

La place du généraliste dans la prévention des complications. Le passeport du diabète

The place of the general practitioner in the prevention of complications. The passport of diabetes

Ph. Gilbert

D.M.G.-U.L.B.

RESUME

La prévalence du diabète est en hausse. Certains parlent d'une épidémie qui a commencé aux Etats-Unis, et qui s'étend maintenant à l'Europe. D'un autre côté, l'évolution de cette maladie est mieux connue, et des moyens existent pour détecter précocement les complications qui en découlent.

Le médecin traitant peut jouer un rôle clé au niveau de l'information, du dépistage, du suivi et du traitement du patient diabétique. Renforcer la collaboration entre le médecin traitant et le spécialiste est fondamental aussi bien au niveau de l'information que de la prise en charge de cette maladie.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 264-7

ABSTRACT

Prevalence of diabetes is increasing. Some are speaking of epidemic of diabetes who started in the USA and who is now extending in Europe. Nevertheless, our knowledge of this disease is better, we can diagnose earlier and than prevent the complications of diabetes.

The general practitioner can play a leading part in the field of information, of detecting, of follow-up and of treatment of the diabetic patient. Intensify the collaboration between the general practitioner and the specialist is essential to create a synergy and to improve the quality of the information and the follow-up of this disease.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 264-7

Key words : diabetes, prevention of complications, general practitioner

QU'ENTEND-ON PAR PREVENTION ?

Le concept de prévention parle de prévention primaire quand il s'agit de mettre en œuvre des moyens pour prévenir l'apparition d'une maladie ; dans le cas du diabète de type 2, la prévention primaire vise à réduire l'obésité et l'inactivité physique afin d'empêcher l'apparition de la maladie.

La prévention secondaire consiste à déceler le diabète à un stade précoce par le dépistage, afin de prévenir ou de retarder la progression de la maladie. Pour rappel, une glycémie à jeun normale se doit d'être inférieure à 110 mg/dl, elle devient anormale entre 110 et 126 mg/dl, et on parlera de diabète dès que la glycémie à jeun atteindra 126 mg/dl (soit encore 7 mmoles/l).

Le médecin généraliste a donc un rôle important à jouer chez son patient.

Le but de la prévention tertiaire est de prévenir ou de retarder l'apparition de complications chez les personnes qui sont déjà diabétiques. Un bon contrôle de la glycémie dans le diabète de type 1 permet de réduire la probabilité des complications microvasculaires entraînant une cécité ou une neuropathie. Quant au diabète de type 2, les données de l'étude UKPDS ont démontré qu'un contrôle rigoureux de la glycémie et de la tension artérielle réduit l'incidence de la micro-angiopathie et de la macro-angiopathie (cardiopathies ou AVC) chez les personnes atteintes d'un diabète de type 2. Le traitement de l'hyperlipidémie (les recommandations du *Belgian Lipid Club* parlent aujourd'hui de valeurs-cibles qui devraient être inférieures à 170 mg/dl pour le cholestérol total et inférieures à 90 mg/dl pour le LDL) chez le diabétique permet aussi de prévenir l'apparition d'une macro-angiopathie.

Chez toutes les personnes atteintes du diabète,

des examens réguliers des pieds et de la vue accompagnés de traitements préventifs appropriés, peuvent prévenir les amputations et ralentir l'évolution de la rétinopathie.

L'éducation des professionnels de la santé et des diabétiques à l'égard de la maladie joue un rôle clé dans la prévention tertiaire.

LES COMPLICATIONS MICRO-ANGIOPATHIQUES

La micro-angiopathie diabétique intéresse les petits vaisseaux. Diffuse à tout l'organisme, elle s'exprime cliniquement principalement au niveau des yeux (rétinopathies), des reins (néphropathies) et des nerfs (neuropathies). Une glycémie excessive entraîne un épaissement de la membrane basale des capillaires, et une glycation des protéines de soutien. Ces lésions histologiques s'accompagnent d'anomalies fonctionnelles telles qu'une hyperperméabilité ou une diminution du tonus pariétal des capillaires aboutissant finalement à leur occlusion.

La rétinopathie

La rétinopathie diabétique est la complication la plus fréquente du diabète et représente une cause majeure de malvoyance et de cécité.

Les premiers signes de rétinopathie peuvent déjà apparaître 4 à 5 ans après le début du diabète et l'incidence cumulée de rétinopathie non proliférative augmente avec la durée de la maladie pour atteindre près de 90 % après 20 ans dans le type 1 et près de 80 % dans le type 2.

Il existe une relation très nette entre le degré d'hyperglycémie et le risque d'apparition de rétinopathie. Cette rétinopathie peut être aggravée par l'hypertension artérielle ou une hyperlipidémie.

Les troubles de la vue occasionnés par une rétinopathie sont extrêmement variables et nullement spécifiques. Même à un stade avancé de rétinopathie proliférative, il n'y a souvent aucun symptôme visuel, raison pour laquelle un examen régulier du fond d'œil est impératif chez tout patient diabétique.

