

Info Diabète

Bulletin à l'intention des éducateurs en diabète de première ligne

L'inconscience de l'hypoglycémie

Sheila Walker R.D. M.Ed., C.D.E.

Sheila Walker est la diététiste du programme SUNDEC, un programme d'éducation en diabète de deux jours offert au campus Sunnybrook du Sunnybrook and Women's College Health Science Centre. On peut communiquer avec Madame Walker par courriel à l'adresse sheila.walker@swchsc.on.ca.

Ce que le contrôle du diabète a de plus ironique, c'est que les personnes qui y excellent sont celles qui présentent le plus grand risque d'hypoglycémie. Au-delà des dangers immédiats de l'hypoglycémie, on retrouve les risques à plus long terme de l'inconscience de l'hypoglycémie.

L'inconscience de l'hypoglycémie est l'absence de symptômes spécifiques qui indiquent au patient que sa glycémie est en train de baisser. Sans signe avertisseur, le patient ne peut pas prendre les mesures nécessaires pour empêcher sa glycémie de tomber à un niveau dangereusement bas. On estime que de 10 à 20 % des patients ayant le diabète de type 1 souffrent chaque année d'au moins un épisode grave d'inconscience de l'hypoglycémie exigeant une intervention de l'extérieur.

L'étude DCCT a démontré que les patients traités intensivement sont trois fois plus susceptibles d'avoir un épisode d'hypoglycémie que les patients qui suivent une thérapie conventionnelle. Plus de 50 % de tous les épisodes surviennent pendant le sommeil, lorsque l'absence de symptômes est particulièrement dangereuse.

Parmi les signes avertisseurs de l'hypoglycémie, on retrouve les sueurs, la faim, l'anxiété, des picotements autour de la bouche et des changements de vision. Ces signes sont causés par la réaction du système nerveux autonome à l'hypoglycémie. Les symptômes neuroglycopéniques, s'ils sont inaperçus, peuvent donner lieu à de la confusion, de

la léthargie, des crises et au coma. Normalement, lorsque la glycémie des humains en santé diminue (3,6-3,8 mmol/L), le taux d'hormones de compensation augmente (glucagon, épinephrine, hormones de croissance et cortisol).

Chez les personnes atteintes du diabète de type 1, le seuil glycémique pour la production de ces hormones varie selon les taux de glycémie précédents. Un épisode d'hypoglycémie amortira les symptômes de l'hypoglycémie au cours des prochains jours. La meilleure façon d'éviter l'inconscience de l'hypoglycémie est d'éviter l'hypoglycémie systématiquement.

L'inconscience de l'hypoglycémie pose un risque pour les personnes suivantes :

- Les patients ayant un faible taux d'HbA_{1c}.
- Les patients qui sont diabétiques depuis longtemps. Les signes avertisseurs diminuent quelques années après le début de la maladie.
- Les patients ayant un indice de masse corporelle bas.
- Les patients qui déclarent ne plus ressentir l'hypoglycémie.
- Les patients qui font des activités physiques vigoureuses.
- Les patients dont la glycémie varie beaucoup et dont la concentration moyenne de sucre dans le sang est basse.
- Les patients qui commencent l'insulinothérapie.
- Les patients qui prennent de fortes doses de sulfonylurées, et surtout les personnes âgées.

suite à la page 2

DANS CE NUMÉRO

COUVERTURE

L'inconscience de l'hypoglycémie

PAGE 4

Maîtrise de la lipidémie

PAGE 6

Améliorer le taux d'HbA_{1c} en contrôlant la glycémie postprandiale

PAGE 7

La dysfonction érectile

PAGE 8

Dégénérescence maculaire, rétinopathie diabétique et antioxydants

PAGE 12

L'extraordinaire pouvoir curatif des bleuets

Stratégies de réduction des risques

1. Discutez de l'hypoglycémie à chaque visite (sa fréquence, les signes avertisseurs, les stratégies de traitement). Montrez au patient à rester « en état d'alerte » dans les 24 à 48 heures qui suivent un épisode d'hypoglycémie, ce qui peut signifier qu'il doit vérifier sa glycémie pendant la nuit.
2. Discutez des effets des bêta-bloquants sur l'inconscience de l'hypoglycémie. Ces médicaments peuvent empêcher la personne de ressentir l'hypoglycémie.
3. Demandez au patient s'il boit de l'alcool. L'alcool empêche le foie de sécréter le glycogène dans le sang, si bien que le patient pourrait ne pas reconnaître les signes de l'hypoglycémie s'il boit. Pour éviter cette situation, le mieux serait que le patient ait eu une journée d'activités physiques ou de l'hypoglycémie ce jour-là.
4. Pour les patients ayant l'inconscience de l'hypoglycémie et les patients ayant des troubles du système nerveux autonome, établissez des cibles plus élevées pour l'hyperglycémie et l'HbA_{1c}. On suggère que ces cibles soient plus élevées que 5,5 mmol/L avant les repas et que tous les taux de glycémie soient plus élevés que 3,9 mmol/L.
5. Si le taux d'HbA_{1c} est inférieur à 6 % et que le patient ne déclare aucun symptôme neurovégétatif associé à une neuropathie lorsque son taux de glycémie est inférieur à 3,0 mmol/L, soupçonnez l'inconscience de l'hypoglycémie.
6. Recommandez que le patient surveille sa glycémie souvent, surtout au coucher, afin de déterminer la quantité convenable de glucides qui devrait être contenue dans sa collation du soir. Avec le diabète, l'expérience est un bon maître. Il est également essentiel que le patient surveille sa glycémie souvent s'il conduit un véhicule automobile.
7. Considérez la possibilité de passer à l'insuline Humalog. Cette insuline a une durée d'effet plus courte que l'insuline ordinaire et, normalement, ne devrait pas provoquer d'hypoglycémie la nuit.
8. Vérifiez les dossiers pour déterminer les rajustements à apporter au régime insulinaire pendant les périodes où le patient fait plus d'exercice physique.
9. Renvoyez le patient chez la diététiste pour examiner :
 - a. le compte des glucides
 - b. les rajustements nécessaires à l'apport des glucides pour accroître l'activité physique
 - c. le traitement efficace de l'hypoglycémie, qui consiste en l'apport de 15 grammes ou plus de glucides rapidement absorbés (mais non le chocolat). L'indice glycémique peut servir à identifier les aliments qui accroissent rapidement la glycémie (p. ex. des dates et les bonbons haricots). Les matières grasses ou les protéines supplémentaires n'aident pas.
10. Certains centres d'éducation en diabète ont maintenant un système de

suite à la page 3



CRISTAL LÉGER

Boisson rafraîchissante à la fraise-orange-banane

Vous n'avez qu'à suivre nos 3 étapes simples :

