

Mise au point

Athérome et lupus érythémateux systémique

Atheroma and systemic lupus erythematosus[◇]

Martin Soubrier*, Sylvain Mathieu, Jean-Jacques Dubost

Hôpital G.-Montpied, place Henri-Dunant, BP 69, 63003 Clermont-Ferrand, France

Reçu le 26 janvier 2007 ; accepté le 3 avril 2007

Disponible sur internet le 10 juillet 2007

Résumé

Les études épidémiologiques ont montré que les patients ayant un lupus systémique ont beaucoup plus de risque de développer un accident cardiovasculaire. Les méthodes non invasives ont montré qu'il existait une augmentation de l'épaisseur intima-média des plaques d'athérome carotidien et des calcifications coronariennes chez les lupus érythémateux systémiques (LES) par rapport aux témoins. La prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires traditionnels au cours du LES pourrait seulement en partie expliquer ce surrisque cardiovasculaire. Les perturbations immunologiques et le syndrome inflammatoire pourraient augmenter aussi de façon indirecte le risque cardiovasculaire en induisant une dyslipidémie, une résistance à l'insuline. Le rôle de la corticothérapie reste l'objet de controverses. Le contrôle strict de l'activité de la maladie devrait permettre de diminuer la morbidité cardiovasculaire. Nous devons ainsi lutter contre les facteurs de risque cardiovasculaires : obésité, tabagisme, sédentarité. Le traitement de l'hypertension artérielle, de la dyslipidémie devra être optimal. La prescription d'un traitement antiagrégant devra être discutée.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Lupus érythémateux systémique ; Maladies cardiovasculaires ; Athérome

Keywords: Systemic lupus erythematosus; Cardiovascular disease; Atheroma

1. Introduction

C'est Urowitz et al. et Bukley et Roberts qui ont les premiers attiré l'attention sur les complications cardiovasculaires du lupus érythémateux systémique (LES) [1,2]. Urowitz et al. ont analysé les causes de décès chez 80 patients souffrant de LES de 1970 à 1974. Durant cette période, 11 des 80 patients sont décédés. Les LES actifs traités par fortes doses de corticoïdes sont décédés précocement (inférieur à un an) d'infections (4/6 chocs toxiques infectieux) alors que les LES peu actifs traités par corticoïdes à faibles doses sont décédés plus tardivement (8,5 ans en moyenne) de pathologies cardiovasculaires (5/5 infarctus, cause directe du décès quatre fois) [1]. À

l'autopsie de 36 LES, 42 % avaient un athérome coronarien dans la série de Bukley et Roberts [2].

2. Épidémiologie

2.1. Études cliniques

Une augmentation de la morbidité cardiovasculaire a été documentée dans le suivi de cohortes prospectives, la prévalence des événements cardiovasculaires est estimée entre 6 et 10 % et l'incidence annuelle à 1,5 % par an [3–5]. En comparant la cohorte de lupus de Pittsburg à la cohorte de Framingham, Manzi et al. ont montré que des patients ayant un LES ont un risque de maladie cardiovasculaire multiplié par 5 ou 6. Pour les patientes âgées de 35 à 44 ans, le risque de développer une affection cardiovasculaire est 50 fois plus élevé que les témoins [3]. Cette augmentation de la morbidité d'origine cardiovasculaire a également été documentée à partir de la base de données des généralistes anglais (OR : 2,67 [1,34–5,34])

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : msoubrier@chu-clermontferrand.fr (M. Soubrier).

◇ Pour citer cet article, utiliser ce titre en anglais et sa référence dans le même volume de *Joint Bone Spine*.

après ajustement sur les facteurs de risque cardiovasculaires classiques, les antécédents cardiovasculaires et l'insuffisance rénale [6]. Le suivi d'une cohorte internationale de 9547 patients suivis de 1958 à 2001 montre une diminution de la mortalité dans le LES durant les trois dernières décennies due à une diminution des décès d'origine septique et par insuffisance rénale, mais la mortalité d'origine cardiovasculaire est en discrète augmentation [7].

2.2. Explorations non invasives

2.2.1. Épaisseur intima-média

L'épaisseur intima-média est actuellement considérée comme un marqueur de la maladie athéromateuse et de sa diffusion [8]. Elle intègre l'effet délétère des différents facteurs de risque cardiovasculaires sur des décennies d'exposition. Elle est directement corrélée à la survenue d'une cardiopathie ischémique mais aussi à la survenue d'un accident vasculaire cérébral ou d'une artériopathie [8]. L'épaisseur intima-média est plus importante chez les lupiques ayant des manifestations cardiovasculaires (infarctus du myocarde, angor, accident vasculaire cérébral, claudication artérielle) que chez les lupiques sans manifestations cardiovasculaires ou que chez des témoins sains [9].

