

DT1 : UNE PRÉVALENCE QUI POURRAIT DOUBLER D'ICI 2040*1-2

ILS N'EN SONT PAS ENCORE CONSCIENTS

ÊTES-VOUS PRÊT À LEUR FAIRE PRENDRE UNE LONGUEUR D'AVANCE ?

DT1
LONGUEUR
D'AVANCE

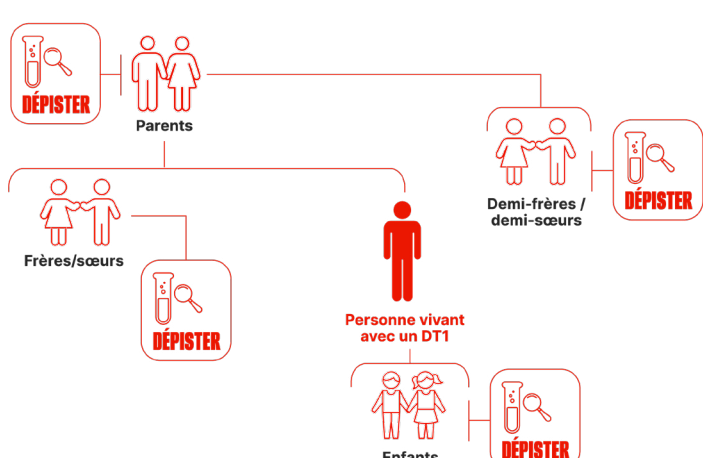
DÉPISTAGE DU DT1 PRÉCLINIQUE : QUI EST CONCERNÉ ?



LE DÉPISTAGE DU DT1 PRÉ-CLINIQUE SE CONCENTRE AUJOURD'HUI SUR LES APPARENTÉS^{3,4,5}

Les apparentés des personnes vivant avec un DT1

Le risque de développer un DT1 est **10 à 20 fois plus élevé** chez les apparentés d'une personne vivant avec un DT1⁶



aAc : auto-anticorps ; DT1 : diabète de type 1.

Dans la population française, le risque de DT1 est estimé à :

0,4 %

en absence d'antécédents familiaux

4 %

si l'apparenté vivant avec un DT1 est un frère/sœur ou la mère

8 %

si l'apparenté vivant avec un DT1 est le père^{7,8}

Les personnes ayant été mal diagnostiquées avec un DT2

~40 %

des adultes vivant avec un DT1 auto-immun sont initialement étiquetés et traités comme un DT2.⁹ Un mauvais diagnostic peut retarder une prise en charge appropriée et contribuer au risque d'ACD à la découverte clinique.⁹

Les personnes atteintes d'autres maladies auto-immunes

Il existe un degré élevé de co-occurrence entre le DT1 auto-immun et d'autres maladies auto-immunes.



La maladie cœliaque et la thyroïdite auto-immune peuvent augmenter la probabilité de développer un DT1 auto-immun.^{10,11} De plus, avoir un parent au premier degré atteint d'autres maladies auto-immunes peut augmenter la probabilité de développement un DT1 auto-immun.¹²

DT1 : Diabète de type 1 ; DT2 : Diabète de type 2 ; ACD : acidocétose

* La hausse d'incidence annuelle (+2,8 % dans le monde, +3,4 % en Europe) pourrait doubler la prévalence d'ici 2040. 1,2 En France, la hausse annuelle est évaluée à 4 %.^{13,14}

Références : 1. Diamond Project Group. Incidence and trends of childhood type 1 diabetes worldwide 1990–1999. Diabet Med 2006;23:857–66. 2. Patterson CC, et al. Trends and cyclical variation in the incidence of childhood type 1 diabetes in 26 European centres in the 25 year period 1989–2013: a multicentre prospective registration study. Diabetologia 2019;62:408–17. 3. Mallone R et al. Dépistage et prise en charge du diabète de type 1 préclinique, stade 1–2. Prise de position de l'Association Française de Diabète. 4. ElSayed N, et al. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. 5. Diagnosis and Classification of Diabetes-2025. Diabetes Care 2025;48(Suppl. 1):S27–S49. 6. Mathieu C, et al. Immunological biomarkers for the development and progression of type 1 diabetes. Diabetologia 2018;61:2252–8. 7. Pociot F, Lernmark A. Genetic risk factors for type 1 diabetes. Lancet 2016;387:2331–9. 8. Redondo MJ, et al. Pediatr Diabetes 2018;19:346–53. 9. Munoz C, et al. Misdiagnosis and Classification of diabetes at diagnosis of type 1 diabetes. Diabetologia 2019;62:276–81. 10. Ludvigsson JF, et al. Celiac disease and risk of subsequent type 1 diabetes: a general population cohort study of children and adolescents. Diabetes Care. 2006;29(11):2483–2488. 11. Biondi B, et al. Thyroid Dysfunction and Diabetes Mellitus: Two Closely Associated Disorders. Endocr Rev. 2019;40(3):789–824. 12. Cárdenas-Roldán J, et al. How do autoimmune diseases cluster in families? A systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2013;11:73. 13. Piffaretti C, et al. Bull Epidemiol Hebd (Paris) 2017;27–28:571–8. 14. Gregory GA, et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022;10:741–60.

sanofi

Sanofi Winthrop Industrie - S.A. au capital de 463.631.520 euros - RCS Créteil 775 662 257 - 82 avenue Raspail - 94 250 Gentilly 250218102199ZI - 02/2025

DT1
LONGUEUR
D'AVANCE