

**PRISE EN CHARGE
DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE**



EN PREVENTION PRIMAIRE

PLAN : 34 diapositives

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

DEFINITION

OBJECTIFS

LA PREVENTION PRIMAIRE: 2 diapositives(6 étapes essentielles)

LE BILAN LIPIDIQUE: 4 diapositives (protocole, chiffres, répétition)

LES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (RCV)

LE RISQUE HDL-CHOLESTEROL

EVALUATION DU NIVEAU DE RCV

EVALUATION GLOBALE DU RCV

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

TRAITEMENT DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE : 8 diapositives

BILAN COMPLEMENTAIRE

GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES : 2 diapositives

LES CODES ANAES

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Première cause de mortalité et de handicap dans les pays développés, les maladies cardio-vasculaires représentent en France et dans le monde, un enjeu majeur de santé publique.

A leur origine, on retrouve l'athérosclérose, phénomène inflammatoire artériel chronique, induit et entretenu par un excès de Cholestérol circulant.

Repérer les sujets à risques et s'appliquer à réduire ce risque cardio-vasculaire (RCV) est donc primordial.

DEFINITION

La prévention primaire
concerne des patients
sans maladie cardio-vasculaire
(= sans maladie coronaire, sans
accident vasculo-cérébral ischémique,
sans artériopathie oblitérante des
membres inférieurs)

OBJECTIFS

Les objectifs de la prévention primaire sont :

- 1) de dépister et de prendre en charge les facteurs de risque cardio-vasculaire (RCV)
- 2) de mettre en place des mesures hygiéno-diététiques et des mesures thérapeutiques afin d'éviter, de limiter ou de retarder le développement d'une pathologie cardio-vasculaire

LA PREVENTION PRIMAIRE

(1)

- **Elle comporte 6 étapes:**

- 1) Repérer des situations qui bénéficieraient de l'instauration d'un traitement hypolipémiant (sujets âgés de 70 à 80 ans, femmes ménopausées, diabétiques de type 2, syndrome néphrotique idiopathique)

- 2) Effectuer le dépistage d'une anomalie lipidique chez tous les adultes qui en cas de résultat normal n'est pas à renouveler systématiquement

- 3) Evaluer le risque cardio-vasculaire (RCV)

LA PREVENTION PRIMAIRE

(2)

4) Prendre en charge le patient dyslipidémique en corrélation avec le niveau du risque cardio-vasculaire

5) Informer et éduquer les patients

6) Poser les objectifs à atteindre pour réduire le RCV en cas d'anomalie du bilan lipidique . Grade A (= abaisser les concentrations de LDL- Cholestérol).

LE BILAN LIPIDIQUE: (1)

Le bilan lipidique doit être fait après 12 heures de jeûne.

En cas de valeurs anormales, il doit être refait pour confirmation.

Le bilan en 1^{ère} intention, le Bilan Lipidique comportera par une méthode la mesure du :

- Cholestérol total
- Triglycérides
- HDL-Cholestérol

Si la triglycéridémie est supérieure à 4 g/l (4,6 mmol/l):

le LDLcholesterol ne peut être calculé ; on est face à une hypertriglycéridémie qui doit être prise en charge de manière adaptée

LE BILAN LIPIDIQUE: (2)

Si la triglycémie est inférieure à 4 g/l (4,6 mmol/l):

les 3 mesures biologiques précédentes permettront le calcul du LDL-Cholestérol en utilisant la formule de Friedewald:

$$\text{LDL chol(g/l)} \\ = \text{chol. total(g/l)} - \text{HDL chol(g/l)} - \frac{1}{5} \text{ trigly(g/l)}$$

$$\text{LDL chol(mmol/l)} \\ = \text{chol. total(mmol/l)} - \text{HDL chol (mmol/l)} - \frac{\text{trigly (mmol)}}{2,2}$$

BILAN LIPIDIQUE: (3) REPETITION

**Répéter un bilan lipidique plus d'une fois tous les 5 ans
NE SE JUSTIFIE QUE SI :**

- les habitudes alimentaires changent
- un traitement spécifique apparaît
- un événement cardio-vasculaire apparaît
- on note une augmentation de poids

**En règle générale, réaliser un premier bilan lipidique de
dépistage chez une personne de plus de 80 ans NE SE
JUSTIFIE PAS.**

BILAN LIPIDIQUE: (4) REPETITION

Si le sujet réunit les 4 conditions suivantes:

pas de facteur de RCV

son LDL-cholestérol est $< 1,60$ g/l (4,1 mmol/l)

ses triglycérides $< 1,50$ g/l (1,7 mmol/l)

son HDL-cholestérol $> 0,40$ g/l (1,0 mmol/l)

LE BILAN LIPIDIQUE EST DIT NORMAL.

Il n'est pas justifié de répéter le bilan, sauf en cas d'apparition d'un nouveau facteur de RCV

LES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (RCV)

Les facteurs généraux à prendre en compte pour estimer le niveau global du RCV d'un patient dyslipidémique sont:

Age: homme de 50 ans et plus ou femme de 60 ans et plus

Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce :

Infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1er degré de sexe masculin

Infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1er degré de sexe féminin

Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans

Hypertension artérielle permanente traitée ou non

Diabète de type 2 traité ou non

RISQUE HDL-CHOLESTEROL

Selon la valeur de HDL-Cholestérol :

Facteur de RCV supplémentaire si $< 0,40$ g/l (1,0 mmol/l)
quelque soit le sexe
ajouter alors un au score de niveau de risque

Par contre facteur protecteur si HDL-Cholestérol $> 0,60$ g/l (1,5 mmol/l) :
soustraire alors un « risque » au score de niveau de risque

exemple : une femme de 60 ans, ayant une concentration de HDL-Cholestérol égale à $0,70$ g/l (1,8 mmol/l), est considéré comme sans facteur de risque.

**LE HAUT RISQUE CARDIO-VASCULAIRE:
LE LDL- CHOLESTEROL DOIT ÊTRE < 1 G/L**

N.B.:

LE HAUT RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

avec un LDL- CHOLESTEROL

qui DOIT ÊTRE < 1 G/L

sort du cadre de la prevention primaire

EVALUATION DU NIVEAU DE RCV

**Le nombre de facteurs de risque permet de définir
3 niveaux de risque : (Accord Professionnel)**

- **risque faible** : aucun facteur de risque associé à la dyslipidémie
- **risque intermédiaire** : au moins 1 facteur de risque associé
- **risque élevé** : antécédents de maladie cardio-vasculaire avérée ou risques équivalents tels que définis plus tard; il est admis que le seuil de haut risque cardio-vasculaire correspond à un risque coronaire \geq à 20% (c'est à dire : le risque de faire un infarctus du myocarde dans les 10 ans est de 20%).

Le diabète constitue un seul facteur de risque mais en pratique le patient diabétique cumule plusieurs facteurs de risque.

EVALUATION GLOBALE DU RCV

Actuellement, une simple addition du nombre de facteurs de risque présents chez l'individu reste adaptée à la pratique quotidienne
(Accord Professionnel)

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES: GENERALITES

Les recommandations de l'Afssaps (2005) concernant la prise en charge du patient en prévention primaire préconisent de décider l'instauration du traitement en fonction :

du taux de LDL-cholestérol
et du score de risque cardio-vasculaire
(compris entre – 1 et 6).

Ce score correspond à l'addition du nombre de facteurs de risque auquel on soustrait 1 si le facteur protecteur HDL-cholestérol ($\geq 0,60$ g/l) est présent.

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

Ils résultent d'un accord professionnel.

Ils sont fonction du nombre de facteurs de RCV présents:

en l'absence de RCV associé : le LDL-chol doit être $< 2,20\text{g/l}$

en présence d'1 RCV : le LDL-chol doit être $< 1,90\text{ g/l}$

en présence de 2 RCV : le LDL-chol doit être $< 1,60\text{ g/l}$

en présence de plus de 2 RCV : le LDL-chol doit être $< 1,30\text{ g/l}$

En présence d'antécédents de maladie cardiovasculaire avérée ou de risques équivalents, les concentrations de LDL-Cholestérol doivent être $< 1\text{g/l}$ ($2,6\text{ mmol/l}$)

$\text{g/l} \times 1,14 = \text{mmol/l}$; $\text{mmol/l} \times 0,875 = \text{g/l}$

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES (2)

Ils ne s'appliquent pas à l'hypercholestérolémie familiale. En effet, le risque vasculaire élevé peut justifier un traitement plus précoce.

L'obtention de l'objectif thérapeutique ne doit pas se faire au prix d'un traitement hypolipémiant excessif ou mal toléré.

Chez les patients ayant initialement une concentration très élevée de LDL-Cholestérol, et notamment chez les patients à haut risque dont la cible thérapeutique est basse ($< 1\text{g/l}$), le prescripteur doit garder à l'esprit que la prescription de Statines à fortes doses ou en association nécessite une prise en compte au cas par cas du rapport bénéfice/risque et ne doit jamais être systématique. En effet, les fortes doses de Statines et les bithérapies **n'ont pas fait l'objet à ce jour d'une évaluation suffisante dans ces situations.**

TRAITEMENT DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE (1)

Intervention diététique :

1) dès que le taux de LDL-cholestérol excède 4,1 mmol/l (1,60 g/l) chez les sujets ayant **un** ou **pas** d'autre facteur RCV

