



Article original

Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des complications métaboliques aiguës du diabète sucré aux cliniques universitaires de Kisangani, RD Congo

Epidemiological, clinical and therapeutic profile of acute metabolic complications of sugar diabetes at the university clinics of Kisangani, DR Congo

I Yakusu*¹, K Tshilumba¹, B Agasa¹, B Bome¹, O Bassandja¹, T Babanya¹, A Bokele¹

Résumé

Objectif : Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques des complications métaboliques aiguës du diabète sucré aux Cliniques Universitaires de Kisangani (CUKIS) département de Médecine Interne afin de diminuer la mortalité de cette maladie.

Méthodologie : une étude descriptive transversale a été menée aux CUKIS du 01 juin 2016 au 31 Décembre 2021.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 56,3 ans avec des extrêmes de 16 et 70 ans. Le sex-ratio était de 1,96. L'altération de la conscience était le motif d'admission le plus fréquent dans 53% soit 80 cas. Dans la majeure partie des cas, nos patients avaient des chiffres glycémiques élevés. La céto-acidose sans Coma a été la complication prédominante avec 49,6% des cas suivis de la céto acidose avec Coma avec 18,9% de cas.

Conclusion : Les complications métaboliques aiguës du diabète demeurent un réel problème de santé publique et sont responsables de séjour prolongé aux urgences. La céto-acidose a été la complication la plus fréquemment. Les faibles moyens financiers des patients ainsi que l'absence de couverture médicale

ont fortement influencé la prise en charge efficiente des patients. La surveillance clinique et biologique doit être plus stricte afin d'améliorer le pronostic de nos patients. Des efforts doivent être faits pour améliorer cet état.

Mots-clés : Épidémiologique, Clinique, thérapeutique, Complication, Métabolique, Diabète.

Abstract

Objective: To study the epidemiological and clinical aspects of the acute metabolic complications of diabetes mellitus at the University Clinics of Kisangani (CUKIS) department of Internal Medicine in order to reduce the mortality of this disease.

Methodology: a cross-sectional descriptive study was conducted at the CUKIS from June 1, 2016 to December 31, 2021.

Results: The average age of the patients was 56.3 years with extremes of 16 and 70 years. The sex ratio was 1.96. The alteration of consciousness was the most common reason for admission in 53% or 80 cases. In most cases, our patients had high blood sugar levels. Keto acidosis without Coma was the predominant

complication with 49.6% of cases followed by keto acidosis with Coma with 18.9% of cases.

Conclusion: Acute metabolic complications of diabetes remain a real public health problem and are responsible for prolonged stays in the emergency room. Ketoacidosis was the most common complication. The low financial means of the patients as well as the absence of medical coverage have strongly influenced the efficient care of the patients. Clinical and biological monitoring must be stricter in order to improve the prognosis of our patients. Efforts should be made to improve this condition.

Keywords: Epidemiological, Clinical, therapeutic, Complication, Metabolic, Diabetes.

Introduction

Le diabète sucré est un groupe hétérogène de maladies métaboliques caractérisés par une hypoglycémie chronique résultant d'un défaut de la sécrétion et / ou de l'action de l'insuline pouvant entraîner à long terme des complications atteignant les petits et les gros vaisseaux [1].

La prévalence mondiale de cette affection métabolique est en constante évolution et la Fédération internationale de diabète (FID) estime que 700 millions d'adulte auront le diabète d'ici l'an 2045, ce qui fera de cette maladie l'une des principales causes d'invalidité et de décès dans le monde [2].

Dans les pays développés, notamment aux Etats Unis, les complications aiguës métaboliques du diabète sucré sont responsables de plus de 100 000 admissions par an dans les unités de soins et représentent 4 à 9% des motifs d'hospitalisation des diabétiques [3]. Cependant, la mortalité liée aux complications du diabète a diminué progressivement dans ces pays au cours des vingt dernières années passant de 7,96% à 0,67% [4].

En Afrique, les études épidémiologiques montrent que la fréquence des complications aiguës reste élevée variant de 12,4 à 25,5% [5]. Leur pronostic est encore mauvais dans les pays en voie de développement

surtout en Afrique subsaharienne avec des taux de mortalité très élevés ; 29,8% au Kenya et 40% au Mali [6].

En République Démocratique du Congo, selon l'OMS (2006), la prévalence du diabète sucré varie environ entre 7% et 10%. Au cours du congrès de médecine tropicale tenue du 30 septembre au 05 octobre 2013 à l'université Félix Houphouët Boigny sur le diabète sucré en Afrique sub-saharienne, il a été annoncé que la RDC présente une prévalence de 14.5% pour le diabète sucré de type 2 [7].

A Kisangani, les données sur les complications métaboliques aiguës du diabète sucré sont parcellaires et anciennes. C'est pourquoi nous avons mené cette étude pour répondre à la question suivante : Quel est le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de complications métaboliques aiguës du diabète sucré à Kisangani ?

Cette étude avait pour objectif général de décrire les caractères socio- démographies des participants aux CUKIS. Elle avait pour objectifs spécifiques :

- Décrire les manifestations cliniques des complications métaboliques aiguës du diabète les plus fréquentes aux CUKIS.
- Identifier les facteurs associés liées aux complications métaboliques aiguës du diabète aux CUKIS.
- Décrire les mesures utilisées pour le traitement des patients.

Méthodologie

• Notion de l'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale avec recueil des données par l'analyse documentaire.

• Cadre et période d'étude

Cette étude a été menée aux CUKIS du 01 juin 2016 au 31 Décembre 2021.

Elles sont limitées:

- Au nord : par le centre d'achat des médicaments de Kisangani et l'hôpital général de référence Makiso
- Au sud : par le fleuve Congo
- A l'ouest : par l'institut facultaire Agronomique

de Yangambi

- A l'Est : par la clinique des anges de Kisangani (CAKIS).

