

INTRODUCTION:

Le diabète de type 2 représente un véritable tremplin aux complications métaboliques et cardiovasculaires. L'objectif de notre travail était d'étudier l'impact des différents facteurs de risque cardiovasculaires sur la survenue des complications dégénératives du diabète.

METHODES:

Etude rétrospective incluant 100 patients diabétiques de type 2 consultant à l'hôpital de jour de l'institut national de nutrition de Tunis. Les patients ont bénéficié d'un interrogatoire minutieux, d'un examen clinique et d'un bilan de retentissement du diabète.

RESULTATS:

Caractéristiques de la population d'étude:

❖ L'âge moyen des patients était de **60,07 ± 10,3 ans**

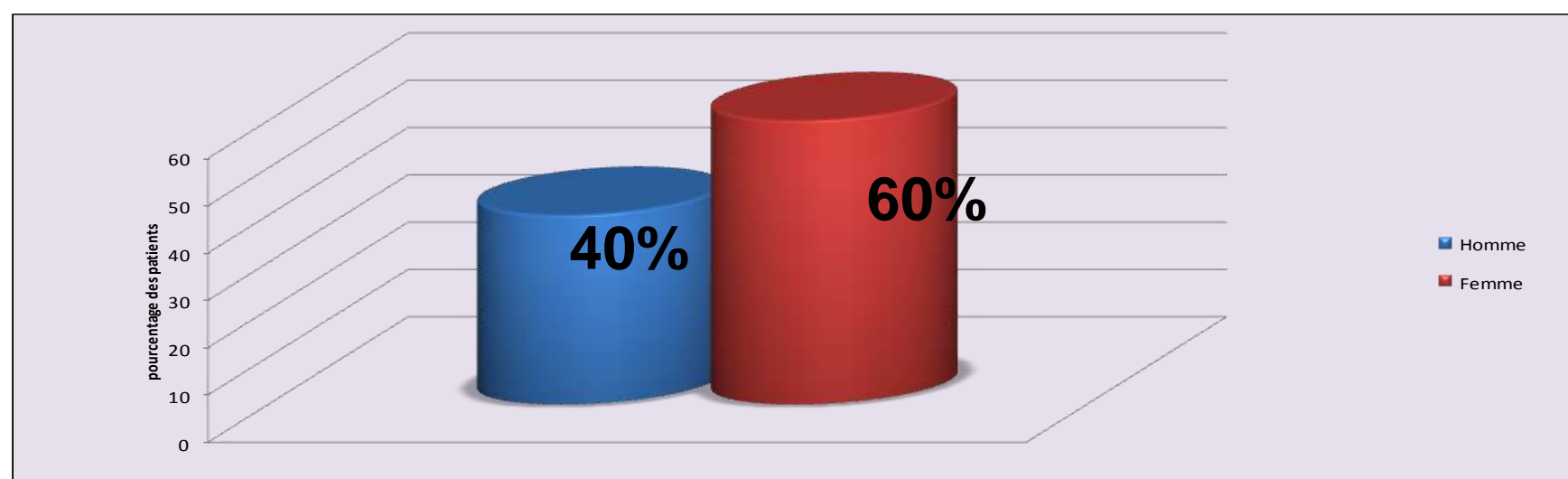


Figure 1: Répartition de la population selon le sexe

Tableau I: Caractéristiques du diabète

Durée moyenne d'évolution du diabète (ans)	11,19 ± 7,69
HbA1c moyenne (%)	10,1 ± 2,07

Etude des différents facteurs de risque cardiovasculaire:

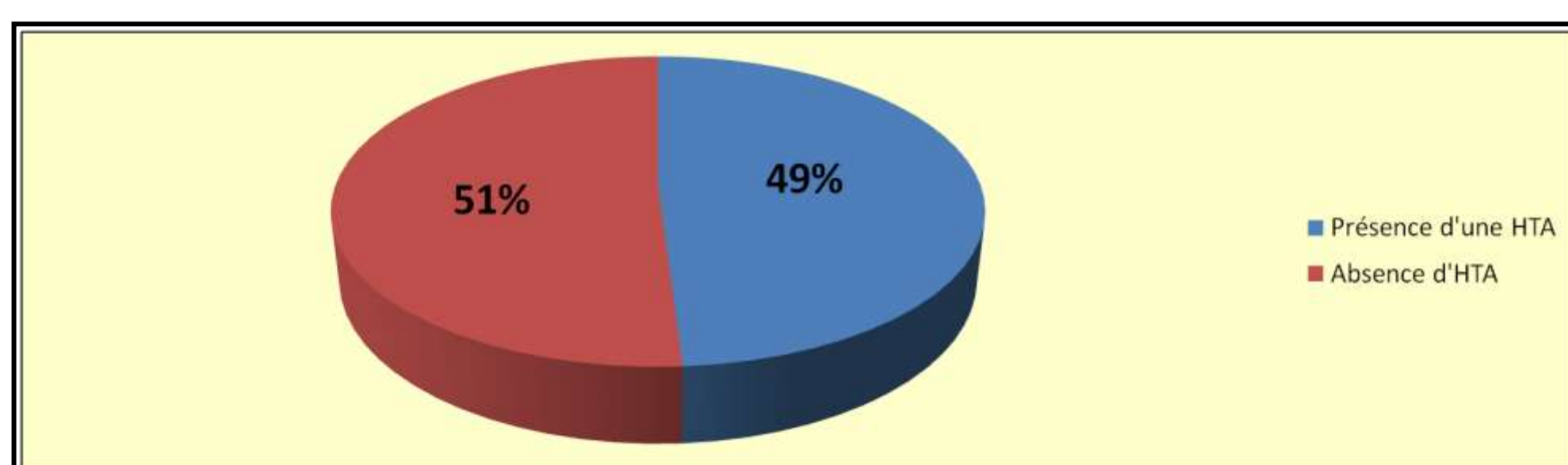


Figure 2: Fréquence de l'hypertension artérielle dans la population d'étude

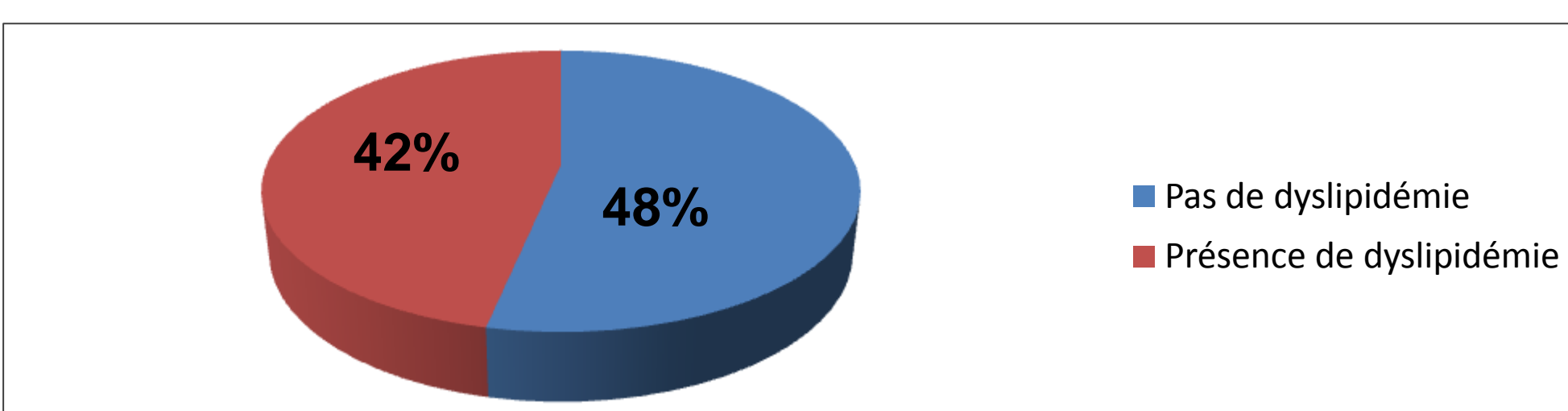


Figure 3: Fréquence de la dyslipidémie dans la population d'étude

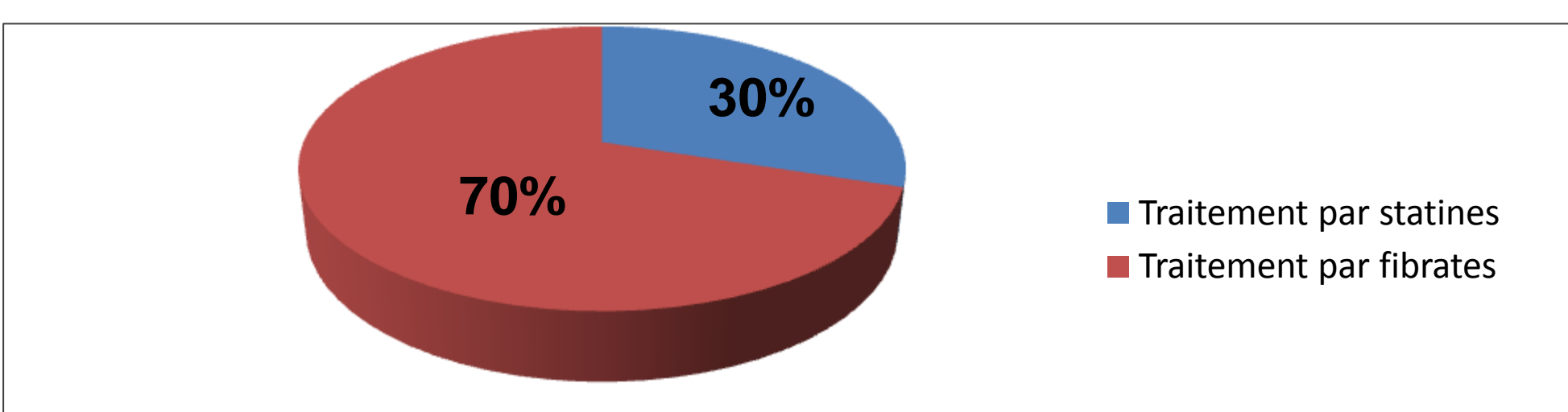


Figure 4: Répartition des patients selon le traitement de la dyslipidémie

Etude des relations entre la dyslipidémie et les complications dégénératives du diabète:

Tableau II: Fréquence des différentes complications dégénératives du diabète selon la présence ou non d'une dyslipidémie

Complications dégénératives	Fréquence en présence d'une dyslipidémie (%)	Fréquence en l'absence d'une dyslipidémie (%)	P
Insuffisance coronaire	19	1,7	0,005
Atteinte des carotides	12	30	0,03
Artérite des membres inférieurs	9,5	3,4	0,18
Rétinopathie diabétique	31	20,6	0,17
Néphropathie diabétique	21,4	20,6	0,85
Neuropathie diabétique	40,4	31	0,28

Etude des relations entre l'hypertension artérielle et les complications dégénératives du diabète:

Complications dégénératives	Fréquence en présence d'une HTA (%)	Fréquence en l'absence d'une HTA (%)	P
Insuffisance coronaire	14,28	3,92	0,09
Atteinte des carotides	6,12	5,88	0,48
Artérite des membres inférieurs	4,08	7,84	0,36
Rétinopathie diabétique	34,69	15,69	0,03
Néphropathie diabétique	28,58	13,73	0,09
Neuropathie diabétique	42,86	27,45	0,16

❖ La rétinopathie diabétique était plus fréquente chez les patients hypertendus que chez les sujets non hypertendus avec une différence significative (p=0,037).

❖ La néphropathie diabétique était également plus fréquente chez les patients hypertendus que chez les patients non hypertendus mais sans différence significative. En revanche, l'excrétion urinaire d'albumine des patients normotendus était de **27,31 ± 28,73 mg /24h** alors que celle des patients hypertendus était de **732,62 ± 1593,72 mg/24h** avec une différence significative de (p=0,039).

DISCUSSION

➤ L'HTA et la dyslipidémie étaient fréquentes dans notre population de sujets diabétiques de type 2. Nos résultats sont corroborés par ceux de plusieurs études antérieures [1- 3].

➤ Les différentes complications dégénératives étaient plus fréquentes chez les sujets hypertendus et dyslipidémiques.

➤ Différentes études ont suggéré l'association des complications du diabète à l'hypertension artérielle [4-6] et à la dyslipidémie [4]. Quresh considérait, dans une étude faite en 2010, l'HTA comme étant un des facteurs de risque de la rétinopathie diabétique [7]. Dans l'étude Diyane un des facteurs corrélés à la microangiopathie était l'élévation de la pression artérielle [1]. D'après les données de l'étude UKPDS, un meilleur contrôle tensionnel permet de réduire de 24% la morbi-mortalité cardiovasculaire, et de 37% les complications microangiopathiques [5].

CONCLUSION

La présence de facteurs de risque cardiovasculaire majeure le risque de survenue des complications dégénératives du diabète. Ceci justifie l'impératif d'une prise en charge globale, ciblant aussi bien le diabète que les autres facteurs de risque cardiovasculaires afin d'améliorer le profil évolutif de nos patients diabétiques.

REFERENCES:

1. Diyane K, El Ansari N, El Mghari G, Anzid K, Cherkaoui M. Caractéristiques de l'association diabète type 2 et hypertension artérielle chez le sujet âgé de 65 ans et plus. The Pan African medical journal. 2013;14:100.
2. Ben-Hamouda-Chihaoui M, Kanoun F, Ftouhi B, Lamine-Chitoui F, Kamoun M, Slimane H. [Evaluation of blood pressure control by ambulatory blood pressure monitoring and study of factors associated with poor blood pressure control in 300 treated hypertensive type 2 diabetic patients]. Annales de cardiologie et d'angiologie. 2011;60(2):71-6.
3. Katchunga P, Hermans MP, Manwa B, Lepira F, Kashongwe Z, M'Buyamba-Kabangu JR. [Hypertension, insulin resistance and chronic kidney disease in type 2 diabetes patients from South Kivu, DR Congo]. Nephrologie & thérapeutique. 2010;6(6):520-5.
4. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). X. Urinary albumin excretion over 3 years in diet-treated type 2, (non-insulin-dependent) diabetic patients, and association with hypertension, hyperglycaemia and hypertriglyceridaemia. (0012-186X (Print)).
5. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Prospective Diabetes Study Group. (0959-8138 (Print)).
6. Hypertension in Diabetes Study (HDS): I. Prevalence of hypertension in newly presenting type 2 diabetic patients and the association with risk factors for cardiovascular and diabetic complications. (0263-6352 (Print)).
7. Mohamed QA, Ross A, Chu CJ. Diabetic retinopathy (treatment). BMJ clinical evidence. 2011;2011.