

Évolution de l'incidence du diabète de type 2, du diabète d'origine médicamenteuse et du diabète monogénique chez les enfants canadiens – Une étude comparative du PCSP dix ans plus tard

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PEDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télec. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION (Partie remplie par le PCSP)

Numéro de rapport _____
Mois de déclaration _____
Province _____
Date du jour _____

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données sont traitées en toute confidentialité.**

DÉFINITION DE CAS DE DIABÈTE NON ASSOCIÉ AU TYPE 1

Déclarer les nouveaux diagnostics ou les diagnostics révisés* de diabète non associé au type 1 (DNAT1) chez les patients de moins de 18 ans dont les caractéristiques cliniques ne correspondent **pas** à celles du diabète de type 1 classique (défini par un enfant qui présente une hyperglycémie aiguë symptomatique).

* Un diagnostic révisé est posé lorsqu'un enfant chez qui on a déjà diagnostiqué un diabète de type 1 reçoit un diagnostic « révisé » de diabète non associé au type 1 en raison de l'évolution clinique de la maladie ou des résultats des examens.

† Définition du diabète d'après les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète

- Glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L[†] ou
- Glycémie aléatoire $\geq 11,1$ mmol/L[†] ou
- Glycémie deux heures après l'épreuve standard d'hyperglycémie provoquée par voie orale $\geq 11,1$ mmol/L[†]

[†] Doit être confirmée par un autre type d'épreuve si l'enfant est asymptomatique

Les caractéristiques cliniques évocatrices du diabète non associé au type 1 sont énumérées ci-dessous

- a) Obésité (indice de masse corporelle supérieur au 95^e percentile par rapport à l'âge et au sexe)
- b) Antécédents familiaux de diabète de type 2 chez un ou plusieurs parents au premier ou au deuxième degré
- c) Appartenance à un groupe ethnique très vulnérable (p. ex., autochtone, noir, latino-américain, sud-asiatique)
- d) Exposition au diabète *in utero* (diagnostiqué avant ou pendant la grossesse)
- e) *Acanthosis nigricans*
- f) Syndrome des ovaires polykystiques
- g) Diabète chez une personne atteinte d'un syndrome souvent associé au diabète de type 2 (syndrome de Prader-Willi)
- h) Diabète chez un patient non obèse dont au moins un parent au premier degré
- i) Diabète diagnostiqué chez un nouveau-né ou un nourrisson de moins de six mois
- j) Besoins d'insuline minimes ou absence de besoin d'insuline accompagné d'un taux d'A1c normal ou quasi-normal (4 % à 6 %) un an après le diagnostic
- k) Diagnostic de diabète pendant un traitement à l'aide d'un médicament diabétogène connu (p. ex., glucocorticoïdes, L-asparaginase, cyclosporine, tacrolimus, antipsychotique atypique, anticonvulsivant)

Critères d'exclusion

Ne déclarer ni les patients atteints de diabète lié à la fibrose kystique ni les adolescentes enceintes ayant un diabète de grossesse ni les patients en soins intensifs qui ont besoin d'une insulinothérapie **à court terme** à cause d'une hyperglycémie liée au stress.

Date du premier rendez-vous : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

1.2 Sexe : Masculin____ Féminin____

1.3 Lieu de résidence (province ou territoire) : _____

1.4 Groupe de population (cochez toutes les réponses applicables, tant pour la mère que pour le père biologiques) :

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arabe | <input type="checkbox"/> Noir | <input type="checkbox"/> Chinois | <input type="checkbox"/> Philippin |
| <input type="checkbox"/> Japonais | <input type="checkbox"/> Coréen | <input type="checkbox"/> Latino-américain | <input type="checkbox"/> Blanc |
| <input type="checkbox"/> Première nation | <input type="checkbox"/> Inuit | <input type="checkbox"/> Métis | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est (p. ex., vietnamien, cambodgien, laotien, thaïlandais, etc.) | <input type="checkbox"/> Sud-asiatique (p. ex., indien, pakistanais, sri-lankais, etc.) | <input type="checkbox"/> Asiatique occidental (p. ex., iranien, afghan, etc.) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

