



# V<sup>ème</sup> CONGRÈS DE LA SFAD

Libreville, les 28,29,30 Novembre 2018

Hôtel Radisson et Complexe Baie des Tortues

**THEME: Diabète, quels enjeux pour l'Afrique de demain ?**



**PROGRAMME SCIENTIFIQUE**

**RESUME DES COMMUNICATIONS ORALES ET AFFICHEES**

Engagé pour le progrès thérapeutique  
**au service des patients**  
en Afrique et dans le monde

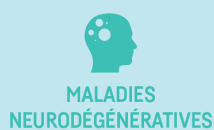
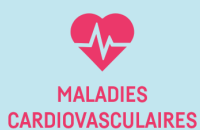


Conception et réalisation : BRIEF. Crédits photos: Michael Jung/Adobe Stock.

[www.servier.com](http://www.servier.com)



DES INNOVATIONS DANS 5 AXES MAJEURS



# **SOMMAIRE**

**MOT DU PRESIDENT DU COMITE D'ORGANISATION**

**MOT DU PRESIDENT DE LA SFAD**

**PRESENTATION DU BUREAU DE LA SFAD, DU COMITE SCIENTIFIQUE**

**ET DU COMITE D'ORGANISATION**

**LISTES DES ORATEURS ET DES INVITES**

**REMERCIEMENTS**

**PROGRAMME SCIENTIFIQUE**

**RESUMES DES COMMUNICATIONS AFFICHEES**

**RESUME DES COMMUNICATIONS ORALES**

**MOT DU PRESIDENT DU COMITE D'ORGANISATION****BIENVENUE A LIBREVILLE**

Pour le Congrès de la SFAD 2018 Nous avons l'honneur et le plaisir d'accueillir le V<sup>ème</sup> Congrès de la SFAD pour la première fois à Libreville et à la Pointe DENIS. La particularité de ce congrès tient dans la participation record avec 215 inscriptions dont 145 venant de l'extérieur.

Aussi, c'est le premier congrès de la SFAD qui voit la participation d'une dizaine de Laboratoires pharmaceutiques ce qui prouve à suffisance, l'intérêt que nos partenaires vouent à la science et à la formation.

En effet, en marge de ce congrès, il sera organisé une formation hospitalière aux IDE sur l'Education Thérapeutique du Diabète ainsi qu'un cours aux Internes sur la prise en charge du Diabète de type 2 sans oublier l'organisation de la DIABETE ACADEMIE, creuset de la formation des Diabétologues de demain.

Le succès du Congrès de Libreville tient à la participation importante du monde francophone : Afrique Noire, Maghreb et Europe, soit 23 pays représentés, ainsi qu'à l'ouverture à l'industrie pharmaceutique et à la mobilisation des décideurs politiques.

Pour finir, le Comité d'Organisation a voulu vous recevoir dans les meilleures conditions en vous faisant profiter du patrimoine environnemental et culturel exceptionnel de notre beau pays le Gabon.

Le Comité d'Organisation vous remercie de votre participation et vous souhaite un excellent congrès et un agréable séjour.

Le Président du Comité d'Organisation  
**Dr BAYE ERIC AUGUSTIN**



## MOT DU PRESIDENT DE LA SFAD

Chers Amis,

Le diabète sucré constitue un enjeu majeur de Santé Publique en raison de sa fréquence, de la gravité de ses complications, et de l'importance des coûts qu'il induit. Il touche aujourd'hui 4,39% de la population Africaine selon la Fédération Internationale de Diabète (FID), avec des conséquences sociales et économiques en rapport. Pour lutter contre le diabète, des actions de prévention et de soins sont entreprises pour décentraliser, dépister, informer, soigner tôt, et éviter ou atténuer les complications qui en résultent. C'est avec beaucoup d'enthousiasme que la Société Francophone Africaine du Diabète (SFAD) a le plaisir d'organiser son V<sup>ème</sup> Congrès sur le diabète, conjointement avec la Diabète Académie Afrique (D2A) et la Fédération Internationale du Diabète-Région Afrique (IDF-Afrique), qui se dérouleront du 28 au 30 Novembre 2018 à l'hôtel Radisson et à la Baie des tortues de Libreville au Gabon. Cet événement majeur pour les professionnels Africains Francophones de la Diabétologie se veut un moment privilégié de rencontres entre chercheurs, cliniciens spécialistes, médecins généralistes et paramédicaux. Ce congrès doit être un dialogue transgénérationnel et multidisciplinaire avec une confrontation d'expérience lors des sessions.

Avec nos Salutations les plus cordiales

Amos ANKOTCHE, Président de la SFAD



## NovoMix® 30 FlexPen®, une insuline, un stylo pour toutes les étapes de l'insulinothérapie.

NovoMix® 30 (insuline aspartate biphasique 30/70). Veuillez consulter les informations de prescription avant de prescrire le produit. Présentations: NovoMix® 30 Penfill®, NovoMix® 30 FlexPen®. Toutes les présentations contiennent de l'insuline aspartate soluble/insuline aspartate protamine cristallisée 100 unités/ml dans un rapport de 30/70, produite par la technique de l'ADN recombinant sur *Saccharomyces cerevisiae*. Les différentes présentations peuvent ne pas être toutes commercialisées dans le pays. Forme pharmaceutique: Suspension pour injection. Indications: Traitement du diabète sucré chez les adultes, les adolescents et les enfants de 10 à 17 ans. Dosage: Dose individuelle uniquement par injection sous-cutanée ; un suivi de la glycémie est recommandée. Chez les patients atteints de diabète de type 2, NovoMix® 30 peut être administré en monothérapie ou combiné avec des antidiabétiques oraux (ADO) si la glycémie des patients n'est pas contrôlée de façon appropriée avec ces ADO pris seuls. Pour les patients atteints de diabète de type 2, la dose initiale recommandée est de 6 U au moment du petit déjeuner et 6 U au moment du dîner (repas du soir), NovoMix® 30 peut également être initié selon une dose une fois par jour de 12 U au dîner (repas du soir). Si la prise biquotidienne entraîne des épisodes récurrents d'hypoglycémie pendant la journée, la prise matinale peut être répartie entre petit déjeuner et déjeuner (trois prises quotidiennes). NovoMix® 30 a un délai d'action plus rapide que l'insuline humaine biphasique et doit généralement être administré immédiatement avant un repas. Si nécessaire, NovoMix® 30 peut être injecté peu après un repas. Un guide de titrage est inclus dans le RCP. Contre-indications: Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Mises en garde et précautions d'emploi: Un dosage inapproprié ou l'interruption du traitement, en particulier dans les cas de diabète de type 1, peuvent entraîner une hyperglycémie et une acidocétose diabétique. Trop d'insuline, l'omission d'un repas ou une activité physique intense peuvent entraîner une hypoglycémie. Comparé à l'insuline humaine biphasique, NovoMix® 30 peut avoir un effet d'abaissement de la glycémie plus prononcé jusqu'à 6 heures après l'injection, il peut être nécessaire de compenser cela selon les besoins du patient, par un ajustement de la dose d'insuline et/ou un apport alimentaire. L'hypoglycémie peut constituer un risque lors de la conduite de véhicules ou l'utilisation de machines. Une maladie ou une prise de médicaments concomitantes doivent toujours être prises en compte. Association de thiazolidinediones et de médicaments à base d'insuline : Lorsque l'insuline est utilisée en association avec une pioglitazone, les signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque, de prise de poids et d'œdèmes doivent être surveillés. Des cas d'insuffisance cardiaque congestive ont été signalés lorsque des thiazolidinediones ont été associées à de l'insuline, notamment chez les patients présentant des facteurs de risque de développement d'une insuffisance cardiaque congestive. Il convient d'avoir cela à l'esprit si l'on envisage un traitement associant des thiazolidinediones et des médicaments à base d'insuline. Si l'on opte pour cette association, les signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque congestive, de prise de poids et d'œdèmes doivent être surveillés. Il convient d'arrêter les thiazolidinediones en cas de détérioration des symptômes cardiaques. La prise de pioglitazone doit être interrompue devant tout signe de détérioration de la fonction cardiaque. Anticorps anti-insuline: L'administration d'insuline peut entraîner la formation d'anticorps anti-insuline. Dans de rares cas, leur présence peut nécessiter un ajustement de la dose d'insuline en vue de corriger une tendance à l'hyper ou à l'hypoglycémie. Les voyages dans des zones de fuseaux horaires différents doivent être évoqués avec le médecin puisque cela peut influencer sur les horaires de prise de l'insuline et des repas. Les suspensions d'insuline ne doivent pas être utilisées dans les pompes à perfusion d'insuline. Ni les aiguilles, ni NovoMix® 30 Penfill®/FlexPen® ne doivent être partagés. Patients âgés: NovoMix® 30 peut être utilisé chez des patients âgés, cependant l'expérience clinique relative à l'usage de NovoMix® 30 associé à des antidiabétiques oraux chez les patients de plus de 75 ans est limitée. Enfants et adolescents: NovoMix® 30 peut être utilisé chez les enfants et les adolescents âgés de 10 ans et plus lorsque l'insuline prémélangée est préférée. Aucune étude clinique portant sur NovoMix® 30 n'a été menée chez l'enfant de moins de 6 ans. Grossesse et allaitement: Expérience clinique limitée pour les cas de grossesse. Aucune restriction d'utilisation durant l'allaitement. Cependant, il conviendrait peut-être d'ajuster la dose de NovoMix® 30. Insuffisance rénale ou hépatique: Peut réduire le besoin du patient en insuline. Insuline humaine biphasique: Lorsque le patient passe de l'insuline humaine biphasique au NovoMix® 30, commencer avec les mêmes doses et schéma. Puis titrer selon les besoins du patient. Le passage du patient à un autre type ou une autre marque d'insuline doit se faire sous une stricte supervision médicale. Effets indésirables: L'hypoglycémie est la réaction indésirable la plus fréquente. Au début du traitement par insuline, des troubles de la réfraction, des œdèmes ou des réactions au niveau du site d'injection peuvent se produire. Une lipodystrophie peut se produire au niveau du site d'injection, il est donc recommandé d'alterner les sites d'injection au sein d'une même région. Urticaire, rougeurs et éruptions sont signalés comme rares. Les réactions anaphylactiques sont signalées comme très rares, mais sont susceptibles d'entraîner la mort. Une intensification du traitement par insuline avec amélioration rapide du contrôle glycémique peut aussi être associée à une détérioration temporaire de la rétinopathie diabétique, tandis qu'une amélioration du contrôle glycémique à long terme diminue le risque de progression de la rétinopathie diabétique. La neuropathie périphérique est signalée comme rare. Médicament délivré sur ordonnance uniquement. Titulaire d'une autorisation de mise sur le marché: ©Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Danemark. NovoMix®, FlexPen®, Penfill® et le logo du taureau Apis sont des marques déposées appartenant à Novo Nordisk A/S, Danemark. Date de dernière révision: Décembre 2014. Le résumé des caractéristiques du produit peut être obtenu auprès de Novo Nordisk A/S.

MA/FEB/2015/003

## PRESENTATION DU BUREAU DE LA SFAD, DU COMITE SCIENTIFIQUE ET DU COMITE D'ORGANISATION

### BUREAU DE LA SFAD

Président:

Dr Amos ANKOTCHE (Côte d'Ivoire)  
amosankotche@yahoo.fr  
+225 08 99 77 04

1er Vice-Président:

Prof Jamal BELKHADIR (Maroc)

2ème Vice-Président:

Prof Mohaman DJIBRIL (Togo)

Secrétaire Général:

Prof Naby Moussa BALDE (Guinée)  
naby.balde@gmail.com  
+224 622 533 319

Secrétaire Général Adjoint:

Dr Demba DIEDHIOU (Sénégal)

Trésorier Général:

Dr Maïmouna SANGARE-BAH (Guinée)  
drmsangare@hotmail.fr  
+224 622 60 34 69

Trésorier Général Adjoint:

Dr Mansour DIALLO (Guinée)

Commissaires aux comptes:

Prof Saïd Norou DIOP (Sénégal)  
Dr Éric BAYE (Gabon)

Présidents d'honneur:

Prof Adrien LOKROU (Côte d'Ivoire)  
Prof Jean-Claude MBANYA (Cameroun)  
Prof Henri Germain MONABEKA (Congo)

Conseillers Chargés de la recherche:

Prof Eugène SOBNGWI (Cameroun)  
Prof Assa SIDIBE-TRAORE (Mali)  
Prof Abdoulaye LEYE (Sénégal)  
Prof André-Pascal KENGNE (Afrique du Sud)  
Dr Mesmin DEHAYEM (Cameroun)  
Prof Maïmouna NDOUR-MBAYE (Sénégal)  
Prof Siméon CHOUKEM (Cameroun)  
Prof François DJROLO (Bénin)  
Prof Jacko ABODO (Côte d'Ivoire)

### COMITE SCIENTIFIQUE

Présidente :

Prof Maïmouna NDOUR MBAYE Dakar, Senegal

Membres :

ANKOTCHE Amos, Abidjan, Cote D'ivoire  
BALDE Naby Moussa, Conakry, Guinee  
BAYE Eric, Libreville, Gabon  
CHOUCHEM Siméon Pierre, Yaoundé, CAMEROUN  
DIOP Saïd Norou, Dakar, Senegal  
DJROLO François, Cotonou, Benin  
DRABO Joseph, Ouagadougou, Burkina Faso  
TRAORE Assa SIDIBE, Bamako, MALI

### COMITE D'ORGANISATION

Président : Eric Augustin BAYE

Membres :

Daniela NSAME  
Agathe GORRA  
Emeline MBINA-GUIDAT  
Sandrine NKOH NGOMA  
Alain JEPANG  
Yolène Treycia PAMBO MOUMBA  
Eudine TSOUCKA  
Caroline MAGNE  
Annick MFOUMOU  
Marly BARRY  
Peggy Flore BILOGUE  
Lalla Aïcha Amir Maïga  
Gérard IKOUAKOUA

## LISTE DES ORATEURS ET INVITES

## ORATEURS

**A. FRANCE /BELGIQUE/ SUISSE**

1. BEKKA Saïd, Chartes
2. BRETONNES Patricia, Lyon
3. BURCELIN Rémy, Toulouse
4. GAUTIER Jean-François, Paris
5. HALIMI Serge, Grenoble
6. KERDANET Marc de, Rennes
7. NGUEWA Jean-Louis, Paris
8. PAMBOU Armelle, Paris
9. DIALLO Mansour, Paris
10. TRAMONI Martine, Marseille
11. BUYSSCHAERT Martin, Bruxelles
12. CASTELLSAGUE Montserrat, Genève
13. HERMANS Michel, Bruxelles
14. ROBERT GUILLAINÉ, Paris

**B. CÔTE D'IVOIRE**

1. JACKO Abodo, Abidjan
2. ANKOTCHE Amos, Abidjan

**C. GUINEE**

1. BALDE El Hadj Saïdou, Conakry
2. BALDE Naby, Conakry

**D. CAMEROUN**

1. CHOUCHEM Siméon-Pierre, Yaoundé
2. DEHAYEM Mesmin, Yaoundé
3. MBANYA Jean-Claude, Yaoundé
4. SOBNGWI Eugène, Yaoundé
5. DJEBOUE Paulette, Yaoundé

**E. SENEGAL**

1. DIEDHIOU Demba, Dakar
2. NDOUR MBAYE Maïmouna, Dakar
3. SARR Anna, Dakar
4. SEIDOU NOUROU DIOP

**F. MALI**

1. BESANCON Stéphane, Bamako
2. SIDIBE TRAORE Assa, Bamako

**G. BURKINA FASO**

1. DRABO Joseph, Ouagadougou

**H. ALGERIE**

1. BELHADJ Mohamed, Oran

**I. MAROC**

1. BELKHADIR Jamal, Rabat

**J. BENIN**

1. DJROLO François, Cotonou

**K. AFRIQUE DU SUD**

1. KENGNE André Pascal

**A. COTE D'IVOIRE**

1. KOUAME Paul, Abidjan, COTE D'IVOIRE
2. LAUBHOUET Marie Danièle, Abidjan, COTE D'IVOIRE
3. SIBAILLY Pascal, Abidjan, COTE D'IVOIRE
4. Dr MOKE MBEDJI Louise Odile, Côte d'Ivoire
5. Dr ACKAH Felix, Côte d'Ivoire

**B. CONGO**

1. KASIAM Jean-Bosko, Kinshasa, RD CONGO
2. BOUENIZABILA Evariste, Brazzaville, CONGO
3. MONABEKA Henri-Germain, Brazzaville, CONGO

**C. GUINEE**

1. BAH SANGARE Maïmouna, Conakry, GUINEE

**D. BENIN**

1. AMOUSSOU-GUENO Daniel, Cotonou, BENIN

**E. NIGER**

1. ADA Ali, Niamey, NIGER

**F. TUNISIE**

1. BENSLAMA Claude, Tunis, TUNISIE

**G. CAMEROUN**

1. EPACKA Marielle, Douala, CAMEROUN

**H. RD CONGO**

1. KASIAM Jean Bosco, RD Congo

**I. MAROC**

1. LHASSANI Hamdoun, MAROC
2. Nawal EL ANSARI, Marrakech, Maroc

**J. TOGO**

1. RAYMOND Barruet
2. AFANOU Hervé
3. DJIBRIL Mohaman Awalou
4. GUMEDZOE Dzidzogbe Kokou Eric
5. MOSSI Komi Edem

**K. MAURITANIE**

1. OULD ISSELMOU El Bou Boukhary, Nouakchott, MAURITANIE
2. SALEM Mohamed, Nouakchott, MAURITANIE

**L. TUNISIE**

- BENSLAMA Claude  
HAMMAMI Serine



**LISTE DES INVITES (suite) ET PARTICIPANTS PAR PAYS****M. GABON**

ABATTY O. Corneille  
 ABOU Ephrem  
 ADIKA DEMBO Jean Bernard  
 AKAGHA Christelle  
 ALLOGNON Christian  
 ANANI Yao Francois  
 ANGETA OTSHUMBA Maryam  
 ANOTHOMALI Elise  
 AYO BIVIGOU Elsa N'kana  
 BARRY Marlyatou  
 BARRY Aissatou  
 BAYE Eric  
 BEKALE Paul Elie  
 BEKALE NDONG  
 BILOGUE Peggy  
 BIYOGUE Daniel  
 BOMI NYIRABAREJA Anastasie  
 DJONDJO Edna  
 ENGOUANG Rick L  
 EPIGAT  
 EZOZOK Romaric  
 FOUMOU Annick  
 GORRA Agathe  
 IKOUAKOUA Gerard

JEPANG Alain  
 KAKOU NDJAMBIE Chantal  
 KOMBILA Pierre-Andre  
 KOMBILA GABON  
 LASSEGUE EPOGO Regine Kaida  
 MADIBO Daffe  
 MADJOUA Leonce  
 MAGANGA Diane  
 MAGNE Caroline  
 MAIGA Lalla Aicha Amir  
 MALEMOU NZAOU Nadège  
 MAPALI Darel Espoir  
 MBA Natacha  
 MBA ONDO Fabien  
 MBINA GUIDAT Emeline  
 MEYE Jean Francois  
 MFOUMO Annick  
 MINISTERE DE LA SANTE  
 MIPINDA Jean Bruno  
 MOUANGUE Gertrude  
 MOUINGA Davy  
 MOUCKETOU NDIDY Jacques  
 MOUYOPA Cyrille  
 MPIGA EKAMBOU Ludjer  
 MVE MENGOME

NDJIBAH ALAKOUA Lidwine  
 NDJOUKE Manuela  
 NDONG ASSIGNON Honoré  
 NDONGUE Eulalie  
 NDOUME OBIANG Francis  
 NGOMAS MOUKADI Jean Felix  
 NGAILA Nesta  
 NGUEMA MENIE Hortense  
 NKOH NGOMA Nina  
 NKOUANBAT NZINGA Armelle Aimée  
 NSAME Daniela  
 NTYONGA PONO Pierrette  
 OKOMO NGUEMA Micheline  
 OYANE MINKO Marthe  
 PAMBO Armelle Aimée  
 PAMBO Moumba Yolène  
 PLACCA LATRE Marie-Annick  
 REPRESENTANTS CNAMGS  
 REPRESENTANTS OMS  
 ROUSSELOT Nicolas  
 TATY Georges  
 TCHOUANDO Pulcherie  
 TSOUCKA Eudine

<b>PAYS</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>PAYS</b>	<b>NOMBRES</b>
AFRIQUE DU SUD	1	GUINEE	5
ALGERIE	1	GUINEE CONAKRI	3
BENIN	5	KENYA	2
BURKINA-FASO	2	MALI	12
CAMEROUN	15	MAROC	2
CHINE	1	MAURITANIE	2
CONGO-BRAZZAVILLE	4	NIGER	3
CONGO KINSHASSA	2	SENEGAL	17
COTE D IVOIRE	31	TCHAD	2
DANEMARK	1	TOGO	4
FRANCE	13	TUNISIE	2
GABON	71		

## REMERCIEMENTS

La société Francophone Africaine du Diabète exprime ses vifs remerciements

A tous nos invités,

A toutes les, institutions, organismes et personnes qui ont contribué à la réalisation de ce Congrès ;

A Monsieur HOUANGNI AMBOUROUET Pascal, Ministre des hydrocarbures

SOBRAGA

CECAGADIS

Dr IKOUAKOUA

CNSS

AUX LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES :

SERVIER

HEMOCUE

NOVONORDISK

MENARINI

MERCK

ROCHE

ACON

ACCU CHEK

MEDEQUIP

ON CALL

NOVARTIS

STRIDES

SANOFI

# Apprécié pour son exactitude et fiable pour le diagnostic



## Quand il importe d'être exact

Les systèmes de détermination du glucose HemoCue sont des spectrophotomètres portatifs développés pour les professionnels, qui fournissent des résultats de qualité laboratoire.

