

Annexe 13

*Troubles concomitants chez les enfants atteints de diabète de type 1***THYROÏDITE AUTO-IMMUNE**

La prévalence de la thyroïdite auto-immune chez les enfants atteints de diabète de type 1 est d'environ 5 %¹. La fréquence de titres positifs d'anticorps antithyroïdiens est plus élevée chez les enfants atteints de diabète de type 1 et elle augmente avec l'âge. Le taux sérique de thyroïdostimuline (TSH) permet de dépister la présence d'une hypothyroïdie compensée ou franche. Bien que les titres d'anticorps dirigés contre la thyroïde permettent de savoir si un enfant est atteint de thyroïdite auto-immune ou non, il ne convient pas de les mesurer à des fins de dépistage puisque le traitement dépendra de la hausse du taux sérique de TSH qui se produira à l'apparition de l'hypothyroïdie. La détection et le traitement précoces de l'hypothyroïdie permettent de prévenir les symptômes de cette affection et un retard de croissance. Pour dépister l'hypothyroïdie, on doit mesurer le taux sérique de TSH chaque année chez les enfants atteints de diabète de type 1 (tableau 1).

MALADIE D'ADDISON

La maladie d'Addison est rare chez les enfants; il n'est donc pas justifié de procéder à un test de dépistage chez les enfants atteints de diabète de type 1. Cependant, il est indiqué de mesurer la corticotrophine (ACTH) sérique et/ou le cortisol sérique du matin afin de confirmer l'absence de cette maladie chez les enfants atteints de diabète de type 1 qui présentent des hypoglycémies graves récidivantes (tableau 1). Un traitement par l'hydrocortisone permet de prévenir la récurrence

d'hypoglycémie grave dans une telle situation et d'éviter une mort subite des suites d'une insuffisance surrénalienne.

MALADIE CŒLIAQUE

La maladie cœliaque touche de 5 à 10 % des enfants atteints de diabète de type 1²⁻¹⁰ et est asymptomatique dans 60 à 70 % des cas. La maladie cœliaque asymptomatique peut être présente au moment du diagnostic de diabète ou s'installer plus tard, habituellement dans les 4 années qui suivent^{2,3}. Bien que le besoin de dépister et de traiter la maladie cœliaque chez les enfants qui présentent des symptômes intestinaux ou des manifestations extra-intestinales de cette maladie fasse l'unanimité^{11,12}, les parents doivent savoir que le besoin de dépister et de traiter la maladie cœliaque asymptomatique fait l'objet d'une controverse. On doit envisager un test de dépistage de la maladie cœliaque chez tout enfant atteint de diabète de type 1 qui présente une faible vitesse de croissance, une faible prise de poids, de la fatigue, de l'anémie, des symptômes gastro-intestinaux récurrents, des hypoglycémies fréquentes¹³ et un piètre contrôle métabolique (tableau 1).

RÉFÉRENCES

1. Kordonouri O, Klinghammer A, Lang EB, et al. Thyroid autoimmunity in children and adolescents with type 1 diabetes: a multicenter survey. *Diabetes Care*. 2002;25:1346-1350.
2. Barera G, Bonfanti R, Viscardi M, et al. Occurrence of celiac disease after onset of type 1 diabetes: a 6-year prospective longitudinal study. *Pediatrics*. 2002;109:833-838.

Tableau 1. Dépistage de troubles concomitants chez les enfants atteints de diabète de type 1			
Trouble	Indications pour le dépistage	Test de dépistage	Fréquence
Hypothyroïdie	Tous les enfants atteints de diabète de type 1	Taux sérique de TSH	Annuellement
Maladie d'Addison	Hypoglycémies graves récidivantes	Concentrations sériques d'ACTH et/ou de cortisol le matin	Selon les indications cliniques
Maladie cœliaque	Faible vitesse de croissance, faible prise de poids, fatigue, symptômes gastro-intestinaux récurrents, anémie, hypoglycémies fréquentes et piètre contrôle métabolique	Transglutaminase tissulaire ou anticorps anti-endomysium et taux d'IgA	Selon les indications cliniques

ACTH = corticotrophine

IgA = immunoglobuline A

TSH = thyroïdostimuline

3. Hansen D, Bennedbæk FN, Hansen LK, et al. High prevalence of coeliac disease in Danish children with type I diabetes mellitus. *Acta Paediatr.* 2001;90:1238-1243.
4. Gillett PM, Gillett HR, Israel DM, et al. High prevalence of celiac disease in patients with type 1 diabetes detected by antibodies to endomysium and tissue transglutaminase. *Can J Gastroenterol.* 2001;15:297-301.
5. Aktay AN, Lee PC, Kumar V, et al. The prevalence and clinical characteristics of celiac disease in juvenile diabetes in Wisconsin. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2001;33:462-465.
6. Spiekeroetter U, Seissler J, Wendel U. General screening for celiac disease is advisable in children with type 1 diabetes. *Horm Metab Res.* 2002;34:192-195.
7. Jaeger C, Hatzigelaki E, Petzoldt R, et al. Comparative analysis of organ-specific autoantibodies and celiac disease-associated antibodies in type 1 diabetic patients, their first-degree relatives, and healthy control subjects. *Diabetes Care.* 2001;24:27-32.
8. Carlsson AK, Axelsson IEM, Borulf SK, et al. Prevalence of IgA-antiendomysium and IgA-anti gliadin autoantibodies at diagnosis of insulin-dependent diabetes mellitus in Swedish children and adolescents. *Pediatrics.* 1999;103:1248-1252.
9. Hill I, Fasano A, Schwartz R, et al. The prevalence of celiac disease in at-risk groups of children in the United States. *J Pediatr.* 2000;136:86-90.
10. Fabiani E, Taccari LM, Rättsch I-M, et al. Compliance with gluten-free diet in adolescents with screening-detected celiac disease: a 5-year follow-up study. *J Pediatr.* 2000;136:841-843.
11. Saukkonen T, Väisänen S, Åkerblom HK, et al. Coeliac disease in children and adolescents with type 1 diabetes: a study of growth, glycaemic control, and experiences of families. *Acta Paediatr.* 2002;91:297-302.
12. Amin R, Murphy N, Edge J, et al. A longitudinal study of the effects of a gluten-free diet on glycemic control and weight gain in subjects with type 1 diabetes and celiac disease. *Diabetes Care.* 2002;25:1117-1122.
13. Mohn A, Cerruto M, Iafusco D, et al. Celiac disease in children and adolescents with type I diabetes: importance of hypoglycemia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2001;32:37-40.