

Info Diabète

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

Le diabète et la maladie cœliaque

par Shelley Case, BSc, RD

Shelley Case, BSc, RD, diététiste-conseil de Regina, est spécialisée dans les allergies alimentaires, la maladie cœliaque et le diabète. Membre du conseil consultatif professionnel de l'Association canadienne de la maladie cœliaque, Madame Case est coauteure de la partie du manuel de nutrition clinique portant sur la maladie cœliaque (Manual of Clinical Dietetics, publié conjointement par l'American Dietetic Association et Les diététistes du Canada) et auteure d'autres publications. Madame Case a été éducatrice en diabète pendant 12 ans au Metabolic & Diabetes Education Centre à Regina.

De nombreuses études effectuées aux quatre coins du monde révèlent la coexistence du diabète de type 1 et de la maladie cœliaque chez les enfants et chez les adultes. On estime que la prévalence de la maladie cœliaque dans le diabète de type 1 est de 1 à 9 %. Plusieurs études canadiennes rapportent une prévalence de 5 à 8 %. Chez les personnes qui ont un frère ou une sœur diabétique, le risque d'avoir les deux maladies s'élève à 9,2 %. Les observations cliniques indiquent que, chez la plupart des gens qui ont les deux maladies, le diagnostic de diabète précède celui de la maladie cœliaque, ou les deux maladies sont diagnostiquées en même temps.

Le lien qui existe entre ces deux maladies n'est pas encore clair, mais on sait que certains facteurs génétiques sont impliqués. Il semble qu'un gène non encore identifié dans la région du complexe HLA, probablement le gène DR3, est souvent présent dans le diabète et dans la maladie cœliaque. Il est intéressant de noter qu'un certain nombre d'autres maladies auto-immunes se retrouvent non seulement chez les diabétiques, mais aussi chez les personnes ayant la maladie cœliaque (on pense à la maladie auto-immune de la thyroïde, à la maladie d'Addison et au syndrome de Sjögrens).

Un grand nombre de personnes atteintes du diabète de type 1 et de la maladie cœliaque n'éprouvent aucun symptôme de la maladie cœliaque ou ont des symptômes atypiques ou subtils. Non traitée, la maladie cœliaque peut nuire au contrôle de la glycémie ou le rendre erratique. Parmi les autres risques ou complications de la maladie cœliaque lorsqu'elle n'est pas traitée, on retrouve les suivants :

- 1) croissance linéaire diminuée
- 2) puberté retardée
- 3) anémie
- 4) hypoplasie de l'émail dentaire
- 5) ostéopénie (faible teneur minérale des os)
- 6) ostéoporose
- 7) maladies de la thyroïde
- 8) fausses couches
- 9) lymphome et autres cancers
- 10) développement d'autres maladies auto-immunes

Il existe plusieurs tests sanguins de dépistage de la maladie cœliaque, mais le test diagnostique le plus fiable est la biopsie intestinale. Les médecins ne s'entendent toutefois pas sur la nécessité de soumettre systématiquement les personnes qui ont le diabète de type 1 à un test de dépistage de la maladie cœliaque, d'autant plus que la majorité des diabétiques ne ressentent pas de symptômes de cette maladie.

Certains médecins sont d'avis que les difficultés posées par le régime alimentaire sont tellement grandes que, s'ils demandaient aux diabétiques qui n'ont pas de symptômes de la maladie cœliaque de suivre une diète sans gluten, ce serait trop. À cela s'ajoute le coût élevé de la diète sans gluten et des produits dont les diabétiques ont besoin, sans compter que la diète combinée renferme un choix limité de glucides et que ceux-ci ne sont pas aussi facilement disponibles. Beaucoup d'autres médecins recommandent toutefois que tous les enfants atteints du diabète de type 1 soient soumis au test de dépistage de la maladie cœliaque et que, vu les risques à long terme de cette maladie, ceux qui ont un diagnostic positif soient traités au moyen d'un régime alimentaire dépourvu de gluten. Les médecins en faveur de l'administration

DANS CE NUMÉRO

COUVERTURE

Le diabète et la maladie cœliaque

PAGE 6

Aider les diabétiques à changer

PAGE 7

La dysfonction érectile

PAGE 8

Maîtrise de la lipidémie

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 maladie de 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.

systématique du test recommandent que le dépistage commence un an ou deux après que le diagnostic de diabète de type 1 a été posé. Il faudra d'autres études pour évaluer la fréquence à laquelle les patients séropositifs devraient avoir une biopsie normale comme suivi, puisque certains de ces patients développeront probablement la maladie cœliaque.

