

ÉPIDÉMIOLOGIE DU DIABÈTE

Dr André Alland
Vals-les-Bains

I - La population diabétique dans le monde

Démographie et diabète

On note une montée irrésistible du diabète non insulino-dépendant (DNID) dans les pays développés. On recense de par le monde 118 millions d'individus en 1997 et les perspectives sont de 240 millions à l'an 2010, c'est-à-dire dans 12 ans !

Les cas de diabète aux USA sont passés de 1,6 million en 1958 à 10 millions en 1997 essentiellement du fait de l'excès de poids et du vieillissement... D'après les dernières données officielles le nombre de nouveaux cas de diabète est voisin de 800.000 par an et 6% de la population seraient diabétiques avec également 6 millions de personnes atteintes sans le savoir ! et, rien que dans la population caucasienne, le taux d'augmentation a été de 11%, passant de 23,8 à 26,4 pour 1000, alors que chez les Afro-Américains, l'augmentation a été de 33%, passant de 40 à 53,5 cas pour 1000.

Dans les maisons de retraite du Pays de Galles, il y a 7,2% de diabétiques dont 40% de DNID et 1/10 a un suivi de consultation spécialisée. Ces sujets sont deux fois plus souvent hospitalisés que les autres résidents du fait de complications, avec une connaissance de la maladie moindre, tant chez les patients que chez le personnel.

Combien coûte le DNID ?

Le DNID n'est pas un diabète léger. La prévalence en Grande Bretagne est de 5% au dessus de 20 ans et plus de 10% après 65 ans. La prise en charge est souvent trop tardive et ne se fait souvent qu'au moment de la découverte des complications du fait de la progression lente de la maladie. Les problèmes qui en découlent sont que le manque de moyens en général est un obstacle à la bonne prise en charge des patients.

Certains experts pensent que 10% du budget total de la santé est dévolu au seul diabète et aux USA les chiffres annoncés sont astronomiques (105 milliards de dollars pour les seuls coûts directs en 1992 avec une estimation en 1996 de 20 milliards de dollars pour le seul DNID). Ceci amène les experts anglais à demander une attention soutenue sur le diabète qui ne doit plus être une affection négligée par les pouvoirs publics et par le public.

II - La population diabétique en France

Démographie du diabète en France

Avec une progression annuelle de 6 à 7% par an de cas en France et une estimation de

plus de 3 millions de diabétiques dans les années 2010, le DNID connaît une évolution de type épidémique et est en passe de devenir un véritable problème de santé publique, non seulement en France mais dans tous les pays développés.

Même s'il n'a pas l'aura médiatique de certaines maladies à la mode, il met en jeu des conséquences humaines et financières considérables, ce qui le désigne comme une priorité.

Prévalence des complications au moment de la découverte du DNID :

Rétinopathie : 20% ; anomalies ECG : 19% ; absence de pouls pédieux : 13%

Il s'agit d'une population exposée aux complications vasculaires :

- rétiniques, au bout de 15 à 20 ans de diabète,
- rénales, la dialyse survenant environ 15 ans après l'apparition de la protéinurie,
- artérielles avec atteinte des gros troncs et des coronaires, risque d'infarctus.

Il s'agit d'une population exposée aux complications infectieuses avec réapparition de maladies infectieuses graves dont la tuberculose.

Maladie cardiovasculaire et insuffisance rénale terminale

Près de 2/3 des diabétiques sont hypertendus. Et cette HTA aggrave la micro et la macro-angiopathie. Le taux de mortalité par maladie macro-vasculaire et notamment cardio-vasculaire est de 6% par an. La qualité de la prise en charge du diabète est importante puisque la mortalité est plus importante en cas de prise en charge par le médecin de famille que lorsque les patients fréquentent un centre hospitalier spécialisé.

Au bout de 20 années d'ancienneté de diabète, la rétinopathie sévère atteint 20% des DID et 10% des DNID, la néphropathie atteint 40% des DID et 30% des DNID et enfin l'insuffisance rénale terminale atteint 30% des DID et 5% des DNID.

36% des nouveaux cas diagnostiqués d'insuffisance rénale sont attribués au diabète. Le risque d'insuffisance rénale terminale est 12 fois plus élevé dans le DID que dans le DNID avec un décès survenant en général après 5 à 10 ans.

Les cardiopathies ischémiques semblent avoir une incidence plus élevée chez les diabétiques insuffisants rénaux. L'ischémie cardiaque est la cause la plus probable de cardiomyopathie dilatée que l'on observe chez les sujets en dialyse.

Les conditions de survenue du pied diabétique

Les délais entre la première découverte et la consultation spécialisée sont beaucoup trop longs et ces délais peuvent conduire à une dégradation brutale de la condition locale du pied diabétique. Dans 38% des cas, ni le patient, ni un proche ne s'en étaient aperçus, ce qui implique un effort de dépistage et de sensibilisation. Parmi les facteurs, il faut noter les frottements cutanés des chaussures, une immobilisation, par exemple, à la suite d'une hospitalisation post traumatique ou à la suite d'une insuffisance cardiaque.

Le syndrome d'apnée du sommeil, le vrai risque de l'obésité

Ce trouble est très fréquent après 50 ans et plus fréquent chez l'obèse, 2% de femmes et 5% d'hommes (difficultés de pertes de poids).

La dépression chez le diabétique

L'augmentation de la longévité entraîne une augmentation du nombre de sujets porteurs de plusieurs maladies chroniques, et la co-morbidité semble jouer un rôle important dans la survenue du syndrome dépressif.

La dépression semble jouer un rôle important et négatif sur le contrôle glycémique et sur la surveillance diététique et thérapeutique.

III - Le diabète demain : le rapport du Haut Comité de Santé Publique. G. Erriau. 1995

Des couples de concepts se mettent en place progressivement ce qui ne peut remettre en cause les acquis antérieurs : prévention / évaluation - rationalisation / autonomie du patient - économie / éthique du meilleur soin - décentralisation de la prise en charge / réflexion multidisciplinaire.

Quatre axes ont été privilégiés dans le rapport : Structures de proximité d'éducation à la Santé - Création de pôles régionaux d'excellence tant pour la prévention que pour les soins - Besoin d'une réflexion au niveau national - Recherche.

Le futur s'organisera à partir des ordonnances d'avril 1996 vers des fédérations autour du concept " Risque vasculaire global ".

Si nous voulons réduire la surmortalité d'origine coronaire des diabétiques, il faut améliorer leur prise en charge, d'une part métabolique, en optimisant leur équilibre glycémique et lipidique, et d'autre part cardiologique en leur proposant une stratégie d'intervention.

La mise en place de structures de *cardiadiabétologie* apparaît hautement souhaitable, autant que l'a été celle de structures *d'ophthalmodiabétologie*.



MALADIES BUCCO-DENTAIRES

Philippe N'DOBO-EPOY

Université Victor Segalen Bordeaux II

Les tissus qui composent et bordent le milieu buccal témoignent de leur hétérogénéité d'origine embryologique, reconstituant un organisme en miniature. Ceci impose au milieu buccal un comportement physiologique et pathologique singulier et souvent fort complexe ; il est donc normal de voir la plupart des maladies générales avoir des manifestations buccales plus ou moins sévères et réciproquement.

I. Maladies Infectieuses

Mycoses

Superficielles (candidoses ou moniliases superficielles) ;

Profondes viscérales ou systémiques (actinomycoses, blastomycoses, candidoses ou moniliases "muguet")

Zona

surtout chez les personnes âgées

maxillaire Supérieur (palais, voile, face interne des joues et de la lèvre) ;

maxillaire Inférieur (zona du lingual, zona de l'auriculo-temporal) ;

zona d'origine dentaire (infection dentaire aiguë, intervention chirurgicale, brûlure médicamenteuse).

Herpès

surtout chez les personnes âgées et les immuno-déprimés ; maladie infectieuse chronique à l'origine des gingivo-stomatites vésiculeuses et haleine fétide.

II. Maladies de système

Maladies de la série rouge

Soustendues par les *anémies* : gingivorragies, gingivites ulcéro-nécrotiques récidivantes, lyses osseuses périodontales, hypotrophie de la pulpe dentaire (caries à évolution rapide), polycaries.

