisi parmi une classe de médicaments dotés d'un mode d'action différent du médicament de base[1].
   a) La seule association de classes thérapeutiques non complémentaires concerne les inhibiteurs de la DPP-4 et les antagonistes du récepteur du GLP-1, car ces deux classes utilisent la voie des incrétines et parce qu'on ne connaît pas tous les risques d'une telle association[9].
   b) De nombreux antihyperglycémiants oraux sont offerts en association à doses fixes (monocomprimés) :
      - Metformine + inhibiteurs de la DPP-4 ou du SGLT-2.
      - Associations sans metformine, par exemple, inhibiteur de la DPP-4 + inhibiteur du SGLT-2[10].

9. Chez les patients atteints de diabète de type 2 et d'une MCV athéroscléreuse établie ou qui présentent un risque cardiovasculaire élevé, une néphropathie chronique établie ou une insuffisance cardiaque, le traitement doit comprendre un inhibiteur du SGLT-2 ou un antagoniste du récepteur du GLP-1 dont les avantages en cas de maladie cardiovasculaire ont été démontrés[8]. Plusieurs études de grande envergure ont fait état de réductions des taux de mortalité cardiovasculaire et de mortalité toutes causes confondues dans les groupes traités avec un inhibiteur du SGLT-2 ou un antagoniste du récepteur du GLP-1 [preuves de qualité élevée][8].
   a) Un inhibiteur du SGLT-2 doit être utilisé pour réduire le risque :
      - d'évolution vers une néphropathie chez les patients atteints de diabète de type 2 et de néphropathie chronique (mais dont le TFGe > 30), par exemple, la canagliflozine, la dapagliflozine, l'empagliflozine [preuves de qualité élevée][8];
      - d'insuffisance cardiaque hypertensive; par exemple, la canagliflozine, la dapagliflozine, l'empagliflozine [preuves de qualité élevée][8,11,12];
      - d'événements cardiovasculaires indésirables majeurs (ÉCIM); par exemple, la canagliflozine [preuves de qualité modérée], la dapagliflozine [preuves de qualité modérée], l'empagliflozine [preuves de faible qualité][8,13].
   b) Un antagoniste du récepteur du GLP-1 peut être envisagé pour réduire le risque d'ÉCIM confirmé; par exemple, le liraglutide et le sémaglutide [preuves de qualité modérée][8]. Voir l'annexe 1 pour de plus amples renseignements.

HYPERTENSION

10. L'établissement de chiffres tensionnels cibles (tableau 3) doit se fonder sur les préférences du patient, ses affections concomitantes et la fragilité de son état de santé[14].

Tableau 3. Chiffres tensionnels cibles[14]

Facteurs liés au patient	TA cible	
	TA systolique	TA diastolique
Faible risque : • Absence de facteur de risque cardiovasculaire et de lésion aux organes cibles.	< 140 (Grade A)	< 90 (Grade A)
Risque élevé : • MCV clinique ou infraclinique. • Néphropathie chronique non diabétique. • Âge ≥ 75 ans. • Risque à 10 ans de MCV ≥ 15 %.	< 120* (Grade B)	—
Diabète	< 130 (Grade C)	< 80 (Grade A)

Les valeurs cibles de la tension artérielle sont généralement basées sur des mesures non automatisées de la tension artérielle en cabinet (voir Schéma de notation des recommandations d'Hypertension Canada, page 22).
*Les décisions en matière de traitement des patients appartenant à la catégorie de risque élevé sont basées sur une mesure automatisée de la tension artérielle en cabinet.

11. Le choix du médicament dépendra des comportements du patient liés à la santé de ses affections concomitantes et de ses caractéristiques cliniques (tableau 4)[15].
    a) De vastes études comparatives randomisées ont montré que chez les patients ne présentant pas d'affections concomitantes, les diurétiques thiazidiques/de type thiazidique, les IECA, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) et les inhibiteurs calciques dihydropyridiniques (IC-DHP) à longue durée d'action sont tous considérés comme des traitements de première intention pouvant réduire de 20 à 30 % l'incidence des MCV[16,17].
    b) Le traitement de première intention peut consister en une monothérapie ou en des associations à doses fixes (monocomprimés). Les traitements en monocomprimés peuvent être plus efficaces et favoriser l'observance[18].
    c) Avant l'instauration de traitements antihypertenseurs ou l'ajustement de leurs doses, il faut mesurer au préalable les taux d'électrolytes et de créatinine sérique. Ces mêmes analyses de sang doivent être refaites de une à deux semaines après l'instauration du traitement ou l'ajustement de sa dose. Chez les patients présentant un risque élevé d'hyperkaliémie ou de lésions rénales aiguës, ces analyses de sang doivent être refaites dans un délai de sept jours[19].

Tableau 4. Antihypertenseurs choisis selon des affections particulières[14]

Affection	Première intention	Deuxième intention	Remarques/mises en garde
Diabète sans facteurs de risque et rapport albumine/créatinine urinaire < 2,0 mg/mmol.	IECA, ARA, IC-DHP, diurétiques thiazidiques/de type thiazidique.	Toute association, mais l'association IECA + IC-DHP est préférable à l'association IECA + diurétique.	Les thiazides à longue durée d'action (p. ex., chlorthalidone) sont préférables.
Diabète avec microalbuminurie, néphropathie chronique, MCV ou risque élevé de MCV.	IECA, ARA.	IC-DHP.	Néphropathie chronique avec surcharge volémique : envisager un diurétique de l'anse.

Surveillance de la tension artérielle à domicile

12. De plus en plus de données probantes montrent l'utilité de la surveillance de la tension artérielle à domicile par rapport à sa surveillance en cabinet au chapitre de l'amélioration de la maîtrise de la tension artérielle (en particulier lorsqu'elle est combinée à des interventions telles que l'information et les conseils sur le mode de vie), du diagnostic de l'hypertension « blouse blanche » ou de l'hypertension masquée, et de la prévision du risque cardiovasculaire[20,21].
    a) Il faut apprendre au patient la technique adéquate de mesure de la tension artérielle à domicile et lui apprendre à interpréter les résultats. Il est par ailleurs important d'utiliser un brassard de dimensions adéquates : la largeur de la poche gonflable doit couvrir environ 40 % de la longueur du bras, et sa circonférence doit être comprise entre 80 et 100 % de celle du bras.
    b) Encourager les patients à se procurer des tensiomètres (coût approximatif de 30 $ à 140 $ ou plus) approuvés par Hypertension Canada (rechercher la mention « Recommandé par Hypertension Canada »)[14,22].

    Remarque : Pour se procurer le feuillet d'information destiné aux patients intitulé « Comment mesurer la tension artérielle à domicile? », voir le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « L'hypertension chez l'adulte (2021) » (août 2021) https://members.fmpe.org/.

NÉPHROPATHIE CHRONIQUE

Voir l'annexe 2 sur le diagnostic et la prise en charge de la néphropathie chronique en soins primaires.

13. Deux tests doivent être commandés pour les patients présentant un risque plus élevé de néphropathie chronique (p. ex., ceux atteints d'hypertension, de diabète ou d'une MCV, ou ayant un proche du premier degré atteint d'une néphropathie chronique) : le TFGe calculé à partir du taux de créatinine sérique (mesure de la fonction rénale) et le rapport albumine/créatinine (RAC) urinaire[23].

14. L'équation KFRE (Kidney Failure Risk Equation) (disponible au https://kidneyfailurerisk.com) pourrait faciliter le dépistage des néphropathies chroniques chez les patients exposés à un risque élevé qui doivent peut-être être orientés chez un néphrologue. L'équation permet de calculer, selon le sexe, l'âge, le RAC et le TFGe du patient, sa probabilité d'avoir une insuffisance rénale nécessitant une dialyse ou une greffe dans les deux et cinq années suivantes. L'orientation chez un néphrologue est recommandée pour les patients présentant un risque à cinq ans ≥ 5 %[24].

15. Un inhibiteur du SGLT-2 doit être utilisé chez les patients atteints de diabète de type 2 **et** de néphropathie chronique, dont le TFGe > 30 (Renseignements généraux, point 9)[25].
    a) Après l'instauration d'un inhibiteur du SGLT-2, il se peut que le TFGe diminue mais en général, cette diminution est réversible et ne nécessite pas l'arrêt du traitement.
    b) Il convient de poursuivre le traitement inhibiteur du SGLT-2 même si le TFGe devient < 30, à moins que cet agent ne soit pas toléré ou qu'un traitement de suppléance rénale (dialyse ou greffe rénale) soit instauré[25].
    c) Chez les patients atteints de diabète de type 2 et de néphropathie chronique (TFGe < 60), les inhibiteurs du SGLT-2 sont associés à un risque moindre d'événements rénaux comparativement aux antagonistes du récepteur du GLP-1 : risque relatif (RR) de 0,79 (IC à 95 % : 0,63-0,99)[26,27].

DYSLIPIDÉMIE

16. La Société canadienne de cardiologie (SCC) recommande l'instauration d'une statine pour :
    - La plupart des patients atteints de diabète :
      - âgés de ≥ 40 ans;
      - âgés de ≥ 30 ans et atteints de diabète depuis ≥ 15 ans;
      - présentant des complications microvasculaires.
    - Les patients atteints d'une néphropathie chronique, âgés de ≥ 50 ans et dont le TFGe < 60 ou le RAC > 3, mais qui ne nécessitent pas de dialyse chronique[28].

17. D'autres lignes directrices préconisent également d'envisager les statines chez les patients atteints de diabète ou de néphropathie chronique.
    - Les lignes directrices du KDIGO *proposent* également des statines pour les patients atteints d'une néphropathie chronique, âgés de ≥ 18 ans, diabétiques ou dont le risque de Framingham à 10 ans est supérieur à 10 %[23].
    - Comme la SCC, les lignes directrices de l'American College of Cardiology de 2016 recommandent également l'instauration d'une statine chez tous les adultes de 50 ans ou plus atteints d'une néphropathie chronique (à l'exception de ceux sous dialyse chronique)[29].

18. Les données probantes sont en faveur du traitement par des statines à dose modérée à élevée dans le cadre de la prévention primaire chez les sujets exposés à un risque élevé, quel que soit le bilan lipidique initial[30]. Bien que la surveillance des taux de lipides pendant le traitement puisse améliorer l'observance, aucune étude comparative randomisée ne montre que certaines valeurs cibles des paramètres lipidiques sont associées à un avantage significatif sur les résultats cardiovasculaires[1,28].

STÉATOSE HÉPATIQUE NON ALCOOLIQUE

Voir l'annexe 3 pour un tour d'horizon détaillé sur le diagnostic et la prise en charge de la stéatose hépatique non alcoolique.

Évaluation et diagnostic

19. La stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) est avant tout un diagnostic par élimination, qui peut être posé après la mise en évidence d'une stéatose à l'imagerie (échographie, premier choix, ou histologie)[31,32], et après l'exclusion des causes secondaires courantes de la stéatose hépatique (en particulier la consommation excessive d'alcool) et des maladies hépatiques chroniques concomitantes (p. ex., maladie d'origine virale, hémochromatose)[33,34].

20. Les outils suivants d'aide aux prises de décisions sont utiles pour reconnaître les patients exposés au risque de fibrose avancée [preuves de très faible qualité, opinion d'experts][34] :
    - Score de fibrose associée à la NAFLD (NFS) calculé à partir de l'âge, de l'IMC, du statut d'hyperglycémie, du nombre de plaquettes, du taux d'albumine et du rapport AST/ALT.
    - Score FIB-4 calculé à partir du nombre de plaquettes, de l'âge, du taux d'AST et du taux d'ALT.

    Le score permet d'évaluer le risque d'un patient et la suite de la prise en charge (annexe 3). Voir le tableau 5 pour accéder en ligne aux outils d'aide aux prises de décisions.

Tableau 5. Outils d'aide aux prises de décisions pour l'évaluation du risque de fibrose avancée (hyperliens et codes QR).

NFS https://www.mdcalc.com/nafld-non-alcoholic-fatty-liver-disease-fibrosis-score.	
FIB-4 https://www.mdcalc.com/fibrosis-4-fib-4-index-liver-fibrosis.	

