

## CONCLUSION

Claude JAFFIOL\*

**Quels messages essentiels retenir des trois présentations qui ont constitué le programme de cette séance dédiée ?**

*Le Professeur Jacques Bringer et le Docteur Florence Galtier ont voulu savoir si une perte pondérale était susceptible d'améliorer la morbidité et la mortalité cardiovasculaires des diabétiques de type 2.*

Ils ont fait une excellente revue de la littérature soulignant le caractère contradictoire des réponses à cette question, tout au moins en ce qui concerne les interventions médicales. Effectivement, plusieurs publications vont dans le sens d'une amélioration, d'autres dans le sens opposé, l'une d'elles, PRO active, mettant même en évidence le bénéfice de l'obésité initiale sur le risque de mortalité. Une étude randomisée mais non en aveugle (Look AHEAD), ne confirme pas un effet significatif de la perte de poids sur la survenue d'événements cardiovasculaires.

À l'opposé, la chirurgie bariatrique apporte un bénéfice sur le risque d'infarctus du myocarde.

On peut s'interroger sur les divergences entre ces études. La plupart s'expliquent probablement par l'hétérogénéité des populations, des durées d'observation différentes, les biais liés aux médicaments utilisées, tout cela rendant aléatoire une conclusion définitive.

Il convient de rappeler que de multiples publications et l'expérience quotidienne de nombreux cliniciens ont largement confirmé l'efficacité d'une perte de poids sur l'équilibre glycémique et la qualité de vie des diabétiques de type 2.

Toutefois, proposer une cure d'amaigrissement doit être murement réfléchi en fonction de l'âge et des co-morbidités associées. Une grande prudence doit prévaloir au cours du troisième âge, période au cours de laquelle se recrutent la majorité des diabétiques de type 2. Plusieurs travaux ont, en effet, montré qu'un simple surpoids ou une obésité modérée (IMC<35) étaient associés à une diminution du risque de mortalité chez le sujet âgé. Cette observation, à première vue paradoxale, peut s'expliquer par la coexistence d'un déficit de la masse musculaire, très fréquent au cours du vieillissement, à une inflation du tissu adipeux viscéral.

Prescrire un régime de restriction calorique risque de décompenser cette obésité sarcopénique chez des personnes présentant une fragilité multi-viscérale.

L'opinion des gériatologues est de ne pas prescrire de cure amaigrissante en ces circonstances, point de vue que nous partageons.

***Les Professeurs Michel Komadja et Alain Pavie arrivent aux mêmes conclusions concernant le choix des techniques de revascularisation coronaire ; stents actifs dans les situations aiguës, pontage artériel dans les oblitérations multi tronculaires chroniques.***

*Cette excellente analyse conduit à poser quelques questions complémentaires concernant les cardiologues.*

Peut-on prévoir le risque de mobilisation d'une plaque athéromateuse ?

Qu'en est-il du rapport coût/ efficacité entre les stents et le pontage ?

Où en est l'expérience des stents biodégradables ? Ne font-ils pas courir un risque de récurrence après leur disparition ?

*D'autres interrogations concernent le suivi médical des patients.*

Combien de temps doit-être poursuivie la médication anti plaquettaire ?

Compte-tenu de ce que l'on sait sur le risque vasculaire et thrombotique accru chez les diabétiques, ne doit-on pas la maintenir en permanence ?

Quel est le risque hémorragique ?

Comment doit être conduit le traitement antidiabétique ?

Il paraît essentiel de faire preuve d'une très grande prudence dans le choix des médicaments en raison des conséquences délétères des hypoglycémies sur le cœur.

Il convient de privilégier les inhibiteurs de la DPP4 et les agonistes du GLP1 dont l'efficacité est modulée par le niveau glycémique, en évitant les sulfamides et les glinides qui n'ont pas cet avantage.

Si le recours à l'insuline est nécessaire, les analogues lents et ceux de très courte durée d'action en pré-prandial seront préférés. Rappelons enfin l'importance d'une normalisation de la tension artérielle en évitant les beta bloquants susceptibles de masquer les symptômes d'hypoglycémie et les diurétiques en période caniculaire, facteurs de déshydratation dont les risques sont connus chez les personnes âgées fragiles.

**Au total**, cette séance dédiée a été riche d'enseignements en nous présentant l'actualité des problèmes concernant ce couple infernal, cœur et diabète. Toutes les questions n'ont pu être abordées, entre autres certaines que j'évoque dans cette conclusion, mais peut être susciteront-elles de nouveaux débats.