Soustendues par les *polyglobulies* : hyperesthésie dentinaire, lésions cervicales allodymiques sans caries dites "mylolyse", électrogalvanisme buccal, hypertrophie et hyper-sécrétion des parotides.

Maladies de la série blanche

Leucémies pour leurs manifestations buccales (ne pas faire une remise en état intempes-

tive de la cavité buccale) ; agranulocytose de Werner-Schultz pour ses manifestations buccales (diminution de la résistance à l'infection) ; syndrome agranulocytaire (au cours de septicémies, radiothérapie, infections dento-maxillaires, ostéo-nécrose, intoxications par arsenic, bismuth, sulfamides...).

Maladies Auto-immunes - Collagénoses

Syndrome de Gougerot-Sjögren (syndrome sec, ulcérations des muqueuses, polycaries) ; lupus érythémateux (arthrite dentaire, arthralgie des A.T.M., myalgies) ; sclérodermie (Type 1 de Barnett avec lyse de l'os alvéolaire et chute des dents).

Maladie osseuse de Paget

Éviter toute extraction dentaire intempestive.

III. Maladies Viscérales

Endocardites

Maladie de Jaccoud-Osler (ne jamais sous-estimer une infection dentaire).
Endocardite rhumatismale (si porte d'entrée dentaire).

Maladies endocriniennes

Hypothyroïdie, myxœdème (macroglossie, hypoplasie de l'émail, polycaries).
Hyperthyroïdie, maladie de Basedow (caries nombreuses d'évolution rapide).
Hypoparathyroïdie (hypoplasie de l'émail, dents fragiles).
Hyperparathyroïdie, maladie de Recklinghausen (résorption osseuse de l'os alvéolaire).
Maladie d'Addison, insuffisance surrénale primitive (arthralgies, asthénie ; les muqueuses buccales présentent des manifestations mélaniques).
Syndrome de Cushing, hypersécrétion surrénalienne (hypoplasie de l'émail).
Hyperpituitarisme, acromégalie (macroglossie, diastèmes inter-dentaires, parodontopathies).
Hypopituitarisme (retard d'évolution de la dentition, arrêt prématuré de cette évolution et inclusions dentaires, atrophie de la mandibule).

IV. Maladies Métaboliques

Diabète

Gingivite expulsive de Magitot (sécheresse buccale, aphtes, perlèche, lichen plan buccal).
Toute intervention sera faite sous couverture antibiotique et on évitera d'en faire chez un diabétique non équilibré.

Avitaminoses

A (parodontoses...) ; B2 (perlèche ...) ; B3 ou PP (sensations de brûlures, gingivite hyperplasique hémorragique, aphtes...) ; B6 (aphtoses ...) ; B12 (langue lisse, vernissée, glosite...) ; C (scorbut - recrudescence à cause des régimes alimentaires déséquilibrés souvent improvisés par les patients eux-mêmes) ; D (retard de dentition, polycaries, dysmorphies dentaires ou faciales ...) ; K (gingivites hémorragiques spontanées...).

V. Affections s'accompagnant de sécheresse buccale

Les stomatites

Ulcéro-membraneuse, ulcéro-nécrotique, érythémato-pultacée de l'urémie, des radiations ionisantes.

Les sialoses ou parotidomégalias

Le syndrome paradoxal

survenant surtout sur terrain éthylique : hypersialorrhée, bouche pâteuse, hémossalémèse.

VI. Affections s'accompagnant de fétidité de l'haleine

- gingivite desquamative chronique diffuse ;
- stomatite neurotrophique ;
- stomatite érythémato-pultacée de l'urémie ;
- stomatite ulcéro-membraneuse ;
- angine de Vincent.

VII. Affections s'accompagnant de brûlures des muqueuses buccales

Gingivite desquamative chronique diffuse ; stomatite allergique ; stomatite fongueuse ; aphtes ; glossite de Hunter, maladie de Biermer ; glossite exfoliatrice marginée ; herpès simplex de la lèvre ; lichen plan ; érythème polymorphe ; zona ; avitaminose PP ; candidose (muguet) ; anémies ; glossodynies.

VIII. Consolidation après chirurgie

- chirurgie maxillo-faciale ;
- chirurgie dento-maxillaire ;
- chirurgie parodontale.

