



Hypoglycémie et diabète factices : difficultés diagnostiques

Factitious hypoglycaemia and diabetes : diagnosis difficulties

نقص سكر الدم و داء السكري المفتعلان : صعوبة التشخيص

F. Ajdi, H. Iraqi, M.H. Gharbi, A. Chraïbi

الملخص : الأمراض المفتعلة متنوعة وغالبا ما يكون تشخيصها صعبا. ومن بينها نقص سكر الدم المفتعل الناتج عن الحقن الذاتي لمادة الأنسولين أو المواد المفرزة للأنسولين والتي يسوء تقديرها. نقدم من خلال هذه الدراسة، حالة امرأة عمرها 25 سنة تعاني من نقص سكر الدم و من داء السكري المفتعلين. اعتمدنا في تشخيص هذه الحالة على قياس مادة الأنسولين في الدم، و مادة البيبتيد «س» المصحوب بنقص سكر الدم وكذلك على فرط نقص سكر الدم المهيح عن طريق الفم. أنكرت المريضة الحقن بالأنسولين، الشيء الذي جعلنا نظن أنها حالة متلازمة «ماتشوسان»

الكلمات الأساسية : الحقن الذاتي لمادة الأنسولين، السكري المفتعل، نقص سكر الدم المفتعل، متلازمة ما تشوسان.

Résumé : Les maladies factices sont extrêmement variées et leur diagnostic souvent difficile. L'une d'entre elles, l'hypoglycémie factice induite par auto administration d'insuline ou secondaire à des médicaments insulinosecrétateurs a une fréquence probablement sous-estimée.

Il s'agit d'une patiente âgée de 25 ans qui présente une hypoglycémie factice par auto-injection d'insuline avec une particularité peu retrouvée : elle a aussi simulé un diabète qui serait suivi depuis 2 ans. le diagnostic de diabète factice a été suspecté devant des glycémies à jeûn normales sous régime libre et devant l'absence d'épisodes d'hyperglycémies réactionnelles après les hypoglycémies durant le nyctémère. Celui d'hypoglycémie factice a été porté après l'arrêt de l'insuline et devant la rythmicité des hypoglycémies, qui « disparaissent » après la visite de la famille et reprennent lors de la visite du mari. La certitude a été apportée par les dosages de l'insulinémie et du peptide-C couplés au dosage de la glycémie, ainsi que sur le test d'hyperglycémie provoquée par voie orale. La patiente a cependant nié formellement toute injection d'insuline, et nous avons conclu à un syndrome de Münchhausen.

Mots clés : auto-administration d'insuline, diabète factice, hypoglycémie factice, syndrome de Münchhausen,

Abstract : There are many factitious diseases, and their diagnosis is often difficult. factitious hypoglycaemia due to auto-administration of insulin or secondary to insulin secretagogues drugs are probably under estimated.

We report the case of a 25 years old woman who presents a particular factitious hypoglycaemia. she pretends to be treated for diabetes with insulin injection for 2 years.

We suspect the "factitious diabetes" since she has normal fasting blood glucose level and without hyperglycaemia after her hypoglycaemic episodes. we decided to stop insulin injections, and realize that hypoglycaemia only happen when her husband comes and disappear when she has no visitors. Insulinemia and C-peptide coupled of the blood glucose level in addition to the oral provoked hyperglycemia confirm the diagnosis of factitious hypoglycaemia. the patient denied the insulin injection and we concluded she has a Münchhausen syndrome.

Key Words : Auto-administration of insulin, factitious diabetes, factitious hypoglycaemia, Münchhausen syndrome, insulinemia.

Tiré à part : F. Ajdi. Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition. CHU Ibn Sina. Rabat - Maroc

Introduction

Les maladies factices, c'est-à-dire celles dont les symptômes sont simulés ou créés en toute connaissance de cause, sont extrêmement variées. L'hypoglycémie factice de l'adulte est due à une auto-administration d'insuline ou d'insulino-sécrétagogues (sulfamides ou glinides).

Le premier cas a été décrit en 1944 [1], elle constitue l'une des manifestations principales du syndrome de Münchhausen.

Le diagnostic de l'origine factice d'une maladie ou d'un symptôme est difficile à assurer et la preuve n'en est pas toujours apportée, en dehors des renseignements fournis, dans certains cas, par des dosages biologiques ou la mise en évidence de médicaments dans les urines ou le plasma. La prise en charge psychothérapique qui paraît indispensable est habituellement très difficile à obtenir des intéressés. L'hypoglycémie factice pose un problème diagnostique puisqu'elle se confond cliniquement et biologiquement avec l'hypoglycémie secondaire à un insulinome.

