

# EQUILIBRE GLYCEMIQUE ET QUALITE DE VIE DE L'ENFANT DE MOINS DE 6 ANS PRESENTANT UN DIABETE DE TYPE 1 TRAITÉ EN PREMIERE INTENTION PAR POMPE A INSULINE.

C GOULLARD, PF SOUCHON, V SULMONT, J MOTTE  
American Memorial Hospital Service de Pédiatrie A. CHU Reims France

**Objectif :** Evaluer l'équilibre glycémique et la qualité de vie du petit enfant diabétique traité dès la découverte de diabète par une pompe à insuline.

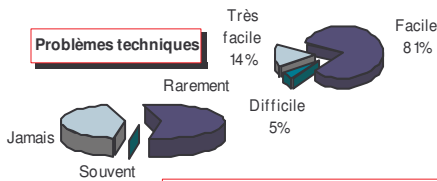


Pompe et cathéter (Tender®) utilisés

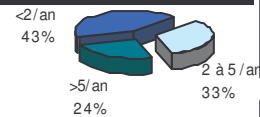
## Qualité de vie

### Apprentissage de la pompe

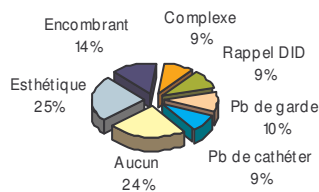
#### Problèmes techniques



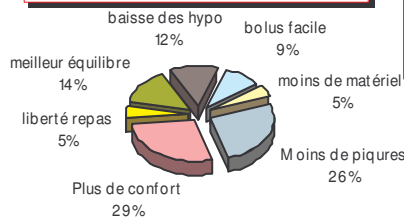
#### Episode de cathéter "arraché"



#### Inconvénients rapportés par les familles



#### Avantages rapportés par les familles



## Matériel et méthode

**Critère d'inclusion :** diabète type 1 révélé avant l'âge de 6 ans entre 1993 et 2003 pris en charge dans notre service.

**Traitement Groupe « Injections »** (n=14): multi-injections sous-cutanées d'insuline rapide ou d'analogue rapide et d'insuline lente

**Groupe « Pompe »** (n=22): infusion continue sous-cutanée d'insuline ordinaire (cartouche pré-remplie d'Insuman®) par pompe HTron® d'emblée (depuis 1999) quelque soit le contexte socio-familial. A ce jour, seul un enfant sur les 22 a abandonné au bout de 6 mois ce mode de traitement pour raison psychologique (non-acceptation par la maman du port continue de la pompe).

**Critère d'évaluation Equilibre métabolique :** recueil des données (moyenne des taux d'HbA1c dosé 4 à 5 fois/an, fréquence des hypoglycémies sévères, cétooses et acido-cétooses, doses d'insuline, croissance, BMI) sur dossier sur les trois premières années de diabète

**Qualité de vie** (groupe 2): questionnaire comportant 99 questions concernant la gestion de la pompe, du cathéter, des doses d'insuline, et de l'alimentation, du vécu au quotidien et de l'acceptation de la pompe, de la scolarité et du mode de garde, de la réaction de l'entourage, des avantages et des inconvénients, envoyés aux parents et remplis à domicile.

## Equilibre métabolique

★ P<0,05

#### Episodes d'hypoglycémies sévères

groupe « injections » : 0,27 événements/patients/an  
groupe « pompe » : 0,04 événements/patients/an ★

#### Acido-cétooses

groupe « injections » : 0,09 événements/patients/an  
groupe « pompe » : 0,03 événements/patients/an

#### Hospitalisations (toutes causes confondues)

groupe « injections » : 0,3 événements/patients/an  
groupe « pompe » : 0,01 événements/patients/an ★

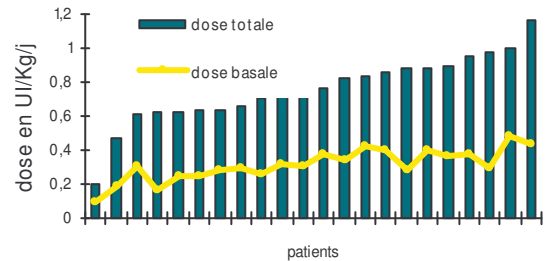
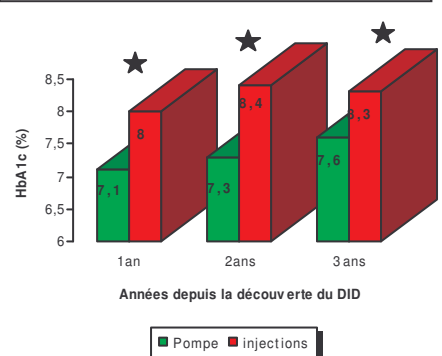
#### BMI / surpoids

groupe « injections » : 16 %  
groupe « pompe » : 2 %

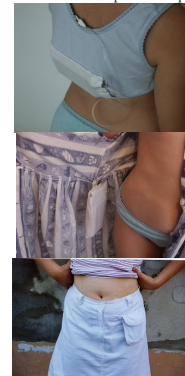
#### Dose d'insuline UI/kg/j

groupe « injections » : 0,83  
groupe « pompe » : 0,77

#### Moyenne annuelle des HbA1c



Différents modes du port de la pompe



Cette étude montre la bonne acceptation de la pompe par l'enfant et sa famille avec un apprentissage qui a été considéré par celle-ci comme facile. Injections moins fréquentes et plus grande liberté de vie sont mis en avant par les parents qui relèvent peu d'effets secondaires ou d'inconvénients. Ce résultat est associé à une efficacité tant sur le contrôle métabolique que la diminution des hypoglycémies (ce qui a déjà été montré auparavant) sans augmenter le risque de cétoose et avec une très bonne tolérance. Cette étude montre la faisabilité de l'utilisation en pratique courante de ce mode de traitement. Nous pensons donc que le traitement par pompe à insuline dans cette tranche d'âge doit être privilégié sachant que l'observance thérapeutique au long cours dans une maladie chronique tel le DID conditionne le devenir à long terme.

	Jamais	Rarement	Souvent
Font garder leurs enfants	0%	53%	47%
Problèmes à l'école	75%	20%	5%
Difficultés lors du sport	95%	5%	0%