

DEPISTAGE DE L'ISCHEMIE MYOCARDIQUE SILENCIEUSE CHEZ LE DIABETIQUE DE TYPE 2

1. PROMOTEUR : UFCV * FENAREDIAM**

2. SOURCES

- Identification de l'ischémie myocardique chez le diabétique, recommandations conjointes SFC/ALFEDIAM : J. Puel, P. Valensi, G. Vanzetto et coll. : Arch. des Mal. du Cœur et des Vaisseaux ; tome 97, n°4 Avril 2004 : 338-357. Diabetes, metab. 30 : 3S3-3S18, 2004 .
- Recommandation SFC/ALFEDIAM sur la prise en charge du patient diabétique vu par le cardiologue : B Charbonnel, B Bouhanick C, Le Feuvre et le groupe de travail ; Arch. des Mal. du Cœur et des Vaisseaux ; tome 97, n°3 Mars 2004 : 229-249
- Prévalence des complications macro-vasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France, étude Entred 2001 ; BEH n°12-13/2005 : 46-52

3. PATIENTS CONCERNES

Tous les patients vus pour l'exploration de la pathologie concernée

4. SÉLECTION DES DOSSIERS

L'AUTO-EVALUATION porte sur 20 patients.

LA METHODE PROSPECTIVE semble la plus adaptée à la pratique du médecin praticien et le type de référentiel considéré tant pour l'évaluation individuelle que collective.

Evaluation individuelle	Evaluation collective
<ul style="list-style-type: none">▪ Méthode rétrospective : prendre vingt dossiers dans le fichier : les vingt derniers patients rencontrés.▪ <u>Méthode prospective</u> : sélectionner vingt dossiers de patients au fur et à mesure qu'ils se présentent.	<ul style="list-style-type: none">▪ Méthode rétrospective : prendre vingt dossiers dans le fichier : soit les vingt derniers patients rencontrés.▪ <u>Méthode prospective</u> : sélectionner vingt dossiers de patients au fur et à mesure qu'ils se présentent.

*UFCV : Union de Formation et d'évaluation en médecine CardioVasculaire

** FENAREDIAM :

Groupe de travail UFCV sur le dépistage de l'ischémie myocardique silencieuse du diabétique de type 2

Experts : Pr. Jacques PUEL et Pr. Paul VALENSI

Chargé de projet : Docteur Christian ZICCARELLI – UFCV-

Responsable méthodologie : Dr Jean François THEBAUT - UFCV –

Président : Dr. Jean Jacques DOMEREGO –UFCV-

Membres du groupe : Dr Jean Yves GRAMAGE, Dr Marius PLACENTE, Dr. Boris LORMEAU

4. OBJECTIFS DE BONNE PRATIQUE EVALUES

1. Reconnaître le diabétique de type 2 à haut risque cardio-vasculaire justifiant la recherche d'une ischémie myocardique silencieuse.
2. Réaliser les différents examens selon une stratégie dépendant du risque ischémique et selon la réponse aux différents tests pratiqués

1. Les éléments biologiques présents dans le dossier permettent d'affirmer que l'on est en présence d'un diabète de type 2 (note 1)
2. L'absence de signe fonctionnel évocateur d'une atteinte coronaire actuelle ou ancienne est parfaitement explicitée (note 2)
3. L'âge, l'ancienneté du diabète, l'existence d'un éventuel tabagisme et les antécédents familiaux et personnels du patient, et le traitement sont facilement retrouvés
4. Le bilan biologique à la recherche d'une dyslipidémie, et d'une atteinte rénale (protéinurie ou microalbuminurie, clairance calculée de la créatinine) sont présents (note 3)
5. La mesure de la pression artérielle est notée et à jour (note 4)
6. La recherche d'une atteinte artérielle périphérique (AOMI) ou carotidienne a été ou va être effectuée (note 5)
7. L'ECG de repos est parfaitement décrit (note 6)
8. l'ECG n'étant pas spécifique d'une atteinte ischémique, les éléments présents dans le dossier permettent de définir le risque cardio-vasculaire du patient et la nécessité de la recherche d'une IMS par une épreuve non invasive (note 7)
9. Le choix de la méthode de dépistage de l'IMS est clairement justifié dans le dossier (note 8)
10. Dans la conclusion est précisée la conduite à tenir du fait de la présence ou de l'absence d'une IMS et dans ce dernier cas le suivi cardiologique du patient est explicité (note 9)

Note 1 : Diabète si glycémie $\geq 1,26$ g/l (7mmol/l) à 2 reprises après 8h de jeûne en dehors des syndromes coronariens aigus, et en absence d'épisode cétosique

Note 2 : Absence d'une atteinte coronaire actuelle (angor stable ou instable) ou ancienne (angor, IDM, antécédents de revascularisation coronaire)

Note 3 :

- Microalbuminurie entre 30 et 300mg par 24h à 2 reprises en l'absence d'infection urinaire
- Protéinurie >300 mg/24h
- Clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft < 60 ml/mn

☒ **les différents stades de l'excrétion urinaire d'albumine**

	sur les urines des 24 h (mg/24h)	Sur échantillon (mg/l)
normoalbuminurie	<30	<20
microalbuminurie	30-299	20-199
protéinurie	>300	>200

Note 4 : HTA si PAS ≥ 140 mmhg et/ou une PAD ≥ 90 mmhg.

- Objectif : PA $<130/80$ et en cas d'insuffisance rénale PA $<130/80$ et Protéinurie $< 0,5$ g/24h

Note 5 : ED des TSA et/ou ED des MI uniquement en présence d'un souffle ou en cas de disparition d'au moins deux poulx au niveau des MI, dont un poulx tibial postérieur ou s'il existe des symptômes évocateurs

Note 6 : Une anomalie de l'ECG de repos possède une valeur pronostique incontestable et doit conduire à approfondir les investigations (si onde Q de nécrose ou aspect d'ischémie sous épicaudique **indiscutable** dans 3 dérivations contiguës sans HVG => Coronarographie). Un ECG normal ne veut pas dire absence de lésions coronaires

Note 7 :

- Diabète de type 2 asymptomatique à haut risque nécessitant la recherche d'une IMS
Si âge > 60 ans ou diabète connu depuis plus de 10 ans et ayant au moins 2 FR :
 - dyslipidémie : CT $> 2,5$ g/l et/ou cholestérol LDL $> 1,6$ g/l, HDL CT $< 0,35$ g/L, TG > 2 g/l et/ou traitement hypolipidémiant* ;
 - PA $\geq 140/90$ mmHg ou traitement hypotenseur ;
 - tabagisme actif ou interrompu depuis moins de trois ans
 - accident cardiovasculaire majeur avant l'âge de 60 ans dans la parenté du premier degré.
- Diabète de type 2 ayant, quels que soient l'âge, l'ancienneté du diabète ou le niveau des FR
 - soit une AOMI et/ou un athérome carotidien ;
 - soit une protéinurie.
- Diabète de type 2 ayant, quels que soient l'âge, l'ancienneté du diabète, une micro-albuminurie avec au moins 2FR.

Note 8 :

- L'EE est l'examen de dépistage de première intention. Elle doit être démaquillée
 - Si elle n'est pas contributive ou non réalisable on s'orientera soit vers scintigraphie myocardique de perfusion (SMP) d'effort ou couplée à l'administration de dipyridamole, soit vers une échocardiographie de stress (ES) en fonction des disponibilités locales
- La coronarographie n'est pas justifiée:

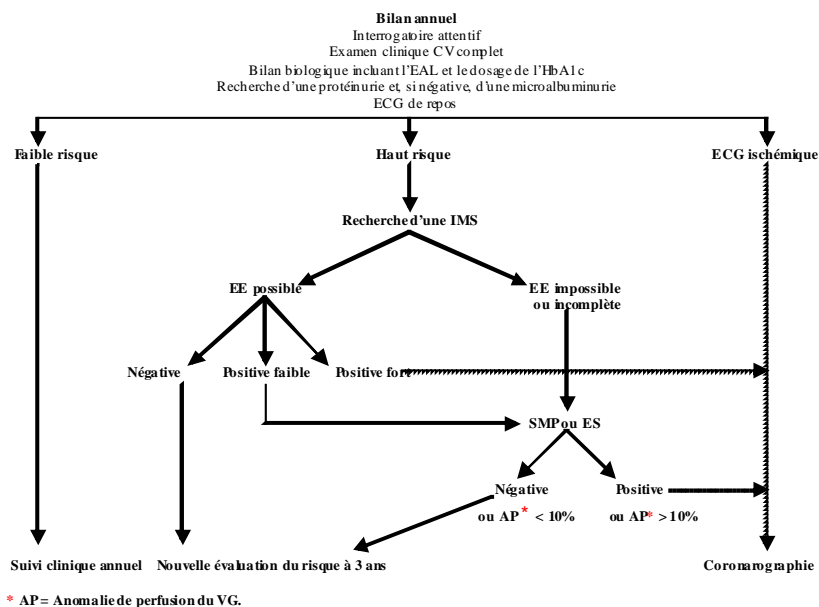
- Si l'EE démaquillée est maximale et négative (VPN d'évènements cardiaques majeurs à 3ans > à 90 %)
- Si la SMP est négative ou si l'anomalie de perfusion est < 10 % (VPN voisine de 95 % pour la survenue d'évènements cardiaques majeurs à 2 ans)
- Si l'ES ne montre aucun trouble de la cinétique
- *On doit poursuivre les investigations (SMP ou ES) si*
 - L'EE est faiblement positive (au delà du seuil de 75 W) ou douteuse, ou négative largement sous-maximale de durée inférieure à 440 secondes (risque important d'évènements coronaires (X par 6 ou 7)

Dans tous les autres cas la présence d'une IMS doit conduire à la coronarographie notamment

- Si l'EE est fortement positive pour un seuil < 75 W
- Si la SMP est > O ou en cas d'anomalie de perfusion > 10 %
- Si l'ES est >O

Note 9

- Bilan annuel cardiologique comprenant un ECG, avec un bilan lipidique et une évaluation de la fonction rénale
- En cas de niveau de risque demeurant élevé la recherche d'une IMS doit être renouvelée au bout de 3 ans
- La présence d'une IMS avec atteinte coronaire chez un diabétique de type 2 nécessite une prise en charge agressive du LDL cholestérol avec un objectif <1g/l
- L'opportunité d'un geste de revascularisation coronaire relève de la prise en charge cardiologique usuelle.



– Grille de recueil des informations

Notez une seule réponse par case :

1 ou O si la réponse est OUI

N° d'identification : -----

2 ou N si la réponse est NON

Date : -----

3 ou N/A si la question ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires).

Temps passé à cet audit : -----

N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6
	<i>Est-ce que les éléments biologiques présents dans le dossier permettent d'affirmer que l'on est en présence d'un diabète de type 2 ?</i> Note 1	<i>L'absence de signe fonctionnel évocateur d'une atteinte coronaire actuelle ou ancienne est-elle explicitée ?</i> Note 2	<i>L'âge, l'ancienneté du diabète, l'existence d'un éventuel tabagisme et les antécédents familiaux et personnels, de même que le traitement sont-ils retrouvés ?</i>	<i>Peut-on facilement trouver un bilan biologique à la recherche d'une dyslipidémie, d'une atteinte rénale ?</i> Note 3	<i>La pression artérielle est-elle notée ?</i> Note 4	<i>La recherche d'une atteinte artérielle périphérique ou carotidienne a-elle été effectuée ?</i> Note 5
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Total des 1						
Total des 2						
Total des 3						

VOS OBSERVATIONS POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :

	QUESTION 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10	QUESTION 11
	<i>L'ECG de repos est-il correctement décrit ?</i> Note 6	<i>Les éléments présents dans le dossier sont-ils suffisamment explicites pour identifier la nécessité de la recherche d'une ischémie myocardique silencieuse ?</i> Note 7	<i>Le choix de la méthode de dépistage de l'IMS est-il clairement justifié ?</i> Note 8	<i>Est-ce que dans la conclusion, est précisée la conduite à tenir en fonction de la présence ou de l'absence d'une IMS et le suivi cardiologique en son absence ?</i> Note 9	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Total des 1					
Total des 2					
Total des 3					

VOS OBSERVATIONS POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :

Observations par patient	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

