



1. Pathologie

DIABÈTE SUCRÉ (INSULINO-DÉPENDANT)

Introduction

Cette affection, également connue sous le nom de diabète sucré de type 1, se manifeste de façon caractéristique dans l'enfance ou l'adolescence et peut donc concerner des sportifs. Les cas d'athlètes d'élite souffrant de diabète de ce fait de type 1 ne sont pas inhabituels et il est du devoir de tout médecin de permettre à ces individus de développer normalement tout leur potentiel dans le sport.

La physiopathologie repose sur une susceptibilité génétique bien documentée conduisant à la destruction d'un grand nombre de cellules pancréatiques sécrétant l'insuline, ce qui entraîne un déficit en insuline dont résulte une hyperglycémie et le risque d'acidocétose. Outre les causes génétiques et immunitaires, des facteurs environnementaux, notamment l'exposition à certains virus, l'albumine du lait de vache et même la localisation géographique des populations ont également été décrits comme cause de diabète.

Un diagnostic précoce chez les athlètes, suivant des méthodes d'investigation universellement acceptées, permet de déceler la maladie à temps et de faire une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques. Chez la plupart des patients atteints de diabète de type 1, le diagnostic est posé avant l'âge de 30 ans.

2. Diagnostic

- A. Antécédents médicaux

Typiquement, le diabète sucré de type 1 s'accompagne d'épisodes d'hyperglycémie symptomatique. La polyurie, la polydipsie et une perte de poids inexpliquée sont des manifestations cliniques communément associées. Cependant, un spectre de symptômes vagues tels que fatigue inappropriée, nausée, vision trouble et infections fongiques ou bactériennes réfractaires peuvent en constituer les premiers indices. Les cliniciens avisés incluront le diabète sucré de type 1 non diagnostiqué dans leur liste de diagnostics différentiels chez de jeunes patients, présentant ces symptômes.

- B. Critères diagnostiques

Diverses autorités scientifiques et médicales ont émis des critères diagnostiques bien définis qui doivent être satisfaits avant qu'un patient ne soit déclaré diabétique et, étiqueté par conséquent comme insulino-dépendant. Ces critères identifient des taux spécifiques de glucose plasmatique à jeun et il devrait y être fait référence. Le traditionnel test oral de tolérance au glucose peut apporter une aide dans l'identification de patients diabétiques non encore reconnus précédemment, mais il faut savoir que ce test peut être influencé par le vieillissement et l'utilisation simultanée de médicaments. Le recours à un spécialiste est hautement recommandé dans la plupart des communautés médicales dans lesquelles des centres de diabétologie évaluent, surveillent et éduquent les patients souffrant de cette affection.

- C. Information médicale sur la maladie

Des antécédents médicaux pertinents tels que décrits précédemment, accompagnés d'indices de facteurs héréditaires, devraient toujours alerter le médecin consulté. Lorsque le patient s'avère être un adolescent actif dans un sport de haut niveau, le diagnostic de diabète sucré de type 1 sera toujours envisagé, investigué de façon appropriée et soumis à l'avis d'un spécialiste en cas de nécessité.

3. Pratique thérapeutique de référence

- A. Nom des substances interdites

L'insuline, sous diverses formes allant des préparations à action rapide à celles ayant une longue durée, est le traitement standard pour le diabète sucré de type 1. La dose d'insuline est déterminée en fonction de facteurs tels que la prise alimentaire et la dépense énergétique. Le but de toute insulino-thérapie est de contrôler les pics du glucose plasmatique postprandial. Ces thérapies sont individualisées en fonction des contrôles des niveaux de glucose plasmatique, effectués sur des échantillons de sang capillaire digital.

- B. Voie d'administration

Sous-cutanée ou par perfusion.

- C. Posologie

Le dosage et la fréquence de l'administration d'insuline dépendent entièrement des besoins individuels. Les taux de glucose plasmatique donnent une indication immédiate des besoins en insuline, tandis que la détermination de l'hémoglobine glycosylée donne une indication du contrôle du glucose plasmatique au cours des 1 à 3 mois précédents.

De nombreux diabétiques de type 1 actifs, notamment certains athlètes de haut niveau, peuvent utiliser de petites pompes implantées pour obtenir une perfusion sous-cutanée continue d'insuline. Ces pompes permettent d'augmenter manuellement un taux basal prédéterminé d'insuline avant les repas. La perfusion continue est une option coûteuse et elle a été associée à des hypoglycémies, notamment lorsque des athlètes sont en train de s'adapter à un contrôle métabolique.

- D. Durée recommandée du traitement

Un besoin permanent en insuline est évident chez les personnes souffrant d'un diabète de type 1 avéré. Etant donné qu'ils sont régulièrement suivis par des cliniques spécialisées, il est recommandé que les athlètes nécessitant une autorisation permanente pour usage thérapeutique refassent chaque année une nouvelle demande pour cette autorisation.

4. Autres traitements alternatifs non interdits?

Bien que le traitement du diabète sucré de type 1 inclue un contrôle diététique et une éducation du patient, l'insuline, pour laquelle il n'y a pas d'alternative non interdite, constitue le pilier du contrôle thérapeutique. Les antidiabétiques oraux n'ont pas leur place dans le traitement du diabète sucré de type 1.

5. Conséquences pour la santé en cas d'absence de traitement

Non traité, le diabète sucré de type 1 est associé à un risque augmenté d'acidocétose, une manifestation pouvant avoir des suites fatales. Dans ces mêmes conditions, un certain nombre de co-morbidités telles que rétinopathies, néphropathies, diverses neuropathies, ainsi qu'un risque accru de cardiopathie ischémique sont possibles.

6. Surveillance du traitement

La surveillance des patients atteints de diabète sucré de type 1 incombe aux divers centres spécialisés disponibles pour la gestion de cette maladie. Le médecin de premier recours, l'infirmier-éducateur pour le diabète et le médecin diabétologue peuvent tous jouer un rôle dans cette surveillance.

7. Validité de l'AUT et processus de révision recommandé

Comme décrit, le traitement dure toute la vie et nécessite une évaluation par des médecins spécialisés compétents. Les athlètes faisant de la compétition de haut niveau devront recevoir une bonne éducation concernant le contrôle de leur diabète et la gestion de situations aiguës. Les besoins en insuline sont individuels et devraient faire l'objet d'une évaluation systématique de la part des centres spécialisés déjà mentionnés. L'évaluation annuelle de l'AUT sera effectuée selon des critères de bonne pratique.

8. Précautions adéquates

Des périodes prolongées de mauvais contrôle du glucose plasmatique entraînent des conséquences cliniques bien documentées, discutées ailleurs.

9. Références

1. THE MERCK MANUAL (17th Edition) Chapter 13, Disorders of Carbohydrate Metabolism
2. National Diabetes Data Working Group
www.aihw.gov.au/committees/nddwg/index.cfm
3. American Diabetes Association. Clinical Practice Guidelines (2006)
care.diabetesjournals.org/content/vol29/suppl_1
4. Silverstein J, Klingensmith, Copeland GK, et al Care of Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: A statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2005 28: 186-212.