

DIABET DE TIP I – DIAGNOSTIC BAZAT PE COMPLICAȚII

**Lorena Elena Meliț, Oana Mărginean, Cristina Câmpean,
Maria Oana Mărginean**

*Departamentul de Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș,
România*

REZUMAT

Vă prezentăm un caz atipic de diabet zaharat de tip I la debut, cu multiple abcese, diagnostic confirmat de testele de laborator.

Acest caz este al unei fete în vârstă de 14 ani care s-a prezentat cu abcese ale coapselor și ale zonei inghinale. Analizele obișnuite efectuate au arătat hiperglicemie cu glucoză în urină, însoțite de scădere ponderală, poliurie și polidipsie. Abcesele au fost incizate și drenate. Semnele patologice întâlnite la examenul obiectiv au fost: stare generală influențată, turgor cutanat diminuat, buze uscate, multiple abcese fistulizate ale coapselor, hipogastrice și ale zonei inghinale, faringe și amigdale hiperemice. Analizele de sânge au descoperit hiperglicemie (272 mg/dl), leucocitoză cu granulocitoză, trombocitoză, valori crescute ale hemoglobinei. Datele clinice și paraclinice au fost sugestive pentru diabet zaharat de tip I complicat cu abcese. Tratamentul a constat în terapie de substituție cu insulină asociată cu antibiotice, antimicotice, analgezice, antipiretice, perfuzii pentru rehidratare. Evoluția cazului a fost favorabilă sub tratament cu insulină, starea abceselor cutanate s-a îmbunătățit foarte mult după tratamentul chirurgical și cel antibiotic, dar s-au vindecat complet doar după echilibrarea diabetului zaharat.

În concluzie, deși în literatura de specialitate este raportată apariția infecțiilor cutanate multiple la pacienții cu diabet zaharat incorect tratați, acestea sunt rar diagnosticate la debutul acestei boli la copii, acest fapt fiind datorat cel mai probabil debutului adesea acut la această vârstă.

Cuvinte cheie: diabet zaharat, copil, complicații

INTRODUCERE

Diabetul de tip face parte din categoria bolilor autoimune, fiind un proces autoimun specific, în care autoanticorpii dirijați împotriva celulelor β pancreatice, duc la distrugerea selectivă a acestora. Distrugerea acestor celule poate preceda debutul bolii cu până la un an. Incidența acestei patologii variază foarte mult în funcție de arealul geografic, și anume de la 57,4 cazuri la 100.000 pe an în Finlanda, la 0,6 cazuri la 100.000 pe an în India (1), ceea ce demonstrează o corelație pozitivă între factorii de mediu înconjurător, genetici și etiologia diabetului de tip I. Cel mai important factor genetic implicat este reprezentat de antigenele majore de histocompatibilitate (HLA), ducând în multe cazuri la asocierea diabetului de tip I cu patologii autoimune, ca tiroidita autoimună, anemia pernicioasă

și boala Addison, dintre care cea mai frecventă este tiroidita autoimună (2).

Tabloul clinic al diabetului de tip I este reprezentat în principal de poliurie, polidipsie și polifagie, dar poate apărea și oboseală, slăbiciune musculară, greață, compromiterea funcției vizuale, dureri abdominale, tulburări de tranzit intestinal, afectarea nervilor periferici, cu apariția senzațiilor de „amorteală” a extremităților. Debutul bolii este de obicei brusc, putând fi însoțit de cetoacidoză diabetică. Complicațiile bolii sunt multiple și variate, fiind reprezentate de infecții cu diferite localizări, nefropatie, neuropatie, complicații oftalmologice, cardiace, ateroscleroză.

Tratamentul diabetului de tip I constă în insulinoterapie pe toată durata vieții, însoțit de monitorizarea strictă a glicemiilor, educație adecvată a pacientului și membrilor familiei pentru a putea recunoaște

Adresa de corespondență:

Oana Mărginean, Departamentul de Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Str. Gh. Marinescu nr. 38, Târgu-Mureș
E-mail: marginean.oana@gmail.com

simptomele hipoglicemiei sau a hiperglicemiei și pentru a ști care este managementul unor astfel de situații, și nu în ultimul rând educarea complianței pacientului pentru a putea preveni situațiile limită și complicațiile tardive ale acestei patologii. Datorită acestor complicații, fie tardive, fie precoce, diabetul de tip I este asociat cu rate mari de morbiditate și mortalitate.