En fait, les résultats sont si précis qu'ils sont utilisés pour le dépistage et le diagnostic du diabète sucré et du diabète gestationnel et qu'on les a utilisés en tant que références pour valider d'autres méthodes

### HemoCue, votre partenaire diabète.



HemoCue® HbA1c 501



HemoCue® Albumin 201

HemoCue AB  
Box 1204  
262 23 Ängelholm  
Visiting address:  
Kuvettgatan 1

Pierre Costabel  
Phone: +27 71 385 9326  
Email: Pierre@hemocue.se  
[hemocue.com](http://hemocue.com)

Hemoglobin    HbA1c    Glucose    Urine Albumin    WBC / WBC DIFF

HemoCue has been a leader in point-of-care medical diagnostics for over 35 years. We specialize in giving healthcare providers lab-quality accuracy with results comparable to that of a clinical lab. Visit [hemocue.com](http://hemocue.com)



## **MERCREDI 28 NOVEMBRE (RADISSON)**

- 7h:30 - 8h:00**      **Inscriptions, Petit-déjeuner Symposium (1): 30' MEDEQUIP**
- 8h:00 - 8h:30**      **Conférence (1) Inaugurale : Enjeux socioéconomiques du diabète en Afrique :  
Jean-Claude MBANYA.**
- Président de séance : Maimouna BAH, Conakry
- 8h:30 - 9h :30**      **Panel 1 : Diabète et MNT Post-Sommet Nations Unies de Septembre 2018.**
- Président de séance : Jamal BELKHADIR, Rabat
- Panélistes :
1. OMS
  2. Ministère de la Santé Gabon, Libreville
  3. IDF Afrique (Naby BALDE, Conakry)
  4. Young Leader
  5. Droit des personnes diabétiques (Juriste, Libreville)
  6. Accès aux médicaments (Représentant CNAMGS, Libreville)
  7. Coûts du Diabète (Jamal BELKHADIR, Rabat)
- 9h:30 - 10h:00**      **Conférence (2) : Insulinothérapie : où en sommes-nous ? Où allons-nous ?  
Serge HALIMI, France / Prof Belhadj,Oran**
- Président de Séance : Assa SIDIBE-TRAORE, Bamako
- 10h:00 - 11h:00**      **Symposium (2) NOVONORDISK**
- 11h:00 - 11h:30**      **Pause-Café**
- 11h:30 - 12h:00**      **Hommage au Prof. Jean-Jacques ROBERT**
- Conférence (3) : Éducation Thérapeutique de l'Enfant DT1 ?  
Marc de Kerdanet, Rennes  
Président de séance : Naby BALDE, Conakry
- 12h:00 - 12h:30**      **Conférence (4) : Apports des NTIC dans la PEC du diabète en Afrique.  
Maimouna NDOUR-MBAYE, Dakar**
- Président de Séance : Jamal BELKHADIR, Rabat



**12h:30 -13h:15 Panel 2 : Quoi de neuf Docteur pour l'exercice de la diabétologie en Afrique ?**

**Président de séance : Eugène SOBNGWI, Yaoundé**

**Panélistes :**

- 1. Dyslipidémies. Amos ANKOTCHE, Abidjan**
- 2. Hypertension artérielle du sujet Noir diabétique. Siméon-Pierre CHOUKEM, Douala**
- 3. Ischémie myocardique silencieuse, JB MIPINDA, Libreville**
- 4 Artériopathie des Membres inférieurs. Dr ALLOGNON CHRISTIAN Libreville**

**13:15 -14 :45 Cérémonie officielle d'ouverture et déjeuner**

**14:45 -15 :15 Conférence (5) : Rétinopathie diabétique/ Prof MVE MENGOME, Libreville**

**Président de séance : Anna SARR, Dakar**

**15:15 -16 :00**

**Session Spéciale D2A : Diabète Académie Afrique**

**Président de Séance : Martine TRAMONI, Marseille**

- 1. Insulinosécrétion et diabète chez le sujet Africain. Jean-Louis Nguéwa, Paris,**
- 2. Lecture critique des preuves de l'efficacité de la Médecine traditionnelle dans le DT2. El Hadj Saidou BALDE, Conakry,**
- 3 Traitement de l'Acidocétose diabétique : Leçons à retenir pour la pratique quotidienne en Afrique. Demba DIEDHIOU, Dakar**
- 4. Approche nutritionnelle du diabète de type 2. Paulette DJEUGOUE, Yaoundé,**

**16 :00 - 17 :00 Symposium (3) SERVIER**

**17 :00 - 17 :30 Assemblée Générale de la SFAD (17-18H)**

**20 :00 - 22 : 30 Dîner à l'hôtel Radisson, Libreville**

**Diner- Symposium (4) : 30' HemoCue**

## JEUDI 29 NOVEMBRE (RADISSON)

**7h:30 - 8h:00** Petit-déjeuner Symposium (5): 30'

**8h:00 - 8h:30** Conférence (6) : Microbiote intestinal.

Rémy Burcellin, Toulouse, France

Président de séance : Mohamed BELHADJ, Oran,

**Panel 3 : Pied Diabétique**

Président de séance : Prof Mohaman DJIBRIL, Lomé,

Panélistes :

1. Expérience de Dakar, Maimouna NDOUR MBAYE
2. Expérience de Yaoundé, Mesmin DEHAYEM,
3. Expérience d'Abidjan, Abodo JACKO
4. Expérience de Brazzaville Henri-Germain MONABEKA
5. Expérience de Libreville. Peggy BILOGHE

**9h:30-10h:00** Conférence (7) : Prescriptions des ADO et Inertie thérapeutique.

Béatrice NTYONGA-PONO, Libreville

Président de Séance : Maimouna NDOUR-MBAYE, Dakar

**10h:00-11h:00** Symposium (6) ROCHE

**11h:00-11h:30** Pause-Café

**11h:30-12h:00** Session Communications orales libres (1)

Président de Séance : Amoussou GUENOU, Cotonou

**COMMUNICATIONS ORALES : CO1-CO6 (30 MINUTES)**

**12h:00 - 12h:30** Conférence (8) : Éducation Thérapeutique : Quelle organisation pratique ?

Saïd BEKKA, Chartres

Président de Séance : Henri-Germain MONABEKA, Brazzaville

- 12h :30 – 13h :15** **Panel 4 : Les défis dans la prise en charge du diabète de l'enfant**  
**Président de séance : Patricia BRETONNES, Lyon**  
**Panélistes :**
1. Marc de Kerdanet, Rennes
  2. Naby Balde, Conakry
  3. Mesmin Dehayem, Yaoundé
  4. Armelie Pamboou, Libreville
- 13h :15 -14h:45** **Déjeuner- Symposium (7) NOVARTIS,**
- 14h : 45-15h:15** **Conférence (9) : Score de risque du diabète. Y a-t-il un applicable pour l'Afrique subsaharienne ? André Pascal Kengne, Cap Town**  
**Président de séance : Pierre André Kombila, Libreville**
- 15h :15 - 16h :00** **Panel 5 : Diabète Gestationnel.**  
**Président de Séance : Naby Balde, Conakry**  
**Panelistes :**
1. Épidémiologie en Afrique. Anna Sarr, Dakar
  2. Stratégies diagnostiques pour l'Afrique. Eugène Sobngwi, Yaoundé
  3. Prise en charge obstétricale. Jean François Meye, Libreville
- 16h :00 - 17h :00** **Symposium (8) MERCK**
- 17h :00 - 18h :30** **Session Communications orales libres (1)**  
**Président de séance : Siméon-Pierre Choukem, Douala**  
**COMMUNICATIONS ORALES : CO7-CO15 (90 MINUTES)**
- 20h :00 - 22h : 30** **Dîner au Parvis des Hôtes, Libreville Diner- Symposium (9): 30'**



## **VENDREDI 30 NOVEMBRE (BAIE DES TORTUES)**

- 10h:00-11h :00**      **Symposium (10) NOVONORDISK**
- 11h:00-11h:30**      **Pause-Café**
- 11h:30-12h:00**      **Conférence (10) : "Rein et diabète" : une attention particulière**  
**Mohamed BELHADJ, Oran**  
**Président de Séance : Joseph DRABO, Ouagadougou**
- 12h:00-12h:30**      **Conférence (11) Enjeux de l'éducation nutritionnelle**  
**au cours du diabète en Afrique. Panélistes : François DJROLO, Cotonou**  
**Président de Séance : Prof Saïd.N. DIOP**
- 12h:30-13h:15**      **Session Communications orales libres (2)**  
**Président de séance : Assa SIDIBE-TRAORE, Bamako**  
**COMMUNICATIONS ORALES : CO16-CO20 (45 MINUTES)**
- 13h:15 -14h:45**      **Déjeuner- Symposium (11) SERVIER**
- 17h:00-18h:30**      **Départ pour Libreville à 17H00**
- 20h:00- 22h:30**      **Cérémonie de Clôture et Dîner de Gala Hôtel Impérial, Libreville**



## **RESUME DES COMMUNICATIONS AFFICHEES**

# DIAMICRON® 60 mg

Gliclazide

Comprimé sécable à Libération Modifiée

## Pour vos patients diabétiques de type 2

Chez l'adulte, lorsque régime alimentaire, exercice physique et réduction pondérale sont insuffisants pour obtenir l'équilibre glycémique.

Recommandé par la HAS<sup>1</sup> :

- En association à la metformine chez les patients insuffisamment contrôlés par la metformine,
  - Ou en monothérapie, en cas d'intolérance ou de contre-indication à la metformine.
- Dans les 2 cas, il est recommandé de prescrire un sulfamide hypoglycémiant en surveillant la prise de poids et la survenue d'hypoglycémies.

# La force de votre expérience



Schéma de la sécrétion  
biphasique d'insuline

## Une seule prise par jour \*

\* 1/2 à 2 comprimés par jour

**DIAMICRON 60 mg.** Comprimé sécable à libération modifiée. Composition : 60 mg de gliclazide. Excipients : contenant du Lactose. Indication thérapeutique<sup>1</sup> : Diabète non insulino-dépendant (de type 2) chez l'adulte, lorsque le régime alimentaire, l'exercice physique et la réduction pondérale seuls ne sont pas suffisants pour obtenir l'équilibre glycémique. Posologie et mode d'administration<sup>1</sup> : 1/2 à 2 comprimés par jour, soit 30 à 120 mg en une seule prise orale au moment du petit déjeuner. Un comprimé à libération modifiée de DIAMICRON 60 mg est équivalent à deux comprimés à libération modifiée de DIAMICRON 30 mg. La sécabilité de DIAMICRON 60 mg, comprimé à libération modifiée permet d'assurer la flexibilité de la dose. Association aux autres antidiabétiques : DIAMICRON 60 mg peut être associé aux biguanides, aux inhibiteurs de l'alpha-glucosidase ou à l'insuline (sous stricte surveillance médicale). Populations particulières : Sujets âgés : DIAMICRON 60 mg sera prescrit selon le même schéma posologique que chez des sujets de moins de 65 ans. Patients atteints d'une insuffisance rénale : Chez les patients ayant une insuffisance rénale faible à modérée, le schéma posologique sera le même que chez les sujets ayant une fonction rénale normale, mais avec une surveillance attentive. Contre-indications<sup>1</sup> : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, aux autres sulfonylurées, aux sulfamides ; Diabète de type 1 ; Pré-coma et coma diabétiques ; Acido-cétose diabétique ; Insuffisance rénale ou hépatique sévères (dans ces situations, il est recommandé de recourir à l'insuline) ; Traitement par la miconazole. Allaitement. Mise en garde et précautions d'emploi<sup>1</sup> : L'hypoglycémie peut survenir plus particulièrement en période de régime hypocalorique, après un effort important ou prolongé, après ingestion d'alcool, ou lors de l'administration d'une association d'agents hypoglycémiant. Des hypoglycémies peuvent survenir après administration de sulfamides hypoglycémiant. Une hospitalisation peut alors s'avérer nécessaire et le resurcage doit être éventuellement poursuivi sur plusieurs jours. L'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique sévère, le surdosage favorisent le risque d'hypoglycémie. Le patient doit être informé en particulier de l'importance du respect du régime alimentaire, de la nécessité d'effectuer un exercice physique régulier et de contrôler régulièrement la glycémie. Des précautions doivent être prises chez les patients déficients en G 6PD (glucose-6-phosphate déshydrogénase). Des perturbations de la glycémie, dont hypoglycémie et hyperglycémie, ont été rapportées chez des patients diabétiques recevant un traitement concomitant par fluorquinolones, en particulier chez les patients âgés. Excipients : contenant du Lactose. Interactions<sup>1</sup> : Risque de Majoration de l'hypoglycémie : Association contre-indiquée : Miconazole. Associations déconseillées : Phénybutazone, Alcool. Associations faisant l'objet de précautions d'emploi : Autres antidiabétiques, Bêta-bloquants, Fluconazole, Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (captopril, énalapril), Antagonistes des récepteurs H<sub>2</sub> (famotidine, ranitidine), Sulfamides, Clarithromycine et Anti-inflammatoires non stéroïdiens. Risque d'hypoglycémie : Association déconseillée : Benzocai. Associations faisant l'objet de précautions d'emploi : Chlorpromazine à forte posologie, Glucocorticoïdes et Tétracycline, Rotidine, Salbutamol, Terbutaline, Préparations à base de Millepertuis. Risque de Dyglycémie : Associations faisant l'objet de précautions d'emploi : Fluoroquinolones. Associations à prendre en compte : Anticoagulants (warfarine, ...). Une adaptation de la posologie de l'anticoagulant peut être nécessaire. Fertilité<sup>1</sup> et Allaitement<sup>1</sup> : Il est recommandé d'effectuer le relais de l'antidiabétique oral par l'insuline lorsqu'une grossesse est envisagée ou découverte. Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter d'utiliser le gliclazide pendant la grossesse. Contre-indiqué pendant l'allaitement. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines<sup>1</sup> : Les patients doivent être sensibilisés sur les symptômes d'hypoglycémie et devront être prudents, spécialement en début de traitement. Effets indésirables<sup>1</sup> : Hypoglycémie (le plus fréquent), Douleurs abdominales, Nausées, Vomissements, Dyspepsie, Diarrhées, Constipation. Plus rares : Troubles hématologiques généralement réversibles à l'arrêt du traitement (Anémie, Leucopénie, Thrombocytopénie, Granulocytopénie), Elevation des enzymes hépatiques (ASAT, ALAT, phosphatases alcalines), Hépatites (cas isolés), Interruption le traitement en cas d'apparition d'un ictere cholestatique. Troubles visuels transitoires lors de l'instauration du traitement, Rash, Prurit, Urticaire, Angio-œdème, Erythème, Eruptions maculopapuleuses, Réactions cutanées (syndrome de Stevens-Johnson et réaction épidermique toxique), Syndrome DRESS (éruption médicamenteuse avec osonophilie et symptômes systémiques). Comme pour les autres sulfamides hypoglycémiant, les effets indésirables suivants ont été observés : Erythrocytémie, Agranulocytose, Anémie hémolytique, Pancytopenie, Vasculite allergique, Hyponatémie. Augmentation du taux des enzymes hépatiques, Insuffisance hépatique (cholestase et ictere) voire hépatite qui ont regressé à l'arrêt du traitement ; seuls quelques cas ont conduit à une insuffisance hépatique. Surdosage<sup>1</sup> : Les réactions hypoglycémiques sévères avec coma, convulsions ou autres troubles neurologiques sont possibles et constituent une urgence médicale nécessitant l'hospitalisation. Le patient doit recevoir une injection intraveineuse d'une solution glucosée. Classe pharmacothérapeutique : SULFAMIDE HYPOLYCEMIANT - DERIVE DE L'UREE. Mécanisme d'action<sup>1</sup> : Le gliclazide est un sulfamide hypoglycémiant, antidiabétique oral. Le gliclazide diminue la glycémie en stimulant la sécrétion d'insuline par les cellules bêta des îlots de Langerhans. Chez le diabétique de type 2, en présence de glucose, le gliclazide restaure le pic précoce d'insulino-sécrétion, et augmente la seconde phase d'insulino-sécrétion. Une augmentation significative de la réponse insulinaire est observée en réponse à un repas ou une absorption de glucose. En plus de ces propriétés métaboliques, le gliclazide présente des propriétés hémovasculaires. Présentation<sup>1</sup> : 30 ou 150 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC transparent/Aluminium). Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché : LES LABORATOIRES SERVIER, 50 RUE CARNOT, 92284 SURESNES CEDEX FRANCE.

\*Pour une information complète, consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit de votre pays.

1. Haute Autorité de Santé Commission de la Transparence Avis juillet 2015

RCP 31/08/2017

SERVIER

08/08/2018

19 DIA 0006 C1

**P1. SYNDROMES GERIATRIQUES ET COMORBIDITES DES PATIENTS DIABETIQUES**

**EN COTE D'IVOIRE WAFO MICHELLA, ABODO Jacko**, Service d'endocrinologie, CHU de Yopougon, michella\_wafo@yahoo.fr

**INTRODUCTION** : Le diabète du sujet âgé est en constante augmentation. Les études s'accordent à dire qu'il existe un lien entre le diabète et les syndromes gériatriques. Notre objectif est d'étudier les syndromes gériatriques et les comorbidités du diabète.

**PATIENTS ET METHODES** : Etude transversale à visée descriptive portant sur 61 patients diabétiques âgés de 65 ans et plus, suivis en consultation sur une période de 2 mois. Les patients ont bénéficié de l'évaluation gériatrique standardisée, les comorbidités ont été évaluées à l'aide de l'index de de Charlson

**RESULTATS** : L'âge moyen était de 68,80+/- 3,798 ans. Le sex ratio était de 0,6. Tous les patients étaient atteints d'un DT2. Il évoluait depuis 11,73+/-7,4 ans. L'HbA1c moyenne était de 8,06+/-2,18 %. L'HTA était le facteur de risque cardiovasculaire le plus représenté 60,7%. 55,7% des patients présentaient les complications dégénératives du diabète. 54,1% et 16,4% des patients présentaient respectivement un déficit visuel et auditif. 6,6% et 1,6% des patients avaient une incontinence urinaire et anale. Le score MNA a retrouvé 6,6% de patients dénutris et 44,3% avec risque de dénutrition. Selon la GDS 15, 67,2% présentaient une dépression. Parmi ceux qui ont pu bénéficier du MMSE, 76,6% avaient un déficit cognitif. 9,7% et 62,3% étaient dépendants respectivement pour les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales. Les risques de chute et de maltraitance étaient présents respectivement chez 65,6 % et 11,5% des patients. 67,2% des patients avaient des douleurs chroniques. Le score moyen de Charlson était de 3,92+/-0,73, prédictif d'une mortalité à 1 an de 52%

**CONCLUSION** : Les syndromes gériatriques sont fréquents chez les sujets âgés diabétiques. Il est essentiel de les rechercher pour une prise en charge du patient dans sa globalité, pour ainsi réduire les comorbidités qui influent sur la survie à court terme des patients.

**P2.CATARACTE ET DIABETE : FAUT-IL OPERER ? QUAND OPERER ? POURQUOI OPERER ? COMMENT OPERER ? MOUINGA ABAYI DAVY ALEX, MVE MENGOME EMMANUEL**

Service d'ophtalmologie de l'HIA OBO BP 20404, Libreville, Gabon ; mouingaabayi@yahoo.fr

**INTRODUCTION** : La cataracte est une cause très fréquente de baisse d'acuité visuelle chez les diabétiques. Elle survient plus précocement et le traitement chirurgical s'avère davantage problématique que chez les non-diabétiques. La chirurgie de la cataracte aggrave la rétinopathie diabétique. Faut-il donc opérer ? A partir de deux observations, les auteurs montrent l'intérêt et la nécessité d'opérer la cataracte chez le sujet diabétique.

**Observation 1**

Patient de 62 ans, Diabétique de type 2 sous ADO, qui a consulté pour baisse visuelle bilatérale en rapport avec une cataracte et examen du fond d'œil inaccessible. Après contrôle glycémique, le patient a été opéré par phacoémulsification. Le contrôle à 1 mois a montré une vision à 9/10. Le fond d'œil a montré une rétinopathie diabétique minime à modérée avec un œdème maculaire diabétique bilatérales.

**Observation 2**

Patient de 57 ans, Diabétique type 2 sous ADO, qui a consulté pour baisse visuelle bilatérale réduite à une perception lumineuse avec une cataracte bilatérale. Le fond d'œil était inaccessible. Le patient a été opéré par phacoémulsification. Le contrôle un mois après avait trouvé une vision à 8/10 aux deux yeux, le fond d'œil a montré une rétinopathie diabétique.

**DISCUSSION** : FAUT-IL OPERER ? La cataracte est l'opacification du cristallin qui évolue vers la cécité  
**QUAND OPERER ?** L'indication opératoire est indiscutable quand l'opacification rend impossible l'accès au fond d'œil  
**POURQUOI OPERER ?** Pour l'amélioration de l'acuité visuelle ; mais aussi pour la visualisation du fond d'œil, le diagnostic du stade évolutif de la rétinopathie diabétique.

**COMMENT OPERER ?** Plusieurs techniques opératoires sont disponibles, mais la technique de référence reste la phacoémulsification .

Mots clés : Cataracte, rétinopathie diabétique, œdème maculaire, rétinophotographie, OCT, Gabon

**P3. MORBIDITE DU PIED DIABETIQUE A LA CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE DU CHU SYLVANUS OLYMPIO DE LOME** MOSSI Komi Edem , BALAKA Abago, NEMI Komi Dzidzonou, MOUKAILA Abdou RAZAK, DJIBRIL Mohaman Awalou. Service de medecine interne, CHU Sylvanus Olympio de Lome ;  
Tel 00228 90831483, 07BP14280 LOME,Togo; edemmossi@gmail.com

**Objectif :** Décrire la morbidité du pied diabétique à la clinique médico-chirurgicale du CHU Sylvanus Olympio de Lomé **Méthodologie :** Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée sur une période de 4 ans à la clinique médico-chirurgicale du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Tous les patients hospitalisés pour pied diabétique pendant la période d'étude ont été inclus dans l'étude.

**Résultats :** La fréquence du pied diabétique était de 13,02%. L'âge moyen était de 61,92 ans avec un sexe ratio (H/F) de 1,5. Le diabète de type 2 était prédominant (88,0%). La durée moyenne d'évolution du diabète était de 11,67 ans (extrême 1 an et 24 ans). Le point de départ des lésions était un traumatisme générant une plaie surinfectée dans 72% des cas. Les types de lésion les plus retrouvées étaient la gangrène (66,0%), la nécrose ischémique (12%). Le principal facteur étiopathogénique retrouvé était la neuropathie (78%). L'infection était présente dans 68% des cas. La majorité des lésions (64%) était classée grade 4 et 5 de Wagner. Tous nos patients avaient bénéficié des soins locaux, de décharge mécanique et d'un traitement anticoagulant. Une amputation de membre a été réalisée chez 44% des patients

**Conclusion :** Les lésions du pied sont fréquentes chez les diabétiques à Lomé. Les patients ont été vus à un stade avancé des lésions. Une prise en charge précoce est indispensable pour éviter l'évolution vers une amputation du membre. **Mots clés :** Pied diabétique ; morbidité ; Togo

**P4. DYSFONCTION ERECTILE CHEZ LES DIABETIQUES SUIVIS AU CENTRE ANTIDIABETIQUE D'ABIDJAN (CADA)** DOUZAN ANGE ELVIS JACOB, EKOU KOKORA FRANCK, ACKA KOUAME FELIX, AGOUA A MATHURIN, KOUASSI DINA, PEUHMOND L EILA ANNICK, AYINLA AKANI MARUS, AKE MICHELLE, SABLE PARFAIT S **CENTRE ANTIDI-ABETIQUE D'ABIDJAN (CADA) / INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE (INSP),**  
B.P. V 47 Abidjan - (+225) 20 22 44 04 ; ABIDJAN, Côte d'Ivoire, douzan.jacob@gmail.com

**Introduction :** La prévalence de la dysfonction érectile du diabétique est sous-estimée en Afrique où les problèmes sexuels sont rarement évoqués par les patients. L'objectif était d'évaluer la dysfonction érectile chez les diabétiques suivis au CADA.

**Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'est déroulé au CADA. La fonction érectile a été évaluée à partir de l'index international de la fonction érectile (IIEF5), à partir de cinq questions. Elle a concerné les patients diabétiques de sexe masculin vu en consultation en Décembre 2017.

**Résultats :** Au total 100 patients ont été interrogés. L'âge moyen était de 54,39 ans. Le diabète évoluait en moyenne depuis 7,8 ans. L'hémoglobine glyquée moyen était de 7,83% avec un équilibre métabolique non satisfaisant dans 58% des cas. Les complications dégénératives du diabète étaient retrouvées dans 81.2% des cas, soit 84,4% de la microangiopathie dans des cas dominés par la polyneuropathie 81,2%. Les complications macro vasculaires étaient présentes chez 14 des patients.

La prévalence de la dysfonction érectile était retrouvée dans 76 % des cas dont 8 % de forme sévère, 22 % de forme modérée et 46 % de forme légère. Un retentissement psychologique a été retrouvé dans 80 % de cas avec conjugopathie (52,63%). La dysfonction érectile était associée significativement à l'âge( $p=0,031$ ), à l'équilibre du diabète( $p=0,003$ ), les complications microangiopathies ( $p=0,000$ ) et à polyneuropathie ( $p=0,000$ ).

**Conclusion :** La santé sexuelle, et particulièrement la fonction érectile, est indissociable de la santé globale d'un homme et de son entourage. Les praticiens devraient interroger systématiquement leurs patients sur la fonction sexuelle. **MOTS CLES :** Diabète de type 2, Dysfonction érectile, IIEF5

**P5. OBSERVANCE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 HYPERTENDUS SUIVIS AU CENTRE ANTIDIABETIQUE D'ABIDJAN AGOUA AGOUA MATHURIN, EKOU KOKORA FRANCK, ACKA KOUAME FELIX, AKE-TANO SASSOR ODILE, KOUASSI DINA, PEUHMOND L EILA ANNICK, DOUZAN ANGE ELVIS, CENTRE ANTIDI-ABETIQUE D'ABIDJAN (CADA) / INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE (INSP), B.P. V 47 Abidjan - (+225) 20 22 44 04 ; ABIDJAN, Côte d'Ivoire, agoua.dia@gmail.com**

**Introduction :** Selon l'OMS, la prévalence du défaut d'observance est de 50 %, toutes pathologies chroniques confondues. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'observance simultanée au traitement antidiabétique et antihypertenseur.

**Méthodologie :** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'est déroulée d'Avril à Juin 2016 au CADA. La population d'étude était constituée de 370 diabétiques de type 2 hypertendus âgés de 18 ans et plus, bénéficiant d'un traitement antidiabétique et antihypertenseur depuis au moins 12 mois. L'évaluation de l'observance s'est faite à l'aide de questionnaire de Morisky

**Résultats :** L'âge moyen était de 59,9 ans avec une prédominance féminine et 31,6% de patients non scolarisée. L'absence de couverture sociale était retrouvée chez 2 enquêtés sur 3. Le diabète et l'hypertension artérielle évoluaient respectivement 9,5 ans et 7,3 ans en moyenne. L'équilibre glycémique et tensionnel n'était pas satisfaisant respectivement dans 61,6% et 65,7% des cas. Le traitement antidiabétique oral utilisé par 73% des patients tandis que l'insulinothérapie était présente dans 43,8% des cas. Une plurithérapie antihypertensive était retrouvée chez 8 patients sur 10. Le taux d'inobservance simultanée aux 2 traitements 67,6%. Les facteurs associés étaient le niveau d'instruction ( $p=0,016$ ), la connaissance de la maladie( $p=0,047$ ), l'équilibre métabolique et tensionnel ( $p=0,013$  ;  $0,005$ ), le nombre de médecins traitant( $p=0,001$ ), le nombre de médicaments pris( $p=0,014$ )

**Conclusion :** Ces résultats mettent en lumière la nécessité d'élaborer des stratégies adaptées pour l'amélioration de l'observance des patients atteints de maladies chroniques non transmissibles

**Mots clés :** observance, diabète de type 2, hypertension artérielle, CADA

**P6. UN CAS DE PYELONEPHRITE EMPHYSEMATEUSE AVEC FASCIITE NECROSANTE  
MAGNE MARIE CAROLINE, MANGOUKA Laurette,**

HIA OBO - Département de médecine polyvalente, Hôpital d'Instruction des Armées HIA OBO 20404 Libreville, Gabon. m2caroline@yahoo.fr

**Introduction :** La pyélonéphrite emphysémateuse est une suppuration rénale sévère et rare, survenant préférentiellement chez le diabétique. Elle est caractérisée par la présence de pus et de gaz d'origine bactérienne dans le parenchyme rénal. Elle est exceptionnellement associée à une lithiase obstructive de la voie excrétrice supérieure. La pyélonéphrite emphysémateuse est une urgence médico-chirurgicale au pronostic parfois réservé

**Observation :** Nous rapportons une observation de pyélonéphrite emphysémateuse sur obstacle pyélo-urétéral chez une patiente diabétique de 54 ans, hospitalisée dans le service de Médecine Interne HIA OBO pour colique néphrétique associée à une fièvre et une altération de l'état général. Après confirmation du diagnostic morphologique par la tomодensitométrie, la prise en charge chirurgicale était refusée par la patiente dont l'évolution abâtardie par une antibiothérapie à large spectre se faisait vers une fasciite nécrosante. La patiente décédait 18 mois plus tard dans un contexte de sepsis généralisé à point de départ rénal

**Conclusion :** La pyélonéphrite emphysémateuse est une affection rare, grave et potentiellement mortelle. Elle doit être évoquée devant toute pyélonéphrite chez un sujet diabétique. La Tomодensitométrie abdominale permet de confirmer le diagnostic. La prise en charge doit être précoce et la chirurgie est réservée aux formes graves.

**Mots clés :** Pyélonéphrite, emphysème, fasciite, chirurgie

## P7. PREVALENCE DE LA DYSLIPIDEMIE ET PROFIL LIPIDIQUE DES SUJETS EN SURCHARGE PONDERALE A L'INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE.

EKOU FRANCK KOKORA, MAGNA KRA MARYLINE, KONAN PEUHMOND ANNICK, DOUZAN ANGE, APHALLA OLGA, AKPESSÉ AMARY, ACKA KOUAME FELIX, AKE TANO ODILE, DINARD KOUASSI

INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE, BP V47 ABIDJAN ;ABIDJAN, Côte d'Ivoire,

ekoumajor@yahoo.fr

**Introduction.** Le surpoids et l'obésité constituent un problème majeur de santé publique à cause de sa fréquence élevée ainsi que les comorbidités qui lui sont associées dont la dyslipidémie. Celle-ci est notée chez 20 à 40 % des patients obèses. Le but de notre travail était de déterminer la prévalence, les caractéristiques de la dyslipidémie chez les patients en surcharge pondérale

**Patients et méthodes.** Etude transversale descriptive de dossiers des sujets en surcharge pondérale (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) reçus sur 3 ans (2014 à 2016) par le service de nutrition de l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire. Ont été inclus les dossiers des patients de plus de 18 ans en euglycémie et contenant les résultats du bilan lipidique à l'admission. La fréquence et les caractéristiques phénotypiques de la dyslipidémie ont été étudiés

**Résultats.** Au total 2270 dossiers ont été retenus. Leur âge moyen était de 43,6  $\pm$  11,1 ans avec un pic de fréquence entre 35 et 55 ans (60,3%). On notait une prédominance du sexe féminin (86%) et des ivoiriens (90,7%) dont la moitié appartenait au groupe ethnique Akan. On retrouvait par ailleurs une notion d'obésité familiale (20,2%), de sédentarité (74,8%), de tabagisme (7,2%), de grignotage (50,1%) et d'hyperphagie (36,6%).

La prévalence de l'hypertension artérielle était de 26,1%. Une dyslipidémie était notée chez 1240 patients (54,6 %). Il s'agissait soit d'une hypercholestérolémie pure (83,3%), d'une hypertriglycéridémie (5,1%) ou d'une dyslipidémie mixte (11,5%). Un cholestérol-LDL élevé, un cholestérol-HDL bas et une dyslipidémie athérogène étaient retrouvés respectivement dans 50,4%, 9% et 2,4% des cas

**Conclusion.** La dyslipidémie est impliquée dans le développement des maladies cardiovasculaires en synergie avec d'autres facteurs tels que la surcharge pondérale. Elle nécessite une prise en charge adéquate notamment chez les sujets de notre étude correspondant à des sujets à risque et en prévention primaire.

## P8. CHOLESTEATOME AGRESSIF CHEZ UN SUJET DIABETIQUE : A LA LUMIERE D'UNE OBSERVATION LOUZOLO-KIMBEMBE ROLLY JUNIOR, GHIZLANE EL MGHARI, NAWAL EL ANSARI

2360 avenue IBN Sina CHU Mohammed VI Marrakech, Marrakech, Maroc. rlouzolokimbembe@gmail.com

**Introduction:** Le cholestéatome est une tumeur de l'oreille assez rare, souvent peu diagnostiquée, constituée de cellules riches en cholestérol et qui se constitue dans les suites d'une otite chronique ce qui est le cas sur des terrains d'immunodépression comme le diabète qui fait le lit d'infections récurrents. Nous rapportons le cas d'un cholestéatome chez un diabétique

**Observation :** Patiente de 21 ans, diabétique de type 1, insulinotraitée, présente une tuméfaction rétro auriculaire gauche augmentant progressivement de volume avec notion d'otorrhée purulente chronique et hypoacousie bilatérale. L'examen note une tuméfaction rétro auriculaire et latéro cervicale gauche prenant la région temporale douloureuse, inflammatoire, avec un important abcès collecté sous cutané ayant nécessité une prise en charge chirurgicale (drainage au bloc puis ablation de cholestéatome).

**Conclusion :** Le cholestéatome est une affection rare, pouvant revêtir plusieurs aspects. Son diagnostic est clinique, et son bilan d'extension se base sur le scanner. Le traitement est chirurgical mais consiste aussi chez les patients diabétiques en l'équilibre du diabète. L'accent devrait ainsi être mis sur l'éducation et l'observance pour éviter les récurrences.

**P9. CETOACIDOSE AU COURS DU DIABETE SUCRE A LA POLYCLINIQUE DR LOERI COMBA (PLC) DE MALABO -GUINEE EQUATORIALE KAKE AMADOU<sup>1</sup>, SYLLA DJIBRIL, DIABY MOHAMED M<sup>2</sup>, NGUEMA PASCUAL<sup>1</sup>, CAMARA IBRAHIMA<sup>2</sup>, NGUEMA ELVIRA ANDEME<sup>1</sup>, NGUEMA VICENTE<sup>1</sup>.**

. <sup>1</sup>Service de Médecine Interne, Polyclinique Dr Loeri Comba, Malabo – Guinée Equatoriale

. <sup>2</sup>Service d'Endocrinologie Diabétologie, CHU de Conakry. amadoukake@gmail.com

**Introduction :** Les objectifs de cette étude étaient de rapporter la fréquence de la cétoacidose au Service de Médecine Interne de la PLC de Malabo, d'identifier les facteurs de décompensation et de dégager les difficultés liées à sa prise en charge.

**Méthode :** Nous avons examiné prospectivement, une série consécutive de patients diabétiques hospitalisés à la PLC du janvier à juillet 2013 avec le diagnostic de cétoacidose diabétique. La cétoacidose a été définie par l'association d'une dyspnée d'acidose à une glycémie à jeun  $\geq$  à 250 mg/dl, d'une glycosurie et d'une acétonurie  $\geq$  à deux croix, en estimation semi quantitative

Résultats : 350 patients dont 115 patients diabétiques ont été hospitalisés, parmi lesquels on a recensé 23 cas de cétoacidose diabétique. La prévalence totale était de 6% (20% parmi les patients diabétiques).

Le sexratio était de 1,87. L'âge moyen des patients était de  $35 \pm 10$  ans avec les extrêmes de 16 ans et de 53ans.

Le diabète de type2 était le plus fréquent 77%. Dans la moitié des cas (50%), il s'agissait d'une découverte du diabète.

La totalité des patients avait une glycémie  $>$  à 400mg/dl et au moins une cétonurie à 2 croix.

Quatre-vingt-sept pourcent des patients n'avait reçu aucun thème d'éducation. Trois décès ont été notés (13%)

Les facteurs de décompensation observés étaient : rupture de traitement dans 32, infection dans 77%, erreur diététique dans 68%, un traitement inadapté dans 14%, difficultés de l'insulinothérapie dans (22%.

Les principales difficultés constatées étaient le retard de la prise en charge, l'inaccessibilité des médicaments et des bilans et le manque de formation du personnel à la gestion des urgences diabétologiques.

**Conclusion :** La cétoacidose est fréquente parmi les patients diabétiques hospitalisés à Malabo.

Les facteurs de décompensation identifiés sont accessibles à une éducation ciblée des patients.

**P10. ASPECTS BACTERIOLOGIQUES DES INFECTIONS DE LA MAIN CHEZ LE DIABETIQUE A L'HOPITAL NATIONAL DE NIAMEY (NIGER) MAHAMANE SANI MAHAMANE AMINOU<sup>1</sup>, YAHAYA CHAIBOU<sup>1</sup>, ADA ALI<sup>2</sup>, SANI HAROUNA SOUREYA<sup>1</sup>, BRAH SOULEYMANE<sup>1</sup>, DAOU MAMANE<sup>1</sup>, HAMADOU HAMIDOU<sup>1</sup>, ADEHOSSI ERIC<sup>1</sup> <sup>1</sup>UNIVERSITE ABDOU MOUMOUNI DE NIAMEY, BP: 10896 Niamey, NIGER, aminousani7@yahoo.fr <sup>2</sup>Département de Médecine nucléaire de l'Institut de radio-isotopes Niamey –Niger**

**Introduction :** moins fréquente que les plaies du pied, les infections de la main constituent un motif fréquent d'hospitalisation chez les diabétiques. Elles sont la conséquence de diverses bactéries

L 'Objectif : était de caractériser l'écologie bactérienne en cas de plaie de la main chez les diabétiques, la pratique de l'antibiothérapie et son évolution.

**Méthodologie :** il s'agissait d'une étude transversale qui c'était déroulée du 1er janvier 2015 au 31 octobre 2016 en rétrospectif et du 1er novembre 2016 au 30 avril 2017 en prospectif, soit 28 mois dans le service de médecine interne de l'hôpital National de Niamey.

Résultats : La fréquence des infections de la main chez le diabétique était de 3,74% soit 56 sur 1494 patients diabétiques. Parmi Ces patients le diabète de type 2 représentait 60,7% des cas. Les lésions étaient dominées par les abcès 57,1%, les phlegmons, 23,2% et les panaris, 10,7% des cas. La culture avait été réalisée chez 39 patients soit 69,6 % des cas. Dans 9% des cas, cette culture a été négative. Le staphylocoque aureus était germe le plus isolé avec 47,25% des cultures positives, suivi de klebsiella dans 20,58%. Les imidazolés, les  $\beta$ -lactamines, les quinolones et les aminosides étaient les classes d'antibiotiques principalement utilisés, dans respectivement 55,35%, 50%, 32,14% et 19,64%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 14,10 jours avec des extrêmes de 1 et de 35 jours. L'antibiothérapie, l'insulinothérapie les soins locaux, le décapage chirurgical,

la mise à plat chirurgicale et la désarticulation avaient permis une bonne évolution dans 73,2% des cas

**Conclusion :** Les infections de la main du diabétique sont fréquentes, elles sont le plus souvent monomicrobienne, a staphylococcus aureus sensibles aux antibiotiques usuels.

**Mots clés :** main, diabète, infection, bactérie, Niamey

**P11 ETATS DES LIEUX DU DIABÈTE À L'HÔPITAL DU MALI : BILAN D'ACTIVITÉ DE 3 ANS ET 3 MOIS**  
**TCHAWA KUICHEU LEATTITIA<sup>1</sup>, D. S. SOW<sup>2</sup>, B. TRAORE<sup>2</sup>, M. MARIKO<sup>2</sup>, A. KONE<sup>2</sup>, A. T. SIDIBE<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Service d'Endocrinologie- Diabétologie CHU Yopougon/ Abidjan/ Cote d'Ivoire, leattiticha@gmail.com

<sup>2</sup>Service de médecine/ Endocrinologie hôpital du Mali

Introduction : Le diabète est une maladie chronique qui connaît une nette progression et constitue un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne. La présente étude visait à étudier les affections métaboliques à l'hôpital du Mali ; nouvelle structure de référence dans la prise en charge des,9 avec une prédominance du sexe féminin (sex-ratio de 0,77). Le diabète de type 2 occupait une proportion de 65,9% sur l'ensemble des cas de diabète.

Les complications aiguës métaboliques avaient été retrouvées dans 19,4% avec une prédominance de la céto-acidose (14,5%). Concernant les complications chroniques ; la macro-angiopathie était présente dans 13,75% ; la microangiopathie dans 19,20%. Parmi les patients diabétiques de sexe masculin, 2,98% présentaient une dysfonction érectile. Le pied diabétique occupait une proportion de 8,47% ; 7 cas de plaies de la main ont été rapportées soit 0,6%. Les complications infectieuses constituaient 15,39% des cas avec une prédominance des infections uro-génitales et pulmonaires. L'HTA était associée au diabète dans 24,13%. L'évolution en hospitalisation était marquée par 77,35% de rémission, 8,65% de décès et 14% de sortie contre avis médical.

Conclusion : Le diabète reste encore émaillé de complications dans une proportion importante des cas conduisant pour certains d'entre eux à des décès. Une prise en charge adéquate et rapprochée des patients pourrait renverser la tendance. Mots-clés : Diabète-Endocrinologie- Etat des lieux- Hôpital du Mali.

**P12. PREVALENCE DU SYNDROME METABOLIQUE CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 A L'HOPITAL DU MALI BAH TRAORE, SOW DJENEBA SYLLA, MARIKO MODIBO, DORINE WC, BAH MOCTAR, TOURE ASSA TRAORE, TOGO AMAGARA, KONE AMADOU, SIDIBE ASSA TRAORE.**

Hopital du Mali, BP1802, Mali ; bahgeni79@gmail.com

Introduction : Le syndrome métabolique est un groupe d'anomalies métaboliques et vasculaires responsables d'une augmentation du risque de diabètes de type 2 et des maladies cardiovasculaires. Le but de l'étude est de déterminer la fréquence du syndrome métabolique chez les patients diabétiques de type 2.

Méthode : étude prospective et descriptive qui s'est déroulée dans le service de Médecine et d'Endocrinologie de l'hôpital du Mali pendant 6 mois. Les critères de la FID 2005 ont été utilisés pour diagnostiquer le syndrome métabolique

Résultats : trente-cinq patients diabétiques de type 2 recrutés selon les critères d'inclusion soit une fréquence hospitalière de 33,33%. Sex ratio : 0,45 et l'âge moyen 56,31 ans. Tous les patients avaient une obésité abdominale, 62,85 % était hypertendus ; 51,42 une hypertriglycéridémie, 54,28 % taux d HDLc bas et 74,28 % LDLc élevé

Conclusion : Le syndrome métabolique est une entité pathologique dont l'incidence de plus en plus croissante dans nos régions. Responsable de complications telles que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle et les accidents cardiovasculaires qui mettent en jeu le pronostic fonctionnel et vital du patient

Mots clés : Syndrome métabolique - obésité – diabète de type 2 – dyslipidémies



**P13. PROBLÉMATIQUE DES AMPUTATIONS DU PIED DIABÉTIQUE A L'HÔPITAL DU MALI DE BAMAKO  
TRAORE DJENEBOU, SOW DJENEBA SYLLA, KONATE MASSA, MA, DEMBELE BD, TRAORE BAH,  
KONE AMADOU, MARIKO MODIBO, BAH MOCTAR, SIDIBE ASSA TRAORE**

Hopital du Mali, BP1802, Mali ; monopolytra@yahoo.fr

Introduction : Plaie du pied diabétique constitue est un réel problème de santé publique, 10% des motifs d'hospitalisation. Le risque d'amputation est de 10 à 30 fois plus élevé chez les diabétiques que la population générale

Objectif : Etudier la problématique des amputations du pied diabétique

Méthode : Etude descriptive et retro-prospective qui s'est déroulée dans le service de médecine et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali du 1er Juillet 2016 au 30 Juin 2017.

Résultats : 25 patients diabétiques ont été recrutés dans notre étude.

L'âge moyen était de  $61,28 \pm 10,093$  ans avec un sex ratio de 0,66. Tous nos patients étaient des diabétiques de type 2. A l'admission, 100% de nos patients avaient une artériopathie, 96% une neuropathie, et un pied mixte (composante neurologique, vasculaire et infecté) dans 80%. Un mauvais équilibre glycémique (HbA1c) chez 64% des patients ; l'ostéite dans 52% des cas ; 92% des patients avaient un risque d'amputation à 100% selon la classification de l'université du Texas. Près de la moitié soit 46% des patients ont été amputé au niveau de la jambe. Nous avons enregistré 1 cas de décès soit 4%

Conclusion : La problématique de l'amputation des pieds diabétiques est fonction des complications évolutives chroniques du diabète

Mots clés : Pied diabétique, classification de Texas, Amputation, Hôpital du Mali.

**P14. PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA NEPHROPATHIE DIABETIQUE AU SERVICE DE NEPHROLOGIE ET D'HEMODIALYSE DU CHU POINT G (BAMAKO)  
BAH TRAORE, MARIKO MODIBO, SOW DJENEBA SYLLA, BAH MOCTAR, TOURE ASSA TRAORE,  
TOGO AMAGARA, KONE AMADOU, FONGORO SAHARE, SIDIBE ASSA TRAORE.**

Hopital du Mali, BP1802, Mali ; bahgeni79@gmail.com

Introduction : Le diabète est une maladie chronique qui se singularise surtout par des complications aiguës et chroniques (micro et macro angiopathies) dont la néphropathie diabétique. L'objectif était d'évaluer la nature de la prise en charge de la néphropathie diabétique.

Méthodologie : étude prospective, descriptive et transversale de 12 mois.

Résultats : 50 patients ont été colligés dont 72% avait une néphropathie diabétique. Le sex ratio était de 2.57 avec un âge moyen de  $67.5 \pm 4.52$  ans. Les différents types d'insuffisance rénale : débutante (37.50%), modérée (16.67%) et terminale (48%). La prise en charge concernait pour le diabète : insuline (72%), ADO (16%) et régime seul (12%). Pour la néphropathie diabétique : difficulté de réalisation de la FAV : 66.67%, dialysés : 20% (dont 91.67% trois séances par semaine), non dialysés : 52%. L'évolution : 24% de décès parmi les non dialysés

Conclusion : le meilleur traitement médicamenteux est le régime hypoprotidique, l'insulinothérapie et un IEC si HTA associée à la néphropathie. La dialyse reste le meilleur moyen avant la transplantation rénale, encore pas disponible chez nous.

Mots clés : Diabète, Néphropathie diabétique, Hémodialyse, CHU Point G

**P15. PROBLEMATIQUE DES MESURES HYGIENO DIETETIQUES CHEZ LES DIABETIQUES DANS LES UNITES DE PRISES EN CHARGE DU DIABETE A BAMAKO DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE STEPS WISE BAH TRAORE, MARIKO MODIBO, COULIBALY ISSA, SOW DJENEBA SYLLA, BAH MOCTAR, TOURE ASSA TRAORE, BERTE BREHIMA, TOGO AMAGARA, SIDIBE ASSA TRAORE.** Hopital du Mali, BP1802, Mali ; bahgeni79@gmail.com

Introduction : Le diabète est une maladie chronique, dont la prise en charge nécessite des mesures hygièno diététiques.

L'objectif de l'étude était d'étudier le vécu des patients diabétiques face aux règles hygièno diététiques.

Méthode : étude prospective, descriptive de 12 mois dans les CSRéf des communes du district.

Résultats : l'étude a concerné 652 diabétiques répartis entre 5 centres de santé. Le sex ratio était de 0.56. 68% des patients préparait leur repas, la non observance des règles hygièno diététiques concernait : 70.97%, selon les patients ces difficultés venaient de : l'âge avancé (54.55%), non scolarisés (46%), environnement social (77.00%), dénis de la maladie (84.64%) et difficultés financières (19%). Selon les prestataires, les difficultés étaient : moyen financier, l'âge, mythes et croyances sur le diabète, les tradithérapeutes et l'insertion familiale

Conclusion : les conditions socio culturelles et économiques ont un grand rôle dans l'instauration d'un régime hygièno diététique chez un patient diabétique, sans oublier la diversité culinaire selon les régions, les ethnies et même souvent selon l'âge avancé.

Mots clés : Diabète, Mesures Hygièno Diététiques, Approche STEPS WISE, CSRéf, Bamako

**P16. L'HYPERTENSION ARTERIELLE CHEZ LES DIABETIQUES DE TYPE 2 NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUE A L'HOPITAL DU MALI DE BAMAKO BAH TRAORE, KONATE MASSAMA, MARIKO MODIBO, SOW DJENEBA SYLLA, MILLOGO ROSINE, BAH MOCTAR, TOURE ASSA TRAORE, TOGO AMAGARA, SIDIBE ASSA TRAORE.** Hopital du Mali, BP1802, Mali ; bahgeni79@gmail.com

Introduction : Le diabète est une maladie chronique, invalidante et couteuse. C'est un facteur de risque cardiovasculaire qui s'accompagne de complications et est associé à d'autres facteurs de risque au diagnostic notamment l'HTA. Notre objectif était d'étudier l'aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'HTA chez les diabétiques de type 2 nouvellement diagnostiqués

Méthode: étude transversale, descriptive de 6 mois

Résultats : 64 patients ont été colligés. Sex ratio de 0,72. Age moyen de 58,23 +/-11,81 ans. 14% des patients avaient un antécédent familial de diabète et d'HTA. L'HTA a précédé le diabète dans 54.7% des cas. 21,9% des patients avaient une HTA grade II et 6,2% une HTA grade III. L'HTA était traitée par inhibiteur du système rénine angiotensine aldostérone et diurétique (53%), un inhibiteur du système rénine angiotensine (26,6%) et un inhibiteur calcique (18.8%). Le diabète était traité par ADO (73.4%), par insuline (36%) et par association insuline et ADO (9.4%)

Conclusion : La coexistence HTA et diabète de type 2 est fréquemment rencontrée dans la pratique clinique. La prise en charge de l'HTA devrait se faire précocement afin de prévenir les complications.

Mots clés : Diabète, HTA, Hôpital du Mali

**P17. COMPLICATIONS CHRONIQUES CHEZ LES DIABETIQUES DE TYPE 2 NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUES ET HYPERTENDUS A L'HOPITAL DU MALI TRAORE BAH, SOW DJENEBA SYLLA, MARIKO MODIBO, KONATE MASSAMA, MILLOGO ROSINE, BAH MOCTAR, TOURE ASSA TRAORE,**

Togo Amagara, Sidibe Assa Traore Hopital du Mali, BP1802, Mali ; bahgeni79@gmail.com

**Introduction :** Le diabète est une pathologie chronique et constitue l'une des principales causes d'incapacité et de décès dans le monde. Il est source de nombreuses complications dont la prise en charge est souvent difficile pour les soignants et trop coûteuse pour les patients et leurs familles. L'objectif était d'étudier les complications chroniques chez les diabétiques de type 2 nouvellement diagnostiqués et hypertendus.

**Méthode :** étude transversale, descriptive de 6 mois

**Résultats :** 64 patients hypertendus et diabétique de type 2 nouvellement diagnostiques ont été colligés sur lesquels 15 ont été hospitalisés (23.4%) et 49 vus en externe (76.6%). Le sex ratio était de 0,72. Age moyen de 58,23 +/-11,81 ans. Les complications microangiopathiques étaient la neuropathie diabétique (62,55%), la rétinopathie diabétique (15,27%), la maladie rénale diabétique (8,36%). Les complications macroangiopathiques étaient l'artériopathie des membres inférieurs (17,81%), l'accident vasculaire cérébral (10,18%) et la coronaropathie (6,18%)

**Conclusion :** Le diabète de type 2 demeure un problème majeur de santé publique par sa fréquence élevée et par ses complications chroniques qui peuvent exister dès le diagnostic initial, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce avec une prise en charge adaptée.

**Mots clés :** Diabète type 2 – HTA – complications chroniques – hôpital du Mali

**P18. EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE (QDV) DES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 DANS LE SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE- DIABETOLOGIE DU CHU DE YOPOUGON, ABIDJAN**

YAO ASSITA, KOFFI Dago pierre, HUE Lou Adelaïde, Danho Jocelyne, Traore mory, Laubhouet marie- danielle, Sanogo Mamadou, Abodo Jacko, Lokrou Adrien 02 BP 621 ABIDJAN 02, Côte d'Ivoire ; y.assita@yahoo.fr

**Introduction :** La qualité de vie est un élément important à prendre en compte dans la prise en charge des patients atteints de la maladie diabétique. L'objectif de ce travail était d'évaluer la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 suivis au CHU de Yopougon. **Patients et méthode :** Etude transversale à visée descriptive menée sur une période de 3 mois (01 mars au 31 mai 2018). Etaient inclus tout patient diabétique de type 2 depuis au moins une année venu en consultation de Diabétologie au CHU de Yopougon. La qualité de vie était évaluée grâce à l'échelle ADDQOL (Audit of diabetes dependent quality of life)

**Résultats :** 168 patients ont été interrogés dont 69,6% était de femmes. La moyenne d'âge était de 57 ans. Nous avons enregistré un taux de scolarisation satisfaisant (66,47%) et la durée moyenne d'évolution du diabète était de 8,6 ans. 66,67% des patients avaient au moins une complication dégénérative. Les antidiabétiques oraux étaient les plus prescrits (44,79%) et l'équilibre métabolique était peu satisfaisant (HBA1C=7,78%). La quasi-totalité des patients interrogés avait une mauvaise QDV avec un score moyen de -30,54. Les domaines de la vie les plus altérés étaient : la liberté de boire et manger, la situation financière, l'apparence physique et la motivation. Les sujets de sexe masculin, les patients non scolarisés et ceux vivant en zone rurale ont une qualité de vie plus altérée. Il existe un lien entre le genre et la qualité de vie (p=0,04). Les patients insulino-traités ont une mauvaise qualité de vie en comparaison à ceux traités par les ADO mais il n'existe pas de corrélation significative (p= 0,06).

**Conclusion :** La qualité de vie des patients diabétiques doit être évaluée et les principaux aspects de la vie courante touchés identifier afin de pouvoir en tenir compte de la prise en charge globale de ses patients.

**P19. LÉSIONS OSTÉOARTICULAIRES CHEZ DIABÉTIQUE HOSPITALISÉ DANS LE SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE DU CHU DE YOPOUGON TRAORE MORY, HUE ADELAÏDE, YAO ASSITA, DANHO JOCEYLINE, KOFFI DAGO PIERRE, SANOGO MAMADOU , ABODO JACKO.**

Service d'Endocrinologie Diabétologie CHU de Yopougon, 08 BP 264 ABIDJAN 08 ABIDJAN, Côte d'Ivoire, doctramor1973@gmail.com

Introduction : Les complications du diabète sont très souvent associées à une pléthore d'affections entre autres les lésions ostéoarticulaires.

Cadre et méthode : étude transversale, descriptive et analytique portant sur 120 dossiers de patients hospitalisés sur 2048 dans la période du 02 février 2002 au 31 octobre 2013. Elle s'est déroulée dans le Service d'Endocrinologie Diabétologie (SED) du CHU de Yopougon.

Résultats : il ressort de cette étude, une prévalence féminine de 59,1% des cas et une sex-ratio de 0,69.

Âge prédominante a été celle de plus de cinquante ans ( $68,67 \pm 10,15$  ans). Un bas niveau socio-économique (54%) des patients, le diabète de type 2 putatif (95,8%). 51,6% étaient d'ethnie KWA et la plus fréquente des complications avait été la polyneuropathie avec 60,84% des cas. En tout 5,86% de diabétiques ont présenté une lésion ostéoarticulaire, classée comme suit :

- 91,16% de pathologie articulaire dégénérative (75% de lombarthrose, 20,9% de gonarthrose, 20% discarthrose, 13,33% cervicarthroses)
- 5% de pathologie abarticulaire (périarthrite scapulohuméral.
- 3.34% d'autres lésions ostéoarticulaires (1.16% maladie de Forestier, 0.84% d'ostéoporose et 0.84% de goutte)

Conclusion : Les lésions ostéoarticulaires du diabétique, bien que n'étant pas liées directement à leur affection, sont de plus en plus fréquentes. Pour réduire leur prévalence, une prise en charge globale doit être effectuée par les agents de santé. Mots clés : Lésions ostéoarticulaires – diabète – périarthrite scapulohumérale.

**P20. PREVALENCE DU SYNDROME METABOLIQUE CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 A L'HOPITAL DU MALI**

B. Traoré \*1, D. S. Sow1, M. Mariko1, Dorine W.C1, M. Bah1, A.T. Touré1, B. Berté, A. Togo1, B. Dramé1, A. Koné1, I. Nientao1, I. Maïga1, A. Djibo1, D. Traoré1, A.T. Sidibé1.

1 Service de Médecine et d'Endocrinologie, Hôpital du Mali, BP1802, Mali ; bahgeni79@gmail.com

Introduction : Le syndrome métabolique est un groupe d'anomalies métaboliques et vasculaires responsables d'une augmentation du risque de diabètes de type 2 et des maladies cardiovasculaires. Le but de l'étude est de déterminer la fréquence du syndrome métabolique chez les patients diabétiques de type 2.

Méthode : étude prospective et descriptive qui s'est déroulé dans le service de Médecine et d'Endocrinologie de l'hôpital du Mali pendant 6 mois.

Les critères de la FID 2005 ont été utilisé pour diagnostiquer le syndrome métabolique

Résultats : trente-cinq patients diabétiques de type 2 recrutés selon les critères d'inclusion soit une fréquence hospitalière de 33,33%. Sex ratio : 0,45 et l'âge moyen 56,31 ans. Tous les patients avaient une obésité abdominale, 62,85 % était hypertendus ; 51,42 une hypertriglycémie, 54,28 % taux d HDLc bas et 74,28 % LDLc élevé

Conclusion : Le syndrome métabolique est une entité pathologique dont l'incidence de plus en plus croissante dans nos régions. Responsable de complications telles que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle et les accidents cardiovasculaires qui mettent en jeu le pronostic fonctionnel et vital du patient. **24**

## **P21. NOTRE EXPERIENCE DE L'UTILISATION DE L'INSULINE AU SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER DE LIBREVILLE**

Ntyonga-Pono Marie-Pierrette, Nsame Daniela, Émeline Mbina-Guidat, Peggy Bilogue, Natacha Bilihi Boubeya, Ludvine Bifoume Ndong, Chantal Kakou Mayaza, Eric Baye, Gorra Marie Felix Agathe. BP7369, LIBREVILLE, Gabon ; prntyongapono@yahoo.fr

**INTRODUCTION :** Le diabète sucré connaît une progression galopante de par le monde y compris au Gabon, et il y aurait environ 7% de diabétiques au Gabon (IDF) dont la majorité de type2. .

Mais il y a aussi des diabétiques de type 1 et d'autres types qui ont besoin d'insuline y compris les diabétiques de type 2 transitoirement, ou lorsque le diabète devient insulino-réquerant

**BUT DU TRAVAIL :** Présenter notre expérience d'utilisation des insulines au service d'endocrinologie du CHUL

**PATIENTS ET METHODE :** Étude rétrospective transversale sur 2 mois au Service d'endocrinologie du CHUL. Echantillon : 100 patients hospitalisés entre le mois de Juin et Juillet 2016 tirés au hasard sur 154 hospitalisés au service d'endocrinologie.

**RÉSULTATS:** I- Données démographiques 95 adultes et 5 enfants. Âge moyen 52,97ans [9- 86ans].

64%Femmes et 36% Hommes

II-Traitement avant l'admission 41% des patients sous ADO, 25% sous insuline, 32% sans traitement (nouveaux diabétiques) et 2% non précisés . III-Traitement à la sortie 64% des patients sous insuline, 20% sous ADO+ insuline, 13% sous ADO, 2% sous mesures hygiéno-diététiques seules, 1% rien (décédé).

Types d'insuline utilisées : Insulines prémix (Mixtard30, Novomix 30, Umuline profil30) 41patients (64,77%) Mixtard+Actrapid 8(12,5%), Lantus bedtime 5(7,2%), Lantus+Novorapid 4 (6,2%), Levemir + Actrapid 3 (4,69%), Insulatard 3(4,69%).

**DISCUSSION :** 68% de nos patients sortent sous insuline sous différentes formes ou en association aux ADO. Ce taux qui semble élevé correspond en réalité à une insulinothérapie transitoire au décours d'un déséquilibre aigu ayant motivé l'hospitalisation (hyperglycémies majeures, coma acido-cétosique, coma hyperosmolaire, ...). Par la suite certains de ces patients seront sevrés d'insuline, d'autres par contre auront besoin d'insuline pour rester équilibrés. Les insulines prémix faciles d'emploi sont les plus utilisées, mais n'assurent pas toujours un équilibre optimal.

Le schéma basal bolus est prescrit chez environ 10% des patients car contraignant et peu suivi par de nombreux patients.

## **P22. FACTEURS ASSOCIES AU DIABETE SUCRE CHEZ LES PVVIH SUIVIS DANS LE NORD BENIN ZINSOU F1. ALASSANI A2. GNINKOUN J1. DJROLO F1.**

1. Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou 2. Centre Départemental Universitaire du Borgou/Alibori

**Introduction :** L'avènement des ARV dans le traitement du VIH a bouleversé l'histoire naturelle de la maladie avec pour corollaire un allongement de l'espérance de vie des PVVIH. Désormais, ils sont exposés aux risques de maladies cardiovasculaires et de diabète sucré comme le reste de la population générale.

En plus de ces risques traditionnels, ils font face à des risques spécifiques liés au VIH ou à son traitement. L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence du diabète sucré et les facteurs associés au sein de la population des PVVIH du nord du Bénin.

**Méthodologie :** C'est une étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisée en service de médecine interne du CHUD-B/A du 08 Avril au 15 Août 2016. Un modèle de régression logistique multivariée a permis d'identifier les facteurs associés au diabète sucré chez les PVVIH de notre série.

**Résultats :** sur les 214 sujets inclus, on dénombrait 145 femmes et l'âge moyen était de  $43,5 \pm 11,2$  ans. La prévalence du diabète a été estimée à 5,14% avec un IC à 95% de [2,76% - 5,44%].

La notion de diabète familiale a été identifiée comme facteur associé avec un RC=5,47 IC à 95% [1,22 – 95,43].

### **P23. ETUDE DE LA NEPHROPATHIE CHEZ LE SUJET DIABETIQUE AU CHU DE YOPOUGON : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES. A HUE<sup>1</sup>, J ABODO<sup>1</sup>, H YAO<sup>3</sup>, PD KOFFI<sup>1</sup>, F KOUASSI<sup>1</sup>, A YAO<sup>1</sup>, J DANHO<sup>1</sup>, A DERBE<sup>1</sup>, M SANOGO<sup>1</sup>, K M'BAÏMAN<sup>1</sup>, A AZOH<sup>1</sup>, T MORY<sup>1</sup>, M FOTSO<sup>1</sup>, A NGUESSAN<sup>1</sup>, B YAPO<sup>1</sup>, P MONEMO<sup>2</sup>, A LOKROU<sup>1</sup>**

1-Service d'Endocrinologie-Diabétologie du CHU de Yopougon

2-Service de Réanimation du CHU Yopougon

3- Service Médecine Interne du CHU de Treichville.

**INTRODUCTION :** La néphropathie diabétique est une complication majeure du diabète, qui évolue vers l'insuffisance rénale [13,6]. Il s'agit d'une affection fréquente en occident. Le traitement de l'hyperglycémie, de l'hypertension artérielle et de la protéinurie permet une régression de la lésion [5,3] . En Côte d'Ivoire la prévalence est mal connue. L'objectif est d'indiquer la prévalence de la néphropathie diabétique et de décrire le profil des patients atteints au Service d'Endocrinologie Diabétologie du CHU Yopougon.

**METHODOLOGIE :** Etude rétrospective réalisée sur 12 mois au service d'Endocrinologie-Diabétologie du CHU de Yopougon. Les données socio-démographiques et clinico-biologiques ont été analysées. La macroprotéinurie a été déterminée à la bandelette urinaire et la microalbuminurie sur urine de 24h, positive(>30mg/24h), ou sur urine instantanée, positive (>20mg/L). Le test du Khi2 a été utilisé avec le seuil de significativité pour  $p=0,05$ .

**RESULTATS :** L'âge moyen était de 60 ans. Le sex-ratio = 0,87. Le diabète de type 2 était présent dans 98,61% des cas. Le niveau socio-économique était moyen dans 42,5% des cas. Les facteurs de risques cardiovasculaires étaient dominés par l'HTA (66,35%). La moyenne glycémique était de 1,44 g/l et la durée moyenne du diabète était de 11,82 ans. Les complications du diabète étaient présentes dans 77,3% cas ; dont 68% de micro angiopathies. La prévalence de la néphropathie diabétique était de 55% avec 83% de microalbuminurie.

**CONCLUSION :** La micro albuminurie est une complication sous diagnostiquée ; Elle évolue vers l'insuffisance rénale. Elle mérite une attention particulière dans la prévention.

**Mots clés :** diabète, néphropathie, micro albuminurie.

## **P24.ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX CHEZ LE DIABETIQUE: EXPERIENCE DE LA CLINIQUE MEDICALE II DU CENTRE HOSPITALIER ABASS NDAO DE DAKAR**

**SOW D, DIEDHIOU D, NDOUR M A, DIALLO IM, KA-CISSE M, SARR A, NDOUR MBAYE M**

Clinique Médicale II, Centre Hospitalier Abass Ndao, UCAD, Dakar ; Email: drdjiby@yahoo.fr

**Introduction :** L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques sociodémographiques et les Facteurs de Risque cardio-Vasculaires (FRV) des patients admis pour accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans un service autre que celui de la neurologie. **Méthodes :** étude transversale rétrospective sur une période de six ans (janvier 2012 et décembre 2017), réalisée au service de médecine interne du centre hospitalier Abass Ndao de Dakar.

**Résultats :** il s'agissait de 79 adultes avec un âge moyen de 64,67 ans, une prédominance féminine (51,89%). Les facteurs de risque majeurs retrouvés étaient l'HTA dans 74,68%, la dyslipidémie dans 32,35% , le tabagisme dans 6,32% des cas. Les motifs de consultation étaient un trouble de la conscience dans 27,4% des cas, l'hémiplégie dans 43,3% des cas, les céphalées dans 18,98% des cas, les vertiges dans 8,86% et la dysarthrie dans 10,12% des cas. La tension artérielle systolique moyenne était à 150 mmHg, la tension artérielle diastolique moyenne était à 86 mmHg. La glycémie moyenne était à 3g/l. Les AVC étaient associés à une HVG dans 30,55% des cas. Les AVC ischémiques représentaient 74,68%. L'évolution a été marquée par un décès dans 20,25% des cas.

**Conclusion :** Les AVC constituent un problème majeur de santé publique. Malgré sa prédominance féminine, ils (AVC) touchaient 48,10% des hommes dans notre étude lorsqu'on sait qu'en Afrique l'activité sociale repose sur les hommes. Ils restent une pathologie grave chez le diabétique par la forte létalité.

**Mots-clés :** Afrique – complications chroniques – diabète – mortalité.

## **P25.ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET EVOLUTIFS DU DIABETE SUCRE DE TYPE 1**

**A POINTE-NOIRE CL ELENGA-BONGO<sup>12</sup>, E BOUENZABILA<sup>13</sup>, RL MAYANDA<sup>13</sup>, PB ITSOUKOU-NZOUZI<sup>2</sup>, HG MONABEKA<sup>13</sup>**

- 1- Faculté des Sciences de la Sante, Université Marien Ngouabi de Brazzaville ; ; delouma@gmail.ru
- 2- Hôpital Général Adolphe SICE de Pointe-Noire
- 3- Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

**Introduction :** Le diabète sucre type 1 concerne 5-10% des étiologies des diabètes. Il s'agit d'une pathologie chronique de l'enfant nécessitant une prise en charge rigoureuse, incluant insulinothérapie et éducation thérapeutique. Cette insuline vitale pour ces jeunes patients souvent démunis n'est toujours pas accessible (cout élevé). Au Congo depuis 2012 la prise en charge du diabète de type1 est facilitée par le programme « Life for a Child » de la Fédération Internationale du Diabète.

**But de l'étude :** Décrire les aspects épidémiologiques et évolutifs du DST 1 à Pointe-Noire.

**Evaluer l'efficacité de l'appui du programme « Life for a child » dans la PEC des DST1.**

**Patients et Méthode :** Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans la période de Décembre 2010 à Aout 2018, dans le Service de Diabétologie de l'Hôpital Général Adolphe SICE de Pointe-Noire.

**Ont été inclus tous les patients diabétiques type1, diagnostiques ou vus en consultation sur cette période.**

**Les paramètres étudiés sont :** le sexe, l'âge, l'incidence annuelle, les complications aiguës et facteurs, durée du diabète, l'HbA1c et l'évolution. Les données ont été analysées par epi info 7.2.1.0, avec usage des tests de Student et Khi-2

Résultats : Au total 109 patients, 51,26% de sexe féminin et 48,74% de sexe masculin. L'âge moyen est de 19,75±5,90 [ext 1- 29 ans] (au moment du diagnostic 15,45±5,18 [ext 0- 25 ans]). Le type 1 représentait 98,32% des diabètes. La prévalence de la cétose/cet acidose (sauf l'épisode inaugural) est de 47,90% (dans le projet LFAC elle est de 45,87%). Les causes sont dominées par l'arrêt du traitement (66,67%), dans le LFAC- 64,0% et les infections (33,33%). L'incidence annuelle du DST1 varie de 13cas/an en 2012 et 2016 à 15 cas/ans en 2017, avec un pic à 18 cas/an en 2014. La mortalité est de 13,76% des cas (73,33% en dehors du service). L'âge moyen des patients décédés est de 18,0±5,38 [ext 7- 26 ans], avec une durée moyenne de vie avec le diabète de 3,83 ans [0,5 -10 ans]. L'HbA1c moyenne est de 11,30% [5,4- 18,4]

Conclusion : Cette étude montre que le DST1 n'est pas rare à Pointe-Noire. La facilitation de l'accès au médicament par le LFAC a amélioré la sensibilisation. La PEC demeure paradoxalement difficile (hospitalisations, mortalité) nécessitant une focalisation sur l'éducation thérapeutique.

## **P26. CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES DIABETIQUES SUR LA RELATION ENTRE AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES ET DIABETE.GNINKOUN J. (1), ALLOKPE L. (1), ALASSANI A. (1) , DJROLO F. (1),**

Service d'Endocrinologie Maladies métaboliques et Nutrition, CNHU-HKM, Cotonou, Bénin.

Correspondance: julesla67@yahoo.fr

Introduction : Les affections bucco-dentaires sont fréquentes chez le patient diabétique. La connaissance du lien entre les affections bucco-dentaires et le diabète constitue un point important de prévention. L'objectif de ce travail était d'évaluer les connaissances et attitudes des diabétiques sur de la relation entre les affections bucco-dentaires et le diabète.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive qui s'est déroulée du 12 juillet au 12 août 2016 dans le service d'Endocrinologie du CNHU-HKM de Cotonou. Les diabétiques ayant donné leur consentement ont été inclus dans l'étude. Un score a été défini en fonction des réponses correctes apportées par les patients en matière de connaissances et d'attitudes sur la relation entre les affections bucco-dentaires et le diabète. Chaque bonne réponse a été quottée à 1 point et chaque réponse différente de la bonne à 0 (zéro) point. Les niveaux de connaissance et d'attitude ont été jugés faibles pour un score inférieur à 50%, satisfaisants pour un score compris entre 50 et 75% et très satisfaisants pour un score supérieur à 75%.

Résultats : Au total 101 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 48 ± 13,93 ans avec des extrêmes de 9 et 76 ans et 57,43% des patients étaient de sexe féminin. Dans 76,24% des cas la durée d'évolution de diabète était inférieure 5 ans. Les patients ignoraient l'existence du lien entre affections bucco-dentaires et diabète dans 85,15% des cas. Le niveau global de connaissances des patients était faible dans 78,22% des cas, satisfaisant dans 16,83% des cas et très satisfaisant dans 4,95% des cas.

Le niveau global d'attitudes était faible dans 97,03% des cas.

Conclusion : Les niveaux de connaissances et d'attitudes des patients diabétiques étaient faibles. Une communication axée sur les affections bucco-dentaires et le diabète entre professionnels de santé et le diabétique s'avère donc très important.

Mots clés : Diabète, carie dentaire, parodontopathie.



## **P27. LES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES CHEZ LES DIABETIQUES CONGOLAIS** **C.L ELENGA-BONGO<sup>12</sup>, E. BOUENIZABILA<sup>13</sup>, R.L MAYANDA<sup>13</sup>, C.C MOUSSAVOU<sup>2</sup>, H.G MONABEKA<sup>13</sup>**

- 1- Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi de Brazzaville ; delouma@gmail.ru;
- 2- Hôpital Général Adolphe SICE de Pointe-Noire
- 3- Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Introduction : Le diabète sucré (DS) est une pathologie en permanente progression, constituant un réel problème de santé publique. Il est souvent associé aux facteurs de risque cardiovasculaires contribuant à l'augmentation du risque de la survenue des complications. En 1998 Monabeka et al. Rapportait une faible prévalence hospitalière de l'HTA chez les diabétiques (11,71%) l'enquête STEPS (Kimball, 2004) la prévalence du DS et de l'HTA était respectivement de 7% et 32,5% de la population adulte à Brazzaville. Nous rapportons les caractéristiques épidémiologiques des FRCV dans la population diabétique congolaise. But de l'étude : Déterminer la prévalence des FRCV dans une population diabétique congolaise urbaine et rurale.

Patients et Méthode : Il s'agit d'une étude multicentrique rétrospective transversale allant de décembre 2010 à décembre 2017, basée sur l'analyse des données des patients vus en consultation ou en hospitalisation dans les centres de dépistage et prise en charge du diabète, formés dans le cadre du projet de décentralisation des soins et Pointe-Noire. Les paramètres étudiés sont : l'âge, le sexe, le profil des complications, la durée du diabète, la glycémie, les FRCV, le type de diabète. Les données ont été analysées par epi info 7.2.1.0, avec usage des tests de Student et Khi-2.

Résultats : Au total 4756 patients (86,80% en milieu urbain et 13,20% en milieu rural) ont été inclus dans 23 centres. La population était faite de 51,70% des hommes et 48,30% de femmes (ratio H/F de 1,07). L'âge moyen était de  $51,67 \pm 15,44$  [ext 2- 95 ans]. La durée moyenne du diabète était de 3,98 ans [ext 0- 44 ans]. L'obésité concernait 28,0% des patients (91,25% urbains et 8,75% rural,  $p=0,000$ ), le surpoids touchait 38,0% des patients (89,0% en ville et 11,0% en milieu rural,  $p=0,000$ ). Chez les DST2 l'obésité concernait 29,84% des patients et le surpoids 40,23%. L'HTA touchait 39,32% des patients (90,58% en milieu urbain  $p=0,000$ ), 43,55 des patients > 30 ans et 45,18% des DST2 le syndrome métabolique -17,12%, les AVC-5,45% et la neuropathie-26,85%.

Conclusions : Cette étude montre que les FRCV chez les diabétiques congolais sont très fréquents. Ils sont plus associés à l'âge, au DST2 et surtout prédominants dans le milieu urbain. Ceci Une approche spécifique ciblant cette population pour améliorer le pronostic du diabète.

## **P28. MORBIDITE DU PIED DIABETIQUE A LA CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE DU CHU SYLVANUS OLYMPIO DE L OME MOSSI KE1, BALAKA A1, DJAGADOU KA1, TCHAMDJA T2, KD NEMI1, MOUKAILA AR1, DJIBRIL MA1**

- 1- Service de médecine interne, CHU Sylvanus Olympio, Université de Lomé
- 2- Service de médecine interne, CHU Kara, Université de Kara

Correspondance : Dr MOSSI Komi Edem ; Médecin Interniste Tel : 00228 90831483 ;

E-mail : edemmossi@gmail.com

Objectif : Décrire la morbidité du pied diabétique à la clinique médico-chirurgicale du CHU Sylvanus Olympio de Lomé

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée sur une période de 4 ans à la clinique médico-chirurgicale du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Tous les patients hospitalisés pour pied diabétique pendant la période d'étude ont été inclus dans l'étude.

Résultats : La fréquence du pied diabétique était de 13,02%. L'âge moyen était de 61,92 ans avec un sexe ratio (H/F) de 1,5. Le diabète de type 2 était prédominant (88,0%). La durée moyenne d'évolution du diabète était de 11,67 ans (extrême 1 an et 24 ans). Le point de départ des lésions était un traumatisme générant une plaie surinfectée dans 72% des cas. Les types de lésion les plus retrouvées étaient la gangrène (66,0%), la nécrose ischémique (12%). Le principal facteur étiopathogénique retrouvé était la neuropathie (78%). L'infection était présente dans 68% des cas. La majorité des lésions (64%) était classée grade 4 et 5 de Wagner. Tous nos patients avaient bénéficié des soins locaux, de décharge mécanique et d'un traitement anticoagulant. Une amputation de membre a été réalisée chez 44% des patients.

Conclusion : Les lésions du pied sont fréquentes chez les diabétiques à Lomé. Les patients ont été vus à un stade avancé des lésions. Une prise en charge précoce est indispensable pour éviter l'évolution vers une amputation du membre.

Mots clés : Pied diabétique ; morbidité ; Togo

## **P29. MORBIDITE ET MORTALITE DES LESIONS DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS CHEZ LE SUJET DIABETIQUE À L'HOPITAL ABASS NDAO DIALLO IM, DIEDHIOU D, NDOUR MA, SOW D, BARRAGE AL, KA-CISSE M, SARR A, NDOUR-MBAYE M**

Centre Marc SANKALE, Clinique Médicale II, Université Cheikh Anta Diop de Dakar,  
dembadiedhiou1976@gmail.com;

Objectif : Déterminer la morbidité et mortalité des lésions de la peau et des parties molles chez les sujets diabétiques suivis en salle de pansement.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive et analytique menée du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017 à la salle de pansement du centre Marc SANKALE de Dakar. Notre étude a porté sur les sujets diabétiques ayant consulté pour une lésion de la peau et des parties molles.

Résultats : La prévalence était de 44,16%. L'âge moyen était de 56,6 ans  $\pm$ 12 ans et le sexe ratio de 0,88. Le diabète de type 2 prédominait dans 78,97% et la durée moyenne du diabète était de 8,06 ans. La glycémie capillaire moyenne était de 2,4 $\pm$ 1 g/l. La neuropathie était présente chez 72,33%. La localisation de la lésion se situait aux membres dans 93,98% (1185 cas). Les lésions les plus représentatives étaient l'ulcère (46,76%), l'abcès (13,46%), le phlegmon (13,20%), la gangrène (8,41%), l'érysipèle (3,78%), le mal perforant (3,53%), l'intertrigo (3,95%). Les lésions étaient infectieuses (61,41%), non infectieuses (33,50%), vasculaires pures (1,57%) et Mixtes (3,70%). Sur les 1189 patients retenus 7,57% avaient présentés une ostéite. Les germes retrouvés étaient des bactéries grams positifs (12,70%), grams négatifs (23,80%). Dans 2,23% des cas, la flore était poly microbienne Les infections mycosiques à candida albicans représentaient 27,93% des cas. Presque tous les patients ont reçu un traitement antibiotique. L'amputation concernait 15,7% des cas. Il s'agissait de l'orteil (43,33%), la jambe (28,33%), la cuisse (6,60%) et l'avant pied (2,50%). Nous avons eu 70 décès (5.89%). En analyse multivariée, seule l'âge ( $p=0,0002$ ) et la présence d'une pathologie cardiovasculaire ( $p=0,0012$ ) étaient associés au décès.

Conclusion : les lésions de la peau de des tissus mous restent dominées par le pied diabétique. La mortalité est associée à une forte morbidité cardiovasculaire.

Mots clés : lésions peau et parties molles, morbidité et mortalité, Marc SANKALE

### **P30. PIED DIABETIQUE AU CONGO : ASPECTS CLINICO- EPIDEMIOLOGIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS CL ELENGA-BONGO<sup>12</sup>, E. BOUENIZABILA<sup>13</sup>, RL MAYANDA<sup>13</sup>, HG MONABEKA<sup>13</sup>**

1- Faculté des Sciences de la Sante, Université Marien Ngouabi de Brazzaville

2- Hôpital Général Adolphe SICE de Pointe-Noire

3- Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Introduction : Le diabète sucré est une maladie dont l'évolution est marquée par la survenue des complications dégénératives. Ces complications sont souvent invalidantes ou mortelles. Le pied diabétique est une complication grave du diabète regroupant les micro angiopathies, macro angiopathies et souvent l'infection. Son évolution est marquée par le risque d'une amputation, évitable dans 50 à 80% des cas. La prévalence hospitalière au Congo (Monabeka et al, 2001) était de 14,9% avec un taux d'amputation de 42,2%. Cette nouvelle étude a été réalisée dans un autre cadre pour permettre une actualisation de la réalité de la prise en charge du pied diabétique au Congo.

But de l'étude : Décrire les aspects cliniques, épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs du pied diabétique au Congo.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective transversale allant de décembre 2010 à décembre 2017, basée sur l'analyse des données des patients vus en consultation ou en hospitalisation dans les centres de dépistage et prise en charge du diabète, formés dans le cadre du projet de décentralisation des soins et Pointe-Noire. Les paramètres étudiés sont : l'âge, le sexe, le profil des complications, la durée du diabète, la glycémie, les FRCV, le type de diabète, les données microbiologiques et le traitement. Les données ont été analysées par epi info 7.2.1.0, avec usage des tests de Student et Khi-2.

Résultats : Au total 4756 patients ont été inclus dans 23 centres parmi lesquels 143 (3,0%) de 10 centres étaient vus pour pied diabétique ( à Pointe-Noire, il concernait 125 patients (8,5%) sur 1468 admis en hospitalisation). L'âge moyen était de 55,78±10,68 [ext 21- 80 ans], 60,84% de sexe masculin et 39,16% de femmes (sex ratio H/F est de 1,55). La durée moyenne du diabète est de 8,59 ans [ext 0- 39 ans], chez 18,18% (n= 26) des patients, le diabète a été découvert devant le pied diabétique. La glycémie moyenne est de 3,14 g/l. Le type 2 représentait 94,41% des diabètes. La neuropathie était présente dans 84,06% des cas, l'AOMI chez 20,97%, l'infection dans 80,0%, la rétinopathie chez 21,6% des patients. L'hypertension est associée au DS dans 48,95% des cas. La culture a isolé 68,96% des bacilles gram-négatifs, avec une sensibilité à l'imipenème (35,71%) et l'Amikacine (20,0%). Le taux d'amputation était de 34,96% (à Pointe-Noire 40,0 %). Le taux de mortalité est de 11,2%.

Conclusions : Cette étude montre que le pied diabétique est un réel problème de santé publique au Congo. Plusieurs facteurs (retard de consultation, traitement traditionnel, ignorance, etc...) expliquent le taux d'amputation très élevé. La sensibilisation, le dépistage précoce et l'éducation des malades sont nécessaires pour renverser la pyramide.

### **P31. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES DIABETIQUES DE TYPE 1 CONNUS ET SUIVIS DANS LES PRINCIPALES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DU DIABETE A DAKAR SOW D, DIEDHIOU D, NDOUR M A, DIALLO IM, KA-CISSE M, SARR A, NDOUR MBAYE M**

Clinique Médicale II, Centre Hospitalier Abass Ndao, UCAD, Dakar ; Email: drdjiby@yahoo.fr;

Introduction : Le diabète de type 1 (DT1) est l'une des endocrinopathies les plus fréquentes chez l'enfant. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects socio démographiques, cliniques et thérapeutiques du DT1 dans les différentes structures de prise en charge du diabète à Dakar.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale réalisée dans les différentes structures de prise en charge du diabète dans la région de Dakar. Le recrutement de nos patients s'est fait sur une année (janvier 2017 à Décembre 2017).

Résultats : 150 patients type 1 étaient reçus dans les différentes structures de prise en charge du diabète. La majorité des patients étaient suivis à Albert Royer et au Centre Marc Sankale avec respectivement 34,67% et 36,67%. L'âge moyen était de 12,0 ans avec des extrêmes entre 2 et 18,0 ans. La tranche d'âge de [11-15] ans était plus représentative avec 38,6%.

Il s'agissait de 92 filles soit 61,33% avec une sex-ratio (h/f) de 0,63. Les patients résidaient dans la ville de Dakar avec 68 cas soit 45,33%. Les patients venaient hors de la région de Dakar chez 18 cas soit 12%. Les patients dont les parents étaient divorcés et célibataires représentaient respectivement 11% et 3%. Un bas niveau socioéconomique était retrouvé chez 96 cas soit 64%. L'hémoglobine glycosylée moyenne était de 9,78% avec des extrêmes de [4-16,4%]. L'hémoglobine glycosylée était supérieure à 7% chez 71 patients (77,17%). 13% des patients avaient des infections récidivantes et 3,60% des patients avaient une néphropathie. Une hypoglycémie mineure était retrouvée chez 91 %. Un traitement à base d'insuline humaine était noté chez (73%) et 38% des patients contrôlent rarement leur glycémie.

Conclusion : L'augmentation croissante de la prévalence est une préoccupation de santé publique avec une implication socio-économique. Des efforts doivent être faits pour un diagnostic précoce et un suivi de qualité

Mots-clés : diabète, enfant, prise en charge

### **P32. SYNDROME METABOLIQUE ET SURCHARGE PONDERALE : ETUDE DE 255 CAS AU SERVICE DE NUTRITION DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE (INSP) A ABIDJAN DANHO J., AKE-TANO O., EKOU FK, SABLE S., YAO A., HUE A., KOFFI-DAGO P, J.ABODO ; jocydanho@gmail.com;**

Introduction : Le syndrome métabolique (SM) est fréquent dans le monde. Sa prévalence est variable entre pays, et est en rapport avec la définition utilisée. L'obésité est connue comme étant une cause majeure de dysrégulation métabolique avec potentialisation de la morbidité. Le lien étroit entre le SM et l'existence d'une obésité viscérale abdominale a déjà fait l'objet de nombreuses publications dans la littérature, cependant nous disposons de peu de données sur la prévalence de ce syndrome au sein d'une population de sujets en surcharge pondérale dans notre pays.

Aussi, l'objectif de cette étude était-il de déterminer la prévalence et les caractéristiques du syndrome métabolique chez les personnes en surcharge pondérale suivies au service de nutrition à L'INSP d'Abidjan.

Méthodologie : 255 patients adultes reçus au service de Nutrition de l'INSP à Abidjan pour surcharge pondérale de janvier à juillet 2017 ont été inclus dans cette étude, à l'exception des femmes enceintes et allaitantes. Les critères définis par la FID et le NCEP ATP III ont été utilisés pour la définition et le calcul de la prévalence du syndrome métabolique. Et ceux de la FID uniquement pour la comparaison des différentes prévalences.

Résultats : Notre étude nous a permis de retrouver une prévalence de 25,9% de syndrome métabolique selon les critères de la FID contre 22,4% selon NCEP ATP III au sein de notre population de 255 patients en surcharge pondérale. On notait une nette prédominance féminine avec un sex ratio de 0,12. Les patients âgés de plus de 50 ans étaient plus à risque de présenter un SM de même que les sujets de sexe masculin. Nos patients étaient scolarisés dans 69,8% des cas et étaient en couple dans 69% des cas. Ils avaient en outre une consommation modérée d'alcool dans 57,5% des cas et pratiquaient peu d'activité physique. Hormis l'obésité viscérale, évaluée simplement par la mesure du tour de taille, l'hypertension artérielle (90,9%) et l'HypoHDLémie étaient les critères les plus retrouvés. Le Syndrome d'apnée du sommeil était la principale complication dont l'association était significative. Enfin, le sexe, le statut matrimonial et l'IMC avaient une association significative avec la présence d'un syndrome métabolique.

Conclusion : La prévalence importante du syndrome métabolique chez les sujets en surcharge pondérale en Côte d'Ivoire devrait permettre un dépistage plus actif des facteurs de risque dans cette population en vue d'une prévention efficace et le cas échéant d'une prise en charge précoce.

Mots-clés : Prévalence- syndrome métabolique- surcharge pondérale- Côte d'Ivoire

P33. APTITUDES PHYSIQUES DE PATIENTS DIABETIQUES TYPE 2 HOSPITALISES DANS LE SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE, MALADIES METABOLIQUES ET NUTRITION DU CHU DE MARTINIQUE.

BAGBILA W.P. ABRAHAM HERMANN, FAGOUR CÉDRIC, DRABO Y. JOSEPH

Service de médecine interne, Burkina Fasso, Tel: 0022678005736, E-mail: bagbilaabraham@outlook.fr

Introduction : L'activité physique constitue un des piliers dans la prise en charge du diabète de type 2.

Objectif général : Évaluer la faisabilité d'une initiation à la pratique de l'activité physique durant l'hospitalisation. chez 56.7% des patients, une raideur musculaire chez 20% des patients, une diminution de la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs respectivement chez 56,7% et 80% des patients. La distance parcourue au cours de l'épreuve de marche de 6 min standard était normale chez 70% des patients. La comparaison de la distance parcourue entre test de marche de 6 minutes standard et tapis roulant montrait une différence très hautement statistiquement significative.

Conclusion : la place de l'activité physique dans la prise en charge du diabète est indiscutable.

Une évaluation de la condition physique des patients est plus que nécessaire.

Mots clés : activité physique, aptitude physique, Diabète, épreuve de marche, condition

# ACON<sup>®</sup>

## Diabetes Care



Système De Surveillance De La Glycémie

Aucun Codage Requis



On Call<sup>®</sup> Sharp



On Call<sup>®</sup> Vivid



On Call<sup>®</sup> Extra

medequip

SABON - CÔTE D'IVOIRE - MALI

On-Call<sup>®</sup>

chez 56.7% des patients, une raideur musculaire chez 20% des patients, une diminution de la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs respectivement chez 56,7% et 80% des patients. La distance parcourue au cours de l'épreuve de marche de 6 min standard était normale chez 70% des patients. La comparaison de la distance parcourue entre test de marche de 6 minutes standard et tapis roulant montrait une différence très hautement statistiquement significative.

Conclusion : la place de l'activité physique dans la prise en charge du diabète est indiscutable.

Une évaluation de la condition physique des patients est plus que nécessaire.

Mots clés : activité physique, aptitude physique, Diabète, épreuve de marche, condition

### **P34. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS VIVANT AVEC LE DIABETE DE TYPE 1 SUIVIS A LA CLINIQUE DU DIABETE AU CHU DE TREICHVILLE (ABIDJAN)**

**E.C.K. KOUASSI<sup>1</sup> ; L.O. MOKE<sup>1</sup> ; C-P. SELLY<sup>1</sup> ; J.L. TANO<sup>1</sup>, A. GOUN<sup>1</sup>, M. CISSE<sup>1</sup>, M.Q.A. KOUAKOU ; J.A. BETEY ; A. ANKOTCHE**

<sup>1</sup> Unité de diabétologie, Service de Médecine Interne CHU de Treichville, emkouassi7@yahoo.fr

Objectif : Décrire le profil épidémiologique des enfants et adolescents vivant avec le diabète de type de type 1 de la clinique du Diabète du CHU de Treichville

Matériels et Méthodes : étude transversale descriptive réalisée à la clinique du diabète du Centre hospitalo-universitaire de Treichville au cours de la période allant d'août 2017 à août 2018. Les paramètres épidémiologiques et anthropométriques des patients ont été recueillis et saisis dans une base Excel et analysées à l'aide du logiciel Epi-info 6.

Résultats : Sur 3642 patients, nous avons colligé 91 cas de patients vivant avec le diabète de type 1, soit une prévalence de 2,50%. La prédominance était féminine 63% de filles et 37% de garçons (sex-ratio =0,60) et l'âge moyen était de 14,10 ± 6,34 ans. L'âge moyen de découverte du diabète était de 9 ans ± 5,77 ans. Dans 36% des cas, le diabète était découvert entre 10 et 14 ans et dans 26,4% des cas avant l'âge de 4 ans. Dans les antécédents des enfants, le père était diabétique type 2 dans 23,1% et la mère dans 20,9%. L'alimentation à la naissance était exclusive au lait maternel dans 52,7% et à l'exclusif au biberon dans 4,4%. Plus de 80% de ces diabétiques étaient des élèves (37,4% au primaire et 42,9% au secondaire) et dans (11%), les patients n'étaient pas scolarisés. La plupart des patients (98%) résidaient en milieu urbain et 2,2% en milieu rural. Dans 62,6% des cas, le diabète était anciennement connu et 37,4%) nouveaux cas de diabète avaient noté (près de 80% des patients avaient entre 10 ans et 19 ans.

La découverte du diabète a été faite au décours d'un coma acidocétosique dans 24,2% et dans 49,5% au décours de manifestations du syndrome cardinal. Les infections broncho-pulmonaires et oto-rhino-laryngologiques étaient présentes dans 22% des cas à la découverte du diabète. L'hémoglobine glyquée A1c n'avait pu être faite au diagnostic chez 37,4% des patients et 74,8% des enfants n'étaient pas à l'objectif glycémique de moins de 7,5% en moyenne fixé.

Conclusion : La prévalence du DT1 était de 2,50%. La non scolarisation des enfants, le déplacement des enfants des campagnes vers les villes pour bénéficier des soins adéquats et le manque d'éducation thérapeutique rendent difficile le contrôle du diabète. Les pouvoirs publics doivent mener des actions dans les sens d'améliorer la prise en charge du diabète de l'enfant et de l'adolescent.

Mots-clés : Diabète de type 1, prévalence, épidémiologie, facteurs associés.

## **P35. APPORT D'UN CAMP DE VACANCES SUR L'AMELIORATION DU CONTROLE GLYCEMIQUE CHEZ 36 ENFANTS VIVANT AVEC LE DIABETE DE TYPE 1**

**J.L. TANO<sup>1</sup> ; L.O. MOKE<sup>1</sup> ; C-P. SELLY<sup>1</sup>, E.C.K. KOUASSI<sup>1</sup>, A. GOUN<sup>1</sup>, M. CISSE<sup>1</sup>, M.Q.A. KOUAKOU ; J.A. BETEY<sup>1</sup> ; A. ANKOTCHE<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Unité de diabétologie, Service de Médecine Interne CHU de Treichville, rainetano@gmail.com

Contexte : Les camps pour enfants diabétiques sont une composante importante de « Education des patients » et permettent d'acquérir ou d'approfondir la connaissance sur le diabète et de développer une autonomie pour la bonne prise en charge du diabète.

Notre objectif était d'apprécier l'apport d'un camp de vacances sur l'amélioration du contrôle glycémique chez des enfants vivant avec le diabète de type 1.

