

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

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

Réf. POSTE-DIA-PED · Version 1.0 — validée le 21/06/2026

DIABÈTE DE L'ENFANT & DE L'ADOLESCENT — conduite à tenir

Objet

Diagnostiquer et prendre en charge le diabète de l'enfant/adolescent (DT1 prédominant, DT2 en augmentation avec l'obésité), en intégrant croissance, puberté, famille, école et transition.

CAT diagnostique

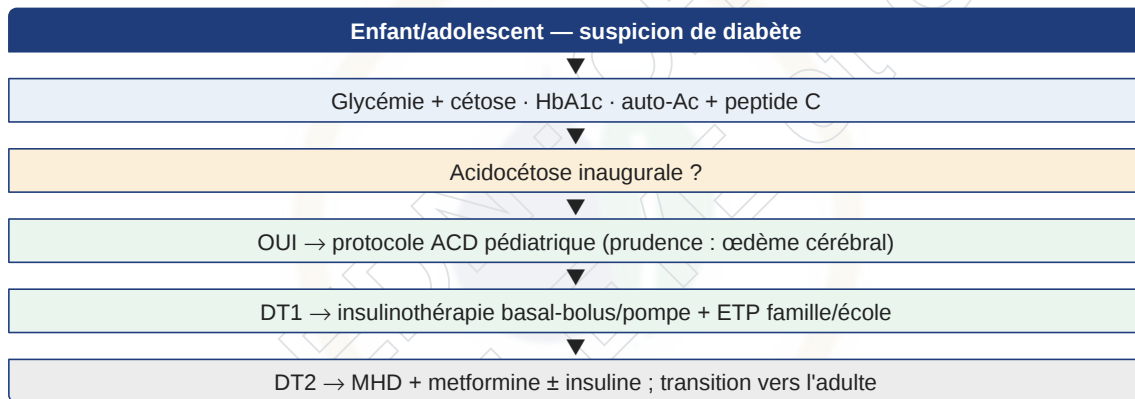
1. Signes cliniques

- **Circonstances de découverte** : syndrome cardinal (polyuro-polydipsie, amaigrissement, énurésie secondaire) ; souvent révélé par une **acidocétose**.
- DT1 : enfant souvent mince, début rapide ; DT2 : adolescent en surpoids/obésité, acanthosis nigricans, ATCD familiaux.
- Retentissement : croissance, puberté, scolarité, vécu psychologique.

2. Signes paracliniques

- Glycémie + cétonémie/cétonurie ; HbA1c ; gaz du sang si cétose.
- **Auto-anticorps** (anti-GAD, IA2, ZnT8) et **peptide C** pour typer (DT1 vs DT2/MODY).
- Bilan du retentissement et des comorbidités (thyroïde, cœliaque dans le DT1).

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **DT1** : insulinothérapie d'emblée (**basal-bolus** ou **pompe**), adaptation aux apports et à l'activité ; objectifs d'HbA1c individualisés (éviter les hypoglycémies sévères).
- **DT2** : mesures hygiéno-diététiques + **metformine** ; insuline si décompensation ou échec.
- **Acidocétose** : protocole pédiatrique (réhydratation et baisse glycémique **prudentes** — risque d'œdème cérébral).
- **Éducation thérapeutique** centrée sur l'enfant et la famille, intégration scolaire (PAI), accompagnement psychologique ; surveillance de la croissance et de la puberté.
- **Transition** organisée vers la médecine d'adulte à l'adolescence.

Surveillance

- HbA1c trimestrielle, croissance staturo-pondérale, puberté ; dépistage des complications et comorbidités auto-immunes (DT1).
- Soutien à l'observance et au vécu (adolescence) ; prévention des hypoglycémies.

Points de vigilance

- Acidocétose inaugurale fréquente : penser au diabète devant un enfant qui maigrit/boit beaucoup ; prudence sur la vitesse de correction (œdème cérébral).
- Adolescence = risque de rupture thérapeutique : renforcer l'accompagnement.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Garantir l'**accès continu à l'insuline** et à l'autosurveillance (programmes de soutien) ; chaîne du froid.
- Impliquer la famille et l'école (PAI) ; éducation au resucrage et aux jours de maladie.
- Reconnaître le **diabète à tendance cétosique** de l'adolescent ; organiser la transition et le suivi pédiatrique/diabétologique.