



G. SLAMA
Service de Diabétologie,
Hôpital de l'Hôtel-Dieu, PARIS.

EDITORIAL

Une association heureuse

La diabétologie et la cardiologie se sont rencontrées ; elles ne sont pas près de se quitter et c'est une bonne chose pour ces disciplines et bien entendu surtout pour les patients diabétiques.

C'est une évidence pour les diabétiques de type 2 quand on sait d'une part que la principale cause de mortalité chez ces patients est cardiovasculaire et, d'autre part, que les diabétologues réfèrent ces patients régulièrement aux cardiologues. Ils font appel aux techniques de plus en plus précises que ces derniers utilisent pour dépister les cardiopathies ischémiques silencieuses, une insuffisance cardiaque incipiens ou bien sûr patente, avoir une vision sur les paramètres cardiaques de contractilité, d'épaisseur, de débit, de pression, bénéficier des progrès extraordinaires de l'imagerie coronaire non invasive, du dépistage des lésions carotidiennes et de la mesure de l'évolution de l'épaisseur de l'intima et de la media, etc.

A l'inverse, les cardiologues sont partie prenante dans l'interprétation des résultats des grandes études diabétologiques sur les nouvelles molécules et ce que l'on peut en attendre en termes de prévention et de traitement des complications du diabète de type 2, mais également dans l'évolution des idées en matière de syndrome métabolique.

N'oublions pas, parmi ces partenaires indispensables, les cardio-hypertensiologues qui ont pris une place majeure dans le développement de nos idées et des stratégies de prise en charge de l'hypertension artérielle des sujets diabétiques. N'oublions également pas les progrès fantastiques que nous ont apportés les métaboliciens de l'athérosclérose et de la lipidologie, les apports de ces dernières années ont, ici aussi, été majeurs. N'oublions pas, enfin, les apports des cardio-métaboliciens-diabétologues qui s'intéressent au fonctionnement de l'endothélium vasculaire, au stress oxydatif, à la physiopathologie des complications cardiovasculaires. Toutes ces collaborations font du sujet diabétique un sujet d'intérêt et d'étude et ont abouti à une modification radicale des prises en charge.

Cette collaboration multidisciplinaire doit continuer, se développer et se renforcer. L'erreur mortelle serait de considérer que l'on sait maintenant suffisamment de choses pour se passer les uns des autres. Ce serait une erreur pour les diabétologues de penser qu'ils peuvent se passer de la réflexion continue et enrichissante qu'apportent les physiologistes du système vasculaire, les hypertensiologues ou les cardiologues. Dans ce dernier cas, ce risque est faible : le diabétologue sait bien qu'il n'a pas accès aux méthodes d'investigation modernes et en constante évolution sans faire appel au cardiologue.

Le risque est peut-être plus grand pour les cardiologues d'oublier que la diabétologie existe et qu'ils l'ont rencontrée. Trop de cardiologues, à notre sens, ont considéré dans le passé le diabète comme un facteur de risque, un facteur de risque parmi d'autres ; ils ont méconnu le fait que le diabète est une maladie et la diabétologie une discipline complexe avec un savoir spécifique et évolutif. Cocher une case diabète OUI/NON, vérifier que le patient prend bien un sulfamide et un biguanide n'est pas prendre en compte le diabète, même si l'on s'intéresse en plus, comble du raffinement, à la concentration de l'hémoglobine glyquée.

Le diabétique doit continuer à être de façon exemplaire le point de convergence d'une collaboration multidisciplinaire où se retrouvent sur un pied d'égalité diabétologues, cardiologues, hypertensiologues, lipidologues, physiologistes, thérapeutes.

Ce dossier de *Réalités Cardiologiques* publié en 2 parties (janvier/février) est la preuve exemplaire de la richesse d'une approche multidisciplinaire de la maladie diabétique, en l'occurrence du diabète de type 2. Toutes les disciplines évoquées ont été convoquées pour apporter un point de vue riche et divers dont ne peut que bénéficier le patient atteint de diabète.