L'apparition de symptômes signe généralement l'existence de lésions rétinienne sévères. Une diminution progressive de la vision centrale résulte le plus souvent d'un œdème maculaire. La perception de points scintillants ou d'une image déformée dans certaines parties du champ visuel évoque des tractions rétinienne annonciatrices d'un décollement. Enfin, une perte brutale de la vision suggère un décollement rétinien ou une hémorragie vitréenne.

Un examen ophtalmologique de dépistage ou de surveillance doit être réalisé tous les ans. En principe, cet examen comportera un interrogatoire, une détermination de l'acuité visuelle, une mesure de la tension oculaire et l'examen du fond d'œil après

dilatation pupillaire.

La néphropathie

La néphropathie diabétique est la cause principale d'insuffisance rénale terminale aux Etats-Unis et en Europe, en raison de l'augmentation de la prévalence du diabète et de l'amélioration de la longévité des patients diabétiques.

La microalbuminurie est la première manifestation de néphropathie diabétique.

Il existe actuellement des tiges permettant d'obtenir une estimation semi-quantitative de la microalbuminurie (entre 30 et 300 mg/24 h). Les tiges traditionnelles ne détectent la présence de protéines qu'au stade de macroalbuminurie (> 300 mg/24 h).

Une grande proportion des diabétiques de type 1 développent une insuffisance rénale. Le dépistage systématique annuel de la microalbuminurie est indispensable. Une fois le stade de la macroalbuminurie atteint, la progression vers l'insuffisance rénale terminale est inéluctable.

Dans le diabète de type 2, l'existence d'une microalbuminurie est également considérée comme un facteur prédictif d'évolution vers une néphropathie avérée mais, davantage encore, elle indique une augmentation du risque de mortalité cardiovasculaire.

Le traitement visera bien entendu à obtenir un bon contrôle glycémique et à traiter l'hypertension artérielle. L'effet favorable de la réduction tensionnelle s'observe dans les 2 types de diabète, à tous les stades de néphropathie et avec toutes les classes d'hypotenseurs. Il semble toutefois, qu'à niveau tensionnel égal, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (sartans) soient plus actifs que les autres médicaments. Un effet néphroprotecteur de ces 2 classes de médicaments s'exercerait même en l'absence d'HTA dès le stade de microalbuminurie ce qui s'explique probablement par leur action spécifique sur la pression intraglomérulaire qu'ils diminuent.

Bien qu'aucune classe d'hypotenseurs ne soit formellement contre-indiquée dans le diabète, certains d'entre eux ont des effets défavorables sur la tolérance au glucose et/ou sur le profil lipidique. Des études récentes tendraient à démontrer que certains "sartans" auraient un effet favorable sur l'insulinorésistance.

L'abaissement de la pression artérielle permet en outre de réduire l'incidence des événements coronariens majeurs et des accidents cardiovasculaires cérébraux dans la population hypertendue diabétique (UKPDS).

La neuropathie

La neuropathie diabétique se présente sous des

formes cliniques multiples.

Neuropathies somatiques

• Polyneuropathies (PNP) distales

La polyneuropathie est la forme la plus fréquente de polyneuropathie diabétique. Il s'agit généralement de PNP sensibles à topographie distale, symétrique, le plus souvent en chaussette, plus rarement en gant, exceptionnellement en thoraco-abdominale. On peut schématiquement distinguer différentes formes anatomo-cliniques de la polyneuropathie :

1. Les petites fibres myélinisées sont les premières atteintes, ce qui entraîne une perte de sensibilité thermique (testée par application de tubes chauds et froids) et douloureuse (testée par pincement vigoureux du tendon d'Achille). Les réflexes sont conservés et l'examen électromyographique est normal. Dans la majorité des cas, cette forme s'accompagne de douleurs causalgiques. Paradoxalement, l'insensibilité à la douleur peut être associée à une hyperpathie au toucher, le patient ne supportant même plus le frottement des draps.
2. L'atteinte des grosses fibres myélinisées se traduit par une abolition des réflexes, une perte du sens vibratoire au diapason, de la sensibilité tactile (testée par des monofilaments) et du sens des positions (sens positionnel du gros orteil). Elle peut être objectivée par une diminution des vitesses de conduction nerveuse à l'EMG.

• Mononeuropathies focales et multifocales

Elles représentent 10 à 15 % des neuropathies diabétiques. Leur installation est brutale.

Elles sont à l'origine d'un déficit neurologique correspondant au territoire d'un seul tronc nerveux (mononeuropathies) ou de plusieurs tronc nerveux (mononeuropathies multifocales). Ces mononeuropathies se traduisent par des déficits moteurs et des douleurs à exacerbation nocturne. L'atteinte des oculo-moteurs (III et IV) est la plus fréquente mais les autres nerfs crâniens peuvent être touchés, en particulier le VII.

Signalons également qu'on peut observer des neuropathies autonomes pouvant toucher le système ortho- et parasympathique avec des manifestations cliniques pas toujours simples à diagnostiquer.

Le pied diabétique

La combinaison de neuropathie et d'artériopathie au niveau du pied du diabétique va entraîner des complications graves.

