

## LE DIABETE

Le diabète augmente les risques de mort en particulier d'origine cardiovasculaire, d'événements ischémiques et d'insuffisance cardiaque. Il est défini par une glycémie à jeun  $> 1,26\text{g/l}$  et/ou par un taux d'Hémoglobine glyquée supérieur ou égal à 6,5%. Le pré diabète (glycémie de 1 à 1,25g/l et/ou HbA1c de 5,7 à 6,4%) est aussi, dans une moindre mesure, un facteur de risque et tout doit alors être fait pour éviter ou retarder le passage au diabète avéré, même si les résultats des interventions sont parfois insuffisants. La prévalence du diabète et du pré diabète augmente partout dans le monde et d'abord aux Etats-Unis, spécialement dans les minorités ethniques (Menke, Selvin 2). D'ici 2030, il est prévu que 10% de la population mondiale sera diabétique, ce qui posera un réel défi sanitaire (Whigting), même si les complications cardiovasculaires de cette maladie diminuent actuellement (Carson, Gregg).

On distingue deux types de diabète :

Δ le diabète de type 2, qui concerne plus de 90% des individus diabétiques, à l'origine duquel on retrouve souvent la sédentarité, la prise de poids avec en particulier accumulation de graisse abdominale et la trop grande consommation de boissons sucrées, de charcuteries, voire de viandes rouges. 40% de ces diabétiques développeront une MCV et le risque de survenue de certains cancers (foie, pancréas, endomètre, rein) est aussi augmenté. Le diabète accélère d'une part le développement de l'athérosclérose et donc d'une de ses conséquences tardives, l'insuffisance cardiaque et d'autre part le déclin cognitif. Parmi les diabétiques de type 2, ceux qui ont un meilleur pronostic à long terme et un moindre risque de cardiopathie ischémique ont un meilleur profil lipidique (HDL-C haut, LDL-C et triglycérides bas, un meilleur profil tensionnel, un taux plus bas de HbA1c et une plus grande activité physique. Si les complications liées à une microangiopathie sont indiscutablement réduites par un strict contrôle de l'Hb glyquée, cela est moins évident pour les complications par macroangiopathies.

Quels sont les meilleurs moyens pour réduire la fréquence du diabète de type 2, véritable hécatombe du présent et surtout d'un avenir proche : une alimentation équilibrée de type méditerranéen (ou nordique qui en diffère légèrement par la consommation de choux, de flocons d'avoine et de pain de seigle), jointe à une activité physique régulière, d'une part en endurance, mais aussi en résistance. En cas de pré diabète, les interventions hygiéno diététiques classiques donnent assez souvent d'excellents résultats

Δ le diabète de type 1, caractérisé par une déficience complète en insuline due à une destruction des cellules bêta pancréatiques par un processus auto immun. Par rapport au diabète de type 2, ce type de diabète survient plus tôt dans la vie, s'accompagne d'une inflammation biologique marquée, se complique

plus précocément sur le plan cardiovasculaire et expose plus longtemps à ses fâcheuses conséquences et à l'acido cétose. Les complications cardiovasculaires sont essentiellement liées à la facilitation de l'athérosclérose coronaire, périphérique et cérébrale. Contrairement à ce qui est observé dans le diabète de type 2, un contrôle intense de la glycémie et de l'HbA1C entraîne une réduction des complications macro vasculaires, malgré le risque de prise de poids. L'obésité centrale, souvent viscérale, est associée fréquemment à une HTA, hyperlipémie, inflammation, résistance à l'insuline nécessitant une plurithérapie.