

Dr Mostefa KHIATI

L'enfant diabétique  
insulino-dépendant  
en milieu maghrébin

**EDITIONS PUBLISUD**

25, rue de l'Espérance

75013 Paris

Tél. 581.59.93



## INTRODUCTION

Le diabète est un terme d'origine grecque qui signifie passer à travers. Il désigne un état au cours duquel les liquides absorbés semblent traverser immédiatement l'organisme et être éliminés par les urines.

Du point de vue clinique et biologique, il donne le nom à trois grandes entités bien distinctes :

— Le diabète insipide qui est une polyurie faite d'urine trop diluée. Il est dû au défaut de réabsorption d'eau par le tube collecteur, ce déficit, est secondaire à une absence d'ADH ou à l'absence de réponse à celle-ci au niveau des récepteurs.

— Le diabète rénal, résulte d'une anomalie de réabsorption du glucose au niveau du tubule proximal entraînant une glucosurie alors que la glycémie est normale. Ce type n'évolue jamais vers le diabète sucré.

— Le diabète sucré, est caractérisé par l'association d'une glucosurie avec une hyperglycémie. Il existe plusieurs types. Le dosage de l'insuline a permis dès 1960 de distinguer une variété par défaut d'insuline, d'une variété où l'insulinémie est normale voire augmentée.

1) Le diabète insulino-dépendant (D.I.D.), insulino-privé, ou maigre caractérise surtout le sujet jeune (diabète juvénile),



mais il peut survenir à tous les âges de la vie, l'hyperglycémie est liée à une carence de sécrétion d'insuline.

2) Le diabète non insulino-dépendant, est l'apanage du sujet adulte, trois variétés au moins peuvent être individualisées :

a) le diabète des sujets obèses, diabète gras ou diabète pléthorique de la maturité, se manifeste généralement après 40 ans, secondairement à un apport important en glucose alimentaire. On retrouve souvent une hérédité à transmission dominante ;

b) le diabète résultant d'une perturbation cellulaire générale. L'hyperglycémie constante traduit un mécanisme de suppléance pour maintenir l'énergétique cellulaire. Cette variété se voit après 50 ans, surtout dans les pays industrialisés, s'associant à l'hypercholestérolémie. L'insuline de base est normale, elle augmente à l'épreuve de charge en glucose de façon modérée ;

c) le diabète des sujets âgés hypertendus, l'hyperglycémie ici, compense le déficit circulatoire lié à la sclérose vasculaire généralisée. Elle doit être respectée.

3) Les diabètes transitoires ou hyperglycémies transitoires, résultent de deux mécanismes :

a) le collapsus vasculaire (dû par exemple à une déshydratation grave chez le nourrisson) entraîne une souffrance de l'hypothalamus qui réagit en augmentant la glycémie. C'est une hyperglycémie qui compense un système circulatoire en faillite, elle se corrige spontanément lorsque le collapsus est levé ;

b) les perturbations d'origine centrale (traumatisme cérébral, tumeurs, encéphalites, hémorragies cérébrales ou méningées) entraînent une irritation des centres régulateurs aboutissant à une libération de facteurs qui accélèrent la néoglycogénèse hépatique. Cet état ne cède que lorsque la cause qui l'a engendré aura disparu.

4) Des formes mixtes d'hyperglycémie peuvent résulter de possibilités diverses : insuffisance de production d'insuline,

vieillesse, obésité, altération vasculaire... Le type même des causes qui en sont responsables et leur association expliquent leur prédilection chez le sujet âgé.

Chez l'enfant le D.I.D. est la forme la plus fréquente (99 % des cas). Exceptionnellement (1 % des cas) un diabète non insulino-dépendant peut être observé. Les anglo-saxons l'on dénommé MODY (*Maturity Onset Diabetes in the Young*). Cette forme particulière à transmission autosomique dominante, se caractérise par une glycosurie et une hyperglycémie modérée, alors que l'insulinémie et l'hémoglobine glycosylée sont normales. A ces caractères s'ajoutent une obésité fréquente et la possibilité qu'à cette forme à répondre aux hypoglycémiantes oraux. Toutes ces données font de cette forme particulière « un diabète de type maturité survenant chez le jeune ».