NUMÉRO 300

Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur le diabète

→ F. DELAHAYE
Service de Cardiologie, CHU, LYON.

Ces recommandations ont été présentées durant le congrès de l'ESC à Amsterdam début septembre et sont publiées dans l'*European Heart Journal* [1].

Le diabète sucré (DS) :
– est un désordre métabolique caractérisé par une hyperglycémie chronique résultant d'un défaut de sécrétion ou d'action de l'insuline ou d'une combinaison des deux ;
– est dans 95 % des cas de type 2 ;
– est un contributeur important aux atteintes vasculaires, qui entraînent un risque élevé de complications macro et microvasculaires.

L'algorithme des investigations est présenté dans la ***figure 1*** et les cibles thérapeutiques dans le ***tableau I***.

La recherche d'une ischémie myocardique silencieuse peut être envisagée chez des patients diabétiques à haut risque sélectionnés (IIb, C).

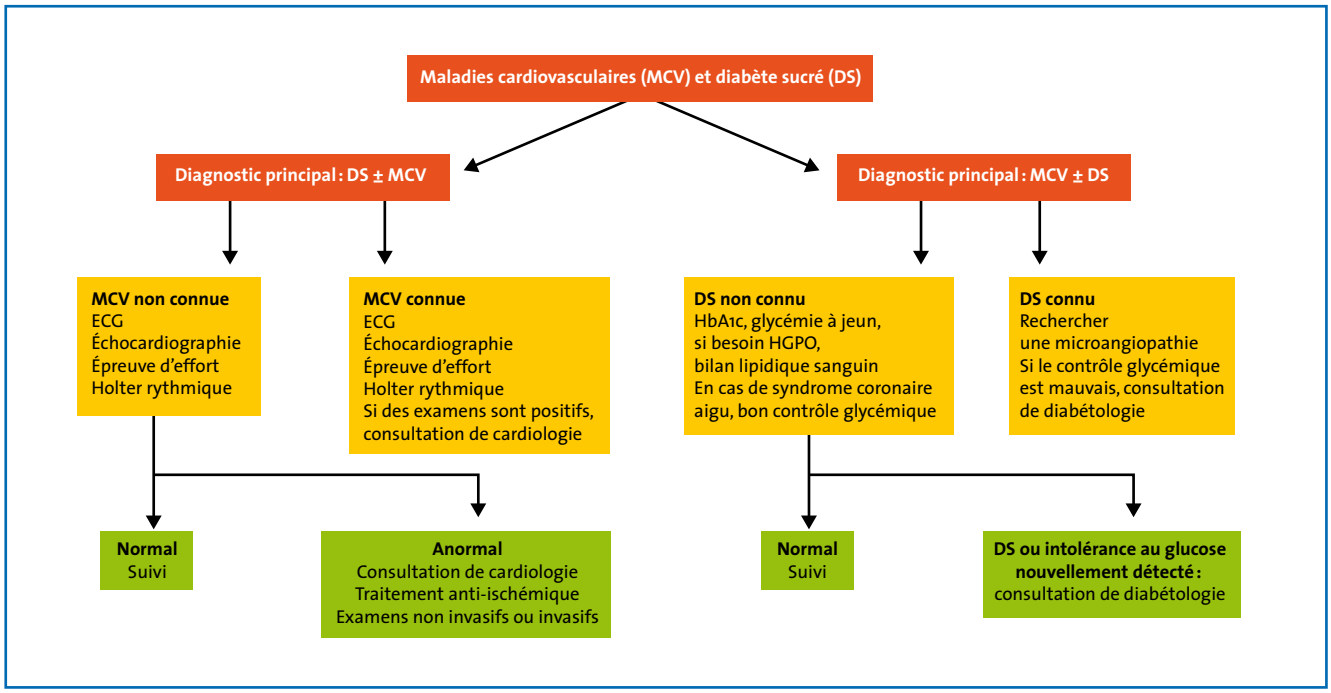


FIG. 1 : Principes du diagnostic et de la prise en charge des MCV chez les patients diabétiques avec un diagnostic primaire de DS ou un diagnostic primaire de MCV. Les investigations recommandées doivent être envisagées en fonction des besoins individuels et du jugement clinique et ne sont pas des recommandations générales à mettre en œuvre chez tous les patients.

NUMÉRO 300

Tension artérielle En cas de néphropathie	< 140/85 mmHg Tension artérielle systolique < 130 mmHg
Contrôle glycémique HbA_{1c}	Généralement : < 7,0% (< 53 mmol/mol) Sur une base individuelle : < 6,5-6,9 % (< 48-52 mmol/mol)
Cholestérolémie des LDL	Patient à très haut risque : < 1,8 mmol/L (< 0,7 g/L) ou réduction d'au moins 50 % Patient à haut risque : < 2,5 mmol/L (< 1 g/L)
Traitement antiagrégant plaquettaire	Patient avec MCV et DS : aspirine : 75-160 mg/j
Tabagisme	Arrêt
Activité physique	Modérée à vigoureuse : ≥ 150 min/semaine
Poids	Réduction du poids en cas de surpoids
Habitudes alimentaires Graisses (% du total calorique) Totales Saturées Mono-insaturées Fibres alimentaires	 < 35 % < 10 % > 10 % > 40 g/j (ou 20 g/1 000 kcal/j)

TABLEAU I : Résumé des cibles thérapeutiques chez les patients ayant un diabète ou une intolérance au glucose, et une coronaropathie.

1. Âge

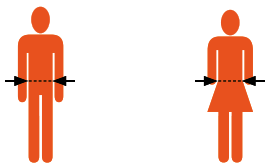
< 45 ans	0
45-54 ans	2
55-64 ans	3
> 64 ans	4

2. Indice de masse corporelle

< 25 kg/m²	0
25-30 g/m²	1
> 30 kg/m²	3

3. Tour de taille, au-dessous des côtes (habituellement au niveau de l'ombilic)

Hommes	Femmes	
< 94 cm	< 80 cm	0
94-102 cm	80-88 cm	3
> 102 cm	> 88 cm	4



4. Avez-vous habituellement une activité physique, au travail, ou durant le temps de loisirs, d'au moins 30 minutes par jour ?

Oui	0
Non	2

5. Mangez-vous tous les jours des légumes, des fruits, des baies ?

Oui	0
Non	1

6. Avez-vous un traitement antihypertenseur ?

Non	0
Oui	2

7. Vous a-t-on déjà trouvé une glycémie élevée (lors d'un examen de santé, pendant une maladie, une grossesse) ?

Non	0
Oui	5

8. Des personnes de votre famille ont-elles un diabète (de type 1 ou 2) ?

Non	0
Oui, grands-parents, oncles, tantes, cousins au premier degré (mais pas vos propres parents, frère, sœur ou enfant)	3
Oui, père, mère, frère, sœur, enfant	5

Risque total (somme de tous les scores) : ☐

Risque d'avoir un diabète de type 2 dans les 10 ans :

< 7	bas (1/100)
7-11	légèrement augmenté (1/25)
12-14	modéré (1/6)
15-20	élevé (1/3)
> 20	très haut (1/2)

FIG. 2 : FINDRISC (*FINnish Diabetes RIsk SCore*).

Identification

Le dépistage du DS de type 2 peut être fait en utilisant un score de risque non invasif, par exemple FINDRISC (***fig. 2***), auquel on ajoute une évaluation de la glycémie chez les sujets à haut risque.

Le diagnostic de DS peut être fait par la mesure de la glycémie à jeun (≥ 7,0 mmol/L), la glycémie 2 heures après charge en glucose (≥ 11,1 mmol/L) ou le dosage de l'HbA1c (≥ 6,5 %).

Un taux d'HbA1c < 6,5 % n'exclut pas le diagnostic de DS, qui doit être recherché par une hyperglycémie provoquée orale chez les patients à haut risque de métabolisme glucidique perturbé.

Le dosage de la glycémie ou du taux d'HbA1c doit être répété afin de confirmer le diagnostic.

Prévention

L'évolution d'une intolérance au glucose vers un DS peut être retardée par des modifications du mode de vie chez environ 50 % des personnes. L'effet de l'intervention se maintient après que les conseils sur le mode de vie ont cessé.

L'évolution d'une intolérance au glucose vers un DS peut être retardée par un traitement médicamenteux (inhibiteurs de l'alpha-glucosidase, metformine, glitazones, insuline, sartans), cela tant que le médicament est pris.

Évaluation du risque cardiovasculaire individuel

>>> Facteurs de risque classiques (antécédents familiaux, mode de vie, tabagisme, hypertension artérielle, dyslipidémie).

>>> Statut glycémique.

>>> Maladie macrovasculaire (coronaire, cérébrale, périphérique, insuffisance cardiaque).

>>> Maladie microvasculaire (rétinopathie, néphropathie, neuropathie).

>>> Arythmie, en particulier FA.

Prise en charge multifactorielle du risque cardiovasculaire

>>> Éducation et responsabilisation du patient.

>>> Conseils sur le mode de vie.

>>> Arrêt du tabagisme.

>>> Traitement personnalisé de la tension artérielle, des lipides, du glucose et du risque thrombotique.

Intervention sur le mode de vie

>>> Consommation quotidienne de fruits et de légumes.

>>> Augmentation de la consommation de fibres alimentaires.

>>> Consommation modérée de carbohydrates simples.

>>> Réduction de la consommation totale de graisses alimentaires.

>>> Remplacement des graisses saturées par des graisses mono- ou polyinsaturées.

>>> Activité physique ≥ 30 min/j ou ≥ 150 min/semaine.

>>> Réduction du poids ≥ 5 % si l'IMC est ≥ 25 kg/m^2.

>>> Consommation d'alcool modérée.

Cibles pour la prévention des maladies cardiovasculaires

>>> TA < 140/85 mmHg.

>>> Cholestérol des LDL < 1,8 mmol/L (< 0,7 g/L).

>>> HbA1c < 7 % (< 53 mmol/mol).

Prise en charge médicale multifactorielle

Une association de médicaments antihypertenseurs est souvent nécessaire pour contrôler la tension artérielle ; un médicament bloqueur du système rénine-angiotensine-aldostérone doit faire partie du traitement.

Le contrôle lipidique est basé sur les statines.

Un traitement antiagrégant plaquettaire est recommandé pour la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires (MCV).

Une association de médicaments diminuant la glycémie est souvent nécessaire pour contrôler la glycémie ; la metformine doit être envisagée comme traitement de première intention, notamment chez les sujets en surpoids ou obèses.

Options de revascularisation

>>> Syndrome coronaire aigu : coronarographie précoce et revascularisation de la lésion coupable.

>>> Coronaropathie stable : des pontages coronaires sont préférables si la zone myocardique à risque est étendue (atteinte pluritronculaire, lésions coronaires complexes) ; une angioplastie avec stent actif peut être faite pour le contrôle des symptômes en cas d'atteinte mono ou bitronculaire.

>>> Artériopathie périphérique : une ischémie critique d'un membre et une atteinte carotide symptomatique doivent être revascularisées.

Insuffisance cardiaque

Le DS de type 2 est un facteur de risque majeur de développement d'une insuffisance cardiaque. L'association d'un DS et d'une insuffisance cardiaque entraîne une mortalité 12 fois supérieure à celle du DS isolé.

La prise en charge pharmacologique inclut l'association d'inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone, de bêtabloquants et de diurétiques. L'approche non pharmacologique doit être envisagée comme chez les patients non diabétiques.

