

Diabète de type 1 à début pédiatrique: équilibre métabolique et complications à l'âge adulte

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

Introduction

Le diabète de type 1 (DT1) constitue l'endocrinopathie la plus fréquente chez l'enfant, il est responsable en l'absence d'un traitement insulinaire substitutif adéquat; d'accidents aigus graves. A long terme il est la cause de complications micro et macro-angiopathiques, aux répercussions lourdes sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille, et de sa santé actuelle et future.

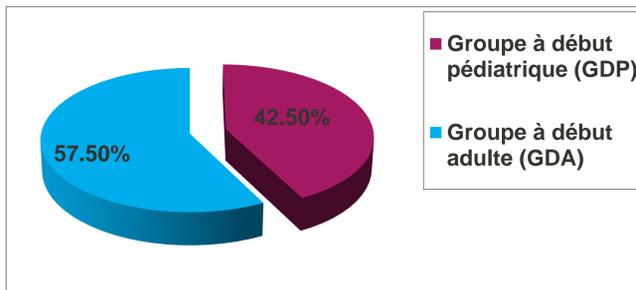
Nos objectifs étaient d'évaluer la corrélation entre le début du DT1 à l'âge pédiatrique; l'équilibre glycémique et les complications micro-macrovasculaires à l'âge adulte ainsi que de relever les facteurs de risque de ces complications.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 181 sujets diabétiques de type 1 adultes répartis entre 77 patients avec un début du diabète à l'âge pédiatrique (<16ans) et 104 patients dont le début du diabète s'est fait à l'âge adulte. Les données ont été recueillies sur patients questionnés et/ou sur dossiers de patients suivis en consultation et/ou hospitalisés au niveau du service de diabétologie du CHU Mustapha Pacha d'Alger sur la période allant de 2010 à 2014.

Résultats: Sex ratio: 1.15 Age moy: 27.5 +/-8.5 Durée d'évol moy: 10.1 +/- 9.4

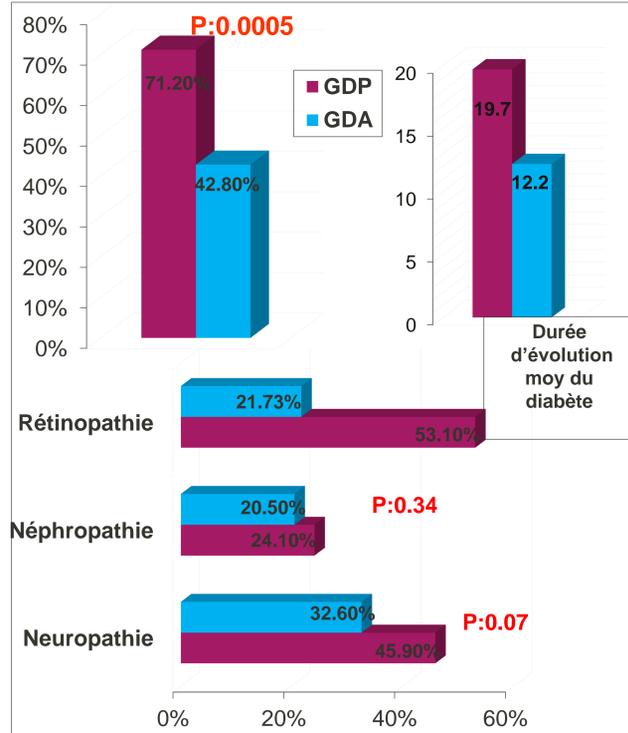
Répartition population



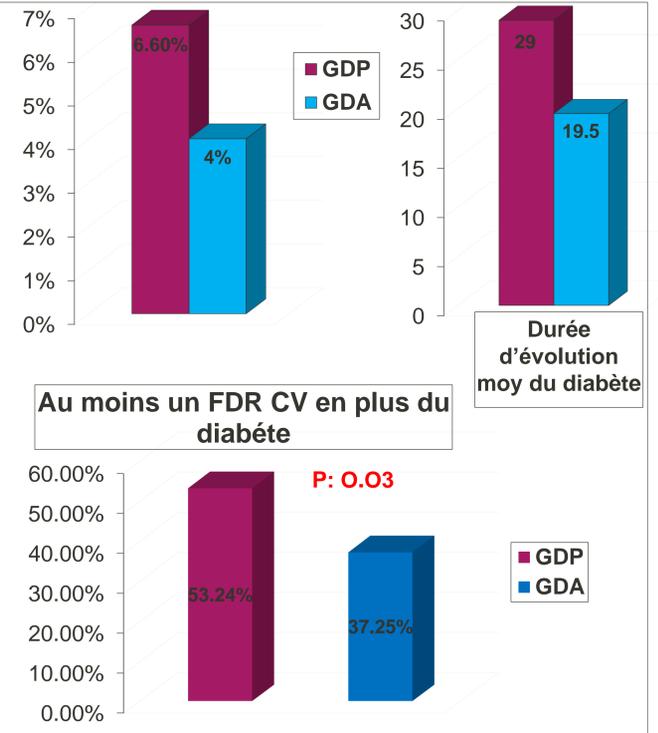
Caractéristiques des populations

	GDP	GDA
Sex ratio	0.67	1.73
Moyenne d'âge	25.7 ans +/- 7.9	28.85 ans +/- 8.7
Age de début	9.8 ans +/- 3.6	22.85 ans +/- 5.4
Durée d'évolution	15.6 ans +/- 8.8	6 ans +/- 7.6
HbA1c	8.6 % +/- 1.7	9.3% +/- 1.8

