



**Le diabète est-il équivalent à une coronaropathie?  
Question clinique : Les patients diabétiques sont-ils  
autant à risque de subir des événements  
cardiovasculaires que les patients souffrant déjà d'une  
coronaropathie?**

**Conclusion : Même si le diabète confère un risque  
accru d'événements cardiovasculaires, il n'est pas  
automatiquement équivalent à l'expérience d'un infarctus du  
myocarde (IM) (et, par conséquent, ne justifie pas toujours une  
pharmacothérapie active). Le risque d'événements cardiovasculaires  
doit être prédit et guidé par la thérapie en prenant en compte les  
facteurs de risque individuels.**

**Données probantes**

- Méta-analyse<sup>1</sup> de 13 études observationnelles (45 108 patients) :
  - Comparativement aux patients ayant déjà subi un IM, les patients diabétiques présentent la moitié du risque de coronaropathie.
    - Rapport de cotes : 0,56 (intervalle de confiance à 95 % : 0,53-  
-0,60).
- Étude de cohorte danoise<sup>2</sup> (plus de 150 000 patients) :
  - Après un ajustement tenant compte de certains facteurs de risque cardiaque, du statut socioéconomique et des médicaments contre les maladies cardiovasculaires :
    - Les diabétiques présentaient un risque plus faible d'IM ou de décès d'origine coronaire (rapport de risques de 0,63 chez les hommes et de 0,54 chez les femmes) que les patients ayant déjà subi un IM.
    - Limites : Aucun ajustement n'a été fait pour tenir compte des facteurs de risque plus traditionnels (tension artérielle, tabagisme, etc.). Cet ajustement aurait probablement atténué davantage l'association chez les diabétiques.
- Étude de cohorte américaine<sup>3</sup> (plus de 160 000 patients) : rapport de risques instantanés d'événement de coronaropathie, ajusté en fonction des facteurs de risque traditionnels de maladie cardiovasculaire, par rapport aux personnes qui ne sont pas atteintes de diabète ou de coronaropathie :
  - Diabète : 1,70 (1,66-1,74);
  - Durée du diabète égale ou supérieure à 10 ans : 2,7 (2,6-2,8);
  - Coronaropathie antérieure : 2,76 (2,69-2,85);
  - Diabète et coronaropathie antérieure : 3,91 (3,78-4,05).

**Contexte**

- Selon les lignes directrices nord-américaines<sup>5,6</sup>, le diabète n'équivaut plus à une coronaropathie existante.
- Les lignes directrices canadiennes sur le cholestérol<sup>5</sup> classent parmi les patients à risque élevé pouvant bénéficier d'une statine les diabétiques présentant un ou plusieurs des facteurs suivants :

- Avoir 40 ans ou plus;
- Avoir 30 ans ou plus et souffrir du diabète depuis plus de 15 ans;
- Être atteint d'une microangiopathie (néphropathie, neuropathie, rétinopathie).
- L'étude observationnelle<sup>6</sup> qui est à l'origine du concept de l'équivalence entre le diabète et la coronaropathie comportait de multiples limites, y compris un biais de sélection et une faible puissance statistique.
- La présence du diabète double à peu près le risque d'événements cardiovasculaires<sup>3,7</sup> :
  - Le risque associé était davantage accru par une plus longue durée du diabète<sup>3,8</sup>, une hausse du taux d'HbA1c<sup>9</sup> et les facteurs de risque traditionnels de maladie cardiaque<sup>10</sup>.
- La majorité des études ont été effectuées auprès de patients de race blanche; l'applicabilité de ces données probantes à des populations ethniques à risque élevé n'est pas claire.

## Auteurs originaux

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), RPAC, Hoan Linh Banh, B. Sc. (pharmacie), Pharm. D., et Christina Korownyk, M.D., CCMF

## Mise à jour

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D. G. Michael Allan, M.D., CCMF

## Révision

## Références

1. Bulugahapitiya U, Siyambalapitiya S, Sithole J, et al. *Diabet Med.* 2009;26:142148.
2. Schramm TK, Gislason GH, Kober L, et al. *Circulation.* 2008;117:1945-1954.
3. Rana JS, Liu JY, Moffet HH, et al. *J Gen Intern Med.* 2015;31:387-393.
4. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. *Circulation.* 2014;129:S1-S45.
5. Anderson TJ, Gregoire J, Pearson GJ, et al. *Can J Cardiol.* 2016;32:1263-1282.
6. Haffner SM, Lehto S, Ronnemaa T, et al. *N Engl J Med.* 1998;339:229-234.
7. Emerging Risk Factors Collaboration. *Lancet.* 2010;375:2215-2222.
8. Wannamethee SG, Shaper AG, Whinecup PH, et al. *Arch Intern Med.* 2011;171:404-410.
9. Zhang Y, Hu G, Yuan Z, et al. *PLoS One.* 2012;7:e42551.
10. Howard BV, Best LG, Galloway JM, et al. *Diabetes Care.* 2006;29:391-397.

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*