



Dépister et traiter le prédiabète est-il efficace pour prévenir le diabète de type 2 ?

Référence

Barry E, Roberts S, Oke J, et al. Efficacy and effectiveness of screen and treat policies in prevention of type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of screening tests and interventions. BMJ 2017;356:i6538. DOI: 10.1136/bmj.i6538

Analyse de

Michel Vanhaeverbeek, Groupe d'épistémologie appliquée et clinique rationnelle des hôpitaux publics du Pays de Charleroi (GERHPAC), CHU de Charleroi et Laboratoire de Médecine Factuelle, ULB

L'augmentation de l'incidence du diabète de type 2, de par l'association épidémiologique de celui-ci aux maladies cardiovasculaires, constitue sans conteste un problème de santé majeur. Toute mesure préventive apportant la preuve d'une diminution de l'impact sociétal de ce problème sera donc bienvenue. Il y a deux approches possibles :

- soit dépister une population à haut risque de diabète (1,2) et traiter les individus dépistés (option « screen and treat ») (choisis par les E.U, l'Australie, le R.U.)
- soit agir au niveau d'une population large (mesures socio-culturelles, infrastructures sportives,...) et tenter de s'adresser adéquatement à tout un chacun (3).

Pour tenter d'éclairer de façon probante la première approche, les auteurs de cet article (4) ont décidé de faire une méta-analyse de l'option « screen and treat » pour le prédiabète (ou hyperglycémie intermédiaire). Les données importantes de cette méta-analyse sont reprises en trois groupes de résultats. Ils sont donnés ici sous forme d'exemples résumés :

- méta-analyse des caractéristiques opérationnelles (= **précision diagnostique**) des tests de dépistage du prédiabète :
 - l'HbA1c (test de dépistage) comparée au triangle d'hyperglycémie (**gold standard** = glycémie 2 heures après une charge glucosée) a une **sensibilité** de 0,49 (avec IC à 95% de 0,40 à 0,58) et une **spécificité** de 0,79 (avec IC à 95% de 0,73 à 0,84) (23 études)
 - la glycémie à jeun (test de dépistage) comparée à la glycémie 2 heures après une charge glucosée (gold standard) a une sensibilité de 0,25 (avec IC à 95% de 0,19 à 0,32) et une spécificité de 0,94 (avec IC à 95% de 0,92 à 0,96) (19 études)
- prévalences observées (5 études) : les patients sont classifiés « prédiabète » si l'un des trois tests (HbA1c, glycémie à jeun ou 2 heures après charge glucosée) est positif selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou de l'American Diabetes Association (ADA). Les résultats montrent que :
 - selon les critères OMS, 27% des populations étudiées ont un prédiabète
 - selon les critères ADA, le chiffre est de 54%(Au sein de chaque groupe de critères, le recouvrement des populations n'est que très partiel.)
- méta-analyse des études d'intervention : les populations incluses doivent avoir un des éléments du prédiabète positif. Les interventions étudiées sont soit les interventions au niveau du style de vie, soit la metformine. Le critère de jugement est le développement d'un diabète.
 - pour des interventions au niveau du style de vie, les résultats montrent, en termes de réduction relative du risque (RRR) :

- sur 6 mois à 2 ans (7 études) : RRR de 31% (avec IC à 95% de 15 à 44%) ; NNT = 33 (avec IC à 95% de 23 à 67)
 - sur 3 à 6 ans (13 études) : RRR de 37% (avec IC à 95% de 28 à 46%) ; NNT = 12 (avec IC à 95% de 10 à 15)
 - RRR de 20% (avec IC à 95% de 8 à 31%) en suivi post intervention
 - sont non significatifs chez les patientes après un diabète gestationnel
- pour la metformine (4 études), les résultats montrent :
 - une RRR de 26% (avec IC à 95% de 16 à 35%) ; NNT de 14 (avec IC à 95% de 10 à 22).

Cette synthèse méthodique comporte cependant des limites méthodologiques :

- les études relatives à la précision diagnostique sont relativement bien cotées par l'outil QUADAS-2 (5), particulièrement dans son volet applicabilité à la première ligne, mais l'hétérogénéité des études incluses est considérable, indiquant que les tests de dépistage ont des performances très différentes selon les populations étudiées
- la qualité des preuves est jugée modérée pour les études avec la metformine, elle est faible pour les interventions sur le style de vie (système GRADE) (6), ce qui signifie que les RRR pourraient être éloignées de la réalité, en particulier parce que les populations étudiées sont non représentatives (recrutées sur base volontaire).

Conclusion

La précision diagnostique des tests « simples » de dépistage du prédiabète (HbA1c et glycémie à jeun) est médiocre, et les populations identifiées comme prédiabétiques par ces tests varient considérablement selon les critères utilisés. Le risque est d'intervenir sans réfléchir chez les patients faussement positifs et de ne rien faire chez les patients faussement négatifs. Le gold standard est le triangle classique (OGTT), mais il nécessite une infrastructure significative.

Intervenir par la prescription de metformine ou par un suivi imposant une modification du style de vie a une certaine efficacité sur l'apparition du diabète, mais l'effet clinique est probablement surestimé. Les données chez les patientes ayant présenté un diabète gestationnel ne permettent pas de conclure. L'option « screen and treat », seule, risque donc d'être peu efficace sur la prévention du diabète de type 2.

Pour la pratique

Des recommandations de bonne pratique pour le diabète de type 2 ont été émises par la SSMG en 2015 (7). Les critères de diagnostic de prédiabète sont ceux de l'OMS. La SSMG recommande un dépistage opportuniste du diabète de type 2 (groupe à risque défini par le score FINDRISK). La présente synthèse méthodique montre la faiblesse intrinsèque des tests recommandés. L'échec du dépistage systématique sur l'apparition de critères de jugement cardiovasculaires à 10 ans (1,2) confirme la faiblesse de l'argumentation en sa faveur (8). Nous devons accepter l'idée que le risque cardiovasculaire est peu lié à la glycémie moyenne (9), et donc insister sur les autres facteurs de risque cardiovasculaires.

Références voir site web