

Médicaments hyperglycémiantes et hypoglycémiantes

1. Médicaments hyperglycémiantes

Classes médicamenteuses, niveaux de risque et mécanismes pharmacologiques

Le tableau suivant regroupe les classes médicamenteuses susceptibles d'entraîner une augmentation de la glycémie, dans le cadre de leur propre action pharmacologique, en présence de certains tableaux pathologiques et lors de certaines interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques.

Principes actifs (DCI)	Fréquence (monothérapie)	Mécanisme	Interactions à risque et Remarques
ANALOGUES LH-RH Triptoréline Leuproréline	Peu fréquent (hyperglycémie, diabète parfois sévère...)	Les analogues de la LH-RH diminuent la tolérance au glucose	
β-BLOQUANTS Carvédilol Associations aux diurétiques thiazidiques (voir diurétiques)	Pas de données	<i>NB</i> : tous les β-bloquants peuvent masquer les signes d'hypoglycémie y compris sous forme collyre (voir hypoglycémiantes)	Sulfonylurés, insulines (voir hypoglycémiantes)
DIUR. DE L'ANSE Furosémide Bumétanide Pirétanide	Peu fréquent (la diminution de la tolérance glucidique est exceptionnelle)	L'élévation de la glycémie concerne principalement les administrations IV courtes à doses élevées. Chez le sujet diabétique, une perte du contrôle glycémique est possible	Contrôler régulièrement la glycémie chez le sujet diabétique
DIUR. THIAZIDIQUES Hydrochlorothiazide, chlortalidone, indapamide, cicléstanine, altizide, bendrofluméthiazide, clopamide, cyclothiazide, méthychlothiazide (et multiples associations)	Fréquent (hydrochlorothiazide) ou peu fréquent. Fréquence indéterminée pour certaines associations	L'impact sur la glycémie semble plus important que pour les diurétiques de l'anse. L'effet hyperglycémiant des diurétiques est dose-dépendant	Contrôler régulièrement la glycémie chez le sujet diabétique. Le risque hyperglycémique semble accru avec les associations médicamenteuses (diurétique + β-bloquants) Pas de restriction à l'association notamment des diurétiques thiazidiques chez le diabétique (démonstré dans de nombreux essais cliniques)
Diazoxide (sulfamide non diurétique)	Rare ou exceptionnel (surtout traitement de longue durée)	Activité hyperglycémiantes essentiellement par inhibition de la libération pancréatique d'insuline et par action stimulante sur les catécholamines d'origine médullo-surrénalienne	Hyperglycémie initialement asymptomatique qui peut exceptionnellement, évoluer vers une acidocétose métabolique. Surveillance ophtalmologique lors de traitements prolongés
INTI Abacavir, lamivudine, zidovudine, didanosine, emtricitabine, stavudine, ténofovir disoproxil, zalcitabine (et associations)	Les troubles métaboliques sont fréquents avec les associations d'antirétroviraux	Les INTI sont liés à un risque hypo- ou hyperglycémique, voire au risque d'insulino-résistance	
INNTI Éfavirenz Névirapine	Les troubles métaboliques sont fréquents avec les associations d'antirétroviraux	Les associations d'antirétroviraux exposent au risque d'hyperglycémie voire d'insulino-résistance	

INHIB. PROTEASE Lopinavir (+ ritonavir), saquinavir (et associations)	Fréquent	Les inhibiteurs de protéases sont associés à l'apparition d'une hyperglycémie ou d'un diabète de type 2, voire à l'aggravation d'un diabète préexistant (résistance à l'insuline accrue, diminution de la tolérance au glucose...)	Au long cours, surveillance de la glycémie que le patient soit diabétique ou non
Amprénavir, darunavir, tipranavir (et associations)	Peu fréquent		
Ritonavir, fosamprenavir, indinavir, nelfinavir (et associations)	Rare (ou fréquence indéterminée)		
β-MIMÉTIQUES Epinéphrine (adrénaline) salmétérol (et associations) salbutamol	Très rare ou fréquence indéterminée	Les β-mimétiques peuvent entraîner la décompensation d'un diabète de type 2. L'hyperglycémie engendrée est en général réversible	Avec les formes IV notamment (obstétrique ou traitement de la crise d'asthme sévère) : Antidiabétiques oraux (passage éventuel à l'insuline), corticoïdes (risque de décompensation accru)
Formotérol (et associations) Bambutérol Terbutaline	Peu fréquent (FORMOAIR® et association à la bécloéthasone) à très rare (autres)		
Indacatérol	Fréquent : hyperglycémie, diabète		
Hormones thyroïdiennes Lévothyroxine	Pas de données	Augmentation des besoins en insuline ou en hypoglycémiant oral chez le diabétique	Adaptation du traitement antidiabétique lors de l'introduction ou de la modification des doses de lévothyroxine
GLUCOCORTICOÏDES Bétaméthasone, budésone, Dexaméthasone, méthylprednisolone, hydrocortisone, prednisone, prednisolone, triamcinolone, tétracosactide (+ formes locales, à risque moindre)	Fréquent Le diabète stéroïdien est en général bénin et réversible à l'arrêt du médicament	En augmentant la néoglucogenèse, les corticoïdes élèvent la glycémie de 10 à 20%. L'effet hyperglycémiant varie selon la voie et la dose utilisée	Risque hyperglycémique (diminution de l'efficacité thérapeutique) : antidiabétiques : insuline, metformine, sulfonylurés. L'auto surveillance doit être renforcée chez le diabétique
tétracosactide			
INTERFERONS Interféron alfacon-1 Peginterféron alfa 2a Peginterféron alfa 2b	Peu fréquent	Les interférons augmentent l'appétit et exposent au risque d'hyperglycémie, de diabète (type 1) ou d'aggravation d'un diabète (type 2) préexistant	Les interférons augmentent la glycémie
Interféron alfa 2a Interféron alfa 2b	Rare ou très rare		
Amitryptiline	Rare ou exceptionnel	Apparition ou aggravation d'un diabète, intolérance au glucose, hyperglycémie, glycosurie.	Surveillance clinique et biologique
NEUROLEPTIQUES ATYPIQUES Risperidone RISPERDAL CONSTA®, olanzapine amisulpride	Fréquent	Certains neuroleptiques peuvent induire des hyperglycémies, une diminution de la tolérance glucidique voire (plus rarement) une acidocétose. La prise de poids est fréquente avec les neuroleptiques, et doit être surveillée. Cette prise de poids pourrait être un facteur prédisposant l'apparition de troubles hyperglycémiques	Les neuroleptiques au long cours sont parfois à l'origine d'un diabète ou du déséquilibre d'un diabète préexistant (surtout les neuroleptiques « atypiques » de la famille des Phénothiazines). Préférer l'halopéridol. Surveiller le poids et la glycémie + conseils nutritionnels.
Clozapine	Rare ou très rare		
PHENOTHIAZINES : Lévomépromazine (D), aripiprazole, cyamémazine (D), halopéridol, pipotiazine (D), perphénazine (D), dropéridol, périciazine (D), chlorpromazine (D), fluphénazine (d), thioridazine, acépromazine (D), acéprométazine (D)	Pas de données (risque décrit mais fréquence indéterminée) (D) : aux fortes doses (d) : dès les faibles doses		
ANDROGENES Testostérone	Rare (deux cas décrits avec antécédents diabétiques)	La testostérone et les autres androgènes peuvent engendrer des modifications de la tolérance au glucose	

PROGESTATIFS Mégestrol Lévonorgestrel (PO, DIU)...	Rare	Le lévonorgestrel semble être le progestatif le plus susceptible de diminuer la tolérance glucidique	Préférer les progestatifs non associés et microdosés.
ESTROGENES Œstradiol (<i>per os</i> , OESTROGEL® et OESTRODOSE®)	Rare ou exceptionnel	L'œstradiol peut diminuer la tolérance au glucose avec une hyperinsulinémie et une résistance à l'insuline. Les effets sont en général mineurs	
OESTRO-PROGESTATIFS E + noréthistérone EE + norgestimate EE + norgestrel E + médroxyprogestérone EE + gestodène EE + lévonorgestrel EE + norelgestromine	Rare E : œstradiol EE : éthinyloestradiol Pas de données	Les œstro-progestatifs peuvent diminuer la tolérance glucidique. (effet dose dépendant). L'apparition d'un diabète doit conduire à l'arrêt du traitement (risque cardio-vasculaire)	Risque cardio-vasculaire notamment lors d'utilisation de progestatifs associés et d'antécédent de diabète gestationnel.
ANTIGONADOTROPHINE Danazol	Fréquent	Augmentation de la résistance à l'insuline et une élévation du glucagon plasmatique ainsi qu'une intolérance au glucose	Une surveillance clinique et biologique est justifiée
ANTIPARASITAIRES Pentamidine	Rare ou exceptionnel	Par voie parentérale, une hypoglycémie immédiate suivie d'une hyperglycémie peut survenir	Une surveillance de la glycémie doit être instaurée au cours du traitement
ANTIHYPERTENSEURS CENTRAUX Clonidine	Rare ou exceptionnel	Par voie intraveineuse, possible hyperglycémie. Mais peut aussi masquer les signes d'une hypoglycémie.	
Acide nicotinique Nicotine, tabac Varénicline	Pas de données	Augmente les besoins en insuline et antidiabétiques oraux Augmente la résistance à l'insuline mais moins que le tabagisme	
IMMUNOSUPPRESSEURS <u>ciclosporine, tacrolimus, sirolimus, évérolimus</u>	Très fréquent		Une surveillance de la glycémie est justifiée
ANTICANCEREUX <u>trioxyde d'arsenic (1)</u> <u>temsirolimus (1)</u> estramustine	Très fréquent à fréquent (1) Rare ou exceptionnel		Evaluer le rapport bénéfice/risque
ANTITUBERCULEUX Isoniazide	Rare ou exceptionnel		Le risque est majoré chez les diabétiques, lié à l'activité inhibitrice de l'isoniazide Surveillance de la glycémie
HYPOCHOLESTEROLEMIANTS rosuvastatine	Fréquent (observé dans l'étude Jupiter)	L'incidence semble être dose-dépendante	

