

Le dépistage de la maladie coronaire basé sur la stratification du risque chez les patients diabétiques asymptomatiques

- ▶ **Stratification du risque et dépistage de la maladie coronaire chez les patients diabétiques asymptomatiques. P. Valensi, Cardiologie Pratique N°1212 ; 15 décembre 2021**
Ce diaporama est principalement basé sur cet article.
- ▶ Evaluation du risque et dépistage de la maladie coronaire chez le patient diabétique asymptomatique. Consensus de la société française de cardiologie et de la société francophone de diabétologie. P. Valensi et al. / Diabetes & Metabolism 47 (2021) 101185
- ▶ 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases. European Heart Journal, Volume 41, Issue 2, 7 January 2020, Pages 255–323

**chez les patients diabétiques, au cours des dernières décennies,
l'incidence des événements cardio-vasculaires a notablement baissé ...**

- ▶ aux États-Unis : incidence de l'**infarctus du myocarde** ↓ - **68 %** entre 1990 et 2010
- ▶ en Suède, chez les diabétiques ayant 5 **facteurs de risque contrôlés** (HbA1c, PA systolique, LDL-cholestérol, albuminurie, et absence de tabagisme) la **mortalité et le risque d'IDM** sont devenus = **celle des non diabétiques**
- ▶ le **bénéfice du contrôle multifactoriel** du risque est démontré dans l'étude STENO-2 (↓ - **50 %** des évènements CV).
- ▶ en France l'**ischémie myocardique silencieuse** recherchée par scintigraphie myocardique de stress est passée **de > 30 % à 11 %**

... grâce au meilleur contrôle du diabète et des autres facteurs de risque.

Toutefois, globalement **la mortalité cardiovasculaire demeure plus élevée chez les diabétiques** que dans la population générale et la prévalence de la maladie coronaires est x par 2.

Le **dépistage de l'ischémie myocardique silencieuse (IMS)** permet une **réduction de 27 % des événements cardiaques** mais sans réduction de la mortalité de cause cardiaque (méta-analyse).

Dans une perspective d'efficience il s'avère nécessaire de **stratifier le risque de maladie coronaire** chez les patients diabétiques asymptomatiques pour **cibler le dépistage sur les patients à très haut risque,**

Actuellement

- persiste parfois une **représentation dépassée** du risque CV des diabétiques ("diabète = idem situation de prévention secondaires => tous à très haut RCV") ;
- un **nombre excessif d'explorations** est pratiqué de façon routinière, **sans cibler** les patients à haute probabilité de coronaropathie silencieuse ;
- et utilisant souvent l'**ECG d'effort** (sans imagerie), qui a prouvé son **manque de sensibilité (47%) et de spécificité (81%)**;
- puis on rajoute un test d'ischémie avec imagerie pour confirmer ou infirmer si l'ECG d'effort est anormal d'où un **"empilement" qui asphyxie l'offre de soins** ;
- dans l'activité du cabinet de cardiologie libérale de Redon entre 2008 et 2021, sur 491 ECG d'effort (sans imagerie) de "dépistage" chez des diabétiques sans signe ECG ni écho d'ischémie, **la part des tests négatifs et des faux positifs était de 97,3 %**.

la SFD et la SFC ont élaboré et publié en 2021 une **position commune portant sur la stratification du risque et le dépistage** de la maladie coronaire chez les patients diabétiques *asymptomatiques et concernant les patients ayant un diabète de type 2 ou de type 1 et âgés de 35 à 75 ans.*

