

Le typage du diabète est-il utile au patient ?

Is etiologic diagnosis useful for the patients with diabetes?

R. Ducloux, J.-J. Altman

Service de diabétologie-
endocrinologie-nutrition,
Hôpital Européen Georges-Pompidou, AP-HP,
Paris ; Université Paris V Descartes.

Résumé

Le typage du diabète est important pour une prise en charge adéquate du patient : adaptation du traitement et de la surveillance, recherche de comorbidités, dépistage familial.

Le bilan étiologique doit toujours être guidé par l'histoire clinique et un examen attentif du patient, afin d'utiliser à bon escient, s'ils s'avèrent nécessaires, des examens paracliniques souvent coûteux : biologie, imagerie, génétique... Le diabétologue doit avoir à l'esprit les différentes étiologies du diabète, qu'elles soient fréquentes (diabète de type 2, de type 1, pancréatopathies), ou plus rares (diabète monogénique ou mitochondrial, diabète endocrinien ou syndromique...).

Le cas clinique présenté ci-dessous vous permettra un exercice pratique de diagnostic étiologique du diabète sucré.

Mots-clés : Diabète sucré – étiologie – typage – diabète MELAS.

Summary

The etiologic diagnosis of diabetes is important to provide better care to our patients: it allows to tailor the antidiabetic treatment, to search for associated diseases, and also to estimate the risk of relatives.

A targeted interview and clinical examination of patients diagnosed with diabetes mellitus will help to prescribe, if necessary, adequate paraclinical investigations without excessive additional cost (biology, imaging, genetic testing...). Diabetologists must remember the WHO's classification of diabetes: frequent etiologies such as type 2, type 1, or pancreatic diabetes, but also less frequent causes (monogenic mutations, mitochondrial diabetes, endocrinopathies, genetic syndromes...).

We present a case-report, as a pragmatic exercise to discover our patient's type of diabetes.

Keys-words: Diabetes mellitus – etiology – diagnosis – MELAS diabetes.

Chapitre 1 Arrivée aux urgences, transfert en médecine interne

• Homme de 52 ans, d'origine marocaine, adressé aux urgences pour syndrome polyuro-polydipsique avec asthénie, douleurs abdominales et vomissements, perte pondérale de 5 kg (59 kg ; taille : 1,76 m ; indice de masse corporelle [IMC] : 19 kg/m²). Découverte

de diabète (glycémie : 9,1 g/l ; HbA_{1c} : 17 %) avec décompensation cétosique sans acidose (cétonurie : 1,5 mmol/l ; pH 7,41), hyponatrémie (Na corrigé : 131 mmol/l) et insuffisance rénale (créatinémie : 166 µmol/l).

- Antécédents :
 - d'hypertension artérielle (HTA), sous inhibiteur de l'enzyme de conversion et inhibiteur calcique ;
 - de dyslipidémie mixte, sous statine ;
 - d'accidents ischémiques transitoires (AIT), avec deux épisodes à

Correspondance

Roxane Ducloux

Service de diabétologie-
endocrinologie-nutrition
Hôpital Européen Georges-Pompidou
20, rue Leblanc
75908 Paris cedex 15
roxane.ducloux@egp.aphp.fr



30 ans, quatre épisodes à 39 ans, avec bilans étiologiques négatifs et mise sous antiagrégant plaquettaire ;

- d'accident vasculaire cérébral (AVC) à 46 ans, avec hémiparésie gauche séquellaire, bilan étiologique négatif ;
- d'ostéosynthèse du fémur gauche à 27 ans, pour une fracture traumatique ;
- de tabagisme à 35 paquets-années ;
- de diabète chez un frère cadet, déclaré vers 45 ans, sous antidiabétique oraux (fratrie de 8).
- Aux urgences, réhydratation et insulinothérapie intraveineuses durant une journée, puis transfert en médecine interne, où un relais par insulinothérapie sous-cutanée et mis en place sous forme de schéma basal-bolus (0,8 U/kg/jour), avec début d'éducation à la diététique, à l'autosurveillance glycémique (ASG) et à l'auto-injection d'insuline.

• **À quel type de diabète pensez-vous ?**

- diabète de type 2
- diabète de type 2 cétosique
- diabète de type 1
- autre

Commentaires

En faveur du diabète de type 2 (DT2), on retrouve l'âge, l'HTA, la dyslipidémie, l'hérédité familiale ; il n'y a cependant pas de surcharge pondérale. La symptomatologie bruyante au diagnostic avec cétose mais sans acidose, ainsi que l'origine géographique, font évoquer un DT2 cétosique.

Les arguments en faveur du diabète de type 1 (DT1) sont l'absence de surcharge pondérale, le syndrome cardinal, et la cétose.

La sévérité du tableau clinique et les symptômes digestifs peuvent inciter à rechercher un cancer pancréatique, même s'il n'y a pas d'anomalie du bilan hépatique.

• **Quel bilan étiologique demandez-vous ?**

- échographie abdominale
- scanner thoraco-abdominal
- auto-anticorps anti-glutamyl acide décarboxylase (anti-GAD) et anti-insulinoma antigen-2 (anti-IA-2)
- autre

Commentaires

Les internistes ont prescrit un scanner abdominal en externe à la recherche d'une pancréatopathie, et les auto-anticorps du DT1 au vu de l'âge du patient. Aucun bilan biologique antérieur n'est disponible chez ce patient n'ayant consulté qu'une fois son médecin traitant au cours des dernières années.

- Le patient sort d'hospitalisation après 6 jours, avec infirmier(ère) à domicile pour 8 jours, consultation diabétologique à 1 mois, et hospitalisation programmée à 2 mois en diabétologie pour éducation thérapeutique.
- Lors de la consultation diabétologique, le schéma insulinaire basal-bolus est ajusté en fonction des résultats d'auto-surveillance glycémique, avec toujours une dose quotidienne d'insuline de 0,9 U/kg/jour.

**Chapitre 2
Hospitalisation
programmée
en diabétologie**

- Le patient est hospitalisé pour 5 jours en diabétologie, dans l'objectif de finaliser le bilan étiologique, de réaliser le bilan de retentissement et de poursuivre l'éducation thérapeutique. À l'entrée, le patient nous informe avoir arrêté de lui-même tout son traitement insulinaire depuis 3 semaines du fait de nombreuses hypoglycémies.

- Le poids est de 64 kg (IMC : 21 kg/m²), l'HbA_{1c} à 8,4 %. Les examens prescrits en médecine interne sont récupérés : le scanner abdominal ne montre pas d'anomalie, et les auto-anticorps sont négatifs.

L'examen clinique retrouve uniquement une diminution de la force musculaire de l'hémicorps gauche et des paresthésies du membre supérieur gauche, séquellaires de l'AVC. Il n'y a ni rétinopathie, ni neuropathie, mais une insuffisance rénale chronique modérée (créatininémie : 148 µmol/l ; DFG estimé par l'équation de la MDRD [Modification of Diet in Renal Disease] : 43 ml/min/1,73 m²) avec macroprotéinurie à 0,5 g/24h. L'ECG de repos est sans anomalie, la scintigraphie myocardique (demandée dans l'hypothèse d'un diabète ancien négligé, avec

antécédents cérébraux et nombreux facteurs de risque cardiovasculaire) est négative.

Il existe un retentissement cardiaque de l'HTA, avec hypertrophie ventriculaire gauche à l'échocardiographie, et rétinopathie hypertensive au fond d'œil. Les chiffres tensionnels sont équilibrés sous traitement, le LDL-cholestérol est à l'objectif, avec un HDL-cholestérol bas (0,30 g/l), et des triglycérides non optimaux (1,9 g/l).

- Les glycémies sont correctes durant le séjour sous diététique seule : moyenne préprandiale 1,08 ± 0,20 g/l, moyenne postprandiale 1,51 ± 0,41 g/l, moyenne nocturne 1,17 ± 0,04 g/l, permettant de surseoir à un traitement médicamenteux malgré l'HbA_{1c} au-delà de l'objectif.

• **À quel type de diabète pensez-vous ?**

- diabète de type 2
- diabète de type 2 cétosique
- diabète de type 1
- autre

Commentaire

L'hypothèse d'un DT2 cétosique semble se confirmer au vu du contexte métabolique et de l'évolution clinique avec retour rapide à une insulinosécrétion normale.

• **Quel bilan étiologique demandez-vous ?**

- aucun examen supplémentaire
- dosage des lactates
- autre

Commentaires

L'hypothèse d'un diabète mitochondrial de type MELAS (Myopathy Encephalopathy Lactic Acidosis Syndrome, voir encadré) [1, 2] est évoquée par les diabétologues devant les antécédents nombreux d'AIT et d'AVC survenus dès l'âge de 30 ans, sans cause retrouvée lors des explorations neuro-vasculaires. L'arbre généalogique est cependant en défaveur, puisque qu'il n'y a pas de transmission maternelle, pas de surdité ou de cardiopathie retrouvée dans la famille. De plus, la macroangiopathie peut être expliquée par une HTA ancienne avec retentissement cardiaque et rénal.

Avant d'effectuer une recherche génétique, il est décidé de rechercher des arguments supplémentaires pour un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3274437>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3274437>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)