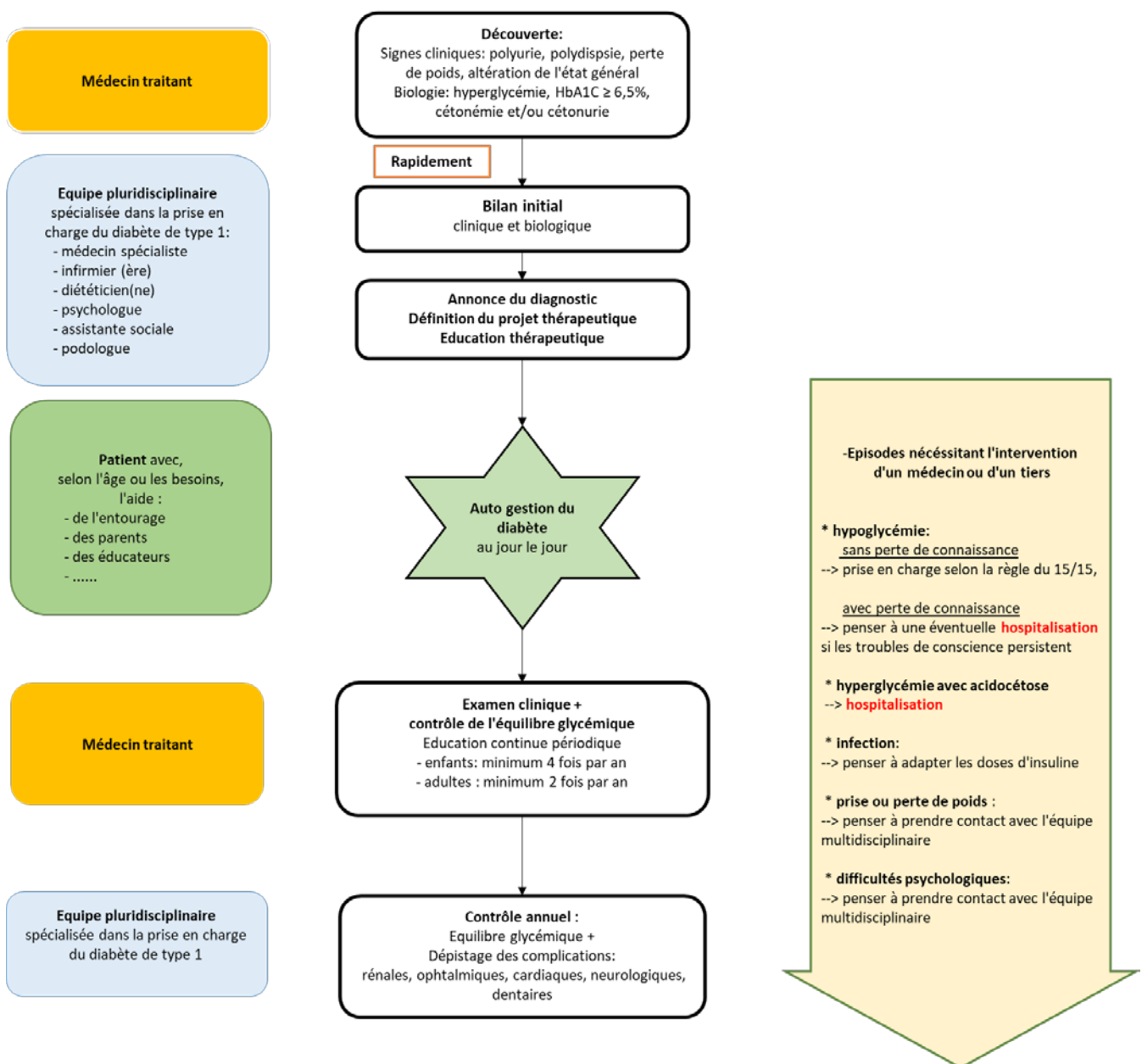


PRISE EN CHARGE DU DIABETE DE TYPE 1 AU LUXEMBOURG EN 2017 EN 3 POINTS

1) LE PARCOURS DE SOINS RECOMMANDÉ.

