

# DIABETE ET HYGIENE DE VIE

BELKHADIR J\*

**Mots-clés : Diabète - Hygiène - Education - Prévention.**

La thérapeutique du diabète connaît aujourd'hui des développements très prometteurs grâce aux nouveaux moyens de traitement et de surveillance de la maladie.

L'information et la formation du diabétique pour une prise en charge adaptée du diabète ont constitué ces deux dernières décennies un des meilleurs acquis de la Diabéto-logie.

A côté des moyens thérapeutiques (diététiques et médicamenteux) et de surveillance qui figurent dans tout programme d'éducation diabétique, il y a lieu d'accorder une place privilégiée aux mesures hygiéniques.

## HYGIENE GENERALE

### 1. Hygiène corporelle

Le diabétique du fait des complications chroniques (neuropathie, artériopathie) a une peau fragile et qui a perdu beaucoup de sa sensibilité. De plus, elle est plus susceptible aux effractions et aux blessures. La moindre petite plaie peut avoir des conséquences gravissimes si les mesures adéquates ne sont pas prises rapidement.

La meilleure protection contre les complications cutanées du diabète est l'observance d'une hygiène corporelle comportant une douche avec eau et savon 2 à 3 fois par semaine.

Il est important de souligner dans ce cadre le rôle néfaste des bains maures du fait de la chaleur excessive. Des bains tièdes de préférence à domicile sont suffisants et très bénéfiques.

D'autre part, il est vivement recommandé aux diabétiques ayant une neuropathie et/ou un diabète ancien de laisser une autre personne (non diabétique) s'occuper du contrôle de la chaleur de l'eau. En effet, des brûlures et des nécroses cutanées par insensibilité cutanée peuvent s'observer si de telles précautions ne sont pas respectées.

\*Professeur Agrégé - Clinique Médicale Universitaire "E" - CHU Ibn Sina, Rabat.

### 2. Hygiène des pieds

Les lésions des pieds, fréquentes chez les diabétiques, sont la conséquence de la neuropathie, l'artériopathie et des infections secondaires à la macération et aux traumatismes des pieds. Elles les exposent au risque de gangrène et d'amputation, lourde de conséquences pour l'individu, la famille et la société.

Or, la majorité de ces problèmes peut être évitée si les mesures préventives concernant l'hygiène des pieds sont suivies.

C'est donc au médecin et à l'infirmière d'instruire le patient. Celui-ci doit inspecter quotidiennement ses pieds et en particulier entre les orteils, les laver régulièrement, porter des chaussettes propres et des chaussures adaptées. toute plaie si minime soit elle doit être traitée énergiquement et en cas de non amélioration, le patient doit consulter sans tarder son médecin.

### 3. Hygiène bucco-dentaire

Un diabète mal équilibré menace l'état dentaire. A l'inverse, des dents en mauvais état suffisent à déséquilibrer la glycorégulation (altération de la digestion et infection latente). En effet, les infections gingivo-dentaires responsables de parodontolyse et de déchaussement des dents ainsi que les caries dentaires sont fréquentes chez les diabétiques déséquilibrés.

Par conséquent, un diabétique informé de ces risques doit accorder une attention toute particulière à l'hygiène bucco-dentaire :

- brossage régulier des dents après chaque repas,
- enlever les dépôts dans les espaces interdentaires à l'aide de brossettes interdentaires,
- soigner toute infection ou carie par un dentiste en collaboration avec le médecin traitant.

### 4. Exercice physique

Quelque soit le type de diabète la pratique d'un exercice physique est indiquée pour les raisons suivantes :

- elle participe à la lutte contre la surcharge pondérale en

favorisant l'orientation des substrats énergétiques vers les muscles aux dépens du tissu adipeux,

- elle augmente la sensibilité du muscle à l'insuline,
- elle contribue à réduire les anomalies lipidiques et par ce biais les facteurs de l'athérosclérose.