MALADIE CÉLIAQUE

La maladie cœliaque est un trouble auto-immun chronique à fondement génétique dans lequel la surface absorbante de l'intestin grêle est endommagée par une substance appelée « gluten ». Certaines fractions précises de protéines appelées prolamines, que l'on retrouve dans le blé, l'orge et le seigle, déclenchent une chaîne de réactions qui endommagent les tissus. La maladie cœliaque comporte une variété de symptômes dont le nombre et la gravité varient énormément d'une personne à l'autre, ce qui complique le diagnostic. De plus, certaines personnes n'ont pas de symptômes même si elles ont une intolérance au gluten, et la maladie cœliaque se retrouve aussi chez les personnes obèses qui ne sont pas de race blanche. Les symptômes classiques incluent le ballonnement, les gaz, la diarrhée, les vomissements, la perte de poids, l'anémie, la fatigue chronique, la faiblesse, la douleur dans les os et les crampes musculaires. Parmi les autres symptômes de la maladie, on retrouve la constipation, la constipation alternant avec la diarrhée, les problèmes d'équilibre, les migraines, les crises épileptiques ou d'autres troubles neurologiques, des problèmes de comportement, de mémoire et d'apprentissage, des problèmes de croissance et de maturation, les ulcérations buccales, les défauts de l'émail des dents, l'infertilité et les maladies osseuses.

Il existe certains tests sanguins de dépistage des anticorps IgA anti-endomysium et de dépistage des anticorps IgA anti-transglutaminase tissulaire. Il faut de toute façon mesurer la quantité totale d'IgA dans le sérum parce que dans la maladie cœliaque, on retrouve une plus grande prévalence

de déficience de l'IgA. Chez les patients ayant une déficience de l'IgA, les tests de dépistage donnent de faux résultats négatifs. Le seul test concluant pour diagnostiquer la maladie cœliaque est la biopsie duodénale. **Il ne faut jamais commencer de diète sans gluten avant d'avoir fait les tests sanguins et la biopsie parce que la diète peut fausser le diagnostic.**

Selon les recherches récentes, la maladie cœliaque compte parmi les maladies courantes actuelles qui sont le moins souvent diagnostiquées. Elle affecte pourtant 1 personne sur 150 à 250 en Amérique du Nord.

DIÈTE SANS GLUTEN

La maladie cœliaque se traite par une diète sans gluten, pour la vie. Bien que le gluten se retrouve ouvertement dans les produits de boulangerie (pain, gâteaux, biscuits) et les pâtes, c'est aussi un ingrédient caché contenu dans plusieurs autres aliments, notamment les viandes à sandwich, les galettes de bœuf à hamburger congelées, les sauces, les assaisonnements, les vinaigrettes, les soupes, les cubes de bouillon de soupe, la sauce soya, les boissons au soya, la poudre à pâte, les friandises, certains suppléments de vitamines et de minéraux et certains produits pharmaceutiques.

Aliments qui contiennent du gluten et qu'il faut éviter :

- Orge
- Son
- Bulgur
- Couscous
- Blé dur
- Triticale
- Blé
- Blé farro*
- Kamut*
- Malt, extrait de malt et aromatisants au malt
- Avoine**
- Son d'avoine**
- Seigle
- Semoule
- Épautre*
- Petit épautre (Einkorn)*
- Blé amidonnier (Emmer)*
- Germe de blé
- Amidon de blé

*Types de blé

** Plusieurs études récentes ont démontré que les personnes atteintes de la maladie cœliaque pouvaient manger de l'avoine en toute sécurité. Le danger réside toutefois dans le problème de l'intercontamination de l'avoine par le blé. Par conséquent, il n'est pas recommandé aux Nord-Américains atteints de la maladie cœliaque de manger de l'avoine pour le moment.