L'artériopathie des membres inférieurs chez le diabétique est fréquente. L'examen clinique montre des pieds pâles, froids et douloureux, une peau amincie, fine et luisante, une dépilation et un épaissement des ongles. Les lésions ischémiques se localisent distalement au niveau des orteils. Ces lésions peuvent être aggravées par des infections bactériennes et mycosiques (Figure 1).



Figure 1 : Exemple de lésions présentées par un patient diabétique.

En cas de **neuropathie**, on observe une perte de proprioception qui, combinée à un affaiblissement de la musculature intrinsèque, modifie la répartition des zones de pression du pied en reposant le poids du corps sur la tête des métatarsiens. Cette situation de pression entraîne des troubles trophiques qui se manifestent dans un premier temps par des callosités. Non traitées, ces zones d'hyperkératose finissent par blesser et décoller le tissu sous-cutané avec formation de petites poches liquidiennes. L'hyperpression entraîne un cisaillement de la callosité qui s'effracte faisant place au mal perforant plantaire (Figure 2). La poche liquidienne peut se surinfecter, un abcès peut se former, et gagner les tissus osseux profonds, donnant alors un tableau d'ostéite. Cette ostéite est d'autant plus dangereuse que le processus est indolore pour le patient.



Figure 2 : Mal perforant plantaire.

L'aspect rouge et chaud que peut parfois prendre le pied neuropathique est dû à la neuropathie autonome.

Les règles de prévention des lésions du pied dans le diabète sont donc simples :

- Eviter de marcher pieds nus.
- Laver quotidiennement ses pieds, de préférence à l'eau tiède, et les sécher soigneusement.
- Inspecter ses pieds tous les jours (le miroir peut être utile pour le mal perforant plantaire).
- Abraser au moyen d'une lime ou d'une râpe les zones

- d'hyperkératose.
- Couper ses ongles (au carré).
 - Appliquer une crème grasse qui évite le dessèchement et les crevasses.
 - Porter des semelles adéquates pour corriger les points de pression anormaux.
 - Traiter les mycoses.
 - Préférer les chaussures en cuir souple plutôt que des caoutchoucs.
 - Consulter un podologue 1 fois par an.

LES COMPLICATIONS MACRO-ANGIOPATHIQUES

Elles sont les mêmes que pour les patients non diabétiques. Toutefois, elles sont plus précoces et plus sévères et concernent principalement le diabète de type 2, en raison de son association fréquente avec d'autres facteurs de risque cardiovasculaire classiques (HTA, obésité, hyperlipidémie, syndrome métabolique, etc.).

Pour toutes ces raisons, le médecin traitant a un rôle essentiel à jouer dans la prévention du diabète. Il devra insister auprès de son patient sur la nécessité des examens préventifs pour permettre à son patient diabétique de maintenir une qualité de vie aussi longue que possible.

Sont notamment à surveiller à chaque consultation : l'évolution du poids du patient, la tension artérielle et la glycémie, tous les 3 mois la mesure de l'hémoglobine glycosylée (HbA1c) qui renseigne sur le taux moyen de glycémie des 3 mois qui précèdent et permet d'adapter le traitement. L'objectif est une HbA1c < 7 %. Enfin, annuellement, on vérifiera la microalbuminurie, le lipidogramme, la créatinine, le fond d'œil et/ou fluoangiographie et un examen des pieds.

LE PASSEPORT DU DIABETE

Afin de permettre au patient un meilleur suivi de son diabète et afin d'améliorer le contrôle des complications, un passeport du diabète a été élaboré par l'Association Belge du Diabète.

Ce passeport apporte des informations très utiles au diabétique et permet de répondre aux nombreuses questions qu'il se pose.

Ce document peut être consulté en ligne sur le site www.diabete-abd.be/passeport/

Une bonne gestion du diabète passe en effet par une bonne connaissance de la maladie et des conseils pratiques, c'est-à-dire par l'éducation diagnostique et thérapeutique du patient.

La convention des patients diabétiques rassemble une équipe multidisciplinaire au service du patient comportant un infirmier spécialisé dans le diabète, un diététicien, un diabétologue, un podologue, un assistant social, un psychologue. Cette équipe travaille en collaboration avec le médecin traitant par le biais du passeport du diabète notamment et par échange de courrier.

La qualité de l'information qui sera apportée au patient sera déterminante pour l'évolution de sa maladie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Recommandations de bonne pratique pour le diabète de type 2. Ed SSMG 02/2000
2. Etudes UKPDS 33-34-38-39-40. Lancet 1998 ; 352 et BMJ 1998 ; 317
3. Répertoire commenté des médicaments, 2000
4. Féry F : Le diabète. Bruxelles, PUB, 2004
5. Clinical letter. Clinique Saint-Jean 03/2005
6. Antidiabétiques oraux. Fiche de transparence, 2-98 ; 25

Correspondance et tirés à part :

Ph. GILBERT
Rue du Paradis 45
1400 Nivelles

Travail reçu le 2 mai 2005 ; accepté dans sa version définitive le 30 juin 2005.