

ACTUALITÉ • CONGRÈS

4^{ème} Cardioprevent (partie 1)

Cardioprevent

Actualités dans l'obésité, l'hypertension artérielle et l'ostéoporose

Le 4^{ème} Cardioprevent, un symposium déjà traditionnel sur la prévention cardiovasculaire, était élargi cette fois sur la prévention de l'ostéoporose, comme l'annonçait le Dr Noveanu, médecin chef de la clinique Le Noirmont, dans son introduction. Le symposium portait sur la prévention de la mortalité par statines, sur les effets de la modification du style de vie, un update sur l'ostéoporose, les nouvelles guidelines et la thérapie actuelle de l'hypertension artérielle et les problèmes de la chirurgie bariatrique.

Controverse du traitement avec statines en prévention primaire

Alors que les guidelines sont à l'unanimité sur la prévention secondaire par la thérapie avec des statines, elles diffèrent en tant que prévention primaire dit le Pr Walter F. Riesen, Dissenhofen, Secrétaire du GSLA. Quatre méta-analyses sur un nombre de 280 227 personnes asymptomatiques ont montré des résultats non consistants. Trois méta-analyses ont donné des réductions dans l'ordre de 7 à 12%, une méta-analyse n'était pas significative avec une réduction de 9%. Une méta-analyse actuelle de Cochrane arrive à la conclusion que le traitement avec statines en prévention primaire est associé avec une réduction significative de la mortalité totale.

Entre Charybde et Scylla:

Les nouvelles guidelines de l'ACC/AHA quittent le concept des valeurs cibles de LDL-cholestérol. Elles sont basées sur l'intensité du traitement avec statines et proposent une stratégie de « fire and forget ». Ce concept dispose d'une grande sensibilité diagnostique mais il pourrait amener à un surtraitement de personnes à bas risque.

Le Swiss Medical Board par contre prend une position qui est contre toute les autres guidelines et propose de traiter que les personnes à un risque global de plus de 10% (guidelines ESC 5%). Cette proposition dispose d'une grande spécificité mais amènerait à un traitement insuffisant d'un grand nombre de personnes à risque élevé.

Risque cardiovasculaire global

Le Groupe Suisse Lipides et Athérosclérose prend une position entre les deux extrêmes et recommande de suivre les guide-

lines de l'ESC/EAS ou de l'IAS. Ces guidelines basent sur des données européennes et elles ont fait leurs preuves. En prévention primaire le risque global doit être la base de l'indication au traitement.

Modifier son style de vie pour améliorer la dyslipidémie?

Le Pr Ulrich Keller, Bâle et Le Noirmont, présentait tout d'abord les guidelines de l'ESC/EAS sur le traitement des dyslipidémies qui recommandent des interventions sur le style de vie comme première mesure de traitement, qui selon les valeurs de LDL-C sont complétées par une thérapie médicamenteuse. Le changement de style de vie (alimentation et activité physique) a des effets démontrés sur le bilan lipidique, mais l'évidence sur des effets contre l'athérosclérose et les complications cardiovasculaires est souvent floue. Ce n'est pas une voie directe et simple dit l'orateur. Il montre les différents effets du changement nutritionnel dont la somme donne une réduction calculée du risque de maladie coronarienne de 67%. Mais c'est un « compte de la laitière » dit l'orateur. Il montre que la consommation de cholestérol en forme d'œufs (une source importante de cholestérol) n'a aucun effet sur le risque cardiovasculaire. La consommation des stérols végétaux et de stanols, des agents hypocholestérolémians « naturels » a un effet indéterminé sur le risque cardiovasculaire.

Manger peu de graisses?

Une revue systématique et méta-analyse montre que le type de remplacements des acides gras saturés alimentaires est important. Le remplacement des acides gras saturés alimentaires par des acides gras polyinsaturés donne une réduction significative du risque de maladie coronarienne de 13%, alors que le remplacement des acides saturés par des hydrates de carbones donne une augmentation significative de 7%. La consommation d'acides gras du type omega-3 à longue chaîne démontre un effet bénéfique (-13% de risque) alors que le trans fatty acids ont un effet néfaste (+16% de risque). Il existe donc des acides gras favorable comme le sont les n-3-PUFA à longue chaînes (huile de poisson), les n-3-PUFA d'origine végétale, les n-6-PUFA d'origine végétale et les acides gras mono-insaturés, et des acides gras défavorables qui sont les acides gras saturés et les acides gras trans industriels.

Manger peu de glucides ? (low carbohydrate diets)

Les triglycérides sont abaissés dans l'ordre de 30%, le HDL-C est augmentée d'environ 15% par un régime «low carb», mais l'effet sur le risque cardiovasculaire est inconnu ! Par contre la prévention primaire de la maladie coronarienne par un régime du type méditerranéen (Etude Predimed) est efficace et réduit le risque de 30% vs régime de contrôle. Recommandés sont l'huile d'olive, les noix, les fruits, les légumes, la viande blanche et le vin aux repas (en option). Découragés sont les boissons soda, les produits de boulangerie, les bonbons, la pâtisserie et les graisses à tartiner.

Activité physique (aérobie et résistance)

Les résultats des études randomisées sur l'effet de l'activité physique (aérobie et résistance) Revue Cochrane, des RCTs qui ont durés 4-6 mois ont montré les effets suivants:

LDL-C: 3 études ne démontraient pas d'effet significatif.

HDL-C: 2 études démontraient des effets significatifs mais avec faible importance clinique. 2 études ne démontraient aucun effet significatif. Mortalité totale et cardiovasculaire: effet indéterminé (prévention primaire)

Intervention intensive sur le style de vie

L'intervention RCT de style de vie intense avec un apport calorique diminué et une augmentation de l'activité physique montre un effet bénéfique sur le poids, l'HbA1c, les lipides et la fitness. Mais l'effet est transient.

Aperçu sur le changement de style de vie et ses effets

L'orateur a souligné qu'aujourd'hui le paradigme des éléments diététique de la prévention cardiovasculaire a changé: Avant, on a utilisé des marqueurs de succédanés comme le bilan lipidique- mais maintenant on a à disposition des études d'intervention contrôlées avec

des cibles «dures» comme l'étude PREDIMED. Ces derniers ont changé clairement notre avis du rôle de certains éléments de changement de style de vie. Par exemple, les graisses ne sont plus «mauvaises» et les glucides «bonnes», et l'apport en cholestérol diététique est devenu insignifiant- et on respecte l'importance primordiale d'un bon « mélange » comme l'alimentation méditerranéenne.

Pour diminuer le taux de LDL: changement de style de vie peu efficace, traitement pharmacologique (statines) efficace

Pour diminuer les triglycérides: changement du style de vie (alimentation) très efficace, mais l'évidence d'un effet favorable sur la prévention cardiovasculaire du traitement pharmacologique est faible. Pour augmenter le HDL-C: Même mesure que pour abaisser les triglycérides.

Suivi d'un patient obèse avant et après une opération bariatrique

Le traitement de l'obésité par opération bariatrique ne cesse pas avec l'opération soulignait le **Dr Vittorio Giusti**, PD et MER, Lausanne, Fribourg, Neuchâtel. L'orateur démontrait l'évolution de la chirurgie bariatrique en Suisse de 2001 à 2012, qui montre une augmentation d'environ 300 cas à plus de 2700 cas par an avec la méthode du bypass gastrique distal, tandis que le nombre des autres méthodes reste inférieur à environ 300 cas. Le suivi après l'opération montre les données suivantes:

- ▶ Une reprise pondérale après l'opération est-elle possible? NON 54%, OUI 46%
- ▶ Des prises de sang régulières suite à l'intervention sont-elles nécessaires? NON 67%, OUI 33%
- ▶ Des manques en vitamines sont –ils possibles? NON 50%, OUI 50%