1. DÉPOSER 1 sachet de préparation pour boisson hypocalorique Cristal Léger à la fraise-orange-banane dans le récipient du mélangeur.
2. AJOUTER 1 ½ tasse d'eau froide, ½ tasse de jus d'orange froid et 1 c. à table de jus de lime; couvrir. Mélanger à haute vitesse jusqu'à ce que la préparation soit dissoute.
3. AJOUTER 4 tasses de glace concassée ou de glaçons. Couvrir, mélanger jusqu'à ce que ce soit lisse. Servir immédiatement.

Donne 5 portions de 1 tasse.

Une portion

16 calories 0,3 g de protéines
0,3 g de matières grasses
3,2 g de glucides

Valeur des choix d'aliments de
l'Association canadienne du
diabète

1 portion = 1/2

Le bulletin inclus dans
l'emballage-échantillon
pour professionnels est
publié tous les trimestres
par Sampling Canada

Fibre 1*

3

General Mills a inclus une grande boîte de céréales Fibre 1*. Fibre 1* a un taux très élevé de fibres alimentaires, est faible en gras et ne contient pas de cholestérol. En enseignant à vos clients à lire judicieusement les étiquettes sur les produits, vous voudrez peut-être insister sur le fait qu'une demi-tasse contient 13 grammes de fibres et que, bien qu'aucun sucre n'ait été ajouté, l'aspartame lui donne un goût sucré agréable. Une demi-tasse (30g) équivaut à 1 choix de féculents de l'Association canadienne du diabète. Les céréales restent fraîches et croquantes grâce à l'emballage double scellé séparément.

surveillance continue de la glycémie qui mesure automatiquement la glycémie toutes les 5 minutes sur une période de 72 heures. Cette méthode permet d'identifier l'hypoglycémie survenant pendant la nuit.

Résumé

Le contrôle glycémique à un niveau presque normal prévient ou retarde les complications à long terme du diabète. Malheureusement, ce contrôle glycémique donne lieu à un risque accru d'hypoglycémie et d'inconscience de l'hypoglycémie. Il est important que les patients qui contrôlent leur glycémie de près apprennent des stratégies pour réduire le risque d'hypoglycémie.

Étude de cas

Monsieur B.L. – homme de 52 ans à la retraite.

- A le diabète de type 1 depuis 28 ans, avec un taux d'HbA1c de 0,083.
- A eu récemment 3 épisodes d'hypoglycémie nocturne que son épouse a traités. Le patient affirme qu'il ne ressent plus ses bas niveaux de glycémie.
- Insuline – Lente et régulière variable avant le déjeuner, régulière variable avant le souper et lente au coucher.
- Le patient dit qu'il ne se souvient plus de ce qui est arrivé ou des causes possibles de ses épisodes.
- Le patient est évalué par une infirmière, une diététiste et un médecin.

Les changements suivants lui sont suggérés :

1. Insuline Humalog plutôt que l'insuline régulière au déjeuner et au souper.
2. Revoir l'apport de glucides avec le patient et son épouse. Cet apport était extrêmement variable

et se situait entre 25 et 75 grammes au souper.

3. Il est conseillé au patient de surveiller sa glycémie au coucher. Jusqu'alors, il la surveillait avant le déjeuner et avant le souper.
4. Les résultats de la glycémie sont examinés pour voir si le patient a eu des glycémies basses le jour ou les 2 jours précédant les nuits où il a eu des épisodes d'hypoglycémie.
5. On a discuté avec le patient de sa consommation d'alcool. Il a dit qu'il ne buvait que rarement, mais que, dans ces occasions, il prenait de 0 à 4 bières.
6. On a examiné si à ces 3 occasions, il avait eu un niveau inhabituel d'activité physique et comment modifier sa dose d'insuline pendant la nuit.
7. L'épouse du patient a appris à administrer le glucagon.

Références :

1. Ovalle F, Fanelli G, Paramore D, Hershey T, Craft S, Cryer P: Brief twice-weekly episodes of hypoglycemia reduce detection of clinical hypoglycemia in Type 1 diabetes mellitus. *Diabetes* 47:1472-1479, 1998
2. Cox D, Gonder-Frederick L, Polonsky W, Schlundt D, Kovatchev B, Clarke W: Blood glucose awareness training (BGAT-2): long-term benefits. *Diabetes Care* 24:637-642, 2001
3. Cryer P: Symptoms of hypoglycemia, thresholds for their occurrence, and hypoglycemia unawareness. *Endocrinol Metab Clin North Am* 28:495-500, v-vi, 1999
4. Janssen M, Snoek F, de Jongh R, Casteleijn S, Deville W, Heine R: Biological and behavioral determinants of the frequency of mild, biochemical hypoglycemia in patients with Type 1 diabetes on multiple insulin injection therapy. *Diabetes Metab Res Rev* 16:157-163, 2000

Renseignements:

Alan Donaldson
Président & éditeur
Guide canadien
sur le diabète
33 avenue Wheeler
Toronto ON
M4L 3V3

Tél : 416 690 4871
Télec : 416 690 3553

alan.donaldson@sympatico.ca
www.guidesurlediabete.com

Maîtrise de la lipidémie

En mai 2000, un groupe de travail composé d'experts canadiens a publié une mise à jour des recommandations canadiennes en matière de prise en charge et de traitement des dyslipidémies¹. Parmi les nombreux changements apportés, un des plus importants concerne les diabétiques.