Cependant, si l'exercice physique est recommandé aux diabétiques, il n'en reste pas moins que de nombreux conseils doivent leur être donnés compte tenu du grand risque de survenue de l'hypoglycémie :

- jamais d'exercice physique en période de grand déséquilibre du diabète,
  - jamais de sport en solitaire,
  - entourage sportif informé de ce qu'il faut faire en cas de malaise hypoglycémique,
  - petits morceaux de sucre portés en permanence par le diabétique,
  - dans le cas du diabétique insulino-traité, il faudra en plus :
    - . réduire préalablement la dose d'insuline lorsqu'un important exercice physique est prévu,
    - . prendre une collation supplémentaire.
  - Dans le cas du diabétique non insulino-dépendant sous sulfamides hypoglycémiant on conseillera la réduction voire la suppression de la dose de sulfamide précédent l'entraînement physique.
- S'il faut encourager la pratique du sport par les diabétiques, deux limites doivent être connues :
- . les sports mettant en danger le diabétique en cas d'hypoglycémie sont déconseillés (alpinisme, plongée sous-marine),
  - l'état cardio-vasculaire doit toujours être évalué car il peut constituer une contre-indication relative ou absolue à certains sports.

## ASPECTS PARTICULIERS

### 1. Grossesse

Une femme diabétique même insulino-traitée peut mener plusieurs grossesses à terme et avoir des enfants normaux et bien portants. Sa fécondité et sa fertilité sont les mêmes que celles d'une femme non diabétique.

Des grossesses répétées et sans précautions préalables peuvent avoir des conséquences fâcheuses tant sur le fœtus (avortement à répétition, fausses couches, malformations diverses, morti-natalité...) que sur la mère (décompensation du diabète, accélération de l'apparition voir aggravation des complications dégénératives...). Pour toutes ces raisons,

une contraception efficace et une planification des grossesses sont donc indispensables.

Quand une grossesse est désirée, elle doit être programmée, débiter et évoluer dans un climat de normoglycémie et en dehors des complications dégénératives évolutives.

Par ailleurs, et parallèlement au bilan diabétologique et infectieux complet qui est entrepris, la patiente doit bénéficier d'une éducation diabétique poussée avec autosurveillance et autocontrôle glycémique à domicile et une surveillance diabétologique bimensuelle, au minimum mensuelle.

### 2. Contraception

Pour planifier les grossesses chez la diabétique, une contraception efficace et sans risque est nécessaire.

Or, chez la femme diabétique, la contraception peut avoir des conséquences que l'on observe pas chez la non diabétique. Le diabète n'influe pas l'efficacité et l'acceptabilité de la méthode contraceptive. Par contre l'instabilité métabolique du diabète, la micro-angiopathie et macro-angiopathie sont des éléments dont il faut tenir compte face aux effets métaboliques ou secondaires des médicaments proposés. Par principe, on préférera systématiquement les méthodes locales aux méthodes générales, les dispositifs intra-utérins, les diaphragmes et/ou les produits spermicides aux contraceptifs oraux. Il faut éviter la prescription des oestroprogestatifs quelle que soit la dose d'éthinyles-tradiol, à une femme diabétique et surtout en cas des complications vasculaires du diabète. On peut discuter, en l'absence d'une autre possibilité contraceptive, l'utilisation de la progestérone pure et faiblement dosée.

### 3. Vaccination

Le diabète ne contre-indique aucune vaccination à partir du moment où l'équilibre glycémique est satisfaisant. Beaucoup de centres de vaccination s'inquiètent de la présence d'une glycosurie, à tort. La néphropathie diabétique et la protéinurie ne constituent pas non plus des contre-indications mais il est préférable de prendre l'avis du diabétologue ou du néphrologue. Le BCG est vivement conseillé si les réactions tuberculiques sont négatives. Le vaccin antitétanique est obligatoire chez le diabétique avec rappel tous les cinq ans. Le vaccin antipoliomyélite doit être fait s'il n'a pas été pratiqué à la naissance. Le vaccin antigrippal est fortement conseillé surtout chez le sujet âgé. Enfin, les vaccins contre la fièvre jaune et le choléra ne sont pas contre-indiqués en cas de voyage à l'étranger.