Prise en charge par l'alimentation et l'activité physique

21. Actuellement, la perte de poids et les modifications des habitudes de vie sont les seuls moyens fondés sur des données probantes permettant de prévenir et de traiter la stéatose hépatique non alcoolique dans tout son spectre[35].
    a) Une revue systématique/méta-analyse (8 études comparatives randomisées, n = 373) a montré qu'une diminution maintenue de 5 % de la masse corporelle entraînait une réduction de la stéatose[36]. Une étude prospective de 12 mois (n = 261) a montré que l'ampleur de la perte de poids était indépendamment associée aux améliorations de tous les paramètres histologiques liés à la stéatohépatite non alcoolique (SHNA) : rapport de cotes (RC) de 1,1 à 2,0 ($p < 0,01$). La résolution de la SHNA était plus fréquente chez les sujets ayant perdu au moins 5 % de leur poids comparativement à ceux ayant perdu moins de 5 % de leur poids ($p < 0,001$). Parmi les patients ayant perdu au moins 10 % de leur poids, 90 % ont présenté une résolution de la SHNA, et 45 % ont présenté une régression de la fibrose[37].
    b) Pour réussir à perdre du poids et à maintenir une perte pondérale bénéfique, l'approche à long terme recommandée consiste à combiner une alimentation saine avec de l'activité physique[34]. Idéalement, la perte de poids doit s'étaler sur une période de six mois et s'accompagner d'un objectif de maintien du poids à long terme, car toute perte de poids rapide peut provoquer une stéatose hépatique.
    c) La pratique d'au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse chaque jour a été associée à des améliorations métaboliques. L'ajout d'un entraînement de résistance a été corrélé avec une diminution de l'adiposité hépatique[35]. Pour en savoir plus sur l'exercice et l'activité physique, consultez les Renseignements généraux, points 2 à 4 et les tableaux 1 et 2.

Suivi

22. Les recommandations en matière de surveillance continue (consultations cliniques/analyses de laboratoire/examens d'imagerie/calcul de scores) varient considérablement :
    - Tous les 2 à 5 ans pour les personnes dont le score FIB-4 ou NFS reflète un faible risque et dont les taux d'enzymes sont normaux [preuves de très faible qualité, opinion d'experts].
    - Chaque année pour les personnes présentant un risque important d'évolution de leur maladie [preuves de très faible qualité, opinion d'experts] (annexe 3)[34].

23. L'orientation chez un gastroentérologue/hépatologue peut être envisagée [preuves de très faible qualité] pour les patients présentant (annexe 3) :
    - une stéatose hépatique non alcoolique et des taux de transaminases constamment élevés;
    - un risque accru d'évolution de leur maladie dans le spectre des maladies hépatiques plus graves (p. ex., score FIB-4 > 1,45 ou score NFS > –1,455)[32].

COMMENTAIRES SUR LE CAS NUMÉRO 1

Sanjiv, âgé de 53 ans

Comment aborderiez-vous les multiples problèmes médicaux de Sanjiv?

La prise en charge des multiples problèmes importants de Sanjiv exigerait plusieurs visites. Il serait vital de garder une approche centrée sur le patient pour son efficacité à long terme. Vous pourriez choisir d'amorcer une conversation sur son diabète de type 2 et sa tension artérielle, mais il serait important de discuter des résultats de l'évaluation d'aujourd'hui et des différentes options de prise en charge. Cette discussion permettrait de déterminer la priorité des prochaines étapes.

- Combien de problèmes se sent-il en mesure d'affronter aujourd'hui?
- Sur quoi voudrait-il se concentrer en premier?
- Comment tolère-t-il sa pharmacothérapie actuelle? Éprouve-t-il des difficultés? Est-il disposé à prendre un autre médicament?
- Quelle modification de son mode de vie a-t-il trouvé efficace ou a déjà constitué un obstacle pour lui?

Étant donné que la plupart des facteurs de risque de Sanjiv ont des répercussions sur plusieurs problèmes de santé, il serait utile qu'il comprenne que les modifications qu'il adopte pour améliorer un aspect de sa santé seront également bénéfiques pour d'autres aspects.

Maîtrise de la glycémie :

- Il conviendrait de l'orienter chez un diététiste (Renseignements généraux, point 1) si possible.
- Vous pourriez discuter de l'importance de « bouger » et de l'activité physique régulière : il serait important d'être précis quant aux objectifs à ce chapitre. Il serait utile de rédiger une ordonnance d'activité physique à faire si Sanjiv est ouvert à cette idée (Renseignements généraux, points 2 et 3; tableau 2). Vous pourriez envisager d'utiliser l'outil APSV pour évaluer ses niveaux d'activité (Renseignements généraux, point 4).
- Il faudrait vérifier son type de couverture pour les médicaments antidiabétiques, à savoir un régime privé ou le régime d'assurance-médicaments provincial/territorial.
- La dose de metformine pourrait être augmentée lentement par paliers de 250 mg tous les 3 à 7 jours (pour réduire/prévenir le risque de diarrhée ou de troubles gastro-intestinaux). Il faudrait lui demander si la metformine lui a déjà causé des problèmes. Dans l'affirmative (et si son régime d'assurance-médicaments la couvre), la metformine à longue durée d'action serait plus tolérable, mais plus coûteuse (annexe 1).
- Il faudrait ajouter un deuxième agent comme un inhibiteur du SGLT-2 (p. ex., empagliflozine) ou un antagoniste du récepteur du GLP-1 (p. ex., sémaglutide), ou utiliser un traitement d'association (Renseignements généraux, points 7-9; annexe 1).

Hypertension:

- Sanjiv a indiqué qu'il voulait se concentrer sur une meilleure maîtrise de sa tension artérielle et de son diabète, mais qu'il ne souhaitait pas ajouter beaucoup de nouveaux médicaments.
- Pour éviter de prescrire plus de comprimés à Sanjiv, vous pourriez augmenter sa dose de ramipril à 10 mg une fois par jour. Si la dose de ramipril a été augmentée, il faudrait revérifier son TFGe et ses électrolytes dans une ou à deux semaines (Renseignements généraux, point 11c).
- L'autre option serait d'ajouter un autre antihypertenseur, par exemple, un IC-DHP à faible dose comme l'amlodipine à 2,5 mg par jour (Renseignements généraux, point 11; tableau 4).
  Remarque : Les associations d'un IECA et d'un ARA sont déconseillées car la réduction de la tension artérielle qu'elles entraînent est inférieure à l'effet additif de ces deux classes thérapeutiques séparément, et à cause du risque additif de lésions rénales aiguës et d'hyperkaliémie. Bien qu'elles entraînent une réduction additive de la protéinurie, cet effet ne se traduit pas clairement par une amélioration positive des paramètres importants de la néphropathie chronique (p. ex. le temps écoulé jusqu'à l'insuffisance rénale terminale, le temps écoulé jusqu'à la nécessité d'une dialyse, le temps écoulé jusqu'au doublement de la créatinine).
- Il faudrait lui recommander d'utiliser un tensiomètre à domicile, si possible pour lui (Renseignements généraux, point 12). Un feuillet d'information destiné aux patients intitulé « Comment mesurer la tension artérielle à domicile? » est offert dans le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « L'hypertension chez l'adulte (2021) » (août 2021).
- Si Sanjiv était réticent à changer de médicament, il pourrait surveiller sa tension artérielle à domicile pendant plusieurs semaines et prendre une décision par la suite.

Néphropathie chronique éventuelle :

- Sanjiv présente un risque de néphropathie chronique car il est atteint de diabète de type 2 et d'hypertension (annexe 2).
- Son TFGe est < 60 et son RAC est > 3; il devrait donc passer de nouvelles analyses (1 à 2 fois en 3 mois) avant qu'un diagnostic puisse être posé (annexe 2).
- Si la néphropathie chronique est confirmée, ce serait une autre raison d'envisager une statine (Renseignements généraux, point 16; annexe 2).

Lipides

- Sanjiv présente un risque élevé d'événement cardiovasculaire puisqu'il a plus de 40 ans et qu'il est atteint de diabète de type 2 (Renseignements généraux, points 16, 17). Une statine à dose modérée à élevée serait recommandée (Renseignements généraux, point 18).

Taux d'ALT élevé

- Vous pourriez vérifier rapidement aujourd'hui qu'il n'avait pas présenté de maladie intercurrente avant la dernière prise de sang et qu'il n'avait pas consommé d'alcool, de médicaments en vente libre ou de suppléments (Renseignements généraux, point 19; annexe 3).
- Son diabète de type 2 et son IMC élevé l'exposeraient à un risque de stéatose hépatique non alcoolique (annexe 3).

Suivi

Il conviendrait de :

- prévoir une consultation téléphonique (dans deux à trois semaines) pour vérifier les mesures de sa tension artérielle et si un médicament lui cause des effets secondaires. S'il ne peut pas ou refuse d'acheter un tensiomètre à domicile, il devra revenir pour faire mesurer sa tension artérielle;
- refaire les analyses de sang dans deux à trois mois, avant la prochaine visite en personne.

Deuxième partie – trois mois plus tard (visite en personne)

De quelles options de prise en charge discuteriez-vous avec Sanjiv?

Sanjiv fait des progrès et il serait important de l'en féliciter. Toutefois, étant donné que sa tension artérielle n'est pas encore aux valeurs cibles (tableau 3), une augmentation de sa dose de ramipril à 10 mg serait justifiée. Si sa dose de ramipril a été augmentée, il faudrait remesurer son TFGe et son taux de potassium une à deux semaines après l'augmentation de la dose (Renseignements généraux, point 11c).

Étant donné que son taux d'HbA1c n'est toujours pas à la valeur cible (Renseignements généraux, point 5), il conviendrait d'instaurer une association à base d'inhibiteur du SGLT-2 (p. ex., empagliflozine et metformine) si ce n'est déjà fait, pour favoriser l'adhésion au traitement (Renseignements généraux, points 7-9; annexe 1). L'association de l'empagliflozine et de la metformine n'est pas problématique, le risque d'hypoglycémie étant presque nul.

En revanche, il existe un risque additif d'interactions médicamenteuses entre le ramipril et l'empagliflozine. En effet, les IECA et les inhibiteurs du SGLT-2 peuvent provoquer des lésions rénales aiguës et parfois une hyperkaliémie. Par conséquent, il serait important de surveiller son taux de potassium sérique et de créatinine/TFGe environ une semaine après l'instauration de l'inhibiteur du SGLT-2.

Étant donné que le taux d'ALT de Sanjiv reste élevé, vous pourriez :

- recueillir une anamnèse plus détaillée dans le contexte de la stéatose hépatique non alcoolique, en écartant les autres causes, et évaluer ses facteurs de risque d'hépatite (annexe 3); en raison de ses taux élevés aux tests de la fonction hépatique et de son diabète de type 2, vous pourriez envisager un test de dépistage de l'hémochromatose : ferritine et saturation en transferrine (fer sérique/capacité totale de fixation du fer);
- commander une échographie du foie et des analyses de sang pour évaluer plus précisément ses enzymes hépatiques élevées. Ces analyses pourraient être effectuées en même temps que la mesure de son taux de potassium et de créatinine dans une à deux semaines. Sa formule sanguine complète et son taux d'AST vous permettraient de calculer son score FIB-4 (Renseignements généraux, point 20; tableau 5; annexe 3). Il pourrait être difficile de commander le dosage de l'AST dans certaines provinces. Il faudrait dans ce cas ajouter la mention « fait partie du bilan de gastro-entérologie » sur la demande d'examen, ou avoir une consultation électronique/discussion avec un conseiller local pour pouvoir prescrire un dosage de l'AST sans que le patient ait à consulter au préalable un gastroentérologue (voir Commentaire de l'examinateur, page 2).

Étant donné que son TFGe est de 52, Sanjiv recevrait maintenant un diagnostic de néphropathie chronique (annexe 2). D'après l'équation de KRFE (https://kidneyfailurerisk.com/), son risque d'évolution vers la dialyse au cours des cinq prochaines années ne serait que de 1,11 %, et il pourrait être pris en charge en soins primaires (Renseignements généraux, point 14). En raison de ce diagnostic, il faudrait discuter de la mise en route d'une statine à une dose modérée à élevée (Renseignements généraux, points 16, 18).

Troisième partie – un mois plus tard

Que lui répondriez-vous et quel suivi lui suggéreriez-vous?

Sanjiv devrait être félicité d'avoir réussi à mieux maîtriser sa tension artérielle.

Il serait utile de passer en revue l'histoire naturelle de la stéatose hépatique non alcoolique, y compris la lente évolution vers la cirrhose ou le carcinome hépatocellulaire (voir le feuillet d'information destiné aux patients sur la stéatose hépatique non alcoolique à la fin du module). Cependant, il serait important de souligner que Sanjiv peut encore faire beaucoup pour réduire son risque et prendre en charge cette maladie, notamment en perdant du poids (les données probantes montrent les avantages d'une perte de poids graduelle, de seulement 5 %) et en faisant de l'activité physique (Renseignements généraux, point 21). Une prise en charge optimale de son diabète de type 2 serait également bénéfique à cet égard. Le feuillet d'information destiné aux patients sur la stéatose hépatique non alcoolique présente un tour d'horizon instructif sur les mesures que Sanjiv pourrait prendre de lui-même.

Le suivi consisterait à :

- refaire les analyses de sang dans trois mois : taux d'HbA1c, créatinine/TFGe et possiblement les lipides, bien que le traitement jusqu'aux valeurs cibles ne soit étayé par aucune donnée probante (Renseignements généraux, point 18);
- calculer le score NFS/FIB-4. Il n'aurait pas besoin d'une recommandation pour cet examen, car son risque de fibrose est faible (Renseignements généraux, point 20). Ce score, avec ou sans échographie, doit être recalculé tous les deux à cinq ans (Renseignements généraux, point 22; annexe 3);
- remesurer le RAC dans six mois.

CAS NUMÉRO 2

Maemaengwahn, âgée de 44 ans

Mae (Maemaengwahn) est votre patiente depuis plusieurs années. Vous lui avez diagnostiqué un syndrome du côlon irritable à prédominance de diarrhée (SCI-D) il y a six mois, car elle se plaignait épisodiquement de douleurs abdominales, de ballonnements et de diarrhée depuis quelques années. Le travail de réflexion du module du Programme d'apprentissage en PGBP sur le syndrome du côlon irritable (SCI) a permis de renforcer votre confiance dans l'établissement d'un diagnostic sans recourir à la coloscopie. Mae ne présente aucun signe d'alarme d'une maladie inflammatoire de l'intestin ou de cancer du côlon. Ses antécédents médicaux ne sont pas significatifs.

Elle est comptable pour une société d'aménagement de l'environnement et s'occupe depuis récemment de leurs feuilles de paie. Elle vit seule, fume environ 20 cigarettes par jour et boit de l'alcool occasionnellement.

Mae a pris rendez-vous aujourd'hui pour des « problèmes d'estomac ». Vous lui aviez déjà remis une copie du feuillet d'information destiné aux patients tiré du module sur le SCI et lui aviez suggéré d'essayer aussi de prendre une dose de fibres solubles (psyllium) chaque jour pour voir si ça l'aiderait à réguler sa fonction intestinale. Les fibres l'ont un peu aidée, mais elle a présenté une exacerbation de ses symptômes au cours des dernières semaines : exacerbation des selles molles, des douleurs abdominales et des ballonnements. Elle vous demande ce qu'elle peut faire d'autre pour soulager ses symptômes.

Quelle serait votre approche avec Mae?

Deuxième partie – un mois plus tard

Mae a pris un autre rendez-vous, toujours pour des « problèmes d'estomac ». Elle rapporte encore des selles molles mais alternant occasionnellement avec de la constipation (moins de 25 % du temps). Elle ne trouve pas que ses symptômes se sont atténués bien qu'elle continue de prendre des fibres solubles et des yogourts probiotiques. Elle a trouvé trop difficile de

suivre le régime pauvre en FODMAP. Le pinavérium semble avoir soulagé un peu ses symptômes, mais elle ne l'a pas pris régulièrement.

Bien qu'elle ait été contente et emballée d'avoir assumé ses nouvelles responsabilités au travail, elle vous a avoué lors de sa dernière visite que cette nouvelle fonction avait augmenté son niveau de stress. Elle a décidé de faire partie d'un groupe de marche pour femmes au centre de santé autochtone local, et trouve que cette activité l'aide à soulager son stress.

L'une des femmes du groupe de marche lui a dit combien elle s'est sentie bien après avoir arrêté de fumer. Mae signale maintenant qu'elle envisage aussi d'arrêter de fumer. Elle a lu en ligne que l'abandon du tabagisme pourrait contribuer à soulager les symptômes du SCI, et s'est interrogée sur l'utilité des cigarettes électroniques comme moyen d'arrêter. Elle reconnaît toutefois qu'elle a tendance à fumer pour composer avec le stress de ses nouvelles responsabilités professionnelles.

Quelle serait votre prochaine étape pour traiter son SCI et répondre à ses commentaires sur le tabagisme?

Troisième partie – Un mois plus tard (consultation téléphonique)

Après la discussion de la dernière visite, Mae a choisi d'ajouter des suppléments probiotiques et de l'essence de menthe poivrée pour soulager ses symptômes du SCI. Elle hésitait à ajouter un autre médicament sur ordonnance. Mae ne se sentait pas non plus en mesure d'arrêter de fumer. Elle vous a fait part de sa volonté de voir un conseiller pour l'aider à mieux gérer son stress et à trouver des stratégies d'adaptation saines.

Vous appelez Mae aujourd'hui pour son rendez-vous de suivi. Les suppléments ont un peu soulagé ses symptômes intestinaux et elle a pu entrer en contact avec un conseiller grâce à son programme des services de santé non assurés.

Son conseiller l'a aidée à aller de l'avant dans ses projets d'arrêter de fumer. Mae se sent plus confiante dans ses capacités d'arrêter de fumer et aimerait maintenant obtenir de l'aide pour arrêter de fumer. Elle fume encore environ 20 cigarettes par jour.

De quoi pourriez-vous discuter avec Mae?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE CAS NUMÉRO 2

CHANGEMENTS DE PRATIQUE PRÉVUS LE PLUS SOUVENT par les membres du Programme d'apprentissage en PGBP et du Programme d'AIBP

Syndrome du côlon irritable (2019)

- Utiliser une approche fondée sur des données probantes pour la prise en charge non pharmacologique et pharmacologique des symptômes du SCI, y compris des médicaments (essence de menthe poivrée, antidépresseurs, linaclotide [Constella], probiotiques) et un régime alimentaire adapté (sans FODMAP, avec fibres solubles).

Abandon du tabagisme (2018)

- Comprendre et appliquer les données probantes sur les méthodes visant à aider les patients à fumer moins ou à arrêter de fumer, y compris les dispositifs électroniques, la pharmacothérapie et la réduction des méfaits (cigarettes électroniques, vapotage).
- Mettre en garde les patients sur la consommation de caféine dans le cadre de l'abandon du tabagisme.
- Utiliser des stratégies d'entretien motivationnel/de counselling/des étapes du changement.

Prescrire de l'activité physique (2018)

- Évaluer l'activité physique en tant que « 5e signe vital » (APSV).
- Discuter avec les patients des effets de l'activité physique/la sédentarité sur la mortalité globale.
- Offrir des recommandations fondées sur des données probantes en matière d'activité physique, en utilisant des ordonnances d'activité physique et en fixant des objectifs.

SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE (SCI)

24. Le SCI est défini comme « une douleur abdominale récurrente durant un ou plusieurs jours par semaine, au cours des trois derniers mois, associée à au moins deux facteurs suivants : douleur liée à la défécation, changement de la fréquence des selles, changement de la forme/l'aspect des selles ». Les symptômes doivent être apparus depuis au moins six mois avant le diagnostic pour distinguer le SCI d'affections plus aiguës[38]. Le SCI est ensuite classé en sous-types, selon l'anomalie touchant la consistance des selles :
    - Prédominance de constipation (SCI-C) : selles dures/grumeleuses à une fréquence > 25 %, selles molles et liquides à une fréquence < 25 %.
    - Type mixte : selles dures et grumeleuses à une fréquence > 25 %, selles molles et liquides à une fréquence > 25 %.
    - Prédominance de diarrhée (SCI-D) : selles dures/grumeleuses à une fréquence < 25 %, selles molles et liquides à une fréquence > 25 %.
    - Type non classifié : selles dures et grumeleuses à une fréquence < 25 %, selles molles et liquides à une fréquence < 25 %[39].

25. Il est important de comprendre l'expérience du sujet en rapport avec ses symptômes du SCI, notamment les facteurs précipitants, l'incidence des symptômes sur sa vie quotidienne et les objectifs du patient en regard du traitement[40,41].
    a) Il convient d'interroger le patient sur ses habitudes alimentaires et d'autres facteurs liés au mode de vie ayant pu contribuer aux symptômes (p. ex., facteurs de stress liés au milieu professionnel, relations ou traumatismes, etc.)[40].
    b) Une revue systématique (50 études) n'a pas permis de confirmer une association significative entre le tabagisme et le SCI[42]. Il existe très peu de recherches sur le lien entre l'abandon du tabagisme et le soulagement des symptômes du SCI.

Modification du mode de vie

26. Chez de nombreux patients, les modifications du mode de vie et de l'alimentation procurent un certain soulagement des symptômes du SCI sans nécessiter d'autres interventions. L'activité physique et une alimentation saine sont généralement essayées avant les stratégies pharmacologiques[40].

27. La plupart des patients atteints de SCI associent l'apparition ou l'aggravation de leurs symptômes à la prise d'un repas. Parmi les déclencheurs alimentaires courants, notons les glucides faisant l'objet d'une absorption incomplète (p. ex., produits laitiers, haricots secs/lentilles, pommes, farine), les amines biogènes (p. ex., vin/bière, saucissons, fromages), les aliments libérant de l'histamine (p. ex., produits laitiers, vin/bière, porc) et les aliments frits/gras[43].

28. Les données probantes à l'appui des traitements diététiques est de qualité faible ou insuffisante[44].
    a) Le régime pauvre en FODMAP (oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides et polyols fermentables) est l'approche diététique la plus étudiée et la plus recommandée (NNT = 5). Au nombre des aliments courants contenant des FODMAP à éviter, notons : les pommes, les haricots secs, les produits laitiers et les édulcorants artificiels.
        - Envisager de proposer un régime pauvre en FODMAP de courte durée pour soulager les symptômes du SCI[39,44,45].
        - Ce régime alimentaire semble être le plus bénéfique chez les patients atteints de SCI-D[40,46].
        - Les conseils d'un diététiste peuvent être nécessaires pour assurer le succès de la démarche et prévenir une carence nutritionnelle [preuves de très faible qualité][39,47].

        Pour obtenir plus de renseignements sur l'alimentation à faible teneur en FODMAP, consulter le site https://badgut.org/centre-information/sante-et-nutrition/regime-appauvri-en-fodmap-2/?lang=fr/ et le feuillet d'information destiné aux patients sur le SCI (dernière page de ce module).
    b) Une alimentation complètement exempte de gluten (ou l'élimination d'autres nutriments) n'est **pas** recommandée, car son effet sur les symptômes du SCI n'est pas prouvé, mais aussi en raison de son coût, du fardeau qu'elle représente sur le mode de vie et du risque d'apport nutritionnel insuffisant [preuves de très faible qualité][39,45,47].

29. Voici les recommandations actuelles des lignes directrices concernant l'apport en fibres[39,45,47] :
    - Augmenter l'apport en fibres solubles (p. ex., psyllium, avoine, orge, graines de lin, oranges). Les fibres solubles atténuent les symptômes de constipation et de diarrhée (NNT = 7; IC à 95 % : 4-25) [preuves de qualité modérée].
    - Limiter la consommation de fibres insolubles : Il n'a pas été montré que la consommation de fibres insolubles (p. ex., suppléments de son de blé) améliorait les symptômes du SCI, et celle-ci risque d'exacerber la douleur et les ballonnements [preuves de faible qualité]. Il faudrait également envisager de limiter la consommation d'autres fibres insolubles telles que les céréales entières, certains légumes (brocoli et chou) et les fruits avec peau (pommes et raisins).

30. Les probiotiques (dont la plupart contiennent les espèces Lactobacillus) se sont avérés efficaces et sont recommandés pour l'atténuation des symptômes du SCI (NNT = 7) malgré les données insuffisantes sur l'efficacité d'une espèce bactérienne en particulier [preuves de faible qualité][39,47,48]. En raison de leur coût, il est recommandé de procéder à un essai thérapeutique d'un mois pour en surveiller les bienfaits. Seuls les produits approuvés par la Direction des produits de santé naturels et sans ordonnance de Santé Canada doivent être utilisés[39]. La charge bactérienne des yogourts aux probiotiques n'est généralement pas suffisante pour être efficace à cette fin.

