

... des Troisièmes Journées de l'Hôpital Principal de Dakar

Les Troisièmes Journées de l'Hôpital Principal se sont tenues du 18 au 20 avril 2002 à Dakar (Sénégal). Elles étaient consacrées cette année au diabète sucré et ont permis de riches confrontations interdisciplinaires sur cette vaste thématique. Ces journées étaient placées sous le parrainage du professeur A.M. Sow de la Faculté de Médecine de Dakar et initiateur de l'école de diabétologie sénégalaise, dont la conférence inaugurale intitulée « Canon de beauté ou facteur de santé » a tenu en haleine l'auditoire sous la magie du verbe et par l'abord transculturel de la médecine qu'il a développé.

Le professeur B. Bauduceau (Paris) a rappelé la nouvelle définition OMS du diabète sucré, établissant à 1,26 g/l le seuil de glycémie à jeun constaté à 2 reprises et au delà duquel le diagnostic doit être porté. Puis, il a exposé les bases physiopathologiques des diabètes de type 1 et 2, et notamment le phénomène d'insulinorésistance. La question des marqueurs génétiques, volontiers associés à ces affections, a été abordée. Il a rapporté les résultats d'une étude menée au Sénégal mettant en évidence le déterminisme génétique d'une variété de diabète de type 2 survenant chez des sujets jeunes.

Les aspects épidémiologiques ont été abordés par M. Ndour Mbaye (Dakar) : c'est une véritable épidémie mondiale qui s'inscrit dans le processus de transition épidémiologique. Les épidémiologistes prévoient plus de 300 millions de diabétiques dans le monde en 2025 soit un doublement de la prévalence par rapport aux données actuelles. Plus des deux tiers de ces diabétiques vivent dans les pays en développement qui connaissent le plus fort taux d'augmentation de la maladie (170 %). Cette progression touche essentiellement le diabète de type 2 et s'explique par plusieurs facteurs : l'abaissement du seuil diagnostique de la glycémie permet un diagnostic plus précoce de l'affection, l'allongement de

l'espérance de vie des populations et surtout la modification du mode de vie, liée à l'urbanisation, la sédentarisation et le développement de l'obésité associés aux modifications des habitudes alimentaires. Cet essor du diabète comporte naturellement une augmentation significative des dépenses de santé. Au Sénégal, comme dans de nombreux pays, des programmes nationaux de prévention ont vu le jour afin d'essayer de freiner l'extension de cette affection.

Les problèmes posés par le dépistage et le diagnostic du diabète sucré ont été présentés par J. Drabo (Ouagadougou). Il a notamment insisté sur le fait que les tests par bandelette réactive étaient insuffisants pour porter le diagnostic et que ce dernier devait toujours reposer sur un dosage au laboratoire par méthode enzymatique. Le diagnostic est porté lorsque la glycémie à jeun dépasse 1,26 g/l ou 2 g/l, à n'importe quel moment de la journée.

Les moyens thérapeutiques du traitement hypoglycémiant ont fait l'objet d'un exposé par E. Sidibe. Ce traitement au long cours pose d'énormes problèmes en Afrique, tant sur le plan de l'observance que sur celui du coût et de la surveillance. Les différentes classes thérapeutiques sont bien connues : pour le traitement par voie orale du diabète de type 2, il s'agit essentiellement des sulfonylurées et de la metformine dont il existe actuellement des formes génériques. L'inhibiteur de l'alpha-glucosidase freine l'absorption digestive du glucose. Une table ronde dédiée à la diététique du patient diabétique, animée par G. Sall, S. Diop et A. Mbow Kane a permis des échanges animés au cours desquels est apparue la difficulté de mener à bien un régime en adéquation avec les habitudes alimentaires du patient africain et de sa famille.

Plus de la moitié des diabétiques de type 2 présentent une hypertension artérielle (HTA), et cette association augmente de façon très significative les complications cardiovasculaires des

patients diabétiques. Elle les situe dans un groupe à haut risque, quel que soit le stade de l'HTA. M. Thiam (Dakar) a rappelé les bénéfices attendus d'une prise en charge efficace de cette HTA. Elle permet d'obtenir une réduction de la mortalité globale, des accidents vasculaires cérébraux, des infarctus du myocarde et de l'insuffisance rénale. L'objectif thérapeutique retenu par les recommandations est un abaissement de la pression artérielle en deçà de 140/80 mm Hg. Les mesures hygiéno-diététiques doivent toujours être appliquées (réduction pondérale, lutte contre la sédentarité, réduction des apports sodés et, le cas échéant, des boissons alcoolisées). Le traitement médicamenteux fait appel en première intention aux diurétiques pour des raisons économiques, aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion en raison de leur efficacité démontrée (études Hot et Hope) et aux bêta-bloquants en cas de coronaropathie associée. Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II ont récemment démontré leur efficacité sur la progression de la néphropathie diabétique. La réalisation des objectifs tensionnels nécessite souvent des associations thérapeutiques qui posent de difficiles problèmes économiques et d'observance.

Le diabète est un facteur de risque indépendant de coronaropathie, qui potentialise les autres facteurs de risque : les diabétiques ont deux fois plus de risque de développer une cardiopathie ischémique que les non-diabétiques. L. Foucade (Marseille) a montré que le diabète se caractérise par une athérogénicité accélérée (glycation et oxydation des LDL petites et denses) et par une forte propension à la thrombose. Cette dernière explique la grande fréquence des syndromes coronaires aigus et, en particulier, de l'infarctus du myocarde dans cette population. L'ischémie myocardique silencieuse est une particularité fréquente qui justifie la réalisation d'un dépistage annuel chez les diabétiques de type 2 (recommandations A1 f ediam) par la réalisation

d'un examen clinique cardiovasculaire complet et d'un ECG. Les lésions coronaires objectivées par coronarographie sont plus extensives et plus diffuses (40 % de lésions tronculaires) chez les diabétiques. Le traitement médical est toujours de mise, associant aspirine et bêta-bloquant (réduction de 42 % de la mortalité) en première ligne. Les méthodes de revascularisation, lorsqu'elles sont disponibles, mettent en concurrence l'angioplastie coronaire transluminale avec une large utilisation des stents, et la chirurgie de pontage qui paraît donner de meilleurs résultats à long terme en cas de lésions pluritronculaires. Dans tous les cas, la forte évolutivité lésionnelle justifie une prise en charge conjointe de tous les facteurs de risque : traitement des dyslipidémies par statines ou fénofibrate, traitement de l'HTA, arrêt du tabagisme.

La néphropathie diabétique constitue une complication redoutable, très souvent létale en Afrique au stade d'insuffisance rénale terminale en raison des trop rares possibilités d'épuration extra-rénale. B. Diouf (Dakar) a exposé les différentes formes, dominées par la glomérulosclérose, dont le dépistage précoce passe par le dosage de la

microalbuminurie. Le diabète représente actuellement 20 % des insuffisances rénales terminales en dialyse au Sénégal.

Parmi les complications ophtalmologiques du diabète, la rétinopathie demeure la plus répandue et la plus redoutable, source fréquente d'amblyopie et de cécité sous toutes les latitudes. M. Ndiaye (Dakar) a expliqué que son apparition était étroitement liée à la durée du diabète et à la qualité de l'équilibre glycémique. Seul le traitement par laser, désormais disponible au Sénégal, peut infléchir une évolution vers la cécité.

Concernant le difficile problème du diabète de l'enfant, M. Sarr a rapporté l'expérience pédiatrique du CHU de Dakar. Il s'agit essentiellement de diabètes de type 1 (90 %), survenant chez le grand enfant et souvent découverts à l'occasion d'une acidocétose (65 %). La prise en charge au long cours pose l'incontournable question de l'observance et des risques d'abandon du traitement à l'origine de décompensations métaboliques itératives.

M. Saissy (Paris) a développé les urgences métaboliques : acidocétose diabétique et hyperosmolarité diabé-

tique aiguë. Chez l'adulte en Afrique noire, 20 % des cas sont révélateurs de la maladie. Dans les autres cas, le facteur déclenchant est souvent l'arrêt du traitement. Ces conférences ont été complétées par des communications brèves sur le thème du diabète et par des communications libres, permettant d'exposer les travaux des différentes équipes dakaroises. Signalons enfin une intéressante innovation de ces journées : l'organisation d'ateliers paramédicaux consacrés à la prise en charge paramédicale des patients diabétiques et à l'éducation de ces patients. Ces ateliers ont connu un franc succès avec une très importante participation et la présentation d'un document de synthèse lors de la cession de clôture. Félicitons enfin les professeurs B. Diatta et P. S. Mbaye pour l'excellente organisation de ces journées, dont l'audience croît chaque année. Rendez-vous est déjà fixé pour la prochaine édition du 24 au 26 avril 2003, avec pour thème central : la maladie ulcéreuse gastro-duodénale. Renseignements et propositions de communications : dihhpd@yahoo.fr ■

L. FOURCADE, I. DIOUF

L'œuvre humanitaire du corps de santé colonial français

sur Internet : www.asnom.org