En effet, d'après ces recommandations, les personnes âgées de plus de 30 ans qui sont atteintes de diabète sucré (défini comme une glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L) appartiennent désormais à une nouvelle catégorie, celle des sujets exposés à risque très élevé de maladie coronarienne – à l'instar des personnes ayant déjà subi une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

Une étude récente, dont les résultats ont été publiés au Royaume-Uni, a également révélé que chez les patients diabétiques, la maîtrise de la lipidémie est encore plus importante que celle de la glycémie pour réduire le risque cardiovasculaire². On a découvert qu'une maîtrise intensive de la glycémie chez les patients atteints de diabète de type 2 réduisait la fréquence de rétinopathie et de néphropathie, mais avait peu d'effet sur le risque de maladie coronarienne. Lors d'une étude, dont les résultats ont été publiés dans le *New England Journal of Medicine*, on a démontré que le diabète de type 2 multipliait par deux, trois ou quatre le risque de maladie coronarienne³. C'est pourquoi le Groupe de travail canadien a établi que la réduction de la lipidémie et de la pression artérielle est prioritaire chez ces patients.

On recommande également l'atteinte de taux lipidiques cibles chez les patients appartenant aux diverses catégories de risque. On suggère que les patients exposés à un risque très élevé, notamment les diabétiques, cherchent à maintenir un taux de cholestérol LDL inférieur à 2,5 mmol/L, un taux de triglycérides inférieur à 2,0 mmol/L et un rapport cholestérol total: cholestérol HDL inférieur à 4.

Toujours selon les recommandations, les diabétiques dont les taux lipidiques sont supérieurs aux taux cibles amorcent immédiatement un traitement médicamenteux en plus de modifier leur alimentation et leur mode de vie, au lieu de commencer par apporter des changements à cet égard. Cette modification des recommandations met en évidence la nécessité d'une prise en charge énergique de ces patients qui sont fortement exposés.

Pour les personnes présentant un taux élevé de cholestérol LDL, accompagné ou non d'une hypertriglycéridémie, on recommande d'administrer un médicament de la classe des statines en premier recours. Des recherches ont démontré que chez les diabétiques, les statines peuvent réduire le risque d'accident cardiovasculaire et qu'elles pourraient augmenter la survie⁴. Ces médicaments entraînent relativement peu d'effets indésirables et ils sont offerts sous forme de comprimés à prendre une fois par jour.

Pour obtenir plus d'information sur le cholestérol et la santé cardiaque, visitez le site www.acoeurdyyvoirclair.ca

Références :

1. Fodor JG, Frohlich J, Genest J Jr., McPherson PR for the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias. Recommendations for the management and treatment of dyslipidemia: Report of the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias. *CMAJ* 2000;162(10):1441-47.
2. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998;353:837-53.
3. Haffner SM, Lehto S, Rönkä T, Pyörälä K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998; 339:229-34.
4. Pyörälä K, Pedersen TR, Kjekshus J, et al. Cholesterol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease. A subgroup analysis of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care* 1997;20(4):614-20.

Cette publication a été rendue possible grâce à une contribution inconditionnelle à visée éducative de Pfizer Canada Inc.

NOUVELLES RESSOURCES ET LA SANTÉ AU MENU

La plupart d'entre vous connaissez le livre de cuisine *Meals for Good Health* publié en collaboration avec l'Association canadienne du diabète. Ce livre est illustré de photos en couleur grandeur nature de repas sains renfermant tous le même nombre de calories. Beaucoup de travailleurs de la santé connaissent également l'ouvrage *Meals for Good Health Manual*, qui renferme toutes les valeurs de choix alimentaires de l'Association canadienne du diabète et d'autres renseignements sur la nutrition se rapportant aux repas et aux recettes du livre *Meals for Good Health*. Deux nouvelles excellentes ressources s'ajoutent maintenant à ces ouvrages : un cahier de l'enseignant (en anglais), et la traduction française du livre de recettes intitulée *La santé au menu*. Pour voir ces publications, consultez le site Web www.mealsforgoodhealth.com
Vous pouvez maintenant les commander en ligne !

Cahier de l'enseignant *Meals for Good Health*

Un outil d'enseignement de la nutrition indispensable pour les diététistes, les travailleurs de la santé et les bénévoles

- Ce cahier d'enseignement très beau et très bien conçu renferme 54 transparents traitant de sujets importants dans le domaine de la nutrition et illustrés par les photos du livre *Meals for Good Health*.
- Les diététistes, travailleurs de la santé, enseignants et bénévoles intéressés à la santé et l'alimentation peuvent utiliser les notes de l'animateur accompagnant les transparents pour donner des cours de nutrition.
- Vous y trouverez une foule de conseils et d'idées pédagogiques qui vous feront gagner du temps et réduiront votre préparation. Ce cahier comporte une section sur les ressources que l'on peut commander ainsi que des activités amusantes de nutrition à faire individuellement ou en groupe.
- Prix : 149,99 \$.
- Commandez ce cahier en ligne à l'adresse www.mealsforgoodhealth.com ou par téléphone au numéro sans frais 1-866-733-9409.

La santé au menu

- Publié par les Éditions de l'Homme avec la participation de l'Association Diabète Québec (ADQ) (l'Association Diabète Québec un bureau affilié de l'Association canadienne du diabète, avec qui elle a un partenariat).
- Prix : 29,95 \$ (couverture rigide).

Ce livre est montré sur le site Web www.mealsforgoodhealth.com. Vous pouvez le commander auprès de l'ADQ au 1-800-361-3504, en ligne à l'adresse www.diabete.qc.ca ou auprès de la maison d'édition au 1-800-361-4806.

Nouveau !

Alcon ICaps^{MD}

Multivitamines et multiminéraux ICAPS^{MD} avec lutéine et zéaxanthine

Alcon Canada a le plaisir de lancer ICAPS^{MD}, un supplément de multivitamines et multiminéraux contenant de la lutéine et de la zéaxanthine. ICAPS^{MD} est conçu pour assurer le confort du patient et l'aider à observer son traitement.

- ICAPS^{MD} a une action prolongée qui libère les éléments nutritifs lentement pour en optimiser l'absorption, ce qui aide à éviter les troubles gastriques.
- ICAPS^{MD} est le seul produit vitaminique oculaire important à contenir du zinc sous forme d'acétate de zinc, qui est mieux absorbé et mieux toléré par le tube digestif que l'oxyde de zinc.

Les comprimés ICAPS^{MD} sont également plus petits que d'autres suppléments diététiques contenant de la lutéine, ce qui peut encourager le patient à les prendre.

Nous avons un nouveau look !

- La navigation du site est maintenant plus facile !
 - Nouvelle section pour les éducateurs en diabète
- www.guidesurlediabete.com**

Améliorer le taux d'HbA_{1c} en contrôlant la glycémie postprandiale

Anne Belton, directrice, Diabetes Education William Osler Health Centre, membre du conseil consultatif sur le perfectionnement professionnel, Institut d'éducation LifeScan.

La clé consiste à laisser les patients apprendre par l'expérience, autrement dit, de leurs erreurs...

Amener les gens à se rendre compte qu'ils sont capables de gérer leur maladie : voilà le véritable défi. Nous ne pouvons pas gérer leur maladie pour eux : ils doivent le faire eux-mêmes, mais pour cela, ils doivent avoir les connaissances nécessaires.

Ces dernières années, le traitement du diabète a changé d'orientation, se tournant du contrôle de la glycémie à jeun à celui de la glycémie postprandiale. Ce virage nous livre un autre outil pour améliorer l'éducation de nos patients.

Il est difficile de déchiffrer le précis lien qui existe entre la glycémie postprandiale, la glycémie à jeun et le taux d'HbA_{1c}. La preuve est cependant de plus en plus concluante que si l'on réduit la glycémie postprandiale à l'aide d'insulines à action rapide, on peut parvenir à un contrôle métabolique supérieur.

Dans une étude publiée l'an dernier dans la revue *Diabetes Care* et à laquelle ont participé 882 patients ayant le diabète de type 1, Philip Raskin et ses collègues ont démontré que la prise d'insuline aspart avec un repas réduisait beaucoup mieux la glycémie postprandiale que la prise d'insuline humaine 30 minutes avant un repas. De plus, à la fin de cette étude de 6 mois, les patients qui avaient pris de l'insuline aspart avaient un taux d'HbA_{1c} considérablement plus bas que ceux qui avaient pris de l'insuline humaine ($p < 0,005$).¹

Chez les patients atteints du diabète de type 2, les résultats sont semblables. Dans une autre étude d'une durée de trois mois publiée l'an dernier, le taux d'HbA_{1c} des patients qui avaient pris de l'insuline lispro et de la glyburide était plus bas que celui des patients qui avaient pris de l'insuline NPH au coucher et de la glyburide.² Ces résultats cliniques correspondent à ce que les éducateurs en diabète veulent entendre. Le contrôle de la glycémie postprandiale à l'aide d'insulines à action rapide permet aux éducateurs en diabète de mettre en application les meilleurs principes

de la théorie de l'apprentissage pour aider les gens à changer leurs comportements.

Autrefois, beaucoup de gens se faisaient dire : « Prenez cette insuline-ci, ne modifiez jamais la quantité d'insuline, vérifiez votre glycémie », mais la vérification de la glycémie était toujours dissociée du reste. Quand vous expliquez aux gens comment leurs médicaments agissent et l'effet de telle ou telle dose sur la glycémie, et qu'ils constatent que tel aliment produira tel effet, ils comprennent comment apporter des changements simples à leur vie.

La clé consiste à laisser les patients apprendre par l'expérience, autrement dit, de leurs erreurs. Plutôt que de dire à quelqu'un « Ne faites pas cela », il vaut mieux dire « Écoutez, faites-en l'essai, vérifiez votre glycémie et voyons ce qui va arriver et si vous voulez recommencer. »

Prenons l'exemple d'une patiente qui a bu un café très sucré d'une beignerie que sa fille lui a apporté au travail et qui plus tard a fait grimper sa glycémie à 26 mmol/L. La patiente était stupéfaite. L'expérience lui a appris beaucoup mieux que si on lui avait dit de ne pas boire le café. Les leçons les plus fortes sont souvent celles que les gens apprennent par eux-mêmes. En réduisant la glycémie postprandiale, les gens peuvent apprendre par eux-mêmes et, nous l'espérons, modifier leurs comportements. Cette approche axée sur le patient n'a jamais été aussi efficace que depuis l'arrivée des insulines à action rapide.

Dans notre travail d'éducateurs en diabète, nous devrions avant tout aider les gens à modifier leurs comportements. Les insulines à action rapide aident les gens à faire ces changements. Leurs effets sont immédiats, leurs résultats sont concrets et elles aideront les patients à prendre les décisions qu'il faut.

Références :

1. Raskin, P. et al. Use of Insulin aspart, a fast-acting insulin analog, as the mealtime insulin in the management of patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2000, 23:583-588.
2. Bastyr, E. et al. Therapy focused on lowering postprandial glucose, not fasting glucose, may be superior for lowering HbA_{1c}. *Diabetes Care* 2000 23:1236-41.

