

Chez qui et comment ?

# Prévention cardiovasculaire primaire au cabinet

Les maladies cardiovasculaires restent la première cause de morbidité dues à une prévalence élevée des facteurs de risque cardiovasculaire. Cet article explique la démarche pour identifier les personnes qui bénéficieront le plus des mesures préventives au cabinet. L'article résume également les objectifs thérapeutiques pour les facteurs de risque cardiovasculaire selon les dernières recommandations européennes parues en 2016.

## Identifier chez qui proposer des mesures de prévention Prioriser les patients à risque cardiovasculaire élevé

L'athérosclérose est une pathologie qui se développe sur des dizaines d'années. Plus les facteurs de risque s'accumulent, plus le risque cardiovasculaire global est élevé, et plus la diminution du risque cardiovasculaire est grande lors de la mise en place de mesures de prévention. Par exemple, si un médicament est capable de diminuer le risque cardiovasculaire de 25%, la réduction du risque sera plus importante chez un patient dont le risque cardiovasculaire est estimé à 30% que chez un patient qui présente un risque cardiovasculaire à 5% (voir fig. 1). Au cabinet, il est donc important de prioriser les interventions de prévention chez les patients à haut risque cardiovasculaire.

## Estimer le risque cardiovasculaire global

Le groupe de travail lipides et athérosclérose (GSLA) recommande d'utiliser le score PROCAM adapté pour la Suisse pour estimer le risque coronarien d'une personne sans maladie cardiovasculaire pré-existante (disponible online sous <http://www.gsla.ch/>). Ce score estime le risque de faire un événement coronarien mortel ou non-mortel sur une période de 10 ans. Les résultats de ce score sont donc à interpréter avec prudence chez les patients jeunes. De même, il n'est pas approprié d'utiliser ce score chez des individus avec une forte déviation d'un seul facteur de risque cardiovasculaire, comme par exemple dans le cas d'un LDL-cholestérol au-dessus de 4.9 mmol/l ou lors de la découverte d'une tension artérielle en dessus de 160 mmHg. Dans ces cas spécifiques, les mesures de prévention devraient être instaurées dans tous les cas au vu du risque cardiovasculaire élevé de ces patients. Il n'est pas recommandé d'effectuer systématiquement une recherche d'athérosclérose sub-clinique avec un ultrason carotidien ou un CT-coronarien.

## Dépister les facteurs de risque cardiovasculaire au bon moment

Chez les hommes en bonne santé de plus de 40 ans et chez les femmes de plus de 50 ans ou chez les femmes

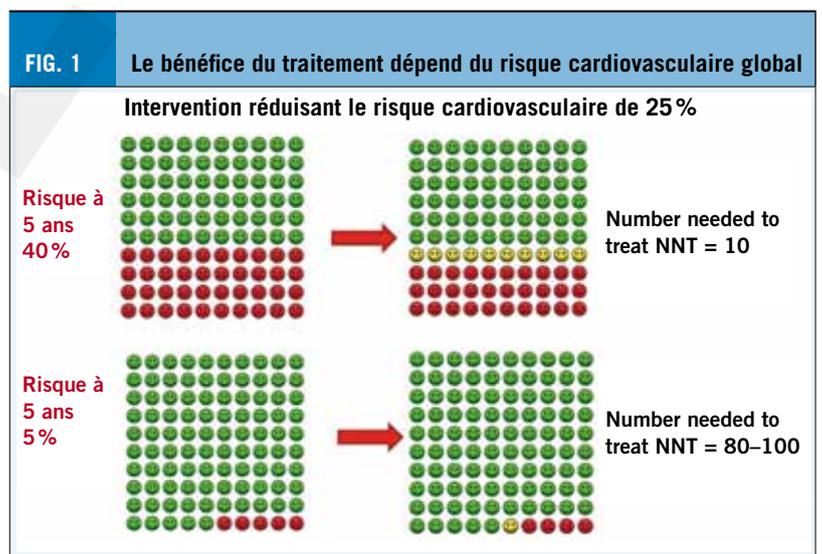


Dr David Nanchen  
Lausanne

post-ménopausées il est recommandé de dépister systématiquement les facteurs de risque cardiovasculaire. Cependant, en présence d'un diabète, d'hypertension, ou de tabagisme, ce dépistage doit être initié plus tôt. De même, l'histoire familiale de maladie cardiovasculaire précoce doit être systématiquement effectuée chez le jeune adulte, car si positive, il faut penser à une hypercholestérolémie familiale.

## Catégoriser le risque cardiovasculaire global

La table 1 résume les catégories de risque cardiovasculaire selon les dernières recommandations de la European Society of Cardiology publiées en 2016. Les patients avec maladie cardiovasculaire ou qui ont des plaques d'athérosclérose significatives sont à très haut risque cardiovasculaire. Les patients diabétiques ou ceux avec insuffisance rénale sont à haut risque ou très haut risque cardiovasculaire en fonction de la présence ou non d'autres facteurs de risque cardiovasculaire ou la sévérité d'atteinte d'organe. Dans ces situations ci-dessus, il n'est donc pas nécessaire de calculer le risque cardiovasculaire à l'aide d'un score.



TAB. 1	Catégories de risque cardiovasculaire, selon recommandations de l'ESC 2016
Très haut risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Présence d'une maladie cardiovasculaire</li> <li>▶ Plaques d'athérosclérose significatives ou anévrisme de l'aorte</li> <li>▶ Diabète avec protéinurie ou facteurs de risque cardiovasculaire importants</li> <li>▶ Insuffisance rénale avec clearance &lt; 30 ml/min</li> <li>▶ Risque coronarien à 10 ans ≥ 30%</li> </ul>
Haut risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hypercholestérolémie familiale</li> <li>▶ Hypertension sévère</li> <li>▶ Diabète de type 2</li> <li>▶ Insuffisance rénale avec clearance &lt; 60 ml/min</li> <li>▶ Risque coronarien à 10 ans ≥ 20%</li> </ul>
Risque modéré	▶ Risque coronarien à 10 ans ≥ 10% et < 20%
Bas risque	▶ Risque coronarien à 10 ans < 10%

TAB. 2	Objectifs recommandés pour améliorer le style de vie
Tabac	Pas d'exposition du tout à la fumée du tabac
Alimentation	Alimentation variée en favorisant les fruits et les légumes, les céréales complètes, les fruits oléagineux, et le poisson. Idéalement pauvre en acides gras saturés au profit d'acides gras poly ou mono insaturés, sans réduire la consommation totale des graisses.
Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Au minimum 150 minutes par semaine d'une activité physique aérobique modérée, ce qui correspond à une activité où l'on transpire légèrement ou où l'on est légèrement essoufflé ou</li> <li>▶ Au minimum 75 minutes par semaine d'une activité physique aérobique intense</li> </ul>

TAB. 3	Objectifs recommandés pour les principaux facteurs de risque cardiovasculaire
LDL-cholestérol	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Très haut risque cardiovasculaire : &lt; 1.8 mmol/l ou une réduction de 50% par rapport aux valeurs sans traitement</li> <li>▶ Haut risque : &lt; 2.6 mmol/l ou une réduction de 50% du LDL-cholestérol par rapport aux valeurs sans traitement</li> <li>▶ Risque modéré : &lt; 3 mmol/l</li> </ul>
Pression artérielle	< 140/90 mm Hg
Diabète	Hémoglobine glyquée HbA <sub>1c</sub> < 7%

## Interventions préventives en fonction des catégories de risque cardiovasculaire

### Encourager les changements du style de vie

Les interventions préventives au cabinet utilisant l'entretien motivationnel sont utiles pour encourager les gens à adopter un style de vie bénéfique pour la santé (tab. 2). La collaboration avec une équipe multidisciplinaire, par exemple, une diététicienne, une infirmière, ou un conseiller en activité physique adaptée, est également recommandée.

**Activité physique:** La pratique régulière d'une activité physique diminue la mortalité cardiovasculaire et améliore la santé mentale.

On veillera à encourager le plaisir ou les déplacements au quotidien, car seul le maintien à long terme de l'activité physique est efficace.

**Arrêt du tabac:** L'arrêt du tabac est la stratégie la plus coût-efficace pour la prévention cardiovasculaire. Les interventions motivationnelles brèves au cabinet sont utiles pour aider les patients à arrêter de fumer, par exemple lorsque le médecin se positionne par rapport à l'importance d'arrêter le tabac, ou lorsqu'il encourage l'utilisation de substitution nicotinique, de bupropion ou de varénicline.

**Alimentation:** Le type d'alimentation influence le risque de maladie cardiovasculaire et de cancers. Consommer plus de fruits et légumes, soit environ la moitié de l'assiette à chaque repas, est le conseil diététique le plus efficace pour maintenir une alimentation équilibrée et favorable à la santé. Afin de maintenir un poids optimal avec un BMI entre 20 et 25 kg/m<sup>2</sup>, chaque individu possède une balance énergétique propre. Cependant, la règle de l'énergie prise par rapport à l'énergie consommée est universelle.

### Les facteurs de risque cardiovasculaire traditionnels

La table 3 résume les objectifs thérapeutiques pour les facteurs de risque cardiovasculaire les plus importants.