Pharmacothérapie

31. Les antispasmodiques, par exemple l'essence de menthe poivrée, l'hyoscine (Buscopan), le pinavérium (Dicetel) et la dicyclomine (Bentylol), ont des propriétés anticholinergiques ou antagonistes des canaux calciques qui pourraient favoriser le relâchement des muscles lisses de l'intestin. Ces agents sont proposés pour calmer les symptômes généraux du SCI (en particulier la douleur) à court terme chez les personnes peu susceptibles de répondre aux stratégies initiales de modification du mode de vie [preuves de très faible qualité][39,45,47].
    a) Les sous-analyses des antispasmodiques individuels délivrés sur ordonnance s'avèrent significativement plus bénéfiques qu'un placebo dans le cas du pinavérium (4 études, NNT = 4), de l'hyoscine (3 études, NNT = 3) et de la dicyclomine (1 étude, NNT = 4)[39].
    b) L'essence de menthe poivrée (NNT = 4) est considérée comme une option sûre et généralement à faible coût [preuves de qualité faible à modérée][39,47,49].
    c) La fréquence des effets indésirables est de 1 cas sur 20 chez les personnes prenant des antispasmodiques sur ordonnance (sécheresse buccale, étourdissements, vision trouble), et de 1 cas sur 11 chez les personnes prenant de l'essence de menthe poivrée (brûlures d'estomac, sécheresse buccale, odeur/goût de la menthe poivrée)[50]. Il est possible de réduire le risque de brûlures d'estomac et de nausées associé à l'essence de menthe poivrée à l'aide d'une préparation entérosoluble[51].
    d) La dicyclomine n'a pas été incluse dans le module de 2019 sur le SCI, mais elle fait partie des options recommandées[39,45,47].

32. Il a été rapporté que les antidépresseurs sont significativement plus efficaces qu'un placebo dans le traitement des symptômes généraux du SCI, en particulier les douleurs abdominales (NNT = 4; IC à 95 % : 3-6) [preuves de qualité modérée à élevée][39,43,45]. Les données probantes concernant les antidépresseurs, en particulier les antidépresseurs tricycliques (ATC), semblent également plus solides que celles à l'appui des antispasmodiques, des fibres, du régime pauvre en FODMAP ou des probiotiques[52].
    a) On a constaté que seuls les ATC soulageaient les douleurs abdominales (environ 60 % des patients vs environ 30 % avec le placebo)[52]. Il a été rapporté que les ATC prolongent la durée du transit intestinal (la constipation fait partie de ses effets secondaires anticholinergiques fréquents); ces agents pourraient donc être plus efficaces dans les cas de SCI-D. Il est conseillé aux patients de les prendre avant de dormir en raison de leurs effets constipants et sédatifs[43,52].
    b) Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) peuvent augmenter la durée du transit (en raison des effets de la sérotonine sur les intestins), et peuvent donc être plus efficaces dans les cas de SCI-C. Ils doivent être pris pendant la journée[43,52].
    c) Les doses utilisées lors des études sur leurs effets antidépresseurs étaient variables. Une stratégie raisonnable consiste à commencer par une faible dose qu'on augmente lentement[52].

Psychothérapie

33. Les psychothérapies comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ont été peu étudiées, mais certaines données probantes indiquent que ces thérapies pourraient atténuer la douleur et les symptômes généraux liés au SCI [preuves de très faible qualité]. La TCC est celle qui a été la plus étudiée, et peut être efficace à court et à long terme (NNT = 3)[39,40,53]. Toutefois, il n'est pas toujours facile de trouver un thérapeute expérimenté dans l'application de la psychothérapie aux problèmes gastro-intestinaux (GI), en plus des obstacles financiers éventuels d'un tel traitement[47].
    a) La TCC en ligne devient de plus en plus utilisée. Une étude comparative randomisée[54] menée récemment au Royaume-Uni dans le cadre de soins primaires et secondaires (n = 1452) a montré une réduction significative à 12 mois des scores de gravité du SCI dans le groupe ayant suivi une TCC en ligne comparativement au groupe ayant suivi le traitement habituel (p = 0,0002), avec une durée minimale de consultation du thérapeute nécessaire pour le suivi téléphonique (2,5 heures en 8 mois).

ABANDON DU TABAGISME

34. Les lignes directrices canadiennes sur l'abandon du tabagisme recommandent d'utiliser une stratégie en cinq étapes pour faciliter la désaccoutumance du tabac[55].
    - Interroger le sujet et s'informer du statut des patients qui consomment du tabac. Les systèmes en place doivent permettre de reconnaître les fumeurs [preuves de qualité élevée].
    - Offrir des conseils sur l'abandon du tabagisme, assurer son soutien aux patients qui essaieront d'arrêter de fumer et expliquer les avantages de l'abandon du tabagisme [preuves de faible qualité].
    - Évaluer la volonté du patient d'arrêter de fumer, les obstacles à l'abandon du tabagisme, son niveau de dépendance à la nicotine et ses tentatives passées, et établir un calendrier de l'abandon du tabagisme [preuves de faible qualité]. La volonté d'arrêter de fumer peut être évaluée sur une échelle de 1 à 10 :
        - Souhaite arrêter de fumer : dans quelle mesure est-ce important pour vous d'arrêter de fumer?
        - Confiance : dans quelle mesure êtes-vous convaincu(e) de pouvoir arrêter de fumer?
    - Assister les fumeurs disposés à arrêter de fumer, offrir du soutien et des ressources supplémentaires (p. ex., orientation vers des services de counselling), les aider à anticiper les difficultés, discuter avec eux de l'influence de leur entourage et des répercussions personnelles si le patient prend du poids (Renseignements généraux, point 36) [preuves de qualité élevée]. Les meilleures options de prise en charge peuvent être déterminées en posant au patient les questions suivantes :
        - Comment souhaiteriez-vous arrêter de fumer : d'un seul coup ou avec de l'aide?
        - Voulez-vous arrêter de fumer du jour au lendemain ou progressivement? Les deux approches produisent des taux d'abandon à long terme similaires [preuves de qualité modérée][56].
        - De quel type d'assistance avez-vous besoin : une pharmacothérapie, du counselling?
    - Organiser un suivi régulier pour la surveillance des progrès, évaluer et réajuster les doses au besoin [preuves de faible qualité], et proposer une orientation vers les ressources appropriées le cas échéant [preuves de qualité élevée].

35. Pour les patients qui souhaitent réduire leur consommation de nicotine (que leur objectif soit d'arrêter de fumer ou non), il est utile de fixer des objectifs de réduction de la consommation (p. ex., commencer par une réduction de 25 % au cours des premières semaines, puis de 50 %). Les conseils pratiques peuvent consister à augmenter l'intervalle entre deux cigarettes, ou à déterminer les moments auxquels il est le plus facile et le plus difficile d'arrêter de fumer, et commencer ensuite par arrêter de fumer aux moments les plus faciles[57,58].

36. Le tabagisme et la consommation de nicotine sont associés à « une hausse des dépenses énergétiques et de la perte de poids » en raison de leurs effets métaboliques et endocriniens, ce qui explique que les personnes qui ont arrêté de fumer prennent souvent du poids. Une partie du gain pondéral associé à l'abandon du tabagisme pourrait également être une réaction comportementale, consistant à substituer la nourriture à la cigarette pour satisfaire une fixation orale[59].

37. Chez les fumeurs, le métabolisme de la caféine est augmenté, et il faut conseiller aux patients de réduire leur consommation de caféine après avoir renoncé au tabac. Ils doivent également savoir que les symptômes d'une toxicité à la caféine (p. ex., irritabilité, insomnie) peuvent être confondus avec ceux du sevrage à la nicotine[60].

38. Une revue Cochrane de 2019 (24 études comparatives randomisées, n = 7279) n'a révélé aucune preuve montrant que l'ajout de l'activité physique aux méthodes de soutien à l'abandon du tabagisme entraîne de meilleurs résultats. Certaines études ont toutefois montré les avantages d'une séance d'activité physique sur l'atténuation des fortes envies de fumer et des symptômes de sevrage[61].
    a) Il a été montré que l'activité physique de diverses intensités (allant du yoga aux activités de forte intensité) calme les fortes envies de fumer. Les auteurs ont noté que l'intensité d'activité physique la plus efficace en cette matière n'est pas bien établie[62].
    b) La réduction des fortes envies de fumer a été observée à la suite de séances d'activité physique d'intensité modérée de 5 à 10 minutes chez des personnes qui commencent à arrêter de fumer, et de séances d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse de 30 à 40 minutes chez les fumeurs actifs[63].

Pharmacothérapie

39. Une pharmacothérapie appropriée devrait être proposée aux patients qui fument au moins 10 cigarettes par jour et disposés à arrêter de fumer. Quatre produits sont déjà approuvés comme traitements antitabagiques au Canada : les traitements de remplacement de la nicotine (TRN) sous forme de timbre, de gomme à mâcher, d'inhalateur, de pastilles ou de vaporisateur buccal; le bupropion (antidépresseur atypique); la varénicline (agoniste partiel des récepteurs nicotiniques)

et la cytisine (agoniste partiel des récepteurs nicotiniques, en vente libre et en ligne)[57,64].

a) Voici les NNT pour atteindre 1 désaccoutumance en 6 mois – timbres de TRN : ~15; bupropion : ~11; varénicline : ~8; cytisine : ~7[65].
b) Bien que la nortriptyline soit utilisée hors indication au Canada, elle s'est également avérée efficace pour la désaccoutumance au tabac[65], avec un NNT d'environ 11 (très semblable à celui du bupropion). Comptant seulement trois essais directement comparatifs, la mise à jour Cochrane de 2020 a permis de conclure qu'il « n'existe pas suffisamment de preuves pour déterminer si le bupropion est plus efficace que la nortriptyline ou inversement[66] ».
c) Un traitement d'association – TRN (timbre + gomme à mâcher/pastilles/inhalateur/vaporisateur buccal), TRN + bupropion; TRN + varénicline; varénicline + bupropion – serait (légèrement) plus efficace qu'une monothérapie pour la désaccoutumance au tabac[67].

Remarque : Pour une description détaillée des options pharmacologiques (efficacité, renseignements thérapeutiques/ajustement de la dose, contre-indications, effets secondaires), voir l'annexe 3 du module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Abandon du tabagisme et réduction des effets nocifs liés au tabac » (août 2018). Cette annexe peut également être consultée en ligne dans l'annexe supplémentaire du présent module « Intégration de toutes nos connaissances » disponible au https://members.fmpe.org/.

Cigarettes électroniques

40. Les preuves à l'appui de l'utilisation des cigarettes électroniques pour la désaccoutumance au tabac et la réduction des méfaits évoluent avec le temps[68-71]. Une revue systématique/méta-analyse a montré certains avantages de leur utilisation, mais les auteurs de l'étude soulignent qu'il est impossible d'émettre de recommandations concluantes en raison du faible nombre d'études, du manque d'uniformité dans leur méthodologie et de la qualité généralement modérée à faible des données probantes. La revue (56 études, n = 12 804) a fait état de taux d'abandon plus élevés :
    - Dans le groupe de la cigarette électronique à la nicotine par rapport au groupe du TRN (3 études, n = 1498), le RR était de 1,69 (IC à 95 % : 1,25-2,27), ce qui signifie que 4 personnes supplémentaires sur 100 ont réussi à arrêter de fumer (IC à 95 % : 2-8) [preuves de qualité modérée].
    - Dans le groupe de la cigarette électronique à la nicotine par rapport au groupe de la cigarette électronique sans nicotine (4 études, n = 1057), le RR était de 1,70 (IC à 95 % : 1,03-2,81), ce qui signifie que 4 personnes supplémentaires sur 100 ont réussi à arrêter de fumer (IC à 95 % : 0-11) [preuves de qualité modérée].
    - Dans le groupe de la cigarette électronique à la nicotine par rapport au groupe de la thérapie comportementale (5 études, n = 2561), le RR était de 2,70 (IC à 95 % : 1,39-5,26). En valeurs absolues, cela représente 7 abandons de plus sur 100 (IC à 95 % : 2-17) [preuves de faible qualité].

    Dans l'ensemble, la fréquence des effets indésirables graves était faible dans tous les groupes de l'étude. Malgré l'absence de preuves évidentes d'un effet nuisible de la cigarette électronique à la nicotine, le suivi le plus long n'a duré que deux ans, et le nombre total d'études était faible[70].