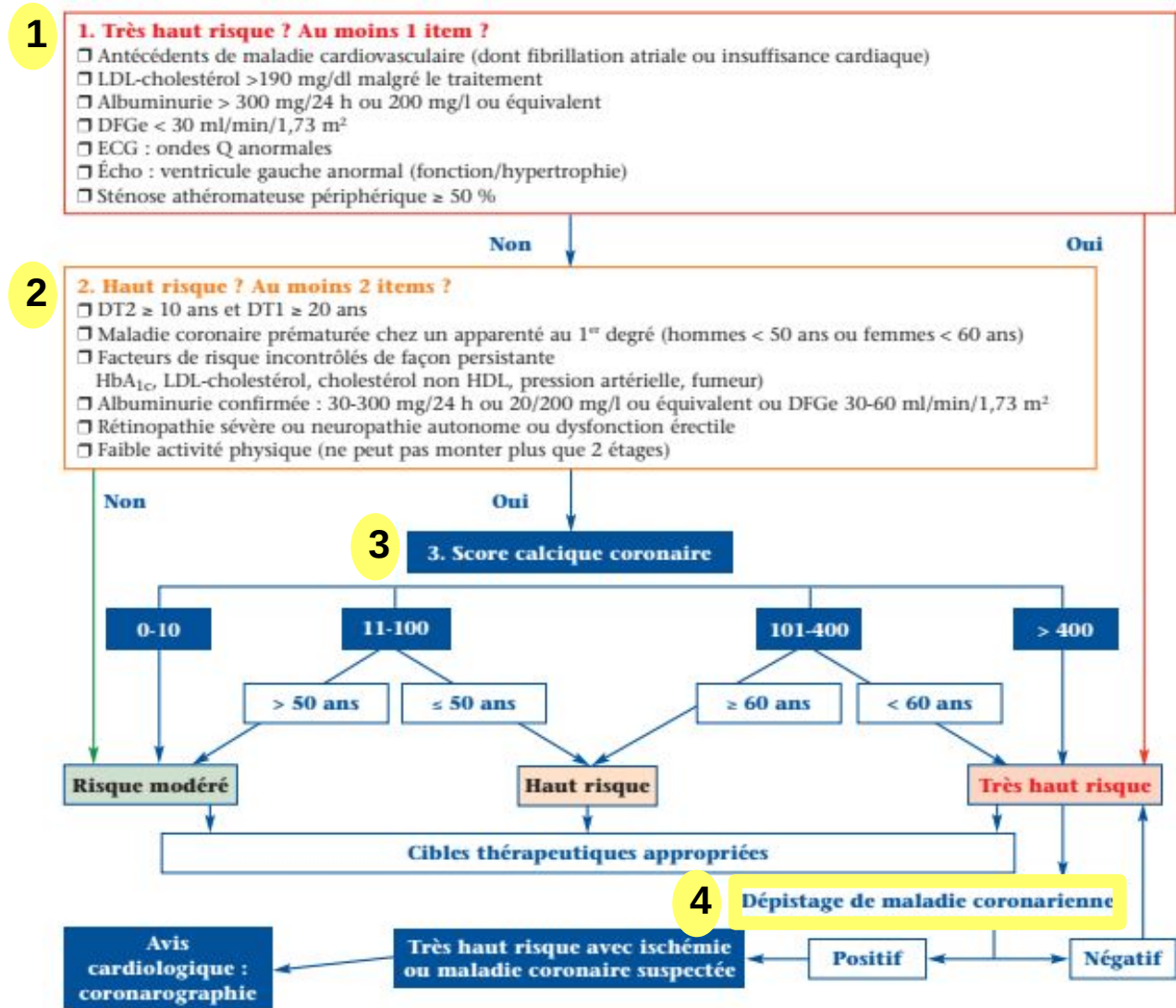
Pourquoi stratifier le risque de coronaropathie chez les patients diabétiques ?

1°) pour décider ou non d'entreprendre le **dépistage de la maladie coronaire silencieuse**, à réserver patients à risque très élevé;

2°) pour déterminer les **objectifs thérapeutiques**;

3°) pour privilégier chez les patients à risque élevé ou très élevé, les **médicaments antihyperglycémifiants** qui ont démontré un **bénéfice dans la réduction du risque cardiovasculaire.**

1°) stratifier pour optimiser le dépistage de la maladie coronaire silencieuse



Algorithme de stratification en 3 étapes + 1 étape de dépistage


LDL : low-density lipoprotein ; DFGe : débit de filtration glomérulaire estimé ; DT1 : diabète de type 1 ; DT2 : diabète de type 2.

