

Module III-7

Complications à long terme

Contexte

Tandis que la pathophysiologie sous-jacente et la gestion des deux principales formes de diabète diffèrent, une caractéristique commune est le développement de complications micro- et macrovasculaires à long terme, comme la rétinopathie, la néphropathie, les troubles macrovasculaires et la neuropathie périphérique et autonome. Ces complications sont associées à une morbidité et à une mortalité accrues.

La durée du diabète et un mauvais contrôle métabolique sont des indicateurs prévisionnels du développement de complications microvasculaires. Il est toutefois possible de freiner la progression de ces complications par le biais d'un traitement précoce et intensif. Des stratégies doivent donc être mises en place pour permettre leur détection précoce.

Étant donné que le diabète de type 2 est parfois présent plusieurs années avant son diagnostic et que près de 30 % des personnes concernées ont déjà développé une complication au moment du diagnostic, l'évaluation des complications doit commencer dès le diagnostic, puis se répéter tous les ans. Les adultes atteints de diabète de type 1 doivent faire l'objet d'un dépistage des complications dans un délai de 5 ans après le diagnostic, puis chaque année.

Buts

- Comprendre parfaitement la pathophysiologie des complications micro- et macrovasculaires.
- Faire comprendre aux participants leur rôle lorsqu'il s'agit de recommander et d'encourager le dépistage et le traitement précoces et, dans certains cas, de procéder au dépistage des complications.
- Débattre des implications du suivi et du traitement des complications à long terme.
- Comprendre les conséquences psychologiques des complications à long terme pour les personnes atteintes de diabète et leur famille.
- Expliquer la nécessité d'être sincère et d'adopter une approche positive de la prévention et de la gestion des complications et de ne pas utiliser de stratégies intimidantes ni de messages menaçants.

Module III-7d

Maladies macrovasculaires

Contexte

Alors que les complications microvasculaires et neuropathiques peuvent altérer la qualité de vie d'une personne atteinte de diabète, les maladies macrovasculaires sont responsables d'un taux de morbidité et de mortalité élevé. Des études menées dans ce domaine ont révélé que les personnes atteintes de diabète étaient au moins 2 à 4 fois plus susceptibles de développer des maladies macrovasculaires, par rapport à la population générale. Ce risque accru est particulièrement marqué chez les femmes, en particulier pour la maladie coronarienne. L'augmentation des maladies vasculaires chez les personnes atteintes de diabète concerne tous les principaux systèmes vasculaires : cardiovasculaire, cérébrovasculaire et périphérique.

Buts

- Comprendre l'impact considérable de la morbidité et de la mortalité associées aux maladies macrovasculaires chez les personnes atteintes de diabète.
- Comprendre que le diabète est plus qu'un trouble de la glycémie ; c'est également une condition associée à un risque macrovasculaire majeur.

Objectifs

Au terme de ce module, le participant sera capable de :

- Expliquer que les maladies macrovasculaires peuvent se manifester différemment selon les groupes ethniques.
- Expliquer que les maladies macrovasculaires comprennent les maladies coronariennes, les maladies cérébrovasculaires et les maladies artérielles périphériques.
- Décrire l'ischémie silencieuse, l'angine de poitrine, les accidents ischémiques transitoires (TIA), la claudication et la douleur résiduelle.
- Expliquer le risque accru d'accident macrovasculaire chez une personne atteinte de diabète.
- Décrire de quelle façon le diabète augmente le risque de crise cardiaque.
- Expliquer le lien entre l'hyperglycémie et les risques macrovasculaires accrus mis en évidence dans le cadre de l'étude *Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications* (EDIC) et des études de suivi.
- Être conscient que l'obésité centrale augmente le risque vasculaire.

- Décrire les facteurs de risque et les effets additifs des facteurs de risque multiples.
- Décrire le risque accru de maladie macrovasculaire en présence de microalbuminurie/néphropathie et la nécessité d'une gestion intensive des facteurs de risque macrovasculaires.
- Décrire les différents types de lipides et les objectifs de traitement.
- Expliquer le rôle de la nutrition dans la prévention primaire et secondaire.
- Expliquer le rôle des facteurs liés au style de vie dans le traitement (activité physique régulière, arrêt du tabagisme, perte de poids pour les personnes en surpoids).
- Expliquer le rôle des inhibiteurs de la HMG-CoA réductase pour réduire le risque d'accident macrovasculaire dans les 6 mois suivant le début du traitement chez les personnes déjà atteintes d'une maladie cardiaque.
- Décrire le rôle de la diminution de la pression artérielle pour réduire le risque d'accident cérébrovasculaire et de crise cardiaque.
- Expliquer les avantages d'une gestion intensive de la dyslipidémie et de l'hypertension, même chez les personnes âgées.
- Débattre de l'utilisation de l'aspirine dans le cadre de la prévention primaire.
- Présenter les essais cliniques qui fournissent des données relatives au traitement du risque macrovasculaire – notamment MicroHOPE, HOT, 4S, UKPDS, Heart Protection Study, ACCORD, CARDs, ADVANCE*.