Dans ce travail nous rapportons le cas d'une patiente qui présente une hypoglycémie factice par auto-injection d'insuline qui a une particularité : elle est également associée à un diabète factice.

Cas clinique

Madame H.T, âgée de 25 ans, est mariée depuis l'âge de 15 ans, mère de deux enfants, et rapporte des difficultés conjugales. L'interrogatoire révèle qu'elle est en contact avec le milieu médical par l'intermédiaire d'une parente. La patiente s'est présentée comme étant diabétique depuis 2 ans, insulino traitée. Elle présente des hypoglycémies spontanées et sévères depuis quelques semaines. Devant les hypoglycémies, les doses d'insuline ont été diminuées progressivement jusqu'à l'arrêt complet de toute thérapeutique, et ce sans aucune amélioration clinique. Cependant, nous avons été interpellés par certains faits :

- les hypoglycémies « disparaissent » après la visite de

la famille et reprennent lors de la visite du mari.

- les glycémies à jeun répétées sous régime libre sont toutes normales.

- après les hypoglycémies, nous n'avons jamais diagnostiqué d'hyperglycémie réactionnelle.

- les glycémies post-prandiales sont également normales sous régime libre.

- le taux d'HbA1c est de 4% malgré l'état de déséquilibre glycémique apparent.

Ceci a posé un problème car si une hypoglycémie factice par administration de l'insuline est fortement suspectée, un diabète qui serait lui aussi « factice » est probable.

Après isolement de la patiente:

- une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) a été réalisée par l'administration de 100g de glucose. Elle s'est avérée normale (tableau 1).

Tableau 1 : Hyperglycémie provoquée par voie orale

temps (mn)	t ₀	t ₃₀	t ₆₀	t ₉₀	t ₁₂₀	t ₁₅₀	t ₁₈₀	t ₂₁₀	t ₂₄₀
glycémies (g/l)	0.86	1.19	1.28	1.19	1.11	0.90	0.70	0.76	0.86

- l'épreuve de jeûne a été bien supportée par la patiente (aucun malaise).

- le dosage de l'insulinémie et du peptide-C couplé à la glycémie est également normal (tableau 2).

Tableau 2: Dosage de l'insulinémie et du peptide-C

	spontanés	au moment des malaises		valeurs normales
glycémie (g/l)	0.88	0.44	0.25	0.70-1.05
insulinémie (μ UI/ml)	6.8	62	82	2-17
peptide-C (pmol/ml)	1.50	< 0.1	indélectable	0.46 – 1.62

Lorsque nous avons autorisé la patiente à rejoindre une chambre d'hospitalisation commune avec ses effets, les malaises hypoglycémiques sont réapparus. La prise factice

d'insuline est alors fortement suspectée, et nous l'avons confirmée par le dosage de l'insulinémie et du peptide-C au moment des malaises : les résultats sont sans appel : l'insulinémie élevée et un peptide-C effondré (tableau 2).

Malgré l'évidence des faits, la patiente a nié fortement l'auto-administration d'insuline et nous n'avons pas pu trouver le matériel d'injection.

Nous avons ainsi mis en évidence que la patiente a menti quant à son diabète et que l'hypoglycémie est due à la prise factice d'insuline. Devant l'association de ces deux pathomimies, un syndrome de Münchhausen est suspecté et la patiente est adressée en psychiatrie pour une prise en charge spécialisée, ce qu'elle a refusé ultérieurement.

Discussion

La première description des troubles factices est due au médecin anglais Gavin qui, en 1843 écrit un livre intitulé « on feigned and factitious diseases » (« sur les maladies feintes et factices »). Toutefois malgré quelques autres écrits remarquables sur ce sujet (comme ceux de Dupré en 1905 et de Dieulafoy en 1908) pendant plus d'un siècle les psychiatres se sont peu intéressés aux troubles factices. À l'origine du regain d'intérêt de nos jours pour ces pathologies se trouve l'article d'Asher (1951) dans lequel il introduit le terme de syndrome de Münchhausen. C'est Gellenberg qui pour la première fois (1977) décrit de manière spécifique un cas de trouble factice à présentation psychiatrique.

