



Contents lists available at ScienceDirect

Canadian Journal of Diabetes

journal homepage:
www.canadianjournalofdiabetes.com



Lignes directrices de pratique clinique

Le diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents

Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète

La version préliminaire de ce chapitre a été préparée par Constadina Panagiotopoulos MD, FRCPC, Michael C. Riddell PhD, Elizabeth A.C. Sellers MD, FRCPC

MESSAGES CLÉS

- Pour prévenir l'obésité, on recommande de donner des conseils relatifs à la saine alimentation et à l'activité physique.
- On recommande des tests réguliers de dépistage du diabète de type 2 chez les enfants à risque.
- Les enfants qui sont atteints de diabète de type 2 doivent recevoir des soins d'une équipe interdisciplinaire de soins en diabète pédiatriques.
- Le dépistage précoce, les interventions et l'optimisation du contrôle de la glycémie sont essentiels, car l'installation du diabète de type 2 pendant l'enfance est associée à la survenue précoce de complications microvasculaires graves.

Remarque : À moins d'indication contraire, le terme « enfant » désigne les personnes de 0 à 18 ans et le terme « adolescent », les personnes de 13 à 18 ans.

Introduction

Dans le monde entier, l'incidence du diabète de type 2 chez les enfants a augmenté au cours des deux dernières décennies (1). Les enfants appartenant à certains groupes ethniques dont la population adulte présente un risque élevé de diabète de type 2, à savoir ceux qui sont d'ascendance autochtone, africaine, hispanique ou asiatique, sont touchés de façon disproportionnée par la maladie. Au Canada, une récente étude nationale a révélé une incidence annuelle du diabète de type 2 chez les moins de 18 ans d'au moins 1,54 enfant ou adolescent sur 100 000 (2). Des variations significatives ont été observées entre les régions dont l'incidence annuelle minimum la plus élevée de 12,45 enfants sur 100 000 a été enregistrée au Manitoba. Parmi les enfants ayant participé à cette étude et chez qui un diabète de type 2 venait d'être diagnostiqué, 44 % étaient d'ascendance autochtone, 25 % de race blanche, 10,1 % d'ascendance asiatique et 10,1 % d'ascendance africaine ou caribéenne, le reste étant d'origine ethnique autre ou mixte (2). Des données récentes provenant des États-Unis (É.-U.) ont révélé une incidence annuelle de 8,1 personnes sur 100 000 chez les 10 à 14 ans et de 11,8 personnes sur 100 000 chez les 15 à 19 ans. Lors de cette étude, les proportions les plus élevées ont été observées, par ordre décroissant, chez les jeunes Amérindiens, Afro-Américains, Asiatiques/insulaires du Pacifique et Hispaniques et l'incidence la plus faible a été enregistrée chez les jeunes de race blanche non hispaniques (3).

Prévention

On a montré que l'allaitement réduisait le risque de diabète de type 2 chez les enfants dans certaines populations (4).

L'obésité est un important facteur de risque modifiable de diabète de type 2 (2). En 2004, 18 % des enfants et adolescents canadiens avaient un excès de poids et 8 % étaient obèses (5). Les études sur la prévention de l'obésité chez les enfants sont limitées et n'ont en général pas produit les résultats escomptés (6). Chez les enfants obèses, on a montré que les interventions habituelles axées sur le mode de vie, soit recommandations en matière d'alimentation et consultations médicales régulières, avaient peu d'avantages sur le plan de la perte de poids (6). Malgré des données limitées, il a été montré que les interventions familiales axées sur le mode de vie qui comportent un volet comportemental et visent une modification des habitudes sur les plans de l'alimentation et de l'activité physique entraînaient une réduction significative du poids tant chez les enfants que chez les adolescents (6). Les recommandations endossées par Santé Canada en matière d'activité physique et de nutrition chez les enfants sont disponibles sur les sites Web de la Société canadienne de physiologie de l'exercice (<http://www.csep.ca/Francais/view.asp?x=804>) et de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/choose-choix/advice-conseil/child-enfant-fra.php>) (7,8).

