

Diabétologie et endocrinologie: Cela devient de plus en plus dense!

Beat Müller

Diabète et métabolisme

Pédiatrie: Une gigantesque «épidémie» d'obésité nous envahit, en provenance des Etats-Unis: prévalence de 5% en 1970 et de 15% en 2000, avec augmentation du diabète de type 2 (sic!) à la puberté. *They truly have a problem ... and we?* (Schoenle E., Zurich)

Prévention du diabète de type 2: Dans une épidémie d'obésité avec syndrome métabolique, et surtout de diabète de type 2, la question de pouvoir agir sur ce cercle vicieux est intéressante. La bonne nouvelle pour les patients: les interventions sur le «mode de vie» (changement des habitudes alimentaires, plus d'activité physique, «empowerment») permettent de diminuer significativement l'incidence du diabète. Cela vaut également pour la metformine (Glucophage®) et pour les patients ayant une intolérance au glucose. La mauvaise nouvelle pour les caisses-maladie: les mesures de prévention ne sont pas économiques en coûts [1-3]. (Brändle M., St-Gall)

Obésité: Après la leptine et la ghréline, c'est maintenant la PYY, une hormone gastro-intestinale, qui est l'«arme magique» de la perte de poids: «hype or hope» (publicité ou espoir)? [4]

Diabète de type 1: 10 ans après la publication de l'étude DCCT, le risque de complications secondaires diminue de manière hautement significative et durable, bien que l'équilibre de la glycémie entre traitement standard et intensif soit de nouveau le même (mauvais, soit HbA_{1c} de 8%). Donc un bon équilibre du diabète vaut la peine à long terme, mais il faut une formation et une motivation permanentes. (Pernet A., Genève)

Diabète et grossesse

Quelles insulines? De l'avis des experts, il est toujours plus possible de recourir aux analogues insuliniques, car le risque théorique est probablement plus que compensé par le meilleur équilibre des glycémies: lispro (Humalog®, considérée comme sûr, attention éventuellement si rétinopathie); aspartate (Novo-Rapid®, beaucoup moins de données); glargine (Lantus®, le moins de données de toutes, attendre encore). (Puder J.J., Bâle)

Syndrome des ovaires polykystiques (PCOS) et metformine: La metformine augmente le nombre de grossesses et a moins d'effets indésirables que les autres inducteurs de l'ovulation, dont le clomifène. Mais comme il n'y a encore aucune bonne étude prospective contrôlée sur les effets secondaires de la metformine au cours de la grossesse, il est recommandé d'arrêter ce médicament après confirmation de la conception. (Puder J.J., Bâle)

Complications secondaires

Coronaropathie: La présence d'un diabète est aussi importante sur le risque et le pronostic d'un infarctus du myocarde qu'un status après infarctus. Quel examen cardiovasculaire choisir chez les diabétiques? La sensibilité de l'ECG d'effort est insuffisante. La scintigraphie sous perfusion et l'échocardiographie à l'effort permettent une meilleure stratification du risque. Très utiles, mais aussi économiques? (Ruiz J., Lausanne)

Neuropathie algique: Souvent difficile à traiter. La correction de l'hyperglycémie (insuline) est la condition sine qua non! Méthode progressive, par étapes, recommandée: paracétamol ⇒ (&) antidépresseurs tricycliques ⇒ (&) tramadol («start low, go slow») ⇒ (&) carbamazépine (surtout pour douleurs térébrantes) ⇒ (&) gabapentine (très hautes doses, jusqu'à 3600 mg, parfois nécessaires); éventuellement capsaïcine crème à 0,075% (Neurodol®), éventuellement ISRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine).

Musique d'avenir: patch avec AINS (aspirine; indométacine), gel de clonidine, ionophorèse à la lidocaïne. (Kalbermatten N., Sion)

Hyperglycémie chez les patients hospitalisés: Nous ne saurions suffisamment insister: il n'y a aucun moyen plus efficace que l'insuline i.v. pour traiter toutes les hyperglycémies, idéalement à des valeurs euglycémiques de 4-6 mmol/l, dans le but d'abaisser la morbidité et la mortalité surtout en cas de septicémie, d'intubation à long terme et de CC. Important, plus des 2/3 de ces patients ne sont PAS des diabétiques connus. Internistes, intensivistes et cardiologues: entendez-vous ce message? ([5, 6]; Pernet A., Genève)

Correspondance:
Dr méd Beat Müller
Leitender Arzt
Abteilung für Endokrinologie,
Diabetologie und klin. Ernährung
Universitätskliniken
CH-4031 Basel

happymiller@bigfoot.com

Les explications ci-dessous sont un résumé du «Merck-Lipha 2nd Post-ADA-/Endocrine-Symposium 2003» du 25 septembre 2003 à Berne. Les présentateurs sont indiqués entre parenthèses, et peuvent être contactés par celles et ceux qui seraient particulièrement intéressé(e)s.

Endocrinologie

Déficit en hormone de croissance chez l'adulte: Des conséquences sont postulées sur la force musculaire, le bien-être, le profil lipidique, la fonction rénale, la mortalité cardiovasculaire. Il est nécessaire d'en confirmer le diagnostic par des épreuves dynamiques (hypoglycémie sous insuline, stimulation par arginine-GHRH). La substitution de l'hormone de croissance est-elle utile ou simplement «rentable»? (Jacot des Combes B., Genève)

Andropause: réalité ou fiction? Il ne fait aucun doute que l'hypogonadisme présente des symptômes qui doivent être traités. Mais faut-il traiter toute baisse physiologique des hormones sexuelles chez l'homme? Plus fontaine de jouvence que «evidence based». L'homme pourrait-il apprendre quelque chose de la femme à ce propos? Voir la réponse au paragraphe suivant. (Pralong F., Lausanne)

Ménopause: que faire d'après la «Women's Health Initiative»? La substitution généralisée de la femme postménopausée est définitivement «out». Les risques potentiels en sont actuellement sérieusement (trop) mis en avant: mortalité cardiovasculaire, thromboses, cancer du sein. Le bénéfice potentiel n'est actuellement pas prôné: atténuation des symptômes, prévention de l'ostéoporose, éventuellement du carcinome colique. Des alternatives sont discutées (tibolone, raloxifène), mais sont insuffisamment étudiées sur des paramètres importants. Approche individuelle avec consensus d'information nécessaire de la part des patientes. [7–9] (Portmann L., Lausanne)

Hyperparathyroïdie primaire: Nous devenons un peu plus ouverts en ce qui concerne l'opération, surtout si la clinique est typique («stoans, moans, groans»); adénome localisé, âge <50 ans, calcémie >2,9 mmol/l, score T <-2, clairance de la créatinine <30 ml/min. Le diagnostic de localisation le plus important est celui du chirurgien. ([10]; Portmann L., Lausanne)

Hypothyroïdie subclinique: Risque accru de fibrillation auriculaire, d'ostéoporose et éventuellement même de mortalité [11]. Diagnostic des étiologies traitables (Basedow, autonomie, etc.) et prophylaxie par produit de contraste indiqués. Traitement indiqué si aucune étiologie découverte? (Jacot des Combes B., Genève)

Faut-il substituer l'hypothyroïdie «discrète»? En fonction du risque, oui: si symptômes (dépression larvée notamment), TSH >10 mU/l, anticorps anti-TPO augmentés, tabagisme, désir de grossesse, orbitopathie endocrine dans la maladie de Basedow, goitre, dyslipidémie. Attention: éviter une hyperthyroïdie subclinique (contrôles de la TSH et posologie individuelle, par ex. Euthyrox®), car sinon nous déshabillons Saint-Pierre pour habiller Saint-Paul. (Müller B., Bâle)

«Hormokines»? Dans les infections respiratoires, il est possible de diminuer de moitié les antibiotiques en limitant ce traitement aux patients ayant des taux sériques de procalcitonine élevés. Ceci avec un résultat absolument comparable. Les internistes, infectiologues et pneumologues lisant cela peuvent demander à l'auteur

de ces lignes un bon pour une entrée au cinéma ou une bouteille de vin. (Müller B., Bâle, happy-miller@bigfoot.com).

(Traduction Dr Georges-André Berger)

Références

- 1 Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. Diabetes Prevention Program Research Group. *N Engl J Med* 2002;346:393–403.
- 2 CDC Diabetes Cost-effectiveness Group. Cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol level reduction for type 2 diabetes. *JAMA* 2002;287:2542–51.
- 3 Hernan WH, Brandle M, Zhang P, Williamson DF, Matulik MJ, Ratner RE, et al. Diabetes Prevention Program Research Group. Costs associated with the primary prevention of type 2 diabetes mellitus in the diabetes prevention program. *Diabetes Care* 2003;26:36–47.
- 4 Batterham RL, Cohen MA, Ellis SM, Le Roux CW, Withers DJ, Frost GS, et al. Inhibition of food intake in obese subjects by peptide. *N Engl J Med* 2003;349:941–8.
- 5 van den Berghe G, Wouters P, Weckers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, et al. Intensive insulin therapy in the critically ill patients. *N Engl J Med* 2001;345:1359–67.
- 6 Malmberg K. Prospective randomized study of intensive insulin treatment on long term survival after acute myocardial infarction in patients with diabetes mellitus. DIGAMI (Diabetes Mellitus, Insulin Glucose Infusion in Acute Myocardial Infarction) Study Group. *BMJ* 1997;314:1512–5.
- 7 Writing group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:321–33.
- 8 Beral V, Banks E, Reeves G. Evidence from randomised trials on the long-term effects of hormone replacement therapy. *Lancet* 2002; 360:942–4.
- 9 *N Engl J Med* 2003;348:1839–54.
- 10 Marx SJ. Medical Progress: Hyperparathyroid and Hypoparathyroid Disorders. *N Engl J Med* 2000;343: 1863–75.
- 11 *Lancet* 2001;358:856–7.