LA DYSFONCTION ÉRECTILE : Un problème courant chez les diabétiques

7

Le diabète, qui touche plus de deux millions de personnes au Canada, peut également être la cause de difficultés érectiles. En effet, près de la moitié des hommes diabétiques âgés entre 40 et 50 ans éprouvent des troubles d'érection plus ou moins prononcés. À 70 ans, cette proportion atteint près de 95 pour cent. Chez les hommes concernés et leur partenaire, il n'est pas rare de constater une baisse de l'estime de soi, de la gêne et des tensions dans les relations interpersonnelles – la dysfonction érectile peut causer un stress énorme qui se répercute dans tous les aspects de la vie en général.

Pourtant, de nombreux hommes se sentent toujours mal à l'aise d'aborder la question avec leur médecin, et certains hésitent même à en parler avec leur partenaire. Ils seraient étonnés d'apprendre que la majorité des médecins de famille canadiens prescrivent des traitements contre la dysfonction érectile, ce qui confirme qu'il existe bel et bien une volonté de diagnostiquer cette affection et de la traiter. Cela prouve aussi que les hommes qui éprouvent des difficultés érectiles ne sont pas tout seuls à faire face à leur problème.

« La dysfonction érectile est particulièrement fréquente chez les hommes atteints de diabète, ce qui laisse supposer qu'elle est une de ses complications, de préciser le Dr Brewer Auld, urologue et président du Conseil canadien sur la santé sexuelle de l'homme. Néanmoins, ces hommes peuvent gérer efficacement leur diabète et leur dysfonction érectile, ce qui conduit généralement à une amélioration remarquable de leur bien-être général. Puisqu'il existe des traitements contre la dysfonction érectile, tous les hommes, y compris les diabétiques, devraient parler de leurs difficultés érectiles avec leur médecin. »

Pour la grande majorité des adultes canadiens, la santé sexuelle représente un aspect important du bien-être général. En fait, la plupart des hommes et des femmes espèrent conserver une vie sexuelle active jusqu'à un âge avancé, y compris la possibilité d'avoir des relations sexuelles. Les hommes qui reçoivent un traitement efficace contre la dysfonction érectile sont habituellement très heureux de l'amélioration apportée à leur vie sexuelle.

Qu'est-ce que la dysfonction érectile?

La dysfonction érectile est une incapacité persistante d'obtenir ou de maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante. La forme la

plus facilement identifiable est la dysfonction érectile complète, qui se caractérise par l'incapacité d'obtenir une érection en toute circonstance. Cependant, la dysfonction érectile peut se manifester à des degrés divers. La majorité des hommes (82 pour cent) présentent une dysfonction érectile légère ou modérée, c'est-à-dire une perte intermittente ou progressive de rigidité pénienne ayant des répercussions sur l'activité sexuelle.

Peu importe la gravité de leur dysfonction érectile, les hommes qui en souffrent auraient tout intérêt à se dire que c'est une affection comme les autres qui vaut la peine d'être traitée. La dysfonction érectile n'est pas une conséquence inévitable du vieillissement.

Quel lien existe-t-il entre le diabète et la dysfonction érectile?

Les dommages causés par le diabète aux nerfs et aux vaisseaux sanguins peuvent entraîner une détérioration lente et progressive de la qualité des érections. Le tabagisme, l'obésité, les excès d'alcool et le stress sont autant de facteurs qui peuvent causer la dysfonction érectile. Les scientifiques croient que ces facteurs peuvent aussi être associés au diabète de type 2, qui est en cause dans 90 pour cent des cas de diabète au Canada. L'élimination de ces facteurs de risque contribuerait à prévenir, voire à réduire, les répercussions physiques et affectives pouvant découler du diabète et de la dysfonction érectile.

Peut-on traiter la dysfonction érectile chez les hommes diabétiques?

Fort heureusement, dans la majorité des cas, la dysfonction érectile peut être traitée, quelle qu'en soit la cause. Il n'est pas dit que la dysfonction érectile doive être un sujet difficile à aborder, d'autant plus que les choix de traitement actuels peuvent raviver l'espoir de recouvrer une vie sexuelle active. Il est rassurant pour les hommes et leur partenaire de savoir qu'il existe actuellement des traitements sûrs et efficaces. Votre médecin peut vous aider à faire un choix, et déterminer quel traitement vous convient le mieux.

Pour obtenir plus d'information sur la dysfonction érectile en général ou sur la dysfonction érectile et le diabète, veuillez composer le 1-800-951-2033 (pour parler à une infirmière autorisée) ou consulter le site www.votresantese sexuelle.com.

Vous trouverez dans cet envoi des copies du questionnaire SHIM (Sexual Health Inventory for Men) qui devraient aider les individus qui vous consultent à évaluer leur santé sexuelle.

Dégénérescence maculaire, rétinopathie diabétique et antioxydants

Dr. David Wong, ophtalmologiste de Toronto

Tous les domaines de la médecine s'orientent de plus en plus vers les soins préventifs. Deux des causes premières de la cécité irréversible, à savoir la rétinopathie diabétique et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), occupent une place prédominante dans les soins de santé préventifs. Il semble que les dommages causés aux tissus dans la DMLA et possiblement dans la rétinopathie diabétique soient liés à la formation de radicaux libres qui, avec le temps, causent aux tissus des blessures que les mécanismes naturels sont incapables de réparer. L'usage d'antioxydants tels que des vitamines a pour but de prévenir ou de réduire le stress causé par l'oxydation en absorbant ces radicaux libres avant qu'ils n'endommagent les tissus.

Chez les diabétiques de type 1 et de type 2, le contrôle de la glycémie a pour but de réduire les complications de la maladie, y compris la rétinopathie diabétique^{1,2}. Le contrôle strict de la glycémie n'est pas chose facile et les patients ne sont pas tous capables d'atteindre les taux de glycémie optimaux. Les taux de glycémie élevés entraînent des niveaux plus élevés de radicaux libres par le biais des protéines glycosylées (sucres attachés à des molécules de protéines). C'est un fait établi que les vitamines C et E réduisent la glycosylation des protéines et les dommages causés par l'oxydation³. Bien que les essais humains portant sur la prise d'antioxydants chez les diabétiques n'en soient qu'à leurs débuts, les résultats des essais effectués sur les animaux indiquent que la prise d'antioxydants réduit les dommages causés par les radicaux libres, ce qui donne lieu à une préservation de la fonction vasculaire dans la rétine diabétique⁴. Il est bien possible que les essais sur les humains livreront des résultats semblables.

