Dossier documentaire – DPC 2021 – Pays de la Loire

Prévention du risque cardio vasculaire : dépister, évaluer et décider avec le patient

Présentation et objectifs :

Les maladies cardiovasculaires demeurent l'une des principales causes, multifactorielle, de morbimortalité prématurée. Elles représentent un fardeau économique : en 2009, 106 milliards d'euros (9 % des dépenses de santé) dans toute l'Union européenne.

La prévention est efficace : la mortalité par maladie coronarienne a diminuée de moitié depuis les années 1980, en raison de mesures préventives efficaces sur le tabagisme, l'hypercholestérolémie et l'hypertension. Cependant d'autres facteurs de risque sont en progression, principalement l'obésité, le diabète type 2, la maladie rénale chronique.

Le médecin généraliste est la personne clé pour initier cette démarche de prévention du risque cardiovasculaire. Celle-ci repose en premier sur la recherche systématique de l'ensemble des facteurs de risque, afin de déterminer le score total de risque cardiovasculaire du patient. Plusieurs enquêtes réalisées en soins primaires montrent la difficulté d'application de cette approche systématique : le manque de temps, la pléthore d'outil d'évaluation, des cibles irréalistes pour le contrôle des facteurs de risque, une préférence pour l'utilisation de sa propre expérience…

Les principaux objectifs de cette formation :

- Améliorer le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire ;
- Utiliser l'échelle SCORE pour quantifier ce risque ;
- Informer et accompagner le patient sur la perception des risques concernant son mode de vie actuel et des bénéfices attendus en le modifiant.
- Décider avec le patient des mesures à mettre en œuvre en fonction de son niveau du risque;

DEPISTAGE ET EVALUATION

Toutes les lignes directrices actuelles recommandent une approche systématique de l'évaluation du risque CV ciblant les populations présentant des facteurs de risque personnels et/ou familiaux de MCV prématurée. La prévention des MCV chez un individu doit être adaptée à son risque CV total : plus le risque est élevé, plus les actions devraient être intenses.

Le dépistage chez les personnes à risque relativement faible de MCV n'est pas particulièrement efficace pour réduire le risque d'événements cardiovasculaires. Ainsi, l'évaluation systématique du risque CV chez les hommes ≥ 40 ans et les femmes ≥ 50 ans sans facteurs de risque CV n'est pas recommandée. Elle peut être proposée plus tôt en cas de facteurs de risque.

L'évaluation systématique du risque CV est recommandé chez les hommes adultes de 40 ans et plus et les femmes de 50 ans et plus, ou post-ménopausiques, sans MCV établie, avec des facteurs de risque CV non répertoriés ou non réévalués. C'est dans cette population que les médecins généralistes ont un rôle unique : la recherche des facteurs de risque, personnels et familiaux à des patients, asymptomatiques, pour qui le risque cardiovasculaire est rarement une préoccupation majeure !
Le groupe le plus important à identifier est celui des personnes qui ont des antécédents familiaux de MCV prématurée.

Tableau 5. Les facteurs de risque cardio-vasculaire (hors diabète traité comme une pathologie à risque CV)

Facteurs de risque CV	Définition du critère
Âge	Homme ≥ 45 ans ; femme ≥ 55 ans
Tabagisme	Tabagisme actif ou sevrage inférieur à 1 an
Pré-diabète	Glycémie à jeun > 110 mg/dL (> 6 mmol/L) et < 126 mg/dL (<7 mmol/L) (à jeun depuis au moins 8 heures)
Hypertension artérielle	Pression artérielle (PA) systolique ≥ 140 mm Hg et/ou PA diastolique ≥ 90 mmHg, confirmée(s) par des mesures réalisées en deux occasions séparées ou par un traitement antihypertenseur
Dyslipidémie	LDL cholestérol ≥ 130 mg/dL (3,37 mmol/L) ou HDL < 40 mg/dL (1,04 mmol/L) ou un traitement hypolipidémies Si seul le cholestérol total est disponible ≥ 200 mg/dL (5,18 mmol/L)
Obésité	IMC ≥ 30 kg/m2 et/ou périmètre abdominal > 102 cm pour un homme ou > 88 cm pour une femme
Histoire familiale	IDM ; revascularisation coronaire ou mort subite avant 50 ans chez un parent 1er degré
Mode de vie	Physiquement inactif et/ou sédentaire

L'âge est le principal moteur du risque cardiovasculaire, et la plupart des personnes sont à risque élevé à l'âge de 65 ans et ne fait que croitre ensuite. Chez les plus âgés, la gestion des risques cardiovasculaires est controversée. Les opposants soutiennent que le risque ne devrait pas être traité lorsqu'il est axé sur l'âge. Les promoteurs, d'autre part, soulignent que de nombreux traitements préventifs sont encore efficaces à un âge avancé en termes de morbidité et de mortalité.
Du fait des incertitudes inévitables de l'état du patient, la décision médicale repose sur le bénéfice/risque de chaque prescription en prenant compte le choix du patient, de sa qualité de vie et éviter le lourd fardeau d'effets indésirables médicamenteux.

Comment évaluer le risque cardiovasculaire ?
Chez les personnes apparemment en bonne santé, le risque de CV en général est le résultat de l'addition de facteurs de risque. C'est la base de l'approche globale de la prévention du RCV.
Toutes les recommandations, étasunienne (2013), britannique (2014) et européennes (2016/17) reposent sur une évaluation du risque cardiovasculaire global, adaptée au niveau de ce risque, calculé pour chaque patient.

Les recommandations européennes : European Society of Cardiology (ESC 2016) et HAS (2017), proposent l'index « SCORE », plus fiable et plus précis que la simple sommation de facteurs utilisée auparavant (Afssap 2005) pour établir un risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans.
Il comporte deux abaques, l'une pour les pays européens à haut risque cardiovasculaire, notamment Grande-Bretagne et Europe Centrale, et l'autre pour les pays à bas-risque dont la France.

Il est utilisé pour des personnes apparemment en bonne santé. Les personnes à risque CV élevé à très élevé n'ont pas besoin de l'utilisation d'un score de risque, le risque cardio-vasculaire est d'emblée considéré très élevé

SCORE, qui estime le risque de MCV mortel sur 10 ans, peut aider à prendre des décisions logiques et à éviter le sous-traitement et le surtraitement.
Bien qu'imparfait, il est le plus adapté à la population française »(HAS). C'est l'outil de référence sauf chez les **diabétiques, l**es **insuffisants rénaux chroniques,** les **hypertendus sévères,** les patients ayant une **hypercholestérolémie familiale** et les **patients de moins de 40 ans ou plus de 65 ans**, pour lesquels les données de l'index SCORE sont limitées.
Il tient compte du sexe, de l'âge, du tabagisme, du taux de cholestérol et de la tension artérielle.
Quatre niveaux de risque sont déterminés :

- risque faible : SCORE<1%
- risque modéré : 1 ≤SCORE < 5%
- risque élevé : 5 ≤ SCORE < 10%
- risque très élevé : SCORE ≥ 10%

Tableau 9. Classification du risque cardio-vasculaire modifiée, d'après l'*European Society of Cardiology*, 2016 (27)

Niveau de risque cardio-vasculaire	
Très élevé	SCORE ≥ 10 %
	Insuffisance rénale chronique sévère (DFG < 30 mL/min/1,73 m2)
	Maladie CV documentée : antécédents d'IDM, de syndrome coronarien aigu, revascularisation coronaire ou artérielle, AVC, AIT, anévrysme aortique et AOMI (Prévention secondaire)
	Diabètes avec : - une complication macro ou micro-vasculaire, dont une protéinurie ; - ou un facteur majeur de risque CV associé (tabagisme, hypertension artérielle ou une hypercholestérolémie)
Élevé	5 % ≤ SCORE < 10 %
	Insuffisance rénale chronique modérée (DFG : 30-59 mL/min/1,73m2)
	Un facteur majeur de risque CV nettement augmenté, en particulier : - une hyper-cholestérolémie totale > 3,1g/L (8 mmol/L) ; - ou une hypertension artérielle ≥ 180/110 mm Hg
	Les autres diabètes, à l'exception des individus jeunes avec un diabète de type 1 et sans autres facteurs majeurs de risque CV qui peuvent être considérés comme à risque modéré ou faible
Modéré	1 % ≤ SCORE < 5 %
Faible	SCORE < 1 %

Bien qu'aucun seuil ne soit universellement applicable, l'intensité des interventions devrait augmenter avec un risque croissant.