Subdivisés en 4 départements :

- Médecine interne
- Chirurgie
- Gynécologie et obstétrique
- Pédiatrie
- *Échantillonnage et mode de recrutement*

L'échantillonnage était exhaustif.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule de Lorentz à 151.

Sélection des enquêtés

Critère d'inclusion : tous les patients admis pour une complication métabolique aiguë du diabète durant notre période d'étude.

Critère d'exclusion : les dossiers incomplets et les patients ayant consultés en dehors de la période d'étude.

• Variable d'intérêt

Les variables d'intérêt retenues pour cette étude étaient les suivants.

Les données sociales démographique (Âge, Sexe, statut matrimonial, profession et lieu de résidence).

Les aspects cliniques et paracliniques (antécédents, signes cliniques, glycémie à l'admission, glycosurie, cétonurie, urémie, créatininémie, hémogramme, ionogramme sanguin).

• Définitions opérationnelles

Nous avons établi des définitions de cas à partir

desquelles nos diagnostics ont été posés.

Céto-acidose : Dyspnée de type Kusmaul ou non, altération de la conscience ou non, Glycémie capillaire $\geq 2,5$ g/l, glycosurie à la bandelette ≥ 2 croix, cétonurie à la bandelette ≥ 2 croix.

Coma hyperosmolaire : Altération de la conscience ou non, absence de dyspnée de Kusmaul, glycémie capillaire > 6 g/l, glycosurie ≥ 2 croix, cétonurie absente ou des traces.

Hypoglycémie : Altération de la conscience ou non, glycémie capillaire $< 0,7$ g /l

Acidose lactique : Hyperglycémie modérée sans cétonurie, acidose métabolique pH < 7.3 , trou anionique élevé > 15 mg [(Na+K)-(Cl-HCO₃)], Taux de lactates élevée > 5 mmol/l.

• Technique de collecte des données

La collecte des données a été faite sur l'analyse documentaire qui a consisté à parcourir les dossiers médicaux des patients.

• Traitement et analyse des données

Ces données ont été consignées sur une fiche d'enquête. La saisie et analyse ont été faites par des logiciels Word 2013, EXCEL et SPSS 20.

• Aspects éthiques

Les dossiers ont été colligés dans l'anonymat et la confidentialité avec le consentement éclairé des patients.

Les données ont été directement recueillies à partir du dossier médical du patient, de la fiche d'accueil et triage, du registre, de la fiche de surveillance et de traitement.

Résultats

• Données sociodémographiques des participants à l'étude

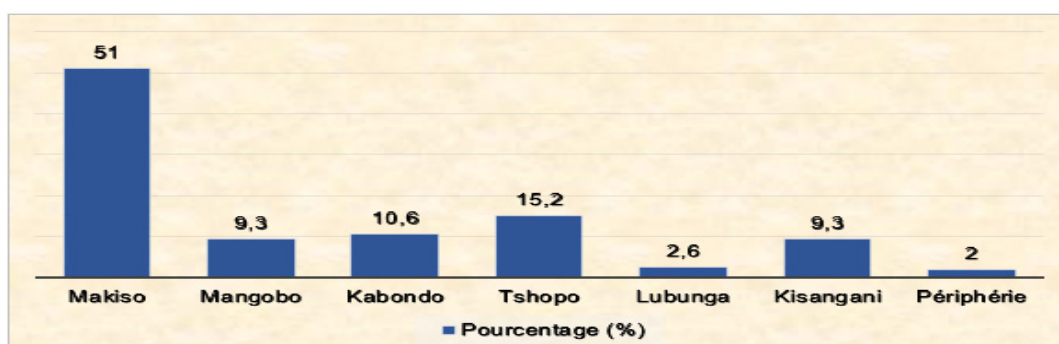


Figure 1 : Présente les Communes de résidence des enquêtés

Cette figure montre que parmi nos enquêtés, 51% de cas résidaient la commune de Makiso.

Le tableau I présente les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude

Données socio-démographiques	Fréquence	Pourcentage (%)
Tranche d'âge (ans)		
16 – 35	17	11,3
36 – 56	58	38,4
57– 78	72	47,7
>76	4	2,6
Total	151	100
Sexe		
Féminin	51	33,8
Masculin	100	66,2
Total	151	100
Statut matrimonial		
Célibataire	20	13,2
Marié (e)	110	72,8
Divorcé (e)	8	5,3
Veuf (ve)	13	8,6
Total	151	100
Occupation		
Commerçant	32	21,2
Etudiant/Elève	7	4,6
Cultivateur	6	4,0
Agents d'exécution (Enseignants)	21	13,9
Eleveurs	1	0,7
Pêcheur	2	1,3
Ouvrier	17	11,3
Ménagère	14	9,3
Routier	7	4,6
Cadre (Directeur), Electronicien	44	29,1
Total	151	100

Le tableau I révèle que 66,2% de cas étaient de sexe Masculin, dans la tranche d'âge allant de 57 à 78 ans soit 47,7% de cas avec une moyenne de ,72,8% de cas étaient mariés, 21,2% de patients étaient de, commerçants suivis des enseignants 13,9 % de patients.

Les paramètres et signes vitaux

Le tableau II présente les paramètres vitaux des participants à l'étude.

