

Troubles du métabolisme glucidique et Endocrinopathies:

(Hypercorticisme, hypersomatotropisme, phéochromocytomes et Hyperaldostéronisme primaire)

S.El Khadir; N.Belmahi; H.El Ouahabi.

Service d'Endocrinologie-Diabétologie et Nutrition. CHU Hassan II. Fès. Maroc

INTRODUCTION

De nombreuses maladies endocriniennes peuvent se compliquer d'un trouble du métabolisme glucidique, ceci résulte d'actions métaboliques d'hormones hyperglycémiantes sécrétées en excès. Il se caractérise généralement par une insulinorésistance avec hyperinsulinisme réactionnel et par une augmentation de la production hépatique du glucose.

OBJECTIFS

Le but de notre travail est d'analyser la prévalence, les aspects évolutifs et thérapeutiques des anomalies glucidiques dans le cadre des endocrinopathies

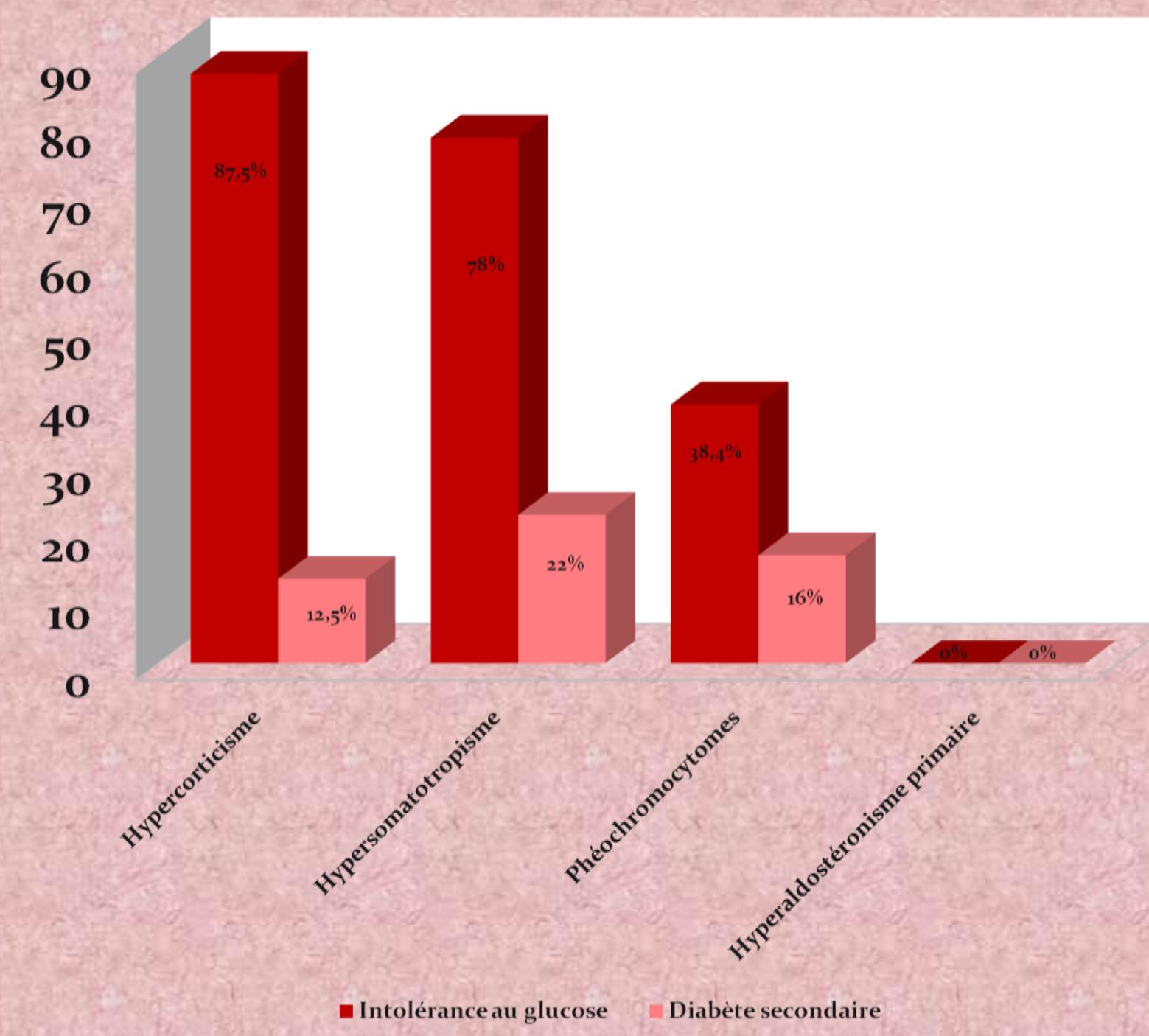
MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 82 patients (32 Syndromes de cushing, 30 acromégalies, 13 phéochromocytomes et 7 Hyperaldostéronisme primaire), explorés par la pratique d'une glycémie à jeun, complétée par une HGPO lorsque cette dernière était normale.