Algorithme de stratification

Étape 1

Très haut risque : si au moins 1 item

- antécédent de maladie cardiovasculaire** (coronaropathie, AVCi, chirurgie carotides, AOMI ++, fibrillation auriculaire ou l'insuffisance cardiaque)
- LDL-cholestérol** ≥ 190 mg /dl malgré le traitement
- albuminurie** > 300 mg/24h ou > 200 mg/l ou équivalent
- DFGe** < 30 ml/min/1,73 m²
- ECG** : ondes Q patho, ondes T <0 anormales, BBG ou BBD récent, fibrillation atriale
- échocoeur** : anomalie du VG (fonction, hypertrophie)
- sténose athéromateuse** périphérique ≥ 50 %

si ≥ 1 item  Prescription d'un **test d'ischémie avec imagerie**

Algorithme de stratification

Étape 2

Haut risque : si au moins 2 items

- ancienneté db** : diabète type 2 ≥ 10 ans ou diabète type 1 ≥ 20 ans
- hérédité cv** : maladie coronaire prématurée chez un apparenté au 1er degré ($\text{♂} < 50$ ans ou $\text{♀} < 60$ ans)
- FDRCV** incontrôlés de façon persistante : HbA1c, LDL-cholestérol, cholestérol non HDL, HTA, tabagisme)
- albuminurie** confirmée 30-300 mg/24h ou 20-200 mg/l ou équivalent ou **DFGe** 30-60 ml/min/1,73 m²
- rétinopathie** sévère ou **neuropathie autonome** ou **dysfonction érectile**
- faible capacité physique** (ne peut pas monter plus de 2 étages)

si ≥ 2 items  Prescription d'un **score calcique coronaire**

1

Très haut risque : > 1 item

- antécédent de maladie cardiovasculaire (dont la fibrillation auriculaire ou l'insuffisance cardiaque)
- LDL-cholestérol ≥ 190 mg /dl malgré le traitement
- albuminurie > 300 mg/24h ou > 200 mg/l ou équivalent
- DFGe < 30 ml/min/1,73 m²
- ECG : ondes Q patho, ondes T<0 anormales, BBG ou BBD récent, fibrillation auriculaire
- échocoeur : anomalie du VG (fonction, hypertrophie)
- sténose athéromateuse périphérique ≥ 50 %

2

Haut risque : ≥ 2 items

- diabète type 2 ≥ 10 ans ou diabète type 1 ≥ 20 ans
- maladie coronaire prématurée chez un apparenté au 1er degré (H < 50 ans ou F < 60 ans)
- facteurs de risque incontrôlé de façon persistante : HbA1c, LDLc, non HDLc, HTA, tabagisme)
- albuminurie confirmée 30-300 mg/24h ou 20-200 mg/l ou DFGe 30-60 ml/min/1,73 m²
- rétinopathie sévère ou neuropathie autonome ou dysfonction érectile
- faible capacité physique (ne peut pas monter plus de 2 étages)

Risque modéré

4

Test d'ischémie avec imagerie

Echocardiographie d'effort

Si pas réalisable : écho Dobu ou scinti d'effort

3

Score calcique coronaire

Score CAC > 400

ou

Score CAC [100 - 400]
et âge < 60 ans

Pas d'imagerie



Très haut risque : > 1 item

- antécédent de maladie cardiovasculaire (dont la fibrillation auriculaire ou l'insuffisance cardiaque)
- LDL-cholestérol ≥ 190 mg /dl malgré le traitement
- albuminurie > 300 mg/24h ou > 200 mg/l ou équivalent
- DFGe < 30 ml/min/1,73 m²
- ECG : ondes Q patho, ondes T <0 anormales, BBG ou BBD récent, fibrillation auriculaire
- échocoeur : anomalie du VG (fonction, hypertrophie)
- sténose athéromateuse périphérique ≥ 50 %

Haut risque : ≥ 2 items

- diabète type 2 ≥ 10 ans ou diabète type 1 ≥ 20 ans
- maladie coronaire prématurée chez un apparenté au 1er degré (H < 50 ans ou F < 60 ans)
- facteurs de risque incontrôlé de façon persistante : HbA1c, LDLc, non HDLc, HTA, tabagisme)
- albuminurie confirmée 30-300 mg/24h ou 20-200 mg/l ou DFGe 30-60 ml/min/1,73 m²
- rétinopathie sévère ou neuropathie autonome ou dysfonction érectile
- faible capacité physique (ne peut pas monter plus de 2 étages)

Risque modéré

Commentaires :

L'objectif de cette "grille" est **d'accompagner** la démarche des cliniciens.

Les praticiens gardent leur **liberté de jugement** et de décision, adaptée à chaque patient et exercent en pleine **responsabilité**.

Certains patients ne sont pas parfaitement évalués par cette grille ; exemples :

- patient de 55 ans avec plus de 10 ans de diabète de type 2 + fumeur + sans aucun contrôle des FDRCV + une microalbuminurie + une dysfonction érectile, pourrait être considéré à *très haut risque* alors que la grille le classe à *haut risque*.

- patient de 72 ans avec diabète type 2 ≥ 10 ans + HTA non contrôlée sans autre critère de risque : est-il vraiment à haut risque ?

Index de pression systolique chevilles / bras :
si IPS $< 0,9$ => Dg+ d'AOMI => très haut risque.
Si IPS $> 1,3$ ou $[0,9 - 1]$ => prescrire ED AMI

Algorithme de stratification

Étape 3

Le score de calcifications artérielles coronaires (CAC) (« score calcique »)

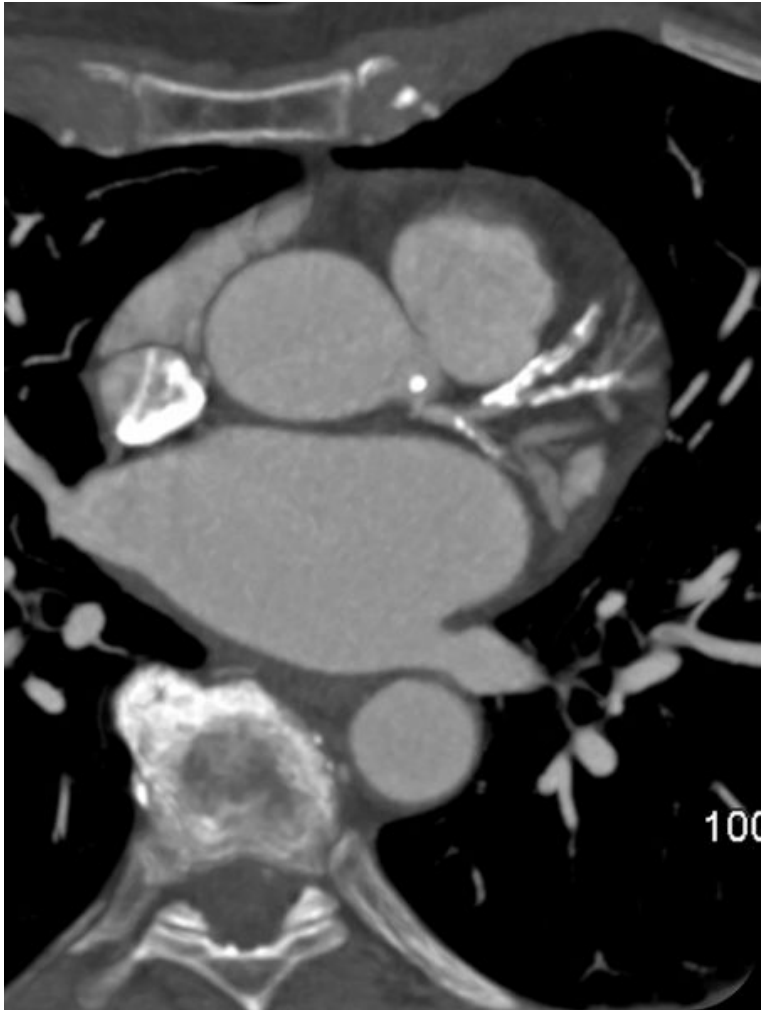
- **détecte l'athérosclérose** coronaire car chaque calcification correspond à une plaque athérosclérotique.
- méthode est **rapide, non invasive et peu onéreuse**, repose sur un scanner cardiaque simple. L'irradiation est faible,
- Classification en **Score d'Agatston** :

< 10	risque très faible
10-99	risque faible
100-400	risque modéré
> 400	risque élevé

A interpréter selon l'âge du patient
- **Corrélé au risque** coronarien, au risque CV, à la mortalité et à la présence d'une ischémie silencieuse (IMS)

