

# DIABETE DE L'HEMOCHROMATOSE SECONDAIRE : QUEL TRAITEMENT?

N Guirat , R Kouki , M Ouederni , M Ben Khaled , F Mellouli , M Bejaoui.

Service d'immuno-hématologie pédiatrique. Centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis. Tunisie.

## INTRODUCTION

Le diabète lié à la surcharge en fer est l'une des endocrinopathies les plus fréquentes du diabète secondaire chez l'adolescent . L'objectif de ce travail est de discuter le traitement du diabète à partir d'une série Tunisienne d'enfants béta-thalassémiques majeurs polytransfusés.

## METHODES

Il s'agit d'une étude enrôlant 16 patients diabétiques suivis pour béta-thalassémie majeure (Béta-TM). Pour chaque patient étaient étudiés : les antécédents familiaux, l'âge, le nombre total de transfusions reçues, le type de chélation, l'indice de masse corporelle. Le dosage des auto anticorps : anti ilots de langerhans, anti glutamate décarboxylase, anti thyrosine phosphatase et anticorps anti-insuline était réalisé de façon systématique en cas de diabète. Le diagnostic de diabète est retenu selon les critères récemment modifiées par l'ADA . Outre le traitement conventionnel de la béta-thalassémie majeure tous ces malades avaient bénéficié de mesures diététiques précédées d'une enquête alimentaire avec activité physique régulière ainsi qu'un renforcement du traitement chélateur du fer par une double chélation . Lorsque ces mesures n'avaient pas permis de corriger l'hyperglycémie, la mise en place d'un traitement par antidiabétique oral et/ou insuline en fonction du contexte était indiquée .

## RESULTATS

Des antécédents familiaux de diabète étaient retrouvés dans tous les cas. Tous les patients étaient âgés de plus de 10 ans au moment de la survenue du diabète (âge moyen =  $20 \pm 3,4$  ans). L'indice de masse corporelle moyen des patients diabétiques était de  $19 \pm 2,41$  kg/m<sup>2</sup>. Un surpoids était noté chez un seul patient. La recherche d'auto-anticorps était négative dans tous les cas. Le diabète était précédé par des périodes d'hyperglycémie modérée à jeun (HMJ) puis d'intolérance aux hydrates de carbone (IHC) dans la majorité des cas. Le délai moyen entre la survenue de l'HMJ et l'installation diabète était  $6 \pm 3,13$  ans, ce délai moyen était plus long que l'évolution IHC vers le diabète: 2 ans et demi ( 6 mois - 4 ans). L'évolution des AGR vers le diabète est illustrée dans la figure1 . La prise en charge du diabète comportait outre le régime et l'activité physique régulière l'intensification des chélateurs de fer associés aux antidiabétiques . L'insulinothérapie était indiquée d'emblée chez sept patients à l'occasion d'une acidocétose. La dose moyenne d'insuline était de  $0,89 \pm 0,27$  UI/kg/j avec des extrêmes allant de 0,64 à 1,32UI/kg/j . Un traitement oral par metformine était le

schéma utilisé pour plus de la moitié des patients (9 cas - 56.5%). L'administration initiale d'une faible dose (850 mg de metformine) en une seule prise journalière pendant 6 à 12 mois avec une réévaluation clinique et biologique surtout de la fonction rénale avait permis une baisse de la glycémie dans la majorité des cas . L'absence du contrôle de l'équilibre glycémique nous a incité à augmenter progressivement la posologie. La dose maximale atteinte était de 2500 mg/ j en 2-3 prise/j réalisée chez seulement 2 patients. Aucune association à d'autres antidiabétiques oraux ou un recours à l'insulinothérapie n'était nécessaire . Le recul moyen était de  $4,77 \pm 2,12$  ans (1-9 ans).

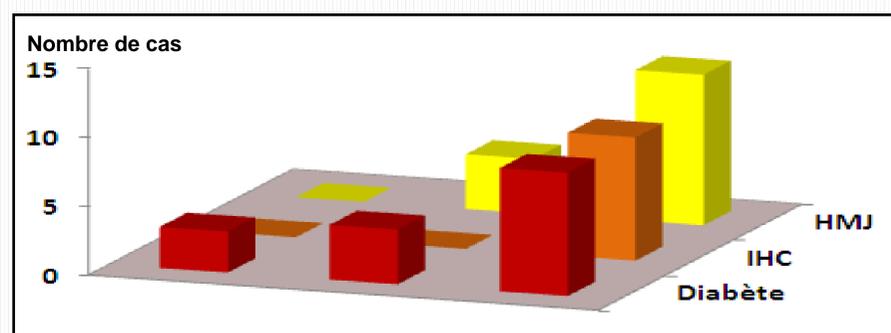


Figure 1:Évolution des anomalies de la glycorégulation vers le diabète

## COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS

Le traitement précoce du diabète chez les patients béta-thalassémiques majeurs polytransfusés par chlorhydrate de metformine associé au renforcement des agents chélateurs de fer permet de retarder le recours à l'insulinothérapie. On insiste sur l'intérêt de la surveillance des anomalies du métabolisme glucidique chez ces patients .