

Pourquoi l'insuffisance rénale liée au diabète de type 1 est en fort recul ?

Une étude norvégienne avec suivi de 43 années confirme les données suédoises. L'insuffisance rénale terminale liée au DT1 a presque disparue dans ces pays.

L'insuffisance rénale terminale (IRT) est une des plus compliquée du diabète de type 1 (DT1). La néphropathie diabétique s'accompagne d'un risque cardiovasculaire très élevé. De plus le DT1 se révèle chez des enfants de plus en plus jeunes avec pour conséquence une durée d'évolution prévisible d'autant plus longue. La Scandinavie, Suède, Finlande sont très touchées par le DT1 de l'enfant. Mais les données épidémiologiques montrent que la prise en charge de ces patients s'est considérablement améliorée. Au plan glycémique depuis une vingtaine d'années mais aussi grâce à des mesures de néphroprotection. On a ainsi assisté à un recul très marqué des complications de microangiopathie et dont celui de l'évolution vers l'IRT. Les données d'un autre pays scandinave, la Norvège, elle-même très touchée par le DT1, sont remarquables. Ce pays dispose en effet d'un outil très performant : un registre national des DT1 avec un suivi de plus de 40 années.

Méthodes

L'étude est basée sur le *Norwegian Childhood Diabetes Registry*, qui porte sur l'ensemble des jeunes DT1 âgés de moins de 15 ans au diagnostic. Deux cohortes : l'une entre le 1er Janvier 1973 au 31 Décembre 1982 (recueil rétrospectif) et l'autre du 1er Janvier 1989 au 31 Décembre 2012, avec une couverture de 98% et 92%, respectivement. Les DT2 de l'enfant, les diabètes monogéniques et avant l'âge de 6 mois ont été exclus. Ce registre a été croisé avec le *Norwegian Renal Registry*. L'incidence cumulée d'IRT a été calculée sur

la base de la durée depuis le diagnostic de diabète au début de la prise en charge pour IRT selon la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats

7 871 sujets ayant un diabète de type 1 soit un total de 147 714 personnes/années ont été identifiés. On retient que 103 individus ont eu posé un diagnostic d'IRT par néphropathie diabétique après un suivi moyen de 18,8 ans (0-42,9), avec 7 cas d'autres origines (exclus de l'analyse) et 17,5% de transplantations. 285 sujets sont décédés durant le suivi dont 31 avec une IRT. La plus courte durée d'évolution de diabète avant l'IRT fut de 12,7 ans, en moyenne de 25,9 années. L'âge moyen pour l'IRT était de 35,9 ans (22,1 – 48,3), similaire pour les femmes et les hommes. Le taux d'incidence total de l'IRT était de 0,7 par 1 000 années/personnes (IC95% 95% - 0,85). L'incidence cumulée de l'IRT était de 0,7% (IC 95% 0,4-1,0) à 20 ans de diabète, 2,9% (2,3-3,7) à 30 ans et 5,3% (4,3-6,5) à 40 ans. Le risque de développement de l'IRT était plus faible chez les femmes que chez les hommes (hazard ratio [HR] 0,61; IC 95% 0,41-0,91) et plus élevé chez les individus chez lesquels le diabète avait été diagnostiqué entre l'âge de 10 et 14 ans que chez ceux diagnostiqués avant l'âge de 10 ans (HR 1,29; 1,06-1,56). Il n'a pas été identifié de différence significative dans le risque de développement de l'IRT entre ceux chez qui le diabète a été diagnostiqué en 1973-1982 et ceux entre 1989 et 2012 (HR 0,80; 0,45-1,45). L'IRT s'est développé chez seulement trois patients avant 15 années après le diagnostic du diabète. Cependant, l'incidence augmentait considérablement entre 15 et 25 ans après le diagnostic du diabète ; par la suite, il était stabilisé.

Conclusion

Cette étude exhaustive nationale norvégienne, comme les scandinaves savent les mener, rapporte une très faible incidence de l'IRT chez les patients présentant un diabète DT1 de l'enfance. Il est rappelons-le de 0,7% 20 ans après le diagnostic, 2,9% après 30 ans, et 5,3% après 40 ans. Avec un risque plus faible chez les femmes que chez les hommes (peut-être par meilleure adhérence aux traitements) et chez les personnes chez qui le diabète avait été diagnostiqué à un plus jeune âge.

Commentaires

Cette incidence est beaucoup plus faible qu'ailleurs par exemple aux USA 11% à 25 ans de diabète et 7,8% à 30 ans en Finlande. Mais ces bons résultats confirment ceux de la Suède et d'une manière générale de l'Europe vs les USA probablement du fait de la qualité du contrôle glycémique et tensionnel et de la meilleure application des recommandations (anti-HTA et IEC, Sartans) surtout en cas de microalbuminurie même très peu pathologique d'un système de santé globalement mieux organisé et offert à un plus grand nombre de patients. Ceci reflète la véritable incidence de néphropathie diabétique évolutive depuis le début de la mise en place de ces mesures préventives. Ceci conforte la position prise en France de réaliser au minimum un dosage annuel de microalbuminurie et de créatininémie et de traiter toute HTA même très modérée en s'appuyant sur les drogues agissant sur le système rénine angiotensine. La crainte que le fort rajeunissement de l'âge d'apparition du diabète de type 1 soit une source de plus d'IRT par une plus longue durée d'évolution, n'est pas vérifiée puisque le diagnostic de DT1 avant 10 ans est moins à risque rénal que le diagnostic posé entre 10 à 15 ans. Cette période de

l'adolescence très troublée par les bouleversements hormonaux et psychologiques qui accompagnent la puberté peuvent en être la cause.

En somme d'excellentes nouvelles qui devraient se confirmer avec la disponibilité des nouvelles technologies de surveillance et de traitement du DT1 (capteurs et pompes ou nouvelles insulines) qui vont encore plus loin que ce dont nous disposions il y a 10 ou 20 ans. Mais aussi avec un néphroprotection qui est, en France, aussi bien appliquée depuis 2 décennies par les diabétologues.

La confirmation de la formidable utilité des registres dont la France manque dans ce domaine mais qui est en train de se mettre en place sous la houlette de la SFD.

Auteur

Serge Halimi

Références

Gagnum V et col. Low Incidence of End-Stage Renal Disease in Childhood-Onset Type 1 Diabetes Followed for Up to 42 Years. Diabetes Care 2018;41:420 –425

Lien vers l'article

<https://doi.org/10.2337/dc17-0906>