



Congrès PANARAB 2006

DOSSIER DE PRESSE

Sous le thème :

Diabète : Les nouveaux traitements

CONFÉRENCE DE PRESSE

Jeudi 27 avril 2006

Hôtel Palace d'Anfa/Casablanca

Contact presse:

Odile CAPRONNIER

PR Media, Hill and Knowlton

GSM: +212 61 49 90 37

Tel: +212 22 86 30 79/81

Fax: +212 22 86 30 76

SOMMAIRE

❖ Communiqué de presse

❖ Diabète

I- Mode d'action des nouvelles thérapies en comparaison avec les traitements conventionnels

- 1) *Les traitements agissant sur le pancréas*
- 2) *Les nouvelles thérapies agissant sur l'insulino-résistance*
 - a- Les biguanides
 - b- Les glitazones

II-Complications du diabète

- 1) *Complications cardio-vasculaires et cérébrales*
- 2) *Complications oculaires*
- 3) *Complications rénales*
- 4) *Complications neurologiques*

III- Enjeux de l'épidémie de diabète

- 1) *Les facteurs de risque Les chiffres*
- 2) *Les chiffres*
- 3) *La prévention*



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Casablanca le 27 avril 2006 – Du 4 au 6 mai 2006, la Société Marocaine de diabète et d'endocrinologie organise le 7^{ème} congrès PANARAB à Rabat.

Au programme de ce congrès, la journée du samedi sera consacrée au diabète. Des conférenciers internationaux interviendront au sujet de cette pathologie, l'une des premières préoccupations sanitaires à l'échelle planétaire.

On estime aujourd'hui le nombre de diabétiques à 170 millions de personnes de par le monde. Il atteindra 250 millions en 2010 et plus de 300 millions en 2025. Au Maroc plus de deux millions de personnes sont déjà touchées et ce chiffre ne cesse d'augmenter.

Le diabète se caractérise par la présence excessive de sucre (glucose) dans le sang. Le glucose circulant provient d'un apport alimentaire exogène ou d'une production endogène par le foie. Il se retrouve dans les vaisseaux sanguins et est transporté vers les tissus qui vont l'utiliser (les muscles ou le cerveau principalement) ou le stocker (le foie, les graisses ou les muscles). Pour qu'il quitte le sang et gagne ses sites d'utilisation ou de stockage, intervient une hormone fabriquée par le pancréas : l'insuline.

Le diabète est causé soit par une production insuffisante d'insuline (diabète de type 1 ou secondaire à une pancréatite), soit par la perte d'efficacité de l'insuline au niveau des cellules cibles – on parle de 'résistance à l'insuline' favorisée par la sédentarité, le surpoids, certains médicaments. Ce phénomène d'insulino-résistance est la cause de 90% des diabètes (diabète de type 2).

Le diabète est une maladie chronique qui, en l'absence de traitement approprié, peut être à l'origine de très graves complications : altérations de la vue, insuffisance rénale, lésions au niveau des pieds pouvant conduire à des amputations, dysfonctionnements cardiaques, etc...

Le diabète de type 1 ou diabète insulino-dépendant :

Le diabète de type 1 apparaît généralement pendant l'enfance. Il est dû à la destruction des cellules du pancréas par une réaction auto-immune. Le traitement de ce type de diabète, connu également sous le nom de « diabète insulino-dépendant », consiste en des injections régulières d'insuline.

Le diabète de type 2 et l'insulino- résistance :

Aussi appelé diabète non insulino-dépendant, diabète gras, ou diabète de la maturité, le diabète de type 2 ne concernait auparavant que les personnes âgées. Or, de plus en plus, les cas se multiplient dans toutes les tranches d'âge et cette maladie est à présent diagnostiquée chez des personnes jeunes, voire même des enfants.

Cette véritable « épidémie » de diabète est liée au fort développement des mauvais comportements alimentaires et de l'obésité (on parle de « diabésité », terme qui lie en un seul mot ces deux pathologies associées). Le phénomène est observé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.

