

Revascularisation coronarienne chez le patient diabétique

Prof. Marco Roffi

L'orateur se concentre aujourd'hui sur les cas de maladies coronariennes stables chez les patients diabétiques. La revascularisation lors de maladie aiguë n'est pas questionnée.

Il nous présente les preuves à jour concernant la revascularisation vs médicaments, ainsi que la pose de l'angioplastie percutanée vs le pontage.

L'étude COURAGE, publiée en 2007, randomise 2300 patients avec maladie coronarienne stable entre traitement médicamenteux seul vs traitement médicamenteux + angioplastie. Elle ne montre pas de différence en termes de mortalité ou d'infarctus du myocarde, diabète ou non, à 5 ans.

L'étude BARI 2D, avec 2400 patients diabétiques, randomise l'angioplastie ($\frac{2}{3}$) ou la chirurgie ($\frac{1}{3}$) contre le traitement médicamenteux. Elle ne montre pas non plus de différence à 5 ans pour la mortalité toute cause et la mortalité ischémique.

L'analyse de sous-groupe montrait un bénéfice en faveur de la chirurgie comparé à l'angioplastie, mais ce n'est pas le design initial de l'étude.

L'étude FREEDOM inclut uniquement des patients diabétiques et compare un stent de première génération avec le pontage. Elle montre un avantage en faveur de la chirurgie pour l'issue primaire composite de mortalité/infarctus/AVC, à 4 ans.

Pour les issues secondaires, le pontage est supérieur en terme d'infarctus du myocarde et de risque de nouvelle revascularisation, mais donne plus de risque d'AVC (5.2% vs 2.4%)

Malgré son manque de puissance pour tirer des conclusions sur la mortalité toute cause, elle annonce un bénéfice de la chirurgie sur le stent, malgré un absence de différence en termes de mortalité cardiovasculaire.

Elle conclut que, pour les patients diabétiques avec une maladie pluritronculaire et peu de risques chirurgicaux, le pontage est supérieur au stent de première génération.

Une partie de cette population est suivie sur le long terme (7 ans, demi cohorte). Elle montre un bénéfice sur la mortalité en faveur du pontage, avec 40% de mortalité en plus dans le groupe angioplastie.

L'étude ISCHEMIA a fait beaucoup de bruit et a déjà fait son apparition au colloque. Elle randomise 5000 patients entre médicaments et médicaments + revascularisation ($\frac{3}{4}$ stent, $\frac{1}{4}$ pontage). Le suivi médian est de 3 ans. Les patients avec une atteinte du tronc commun et angine sévères sont exclus.

Pour l'issue primaire composite: mort cardiovasculaire, infarctus du myocarde, hospitalisation pour angor instable, insuffisance cardiaque ou arrêt cardiaque, elle ne montre aucune différence entre les deux groupes.

La portion diabétique de la population d'ISCHEMIA (42%, soit n = 2164) affiche le même résultat pour l'issue primaire composite.

ISCHEMIA CKD utilise le même modèle et une population similaire, mais avec une insuffisance rénale avancée en plus (médiane à 23 ml/min/1.73m²). Elle randomise 800 patients entre médicaments et revascularisation et ne trouve pas de différence pour l'issue primaire composite de décès/Infarctus non fatal à 3 ans.

Ce résultat est également confirmé chez les 400 patients diabétiques.

Pontage ou angioplastie percutanée avec stent (PCI) chez un patient diabétique?

[Cette méta-analyse](#) sur 11 études randomisée et 11 000 patients avec atteinte pluritronculaire, dont 4000 patients diabétiques, compare le pontage à l'angioplastie (stent nu, 1ère gen ou nouvelle gen).

Chez les patients non diabétique, il n'y a aucune différence de mortalité à 4 ans. Cependant, il y a un excès de 40% de mortalité à 4 ans chez les patients diabétiques dans le groupe angioplastie.

Cette [autre méta-analyse](#), sur 8 études randomisées avec 3183 patients diabétiques, compare les stents de nouvelle génération (everolimus-eluting) à ceux de 1ère génération.

Elle montre une réduction de risque de 18% pour l'issue composite de décès/infarctus du myocarde/thrombose de stent en faveur du stent de nouvelle génération.

Avec la nouvelle génération, le risque d'infarctus du myocarde est réduit de 40%, la thrombose de stent de 50% et le taux de nouvelle revascularisation de 30%.

Le stent de nouvelle génération est donc supérieur au stent de 1ère génération chez les patients diabétiques.

Ressortent les questions suivantes:

- Le diabète est-il toujours à mauvais pronostic avec les stents de nouvelle génération?
- Quel impact sur la comparaison entre PCI et pontage avec ces stents-ci?

Une [étude de registre](#) sur 37'000 patients s'intéresse aux prédicteurs pour les issues suivantes: mortalité cardiovasculaire, infarctus du myocarde dans le segment traité, nouvelle revascularisation, à un an.

Elle montre un risque augmenté de 40% chez les patients diabétiques qui reçoivent un stent de nouvelle génération, par rapport aux non-diabétiques. Les patients sous insuline restent plus à risque que ceux sous antidiabétiques, mais leur risque de thrombose de stent à un an est réduit à 1% sous stent à élution.

L'utilisation d'insuline est un facteur de risque prédictif de complications ischémiques, avec 40% de risque ajouté comparés aux patients sous autres antidiabétiques.

Il n'y a pas d'étude randomisée qui compare directement les stents de nouvelle génération au pontage chez les patients diabétiques. Il faut donc regarder dans les analyses de sous-groupe et dans les grandes études de registre.

L'étude [BEST](#) est arrêtée prématurément car l'inclusion était trop lente. Elle inclut 900 patients avec maladie pluritronculaire, dont 363 diabétiques, qui sont répartis entre stent de nouvelle génération et pontage.

Elle ne montre pas de différence pour l'issue mortalité/infarctus/thrombose dans la population générale, mais un clair avantage de la chirurgie pour le sous-groupe diabétique, de façon presque significative.

[Fearon et al](#) inclut 1500 patients dont 428 diabétiques, et compare les stents de nouvelle gen au pontage. Pour l'issue mortalité/infarctus/AVC/nouvelle revascularisation, les patients diabétiques sont avantagés par le pontage.

L'étude du NY state Registry (n=8100 diabétiques pluritronculaires) ne montre pas de différence de mortalité entre la PCI et le pontage, mais penche en faveur du pontage pour l'infarctus et les nouvelles revascularisations. La PCI montre moins de risques d'AVC.

Lorsque la lésion concerne le tronc commun, les mêmes conclusions peuvent être tirées, avec un avantage du pontage sur les stents de nouvelle génération pour les patients diabétiques.

CABG	PCI
	
1-vessel or 2-vessel CAD, no proximal LAD	
1-vessel or 2-vessel CAD, proximal LAD	
3-vessel CAD	
Low complexity	
Intermediate or high complexity	
Left main CAD	
Low complexity	
Intermediate complexity	
High complexity	
Class I	Class IIa
Class IIb	Class III

©ESC

Recommandations de la société européenne de cardiologie

Pour les patients diabétiques, le pontage est presque toujours recommandé.

La PCI reste en classe 1 pour les maladies à 1-2 vaisseaux, mais toute atteinte du tronc commun complexe préfère un pontage.

Conclusions

Pour un patient diabétique avec une maladie coronarienne stable, un traitement invasif initial n'est pas supérieur au traitement médicamenteux, pour les événements cardiovasculaires majeurs.

Les indications pour une revascularisation doivent être basées sur le contrôle des symptômes et la qualité de vie.

Les stents de nouvelle génération sont clairement supérieurs au stent de 1ère génération chez les patients diabétiques. Cependant, le diabète reste un facteur de risque, en particulier lors de traitement par insuline.

Lorsqu'un patient diabétique présente une maladie pluritronculaire stable et un risque chirurgical acceptable, le pontage est à considérer.



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch