

Bilan sur les avancées thérapeutiques lors du Salon du diabète

PARIS, 15 novembre (APM Santé) - Un bilan sur les dernières avancées thérapeutiques en diabétologie a été dressé vendredi dernier, jour d'ouverture du Salon du diabète qui s'est tenu jusqu'à dimanche à la Maison de la mutualité dans le 5ème arrondissement de Paris. Il y avait foule dans la rue St Victor, devant les portes de la Maison de la mutualité vendredi après-midi à Paris à l'ouverture du Salon du diabète organisé par l'Association française des diabétiques (AFD).

. Et c'est devant un public nombreux, attentif et curieux, que le Dr Pierre Cattan et le Pr Patrick Vexiau, respectivement chirurgien et endocrinologue-diabétologue à l'hôpital St Louis, ont ouvert le premier cycle de conférences du salon en exposant les "nouveautés et innovations thérapeutiques".

Antidiabétiques oraux et analogues de l'insuline

Pour le traitement du diabète de type 2, le Pr Patrick Vexiau a tout d'abord rappelé l'apparition d'une nouvelle classe de médicaments, les glitazones, "qui étaient jusque là des médicaments d'exception mais devraient aujourd'hui trouver un usage beaucoup plus large puisqu'ils ont été admis en tant que médicament de première intention".

Les glitazones sont des médicaments qui augmentent la sensibilité des tissus adipeux à l'insuline et donc corrigent l'insulino-résistance des diabétiques de type 2, et inhibent la néoglucogénèse. Puis le diabétologue a salué les progrès constants réalisés sur les analogues de l'insuline, utilisés dans le traitement du diabète de type 1 comme de type 2. Les analogues sont des molécules synthétisées de façon à obtenir un mode d'action différent de l'insuline naturelle : analogue à action rapide ou lente. "Reste désormais à rechercher de meilleurs schémas associant les différents analogues, ou, dans le cadre du diabète de type 2, des antidiabétiques oraux et des analogues", a conclu le Pr Vexiau.

L'insuline inhalée

Restait à aborder les recherches menées pour améliorer le mode d'administration de l'insuline. Le diabétologue a souligné l'intérêt d'un produit que plusieurs laboratoires cherchent à développer : l'insuline inhalée. "Les recherches progressent et il y a bon espoir d'obtenir un jour un système permettant d'administrer l'insuline par inhalation et non plus par injection", a-t-il affirmé.

Des patients ont exprimé leur intérêt vis-à-vis d'un tel produit, mais également leur crainte : "comment est-on sûr de toujours inhaler la bonne quantité d'insuline, n'y a-t-il pas des pertes ?". Le Pr Vexiau s'est montré rassurant : "il est vrai qu'il faut dix fois plus d'insuline par inhalation que par injection pour réussir à faire passer la bonne dose d'insuline dans le sang mais ce n'est pas grave car l'insuline n'est pas un produit qui coûte cher à produire, le problème est effectivement d'avoir une bonne reproductibilité c'est-à-dire faire en sorte que la quantité délivrée soit toujours identique, précise et constante, mais les laboratoires ont apparemment des résultats positifs".

D'autres patients ont demandé si l'insuline inhalée n'était destinée qu'aux diabétiques de type 1 mais les chercheurs ont répondu que l'insuline inhalée était, au même titre que l'insuline injectée, utile dans le traitement du diabète de type 1 comme de type 2.

Le pancréas artificiel

Les chercheurs ont ensuite abordé les espoirs de traitements plus "résolutifs" : au lieu de chercher à corriger la résistance à l'insuline ou en pallier le manque, des techniques sont à l'étude afin de guérir définitivement les diabétiques.

Des chercheurs sont ainsi sur la piste d'un pancréas artificiel. Il s'agirait d'un petit appareil implanté dans la veine jugulaire et relié à une pompe à insuline. Il aurait un double rôle : celui de mesurer le taux de glucose dans le sang de manière continue et de faire passer l'information à la pompe à insuline qui adapterait alors son débit en fonction des besoins.

La Greffe d'îlots

Autre technique très attendue : la greffe des cellules du pancréas qui produisent l'insuline, les cellules bêta des îlots de Langerhans, dans le traitement du diabète de type 1.

Le diabète de type 1 se caractérise en effet par l'auto-destruction, par le système immunitaire, des cellules bêta. D'où l'idée, en apparence simple, de remplacer les cellules détruites.

"Avant de réaliser des greffes d'îlots, des greffes de pancréas entier ont été réalisées", a rappelé le Dr Pierre Cattan. "On compte à ce jour 25.000 transplantés dans le monde. C'est aujourd'hui le meilleur traitement qui existe car il permet aux complications de régresser et d'offrir aux patients une bonne qualité de vie. Mais il existe des risques : des risques liés à l'intervention et au rejet du greffon, au traitement immunosuppresseur et puis l'on manque de donneurs".

D'où l'idée d'utiliser une alternative : la greffe d'îlots. La transplantation est simple et moins invasive : on ne fait qu'insérer un cathéter dans la veine porte et on y injecte le liquide contenant les cellules, qui vont naturellement se mettre dans le foie et y synthétiser l'insuline.

"Depuis l'an 2000, et la mise au point d'un protocole thérapeutique nouveau à Edmonton au Canada, les résultats sont bien meilleurs", explique le Dr Cattan. Mais là encore, il faudra attendre quelque temps avant que la technique ne soit proposée à grande échelle.

"En France, on arrive désormais à reproduire les bons résultats obtenus par les équipes canadiennes. Mais nulle part on obtient encore les résultats escomptés", précise-t-il.

Les chercheurs ont beau tester cette technique chez les patients chez lesquels elle est la plus susceptible de fonctionner (avec un indice de masse corporelle bas, de faibles besoins en insuline) et d'apporter le meilleur bénéfice au regard des risques (liés là encore au traitement immunosuppresseur), le succès est mitigé.

D'abord il faut encore trop de pancréas pour obtenir suffisamment de cellules à greffer car la technique d'extraction des cellules n'est pas encore tout à fait au point. "Il faut deux pancréas pour une transplantation et chaque patient nécessite deux transplantations, soit quatre pancréas : étant donné la pénurie d'organes cela ne rend pas la technique applicable au plus grand nombre", commente le Dr Cattan.

Enfin, l'efficacité de la greffe est trop courte. "Au bout de deux ou trois ans, la greffe s'épuise et les patients redeviennent insulino-dépendants, et on ne sait pas encore pourquoi".

Mais les chercheurs ne semblent pas perdre espoir et les recherches se poursuivent. "On essaye d'une part d'améliorer la technique d'isolement, d'autre part d'éliminer le besoin du traitement immunosuppresseur et enfin on cherche à produire des cellules à greffer à partir d'autres sources (cellules souches, cellules ductulaires, cellules du malade multipliées en culture etc)."

Des espoirs qui n'ont pas laissé les patients de la salle indifférents même si, comme le soulignaient les chercheurs, il ne s'agit encore que d'essais et d'essais limités à un très petit nombre de patients.

Source : [Copyright © APM-Santé - Tous droits réservés](#)