Le diabète de type 2 résulte du phénomène d'insulino-résistance : les cellules cibles de l'organisme, qui permettent de stocker le sucre et de faire baisser son taux sanguin (tissus graisseux, foie et muscles) deviennent moins sensibles à l'insuline. Pour une même quantité de sucre circulant le pancréas est donc plus sollicité que chez les personnes normales. Cet organe ne peut durablement faire face aux besoins accrus de l'organisme en insuline liés à ce phénomène d'insulino-résistance.

Le diabète de type 2 survient chez des personnes qui ont tendance à l'embonpoint et relativement sédentaires. Ses manifestations à proprement parler sont souvent peu visibles voire même parfois silencieuses. Il est ainsi possible d'être diabétique de type 2 sans le savoir. Mais il est capital d'établir le diagnostic au plus tôt afin de maîtriser l'évolution de la maladie.

Le diagnostic du diabète est réalisé après une visite chez le médecin qui prescrit une prise de sang lorsque le patient présente certains symptômes (fatigue, difficulté de concentration, soif intense, fréquente envie d'uriner, etc...). Le diabète est avéré lorsque la glycémie mesurée après 8 heures de jeûne lors de deux mesures différentes est supérieure à 1,26 g/l.

Il faut bien comprendre qu'il n'existe pas de traitement antidiabétique figé dans le temps. Le traitement doit être adapté à chaque cas particulier, et doit surtout être adapté au fil du temps, en fonction de l'évolution de la réponse du malade. Il apparaît donc nécessaire de faire un bilan tous les 6 mois chez le médecin généraliste, l'endocrinologue ou le diabétologue, afin d'ajuster au mieux les traitements.

Les traitements du diabète de type 2 : de nouvelles molécules.

Les premières mesures à prendre consistent à adopter un mode de vie plus sain, en pratiquant une activité physique et en absorbant à heures régulières une alimentation équilibrée et peu calorique. Lorsque la diète, le contrôle du poids et l'exercice ne suffisent pas à contrôler l'évolution du diabète, une prise en charge médicamenteuse est nécessaire.

Les premiers traitements développés (les sulfamides hypoglycémifiants), et encore très largement utilisés aujourd'hui, agissent sur le pancréas et stimulent sa sécrétion d'insuline. Mais il paraît évident que ces traitements sont limités car le pancréas ne peut indéfiniment fonctionner en sur-régime.

Certains patients finissent par devenir insulino-nécessitants et doivent s'injecter de l'insuline, comme les diabétiques de type 1.

Il a paru alors intéressant de développer de nouvelles thérapies ciblant le processus d'insulino-résistance. Le premier d'entre eux a été la metformine, de la famille des biguanides. De nouveaux principes actifs sont désormais sur le marché, notamment des « sensibilisateurs » à l'insuline, c'est-à-dire des agents qui luttent contre la résistance des tissus cibles à l'action de l'hormone. Ceux-ci favorisent ainsi la captation du sucre par les cellules du foie, des muscles et des tissus graisseux. Les plus prometteurs appartiennent à la famille des glitazones (AVANDIA[®], ACTOS[®]), qui améliorent également la fonction pancréatique.

La recherche en diabétologie se poursuit. Les spécialistes réunis à Rabat pour de ce 7^{ème} congrès PANARAB tenteront d'apporter des réponses scientifiques pour une amélioration des traitements et de la qualité de vie des personnes atteintes de cette pathologie dans notre pays.

Sources :

<http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/diabete/diabete.htm>

http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete

<http://www.diabetenet.com>

<http://www.frm.org>

LE DIABÈTE

Le sucre, source d'énergie primordiale du corps, doit être présent en quantité constante dans le sang pour assurer en permanence les besoins des cellules. **Le diabète** est un trouble de la régulation du taux de sucre circulant dans le sang. Une sécrétion pancréatique **d'insuline** (hormone déclenchant le stockage du sucre) en quantité insuffisante est à l'origine du diabète insulino-dépendant, de type 1, qui ne concerne que 10% environ de la population. Le diabète le plus courant survient quand les cellules qui stockent le sucre ou l'utilisent ne répondent plus de façon normale à l'insuline : c'est le phénomène **d'insulino-résistance** qui conduit au **diabète de type 2**.