Am ales să prezentăm acest caz deoarece dorim să evidențiem un debut atipic al diabetului de tip I, complicațiile fiind cele care au condus la stabilirea diagnosticului.

PREZENTARE DE CAZ

O pacientă în vârstă de 14 ani s-a internat în Clinica Pediatrie I din Târgu-Mureș cu multiple abcese ale zonei hipogastrice și inghinale, însoțite de valori mari ale glicemiei. Boala debutase în urmă cu 2 săptămâni, cu apariția unor furuncule pe coapse și în zona epigastrică, furuncule ce au confluat, transformându-se în veritabile abcese. Medicul de familie, la care s-a prezentat pacienta, a decis, după examinare, să măsoare glicemia plasmatică, descoperind o valoare de 300 mg/dl, motiv pentru care o trimite pentru a fi internată în clinica noastră.

Examenul obiectiv a evidențiat: stare generală influențată, turgor cutanat diminuat, buze carminate, multiple abcese fistulizate ale coapselor și zonei hipogastrice, faringe și amigdale hiperemice. Testele de laborator efectuate au arătat: hemoglobina 16 g/l, leucocitoză ($18.300/\text{mm}^3$) cu granulocitoză marcată ($15.200/\text{mm}^3$) și, de asemenea, ușoară trombocitoză ($516.000/\text{mm}^3$); VSH: 50 mm/h; PCR: 22,34 mg/l; devierea la stânga a formulei leucocitare, cu normocromie și normocitoză; hiperglicemie (272 mg/dl), hemoglobina glicozilată 15,48%, valoarea colesterolului ușor crescută (207 mg/dl); și un sumar de urină cu glicozurie, hematurie, proteinurie, leucociturie, corpi cetonici.

Odată cu instituirea tratamentului antibiotic și a celui cu insulină, valorile analizelor de laborator au revenit progresiv la normal. După internare, a fost efectuat, de asemenea, un consult chirurgical pentru incizia și drenarea abceselor, curățarea și bandajarea leziunilor. S-a trimis, de asemenea, la laborator proba din secreția purulentă, iar analiza bacteriologică a pus în evidență *Stafilococ auriu* MRSA. La ecografia abdominală nu s-au decelat elemente patologice. Analize hormonale normale au exclus o patologie autoimună asociată. Evoluția a fost lent favorabilă sub tratament cu antibiotice și insulină, pacienta dezvoltând, de asemenea, o vulvo-vaginită.

Diagnosticul definitiv a constat în diabet zaharat de tip I, multiple abcese ale coapselor și zonei hipogastrice, precum și vulvo-vaginită.

Tratamentul administrat pe parcursul internării a fost unul complex, și anume dublă antibioterapie cu spectru larg și anti-stafilococic, și antimicotice (Meronem, Vancomicină, Fluconazol); substituție cu insulină subcutanat (Humalog câte 10 UI de 3 ori pe zi și Lantus 10 UI seara, cu ajustarea dozelor în funcție de valorile glicemiei), antitermice, anti-algice și perfuzii de rehidratare. Recomandările la externare au fost: regim igienico-dietetic corespunzător bolii, cu calcularea carbohidraților ingerați și sport minimum 30 de minute pe zi, terapie cu insulină, după cum urmează: insulină rapidă de trei ori pe zi (Novorapid 8-7-8 UI/zi s.c.) și insulină lentă seara (Lantus 10 UI), monitorizarea strictă a valorilor glicemiei și consult de specialitate la o lună sau de urgență la nevoie.

Deși în literatura de specialitate, diabetul zaharat de tip I este asociat cu rate mari ale morbidității și mortalității, prognosticul pe termen scurt al cazului nostru este unul favorabil, însă în ceea ce privește prognosticul pe termen lung, acesta va depinde foarte mult de educația pacientei și de complianța la tratament.

DISCUȚII

Diabetul zaharat de tip I este o boală autoimună a cărei etiologie rămâne necunoscută, deși patogeniza sa este influențată de factori genetici și de mediu. Haplotipurile implicate în dezvoltarea acestei patologii sunt DRB1*03:01-DQA1*05:01 și DQB1*02:01 (DR3) (3), iar un studiu recent a demonstrat că haplotipurile DR3 cu alelele DRB3*02:02 prezintă o predispoziție mai mare decât alelele DRB3*01:01 (4). Un studiu din 2015 a adus dovezi referitoare la existența unei infecții pancreatice cu un enterovirus la pacienții cu diabet zaharat de tip I, sugerând faptul că acest enterovirus ar putea contribui la progresia bolii (5). Deși adeseori diabetul zaharat de tip 1 se asociază cu alte boli autoimune cu specificitate de organ (2), pacienta prezentată de noi nu a prezentat altă patologie autoimună asociată diabetului. Numărul copiilor diagnosticați cu diabet este tot mai mare, fie datorită faptului că incidența aceste patologii este în creștere, fie datorită faptului că stilul de viață sedentar în era tehnologiei computerizate și alimentele nesănătoase consumate tot mai mult de copii (dulciuri concentrate, sucuri, fast-food etc.), duc la expresia precoce a bolii (6). De altfel, conform unui studiu, obezitatea este prezentă la cel puțin o treime din

pacienții cu diabet zaharat de tip I, care a debutat în copilărie (7). Cu toate acestea, se pare că, spre deosebire de pacienții cu diabet de tip 2, valorile albuminei glicate nu se corelează semnificativ cu indicele de masă corporală în cazul pacienților cu diabet de tip 1 (8). Astfel, odată cu creșterea ratei obezității la copii, diferențierea diabetului de tip 1 de cel de tip 2, devine din ce în ce mai greu de făcut (9). Debutul diabetului de tip 1 este, de cele mai multe ori, chiar cu comă cetoacidotică, însă în cazul pacientei noastre complicațiile infecțioase determinate de hiperglicemie au dus la stabilirea acestui diagnostic. Majoritatea complicațiilor în cazul acestor pacienți, mai ales cele microvasculare, sunt datorate controlului slab al glicemiei, lucru des întâlnit în cazul copiilor și adolescenților (10,11). De altfel, pacienții adolescenți, imediat după diagnostic, sunt cei care prezintă cel mai des un slab control al glicemiei din cauza faptului că refuză să își monitorizeze frecvent glicemia, sunt refractari la regimul dietetic strict și la ideea de a face sport (12-15). A fost descrisă, de asemenea, o complicație severă a controlului slab în cazul unui pacient în vârstă de 13 ani, cu diabet zaharat de tip I, în urma unui episod de cetoacidoză, și anume hepatopatia

glicogenică (16). Scopul tratamentului cu insulină este, de fapt, acela de a diminua cât mai mult atât complicațiile pe termen scurt, cât și cele pe termen lung determinate de această boală, mai mult, instituirea precoce a unei terapii intensive cu insulină poate prelungi perioada de secreție reziduală a celulelor β pancreatice, ducând astfel la scăderea necesarului de insulină exogenă în cazul pacienților afectați (17).

CONCLUZII

Povara diabetului zaharat de tip I este purtată în special de copii și adolescenți, această patologie fiind diagnosticată cel mai frecvent în copilărie. Acesta este și motivul pentru care managementul acestei boli este foarte dificil, iar complicațiile determinate de controlul slab al valorilor glicemice pot avea un impact fatal asupra calității și duratei vieții, astfel atunci când complicațiile apar încă la debutul bolii, este de o importanță majoră pentru pacient și membrii familiei să primească o educație medicală adecvată pentru ca viața lor să nu devină doar o succesiune de episoade de hipoglicemie, urmate de cele de hiperglicemie.