

LE DOSSIER

Coronaropathie du diabétique

Éditorial

La coronaropathie du diabétique. Une médecine individualisée

Le diabète progresse dans le monde entier et la France n'échappe pas à ce phénomène. Parmi les coronariens, un bon tiers a un diabète connu et, parmi ceux n'ayant pas d'anomalie glycémique connue, 20 % environ ont une glycémie à jeun trop élevée et 50 % ont une anomalie glycémique (diabète ou prédiabète) si on la recherche par le test de charge orale en glucose.

Un travail réalisé en Finlande et publié en 1998 (avec S. Haffner comme premier auteur) avait marqué les esprits en suggérant qu'en termes pronostiques le diabète constituait un équivalent de maladie coronaire. Des données contradictoires avaient ensuite été publiées. Aujourd'hui, il faut considérer que le pronostic des patients diabétiques en prévention primaire est très nettement amélioré, en tout cas meilleur que celui des coronariens non diabétiques, même s'il demeure moins bon que dans la population non diabétique sans maladie coronaire.

Comme cela est clairement exprimé dans ce dossier de *Réalités Cardiológicas*, le contrôle glycémique a une efficacité largement démontrée dans la prévention des complications microangiopathiques et de leur aggravation. Il permet aussi, sur le long terme, de réduire l'incidence des complications cardiovasculaires. L'objectif glycémique doit toutefois être individualisé en tenant compte de critères cliniques, des conditions de vie et des traitements en cours. Concernant les diabétiques coronariens, l'objectif glycémique peut être moins strict si la maladie coronaire est évoluée, en évitant absolument toute hypoglycémie sévère.

C'est surtout une prise en charge plus précoce, plus intensive et multiple des facteurs de risque, visant un contrôle glycémique, lipidique et tensionnel, qu'il faut assurer. L'étude STENO-2 a montré que cette approche était capable de réduire de moitié l'incidence des événements cardiovasculaires chez les diabétiques de type 2 microalbuminuriques. Cet excellent résultat laisse toutefois persister un risque résiduel excessif. Des stratégies complémentaires sont nécessaires pour le réduire en s'appuyant, là encore, sur une démarche individualisée.

Chez les diabétiques asymptomatiques sans antécédent cardiovasculaire, le pronostic est, en effet, hétérogène et devrait être évalué par des moyens simples,



→ P. VALENSI

Service d'Endocrinologie-
Diabétologie-Nutrition,
Hôpital Jean Verdier, AP-HP,
CRNH-IdF, CINFO,
Université Paris Nord,
BONDY.

LE DOSSIER

Coronaropathie du diabétique

en considérant notamment la valeur aggravante de l'ancienneté du diabète, de la microalbuminurie et, surtout, d'une macroprotéinurie ou d'une insuffisance rénale qui portent alors le risque cardiovasculaire (RCV) à un niveau très élevé. L'évaluation du RCV peut aussi s'appuyer sur l'atteinte des organes cibles, véritables intégrateurs de risque. Dans ce cadre, la détermination du score de calcifications coronaires rencontre un intérêt grandissant en raison de sa valeur pronostique et d'orientation vers l'existence plus probable d'une maladie coronaire silencieuse.

La question pratique se pose du bilan complémentaire à réaliser : jusqu'où pousser les explorations et pour quel bénéfice ? Certes, un infarctus du myocarde silencieux peut encore être retrouvé sur l'ECG de repos et des séquelles de nécrose peuvent même être découvertes plus fréquemment à l'échographie standard, à la scintigraphie myocardique ou à l'IRM. Mais un nombre excessif d'exams est réalisé à la recherche d'une ischémie myocardique silencieuse (IMS), et ce avec une faible rentabilité. Nous verrons que, compte tenu notamment du meilleur contrôle des facteurs de risque, la prévalence de l'IMS a nettement diminué et que le dépistage doit désormais être davantage ciblé vers des patients à très haut risque. Un RCV très élevé devrait conduire, d'une part, à définir des objectifs thérapeutiques plus exigeants et, d'autre part, au dépistage de l'IMS.

Dans ce dossier, vous trouverez également une excellente synthèse sur le choix difficile de la modalité optimale de revascularisation myocardique dans la population diabétique – qui a fait l'objet de recommandations récentes – et sur les réponses attendues des essais en cours, en particulier avec les stents actifs de dernière génération et avec la revascularisation chirurgicale par deux greffons mammaires internes dans cette population.

Plus que jamais, l'heure est à une médecine individualisée résultant désormais de preuves issues de grandes études et impliquant des objectifs thérapeutiques cibles définis de façon consensuelle par la collaboration étroite entre cardiologues et diabétologues, et expliqués au patient (qui doit comprendre la justification des traitements multiples recommandés).

Bonne lecture ! Et n'oublions pas que le diabète est une maladie, pas seulement un facteur de risque, et qu'il nécessite un accompagnement au long cours du patient.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.