



Article Original

Le Diabète Sucré en Milieu Hospitalier Dans le Nord du Cameroun : Aspects Épidémiocliniques, Paracliniques et Thérapeutiques

Diabetes Mellitus in Hospital Settings in Northern Cameroon: Epidemiology, Clinical Features and Management

Astasselbe Abba Hadja Inna^{1,2}, Amadou Ibrahima^{1,2}, Anne Boli³, Paulette Djeugoue², Moussa Oumarou², Raïssa Deunga², Désiré Sambo Aminou², Bâ Hamadou^{1,4}

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire les aspects épidémiocliniques, paracliniques et thérapeutiques du diabète sucré à Garoua dans la région septentrionale du Cameroun. **Méthodologie.** Nous avons mené une étude transversale descriptive à l'Hôpital général de Garoua (Nord- Cameroun), sur une période de 12 mois, sur des patients reçus en consultation externe d'endocrinologie pour prise en charge d'un diabète sucré et ayant donné leur consentement. Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été recueillies dans les dossiers médicaux et analysées par le logiciel Epi Info v4.6.0.6. **Résultats.** Un total de 12 591 patients ont été reçus en consultations externes durant la période d'étude dont 347 en endocrinologie. Parmi eux, 258 reçus en diabétologie ont été inclus dans l'étude, soit une prévalence hospitalière de 2 %. Il y avait 56,6 % d'hommes et l'âge moyen était de $52,3 \pm 12,5$ ans. Le diabète de type 2 (DT2) était l'étiologie la plus fréquente (91,3 %) et il avait une durée médiane de 5 ans (IQR : 1-10). Les facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV associés au diabète étaient la sédentarité (89,5 %), l'Hypertension artérielle (35,3 %), l'obésité (38,7 %) et la ménopause (58 %). La complication chronique la plus fréquente était la PND (43,7 %). La majorité des patients avaient un déséquilibre hyperglycémique chronique ($HbA1c \geq 7\%$) et 81,4 % une hyper LDL-cholestérolémie. Le traitement était un ADO associé aux MHD dans 58,5 % des cas et 46,5 % des patients avaient une mauvaise observance thérapeutique. **Conclusion.** La prévalence hospitalière du diabète sucré était de 2 %. Le DT2 était l'étiologie la plus fréquente associée aux FDRCV majeurs et compliqué d'une PND. La majorité des patients présentait un déséquilibre hyperglycémique chronique et une hyper LDL-cholestérolémie. Les ADO associés aux MHD représentaient la modalité thérapeutique la plus utilisée.

ABSTRACT

Objective. To describe the epidemiological, clinical, paraclinical, and therapeutic aspects of diabetes mellitus at Garoua General Hospital. **Materials and methods.** We conducted a cross-sectional study over 12-month in patients of the outpatient endocrinology clinics for managing diabetes mellitus and who had given their informed consent. Sociodemographic, clinical, paraclinical and therapeutic data were collected from the medical records and analyzed by Epi Info software v4.6.0.6. **Results.** Of 12,591 patients seen in outpatient clinics, 347 in endocrinology clinics and 258 in diabetes care clinic were included in the study, giving a hospital prevalence of 2 %. The patients were predominantly male (56.6 %) and had an average age of 52.3 ± 12.5 years. Type 2 diabetes was the most common type of diabetes followed-up (91.3 %), with a median duration of 5 years (IQR: 1-10). The main cardiovascular risk factors associated with diabetes were sedentary lifestyle (89.5 %), arterial hypertension (35.3 %), obesity (38.75 %), and menopause (58 %). The most frequent chronic complication was sensitive peripheral polyneuropathy (43.7 %). The majority of patients had chronic hyperglycaemic imbalance and 81.4 % had hyper LDL-cholesterolaemia. The treatment modality was an oral antidiabetic in 58.5 % of cases, and 46.5 % of patients had poor therapeutic compliance. **Conclusion.** The in-hospital prevalence of diabetes mellitus was 2 % in outpatient consultations. Type 2 diabetes is the most common aetiology, associated with major cardiovascular risk factors and complicated by sensitive peripheral polyneuropathy. The majority of patients have chronic hyperglycaemic imbalance and high LDL cholesterol. Oral antidiabetic agents combined with dietary hygiene measures are the most commonly used treatment modality.

