

ESC 2023. COMMUNICATION SCIENTIFIQUE DE LA SOCIETE EUROPEENNE DE CARDIOLOGIE SUR LES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES

Synthèse du Conseil recommandations de la Société française de Médecine Vasculaire (SFMV) d'après le tableau 3 « What is New » édité dans les recommandations de prise en charge des maladies cardiovasculaires chez les patients diabétiques de la société européenne de cardiologie.

Source : « ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, Christodorescu RM, Crawford C, Di Angelantonio E, Eliasson B, Espinola-Klein C, Fauchier L, Halle M, Herrington WG, Kautzky-Willer A, Lambrinou E, Lesiak M, Lettino M, McGuire DK, Mullens W, Rocca B, Sattar N »

Marx N, et al ; ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023 Oct 14;44(39):4043-4140. doi: 10.1093/eurheartj/ehad192. Erratum in: Eur Heart J. 2023 Dec 21;44(48):5060. doi: 10.1093/eurheartj/ehad774. Erratum in: Eur Heart J. 2024 Feb 16;45(7):518. doi: 10.1093/eurheartj/ehad857. PMID: 37622663.

Liens : <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad192>

Mots Clés : diabète ; risque cardiovasculaire ; cardiologie ; médecine vasculaire ; athérosclérose ; dyslipidémie ; recommandations.

Membres du conseil recommandations : C. Bonnin, J. Catella, K. Ezzaki, C. Fourgeaud, M. Gras, FX Himpens, R. Jacquet, L. Khider, G. Mahé, T Mirault, JN. Poggi ; S. Zuily.

Les patients diabétiques présentent un risque accru de développer une maladie cardiovasculaire (MCV) avec ses manifestations de coronaropathie (MC), d'insuffisance cardiaque (IC), de fibrillation auriculaire (FA) et d'accident vasculaire cérébral (AVC), ainsi que de maladies artérielles aortiques et périphériques. En outre, le diabète est un facteur de risque majeur de développement d'une maladie rénale chronique (MRC), qui est elle-même associée au développement de maladies cardiovasculaires. La combinaison du diabète avec ces comorbidités cardio-rénales augmente le risque non seulement d'événements cardiovasculaires (CV) mais aussi de mortalité cardiovasculaire et toutes causes confondues. Les recommandations actuelles de la Société européenne de cardiologie (ESC) sur la prise en charge des maladies cardiovasculaires chez les patients diabétiques sont conçues pour guider la prévention et la gestion des manifestations de maladies cardiovasculaires chez les patients diabétiques sur la base des données publiées jusqu'à fin janvier 2023. Au cours de la dernière décennie, les résultats de divers essais de grande envergure sur les événements cardiovasculaires chez des patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire avec de nouveaux agents hypoglycémiant, tels que les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose-2 (SGLT2) et les agonistes des récepteurs (AR) du peptide like glucagon-1 (GLP-1), mais aussi de nouveaux antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes non stéroïdiens (ARM), tels que la finérénone ont considérablement élargi les options thérapeutiques disponibles, conduisant à de nombreuses recommandations fondées sur des données probantes pour la prise en charge de cette population de patients.

Les directives actuelles, contrairement aux précédentes directives de l'ESC de 2019 sur le diabète, le prédiabète et les maladies cardiovasculaires, se concentrent uniquement sur les maladies cardiovasculaires et le diabète et, compte tenu du manque de preuves claires, laissent de côté l'aspect du prédiabète. En outre, cette version des directives donne des recommandations sur la stratification du risque cardiovasculaire, ainsi que sur le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies cardiovasculaires chez les patients diabétiques. Pour tous les autres aspects concernant la prise en charge des patients diabétiques, nous nous référons aux recommandations des associations de diabète, par exemple l'Association européenne pour l'étude du diabète (EASD) ou l'American Diabetes Association (ADA).