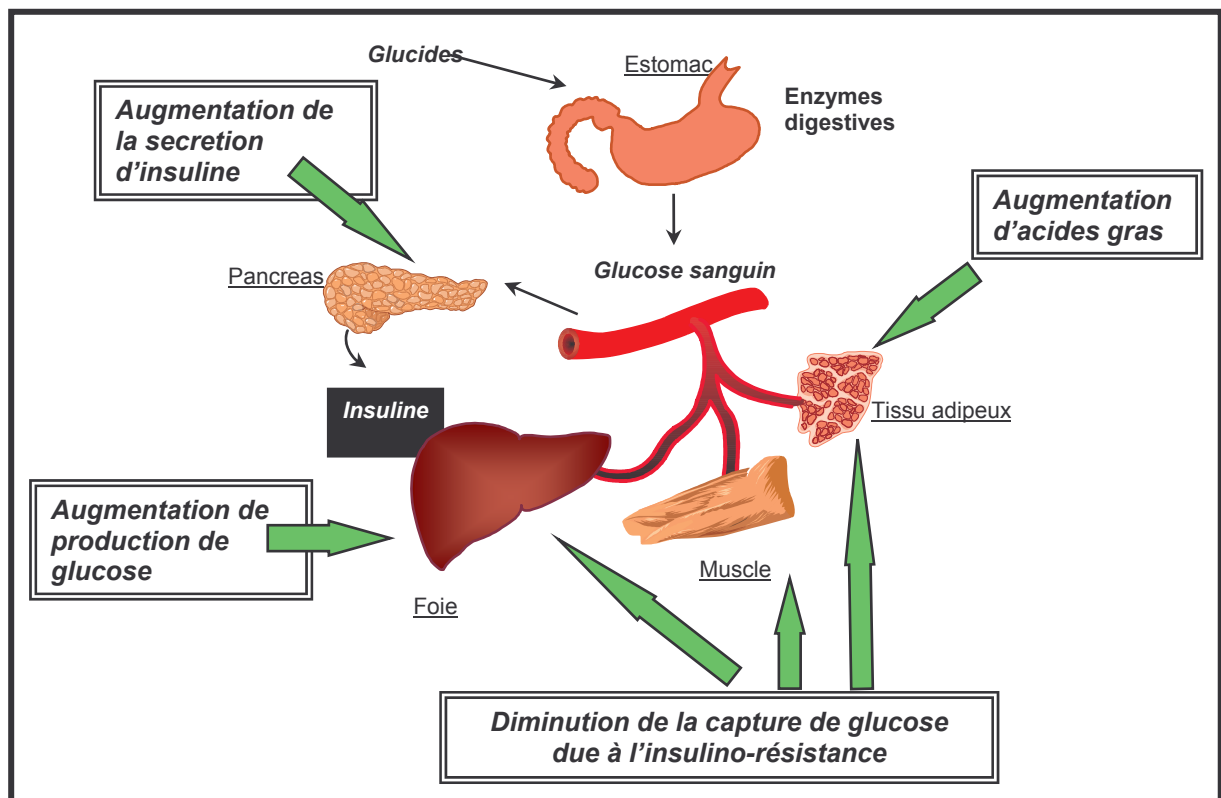


Figure 1 : l'insulino-résistance

I- Mode d'action des nouvelles thérapies en comparaison avec les traitements conventionnels

Lorsque l'insulino-résistance débute le pancréas réagit en produisant de plus en plus d'insuline, de façon à maintenir le taux de sucre sanguin dans des valeurs acceptables pour l'organisme. Outre les

mesures nutritionnelles et comportementales qui doivent être mises en route sans délai (régime alimentaire adapté, perte de poids pour les patients en surcharge pondérale, pratique du sport, etc...), une prise en charge médicamenteuse devient souvent indispensable.