2.2.2. Plaques d'athérome

La mise en évidence de plaques carotidiennes est un facteur encore plus prédictif de la survenue d'accidents cardiovasculaires que l'augmentation de l'épaisseur intima-média [8]. Une augmentation des plaques d'athérome carotidien a été documentée au cours du LES. Roman et al., dans une étude cas témoin, qui a inclus 197 patients souffrant de lupus et 197 témoins appariés sur l'âge (± 5 ans), le sexe, la race et l'hypertension artérielle ont montré que la prévalence des plaques d'athérome était plus importante chez les patients ayant un LES que chez les témoins (37,1 versus 15,2 % $p < 0,001$) [10]. Les facteurs de risque cardiovasculaires traditionnels étaient identiques dans les deux groupes.

2.2.3. Calcifications coronariennes

La présence de calcification coronarienne, détectée par scanner haute résolution est plus fréquente au cours du lupus. Assaluma et al. ont retrouvé des calcifications coronariennes chez 20 des 65 patients ayant un lupus et seulement 6 des 69 patients témoins [11]. Les calcifications coronariennes sont également plus fréquentes chez les 152 patients lupiques de la série de Von Feldt et al. (29,6 %) que chez les 142 témoins (16,2 %) [$p = 0,009$] [12].

3. Facteur de risque cardiovasculaire traditionnel au cours du LES

L'augmentation du risque cardiovasculaire observé au cours du LES pourrait être secondaire à une plus grande prévalence des facteurs de risque traditionnels au cours du LES. Une étude cas témoins, réalisée au Canada, a étudié les facteurs de risque cardiovasculaires chez 250 patientes ayant un LES vus consécutivement et chez 250 témoins [13]. Les patientes ayant un

LES étaient plus souvent hypertendues, diabétiques et leur activité physique était moindre. Leurs taux de *very low-density lipoprotein* (VLDL) cholestérol, de triglycérides et d'homocystéine étaient plus élevés. De plus, bien que l'âge moyen entre les deux groupes soit identique, les patientes lupiques étaient plus souvent ménopausées que les témoins (38 versus 19 %). L'estimation du risque cardiovasculaire par l'équation de Framingham n'était pas différente entre les deux groupes et ne reflétait donc pas l'augmentation du risque cardiovasculaire observé au cours du LES. L'inadaptation de l'équation de Framingham pour prédire l'augmentation du risque cardiovasculaire au cours du LES vient d'être récemment confirmée [14]. Il faut cependant, rappeler que l'équation de Framingham qui permet à partir d'abaques prenant en compte l'âge, le sexe, le tabagisme, la pression artérielle systolique, le *high-density lipoprotein* (HDL) cholestérol et le cholestérol total, de prédire le risque d'infarctus du myocarde à dix ans, n'a pas été validée en France où le risque cardiovasculaire est inférieur à celui observé dans les populations anglo-saxonnes [15,16].

Deux facteurs sont constamment associés à l'augmentation du risque cardiovasculaire au cours du LES : une hypercholestérolémie et un âge avancé lors du diagnostic [17]. L'étude prospective de 134 patients ayant un LES a montré qu'une cholestérolémie constamment supérieure à 5,2 mmol/l prédit de façon indépendante la survenue d'un événement cardiovasculaire (infarctus du myocarde, décès brutal inexpliqué) [18]. Ainsi, les patients ayant une hypercholestérolémie persistante développent dans 28 % des cas un événement cardiovasculaire alors que les patients qui ont une cholestérolémie constamment normale n'en développent un que dans 3 % des cas [18]. Dans la base de données des généralistes anglais, la présence d'une hyperlipidémie associée au LES augmente considérablement le risque d'accident cardiovasculaire puisqu'il passe de 2,67 (1,34–5,34) à 18,24 (1,48–225) [6]. Comme mentionné plus haut, les facteurs de risque cardiovasculaires, même s'ils augmentent le risque, ne peuvent à eux seuls rendre compte de la surmortalité cardiovasculaire observée au cours du LES. L'étude d'une cohorte de 163 patients lupiques suivis durant 8,6 ans en moyenne montre après ajustement sur les facteurs de risque traditionnels cardiovasculaires, un risque relatif d'infarctus du myocarde de 10,1 (5,8–15,6), de décès d'origine cardiovasculaire de 17 (8,1–29,1) et d'accident vasculaire cérébral de 7,9 (4–13,6) [4]. Ces mêmes résultats ont été trouvés par Bessant et al. où la survenue d'un accident vasculaire cérébral ou d'un infarctus du myocarde est plus fréquente que ne le laissait supposer le risque prédit par l'équation de Framingham [19]. Les autres facteurs qui pourraient rendre compte de ce surrisque pourraient être, comme nous l'avons vu dans la série canadienne, l'existence d'une ménopause précoce, d'une altération de la fonction rénale, d'une hypercholestérolémie et d'une hyperhomocystéinémie [13]. Dans la série de Von Feldt et al., les patients lupiques qui ont des calcifications coronariennes sont plus âgés, ont plus de facteurs de risque cardiovasculaires traditionnels que les patients lupiques qui n'ont pas de calcification [12]. La présence de calcifications coronariennes est également associée à la présence d'une hyperhomocystéinémie, d'une altération de la fonction rénale et à la durée de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389159>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389159>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)