

DIABETE SUCRE ACTUALISATION

P. Foucart Info du mois 02.13

CLASSIFICATION

Type I

Diabète insulino-dépendant, par destruction des cellules bêta par le système immunitaire. Maladie auto-immune attestée par la présence d'auto-anticorps :

- anti-GAD (Glutamic Acid Decarboxylase)
- anti-IA2 (phosphatase membranaire des cellules bêta)
- anti-ICA (Islet Cell Antibody)
- anti-insuline

Au moins 1 anticorps dans 85-90% des cas au moment du diagnostic ; anti-GAD et IA2 ont une bonne valeur prédictive d'apparition d'un diabète I dans les 10 ans

Variante du I : LADA (Latent Auto-immune Diabetes of Adults)

Initialement type II, avec évolution vers une carence en insuline et présence d'anti-GAD

Type II

Résistance cellulaire à l'insuline avec augmentation des taux hormonaux en début de maladie, évoluant vers un épuisement de la sécrétion ; observée généralement chez des individus avec un IMC >32 kg/m² ; incidence croissante avec l'âge

Variante du II : type II cétosique

Episodes d'acido-cétose, entrecoupés de périodes de bon contrôle par les hypoglycémifiants oraux ; se rencontre surtout chez les africains

Insulinorésistance monogénique :

- Mutation du récepteur de l'insuline : insulino résistance de type A, léprechaunisme, ...
- Mutation MCAR, POMC, leptine, SH2B1 ... : obésité sévère
- Diabète lipo-atrophique
- Syndrome de Köbberling

Diabète pancréatique : pancréatite, pancréatectomie, tumeurs
- mucoviscidose, hémochromatose

Endocrinopathies diverses : acromégalie, Cushing, glucagonome, phéochromocytome, ...

Diabète toxique : corticoïdes, interféron, antirétroviraux, agonistes adrénergiques, ...

Diabète syndromique : Trisomie 21, Klinefelter, Turner, Huntington ...

Certaines infections : rubéole congénitale, coxsackie B, oreillons, CMV ...

CRITERES DIAGNOSTIQUES

a. Diabète

OMS 97 (basés sur le risque établi d'apparition d'une rétinopathie)

Glycémie :

>1.26 g/l à deux reprises, à jeun depuis 8h, ou

>2.0 g/l en HGPO 2h après prise de 75g de glucose

OMS 2011 (consensus ADA + IDF + EASD) - pas encore admis par l'INAMI !

Hémoglobine glyquée >6.5% (48 mmol/mol) à deux reprises

b. Intolérance au glucose (pré-diabète)

Définit des patients à risque accru de diabète et d'évènements cardio-vasculaires

Glycémie : (g/l)

à jeun : 1.0 – 1.25 (ADA 2012) 1.10 – 1.25 (OMS/FID)

HGPO 2h après 75g : 1.44 – 1.99

Hémoglobine glyquée entre 5.7 – 6.4 %

c. Diabète gestationnel (DG)

Révision des critères O'Sullivan et HGPO 100g

Ces critères ont été revus de manière plus stricte pour tenir compte de la morbidité maternelle et néonatale y compris à des niveaux longtemps considérés comme normaux (étude HAPO)

> Recommandations GGOLFB 2011

Dépistage recommandé en présence des critères de risque :

Mère >35a ou IMC > 25 kg/m² ou diabète chez les apparentés au 1^{er} degré ou

antécédent personnel de DG ou d'enfant macrosome ou macrosomie fœtale ou hydramnios

Démarche diagnostique :

- idéalement dépister un diabète (ou un pré-diabète) en préconceptionnel,
sinon
- à la première consultation prénatale
rechercher un diabète méconnu (voir critères diabète précités),
sinon
pour une glycémie à jeun entre 0.92 – 1.25 g/l on définit un DG
sinon,
- entre 24 et 28 semaines d'amménorrhée
réaliser une HGPO 75g sur 2 heures avec pour valeurs seuil (en g/l) :
0.92 à jeun, 1.8 à 1h, 1.53 à 2h > un DG est défini pour une seule valeur franchie