INGRÉDIENTS À VÉRIFIER

Il est important de savoir exactement d'où viennent les composantes des ingrédients suivants, puisqu'elles pourraient contenir du gluten :

- Aromatisants
- Protéines de plantes hydrolysées ou protéines végétales
- Amidon et amidon modifié d'usage alimentaire
- Assaisonnements

GESTION DE LA MALADIE CÉLIAQUE ET DU DIABÈTE DE TYPE 1 PAR LE RÉGIME ALIMENTAIRE

Les personnes qui ont la maladie céliaque et le diabète de type 1 doivent non seulement éviter le gluten, mais aussi équilibrer ce qu'ils mangent et le moment où ils mangent avec leur prise d'insuline et leur niveau d'activité. Il est très important qu'elles surveillent leur glycémie et qu'elles tiennent un journal alimentaire afin de pouvoir évaluer comment divers aliments sans gluten agissent sur le contrôle du diabète. Il leur faudra probablement modifier fréquemment la dose d'insuline dans les 6 à 12 mois qui suivent le début de la diète sans gluten. Les stratégies nutritionnelles essentielles que voici peuvent aider à éviter les fluctuations majeures de la glycémie :

1. Les personnes qui ont la maladie céliaque et le diabète doivent absolument compter les glucides parce que beaucoup de produits sans gluten sont plus riches en glucides que les produits équivalents contenant du gluten.
 - Bagel à la farine de blé
(47 grammes de glucides)
 - Bagel au tapioca et à la farine de riz*
(57 grammes de glucides)
 - Pain à hot dog à la farine de blé
(22 grammes de glucides)
 - Pain à hot dog au tapioca et à la farine de riz*
(40 grammes de glucides)
 - Farine de blé tout usage (1 tasse/250 ml)
(95 grammes de glucides)
 - Farine de riz (1 tasse/250 ml)
(127 grammes de glucides)
 - Farine de pomme de terre (1 tasse/250 ml)
(133 grammes de glucides)

*Kinnikinnick Foods, Edmonton (Alberta).

2. La glycémie a tendance à réagir à de nombreux aliments sans gluten plus rapidement et plus fort qu'aux aliments semblables avec gluten, les aliments sans gluten contenant souvent plus d'amidon, moins de fibres et plus de sucre. Il est donc important de prendre les mesures suivantes :

- inclure une bonne quantité de protéines dans chaque repas et dans la collation du soir pour créer une combinaison d'aliments qui ralentit la digestion;
- choisir plus d'aliments sans gluten qui sont riches en fibres*, tels que l'amaranthe, le son de maïs, les graines de lin moulues, la farine

de pois chiches, la farine de pois chiches et de féverole, le quinoa, le son de riz, le riz brun, la farine de soya, les légumineuses, les noix, les graines, les fruits et les légumes;

- choisir des farines sans gluten riches en protéines telles que la farine d'amaranthe, de légumineuses, de sarrasin, de quinoa, de soya et de teff.

*Les protéines, les matières grasses et les fibres alimentaires peuvent ralentir la digestion et la libération de glucose provenant d'aliments contenant des glucides.

Les diabétiques atteints de la maladie céliaque doivent également tenir compte d'autres problèmes nutritionnels :

1. L'apparition de maladies osseuses tôt dans la vie pose un problème pour les personnes ayant la maladie céliaque. Il est donc extrêmement important pour elles de consommer une quantité suffisante de calcium et de vitamine D.

