

Glycémie à jeun à 1,26 g/l = diabète L'hémoglobine glyquée apporte-t-elle autre chose ?

Le diabète de type 2 est un problème de santé publique, particulièrement en raison de son diagnostic souvent tardif, avec déjà des complications. Depuis 1997, les critères diagnostiques admis internationalement se sont simplifiés, puisqu'une glycémie à jeun à 1,26 g/l (7 mmol/l), dosée à deux reprises est suffisante. Ni la glycémie post-prandiale, ni l'HGPO ne sont nécessaires. L'hémoglobine glyquée (HbA1c) n'est pas conseillée comme test diagnostic, en raison de méthodes de dosage non standardisées, et d'une reproductibilité insuffisante¹. Cependant l'HbA1c est apparue comme le facteur principal de suivi de l'équilibre glycémique au cours du diabète de type 2. Des auteurs américains se sont demandé si ce taux de 1,26 substitué à celui antérieurement admis de 1,40 n'était pas à l'origine de beaucoup de faux positifs et ont cherché à évaluer l'apport de l'HbA1c à la phase de diagnostic².

L'étude visait à comparer les taux de glycémie à jeun et d'HbA1c dans deux grands recueils de données américaines. Une étude nationale sur la nutrition (NHANES III) conduite de 1988 à 1994 sur un échantillon représentatif de la population US réunissait 2836 personnes présentant les critères d'inclusion (âge entre 40 et 74 ans, pas de diabète connu). Une méta-analyse de 10 études sur le diagnostic du diabète (MRG), réunissait 11276 personnes. Les auteurs ont défini quatre groupes selon la glycémie à jeun: <1,10 gr/l, de 1,10 à 1,25, de 1,25 à 1,39, >1,40 et analysé les taux d'HbA1c dans chacun de ces quatre groupes. Le taux d'HbA1c était considéré comme normal au-dessous de 6,1% pour NHANES, 6,3% pour MRG, limite entre 6,2 et 7,2%, élevé audessus de 7,1 et 7,3%.

Pour les sujets avec **glycémie à jeun <1,10**, l'Hb A1c était normale dans 97,3% et 96,2% des cas, limite dans 2,7 et 3,6%, élevée dans 0,1 et 0,2% des cas.

Pour les sujets avec **glycémie à jeun entre 1,10 et 1,25**, l'Hb A1c était normale dans 86,7 et 81,4% des cas, limite dans 13,1 et 16,4, élevée dans 0,2 et 2,2% des cas.

Pour les sujets avec **glycémie à jeun entre 1,26 et 1,40**, l'Hb A1c était normale dans 60,9% et 59,6% des cas, limite dans 35,8 et 32,8, élevée dans 3,4 et 7,6% des cas.

Pour les sujets avec **glycémie à jeun >1,40**, l'Hb A1c était normale dans 18,6% et 16,7% des cas, limite dans 32,5 et 21,0%, élevée dans 48,9 et 62,3% des cas.

Ainsi, dans les deux recueils, pourtant différents par leur méthodologie, **environ 60% des patients avec glycémie à jeun entre 1,26 et 1,40 g/l ont une HbA1c normale.**

Pour les auteurs ces résultats amènent à considérer que, pour une glycémie à jeun entre 1,26 et 1,40, le diagnostic de diabète ne doit être retenu que si l'HbA1c est anormale; ceux avec HbA1c normale doivent être considérés comme intolérants au glucose et traités avec diététique et exercice. Cette modalité du diagnostic permet d'éviter les potentiels effets négatifs psychologiques et sociaux du diagnostic de diabète.

L'éditorialiste³ qui commente cette étude fait d'autres commentaires:

- si le lien entre glycosylation des protéines et les complications microvasculaires est possible, il n'est sans doute pas le seul;

- l'HbA1c n'est pas à l'abri des faux positifs et des faux négatifs, comme le montre l'étude;

- d'autres études sont nécessaires pour mieux définir la relation entre HbA1c élevée et développement des complications microvasculaires, et pour quantifier le rapport bénéfices-risques de l'annonce du diagnostic.

Pour notre part nous nous posons pas mal de questions:

- Sans remettre en cause la nouvelle norme de glycémie à jeun de 1,26, n'est-il pas sage de la considérer comme un indicateur de risque plutôt que comme un critère de maladie. A ce niveau, le "diabète" n'est-il pas plus un facteur de risque qu'une maladie au sens habituel du terme. L'HbA1c élevée permet alors peut-être de passer du facteur de risque à la maladie.

- Il faut nous rappeler qu'un chiffre biologique ne permet pas à lui seul de définir la frontière entre maladie et non maladie. Il n'a qu'une signification statistique, et le clinicien doit en tenir compte dans l'information qu'il donne au patient.

1 - ANAES Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications Recommandations de l'ANAES Diabetes & Metabolism 1999;25 Suppl2: 1-64

2 - Davidson MB et al. Relationship between fasting plasma glucose and glycosylated hemoglobin. Potential for false-positive diagnoses of type 2 diabetes using new diagnostic criteria. JAMA 1999;281 (13): 1203-1210

3 - Vinicor F. When is diabetes diabetes ?. JAMA 1999;281 (13):1222-24

Mots-clé: diabète, DNID, hémoglobine glyquée, décision, diagnostic

Numéro 142 du 22 avril 199