

DÉPENDANCES EN BREF Service d'alcoologie, CHUV, Lausanne

Association entre la consommation d'alcool et le risque de survenue de diabète de type 2

Afin de déterminer si la consommation d'alcool peut s'associer à un risque diminué de survenue de diabète de type 2, les chercheurs ont réalisé une méta-analyse de 38 études, en plusieurs langues, de type cohorte, cas-cohorte, cas-témoin et cas-témoin emboité. Ces études ont totalisé environ 2 millions de participants, dont 84% d'hommes et 58% de femmes

d'origine asiatique.

- Les populations d'origine non asiatique montrent une relation inverse (courbe en L) entre la consommation d'alcool et le risque de diabète, alors que celles d'origine asiatique montrent une augmentation de ce risque.
- De manière générale, l'association entre la diminution du risque de diabète et la consommation d'alcool n'a pu être démontrée significativement que chez les femmes.
- Le pic de réduction du risque de survenue du diabète (18%), en comparaison avec les personnes

abstinentes, est observé chez ceux ayant une consommation quotidienne d'alcool de 10 à 14 g.

Commentaires: plusieurs facteurs impliqués dans le diabète (régime alimentaire, IMC et adiposité, type de boissons consommées, etc.) sont relativement différents entre les populations d'origine asiatique et non asiatique; la combinaison des deux groupes, lorsque leurs analyses démontrent des effets inverses de l'alcool sur le risque de survenue de diabète, ne permet pas d'obtenir des résultats susceptibles d'être généralisés. Les auteurs n'ont pas pu prendre en considé-

ration le mode de consommation et le type de boisson consommée; il a été démontré que ces deux facteurs affectent le risque de survenue de diabète.

Dr Pedro Ferreira
(traduction française)

R. Curtis Ellison, MD
(version originale anglaise)

Knott C, Bell S, Britton A. Alcohol consumption and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis of more than 1.9 million individuals from 38 observational studies. *Diabetes Care* 2015;38:1804-12.

POINT DE VUE

QUELQUES QUESTIONS ÉTHIQUES AUTOUR DE LA SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

Bientôt un siècle et demi. Depuis sa description par Jean-Martin Charcot (1825-1893), les mécanismes qui sous-tendent la dégénérescence puis la mort des motoneurons dans la sclérose latérale amyotrophique (SLA) demeurent un phénomène mystérieux. Corollaire: aucun traitement efficace contre cette affection d'évolution progressive et létale. La description demeure celle du grand Charcot: maladie neurodégénérative caractérisée par un affaiblissement puis une paralysie des muscles des jambes et des bras, des muscles respiratoires, ainsi que des muscles de la déglutition et de la parole. Les fonctions intellectuelles et sensorielles ne sont pas touchées. «On ne connaît pas les causes exactes de la dégénérescence des motoneurons, mais plusieurs théories sont actuellement discutées par les scientifiques, précise, pour le grand public, le site Orphanet.¹ Il a notamment

été mis en évidence que des personnes atteintes de SLA présentaient des anomalies au niveau du glutamate, un «messager» qui intervient dans la transmission des messages nerveux. Un niveau trop élevé de glutamate pourrait être responsable de l'épuisement des neurones. Une autre hypothèse évoque un dérèglement d'un «facteur de croissance» (substance qui permet de favoriser la croissance de certaines cellules) qui pourrait entraîner la dégénérescence des motoneurons. Il semble également qu'une réaction d'inflammation anormale puisse survenir au niveau des motoneurons. Une autre piste concerne les mitochondries. Enfin, chez les personnes atteintes de SLA, les mécanismes naturels de mort cellulaire, par apoptose, pourraient se déclencher trop tôt et trop rapidement. La SLA pourrait être due à une combinaison de ces différentes hypothèses,

chaque patient a son rythme propre de compréhension et d'intégration des mauvaises nouvelles

qui font toutes l'objet de programmes de recherche.»