Tableau II : Paramètres vitaux de nos enquêtés

Paramètres	Fréquence	Pourcentage (%)
Poids(kg)		
< 50	10	6,6
50 à 100	133	88,1
> 100	8	5,3
Total	151	100
Taille (mètre)		
< 1,70	106	70,2
1,70 à 1,90	42	27,8
> 1,90	3	2,0
Total	151	100
Indice de masse corporelle		
Normal	85	56,3
Surpoids	33	21,9
Obésité	27	17,9
Maigre	6	4,0
Total	151	100

Le tableau II montre que 88,1% de cas avaient un poids compris entre 50 à 100 kg, la taille majoritaire étaient inférieure à 1,70 m soit 70,2% de cas et la majorité avaient un IMC (indice de masse corporelle) normal soit 56,3% de cas.

Les Signes vitaux des participants à l'étude.

Le tableau III présente les Signes vitaux des participants à l'étude.

Tableau III : Signes vitaux de nos enquêtés

Signes vitaux	Fréquence	Pourcentage (%)
Fréquence respiratoire (cycle par minute)		
< 16	2	1,4
16 à 20	120	79,4
> 20	29	19,2
Total	151	100

Fréquence cardiaque (battement par minute)

< 60	47	31,1
60 à 80	60	39,7
> 80	44	29,1
Total	151	100

Température (°C)

< 36	3	2,0
36 à 37,4	106	70,2
> 37,4	42	27,8
Total	151	100

Pression artérielle (mmHg)

< 90/60	1	0,7
90/60 à 120/90	10	6,6
> 120/90	140	92,7
Total	151	100

Le tableau III montre que 79,4% de cas avaient une fréquence respiratoire entre 16 à 20 cycle par minute, la fréquence cardiaque majoritaire était de 60 à 80 battements par minute, la température majoritaire était de 36 à 37,4°C et 92,7% chez nos enquêtés avaient une pression artérielle supérieure à 120/90 mmHg.

- **Les renseignements sur le diabète**

Motif de consultation

La figure 2 présente les Motifs de consultation des participants à l'étude.

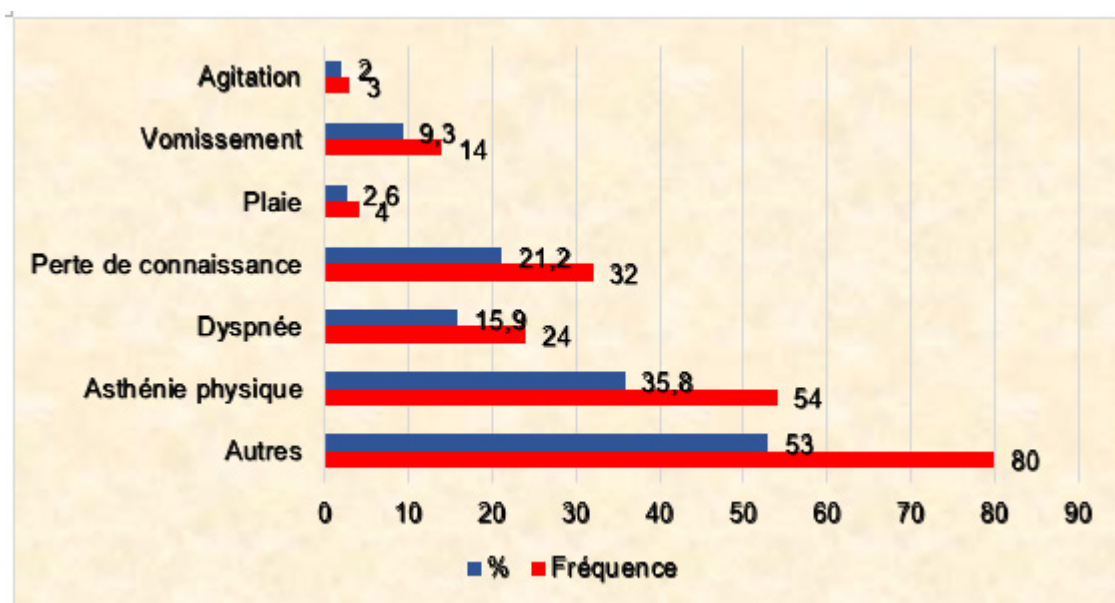


Figure 2 : Motif de consultation de nos enquêtés

La figure 2 révèle que 53% soit 80 cas avaient une altération de la conscience comme motif de consultation.

Type de diabète

La figure 3 présente les motifs de consultation des participants à l'étude.

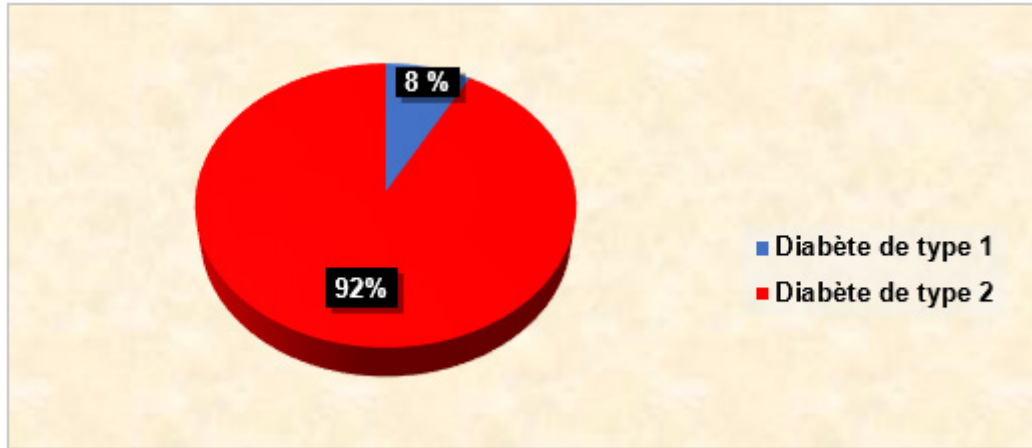


Figure 3 : Illustre les types du diabète chez nos enquêtés.