Il existe des calculateurs que l'on peut trouver facilement sur internet.

- http://www.cardiorisk.fr/
- Score cardiaque (escardio.org)
- https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4991/document/evaluation-risque-cardiovasculaire-10-ans_assurance-maladie.pdf

LES MODIFICATEURS DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Outre les principaux facteurs de risque de CV conventionnels, il existe d'autres facteurs qui pourraient être pertinents pour évaluer le risque de MCV. En général, le reclassement est d'une grande valeur lorsque le risque individuel se situe près d'un seuil décisionnel d'un score de risque faible. Dans les situations à risque très élevé, il est peu probable que l'impact des facteurs de risque additionnels modifie les décisions de prise en charge.

1/ Les **antécédents familiaux de MCV prématurés chez les parents au 1er degré**, avant l'âge de 55 ans chez les hommes et de 65 ans chez les femmes, peuvent être un modificateur de risque pour une gestion optimale : des antécédents familiaux positifs favoriseraient des interventions plus intensives, tandis qu'une histoire familiale négative se traduirait par un traitement moins intensif

2/ Les **biomarqueurs circulants** :

- protéines inflammatoires (CRP, fibrinogène), thrombotique (homocystéine, phospholipase A2 associée à la lipoprotéine), marqueurs liés au glucose et aux lipides (ratio apolipoprotéine B/ apolipoprotéine A1). Ils n'ont pas ou peu de valeur ajoutée en termes qu'objectif de traitement avec le système SCORE. Ils peuvent être utiles dans des sous-groupes spécifiques, mais cela n'a été abordé que dans un nombre limité d'études.

3/ Les **marqueurs spécifiques aux organes** (rénal, cardiaque).

- La maladie rénale chronique (MRC) est associée à un risque accru de MCV, indépendamment des facteurs de risque conventionnels. Une diminution du DFG est un signe important d'un risque progressivement croissant de mortalité CV. Indépendamment du DFG, une albuminurie est également associée au risque de mortalité de CV. Les patients atteints de MRC sévère (DFG <30mL/min) comme « à risque très élevé » et ceux qui ont une MRC modérée (DFG entre 30 et 59 mL/min) comme « à haut risque ».

4/ Les **pathologies cardiovasculaires précliniques** :

À l'heure actuelle, la plupart des techniques d'imagerie n'ont pas été rigoureusement testées comme outils.

- L'évaluation du risque CV par une échographie carotidienne et la n'est généralement pas recommandée dans la pratique clinique, du fait de l'absence de normalisation en ce qui concerne la définition et la mesure de l'IMT, sa grande variabilité et sa faible reproductibilité intra-individuelle. Une méta-analyse récente n'a démontré aucune valeur ajoutée par rapport au score de risque.

Elle peut être considérée comme modificateurs de risque chez les patients à risque bas ou intermédiaire, pour améliorer la prévision des risques et la prise de décisions.

La mesure au scanner du score calcique n'est pas un indicateur fiable pour le dépistage de sténose carotidienne, les artères coronaires ne présentent pas toujours des calcifications.

L'index cheville-brachial (ICB) est un plus facile à exécuter en cas de maladie athéromateuse asymptomatique, en raison de sa sensibilité acceptable (79%) et sa spécificité (90%). Un ICB < à 0.90 est considéré comme un pointeur fiable.

5/ Les **patients traités pour un cancer** :

Le risque CV est accru après un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie. L'incidence accrue de la MCV est corrélée avec la (combinaison des) traitements administrés et la dose administrée et la présence de facteurs de risque traditionnels de CV.

6/ Les **maladies inflammatoires chroniques**,

La polyarthrite rhumatoïde (PR), la spondylite et le psoriasis sévère précoce augmentent le risque de CV indépendamment des facteurs de risque traditionnels, avec un RR de 1,4 et 1,5 chez les hommes et les femmes, respectivement.

7/ Le **syndrome d'apnée du sommeil** (SAS)

Le SAS a été associé à un RR de 1,7 pour la morbidité et la mortalité par CV. Il y a l'évidence d'une relation positive entre le SAS et l'hypertension, mais d'autres études sont nécessaires pour déterminer si le dépistage de routine réduit (ou non) la MCV mortelle.