1. Hôpital Général de Garoua ; Garoua ; Cameroun
2. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales ; Université de Garoua ; Garoua ; Cameroun
3. Faculty of Health Sciences ; University of Bamenda ; Bamenda ; Cameroun
4. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales ; Université de Yaoundé I ; Yaoundé ; Cameroun

Auteur correspondant :

Astasselbe Abba Hadja Inna
Hôpital Général de Garoua.
Cameroun.

Email : hadjainna@yahoo.fr

Tel : +237 698145634

Mots clés : diabète sucré ; Hôpital Général de Garoua ; étude descriptive

Mots clés : diabète sucré ; Hôpital Général de Garoua ; étude descriptive

Keywords: diabetes mellitus; Garoua General Hospital; cross-sectional study

Article history

Submitted: 8 July 2024

Revisions requested: 6 August 2024

Accepted: 15 August 2024

Published: 30 August 2024

POINTS SAILLANTS

La question abordée dans cette étude

Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques du diabète sucré à l'Hôpital Général de Garoua (Cameroun).

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. La prévalence hospitalière du diabète est de 2 %.
2. La majorité des patients sont dans la cinquantaine, souffrant d'un diabète de type 2 chroniquement déséquilibré, compliqué d'une polyneuropathie périphérique sensitive, associé à des facteurs de risques cardiovasculaires majeurs et traité par le duo antidiabétiques oraux-mesures hygiéno-diététiques.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Il faudrait améliorer le dépistage précoce et la prise en charge globale des patients pour réduire la morbi-mortalité liée au diabète à Garoua.

INTRODUCTION

Le diabète sucré est caractérisé par une hyperglycémie chronique responsable de complications engageant le pronostic vital. Il représente l'endocrinopathie la plus fréquente dans le monde et un réel problème majeur de santé publique.

En 2021, la Fédération Internationale du Diabète dénombrait 537 millions de personnes diabétiques dans le monde avec une projection à 783 millions en 2045 si rien n'est fait. L'Afrique n'est pas en reste avec plus de 23 millions de personnes touchées par le diabète sucré et plus d'une personne sur deux non diagnostiquée. Au Cameroun ; 620 millions de personnes sont concernées par la maladie (1).

Plusieurs politiques sont mises en application par les pouvoirs publics pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les populations camerounaises (2). Parmi lesquelles, la création d'un hôpital de référence de 1^{ère} catégorie de la pyramide sanitaire couvrant les trois régions septentrionales du Cameroun où les consultations d'endocrinologie sont réalisées depuis le mois de mai 2023 (3).

Connaissant la pauci-symptomatologie de la maladie et la morbi-mortalité associée au déséquilibre hyperglycémique chronique ; il est plus que nécessaire de décrire la population diabétique pour une meilleure prise en charge.

Le but de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques du diabète sucré à l'Hôpital Général de Garoua (HGG).

MÉTHODOLOGIE

Cadre de l'étude et participants

Nous avons mené une étude transversale descriptive sur une période d'un an ; du 08 mai 2023 au 07 mai 2024 au sein d'une population de patients reçus en consultations externes d'endocrinologie à l'HGG qui est une structure

sanitaire de référence située dans la capitale de la région du Nord-Cameroun (population : près de 2,5 millions). C'est un hôpital de 1^{ère} catégorie ouvert au public depuis le 1^{er} septembre 2022. Accessible par une voie principale parfaitement bitumée, il est situé à 15 minutes du centre-ville. Il est constitué d'une dizaine d'unités réparties en 3 groupes : les services administratifs, les services cliniques et les services d'appui. Les consultations externes d'endocrinologie y sont effectuées tous les mardis et les jeudis par un seul endocrinologue depuis mai 2023. Les patients bénéficient de séances d'éducation thérapeutique. Ils ont la possibilité de réaliser sur place des consultations de nutrition, des explorations cardiologiques, ophtalmologiques et différentes analyses biologiques. Etait inclus dans l'étude tout patient venu pour une première consultation externe d'endocrinologie dans le cadre d'une prise en charge de diabète sucré (diagnostic ou suivi) quel que soit l'âge durant la période d'étude et ayant donné son consentement de participation. Etait exclu tout patient ayant consulté pour une autre endocrinopathie que le diabète sucré ou refusé de participer à l'étude. Nous avons procédé à un échantillonnage consécutif, exhaustif et non probabiliste.

Procédure

Les données ont été collectées dans les dossiers médicaux des patients. Les variables sociodémographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été récoltées. Les variables étaient les suivantes :

- Variables sociodémographiques : âge, sexe et nationalité
- Variables cliniques :

Histoire du diabète : type, durée depuis la découverte, traitement en cours, observance thérapeutique, auto surveillance glycémique, complications aiguës (cétose, état hyperosmolaire, hypoglycémie) et complications chroniques micro et macroangiopathiques.

Facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCV) : hypertension artérielle (HTA), dyslipidémie, obésité, tabagisme, ménopause et antécédent familial de maladie cardiovasculaire.

Maladies infectieuses : SIDA, hépatite virale B et C.

Hygiène de vie : consommation d'alcool, prise de corticothérapie au long cours, respect d'un régime alimentaire et sédentarité.

Interrogatoire : présence d'un syndrome cardinal ou de symptômes évocateurs d'une complication.

Examen physique : poids, taille, indice de masse corporelle selon la formule poids/taille² (normal : 18-24,9 kg/m² ; surpoids : 25-29,9 kg/m² ; obésité ≥ 30 kg/m²), glycémie capillaire, pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD), pouls et la mesure de la circonférence abdominale pour déterminer une obésité androïde (homme ≥ 94cm et femme ≥ 80cm). L'état bucco-dentaire (plaque dentaire, caries, chicots...), recherche d'une lésion des pieds et évaluation de la sensibilité podologique.

- Variables paracliniques : hémoglobine glyquée (HbA1c), créatininémie, protéinurie à la bandelette

urinaire, profil lipidique, aspartate-amino-transférase (ASAT), alanine-amino-transferase (ALAT), uricémie,

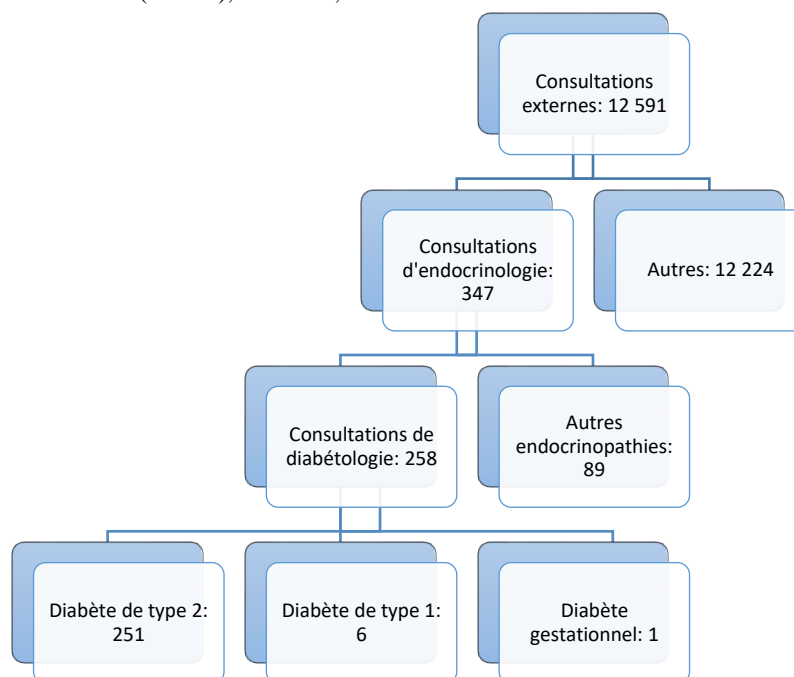


Figure 1 : Diagramme de flux des patients inclus dans l'étude

électrocardiogramme de repos (ECG), échocardiographie transthoracique et fond d'œil.