**L'hypercholestérolémie:** Il existe un lien causal entre le taux plasmatique de LDL-cholestérol et le développement de l'athérosclérose. Le bénéfice cardiovasculaire est proportionnel à la baisse du LDL-cholestérol. Pour chaque diminution de 1 mmol/l de LDL-cholestérol, le risque cardiovasculaire diminue de 20%. Ce bénéfice est maintenu au cours du temps et à pu être montré avec les statines en prévention secondaire et en prévention primaire. De plus, les statines contribuent à la régression de l'athérosclérose et ont un excellent profil de sécurité au long cours, sur environ 20 ans d'observation. Ainsi les statines doivent être utilisées en première ligne en cas d'hypercholestérolémie ou de dyslipidémie mixte. Cependant, comme expliqué plus haut, le bénéfice des statines dépend du niveau de risque cardiovasculaire global initial : plus haut est le risque, plus grand est le bénéfice absolu (fig. 1).

En deuxième ligne, si une intensification du traitement est nécessaire selon la table 3, il est possible d'utiliser l'ézétimibe en combinaison avec les statines, ce qui permet une réduction supplémentaire d'environ 15-20% du LDL-cholestérol. Le bénéfice cardiovasculaire et le profil de sécurité de l'ézétimibe ont été démontrés sur une période de 7 ans en prévention secondaire. Les fibrates sont principalement utilisés pour réduire les triglycérides et n'ont qu'un rôle très limité en prévention cardiovasculaire. Deux nouveaux hypolipémiants sont actuellement disponibles, l'évolocumab et l'alirocumab. Ces molécules sont des anticorps monoclonaux qui inhibent la protéine PCSK9 dont le rôle est de réguler le taux de LDL-cholestérol dans le sang. Ces médicaments ne sont actuellement pas recommandés en prévention primaire sauf pour les patients avec hypercholestérolémie familiale.

**Le diabète:** La réduction de l'hyperglycémie diminue le risque de complications microvasculaires et possiblement le risque de maladie cardiovasculaire. Les patients avec diabète bénéficient principalement d'une approche globale concernant leurs facteurs de risque cardiovasculaire. Le pilier de la prise en charge est basé sur les modifications du style de vie, qui incluent l'arrêt du tabac, une activité physique aérobique régulière, et une alimentation pauvre en graisses saturées et riche en fibres. En plus de la metformine recommandée en première ligne, de nouvelles molécules réduisant l'hyperglycémie ont montrés un bénéfice cardiovasculaire, comme un

inhibiteur du SGLT-2 (empagliflozine) ou deux agonistes du GLP-1 (liraglutide et semaglutide).

**L'hypertension:** L'activité physique, le contrôle du poids, ainsi qu'une alimentation plus pauvre en sel sont les piliers du traitement de l'hypertension. En moyenne, 80% de la consommation de sel viennent d'aliments pré-cuisinés. La réduction du sel de 1 gramme par jour réduit la pression artérielle systolique de plus de 3 mmHg chez les patients hypertendus, et réduit le risque de maladie cardiovasculaire.

Les bénéfices cardiovasculaires du traitement hypotenseur sont principalement liés à la réduction de la tension artérielle. Toutes les classes majeures de traitements antihypertenseurs peuvent donc être prescrites en prévention primaire avec cependant une préférence pour les bloqueurs du système rénine angiotensine, les antagonistes du calcium, ou les diurétiques par rapport aux bêta-bloquants.

**Le traitement antiplaquettaire:** Selon les experts européens, l'aspirine ne devrait pas être utilisée en prévention primaire. Selon les experts américains un traitement d'aspirine en prévention pri-

maire est recommandé chez les adultes âgés de 50 à 59 ans qui ont un risque cardiovasculaire de 10% ou plus et qui ne sont pas à risque élevé de saignements. De manière globale, ces recommandations tendent à limiter la prescription d'aspirine en prévention primaire, y compris chez les patients diabétiques.

**Dr David Nanchen**

Centre de prévention clinique et communautaire  
Policlinique médicale universitaire  
Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne  
david.nanchen@chuv.ch

**Conflit d'intérêts:** L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Cet article est publiée en allemand dans la revue «der informierte arzt» numéro 11/2016

**Références :**

1. Patnode CD et al. Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2015;163:608-21
2. Mozaffarian D, Ludwig DS. The 2015 us dietary guidelines: Lifting the ban on total dietary fat. JAMA 2015;313:2421-2
3. Collins R et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. Lancet 2016. doi:10.1016/S0140-6736(16)31357-5. [Epub ahead of print]
4. Piepoli MF et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2016;37:2315-81
5. Catapano AL et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2016;37(39):2999-3058

**Messages à retenir**

- ◆ Plus le risque cardiovasculaire est élevé, plus les mesures de prévention sont efficaces
- ◆ Il faut tenir compte de l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire avant d'instaurer un traitement préventif
- ◆ L'amélioration du style de vie est très puissante pour diminuer le risque cardiovasculaire, même sans modification du poids ou des valeurs lipidiques.
- ◆ Plus la baisse du LDL-cholestérol est importante, plus le bénéfice cardiovasculaire est grand

Revue spécialisée de la maison d'édition Aertzeverlag medinfo

# Formation continue de première main

