

Le diabète sucré atypique à tendance cétosique à Cotonou

*Fr. Djrolo, *D. Amoussou- Guenou, **A. Wanvoegbe, **S. Gliitho

Décrit depuis bien longtemps, le diabète sucré atypique avec tendance à la cétose a connu un regain d'intérêt ces dernières années mais reste peu étudié en Afrique noire. L'objectif du présent travail a été de déterminer la fréquence du diabète sucré atypique avec tendance à la cétose dans le service d'endocrinologie et maladies métaboliques et en décrire quelques caractéristiques épidémiologiques.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'analyse des dossiers des patients diabétiques hospitalisés. Etaient considérés comme diabète atypique avec tendance à la cétose, les cas d'acidocétose inaugurale sans facteur déclenchant avec rémission rapide. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, l'état clinique du patient, les données biologiques à l'admission et l'évolution.

Résultats

La fréquence du diabète atypique avec tendance à la cétose était de 5,7% de l'ensemble des diabétiques hospitalisés (19 cas sur 333) et de 25,7% de l'ensemble des cétozes diabétiques observées (19 cas sur 74). La fréquence était comparable dans les deux sexes (5,37% chez les femmes et 5,98% chez les hommes). L'âge moyen des patients était de 41 ans. Une obésité a été retrouvée chez 27,3% des patients et l'acétonurie était massive dans 89,5% des cas. Dans tous les cas l'évolution a été favorable avec l'arrêt de toute thérapeutique antidiabétique chez 5 patients et aucun décès n'a été observé.

Conclusion

Le diabète atypique avec tendance à la cétose est fréquent en milieu africain. Son évolution particulière mérite que lui soient consacrées des études collaboratives en vue de mieux préciser son épidémiologie et de mieux comprendre sa physiopathologie.

MOTS-CLEFS

Diabète atypique, cétose, rémission

L'installation plus ou moins rapide des symptômes cardinaux du diabète sucré et le développement rapide d'une cétose voire d'une acidocétose spontanée sont classiquement considérés comme l'apanage du diabète de type 1. Chez les sujets d'origine africaine, la classification du diabète basée sur la clinique se heurte cependant à des difficultés et a fait naître depuis quelques temps les concepts de diabète de type 1b, diabète atypique africain, diabète phasique ou diabète de type 2 avec tendance à la cétose (1). Dans cette forme de diabète, la présentation clinique au début de la maladie est à tout point compatible avec celle d'un diabète de type 1 mais l'évolution est caractérisée par une rémission rapide avec des périodes plus ou moins longues pendant lesquelles l'insulinothérapie est souvent interrompue et par l'absence de marqueurs de l'auto-immunité (2,3). Déjà décrit depuis plusieurs années (4,5), le diabète atypique avec tendance à la cétose a connu un regain d'intérêt avec les travaux de Sobngwi et Mauvais-Jarvis (6). L'objectif du présent travail est donc de déterminer la place du diabète atypique avec tendance à la cétose dans le service d'endocrinologie et des maladies métaboliques au centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou au Bénin et d'en décrire quelques caractéristiques épidémiologiques.

PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'analyse des dossiers des patients diabétiques hospitalisés dans le service du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2006, soit deux ans. Ont été considérés comme présentant un diabète sucré atypique avec tendance à la cétose, les patients admis pour un diabète sucré révélé par une cétose inaugurale avec l'absence d'un facteur déclenchant pouvant expliquer la décompensation cétosique et une évolution vers l'arrêt rapide de l'insulinothérapie après la correction des troubles métaboliques aigus. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, l'état clinique des patients et le degré de cétose à l'admission. L'évaluation de la cétose a été faite sur la mesure semi-quantitative de l'acétonurie à l'aide de bandelette réactive.

RÉSULTATS

Un total de 333 patients diabétiques a été admis dans le service pendant la période d'étude. Parmi eux, 19 présentaient les caractéristiques d'un diabète sucré avec tendance à la cétose. La fréquence globale de cette forme de diabète est donc de 5,70% par rapport à l'ensemble des diabétiques. Pendant la même période, 74 cas de diabète avec décompensation cétosique ont été observés. Le diabète atypique avec tendance à la cétose représente donc 25,7% des cétozes diabétiques observées dans le service. L'âge moyen des patients présentant un diabète atypique avec tendance à la cétose était de 41 ans avec des extrêmes de 29 et 60 ans. Les 19 patients recensés se répartissaient en 8 femmes et 11 hommes. La fréquence selon le sexe était donc de 5,37% pour les femmes (8 cas sur 149) et de 5,98% chez les hommes (11 cas sur 184).

Aux plans clinique et biologique, l'indice de masse corporelle moyen des patients était de 27,6 Kg/m², les extrêmes étant de 21,2 et 34,4 Kg/m². La fréquence de l'obésité était de 27,3% parmi les patients présentant un diabète sucré atypique avec tendance à la cétose et 45,4% parmi eux présentaient un surpoids. A l'admission, 47,4% des patients présen-

taient un état de déshydratation marquée et 26,3% étaient dans un état de coma diabétique acidocétosique. L'hyperglycémie était importante et parfois majeure entre 2,85 et 11,37 g/l avec une moyenne de 4,84g/l. L'acétonurie était massive à 4 croix dans 42,1% des cas et à 3 croix dans 47,4% des cas, soit une acétonurie supérieure ou égale à 3 croix dans 89,5% des cas.