1) Les traitements agissant sur le pancréas

Les traitements conventionnels (**sulfamides hypoglycémisants**) stimulent la sécrétion d'insuline par le pancréas, évitant ainsi à l'organisme des phases d'hyperglycémie après les repas. Mais le danger est réel d'aboutir à une fatigue du pancréas qui, à terme, n'arrive plus à produire suffisamment d'insuline.

Au final le patient devient alors insulino-nécessitant, et doit recevoir des injections d'insuline afin d'assurer son équilibre glycémique, comme les diabétiques de type 1.

A noter l'apparition d'une nouvelle classe d'insulino-sécréteurs non sulfamidés : les **glinides**, qui agissent de façon rapide et brève au moment des repas. Mais le recul est encore insuffisant pour connaître leurs effets à long terme.

2) Les nouvelles thérapies agissant sur l'insulino-résistance

50% des patients traités par un sulfamide ont besoin d'un traitement complémentaire après 3 ans. Ce chiffre montre que la sollicitation excessive du pancréas pour produire de l'insuline ne peut se prolonger sur le long terme.

La recherche s'est donc orientée vers l'autre facteur responsable de la régulation du taux de sucre : le stockage par les organes. Des molécules ont été développées qui, à quantité d'insuline égale, améliorent son action hypoglycémisante.

a) Les biguanides

Ce type d'antidiabétique, dont le principe actif est la **metformine**, possède une activité périphérique. Il n'agit pas sur la production d'insuline mais favorise son action hypoglycémisante. D'autre part, il augmente l'utilisation et le stockage du glucose par les muscles, diminue la production hépatique de glucose et ralentit son absorption intestinale. Malgré quelques effets secondaires gastro-intestinaux, il n'induit pas de crise d'hyperglycémie, contrairement aux sulfamides. Son effet se fait sentir au bout de quelques jours de traitement.

L'insuffisance rénale et l'insuffisance hépatique constituent des contre-indications impératives de l'emploi des biguanides (risque particulier chez le sujet âgé).

b) Les glitazones

Ces molécules agissent directement sur des récepteurs situés dans le noyau des cellules (les PPAR gamma). Elles ont une action périphérique, et réduisent la glycémie en diminuant la résistance à l'insuline au niveau des tissus adipeux, des muscles squelettiques et du foie. De plus elles améliorent la fonction des cellules bêta du pancréas, sécrétrices d'insuline. Ce traitement produit ses effets optimaux au bout de 8 semaines seulement, mais permet d'améliorer durablement l'équilibre

glycémique du patient. Le risque d'hypoglycémie associé au médicament est faible. Les glitazones constituent donc un espoir important de traitement efficace et durable pour des patients qui ne répondent plus aux traitements classiques.

