

DÉPISTAGE DU DIABÈTE ET DES AUTRES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE DANS LA VILLE DE OUAHIGOUYA AU BURKINA FASO

SCREENING FOR DIABETES AND OTHER CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN THE CITY OF OUAHIGOUYA IN BURKINA FASO

SAWADOGO N^{1,4}, GARANET F^{2,5}, BAMOUNI J^{3,4}, OUÉDRAOGO S^{3,4}, OUÉDRAOGO WME^{3,4}, ZOUN-GRANA H¹, OUOBA PC¹, CISSÉ A¹

1. Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya 01, Burkina Faso
2. Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Unité de Kaya 03, Ouagadougou 03, Burkina Faso
3. Service de Cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso
4. Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé, Université de Ouahigouya, Burkina Faso
5. Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou Burkina Faso

Résumé

Introduction: Le dépistage précoce du diabète est essentiel pour éviter les complications et la prise en charge tardive. Au Burkina Faso, la région du Nord était la plus touchée par le diabète selon les enquêtes nationales antérieures. L'objectif était de déterminer la prévalence actuelle du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire dans la ville de Ouahigouya chef-lieu de la région du Nord.

Matériels et méthodes : il s'agissait d'une étude transversale incluant des volontaires âgés de 18 ans et plus, reçus lors d'une campagne de dépistage du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire dans la ville de Ouahigouya les 24 et 25 mars 2022.

Résultats : Au total, 630 participants ont été dépistés avec un âge moyen de $47,16 \pm 14,36$ ans et un sex ratio de 0,81. Les antécédents familiaux de diabète et d'hypertension artérielle étaient respectivement retrouvés dans 12% et 34,76% des cas. Les facteurs de risque cardiovasculaire étaient le tabagisme (95 cas, 15,08%), la sédentarité (59,52%), l'hypertension artérielle (31,11%), l'obésité (14,60%). Nous avons diagnostiqué un diabète sucré chez 48 participants (7,62%) et 2,70% de cas avaient une hyperglycémie à jeun modérée. L'âge moyen des sujets diabétiques était de $47,24 \pm 12,2$ ans. Parmi les sujets diabétiques, 68,75% étaient sédentaires et 58,33% hypertendus. L'obésité abdominale, la sédentarité et hypertension artérielle étaient plus fréquentes chez les diabétiques avec une différence significative pour l'HTA ($p=0,002$).

Conclusion : Les prévalences du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire étaient élevées dans notre population. Des sensibilisations pour un diagnostic précoce et une prise en charge rapide permettront de réduire le risque de survenue des complications tant redoutées.

Mots-clés : Dépistage, Diabète, facteurs de risque cardiovasculaire,

Summary

Introduction: Early detection of diabetes is essential to avoid complications and late treatment. In Burkina Faso, the northern region was the most affected by diabetes according to previous national surveys. Hence our initiative to do this work in order to determine the current prevalence of diabetes and to identify other cardiovascular risk factors in the city of Ouahigouya, capital of the Northern region.

Materials and methods: this was a cross-sectional study including volunteers aged 18 and over, received during a campaign to screen for diabetes and other cardiovascular risk factors in the town of Ouahigouya on the 24th and 25th. March 2022.

Results: A total of 630 participants were screened. The average age was 47.16 ± 14.36 years with a sex ratio of 0.81. Family history of diabetes and high blood pressure were found in 12.06% and 34.76% of cases respectively. The cardiovascular risk factors were smoking in 95 participants (15.08%), sedentary lifestyle in 59.52%, high blood pressure (31.11%), obesity (14.60%). We diagnosed diabetes mellitus in 48 participants (7.62%) and 2.70% cases of moderate fasting hyperglycemia. The average age of the diabetic subjects was 47.24 ± 12.2 years. Among diabetic subjects, 68.75% were sedentary and 58.33% hypertensive. Abdominal obesity, physical inactivity and high blood pressure were more common in diabetics with a significant difference for hypertension ($p = 0.002$).

Conclusion: The prevalence of diabetes and other cardiovascular risk factors was high in our population. Raising awareness for early diagnosis and rapid treatment will reduce the risk of the occurrence of the dreaded complications.

Keywords: Screening, Diabetes, cardiovascular risk factors.

