

Le diabète: ce qui est important

CLAUDE GARCEAU, M.D., FRCP

Vous êtes diabétique depuis longtemps ou peut-être venez-vous tout juste de l'apprendre. Vous avez déjà eu une formation sur le diabète par votre équipe traitante, vous avez probablement fait déjà vos propres recherches sur Internet. Vous avez appris le fonctionnement d'un réflecto-



mètre pour mesurer vos glycémies et compris l'influence de la nutrition et de l'exercice pour un bon contrôle. Vous savez aussi que les complications cardiaques constituent un danger réel et que le diabète peut affecter vos reins, votre système nerveux et vos yeux. Votre éducateur a commencé à vous expliquer votre médication ou peut-être les secrets de l'insulinothérapie.

Si vous le voulez revenons sur quelques faits importants qui ont pu vous échapper parmi la masse de renseignements que vous avez acquis jusqu'à maintenant.

LE DIABÈTE EST UNE MALADIE PROGRESSIVE

Comment peut-on la ralentir ?

Au moment du diagnostic de votre diabète, les forces qui ont amené l'apparition de votre maladie étaient actives depuis longtemps. En moyenne

on estime que le diabète est présent depuis plus de 8 ans avant que le diagnostic ne soit posé. Dès le début apparent de la maladie votre pancréas a perdu plus de 50 % de sa capacité à sécréter de l'insuline.

Saviez-vous cependant que maintenir votre poids protège votre pancréas contre le déclin accéléré qui survient avec l'âge ?



Vous pouvez en effet retarder le moment où vous aurez besoin de plus de médication. Si vous intégrez régulièrement l'exercice à votre vie, vous aurez besoin de moins de médication. Une diète équilibrée et bien suivie (même sans perte de poids) peut abaisser votre hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) de 1 % (ce qui représente l'effet d'environ

un médicament hypoglycémiant oral). Le contrôle du poids est probablement un élément important à considérer à long terme. Chaque kilogramme gagné à partir du moment du diagnostic vous rapproche du besoin d'avoir recours à d'autres classes de médicaments pour contrôler la maladie.

Les médicaments actuels (hypoglycémiant oraux) ne sont probablement pas tous égaux dans leur capacité de protéger votre pancréas.

Parmi les médicaments couramment utilisés pour traiter la glycémie, les sulfonylurés (ex : glyburide (Diabéta^{MD}) ou glycazide (Diamicron^{MD}) semblent perdre rapidement de leur efficacité initiale, et ce, dès les premières années d'utilisation. La metformine (Glucophage^{MD}) semble conserver son efficacité un peu plus longtemps et les glitasones (comme Actos^{MD}) seraient meilleures à cet égard. L'efficacité à long terme n'est cependant que l'un des éléments à considérer dans le choix d'un hypoglycémiant.

Les médicaments agissant sur la voie de la GLP1 (voir le chapitre sur les hypoglycémiant oraux) comme le Januvia^{MD}, l'Onglyza^{MD}, Victoza^{MD} ou Byetta^{MD} semblent capables de ralentir la dégradation du pancréas.

Une expérience très intéressante a été entreprise par des médecins chinois chez de nouveaux diabétiques. Ces patients ont été admis à l'hôpital et ont reçu un traitement d'insuline intraveineuse pendant environ une semaine ; 49 % des patients ont pu quitter l'hôpital et ont pu être traités avec une diète seule (sans avoir besoin de médication hypoglycémiant orale) pendant plus de 12 mois tout en maintenant un bon contrôle des glycémies.

Néanmoins, pour l'instant, le recours systématique précoce à l'insulinothérapie dans le diabète de type 2 reste du domaine plus expérimental que dans le champ de la pratique courante.

Les objectifs du traitement du diabète de type 2 :

- a. contrôler suffisamment les glycémies pour empêcher les complications du diabète et retarder le déclin du pancréas ;
- b. éviter les complications cardiovasculaires du diabète ;
- c. être capable de vivre sa vie le plus pleinement possible malgré les contraintes qu'entraînent le diabète et son traitement.



a) Contrôler suffisamment les glycémies pour empêcher les complications du diabète

Au moment du diagnostic, certains d'entre vous présenteront déjà des complications liées à l'hyperglycémie. Pour empêcher que ces complications progressent ou que d'autres apparaissent, il faut optimiser le contrôle des glycémies. Malgré la médication orale ou l'insulinothérapie, il peut être très difficile d'obtenir un contrôle parfait. Plusieurs grandes études ont cependant permis de définir ce qui constitue un contrôle adéquat des glycémies.

UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) est l'étude clinique importante sur le diabète de type 2 qui a défini la pratique médicale pendant plus de 15 ans. Chez des patients avec un début récent du diabète et non connus comme porteurs d'atteinte cardiovasculaire, le contrôle agressif du diabète a été comparé à un contrôle moins intensif des glycémies pendant plusieurs années. Les chercheurs d'UKPDS ont pu démontrer que les patients qui maintenaient leur HbA1c à moins de 7% plutôt qu'à moins de 9% présentaient moins de complications cardiovasculaires et microvasculaires du diabète (atteinte des yeux, des reins et des nerfs périphériques).

Cependant, même si vous n'obtenez pas un taux d'HbA1c de 7%, sachez que chaque baisse de l'HbA1c s'accompagne d'une réduction très significative

des complications reliées au diabète. Malheureusement un sondage récent (étude DICE) de la clientèle diabétique d'omnipraticiens au Canada nous montre que moins de 50 % des patients canadiens obtiennent un résultat d'HbA1c de 7 % ou moins. La réalité est que pour beaucoup d'entre vous l'objectif d'une HbA1c de 7 % est une cible très difficile à atteindre.

b) Éviter les complications cardiovasculaires du diabète

Les études suivantes définissent la bonne pratique du diabète en 2011

- Steno 2
- UKPDS
- Advance
- Accord
- Veterans

La cible de l'HbA1c à moins de 7 % ne doit jamais être absolue et devrait tenir compte de votre âge et de la durée de votre diabète.

En 2009, le monde du diabète a été secoué par la publication de trois études portant sur le traitement du diabète chez des patients de diabète de type 2 et cette fois âgés de plus de 50 ans. La question posée dans ces 3 études était la suivante : « Un traitement énergique des glycémies va-t-il diminuer les complications reliées au diabète chez des patients âgés de plus de 50 ans ? » Ces études ne portaient pas sur un médicament plutôt qu'un autre ; on laissait aux médecins le choix des moyens pour diminuer les glycémies. Les médecins reliés à ces trois études ont utilisé tous les traitements disponibles pour abaisser rapidement les glycémies (certains plus anciens comme la metformine, les sulfonyleurés, l'insuline ou encore les médicaments plus récents comme l'exanatide et les glitasones (Byetta^{MD}, Avandia^{MD} ou Actos^{MD}).



Ces 3 études, incluant plus de 20 000 sujets, se sont déroulées sur plus de 5 ans. Il a été possible de maintenir pendant plus de 5 ans l'HbA1c aux environs de 6,5 % chez les patients du groupe traité plus énergiquement comparativement à une HbA1c s'échelonnant entre 7,5 et 8 % pour les patients du groupe laissé au traitement usuel.

Les résultats de ces 3 études ont été pour le moins décevants. Il n'a pas été possible de diminuer les complications cardiovasculaires du diabète (accidents cérébraux-vasculaires, infarctus). Pour les autres complications du diabète, les résultats ont été mitigés : légère diminution de l'apparition de protéines dans les urines ou diminution discrète de la progression de la rétinopathie.



Et moi qui croyais que d'abaisser les glycémies était toujours une bonne chose à faire!

On a même rapporté dans une de ces études (ACCORD) une augmentation des décès par cause cardiovasculaire dans le groupe de traitement intensif des glycémies.

En résumé que peut-on retirer pratiquement de la somme des études réalisées au cours des 10 dernières années ?