Le rôle de la pharmacothérapie dans le traitement de l'obésité infantile prête à controverse en raison du petit nombre d'essais contrôlés ayant été menés et de l'absence de données sur l'innocuité et l'efficacité à long terme (9). Plusieurs études donnent à penser que les modifications du mode de vie et la pharmacothérapie peuvent avoir des effets synergiques quand les interventions axées sur le mode de vie sont énergiques (10). Chez les adolescents, l'administration d'orlistat peut être envisagée, en association à un ensemble d'interventions axées sur le mode de vie, pour favoriser la perte de poids et le maintien du poids (11–13). Lors de petits essais à court terme menés auprès d'enfants et d'adolescents, on a observé que la metformine favorisait une modeste perte de poids (9). Toutefois, bien que la metformine et l'orlistat puissent tous les deux avoir des effets positifs à court terme sur le poids, la maîtrise de la glycémie, la sensibilité à l'insuline et/ou les taux de lipides, aucune étude n'a été menée auprès d'enfants pour déterminer s'ils permettaient de prévenir le diabète ou les complications à long terme. En présence de signe d'insulinorésistance grave chez les adolescents obèses, le traitement par la metformine ou l'orlistat ne devrait être envisagé qu'après une évaluation globale de l'état

métabolique, des antécédents familiaux et un examen des interventions axées sur le mode de vie. Comme on manque de données sur les enfants prépubertaires, l'utilisation de médicaments contre l'obésité dans cette population ne doit être envisagée que dans le contexte d'un essai clinique surveillé. La chirurgie bariatrique chez les adolescents ne doit être effectuée que dans des cas exceptionnels et seulement par des équipes chevronnées (14).

Dépistage et diagnostic

Les complications microvasculaires du diabète de type 2 déjà présentes au moment du diagnostic, suggèrent un état hyperglycémique de longue durée non décelée (15). Les enfants peuvent également présenter une décompensation aiguë telle une acidocétose diabétique et/ou d'un coma hyperosmolaire. Ces observations supportent la nécessité d'un programme de dépistage systématique du diabète de type 2 chez les enfants, qui préviendrait les cas aigus et potentiellement mortels ainsi que l'apparition de complications chroniques. En général, même si cela n'a pas été prouvé chez les enfants, on suppose qu'un diagnostic précoce de diabète mène à des interventions qui améliorent la maîtrise de la glycémie et réduisent le risque de complications à court et à long terme du diabète (15).

Les facteurs de risque de diabète de type 2 chez les enfants sont : antécédents de diabète de type 2 chez un parent du premier ou du deuxième degré (16), appartenance à une population à haut risque (p. ex., enfants de descendance autochtone, hispanique, asiatique du sud, asiatique ou africaine) (1), obésité (2), intolérance au glucose (17), syndrome des ovaires polykystiques (18), exposition *in utero* au diabète (19–21), *acanthosis nigricans* (22), hypertension et dyslipidémie (23), ainsi que stéatose hépatique non alcoolique (24). La prise d'antipsychotiques atypiques est associée chez les enfants à une prise de poids significative, à l'insulinorésistance et à l'anomalie de la glycémie à jeun ou diabète de type 2 (25). Les troubles neuropsychiatriques et la prise de médicaments à visée neuropsychiatrique sont plus courants au moment du diagnostic de diabète de type 2 chez les enfants obèses que dans la population pédiatrique générale (26). Lors d'une récente étude nationale canadienne sur l'incidence du diabète de type 2, l'âge médian au moment du diagnostic chez les jeunes était de 13,7 ans (2). Cependant, 8 % de tous les enfants qui venaient de recevoir un diagnostic de type 2 avaient moins de 10 ans. Chez les enfants d'origine autochtone, de race blanche et d'origine asiatique, respectivement 11 %, 8,8 % et 8,7 % avaient moins de 10 ans au moment du diagnostic. Le dépistage du diabète de type 2 à un plus jeune âge doit donc être envisagé chez les enfants présentant un risque élevé (2). La mesure de la glycémie à jeun est le test de dépistage courant recommandé pour les enfants, bien qu'il puisse être difficile de s'assurer qu'un enfant soit bien à jeun. La reproductibilité de la mesure de la glycémie à jeun est élevée (27). L'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale peut produire un taux de détection plus élevé (28,29) chez les enfants très obèses (indice de masse corporelle [IMC] \geq 99^e centile pour l'âge et le sexe) qui présentent plusieurs facteurs de risque de diabète de type 2, mais sa reproductibilité est médiocre (27). La mesure du taux d'hémoglobine glycosylée (HbA_{1c}) n'est pas recommandée comme méthode diagnostique du diabète de type 2 chez les enfants. Autrement, les critères diagnostiques du diabète sont les mêmes chez les enfants et les adultes.