- Variables thérapeutiques : type de traitement, observance thérapeutique et auto surveillance glycémique.

Toutes les observations médicales (interrogatoire, examen physique et remplissage des dossiers médicaux) ont été réalisées par le même endocrinologue.

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel Epidata version 4.6.0.6. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de médiane (intervalle interquartile) ou moyenne (écart-type) en fonction de la distribution des données. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentage.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 12 591 consultations externes ont été effectuées à l'Hôpital Général de Garoua avec 347 consultations d'endocrinologie et 258 consultations de diabétologie (Figure 1).

Au total, 258 patients ont été inclus dans l'étude avec une prévalence hospitalière globale de 2 % (258/12591) et une prévalence en consultations d'endocrinologie de 74,3 % (258/347).

Caractéristiques sociodémographiques des participants

L'âge moyen de la population d'étude était de $52,3 \pm 12,5$ ans avec des extrêmes entre 14 et 91 ans. Nous avons retrouvé une prédominance masculine dans 56,6 % (146/258) des cas. (Figure 2).

Caractéristiques cliniques

Concernant le type de diabète : 97,3 % (251/258) des patients souffraient d'un DT2; 2,3 % (6/258) d'un diabète de type 1 et un cas de diabète gestationnel.

Sexe

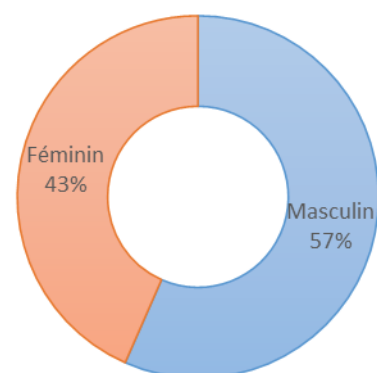


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

La médiane de la durée du diabète était de 5 ans (IQR : 1-10). Les urgences hyperglycémiques étaient retrouvées dans 3,5 % (9/258) des cas et 5,1 % (13/258) des participants avaient déjà présenté un épisode d'hyperglycémie.

Les FDRCV identifiés dans la population d'étude étaient la sédentarité : 89,5 % (231/258); l'HTA: 35,3 % (91/258); l'obésité : 26,3 % (67/258); la dyslipidémie : 8,9 % (23/258); le tabagisme actif : 3,9 % (10/258) et la ménopause : 58 % (65/112).

L'antécédent connu d'hépatite virale B était retrouvé chez 3,1 % (8/258) des participants et du VIH dans 1,16 % (3/258) des cas.

Concernant le mode de vie : 8,9 % (23/258) des patients consommaient de l'alcool ; 1,6 % (4/258) avaient une

corticothérapie au long cours et 85,6 % (220/258) ne respectaient pas un régime diététique spécifique (**Tableau I**).

Tableau I : Caractéristiques du diabète, facteurs de risque cardiovasculaires et antécédents des patients

Variables	Effectif	%
Type de diabète		
Diabète de type 2	251	97,3
Diabète de type 1	6	2,3
Diabète gestationnel	1	0,4
Complications aiguës		
Urgences hyperglycémiques	9	3,5
Hypoglycémie	13	5,1
Complications microangiopathiques		
Rétinopathie diabétique	12	4,6
Néphropathie diabétique	1	0,4
Neuropathie diabétique	113	43,7
Complications macroangiopathiques		
Cardiopathie ischémique	2	0,8
Accident vasculaire cérébral	8	3,1
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	0	0
Facteurs de risque cardiovasculaires		
Sédentarité	231	89,5
Hypertension artérielle	91	35,3
Obésité	100	38,7
Obésité androïde	106	43,4
Dyslipidémie	23	8,9
Tabagisme actif	10	3,9
Ménopause	65	58
Antécédents de maladies infectieuses		
Hépatite virale B	8	3,1
VIH	3	1,16
Antécédents toxicologiques		
Alcool	23	8,9
Corticothérapie au long cours	4	1,6
Mode de vie		
Respect du régime diététique	38	14,4
	Moyenne (ET)	Médiane (IQR)
Age des patients (ans)	52,3 (12,5)	
Durée du diabète (ans)		5 (1-10)

