

Diabète et transplantation rénale

F.Hadj Kacem, M.Ammar, N.Rekik, N.Lassoued, F.Mnif, M.Mnif, N.Charfi, M.Abid
Service d'endocrinologie et diabétologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction:

La genèse du diabète après transplantation rénale est multifactorielle. Les anomalies métaboliques, les traitements, l'état vasculaire jouent un rôle.

But :

Décrire les caractéristiques clinico-biologiques et thérapeutiques des patients ayant un diabète apparu en post greffe rénale. Dégager les facteurs prédictifs et détailler les mécanismes physiopathologiques de son apparition.

Matériels et méthodes:

Etude descriptive de 7 patients ayant un diabète apparu en post greffe rénale, hospitalisés au service d'Endocrinologie-Diabétologie de Sfax.

Résultats 1:

- Le sexe ratio (H/F) était de 2,5.
- L'âge moyen de nos patients était de 36,14 ans (16 – 53 ans).
- Nos patients avaient une insuffisance rénale chronique secondaire à une néphropathie interstitielle chronique dans 1 cas, une uropathie malformative dans 1 cas, une glomérulonéphrite membrano-proliférative dans 1 cas, un syndrome d'Alport dans 1 cas et était de cause indéterminée dans les cas restants.
- Nos patients avaient bénéficié d'une greffe rénale à partir d'un donneur vivant dans tous les cas.
- Le délai moyen entre l'apparition de la néphropathie et la greffe rénale était de 7 ans (1–15 ans).
- Le traitement en post greffe était basé sur la corticothérapie associée aux immunosuppresseurs dans tous les cas et aux inhibiteurs de l'inosine 5' monophosphate deshydrogénase dans 3 cas (Tableau 1).

Age moyen (ans)	36,14 (extrêmes:16-53)
Sex ratio (H/F)	2,5
Causes de l'IRC	*Néphropathie interstitielle chronique: 1 cas *Uropathie malformative: 1 cas *Glomérulonéphrite membrano-proliférative: 1 cas *Syndrome d'Alport: 1 cas *Cause indéterminée: 3 cas
Délai moyen entre l'apparition de la néphropathie et la greffe rénale (ans)	7 (extrêmes:1-15)
Traitement en post greffe	*Corticothérapie: 7 cas *Immunosuppresseur: 7 cas *Inhibiteurs de l'inosine 5' monophosphate deshydrogénase: 3 cas

Tableau 1: Caractéristiques des patients et de la néphropathie

glycémie à jeun avant la greffe (mmol/l)	3,42 (extrêmes: 3,01-5,9)
Délai moyen de l'apparition du diabète après transplantation (mois)	6,96 (extrêmes:0,25 – 24)
Circonstances de découverte du diabète	*Découverte fortuite :3 cas *Décompensation cétosique: 2 cas *Signes cardinaux :2 cas
Traitement du diabète par insuline (%)	100
Dose moyenne d'insuline (UI/kg/j)	0,78 (extrêmes: 0,41-1,1)

Tableau 2: Caractéristiques du diabète

Résultats 2:

- La glycémie à jeun au moment de la greffe était de 3,42 mmol/l (3,01-5,9).
- Le diabète était apparu après la transplantation rénale dans tous les cas.
- Le délai de son apparition était en moyenne de 6,96 mois (0,25 – 24 mois).
- Le diabète était découvert fortuitement dans 3 cas, devant une décompensation cétosique dans 2 cas et devant des signes cardinaux dans les 2 cas restants.
- Le traitement a consisté en une insulinothérapie dans tous les cas avec une dose moyenne de 0,78 U/kg/j (0,41 – 1,1 U/kg/j) (Tableau 2).

Discussion:

- La hantise après une transplantation d'organe est le rejet aigu ou chronique du greffon. Cette complication est de mieux en mieux maîtrisée par l'amélioration du traitement antirejet combinant plusieurs molécules à visée immunosuppressive. Cependant il convient de rester vigilant devant les risques de complications des immunosuppresseurs notamment la survenue d'un diabète secondaire pouvant engager le pronostic vital.
- L'incidence de diabète secondaire à une transplantation rénale varie de 13 % à 36 %.
- La survenue de diabète est imputable aux traitement immunosupresseur et serait favorisée par de multiples facteurs de risque tels que l'âge élevé, l'origine hispanique ou africaine et la seropositivité pour le virus de l'hépatite C.
- Les glucocorticoïdes induisent une insulino-résistance et peuvent engendrer une diminution de la sécrétion de l'insuline. Les anticalceurines diminuent la synthèse et la sécrétion d'insuline par une action toxique sur les cellules β pancréatiques et majorent l'insulino-résistance.
- Le risque diabétogène du tacrolimus est cinq fois supérieur à celui de la ciclosporine, en particulier dans la population noire, quand les taux et les doses sont élevés, lorsque le tacrolimus est utilisé en association avec les corticoïdes et chez les sujets séropositifs pour l'hépatite.
- Le dépistage du diabète doit être régulier après la transplantation et la stratégie immunosuppressive reconsidérée en cas d'apparition d'un diabète de novo.
- Le traitement du diabète s'apparente à celui du diabète type 2: règles hygiéno-diététiques, antidiabétiques oraux si la fonction rénale le permet et insulinothérapie.

Conclusion:

Le diabète après transplantation rénale n'est pas seulement un facteur de risque cardiovasculaire majeur mais aussi un facteur de risque de complications immunologiques et infectieuses diminuant la survie des patients et la durée de vie des greffons.

Les facteurs de risque de développer un diabète après transplantation doivent être rigoureusement évalués avant la transplantation afin de permettre une individualisation de l'immunosuppression.