41. De nombreuses questions restent en suspens à propos des cigarettes électroniques et de leurs effets physiologiques, de leurs effets à long terme sur la santé/leurs effets toxiques, leur effet sur l'environnement (p. ex., émissions de gaz) et leurs répercussions psychologiques. Des inquiétudes ont été soulevées quant à la réglementation des cigarettes électroniques et à leur rôle possible dans l'incitation au report de la désaccoutumance au tabac, dans la normalisation des comportements liés au tabagisme et comme mécanisme échappatoire face aux politiques anti-tabac. Étant donné qu'il est possible de modifier les produits servant à l'utilisation des cigarettes électroniques (pour changer le mode d'utilisation ou le type de vapeur/aérosol émis), les normes relatives aux produits ainsi modifiés sont irrégulières[68,69].
    a) La glycérine végétale et le propylèneglycol sont les principaux liquides utilisés dans les produits de vapotage. L'innocuité à long terme de l'inhalation de ces substances est inconnue. En outre, le processus de vapotage exige que le liquide soit chauffé, ce qui en soi peut produire de nouveaux produits chimiques tels que des formaldéhydes. Des contaminants (p. ex. nickel, étain, aluminium) peuvent également se retrouver dans les produits de vapotage, puis dans la vapeur émise[72]. En date de 2019, plus de 2000 cas de maladie pulmonaire grave liée au vapotage avaient été recensés aux États-Unis[73]; 20 cas avaient été signalés au Canada en 2020[74].
    b) Mentionnons le risque d'explosion des cigarettes électroniques, pouvant occasionner des incendies, des brûlures et des blessures par projection. Ces cigarettes sont souvent assemblées par des fabricants indépendants, d'où le manque important de contrôle de la qualité des piles et de la sécurité de leur recharge[75].
    c) Parmi les effets secondaires de l'utilisation des cigarettes électroniques, notons la sécheresse, l'irritation ou la sensation de brûlure dans la bouche ou la gorge, les sensations de tête légère, les vomissements, les étourdissements, les céphalées, la respiration sifflante, la toux et la production de mucosités[76].

Counselling

42. Une revue Cochrane (49 études comparatives randomisées ou quasi randomisées, n = 19 000) a révélé que les consultations individuelles (en séances d'au moins 10 minutes) augmentaient de 40 à 60 % la probabilité d'abandon du tabac par rapport au soutien minimal [preuves de qualité élevée][77].

COMMENTAIRES SUR LE CAS NUMÉRO 2

Maemaengwahn, âgée de 44 ans

Quelle serait votre approche avec Mae?

Vous pourriez lui conseiller de continuer de prendre des fibres solubles (NNT = 7), car cette approche est étayée par des données probantes de qualité modérée (Renseignements généraux, point 29).

Bien que les stratégies suivantes soient appuyées par des preuves limitées, vous pourriez les lui conseiller (Renseignements généraux, points 26-28, 30, 31) :
- Essence de menthe poivrée (NNT = 4).
- Régime pauvre en FODMAP (NNT = 5).
- Probiotiques (NNT = 7).
- Activité physique régulière.

Un diététiste, s'il est disponible, pourrait mieux la renseigner sur le régime pauvre en FODMAP (Renseignements généraux, points 28). Pour les douleurs abdominales de Mae, la prescription d'un antispasmodique comme l'hyoscine, le pinavérium ou la dicyclomine (NNT = 3-4) serait également une option (Renseignements généraux, point 31).

Vous pourriez demander à Mae dans quelle mesure le SCI affecte sa qualité de vie, et si elle a subi des facteurs de stress importants (p. ex., le fait de s'occuper des feuilles de paie) qui ont pu exacerber ses symptômes (Renseignements généraux, point 25).

Deuxième partie – un mois plus tard

Quelles seraient vos prochaines étapes pour traiter son SCI et répondre à ses commentaires sur le tabagisme?

Vous pourriez lui recommander un supplément probiotique (Renseignements généraux, point 30) car la quantité de bactéries dans les yogourts aux probiotiques ne suffit généralement pas pour soulager les symptômes. Étant donné que le SCI de Mae est à prédominance de diarrhée (Renseignements généraux, point 24), vous pourriez lui suggérer un ATC (Renseignements généraux, point 32) et du counselling pour la gestion du stress (Renseignements généraux, point 33). Si elle continue d'être très incommodée par ses douleurs abdominales, vous pourriez lui suggérer de prendre le pinavérium plus régulièrement (Renseignements généraux, point 31).

Bien que la corrélation entre le tabagisme et le SCI ne soit pas étayée par des publications scientifiques, au même titre que la corrélation entre l'abandon du tabac et le soulagement des symptômes du SCI (Renseignements généraux, point 25b), vous pourriez faire savoir à Mae que le fait d'arrêter de fumer est un excellent moyen d'améliorer son état de santé général.

Il serait important d'évaluer son état de préparation à cesser de fumer (souhait d'arrêter/confiance en ses capacités à arrêter) et de discuter de ses options pour les prochaines étapes, y compris l'utilisation de médicaments ou de cigarettes électroniques (Renseignements généraux, points 34-40). Toute discussion sur les cigarettes électroniques doit faire mention du manque de connaissances sur leurs effets et leurs risques à long terme (Renseignements généraux, point 41). Cette discussion pourrait avoir lieu durant cette visite ou une consultation de suivi par téléphone. Il serait utile de demander à Mae quelles sont ses priorités actuelles concernant les symptômes du SCI, et sa disposition à arrêter de fumer pour déterminer les prochaines étapes.

Troisième partie – Un mois plus tard (consultation téléphonique)

De quoi pourriez-vous discuter avec Mae?

Il serait important de déterminer comment Mae souhaite aborder la question de son tabagisme. Souhaite-t-elle arrêter de

fumer le plus tôt possible, fumer de moins en moins dans le but d'arrêter de fumer, ou simplement essayer de fumer moins souvent (Renseignements généraux, points 34, 35)? La réponse à cette question permettrait de déterminer les options les mieux adaptées à sa situation.

Parmi les options convenant à Mae, citons le traitement de remplacement de la nicotine, la pharmacothérapie, la cigarette électronique ou un traitement d'association (Renseignements généraux, points 39-41).

Si elle opte pour une pharmacothérapie par voie orale, l'idéal serait d'essayer la nortriptyline pour traiter son SCI-D et l'aider dans sa désaccoutumance au tabac (Renseignements généraux, points 32a, 39). Si elle a commencé à prendre ce médicament et qu'il a été inefficace pour la désaccoutumance au tabac mais qu'il a soulagé le SCI, il pourrait être préférable d'ajouter la varénicline au lieu du bupropion, car elle est moins susceptible d'interagir avec son ATC.

Les données probantes seraient également en faveur de l'ajout de la varénicline si elle est utilisée en monothérapie pour la désaccoutumance au tabac (Renseignements généraux, point 39a).

COMMENTAIRE DE L'EXAMINATEUR

Bien que le bupropion et les ATC/IRSS soient souvent utilisés en association dans le traitement de la dépression, ils font l'objet de certaines interactions médicamenteuses méconnues. Le bupropion risque d'augmenter la concentration sérique des ATC, tandis que la prise concomitante de bupropion et d'ATC risque d'augmenter le risque de convulsions. Le bupropion est par ailleurs un inhibiteur puissant de l'isoenzyme CYP2D6 intervenant au moins en partie dans le métabolisme de nombreux ISRS (y compris la fluoxétine), ce qui signifie que certaines associations bupropion-ISRS peuvent entraîner une hausse des concentrations d'ISRS.

Il serait important de discuter des pièges éventuels inhérents au processus d'abandon du tabagisme, comme le fait de substituer la nourriture aux cigarettes (Renseignements généraux, point 36). Ajoutons aussi que le métabolisme de la caféine est augmenté chez les fumeurs (Renseignements généraux, point 37). Il faudrait conseiller à Mae de réduire sa consommation de caféine, car le renoncement au tabac entraînera l'accumulation de caféine, et une quantité excessive de caféine dans l'organisme aggravera probablement ses symptômes du SCI. Des stratégies comportementales seraient également importantes pour la réussite de sa tentative, en lui permettant par exemple de dissocier le tabagisme de ses autres habitudes quotidiennes.

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **http://members.fmpe.org/modulefeedback**.

Auteures :

Kathleen Lafferty, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Corner Brook, Terre-Neuve

Haider Saeed, M.D., M. Sc., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Réviseurs :

Merrilee Brown, B.A. et B. Sc (avec spécialisation), M.D., CCMF, FMFP, FFRMS
Médecin de famille en zone rurale, aux urgences, en soins palliatifs et en milieu hospitalier, professeure adjointe, Chargée de cours à la faculté de médecine familiale de l'Université Queen's, à la faculté de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto
Port Perry, Ontario

Roland Halil, B. Sc. Pharm, ACPR, Pharm. D.
Pharmacien clinicien
Ottawa, Ontario

Rédactrice médicale en chef :

Jacqueline Wakefield, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Tobermory, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules :

Lynda Cranston, B.A. avec spécialisation
Orangeville, Ontario

Réviseure :

Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Loredana Di Santo (Maple, Ontario), Christine Harrison (Ottawa, Ontario) et Heather Waters (Hamilton, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Karen Armstrong (Timmins, Ontario), Hilario Lapeña (Oshawa, Ontario) et Janine Stephens (Toronto, Ontario), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Kathleen Lafferty, Haider Saeed, Elizabeth Shaw, Merrilee Brown, Roland Halil, Jacqueline Wakefield et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en février 2022.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : https://members.fmpe.org/.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les preuves provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas. • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des preuves appuyant une question spécifique est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé (s'il est disponible).

Sources :

1) Canadian Task Force on Preventive Health Care Quality of Evidence: https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/.

2) US Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

Schéma de notation des recommandations d'Hypertension Canada

Grade A*	Les recommandations en matière d'interventions sont fondées sur des études à répartition aléatoire (ou des revues systématiques d'études) dont les niveaux de validité interne et de précisions statistiques sont élevés, et dont les résultats peuvent être directement appliqués aux patients en raison de caractéristiques cliniques similaires et de la pertinence clinique des résultats de l'étude.
Grade B*	Les recommandations sont fondées sur des études à répartition aléatoire, des revues systématiques ou des analyses de sous-groupes prédéfinis d'études à répartition aléatoire dont la précision est moindre, ou qui exigent de faire des extrapolations à partir de résultats d'études car les populations à l'étude sont différentes ou les résultats proviennent de critères d'évaluation intermédiaires/substitutifs validés plutôt que de critères d'évaluation pertinents sur le plan clinique.
Grade C*	Les recommandations sont fondées sur des études dont les niveaux de validité interne ou de précision sont plus faibles, sur des études dont les résultats proviennent de critères d'évaluation substitutifs non validés, ou sur des résultats d'études d'observation sans répartition aléatoire.
Grade D*	Les recommandations sont fondées sur l'opinion d'experts uniquement.

* Le grade est fondé sur la force et la qualité des données probantes cliniques. Les facteurs tels que les préférences des patients, le coût et/ou le degré d'intensité des ressources ne sont pas inclus dans ce schéma de notation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Diabetes Canada Clinical Guidelines Expert Committee. Diabetes Canada 2018 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes.* 2018;42:S1-S325.
2. Ross R, Chaput JP, Giangregorio LM, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for adults aged 18-64 years and adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2020;45:S57-S102. PMID 33054332
3. U. S. Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, et al. Behavioral counseling interventions to promote a healthy diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2020;324:2069-75. PMID 33231670
4. Sullivan AN, Lachman ME. Behavior change with fitness technology in sedentary adults: a review of the evidence for increasing physical activity. *Front Public Health.* 2016;4:289. PMID 28123997
5. Korownyk CA. Motivating patients to move: a light at the end of the couch? *Tools for Practice.* 2016. https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1486404685_2016updatedtfp5motivatepedometer.pdf.
6. Golightly YM, Allen KD, Ambrose KR, et al. Physical activity as a vital sign: a systematic review. *Prev Chronic Dis.* 2017;14:E123. PMID 29191260
7. Akbari A, Clase CM, Acott P, et al. Canadian Society of Nephrology commentary on the KDIGO clinical practice guideline for CKD evaluation and management. *Am J Kidney Dis.* 2015;65:177-205. PMID 25511161
8. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert C, Lipscombe L, Butalia S, et al. Pharmacologic glycemic management of type 2 diabetes in adults: 2020 update. *Can J Diabetes.* 2020;44:575-91. PMID 32972640
9. Cheng AYY. So many antihyperglycemics: how to choose? A practical approach. *Can J Diabetes.* 2017;41:469-73. PMID 28600118
10. Cersosimo E, Johnson EL, Chovanes C, Skolnik N. Initiating therapy in patients newly diagnosed with type 2 diabetes: combination therapy vs a stepwise approach. *Diabetes Obes Metab.* 2018;20:497-507. PMID 28862799
11. Packer M, Anker SD, Butler J, et al. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. *N Engl J Med.* 2020;383:1413-24. PMID 32865377
12. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *N Engl J Med.* 2021;385:1451-61. PMID 34449189
13. Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP, et al. Dapagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2019;380:347-57. PMID 30415602
14. Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, et al. Hypertension Canada's 2020 comprehensive guidelines for the prevention, diagnosis, risk assessment, and treatment of hypertension in adults and children. *Can J Cardiol.* 2020;36:596-624. PMID 32389335
15. Taler SJ. Initial treatment of hypertension. *N Engl J Med.* 2018;378:1953-4. PMID 29768148
16. Turnbull F, Blood Pressure Lowering Treatment Trialists C. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet.* 2003;362:1527-35. PMID 14615107
17. Sundstrom J, Neal B. Effects of blood pressure reduction in mild hypertension. *Ann Intern Med.* 2015;163:67-8. PMID 26148285
18. Weisser B, Predel HG, Gillessen A, et al. Single pill regimen leads to better adherence and clinical outcome in daily practice in patients suffering from hypertension and/or dyslipidemia: results of a meta-analysis. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2020;27:157-64. PMID 32219670
19. Waked K, Nagge J, Grindrod K. Managing hypertension in primary care. *Can Fam Physician.* 2019;65:725-9. PMID 31604742
20. George J, MacDonald T. Home blood pressure monitoring. *Eur Cardiol.* 2015;10:95-101. PMID 30310433
21. Shimbo D, Artinian NT, Basile JN, et al. Self-measured blood pressure monitoring at home: a joint policy statement from the American Heart Association and American Medical Association. *Circulation.* 2020;142:e42-e63. PMID 32567342

