

## Prévention primaire du diabète de type 2 chez les sujets prédisposés

### Mots clés :

Diabète de type 2  
Prévention primaire  
Style de vie  
Activité physique  
Alimentation

Il y a un peu plus de 2 millions de diabétiques en France actuellement, ayant 64 ans d'âge moyen, avec une prévalence plus élevée dans les DOM-TOM qu'en métropole, et une augmentation annuelle de prévalence de l'ordre de 3%. Le retard au diagnostic est aujourd'hui encore estimé en France à environ 7 années<sup>1</sup>. Les complications micro- et macrovasculaires commencent souvent à se développer avant que le diagnostic n'ait été porté : 25% des diabétiques présentent déjà des complications microvasculaires à ce moment. L'objectif de dépistage précoce chez des sujets prédisposés semble donc d'autant plus logique que l'on sait depuis des études randomisées de la décennie passée qu'une alimentation adaptée et un exercice physique modéré sont capables au moins de retarder l'apparition d'un diabète de type 2<sup>2</sup>. Bien que la sensibilité génétique semble essentielle à la survenue du diabète, la population à risque de diabète de type 2 correspond essentiellement à la population des obèses. Une récente actualisation des recommandations de l'*American Diabetes Association* fait le point sur les données disponibles<sup>3</sup>.

### Principes généraux de la perte de poids

Les données cliniques les plus probantes résultent essentiellement de la *Finnish Diabetes Prevention study* et du *Diabetes Prevention Program (DPP)* aux USA<sup>in3</sup>. Elles confirment avec un niveau de preuve élevé qu'une perte de poids modérée (en moyenne 7% du poids de départ) réduit le risque de diabète de type 2. Dans ces deux essais, les sujets inclus avaient pour objectif une activité physique régulière de 150 mn/ semaine, et une alimentation réduisant l'apport en graisse et en calories. Dans le groupe intervention du *DPP*, l'apport de graisses était d'environ 34% en début d'étude et de 28% après 1 an. Une majorité des patients de ce groupe avaient atteint l'objectif de 150 mn d'exercice modéré par semaine. Dans les deux études, on retrouvait une réduction analogue de l'apport en graisses, notamment saturées, qui, associée au renforcement de l'activité physique, diminuait l'insulinorésistance et favorisait la perte de poids. La réduction associée des apports en hydrates de carbone a peut-être joué un rôle, mais il n'y a pas de données à ce sujet. D'autres études ont précisé les modalités optimales de l'activité physique souhaitable<sup>4</sup>.

### Quelques apports alimentaires plus spécifiques

Plusieurs autres études<sup>in3</sup> ont montré que l'apport de *céréales et de fibres* est associé à une diminution du risque de diabète et une meilleure sensibilité à l'insuline, indépendamment du poids. Il y a encore débat quant au rôle possible des *aliments à index glycémique bas ou des régimes hypoglycémiques* en prévention du diabète de type 2. Les études sont contradictoires et ne permettent pas de conclure en l'attente de nouveaux essais randomisés prospectifs.

Pour l'apport d'*alcool*, des études observationnelles<sup>in3</sup> ont suggéré une courbe en J avec une incidence plus faible du diabète de type 2, de maladie coronarienne et d'AVC, pour les consommateurs modérés d'alcool (1 à 3 « doses », soit 15 à 45 g d'alcool par jour) que pour les non consommateurs mais aussi les forts consommateurs. Ainsi, chez les consommateurs d'alcool, il faut rappeler la nécessité d'une consommation modérée.

D'autres nutriments peuvent interférer avec le métabolisme du glucose et de l'insuline, mais il n'existe pas à ce jour de données convaincantes sur leur rôle.

### Que conclure pour notre pratique ?

Ces données incitent, comme en 2001, à proposer aux patients « à risque », du fait soit de leurs antécédents familiaux, soit de leur surpoids et/ou de leur sédentarité, de **modifier en profondeur leurs habitudes de vie**. L'importance de l'action sur le poids pour réduire le risque d'incidence du diabète chez ces patients est majeure, exigeant d'insister sur une alimentation mieux adaptée et une activité physique modérée à partir de la balance énergétique propre à chacun.

Ce qui est peut être plus nouveau est l'augmentation sur un mode quasi-épidémique de l'obésité **chez l'enfant**<sup>5</sup>. Bien que les données disponibles soient insuffisantes pour proposer des recommandations spécifiques pour la prévention du diabète de type 2 dans ces cas, il semble raisonnable, comme le fait prudemment l'*ADA*, de proposer, notamment en cas de facteur familial, une approche analogue à celle de l'adulte, en restant attentifs au respect des besoins nutritionnels de la croissance<sup>3</sup>.

Dans les deux cas, il s'agit **d'une démarche au très long terme**, qui nécessite la mise en œuvre d'une nouvelle relation, entre patient « compétent » et médecin « éducateur »<sup>6</sup>.

### Références

- 1- Afssaps/ HAS. Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Novembre 2006.
- 2- Collectif. Prévention primaire du diabète de type 2 par le sport et un régime alimentaire. *Bibliomed*. 2001;231
- 3- American Diabetes Association. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes. *Diabetes Care*. 2008;31(Suppl 1):S61-S78.
- 4- Collectif. Quel exercice pour le diabétique de type 2 ? *Bibliomed*. 2008;490.
- 5- Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. L'enfant à risque d'obésité et son médecin. *Médecine*. 2005;1:26-31.
- 6- Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Education thérapeutique du patient. *Médecine*. 2009;5:218-24.