#### 4. Tabagisme

Nul n'ignore les multiples conséquences fâcheuses du tabagisme (cigarette, cigare, pipe...) chronique. A côté du retentissement oto-rhino laryngologique et bronchopulmonaire (inflammation chronique, surinfection, cancer...), le tabac exerce un effet néfaste sur les vaisseaux artériels sains. C'est ce qui explique la fréquence des artérites chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs. Or, ce risque va être majoré chez le diabétique chez qui le diabète prédispose à l'athérosclérose accélérée.

Par conséquent, il ne faudra certainement pas attendre le début d'une artérite pour déconseiller l'usage du tabac, car à ce moment, les dégâts sont déjà importants et à ce stade d'évolution la suppression de la prise du tabac devient un préalable indispensable à toute stratégie thérapeutique.

Aussi faut-il très tôt après la découverte du diabète, sensibiliser le patient afin d'obtenir son adhésion pour l'arrêt total et définitif de l'intoxication tabagique.

#### 5. Conduite automobile

Tout permis de conduire (sous réserve d'un certificat médical) peut être obtenu par un diabétique. Cependant, il n'est pas conseillé au diabétique d'avoir un permis de conduire pour poids lourds.

D'autre part un diabète mal équilibré ou s'accompagnant d'une complication (rétinopathie, neuropathie, néphropathie, complications cardio-vasculaires) est une contre-indication à la conduite.

La conduite automobile impose aux diabétiques insulino-traités, exposés aux risques d'hypoglycémie, un traitement et une surveillance rigoureuse de leur diabète. Ils doivent prendre repas et collations à heures régulières, avoir du sucre ou des collations supplémentaires à la portée de la main, s'arrêter au moindre malaise et éviter les conduites prolongées et nocturnes.

La pratique d'une glycémie au bout du doigt avant un long voyage et la prise d'une collation systématique toutes les deux heures sont fortement conseillées.

#### 6. Droit au travail

Le droit au travail est aussi important pour le diabétique que pour le non diabétique. Le diabète ne diminue ni intellectuellement ni physiquement la personne qui en est atteinte.

Un bon équilibre du diabète et une éducation adéquate des diabétiques font d'eux des employés ou des fonctionnaires corrects et des citoyens responsables et respectables. Leur

absentéisme n'est pas plus important que celui des non diabétiques lorsque ces conditions sont réalisées.

Cependant, les risques d'hypoglycémie et la survenue quoique évitable des complications dégénératives nécessitent une orientation professionnelle pour les diabétiques et parfois un reclassement professionnel. C'est ainsi que les métiers dits de "sécurité" (aiguilleur, pilote, chauffeur de transport en commun, contrôleur de tableaux de bord...), les métiers épuisants (déménageur, mineur, charpentier...) et les métiers à horaires très irréguliers ou avec travail nocturne sont interdits aux diabétiques. Il en est de même des métiers qui présentent de grands risques pour le diabétiques en cas de survenue d'hypoglycémie (travail en échafaudage, pont roulant, toit...), des métiers comportant des risques de blessures graves (machines dangereuses, scies mécaniques...) et enfin ceux nécessitant une excellente acuité visuelle (horloger, bijoutier, typographe...).

#### 7. Voyages

L'appréhension du sujet diabétique face au voyage se comprend aisément : changement du mode de vie et d'activité physique, modification de l'alimentation, problème du transport des insulines, changement éventuel des fuseaux horaires sont autant d'obstacles qu'il faut lui apprendre à maîtriser. Un sujet diabétique informé et rassuré, peut entreprendre en toute liberté un voyage dans le pays ou à l'étranger moyennant quelques précautions.

En effet, le patient doit avoir sur lui l'ensemble de son matériel et de son traitement (qui doit couvrir largement la période du séjour). Il doit être muni de sa carte diabétique et d'un certificat médical l'autorisant à transporter son traitement. En cas de voyage à l'étranger, le diabétique insulino-dépendant doit consulter son médecin traitant qui lui expliquera comment adapter son traitement insulinique et son alimentation aux éventuelles modifications horaires.

#### 8. Ramadan

Durant le mois de Ramadan, il y a en général un déséquilibre du sommeil ainsi que des habitudes alimentaires à la faveur des sucreries.

Du fait de ces perturbations, de nombreux diabètes se déclenchent ou s'aggravent à l'occasion de Ramadan.