Correspondance : Nongoba SAWADOGO, BP 36 Ouahigouya - Burkina Faso , Telephone: +226 70263624//68383181, E-mail : snongobac@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le diabète est l'une des maladies non transmissibles les plus répandues au monde avec plus de 463 millions de personnes atteintes en 2019. Une personne diabétique sur deux s'ignore et court ainsi un risque élevé de complications [1]. En Afrique subsaharienne, la prévalence du diabète sucré se situe entre 0,2% et 12% et les prédictions font état du plus fort taux d'accroissement à l'horizon 2045, de l'ordre de 90% dans cette partie du monde [2]. La prévalence du diabète au Burkina Faso était de 4,9 % selon une enquête nationale menée en 2013 [3]. Selon cette même enquête, la région du Nord était la plus touchée avec 10,2% de diabétiques. Le diabète est fréquemment associé à d'autres facteurs de risque cardiovasculaire tels que l'obésité, la sédentarité, l'hypertension artérielle, accentuant ainsi le risque de complications et rendant difficile la prise en charge [1,4]. Le diagnostic et la prise en charge précoce du diabète et des autres facteurs de risque sont essentiels pour éviter les complications sévères. La région du Nord ayant la plus forte prévalence du diabète au pays, nous avons choisi de faire ce dépistage dans la ville de Ouahigouya, chef-lieu de la région. Le but de cette étude était de déterminer la prévalence du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire associés au sein d'une population urbaine au Burkina Faso.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique, menée chez des sujets âgés de 18 ans et plus, reçus lors d'une campagne de dépistage volontaire du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire. Cette campagne a été organisée sur trois sites dans la ville de Ouahigouya qui comptait 124.527 habitants en 2022 et est située au Nord du pays à 180 kilomètres de la Capitale Ouagadougou [5]. Un premier site était situé à l'intérieur de l'hôpital régional et les deux autres sites au marché et à la place de la nation.

Ces journées de dépistage s'étaient déroulées les 24 et 25 Mars 2022 et avaient été précédées de trois jours d'informations par des affiches, des banderoles et des spots publicitaires à la radiodiffusion locale communautaire « La Voix du Paysan ». Les informations sur l'importance du dépistage et son caractère volontaire et gratuit, étaient données en français et en mooré (langue la plus parlée dans la ville). Toutes les personnes remplissant les critères d'âge, qui étaient à jeun et ayant donné leur consentement éclairé ont été dépistés. Les femmes enceintes n'ont pas été incluses dans l'étude. Les séances se déroulaient de 07 heures à 12 heures. Trois équipes ont été constituées, composées chacune d'un médecin généraliste, de deux infirmiers

et de deux médecins en année de thèse. Un médecin spécialiste assurait la supervision des trois équipes. Le but et la démarche de notre dépistage ont été expliqués aux participants. Le consentement éclairé verbal a été obtenu avant de procéder au dépistage. Chaque équipe était organisée de sorte à : sensibiliser les visiteurs du jour sur le diabète et les autres facteurs de risque, expliquer le déroulement du dépistage, recueillir les antécédents personnels et familiaux, les habitudes alimentaires et modes de vie des participants et enfin, mesurer les constantes telles que la pression artérielle (PA), le poids, le tour de taille, le périmètre abdominal et la glycémie capillaire à jeun. La personne ayant fait au moins 8 heures sans manger, ni boire a été considérée à jeun. La glycémie a été mesurée à l'aide de lecteurs électroniques de glycémie de marque SD Code Free avec des bandelettes réactives. La glycémie capillaire était mesurée à partir d'une goutte de sang capillaire d'environ un (01) millilitre prélevée à l'aide d'une lancette auto-piqueuse à usage unique.

Les patients ayant une première glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g/l (≥ 7 mmol/l) avaient bénéficié d'une deuxième glycémie à jeun après au moins 48 heures d'intervalle. Lorsqu'il était noté une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g/l (≥ 7 mmol/l) à deux reprises, le participant était déclaré diabétique. Les participants étaient classés en trois groupes selon les normes diagnostiques internationales [6].

- les patients non diabétiques étaient ceux dont la glycémie à jeun était $< 1,10$ g/l ;
- les patients en hyperglycémie modérée étaient ceux qui avaient une glycémie à jeun comprise entre $1,10$ g/l et $1,26$ g/l ;
- les patients diabétiques étaient ceux qui avaient une glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l à deux reprises.