Il ressort de la figure 3 que la majorité de nos enquêtés étaient de diabète type 2 soit 92% de cas.

Antécédents

La figure 4 présente les antécédents médicaux des participants à l'étude.

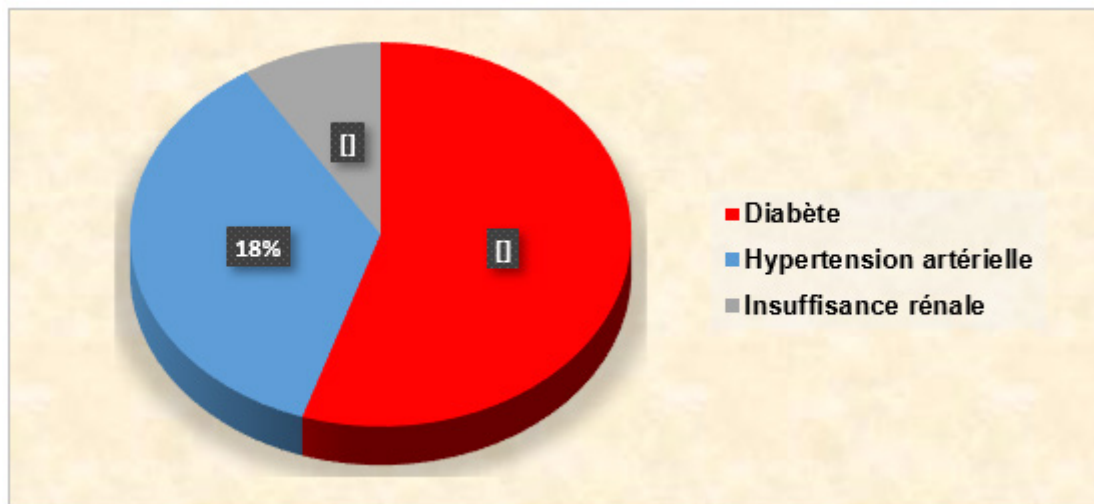


Figure 4: Antécédents médicaux de nos enquêtés

Il ressort de la figure 4 que parmi nos enquêtés 70% de cas leur antécédent médical était le diabète, 46% de cas avaient l'hypertension artérielle et 12% de cas avaient l'insuffisance rénale.

L'antécédent chirurgical des participants à l'étude.

La figure V présente l'antécédent chirurgical des participants à l'étude.

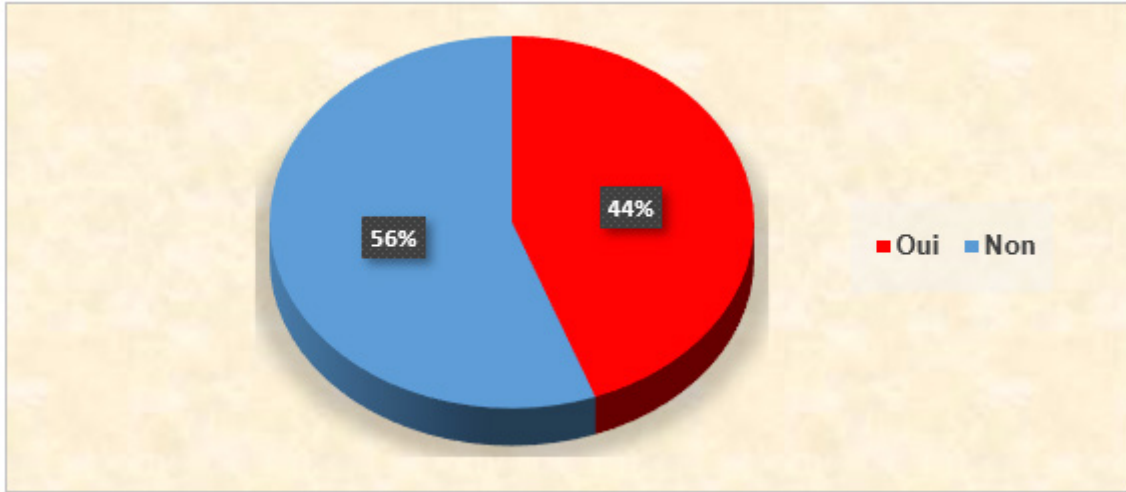


Figure 5 : Antécédent chirurgical chez nos enquêtés

La figure 5 montre que 56% de cas n'avaient pas d'antécédent chirurgical.

L'antécédent familiale des participants à l'étude.

La figure 6 présente l'antécédent familiale des participants à l'étude.

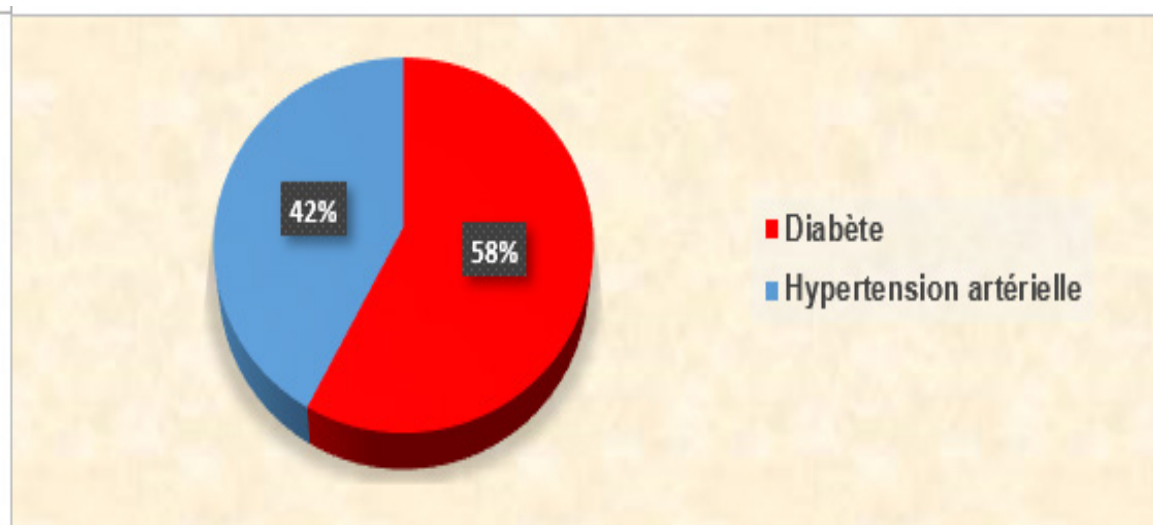


Figure 6 : Antécédent familiale de nos enquêtés

Dans la figure 6 58% d'antécédent familial de nos enquêtés étaient le diabète.

Les facteurs de comorbidité et Type de complication des participants à l'étude.

Les tableau IV présente les facteurs de comorbidité et Type de complication des participants à l'étude.

Tableau IV : Facteurs de comorbidité et les types de complication de nos enquêtés

Facteurs de comorbidité	Fréquence	Pourcentage (%)
Hypertension artérielle	31	17,6
Obésité	27	14,2
Alcoolisme	77	43,8
Sédentarité	4	2,2
Hypercholestérolémie	8	4,5
Multiparité	2	1,1
Syndrome d'immunodéficience	27	15,3
Types de complications		
Cétoacidose sans coma	131	49,6
Céto acidose avec coma	50	18,9
Hyper osmolarité sans coma	30	11,4
Hyper osmolarité avec coma	36	13,6
Hypoglycémie sans coma	7	2,7
Hypoglycémie avec coma	9	3,4
Acidose lactique	1	0,5

Le tableau IV montre que 43,8% de cas avaient l'alcoolisme comme le facteur de morbidité et 49,6% de nos enquêtés avaient la cétoacidose sans coma comme complication.

• **Cliniques**

La figure 7 présente les signes cliniques des participants à l'étude.

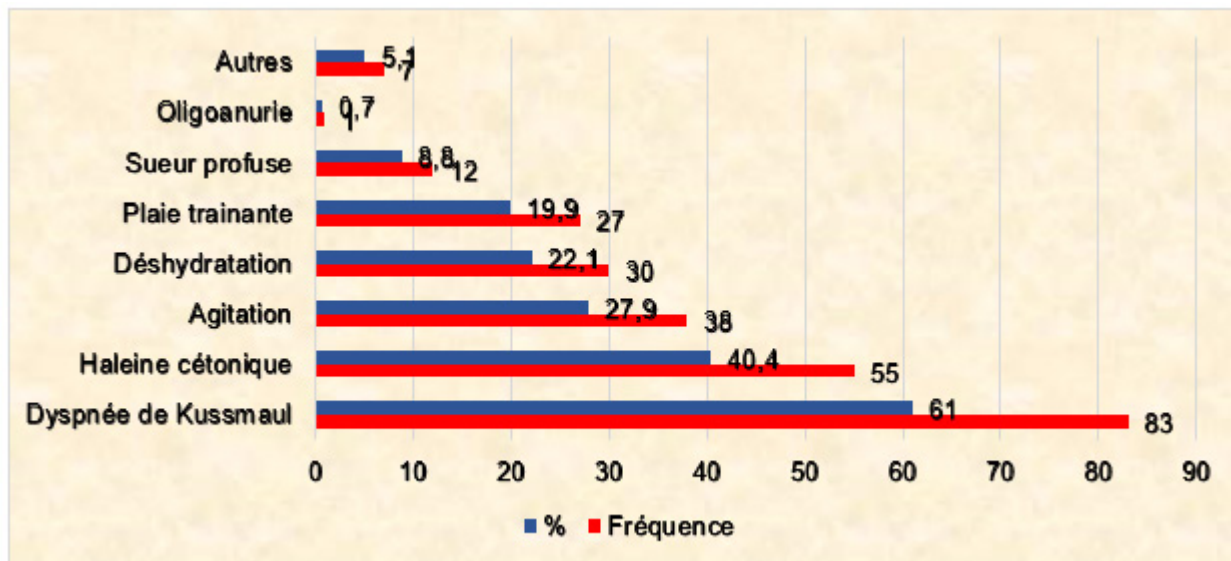


Figure 7 : Signes cliniques de nos enquêtés

Il ressort de la figure 7 que 83% de cas avaient comme signe clinique la dyspnée de Kussmaul.

Les examens paracliniques des participants à l'étude.

La figure 8 présente les examens paracliniques des participants à l'étude.

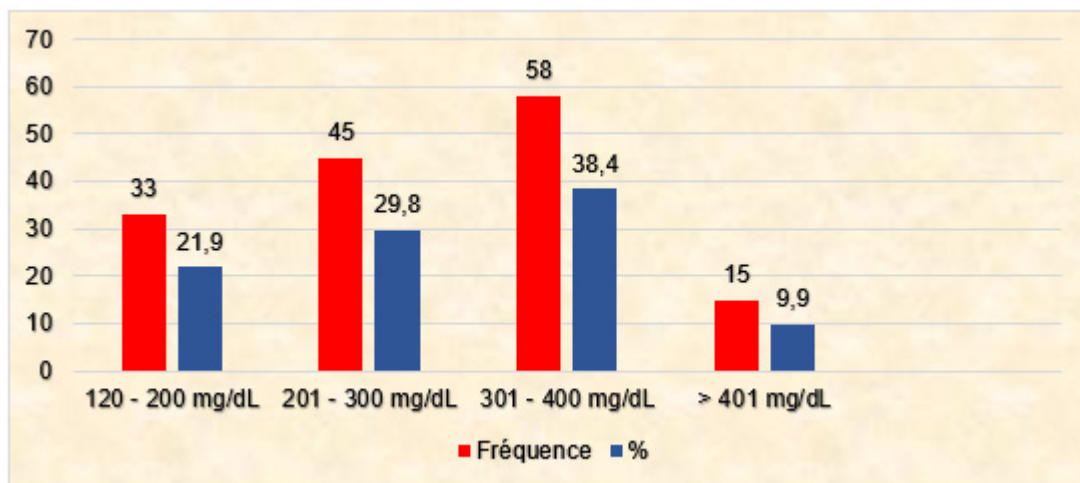


Figure 8 : Taux de la glycémie de nos enquêtés

Dans la figure 8 38,4% de cas avaient un taux de glycémie entre 301 à 400mg/dl.

Tableau V : Examen paraclinique de nos enquêtés

Examens	Fréquence	Pourcentage (%)
HbA1c		
Normal	29	19,2
Anormal	20	13,2
Non fait	102	67,5
Total	151	100
Numération formule sanguine (NFS)		
Normale	44	29,1
Hyperleucocytose	6	4,0
Anémie	17	11,3
Non faite	84	55,6
Total	151	100
Goutte épaisse		
Positive	100	66,2
Négative	27	17,9
Non faite	24	15,9
Total	151	100
Urée		
Normale	56	37,1
Elevée	69	45,7
Basse	1	0,7
Non faite	25	16,0
Total	151	100
Créatininémie		
Normale	49	32,5
Elevée	70	46,4
Basse	1	0,7
Non faite	31	20,5
Total	151	100

Dans le tableau IV parmi les examens faits dans la majorité de cas HbA1c étaient non fait soit dans 67,5% de cas, NFS était non faite dans 55,6% de cas, la goutte épaisse (GE) était positive soit 66,2% de cas, l'urée était élevée soit 45,7% de cas et la créatininémie était élevée soit 46,5% de cas.

Les traitements des participants à l'étude.

La figure 9 présente les traitements des participants à l'étude.

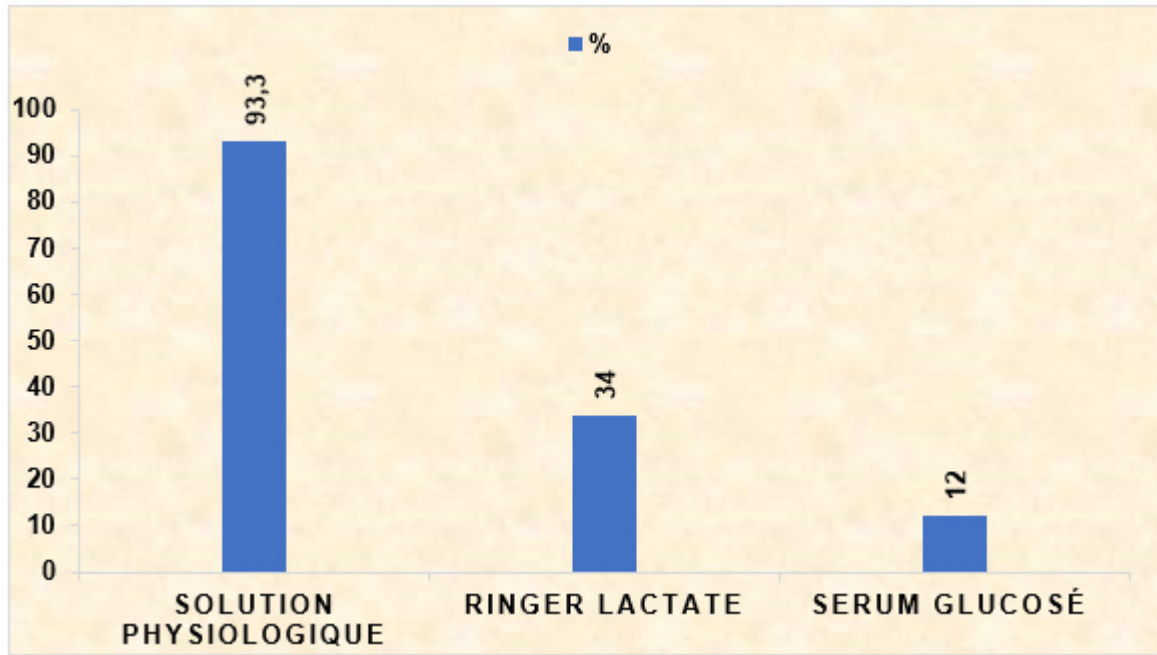


Figure 9 : Réhydratation reçue par nos enquêtés

La figure 9 montre que 93,3% de cas avaient reçus comme traitement la solution physiologique.

Tableau VI : Les traitements reçus par nos enquêtés

Traitements	Fréquence	Pourcentage (%)
Insulinothérapie		
Sous cutané	27	17,9
Intraveineuse	123	81,5
Non	1	0,7
Total	151	100
Antibiothérapie		
Oui	122	80,8
Non	29	19,2
Total	151	100
Antipaludéen (antipaludique)		
Oui	124	82,1
Non	27	17,9
Total	151	100

Le tableau V montre que 81,5% de cas avaient reçus une insulinothérapie en intraveineuse, 80,8% de cas avaient reçus une antibiothérapie et 82,1% de cas avaient reçus un traitement antipaludéen.

La durée, l'évolution et le devenir de nos enquêtés lors de l'hospitalisation.

Le tableau VII présente la durée, l'évolution et le devenir de nos enquêtés lors de l'hospitalisation.