Nota bene :

« **Fréquent** » = supérieur ou égal à 1%

« **Peu fréquent** » = supérieur ou égal à 0,1% et inférieur à 1% des patients

« **Rare** » = supérieur ou égal à 0,01% et inférieur à 0,1% des patients

« **Très rare** » = inférieur à 0,01%

Les molécules citées dans les différentes classes médicamenteuses sont explicitement mentionnées comme à risque hyperglycémique par les sources consultées (voir ci-dessous). Cependant, il est judicieux de considérer que l'ensemble des molécules de la classe pharmacologique en question peut potentiellement agir sur le contrôle glycémique (y compris les molécules ou voies d'administrations non citées dans ce tableau).

2. Médicaments hypoglycémiants

Classes médicamenteuses, niveaux de risque et mécanismes pharmacologiques

Le tableau suivant regroupe les classes médicamenteuses susceptibles d'entraîner une diminution de la glycémie, dans le cadre de leur propre action pharmacologique, en présence de certains tableaux pathologiques et lors de certaines interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques.

Principes actifs (DCI)	Fréquence (monothérapie)	Mécanisme	Interactions à risque et Remarques
------------------------	--------------------------	-----------	------------------------------------

Antidiabétiques oraux

Le mécanisme pharmacologique des antidiabétiques entraîne implicitement un risque accru d'hypoglycémie. Nous détaillerons plus particulièrement les interactions ayant un impact sur la régulation de la glycémie chez le sujet diabétique.

BIGUANIDES Metformine (et associations)	Rare ou exceptionnel avec la metformine seule	Action hypoglycémiant renforcée en cas de jeûn strict	Risque hypoglycémique : IEC, AINS Risque hyperglycémique (diminution de l'efficacité thérapeutique) : glucocorticoïdes, β -mimétiques injectables, diurétiques
SULFONYLURES Glipizide Glimépiride Glibenclamide Glibornuride Gliclazide Carbutamide	Fréquent, notamment avec Glipizide LP et Carbutamide (demi-vies longues)	Action hypoglycémiant renforcée en cas d'insuffisance rénale ou hépatique, activité physique inhabituelle, alimentation déséquilibrée, interactions... Les sulfamides hypoglycémiant sont sensibles aux inducteurs enzymatiques	Risque hypoglycémique (dose dépendant) : miconazole, phénylbutazone, alcool, β -bloquants (masquage des signes), fluconazole, IEC (captopril, énalapril)... Risque hyperglycémique (diminution de l'efficacité thérapeutique) : danazol, chlorpromazine, glucocorticoïdes, β -mimétiques injectables...
GLINIDES Répaglinide	Fréquent, les hypoglycémies sont en général modérées	Action hypoglycémiant renforcée en cas d'insuffisance rénale ou hépatique, activité physique inhabituelle, alimentation déséquilibrée, <u>interactions</u> ...	Risque hypoglycémique avec des inhibiteurs enzymatiques CYP2C8, CYP3A4: gemfibrozil , AINS, alcool, β -bloquants (masquage des signes), IEC, MAO, azolés, ciclosporine, octréotide, triméthoprim, sorafénib, lapatinib... Risque hyperglycémique (diminution de l'efficacité thérapeutique) avec des inducteurs enzymatiques : danazol, thiazidiques, glucocorticoïdes, β -mimétiques injectables, hormones thyroïdiennes...
THIAZOLIDINEDIONES Pioglitazone Rosiglitazone (et associations)	Fréquent, notamment en association avec d'autres antidiabétiques oraux	Risque accru avec les associations	Risque hypoglycémique : gemfibrozil , inhibiteurs enzymatique, surtout CYP 2C8 Risque hyperglycémique : rifampicine et autres inducteurs enzymatiques...
INHIB. α-GLUCOSIDASE Acarbose Miglitol	Rare risque hypoglycémique (mais associations avec d'autres antidiabétiques)	Risque lié aux associations	(voir autres antidiabétiques) La colestyramine et la néomycine augmentent les effets de l'acarbose
INHIBITEURS DPP4 Sitagliptine Vildagliptine (et associations)	Risque hypoglycémique modéré (mais associations avec d'autres antidiabétiques)	Risque lié aux associations	(voir autres antidiabétiques) Néphrotoxicité avec risque d'accumulation de la sitagliptine (élimination par voie rénale sous forme inchangée)