22. Padwal RS, So H, Wood PW, et al. Cost-effectiveness of home blood pressure telemonitoring and case management in the secondary prevention of cerebrovascular disease in Canada. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2019;21:159-68. PMID 30570200
23. Kidney Disease: Improving Global Outcomes Diabetes Work Group. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2013;3:S1-S150. PMID
24. *The kidney failure risk equation*. https://kidneyfailurerisk.com.
25. Kidney Disease: Improving Global Outcomes Diabetes Work Group. KDIGO 2020 clinical practice guideline for diabetes management in chronic didney disease. *Kidney Int.* 2020;98:S1-S115. PMID 32998798
26. Kawai Y, Uneda K, Yamada T, et al. Comparison of effects of SGLT-2 inhibitors and GLP-1 receptor agonists on cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetes mellitus patients with/without albuminuria: a systematic review and network meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract.* 2021;183:109146. PMID 34780865
27. Yamada T, Wakabayashi M, Bhalla A, et al. Cardiovascular and renal outcomes with SGLT-2 inhibitors versus GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease: a systematic review and network meta-analysis. *Cardiovasc Diabetol.* 2021;20:14. PMID 33413348
28. Pearson GJ, Thanassoulis G, Anderson TJ, et al. 2021 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Can J Cardiol.* 2021. PMID 33781847
29. Kovell L. *Lipid management guidelines for adults with chronic kidney disease: expert analysis*. 2016. https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2016/05/31/13/00/lipid-management-guidelines-for-adults-with-chronic-kidney-disease.
30. Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A, et al. Simplified lipid guidelines: prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Can Fam Physician.* 2015;61:857-67, e439-50. PMID 26472792
31. Li Q, Dhyani M, Grajo JR, Sirlin C, Samir AE. Current status of imaging in nonalcoholic fatty liver disease. *World J Hepatol.* 2018;10:530-42. PMID 30190781
32. Oh RC, Hustead TR, Ali SM, Pantsari MW. Mildly elevated liver transaminase levels: causes and evaluation. *Am Fam Physician.* 2017;96:709-15. PMID 29431403
33. Satapathy SK, Kuwajima V, Nadelson J, Atiq O, Sanyal AJ. Drug-induced fatty liver disease: an overview of pathogenesis and management. *Ann Hepatol.* 2015;14:789-806. PMID 26436351
34. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2018;67:328-57. PMID 28714183
35. Wong V-S. Current prevention and treatment options for NAFLD. In: Yu J, ed. *Obesity, fatty liver and liver cancer*. Singapore: Springer; 2018:149-57.
36. Musso G, Cassader M, Rosina F, Gambino R. Impact of current treatments on liver disease, glucose metabolism and cardiovascular risk in non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD): a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Diabetologia.* 2012;55:885-904. PMID 22278337
37. Vilar-Gomez E, Martinez-Perez Y, Calzadilla-Bertot L, et al. Weight loss through lifestyle modification significantly reduces features of nonalcoholic steatohepatitis. *Gastroenterology.* 2015;149:367-78 e5; quiz e14-5. PMID 25865049
38. Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome. *J Clin Med.* 2017;6. PMID 29072609
39. Moayyedi P, Andrews CN, MacQueen G, et al. Canadian Association of Gastroenterology clinical practice guideline for the management of irritable bowel syndrome (IBS). *J Can Assoc Gastroenterol.* 2019;2:6-29. PMID 31294724
40. Moayyedi P, Mearin F, Azpiroz F, et al. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: a simplified algorithm for clinical practice. *United European Gastroenterol J.* 2017;5:773-88. PMID 29026591
41. Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology.* 2016. PMID 27144627
42. Sirri L, Grandi S, Tossani E. Smoking in irritable bowel syndrome: a systematic review. *J Dual Diagn.* 2017;13:184-200. PMID 28609199
43. Ford AC, Lacy BE, Harris LA, Quigley EMM, Moayyedi P. Effect of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2019;114:21-39. PMID 30177784
44. Dionne J, Ford AC, Yuan Y, et al. A systematic review and meta-analysis evaluating the efficacy of a gluten-free diet and a low FODMAPs diet in treating symptoms of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2018;113:1290-300. PMID 30046155
45. National Institute for Health and Care Excellence. *Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management.* 2017.
46. Hackett C, Kolber MR. Low FODMAP diet. *Can Fam Physician.* 2015;61:691. PMID 26273081
47. Ford AC, Moayyedi P, Chey WD, et al. American College of Gastroenterology monograph on management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2018;113:1-18. PMID 29950604
48. Ford AC, Harris LA, Lacy BE, Quigley EMM, Moayyedi P. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;48:1044-60. PMID 30294792
49. Alammar N, Wang L, Saberi B, et al. The impact of peppermint oil on the irritable bowel syndrome: a meta-analysis of the pooled clinical data. *BMC Complement Altern Med.* 2019;19:21. PMID 30654773
50. Bhargava A, Kolber MR. Antispasmodics and peppermint oil: old news or a breath of fresh air in managing irritable bowel syndrome. *Tools for Practice.* 2019. https://gomainpro.ca/tools-for-practice/.
51. Cash BD, Epstein MS, Shah SM. A novel delivery system of peppermint oil is an effective therapy for irritable bowel syndrome symptoms. *Dig Dis Sci.* 2016;61:560-71. PMID 26319955

52. Fritsch P, Kolber MR, Korownyk C. Antidepressants for irritable bowel syndrome. *Can Fam Physician.* 2020;66:265. PMID 32273413

53. Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, Hollon SD, Walker LS. Short-term and long-term efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016;14:937-47 e4. PMID 26721342

54. Everitt H, Landau S, Little P, et al. Therapist telephone-delivered CBT and web-based CBT compared with treatment as usual in refractory irritable bowel syndrome: the ACTIB three-arm RCT. *Health Technol Assess.* 2019;23:1-154. PMID 31042143

55. CAN-ADAPTT. *Canadian Smoking Cessation clinical practice guideline*. 2011. https://www.nicotinedependenceclinic.com/en/canadaptt/Pages/CAN-ADAPTT-Guidelines.aspx#

56. Lindson N, Klemperer E, Hong B, Ordonez-Mena JM, Aveyard P. Smoking reduction interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;9:CD013183. PMID 31565800

57. Reid RD, Pritchard G, Walker K, Aitken D, Mullen KA, Pipe AL. Managing smoking cessation. *CMAJ.* 2016;188:E484-E92. PMID 27698200

58. Larzelere MM, Williams DE. Promoting smoking cessation. *Am Fam Physician.* 2012;85:591-8. PMID 22534270

59. Harris KK, Zopey M, Friedman TC. Metabolic effects of smoking cessation. *Nat Rev Endocrinol.* 2016;12:299-308. PMID 26939981

60. Nijjar G, Jensen K. *Smoking cessation pharmacotherapy: special populations pearls. Cardiovascular disease*. 2015.

61. Ussher MH, Faulkner GEJ, Angus K, Hartmann-Boyce J, Taylor AH. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019. PMID 31684691

62. Roberts V, Maddison R, Simpson C, Bullen C, Prapavessis H. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect, and smoking behaviour: systematic review update and meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl).* 2012;222:1-15. PMID 22585034

63. Haasova M, Warren FC, Ussher M, et al. The acute effects of physical activity on cigarette cravings: systematic review and meta-analysis with individual participant data. *Addiction.* 2013;108:26-37. PMID 22861822

64. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016:CD006103. PMID 27158893

65. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014:CD000031. PMID 24402784

66. Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Hong B, Lindson N. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;4:CD000031. PMID 32319681

67. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;4:CD013308. PMID 30997928

68. Heart and Stroke. *E-cigarettes in Canada*. 2018. https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/position-statements/ecigarettesincanada.ashx.

69. American Heart Association. *Facts: e-cigarettes and public health. The next generation of cigarettes*. 2015. https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@adv/documents/downloadable/ucm_472463.pdf.

70. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;4:CD010216. PMID 33913154

71. Centers for Disease Control and Prevention. *Adult smoking cessation—the use of e-cigarettes*. 2020. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2020-smoking-cessation/fact-sheets/adult-smoking-cessation-e-cigarettes-use/index.html.

72. *Risks of vaping*. 2020. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/smoking-tobacco/vaping/risks.html.

73. Cherian SV, Kumar A, Estrada YMRM. E-cigarette or vaping product-associated lung injury: a review. *Am J Med.* 2020;133:657-63. PMID 32179055

74. *Vaping-associated lung illness*. 2020. https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/vaping-pulmonary-illness.html.

75. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on the Review of the Health Effects of Electronic Nicotine Delivery Systems Stratton K, Kwan LY, Eaton DL. *Public health consequences of e-cigarettes*. 2018. Washington (DC): National Academies Press (US). PMID 29894118

76. Czoli CD, Hammond D, White CM. Electronic cigarettes in Canada: prevalence of use and perceptions among youth and young adults. *Can J Public Health.* 2014;105:e97-e102. PMID 24886856

77. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3:CD001292. PMID 28361496