Pour en savoir plus :

- Evaluation du niveau de risque cardiovasculaire.HAS.2019 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_chapitre_2_evaluation_du_niveau_de_risque_cardiovasculaire.pdf;
- Les nouveautés en prévention primaire et stratification du risque cardiovasculaire.SFC.2020 https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Les-nouveautes-en-prevention-primaire-et-stratification-du-risque-cardiovasculaire
- Lignes directrices européennes 2016 sur la prévention des maladies cardiovasculaires en pratique clinique. Société européenne de cardiologie (ESC). European Heart Journal.2016 https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106
- Score de risque cardiovasculaire : pourquoi et comment les utiliser.RMS.2010 https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-264/Scores-de-risque-cardiovasculaire-pourquoi-comment-et-quand-les-utiliser
- Stratégies de prévention cardiovasculaire au cabinet. Rev Méd Suisse.2018 https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-596/Strategies-de-prevention-cardiovasculaire-au-cabinet ;
- De la mesure des scores de risque cardiovasculaire ou de la nuisance générée par la pléthore Rev Med Suisse 2012. file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2012-05s_sa09_art09.pdf

STRATEGIE THERAPEUTIQUE

Informer le patient sur son profil de risque, sur les avantages et inconvénients des stratégies thérapeutiques recommandées et de son pouvoir décisionnel, dont l'abstention. La position du médecin doit être aidante et neutre sur les options proposées.

Elle doit être adaptée au niveau de risque et partagée avec le patient. Elle combine des mesures favorisant un mode de vie sain et la prise en charge des différents facteurs de risque ajustables, pour chaque patient :

Les **modifications de mode de vie** sont recommandées en **1ère intention, quel que soit le niveau de risque cardiovasculaire.**

L'arrêt du tabac
L'arrêt du tabagisme est la stratégie la plus rentable pour la prévention des maladies cardiovasculaires. **T**ous les types de thérapie de remplacement de la nicotine (TNS), bupropion, varénicline et une plus grande efficacité de l'association des médicaments, sauf pour la TRN plus la varénicline.
Le dépistage individuel de la consommation de tabac et le conseil d'arrêt aux fumeurs doivent être systématiques
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf

Une **alimentation saine et équilibrée**. Les conseils diététiques doivent tenir compte des habitudes alimentaires des patients. Ils ont deux objectifs :

- participer à la réduction du risque cardio-vasculaire, indépendamment du profil lipidique ;
- contribuer à l'amélioration du profil lipidique.
- maintenir ou obtenir un poids « santé », c'est-à-dire un **IMC** entre 20 et 25kg/m2, ou un tour de taille < à 94cm pour les hommes et < à 80 cm pour les femmes

Pour la prévention des MCV, les types d'acides gras consommés sont plus importants que la teneur totale en matières grasses. Il est recommandé d'encourager une alimentation de type méditerranéen

- poissons dont une fois au moins du poisson gras.
- fruits, légumes, thé, cacao, huile d'olive vierge et huiles non raffinées, soja ;
- réduire les apports en sel, mais en évitant le régime désodé strict. L'apport maximum recommandé est de 5 g/jour. En moyenne, 80 % de l'apport en sel provient d'aliments transformés. Même une réduction modeste de la prise de sodium de 1g/jour réduit la PAS de 3 mm de Hg chez les patients hypertendus.
- réduire les excès d'acides gras saturés d'origine animale (produits carnés, fromage, beurre, etc.) ou végétale (huile de palme, palmiste, coprah, etc.) et les acides gras issus de l'hydrogénation partielle des matières grasses (viennoiseries, pâtisseries, biscuits) ;
- privilégier les acides gras insaturés d'origine animale (volaille, etc.) et végétale source d'acides gras oméga-9 (huile d'olive), oméga -6 et oméga-3 (huile de colza, soja, noix, etc., margarines avec oméga-9, 6 et 3) ;
- accroître la consommation des aliments source de fibres alimentaires (céréales complètes et pain complet, légumes secs, fruits et légumes, etc.) et principalement de fibres solubles (pectines, bêta-glucanes de l'avoine et de l'orge).
- La consommation de 3 boissons alcoolisées ou plus par jour est associée à un risque accru de MCV.

