

GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Diabète de type 1 de l'enfant et de l'adolescent

Juillet 2007

Ce document est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2, avenue du Stade-de-France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 – Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en juillet 2007
© Haute Autorité de santé – 2007

Sommaire

Introduction	2
1. Bilan initial	3
2. Prise en charge thérapeutique	4
3. Suivi	6
Références	8
Ont participé à ce travail	9

Actualisation des guides et listes ALD

Les guides médecin et les listes des actes et prestations (LAP)
élaborés par la Haute Autorité de santé sont actualisés
tous les trois ans.

Dans l'intervalle, la LAP est actualisée au minimum une fois par an et
disponible sur le site Internet de la HAS (www.has-sante.fr).

Introduction

L'objectif de ce guide est d'expliciter pour les professionnels de la santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD, au titre de l'ALD 8 : diabète. Ce guide est limité à la prise en charge du diabète de type 1 de l'enfant et de l'adolescent et ne concerne pas la prise en charge des complications du diabète.

La principale source d'information utilisée pour élaborer ce guide a été les recommandations de l'ISPAD 2000 : Recommandations pour la prise en charge du diabète de type 1 chez les enfants et les adolescents, Société internationale pour le diabète de l'enfant et de l'adolescent. La traduction de ces recommandations dans le guide médecin ALD a été faite en lien avec l'association Aide aux jeunes diabétiques (AJD).

Le guide médecin ALD ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques : toutes les comorbidités, les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni se substitue à la responsabilité individuelle du médecin à l'égard de son patient. Ce guide reflète cependant la structure essentielle de prise en charge d'un enfant ou adolescent diabétique de type 1 et sera mis à jour en fonction de la validation de données nouvelles.

1. Bilan initial

1.1 Objectifs

- Acquisition des connaissances de base dès le diagnostic.
- Recherche des facteurs de risque, d'éventuelles atteintes d'organes cibles et de maladies associées.

1.2 Professionnels impliqués

La prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent qui a un diabète, et de sa famille, devrait être assurée systématiquement par une équipe de spécialistes : pédiatre spécialisé en diabétologie et endocrinologie, professionnels paramédicaux [infirmier(ère) spécialiste du diabète ou éducateur(trice) en diabétologie, diététicien(ne)]

Les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisées dans le diabète sont également impliquées dans l'éducation thérapeutique et la prise en charge spécifique des enfants et adolescents diabétiques de type 1.

La consultation ophtalmologique à la recherche de complications oculaires et la consultation dentaire sont systématiques.

Le recours à des avis spécialisés peut être nécessaire.

1.3 Acquisition des connaissances de base

Au moment du diagnostic, les connaissances de base concernent les enfants et les parents, et portent sur les points suivants :

- comment le diagnostic a été fait ; causes des symptômes ;
- explication simple des causes probables du diabète ; ne pas avancer de cause discutable ;
- pourquoi l'insuline est tout de suite indispensable ; comment elle agit ;
- ce qu'est le glucose ; la glycémie normale et les objectifs glycémiques ;
- aspects pratiques : injections d'insuline, examens de sang ou d'urine et motifs de la surveillance ;
- recommandations diététiques de base ;
- explication simple de l'hypoglycémie ; glucose/saccharose toujours disponibles ;
- le diabète en cas de maladie ; ne jamais arrêter l'insuline ;
- le diabète à la maison ou à l'école, y compris les effets de l'exercice physique ;
- cartes « J'ai un diabète » ou carte de diabétique ;
- adhésion à une association ou à d'autres groupes de soutien ;

- adaptation psychologique au diagnostic ;
- toutes les coordonnées téléphoniques en cas d'urgence.

1.4 Recherche des facteurs de risque

► Facteurs de risque cardio-vasculaire

- Hypertension artérielle
- Dyslipidémie

► Autres facteurs à prendre en compte

- Surpoids ou obésité
- Sédentarité
- Retard de croissance, retard de développement pubertaire
- Tabagisme, consommation d'alcool ou de drogues chez l'adolescent
- Aspects psychosociaux (scolarité, problèmes psychologiques, psychosociaux, troubles de l'alimentation, dynamique familiale, facilité d'adaptation, éducation)

1.5 Recherche d'atteinte(s) d'organes cibles

Les complications du diabète (oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires) sont rares chez l'enfant et l'adolescent. Le bilan initial s'assure de l'absence d'anomalies au niveau de ces organes.