Stratégie d'enseignement

Apprentissage par l'étude de problèmes sur base d'études de cas

Temps suggéré

1 heure

Profil du/des formateur(s)

Endocrinologue, éducateur en diabète, cardiologue

Evaluation des apprentissages

Réaliser un travail décrivant l'importance des stratégies de réduction du risque chez les personnes atteintes de diabète de type 1 et de diabète de type 2

Concevoir un programme de prise en charge pour une personne en surpoids atteinte de diabète de type 2 ayant des antécédents de maladie cardiaque (quelles sont les analyses à effectuer ?)

Références

Alberti GK, Zimmet P, DeFronzo RA, Keen H. *International textbook of diabetes mellitus* 2nd edition. John Wiley and Sons. Chichester, 1997.

American Diabetes Association. Treatment of hypertension in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(Suppl 1): S80-S82.

Arch J, Korytkowski M. Strategies for preventing coronary heart disease in diabetes mellitus. *Diabetes Spectrum* 1999; 12: 88-95.

Birkenhager WH, Staessen JA, Gasowski J, de Leeuw PW. Effects of antihypertensive treatment on endpoints in the diabetic patients randomised in the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Nephrol* 2000; 13: 232-7.

Canadian Diabetes Association. Dyslipidemia in adults with diabetes. *Can J Diab* 2006; 30: 230-40.

Colhoun HM, Thomason MJ, Mackness MI, et al. Collaborative AtoRvastatin Diabetes Study (CARDS). Design of the Collaborative AtoRvastatin Diabetes Study (CARDS) in patients with type 2 diabetes. *Diabet Med* 2002; 19: 201-11.

Cummings J, Mineo K, Levy R, Josephson RA. A review of the DIGAMI study: intensive insulin therapy during and after myocardial infarctions in diabetic patients. *Diabetes Spectrum* 1999; 12: 84-8.

Deckert T, Feldt-Rasmussen B, Borch-Johnsen K, et al. Albuminuria reflects widespread vascular damage. The Steno hypothesis. *Diabetologia* 1989; 32: 219-26.

Diabetes Control and Complications Trial Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group. Intensive diabetes therapy and carotid intima-media thickness in type 1 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2003; 348: 2294-303.

Gerstein HC. Reduction of cardiovascular events and microvascular complications in diabetes with ACE inhibitor treatment: HOPE and MICRO-HOPE. *Diabetes Metab Res Rev* 2002; 18(Suppl 3): S82-S85.

Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998; 339: 229-34.

Hansson L, Zanchetti A, Carruthers S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet* 1998; 351: 1755-62.

Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 2536 high-risk individuals: a randomised placebo controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7-22.

Iltz JL, White JR. Clinical management of hyperlipidemia in diabetic patients. *Diabetes Spectrum* 1998; 11: 88-93.

International Diabetes Federation. *Diabetes and cardiovascular disease: Time to act*. IDF. Brussels, 2001.

Laing SP, Swerdlow AJ, Slater SD, et al. The British Diabetic Association Cohort Study, II: cause-specific mortality in patients with insulin-treated diabetes mellitus. *Diabet Med* 1999; 16: 466-71.

Larsen J, Brekke M, Sandvik L, et al. Silent coronary atheromatosis in type 1 diabetic patients and its relation to long-term glycaemic control. *Diabetes* 2002; 51: 2637-41.

Patel A; ADVANCE Collaborative Group, MacMahon S, Chalmers J, et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 829.

Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease; the Scandinavian Survival Study. *Lancet* 1994; 344: 1383-9.

SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug and treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265: 3255-64.

UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837-53.

US Department of Health and Human Services. *The 7th Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC 7)*. National Institutes of Health. Washington, 2003.

Williams B, Poulter NR, Brown MJ, et al. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004 (BHS IV). *J Hum Hypertens* 2004; 18: 139-85.

Du contenu détaillé pour ce module est disponible en anglais sous forme de présentation PowerPoint à www.idf.org