Le diabète de type 1 est une maladie chronique qui une fois déclarée demande une prise en charge tout au long de la vie.

Parcours de soin du patient diabétique de type 1





2) LES BILANS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

Au moment de la découverte de la maladie, l'interrogatoire recherche :

Histoire de la maladie :

- Symptômes et résultats d'examens de laboratoire en relation avec le diagnostic du diabète
- Résultats des examens dans le cadre du suivi du diabète dont les examens ophtalmiques et le dosage de la micro-albuminurie
- Fréquence et sévérité d'éventuelles complications aiguës : hypoglycémie ou acidocétose
- Traitement actuel du diabète : médicaments, régime alimentaire, management et suivi glycémique, calendrier vaccinal

Antécédents familiaux

- Diabète et autres pathologies endocriniennes, dyslipidémie

Antécédents personnels

- Courbes de poids et de taille et développement pubertaire
- ATCD et traitement d'autres pathologies, comme :
 - Troubles endocriniens (pathologie thyroïdienne ou une maladie d'Addison)
 - Troubles de l'alimentation
 - Maladies connues pour pouvoir entraîner un diabète secondaire (fibrose kystique)
 - Troubles gastro-intestinaux (maladie cœliaque)

Mode de vie et risques psycho-sociaux

- Activité physique et sportive
- Consommation de tabac, d'alcool et/ou de drogues
- Contraception et activité sexuelle,
- Style de vie, culture, éducation, environnement psychosocial et facteurs économiques qui pourraient influencer le suivi du traitement

Facteurs de risques en relation avec le diabète :

- Maladies/infections actuelles ou récentes
- Traitement(s) actuel(s) ou récent(s) pouvant interférer avec la régulation de la glycémie (glucocorticoïdes, chimiothérapie, antipsychotiques de 2ème génération, etc.)
- Hypertension, obésité, dyslipidémie

Anamnèse systématique (antécédents chirurgicaux, allergie(s), autres)

Les examens cliniques :

Ils comprennent les mesures suivantes :

	Initiale	Annuelle	Trimestrielle
Taille (<i>jusqu'à la fin de la croissance</i>)	X	X	X
Poids	X	X	X
BMI	X	X	X
Tension artérielle	X	X	X
Examen clinique général	X	X	X
Examen de la thyroïde	X	X (Au besoin chez l'adulte)	X (Au besoin chez l'enfant et l'adolescent)
Examen des points d'injections ou de perfusions	X (<i>si déjà sous insuline</i>)	X	X
Examen clinique des pieds (1)	Au besoin en fonction de l'âge (2)	A commencer chez les grands adolescents atteints depuis l'enfance	Au besoin et à chaque visite si les facteurs de risques sont élevés
Examen de la rétine par un spécialiste	X(2)	X	
Rechercher une dépression	X	X	X (Chez l'enfant et l'adolescent et ses parents ou son entourage proche)
Rechercher des troubles alimentaires	x	X	Au besoin et à chaque visite en particulier si déséquilibre glycémique
Evaluer les épisodes d'hypoglycémies	X	X	
Evaluer les compétences d'autogestion du diabète	X	X	X
Evaluer l'activité physique	X	X	X
Evaluer aux cas par cas: la consommation d'alcool, de drogues, de tabac, le besoin d'une contraception, les problèmes liés à la conduite de véhicule à moteur	X	Au besoin pour les adolescents	Au besoin pour les adolescents
Connaissances nutritionnelles	X	X	Au besoin
Rechercher des signes d'autres maladies auto-immunes	X	Au besoin suivant le tableau clinique	Au besoin suivant le tableau clinique
Vaccinations	X	X	Au besoin

1 : L'inspection des pieds doit être faite à chaque examen et l'auto-examen doit être enseigné si les facteurs de risques sont importants. L'examen des pieds comprend l'inspection, la palpation des poulx pédieux et tibiaux, la recherche du réflexe achilléen et l'examen de la proprioception: vibration et touché fin.

