

Types de diabète: définitions

Personnes à qui s'appliquent les recommandations : adultes ayant ou pouvant présenter un diabète

Personnes à qui sont destinées les recommandations : professionnels de la santé

Introduction, justificatifs

Document de référence des définitions du diabète.

L'essentiel

Diabète de type 1 : dû à la destruction des cellules β , ce qui provoque un déficit de sécrétion d'insuline important ou total, il touche 5-10% de l'ensemble des diabétiques. Il est souvent révélé par l'apparition de symptômes cardinaux du diabète (polyurie, polydipsie, asthénie, perte de poids, douleurs abdominales). Une acidocétose diabétique peut se développer.

Diabète de type 2 : dû à une résistance à l'insuline et une production insuffisante de celle-ci, il touche 90-95% des diabétiques. Il s'intègre en général dans un syndrome métabolique. Il est très souvent asymptomatique, peut parfois se présenter avec les signes cardinaux du diabète. Le plus souvent il est diagnostiqué lors de l'apparition des complications du diabète. Un syndrome hyperglycémique hyperosmolaire peut se développer.

Diabète gestationnel : intolérance au glucose apparaissant en cours de grossesse (généralement diagnostiqué au 2^e ou 3^e trimestre). Il est généralement asymptomatique, mais mène à un taux de complications materno-fœtales augmenté lors de l'accouchement et du post-partum. Il est associé à un risque accru de diabète de type 2 chez la mère et l'enfant.

Autres types de diabète : déterminés génétiquement (MODY), secondaires à d'autres pathologies, iatrogènes.

Diabète de type 1

Le diabète de type 1, anciennement appelé diabète juvénile ou diabète insulino-dépendant, est une pathologie chronique au cours de laquelle le pancréas produit trop peu ou pas du tout d'insuline, hormone essentielle à l'entrée du glucose dans les cellules.

Il s'agit d'un diabète apparaissant plutôt chez une personne jeune, mais qui peut se développer à tout âge. Il touche 5 à 10% de l'ensemble des personnes diabétiques.

L'étiologie exacte du diabète de type 1 reste inconnue, toutefois le mécanisme de survenue met en jeu la plupart du temps une pathologie auto-immune détruisant les cellules pancréatiques productrices d'insuline (cellules β). En plus des prédispositions génétiques, des facteurs environnementaux pourraient jouer un rôle dans la survenue du diabète de type 1, et certaines bactéries ou certains virus pourraient agir comme facteurs déclencheurs.

Le diabète de type 1 est souvent révélé par l'apparition de symptômes, d'évolution souvent aiguë ou subaiguë, aussi appelés signes cardinaux du diabète (en rapport avec la glycémie élevée) :

- Soif, polyurie et polydipsie
- Fatigue et perte de poids : malgré l'apport calorique augmenté (hyperphagie), les muscles et les réserves de graisse fondent pour compenser le manque d'énergie intracellulaire (perte volémique et catabolisme accéléré)
- Vision trouble, pouvant fluctuer au cours de la journée
- Douleurs abdominales mimant un tableau chirurgical.

Un coma acidocétosique, parfois associé à une hypothermie, peut s'installer. Un coma hyperosmolaire est rarement associé, mais possible.

Diabète de type 2

Le diabète de type 2, anciennement appelé diabète de l'adulte ou diabète non-insulino-dépendant, est une pathologie chronique mettant en jeu une résistance des récepteurs cellulaires à l'insuline et une production insuffisante d'insuline.

Il peut apparaître à tout âge, mais plus souvent chez les adultes d'âge moyen ou les personnes âgées. Il touche 90-95 % des personnes diabétiques. Il est en augmentation chez les personnes plus jeunes et se voit plus fréquemment dans certaines ethnicités (africaine, latino-américaine, asiatique en particulier indienne et sri-

lankaise, insulaire du pacifique, amérindienne) ou après un diabète gestationnel.

L'étiologie du diabète de type 2 est inconnue (dans la majorité des cas, cf. autres types de diabète), mais il existe une forte prédisposition génétique. Il s'intègre fréquemment dans le syndrome métabolique. Il est souvent associé à un surpoids, une obésité ou une dyslipidémie (diminution des HDL, augmentation des triglycérides).

Le diabète de type 2 peut débuter de manière asymptomatique, et ainsi évoluer insidieusement durant plusieurs années. Son diagnostic sera alors posé lors d'un dépistage systématique ou suite à l'apparition de complications.

Il est assez rare que tous les signes cardinaux soient présents au moment du diagnostic.

En plus des signes cardinaux, la personne diabétique de type 2 peut présenter :

- Des infections fréquentes (fongiques, bactériennes) ainsi qu'une cicatrisation lente
- Des dermatoses, dont l'acanthosis nigricans (distribution symétrique de placards pigmentés bruns noirâtres à surface verruqueuse, siégeant sur la nuque, les plis axillaires et inguinaux), ainsi que la dermopathie diabétique (lésions atrophiques, pigmentées, bilatérales, siégeant sur la face tibiale des membres inférieurs)
- Un syndrome des ovaires polykystiques.

