

# PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES EN PRATIQUE CLINIQUE

## INTERVENTIONS AU NIVEAU INDIVIDUEL SUR LE STYLE DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

D<sup>r</sup> **Simon Monnard**, spécialiste en cardiologie, La Chaux-de-Fonds

**Malgré la nette diminution de la mortalité coronarienne depuis les années 1980 particulièrement dans les pays à haut revenu, les maladies cardiovasculaires restent une cause principale de morbidité et la première cause de mortalité en Suisse et dans le monde. En plus de stratégies de prévention à l'échelle de la population, une prise en charge préventive est utile au niveau individuel en particulier chez les personnes à risque cardiovasculaire intermédiaire ou élevé et chez les patients avec atteinte cardiovasculaire établie. L'élimination des comportements à risque et la prise en charge correcte des facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) permettrait d'éviter au moins 80% des infarctus myocardiques et des AVC prématurés, tout en prévenant également une proportion très significative de cancers. Cet article reprend de façon non exhaustive des messages clés et des recommandations en se basant essentiellement sur les recommandations européennes sur la prévention des maladies cardiovasculaires, publiées en mai 2016 et développées par la société européenne de cardiologie avec d'autres sociétés médicales. Quelques messages ou rappels dont la mise en pratique peut être bien utile à nos patients... ainsi que pour nous-même !**

### Changements comportementaux

Le style de vie est généralement ancré et influencé par l'environnement social, les expériences passées, les croyances, les craintes, et les circonstances de la vie quotidienne. Les stratégies cognitivo-comportementales comme l'entretien motivationnel ont une efficacité démontrée. Les médecins de premier recours et les spécialistes concernés devraient donc prendre soin d'être correctement formés à ces techniques d'entretien. Selon les situations, il est recommandé de faire appel à une prise en charge multidisciplinaire (p. ex. diététique, psychologique, infirmière). Pour les patients à très haut risque cardiovasculaire, une approche multimodale (p. ex. réadaptation cardiovasculaire) est recommandée.

### Sédentarité et activité physique

L'activité physique régulière est un pilier de la prévention cardiovasculaire, avec réduction de la mortalité globale et cardiovasculaire, et amélioration de la santé physique et mentale. L'activité physique a aussi un effet positif sur plusieurs facteurs de risque, dont la pression artérielle, le profil lipidique, le poids, et le profil glycémique.

On devrait encourager les personnes sédentaires à débiter une activité physique de basse intensité (p.ex. marche). Pour les adultes en bonne santé de tout âge, il est recommandé d'effectuer au moins 150 minutes par semaine (p. ex. 30 min x 5 jours) d'activité physique d'intensité modérée (p. ex. marche soutenue 4.8-6.5 km/h, vélo lent 15 km/h) ou 75 minutes par semaine (15 min x 5 jours) d'activité physique aérobie d'intensité plus élevée (p. ex. jogging, vélo > 15 km/h, natation). Pour des bénéfices supplémentaires chez les adultes sains, il est recommandé d'augmenter progressivement à 300 minutes par semaine d'activité à intensité modérée, ou 150 minutes par semaine d'activité aérobie à intensité plus élevée. L'activité physique devrait être composée de séances de durée toutes supérieures à 10 minutes (sauf en cas de fort déconditionnement) et bien réparties durant la semaine sur au moins 3-5 jours, mais idéalement tous les jours.

### Tabagisme

Un fumeur qui n'arrête pas de fumer perdra en moyenne 10 années de vie. Le risque relatif d'infarctus myocardique est multiplié par 5 chez les fumeurs de moins de 50 ans. L'incitation à l'arrêt du tabagisme est la stratégie au meilleur coût-efficacité pour la prévention des maladies cardio-vasculaires. Il est recommandé d'identifier les fumeurs et de leur donner des conseils répétés sur l'arrêt du tabagisme en leur proposant de l'aide au moyen d'un suivi de soutien et de prescription de substitution nicotinique ou autres traitements tels que bupropion (Zyban®) ou varenicline (Champix®). Le tabagisme passif devrait aussi être évité. Les évidences concernant l'efficacité et la sécurité de la cigarette électronique sont encore limitées.

### Nutrition

Les habitudes alimentaires influencent le risque cardiovasculaire par leur effet sur des facteurs de risque (cholestérol, pression artérielle, poids, diabète), mais aussi par d'autres effets. Une alimentation saine est aussi recommandée comme pilier de la prévention des maladies cardiovasculaires chez tout en chacun.

### Caractéristiques d'une alimentation saine

Acides gras saturés correspondant à <10% de l'apport énergétique total (en remplaçant par des acides gras polyinsaturés). | Réduire autant que possible les acides gras polyinsaturés trans (aliments transformés) | < 5 g de sel par jour | 30-45 g de fibres par jour, de préférence de produits à graines complètes | ≥ 200 g de fruit par jour (2-3 portions) | ≥ 200 g de légumes par jour (2-3 portions) | Poisson 1-2 fois par semaine, dont 1x poisson gras | 30 g par jour de noix (à noter que la densité énergétique est élevée) | Si consommation de boissons alcoolisées, se limiter à 2 verres par jour (20 g/j d'alcool) pour les hommes et 1 verre (10g) pour les femmes | La consommation de boissons avec sucres ajoutés et de boissons alcoolisées devrait être découragée (de nouvelles évidences suggèrent que tout apport d'alcool est associé à une augmentation de la TA et du poids).

## PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES EN PRATIQUE CLINIQUE. INTERVENTIONS AU NIVEAU INDIVIDUEL SUR LE STYLE DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE.

### Poids

L'excès pondéral et l'obésité sont tous deux associés à une augmentation du risque cardiovasculaire et de la mortalité. La mortalité globale est la plus basse avec un IMC entre 20 et 25 kg/m<sup>2</sup> (à < 60 ans). Le poids idéal chez les personnes âgées est plus élevé que chez les personnes jeunes ou d'âge moyen. Atteindre et maintenir un poids sain a un effet favorable sur les facteurs de risque métaboliques (TA, lipides sanguins, tolérance au glucose). L'adaptation maintenue à long terme de l'alimentation, du comportement et l'exercice physique sont les moyens principaux pour contrôler le surpoids. En cas d'échec, le traitement d'orlistat (Xenical®) et la chirurgie bariatrique sont des options supplémentaires. La chirurgie bariatrique est associée à une réduction du risque d'infarctus du myocarde, d'AVC, des événements cardio-vasculaires, et de la mortalité.

### Contrôle lipidique

Des taux élevés de LDL-cholestérol plasmatique sont responsables d'athérosclérose. La réduction du LDL-cholestérol permet de réduire les événements cardio-vasculaires. Des adaptations diététiques et du style de vie devraient être recommandées à tous. La quantification du risque cardiovasculaire devrait guider le choix et l'intensité des interventions pharmacologiques. Un taux de HDL-cholestérol bas est associé à un risque cardiovasculaire augmenté. Le taux de HDL est un des éléments à intégrer pour le calcul du risque cardiovasculaire, mais ce n'est pas sur la base de cette valeur (ni sur la base du rapport cholestérol total/HDL) que l'on doit décider d'un traitement ou renoncer à un traitement.

Les calculateurs de risque ([www.gsla.ch](http://www.gsla.ch) / [www.heartscore.org](http://www.heartscore.org)) devraient être utilisés pour quantifier le risque cardiovasculaire lorsqu'il n'y pas encore d'élément permettant d'affirmer que le risque est élevé ou très élevé. Le risque est en effet d'emblée à considérer comme très élevé en cas de maladie cardiovasculaire documentée par la clinique ou la mise en évidence à l'imagerie de lésion athéromateuse significative. Le risque est aussi très élevé en cas de diabète avec atteinte d'organe cible (p. ex. microalbuminurie) ou en cas d'insuffisance rénale chronique sévère (DFG < 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>). Le risque est à considérer comme élevé (indépendamment des scores) en cas de forte augmentation de certains facteurs de risques (cholestérol très élevé – hypercholestérolémie familiale, HTA sévère), de diabète sans atteinte d'organe cible, d'insuffisance rénale chronique modérée (DFG 30-59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>).

Pour les patients à très haut risque cardiovasculaire, il est recommandé de traiter pour cibler un taux de LDL-cholestérol < 1.8 mmol/l, ou une réduction d'au moins 50% si le taux avant traitement est entre 1.8 et 3.5 mmol/l. Pour les patients à haut risque cardiovasculaire, il est recommandé de cibler un LDL-cholestérol < 2.6 mmol/l, ou une réduction d'au moins 50% si le taux avant traitement est entre 2.6 et 5.1 mmol/l. Pour patients avec hypercholestérolémie primaire à risque intermédiaire et sous traitement, on devrait envisager une cible de LDL-cholestérol < 3.0 mmol/l.

Le dépistage des facteurs de risque incluant la réalisation d'un profil lipidique peut être envisagée chez les hommes de plus de 40 ans et chez les femmes de plus de 50 ans ou ménopausées. En présence d'autres facteurs de risque majeurs, il est recommandé d'effectuer un bilan lipidique et une évaluation du risque cardiovasculaire plus tôt. La réévaluation du risque est recommandée tous les 5 ans, ou plus fréquemment si l'on est proche d'un seuil justifiant un traitement.

Il est recommandé de suspecter la présence d'une hypercholestérolémie familiale chez les patients atteints de maladie cardiovasculaire avant l'âge de 55 ans pour les hommes ou 60 ans pour les femmes, chez les sujets avec proches parents atteints de maladie cardiovasculaire précoce (dans ce cas effectuer un bilan lipidique de dépistage même chez les jeunes), et chez les sujets avec élévation sévère du LDL-cholestérol (> 5.0 mmol/l pour les adultes et > 4.0 mmol/l pour les enfants). Le diagnostic doit être confirmé par des critères cliniques (Dutch Lipid Clinic Network diagnostic criteria) et éventuellement par analyse génétique.

### Diabète

Le sujet est si vaste qu'il ne pourra être qu'effleuré dans cet article. Le dépistage du diabète devrait être effectué par le dosage du glucose à jeun, ou par l'HbA1c. Un test de tolérance au glucose peut être effectué en cas de doute persistant. Une approche multifactorielle est très importante chez les patients avec diabète de type 2 (arrêt du tabac, adaptations diététiques, activité physique, contrôle du surpoids).

Une cible d'HbA1c < 7.0% est recommandée pour la majorité des adultes avec diabète de type 1 ou 2. On peut envisager une cible moins stricte pour les patients avec diabète depuis une longue durée, les patients âgés, fragiles, et ceux avec maladie cardiovasculaire. Une cible d'HbA1c ≤ 6.5% devrait par contre plutôt être envisagée au diagnostic et en début de prise en charge chez les diabétiques de type 2 qui ne sont pas fragiles et n'ont pas de maladie cardiovasculaire. La metformine est recommandée en première ligne, si tolérée et pas contre-indiquée. Chez les patients avec diabète de type 2 et maladie cardiovasculaire, l'utilisation d'un inhibiteur du SGLT2 devrait être envisagé rapidement dans la prise en charge de la maladie pour réduire la mortalité cardiovasculaire et globale.

L'usage de traitement hypolipémiant (principalement statines) est recommandé pour tous les diabétiques (type 1 et 2) de plus de 40 ans pour réduire le risque cardiovasculaire. Il peut aussi être envisagé pour certains patients plus jeunes à risque particulièrement élevé.

Les cibles de TA pour les diabétiques de type 2 (de même que les insuffisants rénaux) sont généralement < 140/85 mmHg, mais une cible < 130/80 mmHg est recommandée pour les diabétiques de type 1 et certains diabétiques de type 2 (p. ex. jeunes ou à risque de certaines complications). L'usage d'un IEC ou d'un sartan est recommandé pour traiter l'HTA chez les diabétiques, particulièrement en présence de protéinurie ou microalbuminurie.

## HTA

Ce sujet également ne pourra être abordé que de façon succincte. L'HTA est un facteur de risque majeur de maladie coronarienne, d'insuffisance cardiaque, de maladie cérébrovasculaire, de maladie artérielle périphérique, d'insuffisance rénale, et de fibrillation auriculaire. L'adaptation du style de vie (poids, activité physique, modération d'alcool et de sel, alimentation riche en fruits et légumes et pauvre en graisse) est recommandée chez tous les individus avec HTA ou TA normale haute. La décision de débiter un traitement antihypertenseur et l'urgence de cette décision dépend de la sévérité de l'HTA et de l'évaluation quantitative du risque cardiovasculaire. En cas de doute quant à la présence ou non d'une HTA ou quant à un traitement adapté de l'HTA, il s'agira d'effectuer des automesures ambulatoires ou une mesure de la pression artérielle sur 24h (MAPA – Remler), sans oublier que les valeurs limites ne sont pas les mêmes que pour la TA mesurée en consultation. Une combinaison de traitements est nécessaire pour contrôler l'HTA chez la plupart des patients. En règle générale, on cible chez les patients traités une TA < 140/90 mmHg. Cette cible est cependant moins stricte pour les patients âgés, d'autant plus s'ils sont fragiles. Les bêtabloquants et les diurétiques thiazidiques sont généralement à éviter chez patients hypertendus avec plusieurs facteurs de risque métabolique en raison de l'augmentation du risque de diabète.

## Traitement antiplaquettaire

L'antiagrégation plaquettaire (Aspirine®) n'est pas recommandée chez les personnes sans maladie cardiovasculaire en raison de l'augmentation du risque de saignement majeur et de l'absence de bénéfice significatif. Des études sont en cours pour évaluer si certains groupes (diabète, âgés, risque intermédiaire) en bénéficieraient tout de même.

## Fibrillation auriculaire

La FA est un facteur indépendamment associé à une augmentation de la mortalité globale (1.5-2x selon le sexe). La mortalité causée par les AVC peut être nettement diminuée grâce à l'anticoagulation, indiquée en présence de FA selon le score de risque cardio-embolique. Dans le cadre de la consultation, un dépistage de la FA est recommandé par la prise manuelle du pouls chez tous les patients de plus de 65 ans, avec réalisation d'un tracé ECG si le pouls est irrégulier.

## Conclusion

La prise en charge préventive au cabinet médical des maladies cardiovasculaires passe par l'identification des comportements à risque et des FRCV, par des entretiens motivationnels augmentant la motivation et l'efficacité pour adapter le style de vie, et cela conjointement à des mesures pharmacologiques lorsqu'elles sont indiquées. Chez les patients asymptomatiques, le pronostic est essentiellement amélioré par cette prise en charge préventive qui est du ressort du médecin de premier recours, plutôt que par la réalisation d'exams cardiovasculaires complexes.



## LECTURE CONSEILLÉE