



Jean-Jacques Monsuez (Paris)  
[jean-jacques.monsuez@aphp.fr](mailto:jean-jacques.monsuez@aphp.fr)

## Diabète et maladie cardiovasculaire : où en est-on ?

Les complications les plus graves du diabète (en particulier du type 2) sont la maladie coronaire et les autres accidents de l'athérosclérose (à l'origine des 2/3 de la mortalité diabétique).

Les causes de mortalité causée par le diabète se répartissent de la manière suivante :

- 40 % par coronaropathie et ses complications,
- 15 % par une autre complication cardiaque (notamment insuffisance cardiaque),
- 10 % par accident vasculaire cérébral.

### Quelques repères épidémiologiques

L'incidence, la prévalence et la mortalité de la maladie coronaire sont deux à quatre fois plus élevées chez les diabétiques. Au cours des deux dernières décennies, l'incidence des infarctus du myocarde (IDM) et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) a néanmoins diminué chez les diabétiques (de 2 et 3 fois, respectivement), mais elle reste plus élevée que celle observée chez les non diabétiques, et parallèlement, le nombre de diabétiques ne cesse de croître (382 millions estimés en 2016 dans la population mondiale, avec une projection à 592 millions en 2035).

Cette progression touche particulièrement les pays à revenus limités, où elle est deux fois plus rapide que dans les pays à revenus élevés. Ainsi les diabétiques représentent-ils 25 à 30 % des malades des maladies pris en charge pour un syndrome coronaire aigu en USIC en France, cette proportion pouvant atteindre 50 % en Afrique du Nord.

La session commune SFC/Société Algérienne de Cardiologie abordera les spécificités de la prise en charge de la maladie coronaire chez les diabétiques de type 2 (prévention, diagnostic, gestion des antiplaquettaires, prise en charge de l'IDM à la phase aigüe, cardiomyopathie diabétique).

## Prévention et traitement du diabète

Si le bénéfice du traitement optimal du diabète sur la survenue des lésions de microangiopathie est établi, il a été plus controversé dans celle des lésions macrovasculaires et de de leurs complications. Les hypoglycémies plus fréquentes qu'il peut occasionner exposent à un sur-risque de complications (études ACCORD et ADVANCE). Une méta-analyse récente, incluant l'étude VADT, restreint l'inquiétude de ce risque, en ne montrant pas de surmortalité liée au contrôle optimal de la glycémie et de l'hémoglobine glycosylée. La place des nouveaux traitements du diabète tels que les agonistes du récepteur du GLP 1 (étude LEADER) et des inhibiteurs du SGLT 2 (étude EMPA REG) devra être précisée, des éléments préliminaires montrant une réduction des accidents cardiovasculaires majeurs sous ces nouveaux traitements. La publication de l'étude LEADER au cours de l'été 2016 confirme le bénéfice cardiovasculaire du traitement optimal du diabète. Parmi les 9340 diabétiques à risque cardiovasculaire élevé (maladie coronaire, cérébro-vasculaire, artérielle périphérique préexistantes ou multiples facteurs de risque) traités par antidiabétiques oraux et ou insuline retard, ceux recevant un traitement complémentaire par LIRAGLUTIDE ont un risque d'évènement cardiovasculaire de 13 % inférieur, et ce dans un délai assez court de 3,8 ans<sup>7</sup>.

Le contrôle optimal de l'HTA, qui atteint un diabétique sur deux, réduit la survenue des complications cardiovasculaires (études UKPDS, ADVANCE et ACCORD BP). La méta-analyse récente de ces études montre qu'une réduction de PA systolique en dessous de 30 mmHg réduit le risque d'AVC de 35 % et la mortalité de 24 %.

Le troisième volet de la prévention est le traitement hypolipémiant. Une réduction de 0,39 g/l du LDL- cholestérol sous traitement par statines réduit la mortalité cardiovasculaire des diabétiques, avec 21 % d'accidents cardiovasculaires majeurs de moins pour chaque mmol de réduction de LDL (études CTT, CARDS). Cibler un LDL-cholestérol inférieur à 1g/l réduit ces complications cardiovasculaires de 25 % (étude TNT). L'intérêt potentiel des inhibiteurs de la PCSK9 est en cours d'évaluation.

## Voie percutanée ou chirurgicale ?

La revascularisation à proposer chez un coronarien stable diabétique a longtemps privilégié la chirurgie par rapport à l'approche percutanée, avec un écart qui semblait s'amoinrir dans l'étude BARI 2D. L'étude montrait cependant que pour les malades symptomatiques sous traitement médical (ceux ayant une ischémie myocardique franche et ceux dont les lésions coronaires sont sévères), la revascularisation est souhaitable (par voie percutanée ou chirurgicale), selon l'anatomie des lésions, et le score SYNTAX, où les lésions tri-tronculaires, les plus étendues, les lésions chroniques, celles des bifurcations et les occlusions bénéficient plus de la chirurgie.

Même avec les stents les plus récents et les nouveaux anti-plaquettaires, la supériorité de la revascularisation percutanée sur la chirurgie n'a pas pu être établie chez les diabétiques pluritronculaires dans l'étude FREEDOM. La revascularisation des syndromes coronaires aigus du diabétique bénéficie des inhibiteurs puissants du récepteur P2Y12 plaquettaire (prasugrel, ticagrelor). La poursuite de la double inhibition plaquettaire de façon prolongée au-delà de la première année réduit la survenue des récurrences, accidents secondaires et la mortalité (étude PEGASUS).

### **Messages clés pour la prise en charge cardiovasculaire des diabétiques en 2017**

**Traiter de façon optimale le diabète pour prévenir les accidents cardiovasculaires, principale cause de la mortalité diabétique en :**

- traitant l'HTA (associée une fois sur deux au diabète),
- baissant le LDL cholestérol en dessous de 1g,
- mettant en place le sevrage tabagique chez le fumeur.

**Traiter les lésions coronaires constituées en procédant à :**

- la quantification de leur impact sur la souffrance myocardique,
- l'évaluation de la complexité anatomique des lésions coronaires et de leur retentissement,
- un traitement pharmacologique puissant pour réduire les complications de procédure

Retrouvez plus d'information sur ce thème sur [Cardio-Online...](#)