Méthode : Etude prospective qui a concerné 36 enfants (24 filles et 14 garçons), âgés de 9 à 17 ans et vivant avec le diabète de type 1, qui ont été regroupés dans un centre pour enfants pendant une semaine (J1 à J7) du 13 au 18 Août 2018 pour une éducation diagnostique. Un agenda du camp a été distribué dès l'arrivée et constituait à pratiquer une activité physique quotidienne, à participer aux ateliers de nutrition, à mesurer quotidiennement ses glycémies à jeun (6H,13,19H) et post-prandiales à l'aide d'un lecteur de glycémie Accu-Chek, à participer séances d'adaptation des doses d'insuline suivant l'activité physique et l'alimentation. Les paramètres épidémiologiques et les mesures quotidiennes des glycémies ont été recueillis et saisis dans une base de données Excel et analysés à l'aide du logiciel Epi-info 6.

Résultats et commentaires : La glycémie moyenne à jeun du matin (6h) avait bien régressé de  $2.75 \pm 0,83$  g/l à J1 à  $1,65 \pm 1$  g/l à J7. La glycémie moyenne à jeun de Midi (13 h) était passée de  $2,33 \pm 0,71$ g/l à J1 à  $1,39 \pm 0,65$ g/l à J7. Il y avait eu une bonne évolution de la glycémie moyenne à jeun du soir (19h) de  $2,33$  à J1 à  $1,14$ g/l à J7. Cette bonne évolution avait été constatée aussi bien chez les filles que chez les garçons et quelque soit la tranche d'âge.

Conclusion : Le camp de vacances permet d'améliorer les glycémies moyennes chez les enfants vivant avec le diabète de type 1. Une sensibilisation des pouvoirs publics et des associations sur l'intérêt à faire des camps de vacances de durée plus longue est nécessaire pour consolider le contrôle du diabète.

Mots clés : camp de vacances, glycémie moyenne, diabète de l'enfant, CDiC-Côte d'Ivoire



**P36. PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE, PARACLINIQUE ET STRATEGIES DE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES SUIVIS AU CENTRE MARC SANKALE**  
**A. LIMANE BARRAGE, I. MANE DIALLO, M.-A NDOUR, P-D. KONATE, D. DIEDHIOU, D. SOW, M KA-CISSE, A. SARR, M.-N. MBAYE**

Clinique médicale II, CHU Abass Ndao, UCAD (Sénégal)

**Objectif :** Dégager les particularités épidémiologiques, cliniques et paracliniques de la tuberculose sur terrain de diabète et définir des algorithmes de dépistage adaptés au contexte sénégalais afin de proposer des stratégies nationales de dépistage.

**Patients et méthode :** le travail est effectué dans le cadre d'une étude multicentrique dénommée RAFA/SCREEN. Les patients recrutés ont bénéficié consécutivement et systématiquement d'un examen clinique et d'une radiographie du thorax. En cas de présence de l'un des symptômes de la tuberculose et/ou d'une anomalie à la radiographie du thorax, deux pots d'expectoration sont prélevés pour la microscopie, Xpert MTB / RIF et la culture. Un contrôle clinique et bactériologique a été réalisé 6 mois plus tard pour les patients sans tuberculose à l'inclusion.

**Résultats :** cette association a touché 2,8% des cas dont 51,7% de femme, un diabète de type 2 dans 84,5% et un âge moyen de 49 ans. La quasi-totalité (95,7%) résidait en zone urbaine et 89,7% des patients vivait dans une situation de promiscuité. Seuls 22,41% d'entre eux présentaient une HbA1c < 7%. Sur le plan clinique, 93,1% ont présenté une toux avec une hémoptysie (12,1%). La fièvre était présente dans 70,7% des cas. Un amaigrissement > 10% du poids a été objectivé chez 81% d'entre. L'examen cyto bactériologique des crachats est revenu positif dans 68,97% des cas de tuberculose. Quant au genexpert il était positif dans 87,93%. Sur le plan radiologique, 51 malades sur les 58 ont présenté une radiographie anormale. Les algorithmes de filtrage à efficacité égale permettant de poser avec certitude le diagnostic de tuberculose étaient : genexpert systématiquement, genexpert si symptômes de la tuberculose et genexpert associé à radiographie du thorax si présence de symptômes de la tuberculose (Se = 87,93%, Sp = 100%, VPP = 100, VPN = 99,5%, SSC = 0,972).

**Conclusion:** Ce terrain particulier ne modifie pas de façon significative la clinique de la tuberculose par rapport à la population non diabétique. Ainsi, une radiographie du thorax systématique peut s'avérer indispensable dans le cadre du suivi semestriel des patients diabétiques. Il est donc important dans les stratégies de dépistage de faire une recherche active de la tuberculose pulmonaire en pratiquant une radiographie du thorax systématique dans le cadre du suivi semestriel des patients diabétiques tout en privilégiant la réalisation du genexpert chez tout patient fortement suspect présentant une toux.

**Mots clés :** Diabète - Tuberculose pulmonaire - Stratégies de dépistage

## **P37. TRAITEMENT DE L'ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE ; LEÇONS A RETENIR POUR LA PRATIQUE QUOTIDIENNE EN AFRIQUE DIEDHIOU DEMBA, SOW D, NDOUR MA, DIALLO IM, LIMANE BARRAGE A, GUEYE AN, KA-CISSE M, SARR A, NDOUR MBAYE M.**

dembadiedhiou1976@gmail.com

Affiliation : Clinique médicale II, CHU Abass Ndao, Université Cheikh Anta Diop de Dakar Sénégal)

Introduction : l'acidocétose diabétique est une urgence métabolique fréquente dans le diabète de type 1. L'avènement de l'insulinothérapie et l'amélioration des protocoles horaires de suivi ont considérablement amélioré le pronostic. Le taux de mortalité bien que bas, reste encore préoccupant chez les jeunes, les populations défavorisées ou dans les pays en voie de développement. Les principaux facteurs de létalité sont l'infection, les troubles ioniques, le collapsus, la profondeur du coma, l'œdème cérébral.

L'Afrique Subsaharienne se particularise par des difficultés techniques et structurelles dans l'accès aux outils diagnostiques et thérapeutiques. L'objectif de ce travail était de proposer une adaptation consensuelle et efficace qui pourrait s'accommoder à la pratique quotidienne en Afrique subsaharienne.

Méthodologie : une revue de la littérature via PubMed et Hinary a permis une synthèse des modalités diagnostiques et thérapeutiques de l'acidocétose diabétique. Une adaptation prenant en compte les diversités techniques et structurelles est proposée pour la pratique en Afrique subsaharienne.

Résultats et commentaires : le diagnostic de l'acidocétose diabétique devra être posé devant une hyperglycémie  $> 2,5 \text{ g/l}$  ( $>14 \text{ mmol/L}$ ) associée à une hypercétonémie (cétonémie  $> 1,5 \text{ mmol/L}$  ou cétonurie positive) et une acidose métabolique ( $\text{pH} < 7,3$  et bicarbonates  $<15 \text{ mEq/l}$ ) ; ceci malgré 10% de cas reconnus d'acidocétose euglycémique chez les femmes enceintes et les diabétiques de type 2 sous glifozine. La catégorisation des sujets diabétiques selon la gravité de l'acidocétose est la clé du succès thérapeutique. Ce screening portera sur le niveau de conscience, l'importance de l'acidose et la profondeur du trou anionique. Toute acidocétose diabétique sévère ( $\text{pH} <7$ , bicarbonate  $<10 \text{ mEq/l}$ , trou anionique  $> 12$  et stade de coma) et/ou hypokaliémie initiale  $<3,3 \text{ mmol/l}$  relève(nt) d'un suivi en unité de soins intensifs. Les sociétés savantes s'accordent sur une triade thérapeutique indispensable. Il s'agit de la réhydratation initiale, l'insulinothérapie et la correction des troubles électrolytiques. Les modalités courantes de chacune d'entre elles restent une pratique d'école. Il s'agit essentiellement de la vitesse et du type de solutés, du type et de la voie pour l'insulinothérapie. Quelles que soient les pratiques, l'indication des macromolécules, du bicarbonate et de la supplémentation en phosphate reste restreinte voire nulle. Dans les pays en voie de développement comme l'Afrique Subsaharienne, nous soulignons une grande part des infections surtout respiratoires et urogénitales dans la genèse de l'acidocétose diabétique.

Conclusion et recommandations : les difficultés techniques et structurelles nous imposent quelques adaptations pour la pratique quotidienne de diabétologie en Afrique Subsaharienne. Malgré son manque de robustesse, la dyspnée de Küssmaul est couramment utilisée comme seul marqueur de l'acidocétose. A l'image des Britanniques, nous jugeons que toute acidocétose diabétique doit bénéficier de la même attention quel que soit son niveau de gravité.

Dans ce cadre, nous optons pour le maintien d'un suivi horaire d'au moins 24 heures. Les modalités de réhydratation gagneraient à être simplifiées avec l'utilisation prudente du sérum salé 0,9%, suivie d'un glucosé 5% au-delà d'un niveau de glycémie <2,5 g/l. Il se pose la question des modalités de la supplémentation systématique de potassium au vu de la difficulté voire l'impossibilité d'un monitoring de la kaliémie. L'utilisation du pousse seringue électrique est un idéal en ce sens qu'il garantit une baisse progressive de la glycémie en raison d'une insulinothérapie quantifiable, prudente. Enfin, vue l'immunodépression transitoire occasionnant une sous estimation du contexte septique, l'option d'une exploration systématique infectieuse (hémogramme, C-réactive protéine, radiographie du thorax et ECBU) serait bénéfique dans la maîtrise du facteur de décompensation.

Mots clés : acidocétose diabétique, prise en charge, Afrique Subsaharienne

### P38.SCHEMAS INSULINIQUES ET EVOLUTION DE L'HEMOGLOBINE GLYQUEE CHEZ 53 ENFANTS VIVANTS AVEC LE DIABETE DE TYPE 1 SUIVIS DANS LE CADRE DU PROJET CDIC EN COTE D'IVOIRE.

C-P. SELLY<sup>1</sup>, L.O. MOKE<sup>1</sup> ; J.L. TANO<sup>1</sup> ; E.C.K. KOUASSI<sup>1</sup>, M. CISSE<sup>1</sup>, A. GOUN<sup>1</sup>, M.Q.A. KOUAKOU ; J.A. BETEY<sup>1</sup> ; A. ANKOTCHE<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unité de diabétologie, Service de Médecine Interne CHU de Treichville, charlespatricksselly@gmail.com

CONTEXTE : L'insulinothérapie est un traitement à vie chez le diabétique de type 1. Plusieurs schémas insuliniques sont utilisés pour obtenir le bon contrôle du diabète.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'évolution de l'hémoglobine glyquée en fonction du schéma insulinique utilisé, chez 53 enfants vivants avec le diabète de type 1 et suivis dans le cadre du projet CDiC en Côte d'Ivoire au cours des 3 premiers mois de la prise en charge.

MATERIEL METHODES : Etude transversale descriptive, analytique et multicentrique chez 53 DST1 [22 garçons (42%) et 31 filles (58 %)] suivis sur trois sites de prise en charge (CHU de Treichville 62% CHU de Bouaké 27% et le CHR de Yamoussoukro 11%). Les insulines utilisées étaient (Humaines Rapide (A), Humaine Prémixée (M)). Cinq (5) schémas insuliniques avaient été utilisés au cours de l'étude : Schéma 1 : M+A+M ; Schéma 2 : M+M ; Schéma 3 : A+A+ M ; Schéma 4 : A+ A+ A + I ; Schéma 5 : M+ M+ M. Les données recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête et saisies sur le logiciel Excel. L'analyse statistique des paramètres épidémiologiques a été faite par la version 17 du logiciel SPS.

RESULTATS ET COMMENTAIRES : L'âge moyen du diabète était de 13,77± 4,35 ans.

La prédominance était féminine avec un sexe ratio de 0,70. La durée moyenne du diabète était de 3,38 ± 3,33 ans. La baisse de l'hémoglobine glyquée moyenne globale constatée, (11,56 ± 2,77 à M0 à 10,16 ± 2,37 à M3), était significative p= 0,006 [IC95% ;0,36-0,94]. Chez 43% (n=23), le schéma 1 avait été le plus utilisé avec une baisse de l'hémoglobine glyquée moyenne de 11,69 ± 2,69 à M0 à 9,60 ± 2,09 à M3, significative p= 0,005 [IC95% ;1,64-3,51], car il se rapprochait le plus du schéma basal-bolus, qui mime mieux la sécrétion physiologique de l'insuline.

CONCLUSION : Les schémas insuliniques qui miment mieux la sécrétion physiologique d'insuline (basal-bolus), doivent être préconisés chez les enfants et adolescents vivant avec le Diabète type 1.

Mots-clés : Diabète type 1-schémas insuliniques- Hémoglobine glyquée, CDiC-Côte d'Ivoire

Dans ce cadre, nous optons pour le maintien d'un suivi horaire d'au moins 24 heures. Les modalités de réhydratation gagneraient à être simplifiées avec l'utilisation prudente du sérum salé 0,9%, suivie d'un glucosé 5% au-delà d'un niveau de glycémie <2,5 g/l. Il se pose la question des modalités de la supplémentation systématique de potassium au vu de la difficulté voire l'impossibilité d'un monitoring de la kaliémie. L'utilisation du pousse seringue électrique est un idéal en ce sens qu'il garantit une baisse progressive de la glycémie en raison d'une insulinothérapie quantifiable, prudente. Enfin, vue l'immunodépression transitoire occasionnant une sous estimation du contexte septique, l'option d'une exploration systématique infectieuse (hémogramme, C-réactive protéine, radiographie du thorax et ECBU) serait bénéfique dans la maîtrise du facteur de décompensation.

Mots clés : acidocétose diabétique, prise en charge, Afrique Subsaharienne

### P38.SCHEMAS INSULINIQUES ET EVOLUTION DE L'HEMOGLOBINE GLYQUEE CHEZ 53 ENFANTS VIVANTS AVEC LE DIABETE DE TYPE 1 SUIVIS DANS LE CADRE DU PROJET CDIC EN COTE D'IVOIRE.

C-P. SELLY<sup>1</sup>, L.O. MOKE<sup>1</sup> ; J.L. TANO<sup>1</sup> ; E.C.K. KOUASSI<sup>1</sup>, M. CISSE<sup>1</sup>, A. GOUN<sup>1</sup>, M.Q.A. KOUAKOU ; J.A. BETEY<sup>1</sup> ; A. ANKOTCHE<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unité de diabétologie, Service de Médecine Interne CHU de Treichville, charlespatricksselly@gmail.com

CONTEXTE : L'insulinothérapie est un traitement à vie chez le diabétique de type 1. Plusieurs schémas insuliniques sont utilisés pour obtenir le bon contrôle du diabète.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'évolution de l'hémoglobine glyquée en fonction du schéma insulinique utilisé, chez 53 enfants vivants avec le diabète de type 1 et suivis dans le cadre du projet CDiC en Côte d'Ivoire au cours des 3 premiers mois de la prise en charge.

MATERIEL METHODES : Etude transversale descriptive, analytique et multicentrique chez 53 DST1 [22 garçons (42%) et 31 filles (58 %)] suivis sur trois sites de prise en charge (CHU de Treichville 62% CHU de Bouaké 27% et le CHR de Yamoussoukro 11%). Les insulines utilisées étaient (Humaines Rapide (A), Humaine Prémixée (M). Cinq (5) schémas insuliniques avaient été utilisés au cours de l'étude : Schéma 1 : M+A+M ; Schéma 2 : M+M ; Schéma 3 : A+A+ M ; Schéma 4 : A+ A+ A + I ; Schéma 5 : M+ M+ M. Les données recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête et saisies sur le logiciel Excel. L'analyse statistique des paramètres épidémiologiques a été faite par la version 17 du logiciel SPS.

RESULTATS ET COMMENTAIRES : L'âge moyen du diabète était de 13,77± 4,35 ans.

La prédominance était féminine avec un sexe ratio de 0,70. La durée moyenne du diabète était de 3,38 ± 3,33 ans. La baisse de l'hémoglobine glyquée moyenne globale constatée, (11,56 ± 2,77 à M0 à 10,16 ± 2,37 à M3), était significative p= 0,006 [IC95% ;0,36-0,94]. Chez 43% (n=23), le schéma 1 avait été le plus utilisé avec une baisse de l'hémoglobine glyquée moyenne de 11,69 ± 2,69 à M0 à 9,60 ± 2,09 à M3, significative p= 0,005 [IC95% ;1,64-3,51], car il se rapprochait le plus du schéma basal-bolus, qui mime mieux la sécrétion physiologique de l'insuline.

CONCLUSION : Les schémas insuliniques qui miment mieux la sécrétion physiologique d'insuline (basal-bolus), doivent être préconisés chez les enfants et adolescents vivant avec le Diabète type 1.

Mots-clés : Diabète type 1-schémas insuliniques- Hémoglobine glyquée, CDiC-Côte d'Ivoire

# **RESUME DES COMMUNICATIONS ORALES**



# Accu-Chek® Active

## Une référence qui évolue !

**NO CODING**

Sans puce pour plus de simplicité !



10/2018. Le lecteur de glycémie Accu-Chek Performa est un dispositif d'Auto-Surveillance Glycémique (ASG) destiné aux personnes atteintes de diabète. Fabricant : Roche Diabetes Care GmbH (Allemagne). Lire attentivement la notice.

En cas de discordance entre le résultat et votre état de santé actuel, contactez votre professionnel de santé.

FR-702

**ACCU-CHEK®**

**JEUDI 29 NOVEMBRE : 11H30- 12H20**

## **CO1. EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE CARDIOMETABOLIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE DIABETE DE TYPE 2 ET TRAITES A LIBREVILLE – GABON**

Ovono Abessolo Félix, Tsouka Eudine, Mbang Bengone AS, Ngou-Milama E

Département de Chimie - Biochimie, Faculté de Médecine, BP 4009, Libreville, Gabon ; [ovonab@yahoo.fr](mailto:ovonab@yahoo.fr)

**Objectif** : Déterminer la fréquence des facteurs de risque cardiométabolique chez les diabétiques de types 2 traités

**Patients et méthodes** : Il s'agit d'une étude descriptive, menée d'avril 2015 à juin 2018 au centre de diabète tertiaire. Tous les patients atteints de diabète de type 2 reçus au cours de la période d'étude ont été recrutés, à l'exception du patient hospitalisé. Après un examen clinique, les concentrations de lipides sanguins, de glucose, d'hémoglobine glyquée, de créatinine sanguine et de micro albuminurie ont été mesurées. Sur la base de leurs dossiers médicaux, nous avons noté les modalités de traitement et les complications diabétiques

**Résultats** : Parmi les 609 patients étudiés, 57% avaient un diabète qui évoluait depuis moins de 5 ans. Cinquante-six pour cent des patients étaient traités par des antidiabétiques oraux. Par ailleurs, 43,9% des patients n'avaient pas atteint les objectifs de l'hémoglobine glyquée. Le cholestérol LDL était élevé chez 38,0% de nos patients et 16,0% d'entre eux étaient traités par des statines.

La microalbuminurie était présente chez 44,8% des patients et la filtration glomérulaire était abaissée chez 22,3%. La pression artérielle systolique était élevée chez 43,7% des patients et 54,0% d'entre eux étaient traités, en particulier par des inhibiteurs de l'enzyme de conversion.

**Conclusion** : le degré de contrôle du diabète et de ses complications est sous-optimal.

Ceci peut être amélioré par le traitement médicamenteux, mais également par le renforcement des aspects éducatifs et nutritionnels

**Mots clés** : Diabète de type 2 – Hémoglobine glyquée – Filtration glomérulaire - Metformine – dyslipidémie - inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.

## **CO2. L'INSULINO-RESISTANCE ET LE SYNDROME METABOLIQUE CHEZ LE SUJET NOIR OBESE**

Ovono Abessolo Félix, Mbang Bengon Aude Syntia, Ngou – Milama Edouard

Département de Chimie - Biochimie, Faculté de Médecine, BP 4009, Libreville, Gabon ; [ovonab@yahoo.fr](mailto:ovonab@yahoo.fr)

**Objectif** : déterminer la fréquence de l'insulino-résistance et du syndrome métabolique dans une population de sujets obèses . 2 a permis de relier la résistance à l'insuline et les variables qualitatives, alors que le test de Mann Whytney Wilcoxon a permis de comparer les variables quantitatives entre groupes.

Les probabilités étaient significatives pour des valeurs de p -pancréatique ont été obtenus. Enfin, la fréquence du syndrome métabolique et de ses principaux paramètres a été déterminée.

Le test de Wilcoxon Mann Whytney.

Patients et méthodes : il s'agit d'une étude observationnelle et prospective qui s'est déroulée du 20 mars 2014 au 22 juin 2018. Elle a concerné les sujets obèses, indemnes de toute pathologie apparente. En plus des données anthropométriques, il a été obtenu l'insulinémie à jeun, la glycémie et les paramètres lipidiques classiques. Puis grâce à l'HOMA2, l'insulino-résistance, la sensibilité à l'insuline et la fonction  $\beta$  < 0,05.

Résultats : Nous avons identifié 66,0% des cas d'insulino-résistance, alors que 39,6% des sujets avaient une altération de la fonction  $\beta$ -pancréatique. Les variables qualitatives associées à l'insulino-résistance étaient le genre, la consommation d'alcool et l'hypertension artérielle. Le syndrome métabolique a été retrouvé chez 43,1% des sujets. Dans ce sous-groupe, le périmètre abdominal (75,5%), la pression artérielle diastolique (67,9%), le cholestérol HDL (40,4%) et les triglycérides (28,3%) étaient les plus impliqués.

Conclusion : les prévalences de l'insulino-résistance et du syndrome métabolique sont élevées chez les sujets obèses, justifiant la gestion pondérale pour éviter les complications cardiovasculaires associées à ces syndromes.

Mots clés : insulino-résistance ; obésité ; syndrome métabolique.

### CO3. ETUDE DE LA SECRETION DE GLUCAGON ET D'INSULINE CHEZ LES PATIENTS PRESENTANT UN PHENOTYPE DE DIABETE DE TYPE 2 A TENDANCE CETOSIQUE (DIABETE AFRICAIN) ET L'ASSOCIATION A LA POSITIVITE A L'INFECTION HHV-8.

Nguewa Jean Louis<sup>1</sup>, Sobngwi Eugene<sup>2</sup>, Choukem Simeon<sup>3</sup>, Boudou Philippe<sup>4</sup>, Gautier Jean François<sup>5</sup>

1-Service d'Endocrinologie, Hopital Cochinnguewa.jeanlouis@yahoo.fr

2-Hopital Central de Yaounde, Centre National de L'obesite,Universite Yaounde I, Cameroun

3- Hopital General de Douala, Service de Medecine, Universite de Dschang, Cameroun

4-Hopital Saint Louis, Laboratoire d'hormonologie, Paris, France

5- Hopital Lariboisiere, Centre Universitaire du Diabete et de ses Complications, Paris, France

Relationnel : L'infection à HHV-8 est élevée en Afrique subsaharienne. Il a été suggéré une association entre l'infection à HHV-8 et le diabète de type 2 à tendance cétosique (KPD). Cependant, on ignore si la sécrétion d'insuline et de glucagon pourraient être modifiées par la présence de l'infection à HHV-8. Pour répondre à cette question, nous avons évalué la fonction  $\alpha$  et  $\beta$  cellulaire, et la sensibilité à l'insuline chez les KPD avec (KPD +) et sans (KPD-) infection à HHV-8. Au vu de la capacité du virus à moduler la tolérance de la réponse immunitaire, nous avons évalué la concentration sanguine périphérique de cytokines inflammatoires TNF- $\alpha$ , MCP-1 et MIP-1 $\alpha$  décrites dans des études antérieures pour moduler la sécrétion d'insuline

Patients et méthode : Nous avons évalué la sécrétion d'insuline et de glucagon par la technique de perfusion de glucose par palier (glucose ramp). La sensibilité à l'insuline et la suppression du glucagon ont été évaluées lors d'un clamp euglycémique hyperinsulinémique. Les concentrations de cytokines mesurées sur plasma à l'aide de Luminex xMAP®



Résultats : Nous avons inclus 11 KPD+ et 7 KPD- en rémission insulinique. Les KPD+ ont présenté une sécrétion d'insuline basale et après stimulation supérieure à celle des KPD- ( $p = 0.04$ ). Les niveaux de glucagon étaient similaires dans les deux groupes. La suppression du glucagon avait tendance à être plus importante dans KPD+ ( $p=0.052$ ). La sensibilité à l'insuline (M value) et les concentrations plasmatiques de cytokines étaient similaires chez les patients KPD + et KPD-.

Conclusion : Nos données montrent des niveaux de glucagons identiques et une meilleure sécrétion d'insuline chez le KPD+ indépendante de la sensibilité à l'insuline et des cytokines mesurées. Cette étude fournit des indications sur le rôle potentiel de l'infection asymptomatique par HHV-8 en tant que modulateur associé de la sécrétion d'insuline dans le KPD.

#### CO4. INCIDENCE DU DIABETE ET FACTEURS DE RISQUE DE MORTALITE DANS LA COHORTE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN GUINEE

Diallo Mamadou Cherif, Baldé Naby Moussa, Diallo Alpha Mamadou, Barry Mody Abdoulaye, Camara Alioune, Diallo Mamadou Dian Mamoudou, Diallo Mamadou Alpha, Dieng Kadija, Diallo Mamadou Mansour Medecin au service d'endocrinologie , diabétologie, maladies métaboliques et nutrition à l'hopital Donka Conakry, Guinée, cherifarbaba@gmail.com

Introduction : malgré les progrès enregistrés dans le domaine de la prise en charge du diabète ces dernières années, le diabète de type 1 est souvent associé à une surmortalité précoce.

Méthodologie : durant la période de Septembre 2010 au 31/08/2017.

Nous avons répertorié tous les cas de décès suivis dans le Programme CDiC Guinée. Nous avons analysé les dossiers médicaux des enfants décédés en interrogeant les médecins/infirmiers et les parents sur les circonstances et les causes probables de décès

Résultats : 423 enfants âgés de  $14,7 \pm 3,6$  ans avec une prédominance féminine, sex-ratio (H/F)= 0,9.

Il y a une augmentation considérable de nouveaux cas du diabète autour du programme CDiC Guinée

Le taux de mortalité était de 12,29% avec incidence brute de 28/1000 années-personnes.

La cétoacidose est la principale cause de mortalité du diabète de type 1 soit 44,4 % de décès.

La mortalité précoce était élevée avec 34,6 % de décès survenues durant la première année de suivi

Le taux de mortalité est plus élevé à l'intérieur du pays avec une incidence de 18,3%. Une moyenne d'hémoglobine glyquée  $\geq 8$  %, être suivi à l'intérieur du pays, avoir des épisodes de coma cetoacidotique étaient des facteurs associés à la mortalité.

Conclusion : bien que nous ayons observé une diminution considérable de la mortalité avec la gratuité des soins, le taux de mortalité reste encore très élevé en Guinée par rapport aux pays développés

Mots clés : mortalité, diabète de type 1, CDiC Guinée

#### CO5. PROFIL ELECTROCARDIOGRAPHIQUE DANS UNE POPULATION CAMEROUNAISE D'ADOLESCENTS ET ADULTES JEUNES DIABETIQUES DE TYPE 1 AHMADOU MUSA JINGI 1, 2, 3\*, LILIANE KUATE MFEUKEU 1,2, MOHAMADOU ADAMA1, MESMIN YEFOU DEHAYEM 1,2, EUGENE SOBNGWI 1,2

1 Université de Yaoundé I/ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé

2 Hôpital Central de Yaoundé

3 Diabète Académie Afrique (D2A)

\*Correspondant : Dr Ahmadou Musa Jingi, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé, email : jingiahmadoumusa@yahoo.co.uk Tel : +237 677864833

Contexte : Les complications cardiaques peuvent survenir à long terme chez les patients atteints d'un diabète de type 1. Ainsi, nous avons entrepris d'évaluer le profil électrocardiographique des sujets camerounais vivants avec le diabète de type 1.

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale analytique pendant une période de 5 mois au sein de la clinique de prise en charge des enfants diabétiques (CNO) de l'Hôpital Central de Yaoundé. Un total de 89 patients diabétiques de type 1 ont été recrutés que 89 sujets témoins appariés selon le sexe. Les variables retenues étaient l'existence d'arythmies, de défauts de conduction, d'hypertrophie ventriculaire, d'élargissement auriculaire, de changements ischémiques et de défauts de repolarisation.

Résultats : Dans le groupe des patients diabétiques, la durée moyenne du diabète était de  $4,7 \pm 3,5$  ans, l'HbA1c moyenne était de  $8,7 \pm 2,1\%$ . Les anomalies électrocardiographiques étaient : Une durée de l'onde P plus longue [ $(104 \pm 10\text{ms vs } 84 \pm 10 (p<0.001))$ ], un allongement de la durée QRS ( $86 \pm 10\text{ms vs } 71 \pm 20, p < 0,001$ ), un intervalle PR plus court ( $149 \pm 20 \text{ ms vs } 156 \pm 20, p = 0,004$ ). Le critère précordial moyen (indice de Sokolow) était significativement plus faible chez les diabétiques ( $22,1 \pm 5,6 \text{ mm vs } 24,7 \pm 7,2 ; p = 0,009$ ). L'arythmie sinusale (OR : 2,3 ;  $p = 0,01$ ), l'aspect de repolarisation précoce (OR 16,4 ;  $p = 0,001$ ), la dilatation de l'oreillette gauche (OR : 9,9 ;  $p=0,018$ ) et la présence d'au moins deux ondes Q dans les dérivations concordants (OR : 4,3 ;  $p < 0,001$ ) étaient significativement plus fréquents chez les diabétiques. Les modifications de l'ECG chez les diabétiques n'étaient pas associées à la dose d'insuline, à la durée du diabète et à l'HbA1c.

Conclusion : Le profil ECG des patients atteints du Diabète de type 1 présente des anomalies électrocardiographiques fréquentes. Ces anomalies ne semblent pas être associées à la durée du diabète, à la dose d'insuline et à l'HbA1c.

Mots clés : Electrocardiographie, adolescents, adultes jeunes, diabète type 1.

CO6. LES COMPLICATIONS CHRONIQUES DU DIABETE DE TYPE 1 DE L'ENFANT AU CHU DE DAKAR NIANG BABACAR<sup>1</sup>, DJIBRIL BOIRO<sup>2</sup>, AMADOU SOW<sup>2</sup>, AMINATA MBAYE<sup>3</sup>, OUMOU FADLY TOURE<sup>3</sup>, JEAN PIERRE DIAGNE<sup>2</sup>, INDOU DEME-LY<sup>3</sup>, ABOU BA<sup>3</sup>, OUSMANE NDIAYE<sup>3</sup> <sup>1</sup>CHU de Dakar, 10700, Dakar, Sénégal ; drniangbacar@gmail.com

<sup>2</sup>Centre Hospitalier Abass Ndao

<sup>3</sup>Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer

Introduction : Les conséquences à long terme du diabète chez l'enfant et l'adolescent sont peu étudiées L'objectif était de déterminer la prévalence des complications chroniques du diabète de type 1 en milieu pédiatrique au CHU de Dakar

Matériel et Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive, multicentrique réalisée sur un an (Novembre 2016-Novembre 2017) au service de pédiatrie du Centre Hospitalier Abass Ndao et au Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer.

Tous les patients suivis pour diabète de type 1 depuis au moins 6 mois étaient inclus. La microangiopathie et la macroangiopathie ont été dépistées selon les critères de l'International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). Le retard de croissance a été dépisté chez tous les patients. Les données étaient collectées selon une fiche préétablie. L'analyse statistique s'est faite avec le logiciel SPSS, les comparaisons statistiques avec la méthode khi 2, P value significatif inférieur à 0,05.

Résultats : Nous avons étudié 46 patients dont 25 étaient éligibles pour dépister la microangiopathie et 6 pour la macroangiopathie .

Le Sex Ratio était de 0,77, l'âge moyen de 11,57 ans avec des extrêmes de 2 et 19 ans. La durée moyenne d'évolution 34 mois, l'hémoglobine glyquée moyenne de 9,84 %.

La prévalence du retard de croissance était de 27,8 %, celle de la rétinopathie de 16% et celle de la néphropathie de 50%. Elles étaient significativement associées à l'utilisation d'insuline humaine (p=0,025) et la non assiduité aux rendez-vous (p= 0,008). Il n'y avait pas de macroangiopathie .

Conclusion : Les complications chroniques du diabète ne sont pas rares chez l'enfant. Elles sont dominées par la néphropathie diabétique, le retard de croissance et la rétinopathie.

D'où l'intérêt de les rechercher systématiquement pour les traiter précocement.

Mots clés : Diabète de type 1, néphropathie, retard de croissance, rétinopathie

## **JEUDI 29 NOVEMBRE : 17H- 18H30**

### **CO7. SIGNE DE FRANK ET ATTEINTE CORONAIRE : A PROPOS DE 41CAS.**

**EL BOU OULD ISSELMOU BOUKHARY<sup>1</sup>, ABDERRAHMANE OULD BAH<sup>2</sup>, CHEIKH TOURAD DAHIA<sup>3</sup>,  
MAIMOUNA NDOUR MBAYE, ABDOULAYE LEYE**

<sup>1</sup>Service de Médecine interne,Arafat,Nouakchott-Mauritanie,

<sup>2</sup>Centre National de Cardiologie,Nouakchott-Mauritanie

<sup>3</sup>Service de Cardiologie,Hôpital Militaire,Nouakchott-Mauritanie

Centre Marc Sankale,Hopital Abass Ndao,Dakar,Sénégal

Service de médecine interne,Pikine,Dakar,Sénégal

Introduction : Le signe de Frank (ou signe de Lichstein) ou DELC (diagonal ear lobe crease), caractérisé par un pli profond et permanent du lobe de l'oreille en diagonal. Fréquent chez les hommes, il est souvent bilatéral, sa prévalence augmente avec l'âge. Il peut être un bon marqueur cardiovasculaire facile à trouver, et à ne pas négliger. Matériel et méthode : Il s'agit d'une rétrospective sur une période de 6ans, du 1 janvier 2012 au 31 décembre 2017 en consultation privée.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 55 ans (extrême : 40ans à 79ans), avec une très nette prédominance masculine de 97,56%.L'âge de la majorité des patients se trouve entre 40 ans et 60 ans, 25cas, soit 60,97%.Tous les patients sont diabétiques de type2, avec une ancienneté allant de 0 à 18ans associant parfois d'autres facteurs de risques du diabète.26 patients étaient hypertendus, soit 63,41%, 20 patients étaient tabagiques chroniques, et âgés de 40 à 60ans. Le signe de Frank était présent chez 100% des patients, bilatéral chez 40patients, soit 97,56%, et unilatéral dans un cas.5patients avaient subi un pontage coronarien, soit

Tous les patients suivis pour diabète de type 1 depuis au moins 6 mois étaient inclus. La microangiopathie et la macroangiopathie ont été dépistées selon les critères de l'International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). Le retard de croissance a été dépisté chez tous les patients.

Les données étaient collectées selon une fiche préétablie. L'analyse statistique s'est faite avec le logiciel SPSS, les comparaisons statistiques avec la méthode khi 2, P value significatif inférieur à 0,05.

Résultats : Nous avons étudié 46 patients dont 25 étaient éligibles pour dépister la microangiopathie et 6 pour la macroangiopathie

Le Sex Ratio était de 0,77, l'âge moyen de 11,57 ans avec des extrêmes de 2 et 19 ans. La durée moyenne d'évolution 34 mois, l'hémoglobine glyquée moyenne de 9,84 %.

La prévalence du retard de croissance était de 27,8 %, celle de la rétinopathie de 16% et celle de la néphropathie de 50%. Elles étaient significativement associées à l'utilisation d'insuline humaine ( $p=0,025$ ) et la non assiduité aux rendez-vous ( $p= 0,008$ ). Il n'y avait pas de macroangiopathie

Conclusion : Les complications chroniques du diabète ne sont pas rares chez l'enfant. Elles sont dominées par la néphropathie diabétique, le retard de croissance et la rétinopathie.

D'où l'intérêt de les rechercher systématiquement pour les traiter précocement.

Mots clés : Diabète de type 1, néphropathie, retard de croissance, rétinopathie

## CO8. APPORT DU VIBROTEST DANS L'ÉVALUATION DE LA NEUROPATHIE DIABÉTIQUE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE DOUALA. PATRICK BASSANGUEN (1), MARIELLE EPACKA EWANE (1,2), JACQUES DOUMBÈ (1,3), DIEUDONNÉ ADIOGO (1).

1. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala.

2. Hôpital Général de Douala

3. Hôpital Laquintinie de Douala

Introduction: La neuropathie est la complication dégénérative la plus fréquente associée au diabète. Notre étude évalue le vibrotest comme outils pour le diagnostic précoce de cette affection qui met en jeu le pronostic fonctionnel et parfois vital des patients.

Objectifs : Nos objectifs : évaluer le diagnostic de la neuropathie diabétique par vibrotest, rechercher les risques associés et une corrélation avec la microangiopathie.

Méthodologie : Cette étude transversale évaluative a inclus durant 03 mois tous les patients diabétiques types 1 et 2 suivis depuis au moins 12 mois. Etaient exclus, les patients refusant de participer, ayant un autre type de diabète ou avec comme comorbidités VIH, hépatite virale B ou C, alcoolisme chronique, maladies auto-immunes). Les données collectées à l'aide d'une fiche pré testée ont été saisies grâce au logiciel CPro version 6.3 puis analysées grâce au logiciel SPSS version 23.0.

## CO9. EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DE PATIENTS OBESES APRES UN SEJOUR DANS UN SSR SPECIALISE EN NUTRITION. MEDENOU LIONEL, CAMILLE P, GNINKOUN J, AMOUSSOU M, AHOUDJINO MJ, DJROLO F, VALENSI P.

Service de nutrition, hôpital René Muret (Paris) ; Service d'endocrinologie et diabète du CNHU de Cotonou (Bénin)

Introduction : Les effets d'un programme d'éducation thérapeutique sur les paramètres anthropométriques, biologiques, psychosociaux et physiques ont été évalués chez des patients obèses en SSR à court et moyen terme.

Matériel et méthode : Etude prospective de 45 patients obèses de juin 2017 à septembre 2018 hospitalisés dans l'Unité de Soins de Suite et Réadaptation Nutrition Obésité à Sevran, bénéficiant d'éducation diététique, d'une reprise d'activité physique associée à une rééducation à l'effort et à un soutien psychologique.

Les paramètres anthropométriques, biologiques et les capacités physiques étaient évalués à l'entrée, à la sortie et à 1 an. Les paramètres psychosociaux étaient évalués à l'entrée et à 1 an. Les patients ont été hospitalisés pour une durée moyenne de 23,2 jours +/- 15 (extrême 5 semaines).

Résultats : La perte de poids a été significative à la sortie de 3,71 kg +/- 3,09 ( $p < 0,0001$ ) et de 6,54 kg +/- 6,68 ( $p < 0,008$ ) à 1 an sur 14 patients. L'IMC, le tour de taille, la masse grasse et la masse grasse viscérale ont diminué significativement à la sortie et à 1 an. Les paramètres métaboliques se sont améliorés significativement en fin de séjour notamment l'HbA1c, le HOMA-IR, le LDL-c et les GGT. Les capacités physiques évaluées par le score de Ricci et Gagnon, le stepp test et le test de marche se sont améliorés significativement également.

Conclusion : Ce programme d'éducation de 3 semaines a eu des effets bénéfiques significatifs sur la perte de poids, l'IMC, la masse grasse, les capacités physiques en fin d'hospitalisation, et ces bénéfices se sont maintenus à 1 an.

## CO10. ENQUETE SUR LA PRESCRIPTION DES STATINES AUPRES DES MEDECINS DE LA REGION DE DAKAR : IMPACT DES RECOMMANDATIONS ACTUELLES SOW D, DIEDHIOU D, NDOUR M A, DIALLO IM, KA-CISSE M, SARR A, NDOUR MBAYE M

Clinique Médicale II, Centre Hospitalier Abass Ndao, UCAD, Dakar ; Email : drdjiby@yahoo.fr

Introduction : Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité et d'invalidité dans le monde. En cas d'hypercholestérolémie, les statines sont le traitement de première intention. En effet, les médecins sont en première ligne en ce qui concerne la prescription des statines. Le but de cette thèse est d'étudier les indications retenues par les médecins pour justifier la prescription des statines en soins primaires.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive et analytique, réalisée à partir d'un questionnaire remis aux médecins, exerçant dans les différentes structures hospitalières de la région de Dakar du 1er Avril 2018 au 30 Aout 2018, soit une période de 5 mois

Résultats : 155 médecins ont répondu au questionnaire. L'âge moyen de 39,55 ans avec des extrêmes de 25ans et 71ans. La tranche d'âge de 25 à 35 ans est la plus représentée avec 50,99%.

Il y'avait 56 femmes (36%) soit un sex-ratio H/F de 1,76. Les médecins généralistes représentaient 69,67%. Parmi les spécialistes, les cardiologues représentaient 20,64%. Concernant les soins primaires 92,25% des médecins trouvent les statines comme des hypocholestérolémiants. 87 médecins (56,12%) prescrivent les statines dans la dyslipidémie. L'efficacité des statines a été approuvée par 49,67% des cas. Par ailleurs 36,67% trouvent que ce sont des médicaments avec beaucoup d'effets secondaires.

Les médecins estiment que l'indication principale des statines se trouve être en rapport avec le niveau de LDL selon 98,06% . La dyslipidémie est considérée comme indication pour prescrire les statines par 96 médecins soit 61,93%. Les statines sont bien prescrites dans le cas du diabète de type 2 selon 78,06%.

L'atorvastatine reste la classe la mieux connue avec 98,70%. La valeur de LDL cible chez un diabétique de type 2 doit être <1,3 selon 63,22%. L'étude clinique reste le paramètre le plus utilisé pour surveiller l'efficacité des statines après une prescription d'après 132 médecins soit 85,16%.

Conclusion : Les conséquences d'une prescription inadéquate de statines contribuent pour les patients « sur-traités » à un surcoût des dépenses de santé et pour les patients « sous-traités » à un risque accru d'accidents cardio-vasculaires graves.

Mots-clés : maladies cardio-vasculaires – statines-médecins- prescription.

**CO11. EVALUATION DU RISQUE PODOLOGIQUE CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES AU CENTRE HOSPITALIER ABASS NDAO NDOUR M A, DIEDHIOU D, SOW D, DIALLO IM, KA-CISSE M, SARR A, NDOUR MBAYE M** Clinique Médicale II, Centre Hospitalier Abass Ndao, UCAD, Dakar ;

Email: michelassanendour@yahoo.fr

Introduction : Outil de prévention des lésions et amputations du pied diabétique, l'évaluation et la graduation du risque podologique reste incontournable. L'objectif est de déterminer le risque podologique chez nos diabétiques afin d'optimiser la prise en charge.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique menée sur 12 mois, incluant des sujets diabétiques de type 2 à la clinique médicale II de l'hôpital Abass Ndao. L'examen clinique, l'IPS et le test au biothesiomètre étaient utilisés pour la graduation selon l'International Working Group of the Diabetic Foot (IWGDF).

Résultats : 182 patients étaient colligés avec un âge moyen de 51,3 ans, un sex-ratio de 0,42, une glycémie moyenne de 2,7 g/l et une HbA1c de 8,7%. Les facteurs de risque cardio-vasculaires étaient le tabagisme (18%), la sédentarité (23%), l'HTA (54%). Des antécédents d'ulcération et/ ou de désarticulation étaient notés dans 27%. Le type de chaussage le plus utilisé était les sandales (90%). Cependant, 41% des patients marchaient pied nus. Une claudication intermittente était notée à 17%. A l'examen podologique, il s'agissait d'une ulcération (67%), une abolition du pouls tibial postérieur (25%). La perte de la sensibilité était retrouvée dans 70% au mono filament et 32% au biothesiomètre. Un Index de Pression Systolique inférieur à 0,9 était noté chez 30%. Selon la gradation du risque podologique de l'International Working Group of the Diabetic Foot (IWGDF), le risque Podologie des patients était de grade 0 (47%), grade 1 (17%), grade 2 (23,5%) et grade 3 (12,5%). L'existence de facteurs de risque podologique ( $p=0,002$ ), le déséquilibre du diabète ( $p=0,003$ ), la neuropathie ( $p=0,024$ ) et l'artériopathie ( $p=0,001$ ) étaient les facteurs significativement associés à la survenue de lésion du pied chez nos patients.

Conclusion : Le risque podologique reste non négligeable dans notre pratique. La prévention des lésions du pied dans les pays en voie de développement est accessible par une évaluation systématique et une sensibilisation sur notamment un chaussage adapté.

Mots clés : pied diabétique ; risque podologique ; clinique médicale II

## **CO12. VECU PSYCHO-AFFECTIF DES ENFANTS VIVANTS AVEC LE DIABETE DE TYPE 1 DANS LE CADRE DU PROGRAMME "CHANGING DIABETES IN CHILDREN (CDiC)".**

**L.O. MOKE<sup>1</sup> ; J.L. TANO<sup>1</sup> ; C-P. SELLY<sup>1</sup>, E.C.K. KOUASSI<sup>1</sup>, M. CISSE<sup>1</sup>, A. GOUN<sup>1</sup>, M.Q.A. KOUAKOU ; J.A. BETEY<sup>1</sup> ; A. ANKOTCHE<sup>1</sup>** <sup>1</sup> Unité de diabétologie, Service de Médecine Interne  
CHU de Treichville,

**Contexte :** La découverte du Diabète de type 1 entraîne un grand bouleversement dans la vie des enfants et a des répercussions le plus souvent délétères sur la prise en charge du diabète. Le programme "Changing Diabetes in Children (CDiC)" est une initiative de NovoNordisk pour la distribution gratuite d'insuline et de matériels de suivi aux enfants de 0 à 18 ans vivant avec le diabète de type 1 dans les pays en développement. Nous avons recherché quelques aspects du retentissement psycho-affectif pouvant compromettre le bon contrôle du diabète.

**Matériel et Méthode :** Etude transversale, descriptive chez 38 enfants (27 filles (71%) et 11 garçons (29%), vivants avec le diabète de type 1 et régulièrement suivis à la Clinique du Diabète du CHU de Treichville. Les différentes contraintes rencontrées dans le vécu quotidien ont été recueillies au cours des entretiens d'éducation diagnostique. Les contraintes ont été classées en 5 questions avec des réponses ouvertes oui ou non : Q1 : Comment trouves-tu le fait d'avoir des injections multiples tous les jours ? Q2 : Comment trouves-tu les visites à l'hôpital ? Q3 : Que penses-tu des restrictions alimentaires ? Q4 : Sais-tu corriger une hypoglycémie ? Q5 : As-tu honte de ton Diabète ? Les réponses aux questions ont été notées chacune de 1 à 3 (1: pas contraignant 2 : contraignant) Les paramètres épidémiologiques et les réponses aux questions de nos patients ont été recueillis et saisis dans une base de données Excel et analysés à l'aide du logiciel Epi-info 6.

**Résultats et commentaires ;** L'âge moyen du diabète était de  $14 \pm 4$  ans. La prédominance était féminine avec sexe ratio de 2,4. La durée moyenne du diabète était de  $4 \pm 4$  ans. Chez 63,2% des patients, les injections d'insuline n'étaient pas contraignantes de manière significative  $p=0,0012$  [IC95% ; 0,36-0,94] (Q1). Les visites fréquentes à l'hôpital n'étaient pas vécues de manière significative comme une contrainte dans 89,5% (34 cas)  $p=0,00001$  [IC95% ; 0,04-0,29] (Q2). Les restrictions alimentaires étaient vécues de manière non significative comme une contrainte dans 52,6% (20 cas)  $p=0,32$  [IC95% ; 0,57-1,42] (Q3). Les hypoglycémies étaient vécues de manière non significative comme une contrainte dans 57,8% (22 cas)  $p=0,08$  [IC95% ; 0,86-2,1] (Q4). Être diabétique de type 1 n'était pas ressenti comme une honte de manière significative pour les enfants dans 76,3% (29 cas)  $p=0,00002$  [IC 95% ; 0,17-0,56] (Q5).

**Conclusion : Les injections multiples et les restrictions alimentaires rigides imposées par les parents étaient au premier plan des contraintes vécues par les enfants vivant le diabète de type 1. Les hypoglycémies constituent une contrainte négligeable et la maladie n'est pas ressentie comme une honte.**

**Mots clé : Diabète type 1, Enfants, Adolescents, Contraintes psychoaffectives, CDiC-Côte d'Ivoire**

**CO13. DIABETE TYPE I DANS LE CADRE DU SYNDROME DE TURNER : QUEL DEVENIR A L'AGE ADULTE DU POINT DE VUE CARDIO-VASCULAIRE ?**

**SARA ASKAOUI, SANAA NAFII, GUIZLANE EL MGHARI, NAWAL EL ANSARI.**

Service d'endocrinologie du CHU Med VI de marrakech, maroc, Marrakech, MAROC,  
saraaskaoui@yahoo.fr. marrakech, 40000, Maroc

Introduction : Les atteintes cardio-vasculaires représentent la principale cause de surmortalité précoce chez les patientes suivies pour un syndrome de Turner, dues d'une part aux malformations cardiaques congénitales et d'autre part à la carence oestrogénique, le diabète, la dyslipidémie, l'hypertension artérielle et la surcharge pondérale.

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence la sévérité des atteintes cardio-vasculaires survenues chez une patiente suivie pour un diabète type I dans le cadre du syndrome de Turner

Observation : Patiente M.F, âgée de 45 ans, diabétique de type I depuis 19 ans dans le cadre d'un syndrome de Turner (monosomie X), ayant comme antécédents : une hypothyroïdie et une hypertension artérielle sous traitement depuis 16ans, une cardiopathie ischémique sur lésion coronarienne tritronculaires depuis 6 ans, une néphropathie diabétique sous traitement et une rétinopathie diabétique lasérisée depuis 10 ans La patiente a été hospitalisée pour instabilité glycémique, à l'anamnèse : notion de dyspnée d'effort avec des claudications intermittentes des 2 membres inférieurs, à l'examen : un retard statural sévère, un IMC à 30.1 kg/m<sup>2</sup> et IPS pathologique des deux pieds.

L'artériographie des membres inférieurs réalisée a objectivée des sténoses étagées et bilatérales des deux artères fémorales superficielles, une occlusion des artères tibiale postérieure et fibulaire droite nécessitant une revascularisation

Discussion: le syndrome de Turner est une affection à très haut risque cardiovasculaire, vu les malformations cardiaques et rénales, l'hypogonadisme, le diabète de type 1 ou de type II, la surcharge pondérale, l'hypothyroïdie, l'HTA qui est associée chez 25% au jeune âge et chez 40 à 60% à l'âge adulte, la dyslipidémie et les anomalies de conduction et de repolarisation retrouvées fréquemment chez les patientes suivies pour ce syndrome. Ceci impose un diagnostic précoce, une prise en charge optimale et un suivi régulier des atteintes cardiovasculaires chez les turnériennes, surtout celles diabétiques.



CO14. LE POLYMORPHISME INSERTION/DELETION DU GENE CODANT POUR L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE N'EST PAS ASSOCIE A L'OCCURENCE DU DIABETE DE TYPE 2 DANS LA POPULATION GABONAISE MBANG BENGONE AUDE SYNTIA, OVONO ABESSOLO FELIX, Département CHIMIE-BIOCHIMIE Université des Sciences et de la Santé du Gabon, haudess@yahoo.fr, 4009, Libreville, Gabon

INTRODUCTION : Le diabète de type 2 est une maladie multifactorielle, qui résulte d'une interaction entre les facteurs : facteurs environnementaux et des gènes de prédisposition.

OBJECTIFS : Rechercher une relation entre le polymorphisme I/D du gène codant pour l'enzyme de conversion de l'angiotensine et le diabète de type 2 chez des gabonais.

PATIENTS ET METHODE : Sur 225 sujets dont 88 témoins et 137 individus diabétiques de type 2, nous avons extrait l'ADN génomique des leucocytes. L'analyse génotypique du gène de l'enzyme de conversion de l'angiotensine a été faite par la technique de polymérase chain reaction. Les variables catégorielles et continues ont été comparées entre les patients diabétiques et les témoins respectivement à l'aide du test de khi deux et du test Anova. Les résultats ont été considérés significatifs pour une valeur de la probabilité  $p \leq 0,05$

RESULTATS : La distribution des génotypes DD, ID, et II chez les témoins et les diabétiques était respectivement de 63,6%, 33%, 3,4% et 65,7%, 31,4%, 2,9% ( $p= 0,943$ ). Par ailleurs, la répartition allélique a montré que les allèles I et D chez les témoins puis les diabétiques avaient des proportions respectives de 19,1%, 80,1% Versus 18,6, 81,4% ( $p= 0,923$ ). Les différences génotypiques et alléliques entre les deux groupes n'étaient pas significatives ( $p>0,05$ )

CONCLUSION : Le polymorphisme I/D de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ne serait pas isolément impliqué dans la survenue du diabète de type 2 dans la population gabonaise.

Mots clés : Diabète de type 2, Enzyme de conversion de l'angiotensine, polymorphisme I/D.

CO15. REACTIONS PSYCHOLOGIQUES ET IMPACT SUR L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE CHEZ DES PATIENTS DIABETIQUES EN MILIEU HOSPITALIER : CAS DU MALI WAFO MICHELLA<sup>1</sup>, SOW Sylla Djeneba<sup>2</sup>, DJEUGOUE Paulette<sup>2</sup>, TRAORE Djenebou Menta, SIDIBE Assa TRAORE<sup>2</sup>, COULIBALY Souleymane<sup>3</sup>, TRAORE Abdel Kader<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Service d'endocrinologie, CHU de Yopougon, BP 575 Abidjan Côte d'Ivoire, michella\_wafo@yahoo.fr

<sup>2</sup>Service de Médecine d'Endocrinologie de l'Hôpital du MALI

<sup>3</sup>Service de Médecine interne du CHU du Point-G

Introduction : Dès l'annonce du diabète, maladie chronique, il se met en place chez les patients un processus de deuil passant par plusieurs réactions psychologiques. Peu d'études ont porté sur ces réactions face au diabète. Nous présentons ces différentes réactions et l'observance thérapeutique de ces patients

**Matériel et méthode :** Etude transversale de 6 mois, portant sur 137 patients diabétiques suivis dans le service d'endocrinologie de l'hôpital du Mali. Les données étaient collectées à l'aide d'une fiche d'enquête et nous avons étudié les réactions du processus de deuil de la maladie chronique décrites par Anne Lacroix. Le test exact de Fisher avec seuil de significativité à 5% utilisé pour les comparaisons.

**Résultats :** 57,7% étaient des femmes avec un sexe ratio de 0,73 ; moyenne d'âge de 44,6+/-4,05 ans, 73% étaient diabétiques de type 2, 67,9% des patients avaient l'HbA1C>7%, 53% présentaient des complications dégénératives. 69,3% respectaient le traitement médicamenteux, 55,5% l'activité physique régulière et 51,1% le régime alimentaire. Le choc émotionnel à l'annonce représentait 62,8%. Au moment de l'étude on notait : déni (28,5%), résignation (23,4%), acceptation (18,2%), marchandage (16,8%), pseudo-acceptation (9,5%), dépression (2,9%), révolte (0,7%). Ces réactions étaient statistiquement liées au type de diabète, à l'observance thérapeutique et à la présence de complications dégénératives.

**Conclusion :** La non acceptation du diabète était fréquente. Elle était significativement associée à la mauvaise observance thérapeutique, impliquant mauvais équilibre et apparition de complications dégénératives du diabète. Intérêt pour le soignant de reconnaître ces réactions, pour une prise en charge globale du patient basée sur l'éducation thérapeutique.

## **CO16. SYNDROMES GERIATRIQUES ET COMORBIDITES DES PATIENTS DIABETIQUES EN COTE D'IVOIRE WAFO MICHELLA, ABODO Jacko,**

Service d'endocrinologie, CHU de Yopougon, michella\_wafo@yahoo.fr

**INTRODUCTION :** Le diabète du sujet âgé est en constante augmentation. Les études s'accordent à dire qu'il existe un lien entre le diabète et les syndromes gériatriques. Notre objectif est d'étudier les syndromes gériatriques et les comorbidités du diabète.

**PATIENTS ET METHODES :** Etude transversale à visée descriptive portant sur 61 patients diabétiques âgés de 65 ans et plus, suivis en consultation sur une période de 2 mois. Les patients ont bénéficié de l'évaluation gériatrique standardisée, les comorbidités ont été évaluées à l'aide de l'index de de Charlson

**RESULTATS :** L'âge moyen était de 68,80+/- 3,798 ans. Le sexe ratio était de 0,6. Tous les patients étaient atteints d'un DT2. Il évoluait depuis 11,73+/-7,4 ans. L'HbA1c moyenne était de 8,06+/-2,18 %. L'HTA était le facteur de risque cardiovasculaire le plus représenté 60,7%. 55,7% des patients présentaient des complications dégénératives du diabète. 54,1% et 16,4% des patients présentaient respectivement un déficit visuel et auditif. 6,6% et 1,6% des patients avaient une incontinence urinaire et anale. Le score MNA a retrouvé 6,6% de patients dénutris et 44,3% avec risque de dénutrition. Selon la GDS 15, 67,2% présentaient une dépression. Parmi ceux qui ont pu bénéficier du MMSE, 76,6% avaient un déficit cognitif. 9,7% et 62,3% étaient dépendants respectivement pour les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales. Les risques de chute et de maltraitance étaient présents respectivement chez 65,6 % et 11,5% des patients. 67,2% des patients avaient des douleurs chroniques. Le score moyen de Charlson était de 3,92+/-0,73, prédictif d'une mortalité à 1 an de 52% .

**CONCLUSION :** Les syndromes gériatriques sont fréquents chez les sujets âgés diabétiques. Il est essentiel de les rechercher pour une prise en charge du patient dans sa globalité, pour ainsi réduire les comorbidités qui influent sur la survie à court terme des patients.

## **CO17. ASSOCIATION DIABETE ET VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE DANS LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE HIA OBO :**

Mangouka Laurette, Magne Marie Caroline

Hopital d'Instruction des Armées - Service de Médecine Interne, BP 20404 HIA OBO Libreville.

Gabon ; guignalilau@gmail.com

Introduction : L'infection par le VIH affecte gravement les patients diabétiques et constitue un problème majeur de santé publique. La Co-association diabète-VIH doit être gérée de manière appropriée pour prévenir la mortalité et la morbidité et améliorer la vie des patients

Dans cet optique, nous avons d'une part, illustré le diabète de type 2 selon les recommandations ADA 2018 en corrélation avec la présence du Virus d'Immunodéficience Humaine chez les patients et d'autre part, nous avons évalué les traitements antidiabétiques et antirétroviraux en dosant les TCD4.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur 10 patients adultes, suivis au Centre de Traitement ambulatoire (CTA) dans le service de médecine interne de l'HIA OBO Chacun des 10 patients a bénéficié d'une part d'un examen médical, d'un dosage de la glycémie veineuse à jeun, HbA1C, d'un dosage de la sérologie VIH et de lymphocytes TCD4.

Résultats : Ainsi, selon les recommandations de l'ADA un seul patient sur 10 présentait un diabète de type I, les neufs (9) autres quant à eux avaient un diabète de type II. Pour tous les patients de notre série, la découverte du VIH s'est faite à la suite du diagnostic de diabète. Nous avons observé chez les 4 patients sous traitement des complications du diabète et un chez patient un pied diabétique rapporté.

Les patients ont répondu favorablement aux ART avec une augmentation du taux de CD4.

Aucune interaction médicamenteuse n'a été observée

Conclusion ; En 2018, les défis restent à relever dans la standardisation du diagnostic de diabète et la gestion du diabète en association avec l'infection par le VIH.

Mots Clés : Diabète de type 2 ; VIH, Antirétroviraux ; Antidiabétiques

## **CO18. CONNAISSANCES DES PRESTATAIRES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE DE DAKAR SUR LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE DE TYPE 1 DE L'ENFANT EN DEHORS DE L'INSULINOTHERAPIE**

Amadou Sow, Djibril Boiro, Babacar Niang, Modou Gueye, Aminata Mbaye, Ahmed Limane Barage, Michel Assane Ndour, Demba Diedhiou, Djibi Sow, Mane Diallo, Papa Moctar Faye, Maimouna Ndour Mbaye, Ousmane Ndiaye 1-Centre Hospitalier Universitaire, Dakar, Sénégal,

Tel : 221772690111, amadousoow@hotmail.com

Introduction : Le diabète de type 1 est une pathologie chronique aux répercussions lourdes sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. Selon la fédération internationale du diabète, en plus de l'insulinothérapie, l'éducation thérapeutique est fondamentale pour améliorer la prise en charge et réduire les complications.

Le but du travail était d'évaluer les connaissances des praticiens sur l'éducation thérapeutique, mettre en lumière les mauvaises pratiques et faire des recommandations pour améliorer la prise en charge chez l'enfant.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective multicentrique, enquêtant sur la prise en charge non insulinique de l'enfant diabétique de type 1 dans les établissements de santé public de la région de Dakar.

Résultats : Nous avons interrogé 92 prestataires. Il s'agissait de 43,5% (40) DES de pédiatrie ; 46,7% (43) d'étudiants de 7e année et à 6,5% (6) de pédiatres. Parmi eux 64,1% (59) n'avaient pas reçu de formation en diabétologie. Ils préconisaient un régime restrictif dans 35,9% (33) des cas, dont 2,2% (2) de pédiatres ; 15,2% (14) de DES ; 2,2% (2) éducateurs diabétiques et 16,3% (15) 7e année. D'après les prestataires, les principales cibles de l'éducation thérapeutique étaient les parents seuls dans 7,6% des cas. Parmi les prestataires, 23% jugeait inutile d'adapter le traitement en fonction des activités sportives ou ludiques. Le sport était interdit selon 9% des prestataires et pour 10% la présence d'un psychologue est inutile dans la prise en charge.

Conclusion : L'amélioration de la qualité de la prise en charge du DT1 passe par la formation continue des prestataires de santé et la réalisation de protocoles standardisés dans les différentes structures sanitaires pour éviter certaines erreurs dans la prise en charge.

Mots clés : diabète, enfants, éducation thérapeutique, prestataires

## **CO19. PERCEPTION, NIVEAU DE CONNAISSANCE ET OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DE PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2**

Fotso M, Hue A, Acka Felix, Ake-Tano O. Institut National de Santé Publique, Abidjan (Côte d'Ivoire)

INTRODUCTION : La compliance au traitement est le gage d'une prise en charge efficace du patient diabétique. Elle est fonction de la perception et du niveau de connaissance des patients vis-à-vis de la maladie. Le but de ce travail était d'évaluer les perceptions, le niveau de connaissance et l'observance thérapeutique de patients diabétiques de type 2 au cours d'un programme d'éducation thérapeutique.

METHODE : Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique au Centre Antidiabétique d'Abidjan de Février à Juillet 2018. Cette étude a concerné 46 patients inclus dans un programme d'éducation thérapeutique. Les sujets inclus étaient des patients suivis pour un diabète de type 2.

RESULTATS : L'âge moyen était de 55 ans. On notait une prédominance féminine (10F/1H).

Le diabète évoluait depuis 7 ans en moyenne.

Le ressenti à l'annonce était dominé par la peur (53,3%) et la tristesse (33,3%). La colère et la culpabilité représentaient respectivement 10%. Près de la moitié n'acceptait pas l'éventualité d'un traitement à vie.

Un quart de nos patients déclarait ne jamais avoir entendu parler de diabète avant l'annonce et 90% ignoraient les valeurs normales de glycémie. Un quart des patients déclarait ne pas savoir comment survient un diabète ; 60% évoquaient l'alimentation et l'hérédité comme causes principales.

Le traitement comportait surtout des ADO (80%). 91,3% déclaraient prendre le traitement tel que prescrit mais plus de la moitié avait omis de le prendre sur les 30 derniers jours. Seuls 21% pratiquaient l'auto-surveillance glycémique capillaire.

La majorité de nos patients (80%) estimaient ne pas être suffisamment informés.

La source d'information privilégiée des patients était le médecin diabétologue (80%), mais 55,6 % déclaraient ne pas encore avoir eu recours à celui-ci.

Engagé pour le progrès thérapeutique  
**au service des patients**  
en Afrique et dans le monde

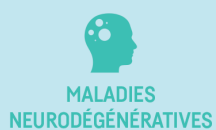


Conception et réalisation : BRIEF - Crédits photos : Micheal Jung/Alodie Stock.

[www.servier.com](http://www.servier.com)



DES INNOVATIONS DANS 5 AXES MAJEURS





MINISTÈRE DE LA SANTÉ



Organisation mondiale de la Santé



International Diabetes Fédération



Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale



TOTAL GABON

Sobraga |   
Les Brasseries du Gabon



MERCK



SANOFI



ACCU-CHEK®



 NOVARTIS

 Strides

 On-Call®

DIABÈTE DE TYPE 2  
CHANGER LE COURS  
DU TRAITEMENT  
EN RÉDUISANT LE  
RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

HbA1c

### Informations de prescription abrégées

#### Victoza® (solution injectable de liraglutide)

Le résumé des caractéristiques du produit est disponible sur demande. Composition: Un stylo pré-rempli contient 18 mg de liraglutide dans 3 ml. Indications thérapeutiques: Victoza® est indiqué dans le traitement du diabète de type 2 de l'adulte pour obtenir un contrôle glycémique en monothérapie et en association avec des antidiabétiques oraux et/ou l'insuline basale lorsque ceux-ci, combinés à un régime alimentaire et de l'exercice physique, ne permettant pas d'obtenir un contrôle glycémique adéquat. Pharmacologie et mode d'administration: La dose initiale est de 0,6 mg de liraglutide par jour. Après au moins une semaine de traitement, la dose devra être augmentée à 1,2 mg. En fonction de la réponse clinique, après au moins une semaine de traitement, certains patients pourront être éventuellement bénéficier d'une augmentation de la dose de 1,2 mg à 1,8 mg afin d'obtenir un meilleur contrôle glycémique. Une dose quotidienne supérieure à 1,8 mg n'est pas recommandée. Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance rénale légère ou modérée. Victoza® ne peut être actuellement recommandé chez les patients présentant une insuffisance rénale ou hépatique sévère. Victoza® doit être administré une fois par jour, quel que soit le moment de la journée, indépendamment des repas. Victoza® peut être injecté par voie sous-cutanée dans l'abdomen, la cuisse ou le haut du bras. Victoza® ne doit pas être administré par voie intraveineuse ou intramusculaire. Le traitement par metformine et thiazolidinedione peut alors être poursuivi à la même dose. Lorsque Victoza® est associé à un traitement par sulfamide hypoglycémiant, une diminution de la dose du sulfamide hypoglycémiant devra être envisagée afin de réduire le risque d'hypoglycémie. Contre-indications: Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Éviter en général les médicaments et préparations d'insuline: Victoza® ne doit pas être utilisé chez les patients présentant un diabète de type 1 ou pour le traitement d'une acidocétose diabétique. Victoza® ne peut pas se substituer à l'insuline. L'expérience chez les patients atteints d'une insuffisance cardiaque congestive de classe I ou II NYHA (New York Heart Association) est limitée. Il n'y a pas d'expérience chez les patients présentant une insuffisance cardiaque congestive de classe III ou IV NYHA. L'expérience chez les patients présentant une maladie inflammatoire de l'intestin et une gastro-péritonéodiverticulite est limitée. Victoza® n'est donc pas recommandé chez ces patients. L'utilisation d'anticoagulants du GLP-1 a été associée à un risque de pancréatite. Les patients doivent être informés des symptômes caractéristiques de la pancréatite aiguë, douleur abdominale intense et persistante. En cas de suspicion de pancréatite, Victoza® doit être arrêté. Si une pancréatite aiguë est confirmée, Victoza® ne devra pas être ré-administré. Des effets indésirables thyroïdiens, comprenant augmentation de la calcitoninémie, goitre et néoplasme thyroïdien, ont été rapportés dans les études cliniques en particulier chez les patients présentant une maladie thyroïdienne préexistante. Les patients traités par Victoza® doivent être avertis du risque potentiel de déshydratation liée aux effets indésirables gastro-intestinaux et doivent prendre des précautions pour éviter une perte hydrique. Grossesse et allaitement: Victoza® ne doit pas être utilisé pendant la grossesse, projet de grossesse et allaitement. Effets indésirables: Les réactions indésirables les plus fréquemment observées pendant les essais cliniques étaient les affections gastro-intestinales: les nausées et les diarrhées étaient très fréquentes, alors que les vomissements, la constipation, les douleurs abdominales et la dyspepsie étaient fréquents. Les céphalées et les rhinopharyngites étaient fréquentes également. Des réactions allergiques et des cas de déshydratation ont été rapportés lors de la commercialisation de Victoza®. Les hypoglycémies majeures pouvaient survenir peu fréquemment avec Victoza® et ont principalement été observées lorsque Victoza® était associé à un sulfamide hypoglycémiant (0,02 événement/patient-année). Quelques rares épisodes d'hypoglycémie (0,001 événement/patient-année) ont été observés lors de l'administration de Victoza® en association à des antidiabétiques oraux autres que les sulfamides hypoglycémiant. Lors des essais cliniques à long terme réalisés avec Victoza®, peu de cas (< 0,2 %) de pancréatite aiguë ont été observés. Des pancréatites ont également été rapportées après la commercialisation du médicament. Surdosage: Des cas de surdosage jusqu'à 40 fois la dose d'entretien recommandée (72 mg) ont été rapportés lors des essais cliniques et lors de la commercialisation. Les événements rapportés incluaient des nausées et des vomissements sévères. Aucune hypoglycémie sévère n'a été rapportée. Tous les patients se sont rétablis sans complication. En cas de surdosage, un traitement symptomatique approprié doit être initié en fonction des signes cliniques et des symptômes du patient. Titulaire d'une autorisation en de mise sur le marché: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark. Date de révision: Avril 2018

Novo Nordisk Pharma Self FF LLC, Dulut Healthcare City, Building 04, Block A, 4th Floor Office 4071-0204, P.O. Box 628262, Dulut, GA, Tel: +1 770 4874262

Remarque: Novo Nordisk recueille les informations concernant le pharmacovigilance de ses produits et sous encouragement les professionnels de santé à déclarer les effets indésirables en ligne consultant par mail: [NovoCpaAR@novonordisk.com](mailto:NovoCpaAR@novonordisk.com) ou par téléphone au: +321 79 497 67 66 (Danemark), +321 79 497 67 66 (Belgique), +321 79 497 67 66 (France), +321 79 497 67 66 (Espagne)









































































