

# Dépistage du diabète de type 2 : une illusion ?

**Bibliomed**

Les Analyses du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC

Numéro 788 du 17 Septembre 2015

## Contexte

La prévalence du diabète de type 2 (DT2) est estimée en France à environ 2,7 millions de personnes traités pharmacologiquement. Il convient d'y ajouter les diabètes diagnostiqués non traités et les diabètes non diagnostiqués estimés respectivement à 0,6 et 1%. Son incidence augmente régulièrement de 5% par an [1]. Par rapport à la population générale la mortalité toutes causes confondues est 1,4 fois plus élevée. Des complications précoces (neuropathie, rétinopathies) peuvent être déjà présentes au moment du diagnostic, dues au développement de lésions vasculaires au stade pré-clinique de la maladie. Indépendamment d'un dépistage ciblé compte tenu des principaux facteurs de risques (âge, poids, sédentarité, antécédents) recommandé par la HAS [2] une stratégie de dépistage systématique des personnes asymptomatiques pourrait-elle permettre une identification et un traitement précoces susceptibles d'en réduire les conséquences ? Deux études britanniques et une méta-analyse étasunienne apportent des éléments de réponse [3-6].

## Données de la littérature

### Quels bénéfices du dépistage ?

**L'étude ADDITION-cambridge** [3,5] est un essai pragmatique randomisé par groupes de patients :16047 dans le groupe dépistage (dont 78% ont effectivement participé), 4137 dans le groupe contrôle. Les groupes provenaient de 32 médecins généralistes anglais (27 médecins dans le groupe dépistage, 5 dans le groupe contrôle). Les patients âgés de 40 à 69 ans étaient jugés à haut risque de diabète en fonction d'un score clinique basé sur l'âge, le sexe, l'IMC, le tabagisme, les antécédents familiaux de diabète, la prise d'un traitement par un antihypertenseur ou par un stéroïde. Le suivi médian a été de 9.6 ans.

**Mortalité.** Le dépistage n'est pas associé à une réduction de la mortalité toute cause chez les sujets de Sa Majesté. Il y a eu 1532 décès dans le groupe intervention et 377 dans le groupe contrôle (RR= 1.06, IC à 95% : 0.90-1.25). Cette absence d'effet sur la mortalité est retrouvée pour la mortalité d'origine cardiovasculaire (RR= 1.02, IC à 95% : 0.75-1.38), pour celle due aux cancers (RR= 1.08, IC à 95% : 0.90-1.30) ou directement au diabète. (RR= 1.26, IC à 95% : 0.75-2.10).

### **Morbidité cardio-vasculaire et comportements en matière de santé.**

Sept ans après la randomisation 1383 sur 2199 personnes dépistées et 612 sur 1087 témoins ont répondu à un questionnaire postal portant sur les maladies cardio-vasculaires (crise cardiaque, accident vasculaire cérébral), l'état de santé, l'activité physique, le tabagisme, la consommation d'alcool. Il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes pour aucune de ces catégories [3].

**L'étude de cohorte Ely** [6] (du nom de la ville anglaise où a été faite l'étude) a invité 1705 personnes tout venant âgées de 40 à 65 ans à un premier dépistage (D1) (68% y ont participé) entre 1990 et 1992. 3231 sujets constituaient le groupe témoin (T1). Un second dépistage était proposé entre 2000 et 2003 au premier groupe dépistage et à 1577 des sujets du groupe témoin d'origine (45% y ont participé) (D2), 1425 personnes restaient témoins (T2). La mortalité était appréciée en janvier 2008. La mortalité globale n'était pas statistiquement différente lors de la première phase de dépistage entre le groupe D1 et le groupe T1 (RR= 0,79, IC à 95% : 0,63 à 1) ni lors de la seconde phase entre le groupe D2 et le groupe T2 (RR= 1,18, IC à 95% : 0,93 à 1,51). La qualité de cette étude est moyenne à cause d'un processus de randomisation peu clair et des caractéristiques de base des groupes intervention et témoin différentes.

Les analyses de ces 2 études ont été faites en intention de dépister, il faut noter que la mortalité a été plus importante dans les deux essais chez les invités non participants que chez les participants ce qui pourrait constituer un biais.

## Y a-t-il des effets indésirables?

**Anxiété.** Dans ADDITION une étude pilote de faible qualité [4] auprès de 116 personnes ayant bénéficié du dépistage a montré qu'un nouveau diagnostic de diabète, comparativement à l'absence de diagnostic, était associé à une augmentation des scores d'anxiété à court terme 6 semaines après le dépistage sur l'échelle de Spielberger (46,7 vs 37; p=0,031). Sur un suivi à plus long terme (> 1 an) il n'était pas retrouvé d'impact négatif associé au dépistage ou à la notification d'un diabète (36 vs 37).

---

## Qu'en retenir pour la pratique

Les études faites jusqu'à ce jour ne fournissent pas de preuve indiscutable en faveur d'un dépistage du diabète de type 2. Les deux études sur la mortalité ont eu des résultats décevants qui peuvent être la conséquence de biais dans les essais, d'une prise en charge non optimale des patients dépistés (nous y reviendrons) ou d'une réelle inutilité du dépistage. L'étude sur l'état et les comportements de santé ne montre pas d'effet bénéfique du dépistage, mais, concluons sur une note optimiste, n'induit pas de comportement néfaste chez les personnes dépistées indemnes de diabète.

---

## Références.

1. Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France. Synthèse épidémiologique. Institut de Veille Sanitaire; novembre 2010. p. 1-12.
  2. Haute Autorité de Santé - Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. 2014.
  3. Echouffo-Tcheugui JB, Simmons RK, Prevost AT, Williams KM, Kinmonth A-L, Wareham NJ, et al. Long-term effect of population screening for diabetes on cardiovascular morbidity, self-rated health, and health behavior. *Ann Fam Med*. 2015 Mar;13(2):149–57.
  4. Selph S, Dana T, Blazina I, Bougatsos C, Patel H, Chou R. Screening for Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for Type 2 Diabetes Mellitus*. *Ann Intern Med*. 2015;162(11):765–76.
  5. Simmons RK, Echouffo-Tcheugui JB, Sharp SJ, Sargeant LA, Williams KM, Prevost AT, et al. Screening for type 2 diabetes and population mortality over 10 years (ADDITION-Cambridge): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2012;380(9855):1741–8.
  6. Simmons RK, Rahman M, Jakes RW, Yuyun MF, Niggebrugge AR, Hennings SH, et al. Effect of population screening for type 2 diabetes on mortality: long-term follow-up of the Ely cohort. *Diabetologia*. 2011;54(2):312–9.
- 

## Mots clés :

diabète de type 2, dépistage [*diabetes mellitus, type 2 - screening*].

---

## Par qui et comment est écrit Bibliomed ?

Bibliomed est une revue d'analyse critique de la SFDRMG et du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC. Cette publication est disponible uniquement sur abonnement. La diffusion se fait par courrier électronique.

Bibliomed : une revue dédiée médecine générale. Pour en savoir plus :

<http://www.unaformec.org/Bibliomed-une-information-dediee.html>

---

## Pour s'abonner par voie électronique (nouveau) :

<http://www.unaformec.org/Pour-acceder-a-Bibliomed-et-ou.html>

---

Pour contacter les auteurs et pour toute suggestion : [sfdrmg@gmail.com](mailto:sfdrmg@gmail.com)