

Revue générale

Recommandations de l'American College of Cardiology et de l'American Heart Association sur la prévention primaire des maladies cardiovasculaires

Elles ont été présentées durant le congrès de l'American College of Cardiology en mars 2019 et elles sont publiées [1]. La **figure 1** résume la prévention cardiovasculaire primaire.



F. DELAHAYE
Service de Cardiologie,
Hôpital Louis Pradel, BRON.

Abréviations

DFG: débit de filtration glomérulaire
FDRCV: facteur de risque cardiovasculaire
HTA: hypertension artérielle
MCV: maladie cardiovasculaire
MCVAS: maladie cardiovasculaire athéroscléreuse
PA: pression artérielle
PAD: pression artérielle diastolique
PAS: pression artérielle systolique
RCV: risque cardiovasculaire

Les "10 messages à emporter à la maison" sur la prévention primaire des maladies cardiovasculaires

1. Le moyen le plus important pour prévenir les MCVAS, l'insuffisance cardiaque et la fibrillation atriale est la promotion d'un mode de vie sain pendant toute la vie.
2. L'approche reposant sur une équipe est une stratégie effective pour la prévention des MCV. Les cliniciens doivent évaluer les déterminants sociaux de la santé qui affectent les individus afin de prendre les décisions thérapeutiques.
3. Les adultes âgés de 40 à 75 ans qui sont évalués pour la prévention des MCV doivent avoir une estimation du risque de MCVAS à 10 ans et une discussion sur le risque avec le clinicien avant de commencer un traitement pharmacologique, tel qu'un traitement antihypertenseur, une statine ou l'aspirine. La présence ou l'absence de facteurs additionnels qui augmentent le risque peut aider à guider les décisions sur les interventions préventives chez certains individus, comme le peut la quantification du calcium artériel coronaire.
4. Tous les adultes doivent avoir une alimentation saine qui insiste sur la consommation de légumes, de fruits, de fruits oléagineux, d'aliments complets, de protéines végétales ou animales maigres et de poissons et minimise la consommation de graisses trans, de viande traitée, de carbohydrates raffinés et de boissons sucrées. Chez les adultes en surpoids ou obèses, des conseils et une restriction calorique sont recommandés pour perdre du poids et maintenir la perte de poids.
5. Les adultes doivent avoir une activité physique d'intensité modérée pendant au moins 150 minutes par semaine ou une activité physique d'intensité vigoureuse pendant au moins 75 minutes par semaine.
6. Chez les adultes qui ont un diabète de type 2, les modifications du mode de vie, telles que l'amélioration des habitudes alimentaires et l'activité physique, sont cruciales. Si un traitement médicamenteux est indiqué, la metformine est le traitement de 1^{re} intention, suivie éventuellement de la prescription d'un inhibiteur du cotransporteur sodium/glucose de type 2 (SGLT2) ou d'un analogue du glucagon-like peptide-1 (GLP-1).
7. Tous les adultes doivent être questionnés sur le tabagisme lors de chaque consultation. Ceux qui fument du tabac doivent être aidés et fortement incités à arrêter.
8. L'aspirine doit rarement être prescrite en routine pour la prévention primaire des MCVAS du fait de l'absence de bénéfice net.
9. Un traitement par statine est le traitement de 1^{re} intention pour la prévention primaire d'une MCVAS chez les sujets qui ont une cholestérolémie des LDL augmentée ($\geq 1,9$ g/L), les diabétiques, les sujets âgés de 40 à 75 ans et ceux déterminés à avoir un risque de MCVAS suffisant après discussion sur le risque avec un clinicien.
10. Les interventions non pharmacologiques sont recommandées chez tous les adultes qui ont une PA élevée ou une HTA. Pour ceux qui requièrent un traitement pharmacologique, la PA cible doit généralement être $< 130/80$ mmHg.