- Il faut encourager ces personnes à consommer du lait et des produits laitiers régulièrement. Le yaourt et le fromage sont d'excellentes sources de calcium. D'autres aliments contiennent aussi du calcium (on pense au saumon en conserve ou aux sardines avec les os, au jus d'orange enrichi et aux boissons au soya), mais en plus petites quantités ou sous une forme que le corps ne peut pas assimiler facilement (comme c'est le cas des amandes, du brocoli, des épinards, des graines de sésame et des légumineuses).
- Il est possible de remplacer à l'occasion des choix de produits laitiers par d'autres aliments riches en glucides, mais il est prudent de continuer de consommer des produits laitiers régulièrement afin d'obtenir l'apport nutritionnel de référence (ANREF) de calcium et de vitamine D.
- Les personnes qui n'obtiennent pas suffisamment de calcium des produits laitiers et d'autres aliments devraient prendre un supplément de calcium et de vitamine D sans gluten.

2. Les personnes ayant la maladie céliaque ont souvent une carence en fer, avec ou sans anémie, et, par conséquent, devraient :

- manger plus d'aliments sans gluten à forte teneur en fer, comme de la viande, du poisson, de la volaille, des légumineuses, des noix, des graines, des fruits séchés, de l'amaranthe, des graines de lin, du quinoa, du son de riz et de la farine de soya;
- inclure des sources de fer hémique régulièrement dans leur diète (p. ex. de la viande rouge, du poisson et de la volaille) parce que le fer contenu dans ces aliments est assimilé en plus grande quantité (23 %) que le fer d'autres sources non hémiques, telles que les céréales, les fruits, les légumes et les œufs (seulement 3 à 8 %);

suite à la page 4

Renseignements:

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

Tél : 416 690 4871

Télé : 416 690 3553

alan.donaldson@sympatico.ca

www.guidesurlediabete.com

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!

- manger des aliments riches en vitamine C (agrumes, kiwi, baies, brocoli, tomates, poivrons verts et rouges et chou) avec des aliments riches en fer non hémique ou prendre un supplément de fer pour faciliter l'assimilation du fer.

PRODUITS SANS GLUTEN

Il existe une grande variété de produits alimentaires sans gluten vendus par des compagnies au Canada et aux États-Unis. On retrouve des produits de boulangerie prêts à manger (pains, bagels, muffins, gâteaux, biscuits, tartes, croûtes à pizza), des mélanges à pâtisserie et des farines spécialisées, des céréales chaudes et froides, des craquelins, des aliments à grignoter, des plats principaux, des pâtes (de maïs, de quinoa, de riz et de légumineuses) et d'autres produits comme de la chapelure, des mélanges à badigeonner, des mélanges à sauces, des hosties, des cornets de crème glacée et des barres granola.

SOURCES D'INFORMATION SUR LA DIÈTE SANS GLUTEN

1. **L'Association canadienne de la maladie coeliaque.** 5170, chemin Dixie, bureau 204, Mississauga ON L4W 1E3 1-800-363-7296
www.celiac.ca celiac@look.ca

Cette association offre un grand nombre de dépliants, de livres, de livres de cuisine, de vidéos et d'autres ressources, y compris des publications sur le diabète et la maladie cœliaque à l'intention

des patients et des professionnels de la santé. L'Association a des sections locales partout au Canada qui donnent du soutien aux personnes atteintes de la maladie cœliaque.

2. **Gluten-Free Diet : A Comprehensive Resource Guide**, par Shelley Case, CSc, RD
Ce livre est vendu par les magasins d'aliments spécialisés, les associations de la maladie cœliaque et par Case Nutrition Consulting au 194, Angley Court, Regina SK S4V 2V2.
www.glutenfreediet.ca info@glutenfreediet.ca

Ce livre de 176 pages s'adresse aux patients et aux professionnels de la santé qui leur donnent conseil, et renferme une abondance d'information pratique sur tous les aspects de la diète sans gluten. On y retrouve :

- Plus de 1 600 produits alimentaires spécialisés présentés selon la compagnie et selon le nom du produit
- Un répertoire de plus de 130 compagnies canadiennes, américaines et internationales
- Une diète sans gluten présentée d'après les groupes alimentaires
- De l'information sur la nutrition
- Les règlements relatifs aux étiquettes
- Des directives à suivre pour faire des achats
- De bonnes idées de repas et de collations
- Des recettes et des conseils pour la boulangerie et la pâtisserie
- Des ressources – livres de cuisine, livres, revues, bulletins, sites Web et plus encore.

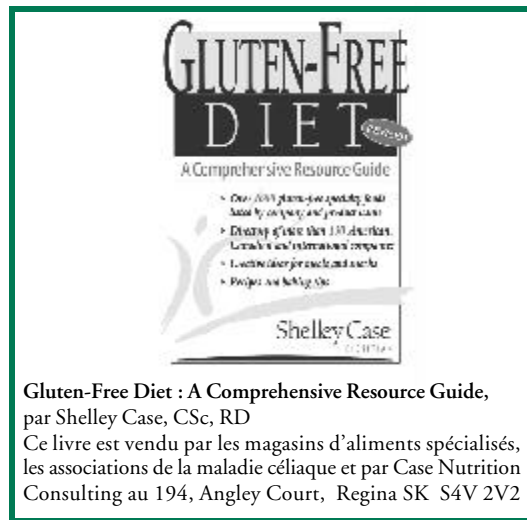
RÉFÉRENCES – DIABÈTE

1. The prevalence and clinical characteristics of celiac disease in juvenile diabetes in Wisconsin. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001 Oct; 33 (4):462-465. Aktay, A.N., et al.
2. High prevalence of celiac disease in patients with type 1 diabetes detected by antibodies to endomysium and tissue transglutaminase. *Can J Gastroenterol* 2001 May; 15 (5):297-301. Gillet, P.M., et al.
3. Celiac disease and type 1 diabetes mellitus- the case for screening. *Diabet Med* 2001 Mar; 18 (3):169-77. Holmes, G.K.
4. Undiagnosed celiac disease and risk of autoimmune disorders in subjects with type 1 diabetes mellitus. *Diabetologia* 2001 Feb; 44 (2):151-5. Not, T., et al.
5. Comparative analysis of organ-specific autoantibodies and celiac disease: associated antibodies in type 1 diabetic patients, their first-degree relatives and healthy control subjects. *Diabetes Care* 2001 Jan; 24(1): 27-32. Jaeger, C., et al.
6. Celiac disease in children and adolescents with type 1 diabetes: importance of hypoglycemia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001 Jan; 32 (1) 37-40. Mohn, A., et al.
7. Development of celiac disease-associated antibodies in offspring of parents with type 1 diabetes. *Diabetologia* 2000 Aug; 43 (8):1005-11. Hummel, M., et al.
8. Gluten-dependent, diabetes-related and thyroid-related autoantibodies in patients with celiac disease. *J Pediatr* 2000 Aug; 137 (2):263-5. Ventura, A., et al.
9. Risk for silent celiac disease is higher in diabetic children with a diabetic sibling than in sporadic cases. *Diabetes Care* 2000 July; 23 (7): 1027-8. Cerutti, F., et al.
10. Autoantibodies to tissue transglutaminase are sensitive serological parameters for detecting silent celiac disease in patients with type 1 diabetes mellitus. *Diabet Med* 2000 June; 17 (6):441-4. Kordonouri, O., et al.
11. Screening by anti-endomysial antibody for celiac disease in diabetic children and adolescents in Austria. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000 Apr; 30 (4):391-6. Schrober, E., et al.
12. Effect of gluten-free diet on the metabolic control of type 1 diabetes in patients with diabetes and celiac disease (letter). *Diabetes Care* 2000 May; 23 (5): 712-13. Iafusco, D., et al.
13. Transglutaminase antibodies in children with a genetic risk for celiac disease. *J Pediatr* 2000 Sept; 137 (3):356-60. Hoffenberg, E.J., et al.
14. No effect of gluten-free diet on the metabolic control of type 1 diabetes in patients with diabetes and celiac disease (letter). *Diabetes Care* 1999 Oct; 22 (10):1747-8. Kaukinen, K., et al.
15. Type 1 diabetes mellitus, celiac disease and lymphoma: a report of four cases. *Diabet Med* 1999 Jul; 16 (7):614-7. O'Connor, T.M., et al.
16. Children with celiac disease and insulin-dependent diabetes mellitus: growth, diabetes control and dietary intake. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1999 May-June; 12 (3):433-42. Westman, E., et al.
17. Prevalence of IgA antiendomysium and IgA anti gliadin autoantibodies at diagnosis of insulin dependent diabetes mellitus in Swedish children and adolescents. *Pediatrics* 1999 Jun; 103(6 PT 1):1248-52. Carlsson, A.K., et al.
18. Use of immunoglobulin A- antiendomysial antibody to screen for celiac disease in North American children with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1998 Nov; 21 (11):1985-9. Fraser-Reynolds, K.A., Butzner, J.D., Stepure, D.K.
19. Celiac disease in children and adolescents with IDDM: clinical characteristics and response to gluten-free diet. *Diabet Med* 1998; 15:38-44. Acerni, C.L., et al.
20. Hypoglycemia and reduction of the insulin requirement as a sign of celiac disease in children with IDDM. *Diabetes Care* 1998 Aug; 21(8):1379-81. Iafusco, D., Rea, F., Prisco, F.
21. Diabetes instability and celiac disease. *Diabetes Care* 1998; 21:2192-3 Andreoli, F., et al.
22. Insulin dependent diabetes mellitus and celiac disease. *Lancet* 1997; 349:1096-7. Cronin, C.C., Shanahan, F.
23. High prevalence of celiac disease among patients with insulin-dependent (type 1) diabetes mellitus. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:2210-12. Cronin, C.C., et al.

