

LA DIABÉTOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Conduites alimentaires
La diaboulimie de l'adolescente

Les diabétiques de type 1 présentent un surrisque de troubles de conduites alimentaires, lesquelles peuvent entraîner une mauvaise adhésion au traitement et de nombreuses complications. Les jeunes femmes sont les plus touchées.

● Chez les enfants et les adolescents présentant un diabète de type 1 (DT1), il existe une augmentation du risque de désordres psychiques, tels que l'anxiété, la dépression ou les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires (TCA). Et ceci, en particulier lorsque le diabète survient durant la préadolescence, à cette période où les transformations physiques et psychologiques s'accroissent. Selon les populations étudiées et le trouble mental considéré, ce risque est multiplié de 1,5 à 2 par rapport à des sujets contrôles issus de la population générale appariés sur l'âge et le sexe. Une vaste étude de cohorte menée au Danemark à partir de registres nationaux et publiée en 2018 retrouve une majoration significative du risque de trouble mental chez les jeunes patients DT1 appariés sur l'âge et le sexe (HR de 1,46 chez les filles et de 1,38 chez les garçons), plus particulièrement chez les 10-14 ans, et un surrisque plus important encore de TCA chez les deux sexes (HR de 2,02 chez les filles et de 3,73 chez les garçons) [1].

Une forte prédominance féminine

Tous les TCA ont pour dénominateur commun « une envahissement psychique lié à une focalisation extrême sur les questions d'ordre alimentaire et le besoin inassouvi de maîtrise du poids et de la silhouette » (2). Leur prévalence est particulièrement élevée chez les jeunes DT1, avec une forte prédominance féminine. Si, contrairement à certaines idées reçues, la prévalence de l'anorexie mentale chez les patients DT1 est comparable à celle de la population générale (de 0,3 à 1,5 %), celle de la boulimie semble être un peu plus élevée (de 1 à 2 %), tandis que les TCA atypiques ou non spécifiés seraient de deux à trois fois plus fréquents que dans la population générale (de 4 à 8 %), et bien plus encore si l'on inclut l'ensemble des comportements pathologiques visant à la maîtrise du poids (vomissements, utilisation de laxatifs ou de diurétiques, régimes restrictifs, périodes de jeûne, activité physique excessive, excès alimentaires après hypoglycémie...) [2]. L'instrumentalisation de l'insulinothérapie au bénéfice du contrôle pondéral – omission des injections et/ou sous-dosage volontaire –, appelée diaboulimie, est le plus fréquent de ces comportements, et pourrait toucher de 10 à 40 % des adolescentes et jeunes femmes DT1 (2-4).

De nombreuses hypothèses sont avancées pour expliquer la prévalence élevée des TCA au cours du DT1 (2-4). Chez ces patients, certains traits souvent rencontrés pourraient venir potentialiser les facteurs génétiques, psychosociaux et/ou environnementaux impliqués dans la survenue d'un TCA : l'insatisfaction corporelle et la faible estime de soi ; une focalisation excessive sur les aliments (en particulier riches en glucides) et le poids ; la peur des hypoglycémies avec consommation impulsive et excessive de glucides à

visée préventive ou correctrice ; la peur de ne pas savoir faire face aux contraintes du traitement par insuline...

Un diagnostic et une prise en charge difficiles

Chez les patients DT1, les TCA sont associés à une mauvaise adhésion au traitement et à un équilibre glycémique médiocre, avec augmentation des risques d'hospitalisation pour acidocétose, de complications microvasculaires (en particulier de rétinopathie) et de décès (notamment par suicide). Il est donc essentiel de savoir repérer précocement ces troubles et de bien orienter les patients.

Pour autant, le dépistage et le diagnostic sont difficiles, car il existe souvent un déni ou une dissimulation du trouble, et rares sont les patients qui évoquent spontanément le problème. **Chez un patient DT1, et surtout s'il s'agit d'une jeune fille, un déséquilibre glycémique inexplicé (HbA1c élevée, hypoglycémies répétées et/ou sévères, grande variabilité glycémique) doit toujours faire rechercher un TCA.** Dans certains cas, le clinicien peut percevoir des préoccupations excessives autour de l'apparence, du poids et des aliments, une dysmorphophobie, une volonté de contrôle et de maîtrise, un manque de flexibilité mentale ou un désir de perfection source d'anxiété marquée. Son attention peut aussi être attirée par des variations pondérales, des signes de vomissements ou de prise de diurétiques ou de laxatifs, une aménorrhée primaire ou secondaire, une irrégularité du suivi médical, la réticence à être pesé ou l'apparition récente d'un végétarisme.

