



Diabète non insulino-dépendant et diète protéinée

Dans le cas de patients diabétiques, il est impératif de respecter une bonne hygiène alimentaire tout au long de la vie. Quelquefois, la perte de poids doit être initiée par un régime plus restrictif pour motiver les patients ; les régimes à très basses calories peuvent alors être proposés.

DP : 1,2 g de protéines/kg/j

Perte de poids :

Perte de poids rapide (1 à 3 kg par semaine)

Néanmoins, les diabétiques obèses semblent plus résistants à la perte de poids que les obèses non diabétiques. Plusieurs causes peuvent être à l'origine de cette résistance. La réduction ou la disparition de la glycosurie concomitante à l'amélioration de la glycémie est certainement l'une de ces causes car ce phénomène limite la fuite calorique. La deuxième, plus subtile, pourrait être liée à l'augmentation de la masse maigre secondaire lors de la récupération de la capacité de stockage du glucose sous forme de glycogène par la masse maigre, en particulier musculaire, lorsque l'équilibre diabétique s'améliore.

Perte de poids : 75% de masse grasse et 25% de masse maigre.

Effet sur la glycémie :

- Quasi-normalisation de la glycémie (de 3 g/l à 1,5 g/l) au cours des 10 premiers jours de traitement (Henri et al, 1991) → amélioration de l'utilisation périphérique du glucose qui est inversement corrélée à la masse du tissu adipeux (Goodpaster et al, 1999) et diminution de la production hépatique du glucose qui retrouve un niveau normal.

- Amélioration de la sensibilité à l'insuline (Nakai et al, 1992) et de la tolérance au glucose et une moindre extraction hépatique de l'insuline (Henry et al, 1991) → diminution de l'insulinosecrétion.

- Diminution de l'hémoglobine glyquée d'environ 20 % en 3 à 4 semaines (Yancy et al, 2003).

40 à 60 % de l'effet hypoglycémiant des régimes est attribué à la diminution des apports caloriques à proprement parler. Le reste est lié à la perte de poids (50 à 60 %) (Kelley et al, 1993 ; Wing et al, 1994).

Effet sur les lipidémies :

- Amélioration du **cholestérol total**, variable selon le sujet et selon l'intensité de la restriction calorique (de -9 à -30 %) (Anderson et al, 2003 ; Saris et al, 1992).

- Baisse du **LDL-C** (-3 %) et **des triglycérides** (de -25 à -60 %) (Gossain et al, 1997 ; Parenti et al, 1992)

Amélioration de ces variables confirmée après un an de suivi (conseils diététiques et activité physique) chez des adultes obèses (Hainer et al, 1992).

Autres paramètres :

- Diminution de la **pression sanguine systolique** (-8,1%) et de la **pression sanguine diastolique** (-8,6 %) (Anderson, 2003) après 12 semaines de VLCD.



↪ effet bénéfique sur le risque de maladies cardiovasculaires.

Traitement médicamenteux :

- Diminution voire interruption du traitement par hypoglycémifiants oraux (metformine ou médiateur) ou insuline exogène dans un délai de quelques jours pour éviter l'apparition d'hypoglycémies qui peuvent être majeures dans le cas des sulfamides (Henry et al, 1991). Ces derniers sont d'ailleurs connus pour favoriser la prise de poids.
- Sous Glucor® : arrêt du traitement.
- Interruption des médicaments hypotenseurs.

Si le patient respecte un programme alimentaire adapté, les antidiabétiques oraux s'avèrent inutiles voire même dangereux.

Conclusion :

Perte de poids rapide, régulière, aux dépens de la masse grasse, normalisation de la glycémie et de l'hémoglobine glyquée.

Pour garantir un succès à long terme, le patient doit s'engager dans un changement durable de son alimentation. Un suivi régulier est nécessaire.