De manière générale, le jeûne est interdit aux diabétiques insulino-traités étant donné les exigences du traitement insulinique (3 repas et 3 collations).

Dans le cas des diabétiques non insulino-dépendants, il appartient au médecin traitant de décider en fonction de

chaque cas en tenant compte de nombreux paramètres : âge et poids du diabétique, type de traitement suivi sulfamide et/ou biguanides, stabilité du diabète, existence de complications...

### 9. Sécurité sociale

Il est regrettable de constater que de nombreux diabétiques ne disposent pas d'une couverture sociale (Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale, mutuelle ou assurance privée.

Or un traitement régulier, des mesures hygiéno-diététiques bien suivies et une surveillance rigoureuse imposent des frais non négligeables. Il est important donc dans le cadre de l'éducation diabétique d'encourager les diabétiques à se souscrire à ce régime afin de bénéficier de ses avantages. Bien entendu, les certificats médicaux faisant mention du diagnostic de diabète sucré et de son traitement chronique,

seront remis aux patients chaque fois que ces derniers les réclament. Enfin, lorsque l'organisme social ou l'assurance ne prend pas en charge l'ensemble des dépenses à 100 %, l'affiliation à une mutuelle complémentaire apparaît donc recommandée.

### CONCLUSION

Les mesures hygiéniques sont essentielles dans le traitement et la surveillance du diabétique.

Par conséquent, dans le cadre de l'éducation diabétique tous les conseils d'hygiène générale doivent être donnés aux diabétiques, en essayant de personnaliser et d'adapter ces conseils en fonction des patients et de leur diabète, de leur moyens et de leur contexte socio-professionnel afin de réduire les risques liés au diabète et/ou à son traitement et d'améliorer la qualité de la vie de tous les jours.

### BIBLIOGRAPHIE

1. AUBERTIN J.  
L'information des diabétiques.  
Bordeaux Médical, 1982, 15, 1 : 21-25.
2. BELKHADIR J.  
Le traitement du diabète : Mesures hygiéno-diététiques.  
Maroc Pharmacie, 1988, 14 : 35-43.
3. BELKHADIR J.  
Alimentation des diabétiques.  
Médecine du Maghreb, 1989, 14, : 5-9.
4. BELKHADIR J.  
L'éducation des diabétiques : pour une meilleure prise en charge du diabète.  
L'objet médical, 1990, 68 : 23-26.
5. BELKHADIR J.  
Education diabétique : tous les espoirs sont permis.  
maghreb Médical, 1990, 229 : 45-49.
6. BELKHADIR J., BENSOUDA J.D.  
Le diabète en milieu marocain : pour des données épidémiologiques plus précises et une stratégie de prévention bien définie.  
maghreb Médical, 1990, 234 : 12-15.
7. CHERKAOUI O., LACHKAR H., BELKHADIR J., BENABED K. et COLL.  
Exercice physique et diabète sucré.  
XIIIème Journées Médicales de l'Internat du CHU de Rabat-Salé.  
Laayoune 5, 6, 7 et 8 mars 1986.
8. HRA B.  
Bilan d'activité du service des Urgences Médicales Hospitalières pendant l'année 1984.  
Thèse de Médecine, Rabat, 1986, n° 216, 64 pages dactyl.
9. HOHNSSON B.  
Diabetes the cost of illness and the cost of control.  
An estimate for sweden setting.  
Acta. Med. scand., 1983, Suppl. 671 : 19-27.
10. MARTINAUD A.  
Abord hygiéno-diététique du diabète.  
Excerpta Médica, venise 1986 : 49-60.
11. M'GHARI A.  
Diabète à Marrakech. A propos de 892 observations.  
Thèse de Médecine, Rabat, 1990, n° 311.
12. RIFI L.  
Education diabétique : Pourquoi et comment ?  
Thèse de Médecine, Rabat, 1987, n° 332, 172 pages dactyl.
13. SENOUCI-BELKHADIR K., BELKHADIR J., BENNOUNA-BIAZ F., LAZRAK B.  
Complications cutanées du diabète.  
Médecine du Maghreb, 1990, 21 : 9-14.