Le premier cas d'hypoglycémie factice a été décrit en 1944 chez une infirmière peu de temps après la découverte de l'insuline. La fréquence des hypoglycémies factices est estimée à 4/1.000.000 de la population générale [1] avec une nette prédominance féminine, entre 60 et 90% [2-8].

Le plus souvent, il s'agit de diabétiques traités par insuline, de leur entourage, ou bien de professionnels de santé auxquels on rajoute actuellement les sportifs. Dans notre cas la patiente a une parente qui travaille dans une unité de diabétologie.

La difficulté du diagnostic résulte dans le fait qu'il est généralement difficile de confirmer le diagnostic, car

l'auto-administration d'insuline n'est pas reconnue pas le patient et les points d'injection ainsi que le matériel ne sont pas toujours retrouvés, comme pour notre cas.

Dans le cas d'une hypoglycémie factice par auto-injection d'insuline, les glycémies basses sont contemporaines d'insulinémies très élevées (dépassant 14µUI/ml) et d'un peptide-C indosable [3]. C'est le même profil qui a été retrouvé chez notre patiente et qui a été décrit par Marks et Teal [1].

Il existe des situations délicates lorsque l'hypoglycémie est factice par auto-administration de sulfamides hypoglycémisants. Dans ce cas, insulinémie et peptide-C sont élevés, et des études pharmacologiques plasmatiques et urinaires sont à pratiquer ainsi qu'une enquête clinique très soigneuse. Le diagnostic est également difficile à poser chez les patients diabétiques traités par insuline, mais le calcul du rapport Insulinémie / Peptide-C au-delà de 1 le confirme [4].

Le dosage des anticorps n'est plus de pratique puisque le problème d'immunogénicité n'est plus posé par les nouvelles insulines qui sont hautement purifiées [5], aussi le dosage de l'insuline par HPLC permet de rattacher l'hypoglycémie à l'administration de l'insuline s'il s'agit de l'insuline d'origine animale [6].

Le diabète qu'on peut déterminer comme « factice » et l'hypoglycémie factice ont été retenus chez notre patiente devant l'évidence biologique. Le cas d'un enfant de 14 ans avec les mêmes entités a été rapporté par Kovacs et al [7]; il rentre aussi dans le cadre du syndrome de Münchhausen.

Conclusion

Les hypoglycémies factices par auto-administration de l'insuline sont fréquentes, mais cette fréquence est sous estimée. Le dosage simultané de l'insulinémie et du peptide C posent le diagnostic. Comme toutes les pathomimies, les hypoglycémies factices posent un problème de prise en charge ultérieure puisqu'en général les patients nient toujours la présence de ces troubles et de ce fait la prise en charge par le psychiatre est refusée dans le tiers des cas [8].

Références

1. Guillausseau PJ, Laloi-Michelin M, Delaval-Molko A, Bourcigaux N: Hypoglycémies factices de l'adulte. MTE 2002 154-8
2. Grunberger G, Weiner JL, Silverman R, Taylor S, Gorden P. Factitious hypoglycemia due to surreptitious administration of insulin. Diagnosis, treatment, and long-term follow-up. Ann Intern Med 1988 ; 108:252-7
3. Scarlett JA et al. Factitious hypoglycemia. Diagnosis by measurement of serum C-peptide immunoreactivity and insulin-binding antibodies. N Engl J Med. 1977; 297: 1029-1032
4. Waickus CM, Bustros A, Shakil A. Recognizing factitious hypoglycemia in the family practice setting. J Am Board Fam Pract. 1999 ; 12: 133-6
5. Zantour B., Ach K., Chaieb M., Maaroufi A., Zaouali M., Chaieb L.: Hypoglycémies factices quatre observations. La presse médicale 2002 ; 31 : 1134-5
6. Given BD, Ostrega DM, Polonsky KS, Baldwin D Jr, Kelley RI, Rubenstein AH. Hypoglycemia due to surreptitious injection of insulin. Identification of insulin species by high-performance liquid chromatography. Diabetes Care 1991; 14: 544-7
7. Kovacs CS, Toth EL. Factitious diabetes mellitus and spontaneous hypoglycemia. Consequences of unrecognized Munchausen syndrome by proxy. Diabetes care. 1993; 9: 1294-7.
8. Charlton R, Smith G, Day A. Munchausen's syndrome manifesting as factitious hypoglycaemia. Diabetologia. 2001; 44: 784-5.