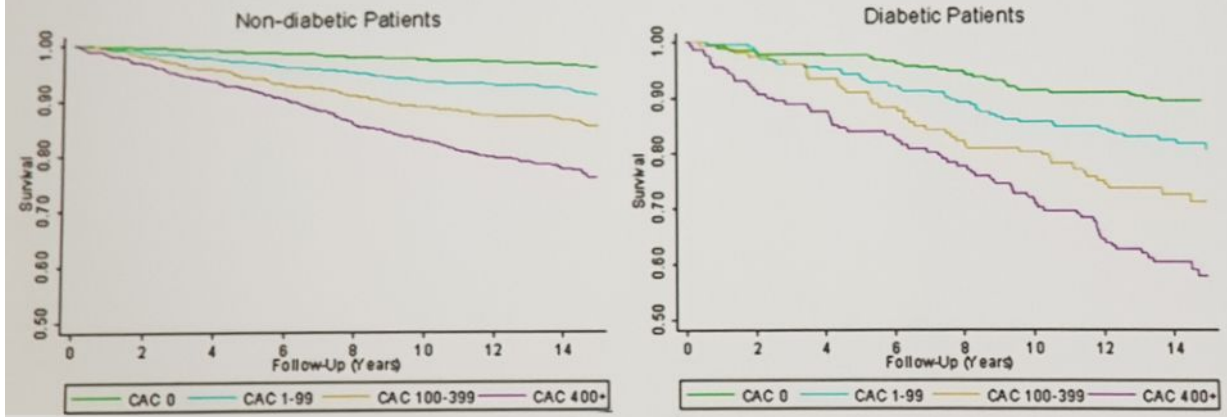
Algorithme de stratification Étape 3

Valeur pronostique du « score calcique »



Higher rates of CAC and poorer prognosis

- 9715 asymptomatic patients who had CAC score.
- 810 with diabetes.
- FU 15 yrs.



Valenti et al , circ vardiavas imag 2016

Algorithme de stratification

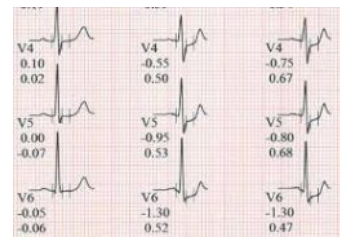
Étape 3

Le score de calcifications artérielles coronaires (CAC) améliore la prédiction d'événements estimée par les facteurs de risque traditionnels : "modificateur de risque"

- **Valeur prédictive négative** : un score bas (< 100 ou encore mieux 0-10), prédit à la fois l'absence de survenue d'événements CV et l'absence très probable d'IMS.
- **Valeur prédictive positive** : un patient considéré comme à risque modéré ou élevé passera dans la catégorie du très haut risque si le score CAC est élevé
- Un score **élevé améliore l'adhésion du patient** au traitement et au contrôle des facteurs de risque
- Un **score = 0 n'exclut pas totalement une coronaropathie** obstructive, particulièrement chez un patient jeune (athérome non calcifié) ; bonne indication du **coroscanner** si un doute persiste après un test d'ischémie,
- à l'opposé, **chez les patients âgés**, le CAC manque de spécificité car les artères sont calcifiées, donc **test à éviter**

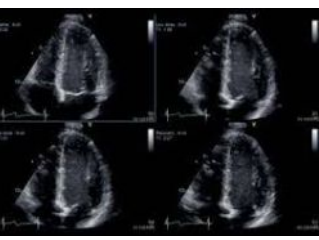
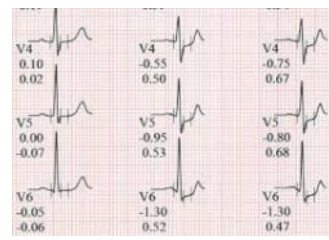
Examens de dépistage d'une ischémie silencieuse = tests d'ischémie

L'ECG d'effort



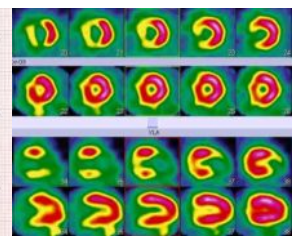
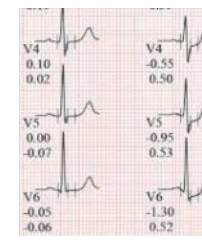
Sans imagerie

Echo d'effort



Avec imagerie

Echo sous dobutamine



Scintigraphie myocardique d'effort



Comparaison des tests d'ischémie

L'ECG d'effort



- faible sensibilité
- faible spécificité
- ne quantifie pas l'étendue de l'ischémie
- non utilisable si BBG ou stimulateur cardiaque
- pratiqué à Redon

Echo d'effort



- méthode physiologique,
- disponible, peu coûteuse
- en cabinet
- excellente tolérance
- pratiqué à Redon

Echo sous dobutamine



- utile si le patient ne peut pas pédaler ou peu échogène
- mais
- en hospitalier
- désagréable
- risque rythmique

Scintigraphie myocardique d'effort



- utile si patient pas échogène
- en hospitalier
- coûteux
- irradiant

- quantifie l'étendue de l'ischémie + sensible + spécifique
- utilisable si BBG ou stimulateur cardiaque

Après la stratification et le dépistage de l'IMS

1°) *ischémie myocardique silencieuse présente*

Traitement médical de la coronaropathie et des FDRCV,

Coronarographie selon âge, comorbidités et étendue de l'ischémie,

2°) *ischémie myocardique silencieuse absente ou non dépistée*

Traitement médical : diabète, autres FDRCV, contrôle pondéral et activité physique.

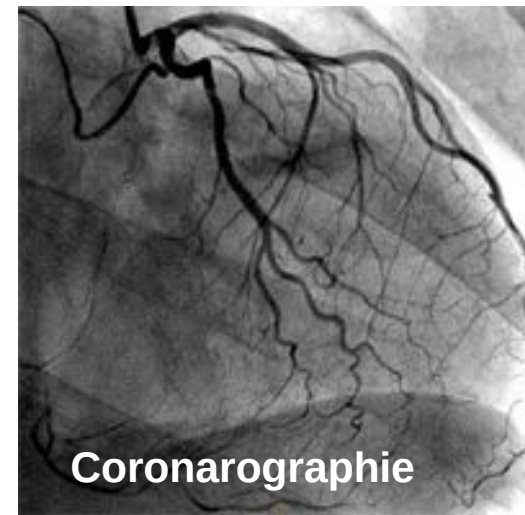
Avec des objectifs dépendant de la stratification.

Essentiel d'atteindre les objectifs pour améliorer le pronostic

Risque modéré : évaluation du risque coronaire 1 fois / an avec le même algorithme en MG

Risque élevé : score calcique coronaire 3 à 5 ans plus tard

Risque très élevé : test d'ischémie avec imagerie 3 à 5 ans plus tard si le patient demeure strictement asymptomatique.



stratifier pour **définir les objectifs** et **optimiser le traitement**

Contrôle glycémique

Le bénéfice du contrôle glycémique dans la prévention cardiovasculaire **est encore controversé**

Mais **le contrôle glycémique intensif expose à un *risque accru d'hypoglycémie***, dangereuse chez les patients coronariens ou insuffisants cardiaques chez qui il est préférable d'éviter les médicaments hypoglycémiants (apport des études de sécurité cardiovasculaire).

Objectifs glycémiques	Risque modéré	Risque élevé	Risque très élevé
HbA1c	< 7 %	< 7 %	7 %
Éviter les hypoglycémies	+	+	+++

stratifier pour **définir les objectifs** et **optimiser le traitement**

=> privilégier chez les patients à risque élevé ou très élevé, les **médicaments antihyperglycémiant**s qui ont démontré un **bénéfice dans la réduction du risque cardiovasculaire**.

Choix des traitements antihyperglycémiants

Eviter les médicaments hypoglycémiants chez les patients **coronariens ou insuffisants cardiaques**

Les AR-GLP1 (liraglutide (Victoza), semaglutide (Ozempic) et dulaglutide (Trulicity)) devraient être préconisés chez les **coronariens**

Les i-SGLT2 (dapagliflozine (Forxiga) et empagliflozine (Jardiance)) montrent également un bénéfice chez ces patients, mais bénéfice essentiellement dans **la réduction du risque d'insuffisance cardiaque et du risque rénal** souvent associé.

stratifier pour **définir les objectifs** et **optimiser le traitement**

Contrôle tensionnel selon reco ESC/EASD 2019

objectifs : **PAS** \leq 130 mmHg et \geq 120 mmHg

PAD \leq 80 mmHg et \geq 70 mmHg).

Le traitement de **première ligne** inclut un **bloqueur du SRA (IEC ou sartan)** en particulier chez les patients diabétiques albuminuriques ou ayant une hypertrophie ventriculaire gauche.