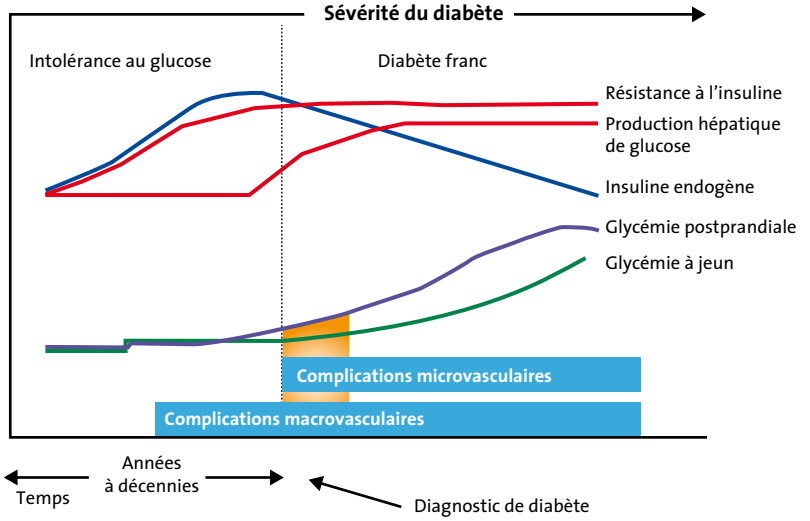
Stratégies multidisciplinaires

Une prise en charge complète des patients diabétiques nécessite souvent la collaboration de spécialistes en cardiologie, en diabétologie et en soins primaires, et d'autres spécialités comme la chirurgie, l'ophtalmologie, la néphrologie, la psychiatrie. Infirmiers, diététiciens, podologues et kinésithérapeutes sont des collaborateurs importants.

Zones d'incertitude

Elles sont nombreuses :
– il y a besoin de biomarqueurs et de stratégies diagnostiques pour la détection précoce d'une coronaropathie chez les sujets asymptomatiques. L'évolution cardiovasculaire à long terme avec la plupart des médicaments qui abaissent la glycémie n'est pas connue. Les cibles de tension artérielle optimale ne sont pas connues ;
– les effets secondaires métaboliques des bêtabloquants et des diurétiques sont-ils pertinents cliniquement ?

NUMÉRO 300



– l'efficacité et la sécurité des médicaments qui augmentent/améliorent les particules de cholestérol des HDL ne sont pas claires ;
– le traitement antithrombotique optimal pour la prévention primaire des MCV reste à établir ;
– les effets pléiotropes des hypocholestérolémiants sur les événements cardiovasculaires ne sont pas complètement connus ;
– le rôle et le niveau du contrôle glycémique dans l'évolution des patients ayant un syndrome coronaire aigu restent à établir ;
– le rôle et le niveau du contrôle glycémique dans l'évolution pendant et après une revascularisation myocardique restent à établir ;
– l'impact des médicaments abaissant la glycémie, dont la metformine, les analogues de la GLP-1 (*glucagon-like-peptide-1*) et des inhibiteurs de la DPP-IV (*dipeptidyl-peptidase-IV*) sur la prévention de l'insuffisance cardiaque n'est pas connu ;
– quel est le rôle de l'hypoglycémie et d'autres prédicteurs dans la mort cardiaque subite ?

Bibliographie

1. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*, 2013 Aug 30.

réalités Bulletin d'abonnement

Je m'abonne à **réalités** Cardiologiques

Médecin	☐ 1 an : 60 €	
	☐ 2 ans : 95 €	
Étudiant/Interne	☐ 1 an : 50 €	
(joindre un justificatif)	☐ 2 ans : 70 €	
Étranger	☐ 1 an : 80 €	
(DOM-TOM compris)	☐ 2 ans : 120 €	

BULLETIN À RETOURNER À :
PERFORMANCES MÉDICALES
91, AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE
75011 PARIS

Déductible des frais professionnels

Nom

Prénom

Adresse

Ville Code postal

E-mail

Règlement ☐ **Par chèque** (à l'ordre de Performances Médicales)
☐ **Par carte bancaire** (sauf American Express)
carte n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
cryptogramme |_|_|_| **date d'expiration** |_|_|_|_|

Signature