En cas de suspicion de TCA, on peut utiliser le questionnaire de dépistage SCOFF-F, validé en français. Il comporte cinq questions non spécifiques et deux questions subsidiaires spécifiques au DT1 visant à explorer l'instrumentalisation de l'insuline. Une réponse positive à au moins deux questions est évocatrice de la présence d'un trouble (2).

La prise en charge des TCA chez les patients DT1 est particulièrement complexe, et doit s'appuyer sur une équipe pluriprofessionnelle expérimentée, capable d'appréhender les aspects nutritionnels, psychologiques et environnementaux, mais aussi les problématiques directement en lien avec le DT1 et son traitement. Il est essentiel d'obtenir une alliance thérapeutique avec le patient pour définir les objectifs thérapeutiques et les moyens d'y parvenir. Dans tous les cas, la pierre angulaire de la prise en charge reste la psychothérapie, individuelle et/ou familiale.

Pr Patrice Darmon

Marseille

(1) Dybdal D et al. *Diabetologia*. 2018 Apr;61(4):831-38

(2) Gastaldi G, Bringer J. *Médecine des Maladies Métaboliques*. Mars 2012;6(2):143-150

(3) Pinhas-Amiel O et al. *World J Diabetes*. 2015 Apr 15;6(3):517-26

(4) Toni G et al. *Nutrients*. 2017;9(8):906

Société
francophone
du
diabète

Enfants, cancer et sport
L'hôpital Trousseau évalue l'impact de l'activité physique sur la douleur

Pour la première fois dans un hôpital pédiatrique, un projet réunissant la Fondation APICIL, l'AP-HP, la CAMI Sport & Cancer et l'association Laurette Fugain va évaluer la douleur et l'impact de l'activité physique sur l'état de santé et la qualité de vie d'enfants du service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de l'Hôpital Trousseau.

● Tout au long des traitements des cancers pédiatriques (en majorité des leucémies), les enfants se retrouvent contraints à vivre en milieu stérile dans des chambres de petite taille. L'alitement et l'enfermement en milieu hospitalier pendant de nombreuses semaines génèrent des conséquences physiques mais aussi psychologiques : sarcopénie, douleur, fatigue, stress...

Des études chez des patients adultes ont montré qu'une activité physique régulière et soutenue permet de diminuer les effets secondaires des traitements, d'améliorer la qualité de vie des patients et de rompre leur isolement. Le service d'Hématologie et d'Oncologie pédiatrique de l'Hôpital Armand-Trousseau, la CAMI Sport & Cancer et l'Association Laurette Fugain ont donc décidé, depuis 2015, de s'associer afin de permettre aux enfants de 6 à 17 ans, suivis au sein du service du Pr Guy Leverger, de pratiquer des séances d'activité physique durant leur traitement. Ces séances se déroulent directement dans les chambres des enfants (assis, allongés ou debouts) et sont, bien sûr, personnalisées en fonction de la pathologie, de l'âge, des capacités et des besoins...



Un programme inédit dans un hôpital pédiatrique

Une cinquantaine d'enfants

En moyenne, 50 à 60 enfants de 6 à 17 ans sont suivis chaque année par un praticien en thérapie sportive de la CAMI Sport & Santé. L'accompagnement dure 4 semaines minimum (deux séances hebdomadaires d'une trentaine de minutes si possible). Le praticien en thérapie sportive est totalement intégré dans l'équipe de soins de support. Dernièrement, l'APICIL vient également d'apporter son soutien dans un projet qui vise à évaluer l'impact de l'activité physique sur la douleur. L'étude en cours a pour critère principal l'évaluation de la douleur (échelle EVA) et pour critères secon-

dares la qualité de vie (PedsQL), la résistance des membres inférieurs (test de la chaise), l'équilibre (appui unipodal) et la condition physique (Step test rythme libre 3 minutes). L'évaluation de ces critères sera réalisée pour chaque enfant lors de son entrée, puis de sa sortie de l'hôpital. Une première évaluation sur 41 enfants a déjà permis de montrer que, pour les enfants ayant des douleurs, celles-ci sont moins importantes après qu'avant les séances. Mais d'ores et déjà, les témoignages des enfants et de leurs parents montrent tous les bienfaits physiques et psychiques de cette activité : « Voir mon enfant se défouler et sourire », « La voir éclater de rire lors des exercices avec le ballon »...