Initier le traitement par une **combinaison** d'un bloqueur du SRA **avec un antagoniste calcique ou un diurétique thiazidique**. Polythérapie souvent nécessaire.

Evaluation de la "vraie" PA par **Automesure Tensionnelle (AMT)**

Rechercher une **hypotension orthostatique** à chaque consultation.

stratifier pour **définir les objectifs** et **optimiser le traitement**

Objectifs lipidiques

	Risque modéré	Risque élevé	Risque très élevé
LDL cholestérol (g/l)	< 1	< 0,70	< 0,55

Puissance des traitements hypocholestérolémiants

	Baisse du LDLc
simva, prava, fluva	- 30 %
atorva, rosuva	- 50 %
atorva ou rosuva + ezetimibe	- 65 %
Inhibiteur PCSK9	- 60 %
i-PCSK9 + atorva ou rosuva	- 75 %
i-PCSK9 + atorva ou rosuva + ezetimibe	- 85 %



stratifier pour **définir les objectifs** et **optimiser le traitement**

Objectifs lipidiques

	Risque modéré	Risque élevé	Risque très élevé
Non HDL cholestérol (g/l) (cholestérol total – HDL-cholestérol)	< 1,30	< 1	< 0,85

La **dyslipidémie athérogène** = **triglycérides > 2 g/l** & **HDL-C bas** (< 0,40 g/l chez l'homme, < 0,50 g/l chez la femme)

comporte un **risque résiduel non pris en compte dans les objectifs du LDL.**

Ainsi, le **non-HDL cholestérol** devrait constituer un **objectif secondaire** particulièrement chez les patients à risque élevé et surtout très élevé.

Le **fénofibrate** réduit significativement le risque d'événements cardiovasculaires majeurs chez les patients diabétiques avec dyslipidémie athérogène.

Ainsi la **prescription du fénofibrate** peut être considérée, **en association avec une statine**, chez les patients à l'objectif de LDL-C qui conservent les critères de la dyslipidémie athérogène, **après avis d'un spécialiste.**

stratifier pour **définir les objectifs** et **optimiser le traitement**

Traitement antiagrégant plaquettaire

ne devrait plus être systématique en prévention primaire.

L'étude ASCEND chez les patients diabétiques âgés > 40 ans en prévention primaire :
l'aspirine ↓ événements cardiovasculaires mais ↑ saignements majeurs, en particulier gastrointestinaux.

Chez les patients à **risque coronaire élevé ou très élevé**, une faible dose d'aspirine peut être proposée **si le risque de saignement est faible.**

EN CONCLUSION

La stratification du risque coronaire devrait être réalisée chez tout patient diabétique pour

- réaliser le **dépistage coronaire de façon ciblée**
- définir des **objectifs thérapeutiques sur mesure**
- proposer un **traitement optimisé individualisé**

L'algorithme proposé (qui concerne le diabète de type 2 ou de type 1, de 35 à 75 ans), s'appuie sur des **critères cliniques et biologiques usuels** pour les deux premières étapes et fait appel au **score CAC dans quelques cas**.

La **recherche de protéinurie** fait partie intégrante du suivi du diabétique, très bon marqueur de risque.

Cet algorithme permet une **évaluation + rigoureuse et + précise du risque coronaire**, en soulignant que **les praticiens gardent leur liberté de jugement et de décision**, adaptée à chaque patient,

La mise en pratique repose sur une bonne **coordination** entre **MG, diabéto, cardio, néphro, ophtalmo et radio et avec le patient**.

L'écho d'effort est l'examen de choix pour diagnostiquer l'IMS.

L'arbre de la coronaropathie silencieuse ne saurait cacher la forêt des diabétiques, **c'est le traitement médical optimal qui améliore leur pronostic** de la population diabétique et pas la sur-prescription d'explorations cardiologiques ± pertinentes.