Diabète gestationnel

Forme particulière de diabète se développant au cours de la grossesse, il touche environ 7% des femmes enceintes (jusqu'à 14 % selon les populations). Il est défini comme une intolérance au glucose apparaissant au cours de la grossesse. Il s'agit d'une sécrétion insuffisante d'insuline dans le cadre d'une résistance cellulaire à l'insuline augmentée au cours de la grossesse.

Les facteurs de risque de développer un diabète pendant la gestation sont : ethnicité non-caucasienne, obésité, âge > 30 ans, histoire familiale de diabète de type 2, femme ayant accouché d'un bébé de plus de 4kg.

Le diabète gestationnel est généralement asymptomatique pour la mère, il sera le plus souvent diagnostiqué à l'occasion d'un dépistage systématique ou ciblé.

Le risque pour l'enfant est de développer une dysplasie pulmonaire/détresse respiratoire à la naissance. L'hyperinsulinisme favorise une macrosomie fœtale, avec augmentation durant l'accouchement du risque de dystocies d'épaule chez l'enfant et de déchirures périnéales chez la mère, puis en post-partum la survenue d'hypoglycémie sévère et d'ictère chez l'enfant. Les enfants de mères ayant eu un diabète gestationnel ont eux-mêmes un risque accru de développer une obésité ou un diabète de type 2 plus tard dans la vie.

Les parturientes ayant présenté un diabète gestationnel sont à risque de diabète de type 2 en post-partum, mais aussi à long terme. Il est donc important d'effectuer un suivi à vie de ces patientes.

Autres types de diabète (beaucoup plus rares)

Les MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) ont la particularité d'être génétiquement déterminés selon un mode de transmission autosomique dominante: dans les familles porteuses, on trouve 50% des personnes atteintes, à toutes les générations. Le début est habituellement précoce (néonatal parfois, avant 25 ans en général), et le plus souvent il s'agit de diabète non insulino-dépendant. Selon les gènes impliqués, l'évolution peut être différente.

Les diabètes secondaires à des :

- Maladies du pancréas (pancréatite chronique, cancer du pancréas, mucoviscidose, hémochromatose, chirurgie du pancréas)
- Maladies endocriniennes, dont le syndrome de Cushing, l'acromégalie, le phéochromocytome, l'hyperthyroïdie, l'adénome de Conn, etc.
- Maladies du foie, cirrhose, quelle qu'en soit la cause, mais plus particulièrement dans le contexte de l'infection par le virus de l'hépatite C, ou de l'hémochromatose
- Mutations de l'ADN mitochondrial (associées à une surdité de perception et caractérisées par une hérédité maternelle) : syndrome de Ballinger-Wallace, syndrome de Wolfram.

Le diabète lipoatrophique : lipodystrophie congénitale de Berardinelli-Seip, caractérisée par la disparition du tissu adipeux, avec insulino-résistance majeure, hyperlipidémie et stéatose hépatique.

Les diabètes iatrogènes associés à la prise de médicaments : corticoïdes, diurétiques thiazidiques, furosémide, antiprotéases (indinavir), immunosuppresseurs (tacrolimus, ciclosporine A), pentamidine, diazoxide, oestrogènes de synthèse, neuroleptiques atypiques.

Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été adaptées à partir de RPC jugées de bonne qualité méthodologique et fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. Une sélection a été effectuée à partir de nombreuses RPC issues de différentes bases de données (National Guidelines Clearing house (AHRQ), Guidelines International Network, sites de différentes agences de RPC, de sociétés ou associations, Medline). La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des recommandations sources. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations adaptées au contexte du Programme cantonal Diabète ont été élaborées par un groupe restreint, puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

Niveau de preuve et force des recommandations

Les recommandations ci-dessus se fondent essentiellement sur des consensus d'experts, eux-mêmes basés sur les résultats d'études épidémiologiques transversales et d'études de cohortes.

Recommandations sources

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. Standards of medical care in diabetes 2017. Diabetes Care: Jan 2017; 40 (suppl. 1). [Lien](#)
- ADA. *Type 1 Diabetes*. [Lien](#)
- ADA. *Type 2 Diabetes*. [Lien](#)

Mayo clinic – USA

- Mayo Clinic (2013). Diseases and conditions. Diabetes. [Lien](#)

Société francophone du Diabète (SFD) – France

- Drouin, P., Blicke, J.F., Charbonnel, B., et al. Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques (ALFEDIAM). Diagnostic et classification du diabète sucré – Les nouveaux critères. Diabetes & Metabolism (Paris) : 1999 ; 25(1): 72-83. [Lien](#)

Autre référence

- Cecil Textbook of Medicine, edited by Lee Goldmann, Dennis Ausiello. 2004 (22nd edition) – ISBN: 0-7216-9652-X

Groupe ayant mis à jour la RPC : Bernard Burnand, Jean-Yves Camain, Fabrizio Cominetti, Juan Ruiz, Ida Welle.

Groupe de validation : Angela Cottier, Frédéric Emery, Rafi Hadid, Isabelle Hagon Traub, Sébastien Jotterand, Cristina Henry, Anne Zanchi, Lilli Herzig, Heike Labud.

Date de la recommandation : février 2015 / mise à jour des références en novembre 2017

Date de la prochaine révision : juin 2018

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète sont disponibles sur le site

<http://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.