Antidiabétiques injectables

ANALOGUE GLP1 Exénatide Liraglutide	Fréquent, en association aux sulfonyles	L'intensité de l'hypoglycémie semble dépendre des doses du sulfonyle associé et des doses d'exénatide	(voir sulfonyles)
INSULINES	(implicite)	Le risque hypoglycémique intervient principalement en cas de surdosage	Risque hypoglycémique : antidiabétiques oraux, AINS, sulfamides, MAO, IEC (captopril, énalapril), sartans, β -bloquants, alcool, octréotide... Risque hyperglycémique : contraceptifs oraux, glucocorticoïdes, hormones thyroïdiennes, danazol, β -mimétiques...

Autres classes médicamenteuses

<p style="text-align: center;">IEC</p> <p>Captopril, cilazapril, enalapril lisinopril, ramipril, trandolapril (et associations)</p>	<p>Rare ou exceptionnel, risque d'hypoglycémies majoré en association aux antidiabétiques oraux</p>	<p>Les IEC semblent améliorer la tolérance au glucose</p>	<p>Risque hypoglycémique : antidiabétiques : sulfonylurés, insulines... Surveillance rapprochée des glycémies</p>
<p style="text-align: center;">β-BLOQUANTS</p> <p>Acébutolol, aténolol, bétaxolol, bisoprolol, céliprolol, labétalol, métoprolol, oxprénolol, pindolol, <u>propranolol</u>, timolol (et associations) β -bloquants à visée ophtalmique</p>	<p>Rare ou indéterminée. Cet effet semble être plus significatif avec les molécules non cardio-sélectives</p>	<p>L'hypoglycémie survient en général sur un terrain à risque (diabétique). Outre l'effet direct sur la glycémie, les β-bloquants peuvent masquer les signes d'hypoglycémie <i>NB</i> : certains β-bloquants sont <i>a contrario</i> hyperglycémiant</p>	<p>Risque hypoglycémique : antidiabétiques : sulfonylurés, insuline... (renforcer la surveillance glycémique) Il est préférable de choisir un β -bloquant cardio-sélectif (aténolol, métoprolol).</p>
<p style="text-align: center;">FIBRATES</p> <p>Gemfibrozil</p>	<p>Pas de données</p>	<p>Risque lié aux associations</p>	<p>Préférer les statines</p>
<p style="text-align: center;">FACT. CROISSANCE</p> <p>Filgrastim</p>	<p>Fréquent, mais hypoglycémie en général modérée et transitoire</p>	<p><i>NB</i> : les hypoglycémies sont fréquentes avec les pathologies cancéreuses (neutropénie chronique sévère)</p>	<p>Effet dose dépendant.</p>
<p style="text-align: center;">INTERFERONS</p> <p>Interféron β-1b</p>	<p>Fréquent, notamment dans les formes de SEP évoluant par poussées (15%) et secondairement progressives (27%)</p>		
<p style="text-align: center;">SALICYLES</p> <p>Acide acétylsalicylique (et associations)</p>	<p>Rare ou exceptionnel</p>	<p>Les cas décrits sont intervenus chez des sujets diabétiques et non-diabétiques</p>	<p>A forte dose, les salicylés diminuent la glycémie.</p>
<p style="text-align: center;">OPIOIDES</p> <p>Dextropropoxyphène Tramadol</p>	<p>Pas de données</p>		<p>A fortes doses, observés chez des patients âgés, des insuffisants rénaux et des toxicomanes. Préférer la codéine chez des patients diabétiques.</p>
<p style="text-align: center;">TRIPTANS</p> <p>Frovatriptan</p>	<p>Rare</p>		
<p style="text-align: center;">PENICILLINES</p> <p>Pipéracilline + tazobactam</p>	<p>Très rare</p>		
<p style="text-align: center;">MACROLIDES</p> <p>Azithromycine, Josamycine, <u>Clarithromycine</u>....</p>	<p>Pas de données</p>	<p>L'association avec un sulfamide hypoglycémiant, glimépiride ou glibenclamide augmente parfois le risque d'hypoglycémie</p>	
<p>Sulfamides antibactériens</p>	<p>Pas de données</p>		<p>Observations isolées chez des patients diabétiques traités</p>
<p style="text-align: center;">ANTIFONGIQUES</p> <p>Voriconazole</p>	<p>Fréquent</p>	<p>Augmentation de l'effet hypoglycémiant par interaction (inhibiteur enzymatique)</p>	<p>Surveillance clinique et biologique pendant le traitement</p>
<p style="text-align: center;">THIAZOLES</p> <p>Carbimazole Thiamazole</p>	<p>Très rare, mais diminution prononcée de la glycémie lors de la survenue</p>	<p>L'hypoglycémie semble être liée à l'apparition d'un syndrome insulinaire auto-immun</p>	<p>Surveillance biologique</p>
<p style="text-align: center;">ANTI-ARYTHMIQUES</p> <p><u>cibenzoline</u>, disopyramide, hydroquinidine</p>	<p>Pas de données (mais sévères)</p>		<p>Risques liés aux associations avec des facteurs de risques comme l'âge, l'insuffisance rénale et les doses élevées d'anti-arythmiques.</p>
<p style="text-align: center;">ANTIDEPRESSEURS</p> <p>-Inhibiteurs de recapture de la sérotonine (fluoxétine, fluvoxamine, sertraline...) -IMAO non sélectifs (iproniazide)</p>	<p>Rare</p>	<p>Augmentation de l'effet hypoglycémiant des antidiabétiques</p>	<p>Effet dose dépendant Surtout au début de traitement et s'estompe parallèlement à l'amélioration de l'état dépressif</p>

