

---

**Diagnostic du diabète insulino-dépendant**  
**L'hémoglobine glyquée a-t-elle sa place ?**

Aux USA, la prévalence du diabète non insulino-dépendant (DNID) est de 6 à 7% dans la population âgée de 45 à 64 ans et de 10 à 12% au-delà. Le diabète est la principale cause de cécité, d'insuffisance rénale terminale, d'amputation des membres inférieurs. Il augmente de 2 à 5 fois le risque d'insuffisance coronaire et d'AVC. Il est estimé que le diagnostic de DNID n'est porté qu'après 10 à 12 ans d'évolution de la maladie, 15 à 20% ayant une rétinopathie lors de la découverte de leur diabète, et 5 à 10% une protéinurie<sup>1</sup>. Le diagnostic précoce semble ainsi devoir être recherché. Le diagnostic est fondé sur les critères O.M.S.: glycémie à jeun supérieure à 1,40, glycémie postprandiale supérieure à 2,00, et sur l'hyperglycémie provoquée (HGPO) pour les cas litigieux. Mais les contraintes de ces trois examens (prélèvement à jeun, durée de l'HGPO) amènent à se demander si l'hémoglobine glyquée (HbA1c) ne pourrait être utilisée, puisque le prélèvement à jeun n'y est pas nécessaire.

C'est cet objectif qui a motivé une étude parue dans le JAMA<sup>2</sup>: les auteurs se sont proposé de faire une métaanalyse de toutes les études comparant HGPO et HbA1c. 34 études ont été retrouvées; 18 correspondaient aux exigences des investigateurs, concernant initialement 11276 individus. Finalement seulement 8984 présentaient les garanties méthodologiques nécessaires pour le dosage de l'HbA1c. Au terme d'une démarche méthodologique rendue nécessaire par la mauvaise concordance entre HbA1c et HGPO, trois groupes de population ont été individualisés

d'après les critères O.M.S.: les diabétiques, les intolérants au glucose et les sujets normaux. En appliquant comme seuil discriminant le taux de 7% pour l'HbA1c, 99,6% des diabétiques sont au-dessus de ce taux et 99,9% des non diabétiques sont en dessous. Si l'on applique ce taux aux résultats de l'HGPO, pour une HbA1c > à 7%, 89% ont un diabète, 7% une intolérance au glucose et 4% sont normaux. Les auteurs concluent que l'HbA1c est plus fiable que l'HGPO dans le diagnostic du diabète.

Cette étude pose toute une série de problèmes:

- le dépistage précoce du DNID est-il utile ? En d'autres termes une intervention plus précoce dans le cours de la maladie peut-elle diminuer la fréquence et la gravité des complications ? Les auteurs de l'éditorial<sup>1</sup> répondent à cette question: on n'a pour l'instant que des arguments indirects issus des études de traitement intensif du diabète insulino-dépendant. Les premières études concernant le DNID ont été négatives, une grande étude anglaise est en cours, l'UKPDS, dont les résultats doivent parvenir en 1998<sup>3</sup>. Mais les auteurs font remarquer également l'intérêt de ce diagnostic précoce comme identification d'un facteur de risque cardio-vasculaire
- parmi les moyens diagnostiques du DNID, l'HGPO est le moins performant, sa fiabilité et reproductibilité sont depuis longtemps considérées comme médiocres, et cette étude le confirme; l'HbA1c paraît supérieure. Cependant la RMO est en désaccord avec cette notion, puisque l'HbA1c est réservée à la surveillance et que l'HGPO, à travers l'épreuve de charge en glucose, est présentée comme un élément diagnostic. Ceci est peut-être lié à la fiabilité longtemps insuffisante du dosage de l'HbA1c; Il paraît souhaitable que, maintenant que celle-ci semble améliorée, la RMO soit modifiée.
- l'HbA1c semble en fait, plus qu'un moyen de dépistage (et ceci est en accord avec la RMO), un examen diagnostic à visée décisionnelle: les auteurs montrent que c'est au-dessus du seuil de 7% que se rencontrent les complications dégénératives rétiniques ou rénales. Ainsi un diabète selon les critères O.M.S. peut être traité avec plus ou moins d'intensité selon le taux d'HbA1c.
- cette étude sur le diagnostic nous amène à réfléchir sur les divers buts du diagnostic: un objectif d'étiquetage, auquel nous avons été conditionnés par une formation souvent trop académique, ou objectif de décision qui devrait être la principale raison de nos examens.

1 - Harris MI, Eastman RC. Early détection of undiagnosed non-insulin-dependent diabetes mellitus. JAMA, 1996, 276, 15, 1261-1262

2 - Peters AL et al. A clinical approach for the diagnosis of diabetes mellitus. An analysis using glycosylated hemoglobin levels. JAMA, 1996, 276, 15, 1246-1252

3 - Noiry JP, Boissel JP. A quoi servent les antidiabétiques oraux ? La Rev Prescrire, 1996, 16, 164, 541-549

*Numéro 45 du 16 janvier 1997*

Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC.  
Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)