Tableau VII : Durée, l'évolution et le devenir de nos enquêtés lors de l'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage (%)
2 à 5 jours	16	10,6
> 5 jours	135	89,4
Total	151	100
Evolution		
Satisfaisante	57	37,7
Stationnaire	64	42,4
Complicquée	29	19,9
Total	151	100
Devenir du patient		
Sortie	118	78,8
Transfert	19	8,6
Décès	20	13,3
Total	151	100

Il ressort du tableau VII que 89,4% de cas avaient une durée plus de 5 jours ,42,4% de cas avaient une évolution stationnaire et 78,8% de cas étaient sorties après hospitalisation.

Discussion**Données épidémiologique et sociodémographique**• *Fréquence*

Au cours de notre étude, 151 patients ont été hospitalisé dans le service de médecine interne, nous avons enregistré une fréquence hospitalière des complications métaboliques aiguës de 60,1%. Ce résultat est supérieur au 8% obtenu par Odou Kone [9] et au 7,5% obtenu par Montheu Emani Lynda [10]. Cette différence avec ces études pourrait s'expliquer par le manque d'un service spécialisé dans la prise en charge du diabète.

• *Sexe*

Notre série comportait 51 femmes et 100 hommes avec un sex -ratio de 1,96. Ce taux est supérieur au 0,42 obtenu par Simaga MD [14] ; au 0,33 d'Odou Kone [9] et au 0,30 de Montheu Emani Lynda [13]. L'étude réalisée par Diakité Y. D [11] retrouvait un sex- ratio de 1,45. Compte tenu de ces divergences, nous ne pouvons pas dire que le diabète est plus l'apanage des hommes que des femmes, l'influence du sexe peut dépendre de la période de consultation.

• *Age*

L'âge moyen des patients était de 56,3 ans avec des extrêmes de 16 et 70ans. Ce résultat est supérieur à celui d'Odou Kone[9] où la moyenne était de 52,5 ans avec des extrêmes de 13 et 82 et à celui de Montheu Emani Lynda [13] où la moyenne d'âge était de 46,9 ans avec des extrêmes de 17 et 80 ans. La fragilité de l'état de santé, la sédentarité, la baisse de l'autonomie et la mauvaise observance du traitement des personnes de cette tranche d'âge expliqueraient ce constat.

• *Activité socio-professionnelle*

Les commerçants étaient représentés avec 32% des patients. Ce qui n'était pas un Constat fait par Odou Kone [9] et Montheu Emani Lynda [10] qui ont trouvé une prédominance des ménagères avec respectivement 45,5% et 60%.

Cette prédominance des ménagères pourrait s'expliquer par le faible niveau d'instruction et économique à l'origine du manque d'information et des moyens nécessaires à la prise en charge.

• *Motif d'hospitalisation*

Au cours de notre étude 53% soit 80 des patients ont

été admis pour altération de la conscience. Ce résultat concorde avec ceux de Montheu Emani Lynda [10] et d'Odou Kone [9] qui ont respectivement 60% et 42,4%.

- *Types de complications*

La céto-acidose était la complication prédominante avec 49,6% des cas. Cette prédominance a également été trouvée par les études d'Odou Kone [9] et Diakité Y.D [11] avec respectivement 54,5% et 52,5%. Une étude réalisée par Mobio MP [12] en République de Côte d'Ivoire dans le service d'anesthésieréanimation du CHU de Cocody-Abidjan a retrouvé 74,4% de céto-acidose parmi les complications métaboliques aiguës du diabète. Montheu Emani Lynda [10] 83,3% L'hyperosmolarité a représenté 24,6% des complications supérieur aux études de Mobio MP [13] et Montheu Emani Lynda [10] qui ont respectivement trouvé 10,2% et 16,7%. Ce résultat est semblable à celui de Diakité Y [14] et d'Odou Kone [9] qui ont respectivement eu 21% et 24,2% des complications. L'hypoglycémique a représenté 21,3% des complications. Superposable au résultat obtenu par Mobio MP [13] et Odou Kone [9] avec respectivement 15,4% et 21,2%. Nous n'avons pas enregistré de cas d'acidose lactique ; Le même constat a été fait dans les études de Diakité Y [14], Montheu Emani Lynda [10], et Mobio MP [13]. La cétoacidose représente alors la complication métabolique aiguë du diabète la plus fréquente chez les patients aux urgences. La gravité du tableau clinique et les difficultés de surveillance rigoureuse du traitement dans le service de diabétologie et médecine interne expliquent cette fréquence d'admission au service d'accueil des urgences.

Données Cliniques et Paracliniques

L'alcoolisme noté chez 72,2% des patients accompagnée de 56,3% de poids normal, 17,9% en obésité et 21,9% en surpoids mettent en lumière la mauvaise observance du traitement malgré l'avancée dans sa thérapeutique. Sur 151 patients inclus dans l'étude, 59% des patients étaient en provenance de leur domicile ; 54,1% ont présenté un trouble de la

respiration avec 61 % de dyspnée de Kusmaul ; 22,1% une déshydratation ; 80% des patients ont présenté une altération de la conscience et 3% des agitations psychomotrices. Ces résultats sont inférieurs à ceux de Montheu Emani Lynda [10] où les patients ont présenté un trouble respiratoire à 80% associée à une déshydratation à 52% chez les patients en céto acidose et 85,7% chez les patients en coma hyperosmolaire avec une hyperthermie à 60%.

Quant à Diakité Y.D [11] il a observé 19,5% d'hyperthermie.

Le diabète de type 1 a été observé chez 8% des patients et celui du type 2 chez 92% supérieur au résultat obtenu par Odou Kone [9] où le diabète de type 1 a été observé chez 33,3% des patients, et celui du type 2 a été retrouvé chez 66,7%.