Classes de recommandations :

	Definition	Formulation à employer	
Classes of recommendations	Class I	Preuve et/ou accord général qu'un traitement ou une procédure donnée est bénéfique, utile et efficace.	est recommandé ou est indiqué
	Class II	Preuves contradictoires et/ou divergence d'opinion sur l'utilité/l'efficacité du traitement ou de la procédure donnée.	
	Class IIa	Le poids des preuves/opinions est en faveur de l'utilité/efficacité.	devrait être considéré
	Class IIb	L'utilité/l'efficacité est moins bien établie par des preuves/opinions.	pourrait être considéré
	Class III	Preuve ou accord général selon lequel le traitement ou la procédure donné(e) n'est pas utile/efficace et, dans certains cas, peut être nocif(ve).	n'est pas recommandé

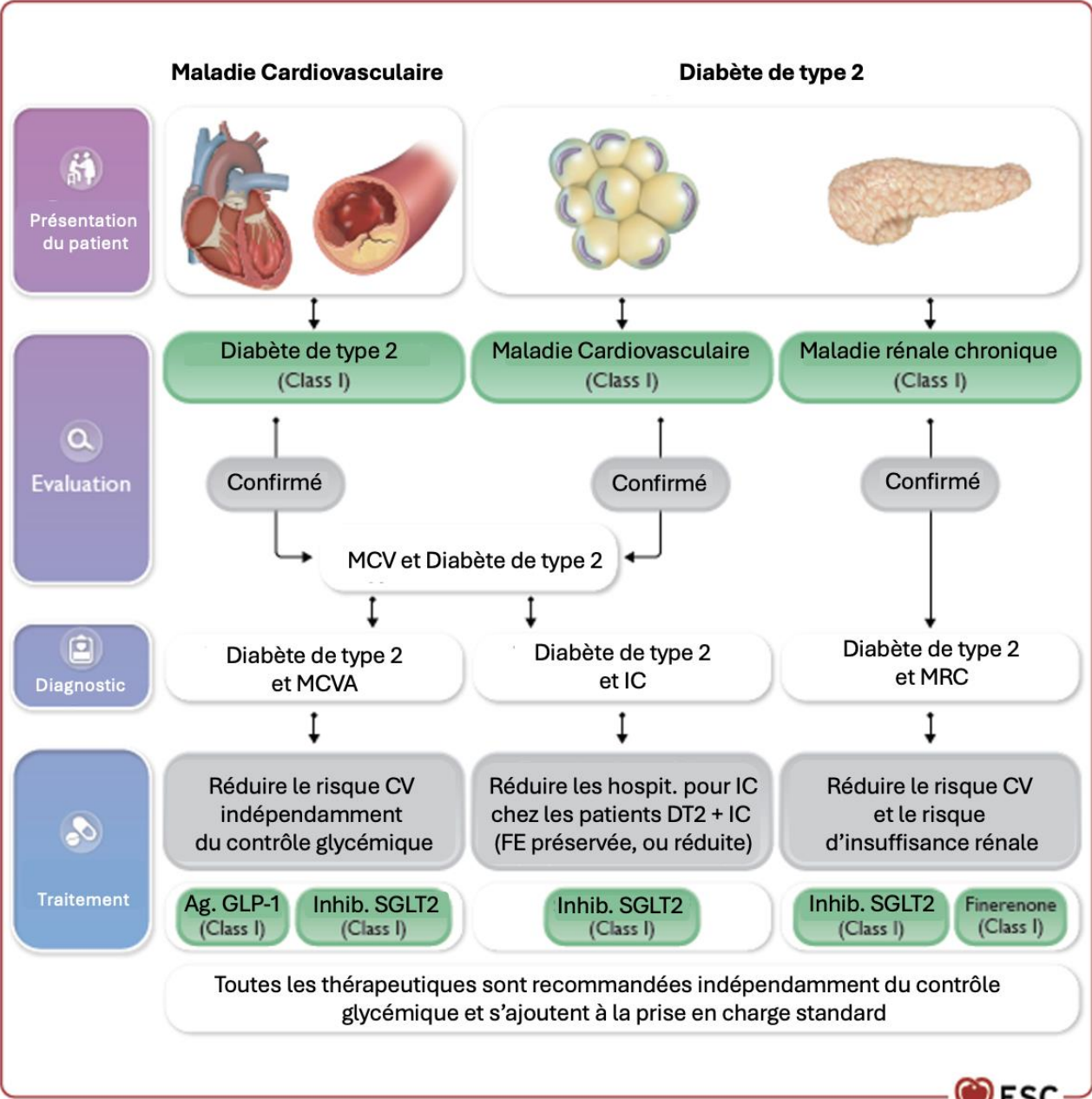
Niveaux de preuve :

A	Données issues de plusieurs essais cliniques randomisés ou méta-analyses.
B	Données issues d'un seul essai clinique randomisé ou d'études non randomisées à grande échelle.
C	Consensus d'opinion des experts et/ou petites études, études rétrospectives, registres.

