

physicians looking to reduce the routine performance of ECGs. At the same time, a new burden has been placed on the shoulders of physicians who must decide whether a patient falls into the newly defined high-risk categories meriting ECGs. Only the naïve will not consider this a "mandatory procedure," particularly in retrospect when there is an undesirable patient outcome.

Such diverse groups as the Canadian Medical Protective Association (CMPA)³ and the Federal/Provincial Deputy Ministers of Health⁴ are promoting guidelines to help physicians in allocating limited resources. The CMPA sees guidelines as a way for physicians to resolve the dilemma of meeting patient expectations for high-quality care and at the same time living with the government's budgetary constraints. The Deputy Ministers of Health see guidelines as improving quality of care while reducing inappropriate use of resources.⁴

A barrier to the widespread development of guidelines is the time and energy needed to find and review the appropriate literature. Three new developments will help physicians and others engaged in this task. First, the Canadian Medical Association has developed an indexed bank of existing guidelines that can be used as a starting point. Second, the Cochrane Centre, which was established in 1992, is systematically reviewing all randomized trials of clinical and preventive medicine. These reviews will be widely available on Internet and in printed form.⁵ Third, the US National Library of Medicine has made available on Internet the full text of current clinical practice guidelines, consensus development conferences, technology assessment reports, and prevention guidelines. These are available to anyone with

access to the Internet by typing "gopher gopher.nlm.nih.gov."

Is publication and mailing of guidelines enough to change behaviour? In general the answer is, at best: only marginally.⁶ Exciting new approaches enhance awareness of new guidelines through opinion leaders, academic detailing, and peer influence.⁷ In Canada, smoking cessation guidelines, alcohol screening guidelines, and most recently, diabetes management guidelines have all been promulgated through teach-the-teacher workshops. Locally designated physicians are recruited, trained, and then authorized to spread the message to their colleagues. As well, we now recognize that developing motivation for change is a separate stage from actually implementing change. The latter step can be enhanced by facilitators visiting practices.⁸

As family physicians we cannot avoid guidelines. Either we become involved, as did our Saskatchewan colleagues, or we sit back and wait for others to do it. For me the choice is clear; do or be done to. ■

Dr Bass, a Fellow of the College, is Director of the Centre for Studies in Family Medicine at The University of Western Ontario in London, Ont.

Correspondence to: Dr Martin J. Bass, Centre for Studies in Family Medicine, The University of Western Ontario, London, ON N6A 5C1

References

1. National Partnership for Quality in Health. *Guidelines for Canadian clinical practice guidelines*. Ottawa: Canadian Medical Association, 1994.
2. Farmer A. Setting up consensus standards for the care of patients in general practice. *Br J Gen Pract* 1991;41:135-6.
3. Canadian Medical Protective Association. *Ninety-third annual report*. Ottawa: Canadian Medical Protective Association, 1994:20.

4. Kilshaw M, Chair, Health Services Utilization Working Group. *When less is better: using Canada's hospitals efficiently. A paper written for the Conference of Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health*. Ottawa: Queen's Printer, 1994.
5. Chalmers I, Dickersin K, Chalmers T. Getting to grips with Archie Cochrane's agenda. *BMJ* 1992;305:786-7.
6. Davis DA. The dissemination of information: optimizing the effectiveness of continuing medical education. In: Dunn EV, Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, editors. *Disseminating research/changing practice*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1994:139-50.
7. Lomas J. Teaching old (and not so old) docs new tricks: effective ways to implement research findings. In: Dunn EV, Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, editors. *Disseminating research/changing practice*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1994:1-18.
8. Dietrich AJ. External support can change primary care practice patterns. In: Dunn EV, Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, editors. *Disseminating research/changing practice*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1994:173-85.

•••

Model of scientific reasoning

Landmark article on the management of chronic non-malignant pain

RONALD MELZACK, PHD, FRSC

Pain, as Albert Schweitzer once said, "is a more terrible lord of mankind than even death itself."¹ Prolonged pain destroys the quality of life. It can erode the will to live, at times driving people to suicide.

Physical effects are equally profound. Severe, persistent pain can impair sleep and appetite, thereby producing fatigue and reducing the availability of nutrients to organs. It can thus impede recovery from

illness or injury and, in weakened or elderly patients, could make the difference between life and death.

Sadly, there are some kinds of pain that existing treatments cannot ease. That physicians can do little in these cases is terribly distressing for everyone involved, but is certainly understandable. What seems less understandable, is that many people suffer not because their discomfort is untreatable, but because physicians are often reluctant to prescribe opioids such as morphine. Opioids are the most effective analgesics known for constant, severe pain, but they are also addictive for some people. Consequently, they are typically meted out sparingly, if prescribed at all.

Concern over addiction has led many nations in Europe and elsewhere to outlaw virtually all use of morphine and related substances, including their medical applications. Even where morphine is a legal medical therapy, as it is in Great Britain and the United States, many caregivers, afraid of turning patients into addicts, deliver amounts that are too small or too widely spaced to control pain.²

When patients take morphine to combat pain, it rarely causes addiction. Addiction seems to arise only in that fraction of morphine users who take the drug for its psychological effects, such as its ability to produce euphoria and relieve tension.²

Patients who take morphine for pain do not develop the rapid physical tolerance to the drug that is often a sign of addiction. Many people who are predisposed to addiction quickly require markedly escalating doses to achieve a desired change of mood, but patients who take the drug to control pain do not require sharply rising doses for relief. They could develop some tolerance initially, but their required dose usually rises gradually and

then stabilizes.² It is essential that physicians, lawmakers, and law-enforcement agencies distinguish between the addict who craves morphine for its mood-altering properties and the psychologically healthy patient who takes the drug only to relieve pain.

This issue of *Canadian Family Physician* contains a landmark article, "Guidelines for the management of chronic, non-malignant pain. Opioids and other agents" (page 49). The guidelines, which were developed by the College of Physicians and Surgeons of Alberta, should be compulsory reading for every physician and other health care worker in Canada. They evolved after meticulous evaluation of 1) literature on the varieties of pain control; 2) the particular difficulties encountered in controlling severe, debilitating non-malignant chronic pain; and 3) the legal issues involving narcotic drugs in Canada and other countries. The guidelines are a model of the use of fair, unbiased scientific reasoning in drawing conclusions about the control of pain and suffering.

Because it is widely believed by physicians as well as patients that the use of opioids is almost certain to lead to addiction, it is important to consider some of the facts now available. For example, Boston researchers³ followed up 11 882 patients given opioids for pain caused by various medical problems, none of whom had a history of drug dependence. Only four of the patients subsequently abused drugs, and only one's abuse was considered serious.

Equally persuasive are the results of a study of more than 10 000 burn patients who underwent painful debridement and physical therapy.⁴ Although most of the patients received injections of opioids for weeks or even months, not

a single case of subsequent addiction could be attributed to pain relievers used during the hospital stay. The 22 patients who abused drugs after they were discharged all had a history of drug abuse.

Further evidence that opioids can be given for pain without causing addiction comes from studies² of surgical or burn patients who used electronic bedside pumps to take small, controlled doses of intravenous morphine. The pumps had been introduced amid considerable fear that patients would abuse the drug. Instead, it soon became clear that pump users maintain doses at a reasonable level and decrease dosage as pain diminishes.

Evidence also indicates that patients who receive opioids for pain develop relatively little tolerance to them.² During their first weeks of receiving the drugs, patients typically require a gradual increase in the dose needed to produce effective analgesia. But a prolonged period follows, usually months, in which there is little or no change in the daily dosage.

The withdrawal symptoms observed among people who abuse opioids for psychological effects do not occur among patients who use opioids for controlling pain. Virtually all pain patients can give up their drugs by rapid drops in dosage over a few days.²

The patient uses opioids to relieve pain and maintain a normal relationship with the real world; the addict takes opioids to escape from reality. Society's failure to distinguish between the emotionally impaired addict and the psychologically healthy pain sufferer affects every segment of the population.⁵

In a classic study, Iowa researchers⁶ found that more than half the 4- to 8-year-olds who underwent major surgery got no medication for relief of postoperative pain.



The rest of the children received inadequate doses. The elderly also pay the penalty for ignorance. In a study of postsurgical pain, my colleagues and I⁷ found persistent high levels of pain among older patients, but such patients did not receive increases in analgesic medication.

It was once unthinkable to give opioids indefinitely to patients who were not terminally ill. Yet studies designed to examine addiction specifically in such patients show that for them, as for the standard candidates for opioid therapy, these drugs can be helpful without producing addiction. In a recent study, Portenoy and Foley⁸ of Sloan-Kettering maintained 38 patients on opioids for severe, chronic non-cancer pain; half of the patients received opioids for 4 or more years, and six of these were treated for more than 7 years. About 60% of the 38 patients reported that their pain was eliminated or reduced to a tolerable level. The therapy caused problems for only two patients, both of whom had a history of drug abuse. With cautious optimism, Portenoy and

Foley⁸ suggest that morphine might be a reasonable treatment for chronic pain in many patients who are not terminally ill.

The guidelines presented in this issue of *Canadian Family Physician* do something in medicine that is akin to breaking the sound barrier in aeronautics. They represent a breakthrough to a reasoned, unbiased examination of the effectiveness of opioid use among patients who have rarely been considered for such therapy. More studies are needed to provide data on the long-term effectiveness of opioid use for alleviation of different types of chronic, non-malignant pain. The goal is to rescue people whose lives are now ruined by pain. ■

Dr Melzack is a Professor in the Department of Psychology at McGill University in Montreal.

Correspondence to: Dr R Melzack, Department of Psychology, McGill University, 1205 Dr Penfield Ave, Montreal, QC H3A1B1

References

1. Schweitzer A. *On the edge of the primeval forest.* London: Adam and Charles Black, 1953.

2. Portenoy RK, Payne R. Acute and chronic pain. In: Lowinson JH, Ruiz P, Milman RB, editors. *Substance abuse: a comprehensive textbook.* Baltimore: Williams and Wilkins, 1992:691-721.

3. Porter J, Jick H. Addiction rate in patients treated with narcotics. *N Engl J Med* 1980; 302:123.

4. Perry S, Heidrich G. Management of pain during debridement: a survey of U.S. burn units. *Pain* 1982;13:267-80.

5. Melzack R. The tragedy of needless pain: a call for socialization. In: Dubner R, Gebhart GF, Bond MR, editors. *Proceedings of the Vth World Congress on Pain.* Amsterdam: Elsevier, 1988:1-11.

6. Eland JM, Anderson JE. The experience of pain in children. In: Jacox AK, editor. *Pain: a sourcebook for nurses and other health professionals.* Boston: Little Brown, 1977:453-73.

7. Melzack R, Abbott FV, Zackon W, Mulder DS, Davis MWL. Pain on a surgical ward: a survey of the duration and intensity of pain and the effectiveness of medication. *Pain* 1987;29:67-72.

8. Portenoy RK, Foley KM. Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. *Pain* 1986;25:171-86.



Intensified metabolic control in insulin-dependent diabetes mellitus

JOHN DUPRE, BM, BCH, FRCPC

In a recent review of the evidence that improved glycemic control can ameliorate the so-called microvascular complications of diabetes mellitus, Dr Worrall¹ argued in this journal that several questions must be answered before intensive therapy can be advised for persons with diabetes. His reservations about the implications of the results of the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) for

management of patients with insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM),² however, conflict with the DCCT study group's recommendation that "most patients with IDDM be treated with closely monitored intensive regimens with the goal of maintaining the glycemic status as close to the normal range as safely possible." That recommendation is supported by the Canadian and American Diabetes Associations.^{3,4}

The study groups' discussion, and the supporting position papers, expand on the safety issues in some detail. They also recognize the fact that the risk-benefit ratio of intensive therapy can be less favourable among people with IDDM whose characteristics are different from

those of participants in the DCCT. What is the case for initiating intensive insulin therapy, as defined in the DCCT?

The important questions raised by Dr Worrall about patients with IDDM are as follows.

- Can we and need we identify individual patients who are at risk for the complications of diabetes, distinguishing them from those who are not, and who thus do not need intensive therapy?
- Are current treatments effective and practical enough to achieve the necessary long-term degree of control?
- Do the risks associated with attainable glycemic control outweigh the benefits?

hôpitaux canadiens. Un article rédigé pour la Conférence des ministres fédéral/provinciaux/territoriaux de la santé. Ottawa: Imprimeur de la Reine, 1994.

5. Chalmers I, Dickersin K, Chalmers T. Getting to grips with Archie Cochrane's agenda. *BMJ* 1992;305:786-7.
6. Davis DA. The dissemination of information: optimizing the effectiveness of continuing medical education. Dans: Dunn EV, Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, éditeurs. *Disseminating research/changing practice.* Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1994:139-50.
7. Lomas J. Teaching old (and not so old) docs new tricks: effective ways to implement research findings. Dans: Dunn EV, Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, éditeurs. *Disseminating research/changing practice.* Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1994:1-18.
8. Dietrich AJ. External support can change primary care practice patterns. Dans: Dunn EV, Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, éditeurs. *Disseminating research/changing practice.* Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1994:173-85.