ANTIPALUDEENS Quinine	Fréquent	Augmentation de la sécrétion d'insuline par le pancréas. Risque d'hypoglycémie majoré chez la femme enceinte et l'enfant.	Préférer la méfloquine ou l'association atovaquone+ proguanil pour le traitement de l'accès palustre.
ANTIPARASITAIRES Pentamidine	Rare ou exceptionnel	Par voie parentérale, une hypoglycémie immédiate suivie d'une hyperglycémie peut survenir	Une surveillance de la glycémie doit être instaurée au cours du traitement
ANTITUBERCULEUX Ethionamide	Rare ou exceptionnel	Une tendance à l'hypoglycémie est décrite chez certains patients. Elle peut devenir symptomatique chez les patients diabétiques	Surveillance clinique et biologique pendant le traitement.
Testostérone (et autres stéroïdes anabolisants)	Pas de données	Risques liés aux associations	
Alcool éthylique	Pas de données		- Grande quantité : Hypoglycémie - Quantité modérée : expose à une hypoglycémie sous insuline ou ADO. (effet retardé) En outre, l'alcool peut masquer les signes d'hypoglycémie et inhiber la réaction de compensation facilitant la survenue d'un coma hypoglycémique.

Le tableau suivant regroupe les médicaments qui augmentent l'effet hypoglycémiant des sulfamides (fréquence et gravité) souvent par le biais d'une interaction pharmacocinétique.