Quant à l'évolution, la durée moyenne de l'insulinothérapie a été de 11 jours. Chez 5 patients, le suivi à long terme a été marqué par l'arrêt de tout traitement médicamenteux antidiabétique. Parmi ces 5 patients figuraient les 2 cas les plus sévères à l'admission. Aucun décès n'a été enregistré.

DISCUSSION

Par rapport aux critères de diagnostic retenus, la fréquence du diabète sucré avec tendance à la cétose retrouvée dans notre étude n'est pas loin du chiffre de 7% rapporté par Lokrou et collaborateurs à Abidjan (7). L'âge de nos patients varie entre 29 et 60 ans correspondant bien à la tranche d'âge définie par Sobngwi (3) et la moyenne d'âge de 44 ans retrouvée est conforme à celle rapportée dans la littérature (6,7). La plupart des auteurs rapportent une prédominance masculine dans le diabète atypique avec tendance à la cétose (4,7), ce qui ne semble pas être le cas dans notre étude où la fréquence est comparable dans les deux sexes. Selon les données de la littérature, seule une minorité des patients présente une obésité marquée (). Nos résultats s'inscrivent également dans ce cadre et l'indice de masse corporelle moyen retrouvé dans notre étude est comparable à celui de 27,97 Kg/m² rapporté à Abidjan (7). Les fréquences de déshydratation massive et de coma étaient cependant moins importantes dans notre étude puisqu'elles étaient respectivement de 57,7% et 38% ailleurs (7). Cette différence est probablement en rapport avec le délai plus ou moins long de consultation des patients selon les régions. Comme l'ont indiqué Sobngwi et collaborateurs (3), le tableau clinique inaugural est aigu avec une hyperglycémie et une cétose sévères.

D'autres auteurs ont fait les mêmes observations. Ainsi, une cétose massive a été observée chez 53,84% des patients à Abidjan (7) et la glycémie moyenne (4,85g/l) était superposable à la notre. Comme nous, Monabeka et collaborateurs (8) ont rapporté l'arrêt de tout traitement médicamenteux chez certains de ces patients au cours du suivi de la maladie. Enfin, malgré le tableau clinique initial de décompensation sévère, la plupart des auteurs rapportent une évolution favorable avec arrêt de l'insulinothérapie et une absence de décès.

CONCLUSION

Le diabète sucré atypique avec tendance à la cétose est fréquent en Afrique et semble être une entité propre aux sujets d'origine africaine puisque la majorité des cas rapportés semble concerner des populations aux origines africaines. Si le phénomène de glucotoxicité peut expliquer partiellement le recouvrement d'une insulinosécrétion et la rémission du diabète après insulinothérapie, des études complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre la physiopathologie, notamment les mécanismes de l'insulinopénie sévère à l'éclosion de la maladie.

CORRESPONDANCE :

Dr. François Djrolo

Unité d'endocrinologie et Maladies métaboliques
Faculté des Sciences de la Santé
01 BP 188
Cotonou
Bénin
Email : fdjrolofss@yahoo.fr

*Unité d'endocrinologie et métabolisme, Faculté des Sciences de la Santé, 01 BP 188 Cotonou.

**Centre de dépistage et de prise en charge du diabète Cotonou

Références

1. Bouché C. Formes atypiques de diabète. In : *Synthèse du 19^e Congrès de la Fédération Internationale du Diabète*, Afrique du Sud, Cape Town 2006. Lippincott Williams and Wilkins, Impression Jouve, Paris, 2007 : 317-330.
2. Lokrou L, Abodo J, Koffi D, Sanogo M, Amani F, Doumbia A *et al.*: Emergence of atypical diabetes in black African subjects. *Diabet Med*. 2006 ; **23** (suppl 4) : 605.
3. Sobngwi E : Ketosis-prone type 2 diabetes. Its epidemiology and pathophysiology. *Diabet Med*. 2006 ; **23** (suppl 4) : 1792.
4. Banerji MA, Chaiken RL, Lebovitz He *et al.* : GAD antibody negative NIDDM in adult Black subjects with diabetic ketoacidosis and increased frequency of human leucocyte antigen DR3-DR4. *Diabetes*. 1994 ; **43** : 741-5.
5. Umpierreaz GE, Casals MMC, Phillips L *et al.*: Diabetic Ketoacidosis in obese African-American. *Diabetes*. 1995 ; **44** : 790-5.
6. Sobngwi E, Mauvais-Jarvis F, Vexiau P, Gautier JF : L'activité G6PD est corrélée avec la réponse insulinosécrétoire au cours du diabète de type1 B en rémission. *Diabetes Metab*. 2004 ; **30** : 1S28.
7. Lokrou A, Abodo J, Ankotché A, Dem-Niacadé AM, Azoh JC, Laubhouet MD *et al.* : Le diabète sucré atypique avec tendance à la cétose en Côte d'Ivoire. *Diabetes Metab*. 2004 ; **30** : 1S36.
8. Monabeka HM, Nsakala-Kibangou N : Coma cétoacidotique inaugurant le diabète chez l'adulte noir. *Cahiers Santé*. 2001 ; **11** : 127-129.