- *Thérapeutique*

La majorité de nos patients ont bénéficié d'une insulinothérapie et d'une bonne réhydratation. L'insulinothérapie fut administrée par voie intraveineuse et/ou intra musculaire de façon manuelle avec une seringue à insuline.

Les doses étaient déterminées par le poids du patient. Dans la littérature, la dose de l'insulinothérapie par administration en bolus est de 0,15UI/kg d'insuline rapide, soit 10 unités, suivie d'une perfusion intraveineuse continue de 0,1UI/kg par heure [8].

Quant à l'apport hydrique, il fut fonction du poids du malade $[(0,05 \times \text{poids}) + 30-50\text{ml/kg}]$ [8] et était essentiellement à base de sérum salé 0,9%. Une antibiothérapie fut réalisée chez 122 cas soit 80,8% et un traitement antipaludique fut instauré chez 124 cas soit 82,1% des patients au cours de l'hospitalisation. Au cours de notre étude, la majorité de nos patients avaient un faible niveau socioéconomique ; cela a fortement influencé la qualité des soins car il existait de nombreuses difficultés à honorer les ordonnances.

- *Durée d'hospitalisation*

Chez 10,6% des patients, la durée d'hospitalisation était entre 2 à 5 jours. Un résultat similaire fut observé par Montheu Emani Lynda [10] avec une durée moyenne d'hospitalisation de 2 jours.

- *Evolution*

Elle fut satisfaite chez 37,7% de cas et stationnaire chez 42,4% de cas dont 118 sorties (78,8 % de cas) et 19 transferts (8,9%). Ce résultat est inférieur à celui de Montheu Emani Lynda [10] et d'Odou Kone [9], respectivement 59,5% et 72,7% des patients ont eu une évolution favorable. Néanmoins la létalité au cours de notre étude était à 13,3%, ce résultat est inférieur à celui d'Odou Kone et de Diakité Y [14] soit 27,3% et 28,1% de décès.

Conclusion

Les complications métaboliques aiguës du diabète demeurent un réel problème de santé publique et sont responsables de séjour prolongé aux urgences. La céto-acidose a été la complication la plus fréquemment observé.

Les faibles moyens financiers des patients ainsi que l'absence de couverture médicale ont fortement influencé la prise en charge efficiente des patients. La surveillance clinique et biologique doit être plus stricte afin d'améliorer le pronostic de nos patients. Des efforts doivent être faits pour améliorer cet état.

*Correspondance

Issa Yakusu

issayakusu1@gmail.com

Disponible en ligne : 22 Septembre 2023

1 : Department of Internal Medicine, University Clinics of Kisangani, Faculty of Medicine and Pharmacy, Democratic Republic of Congo

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Guillausseau PJ. Diabète sucré de type 1 et 2, 2ème partie : diabète de type 2. *Rev du Prat*. 2003. 53 p. 1463-1471
- [2] IDF Diabetes Atlas Group. Update of mortality attributable to diabetes for the IDF Diabetes Atlas: estimates for the year 2011. *Diabetes Res Clin Pract*. 2013 May; 100(2):277-279.
- [3] Guillermo EU, Murphy MB, Kitabchi AE. 2002. Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar Syndrome. *Diabetes spectrum*, 15 :28-36.
- [4] Lin SF, Lin JD, Huang YY. 2005. Diabetic Ketoacidosis: comparisons of characteristics, clinical presentations and outcomes today and 20 years ago. *Chang Gung Med Journal*, 28: 24- 30.
- [5] Monabeka HG, Nsakala-Kibangou N. 2001. Coma céto-acidosique Inaugurant le diabète chez l'adulte noir. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 11 : 127- 129.
- [6] Mbugua PK, Otieno CF, Kayima JK, Amayo AA, McLigeyo SO. 2005. Diabetic ketoacidosis: clinical presentation and precipitating factors at Kenyatta National Hospital, Nairobi. *East Afr Med J*, 82(Suppl12): S191- 196.
- [7] Kasiam lasi on kin (2008). Prevalence and risk factors of diabetes mellitus in Kinshasa Hinterland. *International journal of diabetes and metabolism*.
- [8] American Diabetes Association, Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes care*, January 2010; 33 (suppl 1) S62-S69. Consulte le 15/12/2022.
- [9] Koné O. Aspect épidémio-cliniques, thérapeutiques et pronostique des complications métaboliques aiguës du diabète au SAU du CHU Gabriel Touré du 1er Octobre 2018 au 31 Septembre 2019. Thèse Med, Bamako 2020
- [10] Montheu E L. Complications métaboliques aiguës du diabète au service de réanimation du CHU Gabriel Touré aspects épidémio-cliniques et pronostique de Janvier 2014 à Décembre 2014. Thèse de Méd, Bamako 2015
- [11] Diakité Y.D Complications métaboliques aiguës du diabète en milieu de Réanimation au point G janvier 2001 à décembre 2005. Thèse Med, Bamako 2007 : 145.
- [12] Grimaldi A. Diabétologie Questions d'internat Université PARIS-VI Pierre et Marie Curie. Faculté de Médecine

Pitié Salpêtrière 1999 -2000 : 8-92.

- [13] Mobio MP. Facteurs pronostiques des complications métaboliques du diabète sucré dans un service de réanimation à Abidjan (RCI), RAMUR Tome 22-2017, page 12
- [14] Diakité Y. Prise en charge des complications métaboliques aiguës du diabète dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako 2010 :592. .

Pour citer cet article :

I Yakusu, K Tshilumba, B Agasa, B Bome, O Bassandja, T Babanya et al. Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des complications métaboliques aiguës du diabète sucre aux cliniques universitaires de Kisangani, RD Congo. *Jaccr Africa* 2023; 7(3): 269-283