

PRÉ-DIABÈTE

Agir à temps

**Un peu trop de poids et peu d'exercice physique ?
Pensez à faire contrôler de temps à autre votre glycémie...
Car le diabète, déjà avant de se déclarer, fait des dégâts
sournois, notamment aux reins.**

MARLEEN FINOULST / KR

Dans notre pays, un adulte sur deux est en excès de poids et, chez les enfants entre 2 et 17 ans, quasi un sur cinq devrait déjà prendre des mesures contre une obésité naissante. « Ces chiffres sont particulièrement préoccupants, dit le néphrologue anversois Ron Daelemans. Nous voyons de plus en plus souvent des enfants déjà atteints d'hypertension et de diabète. Et chez les adultes, cette maladie prend des proportions dramatiques, avec tout son cortège de complications que sont l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les pertes de vision et l'insuffisance rénale. » Sans surprise, c'est ce dernier point qui tracasse le plus le néphrologue qui précise : « Les lésions rénales se produisent souvent avant même que le diabète ne soit diagnostiqué. » D'après les définitions officielles, on considère qu'il y a diabète quand le taux de

sucre sanguin (glycémie) à jeun dépasse les 126 mg/dl. « Mais c'est un seuil arbitraire, continue Ron Daelemans. Car déjà entre 100 et 125 mg/dl, on se situe dans une phase de pré-diabète qui se transformera dans 50% des cas en véritable diabète dans les 10 ans. Et plus grave : déjà chez 25% de ces pré-diabétiques, les reins sont abîmés. »

Une maladie à part entière

Le pré-diabète est une notion récente dont on n'a pas encore l'habitude d'entendre parler. Le terme a été proposé en 2002 par l'*American Diabetes Association* pour remplacer la dénomination désuète d'« intolérance au glucose » (1). Les spécialistes savent en effet depuis longtemps que le développement d'un diabète est l'aboutissement d'un processus continu. La nouvelle appellation met ainsi l'accent sur cette continuité et sur le fait que déjà, cet état de pré-maladie doit être pris au sérieux et

encourager les mesures préventives. Certains plaident même pour que le pré-diabète soit officiellement reconnu comme une maladie à part entière (2), ce que le Dr Daelemans justifie : « Les gens sont faussement rassurés quand on leur dit que leur glycémie est en dessous du seuil de 126 mg/dl. Alors même qu'ils sont peut-être déjà en train de développer une atteinte rénale, une rétinopathie, ou à risque de faire un infarctus. Chez une personne en pré-diabète sur quatre, on trouve une micro-albuminurie, c'est-à-dire la présence dans les urines de protéines qui ne devraient pas s'y trouver. C'est le signe que le filtre rénal ne fonctionne plus correctement. » Comme elle n'entraîne aucun symptôme, l'atteinte rénale n'est pas perceptible à ce stade très précoce, ni même aux stades suivants, alors qu'apparaissent au niveau de la prise de sang une élévation de l'urée et d'autres déchets normalement éliminés par les reins. L'insuffisance rénale ne devient manifeste que quand 80 à 90% de la fonction rénale a disparu, et à ce stade les lésions sont irréversibles. En insuffisance rénale, l'accumulation de déchets dans l'organisme entraîne un état de très grande fatigue, des troubles de la concentration, des troubles du sommeil,

une perte d'appétit, un mauvais goût dans la bouche, des nausées, des démanagements et des crampes musculaires. La rétention d'eau et de sel est pour sa part responsable d'œdème dans les membres inférieurs, et d'essoufflement (à cause d'un œdème dans les poumons). La non-élimination du sel explique aussi l'hypertension associée à l'insuffisance rénale, qui à son tour aggrave le problème rénal, entre autres effets délétères sur l'organisme. On est donc dans un véritable cercle vicieux, où le diabète et l'hypertension préexistants ne font que précipiter des dégâts aux reins, et la machine s'emballe. Il n'y a alors guère d'autre solution que l'hémodialyse (rein artificiel) ou la dialyse péritonéale pendant le reste de la vie, à moins qu'une greffe de rein ne soit possible.

Un dépistage ?

En l'absence de symptômes précoces, on ne peut donc dépister l'insuffisance rénale que par un screening des personnes à risque. « La détection de faibles quantités d'albumine dans les urines est un test utile non seulement pour surveiller la fonction rénale des diabétiques, mais aussi pour le dépistage des pré-diabétiques, des syndromes métaboliques et de l'hypertension. Alors que l'European Society of Hypertension recommande de généraliser ce test à toutes les personnes atteintes d'hypertension pour dépister celles à risque de développer une insuffisance rénale, cette politique n'est pas possible en Belgique parce que le test n'est remboursé actuellement qu'en cas de diabète ! Nous perdons ainsi une chance unique d'intervenir avant que les lésions ne deviennent irréversibles ! »

En ce moment, il y a en Belgique 600.000 personnes soignées pour un diabète. Leur nombre réel est sans aucun doute bien plus élevé, probablement le double, mais nous ne le connaissons pas. Nous savons, par extrapolation des chiffres européens, que 10,5% de la population est atteinte de pré-diabète. Ce qui correspond, pour notre pays, à plus d'un million de personnes. Une étude récente menée par le Dr Daelemans au sein du personnel des réseaux hospitaliers d'Anvers confirme ces chiffres (voir encadré).

Les pré-diabétiques sont en grande majorité des adultes avec un léger excès de poids et un style de vie sédentaire. D'autres facteurs de risque, moins significatifs, sont la présence d'une hypertension artérielle et des antécédents de diabète dans la famille.

Sans changement drastique de leur style de vie, ces personnes courent le risque de voir diminuer leur espérance et leur qualité de vie. Car il n'existe pas de traitement pour guérir l'insuffisance rénale. Régulariser le taux de sucre dans le sang et traiter l'hypertension permet de l'empêcher de s'aggraver.

La combinaison d'une alimentation équilibrée et d'un exercice physique modéré (30 à 60 minutes par jour, à raison de 5 jours par semaine) suffit pourtant à réduire de moitié le risque de diabète (3). « C'est un discours désagréable à entendre, mais il n'y en a pas d'autre, conclut Ron Daelemans. Car aucun médicament ne peut procurer un tel bénéfice. Changer ses habitudes de vie est difficile pour tout le monde. C'est pourquoi il faut soutenir ces personnes dans leur effort. Les médecins généralistes ont un rôle à y jouer, mais les autorités devraient aussi assumer leurs responsabilités. Par exemple en imposant à l'industrie alimentaire des normes plus restrictives pour l'emploi de sel dans les plats

préparés. » Pas évident, et surtout, pas très populaire... Jusqu'à présent, les pouvoirs publics tirent leur épingle du jeu en nous proposant des campagnes de sensibilisation pleines de bonnes intentions. Rien de plus. Certains rêvent de voir transposer à la malbouffe les mesures qui ont été prises face au tabac, mais le tout récent rejet d'une signalisation claire sur les étiquettes (voir page 18) laisse à penser qu'il y aura encore pendant longtemps de fortes oppositions sur cette question. Pourtant, le temps presse... ■

Avec nos remerciements au Dr Georges Cornet, néphrologue au Centre hospitalier Pelzer-la Tourelle, à Verviers

Références :

1. Diabetes Research and Clinical Practice 2002; 55: 65-85.
2. International Journal of Clinical Practice 2008; 62: 642-648.
3. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2008; 152: 132-8.

Le personnel de l'hôpital testé

Au début de cette année, le Dr Ron Daeleman a convié plus de 1000 employés du réseau hospitalier anversoïse à se faire **tester pour le pré-diabète** (une prise de sang le matin à jeun en arrivant au travail). 9% ont été testés positifs, avec une moyenne d'âge de 46 ans : **7,5% avaient un pré-diabète** et 1,5% un diabète méconnu. Leur BMI moyen était de 27 (contre 23 chez les personnes ayant un taux de sucre normal). Chez 1 personne diabétique ou pré-diabétique sur 4, on a également trouvé un **début d'atteinte rénale**. Tous ont été renvoyés à leur médecin traitant pour entamer un suivi approprié.

www.zna.be/nefrologie

Les trajets de soins

Depuis l'an dernier, les personnes atteintes de **diabète de type 2** et les personnes en **insuffisance rénale chronique** sont invitées à signer avec leur médecin traitant et leur spécialiste, un « **contrat de trajet de soins** » qui établit les bases d'une collaboration active entre ces trois partenaires. Ce trajet de soins apporte plusieurs avantages :

- le **remboursement intégral** des consultations tant chez le généraliste que chez le spécialiste pendant la durée du trajet de soins (4 ans, renouvelables),
- un **plan de suivi personnel**, avec des objectifs fixés en commun avec le médecin traitant en termes d'amélioration du style de vie, et un soutien pour les réaliser,
- l'**accès à du matériel** (tensiomètre, glucomètre, tigettes...), et à des consultations de diététicien, de podologue, d'éducateur au diabète...
- la garantie d'une **collaboration étroite** entre le médecin généraliste et le spécialiste pour organiser le traitement et le suivi en fonction de chaque situation spécifique.

Pour en savoir plus : www.trajetdesoins.be