La pression artérielle (PA) de tous les participants a été mesurée après au moins 15 minutes de repos et répétée une fois sur le bras controlatéral du sujet assis, à l'aide de tensiomètres électroniques à brassard, de marque OMRON IntelliSense® et Spengler®. La moyenne des deux valeurs a été retenue. Le patient était considéré hypertendu s'il était déjà traité pour une hypertension artérielle (HTA) ou si la pression artérielle systolique était ≥ 140 mmHg et/ou la pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg [6]. La sédentarité était définie par l'absence de pratique d'un exercice physique d'au moins trente minutes par jour trois fois par semaine [7]. Le tabagisme était retenu devant la seule consommation volontaire de tabac quelle qu'en soit la forme [8]. Les critères de l'Organisation Mondiale de Santé ont été utilisés pour classer nos participants selon le statut pondéral en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC). L'obésité abdominale a été définie selon le National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III (NCEP- ATP III) par un tour de taille ≥ 102

cm chez l'homme et ≥ 88 cm chez la femme [9]. L'IMC a été obtenu par le rapport du poids en kg, sur la taille en m².

Un accord a été obtenu auprès de la mairie de la ville de Ouahigouya et du directeur général du centre hospitalier universitaire régional pour organiser cette campagne. L'anonymat était respecté et les participants ont été rassurés de la confidentialité des données recueillies. Les données recueillies sur des fiches ont été analysées à l'aide du logiciel EPI info 7.2.4. Le test t de Student a été utilisé pour comparer les moyennes, le seuil de signification retenu était de 5%.

RÉSULTATS

Les caractéristiques sociodémographiques

Au total, 630 personnes ont été inclus, dont 348 femmes et 282 hommes ; soit un sex ratio de 0,81. L'âge moyen était de $47,16 \pm 14,36$ ans avec des extrêmes de 18 et 85 ans. La tranche d'âge de [40-60 ans] était la plus représentée avec 44,13% (figure 1). Les cultivateurs et les ménagères représentaient 38,57% (n=243) et les participants non scolarisés représentaient 49,29% de l'échantillon. La répartition des participants selon les caractéristiques socio-professionnelles est présentée au tableau I.

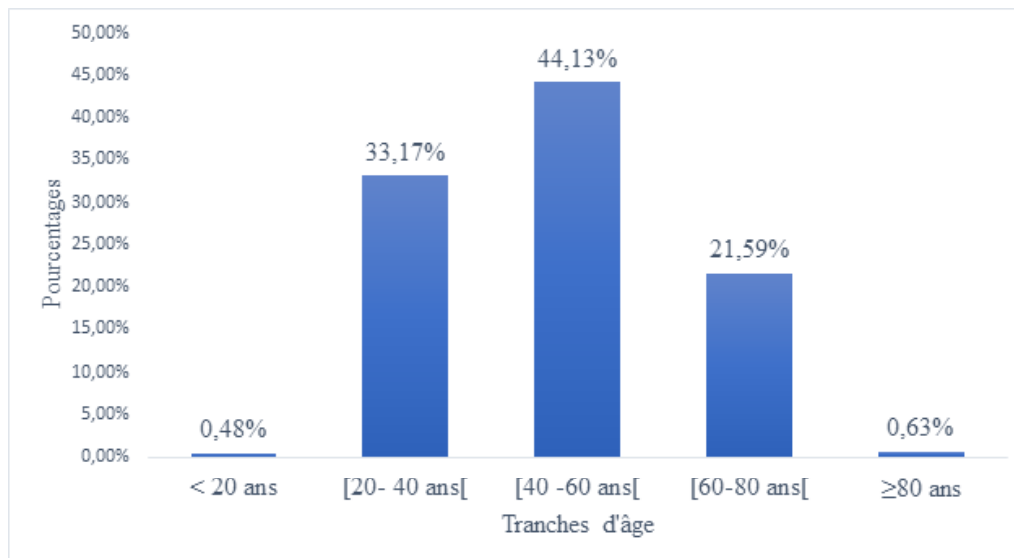


Figure 1 : Répartition des participants par tranches d'âge.

Tableau I : Répartition des participants selon les caractéristiques socio-professionnelles.