1.6 Recherche de maladies associées

Les enfants et adolescents qui ont un diabète ont un risque accru de développer d'autres maladies auto-immunes, justifiant :

- la mesure de la fonction thyroïdienne (dosage de TSH) et la recherche d'anticorps antithyroïdiens ;
- la recherche de signes cliniques en faveur de maladie coéliqua et la recherche d'anticorps spécifiques.

2. Prise en charge thérapeutique

2.1 Objectifs

Le but du traitement est de prévenir les complications à long terme. L'équilibre glycémique représente le principal objectif de la prise en charge. L'objectif est de maintenir l'HbA1c à moins de 7,5 % (glycémie considérée comme bien équilibrée, à moduler par le spécialiste selon les patients et les situations particulières) en prenant en compte le risque hypoglycémique.

2.2 Éducation thérapeutique et modification du mode de vie

L'éducation thérapeutique comporte l'apprentissage et l'évaluation des connaissances de l'enfant et de son entourage proche : intelligibilité de soi et de sa maladie, maîtrise des gestes techniques d'autosurveillance et d'autotraitement, compétence d'autodiagnostic, d'autogestion d'une crise, d'autoadaptation de son cadre et de son mode de vie à sa maladie, d'autoadaptation à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques, résultats des dépistages des complications, planification des prochains dépistages.

La reconnaissance des signes précoces d'hypoglycémie et d'acidocétose est une partie essentielle du programme d'éducation.

2.3 Traitements pharmacologiques

Pour des raisons de simplicité, les guides médecin citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la pathologie concernée.

Cependant, chaque médicament n'est concerné que dans le cadre précis de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Si pour des raisons explicites tel n'est pas le cas et, plus généralement, pour toute prescription d'un produit hors AMM, qui s'effectue sous la seule responsabilité du prescripteur, celui-ci doit en informer spécifiquement le patient.

► Traitement pharmacologique du contrôle glycémique

Les patients diabétiques de type 1 sont traités par insuline.

L'autosurveillance glycémique fréquente est systématique.

► Autres traitements pharmacologiques

► Contrôle lipidique et de la tension artérielle

L'hypertension artérielle et les dyslipidémies sont rares chez l'enfant.

Leur traitement n'est pas différent de celui de l'adulte.

► Contrôle du poids

Objectif : IMC < 95^e percentile des courbes de référence pour l'enfant.

L'application de mesures hygiéno-diététiques est systématique.

► Sevrage tabagique

Arrêt du tabac, associé si besoin à un accompagnement du sevrage tabagique.

► Traitement des infections

Les infections de tous ordres survenant chez les diabétiques doivent être prises en charge, en raison de leur gravité particulière sur ce terrain.

2.4 Vaccination

Le diabète n'est pas une contre-indication aux vaccinations. L'enfant qui a un diabète doit donc être vacciné comme les autres.

Vaccination contre la grippe : le risque de grippe n'est pas plus élevé chez l'enfant diabétique que chez les autres, mais, comme toute maladie fébrile, la grippe risque de déséquilibrer le diabète. C'est la raison pour laquelle le vaccin est recommandé chez les enfants diabétiques.

3. Suivi

Il s'effectue par le centre spécialisé à un rythme qui est fonction de la nature et de la sévérité de l'atteinte, et de la thérapeutique suivie.

3.1 Objectifs

Vérifier :

- la croissance, le développement, le stade pubertaire ;
- les connaissances et les changements psychologiques ;
- les zones et les techniques d'injection ;
- le niveau d'HbA1c ;
- l'autonomie de prise en charge et l'autosurveillance glycémique ;
- la tolérance du traitement ;
- l'observance (traitement pharmacologique et mesures hygiéno-diététiques) ;
- l'apparition ou la survenue de nouveaux facteurs de risque, les niveaux de pression artérielle et de lipides, l'adaptation des traitements ;
- l'apparition de complications du diabète (œil, rein, pied, systèmes nerveux et cardio-vasculaire) ;
- les maladies associées (goitre/dysthyroïdie, maladie cœliaque).