Une **activité physique adaptée**. Dépister la sédentarité est l'étape-clé initiale. Il existe des questionnaires patients (auto questionnaire de « Marshall » - Annexe 1). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_annexes.pdf .

Pour en savoir plus :
- Modification du mode de vie dans la prise en charge du risque cardiovasculaire. HAS.Fiche mémo.2017
https://www.portailvasculaire.fr/sites/default/files/docs/2017_has_risque_cardiovasculaire_modifications_mode_de_vie.pdf
- Risque cardiovasculaire : comment prendre une décision avec le patient ? Bibliomed. Unaformec.831.2016
- Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. HAS.2019 ORGANISATION DES PARCOURS (has-sante.fr)
- Prescrire une activité sportive adaptée https://onyva-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2020/10/22/onyva-prescription-ap-interactif.pdf

Prise en charge des dyslipidémies
Les hyperlipidémies secondaires (hypothyroïdie, syndrome néphrotique, insuffisance rénale, cholestase, etc.) ou iatrogènes (corticoïdes, contraception oestroprogestative, rétinoïdes, antirétroviraux, etc.) ne doivent pas donner lieu à des prescriptions d'hypolipémiants, sans traiter la maladie causale ou arrêter le traitement responsable, dans la mesure du possible.
Le **bilan biologique :** cholestérol total, HDL-C, LDL-C, triglycérides. Au-delà de 80 ans le bilan lipidique n'est plus justifié.

En cas **d'hypercholestérolémie isolée** (TG < 1,5 g/L) :

Si en prévention secondaire la prescription « automatique » de statine associée est consensuelle, il en est tout autrement en prévention primaire ou la prescription n'est envisagée qu'après évaluation du risque cardiovasculaire à l'aide de l'outil SCORE, et ou les stratégies varient considérablement selon les recommandations :
- la notion de seuil de risque ou de LDL-Cholestérolémie diffère selon les pays ;
- Le type de statine proposé n'est pas le même...

Pour les patients dont le risque cardiovasculaire est **faible ou modéré**, la prescription d'une statine est une démarche de 2ème intention après au minimum 3 à 6 mois de modifications du mode de vie pour atteindre des objectifs thérapeutiques de LDL-C :

- LDL-C <1,9 g/L pour le risque faible ;
- LDL-C <1,3 g/L pour le risque modéré

Pour les patients qui présentent un risque cardiovasculaire **élevé ou très élevé** Une statine doit être prescrit en 1ère intention (en complément des modifications de mode de vie), pour atteindre des objectifs thérapeutiques de LDL-C :

- LDL-C < 1 g/l pour le risque élevé,
- LDL-C < 0,7 g/l pour le risque très élevé.

Chez la personne âgée en prévention primaire, un traitement par statine est recommandé chez les patients de moins de 75 ans, alors qu'en prévention secondaire il est recommandé au même titre que les patients jeunes.
Il n'y a aucune preuve de l'efficacité décroissante des statines dans les patients>75 ans, cependant les preuves de l'efficacité des statines chez les personnes âgées de plus de 80 ans sont très limitées. Prudence et bon sens, les effets indésirables doivent être surveillés de près et le traitement reconsidéré périodiquement.

Quelle statine choisir ?

Le choix et la posologie doit tenir compte de l'objectif LDL-C pour le patient et de leur efficacité sur le pourcentage de réduction du LDL-C :

- la simvastatine et l'atorvastatine doivent être préférées si une diminution importante est nécessaire.
- La fluvastatine et la pravastatine si celle-ci est moins importante

Le bénéfice/risque doit être individualisé en fonction de la tolérance (risque rénal, hépatique et musculaire), avec une augmentation progressive pour atteindre l'objectif de LDL-C.

Médicament	Posologie (mg.J^{-1})				
	5	10	20	40	80
Fluvastatine					
Pravastatine					
Simvastatine		✓	✓	✓	
Atorvastatine		✓	✓	✓	✓
Rosuvastatine					

- Intensité basse (pourcentage de réduction du LDL-C : 20-29 %)
- Intensité moyenne (pourcentage de réduction du LDL-C : 30-39 %)
- Intensité forte (pourcentage de réduction du LDL-C : > 40 %)
- Hors AMM/non recommandé

✓ : statines les plus efficientes.