Christine Fallet

Pathologie cardiovasculaire
Une nouvelle AMM pour Xarelto grâce à Compass

L'actualité Xarelto (rivaroxaban) c'est d'abord l'approbation européenne, en association avec l'aspirine, pour la prévention des événements athérombotiques chez des patients présentant une maladie coronarienne (MC) ou une maladie artérielle périphérique (MAP) à haut risque d'événements ischémiques. Mais c'est aussi, lors du congrès de l'ESC, à Munich, la présentation des résultats négatifs de l'étude Commander HF incluant des patients présentant une décompensation d'insuffisance cardiaque (1).

● Rappelons que la nouvelle indication du rivaroxaban repose sur les résultats de l'étude Compass, présentée l'an dernier, ayant inclus 29 395 patients présentant une MC (90 %), une MAP (27,3 %) ou les deux (18 %).

Globalement on constate que l'association rivaroxaban (2,5 mg x 2/j) aspirine (100 mg/j) réduit de 24 % le risque athérombotique (HR = 0,76; IC 95 % : 0,66 - 0,86, p < 0,001), par rapport à l'aspirine seule (l'essai étant interrompu au bout de 23 mois, pour supériorité). Le critère principal associant les décès d'origine cardiovasculaire, les AVC et les infarctus. On enregistre également des diminutions significatives des

risques d'AVC (42 %, p < 0,001), de mortalité cardiovasculaire (22 %, p = 0,002), d'infarctus (14 %, NS) ainsi que de la mortalité globale. Le bénéfice du traitement s'observe aussi bien chez les patients présentant une maladie coronarienne, avec une diminution de 26 % du critère composite (p < 0,0001) que chez ceux présentant une MAP (66 % étaient également coronariens) : - 28 % (p = 0,0047).

De Compass à Commander - HF

Dans l'étude Compass plus de 5 000 patients (22 %) présentaient une insuffisance chronique stable (classes III-IV). Dans ce sous-groupe aussi on observe une réduction significative du risque relatif du critère composite (HR = 0,68 ; 95 % 0,53 - 0,86). Compass n'incluait pas de patients atteints d'IC sévère, au décours d'un épisode de décompensation, des patients à haut risque de mortalité et/ou de complications, comme le souligne le Pr Nicolas Danchin (HEGP, Paris).

Mais les résultats observés ont fait naître l'idée que l'IC serait associée à l'activation des voies impliquant la thrombine, ce qui prédit un mauvais pronostic. Le rivaroxaban, en réduisant la génération de thrombine pourrait donc améliorer le pronostic de ces patients. Ces

hypothèses ont conduit à l'étude Commander HF ayant inclus 5 025 patients atteints d'IC et de MC, hospitalisés pour un épisode récent de décompensation (\leq 21 jours). Le critère principal d'efficacité, différent de celui retenu dans Compass, associait la mortalité globale, les IM et les AVC.

Huit indications de Xarelto

Dans cette population, l'association du rivaroxaban 2,5 mg et d'aspirine ne s'avère pas plus efficace que l'aspirine seule (HR = 0,94, p = 0,27), même si l'on note une diminution de 34 % des AVC. Pour le Pr Nicolas Danchin, cela signifie simplement que la thrombose n'est probablement pas la cause principale de décompensation de l'IC et de la mortalité associée, même quand il s'agit de patients coronariens. À ce titre, il souligne que des essais négatifs sont parfois très utiles pour la compréhension de la maladie.

Un résultat négatif qui n'altère en rien le parcours enviable de Xarelto qui en 10 ans a engrangé 8 indications, grâce à une recherche clinique ayant inclus quelque 275 000 malades à travers le monde.

Dr Alain Marié

(1) ESC 2018, Munich, Conférence de presse organisée par Bayer