- 1) Un traitement énergique des glycémies est nécessaire au début du diabète. Le bon contrôle lors des 8 premières années de traitement fait une grande différence à long terme sur toutes les complications du diabète (c'est ce que l'on appelle **l'effet mémoire** du contrôle précoce).
- 2) Plus tard dans la maladie (surtout si vous avez plus de 50 ans et que vous souffrez déjà de complications cardiovasculaires), le traitement des glycémies demeure important mais ne permettra pas à lui seul de diminuer les complications cardiaques du diabète. Il faut recentrer nos efforts vers un contrôle rigoureux de la pression artérielle, vers l'arrêt tabagique et la normalisation du cholestérol.
- 3) Votre médecin établira la cible de traitement (définie par l'HbA1c) en fonction de la durée du diabète, de votre âge, de la présence ou non de complications cardiovasculaires, de la présence d'insuffisance rénale et de votre tendance à faire des hypoglycémies. Une cible plus conservatrice d'HbA1c (entre 7 et 8 %) peut donner à peu près les mêmes résultats qu'une cible plus contraignante (moins de 7 %), tout en diminuant le risque d'hypoglycémie. Le tableau suivant résume un peu l'opinion récente de plusieurs experts en diabète sur la cible HbA1c.



De petits changements du contrôle de mon cholestérol, de ma pression ou de mon tabagisme produiront rapidement d'heureux résultats dans ma vie de diabétique!

ÂGE	DURÉE DU DIABÈTE	COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES	COMPLICATIONS MICRO-VASCULAIRES	INTENSITÉ DU TRAITEMENT (CIBLE HbA1c)
Moins de 45 ans	courte*	aucune	aucune ou légères avancées	intensif (moins de 6,5 %) moins intensif (7-8 %)
	longue**	aucune présentes	0 ou précoces 0 ou précoces avancées	intensif (6,5-7 %) moins intensif (7 %) moins intensif (7-8 %)
40-65 ans			0 ou précoces 0 ou précoces avancées	moins intensif (7 %) moins intensif (7-8 %) modérée (8 %)
Plus de 65 ans	courte*	aucune	présentes	modérée (8 %)
	longue**	aucune présentes		
Plus de 75 ans			présentes	modérée (8 %)

* 0-10 ans

**10-20 ans ou plus

F. Ismail-Beigi et autres, *Annals of Internal Medicine*, 2011, p. 154, 554.

- 4) De petits changements dans le traitement du tabagisme, du cholestérol ou de l'hypertension font de grandes différences dans la vie des diabétiques même âgés.

Une note encourageante vient d'une étude faite en Scandinavie. Dans une clinique de la ville de Steno, on a divisé les patients en 2 groupes. Le premier groupe était traité selon la pratique courante, le deuxième groupe recevait un traitement plus énergique des facteurs de risque (cholestérol, tabac, hypertension). Le tableau suivant donne les résultats de cette étude après 13 ans de suivi.

	DÉBUT ÉTUDE STENO	FIN ÉTUDE STENO
tension artérielle (mm Hg)	147	131
HbA1c	8,4%	7,9%
cholestérol LDL (mmol/l)	3,4	2,0

mortalité		groupe intensif	52%
		conservateur	63%
nombre d'infarctus du myocarde		groupe intensif	8
		conservateur	21
nombre de chirurgies cardiaques		groupe intensif	8
		conservateur	13
nombre d'amputations		groupe intensif	6
		conservateur	14

Les résultats de l'étude Steno et ceux de l'étude Accord ont redéfini les priorités de traitement des diabétiques de type 2. Le contrôle des glycémies n'est plus suffisant, nos efforts doivent se tourner vers l'excellent contrôle du cholestérol, de la tension artérielle et de l'arrêt tabagique.

Nous verrons dans plusieurs des chapitres de ce livre comment éviter les complications cardiovasculaires du diabète en optimisant le contrôle de vos glycémies, de votre tension artérielle et du cholestérol. Un chapitre complet est consacré à l'arrêt tabagique.

c) Être capable de vivre sa vie le plus pleinement possible malgré les contraintes qu'entraînent le diabète et son traitement

Il est difficile de vivre avec une maladie chronique. Les efforts requis pour gérer sa médication et pour intégrer la diète et l'exercice sont grands. On peut parfois se sentir bien seul. Nous vous recommandons la lecture du chapitre de la D^{re} Johanne Blais sur la motivation dans le présent ouvrage. De plus, sur le site Internet (coeurpoumons.ca) associé à ce livre vous trouverez des témoignages de certains patients qui ont voulu témoigner par vidéo de leur lutte (victoires et parfois défaites) avec le diabète.

