

Prise en charge du diabétique de type 1: enquête schéma

M.Khalfallah, S.Aouiche, S.F.Benarous, N.Kalafate, A.El Guecier, M.Haddad, L.Akkache, A.Boudiba
Service de diabétologie CHU Mustapha Alger, Algérie

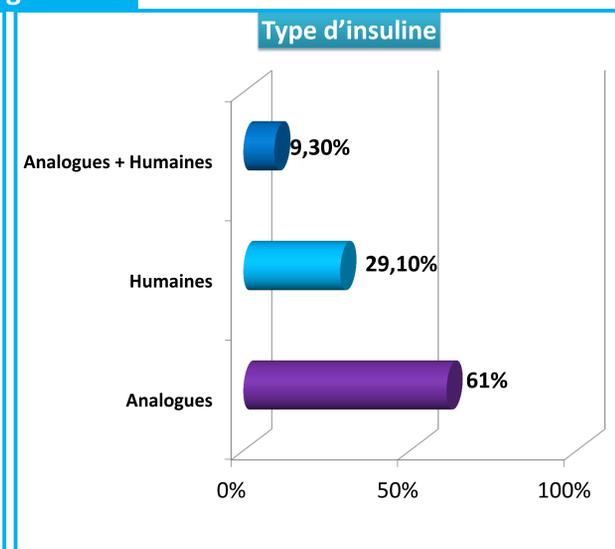
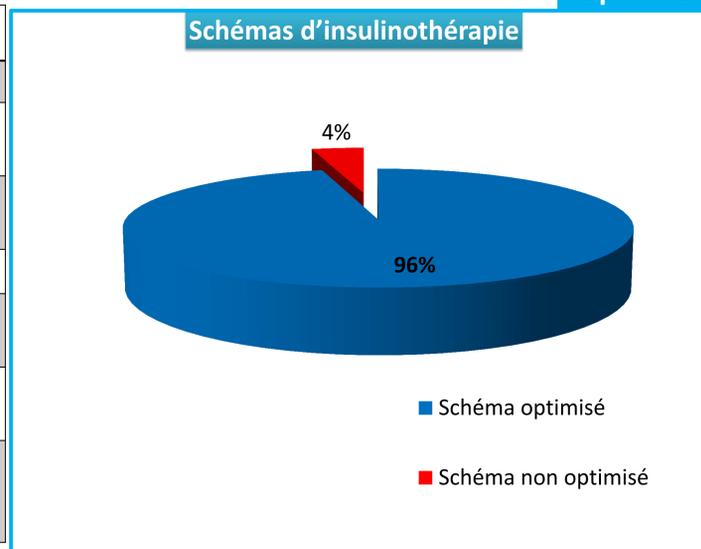
Introduction: L'évolution clinique du diabète de type 1 (DT1), y compris son traitement, les résultats métaboliques et les complications dégénératives à long terme, a radicalement changé au cours des 20 dernières années. Les innovations du traitement: les multiples injections quotidiennes, les perfusions continues d'insuline sous-cutanée avec des pompes externes, de nouveaux analogues d'insuline avec plus de caractéristiques pharmacocinétiques physiologiques, l'auto-surveillance généralisée, ont tous contribué à des changements dans la gestion des DT1.

Objectifs: Décrire la prise en charge du DT1 et les schémas d'insulinothérapie utilisés. Evaluer l'équilibre glycémique et les complications dégénératives en fonction du schéma insulinaire utilisé.

Matériels et Méthodes: Il s'agit d'une étude descriptive, portant sur une population de 179 DT1 hospitalisés au CHU Mustapha d'Alger et suivis en consultation spécialisée de diabétologie EPSP Kouba, Alger centre, sur une période de 4 ans (2010-2014). Les paramètres étudiés sont: âge, sexe, durée d'évolution du diabète, degré de l'équilibre glycémique, schéma d'insulinothérapie, complications aiguës et dégénératives.... Deux groupes ont été subdivisés selon le schéma d'insulinothérapie utilisé: schéma optimisé (≥ 3 injections), schéma conventionnel (< 3 injections). Les données ont été traitées par Epi info 6.04d.

PROFIL DES PATIENTS DT1		
Nombre de patients	179	
Répartition selon le sexe	Femmes 46%	Hommes 54%
Évolution moyenne du diabète (années)	10,1 \pm 9,4	
Age moyen (années)	27,5 \pm 5	
Poids moyen (kg)	65 \pm 14	
Équilibre glycémique moyen (HbA1c %)	8,9 \pm 1,7%	
Complications dégénératives	Microangiopathie 72,5 %	Macroangiopathie 4,78 %

Population générale



Groupe schéma optimisé

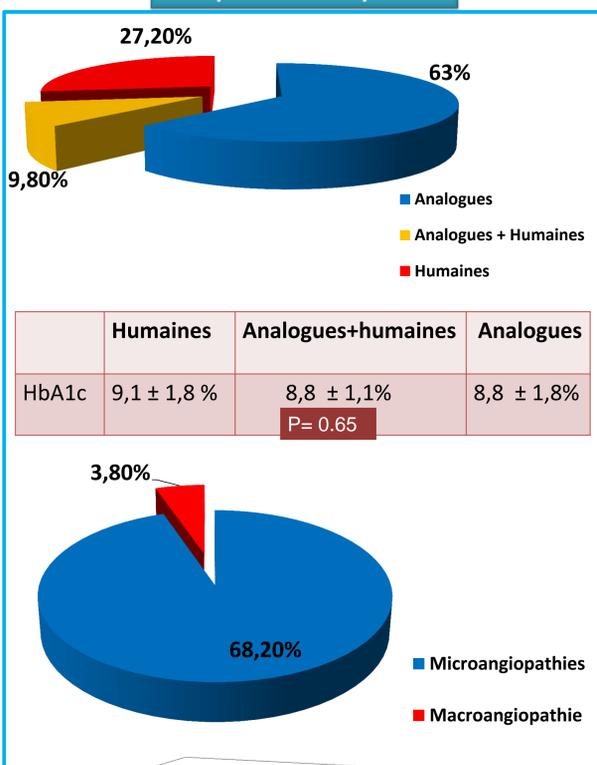


	Schéma optimisé	Schéma non optimisé	P
Sexe ratio (H/F)	1,1	2,51	0,54
Age moyen	17 \pm 8,12	16,28 \pm 7,5	0,51
Durée moyenne d'évolution (années)	9,97 \pm 9,28	16,14 \pm 8,39	0,00001
Poids moyen (kg)	64 \pm 13,7	75 \pm 20	0,00001
Dose totale moyenne journalière (ui/kg)	0,9 \pm 0,5	0,8 \pm 0,3	0,65