Toujours et encore : **lutter contre l'inertie thérapeutique et atteindre les objectifs** proposés

DIAPO
SYNTHESE 1

Très haut risque : > 1 item

- antécédent de maladie cardiovasculaire (dont la fibrillation auriculaire ou l'insuffisance cardiaque)
- LDL-cholestérol ≥ 190 mg /dl malgré le traitement
- albuminurie > 300 mg/24h ou > 200 mg/l ou équivalent
- DFGe < 30 ml/min/1,73 m²
- ECG : ondes Q patho, ondes T <0 anormales, BBG ou BBD récent, fibrillation auriculaire
- échocoeur : anomalie du VG (fonction, hypertrophie)
- sténose athéromateuse périphérique ≥ 50 %

Haut risque : ≥ 2 items

- diabète type 2 ≥ 10 ans ou diabète type 1 ≥ 20 ans
- maladie coronaire prématurée chez un apparenté au 1er degré (H < 50 ans ou F < 60 ans)
- facteurs de risque incontrôlé de façon persistante : HbA1c, LDLc, non HDLc, HTA, tabagisme)
- albuminurie confirmée 30-300 mg/24h ou 20-200 mg/l ou DFGe 30-60 ml/min/1,73 m²
- rétinopathie sévère ou neuropathie autonome ou dysfonction érectile
- faible capacité physique (ne peut pas monter plus de 2 étages)

Risque modéré

Test d'ischémie avec imagerie

Echocardiographie d'effort

Si pas réalisable :
écho Dobu ou scinti d'effort

Score calcique coronaire

Score CAC > 400

ou

Score CAC [100 - 400]
et âge < 60 ans

Pas d'imagerie

DIAPO SYNTHÈSE 2

↓ Prise en charge ↓	Risque →	modéré	élevé	très élevé
Diabète	cible HbA1c	< 7 %	< 7 %	7 %
	Éviter les hypoglycémies	+	+	+++
	ARGLP1 ou InhibSGLT2		++	+++
Cholestérol	cible LDL (g/l)	< 1	< 0,70	< 0,55
Pression artérielle	cible (mmHg)	120 ≤ PAS ≤ 130		70 ≤ PAD ≤ 80
	Inhibiteur SRA (IEC, Sartan)		++	+++
Aspirine 75-100 mg		non	non	++
Sevrage tabac, diététique, activité physique			+++	

↓ suivi ↓				
Bilan MG (ex clinique, ECG, Bio, albU)		1 fois / an		
CardioVasc (ETT, ED TSA, ED AMI)		3 – 5 ans	3 ans	2 ans
Score calcique		non	3 – 5 ans	non
Imagerie d'effort ou de stress		non	non	3 – 5 ans

MG
dépistage clinique,
Bio, ECG
&
ETT ED AMI TSA
Récents disponibles



Modéré, asymptote, FDR CV
contrôlés, cardio < 3-5 ans

Haut risque, asymptote, FDR CV
contrôlés, cardio < 3 ans

Très haut risque, asymptote, FDR CV
contrôlés, cardio < 2 ans

oui

MG
suivi

non

MG
Dépistage clinique,
Bio, ECG
&
ETT ED AMI TSA
Récents non disponibles

Cs Cardio

ETT
Échoscopie
AMI TSA

IPA
collecte
données



CAC

**Imagerie
d'effort**

EN PRATIQUE

La mise en place d'un dépistage structuré de la maladie coronarienne chez les diabétiques dans le pays de Redon nécessitera :

1°) la diffusion de l'algorithme quand tout sera validé

2°) favoriser les bonnes pratiques

- la pratique de l'index de pression systolique => fiche
- la recherche de protéinurie => fiche
- l'automesure tensionnelle => fiche
- recherche hypotension orthostatique => fiche

3°) le score calcique coronaire est pratiqué au CH de Redon ; établir une coordination avec les radiologues exerçant au CH.

4°) valider le planning de suivi des diabétiques

Proposition de planning de suivi cardio-vasculo-néphro-métabolique des diabétiques asymptomatiques

	Bilan MG	Bilan Cardio ETT & ED AMI TSA *	Score CAC	Echo effort
Risque	Clinique ECG Bio albU	<i>si FDRCV contrôlés</i>		
	SFD-SFC 2021	Proposition À valider par la commission diabète de la CPTS	SFD-SFC 2021	SFD-SFC 2021
modéré	1 / an	3 – 5 ans	non	non
élevé	1 / an	3 ans	3 - 5 ans	Selon CAC
très élevé <i>asympto</i>	1 / an	2 ans #	non	3 - 5 ans

* pas mentionné par SFD-SFC 2021 ni par ESC 2019

par analogie avec le suivi des coronariens stables (= asymptomatiques & FDRCV contrôlés)

+++ Les praticiens gardent leur liberté de jugement et de décision, adaptée à chaque patient +++