Classification

Chez la plupart des enfants, la présence de facteurs de risque cliniques, la présentation initiale et l'évolution à court terme après le diagnostic indiquent habituellement si l'enfant est atteint de diabète de type 1 ou de type 2. Toutefois, il peut parfois être difficile

de faire la distinction entre les deux types. Les enfants atteints de diabète de type 2 peuvent présenter une acidocétose diabétique (30,31). Il peut être utile de confirmer l'absence d'auto-anticorps anti-îlots de Langerhans (32–34). Le dosage de l'insulinémie à jeun n'est pas utile au moment du diagnostic, car celle-ci peut être basse en raison de la toxicité du glucose (35). Des épreuves diagnostiques fondées sur l'ADN visant à déceler les défauts génétiques de la fonction des cellules bêta doivent être envisagées chez les enfants présentant des antécédents familiaux marqués évoquant une transmission autosomique dominante et quand les caractéristiques de l'insulinorésistance sont absentes. Ces épreuves peuvent être utiles quand la classification du diabète est incertaine et peuvent mener à une meilleure prise en charge du diabète (36,37).

Prise en charge

Les enfants atteints de diabète de type 2 doivent être pris en charge par une équipe interdisciplinaire de soins diabétologiques pédiatriques. Pour la plupart des enfants atteints de diabète de type 2, le taux cible d'hémoglobine glycosylée (HbA_{1c}) doit être de 7,0 %. Pour être efficaces, les programmes de traitement qui s'adressent aux adolescents atteints de diabète de type 2 doivent tenir compte du mode de vie et des habitudes alimentaires de toute la famille et mettre l'accent sur la saine alimentation et l'activité physique (38). Malgré le fait qu'une récente revue systématique n'ait trouvé aucune étude de qualité ayant directement évalué les effets de l'activité physique chez les jeunes diabétiques de type 2 et malgré l'absence de données probantes spécifiques sur cette population, on peut raisonnablement faire la recommandation suivante : les enfants atteints de diabète de type 2 doivent s'efforcer d'atteindre le même niveau d'activité physique que celui qui est recommandé pour les enfants en général, à savoir 60 minutes par jour d'activité modérée à intense, avec limitation des activités sédentaires à 2 heures par jour ou moins (39). Les directives canadiennes en matière d'activité physique pour les enfants et les jeunes se trouvent sur le site de la Société canadienne de physiologie de l'exercice (www.csep.ca). Dans une analyse rétrospective portant sur une population principalement autochtone de jeunes diabétiques de type 2, le taux cible d'HbA_{1c} (7 %) a été atteint et maintenu pendant 12 mois après le diagnostic grâce à une monothérapie axée sur le mode de vie chez 54 % des participants qui présentaient un taux d'HbA_{1c} inférieur à 9 % au moment du diagnostic (40). On doit aussi tenir compte des problèmes psychologiques, tels que la dépression, la boulimie (41) et le tabagisme, et offrir les interventions nécessaires. Lors d'une étude rétrospective sur une cohorte d'enfants présentant un diabète de type 2, la prévalence des troubles neuropsychiatriques était de 19,4 % (26).

L'administration d'insuline est nécessaire chez les enfants qui présentent une décompensation métabolique grave au moment du diagnostic (p. ex., acidocétose diabétique, hémoglobine glycosylée [HbA_{1c}] \geq 9,0 %, symptômes d'hyperglycémie grave), mais on peut parvenir à les sevrer de l'insuline une fois les objectifs glycémiques atteints, surtout si le mode de vie a été efficacement modifié (42). Les données sur l'innocuité et l'efficacité des antihyperglycémiques oraux chez les enfants sont limitées et aucun antidiabétique oral n'a encore été approuvé pour les enfants par Santé Canada. On a démontré que l'administration de metformine à des adolescents jusqu'à 16 semaines était sans danger, qu'elle réduisait le taux d'HbA_{1c} (de 1,0 % à 2,0 %) et la glycémie à jeun et que ses effets secondaires étaient semblables à ceux observés chez les adultes (43). Le glimépiride s'est également révélé efficace et sans danger chez les adolescents pendant une période allant jusqu'à 24 semaines; il a produit une réduction du taux d'HbA_{1c} (- 0,54 %) comparable à celle entraînée par la metformine (- 0,71 %), mais aussi une prise de poids significative de 1,3 kg (44). L'étude multicentrique TODAY (*Treatment Options for Type 2 Diabetes in Youth*) a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3256252>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3256252>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)