	Effectifs (n)		Pourcentage (%)
	Féminin	Masculin	
Profession			
Cultivateurs/ménagères	140	103	38,57
Salariés	113	56	26,83
Commerçants/employés de commerce	61	49	17,46
Ouvriers	3	36	6,19
Elèves/étudiants	17	14	4,92
Retraités	9	12	3,33
Sans emploi	4	9	2,06
Autres	1	3	0,63
Niveau de scolarisation			
Non scolarisés	218	94	49,52
Niveau primaire	58	32	14,29
Niveau secondaire	56	89	23,02
Niveau supérieur	14	69	13,17

Les données cliniques

Le diabète familial était retrouvé chez 76 participants (12,06%). Chez 22 femmes, soit 6,32% (22/348), une notion de macrosomie fœtale a été notée. L'hypertension artérielle (HTA) familiale étaient retrouvées chez 34,76% (n=219) des dépistés. Plus

d'un quart de nos participants, soit 26,2% (n=165) déclaraient avoir déjà bénéficié d'une évaluation de leur glycémie avant cette campagne de dépistage. Les participants ayant déclaré consommer de l'alcool était de 92 (14,6%). Le tabagisme a été noté chez 95 participants (15,08%), tous de sexe masculin. Une activité physique régulière était pratiquée par 255 (40,48%) dépistés contre 375 (59,52%) cas de sédentarité. L'activité physique était constituée principalement de la marche (56,35%), du footing (17,06%), du vélo (15,87%) et du football (5,56%). La durée moyenne de l'activité physique était de $40,62 \pm 28,57$ minutes pour un nombre de séances hebdomadaires de 4,68 en moyenne. La

consommation régulière de légumes et de fruits était notée chez 522 personnes, soit chez 82,86%.

Dans notre échantillon, 31,11% (196 personnes) ont été dépistées hypertendues. La moyenne de la pression artérielle systolique était de 129,85 ± 23,28 mm Hg avec des extrêmes de 220 et 90 mmHg. La pression artérielle diastolique variait entre 60 et 134 mm Hg avec une moyenne de 79,20 ± 14,19 mm Hg. La moyenne de l'indice de masse corporelle était de 24,95 kg/m² avec des extrêmes de 15,75 et 43,44 Kg/m². Parmi les personnes dépistées, 28,25% (n=178) étaient en surpoids et 14,6% (n=92) étaient obèses. L'obésité abdominale a été notée chez 154 participants soit 24,44% dont 137 de sexe féminin (soit 39,37% des femmes) et 17 de sexe masculin (soit 6,02% des hommes) (p<0,01). Le tour de taille moyen était de 89,37 cm avec des extrêmes de 67 et 134 cm.

Les données paracliniques

Au cours de notre dépistage, la moyenne de la glycémie à jeun était de 1,07 ± 0,30 g/l avec des extrêmes de 0,56 g/l et 3,78g/l. Une hyperglycémie a été retrouvée dans 10,32% (n=65) au premier dosage. Une deuxième glycémie a été réalisée au moins 48 heures après chez les participants ayant eu une hyperglycémie. Ceci nous a permis de classer ces participants en trois groupes : les participants non diabétiques, ceux en hyperglycémie modérée et les diabétiques respectivement à 89,68% (n=565), 2,7% (n=17) et 7,62% (n=48). Les principaux facteurs de risque cardiovasculaire ont été regroupés au tableau II.

Les données sur les diabétiques dépistés

Au total, 48 diabétiques ont été dépistés dont 60,42% (n=29) étaient de sexe féminin. L'âge moyen des diabétiques était de 47,24 ±12,29 ans avec des extrêmes de 27 et 75 ans. La consommation d'alcool et le tabagisme étaient notés respectivement chez 8 et 2 diabétiques. Vingt et un participants diabétiques (43,75%) étaient obèses dont 13 de sexe féminin et 8 de sexe masculin. Parmi les diabétiques, 58,33% (n=28) étaient hypertendus. Par contre, l'hypertension artérielle était retrouvée chez 28,87% (168 cas/582) de non diabétiques (p<0,002). Les activités physiques régulières étaient effectives chez 15 diabétiques (31,25%), contre 33 sédentaires (68,75%). La sédentarité et l'obésité abdominale étaient plus retrouvées chez les diabétiques comparativement aux non diabétiques. Le tableau III illustre les facteurs de risque cardiovasculaire chez les diabétiques et les non diabétiques.

Tableau II : Facteurs de risque cardio-vasculaire des participants au dépistage.