SECTION 2 – HISTOIRE FAMILIALE DE DIABÈTE DE TYPE 2

Oui Non Inconnu

- | | | | |
|--|-------|-------|-------|
| 2.1 Mère atteinte de diabète gestationnel pendant qu'elle était enceinte de cet enfant | _____ | _____ | _____ |
| 2.2 Mère atteinte de diabète de type 1 avant la grossesse | _____ | _____ | _____ |
| 2.3 Mère atteinte de diabète de type 2 avant la grossesse | _____ | _____ | _____ |
| 2.4 Père atteint du diabète de type 2 | _____ | _____ | _____ |
| 2.5 Parent du deuxième degré atteint du diabète de type 2 | _____ | _____ | _____ |

SECTION 3 – HISTOIRE DE NAISSANCE

- 3.1 Poids à la naissance : _____ (livres) **OU** _____ (kg) **OU** _____ (grammes)
- 3.2 Hypoglycémie à la naissance : Oui _____ Non _____ Inconnu _____
- 3.3 Âge gestationnel (en semaines) : _____

SECTION 4 – DIAGNOSTIC DU SOUS-TYPE DE DIABÈTE

Date du diagnostic : (DD/MM/AAAA)

- 4.1 Préciser le sous-type de diabète (s'il est connu) et la date du diagnostic :
- ___ Diagnostic inconnu ou non confirmé
- ___ Diabète de type 2 (preuve d'insulinorésistance) _____ / _____ / _____
- ___ Diabète monogénique (mutation génétique confirmée ou présumée) _____ / _____ / _____
- ___ Diabète néonatal (jusqu'à l'âge de six mois) _____ / _____ / _____
- ___ Diagnostic secondaire à un traitement médical _____ / _____ / _____
- Précisez : _____ Glucocorticoïdes _____ Tacrolimus
- ___ L-asparaginase _____ Antipsychotique atypique
- ___ Cyclosporine _____ Autre, précisez : _____
- 4.2 S'agit-il d'un diagnostic révisé du diabète de type 1? Oui _____ Non _____ Inconnu _____
- Dans l'affirmative, donnez les raisons qui ont suscité le diagnostic révisé (cochez toutes les réponses applicables) :*
- ___ Faible besoin d'insuline ou absence de besoin d'insuline
- ___ Excellent contrôle de la glycémie avec la prise d'une quantité minimale d'insuline
- ___ Enfant non obèse dont un parent est atteint d'un diabète non associé au type 1
- ___ Autre, précisez : _____

SECTION 5 – SIGNES ET SYMPTÔMES À LA PREMIÈRE PRÉSENTATION DE DIABÈTE

Date de la mesure : (DD/MM/AAAA)

- 5.1 Taille : _____ (cm) OU _____ (pouces) _____ / _____ / _____
- 5.2 Poids : _____ (livres) OU _____ (kg) _____ / _____ / _____
- 5.3 Tension artérielle systolique : _____ (mmHG) _____ / _____ / _____
- 5.4 Tension artérielle diastolique : _____ (mmHG) _____ / _____ / _____
- 5.5 Asymptomatique : Oui _____ Non _____ Inconnu _____
- 5.6 Symptômes classiques (cochez toutes les réponses applicables) :
- ___ Polyurie ___ Polydipsie ___ Perte de poids ___ Fatigue
- Oui Non Inconnu
- 5.7 Acidocétose diabétique (pH <7,35; bicarbonate sérique <15 mEq/L) : _____

- 5.8 État hyperglycémique-hyperosmolaire (bicarbonate sérique >15 mEq/L
ET glucose sérique >33 mmol/L) _____
- 5.9 Acidocétose diabétique combinée à un état hyperglycémique-hyperosmolaire _____
- 5.10 *Acanthosis nigricans* _____
- 5.11 Infection cutanée ou génitale _____
- 5.12 Autre, précisez : _____

SECTION 6 – EXAMENS INITIAUX (peuvent avoir été effectués à la présentation du diabète ou à la première visite de suivi après la stabilisation médicale du patient)

- 6.1 La liste des examens est exhaustive. Les examens ne s'appliquent pas nécessairement tous ou n'ont peut-être pas tous été effectués. Veuillez inscrire les résultats des examens disponibles pour votre patient :

Examen	Résultats (y compris les unités)
Glycémie aléatoire	
Glycémie à jeun	
Épreuve standard d'hyperglycémie provoquée par voie orale à jeun	
Épreuve standard d'hyperglycémie provoquée par voie orale (après deux heures à jeun)	
Cétonurie	
pH	
Bicarbonate	
Insuline	
Peptide C	
A1c (indiquer la plage normale)	
Anticorps pancréatiques <ul style="list-style-type: none"> ○ Glutamate décarboxylase 65 (GAD65) ○ Anticorps anti-îlots de Langerhans ○ Anticorps anti-insuline ○ IA2A (ICA512) ○ ZnT8 	
Épreuve génétique du diabète monogénique (précisez la mutation)	
Lipoprotéine de faible densité (LDL)	
Lipoprotéine de haute densité (HDL)	
Cholestérol total	
Triglycérides	
Rapport albumine/créatinine dans la première urine du matin	
Rapport albumine/créatinine aléatoire	

ALT	
-----	--

SECTION 7 – COMORBIDITÉS MÉTABOLIQUES À LA PRÉSENTATION (peuvent être diagnostiquées à la présentation du diabète ou à la visite de suivi initiale après la stabilisation initiale du patient)

- | | Oui | Non | Inconnu |
|---|-------|-------|---------|
| 7.1 Syndrome des ovaires polykystiques :
<i>Dans l'affirmative, quels symptômes et signes (cochez toutes les réponses applicables) :</i> | _____ | _____ | _____ |
| _____ Oligoménorrhées/anovulation | | | |
| _____ Hyperandrogénisme clinique ou biochimique | | | |
| _____ Ovaires polykystiques à l'échographie | | | |
| 7.2 Dyslipidémie | _____ | _____ | _____ |
| 7.3 Hypertension | _____ | _____ | _____ |
| 7.4 Stéatose hépatique non alcoolique (ALT >90 ou hépatite graisseuse à l'échographie) | _____ | _____ | _____ |
| 7.5 Microalbuminurie et macroalbuminurie | _____ | _____ | _____ |
| 7.6 Autre (p. ex., pancréatite), précisez : _____ | | | |

SECTION 8 – PRISE EN CHARGE À LA PRÉSENTATION (dans les 30 jours suivant le diagnostic ou la révision du diagnostic)

- | | Oui | Non | Inconnu |
|--|-------|-------|---------|
| 8.1 Insuline seulement | _____ | _____ | _____ |
| 8.2 Metformine seulement | _____ | _____ | _____ |
| 8.3 Insuline et metformine | _____ | _____ | _____ |
| 8.4 Modification au régime ou au mode de vie seulement | _____ | _____ | _____ |
| 8.5 Sulfonylurée seulement | _____ | _____ | _____ |
| 8.6 Autre (DPP4, TZD, etc.), précisez : _____ | | | |

SECTION 9 – PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

- 9.1 Ce formulaire a été rempli par un :
 _____ pédiatre _____endocrinologue pédiatre _____ autre, précisez : _____
- 9.2 Si vous êtes pédiatre ou pédiatre surspécialisé, avez-vous dirigé le patient vers un endocrinologue pédiatre ou pour adulte?
 Oui_____ Non_____

SECTION 10 – AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX TESTS SPÉCIALISÉS

Grâce à une étude distincte, les professionnels de la santé ont accès à d'autres tests de laboratoire susceptibles de contribuer au diagnostic des sous-types de diabète (autoanticorps pancréatiques). **Le prélèvement sanguin pour y participer peut seulement être effectué au laboratoire d'un hôpital pour enfants.** Ce processus est dissocié du PCSP.

- 10.1 Veuillez nous indiquer si vous souhaitez obtenir les taux d'autanticorps pancréatiques de votre patient pour vous aider à poser le diagnostic du sous-type de diabète **ET s'il est possible que les prélèvements soient effectués au laboratoire d'un hôpital pour enfants.** Si vous cochez « oui », vous autorisez le PCSP à divulguer vos coordonnées (y compris votre courriel) à l'équipe de recherche afin qu'elle puisse vous fournir des compléments d'information. **Oui_____ Non_____**

_____ **J'accepte que le PCSP prenne contact avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

_____ **Je préfère que le PCSP ne prenne pas contact avec moi pour me demander des compléments d'information.**

SECTION 11 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____
Adresse _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
Téléphone _____ Télécopieur _____
Courriel _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.