



LE DIABÈTE D'APPARITION RÉCENTE APRÈS TRANSPLANTATION RÉNALE : NÉCESSITÉ D'UN CONSENSUS LOCALE AVEC L'AVÈNEMENT DE LA GREFFE RÉNALE À MARRAKECH.

L. ENNAZK, G EL MGHARI, EL ANSARI N

Service d'Endocrinologie Diabétologie et des Maladies métaboliques
Laboratoire PCIM
Faculté de médecine et de Pharmacie Marrakech, Université Cadi Ayyad.
Marrakech. Maroc.



INTRODUCTION

Le diabète d'apparition récente après transplantation rénale (*NODAT* ou *new-onset diabetes mellitus after transplantation*) est multifactoriel. Sa présence est un élément déterminant de l'échec de la greffe. Nous discutons à travers un cas clinique la nécessité de validation locale des indicateurs du dépistage de ce type de diabète chez les patients transplantés du rein.

OBSERVATION

Données Cliniques:

✓ N.K. 33 ans, est suivie pour néphropathie lupique. Nous la voyons en hôpital de jour d'endocrinologie à 3 mois d'une transplantation rénale sur néphropathie lupique. Et ce, pour un diabète d'installation récente, alors qu'elle est sous corticothérapie et Mycophénolate mofétil.

Dans ses antécédents on note :

-Prise de prednisone au long cours.
-Hyper-parathyroïdisme tertiaire opérée avec thyroïdectomie totale mise sous levothyrox 100µg/j
-Diabète chez la mère et la tante.

Histoire de sa maladie:

-Le diabète est découvert il ya 1 mois sur la base de bilan systématique sans signe particuliers. GAJ : 1,24g/l. et arrivait jusqu'à 2,4 en fin de journée.

Examen physique:

A l'examen : GC: 1,6g/l en postprandial, TA=120/50mmHg, IMC = 22,9 kg/m². Sans autres particularités à l'examen.

Donnée para-cliniques:

GAJ: 1,3g/l, GPP: 2,53g/l. HbA1c: 6,8% sans idée sur le taux antérieur à la transplantation.

Ionogramme correct.

TSH: 2,3mUI/ml.

AC anti Gad en cours.

Thérapeutique et évolution:

✓ La patiente a été mise sous 10UI de Glargine au coucher avec bonne évolution des chiffres glycémiques et une HbA1c à 3 mois à 5%.

✓ S'agit-il d'un diabète corticoinduit ou du transplanté rénale ou encore d'un diabète mitochondrial. Un diabète de type 1 peut être également évoqué devant le terrain auto-immun malgré que le mode de révélation n'est pas en faveur.

DISCUSSION

Le diabète du transplanté est une entité récemment caractérisée. Il s'agit d'un diabète apparu dans les premiers mois d'une transplantation rénale. Actuellement, de nouvelles nomenclatures remplacent celle du transplanté rénal qui en fait inclus les diabètes méconnus avant la transplantation.

"*Diabète de novo post-transplantation*": (*NODAT* ou *new-onset diabetes mellitus after transplantation*) est la dénomination la plus utilisée.

Diabète en post-transplantation.

Diabète d'apparition récente après greffe rénale.

Son incidence est extrêmement variable en fonction selon les revues de la littérature. Survient en moyenne à un mois de la transplantation. Cette grande variabilité est principalement liée au type d'immunosuppresseur utilisé. Son apparition augmente le risque microangiopathique, cardiovasculaire et le risque de rejet.

Un grand intérêt est de pouvoir dépister le NODAT. Le dernier consensus international de Septembre 2014 mais le point aussi bien sur la nomenclature que sur les facteurs de risque que dont:

-Age

-Antécédents personnels de prédiabète

-Antécédents familiaux de diabète

-l'utilisation d'immunosuppresseurs: avec une incidence plus élevée avec la ciclosporine/ corticoïdes qu'avec le tacrolimus.

-Le syndrome métabolique en post-transplantation

-Hyper-triglycéridémie.

Il est recommandé de faire un bilan métabolique en prétransplantation qui inclus une HbA1c à la recherche d'un diabète méconnu. En post transplantation, la GAJ soit mesurée au moins toutes les semaines jusqu'au 3^{ème} mois, puis au moins toutes les 2 semaines jusqu'au 6^{ème} mois, puis de façon mensuelle jusqu'au 12^{ème} mois. Par la suite le bilan est demandé annuellement.

Le meilleur moyen de détection est l'HGPO mais reste coûteuse et chronophage. L'HbA1c est un bon prédictif mais présente des difficultés d'analyse de part l'anémie, le traitement par érythropoïétine, et l'hyper-uricémie.

Enfin, le traitement de choix et de sécurité du NODAT reste l'insulinothérapie indiquée à partir d'un seuil de 2g/l mais qui est de plus en plus revue à la baisse.

CONCLUSION

✓ Cette observation nous a poussé à considérer un référentiel de prise en charge locale du diabète d'apparition récente après transplantation. Et qui se baserait sur un bilan minimal prédictif de ce type de diabète fait essentiellement d'une HbA1c préexistante à la greffe.