

Le diabète de type 2

Le diabète est une maladie caractérisée par un état chronique d'augmentation du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie). Cette élévation est due soit à un défaut du métabolisme de l'insuline, notamment au niveau de sa pénétration dans les cellules (type 2), soit à une absence de sécrétion d'insuline au niveau du pancréas (type 1).



Par définition, le principal critère diagnostique du diabète est biologique. Il existe un diabète, lorsque la glycémie à jeun est supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) ou lorsque la glycémie est supérieure à 2 g/l (11,1 mmol/l) à un moment quelconque de la journée.

Retenir le chiffre de 1,26 g/l

De nombreuses études épidémiologiques ont montré que, dès que la glycémie à jeun est supérieure à 1,26 g/l, le sujet est exposé à un risque de développer des lésions de la paroi des artères, appelé athérosclérose. Cette athérosclérose va induire des complications vasculaires : accidents vasculaires cérébraux, infarctus, artérite des membres inférieurs, lésions des artères rétinienne avec possibilité de cécité...

Le diabète de type 2 est la forme la plus répandue

On l'appelle aussi diabète non insulino-dépendant (DNID). Cette forme représente plus de 80 % des diabètes. Il s'observe le plus souvent chez des sujets de plus de 40 ans, présentant un surpoids ou une obésité (dans 80 % des cas), d'où ses autres appellations de diabète « gras » ou « de la maturité ».

Son début est lent et très progressif et il peut évoluer silencieusement pendant de nombreuses années : de nombreux diabétiques non insulino-dépendants ignorent leur maladie.

Un trouble de l'insuline

On explique la survenue de ce diabète de

type 2 par l'apparition d'une résistance des tissus à l'action de l'insuline (insulinorésistance) ou d'une insuffisance de sécrétion d'insuline (insulinodéficience).

L'insulinorésistance entraîne une diminution des effets biologiques de l'insuline. Normalement, l'insuline libérée par le pancréas va agir sur des récepteurs à la surface des cellules des organes (muscles, foie, cerveau...), un peu comme une clé dans une serrure. L'action sur ces récepteurs va faire rentrer le glucose dans les cellules (substance sucrée, apportant l'énergie). La pénétration du glucose dans la cellule fait baisser le taux de sucre dans le sang. L'insulinorésistance est due à une baisse du nombre de récepteurs à l'insuline ou à une altération de la liaison de l'insuline à son récepteur.

L'insulinodéficience correspond à une sécrétion d'insuline inadaptée qualitativement et quantitativement. Par exemple, elle sera trop importante à jeun ou trop faible à la suite d'un repas de mauvaise qualité.

En ce qui concerne le diabète de type 1, il est la conséquence d'une carence en insuline par défaut de production par le pancréas. L'insuline est une hormone synthétisée par des cellules spécialisées (les cellules bêta), regroupées sous forme d'amas : les îlots de Langerhans.

Les symptômes du diabète ne sont pas très évocateurs

Le plus souvent, le diabète sera découvert à la suite d'un bilan biologique systématique de dépistage. Les troubles éventuel-

lement retrouvés chez le patient sont peu évocateurs. On note essentiellement, une soif excessive avec polyurie ou une fatigue anormale apparue récemment. Cependant, certains signes cliniques peuvent traduire un diabète évolué : coma, candidose buccale, soif intense, infections, amaigrissement rapide portant sur les masses musculaires...

Dans la moitié des cas, il existe déjà au moment du diagnostic, une complication vasculaire du diabète (rétinopathie, neuropathie, néphropathie, artérite, infarctus du myocarde). Toutefois, les symptômes peuvent être absents lors du diagnostic qui est alors fait lors d'un bilan biologique systématique ou lors d'un bilan cardio-vasculaire ou de surpoids (glycémie à jeun).

On retrouve chez ces sujets des antécédents familiaux de diabète gras : une importante prédisposition héréditaire, un contexte clinique à type d'hyperlipidémie, d'hypertension artérielle, d'écarts alimentaires et, chez les femmes, des naissances d'enfant de gros poids (> 4 kg) ou de problèmes de diabète durant la grossesse (diabète gestationnel).

Qu'est-ce que l'hémoglobine glyquée ?

Dans le sang, différentes protéines dont l'hémoglobine, sont susceptibles de fixer le glucose. L'HbA1c est l'hémoglobine principale chez l'adulte. La formation d'une fraction spécifique de cette hémoglobine, appelée HbA1c ou hémoglobine glyquée, est irréversible et ne dépend que de la concentration du glucose dans le sang. Le

taux d'HbA1c formé est proportionnel aux élévations de la glycémie. Comme il faut 120 jours pour que la totalité de l'hémoglobine soit renouvelée, l'HbA1c reflète l'élévation de la glycémie pendant les 3 mois précédents son dosage. On dit que l'hémoglobine glyquée est un marqueur du diabète.

Le dosage de l'hémoglobine glyquée n'a donc aucun intérêt sur le plan du diagnostic du diabète. C'est en revanche un examen clé dans la surveillance du diabète avéré : *«le suivi du contrôle glycémique du diabète de type 2 doit reposer sur le dosage de l'HbA1c tous les 3 à 4 mois»* (ANAES). Sauf cas particuliers, la surveillance du diabète se fait avec cet examen. Le dosage biologique du glucose dans le sang à jeun ou après un repas n'est que de peu d'utilité dans le suivi du diabétique.

L'intérêt de l'autosurveillance dans le diabète de type 2

L'autosurveillance du diabète consiste à faire mesurer régulièrement sa glycémie par le patient lui-même, à l'aide d'un appareil. L'indication de l'autosurveillance n'est pas systématique en cas de diabète de type 2. Elle est cependant très utile, à titre temporaire, pour aider le patient à adapter sa diététique et à évaluer l'intérêt de l'exercice physique régulier. De même, elle va aider à déterminer la posologie du traitement, en particulier en cas de maladie intercurrente ou de prescription d'une médication diabétogène.

	Diabète de type 1	Diabète de type 2
Epidémiologie	15 % des diabètes Sujet jeune et maigre	85 % des diabètes 1,5 million de sujets atteints en France. Sujet > 40 ans, surpoids
Symptomatologie	Début brutal, Polyurie Polydypsie, Polyphagie Amaigrissement	Début lent et progressif Maladie longtemps silencieuse Souvent révélée par les complications
Physiopathologie	Carence en insuline par destruction des cellules, du pancréas	Troubles de la sécrétion insulinaire
Diagnostic	Hyperglycémie (avec sucre dans les urines)	Glycémie à jeun > ou = à 1,26 g/l à 2 reprises
Etiologie	Facteurs génétiques et immunologiques principalement	Facteurs génétiques Surcharge pondérale. Sédentarité
Evolution	À long terme : atteinte vasculaire	Atteinte vasculaire - Évolution possible vers diabète type 1

Lutter contre la sédentarité et corriger l'alimentation

Outre une prédisposition héréditaire certaine, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires jouent un rôle majeur dans l'apparition de ce diabète. Le développement des conditions de vie induisent une augmentation vertigineuse du nombre de patients diabétiques, à un point tel que l'on parle d'une véritable épidémie au plan mondial.

En conséquence, il est essentiel de modifier ses habitudes de vie. Un grand nombre de diabétiques arrive à normaliser la glycémie par un régime adapté, en perdant du poids et en s'astreignant à un effort physique de 30 minutes chaque jour (vélo d'appartement...). En cas de besoin, il existe des traitements médicamenteux efficaces.