

Faut-il faire un ECG annuel en cas de diabète asymptomatique ?

Mots clés :

Diabète de type 2 ; ECG ; Evaluation des risques ; Maladies cardiovasculaires [Cardiovascular diseases; ECG; Risks Assessment; Type 2 diabetes]

L'USPSTF américaine ne peut répondre à cette question (*Bibliomed* 698), alors que la HAS le recommande toujours en 2012¹. La controverse grandit, essentiellement pour 2 raisons : 1/ nous ne savons pas comment sélectionner parmi les patients atteints de diabète de type 2 asymptomatique ceux qui sont à haut risque cardiovasculaire (RCV); 2/ même si nous le savions, les mesures à prendre concernent tous les diabétiques : mode de vie, contrôle médicamenteux des facteurs de risque d'athérosclérose, contrôle de la glycémie... Selon les récentes analyses de l'USPSTF², de l'American Diabetes Association (ADA)³ et du NICE anglais⁵, et un essai randomisé⁶, l'ECG de repos préconisé en cas de diabète asymptomatique devrait logiquement relever d'un passé nostalgique...

Risque coronarien du diabétique asymptomatique

Il est plus élevé qu'en population générale, mais les conclusions de l'USPSTF² incluaient également des patients diabétiques : dans 2 études évaluant l'ECG d'effort chez les diabétiques, un sous ou sus-décalage de ST à l'effort était associé à un risque doublé de décès coronarien ; dans une autre, le risque de mortalité toutes causes était plus faible (RR 0,65) s'il y avait meilleure adaptabilité à l'effort chez des femmes ayant une intolérance au glucose ou un diabète non diagnostiqué. L'ADA³ souligne que l'évaluation classique à partir des différents facteurs de risque ne permet pas de déterminer parmi les diabétiques asymptomatiques lesquels sont à risque élevé. Mais comme l'USPSTF, l'ADA conclut que les différents tests de dépistage, y compris les plus modernes (comme le *scoring* du calcium dans les artères coronaires), ne permettent pas plus clairement une stratification du risque et peuvent conduire à des tests invasifs à risque : la balance bénéfices/risques de la démarche reste incertaine chez des patients asymptomatiques. Le *guideline* du NICE, un peu plus ancien, compare différentes méthodes de calcul de risque⁵. Il conclut au final que tous les patients diabétiques doivent être considérés comme à risque cardiovasculaire élevé sauf s'ils sont « *normotendus, de poids normal, non fumeurs, sans microalbuminurie, à profil lipidique normal, et sans antécédents cardiovasculaires personnels ou familiaux* ».

Que faut-il donc évaluer et comment ?

L'ADA et le NICE recommandent, chez tous les patients atteints de diabète de type 2, d'évaluer au moins une fois par an (les antécédents de pathologie coronarienne

familiale prématurée étant supposés connus) les facteurs de RCV cliniques et biologiques : hypertension, surpoids, tabagisme, dyslipidémie, micro ou macroalbuminurie, à traiter selon les besoins, conformément aux recommandations. L'ECG (de repos ou d'effort) n'a pas sa place dans cette évaluation annuelle.

« Moins, c'est mieux »...

Les publications de l'essai randomisé *DIAD* (*Detection of Ischemia in Asymptomatic Diabetics*)^{6,7} apportent deux informations complémentaires. Ces 1123 patients sans aucun signe ou antécédent de coronaropathie, avaient un ECG de repos normal à l'inclusion en 2000-2002. Après randomisation dépistage vs pas de dépistage, 522 ont eu une imagerie (scintigraphie de stress) qui a montré chez 113 (22%) une ischémie inducible⁶. A la scintigraphie de contrôle, 3 ans plus tard, plus de la moitié de ceux qui avaient une ischémie à l'inclusion ne l'avaient plus, et 90% de ceux dont la scintigraphie était normale à l'inclusion n'en avaient toujours pas. Pendant ces 3 ans, le traitement médical avait été intensifié (statines, aspirine, IEC) chez les patients qui s'étaient améliorés.

Une 2^{ème} publication de l'essai⁷ rapportait le taux cumulé à 5 ans de 2,9% d'évènements cardiaques, soit 0,6% par an : 7 infarctus non mortels et 8 décès cardiaques dans le groupe dépisté vs 10 et 7 (HR 0,88 ; 0,44-1,88, p=0,73). Dans les 2 groupes, il y a eu durant l'étude une intensification significative et équivalente de la prise en charge des risques. Au total, l'incidence des évènements cardiovasculaires a été faible et non influencée par le dépistage.

Que conclure pour notre pratique ?

Le premier point est plutôt « rassurant » pour nos patients atteints de diabète : même dans l'étude *DIAD* réalisée en Amérique du Nord, zone géographique à fort RCV, celui-ci n'a pas eu l'évolution dramatique crainte chez des patients recrutés dans des centres de diabétologie. Un traitement bien adapté et personnalisé a eu des résultats favorables et le « non dépistage » n'a pas eu d'effets délétères propres.

Le second nous ramène aux conclusions de l'USPSTF : examen clinique et anamnèse restent les deux clés de la décision. Des études surtout nordiques, il est vrai, pays également à RCV de base élevé, ont montré que le diabète de type 2 définissait *de facto* une situation de prévention secondaire. Le NICE propose une approche pragmatique simple des patients à RCV élevé, chez qui l'ECG de repos annuel est à l'évidence inopérant/insuffisant (reste à définir les modalités et le rythme d'un « bon » dépistage !). Pour les autres, il est sans intérêt.

Références

- 1- HAS. Guide ALD 8 Diabète de type 1 et 2. Juin 2012.
- 2- Chou R et al. Screening Asymptomatic Adults With Resting or Exercise Electrocardiography: A Review of the Evidence for the USPSTF. *Ann Intern Med.* 2011;155:375-85.
- 3- ADA. Standards of Medical Care in Diabetes-2013. *Diabetes Care.* 2013;36 Supp 1:S11-S66.
- 5- NICE. Type 2 Diabetes. National clinical guideline for management in primary and secondary care. 2008.
- 6- Wackers FJT et al. Resolution of Asymptomatic Myocardial Ischemia in Patients With Type 2 Diabetes in the Detection of Ischemia in Asymptomatic Diabetics (DIAD) Study. *Diabetes Care.* 2007;30:2892-8.
- 7- Young LH 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;301:1547-55.