

SYMPOSIUM

Collège national des cardiologues français

Les nouveaux visages du risque cardiométabolique

→ F. PAILLARD

CHR Pontchaillou, RENNES.

Comment optimiser en 2011 la prévention cardiovasculaire des patients présentant le plus haut risque de complications? C'est la question qui était abordée lors du symposium *Les nouveaux visages du risque cardio-métabolique* organisé dans le cadre du dernier congrès du CNCF à Lyon.

La présentation de **F. Paillard** (Rennes) abordait la question des objectifs lipidiques chez les patients à haut risque. En France, la référence reste la recommandation Afssaps de 2005 qui préconise une cible de LDL-C < 1 g/L chez les sujets à "haut risque", en particulier les sujets avec maladie vasculaire athérombotique avérée, les diabétiques cumulant deux autres facteurs de risque (FR) dont la microalbuminurie ou une insuffisance rénale (ClCr < 60 mL/mn). Depuis 2005, plusieurs recommandations internationales ont proposé le concept de patients à "très haut risque" pour lesquels on recommande une cible plus basse de LDL-C < 0,7 g/L. Les récentes recommandations de l'EAS-ESC (2011) reprennent ce concept et cette cible < 0,7 g/L ou une baisse de LDL-C > 50 % de la valeur initiale.

Quels sont les sujets concernés?

L'EAS-ESC propose cette cible pour les patients avec maladie vasculaire docu-

mentée, les diabétiques, les sujets avec insuffisance rénale chronique et ceux dont le risque cardiovasculaire global mesuré selon l'équation de risque SCORE est supérieur à 10 % (**tableau I**).

Plusieurs arguments étayent cette évolution chez ces patients. La réduction des événements cardiovasculaires est proportionnelle à la réduction du LDL-C dans les études de prévention et plusieurs essais ont montré une "réserve" de protection supplémentaire avec un abaissement du LDL-C autour de 0,7 g/L par rapport à 1 g/L (PROVE-IT en post-SCA, TNT chez les coronariens stables en particulier chez les diabétiques). Les enquêtes récentes européennes (EUROASPIRE) et françaises (CEPHEUS) montrent cependant que plus de 50 % des coronariens ne sont pas à l'objectif < 1 g/L. La partie s'annonce donc difficile!

Comment y parvenir? Trois possibilités existent lorsque le patient n'atteint pas la cible LDL-C:

- augmenter la posologie de statine est associé à une baisse de LDL-C de 6 % pour chaque doublement de dose,
- changer de statine pour une statine plus puissante (fluvastatine < pravastatine < simvastatine < atorvastatine < rosuvastatine) est en moyenne associé à une baisse de 8 % à posologie (en mg) de statine équivalente,
- enfin associer à une statine un inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol. L'adjonction d'ézétimibe 10 mg abaisse le LDL-C de 18-20 % supplémentaires grâce à la complémentarité de son mécanisme d'action avec celui des statines. Cette complémentarité a été en particulier bien démontrée chez le diabétique (étude IN-CROSS).

	2005	2011	2011
Recommandation (Pays)	Afssaps 2005 (France) Haut risque	EAS-ESC (Europe) Très haut risque	EAS-ESC (Europe) Haut risque
Cible pour LDL-C	< 1 g/L	< 0,70 g/L (1,8 mm/L) ou baisse > 50 %	< 1 g/L (2,6 mm/L)
Catégories de Patients	● MCV avérée ● Diabète type 2 + DFG < 60 mL/mn ou + protéinurie > 300 mg/j ou avec ≥ 2 FR ● RCV ≥ 20 %	● MCV avérée ● Diabète type 2 ● Diabète 1 + MAU ● Ins. rénale chronique: DFG < 60 mL/mn ● SCORE 10 ans > 10 %	● FR de niveau élevé: Dyslipid. familiale, HTA sévère. ● SCORE 10 ans: 5 à 10 %
Référence	www.afssaps.fr	Catapano, Atherosclerosis 2011	Catapano, Atherosclerosis 2011

TABEAU I : Comparatifs des recommandations Afssaps (2005) et ESC-EAS (2011) sur les cibles LDL-C proposées pour les sujets à haut ou très haut risque CV.

L'étude SHARP

L'intervention de **S. Kownator** (Thionville) portait sur l'insuffisance rénale chronique (IRC), qui était un peu l'oubliée du risque cardiovasculaire. Pourtant, le risque augmente fortement pour des valeurs de débit de filtration glomérulaire (DFG) < 60 ml/mn et, en deçà, proportionnellement à la dégradation de la fonction rénale. Chez l'insuffisant rénal dialysé, deux études (4D et AURORA) ont échoué à montrer un bénéfice des statines.

L'étude SHARP, dont les résultats viennent d'être publiés, a évalué l'intérêt de l'association simvastatine 20 mg + ézétimibe 10 mg (SE, n = 4650) *versus* placebo (P,

n = 4620) dans l'IRC de toute étiologie, définie par une créatininémie > 150 µmol/L (17 mg/L) chez l'homme ou 130 µmol/L (15 mg/L) chez la femme. La moyenne de DFG était de 27 mL/mn sur l'ensemble de la population.

L'objectif principal (événements athérosclérotiques majeurs : décès coronarien, IDM, AVC non hémorragique ou revascularisation) a été réduit significativement de 17 % (p = 0,0022) dans le groupe SE par rapport à une baisse moyenne du LDL-C entre les deux groupes de 0,32 g/L (0,85 mmol/L). Ce bénéfice est concentré chez les sujets non dialysés (-22 %) et moindre chez les dialysés (-16 %, ns). La mortalité globale et l'évolution de l'IRC ne sont

pas modifiées. La tolérance du traitement a été bonne. L'incidence des cancers a été similaire entre les deux groupes.

Globalement, la baisse des événements cardiovasculaires en fonction de la baisse obtenue du LDL-C dans SHARP est concordante avec ce qui est observé dans les autres essais de prévention. Ainsi, l'instauration d'un traitement hypolipémiant (simvastatine 20 mg + ézétimibe 10 mg dans SHARP) permet d'optimiser la prévention cardiovasculaire dans l'IRC.

Enfin, le symposium se clôturait sur une intervention de **D. Raccach** (Marseille) qui précisait la physiopathologie du diabète de type 2 et la place des insulines dans la stratégie thérapeutique.

réalités CARDIOLOGIQUES

Les hommes sont comme les vins : avec le temps, les bons s'améliorent et les mauvais s'aigrissent
Cicéron

Accueil Dossiers Articles Revue de presse Formation Recommandations Congrès Passerelles

Cours 4 : Evaluation d'une insuffisance mitrale
L'échocardiographie est l'examen de référence pour l'évaluation d'une insuffisance mitrale. La quantification de l'insuffisance mitrale, notamment par la méthode de la PISA, est un temps essentiel de l'échocardiographie. Mais il est nécessaire aussi de préciser ...

Rechercher... **Rechercher**

Toute l'équipe de Réalités Cardiologiques vous souhaite d'excellentes fêtes de fin d'année.

Diabète gestationnel : qui dépister ?
par S. Hieronimus le 16 décembre 2011 dans **Diabète et Métabolisme, Revues générales**

Faut-il faire un massage sino-carotidien chez tout patient de plus de 40 ans ayant fait une syncope ?

Billet du mois : AHA : la fin du triple A ?
Le congrès de l'American Heart Association (AHA) qui vient de se tenir à Orlando a été marqué par quatre

www.realites-cardiologiques.com
+ riche + interactif + proche de vous