RESULTATS

La moyenne d'âge de nos patients était de 35 ans avec des extrêmes allant de 17 à 68 ans, une nette prédominance féminine a été marquée. Un trouble du métabolisme glucidique a été retrouvé dans 50 % des cas d'hypercorticisme (un diabète secondaire chez 87.5 % et intolérance aux hydrates de carbone chez 12.5 %) et 65 % des cas d'hypersomatotropisme (diabète secondaire chez 78%, intolérance aux hydrates de carbone chez 22 %). Pour les patients ayant un phéochromocytome, 38.4 % avaient un diabète secondaire et 16% présentaient une intolérance aux hydrates de carbone. Par ailleurs, aucun cas de trouble du métabolisme glucidique n'a été rapporté chez les patients ayant un Hyperaldostéronisme primaire. Le diagnostic de diabète secondaire a précédé celui de l'hypercorticisme dans 25 % des cas et celui de l'hypersomatotropisme dans 40 % des cas avec respectivement un délai moyen de 3,5 et 5 ans. L'apparition du trouble du métabolisme glucidique est corrélée à la sévérité de la pathologie ($p<0.05$), et semble indépendante des antécédents familiaux de diabète. Par ailleurs, la corrélation avec l'âge du patient n'a été retrouvée que dans le syndrome de cushing ($p<0.05$). La prise en charge thérapeutique a consisté en un traitement par les antidiabétiques oraux chez 54 % des cas, une insulinothérapie chez 46 % des cas. L'équilibre glycémique a été obtenu après traitement de la maladie causale.

Figure 1: Répartition des patients présentant un diabète secondaire versus une intolérance aux hydrates de carbone en fonction de l'endocrinopathie causale



DISCUSSION

Des anomalies glycémiques peuvent survenir au cours de nombreuses maladies endocriniennes. Il peut s'agir de la conséquence directe ou indirecte des effets métaboliques de l'excès de sécrétion hormonale. Dans le cadre des phéochromocytomes, l'hyperglycémie résulte de l'action des catécholamines à plusieurs niveaux. Sur 507 cas de phéochromocytomes analysés par Hermann et Mornex [1], 120 cas (24 %) présentaient un trouble de la glycémie mais seulement 5 % avaient un diabète patent, contrairement à notre série où on trouve plus de 38% présentant un diabète secondaire et seulement 16% ayant une intolérance aux hydrates de carbone. Au cours de l'acromégalie, le diabète joue un rôle aggravant dans l'évolution de la pathologie cardiovasculaire. En effet, la GH (« growth hormone ») a été impliquée dans la pathogénie de certaines formes de rétinopathie diabétique, cette complication n'est que rarement observée dans l'acromégalie. Chez les sujets acromégales, une intolérance au glucose est retrouvée dans 60 à 70 % des cas mais un diabète authentique, le plus souvent de type non insulinodépendant n'est retrouvé que dans 10 à 20 % des cas, (18,8 % des cas sur une série de 256 patients rapportée par Nabarro [2]. Ceci est compatible avec les résultats de notre étude. Pour le syndrome de cushing, l'intolérance au glucose est fréquente pouvant atteindre 90 %, un diabète vrai n'est observé que dans 10 à 15 % des cas [3]. La survenue d'une acidocétose est rare et reflète un diabète insulinopénique préexistant aggravé par l'hypercortisolisme. Une analyse de l'insulinorésistance dans le cadre du syndrome de Cushing au cours de clamps euglycémiques montre une diminution nette de l'utilisation maximale du glucose sans variation significative des doses d'insuline nécessaires à la moitié de l'utilisation maximale du glucose. Cette constatation ainsi que l'absence de modifications des récepteurs à l'insuline sur les monocytes suggèrent une résistance à un niveau post-récepteur [4]. Ces résultats sont discordants avec les données de notre série dont on retrouve plus de 80% avaient un diabète proprement dit. Le syndrome de Conn s'accompagne dans 30 % des cas d'une intolérance au glucose, mais un diabète vrai est exceptionnel , ce qui est concordant avec nos résultats. En effet, Les anomalies glycémiques sont considérées comme secondaires à l'hypokaliémie sévère qui entrave l'insulinoécrétion.

CONCLUSION

Les troubles du métabolisme glucidique quelque soit leurs degrés sont fréquents au cours des endocrinopathies. Ils peuvent être révélateurs de la maladie et souvent associés à d'autres troubles métaboliques, d'où l'intérêt de leur dépistage systématique et d'une prise en charge adéquate.

REFERENCES

- 1 - HERMANN H, MORNEX R. Les phéochromocytomes. Gauthier-Villars. Paris. 1964.
- 2 - NABARRO JD Acromegaly. Clin Endocrinol 1987 ; 26 : 481-512.
- 3 - ROSS EJ, LINCH DC Cushing's syndrome-killing disease : discrimination value of signs and symptoms aiding early diagnosis. Lancet 1982 ; 2 : 646-649.
- 4 - D.Maugendre, J.Yaouanq. Etiologies et physiopathologie des diabètes secondaires. le traité EMC Endocrinologie-Nutrition.