ANTIFONGIQUES AZOLES kétoconazole, miconazole, itraconazole en <i>per os</i> gel buccal, voie vaginale idem fluconazole, posaconazole, voriconazole.	Pas de données	Augmentation de la demi-vie d'élimination des sulfamides par l'effet inhibiteur enzymatique des antifongiques.	Surveillance étroite de la glycémie Adapter la posologie pendant le traitement par antifongiques
DIURETIQUES, AINS, IEC, SARTANS et Aliskiren	Exceptionnel	Risque d'Insuffisance Rénale Fonctionnelle qui expose à une surdose des sulfamides	Surveillance attentive de la créatinine et la clairance Renforcer l'autosurveillance glycémique
Phénylbutazone (toutes les formes y compris locales)	Pas de données	Augmentation de l'effet hypoglycémiant par diminution de leur métabolisme hépatique Hypoglycémies sévères	
FLUOROQUINOLONES Ciprofloxacine, Norfloxacine	Pas de données		Interaction avec le glibenclamide
SULFAMIDES ANTIBACTERIENS	Pas de données		
MACROLIDES Clarithromycine			Interactions avec le glibenclamide, le glimépiride
ANTIVITAMINE K	Rare		Interaction avec les sulfamides et risque d'augmentation de l'INR
Bortézomib	Fréquent à peu fréquent	Hypoglycémie et hyperglycémie (lors des essais cliniques)	Surveillance étroite de la glycémie Adaptation de la dose de leur antidiabétique

Nota bene :

« **Fréquent** » = supérieur ou égal à 1%

« **Peu fréquent** » = supérieur ou égal à 0,1% et inférieur à 1% des patients

« **Rare** » = supérieur ou égal à 0,01% et inférieur à 0,1% des patients

« **Très rare** » = inférieur à 0,01%

Les molécules citées dans les différentes classes médicamenteuses sont explicitement mentionnées comme à risque hypoglycémique par les sources consultées (voir ci-dessous). Cependant, il est judicieux de considérer que l'ensemble des molécules de la classe pharmacologique en question peut potentiellement agir sur le contrôle glycémique (y compris les molécules ou voies d'administrations non citées dans ce tableau)

3. Médicaments hyperglycémiant et hypoglycémiant

Classes médicamenteuses, niveaux de risque et mécanismes pharmacologiques

Le tableau suivant regroupe les classes médicamenteuses susceptibles d'entraîner une augmentation ou une diminution de la glycémie, dans le cadre de leur propre action pharmacologique, en présence de certains tableaux pathologiques et lors de certaines interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques.

Principes actifs (DCI)	Fréquence (monothérapie)	Mécanisme	Interactions à risque et Remarques
Lanréotide, Octréotide	Fréquent à peu fréquent		Surveillance de la glycémie Faire un traitement symptomatique
Pentamidine	Rare ou exceptionnel	Hypoglycémie immédiate suivi d'une hyperglycémie secondaire associé à une nécrose pancréatique et une hyperinsulinémie	Evaluer le rapport bénéfice/risque Suivi de la glycémie de façon rapprochée
Cyclophosphamide	Pas de données		Surveillance de la glycémie
Bortézomib	Fréquent à peu fréquent	En association avec les hypoglycémiant oraux	Evaluer le rapport bénéfice/risque Surveillance de la glycémie Faire un traitement symptomatique
ANTIHYPERTENSEUR CENTRAL Clonidine	Rare ou exceptionnel	- Des augmentations de la glycémie ont été rapportées - La Clonidine masque certains signes de l'hypoglycémie : palpitations, tachycardie	Préférer la forme intramusculaire pour permettre de diminuer l'importance de l'hyperglycémie
Bosentan	Pas de données	Association avec glibenclamide Le Bosentan est un inducteur enzymatique donc risque d'hyperglycémie	Surveillance de la glycémie, de la biologie Adaptation du traitement si besoin
Pegvisomant	Fréquent à peu fréquent	Antagoniste des récepteurs de l'hormone de croissance	Pas de nécessité d'arrêter le traitement
TRICYCLIQUES Imipramine	Très rare		Surveillance
INTI Didanosine Zalcitabine	Les troubles métaboliques sont fréquents avec les associations d'antirétroviraux	NB : les INTI sont plus largement responsables d'hyperglycémie	

Nota bene :

« **Fréquent** » = supérieur ou égal à 1%

« **Peu fréquent** » = supérieur ou égal à 0,1% et inférieur à 1% des patients

« **Rare** » = supérieur ou égal à 0,01% et inférieur à 0,1% des patients

« **Très rare** » = inférieur à 0,01%

Les molécules citées dans les différentes classes médicamenteuses sont explicitement mentionnées comme à risque hypoglycémique et hyperglycémique par les sources consultées (voir ci-dessous). Cependant, il est judicieux de considérer que l'ensemble des molécules de la classe pharmacologique en question peut potentiellement agir sur le contrôle glycémique (y compris les molécules ou voies d'administrations non citées dans ce tableau).

Sources

www.theriaque.org

Dictionnaire VIDAL® 2011

Guide des interactions médicamenteuses « Prescrire » 2011

Banque Claude Bernard : www.resip.fr