

# Dépistage des perturbations glycémiques chez les obèses, par HGPO.

## Quelle définition choisir ?

D. Gasmi\*<sup>a</sup> (Dr), K. Lachekhab<sup>a</sup> (Dr), G. Hebboul<sup>a</sup> (Dr), S. Ferhi<sup>a</sup> (Dr), ZD. Bouzenita<sup>b</sup> (Dr), MR. Guedjati<sup>a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> Service de Physiologie clinique métabolique et Nutrition CHU BenflisTouhami, Batna, ALGÉRIE ; <sup>b</sup> Service d'épidémiologie CHU BenflisTouhami, Batna, ALGÉRIE.

### Introduction.

L'obésité prend la forme d'une véritable épidémie mondiale associée à de nombreux facteurs de risque cardiovasculaire notamment le diabète [1]; La prévalence du diabète de type 2 (DT2) a presque doublée depuis 1980, passant de 4.7% à 8.5% en 2014 de la population adulte[2]. Cette prévalence augmente conjointement à celle de l'obésité nécessitant un diagnostic précoce. L'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) est certainement le test dynamique le plus connu pour le dépistage de DT2, mais aussi les situations transitoires comme les troubles du métabolisme glucidique; ces troubles définissent le pré diabète [3]; L'interprétation des résultats de l'HGPO se base sur les critères internationales de l'ADA (American Diabetes Association) [4] et de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) [5] or, cette interprétation reste variable selon la définition choisie.

### Objectif.

Déterminer le profil glycémique par HGPO d'une population obèses ou en surcharge pondérale selon les critères ADA et OMS.

### Méthode et matériel.

Le profil glycémique a été identifié chez 33 patients obèses ou en surpoids (IMC  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup>) de la région de Batna par un test HGPO standardisée de deux heures. Le test est réalisé après ingestion d'une charge de 75 g de glucose dilué dans 250 à 300 ml d'eau, le matin, en respectant un jeun de 12 heures et en repos strict pendant l'épreuve.

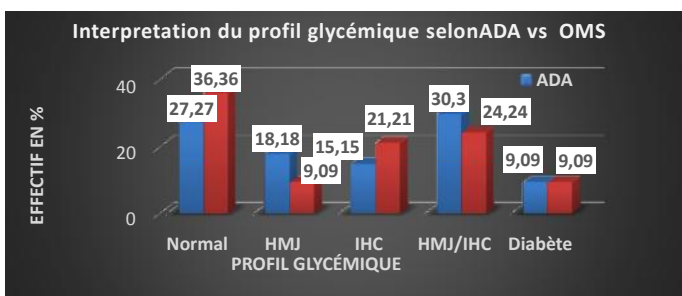
Le profil glycémique des 33 patients a été interprété selon les critères ADA et les critères OMS; puis une analyse de la concordance entre les deux a été réalisée en utilisant le coefficient de concordance Kappa.

Tableau1. Critères diagnostic du diabète type 2 selon ADA et OMS

	Glycémie à jeun		Glycémie à 2 heures ADA et OMS
	ADA	OMS	
Profil normal	Gly < 1g/l	Gly < 1.1g/l	Gly < 1.40 g/l
Hyper glycémie Modéré à Jeun (HMJ)	1 ≤ Gly < 1.26 g/l	1.1 ≤ Gly < 1.26g/l	
Intolérance au Hydrate de Carbone (IHC)			1.4 ≤ Gly < 2g/l
Diabète	Gly ≥ 1.26 g/l		Gly ≥ 2 g/l

### Résultats.

L'âge moyen était 43,51+/- 4,35. La moyenne d'IMC était 36,95+/-2.



Plus de 36% des sujets avait un profil glycémique normal selon OMS, contre 27% seulement selon ADA. Pour les prédiabétiques, le pourcentage des sujets ayant une hyperglycémie modérée à jeun selon ADA, était deux fois plus que celui de l'OMS (plus de 18% vs 9,09%).

Tableau 2. Analyse de profil glycémique des sujets obèses selon ADA vs OMS.

OMS \ ADA	Normal	HMJ	IHC	HMJ/IHC	Diabète	Total
Normal	9	0	0	0	0	9
HMJ	3	3	0	0	0	6
IHC	0	0	5	0	0	5
HMJ/IHC	0	0	2	8	0	10
Diabète	0	0	0	0	3	3
Total	12	3	7	8	3	33

### Discussion.

L'interprétation des désordres glycémiques (prédiabète et diabète) dépisté par HGPO dépend de la définition choisie par l'explorateur. Les critères de choix de l'OMS et ceux de l'ADA ne sont pas tout à fait divergents. Ainsi il semble qu'aucune différence n'existe dans les critères diagnostics du diabète 9% : 3 patients (OMS vs ADA). Néanmoins le seuil de définition de l'état pré diabétique conditionne l'interprétation des valeurs glycémiques (essentiellement la valeur de la glycémie à jeun): selon l'OMS 18 sujets pré diabétiques vs 21 ADA. De ce fait là, 3 patients se voient basculer du profil normal (OMS) au profil pré diabète (ADA). Ces deux définitions ne semblent pas être discordantes; Une concordance statistiquement significative existe entre les deux définitions (Kappa= 0,80,  $p < 0,001$ ); par ailleurs la taille limitée de notre population d'étude ne nous permet pas de se prononcer sur le choix de la définition.

### Conclusion.

L'utilisation d'une des deux définitions (ADA-OMS) pour le dépistage de pré diabète et de diabète reste possible. Il revient au prescripteur d'assumer le choix de l'une ou de l'autre.

### Bibliographie

- 1- Scheen AJ.— L'«épidémie» des maladies métaboliques, un problème majeur de santé publique. *Rev Med Liège*,1999, 54, 87-94.
- 2- rapport mondial sur le diabète OMS 2016.
- 3-American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendation 2010.Position statement. Diagnostic and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*2010 ;33(suppl 1) :S62-9
- 4- American Diabetes Association .Classification and diagnosis of diabetes *Diabetes Care* 2017;40 (suppl.1) : S11-S24.
- 5- Mieux connaître le diabète - World Health Organization [www.who.int/diabetes](http://www.who.int/diabetes).

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.