

Hypertension artérielle et rétinopathie diabétique

À propos de 454 cas

Z. Boulbaroud, S. Bensbaa, S. El Aziz, A. Chadli

Service d’Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques.CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
Laboratoire de Neurosciences et Santé Mentale.
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II-Casablanca

INTRODUCTION

- La rétinopathie diabétique (RD) représente la première cause de cécité avant l’âge de 50 ans, sa prévalence augmente avec la durée du diabète, le niveau d’hyperglycémie chronique et l’existence d’une hypertension artérielle.
- L’association diabète – hypertension artérielle (HTA) est reconnue pour aggraver le risque de complication cardiovasculaire, mais elle est également un facteur majeur de complications macroangiopathiques.
- Le déséquilibre glycémique et tensionnel agissent synergiquement sur l’apparition et la progression de la rétinopathie diabétique (RD).

OBJECTIF DE L’ÉTUDE

- Déterminer la prévalence de la RD chez les patients diabétiques hypertendus.
- Analyser la corrélation entre le degré du déséquilibre tensionnel et le stade de la rétinopathie

MATÉRIELS ET MÉTHODES

- Etude prospective analytique, réalisée au service de d’endocrinologie-diabétologie du CHU de Casablanca.
- **454 patients** diabétiques hospitalisés, âgés > 14 ans, tout types de diabète confondus.
- Période: entre Janvier 2016 et Janvier 2018.
- La comparaison entre les groupes de malades hypertendus et non hypertendus concernant la prévalence et la sévérité de la RD était faite par le logiciel SPSS.

RÉSULTATS

- L’âge moyen : 45 ans (14-81ans).
- Ancienneté du diabète: 8,2 ± 9,53 ans.
- HbA1c moyenne: 10,2%

Caractéristiques des patients	Nombre (%)
Sex-ratio (H/F)	0,42 (30% / 70%)
Type de diabète:	
-Type 1:	148 (32%)
-Type 2 :	306 (68%)
Hypertension artérielle	192 (42%)
Dyslipidémie	106 (23%)

Tableau1 : Caractéristiques clinico-démographiques des patients

	Résultats du fond de l’œil					
	Normal	RDNP minime	RDNP modérée	RDNP sévère	RD proliférante	Maculopathie diabétique
HTA +	72 (37,5%)	43 (36%)	32 (27%)	30 (25%)	15 (12%)	48 (25%)
HTA -	142 (54%)	74 (28%)	20 (8%)	23 (9%)	3 (1%)	10 (3%)

TABLEAU 2 : Répartition des patients selon la sévérité de la RD dans les 2 groupes

- Notre étude a démontré que la différence de prévalence de la RD était non significative entre les 2 groupes (*p < 0,2*).
- Par ailleurs, le stade de la RD était significativement avancé chez les patients hypertendus (*p< 0,01*).

DISCUSSION

- l’HTA constitue un facteur aggravant notable de la RD, elle est également associée à une prévalence élevée de la maculopathie.
- Au vu des différentes études, l’équilibre tensionnel strict (PA systolique ≤ 130 mm Hg et PA diastolique ≤ 80 mm Hg) participe au contrôle de la progression de la RD.
- Cependant, il n’existe pas de preuve suffisante justifiant d’introduire un traitement antihypertenseur agissant sur le système rénine-angiotensine chez le diabétique normotendu dans le but de ralentir ou de prévenir la RD.
- La rétinopathie hypertensive peut s’associer à la rétinopathie diabétique. Dans de rares cas, une rétinopathie hypertensive sévère simule une RD, elle prédomine généralement dans les zones péripapillaires, au niveau du pôle postérieur de la rétine, ce qui permet la distinction avec la rétinopathie diabétique.

CONCLUSION

- La prise en charge des diabétiques hypertendus doit être codifiée et énergique afin de prévenir voire de réduire son retentissement.
- En plus du contrôle glycémique, la prise en charge de l’HTA est primordiale afin de prévenir l’apparition et ralentir la progression de la RD, comme cela fut parfaitement démontré dans l’étude UKPDS chez les patients DT2.

Références:

1. M. Gallice, C. Chiquet,J.-P. Romanet, S. Halimi. Rétinopathie diabétique et hypertension artérielle.Medecine des maladies Metaboliques - Juin 2012 - Vol. 6 - N°3
2. C.Ambonville et al. Pseudorétinopathie diabétique. Sang Thrombose Vaisseaux 2008 ; 20, n° 5 : 269-71
3. UK Prospective Diabetes Study. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. BMJ 1998;317:703-13