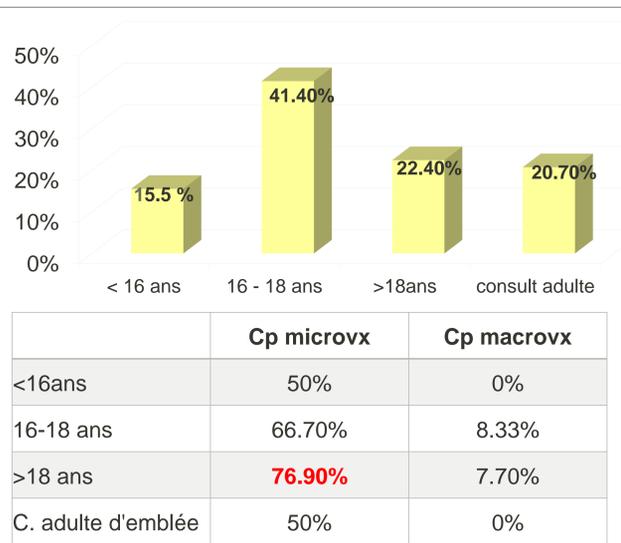
Complications microangiopathiques



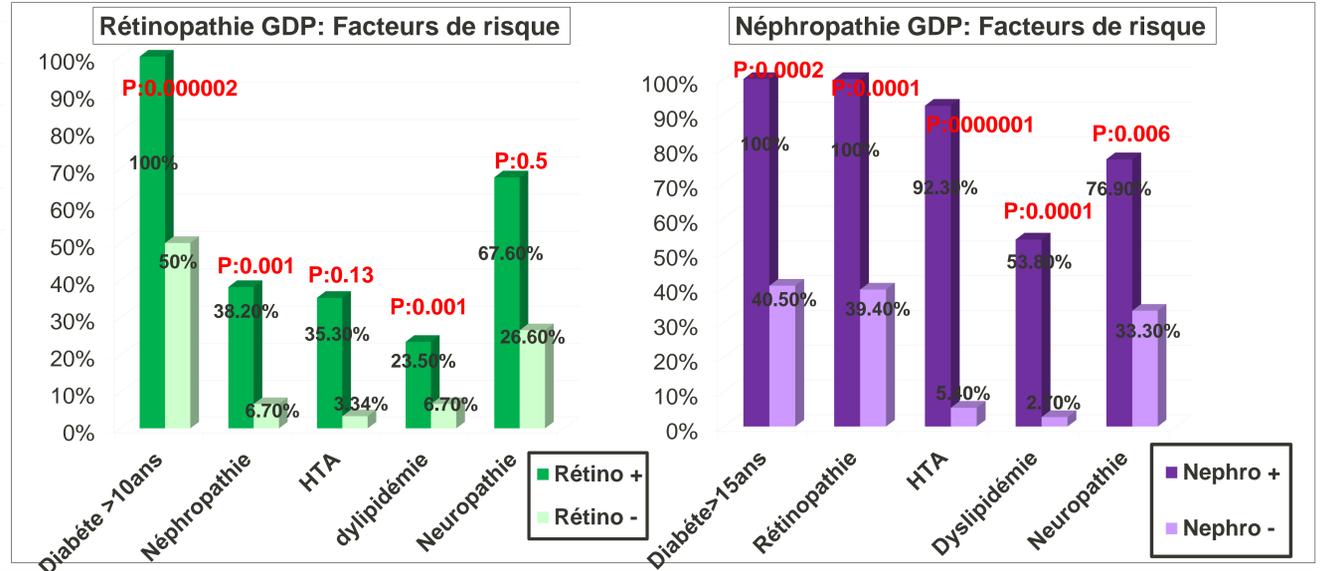
Complications macroangiopathiques



Age de transition



Facteurs de risque des Cp microangiopathiques



Discussion

Un sujet avec début pédiatrique de son diabète a plus de risque de développer une complication microvasculaire qu'un patient dont le début du diabète c'est fait à l'âge adulte. Cette différence est élective pour la RD (P=0.00005). Les FDR de ses Cp dans le GDP sont les mêmes retrouvés chez les sujets DT1 adultes.

Les deux facteurs de risque essentiels sont la durée d'évolution de la maladie et le déséquilibre glycémique.

Cette différence de risque peut être expliquée d'une part par la durée d'évolution du diabète plus longue chez le GDP, d'autre part par les conséquences des changements hormonaux et émotionnels de la puberté sur l'équilibre glycémique et la prévalence des complications microvasculaires.

On n'a pas noté de différence de survenue des complications macroangiopathiques entre les 02 groupes, ceci peut être expliqué par: le faible nombre de patients présentant des complications macrovasculaires dans notre population, mais surtout l'absence d'un dépistage des complications silencieuses. Néanmoins, le GDP était à plus haut risque cardiovasculaire. L'organisation d'une bonne transition reste un élément primordial dans le devenir de l'enfant diabétique. Dans notre étude une transition tardive était pourvoyeuse de plus de complications microvasculaires. A côté de l'appréciation de l'âge de transition, nous ne disposons pas d'éléments nous permettant d'évaluer la qualité de cette transition.

Conclusion

Une fréquence plus élevée des complications microangiopathiques à l'âge adulte des enfants diabétiques impose une prise en charge précoce et adéquate englobant: un ajustement des schémas insulinaire, une éducation de l'enfant et de sa famille ainsi qu'une transition planifiée et coordonnée entre les services de pédiatrie et de diabétologie. Celle-ci doit être organisée et structurée de manière précoce afin de favoriser une continuité des soins à l'âge adulte de manière exhaustive et accessible. En vue d'un meilleur suivi et équilibre glycémique à l'âge adulte.