De nombreuses études ont établi une corrélation entre l'incidence de DMLA et de faibles niveaux d'antioxydants. Les premières études utilisant des antioxydants, y compris la lutéine, pourraient réduire la progression de la DMLA. Les résultats de l'étude *Age Related Eye Disease Study (AREDS)*⁵ récemment publiés ont toutefois révélé que la prise d'antioxydants (vitamines C, E et bêta-carotène) et la thérapie par le zinc entraînaient une importante réduction statistique de la perte de vision. Plus précisément, sur une période de 7 ans, on a noté que la prise d'antioxydants et de zinc réduisait de 25 % la progression de la DMLA d'un stade modéré à un stade avancé, comparée à la prise de placebos. Lorsque les antioxydants et le zinc étaient pris séparément, la progression de la DMLA était réduite de seulement 17 % pour les antioxydants et de 21 % pour le zinc. La perte de vision était également réduite de 27 % lorsque les antioxydants et le zinc étaient pris ensemble, mais de 17 % avec la prise d'antioxydants seulement et de 15 % avec la prise de zinc seulement. Au cours de la période de sept ans, on n'a relevé aucune réduction de la progression et de la perte de vision depuis les débuts de la DMLA ni rien qui prévienne le développement de la DMLA. Cependant, sur une période plus longue de 10 ou 15 ans, on ne sait pas encore si les résultats seront les mêmes. La dose de vitamines (C, E et bêta-carotène) et de zinc était le double du taux quotidien recommandé. Les résultats avaient tendance à être meilleurs chez les patients qui prenaient déjà un supplément multivitaminique.

Il est maintenant évident que la prise de vitamines et d'autres suppléments tels que le zinc réduit la progression de la

suite à la page 9

DMLA et possiblement de la rétinopathie diabétique. Avec le temps, il sera peut-être possible de prévenir ces deux maladies dévastatrices et d'autres maladies qui causent la cécité. Pour l'instant, la prise de suppléments de vitamines et de minéraux constitue un bon départ vers l'atteinte de ce but.

Références :

1. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Progression of Retinopathy with intensive and conventional Treatment in the Diabetes Control and Complications Trial. *Ophthalmol.* 1995;102(4):647-61.
2. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Groups. Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998; 352:854-865.
3. Ceriello et al. New insights on non-enzymatic glycosylation may lead to therapeutic approaches for the prevention of diabetic complications. *Diabet Med* 1992;9:297-299.
4. Szabo et al. Antioxidant properties of calcium dobesilate in ischemic/reperfused diabetic rat retina. *Eur J Pharmacol*; 2001. 428(2):277-86.
5. Age Related Eye Disease Study Group. A Randomized, Placebo-Controlled, Clinical Trial of High Dose Supplementation With Vitamin[®] C and E, Beta Carotene, and Zinc for Age-Related Macular Degeneration and Vision Loss: AREDS Report No 8. *Arch Ophthalmol.* 2001;119:1417-1436.

Colgate Total*

En tant qu'éducateurs en diabète, vous devez, dans votre travail, informer vos clients diabétiques des soins spéciaux qui font partie de leur programme de gestion du diabète. Le soin des dents et des gencives est particulièrement important puisque des études ont démontré que les diabétiques sont trois fois plus susceptibles aux maladies des gencives.

Le dentifrice **Colgate Total*** est le seul dentifrice dont la formule prouvée en clinique combat non seulement la carie, mais aussi la plaque, le tartre et la gingivite, la première étape des maladies des gencives. Par conséquent, un bon programme d'hygiène dentaire inclura le brossage des dents avec le dentifrice **Colgate Total***, l'utilisation de la soie dentaire, un régime alimentaire équilibré et des visites régulières chez le dentiste.

*MD Colgate-Palmolive Canada Inc.

SMUCKER'S A MAINTENANT CINQ TARTINADES SANS SUCRE AJOUTÉ À VOUS SERVIR !

Voici une sucrée de bonne nouvelle pour les gens qui suivent un régime alimentaire faible en sucre ou en glucides. La gamme des savoureuses tartinades aux fruits J.M. Smucker's **sans sucre ajouté** est sucrée au Sucralose, le seul édulcorant véritablement dérivé du sucre.

« L'avantage du Sucralose, c'est qu'il a un goût similaire à celui du sucre, ce qui n'est pas le cas des autres édulcorants artificiels », d'expliquer Peter Saikali, chef de produit. « Voilà pourquoi nos tartinades de fruits **sans sucre ajouté** ont le même vrai bon goût de fruits que nos marques ordinaires, qui sont les confitures préférées des Canadiens. »

Cet édulcorant présente aussi d'autres avantages aux personnes souffrant de diabète. En effet, comme l'organisme ne reconnaît pas le Sucralose comme un sucre ou un glucide, ce produit ne peut influencer le métabolisme des glucides, la sécrétion d'insuline, l'absorption du fructose et du glucose, l'utilisation du glucose et le contrôle à court ou long terme de la glycémie.

Les tartinades de fruits Smucker's **sans sucre ajouté** sont disponibles dans les saveurs de fruits les plus populaires : fraises, framboises, abricots, oranges et bleuets. Chaque portion de 15 mL (1 c. à soupe) ne contient que 20 calories, 0 gramme de matières grasses et 5,4 grammes de glucides. Selon l'Association canadienne du diabète, sa valeur alimentaire équivaut à une demi-portion de *fruits et légumes au choix*.