Cette collaboration multidisciplinaire aura aussi à se pencher sur la question à venir du syndrome métabolique dont certains mettent l'existence en question. A notre sens, ce doute, qui peut paraître scientifique, n'en est pas moins à ce stade une erreur. L'entrée fracassante du syndrome métabolique dans le domaine quasi public par la publication de différentes définitions a d'ores et déjà rendu d'immenses services aux patients. Désormais, tous les médecins spécialistes, mais également les généralistes, ont mieux compris qu'on ne pouvait pas prendre en charge un diabète sans s'intéresser aux différentes fractions du bilan lipidique, à l'hypertension artérielle avec des chiffres qui ne sont pas ceux inscrits dans notre tradition médicale ancienne, qu'on ne peut pas dire à un patient en surcharge pondérale avec une glycémie à 1,20 g/L qu'il a "des traces de diabète", minimisant de la sorte l'information. Combien de médecins ont-ils entendu parler du tour de taille ?

Voilà des modifications de nos pratiques quotidiennes qui sont utiles au patient, peu importe les batailles de spécialistes sur telle ou telle définition, peu importe les polémiques qui seraient stérilisantes si elles empêchaient de poursuivre la réflexion, sur le caractère prédictif ou mal prédictif des maladies cardiovasculaires ou du diabète.

Le syndrome métabolique, quelle que soit la définition choisie, n'est pas l'alpha et l'oméga dans la prévention du diabète ni dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Le syndrome métabolique, quelle qu'en soit la définition, est **l'une des portes d'entrée** dans la prise de conscience du risque diabétologique et cardiovasculaire. Non seulement la découverte d'un syndrome métabolique chez un sujet n'interdit pas, mais au contraire impose, d'affiner le pronostic par l'utilisation de tel ou tel score, de Framingham ou autre, de prédiction cardiovasculaire. Ces dernières équations existent depuis des années, elles ne sont pas utilisées. L'avantage des définitions actuelles du syndrome métabolique est qu'elles reposent sur des critères peut-être imparfaits mais profondément cliniques, donc utiles. Convenons-en cependant, beaucoup reste à faire dans cette voie. Là encore, ce serait une erreur que telle ou telle des disciplines de la cardiologie, de la diabétologie, de la lipidologie, de l'hypertension, s'accapare la question en négligeant la coopération multidisciplinaire. Cette coopération est le seul gage d'avancée significative dans le domaine.

Pour terminer, quelques mots sur le diabète de type 1. Il pourrait paraître hors du champ de la réflexion menée dans ce dossier spécial. A notre avis, il n'en est rien et l'avenir le démon-

trera. En effet, les diabétiques de type 1, qui sont de mieux en mieux traités, vivront de plus en plus longtemps et, espérons-le, la meilleure prise en charge précoce de la néphropathie incipiens fera diminuer le nombre de patients sombrant dans l'insuffisance rénale terminale et une mort prématurée quelles que soient les thérapeutiques mises en route. Gageons que, de plus en plus, après 30 ans de diabète de type 1, les problématiques rencontrées dans le diabète de type 2 seront aussi celles des diabétiques de type 1 vieillissants.

Nous ne résistons pas à dire tout l'intérêt, considérable, que soulèvent les résultats de cohorte post-DCCT, dite EDIC. L'étude DCCT avait montré de façon éclatante que le bon équilibre du diabète prévenait les complications de micro-angiopathie dans les 10 ans suivant la mise en route du traitement. L'étude de suivi de cohorte post-DCCT (98 % des patients sont toujours sous surveillance) démontre, elle aussi de façon éclatante que, 10 ans après l'arrêt de l'étude, une différence massive de complications cardiovasculaires commence à s'observer entre les deux groupes, le conventionnel et l'intensif : 50 % d'infarctus en moins dans le groupe traité de façon intensive, bien que pendant les 10 ans qui ont suivi l'arrêt du traitement l'équilibre glycémique des uns se soit amélioré, des autres se soit détérioré, au point que pendant 10 ans l'équilibre glycémique moyen des deux populations était impossible à différencier.

Améliorer de façon considérable la glycémie pendant 10 ans a des conséquences mesurables 10 ans plus tard. Les complications du diabète, qu'elles soient de micro-angiopathie ou de macro-angiopathie, sont donc sensibles à l'hyperglycémie, les complications de micro-angiopathie le sont après 10-15 ans d'évolution du diabète, les complications de macro-angiopathie chez les diabétiques de type 1 apparaissent plutôt 20 à 25 ans après le début du diabète. ■