Abréviations utilisées	Significations
AAS	Acide acétyle salicylique
Ag. GLP-1	Agoniste du Glucagon Like peptide-1
AOD	Anti coagulant oral direct
ARA2	Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2
ARM	Antagoniste des récepteurs aux minéralocorticoïdes (en France = Spironolactone et éplérenone)
ARNi	Angiotensine receptor-neprilysin inhibitor = association d'un ARA2 (antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2) et d'un inhibiteur de neprilysine = Valsartan/Sacubitril
AVC	Accident vasculaire cérébral
CV	Cardio vasculaire
DAPT	Bi thérapie anti agrégante (dual anti platelet therapy)
DFGe	Débit de filtration glomérulaire
DPP-4	Dipeptyl peptidase 4
DT1	Diabète type 1
DT2	Diabète type 2
ECG	Électrocardiogramme
FA	Fibrillation atriale
FE	Fraction d'éjection
FEVG	Fraction d'éjection du ventricule gauche
GLP1	Glucagon Like peptide-1
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HTA	Hypertension artérielle
IC	Insuffisance cardiaque
IDM	Infarctus du myocarde
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion
IMC	Indice de masse corporelle
Inhib. SGLT2	Inhibiteur du Sodium Glucose Co transporteur 2
Inhibiteur de récepteur P2Y12	Famille d'antiagrégant plaquettaire regroupant le Clopidogrel et le Ticagrelor
IRC	Insuffisance rénale chronique

MCV	Maladie cardio vasculaire
MCVA	Maladies cardio-vasculaires athéromateuses
MRC	Maladie rénale chronique
RHD	Règles hygiéno-diététiques
SCA ST -	Syndrome coronaire aigu avec sus élévation du segment ST
SCA ST +	Syndrome coronaire aigu sans sus élévation du segment ST
SCC	Syndrome coronaire chronique
SGLT2	Sodium Glucose Co transporteur 2

Figure 1 : Gestion des maladies cardiovasculaires chez les patients suivis pour diabète de type 2 : approche clinique et recommandations clés.



FICHE I			
Estimation du risque CV			
Recommandation		Grade	Niveau preuve
	Chez les patients atteints de DT2 sans maladie CV athéromateuse symptomatique ou atteinte sévère d'organe cible, il est recommandé d'estimer le risque de MCV à 10 ans via SCORE2-Diabetes	I	B

FICHE II			
Perte de poids			
Recommandations		Grade	Niveau preuve
1.	Il est recommandé aux personnes souffrant de surpoids ou d'obésité de réduire leur poids et d'augmenter leur activité physique afin d'améliorer leur contrôle métabolique et leur profil de risque global de maladies cardiovasculaires.	I	A
2.	Les médicaments hypoglycémisants ayant des effets sur la perte de poids (par exemple les agonistes du rGLP-1) doivent être envisagés chez les patients en surpoids ou obèses afin de réduire le poids.	IIa	B
3.	La chirurgie bariatrique doit être envisagée chez les patients à risque élevé et très élevé avec un IMC ≥ 35 kg/m ² (\geq Classe II) lorsque des efforts répétitifs et structurés de changements de mode de vie associés à des médicaments amaigrissants n'entraînent pas une perte de poids durable.	IIa	B

FICHE III			
	Activité physique – exercice		
Recommandations		Grade	Niveau preuve
1.	Il est recommandé d'adapter les interventions d'exercice aux comorbidités associées au DT2, par ex. fragilité, neuropathie ou rétinopathie.	I	B
2.	Il est recommandé d'introduire un entraînement physique structuré chez les patients atteints de DT2 et de maladies cardiovasculaires établies, par ex. maladie coronarienne, IC (à FEVG préservée, modérément réduite, réduite, ou FA) pour améliorer le contrôle métabolique, la capacité d'exercice et la qualité de vie, et pour réduire les événements CV.	I	B
3.	Le recours à des interventions fondées sur la théorie comportementale, telles que l'établissement d'objectifs, la réévaluation des objectifs, l'autosurveillance et la rétroaction, devrait être envisagé pour promouvoir un comportement d'activité physique.	IIa	B
4.	Il peut être envisagé d'utiliser des trackers d'activité portables pour augmenter le comportement d'activité physique.	IIb	B

FICHE IV			
	Arrêt intoxication tabagique		
Recommandations		Grade	Niveau preuve
	Les thérapies de remplacement de la nicotine, la varénicline et le bupropion, ainsi que les conseils individuels ou téléphoniques, doivent être envisagés pour améliorer le taux de réussite du sevrage tabagique.	IIa	B

FICHE V			
	Objectifs glycémiques		
Recommandations		Grade	Niveau preuve
	Un contrôle glycémique strict doit être envisagé pour réduire la coronaropathie à long terme, de préférence en utilisant des agents ayant un bénéfice CV prouvé.	IIa	B

FICHE VI			
	Réduction du risque de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse grâce aux médicaments hypoglycémiants dans le diabète		
Recommandations		Grade	Niveau preuve
1.	Il est recommandé de donner la priorité à l'utilisation d'agents hypoglycémiants présentant des bénéfices CV prouvés, suivis d'agents présentant une sécurité CV prouvée, par rapport aux agents sans bénéfice CV prouvé ni sécurité CV prouvée.	I	C
2.	Si un contrôle glycémique supplémentaire est nécessaire, la metformine doit être envisagée chez les patients atteints de DT2 et de MCV.	IIa	C
3.	Si un contrôle glycémique supplémentaire est nécessaire, la pioglitazone peut être envisagée chez les patients atteints de DT2 et de MCV sans IC.	IIb	B

FICHE VII			
	Tension artérielle et diabète		
Recommandations		Grade	Niveau preuve

	Des mesures régulières de la pression artérielle sont recommandées chez tous les patients diabétiques pour détecter et traiter l'hypertension afin de réduire le risque cardiovasculaire.	I	A
--	---	----------	----------

FICHE VIII			
	Lipides et diabète		
Recommandations		Grade	Niveau preuve
1.	Un inhibiteur de PCSK9 est recommandé chez les patients présentant un risque cardiovasculaire très élevé, avec des taux de LDL-C constamment élevés au-dessus de l'objectif malgré un traitement avec une dose maximale tolérée de statines, en association avec l'ézétimibe, ou chez les patients présentant une intolérance aux statines.	I	A
2.	Si un régime à base de statines n'est toléré à aucune dose (même après une nouvelle tentative), un inhibiteur de la PCSK9 ajouté à l'ézétimibe doit être envisagé.	IIa	B
3.	Si un régime à base de statines n'est toléré à aucune posologie (même après une nouvelle tentative), l'ézétimibe doit être envisagé.	IIa	C
4.	Une dose élevée d'icosapent éthyle (2 g deux fois par jour) peut être envisagée en association avec une statine chez les patients présentant une hypertriglycémie.	IIb	B

FICHE IX			
	Traitement antithrombotique chez les patients diabétiques		
Recommandations		Grade	Niveau preuve
1.	Clopidogrel 75 mg une fois par jour après dose de charge appropriée est recommandé en plus de l'AAS pendant 6 mois après la pose d'un stent coronaire chez les patients atteints de SCC, quel que soit le type de stent, à moins qu'une durée plus courte ne soit indiquée en raison du risque ou de l'apparition d'hémorragies potentiellement mortelles.	I	A

2.	Chez les patients diabétiques et atteints de SCA traités par DAPT qui subissent un pontage coronaire et ne nécessitent pas de traitement par AOD à long terme, il est recommandé de reprendre un inhibiteur du récepteur P2Y12 dès que cela est jugé sûr après la chirurgie et de le poursuivre jusqu'à 12 mois.	I	C
3.	L'ajout de très faibles doses de rivaroxaban à de faibles doses d'AAS pour la prévention à long terme des événements vasculaires graves doit être envisagé chez les patients atteints de diabète et de SCC ou d'AOMI symptomatique sans risque hémorragique élevé.	IIa	B
4.	Chez les patients atteints de SCA ou de SCC et diabétiques subissant l'implantation d'un stent coronaire et ayant une indication d'anticoagulation, la prolongation d'une trithérapie avec de faibles doses d'AAS, de clopidogrel et un AOD doit être envisagée jusqu'à 1 mois si le risque thrombotique l'emporte sur le risque hémorragique individuel du patient.	IIa	C
5.	Chez les patients atteints de SCA ou de SCC et diabétiques subissant l'implantation d'un stent coronaire et ayant une indication d'anticoagulation, la prolongation d'une trithérapie avec de faibles doses d'AAS, de clopidogrel et d'AOD jusqu'à 3 mois peut être envisagée si le risque thrombotique l'emporte sur le risque hémorragique individuel du patient.	IIb	C
6.	Lorsque le clopidogrel est utilisé, l'oméprazole et l'ésoméprazole ne sont pas recommandés pour la protection gastrique.	III	B

FICHE X			
	Approche multifactorielle chez les patients diabétiques		
Recommandations		Grade	Niveau preuve
1.	Il est recommandé d'identifier et de traiter précocement les facteurs de risque et les comorbidités.	I	A
2.	Des approches comportementales multidisciplinaires combinant les connaissances et les compétences des différents soignants sont recommandées.	I	C
3.	Les principes de l'entretien motivationnel doivent être pris en compte pour induire des changements de comportement.	IIa	C
4.	La télésanté peut être envisagée pour améliorer le profil de risque.	IIb	B

FICHE XI			
Prise en charge de la maladie coronarienne chez les patients diabétiques			
Recommandations		Grade	Niveau preuve
1.	La revascularisation myocardique dans le SCC est recommandée lorsque l'angor persiste malgré un traitement par des médicaments anti-angineux ou chez les patients présentant une grande plage d'ischémie documentée (> 10 % ventricule gauche).	I	A
2.	Une revascularisation complète est recommandée chez les patients atteints de SCA ST + sans choc cardiogénique et avec coronaropathie multi territoire.	I	A
3.	Il est recommandé d'évaluer l'état glycémique lors de l'évaluation initiale chez tous les patients atteints de SCA.	I	B
4.	Une revascularisation complète doit être envisagée chez les patients atteints de SCA ST- sans choc cardiogénique et avec coronaropathie multi territoire.	IIa	C
5.	Un traitement hypoglycémiant doit être envisagé chez les patients atteints de SCA présentant une hyperglycémie persistante, tandis que les épisodes d'hypoglycémie doivent être évités.	IIa	C
6.	La revascularisation immédiate de routine des lésions non responsables chez les patients atteints d'IDM et de lésions multi tronculaires présentant un choc cardiogénique n'est pas recommandée.	III	B

FICHE XII			
Insuffisance cardiaque et diabète			
Recommandations		Grade	Niveau preuve
<i>Évaluation de l'insuffisance cardiaque dans le diabète</i>			
1.	Si une IC est suspectée, il est recommandé de mesurer le BNP/NT-proBNP.	I	B
2.	Une enquête systématique sur les symptômes et/ou les signes d'IC est recommandée lors de chaque rencontre clinique chez tous les patients diabétiques.	I	C

	Tests de diagnostic chez tous les patients suspectés d'insuffisance cardiaque		
1.	Un ECG à 12 dérivations est recommandé.	I	C
2.	Une échocardiographie transthoracique est recommandée.	I	C
3.	Une radiographie thoracique (radiographie) est recommandée.	I	C
4.	Des tests sanguins de routine pour les comorbidités sont recommandés, notamment une formule sanguine complète, l'urée, la créatinine et les électrolytes, la fonction thyroïdienne, les lipides et le statut en fer (ferritine et coefficient de saturation de la transferrine).	I	C
	Traitement pharmacologique indiqué chez les patients atteints d'IC à FE réduite (classes II à IV de la NYHA) et de diabète		
1.	Les inhibiteurs du SGLT2 (dapagliflozine, empagliflozine ou sotagliflozine) sont recommandés chez tous les patients atteints d'IC FE réduite et de DT2 afin de réduire le risque d'hospitalisation pour IC et de décès d'origine CV.	I	A
2.	Une stratégie intensive d'initiation précoce d'un traitement fondé sur des données probantes (inhibiteurs du SGLT2, ARNI/IEC, bêtabloquants et ARM), avec une augmentation rapide des doses cibles définies dans les essais cliniques avant la sortie et avec des visites de suivi fréquentes dans les 6 premières semaines suivant une hospitalisation pour IC est recommandée pour réduire les réadmissions ou la mortalité.	I	B
	Autres traitements indiqués chez certains patients atteints d'IC FE réduite (classes II à IV de la NYHA) et de diabète		
1.	L'hydralazine et le dinitrate d'isosorbide doivent être envisagés chez les patients de race noire atteints de diabète et d'une FEVG $\leq 35\%$ ou d'une FEVG $< 45\%$ associée à un VG dilaté dans la classe III-IV de la NYHA malgré un traitement par un IEC ou ARNI, un bêtabloquant et un ARM, pour réduire le risque d'hospitalisation et de décès pour IC.	IIa	B
2.	La digoxine peut être envisagée chez les patients présentant une IC à FE réduite symptomatique en rythme sinusal malgré un traitement par sacubitril/valsartan ou un IEC, un bêtabloquant et un ARM, afin de réduire le risque d'hospitalisation.	IIb	B
	Traitements de l'insuffisance cardiaque chez les patients diabétiques et FEVG $> 40\%$		
	L'empagliflozine ou la dapagliflozine sont recommandées chez les patients atteints de DT2 et de FEVG $> 40\%$ (IC à FE préservée et modérément réduite) pour réduire le risque d'hospitalisation pour IC ou de décès d'origine CV.	I	A

	<i>Considérations particulières concernant les médicaments hypoglycémiants chez les patients atteints de DT2 avec et sans IC</i>		
	Il est recommandé de remplacer le traitement hypoglycémiant avec des agents sans bénéfice CV prouvé ou sans innocuité prouvée par des agents avec bénéfice CV prouvé.	I	C

FICHE XIII			
	Fibrillation auriculaire et diabète		
Recommandations		Grade	Niveau preuve
1.	Un dépistage opportuniste de la FA par prise du pouls ou par ECG est recommandé chez les patients diabétiques de moins de 65 ans (en particulier lorsque d'autres facteurs de risque sont présents), car les patients diabétiques présentent une fréquence de FA plus élevée à un âge plus jeune.	I	C
2.	Un dépistage systématique par ECG doit être envisagé pour détecter la FA chez les patients âgés de ≥ 75 ans ou chez ceux présentant un risque élevé d'accident vasculaire cérébral.	IIa	B

FICHE XIV			
	Maladie rénale chronique et diabète (Figure 2)		
Recommandations		Grade	Niveau preuve
1.	Une réduction intensive du LDL-C avec des statines ou une association statine/ézétimibe est recommandée.	I	A
2.	Un inhibiteur du SGLT2 (canagliflozine, empagliflozine ou dapagliflozine) est recommandé chez les patients atteints de DT2 et de MRC avec un DFG _e ≥ 20 mL/min/1,73 m ² pour réduire le risque de maladie cardiovasculaire et d'insuffisance rénale.	I	A
3.	La finérénone est recommandée en complément d'un IEC ou d'un ARA2 chez les patients atteints de DT2 et d'un DFG _e > 60 mL/min/1,73 m ² avec un ratio albu / creat urinaire ≥ 30 mg/mmol (≥ 300 mg/ g) ou un DFG _e de 25 à 60 mL/min. /1,73 m ²	I	A

	et ratio albu / creat urinaire ≥ 3 mg/mmol (≥ 30 mg/g) pour réduire les événements CV et l'insuffisance rénale.		
4.	De faibles doses d'AAS (75 à 100 mg une fois par jour) sont recommandées chez les patients atteints de MRC et de MCVA.	I	A
5.	Un traitement médical intensif ou une stratégie invasive initiale sont recommandés chez les personnes atteintes d'IRC, de diabète et de coronaropathie modérée ou sévère stable, en raison de résultats similaires.	I	B
6.	L'avis d'un néphrologue peut être envisagé pour gérer une augmentation du phosphate sérique, d'autres troubles minéraux et osseux de la MRC et une anémie rénale.	IIb	C
7.	L'utilisation combinée d'un ARA2 avec un IEC n'est pas recommandée.	III	B

FICHE XV			
	Maladies artérielles aortiques et périphériques et diabète		
Recommandations		Grade	Niveau preuve
	Chez les patients diabétiques présentant un anévrisme de l'aorte, il est recommandé de mettre en œuvre le même bilan diagnostique et les mêmes stratégies thérapeutiques (médicales, chirurgicales ou endovasculaires) que chez les patients non diabétiques.	I	C

FICHE XVI			
	Diabète de type 1 et maladies cardiovasculaires		
Recommandations		Grade	Niveau preuve
1.	Chez les patients atteints de DT1, il est recommandé que l'ajustement des médicaments hypoglycémiantes suive les principes d'autogestion du patient sous la direction de l'équipe multidisciplinaire de soins du diabète.	I	C
2.	Il est recommandé d'éviter les épisodes hypoglycémiques, en particulier chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire établie.	I	C

3.	Les statines doivent être envisagées pour réduire le LDL-C chez les adultes de plus de 40 ans atteints de DT1 sans antécédents de maladies cardiovasculaires afin de réduire le risque cardiovasculaire.	IIa	B
4.	L'utilisation des statines doit être envisagée chez les adultes de moins de 40 ans atteints de DT1 et d'autres facteurs de risque de MCV ou de lésions microvasculaires des organes cibles ou d'un risque de MCV à 10 ans $\geq 10\%$ afin de réduire le risque de MCV.	IIa	B
5.	L'utilisation du modèle écossais/suédois de prédiction du risque peut être envisagée pour estimer le risque de maladie cardiovasculaire à 10 ans chez les patients atteints de DT1. https://diabepi.shinyapps.io/cvdrisk/	IIb	B

Conclusion

Les nouvelles directives et recommandations cliniques pour le traitement du diabète de type 2 (DT2) sont centrées sur le patient et fondées sur les preuves ; les tableaux cliniques et risques de complications cardio-rénales, plutôt que l'HbA1c seule, sont au premier plan des décisions thérapeutiques personnalisées. Les principaux objectifs thérapeutiques chez les patients atteints de diabète et de MCVA ou à risque accru de complications CV sont la protection des organes et l'amélioration du pronostic. En conséquence, ces directives de l'ESC sur les MCV et le diabète sont basées sur les nombreuses données provenant de grands essais de ces dernières années. Pour les patients atteints de DT2 et de MCVA, de nombreuses données existent, mais la réduction du risque CV chez ceux qui n'ont pas de MCVA est moins claire. Ainsi, pour fournir des recommandations sur les stratégies de traitement visant à réduire le risque CV chez les patients atteints de DT2 mais sans MCVA ou atteinte sévère d'organe cible, un outil approprié de stratification du risque chez ces patients est d'une importance majeure. Par conséquent, une extension de SCORE2 pour le diabète de type 2, appelée SCORE2-Diabetes, est fournie pour prédire le risque sur 10 ans d'événements cardiovasculaires mortels et non mortels (IDM, AVC) dans quatre régions européennes de risque chez les patients sans MCVA ou atteinte sévère d'organe cible. La mise en œuvre des recommandations actuelles devrait être encouragée non seulement en utilisant les outils pédagogiques respectifs développés par l'ESC, y compris les recommandations de pratique clinique de l'ESC, mais aussi en les intégrant dans les systèmes nationaux de dossiers médicaux électroniques et les solutions de soins de santé numériques.

Le concept fondé sur des preuves des recommandations actuelles, ses messages clés et les lacunes en matière de preuves en tant que besoins médicaux pour la recherche future doivent être diffusés à tous les acteurs de la santé, aux décideurs politiques, aux politiciens et au grand public. La sensibilisation devrait être accrue, respectivement, aux niveaux national et européen, y compris au Parlement de l'Union européenne (UE) et aux commissions responsables.

De notre point de vue, les recommandations actuelles pourraient fournir un modèle pour aborder les patients multimorbides atteints de maladies courantes, chroniques et non transmissibles telles que la maladie cardiovasculaire athéromateuse, l'IC, le diabète et la MRC. Les maladies non transmissibles représentent l'un des plus grands fardeaux pour les systèmes de santé et les sociétés en Europe et dans de nombreuses autres régions du monde. Nous espérons donc que les présentes recommandations contribueront à l'objectif ultime de la gestion des maladies cardiovasculaires et du risque cardiovasculaire chez les patients diabétiques : améliorer le pronostic des patients et leur qualité de vie liée à la santé.

Figure 2 : Gestion pharmacologique pour réduire le risque CV ou le risque d'insuffisance rénale chez les patients ayant un DT2 et une MRC.

