

LE DEVENIR DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT DIABETIQUES DE TYPE 1

S. Hamdi , N. Ben Amor, I. Ksira , H. Sfar , J. Ben Slimène , M. Zarrouk , O. Fendi, F. Ben Mami
Service de Diabétologie-Nutrition et Maladies métaboliques-C- Institut National de Nutrition, tunis, Tunisie

INTRODUCTION:

Le diabète sucré pose actuellement un problème majeur de santé publique de part sa prévalence sans cesse croissante et sa gravité. Quand il touche les sujets jeunes, le problème est encore plus aigu, vu les multiples complications auxquelles il les expose: métaboliques, cardiovasculaires, endocriniennes, psychologiques et même sociales.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale portant sur 68 patients diabétiques de type 1, dont le diabète a été découvert entre âge de 5 ans et 19 ans et colligés en 2009 à partir de la consultation externe de l'institut national de nutrition.

RESULTATS :

Caractéristiques générales de la population étudiée:

Age moyen : 26 ans[40-85]

Sexe:

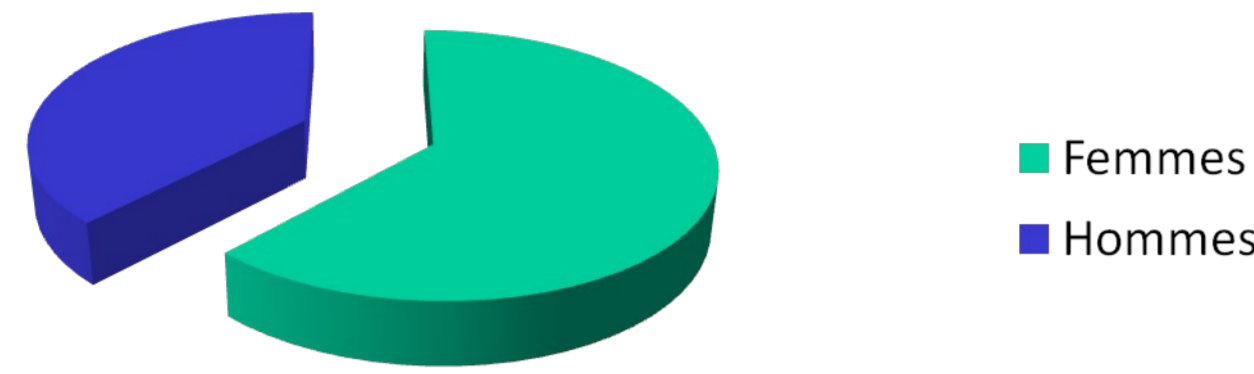


Fig1: Répartition des patients selon le sexe

Circonstances de découverte du diabète:

pourcentage	nombre	Circonstances de découverte du diabète
74%	54	Signes cardinaux
26%	14	Cétose inaugurale

Tab 1: Répartition selon le mode de révélation du diabète

Contrôle métabolique du diabète:

Glycémie à jeun:

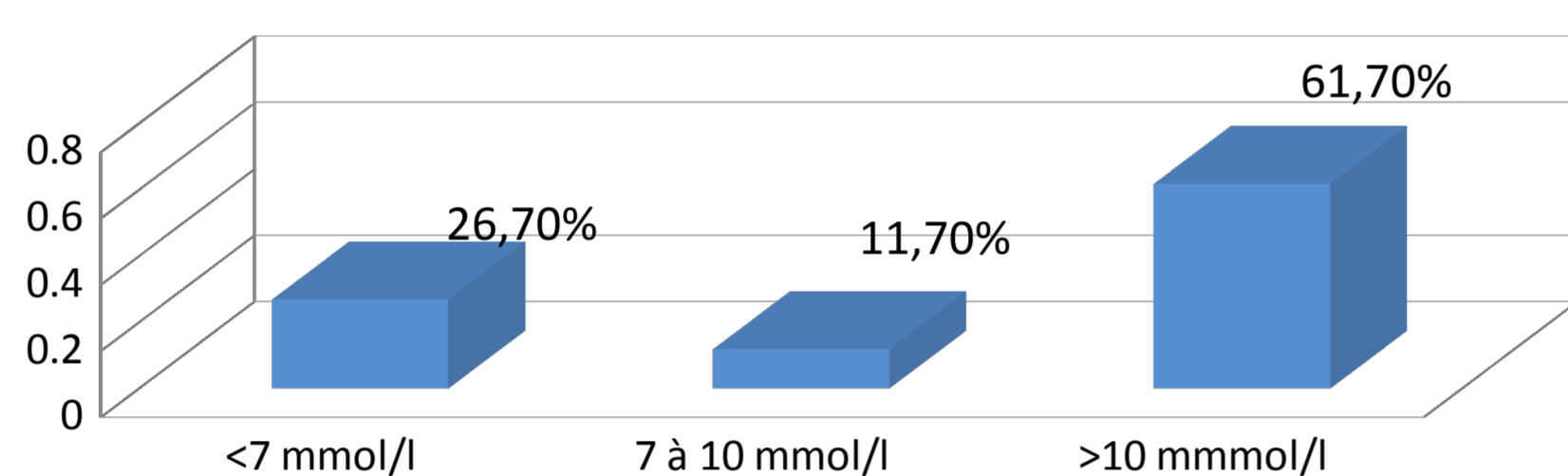


Fig 2: Répartition en fonction des glycémies à jeun

HBA1C:

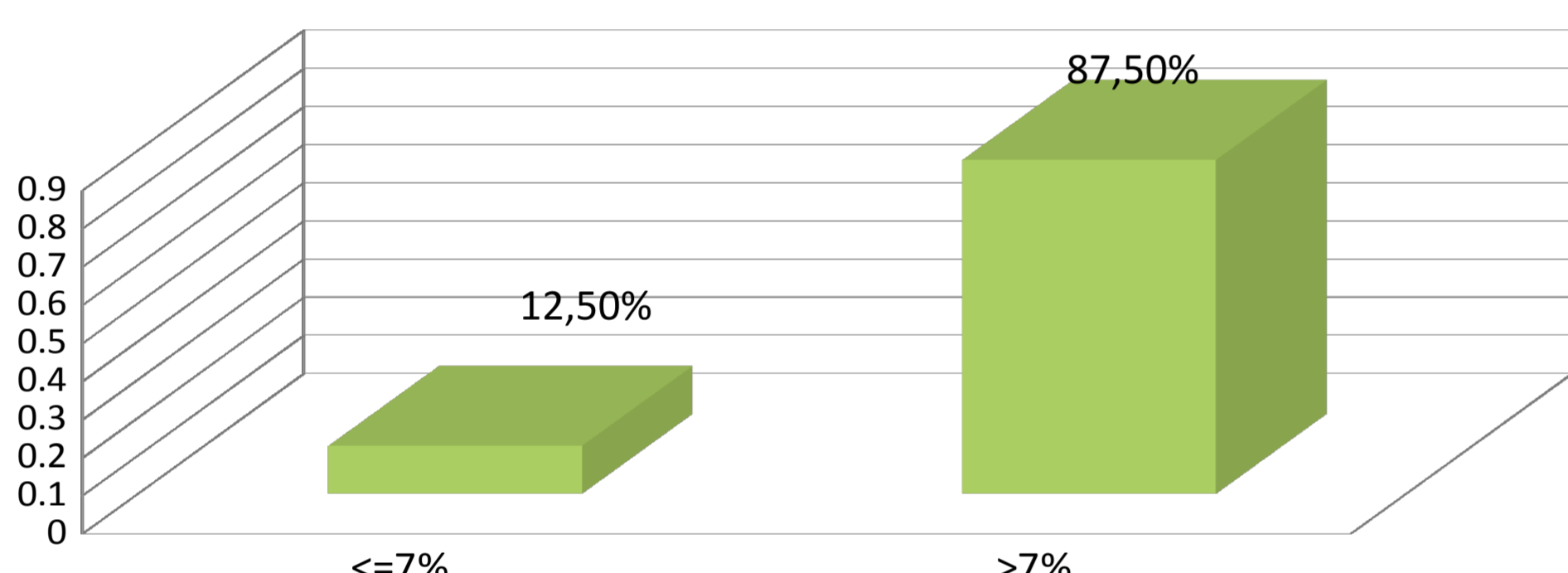


Fig 3 : Répartition selon l'hémoglobine glyquée

Complications dégénératives:

Rétinopathie diabétique

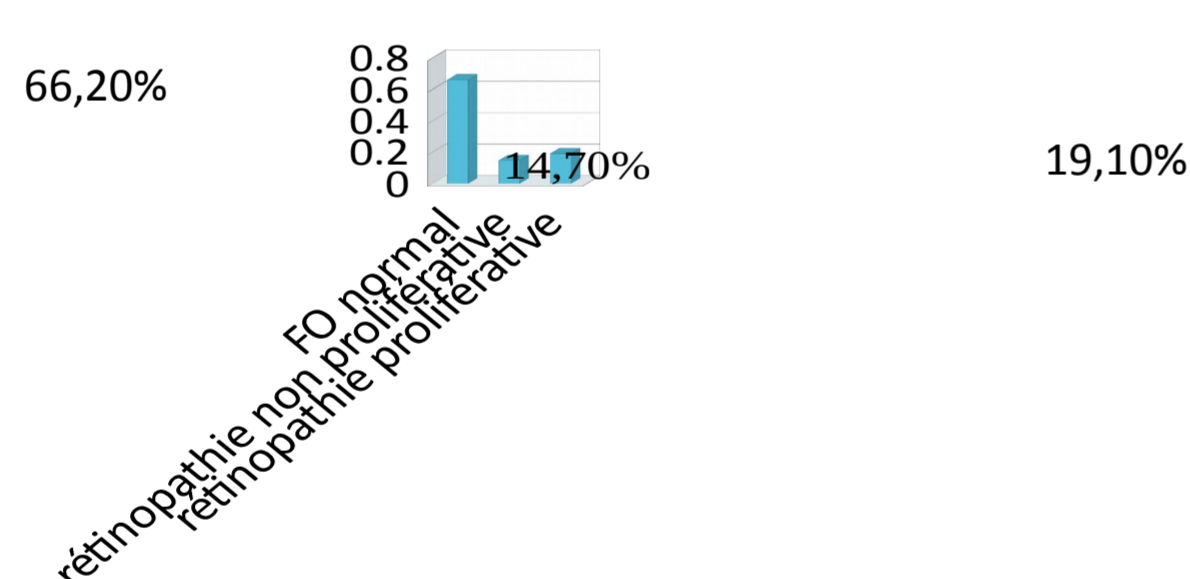


Fig 4: Répartition selon la présence de rétinopathie

DISCUSSION:

- Le contrôle glycémique des patients était insuffisant (HBA1C moyenne=10,3±2%). Dans l'étude DCCT[1], les adolescents avaient une moyenne d'hémoglobine glyquée de 8,5%, soit un point plus élevé que chez les adultes, alors que les moyens thérapeutiques étaient similaires.
- Dans son étude[2], Tubiana N a montré que les principaux facteurs qui influençaient l'équilibre glycémique étaient l'âge au diagnostic, la durée d'évolution du diabète et la fréquence des hypoglycémies.
- Nous n'avons pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre le niveau scolaire et l'équilibre glycémique. Ceci était peut être dû à un biais de sélection. En effet, la majorité de la population étudiée (97%) était ou avait été scolarisée.
- 33,8% des patients étaient porteurs d'une rétinopathie. En 2003, le registre norvégien[3] a estimé que 89% des enfants ont développé une rétinopathie à l'âge adulte, dont 11% une rétinopathie diabétique proliférative.
- Dans notre série, le sexe, la scolarité, l'auto surveillance et l'équilibre glycémique n'avaient pas influencé l'apparition de la rétinopathie diabétique. Par contre, nous avons trouvé une corrélation statistiquement significative entre la rétinopathie d'une part, et la durée d'évolution du diabète (p=0,016) ainsi que le schéma thérapeutique d'autre part (p=0,034).
- EN 2009, l'ISPAD[4] recommande le dépistage annuel de la rétinopathie chez les jeunes diabétiques à partir de l'âge de 11 ans, après deux ans de diabète et à partir de l'âge de 9 ans, après 5 ans de diabète.
- Dans notre série, 20% des patients avaient une néphropathie diabétique avec un recul moyen de 16,66 ans de diabète.
- Nous avons trouvé une corrélation statistiquement significative entre le schéma thérapeutique du diabète et la néphropathie. Dans l'étude DCCT[1], dans le groupe ayant reçu un traitement intensif, le risque de développement de micro albuminurie était diminué de 39% et celui d'albuminurie de 56%.
- 59% des patients âgés de plus de 25 ans étaient sans profession. Une étude réalisée chez 2104 sujets diabétiques comparés à des témoins montre que 22% des hommes et 12% des femmes diabétiques sont au chômage versus 8% et 5% dans le groupe témoin.
- Dans notre série, le nombre de jours d'absence pendant les trois derniers mois était en moyenne de 7 jours.
- Le taux de célibat de nos patients diabétiques âgés de plus de 18 ans était de 88% pour les hommes et de 72% pour les femmes. Dans une étude de cohorte anglaise[5], 87% des hommes et 46% des femmes diabétiques étaient célibataires.
- Parmi les 12 femmes mariées, 10 ont eu de grossesses. Seules 2 femmes parmi les 10 avaient programmé leur grossesse. 7 patientes avaient présenté une complication lors de déroulement de leurs grossesses.
- Dans notre étude 8,8% des patients (dont 33% de femmes) avaient des troubles psychologiques. Nous avons trouvé une corrélation significative entre l'équilibre glycémique et les troubles psychologiques. Ces résultats rejoignent ceux de la littérature: en effet, les problèmes psychologiques étaient principalement associés à un mauvais contrôle glycémique[6].

CONCLUSION:

L'amélioration de la qualité de vie de nos patients diabétiques de type 1 passe par une bonne éducation diabétologique ainsi qu'une collaboration entre les différents intervenants dans la prise en charge de ces patients.

références

[1]:Levy-Marchal C, Fagot-Campana A, Daniel M. surveillance épidémiologique du diabète de l'enfant. Institut national de la santé et de la recherche médicale 2006 [2]:Tubiana R, Moret L, Chwalow J, Czernichow P. Health and factors associated with glycemic control in 165 children with insulin-dependent diabetes aged 7-23 year. Ar pediatr 1994;1:982-90. [3]: Skriverhaug T, Fosmark DS, Stene LC et al. Low cumulative incidence of proliferative retinopathy in childhood-onset type 1 diabetes: A 24-year follow-up study. Diabetologia 2006; 49:2281-90 [4]Donaghue KC, Chiarelli F, Trotta Det al. Microvascular and macrovascular complications associated with diabetes in children and adolescents. Pediatric Diabetes 2009;10:195-203 [5]:Bryden KS, Peveler RC, Stein A et al. Clinical and psychological course of diabetes from adolescence to young adulthood. diabetes care 2001;24:1536-40 [6]:Hoey H, Aanstoot HJ, Chiarelli et al. Good metabolic control is associated with better quality of life in 2101 adolescents with type 1 diabetes. Diabetes care 2001;24:1923-8

Néphropathie diabétique:

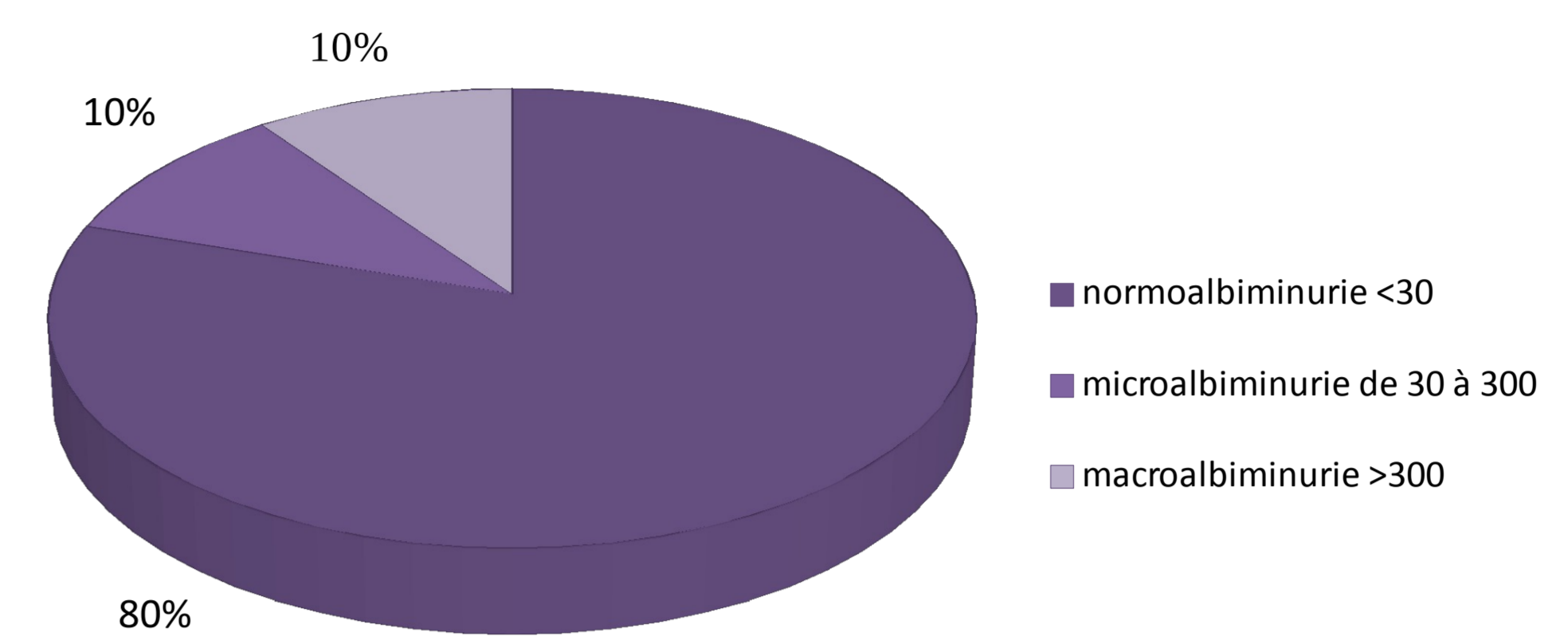


Fig. 5: Répartition selon la néphropathie

Retentissement social, familial et économique du diabète:

Scolarité:

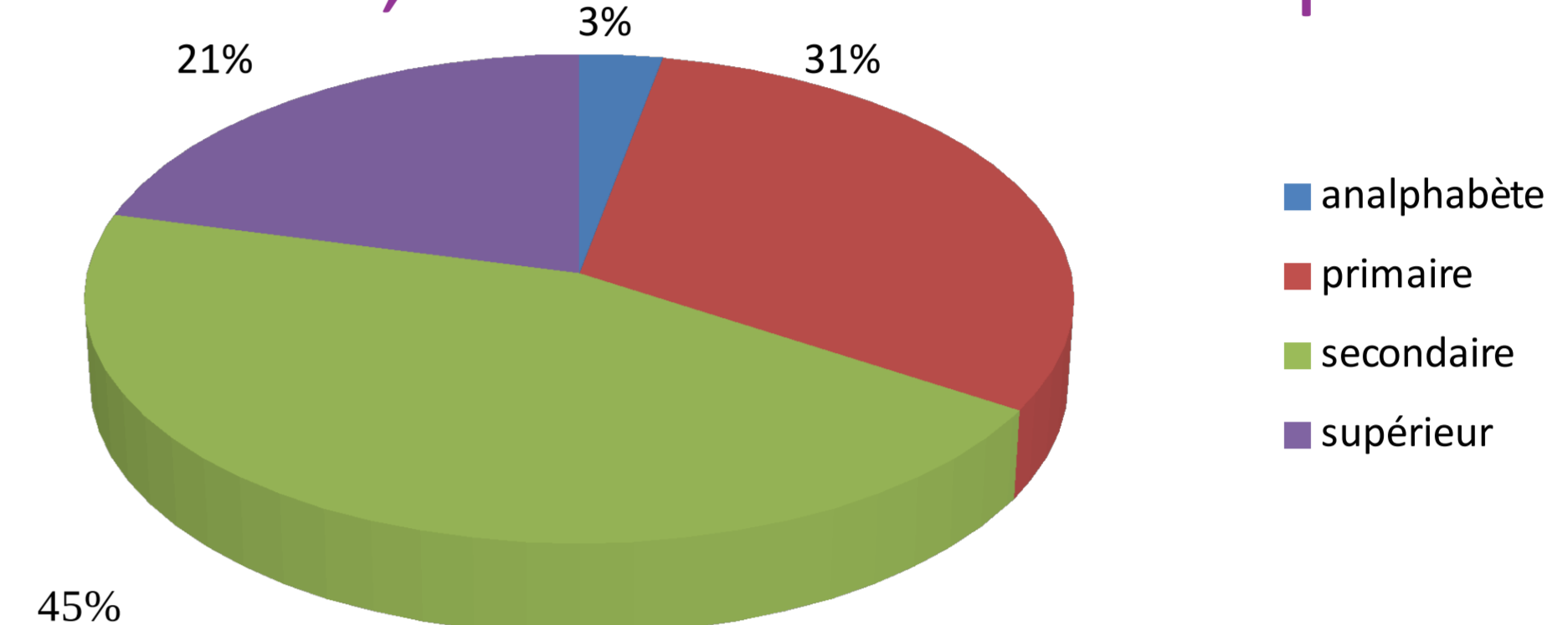


Fig. 6: Répartition selon le niveau scolaire

Emploi:

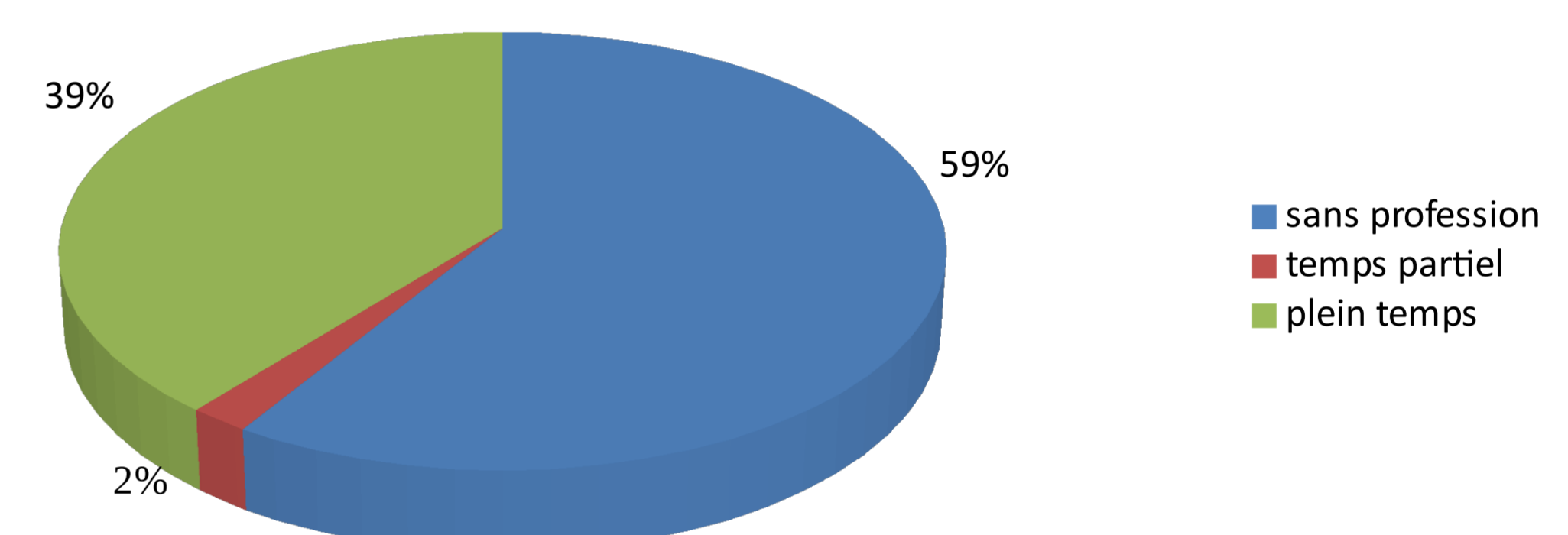


Fig. 7: Répartition selon le travail

Etat civil:

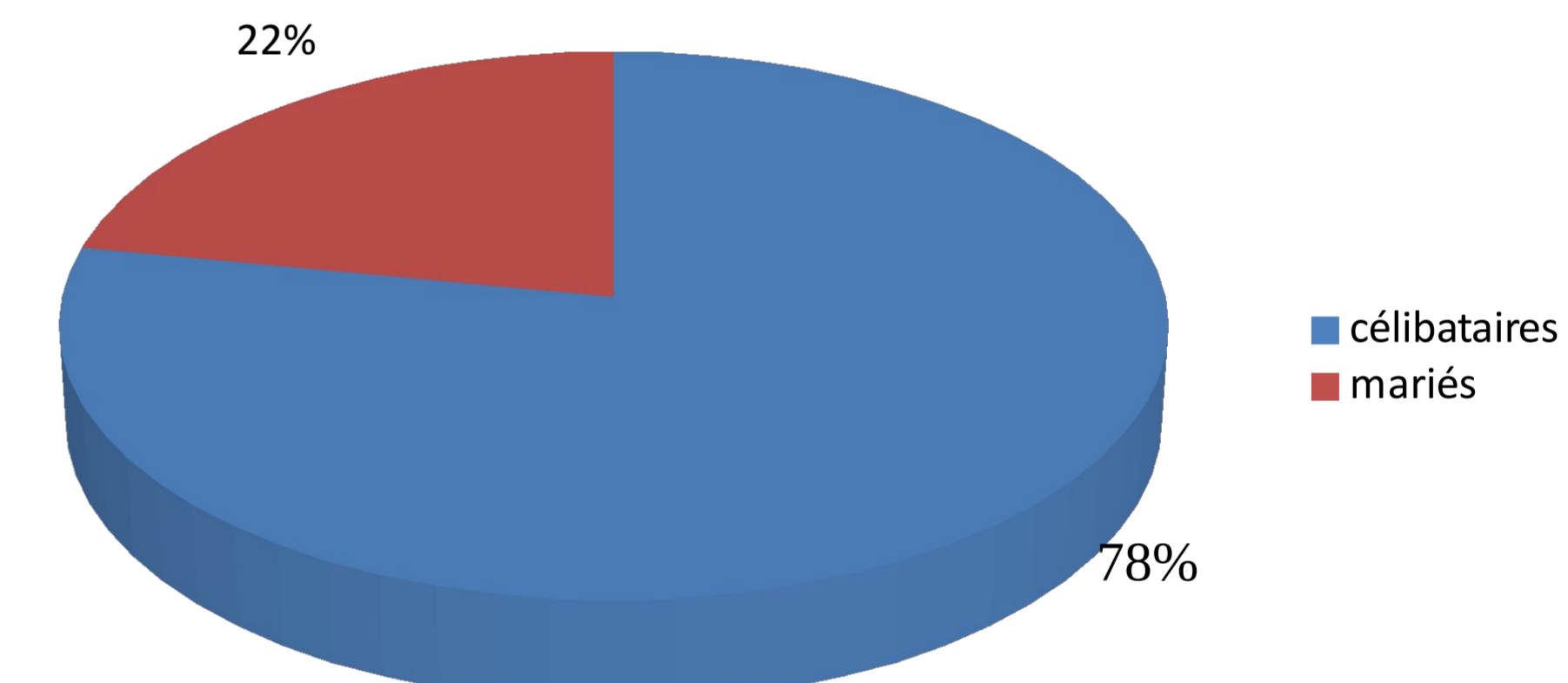


Fig. 8: Etat civil