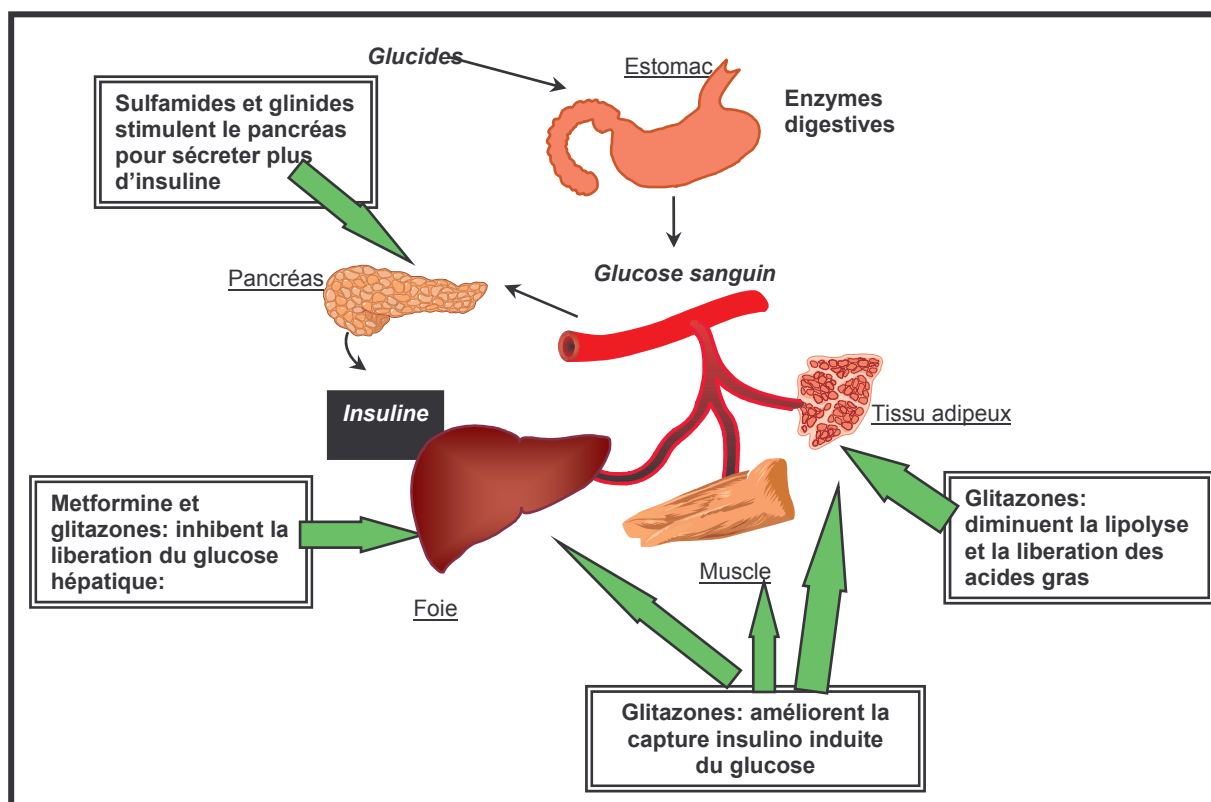


Figure 2 : site d'action des principaux médicaments dans le diabète de type 2

II- Complications du diabète

Le diabète de type 2 est une maladie chronique qui peut évoluer pendant de nombreuses années sous forme silencieuse, en particulier chez les patients mal informés ayant un mauvais accès aux soins.

Le diabète en tant que tel est une cause directe de mortalité, due à la toxicité de l'excès de sucre pour l'organisme. Mais l'hyperglycémie quasi-permanente expose en outre les diabétiques non ou mal traités à de multiples complications, au niveau des gros et des petits vaisseaux et des terminaisons nerveuses, réduisant ainsi l'espérance de vie en l'absence de traitement. Le diabète accélère la formation des plaques d'athérome (dépôt de cholestérol dans les parois artérielles), conduisant à l'obstruction des vaisseaux de différents organes ou des membres.

1) **Complications cardio-vasculaires et cérébrales**

L'ensemble des complications cardio-vasculaires est la principale cause de mortalité et de morbidité (baisse de la qualité de vie globale) chez le diabétique. En France, le risque de maladies cardiaques est 3 à 6 fois plus élevé chez les diabétiques que dans l'ensemble de la population.

L'athérosclérose dans les artères coronaires qui irriguent le cœur est à l'origine d'angines de poitrine et d'infarctus du myocarde dont l'issue peut être fatale. Elle est aussi source d'accidents vasculaires cérébraux aux conséquences plus ou moins graves.

2) Complications oculaires

En altérant les capillaires qui irriguent l'oeil, le diabète peut provoquer des rétinopathies (maladie de la rétine). Le diabète est ainsi l'une des premières causes de cécité irréversible dans les pays industrialisés. L'excès de sucre peut aussi affecter le cristallin et provoquer des cataractes (opacification du cristallin qui diminue l'acuité oculaire). Enfin on observe une augmentation du risque de glaucomes chez les patients diabétiques (maladies de l'oeil qui peuvent endommager à terme le nerf optique).

