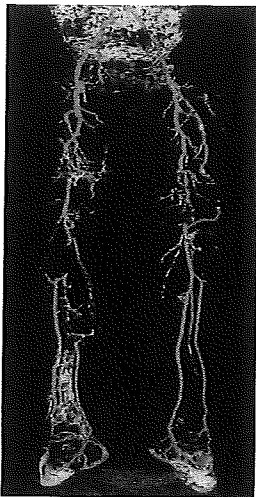


ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Seuls 22 % des médecins recommandent l'arrêt tabagique !

À l'occasion de la seconde édition de la campagne française de sensibilisation et de dépistage de l'artérite oblitérante des membres inférieurs, « Des pas pour la vie », les résultats d'une enquête, menée par l'institut de sondage IPSOS Santé auprès d'un échantillon représentatif de 7.639 personnes de plus de 45 ans, révèlent, d'une part, une méconnaissance de la maladie par les patients et, d'autre part, la frilosité et l'hésitation des praticiens dans la prise en charge de l'affection. Deux chiffres pour nous en convaincre : seuls 22 % des médecins recommandent l'arrêt tabagique et 17 %, à peine, calculent l'index cheville-bras, un moyen pourtant simple et rapide de dépister cette affection.

Pour marquer cette seconde édition de l'opération « Des pas pour la vie », une campagne de sensibilisation (via une brochure explicative chez les médecins et pharmaciens) et de dépistage (mesure gratuite de l'index cheville-bras dans 3 villes test) de l'artérite oblitérante des membres inférieurs, ses promoteurs, la Société française de médecine vasculaire et l'Institut de l'athéromatose, avaient commandé à l'Institut IPSOS Santé une enquête auprès d'un échantillon représentatif de 7.639 français de plus de 45 ans afin de mieux cerner la problématique de cette pathologie. Et les résultats présentés ne sont pas sans susciter de multiples commentaires.



© J. Van Puyen, Medis

Ne pas oublier les patients asymptomatiques

Concernant la prévalence de la douleur, l'enquête retrouve un chiffre de 4,6% avec un pic de 6,1% pour la tranche d'âge comprise entre 65 et 70 ans. Et ce sont les hommes les plus atteints, puisqu'ils sont 4 fois plus nombreux à se plaindre de ce type de douleur que les femmes.

Lors de la conférence de presse, les experts ont tenu à rappeler que les patients asymptomatiques (donc non repris dans cette enquête) sont deux fois plus nombreux, avec une prévalence entre 11 et 12% de la population. Or, comme l'a démontré l'étude allemande getABI, présentée lors du dernier congrès de l'ESC, le risque de mortalité cardiovasculaire à 5 ans est

identique, que le patient soit symptomatique (24%) ou non (19%). C'est au sein de cette population sans symptômes qu'il est donc primordial de procéder à un dépistage systématique, surtout chez les fumeurs de 45 ans et plus.

Le MG en première ligne

Si on analyse plus en détail le groupe des sujets symptomatiques, il ressort que 86% d'entre eux en ont parlé en consultation (dont 50% à cause d'une douleur évoluant depuis des semaines), avec leur médecin généraliste d'abord. Seuls 30% se sont adressés directement à un spécialiste. Enfin, on retrouve, dans la majorité des cas, les habituels fac-

teurs de risque associés, comme l'excès pondéral, la sédentarité excessive, le tabagisme, l'HTA, le diabète, les dyslipémies.

Le patient s'adapte à la situation

Dans 62% des cas, la consultation a eu lieu au stade II des douleurs à la marche. Mais il reste 14% de patients qui n'ont jamais consulté pour une claudication intermittente. En fait, ces sujets s'adaptent à leur douleur et font appel aux antalgiques (25% ont eu recours à l'automédication). Or, il faut savoir qu'en laissant évoluer les choses, les patients se présentent à un stade très avancé (stade III) alors que 75 à 80% des patients dépistés en stade II, correctement pris en charge, ne justifieront jamais une chirurgie.

D'où l'intérêt de la mesure de l'index cheville-bras et de la mise en route d'un traitement quand la valeur est < 0,9, en ce compris chez les patients asymptomatiques.

Index cheville-bras : sous-utilisé

À l'issue de la consultation, un patient sur deux s'est vu prescrire un échodoppler des membres inférieurs et un sur trois, une angiographie ou une IRM. Mais le résultat qui étonne, c'est que seulement un patient sur cinq s'est vu conseiller une mesure de l'index cheville-bras alors que c'est l'examen de première intention dans ce type de pathologie. De plus, pour les spécialistes, une prescription d'échodoppler des membres inférieurs, sans mesure préalable de l'in-

dex cheville-bras, n'est tout simplement pas acceptable.

Les manques de la prise en charge

Côté prise en charge, 73% des médecins ont recommandé à leurs patients de faire de la marche, 61% ont prescrit un traitement médicamenteux, 46% ont conseillé de perdre du poids et seulement 22% les ont incités au sevrage tabagique (facteur de risque pourtant le plus important).

■ Dr J.-L. Schouweller

Référence : communiqué de la SFMV dans le cadre du lancement de la seconde campagne « des pas pour la vie ».

Une coronaropathie multiplie par 1,5 le risque de cancer colorectal

Publiée dans la revue JAMA, une étude menée à Hong Kong démontre que les liens entre le cancer colorectal avancé et la coronaropathie pourraient être le syndrome métabolique et le tabagisme.

Hong Kong, vitrine occidentale de la Chine, paie un lourd tribut à son occidentalisation forcée. Une première étude épidémiologique rétrospective, menée par la même équipe et publiée en 2006, avait déjà conclu, dans cette ville, à l'existence d'une association entre maladie coronaire et cancer colorectal. Cette nouvelle étude, prospective cette fois et publiée dans la revue JAMA, visait d'abord à vérifier cette association, ensuite à en explorer les cofacteurs impliqués.

Un lien évident avec les lésions avancées

L'étude a réuni 600 patients répartis comme suit : 400 coronariens admis en salle de coronarographie (200 avec lésion serrée > 50%, 200 sans lésion) et 200 personnes issues de la population générale pour constituer le groupe contrôle. Les résultats montrent que l'existence, à la coronarographie, d'une sténose de plus de 50% sur l'une des principales artères coronaires est associée, après ajustement pour l'âge et le sexe, à un quasi doublement du risque relatif d'adénome colorectal (RR = 1,88 ; p = 0,002) et, en particulier, des lésions avancées (RR = 2,51 ; p = 0,001). Même après ajustement

pour l'ensemble des facteurs de risque d'adénome colorectal (âge, sexe, tabac, antécédent familial de cancer colique et syndrome métabolique), le risque reste multiplié par 1,5 chez les coronariens (RR = 1,54 ; p = 0,048).

À la recherche d'un lien entre les deux pathologies

Le syndrome métabolique était-il au cœur de cette association ? Telle est l'hypothèse privilégiée par les auteurs de cette étude. Si on les examine en tant que causes directes, aucun des facteurs de risque constitutifs du syndrome métabolique n'affecte significativement l'association maladie coronaire/cancer colorectal. Néanmoins,

le syndrome métabolique et le tabagisme ressortent comme facteurs prédictifs indépendants de l'association maladie coronaire/lésion avancée. Une étude prospective, permettant d'explorer de manière plus puissante l'impact du syndrome métabolique et du tabagisme sur l'association maladie coronaire/adénome colorectal avancé, est à présent souhaitable.

■ Dr J.-L.S.

Référence : Chan AO, Jim MH, Lam KF et al. Prevalence of colorectal neoplasm among patients with newly diagnosed coronary disease. JAMA 2007; 298(12) : 1412-19.

GLYCÉMIE POSTPRANDIALE

Nouveau marqueur reconnu de l'équilibre glycémique

L'International Diabetes Federation (IDF) a profité de la réunion de l'European Association for the Study of Diabetes, à Amsterdam, pour présenter ses nouvelles recommandations concernant la prise en charge du diabète de type I et II. Fait nouveau, après la glycémie à jeun et l'HbA_{1c}, la glycémie postprandiale rejoint le groupe des marqueurs de l'équilibre glycémique qu'il convient de surveiller et normaliser dans le cadre du suivi du diabète.

Lors de son discours introductif, le Pr Antonio Ciriello (Royaume-Uni), co-président du groupe de travail chargé

d'élaborer les nouvelles recommandations de l'IDF a tenu à rappeler que le seul contrôle de la glycémie à jeun ne suffit généralement pas à obtenir un

Promouvoir la prévention

Au vu de ces résultats, un seul constat s'impose : l'artérite des membres inférieurs reste totalement méconnue des patients mais aussi malheureusement d'une majorité de praticiens, qui la considèrent encore trop souvent comme une atteinte vasculaire de seconde classe alors qu'elle constitue, au contraire, un symptôme d'alarme d'une maladie beaucoup plus générale, l'athérosclérose. Il est en effet reconnu qu'un index cheville-bras < 0,70 est plus grave, en termes de mortalité cardiovasculaire, qu'une sténose coronaire. Pour modifier cette situation, il faut promouvoir un dépistage par la mesure de l'index cheville-bras, dans les deux sexes, dès 65 ans et bien avant (45-50 ans) en cas de facteurs de risque. Mais, surtout, il faut lutter contre le réflexe des patients qui consiste à minimiser les symptômes, à recourir à l'automédication pour calmer la douleur et/ou à adapter ses habitudes de vie en fonction du handicap, autant d'attitudes qui font que la consultation et la prise en charge sont différées et le risque local et général aggravé.