Variables	Effectifs n (%)	Sexe		p value	IC 95%
		Féminin n (%)	Masculin n (%)		
HTA	219 (34,76)	131 (37,64)	88 (31,21)	0,13	[-0,27-0,23]
Sédentarité	375 (59,52)	243 (69,83)	132 (48,81)	<0,001	[0,09-0,30]
Tabagisme	95 (15,08)	0 (0)	95 (33,69)		
Ethylisme	92 (14,60)	13 (3,74)	79 (28,01)	0,47	[-0,18-0,38]
IMC (Kg/m ²)					
< 18,5	29 (4,60)	16 (4,60)	13 (4,61)	0,01	[0,19-0,73]
[18,5-24,99]	331 (52,54)	206 (51,20)	125 (44,33)	0,08	[-0,01-0,21]
[25-29,9]	178 (28,25)	115 (33,05)	63 (22,34)	0,15	[-0,03-0,23]
≥ 30	92 (14,60)	64 (18,39)	28 (9,93)	0,19	[-0,03-0,25]
Obésité abdominale	154 (24,44)	137 (39,37)	17 (6,03)	0,01	[0,20-0,48]
Diabète	48 (7,62)	29 (8,33)	19 (6,74)	0,89	[-0,14-0,16]

Tableau III : Facteurs de risque cardiovasculaire chez les diabétiques et non diabétiques

	Diabétiques Effectif (%)	Non diabétiques Effectif (%)	p value	IC 95%
Hypertension artérielle	28 (58,33%)	191 (32,82%)	0,002	[0,11-0,49]
Sédentarité	33 (68,75%)	342 (58,76%)	0,26	[-0,06-0,26]
Tabagisme	2 (4,17%)	93 (15,98%)	0,57	[-0,44-0,12]
Consommation d'alcool	8 (16,67%)	84 (14,43%)	0,38	[-0,18-0,38]
Obésité	21 (43,75%)	249 (42,78%)	1	[-0,22-0,22]
Obésité abdominale	13 (27,08%)	141 (24,23%)	0,39	[-0,16-0,36]

DISCUSSION

Limites de l'étude

Nous rapportons ici les données d'une campagne de dépistage du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire. Le caractère volontaire du dépistage a constitué une limite dans notre étude car ce volontariat fait que les sujets qui avaient un facteur de risque cardiovasculaire comme l'obésité ou l'hypertension artérielle seraient plus sensibles à des messages sur le dépistage. Un échantillonnage en grappe dans les secteurs de la ville nous aurait permis de réduire les biais. La collecte des données n'a pas été exhaustive. Ainsi, certains facteurs de risque tels que l'artérite des membres inférieurs, la coronaropathie, la maladie rénale chronique, l'albuminurie et les dyslipidémies n'ont pas été recherchés compte tenu du caractère ponctuel du dépistage et du coût élevé des examens. Cet échantillon constitué de volontaires a donné des résultats qui ne peuvent pas être extrapolés à la population générale, mais nous ont permis de confirmer une prévalence plus importante du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire au sein de notre population urbaine.

Données socio-démographiques

Notre population d'étude était à prédominance féminine. Ce qui corrobore les données du récent recensement général de la population au Burkina Faso [5]. Cette prédominance féminine concorde avec les résultats de la série de Mbaye et coll. [10] et celle de Yaméogo et coll. [11]. Ces volontaires au dépistage du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire de la ville de Ouahigouya étaient majoritairement des cultivateurs ou ménagères et des salariés. Ces résultats sont comparables à ceux de Yaméogo et coll. [11] et de Séré et coll. [12]. La moyenne d'âge de notre population était de 47,16 ans et 66,35% des sujets étaient âgés de 40 ans et plus. Cette tranche d'âge constitue l'âge habituel de découverte du diabète de type 2. Une étude menée dans la même région du Nord, mais en milieu rural, retrouvait des données similaires [12]. Les non scolarisés étaient les plus représentés dans notre série (49,52%), suivi de ceux qui ont un niveau

secondaire (23,02%). Ces résultats sont similaires à ceux de Millogo et coll. [13].

La fréquence des antécédents familiaux de diabète (12,06%) dans notre série est comparable à celles de Yaméogo et coll. [11] et de Traoré et coll. [14] à Bobo Dioulasso qui trouvaient respectivement 18,9% et 14,44%. De nombreux arguments démontrent un rôle de l'hérédité dans la survenue du diabète de type 2 et de l'hypertension artérielle [1, 6].