2) dès que le taux de LDL-cholestérol excède 3,4 mmol/l (1,30 g/l) chez les sujets ayant plus de **deux** autres facteurs de RCV associés ou ayant une maladie

TRAITEMENT DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE (2)

Les modifications du régime alimentaire comprennent 4 catégories de mesures :

1. une limitation de l'apport en acides gras saturés (graisses d'origine animale), au profit des acides gras mono ou poly-insaturés
2. une augmentation de la consommation en acides gras poly-insaturés oméga 3 (poissons)
3. une augmentation de la consommation de fibres et de micronutriments naturels (fruits, légumes et produits céréaliers)
4. une limitation du cholestérol alimentaire, voire l'utilisation d'aliments enrichis en stérols végétaux.

A ces recommandations, s'ajoute la nécessité de limiter la consommation d'alcool, de contrôler le poids et de corriger une sédentarité excessive.

TRAITEMENT DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE (3)

L'hypercholestérolémie justifie, dans un premier temps, une intervention diététique. Il est conseillé alors de:

- de remplacer le beurre par des huiles végétales (mono et poly-insaturées essentielles), par des margarines "molles" qui ne sont pas en emballage papier (car saturées) ou par des produits enrichis en stérols végétaux,
- d'éviter la charcuterie, à l'exception du jambon maigre,
- de privilégier le poisson aux dépens de la viande,
- de limiter la consommation des produits laitiers les plus riches en graisses,
- de ne pas consommer plus de deux oeufs par semaine,
- d'assurer un apport suffisant en fibres, en privilégiant la consommation de fruits, de légumes, de pain, céréales et de féculents ;
- la consommation d'alcool est acceptable (< 30 g/j). Toutefois l'apport d'alcool doit être contrôlé dans les hypertriglycéridémies (et le surpoids).

TRAITEMENT DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE (4)

Les traitement medicamenteux des dyslipidemies dans le cadre de la prévention primaire, ne seront instaurés que si l'objectif thérapeutique **n'est pas atteint après trois mois d'un régime adapté et bien conduit.**

La poursuite du régime diététique dans tous les cas est indispensable.

TRAITEMENT DU PATIENT DYSGLIPIDEMIQUE (4)

LES STATINES sont inhibitrices de l'HMG-CoA réductase, enzyme clé de la synthèse du cholestérol.

- Prescrire en première intention une Statine (hormis la RosuvaStatine) en cas d'élévation du LDL-Cholestérol (hyperCholestérolémies pures ou mixtes) (Grade A)
- Utiliser la RosuvaStatine seulement en cas d'intolérance ou d'efficacité insuffisante des autres Statines
- Les statines commercialisées : l'atorvastatine, la fluvastatine, la pravastatine, la rosuvastatine, la simvastatine.
- Adapter la posologie en fonction de l'âge, la tolérance, l'efficacité, l'observance

TRAITEMENT DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE (5)

- Utiliser le seul traitement diététique en cas **d'élévation isolée des concentrations sériques des triglycérides** entre 1,5 et 4 g/l (1,7 et 4,6 mmol/l) : réduction pondérale associée à une activité physique, réduction des glucides simples, réduction de la consommation d'alcool
- Avoir recours aux fibrates en cas d'hypertriglycéridémie pure (exclusive) réfractaire à la diététique si les concentrations sériques des triglycérides restent en deçà de 4g/l (4,6 mmol/l) (Accord professionnel)
- Prendre en charge l'hypertriglycéridémie, l'équilibre du diabète de type 2 et la surcharge pondérale en cas d'hypo HDL-Cholestérolémie (facteur de RCV, le plus souvent associé à une hypertriglycéridémie, un diabète de type 2 ou une obésité)

TRAITEMENT DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE (6)

Rechercher et consigner les effets indésirables
des hypolipémiants qui sont doses dépendantes (et donc surtout à fortes posologies) :

- digestifs pour la colestyramine
- hépatiques et musculaires pour les fibrates et les Statines

TRAITEMENT DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE (7)

- Adapter le choix du traitement de deuxième intention en se basant sur la nature de l'anomalie lipidique résiduelle sous monothérapie :
Statine + Ezétimibe ou Statine + résine pour abaisser le LDL-Cholestérol
Statine + Acide nicotinique pour agir sur les Triglycérides et le HDL-Chol
- Faire une surveillance clinique et biologique régulière et rigoureuse en cas d'association Statine + Fénofibrate mise en place après avis spécialisé
- Informer le patient que, une fois instauré, le traitement médicamenteux comme le traitement diététique doit être poursuivi au long cours tout en faisant l'objet de réévaluations périodiques, et que l'efficacité maximale du traitement est obtenue après 4 semaines environ
- Demander un avis spécialisé en cas de persistance de troubles musculaires à l'arrêt du traitement

TRAITEMENT DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE (7)

Effectuer un dosage des CPK initial de référence en cas de concomitance des pathologies suivantes :

- insuffisance rénale
- hypothyroïdie
- antécédents personnels ou familiaux de maladie musculaire génétique
- antécédents personnels d'effets indésirables musculaires avec un fibrate ou une Statine
- abus d'alcool
- âge supérieur à 70 ans
- autres facteurs de risque musculaire

TRAITEMENT DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE (8)

- Consigner les résultats des examens biologiques effectués : TSH, Créatinine, Clearance, CPK...
- Reporter l'instauration du traitement par Statines en cas de taux de CPK > 5 fois la normale
- Toujours penser à la notion de coût/efficacité

BILAN COMPLEMENTAIRE

- La mesure de la glycémie à jeun doit être réalisée de façon systématique en cas de dyslipidémie. Le diabète de type 2 est par ailleurs une cause de dyslipidémie (facteur de majoration du risque cardiovasculaire).
- En fonction du contexte clinique, d'autres examens complémentaires seront réalisés, notamment pour rechercher une cause à la dyslipidémie.
- En l'état actuel des connaissances, les dosages de CRP, Lp(a), de l'homocystéine, ainsi que des explorations telles que l'ECG, l'ECG d'effort, l'imagerie carotidienne, la mesure de l'épaisseur intima-média, ne sont pas justifiés de manière systématique chez les patients dyslipidémiques asymptomatiques. Leur intérêt doit faire l'objet d'une évaluation et de recommandations spécifiques.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES

Avez-vous tenu compte des notions de coût / efficacité de la prise en charge dans votre choix thérapeutique ?
OUI ? NON ?

Insérer une croix dans la colonne correspondante quand **l'indicateur est présent dans le dossier**

Barrer la case quand le profil lipidique du patient n'est pas concerné par l'indicateur sélectionné.

INDICATEURS SELECTIONNES	CAS 1	CAS 2
Bilan de recherche d'anomalie lipidique (à ne pas renouveler lorsqu'il est normal)		
Évaluation du risque cardio-vasculaire		
Prescription en première intention d'une Statine (hormis la rosuvastatine) en cas d'élévation du LDL-Cholestérol (hypercholestérolémies pures ou mixtes) (Grade A)		
Utilisation du seul traitement diététique en cas d'élévation isolée des concentrations sériques des triglycérides entre 1,5 et 4 g/l (1,7 et 4,6 mmol/l) (réduction pondérale associée à une activité physique, réduction des glucides simples, réduction de la consommation d'alcool)		
Recours aux fibrates en cas d'hypertriglycéridémie pure (exclusive) réfractaire à la diététique si les concentrations sériques des triglycérides restent au-delà de 4 g/l (4,6 mmol/l) (Accord professionnel)		
Prise en charge de l'hypertriglycéridémie, l'équilibre du diabète de type 2 et la surcharge pondérale en cas d'hypoHDL-émie (facteur de risque cardiovasculaire, le plus souvent associé à une hypertriglycéridémie, un diabète de type 2 ou une obésité)		

INDICATEURS SELECTIONNES	CAS 1	CAS 2
<p>Adaptation du choix du traitement de deuxième intention en se basant sur la nature de l'anomalie lipidique résiduelle sous monothérapie (Statine + Ezétimibe ou Statine + résine pour abaisser le LDL-Cholestérol ; Statine + acide nicotinique pour agir sur les triglycérides et le HDL-Cholestérol)</p>		
<p>Surveillance clinique et biologique régulières et rigoureuses en cas d'association Statine + Fénofibrate mise en place après avis spécialisé</p>		
<p>Information du patient (une fois instauré, le traitement médicamenteux, comme le traitement diététique, doit être poursuivi au long cours, tout en faisant l'objet de réévaluations périodiques et l'efficacité maximale du traitement est obtenue après 4 semaines environ)</p>		
<p>Concomitance des situations suivantes pour effectuer un dosage des CPK initial de référence : insuffisance rénale, hypothyroïdie, antécédents personnels ou familiaux de maladie musculaire génétique, antécédents personnels d'effet indésirable musculaire avec un fibrate ou une Statine, abus d'alcool, âge supérieur à 70 ans, autres facteurs de risque musculaire</p>		

Niveau de preuve scientifique des études selon l'ANAES	Forces des recommandations (grade)
Niveau 1 : Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	A preuve scientifique établie
Niveau 2 : Essais comparatifs randomisés de faible puissance Etudes comparatives non randomisés bien menées Etudes de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 : Etudes cas- témoin Niveau 4 : Etudes comparatives comportant des biais importants Etudes rétrospectives Séries de cas Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	C Faible niveau de preuve scientifique