ET : écart type ; IQR : intervalle interquartile

Les symptômes présentés par les patients étaient par ordre de fréquence : l'asthénie dans 64,7 % (167/258) des cas; le syndrome polyuro-polydypsique dans 57,8 % (148/258) des cas; des dysesthésies/paresthésies plantaires dans 45,3 % (117/258) des cas; un amaigrissement dans 32,9 % (85/258) des cas; une dysfonction érectile dans 26 % (38/146) des cas; un flou visuel dans 8,9 % (23/258) des cas et une polyphagie dans 1,6 % (4/258) des cas. Aucun patient ne présentait une précordialgie ni même une claudication intermittente.

Sur le plan physique : la majorité des patients avaient une obésité (100/258). La médiane de la glycémie était de 2,1 g/L (IQR : 1,4-3,1) et 43,4 % (106/258) des participants présentaient une obésité androïde. La moyenne de la PAS était de 141,4 ± 19,8 mmHg, de la PAD de 86,4 ± 12,2 mmHg et du pouls à 96,2 ± 16,7 battements/minute. La majorité des patients 64,3 % (72/112) avaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire; 3,9 % (10/258) avaient une lésion des pieds et 75,5 % (40/53) n'avaient pas une hypoesthésie plantaire.

Les complications chroniques dépistées étaient la polyneuropathie diabétique (PND) dans 43,7 % (113/258) des cas; la rétinopathie diabétique dans 4,6 % (12/258) des cas et un accident vasculaire cérébral dans 3,1 % (8/258) des cas. La néphropathie diabétique, la

coronaropathie et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs étaient plus rares respectivement de l'ordre de 0,38 % (1/258); 0,77 % (2/258) et 0 % des cas. Par contre; 46,12 % (119/258) des patients ne présentaient aucune complication (**Tableau II**).

Tableau II : Caractéristiques cliniques des patients

Variables	Effectif	%
Symptômes		
Asthénie	167	64,7
Syndrome polyuro-polydypsique	148	57,8
Douleurs neurologiques	117	45,3
Amaigrissement	85	32,9
Dysfonction érectile	38	26
Flou visuel	23	8,9
Polyphagie	4	1,6
Précordialgie	0	0
Claudication intermittente	0	0
Mauvaise hygiène bucco-dentaire	72	64,3
Lésions des pieds	10	3,9
Hypoesthésie plantaire	40	75,5
	Moyenne (ET)	Médiane (IQR)
Poids (Kg)	74,6 (17,6)	
Taille (mètres)	1,7 (0,1)	
Glycémie (g/l)		2,1 (1,4-3,1)
PAS (mmHg)	141,4 (19,8)	
PAD (mmHg)	86,4 (12,2)	
Pouls (battements/minute)	96,2 (16,7)	

ET : écart type ; IQR : intervalle interquartile

Caractéristiques paracliniques

Sur le plan biologique : la majorité des participants 75,5 % (105/139) n'avaient pas de protéinurie à la bandelette urinaire par contre 18 % (25/139) avaient protéinurie comprise entre 0 et 300mg/L à la bandelette urinaire. Sur 222 hémoglobines glyquées réalisées, la moyenne était de 9,9 ± 2,9 %. La majorité des patients à 81,98 % (182/222) avait une HbA1c ≥ 7 %. La médiane de la créatininémie était de 10mg/L (IQR : 7,8-12,6). Concernant le profil lipidique : la valeur du cholestérol total était ≥ 2g/L chez 41,6 % (67/161); du HDL cholestérol ≤ 0,5g/L chez 28,57 % de femmes (32/112); ≤ 0,4 g/L chez 18,49 % d'hommes (27/146); LDL cholestérol ≥ 0,7g/L chez 81,4 % (131/161) et les triglycérides ≥ 1,5g/L chez 28,1% (45/160). La moyenne des transaminases était de 28,2±13,4mUI/L pour l'ASAT et 29,4±16,2mUI/L l'ALAT. La moyenne de l'uricémie était de 56,5±24,4 mg/L (**Tableau III**).

L'ECG de repos était normal dans 61,7 % (37/60) des cas. Il a été retrouvé 13,3 % (8/60) de tachycardie sinusale; 8,4 % (5/60) de séquelles de nécrose; 6,7 % (4/60) d'hypertrophie ventriculaire gauche électrique; 3,4 % (2/60) de troubles du rythme et 6,7 % (4/60) de troubles de la conduction. L'échographie doppler cardiaque transthoracique a mis en évidence 20 % (4/20) d'hypokinésie localisée; 15 % (3/20) d'hypertrophie ventriculaire gauche et 15 % (3/20) de remodelage du ventricule gauche. La majorité des patients 93 % (66/71) ne présentaient pas de signes de rétinopathie diabétique (**Tableau IV**).

Variables	Effectif	%
Protéinurie		
0	105	75,5
≤300mg/L	25	18
0,3-1g/L	8	5,8
1-3g/L	1	0,7
HbA1c		
≤ 7%	40	18,02
> 7%	182	81,98
Profil lipidique		
Cholestérol total ≥ 2 g/L	67	41,6
HDLc ≤ 0,5 g/L	32	28,57
HDLc ≤ 0,4 g/L	27	18,49
LDLc ≥ 0,7 g/L	131	81,4
Triglycérides ≥ 1,5 g/L	45	28,1
	Moyenne (ET)	Médiane (IQR)
HbA1c	9,9% (2,9)	
Créatininémie		10 (7,8-12,6)
ASAT	28,2 (13,4)	
ALAT	29,4 (16,2)	
Uricémie	56,5 (24,4)	

ET : écart type ; IQR : intervalle interquartile

Variables	Effectif	%
Electrocardiogramme		
Normal	37	61,7
Tachycardie sinusale	8	13,3
Séquelles de nécrose	5	8,4
HVG électrique	4	6,7
Troubles du rythme	2	3,4
Troubles de la conduction	4	6,7
Echocardiographie doppler transthoracique		
Normale	10	50
Hypokinésie localisée	4	20
Hypertrophie ventriculaire gauche	3	15
Remodelage du ventricule gauche	3	15
Fond d'œil		
Normal	66	93
Rétinopathie diabétique Stade 2	3	4,2
Maculopathie	2	2,8

Caractéristiques thérapeutiques

La majorité des participants 58,5 % (151/258) étaient traités par antidiabétiques oraux (ADO) associés aux mesures hygiéno-diététiques (MHD) ; 19,4 % (50/258) n'avaient aucun traitement médical ; 15,1 % (41/258) sous insulinothérapie associée aux mesures hygiéno-diététiques ; 4,7 % (12/258) sous thérapie mixte (insuline+ADO+MHD). Par ailleurs, 1,6 % (4/258) des patients étaient sous mesures hygiéno-diététiques seules. Près de la moitié des participants 46,5 % (120/258) n'étaient pas observant au traitement et l'auto-surveillance glycémique était pratiquée par 66,7 % (170/258) des patients.

Variables	N	%
Modalité thérapeutique		
Antidiabétique oral + mesures hygiéno-diététiques	151	58,5
Insuline + mesures hygiéno-diététiques	41	15,1
Thérapie mixte + mesures hygiéno-diététiques	12	4,7
Aucun traitement	50	19,4
Mesures hygiéno-diététiques seules	4	1,6
Observance thérapeutique		
Non	120	46,5
Oui	138	53,5
Auto surveillance glycémique		
Oui	170	66,7
Non	88	34,1

DISCUSSION

Notre étude dont le but était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques du diabète sucré à l'Hôpital Général de Garoua au Cameroun a porté sur 258 patients avec une prédominance masculine à 56,6 % et un âge moyen de 52,3 ± 12,5 ans. La prévalence hospitalière du diabète sucré était de 2 %. Le diabète de type 2 était le plus fréquent à 97,3 % avec une durée médiane de 5 ans. La complication chronique la plus fréquente était la polyneuropathie périphérique sensitive à 43,7 %. Les facteurs de risque cardiovasculaire les plus fréquemment associés étaient la sédentarité, l'hypertension artérielle, l'obésité, la dyslipidémie et la ménopause. Sur le plan paraclinique, 81,9 % des patients avaient un déséquilibre hyperglycémique chronique et 81,4 % des patients présentaient une hyper LDL-cholestérolémie. La majorité des patients étaient sous antidiabétiques oraux (58,5 %) et 46,5 % avaient une mauvaise observance thérapeutique.

La prévalence hospitalière de 2 % était similaire à celle de l'hôpital de Sikasso au Mali situé dans une ville secondaire du pays(4). Cette prévalence était inférieure à celle de 6% à l'échelle du Cameroun étant donné que l'Hôpital Général de Garoua fait office de centre de référence donc l'échantillon n'est pas représentatif de la population générale (1).

Caractéristiques sociodémographiques

La prédominance masculine était contraire à la prédominance féminine retrouvée dans la littérature camerounaise et en Afrique Subsaharienne(4-7).

Caractéristiques cliniques

Le diabète de type 2 était le plus fréquent des types de diabète sucré dans plus de 90 % des cas (1). Cela est similaire aux trouvailles de notre étude dans laquelle le diabète de type 2 était retrouvé chez 97,3 % des patients. Résultat similaire à celui mis en évidence dans des études camerounaises (5,9). L'association entre l'hypertension artérielle et le diabète sucré était retrouvée dans 35,3 % des cas et similaire aux données de la littérature (5,7,10). Ces deux pathologies chroniques sont les plus grandes pourvoyeuses de maladies cardiovasculaires. Les études de grandes cohortes à l'instar de l'étude Interheart menée dans 52 pays à revenus faibles ou intermédiaires en 2004 a rapporté l'association significative entre ces deux « tueurs silencieux » (hypertension OR 1,91 ; diabète OR 2,37) et la survenue d'un infarctus du myocarde dans la population africaine (11). Les mutations socio-culturelles opérées en Afrique ces dernières années ont de plus en plus transformées la population en sédentaire. Ce qui augmente le risque de survenue d'obésité (8). Cela explique les résultats retrouvés dans notre étude et dans la littérature (4,5,7). La présentation clinique d'un diabète sucré bien que pauci symptomatique reste classique dans notre étude avec un syndrome cardinal retrouvé dans la majorité des cas. La polyneuropathie diabétique était la complication chronique la plus fréquente dans la population d'étude avec 43,7 % des cas ; ce qui est similaire aux données de la littérature (5,7,10).

Caractéristiques paracliniques

Le déséquilibre hyperglycémique chronique a été mis en évidence chez 81,9 % des patients. Ces résultats étaient similaires à ceux retrouvés dans la littérature (10). La présence d'un diabète sucré classe le patient d'emblée à haut risque cardiovasculaire avec un objectif de LDL cholestérol $\leq 0,7$ g/L pour la prévention cardiovasculaire (12). L'hyper LDL cholestérolémie a été mis en évidence chez 81,4 % des patients impliquant la prise en compte de ce paramètre dans la prise en charge globale du patient diabétique.

Caractéristiques thérapeutiques

Plus de la moitié des patients étaient traités par antidiabétiques oraux associés aux mesures hygiéno-diététiques ce qui est similaire aux données de la littérature qui mettent en évidence une majorité de patients sous antidiabétiques oraux (4,5,7). Le traitement médical doit reposer sur une base solide de régime diététique et d'activités physiques régulières adaptés au patient.

CONCLUSION

A l'Hôpital Général de Garoua, sept patients sur dix seront reçus en consultation d'endocrinologie pour un diabète sucré. Le profil rencontré sera celui d'un patient de 50 ans, obèse, souffrant d'un diabète de type 2 évoluant depuis 5 ans et compliqué d'une polyneuropathie diabétique. Il présentera comme autre facteur de risque cardiovasculaire une hypertension artérielle, la sédentarité et une hyper LDL cholestérolémie. Il présentera un déséquilibre hyperglycémique chronique et sera traité par antidiabétiques oraux malgré une mauvaise observance thérapeutique. La prévention de la morbi-mortalité liée au diabète sucré passe par le dépistage précoce de la maladie, l'équilibre glycémique optimal et la prise en charge globale du patient.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs

Collecte des données : AAHI

Rédaction du manuscrit : AAHI ; AI ; AB ; PD

Validation du manuscrit : tous les auteurs

REFERENCES

1. Magliano DJ, Boyko EJ, IDF Diabetes Atlas 10th edition scientific committee. IDF DIABETES ATLAS [Internet]. 10th éd. Brussels: International Diabetes Federation; 2021 [cité 27 mai 2024]. (IDF Diabetes Atlas). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581934/>
2. Lutte contre le diabète au Cameroun Riposte collective contre le tueur silencieux | MINSANTE [Internet]. [cité 23 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.minsante.cm/site/?q=fr/content/lutte-contre-le->

diab%C3%A8te-au-cameroun-riposte-collective-contre-le-tueur-silencieux

3. Décret N°2022/411 du 01 septembre 2022 portant création, organisation et fonctionnement de l'Hôpital Général de Garoua [Internet]. [cité 28 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.prc.cm/fr/actualites/actes/decrets/6060-decret-n-2022-411-du-01-septembre-2022-portant-creation-organisation-et-fonctionnement-de-l-hopital-general-de-garoua>
4. Mariko ML, Goïta D, Traoré D, Sow DS, Traoré M, Doumbia AA, et al. Aspects Cliniques et Thérapeutiques du Diabète à l'Hôpital de Sikasso : Bilan d'un Suivi sur 18 mois. Health Sci Dis [Internet]. 20 mai 2020 [cité 23 juin 2024];21(6). Disponible sur: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2053>
5. Dehayem Yefou M, Sobngwi E, Nwatoek JF, Maka Mani J, Jupkwo B, Mbanya JC. P86 Prise en charge du diabète sucré au Cameroun : résultats de l'étude Diabcare. Diabetes Metab. 1 mars 2010;36:A59-60.
6. Jemea B, Bengono BR, Gouag, Ndongo AS, Amenguele L, Maidougou PC, et al. Complications Aiguës Métaboliques du Diabète en Réanimation : Epidémiologie, Prise en Charge et Pronostic dans Trois Hôpitaux de Yaoundé: Acute metabolic complication of diabetes in intensive care unit: epidemiology, management and prognosis in Yaoundé. Health Sci Dis [Internet]. 3 août 2021 [cité 23 juin 2024];22(8). Disponible sur: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2893>
7. Drago A, Mariko ML, Yakwe I, Sow SD, Diall I, Doumbia S, et al. Épidémiologie, Présentation Clinique et Traitement du Diabète Sûcré dans un Centre de Santé de Référence de Bamako. Health Sci Dis [Internet]. 2021 [cité 4 mars 2024];22(1). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2494>
8. Delpeuch BMF. La transition nutritionnelle, l'alimentation et les villes dans les pays en développement. Cah Agric. 1 janv 2004;13(1):23-30 (1).
9. Kuate-Tegueu C, Temfack E, Ngankou S, Doumbe J, Djientcheu VP, Kengne AP. Prevalence and determinants of diabetic polyneuropathy in a sub-Saharan African referral hospital. J Neurol Sci. 15 août 2015;355(1-2):108-12.
10. Coulibaly D, Bah M, Ouologuem N, Traoré B, Coulibaly FN, Traoré DY, et al. Association diabète et hypertension artérielle dans le service de médecine et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali. Ann Endocrinol. 1 sept 2016;77(4):502-3.
11. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet Lond Engl. 11 sept 2004;364(9438):937-52.
12. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J. 1 janv 2020;41(1):111-88.