Plus d'un quart des participants avaient déjà bénéficié d'un dosage de leur glycémie avant cette campagne de dépistage. Ceci dénoterait probablement d'une prise de conscience progressive pour sa santé par la population, comparativement aux données de l'enquête STEPS 2013 qui notait que plus de 94% n'avaient jamais bénéficié d'un dépistage du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire. Notre enquête s'est déroulée en ville uniquement. Ce qui peut aussi expliquer cet état de fait, car la population urbaine a plus de facilité d'accès aux services de soins que celle rurale.

La fréquence de consommateurs d'alcool et de tabac était importante dans notre série. Des données similaires avaient été notées par Mbaye et coll. [10], Séré et coll. [12] et Traoré et coll. [14]. Le tabagisme actif était retrouvé uniquement chez les participants de sexe masculin. Les considérations socioculturelles ont probablement influencé cet état de fait. La consommation de l'alcool et surtout le tabagisme sont des facteurs favorisant les complications du diabète et de l'hypertension artérielle qui sont de plus en plus constatés au sein de la population [1,3]. Le mode de vie sédentaire retrouvé chez 59,52% dans notre série est comparable aux données de la littérature africaine [10, 14]. Dans notre population d'étude, la sédentarité prédominait chez les femmes avec une différence statistiquement significative ($p < 0,001$). Une étude similaire menée par Yaméogo et coll. [11], retrouvait aussi une proportion de sédentaires plus importante chez les femmes. Cette prédominance féminine de la sédentarité a aussi été retrouvée par Traoré et coll. [14]. L'obésité abdominale était fréquente et prédominait chez les femmes dans notre série avec une différence statistiquement significative ($p = 0,01$). Ce même constat est fait par Affangla et coll. [15]. Maire B et Delpuech F [16] dans leur étude

sur « la transition nutritionnelle, l'alimentation et les villes dans les pays en développement » notaient que les villes étaient les plus touchées par l'obésité. En effet, selon cette étude, en Afrique, une femme sur quatre et un homme sur six sont concernés en milieu urbain, et ce taux devient inférieur à 10 % en milieu rural.

La glycémie moyenne était de $1,07 \pm 0,30$ g/l dans notre série. Ce qui corrobore les données de deux études menées en milieu urbain dans deux villes différentes au Burkina Faso [11,13]. La proportion des diabétiques dépistés (7,62%) était supérieure aux données nationales (6,3%), mais inférieure à celle de notre région (10,20%) [3]. Ceci démontre que la prévalence du diabète dans notre ville reste élevée. Nos résultats sont comparables à ceux de Mbaye et coll. [10] et de Traoré et coll. [14]. Par contre, Yaméogo et coll. [11], et Séré et coll. [12] trouvaient une prévalence plus faible de diabétiques respectivement à 4,10% et 4,08%. La prévalence élevée du diabète dans notre zone d'étude pourrait expliquer cette différence. Les moyennes d'âge chez les diabétiques et non diabétiques étaient identiques. Ce qui diffère des données de certains auteurs qui ont retrouvé un âge moyen beaucoup plus élevé chez les diabétiques, comparé aux non diabétiques [2, 13, 14].

L'obésité abdominale et la sédentarité étaient plus fréquentes chez les participants diabétiques que les non diabétiques, mais sans différence significative ($p=0,39$; $p=0,26$). Ceci corrobore les données de la littérature selon lesquelles, l'augmentation de l'obésité combinée à l'absence d'activités physiques régulières contribuent en grande partie à accroître la prévalence du diabète [1]. Aussi, l'obésité surtout abdominale et la sédentarité qui sont des facteurs de risque connus, favorisent la survenue des autres maladies cardiovasculaires [4].

L'hypertension artérielle étaient plus fréquente chez les diabétiques que chez les non diabétiques (58,33% contre 28,87%) avec une différence significative ($p<0,002$). Ces résultats sont similaires à ceux de Affangla et coll. [17]. L'association fréquente de l'HTA au diabète, la croissance de sa prévalence avec l'ancienneté du diabète et l'âge des patients, sont décrites dans la littérature. La prépondérance du tabagisme chez les non diabétiques a été notée, mais sans différence statistiquement significative ($p=0,57$).

Deux virgule sept pourcent (2,7%) de nos enquêtés avaient une hyperglycémie modérée. Ceux-ci pourraient augmenter le nombre de diabétiques dans les années à venir si rien n'est fait. Car selon les projections de la fédération internationale du diabète (IDF), 10 à 40% des cas d'hyperglycémie modérée à jeun évolueront dans les 5-10 ans vers un diabète [4].

CONCLUSION

Dans notre série, la prévalence du diabète était élevée. Cette étude a permis de noter la présence de nombreux facteurs de risque cardiovasculaire dans notre population. L'hypertension artérielle, la sédentarité et l'obésité abdominale ont été les principaux facteurs de risque cardiovasculaire associés chez les diabétiques. La prise en compte de tous ces facteurs de risque devait permettre une meilleure prise en charge de cette population. Des mesures de prévention devraient être mise en place pour réduire leur prévalence et leurs conséquences.

RÉFÉRENCES

- 1 - **WHO**. [Consulté le 2 juill. 2021]. Obesity and diabetes the slow-motion disaster keynote address at the 47th meeting of the national academy of medicine, [en ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/obesity-and-diabetes-the-slow-motion-disaster-keynote-address-at-the-47th-meeting-of-the-national-academy-of-medicine>.
- 2 - **Saeedi P, Petersohn I, Salpea P**, et al. IDF Diabetes Atlas Committee. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract* 2019; 157:107843.
- 3 - **Ministère de la santé**. Rapport de l'enquête nationale sur la prévalence les principaux facteurs de risques communs des maladies non transmissibles au Burkina Faso Enquête STEPS 2013. 104p.
- 4 - **Fédération Internationale du Diabète**. Manuel de campagne de sensibilisation pour le diabète en vue de la réunion de haut niveau de l'ONU sur les MNT. Brussels 2018 ; 1-34.
- 5 - **Institut National de la Statistique et de la Démographie**. Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso 2022. 136p.
- 6 - **World Health Organization & International Diabetes Federation**. (2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia: report of a WHO/IDF consultation. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43588>.
- 7- **Carre F**. Activité physique et prévention cardiovasculaire. *Cardiologie et maladies vasculaires*. Société Française de Cardiologie. Paris, Masson 2007 ; 4: 302- 309.
- 8- **Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD**. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation* 2005; 112: 489–497.
- 9 - **Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults**. Executive Summary of The Third Report of The

National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001 ; 285(19) :2486-97.

10 - Mbaye MN, Niang K, Sarr A, et al. Aspects épidémiologiques du diabète au Sénégal : résultats d'une enquête sur les facteurs de risque cardiovasculaire dans la ville de Saint-Louis. Médecine des maladies Métaboliques. 2011 ; 5 (6) :660- 664.

11- Yaméogo TM, Kyelem CG, Ouédraogo SM, et al. Caractéristiques cliniques des volontaires au dépistage du diabète : pistes pour la prévention au Burkina - Faso. Health Sci Dis. 2014; 15 (1) :1-5.

12- Séré L, Tiéno H, Yanogo D, Traoré S, Nagabila Y, Ouédraogo DD, Drabo YJ. Prévalence du diabète et facteurs de risque cardiovasculaire associés dans une population rurale au Burkina Faso. Médecine tropicale et santé internationale. 2021 :1-8.

13- Millogo GRC, Yaméogo C, Samandoulougou A, et al. Diabète en milieu urbain de Ouagadougou au Burkina Faso : profil épidémiologique et niveau de perception de la population adulte. Pan African Medical Journal. 2015 ; 20 (146) :1-4.

14 - Traore I, Sanon/Lompo MS, Savadogo L, et al. Prévalence du Diabète chez les Travailleurs d'une Société de Production et de Distribution d'Énergie à Bobo-Dioulasso. Health Sci Dis. 2022 ; 23 (1) :102-106.

15- Affangla DA, Pene S, Ba DM, Dione J-M, Wabo AS, Ka MM et al. Profil du risque cardiovasculaire du diabétique de type 2 suivi en ambulatoire à l'Hôpital Saint Jean de Dieu, Thiès (Sénégal). RAFMI 2019 ; 6 (1-1) : 21-26.

16 - Maire B, Delpeuch F. La transition nutritionnelle, l'alimentation et les villes dans les pays en développement. Cahiers Agricultures. 2004 ; 13 : 23-30.

17 - Dionadji M, Boy B, Mouanodji M, Batakao G. Prévalence du diabète sucré en milieu rural au Tchad. Médecine Tropicale. 2010 ; 70 (4) :414-415.