

# Diabétologie 2001: Le diabète de type 2 est évitable *et*: normo-glycémie avant tout

M. Stahl

Deux découvertes déterminantes, toutes deux publiées dans le «New England Journal of Medicine», ont retenu l'attention bien au-delà du cercle des diabétologues durant la première année du troisième millénaire: Premièrement, que le diabète de type 2 est évitable par des modifications du style de vie [1], et deuxièmement, que la survie des patients en état critique se trouvant en soins intensifs de chirurgie est nettement améliorée si une normo-glycémie stricte est maintenue, même si aucun diabète n'était connu chez eux jusqu'alors [2].

Le diabète sucré est notoirement devenu une pandémie. Il y a actuellement environ 150 millions de diabétiques de par le monde, et l'on s'attend à une augmentation à 240 millions d'ici 2010, dont environ 90% souffrant de diabète de type 2. Il y a environ 250-300 000 diabétiques en Suisse actuellement, dont plus d'un tiers l'ignore encore. Des coûts inimaginables se profilent à l'horizon pour le système de la santé, et déjà chaque septième dollar dépensé aux USA (chez nous près de 10%) pour la santé l'est pour le diabète ou l'une de ses complications (avant tout macro- et micro-vasculaires). L'étude de Tuomileto et al. [1] est à cet égard pour moi une étude qui fera date.

Cette étude finlandaise a pu prouver pour la première fois ce que tout le monde savait théoriquement, mais que nous tous, aussi bien médecins que patients, feignons d'ignorer dans notre travail quotidien, à savoir que le diabète de type 2, même chez les patients à haut risque, se laisse prévenir par des changements du style de vie!

Tuomileto et al. ont randomisé 522 patients adipeux (BMI: 31 kg/m<sup>2</sup>), d'âge moyen (55 ans), avec une tolérance au glucose pathologique, c'est-à-dire en clair avec un pré-diabète, en un groupe avec intervention de 265 patients et un groupe contrôle sans intervention. L'intervention consistait en des conseils intensifs pour atteindre une réduction de >5% de poids, une réduction des apports lipidiques de <30%, des acides-gras saturés de <10%, et l'augmentation de l'apport de fibres végétales à ≥15 g/1000 kcal ingérés; l'intervention comprenait aussi 7 entretiens avec une diététicienne durant la première année, suivi d'un entretien tout les trois mois par la suite. Pour assurer les 30 minutes d'activité corporelle quotidiennes minimales souhaitées, des conseils et un programme d'entraînement individuel étaient mis en œuvre avec des physiothérapeutes.

Cette prise charge intensive en valait nettement la peine: non-seulement la réduction de poids durant la première année fut de 4,2 ± 5,1 kg (groupe contrôle: 0,8 ± 3,7 kg), mais le risque de survenue d'un diabète diminua de 58% par rapport au groupe de contrôle. (Incidence de diabète cumulative sur 4 ans: 11% vs. 23%)! Ceci, bien que la différence de poids entre les deux groupes fondit comme neige au soleil durant les 5 années de suivi et n'était que de 2,1 kg à la fin ... (résultats cf. tabl. 1, 2)

Ce qui fascine tellement Jaako Tuomilehto et moi-même, est le fait qu'à l'avenir, lorsque la prévention primaire aura enfin acquis la place qu'elle mérite dans la politique de la santé, ces prises en charge puissent être effectuées – du moins théoriquement – par chaque médecin de famille. On peut se dispenser pour cela de diabétologues et de services hospitaliers coûteux! Et de plus le fatidique NTT (= Number Needed to Treat) est impressionnant: 22 patients avec

Dr Matthias Stahl  
Leitender Arzt Innere Medizin  
Kantonsspital  
CH-4600 Olten

**Tableau 1.**  
**Modifications autoproclamées après 1 année d'étude selon les groupes de traitement.**

Variable	% des patients		valeur-p
	groupe d'intervention (n = 253)	groupe de contrôle (n = 247)	
Consommation de graisse diminuée	87	70	0,001
Modification de la qualité des graisses	70	39	0,001
Consommation de légumes augmentée	72	62	0,01
Consommation de sucre diminuée	55	40	0,001
Consommation de sel diminuée	59	50	0,03
Consommation d'alcool diminuée	26	23	0,43
Activité corporelle augmentée	36	16	0,001

une tolérance au glucose élevée (aujourd'hui: glycémie à jeun pathologique) «traités» ainsi pendant une année permettent d'éviter un cas de diabète nouveau, des chiffres vraiment fantastiques!

La deuxième étude devrait avoir un impact de la même envergure en milieu hospitalier, non seulement pour la prise en charge future des patients diabétiques, mais pour tous les patients avec des glycémies élevées. Car, à l'instar de l'étude chez les patients diabétiques lors d'événements coronariens aigus (étude DIGAMI), l'étude actuelle de Van den Berghe et al. montre qu'une insulinothérapie intensifiée permet de diminuer nettement tant la morbidité que la mortalité des patients en état critique, même lors de glycémies à jeun faiblement élevées [2]. Détail piquant: tous les patients consécutifs, et non seulement les diabétiques, hospitalisés et intubés en soins intensifs de chirurgie ont été inclus dans l'étude! Il sera inévitable à l'avenir, si l'on prend cette étude au sérieux – et je me joins à cette opinion – de prêter une plus grande attention aux glycémies élevées à l'hôpital. Et ceci non seulement chez les diabétiques mais chez tous les patients, qu'ils soient hospitalisés en service de chirurgie ou de médecine!

**Tableau 2.**  
**Atteinte de l'objectif fixé à un an en fonction du groupe de traitement.**

Objectif	% des patients		valeur-p
	groupe d'intervention (n = 253)	groupe de contrôle (n = 247)	
Réduction du poids >5%	43	13	0,001
Apports lipidiques <30% de l'énergie globale	47	26	0,001
Acides-gras saturés <10% de l'énergie globale	26	11	0,001
Consommation de fibre végétale ≥15 g /1000 kcal	25	12	0,001
Activité corporelle >4 heures par semaine	86	71	0,001

## Références

1 Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. for the Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by

changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-50.

2 Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl J Med* 2001;344:1359-67.