La revue pour la formation continue en médecine générale avec l'accent sur la gériatrie

pour le médecin généraliste, l'interniste et le gériatre:

- ▶ «gazette médicale» tentera de poursuivre notre objectif d'offrir de l'information qui remplisse à la fois les critères de haute qualité scientifique et d'intérêt en pratique médicale quotidienne. (les éditeurs)
- ▶ «gazette médicale» fournit des informations pertinentes pour le praticien – c'est notre souhait qu'un journal continue à être publié en gériatrie en Romandie. (les éditeurs)



« la gazette médicale – info@gériatrie »

Je ne veux manquer aucun numéro de la revue « gazette médicale – info@gériatrie » et souhaite ainsi m'abonner.

L'abonnement annuel inclut 6 numéros au prix de CHF 80.–

Nom, prénom : _____

Spécialité : _____

No, rue : _____

CP, ville : _____

E-Mail : _____

Date, Signature : _____

- ▶ Des traitements substitutifs sont-ils nécessaires?
NON 47%, OUI 53%
- ▶ Des complications après la première année postopératoire sont-elles possibles? NON 56%. OUI 44%
- ▶ Existe-t-il un risque de ré-intervention après l'opération? NON 53%, OUI 47%

Les directives cliniques et administratives SMOB (OFSP) sont

- ▶ Vérification
- ▶ Information
- ▶ Préparation préalable (traitement comportement alimentaire)
- ▶ Evaluation psychosomatique
- ▶ Préparation (psychosomatique et diététique)

Les critères pour démarrer le parcours bariatrique

- ▶ Demande du patient de bénéficier d'une intervention bariatrique
- ▶ BMI >35 kg/m²
- ▶ Absence de dysfonctions psychiatriques actives
- ▶ Au minimum 2 ans de traitements conventionnels sans résultats
- ▶ Capacité à intégrer les implications de l'intervention

La phase préliminaire pré-bariatrique consiste à vérifier les critères asséurologiques, à identifier les causes de l'obésité, à réparer les comorbidités somatiques et à apprécier le contexte psycho-social. Chez les patients de moins de 20 ans et de plus de 65 ans il est fortement conseillé de les faire évaluer par une équipe multidisciplinaire spécialisée depuis le départ de leur parcours!

La phase périopératoire consiste de

- ▶ Information (risques, implications, désagréments possibles)
- ▶ Evaluation (bilan somatique, bilan nutritionnel, bilan comportement alimentaire, bilan psychologique)
- ▶ Préparation (diététique, comportement alimentaire, psychologique)

Dans la phase de préparation (étape 1) il s'agit d'induire les modifications du comportement alimentaire. L'étape 2 de la phase de préparation est dédiée dans une partie somatique (comorbidités métaboliques, pathologies respiratoires, maladies cardiovasculaires) et une partie diététique. Toute prise de poids dans cette phase est une contre-indication absolue à l'opération.

95% des complications sont non-chirurgicales !

Dans la phase post-opératoire il est très important de retenir

- ▶ les troubles du comportement alimentaire
- ▶ les dysfonctions psychologiques
- ▶ les déficits nutritionnels
- ▶ les troubles métaboliques

Le bilan post-opératoire consiste de

- ▶ l'évaluation de la composition corporelle
- ▶ l'évaluation des comorbidités
- ▶ l'évaluation du comportement alimentaire
- ▶ le bilan métabolique et nutritionnel est très complet: FSS, TP, glucose, Na, K Ca, créat, urate, prottot., albumine, ASAT/ALAT, ph alc, γ GT, trigly, chol tot, HDL-C, fer, ferritine, vit.B12, vit. B1, Vit. B6, folate, PTH, vit D, Mg érythr, sélénium, zinc

La phase de préparation dure entre 6 et 24 mois, l'hospitalisation est de 2 à 4 jours, le suivi post-opérationnel est à vie!

▼ Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Source : 4^{ème} Cardioprevent, Le Noirmont 6 novembre 2014