

DIABÈTE SUCRÉ AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)

Épidémiologie, types et manifestations cliniques

Par Y. J. DRABO, J. KABORE, A. LENGANI & P. D. ILBOUDO (1) (2)

Alimentary diabetes at the National Hospital of Ouagadougou, Burkina Faso.

Summary: The study, conducted over 4 years among 400 diabetic patients, reports the epidemiological and clinical aspects of diabetes mellitus at the National Hospital of Ouagadougou, Burkina Faso. Epidemiologically, diabetes mellitus affects men by 64 % and women by 36 %. 76 % are over 40 y. o., whereas only 2.2 % are under 20. Clinically, the classification of diabetic patients shows that 10.7 % are insulino-dependant and 76.5 % non insulino-dependant. No usual tropical diabetes has been found. The calcifications observed in 2.5 % of cases were combined with chronic alcoholic pancreatitis. The classic triad (polyuria, polyphagia, polydipsia) led to diagnostic by 41 % of the patients, whereas 27.5 % have been identified when having complications, and 23 % by a systematic check-up. Cardio-vascular risk factors combined with diabetes have been found: obesity (28 %), high blood pressure (20 %), hyperuricaemia (14 %), addiction to smoking (20 %). The epidemiological characteristics, as well as the various clinical aspects, mostly complies with the observations of the african authors.

Résumé : A partir d'une cohorte de 400 diabétiques sur 4 ans, l'étude rapporte les aspects épidémiologiques et cliniques du diabète sucré au CHN de Ouagadougou au Burkina Faso. Sur le plan épidémiologique, le diabète sucré concerne dans 64 % des cas des sujets de sexe masculin et dans 36 % des cas des sujets de sexe féminin. Il s'agit dans 76 % des cas de sujets âgés de plus de 40 ans, alors que seulement 2,2 % d'entre eux ont moins de 20 ans. Cliniquement, la classification des diabétiques montre que dans 10,7 % des cas, il s'agit de diabétiques insulino-dépendants (DID) et dans 76,5 % des cas, de diabétiques non insulino-dépendants (DNID). Les classiques diabètes tropicaux n'ont pas été retrouvés. Les calcifications relevées dans 2,5 % des cas étaient associées à des pancréatites chroniques alcooliques. La triade classique (polyurie, polyphagie, polydipsie) a conduit au diagnostic chez 41 % des malades tandis que 27,5 % ont été reconnus du fait de complications et 23 % au cours d'un bilan systématique. Des facteurs de risque cardio-vasculaire ont été retrouvés en association avec le diabète : obésité (28 %), HTA (20 %), hyperuricémie (14 %), tabagisme (20 %). Les caractères épidémiologiques observés ainsi que les différentes formes cliniques sont pour la plupart conformes aux constatations faites par les différents auteurs africains.

INTRODUCTION

Le diabète sucré est devenu une maladie courante et fréquente en Afrique, contrairement aux affirmations anciennes qui faisaient d'elle une affection des sociétés occidentales suralimentées (6). Au Burkina Faso, la jeunesse des structures sanitaires et de recherches médicales fait que peu de travaux ont été consacrés au diabète sucré à ce jour. Nous disposons de deux études préliminaires, succinctes sur ce sujet (20, 22). Depuis quelques années, nous avons entrepris une consultation de diabétologie dans notre service de médecine interne qui reçoit l'ensemble des diabétiques en hospitalisation et en consultation externe adressés à l'Hôpital national. Environ 450 malades y sont régulièrement suivis.

Le présent travail, qui fait partie d'une série d'articles sur les différents aspects du diabète sucré à Ouagadougou, traite des aspects épidémiologiques et des formes cliniques de cette affection.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale réalisée de janvier 1991 à décembre 1994 concernant tous les patients adressés à notre consultation ou hospitalisés dans le service de médecine interne pour diabète sucré.

Le diagnostic de diabète sucré a été retenu sur les critères habituels : glycémie à jeun à 2 reprises > 1,40 g/l ou 7,7 mmol/l et/ou glycémie post-prandiale 2 heures après un repas ou après l'ingestion de 75 g de glucose > 2 g/l ou 11 mmol/l (9).

Pour chaque patient, un dossier médical a été ouvert et régulièrement tenu à jour au rythme des consultations comportant :

- l'identité du malade et les caractéristiques générales : âge, sexe, ethnie, profession,
- ses antécédents pathologiques et habitudes toxiques et alimentaires,
- l'hérédité diabétique et son degré,
- la date et les circonstances de découverte du diabète,
- les éléments de l'examen clinique,

(1) Service de médecine interne, 01 BP 909, Ouagadougou 01, Burkina Faso.

(2) Manuscrit n° 1629. "Clinique". Accepté le 11 janvier 1996.

— les résultats des différents examens complémentaires dans le cadre du bilan général, cardiovasculaire, infectieux, urinaire, néphrologique, ophtalmologique, neurologique, métabolique,

— les complications observées et les traitements reçus.

Tous les patients inclus dans l'étude ont été soumis à l'ensemble des examens complémentaires. Les dossiers incomplets ont été exclus.

L'appréciation de l'obésité ou de l'amaigrissement des patients a été effectuée grâce au calcul de l'indice de masse corporelle ou indice de Quetelet ou Body Mass index (BMI ou IMC = P (kg)/T2 (m). Il y a obésité pour un IMC ≥ 25 chez la femme et ≥ 27 chez l'homme et un surpoids pour un IMC compris entre 23 et 25 chez la femme et entre 25 et 27 chez l'homme.

Nous avons adopté la classification du diabète sucré proposée par l'OMS (5, 16) qui définit :

— le diabète sucré insulino-dépendant (DID) sur les éléments suivants : signes cliniques majeurs avec amaigrissement associés à la présence de corps cétoniques et à une forte hyperglycémie. Lorsque la notion de cétose n'a pas pu être précisée chez les malades vus rétrospectivement, l'insulino-dépendance a été retenue chez ceux âgés de moins de 40 ans dont la symptomatologie a été brutale, majeure, avec amaigrissement. A noter que l'appréciation de l'insulino-sécrétion par le dosage de l'insulinémie ou du peptide C n'est pas réalisable dans notre formation ;

— le diabète sucré non insulino-dépendant (DNID) pour les sujets obèses ou de poids normal, présentant une symptomatologie modérée, sans cétonurie. Tous les patients n'ayant présenté de cétonurie ni dans les antécédents, ni pendant leur suivi et répondant favorablement aux anti-diabétiques oraux ont été classés dans cette catégorie ;

— le diabète « tropical » associant malnutrition protéino-calorique avec ou sans pancréatite calcifiante, insulino-dépendant mais sans tendance à la cétose ;

— le diabète gravidique pour le diabète apparu au cours de la grossesse.

Nous avons individualisé un dernier groupe de diabète intermédiaire devant certaines formes difficiles à classer dans les deux précédentes catégories.

Ces formes, bien que ne faisant pas partie de la classification de l'OMS, ont été individualisées également par d'autres auteurs africains et ont été rapprochées des diabètes types « Mody » par SANKALE (18).

IL s'agit ici de diabétiques jeunes ayant moins de 40 ans (âge variant 25-39 ans), ayant tous un surpoids, présentant d'autres facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, hyperuricémie) et dont l'équilibre du diabète est facilement obtenu par les antidiabétiques oraux et le régime hypocalorique et hypoglycémique.

RÉSULTATS

Aspects épidémiologiques

Au total, 400 malades ont été reçus et inclus dans l'étude. Ont été exclus les patients perdus de vue ou n'ayant pas suffisamment de renseignements dans leur dossier.

Nous considérerons successivement la répartition des patients selon le sexe et la situation matrimoniale, l'âge, la profession, les antécédents, l'origine géographique, les habitudes de consommation de toxiques (alcool, tabac, cola).

Sexe et situation matrimoniale

64 % des patients sont de sexe masculin et 36 % de sexe féminin ; 94 % d'entre eux étaient mariés.

Age

La répartition selon l'âge et le sexe est représentée figure 1. Nous remarquons que 76 % des patients ont plus de 40 ans et 9 patients (2,2 %) sont âgés de moins de 20 ans.

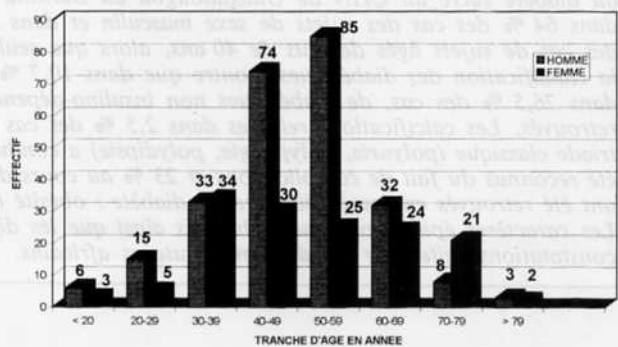


Fig. 1. — Répartition des diabétiques selon l'âge et le sexe.

Profession

Nous avons considéré comme ayant un revenu modeste ou insuffisant : les cultivateurs, les ménagères, les retraités, les petits commerçants, les travailleurs de catégorie D (manœuvres, chauffeurs, etc.) et les sans profession. Les patients de cette catégorie représentaient 66 % de l'effectif.

Les autres patients considérés comme ayant un revenu moyen ou suffisant sont les grands commerçants et les autres fonctionnaires et travailleurs du secteur informel. Ils constituaient 34 % des patients.

Origine

74,5 % des patients résidaient à Ouagadougou ou dans les villages environnants. Les 25,5 % restant provenaient des autres provinces du pays. Toutes les provinces du pays sont représentées dans notre échantillon.

Antécédents

— 13 % des patients ont reconnu avoir été soumis avant la découverte du diabète à un traitement susceptible de provoquer une hyperglycémie (œstroprogestatifs, diurétiques thiazidiques, corticostéroïdes...).

— 20 % avaient un diabétique dans la famille. Parmi ceux-ci le père était concerné dans 23 % des cas, la mère dans 9,6 % des cas, la fratrie dans 36,5 % des cas et les collatéraux (oncles, cousins) dans 28,8 % des cas.

En considérant la prévalence des antécédents familiaux de diabète pour différents types de diabète, nous obtenons : DID 27,4 % et DNID 21,6 %. La différence n'est pas significative ($p < 0,01$).

— 20 % des patientes avaient mis au monde un enfant de poids de naissance > 4 kg.

— 29 % des patients avaient eu un avortement spontané ou un mort-né dans les antécédents.

Habitudes toxiques

— 42 % des patients consommaient régulièrement de l'alcool (bière de mil surtout, bière de malt et autres alcools),

— 20 % étaient des fumeurs,

— 16 % consommaient de la cola.

Autres facteurs de risque cardio-vasculaire

— HTA : définie pour une TA systolique > 160 mm Hg et/ou diastolique > 90 mm Hg, elle a été observée chez 20 % des patients.

— Hyperuricémie (14 % des patients) pour une uricémie > 70 mg/l (valeurs normales < 70 mg/l ou 416 mmol/l).

— Hypercholestérolémie (4 %) pour un taux de cholestérol > 3 g/l (valeurs normales : 2-3 g/l ou 5,2-7,8 mmol/l).

— Hypertriglycéridémie (10,3 %) pour des valeurs > 2 g/l (valeurs normales < 2 g/l) ou 2,3 mmol/l).

— Obésité : au total 138 patients (34,5 %) présentaient une obésité. Elle était observée chez 61,5 % des sujets de sexe féminin (88 cas) (IMC > 25) alors que seulement 19,5 % des hommes (50 cas) en présentaient (IMC > 27).

Les moyennes d'IMC selon le type insulino-dépendant étaient les suivantes : DID : $23,90 \pm 4,81$ et DNID : $27,16 \pm 5,04$.

Aspects cliniques**Circonstances de découverte**

41 % des diabètes ont été découverts devant la triade classique : polyurie-polyphagie-polydipsie. Dans 22 % des cas, les patients présentaient un amaigrissement ayant atteint dans un cas près de 50 % du poids initial.

Dans 23 % des cas, le diabète a été découvert de façon systématique, soit au cours d'une visite de travail, une consultation pour une autre pathologie ou un bilan pré-opératoire.

Dans 27,5 % des cas, des complications ont été révélatrices du diabète : il s'agissait d'infections cutanées (20 cas soit 5 %), acidocétose (10 cas soit 2,5 %), HTA (12 cas soit 3 %), hypoglycémie, coma et paresthésies.

D'autres motifs de consultation ont permis la découverte de la maladie : asthénie, amaigrissement isolé (3 %), troubles visuels, douleurs abdominales, syndrome œdémateux.

Les circonstances de découverte sont résumées dans le tableau I.

Tab. I. — Répartition des patients selon les circonstances de la découverte du diabète.

Circonstances de la découverte	Effectif n = 400	%
triade classique : polyurie, polydipsie, polyphagie	164	41,0
amaigrissement isolé	12	3,0
examen systématique	92	23,0
complications	110	27,5
infections cutanées	20	5,0
autres infections	40	10,0
acidocétose	10	2,5
HTA	12	3,0
hyperglycémie et coma	2	0,5
paresthésies	8	2,0
gangrène	8	2,0
autres complications (AVC, tuberculose, insuffisance rénale...)	10	2,5
autres circonstances de découverte	22	5,5

Types de diabète**Diabète insulino-dépendant (DID).**

10,7 % des patients (43 patients) sont classés dans cette catégorie. Leur moyenne d'âge = 38,3 ans $\pm 12,33$ et des âges extrêmes de 14 et 53 ans lors de la découverte du diabète.

La répartition des patients présentant un DID selon l'âge et le sexe est représentée dans la figure 2.

Diabète non insulino-dépendant (DNID).

Il concerne 78,5 % des patients (314 patients).

La moyenne d'âge = 55,4 ans $\pm 12,83$ avec des âges extrêmes de 25 et 74 ans à la découverte du diabète. Leur répartition selon l'âge et le sexe est représentée dans la figure 3.

Diabète gravidique.

Neuf femmes diabétiques (2,2 %) ont été suivies pendant leur grossesse, dont 7 ont eu leur diabète