2 : A commencer au plus tard 5 ans après le diagnostic

Le suivi biologique :

Les analyses suivantes sont à réaliser suivant le calendrier indiqué :

	Bilan initial	Bilan annuel	Suivi
HbA1C	X	X	Tous les 3 mois
Clearance de la créatine/ Indice de filtration glomérulaire	X	X	
Profil lipidique à jeun *	Une fois que la glycémie est stabilisée	X	Selon le traitement
TSH	X	X La fréquence dépend des symptômes, de la présence d'anti-corps et/ou s'il y a un traitement	Selon le traitement
Anti-corps antithyroïdiens (Antithyroïde peroxidase et Anti-corps antithyroglobuline)	X En fonction des symptômes ou lors des bilans	En fonction de la clinique	
Anti-corps coeliac	X en fonction des symptômes ou lors des bilans	chez l'enfant et l'adolescent	
Albumine urinaire/ Créatinine	A commencer 5 ans après le diagnostic	X	Selon le traitement
Anti-corps anti-cellules de Langerhans GABA,(IA2A, IAA, ZnT8, chez l'enfant et l'adolescent)	X Peuvent être nécessaires chez certains patients pour faire le diagnostic		
Dosage du peptide C	Pour confirmer le diagnostic de diabète 1. <i>(Toujours doser simultanément la glycémie)</i>		

* : Si le dosage des triglycérides est élevé chez le sujet qui n'est pas à jeun, doser le LDL-cholestérol

Remarque : suivant la clinique d'autres analyses pourront être demandées.

3) LES GRANDS ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE :

Le diabète de type 1 est une maladie chronique, sa prise en charge vise la normalisation puis la stabilisation de la glycémie. Le traitement médical repose sur l'insuline. Le schéma thérapeutique doit être proposé par un médecin spécialisé dans le traitement du diabète de type 1.

La prise en charge active de la maladie par le patient ou son entourage est capitale pour éviter la survenue précoce de complications secondaires ophtalmologiques, rénales, neurologiques et cardiovasculaires. Cette prise en charge active est possible grâce à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage familial et éducatif s'il est jeune.

Tout au long de sa vie, le patient et son entourage auront recours aux conseils d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge du diabète de type 1 comprenant :

- un(e) médecin,
- un(e) infirmier(e)
- un(e) diététicien(ne)
- un(e) psychologue
- un(e) assistant(e) sociale
- un(e) podologue.

Ces professionnels de santé spécialisés expliqueront le traitement insulinique et sa surveillance, donneront des conseils sur le mode de vie, pourront apporter un soutien si la maladie devient difficile à supporter. La surveillance des pieds par un podologue formé est aussi un élément important de la bonne prise en charge de la maladie, elle peut éviter des amputations invalidantes.

Groupe de travail

Dr Isabelle Rolland	Cellule d'expertise médicale experte méthodologique du Conseil scientifique chargée de la rédaction de la présente recommandation
Dr Françoise Berthet	Direction de la Santé, vice-présidente du Conseil scientifique présidente du groupe de travail
Dr Frédéric Dadoun	médecin spécialisé en endocrinologie-diabétologie trésorier de la société Luxembourgeoise de Diabétologie (SLD)
Dr Danièle de la Hamette	médecin spécialisé en médecine interne avec formation en diabétologie Société Luxembourgeoise de Diabétologie (SLD)
Dr Marc Keipes	médecin spécialisé en endocrinologie-diabétologie Société Luxembourgeoise de Diabétologie (SLD)
Dr Georges Michel	médecin spécialisé en endocrinologie-diabétologie président de la société Luxembourgeoise de Diabétologie (SLD)
Mme Sylvie Paquet	diététicienne secrétaire de la Société Luxembourgeoise de Diabétologie (SLD)
Dr Jean-Paul Pettinger	médecin-généraliste Société Luxembourgeoise de Diabétologie (SLD)
Dr Ulrike Schierloh	médecin spécialisé en endocrinologie-diabétologie pédiatrique Société Luxembourgeoise de Diabétologie (SLD)
Dr Christian Schmit	médecin-généraliste Société Luxembourgeoise de Diabétologie (SLD)

Les membres ont déclaré leurs conflits d'intérêt potentiels.