•••

Modèle de raisonnement scientifique

Article repère sur le traitement de la douleur chronique d'origine non cancéreuse

RONALD MELZACK, PHD, FRSC

Comme l'a déjà dit Albert Schweitzer, la douleur «règne en maître sur l'humanité de façon plus cruelle que la mort elle-même».¹ Une douleur qui se prolonge détruit la qualité de vie. Elle peut ronger le désir de vivre et parfois même conduire les gens au suicide.

Ses conséquences physiques sont également profondes. Une douleur sévère et persistante peut perturber

le sommeil et l'appétit, entraînant ainsi un état de fatigue et privant les organes corporels des nutriments disponibles. Elle peut ainsi interférer avec la récupération d'une maladie ou d'une blessure et, chez les patients affaiblis ou âgés, faire la différence entre la vie et la mort.

Malheureusement, il existe certains types de douleur que les traitements actuels ne peuvent soulager. Le fait que la médecine soit impuissante devant ces cas crée un état de détresse chez toutes les personnes impliquées, mais ce phénomène est sûrement compréhensible. Ce qui semble moins compréhensible, c'est que de nombreuses personnes souffrent non pas parce que leur inconfort est intraitable, mais parce que les médecins sont souvent réticents à prescrire des opioïdes comme la morphine. Les opioïdes sont les analgésiques les plus puissants connus pour traiter une douleur constante et sévère. Par ailleurs, ils peuvent engendrer une dépendance chez certains individus. En conséquence, on les utilise avec parcimonie si on est forcé de les prescrire.

Cette préoccupation de la toxicomanie a entraîné plusieurs pays d'Europe et d'ailleurs à bannir virtuellement tout usage de la morphine et de ses dérivés, incluant ses applications médicales. Même lorsque la morphine est acceptée légalement comme thérapie médicale, c'est le cas notamment en Grande-Bretagne et aux États-Unis, de nombreux soignants, craignant de transformer leurs patients en toxicomanes, administrent des doses qui sont soit trop faibles ou trop espacées pour contrôler la douleur.²

Prise dans le but de combattre la douleur, la morphine crée rarement une dépendance. Celle-ci ne semble s'installer que chez la minorité des usagers de morphine qui prennent cette drogue pour ses effets psychologiques, par

exemple sa capacité de produire un état d'euphorie et de soulager la tension.²

Les patients qui prennent de la morphine contre leur douleur ne développent pas rapidement de tolérance physique à ce médicament, ce qui est souvent un signe de toxicomanie. Beaucoup d'individus prédisposés à la dépendance nécessiteront rapidement d'accroître fortement leurs doses pour obtenir le changement d'humeur désiré, contrairement aux patients qui prennent ce médicament pour contrôler une douleur. Ces derniers n'ont pas besoin de doses rapidement croissantes pour obtenir leur soulagement. Initialement, ils peuvent développer un certain degré de tolérance mais les doses requises croissent habituellement de façon graduelle et finissent par se stabiliser.² Il est essentiel que les médecins, les législateurs et les organismes chargés de faire respecter la loi établissent une distinction claire entre le toxicomane qui a un besoin impérieux de morphine à cause de ses propriétés d'altération de l'humeur et le patient psychologiquement sain qui ne prend cette médication que pour soulager une douleur.

Ce numéro du *Médecin de famille canadien* présente un article repère intitulé «Lignes directrices pour le traitement de la douleur chronique d'origine non cancéreuse. Opioïdes et autres agents» (page 49). Ces lignes directrices, élaborées par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta, devraient faire partie des lectures obligatoires de tout médecin et autre intervenant dans les soins de santé au Canada. Elles ont été élaborées après une évaluation minutieuse 1) de la littérature concernant les diverses formes de contrôle de la douleur, 2) des difficultés particulières rencontrées pour contrôler la douleur chronique,

sévère et incapacitante d'origine non cancéreuse et 3) des aspects juridiques entourant l'usage des narcotiques au Canada et dans d'autres pays. Ces lignes directrices sont un modèle d'utilisation d'un raisonnement scientifique dépourvu de biais et honnête permettant de dégager des conclusions sur le contrôle de la douleur et de la souffrance.

Parce que les médecins et les patients croient généralement que l'usage d'opioïdes engendrera certainement une dépendance, il est important de considérer certains faits actuellement disponibles. Par exemple, des chercheurs de Boston³ ont suivi 11 882 patients traités aux opioïdes pour douleur causée par divers problèmes médicaux, et aucun d'entre eux ne présentait une histoire de dépendance médicamenteuse. Seulement quatre des patients ont subséquemment abusé de drogues et seulement un de ces abus fut considéré important.

Les résultats d'une étude comportant plus de 10 000 brûlés soumis à une physiothérapie et un débridement douloureux sont également convaincants.⁴ Même si la plupart des patients ont reçu des injections d'opioïdes pendant des semaines et même des mois, aucun cas de dépendance subséquente n'a pu être attribué aux analgésiques utilisés pendant le séjour hospitalier. Les 22 patients qui ont abusé de drogues après avoir reçu leur congé de l'hôpital avaient tous des antécédents d'abus de drogues.

Les études auprès de patients chirurgicaux ou de brûlés qui ont utilisé une pompe électronique à leur chevet pour recevoir de faibles doses contrôlées de morphine par voie intraveineuse fournissent des preuves supplémentaires confirmant qu'on peut administrer des opioïdes pour soulager la douleur sans créer de dépendance.² Ce type

de pompe fut introduit malgré un degré élevé de crainte que les patients puissent abuser du médicament. Au contraire, il est vite devenu évident que les utilisateurs de pompe s'administraient des doses raisonnables et qu'ils réduisaient la posologie lorsque la douleur diminuait.

Les preuves scientifiques indiquent également que les malades qui reçoivent des opioïdes contre leur douleur développent relativement peu de tolérance.² Pendant les premières semaines de médication, il est typique de constater une augmentation graduelle de la posologie nécessaire pour produire une analgésie efficace. Il s'ensuit alors une période prolongée, habituellement en termes de mois, où la posologie quotidienne ne change à peu près pas.

Les symptômes de sevrage observés chez les individus qui abusent des opioïdes à cause de leurs effets psychologiques ne se manifestent pas chez les patients qui les utilisent pour contrôler leur douleur. Virtuellement tous les malades traités ainsi pour une douleur peuvent cesser la prise du médicament en réduisant rapidement les doses sur une période de quelques jours.²

Le patient utilise les opioïdes pour soulager sa douleur et maintenir une relation normale avec le monde réel alors que le toxicomane prend des opioïdes pour échapper à la réalité. L'incapacité de la société à distinguer clairement le toxicomane perturbé émotionnellement du malade souffrant mais psychologiquement sain affecte toutes les couches de la population.⁵

Dans une étude classique, des chercheurs de l'Iowa⁶ ont observé que plus de 50% des enfants de quatre à huit ans soumis à une chirurgie majeure n'avaient reçu aucune médication pour soulager leur douleur postopératoire. Les

autres enfants avaient reçu des doses inadéquates. Les personnes âgées paient également le prix de l'ignorance. Dans une étude portant sur la douleur postchirurgicale, mes collègues et moi-même⁷ avons constaté des niveaux élevés de douleur chez les personnes âgées et une absence de doses progressives de la médication analgésique.

Il était jadis impensable d'administrer des opioïdes indéfiniment à des patients non atteints de maladie terminale. Les études conçues spécifiquement pour analyser la dépendance chez de tels patients révèlent que pour eux, tout autant que pour les candidats réguliers pour qui la thérapie aux opioïdes est indiquée, ces médicaments peuvent s'avérer utiles sans créer de toxicomanie. Dans une étude récente, Portenoy et Foley⁸ de Sloan-Kettering ont maintenu pendant au moins quatre ans 38 patients sur les opioïdes à cause d'une douleur non cancéreuse mais chronique et sévère. Six d'entre eux furent traités pendant plus de sept ans. Environ 60% de ces 38 patients ont rapporté que leur douleur était éliminée ou, à tout le moins, ramenée à un niveau tolérable. Cette thérapie fut problématique chez seulement deux malades. Les deux avaient des antécédents d'abus de drogues. Avec un optimisme prudent, Portenoy et Foley⁸ suggèrent que la morphine pourrait être un traitement raisonnable contre la douleur chronique chez de nombreux malades qui ne sont pas atteints de maladie terminale.

Les lignes directrices présentées dans ce numéro du *Médecin de famille canadien* ont un effet médical comparable à celui de franchir la barrière du son dans le domaine de l'aéronautique. Elles représentent une percée qui permet un examen raisonné et non biaisé de l'efficacité des opioïdes chez les malades rarement considérés

comme candidats à une telle thérapie. D'autres études sont nécessaires pour documenter l'efficacité à long terme des opioïdes pour soulager les différents types de douleur chronique de nature non cancéreuse. Le but est de secourir les malades dont la vie est actuellement dévastée par la douleur. ■

Le Dr Melzack est professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université McGill à Montréal.

Correspondance au: Dr R. Melzack, Département de psychologie, Université McGill, 1205 Avenue Dr Penfield, Montréal, QC H3A1B1

Références

1. Schweitzer A. *On the edge of the primeval forest*. London: Adam and Charles Black, 1953.
2. Portenoy RK, Payne R. Acute and chronic pain. In: Lowinson JH, Ruiz P, Milman RB, éditeurs. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992:691-721.
3. Porter J, Jick H. Addiction rat in patients treated with narcotics. *N Engl J Med* 1980; 302:123.
4. Perry S, Heidrich G. Management of pain during debridement: a survey of U.S. burn units. *Pain* 1982;13:267-80.
5. Melzack R. The tragedy of needless pain: a call for social action. In: Dubner R, Gebhart GF, Bond MR, éditeurs. *Proceedings of the Vth World Congress on Pain*. Amsterdam: Elsevier, 1988:1-11.
6. Eland JM, Anderson JE. The experience of pain in children. In: Jacox AK, éditeur. *Pain: a sourcebook for nurses and other health professionals*. Boston: Little Brown, 1977:453-73.
7. Melzack R, Abbott FV, Zackon W, Mulder DS, Davis MWL. Pain on a surgical ward: a survey of the duration and intensity of pain and the effectiveness of medication. *Pain* 1987;29:67-72.
8. Portenoy RK, Foley KM. Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. *Pain* 1986;25:171-86.

Intensifier le contrôle métabolique du diabète insulino-dépendant

JOHN DUPRE, BM, BCH, FRCPC

Dans une révision récente des preuves scientifiques démontrant que l'amélioration du contrôle de la glycémie pouvait améliorer les soi-disant complications microvasculaires du diabète, le Dr Worrall¹ soutenait dans cette publication qu'il faut trouver réponse à plusieurs questions avant de conseiller aux diabétiques de se traiter intensivement. Ses réserves concernant les implications des résultats du «Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)» sur le traitement des diabétiques insulino-dépendants (DID)² viennent toutefois en conflit avec les recommandations du groupe d'étude du DCCT à l'effet que «la plupart des diabétiques insulino-dépendants devraient faire l'objet de régimes thérapeutiques intensifs étroitement surveillés dans le but de maintenir la glycémie le plus près possible de la normale et de façon aussi sécuritaire que possible». Cette recommandation est appuyée par les associations canadienne et américaine du diabète.^{3,4}

Les discussions du groupe d'étude, appuyées par des articles de prise de position, élaborent de façon détaillée les aspects sécuritaires. Elles reconnaissent également le fait que le rapport risques:avantages de la thérapie intensive peut être moins favorable chez les DID dont les caractéristiques sont différentes de celles des participants au DCCT. Dans quel cas devrait-on initier une insulinothérapie intensive, telle que définie dans le DCCT?

Voici les questions importantes que soulève le Dr Worrall concernant les diabétiques insulino-dépendants.

- Pouvons-nous et est-il nécessaire d'identifier les individus à risque de complications du diabète et de les distinguer de ceux qui ne le sont pas et chez qui la thérapie intensive n'est pas nécessaire?
- Les traitements actuels sont-ils suffisamment efficaces et pratiques pour en arriver au degré de contrôle nécessaire à long terme?
- Les risques associés à l'obtention du contrôle de la glycémie dépassent-ils les avantages?

Ceux qui appuient la mise en application des recommandations du groupe d'étude du DCCT et de celles des comités d'experts des associations canadienne et américaine du diabète sont d'avis que les informations actuellement disponibles justifient une telle action, malgré l'absence de réponses sans équivoque et basées sur des preuves scientifiques à ces trois questions.

Premièrement, il faut à nouveau insister sur le fait que dans le DCCT les effets d'un meilleur contrôle glycémique sur le développement initial et la progression de la rétinopathie diabétique, de la néphropathie et de la neuropathie furent importants, totalisant des réductions de risques d'au moins 50% des complications dans de multiples sous-groupes de sujets. Il n'existe aucune raison valable de douter de ces estimés concernant les patients possédant les caractéristiques des participants à l'essai DCCT. Une analyse formelle de toutes les données pertinentes révèle également une concordance qualitative entre les résultats de l'essai DCCT et les autres études secondaires d'intervention.⁵

L'expérience clinique supporte-t-elle les conclusions de ces études?