

Les recommandations ESC 2019 sur le diabète, pré-diabète et maladies cardiovasculaires. *(En collaboration avec l'association européenne de l'étude sur le diabète.)*

Préparé par Dr Ben Abdesslem M. Aymen, Service de Cardiologie Farhat Hached, Sousse.

Introduction :

Ceci est la troisième édition des recommandations de l'ESC sur la prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaires chez le patient diabétique ou en pré-diabète. Leur élaboration a été motivée par le nombre considérable de nouvelles études s'intéressant à la modification du pronostic cardiovasculaire par les différents traitements du diabète type 2.

Quelles sont les concepts révisés ?

1. Dépistage et diagnostic positif du diabète.
2. Screening et évaluation du risque cardiovasculaire chez le diabétique
3. Prévention primaire et particulièrement objectifs tensionnels et lipidiques et glycémiques.
4. Anti-agrégation plaquettaire en prévention primaire et secondaire.
5. Revascularisation coronaire.
6. Prévention et traitement de l'insuffisance cardiaque et de l'arythmie.
7. Dépistage et traitement de la maladie artérielle périphérique.
8. Prévention de l'insuffisance rénale.

Les messages clés de ces nouvelles recommandations

- Le Screening du risque cardiovasculaire chez le diabétique doit comporter une micro albuminurie et un ECG et une étude doppler des carotides et peut comporter aussi une mesure de l'index de pression systolique (IPS)

une échocardiographie et un score calcique tomодensitométrique des coronaires.

- Les objectifs tensionnels chez le diabétique ont été révisés ; ils se sont en fait alignés aux recommandations de 2018 de l'ESC sur la prise en charge de l'HTA. La bithérapie doit comporter un inhibiteur du SRAA. ((cf. Tableau 1)
- Avec la publication concomitante des recommandations sur la dyslipidémie ; on a fait de même pour les objectifs lipidiques à atteindre selon le risque cardiovasculaire. (cf. Tableau 1)
- Les statines gardent leur place de traitement de première intention auxquelles on peut associer l'Ezetimibe en cas de non atteintes des objectifs ou les remplacer par les antagonistes du PCSK9 en cas d'intolérance aux statines.
- Bénéfice de l'Aspirine en prévention primaire très controversé par l'étude ASCEND.
- Concernant la revascularisation l'angioplastie vire de l'orange au vert pour les lésions peu complexes même du tronc commun ou de l'IVA proximale. (cf. Tableau 1)
- Dans la prévention secondaire l'aspirine est un traitement de base. La nouveauté est l'ajout du Rivaroxaban à la dose de 2.5 mg 2x/j qui est recommandé dans l'artériopathie des membres inférieurs.
- La prolongation de la double anti-agrégation plaquettaire (DAPT) à trois mois est encouragée chez les patients à faible risque hémorragique pendant la première année.
- Les inhibiteurs de l'SGLT2 et les analogues GLP1 sont les molécules de première intention chez le diabétique à haut risque ou à très haut risque cardiovasculaire ou en prévention secondaire pour réduire mortalité et nombre d'évènements CV.

- L'insuffisant cardiaque diabétique est à très haut risque cardiovasculaire quel que soit la fraction d'éjection. Les antidiabétiques de première intention sont la metformine et les inhibiteurs du SGLT2.
- Le dépistage de la fibrillation atriale est recommandé à partir de 65 ans. La prévention de la mort subite est la même que chez le non diabétique.
- Le dépistage de la maladie artérielle périphérique par la mesure de l'IPS est obligatoire et annuelle. Sa prise en charge est la même que chez le non diabétique.

STCCCV2019

Les changements apportés par les recommandations actuelles en rapport avec celles de 2013. (Tableau 1)

2013	2019	
Objectifs Tensionnels		
Chiffres TA <140/85 pour tous les patients	Objectifs individualisés sont recommandés TAS <= 130 mmHg et si bien tolérée < 130 mmHg mais non <120 mmHg Au-delà de 65 ans TAS entre 130 et 139 mmHg TAD < 80 mmHg mais ne pas viser < 70mmHg	
	Des chiffres de TAS < 130 doivent être considérés pour les patients à haut risque d'évènements cerebrovasculaires ou de néphropathie diabétique.	
Objectifs lipidiques		
Haut risque LDL-C < 2.5 mmol/l (<1g/l) Très haut risque LDL-C <1.8 mmol/l (<0.7g/l)	Risque modéré LDL-C < 2.5 mmol/l (<1g/l) Haut risque LDL-C <1.8 mmol/l (<0.7g/l) Très haut risque LDL-C <1.4 mmol/l (<0.55g/l)	
Anti-agrégation plaquettaire		
L'aspirine en prévention primaire n'est pas recommandée pour les patients à bas risque	L'Aspirine (75mg-100mg) peut être considérée chez les patient à haut et à très haut risque en absence de contre-indications claires.	
	L'aspirine en prévention primaire n'est pas recommandée pour les patients à risque CV modéré	
Traitement antidiabétique		
La Metformine est le traitement de première intention chez le diabétique	La Metformine est à considérer chez le diabétique de type 2 en surpoids et à risque CV modéré	
Revascularisation		
Il faut plutôt mettre un stent actif	Les mêmes techniques de revascularisation sont recommandées chez le diabétique et le non diabétique (se référer aux recommandations sur la revascularisation myocardique)	
L'angioplastie peut être considérée comme alternative à la chirurgie chez le patient diabétique avec des lésions peu complexe (SYNTAX score <= 22)	Mono ou bi tronculaire hors IVA proximale	
	Pontage	Angioplastie
	Mono ou bi tronculaire avec IVA proximale	
	Pontage	Angioplastie
	Tri tronculaire lésion peu complexe	
	Pontage	Angioplastie
	Tronc commun peu complexe	
La chirurgie est recommandée dans la maladie coronaire avec lésion complexe (SYNTAX score >22)	Tri-tronculaire, lésion moyennement complexe ou très complexe	
	Pontage	Angioplastie
	Tronc commun moyennement complexe	
	Pontage	Angioplastie

	Lésions très complexes	
	Pontage	Angioplastie
Prise en charge des troubles de rythme (anticoagulation dans la FA persistante ou paroxystique)		
AVK ou NACOs (Dabigatran Rivaroxaban ou Apixaban)	Anticoagulants directs de préférence (Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban ou Edoxaban)	

Les nouvelles recommandations 2019

Evaluation du risque cardiovasculaire
Un ECG de repos est recommandé chez un patient diabétique et hypertendu ou si une maladie cardiovasculaire associée est suspectée.
Une échographie doppler des carotides ou des membres inférieurs doit être considérée pour le dépistage de plaque significative pouvant modifier le niveau de risque cardiovasculaire.
Le dépistage de la maladie coronaire par un Coro-scanner et de l'imagerie avec étude de l'ischémie peut être considéré
Le calcul du score calcique coronaire peut être considéré car pouvant faire reconsidérer le niveau de risque cardiovasculaire
La mesure de l'IPS peut être considérée pouvant modifier le niveau de risque cardiovasculaire
La mesure de l'épaisseur intima/média des carotides n'est pas recommandée.
Prévention de la maladie cardiovasculaire
La modification des habitudes de vie est recommandé afin de prévenir ou de retarder l'évolution d'un pré-diabète à un diabète type 2.
Control des chiffres glycémiques
L'auto surveillance de la glycémie doit être considérée afin de faciliter un contrôle optimal
Il est recommandé d'éviter l'hypoglycémie
Prise ne charge de la pression artérielle
Le changement des habitudes de vie est recommandé dans l'HTA
Les bloqueurs du système rénine angiotensine sont recommandée de première intention dans le pré-diabète .
Il est recommandé d'initier le traitement par une bithérapie comportant in antagoniste du SRAA avec un diurétique thiazidique ou un inhibiteur calcique.
L'Automesure de la TA à domicile doit être considérée
La mesure ambulatoire de la PA doit-être considérée dans le monitoring et l'ajustement thérapeutique de la PA.
Dyslipidémie
Pour les patients à très haut risque CV avec des chiffres de LDL-C qui persistent élevés malgré un traitement par la dose maximale toléré de statine et en association avec l'Ezetimibe ou en cas d'intolérance aux statines un inhibiteur du PCSK 9 est recommandé.
Les statines peuvent être considéré chez les patients diabétique type 1 agés de plus de 30 ans.

Les statines ne sont pas recommandées chez les femme en age de procréation.

Traitement antiagrégant plaquettaire

L'usage d'un IPP en association avec de l'aspirine seule, une DAPT ou un anticoagulant oral est recommandée chez les patients à haut risque d'hémorragie gastro-intestinale.

La prolongation de la double anti agrégation plaquettaire au-delà d'un an et \leq à 3 ans est recommandé chez les patients à très haut risque qui ont bien toléré une DAPT sans évènement hémorragique majeur.

Traitement antidiabétique

Empaglifozin, canaglifozin ou dapaglifozin sont recommandées chez les patients diabétique type 2 avec maladie cardiovasculaire à haut risque ou à très haut risque afin de réduire la survenue d'évènement cardiovasculaire.

Empaglifozin, est recommandé chez les patients diabétique type 2 avec maladie cardiovasculaire afin de réduire la mortalité.

Liraglutide, semaglutide ou dulaglutide sont recommandées recommandées chez les patients diabétique type 2 avec maladie cardiovasculaire à haut risque ou à très haut risque afin de réduire la survenue d'évènement cardiovasculaire.

Liraglutide est recommandé chez les patients diabétique type 2 avec maladie cardiovasculaire à haut risque ou à très haut risque afin de réduire la mortalité

La saxagliptine n'est pas recommandée chez les patient diabétique type 2 avec haut risque d'insuffisance cardiaque.

Revascularisation.

Les même techniques de revascularisation sont indiqué chez le diabétique et le non diabétique.

Traitement de l'insuffisance cardiaque

Le défibrillateur implantable et la resynchronisation myocardique sont recommandés

Le sacubitril/valsartan est recommandé à la place d'un IEC chez le diabétique avec une insuffisance cardiaque à FE altérée qui reste symptomatique sous IEC + bêtabloquant + Anti-aldostérone.

Le pontage est indiqué chez le diabétique avec une insuffisance cardiaque à FE altérée avec une atteinte bi ou tri-tronculaire.

L'Ivabradine doit-être considéré chez le diabétique avec insuffisance cardiaque et FC \geq à 70 Bpm et qui reste symptomatique malgré un traitement complet et optimal de l'insuffisance cardiaque.

Aliskiren (inhibiteur direct de a rénine)n'est pas recommandé chez le diabétique avec une insuffisance cardiaque à FE altérée.

Traitement antidiabétique afin de réduire le risque d'évolution vers l'insuffisance cardiaque.

Les inhibiteurs du SGLT2 (Empaglifozin, canaglifozin ou dapaglifozin) sont recommandés afin de réduire le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque

Metformine doit-être considérée chez les le diabétiques avec une insuffisance cardiaque et DFG $>30\text{ml/min/1.73m}^2$.

Les agoniste du récepteur GLP1 et les inhibiteurs DPP4 sitagliptin et inagliptin ont un effet neutre et peuvent être utilisés.

L'insuline peut être considérée.

La saxagliptine n'est pas recommandée dans l'insuffisance cardiaque.

Les Thiazolidinediones (pioglitazone et rosiglitazone) ne sont pas recommandée dans l'insuffisance cardiaque.

Prise ne charges des troubles de rythme

Le diagnostic d'une cardiopathie structurale doit-être considéré chez les patients diabétiques avec des ESV fréquentes.

L'hypoglycémie qui est un facteur déclenchant d'arythmie doit-être évitée.

Diagnostic et prise ne charges de la maladie artérielle périphérique

Le rivaroxaban à dose faibe 2.5 mg en 2 prise par jour en plus de l'aspirine 100mg /j peut être considéré en cas de diabète et artériopathie des membres inférieurs.

Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Les inhibiteurs SGLT2 sont recommandés pour réduire l'évolution de la néphropathie diabétique.

Ia	IIa	IIb	III
----	-----	-----	-----

STCCCV2019