

La dysrégulation nocturne de la pression artérielle chez le diabétique de type 2 hypertendu ; prévalence et facteurs associés.

Melika Chihaoui, Meriem Yazidi, Mehdi ben Brahim, Fatma Chaker, Faouzi Kanoun, Bochra Ftouhi, Hedia Slimane
Service d'endocrinologie Diabétologie, hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction

La dysrégulation nocturne de la pression artérielle (DNP) ou caractère 'non dipper' est fréquente chez le diabétique et est de mécanisme encore mal expliqué. Le but de notre étude était d'évaluer la fréquence de la DNP chez nos diabétiques de type 2 (DT2) hypertendus et de déterminer les facteurs qui y-sont associés afin de mieux comprendre sa physiopathologie.

Sujets et méthodes

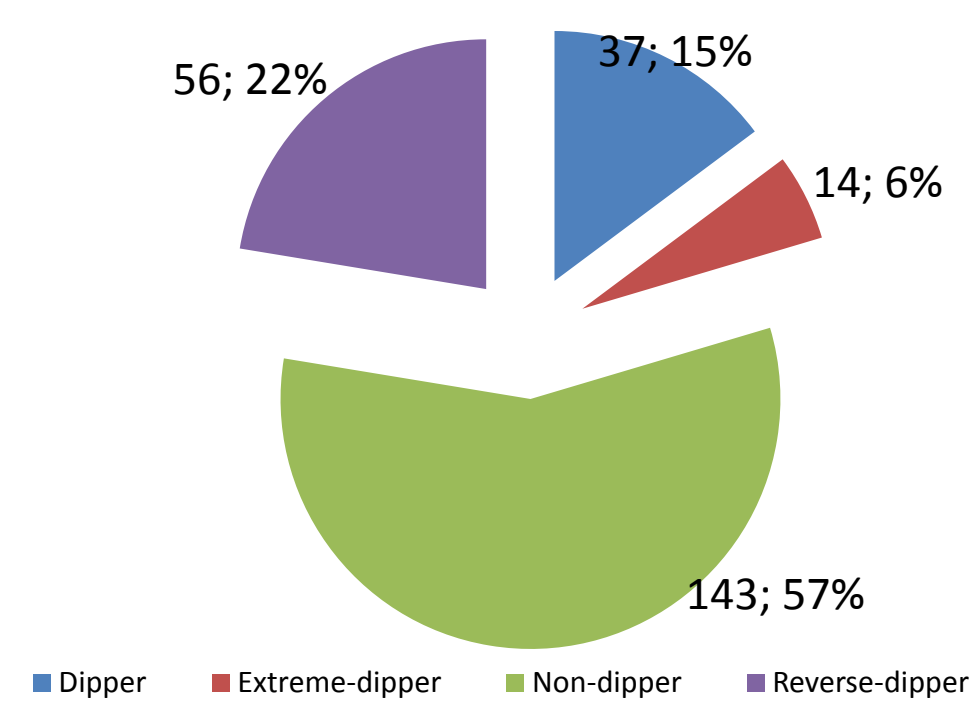
Il s'agit d'une étude rétrospective ayant concerné 250 DT2 hypertendus connus et traités ayant bénéficié d'une mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA).

Nous avons relevé les données cliniques (âge, sexe, tabagisme, ancienneté et traitement du diabète et de l'HTA, signes fonctionnels, IMC, examen des pouls, examen neurologique), para-cliniques (glycémie à jeun, HbA1c, créatinine, protéinurie, microalbuminurie, lipides, ECG) et les résultats de la MAPA (PASj, PASn, PADj, PADn, correspondant aux pressions artérielles (PA) systoliques (S) et diastoliques (D) diurnes (j) et nocturnes (n)).

La dysrégulation nocturne de la pression artérielle est définie par une baisse insuffisante de la pression artérielle systolique et/ou diastolique nocturne: $PASj-PASn/PASj < 10\%$ et/ou $PASD-PADn/PADj < 10\%$. L'extrême dipping' est défini par: $PASj-PASn/PASj > 20\%$ et / ou $PASj-PADn/PADj > 20\%$. Et le 'reverse dipping' par: $PASj-PASn/PASj < 0\%$ et / ou $PASD-PADn/PADj < 0\%$.

Résultats

- Age moyen: 60.9 ± 9.1 ans
- Sex ratio: 0.58
- Ancienneté moyenne du diabète: 7.9 ± 6.5 ans
- Ancienneté moyenne de l'HTA: 8.5 ± 7.8 ans
- HTA était mal contrôlée à la MAPA chez $> 72\%$ des patients
- La fréquence de la DNP était de 79.6%.



Histogramme 1: Fréquence de la dysrégulation nocturne de la pression artérielle

Tableau 1: comparaison des paramètres cliniques entre dipper et non dipper

	Dipper	Non dipper	p
Age (années)	$59,8 \pm 9.3$	61.2 ± 9.1	NS
Sex-ratio	0.59	0.56	NS
Ancienneté du diabète (années)	7.6 ± 6.3	7.9 ± 6.5	NS
Insulinothérapie (%)	22.4	23.1	NS
Ancienneté de l'HTA (années)	8.3 ± 6.7	8.6 ± 8.1	NS
Tabac (%)	33.3	30.6	NS
IMC (Kg/m ²)	28.3 ± 5.2	30.0 ± 5.6	0.08

Tableau 2: comparaison des fréquences des complications dégénératives entre dipper et non dipper

	Dipper	Non dipper	p
Rétinopathie diabétique (%)	37.5	43.3	NS
Néphropathie diabétique (%)	35.4	39.6	NS
Insuffisance rénale ($cl_{<60ml/mn}$) (%)	48.0	44.9	NS
Neuropathie périphérique (%)	57.8	68.6	NS
Insuffisance coronaire (%)	14	31.4	0.02
Artérite des membres inférieurs (%)	5.9	7.5	NS
AVC (%)	7.8	12.1	NS

Tableau 3: comparaison des pressions artérielles à la MAPA entre dipper et non dipper

PA (mmHg)	Dipper	Non dipper	p
PASj	135.6 ± 13.3	136.7 ± 17.7	NS
PADj	77.0 ± 8.7	77.5 ± 8.7	NS
PASn	117.5 ± 11.1	133.1 ± 18.6	< 0.0001
PADn	63.5 ± 7.5	72.4 ± 10.6	< 0.0001

Tableau 4: comparaison des paramètres biologiques entre dipper et non dipper

	Dipper	Non dipper	p
Glycémie à jeun (g/l)	2.31 ± 0.94	2.22 ± 0.94	NS
HbA1c (%)	11.2 ± 2.1	10.8 ± 2.7	NS
Cholestérol total (g/l)	2.16 ± 0.53	2.12 ± 0.53	NS
Triglycérides (g/l)	1.76 ± 0.96	1.93 ± 1.02	NS
HDLc (g/l)	0.42 ± 0.14	0.35 ± 0.13	0.01

Le traitement de l'HTA et le traitement du diabète n'étaient pas associés à la DNP.

Discussion et conclusions

La DNP était fréquente chez nos DT2 hypertendus. Ceci était aussi le cas dans d'autres études ayant concerné des diabétiques de type 2 hypertendus où la fréquence variait de 66 à 73% [1-4].

La DNP est expliquée par une moindre baisse de la pression artérielle nocturne plutôt que par une baisse de la pression artérielle diurne.

La DNP était associée à la coronaropathie. Une étude prospective et longitudinale avec une évaluation plus précise de l'état des coronaire serait intéressante afin de confirmer cette relation.

Références:

1- Czupryniak L, Kidney Blood pressure Res 2007; 30. 2- Rachmani R, Blood pressure monit 2007; 9. 3- Kruchkovich j, Harefuah 2007; 146. 4-Ben-Dov IZ, hypertension 2007;49.