ANNEXE 1. Antihyperglycémiants (sans insuline) pour le diabète de type 2

Classe et mode d'action	Nom des médicaments (noms commerciaux) Gamme posologique habituelle	Diminution du taux d'HbA1c	Aspects thérapeutiques y compris les effets secondaires et les mises en garde	Coût
PREMIÈRE INTENTION				
TRAITEMENT SÛR (RISQUE NÉGLIGEABLE D'HYPOGLYCÉMIE), PEU COÛTEUX, RÉDUIT LES TAUX D'IM ET DE MORTALITÉ CHEZ LES PATIENTS EN SURPOIDS				
Biguanide Augmente la sensibilité à l'insuline : réduit la production hépatique de glucose et augmente l'absorption du glucose dans les muscles et le tissu adipeux.	• Metformine (Glucophage, Glycon) • Metformine à longue durée d'action/à libération prolongée (Glucophage XR, Glumetza). Posologie : 500-1000 mg par voie orale 2 f.p.j., avec des aliments. *Conseil :* commencer par 250-500 mg 1 f.p.j. avec le repas le plus copieux de la journée, puis passer à 2 f.p.j., et augmenter **lentement** la dose sur ≥ 1-2 mois de manière à limiter au maximum les effets secondaires GI.	~1,0	• Effet neutre sur la perte de poids, en monothérapie. • Effets secondaires GI fréquents en cas d'augmentation rapide de la dose/aux doses élevées. • Mise en garde : Si le TFGe < 30, utiliser une dose inférieure; si le TFGe < 20, ne PAS utiliser. • Interrompre le traitement en cas de maladies aiguës associées à un risque de déshydratation ou d'interventions associées à un risque de lésions rénales aiguës. • Il faut donc envisager de proposer un supplément de complexes B en cas d'utilisation à long terme à cause du risque accru de carence en vitamine B12 (risque d'environ 7 %).	$ $$
DEUXIÈME INTENTION				
EFFET POSITIF SUR LES RÉSULTATS CARDIOVASCULAIRES ET LE POIDS, ET FAIBLE RISQUE D'HYPOGLYCÉMIE chez les patients atteints d'une MCV : Envisager des agonistes du récepteur du GLP-1 : **liraglutide** ou **sémaglutide** [preuves de qualité élevée]; inhibiteurs du SGLT-2 : **empagliflozine** [preuves de qualité élevée], **canagliflozine** [preuves de qualité modérée-élevée], ou **dapagliflozine** [preuves de qualité modérée].				
Agonistes du récepteur du GLP-1 Les agents de la voie des incrétines augmentent la libération d'insuline dépendante du glucose, inhibent la libération de glucagon et ralentissent la vidange gastrique.	Avantages CV évidents : • **Sémaglutide injectable** (Ozempic) : 0,25-1,0 mg s.c. 1 fois par semaine. • **Liraglutide** (Saxenda, Victoza) : 0,6-1,8 mg s.c. une fois par jour. Aucun bienfait CV prouvé pour le moment : • Comprimés de sémaglutide (Rybelsus) : 7-14 mg/jour par voie orale (instauration à 3 mg/jour x 1 mois). • Exénatide à libération prolongée (XR) (Bydureon) : 2 mg s.c. 1 fois par semaine ou à courte durée d'action (Byetta) : 5-10 **mcg** s.c. 2 f.p.j. • Dulaglutide (Trulicity) : 0,75-1,5 mg s.c. 1 fois par semaine. • Lixisénatide (Adlyxine) : 10-20 **mcg** s.c. par jour.	1,0	• Perte de poids de 1,1 à 4,4 kg. • Effets secondaires GI (souvent liés à la dose; commencer par une faible dose et l'augmenter lentement; envisager l'administration au coucher; ces effets peuvent être moindres avec les agents à prendre une fois par semaine). • Calculs biliaires. • Surveillance étroite pour déceler une rétinopathie. • Contre-indiqués en cas d'antécédents personnels/familiaux de cancer médullaire de la thyroïde ou d'adénomatose polyendocrinienne de type 2 (d'après les résultats d'études menées chez l'animal). • La prudence est de mise en cas d'antécédents de pancréatite ou de cancer du pancréas. • Nécessitent une injection s.c., sauf le sémaglutide qui est offert en comprimés.	$$$$
Inhibiteurs du SGLT-2 Inhibent la protéine de transport SGLT-2, ce qui réduit la réabsorption du glucose par les reins.	• **Empagliflozine** (Jardiance) : 10-25 mg par jour par voie orale. • **Canagliflozine** (Invokana): 100-300 mg par jour par voie orale. • **Dapagliflozine** (Forxiga): 5-10 mg par jour par voie orale le matin. • **Ertugliflozine** (Steglatro): 5-15 mg par jour par voie orale.	0,4-0,7	• Perte de poids de 2-3 kg. • Efficacité antihyperglycémiante moindre lorsque le TFGe diminue; ne pas utiliser si le TFGe < 30. • Risques 3-4 fois plus élevés de mycose génitale, d'IVU (♀ > ♂), d'hypotension. • La canagliflozine est bénéfique pour la fonction rénale :↓ de l'IRT et des décès des suites d'une néphropathie chronique. • La prudence est de rigueur en cas de dysfonction rénale, de traitement par un diurétique de l'anse, et chez les personnes âgées. • Interrompre le traitement avant une chirurgie lourde ou pendant la phase aiguë d'une maladie grave. • Rarement : acidocétose diabétique (peut survenir en l'absence d'hyperglycémie), gangrène aiguë de Fournier et sepsis urinaire. • Soins des pieds adéquats : surtout en cas de perte des sensations et d'antécédent d'ulcère au pied.	$$$

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 1. Antihyperglycémiants (sans insuline) pour le diabète de type 2 (suite)

Classe et mode d'action	Nom des médicaments (noms commerciaux) Gamme posologique habituelle	Diminution du taux d'HbA1c	Aspects thérapeutiques y compris les effets secondaires et les mises en garde	Coût
FAIBLE RISQUE D'HYPOGLYCÉMIE ET AUCUN EFFET SUR LES ISSUES CARDIOVASCULAIRES ET LE POIDS				
Inhibiteurs de la DPP-4 Les agents de la voie des incrétines augmentent la libération d'insuline dépendante du glucose et inhibent la libération du glucagon.	• Sitagliptine (Januvia) : 25-100 mg par jour par voie orale. • Alogliptine (Nesina) : 25 mg par jour par voie orale. • Linagliptine (Trajenta) : 5 mg par jour par voie orale. • Saxagliptine (Onglyza) : 2,5-5 mg par jour par voie orale.	0,5-0,7	• Risque d'insuffisance cardiaque avec la saxagliptine. • La prudence est de mise en cas d'antécédents de pancréatite ou de cancer du pancréas. • Rares cas de douleurs articulaires sévères, de pancréatite.	$$$
Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase Inhibent l'alpha-amylase pancréatique et l'alpha-glucosidase intestinale.	Acarbose (Prandase) : 50-100 mg 3 f.p.j.	0,7-0,8	• Effets secondaires GI fréquents : réduits au minimum lorsque les doses initiales sont inférieures (250 mg) et que l'augmentation de la dose est plus graduelle et étalée sur plusieurs semaines. • Nécessitent une administration 3 f.p.j.	$$
AGENTS ASSOCIÉS À UN GAIN PONDÉRAL (1,2 à 3,3 kg) ET À L'HYPOGLYCÉMIE				
Sécrétagogues de l'insuline Activent le récepteur des sulfonylurées sur les cellules β, ce qui stimule la sécrétion endogène d'insuline indépendamment de la glycémie.	Méglitinide : • Repaglinide (Gluconorm) : 0,5-4 mg par voie orale 3 f.p.j. Sulfonylurées : • Gliclazide à libération modifiée (Diamicron MR) : • 60-120 mg par jour par voie orale. • Gliclazide (Diamicron) : 80 mg 2 f.p.j. par voie orale • Glimépiride (Amaryl) : 1-4 mg par jour. • Glyburide (DiaBeta) : 5 mg par voie orale 2 f.p.j.; 7,5 mg par voie orale 2 f.p.j.	0,7-1,1 0,7-1,3	• Les méglitinides sont utiles pour réduire l'hyperglycémie postprandiale, mais ils doivent généralement être administrés à chaque repas (3 f.p.j.). • Ne pas utiliser le repaglinide avec le clopidogrel/gemfibrozil. • Risque d'hypoglycémie inférieur à celui des sulfonylurées. • Repaglinide, gliclazide, glimépiride : risque d'hypoglycémie inférieur à celui du glyburide (qui produit des métabolites actifs). • Le risque d'hypoglycémie augmente en cas de jeûne ou de TFGe < 60. • Bienfait peu durable. • Sulfonylurées : effet incertain sur les événements CV.	$$ $
OPTIONS MOINS SOUHAITABLES EN RAISON DE LEURS EFFETS INDÉSIRABLES				
Thiazolidinediones Améliorent la sensibilité périphérique et hépatique à l'insuline.	• Pioglitazone (Actos) : 30-45 mg par voie orale 1 fois par jour (commencer par 15 mg 1 fois par jour). • Rosiglitazone (Avandia) : 4 mg 1 fois par jour ou 2 f.p.j. (maximum 8 mg par voie orale par jour).	0,8-0,9	• Gain pondéral de 2-2,5 kg ou plus chez certains patients. • Maîtrise glycémique durable, mais l'effet maximal est atteint en 6-12 semaines. • Faible risque d'hypoglycémie en monothérapie. • Risque d'œdème et/ou d'insuffisance cardiaque chronique. • Fréquence accrue de fractures (↑ 47 % chez les femmes). • Ne pas utiliser la pioglitazone en cas de cancer de la vessie. • Controverse à propos des maladies cardiovasculaires (rosiglitazone).	$$$

CV : cardiovasculaire; GI : gastro-intestinal; IRT : insuffisance rénale terminale; s.c. : sous-cutanée. Les agents dont l'efficacité est appuyée par des preuves de qualité modérée ou élevée sont en caractères **gras.**

Remarques : 1) Baisses du taux d'HbA1c : agent comparativement au placebo. 2) Les agonistes du récepteur du GLP-1, les inhibiteurs du SGLT-2 et les inhibiteurs de la DPP-4 sont des agents relativement nouveaux et extrêmement prometteurs d'après les essais cliniques. Les données probantes concernant les résultats et l'innocuité continueront d'évoluer au fur et à mesure que de nouvelles recherches seront effectuées.

Sources : 1) Diabetes Canada. 2020 Clinical practice guidelines update. *Chapter 13—pharmacologic glycemic management of type 2 diabetes in adults*. https://guidelines.diabetes.ca/cpg/chapter-13-2020-update; **2)** *Update on type 2 diabetes: non-insulin pharmacotherapy*. Winter 2019/2020/ www.rxfiles.ca; **3)** Salpeter SR, Greyber E, Pasternak GA, Salpeter EE. Risk of fatal and nonfatal lactic acidosis with metformin use in type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:CD002967. PMID 20393934; **4)** Lazarus B, Wu A, Shin JI, et al. Association of metformin use with risk of lactic acidosis across the range of kidney function: a community-based cohort study. *JAMA Intern Med*. 2018;178:903-10. PMID 29868840

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

février 2022

ANNEXE 2. Diagnostic et prise en charge des néphropathies chroniques en soins primaires

Repérer les patients exposés à un risque élevé de néphropathie chronique :
Hypertension • Diabète • MCV • Parent du premier degré atteint d'une néphropathie chronique • Premières Nations/Inuits/Métis.

↓

Mesurer le TFGe et le RAC urinaire.

- Si le TFGe < 60, remesurer dans 3 mois ou plus tôt si le taux baisse rapidement ou est très faible.
- Si le RAC urinaire ≥ 3, remesurer 1 ou 2 fois au cours des 3 mois suivants (résultat anormal : ≥ 3 à au moins 2 des 3 résultats).

Ce test doit être effectué en l'absence de maladie intercurrente aiguë ou spontanément résolutive. Avant de le remesurer, penser aux causes réversibles : AINS, colorant des agents de contraste des examens d'imagerie diagnostique, HBP/rétention urinaire.

↓

Après 3 mois, confirmer le diagnostic de néphropathie chronique.

↓

TFGe < 30 et/ou RAC > 60
Diagnostic de néphropathie chronique

- Vérifier :
  - électrolytes, urine R+M.
  - FSC, calcium, phosphate, albumine, hormone parathyroïdienne (si le TFGe faible).
- Consultation en néphrologie si :
  - affections concomitantes
  - MCV.
  - Parent au premier degré atteint d'une néphropathie chronique.

TFGe de 30-59 et/ou RAC de 3-60
Néphropathie chronique diagnostiquée

- Vérifier les électrolytes, R+M urinaires.
- Mesurer le TFGe, le RAC urinaire tous les 6 mois. Si le TFGe reste stable pendant 2 ans, mesurer les deux une fois par an.
- Consultation en néphrologie en cas d'affections concomitantes et :
  - TFGe < 30 ou RAC > 60.
  - TFGe < 45 et ↓ rapide > 5 mL/min en 6 mois, remesurer dans les 2-4 semaines.
  - Risque d'insuffisance rénale à 5 ans ≥ 5 % selon l'équation KFRE (Kidney Failure Risk Equation).
  - Impossibilité d'atteindre les valeurs cibles de la tension artérielle.
  - Cylindres hématiques ou hématurie (> 20 GR/HPF) évocateurs d'une glomérulonéphrite/vascularite rénale.

TFGe ≥ 60 et RAC < 3
Néphropathie chronique non diagnostiquée

- En cas de diabète, remesurer annuellement.
- Chez les autres patients, remesurer moins fréquemment sauf en cas de préoccupations d'origine clinique.

↓

Prise en charge continue en soins primaires.

	Néphropathie chronique	Néphropathie chronique + diabète
Prendre en charge l'hypertension.	• Viser une TA < 120/90 chez certains patients non diabétiques dont l'état de santé n'est pas fragile/l'espérance de vie est limitée, et la TAS debout > 110; sinon, viser une TA < 140/90.	• TA cible < 130/80. • IECA/ARA, restriction en sel, autres antihypertenseurs selon les besoins.
	La prudence est de mise pendant le traitement de la TAS aux valeurs cible : les risques peuvent l'emporter sur les bienfaits si la TAD < 60. Modifications du mode de vie, y compris l'abandon du tabagisme.	
Ralentir l'évolution de la néphropathie chronique.	• **Si le RAC > 30 et la TA n'est pas aux valeurs cibles,** utiliser un IECA ou un ARA comme antihypertenseur de première intention.	• **Si le RAC > 3**, utiliser un IECA ou un ARA en première intention. • Si la TA est déjà < 130/80, utiliser un IECA ou un ARA avec prudence, en surveillant l'apparition de signes/symptômes d'hypotension. • Cibler un taux d'HbA1c aux valeurs recommandées; utiliser des inhibiteurs du SGLT-2 si le TFGe > 30.
Équilibrer la lipémie.	• Utiliser une statine chez les patients de ≥ 50 ans, ou de ≥ 18 ans atteints d'une coronaropathie avérée, ayant des antécédents d'AVC ou dont le risque de Framingham à 10 ans > 10 %.	• Utiliser une statine si le patient a ≥ 18 ans.
Réduire au minimum le risque de lésions rénales ultérieures.	• Si TFGe < 60, éviter autant que possible les néphrotoxines (p. ex. AINS, agents de contraste par voie intra-artérielle ou i.v.). • Si un agent de contraste doit être utilisé, envisager une hydratation par voie orale et ne pas administrer de diurétiques.	