« Les gens souffrant de diabète et ceux qui désirent réduire leur consommation de sucre peuvent maintenant savourer de généreuses portions de tartinades de fruits **sans sucre ajouté**, comme ils le faisaient avec leurs confitures, mais cette fois sans sucre ajouté », de conclure M. Saikali. Pour tous ceux et celles qui doivent se priver de sucre, c'est une bien délicieuse nouvelle!

L'Association canadienne de médecine podiatrique (ACMP) a souligné, en juillet 2001, la valeur de 14 produits de soins podiatriques pour diabétiques *Dr. Scholl's*® en leur décernant le *Golden Seal of Acceptance*, une reconnaissance fondée sur le programme strict d'approbation de l'Association. Selon Anne Belton, R.N., B.A. CDE, membre fondateur du Scholl Institute : « Beaucoup de confusion entoure la sécurité des produits pour diabétiques. Les diabétiques doivent savoir que les produits qu'ils utilisent sont sans danger et utiles pour traiter les problèmes de pied mineurs. Le *Golden Seal of Acceptance* de l'ACMP désigne les produits sûrs qui sont recommandés. » L'ACMP endosse les produits pour diabétiques *Dr. Scholl's*® car les diabétiques ont besoin de soins de santé spéciaux. On sait que les soins podiatriques contribuent au maintien de leur santé en général.

Les problèmes podiatriques des diabétiques ont d'habitude trois causes : la neuropathie diabétique, la mauvaise circulation et la mauvaise réaction immunitaire aux infections. À ces causes s'ajoutent l'interaction de facteurs coadjuvants, dont la mobilité limitée, la mauvaise tension artérielle dans les pieds et le contrôle glycémique. La combinaison de ces facteurs et l'absence de sensation qui en résulte peuvent être à l'origine de traumatismes ou de blessures passant inaperçus, donc non traités pendant de longues périodes, qui accroissent le risque d'affections podiatriques graves, telles les difformités, les ulcères des pieds, les infections fongiques ou osseuses et la gangrène. On estime à 15 pour cent la proportion de diabétiques qui, tôt ou tard, ont des problèmes podiatriques.

La neuropathie diabétique est un problème complexe difficile à traiter. Malgré sa fréquence chez les diabétiques, il n'y a pas de traitement uniforme efficace pour tout le monde, de sorte qu'elle est une source de frustration pour les patients et les spécialistes de la santé. Les chercheurs n'ont pas encore trouvé de façon de prévenir ou de traiter la neuropathie, d'où l'importance de l'éducation des patients et de la prévention.

Grâce aux nouvelles approches permises par les progrès de la recherche podiatrique, les soins préventifs des pieds sont à la base de la gestion des soins podiatriques pour diabétiques. De bonnes chaussures et des soins appropriés peuvent réduire passablement l'incidence des complications. Le port de bonnes chaussures soulage les zones de pression excessive, atténue les chocs et la friction tout en accommodant, stabilisant et supportant les pieds. On recommande l'utilisation d'inserts pour bien adapter la chaussure au pied et limiter les zones de stress en répartissant la pression.

Si des personnes ont besoin d'orthèses spéciales pour répartir la pression sur le métatarse et le gros orteil, la plupart des diabétiques peuvent, au début de la neuropathie, porter des chaussures de course ou de marche coussinées ordinaires. Les patients peu ou moyennement vulnérables ont besoin de chaussures ayant une base stable pour le talon et le meilleur soutien biomécanique possible, une partie supérieure molle et une semelle extérieure épaisse qui absorbe les chocs. Les produits grand public, telles les semelles ainsi que les doublures et les coussinets pour talon *Dr. Scholl's*® offrent le soutien et le confort supplémentaires qui sont parfois nécessaires et une solution de rechange abordable par rapport aux orthèses spéciales.

Les soins des pieds sont également importants. Les diabétiques, les personnes âgées et les personnes ayant une déficience visuelle doivent examiner leurs pieds au moins une fois par jour ou demander à quelqu'un de le faire. Les ongles doivent être taillés avec soin, perpendiculairement, et les pieds lavés fréquemment à l'eau chaude (mais pas trop), mais sans les faire tremper pour ne pas les dessécher. La peau entre les orteils doit être bien asséchée, au besoin avec de la poudre. Il faut aussi lubrifier le reste du pied en appliquant une lotion, mais pas entre les orteils afin d'éviter l'infection. Les poudres et les crèmes podiatriques ainsi que l'hydratant à grande capacité de pénétration *Dr. Scholl's*® peuvent améliorer la commodité et l'efficacité des soins podiatriques des diabétiques.

Pour les diabétiques, les complications podiatriques peuvent entraîner une incapacité chronique exigeant des soins et avoir une grande incidence sur la qualité de vie des patients. La perte de mobilité et de capacité à effectuer les tâches quotidiennes et à pratiquer des loisirs est souvent une cause de grave dépression et de diminution de la qualité de vie plus grande que chez les diabétiques qui n'ont pas de problèmes podiatriques.

Le port de bonnes chaussures et l'utilisation de produits de soins podiatriques doivent donc faire partie intégrante des soins préventifs des diabétiques. Les produits grand public pour diabétiques *Dr. Scholl's*® sont une façon utile et économique de traiter les affections mineures et de prévenir les principales complications podiatriques des diabétiques et d'aider les diabétiques à garder leur mobilité et une vie active, deux facteurs essentiels d'une bonne qualité de vie.

