



An - nasr

Vendredi n° 357 du 03 septembre 2010

Lorsque vient le secours d'Allah ainsi que la victoire, célèbre les louanges de ton Seigneur et implore son pardon

Le diabète est cité comme une maladie nutritionnelle mais sa survenue chez un individu est complexe et fait intervenir plusieurs facteurs. Certains facteurs sont incriminés (hérédités) sans preuves médicalement acceptables.

Il se caractérise par une chronique du taux du glucose dans le sang (hyperglycémie) constaté lors d'au moins deux prélèvements de sang veineux à jeun. Le diabète demeure une maladie chronique, donc incurable à l'état actuel des connaissances médicales. Seulement le diabétique reste le responsable de la stabilité de son état de santé par la connaissance de sa maladie et le suivi des conseils de son

médecin traitant.

Fréquence

Le diabète sucré est une véritable épidémie mondiale. La fédération internationale du

Diabète sucré : qu'est-ce c'est?

diabète estime la prévalence du diabète

dans le monde : 2010 (285 millions de diabétiques), 2030 (430 millions de diabétiques). Dans les pays en développement comme le notre, la progression sera plus forte du fait de l'occidentalisation de la vie des populations (suralimentation, inactivité physique=sédentarité, obésité) : Afrique au Sud du Sahara (98%), Moyen-Orient et du Nord (94%), Sud-est asiatique (72%), Amérique Centrale et du Sud (65%).

Classification

La classification des diabètes sucrés de l'OMS (1980, complétée en 1985) distingue essentiellement les diabètes insulinodépendants ou type 1, les diabètes non insulinodépendants ou type 2, les diabètes secondaires à une affection pancréatique ou d'autres affections hyperglycémiantes et le diabète gestationnel. Notre analyse portera sur le diabète type 2 qui est la forme la plus fréquente et connue de la majorité.

Physiopathologie

L'insuline est une hormone sécrétée par les cellules bêta qui représente 60 à 65% des cellules endocrines (cellules qui sécrète des hormones et les libèrent dans le sang) pancréatiques (organe annexe de l'appareil digestif). L'insuline va jouer un rôle important dans le métabolisme de plusieurs nutriments de l'organisme. Sa sécrétion est stimulée par la valeur du taux de glucose dans le sang (glycémie) et la vitesse de variation de celle-ci.

L'insuline favorise l'entrée du glucose dans les tissus insulinodépendants, active la glycolyse (oxydation du glucose), stimule la lipogénèse (synthétise des acides gras, du

glycérol et des triglycérides), inhibe la lipolyse (oxydation des lipides), stimule la synthèse protidique et inhibe le catabolisme protidique.

Les principales difficultés rencontrées dans l'étude de la pathologie (dysfonctionnement à l'origine de la maladie) du diabète type 2 tiennent à l'hétérogénéité de la maladie. En effet, l'âge de la survenue de la maladie, sa prévalence en fonction de l'origine ethnique ou de l'obésité, l'importance de l'hyperglycémie et la concentration de l'insuline circulante sont des facteurs extrêmement variables d'un patient à l'autre. Les mécanismes conduisant à l'hyperglycémie au cours du diabète type 2 sont multiples et l'on ne connaît pas à l'heure actuelle le facteur initial. Il existe en effet à la fois une anomalie de la sensibilité à l'action de l'insuline et une carence en insuline par atteinte des cellules bêta.

Symptômes

Le diabète non insulinodépendant est découvert le plus souvent à un stade tardif devant une complication dégénérative ou lors d'un dépistage systématique. Parfois, l'existence d'une infection cutanée (staphylococcie) ou d'un prurit

vaginal conduit à la vérification de la glycémie. Il peut se révéler brutalement avec un syndrome polyuro-polydipsique notamment lors de facteurs déclenchants comme une complication infectieuse, un traitement hyperglycémiant.

Le syndrome polyuro-polydipsique est fait de polyurie, une fréquence élevée d'urine surtout la nuit qui gêne le sommeil du sujet accompagnée de polydipsie (prise de boisson fréquente en rapport avec une soif vive qui témoigne de la perte d'eau à l'origine d'un amaigrissement malgré une ingestion en grande quantité de repas (polyphagie).

Des troubles visuels transitoires, les antécédents familiaux de diabète, une obésité, antécédent de macrosomie fœtale doivent attirer l'attention. L'examen clinique n'a qu'une valeur d'orientation. Le diagnostic du diabète peut être établi de trois façons différentes : une polysémie à jeun supérieure ou égale à 1.26g/L (7mmol/L) à deux prises, symptômes de diabète et une polysémie réalisée quelque soit l'heure supérieure ou égale à

2g/L (11mmol/L) et une glycémie faite 2 heures après une chargée de glucose lors d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale supérieure ou égale à 2g/L (11mmol/L).

Complications possibles

Le diagnostic tardif du diabète, absence de traitement ou traitement efficace ou traitement mal suivi peuvent favoriser la survenue de plusieurs complications susceptibles de compromettre le pronostic vital du sujet.

Les complications oculaires, rénales, cardiovasculaires et la neuropathie liées aux diabètes sont pour l'essentiel consécutives au déséquilibre polysémique persistant. Il existe néanmoins d'importants facteurs individuels de susceptibilité génétique, hypertension artérielle (HTA), lipoprotéines circulantes ou autres, l'hyperglycémie chronique n'expliquant pas tout à elle seule.

Il existe également 4 types de complications métaboliques aiguës du diabète sucré : la céto-acidose, le coma hyperosmolaire, l'hypoglycémie, l'acidose lactique. Leur survenue

met en jeu le pronostic vital à court terme.

Traitement

Le diabète sucré est une maladie chronique, définitive et donc quotidienne. Son traitement et sa surveillance vont conditionner la plus part des actes courants de la vie et peuvent retentir au plan psychologique, social et professionnel de tout individu qui en est atteint. L'atteinte des objectifs du traitement est fortement conditionnée par la participation active du patient à sa propre prise en charge. Le transfert et d'un savoir faire sur le diabète constitue un véritable acte médical ou paramédical indispensable. Cet enseignement, destiné en outre à la famille et à l'entourage du malade, doit couvrir tous les aspects du diabète : notion de maladie chronique, mécanisme de la maladie, principes et éléments du traitement et la surveillance du traitement, les complications et leur prévention, le diabète et la vie courante.

Une activité physique adaptée à chaque patient est recommandée. Elle réduit l'insulino résistance, améliore le contrôle glycémique, le profil lipidique et la pression artérielle.

Elle doit être régulière et d'une durée suffisante (30 à 60 minutes). Les sports d'endurance, la gymnastique et les sports d'équipe sont les plus conseillés. Mais l'essentiel pour le diabétique est de pouvoir suivre les conseils hygiéno-diététiques préalablement discutés avec son médecin traitant ; si malgré les mesures la glycémie reste élevée on fera recours au traitement médicamenteux à base des hypoglycémifiants oraux et l'insulinothérapie. La vie du diabétique dépend fortement de l'intérêt qu'il accordera au suivi de sa maladie (dosage de la glycémie capillaire, dosage de l'hémoglobine glyquée, glycémie à jeun sur sang veineux). En résumé le diabétique doit savoir concilier son statut de diabétique avec son alimentation et ses activités quotidiennes.

KOYOSSI

LISEZ ET FAITES LIRE AN-NASR. VOS
SUGGESTIONS SONT ATTENDUES A
L'ADRESSE SUIVANTE :
annasrv@yahoo.fr