L'atorvastatine et la rosuvastatine ne possèdent pas d'indication validée (AMM) en prévention secondaire.

L'ézétimibe est utilisé en seconde ligne en association avec les statines si l'objectif n'est pas atteint (classe I B) ou en cas d'intolérance à ces dernières. Attention au risque hépatique de l'ézétimide (rares cas d'insuffisance hépatique sévère).

Que faire du HDL-C ?
Le faible HDL-C est associé indépendamment à un risque plus élevé de MCV. La combinaison des triglycérides modérément élevés et des faibles concentrations de HDL-C est fréquente chez les patients DNID, le syndrome métabolique (obésité abdominale insulinorésistance) . Un niveau HDL-C < à 40 mg/dL chez les hommes et <à 45 mg/dL) chez les femmes peut être considéré comme un marqueur du risque accru. L'activité physique et d'autres facteurs de style de vie, plutôt que le traitement médicamenteux, demeurent des moyens importants d'augmenter les niveaux de HDL-C.

Traitement **des hypercholestérolémies mixtes et hypertriglycéridémies isolées** :

La concentration de triglycérides considérée comme normale est TG < à 1,5 g/l. En cas d'excès de poids abdominal, régime hypocalorique et restriction des glucides et des aliments à index glycémique élevé (pain blanc, pomme de terre…). L'hypertriglycéridémie est un facteur indépendant significatif de risque de MCV, mais l'association est beaucoup plus faible que pour l'hypercholestérolémie.

- En cas **de d'hypertriglycéridémie isolée :**

La stratégie thérapeutique diffère en fonction de l'importance de l'hyperTG :
- modérée si 2 g/l ≤ TG > 5 g/l
- sévère si > à 5 g/l

Le choix de la molécule dépend du niveau de risque cardiovasculaire, des objectifs à atteindre pour le LDL-C et du HDL
Le HDL-C est considéré comme « bas » si < à 0,4g/l chez l'homme et < à 0,5g/l chez la femme.

Hypertriglycéridémie modérée : 2 g/L (2,3 mmol/L) ≤ TG < 5 g/L (5,6 mmol/L)					Hypertriglycéridémie sévère : TG ≥ 5 g/L (5,6 mmol/L)			
non-HDL-C ou LDL-C à l'objectif*		*non-HDL-C* ou LDL-C non à l'objectif*			Prescription de fibrate			
		Prescription de statine			Si 2 ≤ TG < 5 g/L		Si TG ≥ 5 g/L	
Avec RCV faible à modéré : pas de traitement hypolipémiant	Avec RCV élevé à très élevé : prescription de fibrate	*Si objectif de non-HDL-C ou LDL-C atteint*		*Si objectif de non-HDL-C ou LDL-C non atteint*	*et non-HDL-C ou LDL-C à l'objectif*	*et non-HDL-C ou LDL-C non à l'objectif*	*et non-HDL-C à l'objectif*	*et non-HDL-C non à l'objectif*
		Avec HDL-C normal et RCV faible à modéré : arrêt de la statine	Avec HDL-C bas** et RCV élevé à très élevé : substitution par un fibrate seul	Association d'ézétimibe	Maintien du fibrate	Association d'une statine	Éventuelle association d'oméga-3	Association d'une statine

* Cholestérol non lié aux HDL = (CT – HDL-C), avec pour objectif : non-HDL-C < 1,3 g/L chez les patients à risque CV élevé ; non-HDL-C < 1,0 g/L chez les patients à risque CV très élevé.

** HDL-C bas : < 0,4 g/L chez l'homme et < 0,5 g/L chez la femme.

Les fibrates sont contre indiqués pour des doses de 40 mg de rosuvastatine. L'association gemfibrosil (LIPUR®) / simvastatine est contre indiquée, et déconseillée avec les autres statines.

Quelle place pour les anti-PCSK9 ? : alirocumab (pralurent), évolocumab (repatha)}
Depuis peu, les inhibiteurs des PCSK9 sont rentrés dans la pharmacopée. Ils sont indiqués en prévention secondaire et chez les hypercholestérolémies familiales en cas de non atteinte des objectifs de LDLc avec une dose maximale tolérée de statines et d'ézétimibe. Ils sont en cours d'évaluation et à ce jour ces molécules ne sont pas recommandées en pratique courante.

Pour en savoir plus :
- Dyslipidémies et RCV en prévention primaire. Peut-on suivre les reco?
https://www.unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/827_Reco_RCV_Statines.pdf
- Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge. HAS. Fiche synthèse.2017
https://www.portailvasculaire.fr/sites/default/files/docs/2017_has_dyslipidemies_prise_en_charge_synthese_0.pdf ;
- Recommandation ESC.2019 : dyslipidémie https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Recommandations-ESC-2019-Dyslipidemies

Prise en charge de l'HTA
De grandes méta-analyses confirment que le traitement de l'HTA est un objectif majeur en terme de prévention du risque CV et le bénéfice chez les patients>60 ans n'est pas inférieur à celui des patients plus jeunes.
L'objectif recommandé est une TA < à 140/90.
Commencer par une mononothérapie en privilégiant un diurétique thiazidique, ou un IEC en cas de microalbuminurie

En cas de résultats insuffisants : bithérapie association diurétique avec un autre antihypertenseurs (IEC ou sartan, ou βbloquant, ou inhibiteur-Ca non bradycardisant). Le choix repose sur les comorbidités présentes (IEC à privilégier en cas de microalbuminurie) et de la iatrogénie potentielle en cas de polymédication.

Les β-bloquants conventionnels (non cardiosélectifs) induisent un gain de poids, des effets dyslipidémiques et augmentent l'incidence de diabète. Privilégier un β-bloquants cardiosélectif qui a moins ou pas d'action dysmétabolique.
Les diurétiques thiazidiques ont également des effets dyslipidémiques et diabétogéniques, en particulier lorsqu'ils sont utilisés à fortes doses.

Prise en charge d'un diabète (type 2 et type 1)
La prévention des complications exige une prise en charge de l'ensemble des facteurs de risque, passant obligatoirement par un contrôle optimisé de l'équilibre glycémique.

Le bénéfice est optimal sur les complications microvasculaires (rétiniennes et rénales). Ce bénéfice existe également pour les complications macrovasculaires (infarctus du myocarde), mais ne devient significatif qu'après un temps plus prolongé et s'estompe progressivement si l'équilibre glycémique se détériore.

Pour la plupart des patients la cible d'HbA1c est ≤ à 7 %.

Elle doit être individualise selon le profil du patient et co-décidée avec lui, et peut donc évoluer au fil du temps (cf tableau SFD 2019).

	Profil du patient	HbA_{1c} cible
Cas général	La plupart des patients avec un DT2	≤ 7 %
	DT2 nouvellement diagnostiqué, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardiovasculaire, sous réserve d'être atteint par la mise en œuvre ou le renforcement des modifications thérapeutiques du mode de vie, puis, en cas d'échec, par un ou plusieurs traitements ne provoquant pas d'hypoglycémie.	≤ 6,5 %
	Patients DT2 : – avec une espérance de vie limitée (< 5 ans) – avec une (ou plusieurs) comorbidité(s) sévère(s) – ou ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification thérapeutique expose au risque d'hypoglycémies sévères.	≤ 8 % **sans aller au-dessous de 7 % en cas de traitement par SU, glinide, ou insuline**
Personnes âgées[1]	Dites « en bonne santé », bien intégrées socialement et autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel, et dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante.	≤ 7 % [2]
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des « dépendants et/ou à la santé très altérée ».	≤ 8,5 % [3] **sans aller au-dessous de 7,5 % [3] en cas de traitement par SU, glinide, ou insuline[4]**
	Dites « dépendantes et/ou à la santé très altérée », en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social.	**< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L sans aller au-dessous de 8 % et de glycémies préprandiales à 1,40 g/L en cas de traitement par SU, glinide, ou insuline[4]**
Patients avec insuffisance rénale chronique (IRC)	IRC modérée (stades 3A et 3B)[5]	≤ 7 % [2]
	IRC sévère et terminale (stade 4 et 5)[5]	≤ 8 % **sans aller au-dessous de 7 % en cas de traitement par glinide ou insuline (SU contre-indiqués)**
Patientes enceintes ou envisageant de l'être[6]	Avant d'envisager la grossesse	≤ 6,5 %
	Durant la grossesse	**≤ 6,5 % et glycémies capillaires < 0,95 g/L à jeun et < 1,20 g/L en postprandial à 2 h**

Pour en savoir plus :
- Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du DNID. Recommandation HAS 2013
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clics__diabete_type_2.pdf
- Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur la prise en charge

médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2 – 2019
https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/mmm_2019_ndeg8_prise_de_position_sfd_dt2_tt_v_finale.pdf

Faut-il prescrire un antiagrégant plaquettaire ?
La Société européenne de cardiologie et la HAS ne recommande la prescription d'aspirine en prévention primaire, et ceci même chez le patient diabétique (contrairement aux recommandations américaines). La modeste réduction des évènements cardiovasculaires est contrebalancée par le risque de saignements graves, majoré avec l'âge, les ulcères gastriques, les AINS, les anticoagulants et l'HTA.

La prescription d'aspirine (ou clopidogrel) en prévention secondaire est recommandée mais doit être individualisée, en tenant compte des facteurs de risque de saignement, en particulier chez les patients âgés.

La dose recommandée se situe entre 75 et 160 mg/jour. Le risque de saignements est dose dépendant.

Pour en savoir plus :

- Lignes directrices européennes 2016 sur la prévention des maladies cardiovasculaires en pratique clinique. Société européenne de cardiologie (ESC). European Heart Journal.2016
https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106

Bibliographie

1. Evaluation du niveau de risque cardiovasculaire.HAS.2019 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_chapitre_2_evaluation_du_niveau_de_risque_cardiovasculaire.pdf;
2. Modification du mode de vie dans la prise en charge du risque cardiovasculaire. HAS.Fiche mémo.2017 https://www.portailvasculaire.fr/sites/default/files/docs/2017_has_risque_cardiovasculaire_modifications_mode_de_vie.pdf
3. Arrêt de la consommation de tabac, du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours : HAS 2014 ;
4. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte HAS et société française d'HTA septembre 2016
5. Hypertension artérielle : facteur de risque ou maladie. Médecine.2011
6. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du DNID. Recommandation HAS 2013 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clics__diabete_type_2.pdf
7. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2 – 2019 https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/mmm_2019_ndeg8_prise_de_position_sfd_dt2_tt_v_finale.pdf
8. Dyslipidémies et RCV en prévention primaire. Peut-on suivre les reco? Bibliomed 827 Unaformec. 2016 https://www.unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/827_Reco_RCV_Statines.pdf
9. Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge. HAS. Fiche synthèse.2017 ; https://www.portailvasculaire.fr/sites/default/files/docs/2017_has_dyslipidemies_prise_en_charge_synthese_0.pdf
10. Les nouveautés en prévention primaire et stratification du risque cardiovasculaire.SFC.2020 https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Les-nouveautes-en-prevention-primaire-et-stratification-du-risque-cardiovasculaire
11. Score de risque cardiovasculaire : pourquoi et comment les utiliser.RMS.2010 https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-264/Scores-de-risque-cardiovasculaire-pourquoi-comment-et-quand-les-utiliser
12. Stratégies de prévention cardiovasculaire au cabinet. Rev Méd Suisse.2018 https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-596/Strategies-de-prevention-cardiovasculaire-au-cabinet ;
13. Recommandation ESC.2019 : dyslipidémie https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Recommandations-ESC-2019-Dyslipidemies
14. Lignes directrices européennes 2016 sur la prévention des maladies cardiovasculaires en pratique clinique. Société européenne de cardiologie (ESC). European Heart Journal.2016 https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106
15. De la mesure des scores de risque cardiovasculaire ou de la nuisance générée par la pléthore Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 330-5. file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2012-05s_sa09_art09.pdf
16. Dyslipidémies et RCV en prévention primaire : peut-on se fier aux recommandations ? Médecine.2016.447-452 ;
17. Risque cardiovasculaire : comment prendre une décision avec le patient ? Bibliomed. Unaformec.831.2016
18. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. HAS.2019 ORGANISATION DES PARCOURS (has-sante.fr)
19. Prescrire une activité sportive adaptée https://onyva-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2020/10/22/onyva-prescription-ap-interactif.pdf