

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — DIABÉTOLOGIE — PROTOCOLE EXPLORATOIRE

Réf. POSTE-DIA-EXP-TYPE · Version 2.0 — validée le 21/06/2026

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE DU TYPE DE DIABÈTE — protocole d'exploration

Objet

Préciser le type de diabète (type 1, type 2, formes secondaires/monogéniques, diabète à tendance cétosique, LADA) afin d'orienter le traitement et le pronostic — au-delà de la simple affirmation diagnostique.

CAT diagnostique

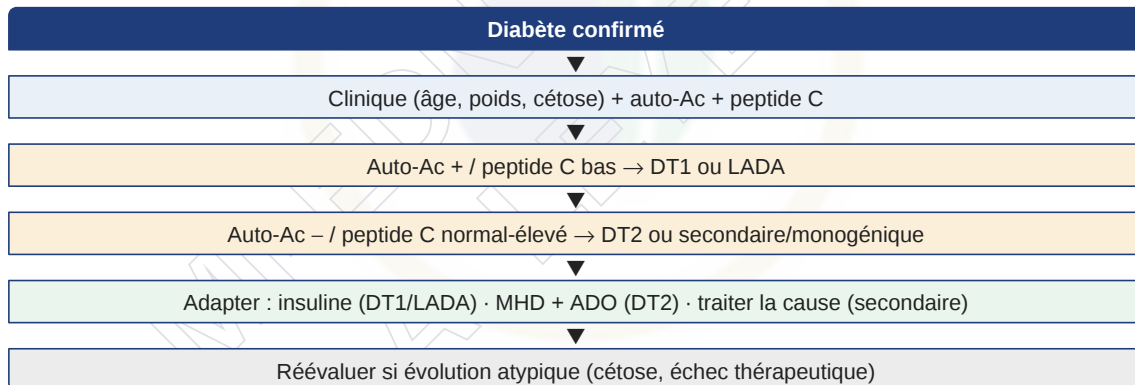
1. Éléments cliniques d'orientation

- **Type 1** : sujet jeune, maigre, début rapide avec cétose, syndrome cardinal franc, ATCD familiaux d'auto-immunité.
- **Type 2** : âge mûr, surpoids/obésité abdominale, ATCD familiaux de DT2, syndrome métabolique, début insidieux.
- **Diabète à tendance cétosique** (fréquent en Afrique subsaharienne) : cétose inaugurale puis évolution insulino-indépendante après rémission.
- **Formes secondaires** : pancréatopathie (alcool, lithiase, cancer), endocrinopathie (Cushing, acromégalie, phéochromocytome), iatrogène (corticoïdes, antipsychotiques), monogénique (MODY : début jeune, transmission familiale forte, non insulino-dépendant).
- **LADA** : phénotype « type 2 » mais auto-immun, recours rapide à l'insuline.

2. Examens paracliniques d'orientation

- **Auto-anticorps** : anti-GAD, anti-IA2, anti-ZnT8, anti-insuline (IAA) → positifs dans le DT1/LADA (marqueurs d'auto-immunité).
- **Peptide C** (à jeun ± après stimulation) : effondré dans le DT1 (insulinopénie absolue), normal/élevé dans le DT2 (insulinorésistance).
- **Cétonémie/cétonurie** au diagnostic ; bilan métabolique (HbA1c, lipides), recherche d'une cause secondaire selon le contexte (enzymes pancréatiques, imagerie, bilan endocrinien).
- **Contexte familial** et enquête génétique si suspicion de MODY.

Algorithme décisionnel



Conduite selon le type

- **DT1 / LADA** : insulinothérapie d'emblée (cf. fiche Insulinothérapie), éducation, autosurveillance.
- **DT2** : mesures hygiéno-diététiques + antidiabétiques (metformine en 1re intention), escalade selon objectifs.
- **Secondaire** : traiter la cause (sevrage, chirurgie, arrêt du médicament inducteur, traitement de l'endocrinopathie).
- **Diabète à tendance cétosique** : insuline en phase aiguë, puis réévaluation et possible relais oral après rémission.

Points de vigilance

- Ne pas étiqueter trop vite « type 2 » un adulte jeune maigre ou un diabète résistant au traitement oral → doser les auto-Ac et le peptide C (LADA).
- Penser aux causes secondaires curables (Cushing, acromégalie, hémochromatose, pancréatite chronique).

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Le typage clinique (âge, poids, cétose, contexte) reste l'orientation première quand auto-Ac et peptide C sont peu accessibles/coûteux.
- Reconnaître le **diabète à tendance cétosique** (fréquent localement) pour ne pas maintenir une insulinothérapie à vie inutilement après rémission.
- Organiser la téléexpertise pour les formes atypiques (MODY, secondaires) ; tracer l'évolution pour reclasser si besoin.