3.2 Professionnels impliqués

La prise en charge et le suivi de l'enfant diabétique devraient être systématiquement assurés par une équipe de spécialistes : pédiatre spécialisé en diabétologie et endocrinologie, professionnels paramédicaux [infirmier(ère) spécialiste du diabète ou éducateur(trice) en diabétologie, diététicien(ne)].

Les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisées dans le diabète sont également impliquées dans l'éducation thérapeutique et la prise en charge spécifique des enfants et adolescents diabétiques de type 1.

Au cours des six premiers mois, des contacts fréquents (consultations, visites à domicile, appels téléphoniques ou autres moyens) avec l'équipe de diabétologie sont nécessaires pour gérer les besoins changeants du diabète dans sa phase initiale. Par la suite, trois ou quatre consultations par an sont nécessaires, plus, si l'équilibre glycémique n'est pas satisfaisant.

Des consultations de transition communes aux équipes de diabétologie d'enfants et d'adultes devraient être organisées au moment de l'adolescence, pour optimiser le passage des services d'enfants à ceux d'adultes.

Une consultation ophtalmologique annuelle à partir de l'âge de 10 ans, est systématique pour le dépistage de la rétinopathie diabétique (consultation ophtalmologique ou autres professionnels impliqués dans le dépistage de la RD, notamment les orthoptistes ou les infirmiers).

Une consultation dentaire annuelle est systématique.

Un recours à des avis spécialisés peut être nécessaire.

3.3 Examens complémentaires

► Actes techniques

Dépistage annuel de la rétinopathie diabétique par :

- photographies du fond d'œil (FO), avec ou sans dilatation pupillaire ;
- ophtalmoscopie indirecte à la lampe à fente, avec dilatation pupillaire, réalisée par un ophtalmologiste : à défaut, ou si les photographies du FO ne sont pas interprétables.

La fréquence des examens est adaptée à l'âge et à l'équilibre glycémique de chacun.

Ils ne sont pas indispensables avant l'âge de 10 ans.

► Suivi biologique

- HbA1c, suivi systématique, 4 fois par an
- Glycémie veineuse à jeun (contrôle de l'autosurveillance glycémique, chez les patients concernés), 1 fois par an
- Bilan lipidique (CT, HDL-C, TG, calcul du LDL-C), 1 fois par an
- Microalbuminurie, 1 fois par an
- Créatininémie à jeun, 1 fois par an
- Calcul de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft), 1 fois par an
- TSH

Références

Société internationale pour le diabète de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations pour la prise en charge du diabète de type 1 chez les enfants et les adolescents. ISPAD : 2000.

International Diabetes Center. Type 1 diabetes practice guidelines [complete summary]. Minneapolis : International Diabetes Center; 2003.

National Institute for Clinical Excellence. Type 1 diabetes : diagnosis and management of type 1

diabetes in children, young people and adults. NICE: 2004.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of diabetes: a national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2001.

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2005; 28 (Suppl 1):S4-36

Ont participé à ce travail

Ce travail a été coordonné par le D^r Nathalie Poutignat, chef de projet au service Affections de longue durée et accords conventionnels, et réalisé avec les participants suivants :

- P^r Pierre Claveirole, médecin généraliste, Paris
- D^r Saraht Houn, médecin généraliste, Trets
- D^r Michel Gerson, diabétologue, Le Havre
- P^r André Grimaldi, diabétologue, Paris
- P^r Serge Halimi, diabétologue, Grenoble
- D^r Ghislaine Henry, médecin généraliste, Leuville-sur-Orge
- P^r Jean-Jacques Robert, pédiatre diabétologue, Paris
- D^r Claude Rosenzweig, médecin généraliste, Gévezé
- P^r Gérard Slama, diabétologue, Paris
- D^r Michel Varroud-Vial, diabétologue, Montgeron



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr