

Evaluation du risque cardiovasculaire à la prise en charge en suppléance: cardiopathies silencieuses

J. Machecourt

Service de cardiologie, CHU de Grenoble

Il s'agit d'un problème émergent, car, d'une part, la mortalité cardiovasculaire est la première cause de décès chez le patient avec insuffisance rénale (qu'il soit dialysé chronique ou transplanté), d'autre part on assiste actuellement à une augmentation considérable de l'incidence de l'insuffisance rénale terminale. La problématique de ces patients est assez proche de celle des patients diabétiques, diabète qui est d'ailleurs fréquemment associé. En effet dans différentes études la fréquence de la maladie coronarienne définie à la coronarographie varie de manière importante selon l'âge du patient et les facteurs de risque associés et se situe entre 25 et 35% chez les patients de plus de 45 ans. Par ailleurs, nombre de ces insuffisants rénaux terminaux vont bénéficier d'une transplantation rénale, et l'évaluation du pronostic coronarien chez de tels patients (soit avant la transplantation, soit même au décours) est d'une importance extrême; enfin il semble qu'une prise en charge cardiologique appropriée, avec notamment la réalisation de pontage aorto-coronarien chez

les patients à risque, pourrait améliorer le pronostic de ces patients (Manske et al., 1992).

Ainsi l'identification des patients à risque par un test non invasif approprié apparaît comme particulièrement importante chez ces patients par ailleurs souvent peu symptomatiques du point de vue fonctionnel.

D'assez nombreuses études ont été effectuées, soit chez des dialysés chroniques, soit avant transplantation rénale pour apprécier l'intérêt de la scintigraphie myocardique de perfusion (fig. 1). Il faut encore souligner la fréquence élevée du diabète notamment du diabète de type 1 chez de tels patients. Parmi les études réalisées chez les dialysés chroniques, on peut citer: Gelber et coll., 1984; Marcen et coll., 1989; Marwick et coll., 1990; Derfler et coll., 1991.

Parmi les études avant transplantation rénale, on peut citer: Morrow et coll., 1983; Krawczynska et coll., 1988; Brown et coll., 1993b; Boudreau et coll., 1990; Camp et coll., 1990; Holley et coll., 1991; Le et coll., 1994.

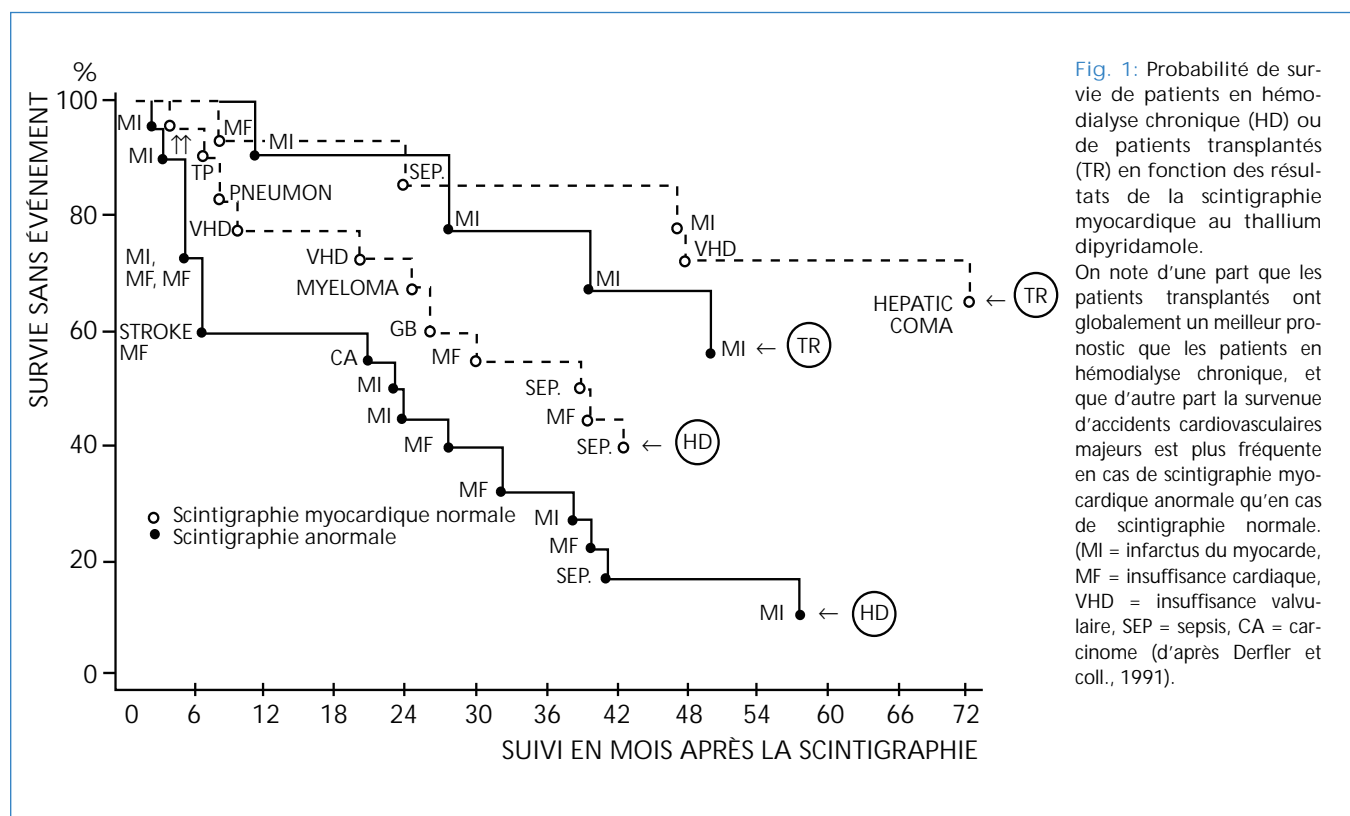


Fig. 1: Probabilité de survie de patients en hémodialyse chronique (HD) ou de patients transplantés (TR) en fonction des résultats de la scintigraphie myocardique au thallium dipyridamole.

On note d'une part que les patients transplantés ont globalement un meilleur pronostic que les patients en hémodialyse chronique, et que d'autre part la survenue d'accidents cardiovasculaires majeurs est plus fréquente en cas de scintigraphie myocardique anormale qu'en cas de scintigraphie normale. (MI = infarctus du myocarde, MF = insuffisance cardiaque, VHD = insuffisance valvulaire, SEP = sepsis, CA = cancer (d'après Derfler et coll., 1991).

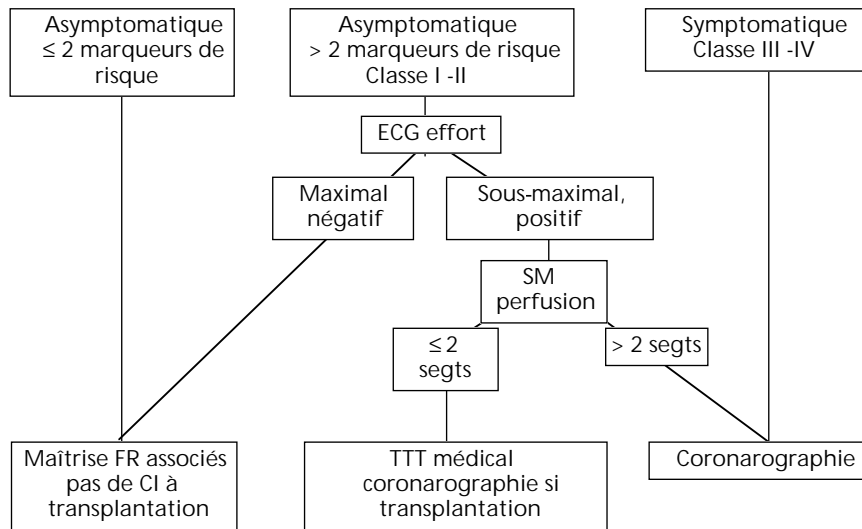


Fig. 2 : Proposition d'algorithme de recherche du risque CV chez l'insuffisant rénal.

Une excellente analyse de ces études a été réalisée par Herzog.¹ Il est difficile de se faire une idée exacte de la performance de cette scintigraphie perfusionnelle pour prévoir les accidents futurs chez ces patients en insuffisance rénale du fait du nombre parfois limité de patients dans ces études, de la méthodologie variant d'une étude à l'autre, et des résultats parfois divergents. Il apparaît toutefois que la présence d'une hypoperfusion (fixe ou réversible) est d'autant plus péjorative que la taille de cette anomalie est plus importante;² Le et coll. 1994; Camp et coll., 1990). Toutefois la valeur prédictive négative de la scintigraphie est plus discutée, voire même considérée comme faible dans certaines études (Marwick et coll., 1990). Le travail le plus positif est celui de Derfler³ qui note un pronostic très différent soit chez des patients dialysés chroniques, soit chez des patients transplantés, en fonction des résultats, de la scintigraphie myocardique au thallium.

Au vu de ces études un algorithme décisionnel peut être proposé (fig. 2), s'inspirant en fait grandement de ceux utilisés chez le diabétique, ou avant chirurgie vasculaire :

- Les patients avec risque clinique bas (les patients de moins de 45 ans), ou ne présentant pas de facteurs de risque associés ou un seul facteur de risque, ne justifient pas d'une évaluation pronostique systématique par scintigraphie notamment avant transplantation rénale.
- Au contraire, les patients de plus de 45 ans avec plus de deux facteurs de risque, en particulier s'il existe un diabète associé, où les patients avant transplantation rénale doivent être explorés. La scintigraphie sous effort si elle est possible, sinon la scintigraphie

sous dipyridamole sont les examens de choix. En cas de présence d'une anomalie de perfusion, notamment si cette anomalie touche plus de 25% du myocarde, ou lorsque cette anomalie est réversible, une stratégie invasive passant par la coronarographie est justifiée.

Adresse de correspondance :

Pr J. Machecourt
 Service de cardiologie
 CHU
 F-38043 Grenoble Cedex 09



Références

1. Herzog CA. Non invasive diagnosis of CAD in patients with end-stage renal disease. In: Marwick TH. Cardiac stress testing and imaging. New York : Churchill Livingstone, 1996 ; 203-22.
2. Brown JH, Vites NP, Testa HJ, et al. Value of thallium myocardial imaging in the prediction of future cardiovascular events in patients with end-stage renal failure. Nephrol Dial Transplant 1993 ; 8 : 433-7.
3. Derfler K, Kletter K, Balcke P, et al. Predictive value of thallium-201-dipyridamole myocardial stress scintigraphy in chronic hemodialysis patients and transplant recipients. Clin Nephrol 1991 ; 36 : 192-202.