

# DIABÈTE NON ASSOCIÉ AU TYPE 1 (DNAT1)

## PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent  
Ottawa ON K1G 4J8  
Tél. : (613) 526-9397, poste 239  
Télé. : (613) 526-3332  
Courriel : pcsp@cps.ca  
Site Web : www.cps.ca/pcsp

## RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport \_\_\_\_\_

Mois de déclaration \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Date du jour \_\_\_\_\_

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.  
Les données sur le patient et le déclarant seront traitées confidentiellement.**

### DÉFINITION DE CAS DE DIABÈTE NON ASSOCIÉ AU TYPE 1

Déclarer tout patient de 0 à 17,9 ans atteint d'un diabète non associé au type 1 diagnostiqué *de novo* ou reclassé et dont les caractéristiques cliniques ne respectent **pas** les caractéristiques classiques du diabète de type 1 (enfant non obèse présentant une hyperglycémie aiguë symptomatique).

#### Définition du diabète de l'Association canadienne du diabète

- Glycémie à jeun  $\geq 7,0$  mmol/L\* ou
- Glycémie aléatoire  $\geq 11,1$  mmol/L\* ou
- Glycémie 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose  $\geq 11,1$  mmol/L\*

\* Une autre épreuve de glycémie de confirmation s'impose si l'enfant est asymptomatique.

**Les caractéristiques cliniques évocatrices de diabète non associé au type 1 sont énumérées ci-dessous.** Si vous n'êtes pas certain si votre patient est atteint de DNAT1, déclarez le cas aux investigateurs de l'étude, qui l'analyseront et le classeront :

- Obésité (indice de masse corporelle supérieur au 95<sup>e</sup> percentile par rapport à l'âge et au sexe)
- Antécédents familiaux de DT2 chez un ou plusieurs parents au premier ou au deuxième degré
- Appartenance à un groupe ethnique très vulnérable (p. ex., autochtone, africain, hispanique, sud-asiatique)
- Antécédents d'exposition au diabète *in utero* (diagnostiqué avant ou pendant la grossesse)
- *Acanthosis nigricans*
- Syndrome de Stein-Leventhal
- Diabète chez une personne atteinte d'un syndrome souvent associé au diabète de type 2 (syndrome de Prader-Willi)
- Diabète chez un patient non obèse dont au moins un parent au premier degré ou deux parents au deuxième degré sont diabétiques
- 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
- Diagnostic de diabète pendant un traitement médicamenteux à l'aide d'un médicament diabétogène connu (p. ex., glucocorticoïde, L-asparaginase, cyclosporine, tacrolimus, antipsychotique atypique, anticonvulsivant)

#### Critères d'exclusion

Ne déclarer ni les cas de diabète liés à la fibrose kystique ni les patients aux soins intensifs ayant besoin d'une insulinothérapie de courte durée en raison d'une hyperglycémie liée au stress.

### SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
JJ MM AAAA

1.2 Sexe : Masculin \_\_\_ Féminin \_\_\_

1.3 Province ou territoire de résidence : \_\_\_\_\_

1.4 Ethnie

Blanche \_\_\_ Hispanique \_\_\_ Moyen-orientale \_\_\_ Africaine ou Antillaise \_\_\_

Autochtone – *Si vous le savez* : Premières nations \_\_\_ Inuite \_\_\_ Métis \_\_\_

Asiatique – *Si vous le savez* : Chinoise \_\_\_ Japonaise \_\_\_ Philippine \_\_\_ Vietnamiennne \_\_\_

Indienne \_\_\_ Pakistanaise \_\_\_

**SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES (suite)**

- 1.4 Ethnie (suite)  
Mélangée (précisez) \_\_\_\_\_
- Autre (précisez) \_\_\_\_\_
- Inconnue \_\_\_\_\_

**SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE DIABÈTE DE TYPE 2**

- |  | Non | Oui | Inconnu |
|--|-----|-----|---------|
| 2.1 Mère atteinte de diabète gestationnel pendant qu'elle était enceinte de cet enfant | ___ | ___ | ___     |
| 2.2 Mère diabétique (type 1 ou type 2) avant la grossesse                              | ___ | ___ | ___     |
| 2.3 Père diabétique  | ___ | ___ | ___     |
| 2.4 Membre de la famille du deuxième degré atteint de diabète                          | ___ | ___ | ___     |

**SECTION 3 – DIAGNOSTIC DE DIABÈTE NON ASSOCIÉ AU TYPE 1**

- Date du diagnostic (JJ/MM/AAAA)**
- 3.1 Précisez le diagnostic (s'il est connu) et la date du diagnostic (si elle est connue) :
- \_\_\_ Diagnostic inconnu ou non confirmé \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
  - \_\_\_ Diabète de type 2 (constatations d'insulinorésistance) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
  - \_\_\_ Diabète monogénique (mutation génique confirmée ou présumée)
  - \_\_\_ Diabète d'origine médicamenteuse
- Précisez :    \_\_\_ glucocorticoïdes                        \_\_\_ tacrolimus  
                  \_\_\_ L-asparaginase                              \_\_\_ antipsychotique atypique  
                  \_\_\_ cyclosporine                                  \_\_\_ anticonvulsivant  
                  \_\_\_ autre : \_\_\_\_\_
- 3.2 Observe-t-on un syndrome génétique coexistant (p. ex., syndrome de Prader-Willi)?    Oui \_\_\_ Non \_\_\_
- Précisez : \_\_\_\_\_
- 3.3 S'agit-il d'un diagnostic de diabète de type 1 révisé?    Oui \_\_\_ Non \_\_\_
- Dans l'affirmative, répondez ci-dessous :
- 3.3.1 Date de diagnostic du diabète de type 1 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JJ                              MM                              AAAA
- 3.3.2 Raison qui a suscité la révision du diagnostic :
- \_\_\_ besoin d'insuline minime ou absence de besoin d'insuline
  - \_\_\_ excellent contrôle avec un apport insulinique minime
  - \_\_\_ enfant non obèse dont un parent est atteint
  - \_\_\_ autre (précisez) \_\_\_\_\_

**SECTION 4 – SIGNES ET SYMPTÔMES À LA PREMIÈRE PRÉSENTATION**

- 4.1 Taille : \_\_\_\_\_ cm                        Poids : \_\_\_\_\_ kg                        Date de la mesure : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JJ                              MM                              AAAA
- |  | Non | Oui | Inconnu |  | Non | Oui | Inconnu |
|--|-----|-----|---------|--|-----|-----|---------|
| 4.2.1 Asymptomatique   | ___ | ___ | ___     | 4.2.5 Acidocétose diabétique (ph < 7,35) | ___ | ___ | ___     |
| 4.2.2 Polyurie   | ___ | ___ | ___     | 4.2.6 <i>Acanthosis nigricans</i>        | ___ | ___ | ___     |
| 4.2.3 Polydipsie   | ___ | ___ | ___     | 4.2.7 Obésité                            | ___ | ___ | ___     |
| 4.2.4 Perte de poids   | ___ | ___ | ___     | 4.2.8 Lassitude                          | ___ | ___ | ___     |
| 4.2.9 Infection cutanée ou génitale (p. ex., infection vaginale à champignons) | ___ | ___ | ___     |  | ___ | ___ | ___     |
| 4.2.10 Autre (précisez) _____  |     |     |         |  |     |     |         |

**SECTION 5 – EXPLORATIONS À LA PRÉSENTATION**

La liste des explorations suivantes est inclusive, et les explorations ne s'appliquent pas nécessairement toutes. Veuillez inscrire les résultats des explorations disponibles pour votre patient.

Test	Résultats (précisez les unités)	Inconnu
5.1 Glycémie aléatoire	_____	_____
5.2 Glycémie à jeun	_____	_____
5.3 Épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (valeur à jeun /valeur après 2 heures)	_____ / _____	_____
5.4 Glycosurie	_____	_____
5.5 Cétonurie	_____	_____
5.6 pH/bicarbonate	_____ / _____	_____
5.7 Insuline	_____	_____
5.8 Peptide-C	_____	_____
5.9 A1c (précisez la plage normale)	_____	_____
5.10 Si des explorations des anticorps ont été effectuées, indiquez-les ci-dessous. Si aucune exploration des anticorps n'a été effectuée, cochez ici : _____		
5.10.1 Décarboxylase de l'acide glutamique (GAD)	_____	_____
5.10.2 Anticorps anti-îlots	_____	_____
5.10.3 Anticorps de l'insuline	_____	_____
5.10.4 Anticorps anti-tyrosine phosphatase (IA-2 $\forall$ )	_____	_____
5.11 Si des tests de dépistage génétique reliés à la forme monogénique du diabète ont été effectués, précisez la mutation repérée : _____		

**SECTION 6 – PRISE EN CHARGE DANS LE MOIS SUIVANT LA PRÉSENTATION (cochez toutes les réponses applicables)**

Traitement	Oui	Non	Inconnu
6.1 Insuline	_____	_____	_____
6.2 Hypoglycémique oral	_____	_____	_____
6.3 Conseils sur le mode de vie (régime et exercice)	_____	_____	_____

Si vous avez effectué des explorations en vue de déceler des comorbidités métaboliques, remplissez la section 7.

**SECTION 7 – COMORBIDITÉS MÉTABOLIQUES CONNEXES À LA PRÉSENTATION**

Comorbidité	Oui	Non	Inconnu
7.1 Syndrome de Stein-Leventhal	_____	_____	_____
7.2 Dyslipidémie	_____	_____	_____
7.3 Hypertension	_____	_____	_____
7.4 Stéatose hépatique non alcoolique (ALT > 90 ou stéatose hépatique à l'échographie)	_____	_____	_____
7.5 Maladie rénale (microalbuminurie ou macroalbuminurie)	_____	_____	_____
7.6 Autre (p. ex., pancréatite) – précisez : _____			

**SECTION 8 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_ Date de complétion \_\_\_\_\_

**Merci d'avoir rempli ce formulaire.**