

# Faut-il encore dépister l'ischémie myocardique silencieuse chez le patient diabétique?

Dr A. MOUMEN<sup>a</sup>, Dr A. MEFTAH<sup>a</sup>, Dr M. BENKACEM<sup>a</sup>, Dr H. EL JADI<sup>a</sup>, Dr A. EL MASMOUDI<sup>a</sup>, Dr J. ISSOUANI<sup>a</sup>, Dr AA. GUERBOUB<sup>a</sup>, Dr S. EL MOUSSAOUI<sup>a</sup>, Pr G. BELMEJDOUB<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service d'Endocrinologie et de Diabétologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC

**Introduction:** La coronaropathie est la principale cause de décès du patient diabétique. Elle est souvent silencieuse d'où le retard diagnostique. Le dépistage systématique de l'ischémie myocardique silencieuse (IMS) est actuellement largement débattu et les recommandations des sociétés savantes ne sont pas unanimes. L'objectif de notre travail est d'évaluer la prévalence de l'ischémie myocardique silencieuse et le coût du dépistage chez des diabétiques asymptomatiques.

## Résultats

Caractéristiques générales (n = 28)	
Age (ans) M ± ET	60,36 ± 8,24
Sexe (%) Homme	35,7%
Type de diabète	
Type 1	7,1%
Type 2	92,9%
Ancienneté du diabète (ans) M ± ET	15,32 ± 7,95
Tabagisme	14,3%
HTA	85,7%
Dyslipidémies	85,7%
Obésité	32,1%

### Caractéristiques générales de la population étudiée

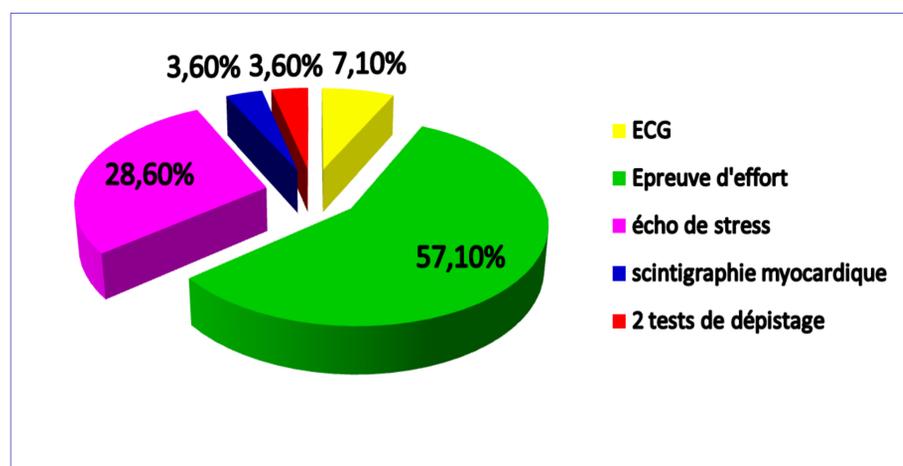
Résultats du dépistage IMS	n = 28
Dépistage positif	32,1%
Faux positifs (coronarographie normale)	14,3%
Intensification du traitement médical	17,9%
Revascularisation chirurgicale	7,1%
Coût moyen (euros/patient)	327

### Résultats du dépistage de l'IMS chez la population étudiée jusqu'au 31/01/2014

**Matériels et méthodes:** Etude prospective menée au sein du service d'Endocrinologie et de Diabétologie de l'Hôpital Militaire de Rabat incluant des patients diabétiques asymptomatiques sélectionnés selon les recommandations du dépistage de l'ischémie myocardique silencieuse de la SFC/ALFEDIAM 2004. L'étude a débuté le 01 janvier 2013 et s'étale sur 3 ans. Une coronarographie est réalisée si une ischémie myocardique est mise en évidence sur un test de dépistage. Le suivi ultérieur est effectué en consultation et par contact téléphonique.

Complications dégénératives	n = 28
Athérosclérose carotidienne	52,4%
Athérosclérose des artères membres inférieurs	40%
Rétinopathie diabétique	35,7%
Neuropathie diabétique	50%
microalbuminurie	32,1%
Insuffisance rénale (clairance MDRD < 60ml/min)	10,7%

### Profil dégénératif de la population étudiée



### Modalités du dépistage de l'IMS chez la population étudiée

**Discussion :** La maladie coronaire ischémique représente dans certaines études jusqu'à 65 à 80 % des décès des patients diabétiques [1]. L'IMS est un facteur de mauvais pronostic, prédictif de la survenue d'événements cardiaques ischémiques majeurs en particulier chez les patients diabétiques [2]. Si les recommandations françaises du dépistage de l'IMS n'ont pas changé depuis 2004 [3], les recommandations européennes préconisent toujours un dépistage chez les diabétiques > 40 ans en soulignant l'intérêt du score calcique préconisé en première intention [4], par contre les américains ont largement réduit les indications du dépistage depuis 2010 en ne le proposant qu'aux sujets symptomatiques (angor typique ou non) ou présentant une anomalie à l'ECG de repos [5]. En effet, depuis la publication des résultats des études DIAD [6] et DYNAMIT [7] dans lesquelles aucun bénéfice en terme de pronostic cardiovasculaire à moyen terme n'a été retrouvé, le dépistage de l'IMS chez les diabétiques fait l'objet de controverses. En outre, les études COURAGE [8] et BARI 2D [9] ont démontré le faible bénéfice de la revascularisation coronaire percutanée sur la mortalité des patients présentant une coronaropathie stable par rapport à un traitement médical optimal. Néanmoins, en cas de revascularisation chirurgicale, le taux d'événements majeurs est un peu plus bas que sous traitement médical [9]. Nos résultats initiaux ne semblent pas également être en faveur du dépistage vu le taux de revascularisation chirurgicale faible et le coût élevé. Néanmoins, toutes les études s'accordent pour confirmer la place majeure du traitement médical optimal du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire afin de réduire la morbi-mortalité coronaire dans cette population [10]. La place du dépistage de l'IMS, serait en cas de positivité d'affiner la stratification du risque cardiovasculaire et induire un renforcement du traitement médical [10]. En effet, ce dépistage a permis l'intensification du traitement médical chez 17,9% de nos patients.

**Conclusion :** La stratégie de dépistage ne devrait plus être entreprise dans le seul but de réaliser une coronarographie voire une angioplastie mais surtout pour envisager une intensification du traitement médical des facteurs de risque cardiovasculaire. Elle devra éventuellement être redéfinie pour repérer les patients avec une très forte probabilité d'atteinte coronarienne significative pouvant tirer un bénéfice d'une revascularisation chirurgicale.

## Références :

- [1] Beller GA. Noninvasive screening for coronary atherosclerosis and silent ischemia in asymptomatic type 2 diabetic patients: is it appropriate and cost-effective? *J Am Coll Cardiol* 2007; 49:1918-23.
- [2] Giri S, Shaw LJ, Murthy DR et al. Impact of diabetes on the risk stratification using stress single-photon emission computed tomography myocardial perfusion imaging in patients with symptoms suggestive of coronary artery disease. *Circulation* 2002; 105:32-40.
- [3] Puel J, Valensi P, Vanzetto G et al. Identifying myocardial ischaemia in diabetics. SFC/ALFEDIAM joint recommendations. *Arch Mal Coeur Vaiss*, 2004; 97:338-357.
- [4] Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S et al. The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal Advance Access published August 30, 2013*.
- [5] Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 2010; 33(S1):S11-61.
- [6] Young LH, Wackers FJ, Chyun DA et al. Cardiac outcomes after screening for asymptomatic coronary artery disease in patients with type 2 diabetes. The DIAD study : a randomized controlled trial. *JAMA*, 2009; 301:1547-1555.
- [7] Lievre MM, Moulin P, Thivolet C et al. Detection of silent myocardial ischemia in asymptomatic patients with diabetes : results of a randomized trial and metaanalysis assessing the effectiveness of systemic screening. *Trials*, 2011; 12-23.
- [8] B oden WE, O'Rourke RA , Teo KK et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med*, 2007; 356:1503-1516.
- [9] Bary 2D study group. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. *N Engl J Med*, 2009; 360:2503-2515.
- [10] J. Jaussaud, H. Douard, B. Catargi. Dépistage de l'ischémie myocardique silencieuse chez le diabétique. *Réalités Cardiologiques*, 294 Juin 2013