3) Complications rénales

Le rein, qui est un des principaux filtres de notre organisme, sert à éliminer les déchets produits par le métabolisme. Les épisodes récurrents d'hyperglycémie détruisent la capacité du filtre rénal à garder les protéines. On peut ainsi détecter des protéines dans les urines, en particulier de l'albumine.

Par la suite s'en suit au niveau du rein l'incapacité à excréter les toxines produites par l'organisme, entraînant une insuffisance rénale légère progressant graduellement. Le diabète est la cause principale d'insuffisance rénale terminale chez l'adulte. La dialyse est alors nécessaire pour remplacer cette capacité du rein à filtrer les déchets de notre organisme, mais elle est très lourde à supporter pour les patients.

4) Complications neurologiques

L'excès chronique de sucre dans le sang provoque une affection au niveau des terminaisons nerveuses. Elle se traduit par une perte de sensibilité graduelle qui se manifeste principalement au niveau des pieds. Il y a d'abord atteinte au niveau du gros orteil, qui peut s'étendre à tout le pied, toute la jambe et par la suite attaquer simultanément les mains. Associées aux atteintes vasculaires, ces complications neurologiques au niveau du pied induisent des affections invalidantes (plaies, ulcérations) difficiles à soigner. En cas d'obstruction complète des vaisseaux irrigant les pieds la gangrène peut s'installer, rendant indispensable le geste d'amputation. 50% des amputations du pied d'origine non traumatique sont liées au diabète.

D'autres troubles neurologiques sont observés au niveau du tube digestif, des organes sexuels et de la régulation de la tension artérielle.

Enfin il faut noter que les diabétiques sont plus exposés que les autres à diverses infections, en particulier des infections pulmonaires comme la tuberculose.

III- Enjeux de l'épidémie de diabète

1) *Les facteurs de risque*

Plusieurs facteurs favorisent l'apparition du diabète. Il est important de les connaître afin d'identifier les personnes les plus à risque :

- Hérédité : il existe une prédisposition familiale pour le diabète. Dans 50 à 60% des cas on retrouve des antécédents chez les parents. Mais ceci ne correspond pas à une réalité génétique : c'est plutôt la convergence de facteurs environnementaux communs au sein d'une famille. Les vrais diabètes génétiques représentent moins de 5% de l'ensemble des diabètes.
- Obésité : aujourd'hui 80% des diabétiques sont obèses (avec un indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m²).

Indice de masse corporelle (poids / taille²)

< 20	Trop maigre
20-25	Normal
25 - 27	Limite supérieure,
27 - 30	Légère obésité
> 30	Obésité

- Nutrition et hygiène de vie : la sédentarité et le manque d'exercice observés dans les pays industrialisés, associés à une alimentation trop riche en sucre et en graisse, prise à n'importe quel moment de la journée, prépare le terrain de l'insulino-résistance et du diabète.

2) *Les chiffres*

C'est une véritable épidémie de diabète qui est en cours. En 1985, on estimait à 30 millions le nombre de diabétiques dans le monde. En 1995, il était monté à 135 millions et, selon les dernières estimations de l'OMS, il était de 177 millions en 2000 et il atteindra au moins les 300 à 330 millions d'ici à 2025. Des travaux de recherche récents de l'OMS ont montré qu'il y aurait 190 millions de personnes atteintes de diabète dans le monde. Le rapport de l'OMS sur le diabète indique aussi que l'augmentation, qui va être de l'ordre de 45 % dans les pays développés, approchera les 200 % dans les pays en développement. Pour les initiateurs de ce rapport, la raison fondamentale de cette situation est le vieillissement de la population, les mauvaises habitudes alimentaires, l'obésité et le mode de vie sédentaire.

Selon une enquête menée par le ministère de la Santé en 2000 au Maroc, 1,5 million de personnes souffrent de diabète, parmi lesquelles 120.000 (8%) sont insulino-traités (diabète de type 1). 6,6 % des personnes de 20 ans et plus sont diabétiques. L'enquête montre également que parmi ces personnes 50 % ignoraient qu'elles étaient atteintes de diabète.

La situation est alarmante, du fait que la prévalence atteint près de 8,7 % chez les personnes âgées de plus de 30 ans et de 11,5 % chez les plus de 40 ans. Comparant le milieu urbain au milieu rural, l'enquête a révélé que le diabète est plus fréquent dans le premier (9 %) contre 4,4 % dans le second.

On note également une nette prédominance féminine que les chercheurs ont attribuée à la plus forte proportion de surpoids et d'obésité chez les femmes comparées aux hommes (83% des femmes sont en surpoids au Maroc contre 37% des hommes).

En raison de sa chronicité, de la gravité de ses complications et des moyens qui doivent être mis en œuvre pour les combattre, le diabète est une maladie coûteuse, non seulement pour le malade et sa famille, mais aussi pour les autorités sanitaires.

3) La prévention

La prévention est donc primordiale pour tenter d'enrayer la progression inquiétante du diabète.

Une prévention efficace passe par des soins d'un meilleur rapport coût-efficacité, qu'il s'agisse de prévenir l'apparition du diabète (prévention primaire) ou d'en empêcher les conséquences immédiates ou à plus longue échéance (prévention secondaire).

- La prévention primaire a pour but de protéger les sujets sensibles contre l'apparition d'un diabète. Elle permet de réduire ou de retarder à la fois les soins aux diabétiques et les traitements des complications. Les modifications du mode de vie (régime alimentaire approprié et augmentation de l'activité physique, avec la baisse de poids qui en résulte), accompagnées de programmes éducatifs continuels, ont permis de réduire de près des deux tiers la progression vers le diabète au cours d'une période de six ans, dans une étude menée en Chine. Les mesures de ce type, doivent être particulièrement envisagées dans les régions les plus pauvres du monde même si elles ne sont pas faciles à mettre en œuvre, car elles ont un bon rapport coût-efficacité si elles sont appliquées à l'ensemble d'une population. Ces mesures de prévention auront des effets qui iront bien au-delà du diabète : l'amélioration du régime alimentaire et l'activité physique quotidienne auront également des effets sur l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et certains cancers.
- La prévention secondaire repose entre autres sur le dépistage, la prévention et le traitement précoces. Des interventions appropriées au bon moment ont des conséquences bénéfiques du point de vue de la qualité de la vie des malades et sont d'un excellent rapport coût-efficacité, surtout quand elles permettent de prévenir des hospitalisations. Le traitement de l'hypertension artérielle et de l'hyperlipémie, ainsi que le contrôle de la glycémie, peuvent réduire sensiblement le risque de complications et ralentir leur évolution dans toutes les formes de diabète. Une autre stratégie rentable consiste à prévenir les complications liées au diabète en surveillant l'apparition des symptômes : ulcération des pieds, atteinte de la rétine, présence de protéines dans les urines. Les mesures visant à diminuer la consommation de tabac contribuent également à la prise en charge du diabète. Il est en effet établi que le tabagisme s'associe à un mauvais contrôle de la glycémie et qu'il a une forte relation de cause à effet avec l'hypertension et les cardiopathies chez les diabétiques, comme chez les non-diabétiques.

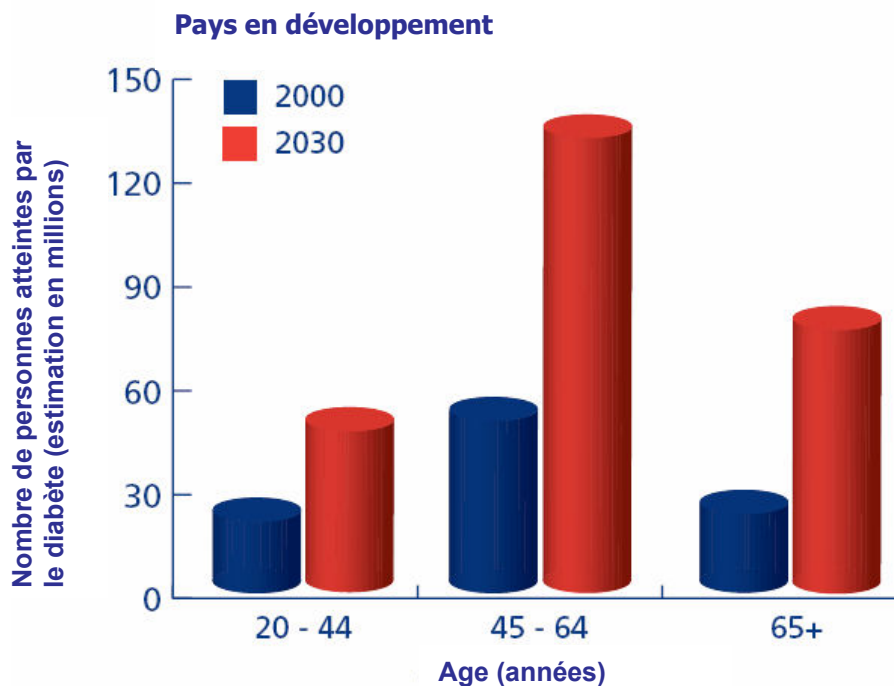
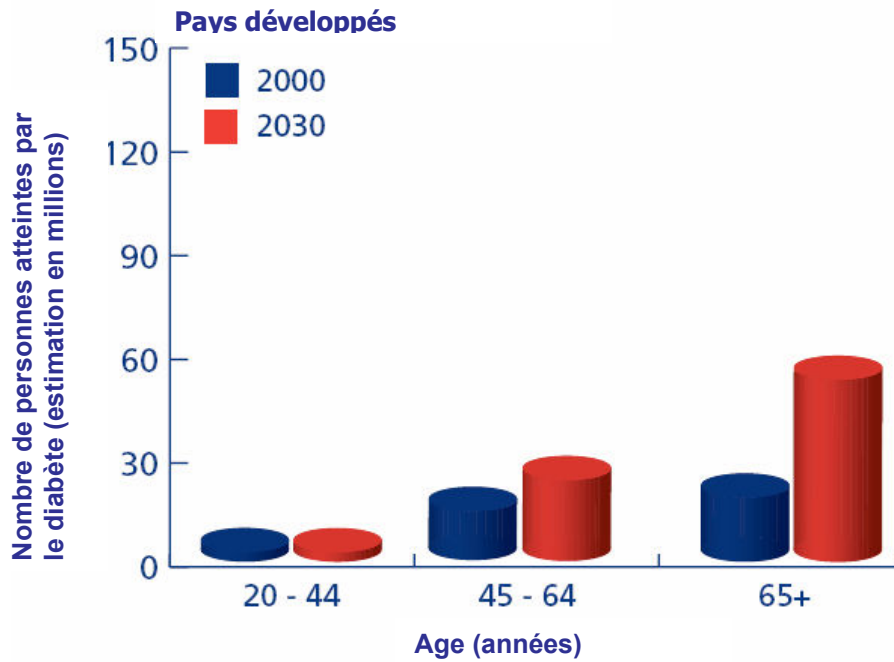


Figure 3 : Estimation du nombre d'adultes atteints par le diabète

Le diabète est une maladie très fréquente au Maroc comme dans le reste du monde. D'urgentes mesures d'information et de prévention doivent être prises afin de sensibiliser le public et de tenter d'enrayer l'épidémie. La prise en charge des patients doit aussi être améliorée, car il existe aujourd'hui un arsenal thérapeutique diversifié, permettant de bien équilibrer la maladie, d'améliorer la qualité de vie des malades, et de limiter l'évolution vers des complications très invalidantes.

Le diabète représente un enjeu majeur de santé publique et doit être très sérieusement pris en compte par les autorités sanitaires.

Sources :

<http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/diabete/diabete.htm>

<http://www.diabetenet.com>

<http://www.frm.org>

<http://www.who.int>

<http://www.sante.gov.ma>