En pratique : aptitude et diabète de type 2, une longue évolution

G. Guiu

Observation

Nous rapportons le cas d'un pilote d'hélicoptère de l'ALAT, âgé de 55 ans, suivi au CPEMPN depuis 1985. Initialement, il ne présentait pas d'antécédent médical personnel ni familial, sauf un surpoids dès la visite d'admission avec un IMC à 26,5 kg/m² (88,5 kg pour 1m83). Ce surpoids s'est majoré progressivement, atteignant 30 kg/m² en 1993 (102 kg) puis 35 kg/m² (118,5 kg) malgré des conseils hygiéno-diététiques réitérés à chaque visite.

À partir de 2004, il a développé un diabète sucré de type 2 sur ce terrain d'obésité androïde compliquée d'un syndrome métabolique. Entre deux visites espacées de 24 mois, l'hémoglobine glycquée (HbA1c) augmente à 8,8 % malgré une perte de 10kg. Un traitement par metformine 850 mg deux fois par jour a donc été débuté et le patient a été hospitalisé dans le service de médecine aéronautique. Aucune étiologie susceptible d'engager la sécurité des vols, et systématiquement recherchée, n'était retrouvée (pancréatopathie, hémochromatose, association à d'autres endocrinopathies…) Des explorations exhaustives permettaient d'écarter la présence de complications micro et macro-angiopathiques en particulier coronaires : en effet, le médecin-expert recherche activement la maladie coronaire, source potentielle d'incapacité subite en vol, en utilisant à bon escient et de manière séquentielle ECG d'effort, stress de second niveau (IRM, scintigraphie, échocardiographie), scanner coronaire et coronarographie. Trois mois plus tard, l'HbA1c est descendue à 5,8 %.

Un classement SGA2 permettait alors de conserver une aptitude sans autre restriction qu'une surveillance annuelle car il est nécessaire de surveiller de façon rapprochée ces PN (maitrise des facteurs de risque cardiovasculaire associés, équilibre du diabète, et recherche de complications).

Favorisée par une évolution pondérale fluctuante (115 kg en 2007), il s'est associé une Hypertension artérielle essentielle (HTA), nécessitant l'instauration d'une monothérapie par antagoniste de l'angiotensine II. Un traitement par antiagrégant plaquettaire à visée préventive a également été débuté. Sans modification thérapeutique, l'HbA1c s'est maintenue en dessous de 6,5 % jusqu'en 2010.

L'année 2010 fut marquée par une majoration du traitement antihypertenseur avec l'adjonction d'un diurétique thiazidique puis d'un inhibiteur calcique en 2011 ; en outre, le traitement par biguanide a été majoré à 3 g/jour, l'HbA1c atteignant 7,5 %. S'il existait une néphropathie incipiens (microalbuminurie isolée), il n'y avait pas d'argument pour une autre complication. L'association de plusieurs pathologies (diabète + HTA avec trithérapie) faisait émettre un avis d'inaptitude avec présentation à la CMAD. Celle-ci proposa une aptitude à ce pilote affecté en État-major sous réserve de la « présence à bord d'un deuxième pilote confirmé et d'une surveillance semestrielle au CPEMPN et annuelle dans le service de médecine aéronautique - cardiologie » assortie d'une inaptitude OPEX.

En 2012, le traitement a été majoré par l'endocrinologue traitant par l'adjonction d'un sulfamide hypoglycémiant en raison d'un équilibre insatisfaisant, arrêté au bout de quelques mois et remplacé par un inhibiteur de la DPP4, saxagliptine 5 mg/jour, faisant chuter l'HbA1c à 6 %. Mais, en 2013, devant une HbA1c à nouveau vers 7,5 %, la saxagliptine a été remplacée par un analogue du GLP-1, le liraglutide, à raison d'une injection sous-cutanée quotidienne. Après une amélioration transitoire, quelques mois plus tard en 2014, l'HbA1c est remontée entre 7 et 7,5 %. Le caractère inédit de l'administration d'une telle molécule « non hypoglycémiante » mais administrée par voie sous-cutanée faisait rediscuter les données de l'aptitude sans changement significatif par rapport aux restrictions initiales. Le suivi régulier n'a jamais montré de complications micro ou macroangiopathiques susceptibles de remettre en jeu la sécurité des vols.

Malheureusement, l'histoire naturelle du diabète et la perte progressive de la fonction des cellules Beta n'épargnent pas les pilotes malgré la prise en charge rigoureuse. En 2016, l'HbA1c est montée à 8 %, témoignant probablement de l'évolution inéluctable vers

G. GUIU, médecin principal, praticien confirmé.
Correspondance : Monsieur le médecin principal G. GUIU, Département d'expertise aéronautique – CPEMPN, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
E-mail : gaetan.guiu@intradef.gouv.fr

l'insulinorequérance et la discussion d'une inaptitude afférente à un traitement par insuline quelle que soit sa forme…

Ce pilote vole encore, certes avec des limitations (pilote de sécurité, suivi semestriel au CPEMPN, inapte outre-mer), mais il a conservé tout au long de cette histoire, une aptitude à l'emploi de personnel navigant. Cela grâce aux progrès significatifs des thérapeutiques et à une réflexion individualisée et évolutive prenant en compte d'une part les recommandations de bonne pratique médicale dans l'intérêt de la santé du patient, d'autre part les normes d'aptitude ayant pour objectif la sécurité des vols.

L'évaluation du traitement médicamenteux occupe une place importante dans la décision d'aptitude : il faut tenir compte de son efficacité et de sa compatibilité avec la fonction aéronautique. La décision thérapeutique n'appartient pas au médecin-expert, cependant ce dernier oriente le patient et/ou le médecin traitant dans le choix, l'évolution naturelle imposant en général une escalade thérapeutique. Les règles hygiéno-diététiques sont systématiquement privilégiées, au premier rang desquelles la perte de poids, mais elles seront souvent complétées par l'adjonction d'un traitement médicamenteux. Pour envisager une aptitude PN, le traitement ne doit pas comporter de molécules potentiellement hypoglycémiantes, en particulier les sulfamides, les glinides et l'insuline. Seuls les biguanides (traitement de première intention), les inhibiteurs des alpha-glucosidases (peu utilisés) et les incrétinomimétiques (en particulier per os), réputés non hypoglycémiants, sont compatibles avec une fonction aéronautique, sous couvert d'une période d'essai au sol pour juger de l'efficacité et de la tolérance. Les analogues du GLP-1 sont aujourd'hui la solution ultime avant les classes « interdites », mais celle attendue dans les mois prochains (les « gliflozines ») pourrait permettre un sursis d'aptitude…

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.



© G. Guiu