24. Celiac disease in an adult population with insulin-dependent diabetes mellitus: use of endomysial antibody testing. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:1280-4. Talal, A.H., et al.
25. The use of IgA-antiendomysial antibody for screening for celiac disease in insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Nutr Metab* 1996; 9:267-8-72. Nosari, I., et al.
26. Celiac Disease: frequent occurrence after clinical onset of insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabet Med* 1996; 13:464-70. Saukkonen, T., et al.
27. Gluten-sensitive enteropathy in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 1996; 124(6):564-7. Rensch, M., et al.
28. Celiac disease and insulin-dependent diabetes mellitus: a causal association. *Acta Paediatr* 1995; 84:1432-3. Pocecco, M., Ventura, A.
29. Incidence of celiac disease identified by the presence of antiendomysial antibodies in children with chronic diarrhea, short stature or insulin-dependent diabetes mellitus. *J Pediatr* 1993; 123:262-4. Rossi, T.M., Albini, C.H., Kumar, V.
30. Documented celiac disease in a child with insulin-dependent diabetes mellitus. *Eur J Pediatr* 1991; 150:832-4. Catassi, C., et al.
31. Screening of diabetic children for celiac disease with anti gliadin antibodies and HLA typing. *Arch Dis Child* 1991; 66:491-4. Barera, G., et al.
32. High frequency of celiac disease in adult patients with type-1 diabetes. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24:81-4. Collins, P., et al.

RÉFÉRENCES – MALADIE CÉLIAQUE

1. Celiac Disease: Going Against the Grain. *Nutrition in Clinical Practice* 2001 Dec; 18:335-44. Pietzak, M., et al.
2. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: an evolving spectrum. *Gastroenterology* 2001 Feb; 120 (3): 636-651. Fasano, A. and Catassi, C.
3. Characteristics of adult celiac disease in the USA: results of a national survey. *Am J Gastroenterology* 2001; 96 (1): 126-31. Green, P.H., et al.



Gluten-Free Diet : A Comprehensive Resource Guide,
par Shelley Case, CSc, RD

Ce livre est vendu par les magasins d'aliments spécialisés, les associations de la maladie céliaque et par Case Nutrition Consulting au 194, Angley Court, Regina SK S4V 2V2

ÉGAL AU TRAVAIL, POUR VOUS

Vous savez qu'Égal possède l'excellent goût que vous aimez. Au restaurant comme à la maison, Égal goûte aussi bon que le sucre tout en ne fournissant qu'une fraction des calories. Non seulement Égal est-il délicieux, mais il est aussi offert sous forme de comprimés pratiques pour les boissons chaudes, de sachets pour les boissons chaudes ou froides et de granules pour la cuisson.