On peut, sur ce thème, multiplier les sources d'informations, les précisions, les conseils, les commentaires. On peut aussi en rester là. «Certains patients ne souhaitent pas forcément entendre une information qui peut être vécue comme insupportable» écrit le Dr Véronique Danel-Brunaud (Centre SLA, Clinique de neurologie, Hôpital Salengro, CHRU de Lille) dans un texte remarquable

de la dernière livraison de *La revue du praticien*.² Elle ajoute que la volonté exprimée lors des «directives anticipées» peut correspondre à un moment de la maladie qui ne préjuge pas d'un souhait différent dans un contexte d'aggravation. «L'écoute doit être permanente» dit-elle, en abordant les «démers éthiques» de la prise en charge des patients atteints de cette maladie.

Il est parfois difficile, au méde-

cin encore novice, d'entendre que l'information du malade sur sa maladie peut ne pas être souhaitée par ce dernier. Difficile d'entendre qu'elle peut aussi ne pas être souhaitable. Et la difficulté est d'autant plus grande que nous traversons une époque qui fait de la transparence une vertu cardinale; une époque qui voudrait que la relation entre le médecin et son patient soit toujours établie sur un pied d'égalité. C'est dire tout l'intérêt que l'on peut et doit accorder au texte du Dr Danel-Brunaud.

«L'information médicale dans la sclérose latérale amyotrophique crée souvent une rupture, écrit cette spécialiste. Elle révèle la finitude et la vulnérabilité; elle fait tomber la représentation d'une médecine toute-puissante qui guérit sinon répare. Le pronostic de la maladie est amélioré par la mise en place rapide, avec l'accord du patient, de toutes les stratégies thérapeutiques permettant de corriger la dénutrition, de compenser les troubles respiratoires, en particulier ceux du sommeil, de prévenir les fausses routes alimentaires, les chutes et les infections respiratoires.»³ Mais des décisions importantes sont parfois à prendre dès le

diagnostic La ventilation non invasive (VNI) améliore la qualité de vie, et le gain de survie peut dépasser douze mois. Une perte de poids de 5% au moment du diagnostic par rapport au poids usuel multiplie par deux le risque de décès alors qu'un gain de plus de 2,5 kg de masse grasse est associé à une réduction du risque de décès de 10%. Les spécialistes savent aussi qu'une nutrition entérale par gastrostomie est parfois d'emblée nécessaire. «L'annonce de la gastrostomie ou celle de la VNI sont des annonces difficiles car liées au pronostic vital et aux contraintes de la technique, poursuit le Dr Danel-Brunaud. Des perturbations psychologiques (dénégation, sidération) peuvent retarder la mise en route des traitements de façon préjudiciable pour la survie et la qualité de vie du malade.» Et passé le noviciat, tous les médecins savent que chaque patient a son rythme propre de compréhension et d'intégration des mauvaises nouvelles. Tous ou presque savent aussi que le médecin «doit respecter le droit du patient de ne pas recevoir une information qui peut être vécue sur le moment comme insupportable et violente».

En France, la loi du 4 mars 2002 et le code de la santé publique disposent que «la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission». Et la maladie de Charcot n'est pas transmissible. La manière de s'adresser au malade est presque toujours plus importante que le contenu de l'information: «ce qui importe ici c'est de dire au malade ce qu'il peut entendre et lui dire de telle sorte qu'il puisse en entendre plus ensuite». ⁴ Ici la «question du raisonnable» se pose à chaque fois qu'un traitement «provoque une charge ou des effets indésirables insupportables» (gastrostomie d'alimentation, masque de ventilation non invasive, trachéotomie pour ventilation invasive).

«Solliciter le malade dans la rédaction d'un choix tragique, et anticiper entre poursuivre sa vie malade sous ventilation sur trachéotomie sinon mourir car non réanimé le confronte de façon impossible à sa propre mort: 20% seulement des malades livrent des «directives anticipées» sur les traitements, ⁵ un résultat constaté par d'autres équipes» précise le Dr Danel-Brunaud.

Comment peut-on anticiper un handicap extrême? Quelle limite le malade peut-il imaginer à ses capacités d'adaptation? Questions d'autant plus difficiles que, dans certains cas, ces capacités sont inattendues, remarquables, permettant de conclure à «une bonne qualité de vie» en dépit d'un «handicap très sévère». Mais questions d'autant plus délicates aussi que la charge de la dépendance devient souvent très lourde pour les proches dont la qualité de vie, aux stades très avancés de la maladie, «est moindre que celle du malade». «Certains malades souffrent d'être informés sur l'évolution de leur maladie et sur les effets des traitements et ne s'impliquent pas dans les décisions médicales, conclut cette spécialiste. La confiance qu'ils donnent aux médecins impose à ceux-ci une éthique de responsabilité: libérer le malade de toute contrainte de maîtrise des traitements puisque c'est aux médecins que reviendrait cette charge, déléguée par le malade lui-même à l'équipe médicale de son choix, délégation qui pourrait être exprimée sous une forme de «directives anticipées»».

¹ La sclérose latérale amyotrophique. Maladie de Charcot. Maladie de Lou Gherig. Orphanet, avec la collaboration des Prs Vincent Meininger (Centre de référence de la sclérose latérale amyotrophique - Fédération des maladies du système nerveux, CHU Hôpital Pitié-Salpêtrière), Jean Pouget (Centre de référence des maladies neuromusculaires et de la sclérose latérale amyotrophique, Hôpital d'adultes de la Timone, Marseille) et Claude Desnuelle (Centre de référence des maladies neuromusculaires et de la sclérose latérale amyotrophique, CHU L'Archet, Nice).

² Danel-Brunaud V. Les défis éthiques de la prise en charge des patients atteints de

sclérose latérale amyotrophique. Rev Prat 2016;66:367-9.

³ Brunaud-Danel V, Tiffreau V, Danel-Buhl N, et al. Comment prendre en charge un malade atteint de SLA? Pratique Neurol 2015;6:13-8.

⁴ Delassus E. L'information dans le contexte médical. Ethique & Santé 2013; 10:125-9.

⁵ Danel-Brunaud V, Laurier L, Parent K, et al. Les enjeux de la loi Leonetti: participation des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique à une discussion anticipée sur la réanimation respiratoire et les soins de fin de vie. Rev Neurol (Paris) 2009;165:170-7.

La Fondation Cœur de la Tour annonce :

UN PRIX DE RECHERCHE CARDIOVASCULAIRE

Ce prix annuel, qui fête ses 10 ans en 2016, récompense un projet de recherche clinique publié ou accepté pour publication en 2015/2016, dans un journal à politique éditoriale. Dix mille francs suisses seront attribués au premier auteur de la publication choisie.

Les candidat(e)s doivent travailler en Suisse dans le domaine clinique de la médecine cardiovasculaire ou être de nationalité suisse travaillant à l'étranger pour leur formation postgraduée. Seules les publications concernant la recherche clinique seront prises en compte.

Les manuscrits doivent être soumis avant le 30 octobre 2016 et l'évaluation des travaux sera faite par un jury de 5 membres. Chaque candidat(e) ne peut soumettre qu'un seul manuscrit. Le(la) lauréat(e) sera averti(e) en janvier 2017 et invité(e) à donner une présentation orale de son travail lors du colloque mensuel du Dépt Cardiovasculaire de l'Hôpital de la Tour au printemps 2017 à Genève.

Adresse pour soumission :

Dr Philip Urban
Fondation Cœur de la Tour
Av. Maillard 1 – 1217 Meyrin
info@coeurdelatour.ch



CŒUR DE LA TOUR
FONDATION POUR LA RECHERCHE
CARDIOVASCULAIRE

1007794