

EPAISSEUR INTIMA-MEDIA CAROTIDIENNE

La détection précoce de l'athérosclérose à son stade infraclinique, est un enjeu majeur visant à réduire la fréquence des événements cardio vasculaires. La mesure de l'épaisseur intima-média carotidienne remplit-elle cette ambition ?

L'EIM qui est en moyenne à 0.7 mm entre 50 et 60 ans, augmente physiologiquement avec l'âge, de 0.005 à 0.01 mm/an selon les études. Elle est plus élevée chez l'homme que chez la femme.

L'EIM est étroitement corrélée à la survenue des événements cardio vasculaires : une EIM augmentée, multiplie le risque de survenue d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral par 2 à 5 fois. Pour toute augmentation de 0.1 mm de l'EIM, le risque d'infarctus du myocarde augmente de 5.6%

L'EIM est corrélée au degré de sévérité des lésions coronaires : plus l'EIM est augmentée et plus le risque d'être pluritronculaire augmente.

L'étude de la progression de l'EIM dans le temps est elle aussi en relation avec le risque de survenue des événements cardio vasculaires.

L'EIM est étroitement liée aux facteurs de risque :

- L'hypertension artérielle (surtout systolique) est sans doute un des facteurs les plus déterminants. Les hypertendus ont en moyenne 0.06 à 0.25 mm de plus que les normotendus.
- L'hypercholestérolémie (HDL et LDL) majore l'EIM (de 0.13 mm en moyenne)
- Le tabac (majoration de 0.05 à 0.1 mm)
- Le diabète (majoration de 0.05 à 0.08 mm)
- Antécédents familiaux de coronaropathie précoce.
- Ainsi que d'autres facteurs de risque : hyperhomocystéinémie, résistance à l'insuline, IMC (index de masse corporelle), Ac antiphospholipides

L'EIM est par ailleurs en corrélation avec les marqueurs inflammatoires tel que la CRP.

En intégrant les divers facteurs de risque classiques et récents, en plus des marqueurs inflammatoires, l'EIM apparaît être un élément supplémentaire à tenir en compte en plus des scores classiques tel que celui de Framingham, comme facteur prédictif cardio-vasculaire, d'autant qu'il décèle des écarts significatifs entre les populations à risque dès un jeune âge (à partir de 30 ans, et même chez les adolescents dans certaines études).

Les antihypertenseurs (IEC, bêta-bloquants, inhibiteurs calciques, et ARA II) ainsi que les statines agissent sur l'EIM en le réduisant ou en ralentissant sa progression.

L'EIM apparaît donc comme un carrefour dans l'histoire de l'athérosclérose, car il est d'une part un intégrateur multifactoriel des facteurs de risque, et d'autre part un élément prédictif des événements cardio vasculaires.

Malgré toutes ces corrélations, son utilisation à l'échelle individuelle, nécessite d'être validée, par des études multicentrique à grande échelle, c'est qui explique sans doute la timidité de son usage en pratique courante.

Gagnera-t-elle un jour ses titres de noblesse ? l'avenir nous le dira.