Comme il y a de plus en plus de produits sur les étagères des épicerie, on peut se demander ce qui fait d'Égal le meilleur choix parmi les succédanés de sucre.

Lorsque Égal a été lancé il y a près de 20 ans, il a révolutionné l'alimentation en permettant de déguster des mets sucrés tout en réduisant les calories. Depuis, Égal s'est donné comme mission d'aider les gens à savourer des mets délicieux et à adopter un mode de vie sain. Nous prenons cela très à cœur. Et nulle part est-ce plus évident qu'au cœur d'Égal, dans notre cuisine expérimentale.

C'est là que nous créons de nouvelles versions de recettes favorites qui non seulement font appel aux produits Égal, mais qui tiennent également compte d'autres facteurs nutritionnels comme la teneur en gras. Nous essayons ces recettes dans notre cuisine pour que vous soyez assuré de les réussir chez vous.

Contrairement à d'autres fabricants de succédanés de sucre, nous prêtons une grande attention à toutes les valeurs alimentaires (matières grasses, glucides) pour vous offrir des recettes non seulement délicieuses mais de plus facilement compatibles avec une alimentation saine. À titre d'exemple, prenons la recette de Tourte au chocolat mi-amer qui apparaît dans le présent numéro. Elle est réduite en calories mais, à notre avis, elle est tout aussi décadente que la recette traditionnelle. Voilà pourquoi vous pouvez compter sur nous pour vous aider à mener une vie plus saine et remplie de petites douceurs. Le choix est simple. La solution est toute en douceur. Égal vous facilite la vie.

Aider les diabétiques à changer : les étapes du changement

par Julie Devlin, RN, CDE

Le modèle des étapes du changement, également connu sous le nom de modèle transthéorique du changement (MTT), est au cœur même d'un programme unique conçu pour les éducatrices et les éducateurs en diabète au Canada. Après avoir participé en 1994 à un colloque présentant James Prochaska et ses travaux sur l'application du modèle MTT à la désaccoutumance au tabac, quelques éducateurs en diabète ont eu l'impulsion d'utiliser cette théorie dans leur pratique professionnelle.

Le modèle transthéorique du changement repose sur l'hypothèse selon laquelle les individus ne sont pas nécessairement tous prêts en même temps à prendre des mesures concrètes pour changer. Chacun traverse des étapes dont les caractéristiques d'auto-efficacité et d'équilibre décisionnel varient. Si les professionnels de la santé savent à quelle étape une personne se trouve, ils peuvent concevoir ou choisir une stratégie qui convient très bien à cette personne à ce moment-là.

Les programmes actuels de gestion du diabète tiennent pour acquis que toutes les personnes qui suivent un programme d'éducation en diabète sont effectivement prêtes à changer. Beaucoup de programmes de gestion du diabète ou d'éducation en diabète n'ont pas grand-chose à offrir aux personnes qui, pour l'instant, ne veulent pas suivre de programme ou ne veulent pas suivre les recommandations qui leur sont faites pour prendre soin de leur santé. Le modèle transthéorique du changement offre à ces personnes et à leurs soignants une nouvelle façon d'aborder les changements de comportement qu'exige le contrôle du diabète.

L'étude des changements de comportement des gens, qu'ils aient reçu de l'aide ou non, a fait ressortir cinq grandes étapes du changement, chacune étant définie par l'intention qu'a la personne de changer dans un délai donné et par certaines caractéristiques communes.

Tout changement, quel qu'il soit, se fait graduellement. Le succès consiste à progresser d'une étape à la suivante. Voici donc les cinq étapes du changement :

Préréflexion

La personne n'a aucune intention de modifier un comportement donné.

Réflexion

La personne songe à modifier un comportement, mais les difficultés liées au changement l'emportent sur les avantages.

Préparation

Les raisons de changer commencent à l'emporter sur les difficultés et la personne se met à faire des plans pour commencer à changer dans les 30 prochains jours.

Action

Cette étape-ci est la plus dangereuse. La personne a modifié son comportement, mais risque le plus de faire des écarts ou de reprendre les habitudes d'une étape antérieure. Le soutien et les encouragements peuvent l'aider à ne pas perdre confiance et l'empêcher de régresser.

Entretien

Le nouveau comportement est en place depuis au moins six mois. À cette étape aussi, le soutien des autres réduit le risque de régression.

Le modèle des étapes du changement peut servir à guider toutes les interventions thérapeutiques, que celles-ci soient faites sous forme de rencontres individuelles, d'affiches d'une page ou de programmes d'apprentissage entiers. Dans les rencontres individuelles, il peut guider le contenu, le rythme et le style de votre évaluation et de l'établissement d'un plan de soins individuel. Avec des groupes, il peut servir à établir des objectifs en fonction des étapes et à prévoir de bonnes stratégies d'enseignement qui favorisent l'atteinte de ces objectifs. Ce modèle peut également servir à créer des outils d'enseignement ou de la documentation à distribuer qui sont adaptés à différents objectifs d'apprentissage. L'Institut d'éducation LifeScan s'est d'ailleurs fondé sur le modèle des étapes du changement pour mettre au point l'outil d'enseignement « Test For Success », conçu pour aider les éducateurs en diabète à montrer à leurs patients comment surveiller leur glycémie. De plus, l'Institut a créé l'affiche « Qu'arrive-t-il à votre glycémie lorsque vous... » pour les personnes qui se trouvent à l'étape de la préréflexion.

Le modèle transthéorique du changement ne remplace pas les directives à suivre pour bien communiquer ou éduquer. Simplement, il suppose que l'on pourrait remplir ces fonctions plus efficacement si l'on abordait l'évaluation et la planification selon une approche qui tient compte des étapes du changement.

Les programmes fondés sur ce modèle, y compris plus de 30 ateliers donnés dans différentes provinces au Canada, ont remporté beaucoup de succès. Le prochain atelier sur les étapes du changement aura lieu à la fin d'avril ou au début de mai 2002 à Lindsay, en Ontario. Pour obtenir plus de renseignements sur cet atelier ou pour savoir comment organiser un atelier dans votre région, appelez les coordonnateurs de l'Institut d'éducation LifeScan au (604) 320-2908. Pour vous renseigner davantage sur l'outil d'enseignement « Test For Success » ou sur l'affiche pour les personnes à l'étape de la préréflexion, communiquez avec votre représentante ou votre représentant de vente.

elta®

Produits pour la peau très sèche associée au diabète
Réglez le problème dans l'oeuf!

Pouvoir hydratant de 12 heures

* Elta Crème hydrate la peau et retient l'eau dans la peau pendant des heures.

* Utilisée deux fois par jour, elle restitue sa souplesse même à la peau la plus sèche caractérisée par une très mauvaise circulation.

Applications

* Pour la peau sèche, craquelée, irritée ou raide.

* Excellent pour le bas des jambes, les chevilles et les pieds.



Tél : 800-463-5414
Auto Control Medical Inc.

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.

Fibre 1*

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.

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 la *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.aceurdyvoirclair.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, Rönnemaa 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.

CRISTAL LÉGER

Boisson aux framboises à siroter


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

1. VIDER 1 sachet de préparation pour boisson hypocalorique Cristal Léger à la framboise glacée dans un grand pichet en verre.
2. AJOUTER 2 tasses d'eau froide.
3. INCORPORER 4 tasses d'eau pétillante froide et 1 tasse de framboises surgelées. Servir immédiatement.

Une portion

19 calories
0,5 g de protéines
0,1 g de matières grasses
3,8 g de glucides

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

1 portion = 1/2 



TRUC RAPIDE : On peut remplacer l'eau pétillante ordinaire par de l'eau pétillante à la framboise, si désiré.

Donne 6 portions de 1 tasse.