

Etude épidémiologique descriptive des diabétiques de type I dans la région de Nabeul en Tunisie

I. Ben Ahmed^a (Dr), K. Houes Rehaïem^a (Dr), H. Tounsi^a (Dr), R. Amri^a (Dr), S. Azzabi^a (Dr), B. Ben Ammou^a (Dr), H. Sahli^a (Dr), Y. Ammar^{*a} (Dr), R. Jazi^a (Dr), B. Zouari^a (Dr)

^a Hôpital Mohamed Taher El Maamouri, Nabeul, TUNISIE

Introduction

Le diabète de type I (DTI) requiert une implication importante des patients pour contrôler leur glycémie et ainsi prévenir les complications et comorbidités.

Objectifs

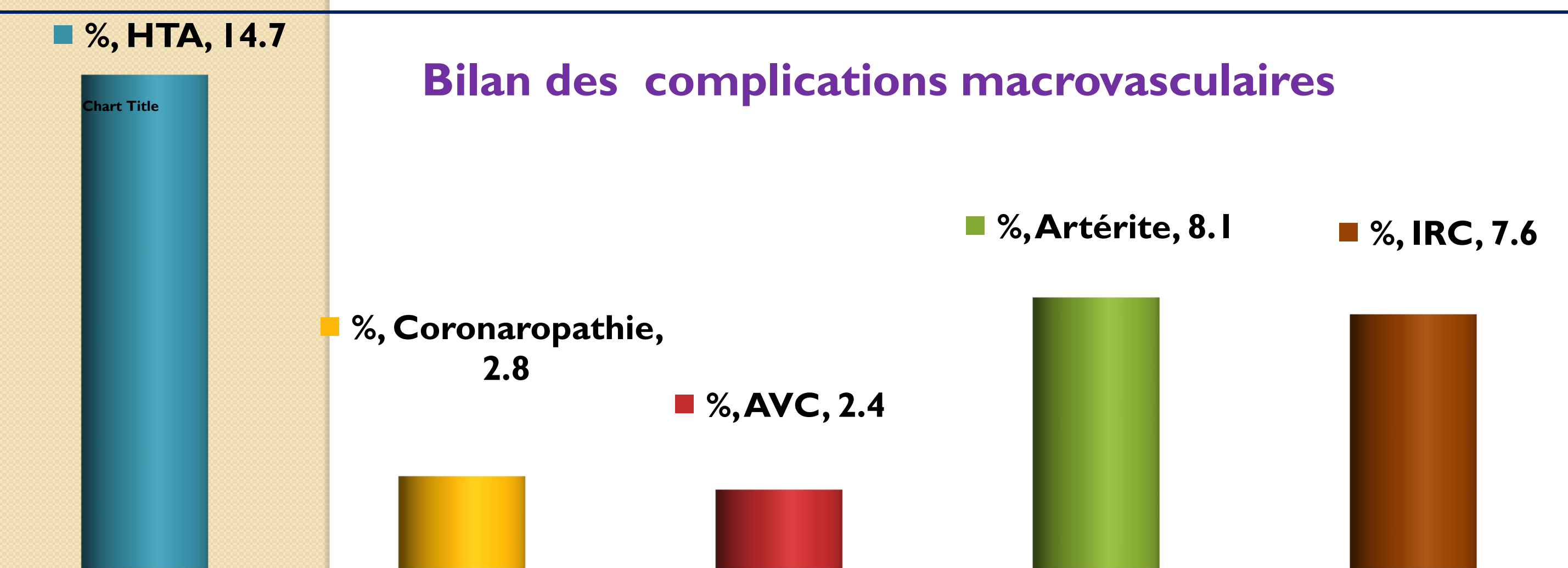
Etudier le profil clinique et évolutif des diabétiques de type I dans la région du Cap Bon Tunisien

Résultats

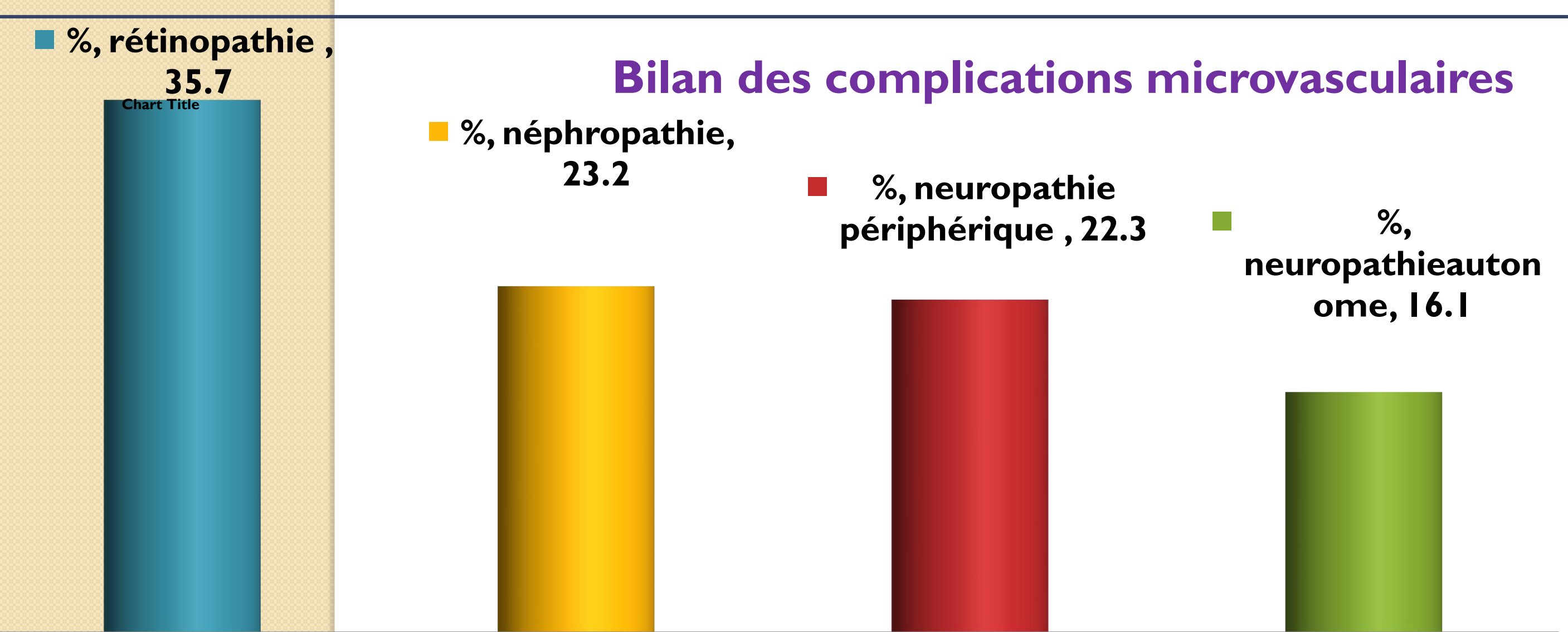
Caractéristiques générales de la population

Age moyen (ans)	29,2± 11,2
Durée d'évolution moyenne du diabète (ans)	11,3±8,6
HbA1c moyenne (%)	10,5±2,1
Glycémie à jeun moyenne (mmol/l)	12,5±5,6
Glycémie post prandiale (mmol/l)	17,8±7,4
IMC moyen (kg/m ²)	22,7±4,02
PAS moyenne (mmHg)	119,7±24,8
PAD moyenne (mmHg)	70,6±12,6
Cholestérol total moyen (mmol/l)	4,4±1,12
HDL cholestérol (mmol/l)	1,34±0,51
Triglycérides (mmol/l)	1,38±0,98
LDL (mmol/l)	1,03±0,48

Bilan des complications macrovasculaires



Bilan des complications microvasculaires



Méthodologie

Une étude prospective descriptive et analytique, basée sur les résultats d'exploration échographique et les données enregistrées lors de l'interrogatoire, a été menée aux services d'Imagerie Médicale et de médecine interne de l'hôpital universitaire mohammed taher el maamouri de nabeul en tunisie. Ont été inclus des diabétiques de type I suivis à la consultation de diabétologie nutrition de l'hôpital ou hospitalisés dans le service de médecine interne durant la période novembre 2014-mars 2016.

Un bilan métabolique complet avec recherche de complications micro et macrovasculaires. Les FDR cardio-vasculaires étudiés et rapportés à l'EIM carotidienne étaient le genre, l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC), l'HTA, le diabète, la dyslipidémie portant sur l'élévation du cholestérol total ou du LDL ou diminution du HDL et le tabagisme. Les données ont été traitées sur Microsoft Excel 2007 et analysées sur SPSS. Le test est statistiquement significatif si $P < 0,05$.

La moitié de la population est âgées de moins de 30 ans. La durée d'évolution du diabète est de $11,3 \pm 8,6$ ans. Près du tiers ont une durée d'évolution de plus de 15 ans. L'équilibre glycémique est médiocre (88%) avec une HbA1c moyenne de $10,58 \pm 2,16\%$. Seuls 23% ont une glycémie à jeun $< 7,7$ mmol/l et une GPP $< 8,8$ mmol/l dans 13,1% des cas. Des analogues d'insuline sont prescrits dans 17,1% des cas.

La rétinopathie diabétique (35,7%) est non proliférante (15,6%) et proliférante (16,6%) avec un œdème maculaire (3,79%).

La néphropathie diabétique est notée dans 23,2% et compliquée d'une insuffisance rénale (7,6%).

L'hypertension artérielle (14,7%) est suivie de l'artérite (8,1%), de l'insuffisance coronaire (2,8%) et de l'accident vasculaire cérébral (2,4%). Près de 40% des diabétiques sont sédentaires, 11,8% sont obèses, et 23,2% tabagiques. La mortalité est de 1,4%.

Conclusion

Cette étude souligne l'intérêt d'un plan d'action et d'un programme thérapeutique personnalisée avec un investissement du patient et de l'équipe soignante médecins, diététiciennes, infirmiers éducateurs afin d'améliorer l'équilibre glycémique et réduire l'incidence des complications micro et macrovasculaires dans notre population.