Produits podiatriques pour diabétiques	Raison
Semelle intérieure <i>Dr. Scholl's StepWell</i> ®	Sa double épaisseur répartit également la pression, assurant le confort et une protection maximale et améliorant la circulation locale. Conçue spécialement pour les personnes souffrant de diabète et d'arthrite.
Semelle intérieure sport <i>Dr. Scholl's Advantage</i> ®	Absorbe les chocs, guide le mouvement et améliore la stabilité.
Semelle de travail <i>Dr. Scholl's Advantage</i> ®	Absorbe les chocs, guide le mouvement et améliore la stabilité.
Doublure pour talon pour femmes <i>Dr. Scholl's</i> ®	Améliore l'ajustement et le confort de la chaussure.
Coussinet de gel à effet de massage pour le talon <i>Dr. Scholl's</i> ®	Protège le talon et assure le confort.
Semelle <i>Dr. Scholl's Odour Destroyers</i> ®	Garder les pieds frais et secs et assure leur confort.
Poudre pour chaussure <i>Dr. Scholl's Odour Destroyer</i>	Composée de bicarbonate de soude et d'oxyde de zinc, elle absorbe l'humidité. Un emballage spécial facilite l'épandage dans les chaussures.
Aérosol <i>Dr. Scholl's Odour Destroyer</i>	Élimine l'odeur et l'humidité. Garde les pieds frais et secs.
Crème pour pied d'athlète <i>Dr. Scholl's</i> ®	Guérit le pied d'athlète et soulage la démangeaison et la sensation de brûlure.
Gel pour pied d'athlète <i>Dr. Scholl's</i> ®	Guérit le pied d'athlète et soulage la démangeaison et la sensation de brûlure.
Crème pour pied d'athlète <i>Tinactin</i> ®	Guérit et prévient le pied d'athlète. Soulage la démangeaison, la sensation de brûlure et le fendillement de la peau.
Poudre pour pied d'athlète <i>Tinactin</i> ®	Guérit et prévient le pied d'athlète. Soulage la démangeaison, la sensation de brûlure et le fendillement de la peau.
Aérosol pour pied d'athlète <i>Tinactin</i> ®	Guérit et prévient le pied d'athlète. Soulage la démangeaison, la sensation de brûlure et le fendillement de la peau.
Hydratant à effet pénétrant <i>Dr. Scholl's Smooth Touch</i> ®	Repose et hydrate les pieds. Prévient le dessèchement et le fendillement de la peau.

Ces produits podiatriques pour diabétiques *Dr. Scholl's*® ont reçu le Golden Seal of Acceptance de l'ACMP.

COMMENTAIRES

Donnez-nous de vos nouvelles. Si vous avez des questions, des commentaires ou des suggestions, envoyez-nous un courriel !

Email: info@guidesurlediabete.com

L'extraordinaire pouvoir curatif des bleuets

Lael Edistein, diététiste

Nous en apprenons un peu plus chaque jour sur les extraordinaires effets bénéfiques des bleuets pour la santé. Les recherches récentes établissent en effet un lien entre une substance présente dans les bleuets, appelée anthocyane, et leur belle coloration indigo ainsi que l'amélioration possible de la vue chez certaines personnes. Il semble également que les antioxydants présents dans les bleuets contribuent à lutter contre les effets nocifs du smog, de la fumée de cigarettes et d'autres substances qui peuvent causer ou accélérer le vieillissement.

En plus d'être délicieux, les bleuets sont naturellement pauvres en calories et exempts de matières grasses. Une portion d'une tasse de bleuets frais ne contient que 80 calories et ne possède ni gras, ni cholestérol ni sodium. Une portion contient également 5 grammes de fibres alimentaires, 19 grammes de glucides et 1 gramme de protéines!

Profitez des bienfaits des bleuets tout au long de l'année

Grâce à la congélation, il est facile de se régaler de bleuets toute l'année. Il suffit d'étaler une seule couche de bleuets frais sur une tôle à biscuits (sans les laver). Quand ils sont congelés, les mettre dans un sac en plastique hermétique ou dans un contenant de congélation et les entreposer. Au moment d'utiliser les bleuets, les sortir et les laver délicatement pour les dégeler.

Fait

Les bleuets se classent parmi les fruits et les légumes qui ont le plus grand pouvoir antioxydant.

Si vous voulez augmenter votre consommation de bleuets, voici une recette succulente qui vous donnera un bon départ - et délicieux par surcroît. Alors, n'attendez plus... dès aujourd'hui, goûtez à la belle vie en savourant une tranche de tarte aux bleuets Égal!

Tarte aux bleuets Égal



Donne 8 portions - 30 % moins de calories que la recette traditionnelle

Pâte à tarte pour 2 croûtes de 9 pouces

6 tasses	Bleuets frais ou 2 paquets (de 16 onces chacun) de bleuets non sucrés surgelés
3 c. à soupe	Jus de citron
6 c. à soupe	Fécule de maïs
1 tasse plus 2 c. à soupe	Égal Cuillerée

- Mélanger les bleuets et le jus de citron dans un grand bol. Mélanger la fécule de maïs et Égal, saupoudrer sur les bleuets et remuer pour bien enrober. Laisser reposer 30 minutes.
- Abaisser la moitié de la pâte sur une surface légèrement enfarinée de manière à obtenir un cercle de 1 pouce plus large que l'assiette à tarte renversée. Glisser l'abaisse délicatement dans l'assiette à tarte; égaliser à 1 pouce plus grand que l'assiette. Abaisser le reste de la pâte jusqu'à ce qu'elle ait 1/8 pouce d'épaisseur; couper en 10 ou 12 lamelles de 1/2 pouce de largeur.
- Verser le mélange de bleuets dans la croûte. Disposer les lamelles de pâte sur la garniture en les entrelaçant. Égaliser les extrémités des lamelles; replier le bord de la croûte inférieure sur les extrémités des lamelles. Sceller et festonner les bords.
- Faire cuire au four préchauffé à 425°F environ 1 heure ou jusqu'à ce que la croûte soit dorée et que la garniture bouillonne. Si le bord de la croûte brunît rapidement, la couvrir avec du papier d'aluminium. Laisser refroidir sur une grille métallique; réfrigérer les restes.

Information nutritionnelle par portion

257 calories, 3 g de protéines, 42 g de glucides, 10 g de matières grasses, 10 mg cholestérol, 128 mg sodium

Équivalences alimentaires : 1 fruits et légumes, 1 ½ féculents, 2 lipides