Groupe schéma non optimisé

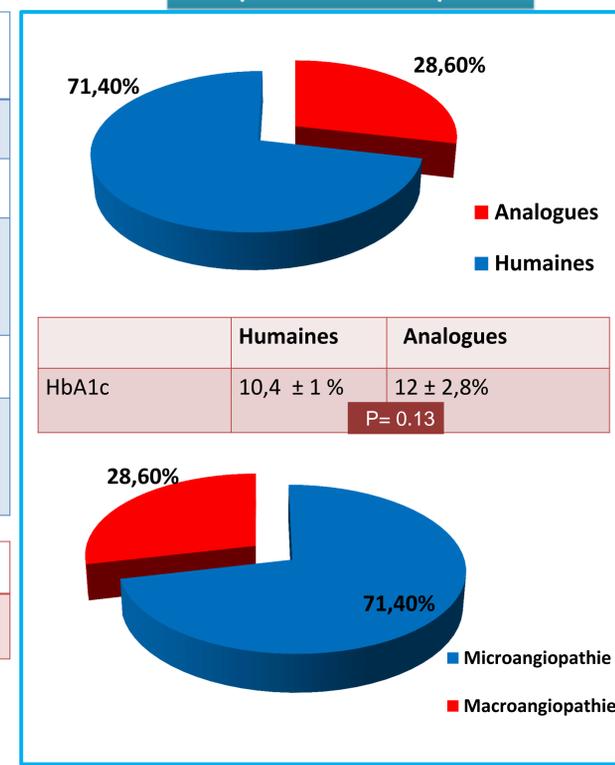
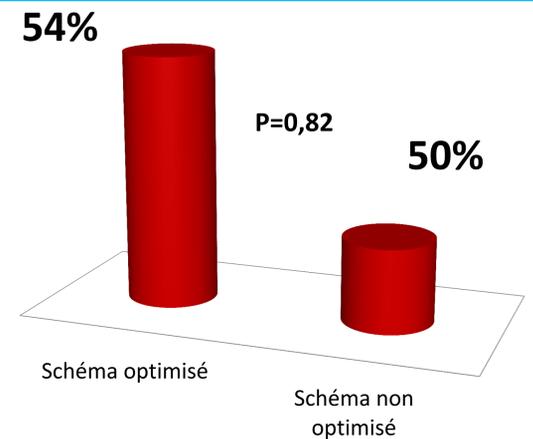
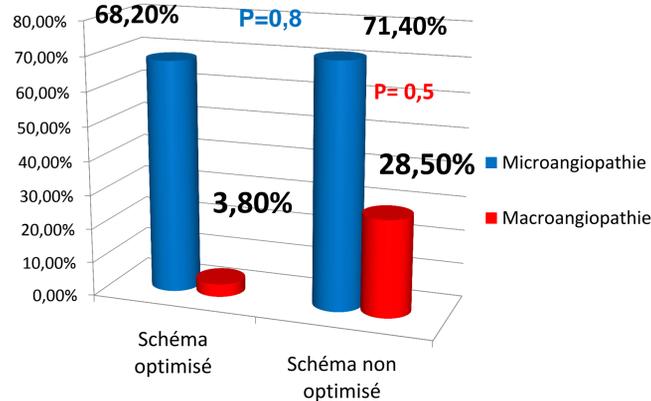
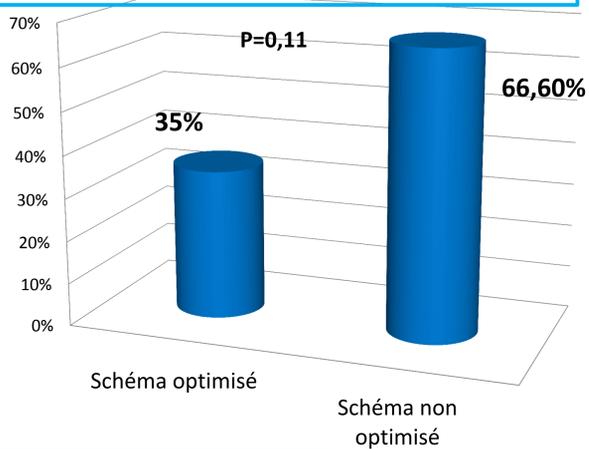


	Schéma optimisé	Schéma non optimisé
HBA1C	8,7 \pm 3,4 %	11,2 \pm 1,78% P=0,006



Complications dégénératives

Fréquence des hypoglycémies

Discussion: La majorité de nos patients (96%) sont sous schéma insulinaire optimisé, avec comme résultat un meilleur équilibre glycémique, comparé aux patients sous schéma conventionnel (p=0,0006). La fréquence des hypoglycémies, leur intensité, ainsi que l'équilibre glycémique, sont similaires, pour les insulines analogues et humaines (p=0,8, p=0,4, p=0,08, p=0,25). Ces résultats rejoignent ceux de l'étude DCCT*, et EDIC** concernant les bénéfices sur l'équilibre glycémique d'un traitement insulinaire intensif contre un schéma insulinaire conventionnel. L'équilibre glycémique des patients sous schéma optimisé ne semble pas avoir d'impact sur la survenue des complications dégénératives, comparé au schéma conventionnel (p=0,8), cela peut être expliqué par le délai d'optimisation de l'insulinothérapie et la non titration de cette insuline. L'objectif glycémique n'étant atteint que dans seulement 19,4%, la majorité des patients sont déséquilibrés et loins des objectifs glycémiques souhaités chez le DT1.

Conclusion: L'utilisation du schéma insulinaire optimisé a démontré son intérêt dans l'obtention d'un bon équilibre glycémique chez les DT1. Toutes les armes thérapeutiques disponibles doivent être utilisées: la multiplication des injections, une autosurveillance régulière, afin d'obtenir un équilibre glycémique dans les objectifs, d'éviter ou de retarder l'apparition des complications dégénératives et de lutter contre l'inertie thérapeutique

Références:
*DCCT Research Group Implementation of treatment protocols in the Diabetes Control and Complications Trial. Diabetes Care. 1995;18(3):361-376.
**Steffes M, Cleary P, Goldstein D, et al. The DCCT/EDIC Research Group Hemoglobin A1c measurements over nearly two decades: sustaining comparable values throughout the Diabetes Control and Complications Trial and the Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study. Clin Chem. 2005;51(4):753-758.