Sources: 1) Kidney Disease: Improving Global Outcomes Diabetes Work Group. KDIGO 2020 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2020;98:S1-S115. PMID 32998798; 2) Ontario Renal Network. *KidneyWise clinical toolkit*. 2018. https://www.ontariorenalnetwork.ca/sites/renalnetwork/files/assets/Clinical_Toolkit.pdf.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 3. Approche pour le diagnostic et la prise en charge de la stéatose hépatique non alcoolique chez l'adulte

Stéatose découverte par échographie (généralement de manière fortuite) +/– Rapport AST/ALT légèrement élevé et < 1-2 +/–

Facteurs de risque de stéatose hépatique non alcoolique :
- Syndrome métabolique.
- Diabète
- Obésité/tour de taille élevée.
- Dyslipidémie.
- SOP.

Envisager une échographie et la mesure du taux d'ALT dans le contexte de la recherche des cas chez ces patients à risque élevé. Le dépistage universel n'est pas recommandé.

ÉVALUATION CLINIQUE

Anamnèse :
- Consommation excessive d'alcool, hommes : > 21 boissons/semaine; femmes : > 14 boissons/semaine.
- Antécédents médicaux personnels : troubles du foie, hépatite virale, malnutrition sévère, nutrition parentérale totale (NPT).
- Antécédents familiaux : maladies hépatiques (hémochromatose)
- Médicaments : p. ex., tétracyclines, amiodarone, méthotrexate, tamoxifène, corticostéroïdes, diltiazem, valproate, antirétroviraux (AZT et d4T en particulier), chimiothérapies, antipsychotiques, produits biologiques, antibiotiques, acétaminophène, AINS.
- Suppléments : chaparral, éphédra, jin bu huan, germandrée, extrait de thé vert, cartilage de requin.
- Risques d'hépatite B chronique (immigrants provenant de pays endémiques, VIH, utilisation de drogues injectables, contacts familiaux, partenaires sexuels atteints de la maladie) ou d'hépatite C chronique (naissance entre 1945 et 1965, utilisation de drogues injectables/intranasales, transfusion de sang avant 1992, incarcération, hémodialyse, transmission fœtale, transmission intra-familiale par le partage d'articles de soins personnels, tatouage dans un établissement non réglementé).

Examen physique : IMC/tour de taille (corrigé selon le sexe et l'ethnicité), TA, stigmates d'une maladie du foie p. ex., angiome stellaire, érythème palmaire.

AUTRES EXAMENS

Écarter les autres causes, déceler les maladies hépatiques/affections concomitantes, les complications de la stéatose hépatique non alcoolique et stratifier le risque de stéatose hépatique non alcoolique.
- Taux d'HbA1c ou glycémie à jeun (± épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale/insuline à jeun), lipides, AST/ALT (± phosphatase alcaline), albumine (± bilirubine, RIN), FSC avec plaquettes, bilan sérologique des hépatites (B, C ± A et dépistage du virus Epstein Barr), fer (ferritine, saturation en transferrine si l'hémochromatose est soupçonnée).
- *Plus rarement requis* : bilan du déficit en alpha-1-antitrypsine, recherche d'une maladie auto-immune (surtout avant une consultation chez un spécialiste), maladie cœliaque, SOP, maladie de Wilson (test céruléoplasmine).

STRATIFICATION DU RISQUE DE STÉATOSE HÉPATIQUE NON ALCOOLIQUE

- Score NFS (NAFLD Fibrosis Score) : https://www.mdcalc.com/nafld-non-alcoholic-fatty-liver-disease-fibrosis-score.
- Indice FIB-4 (Fibrosis-4 Index) : https://www.mdcalc.com/fibrosis-4-fib-4-index-liver-fibrosis.

NFS < –1,455 ou FIB-4 < 1,45 = **Faible risque.**

- Refaire le test/recalculer tous les 2 à 5 ans.
- Modification du mode de vie (perte de poids, alimentation, activité physique).
- Prendre en charge les affections concomitantes (p. ex., diabète, lipides, hypertension, risque de MCV).

NFS de –1,455 à 0,675 = **Risque indéterminé**
NFS > 0,675 ou FIB-4 de 1,46 à > 3,25 = **Risque élevé**

- Modifier le mode de vie/prendre en charge les affections concomitantes.
- Orienter le patient pour une évaluation chez un spécialiste, FibroScan/autres examens d'imagerie, ± biopsie
- Suivi : tous les 12 mois.

Sources : 1) Kwo PY, Cohen SM, Lim JK. ACG clinical guideline: evaluation of abnormal liver chemistries. *Am J Gastroenterol.* 2017;112:18 35. PMID 27995906; **2)** Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2018;67:328-57. PMID 28714183; **3)** Glen J, Floros L, Day C, Pryke R, Guideline Development G. Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD): summary of NICE guidance. *BMJ.* 2016;354:i4428. PMID 27605111; **4)** Oh RC, Hustead TR, Ali SM, Pantsari MW. Mildly elevated liver transaminase levels: causes and evaluation. *Am Fam Physician.* 2017;96:709-15. PMID 29431403; **5)** Pappachan JM, Babu S, Krishnan B, Ravindran NC. Non-alcoholic fatty liver disease: a clinical update. *J Clin Transl Hepatol.* 2017;5:384-93. PMID 29226105; **6)** Leoni S, Tovoli F, Napoli L, Serio I, Ferri S, Bolondi L. Current guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease: a systematic review with comparative analysis. *World J Gastroenterol.* 2018;24:3361-73. PMID 30122876

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
février 2022

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS.

Stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD)

Qu'est-ce que la stéatose hépatique non alcoolique?
C'est une maladie qui se caractérise par une accumulation de graisse dans le foie. Souvent, on parle simplement de « foie gras ». Elle peut toucher les enfants, les adolescents et les adultes.

Quelles sont les principales causes du foie gras?
- Surpoids, sédentarité.
- Hypertension
- Diabète, prédiabète et taux élevé de sucre dans le sang
- Taux de cholestérol élevé

L'affection est-elle symptomatique?
Non. En général, aucun symptôme n'est présent. Certaines personnes rapportent des douleurs dans le quadrant supérieur droit du ventre, ou se sentent fatiguées et ont une sensation de malaise général.

Quelles sont les conséquences du foie gras?
Chez la plupart des personnes qui en sont atteintes, le foie gras ne cause aucun problème grave. Chez un faible nombre de personnes, la maladie s'aggrave (en général, lentement) avec le temps.

Chez 25 % des personnes atteintes de foie gras : le foie enfle, ce qui endommage les tissus de l'organe. On parle alors de stéatohépatite.

→

Chez 25 % des personnes atteintes de stéatohépatite (6 % des personnes atteintes de foie gras) : du tissu cicatriciel se forme dans le foie. C'est ce qu'on appelle la fibrose.

→

Chez 25 % des personnes atteintes de fibrose (seulement 1,5 % des personnes atteintes de foie gras) :
- 5 % d'entre elles (0,1 % des personnes atteintes de foie gras) présentent ultérieurement une cirrhose, caractérisée par une quantité accrue de tissu cicatriciel venant se substituer aux tissus sains.
- Moins de 3 % (< 0,1 % des personnes atteintes de foie gras) finissent par présenter un cancer du foie.

Le foie gras peut-il être traité?
Oui. Le meilleur traitement du foie gras consiste à modifier son mode de vie et son alimentation.

Conseils

- ✔ Faire 30 minutes d'activité physique par jour (transpirez et respirez fort!) et d'autres activités pour bouger.
- ✔ Avoir une alimentation saine, principalement à base de plantes.
- ✔ Perdre progressivement de 5 à 10 % du poids corporel.
- ✔ En cas de diabète, d'hypertension ou d'hypercholestérolémie, apprendre à les maîtriser.
- ✔ Le café noir peut être efficace pour limiter les lésions causées par le foie gras.

À éviter

- ✖ Boissons gazeuses et autres boissons sucrées et friandises.
- ✖ Aliments transformés, en particulier ceux contenant des additifs ou des agents de conservation.
- ✖ Repas précuisinés/repas rapides.
- ✖ Aliments contenant du fructose, comme le sirop de maïs.
- ✖ Rester assis trop longtemps : ne pas passer plus de deux heures par jour devant un écran.

Puis-je boire de l'alcool?
Si vous êtes atteint de foie gras **sans complications**, il est probablement sans danger de boire à condition de NE PAS DÉPASSER les niveaux recommandés.

https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-07/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Brochure-en_0.pdf

Si votre foie gras est à un stade plus **avancé** (c.-à-d. qu'il ne s'agit pas d'un foie gras sans complications), vous devez ÉVITER complètement l'alcool.

Pour de plus amples renseignements sur le foie gras, visitez le site Web de la Fondation canadienne du foie.

https://www.liver.ca

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
février 2022

SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE (SCI)



Qu'est-ce que le SCI?

Le SCI est une maladie chronique courante qui affecte les intestins et dont la cause exacte n'est pas bien comprise. Bien que ses symptômes puissent être incapacitants, cette affection n'est pas considérée comme dangereuse.

Quels sont les symptômes du SCI?

- Douleurs, crampes, gaz et ballonnements de l'abdomen.
- Changements dans la fréquence et le type de selles (diarrhée, constipation, ou alternance des deux).
- Sensation de devoir se dépêcher pour aller à la selle.
- Effort pendant la défécation.
- Sensation de ne pas avoir fini d'évacuer après être allé à la selle.

Comment le SCI est-il diagnostiqué?

Il n'existe pas de test de dépistage spécifique du SCI. Votre professionnel de la santé vous interrogera sur vos antécédents médicaux et les médicaments que vous prenez, et il examinera votre abdomen. Vous devrez peut-être passer des tests, en particulier si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Symptômes apparus après l'âge de 50 ans.
- Antécédents familiaux de cancer du côlon ou de maladie inflammatoire de l'intestin.
- Perte de poids, faible taux de fer, présence de sang dans les selles, fièvre ou réveil la nuit pour aller à la selle.
- Hospitalisation récente ou utilisation récente d'antibiotiques.

Comment le SCI est-il traité?

Le SCI se manifeste différemment chez chaque personne, et il peut falloir un certain temps pour déterminer quels traitements vous conviennent le mieux.

Alimentation : Il est parfois bénéfique de changer son alimentation. Il est important d'avoir des repas bien équilibrés et des portions modérées. Faites attention aux aliments qui déclenchent vos symptômes. Si vous avez la diarrhée, on vous conseillera peut-être d'essayer un régime à faible teneur en FODMAP pendant une courte période et de consulter un diététiste pour savoir quels aliments il faut limiter ou éviter de consommer. Pour commencer, vous pouvez essayer l'application FODMAP A to Z offerte dans les boutiques d'applications Google Play et Apple App Store.

Gestion du stress : Trouvez des moyens de composer avec le stress, notamment en faisant régulièrement de l'activité physique, en dormant suffisamment et en pratiquant des activités de détente comme la marche, le yoga et la méditation. Le counseling peut également vous aider.

Médicaments : Certains médicaments en vente libre ou sur ordonnance peuvent soulager certains symptômes du SCI. Demandez à votre professionnel de la santé quels médicaments vous conviendraient le mieux.

Information en ligne

Société canadienne de recherche intestinale : vidéos (de 5 min chacune) Volet 1 : Survol du SII; Volet 2 : Traitements contre le SII au https://badgut.org/videos-sii/?lang=fr .	
Fondation canadienne pour la santé digestive Beaucoup d'information sur le SCI, y compris les signes/symptômes, les tests/traitements et le régime pauvre en FODMAP. https://cdhf.ca/fr/digestive-disorders/syndrome-du-colon-irritable-sci/.	

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
février 2022