Revue générale

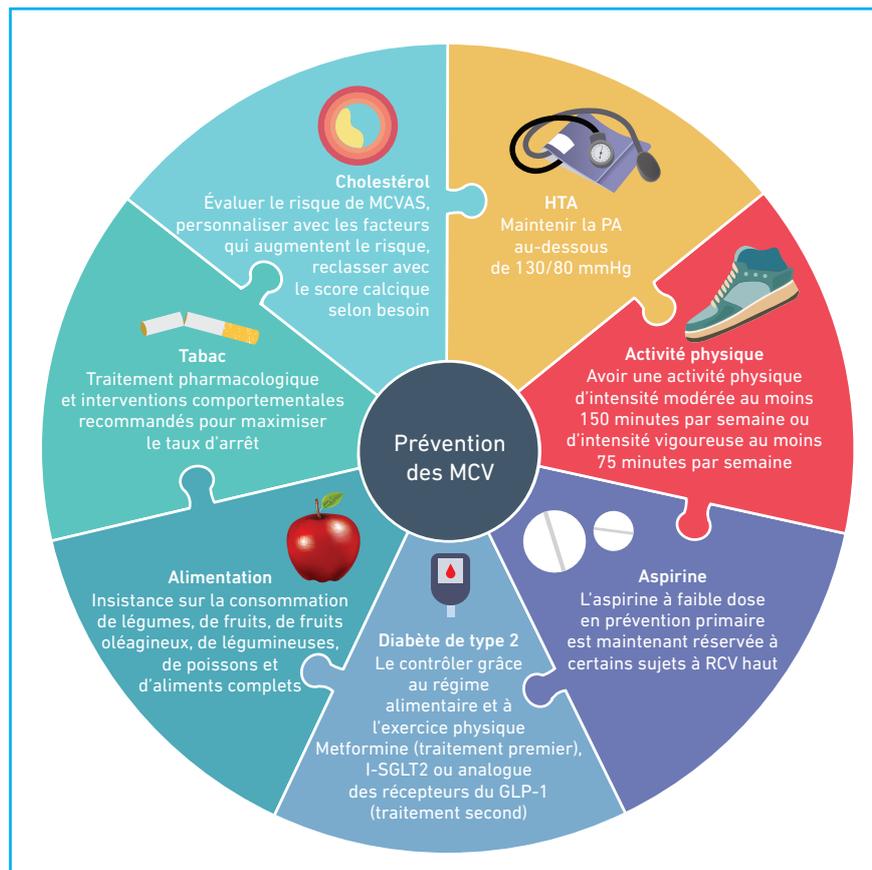


Fig. 1 : Prévention cardiovasculaire primaire.

Évaluation du risque cardiovasculaire

Chez les adultes âgés de 40 à 75 ans, les cliniciens doivent en routine évaluer les FDRCV et calculer le risque de MCVAS à 10 ans en utilisant les équations de risque (I, B).

Chez les adultes âgés de 20 à 39 ans, il est raisonnable d'évaluer les facteurs de risque de MCVAS traditionnels au moins tous les 4 à 6 ans (IIa, B).

Lorsque le risque est limite (risque de MCVAS à 10 ans entre 5 % et 7,5 %) ou intermédiaire (entre 7,5 % et 20 %), il est raisonnable de prendre en compte les facteurs additionnels qui augmentent le risque (**tableau I**) pour guider les décisions sur les interventions préventives (par exemple, statine) (IIa, B).

Chez les adultes qui ont un risque intermédiaire (7,5 %-20 %) et chez certains adultes qui ont un risque limite (5 %-7,5 %), si les décisions d'une intervention préventive (par exemple, statine) basées sur le risque restent incertaines, il est raisonnable de mesurer le score calcique coronaire pour guider la discussion sur le risque entre le clinicien et le sujet (IIa, B).

Chez les adultes âgés de 20 à 39 ans et chez ceux âgés de 40 à 59 ans qui ont un risque à 10 ans inférieur à 5 %, une estimation du risque de MCVAS pour toute la vie ou à 30 ans peut être envisagée (IIb, B).

Modifications du mode de vie

1. Alimentation

Une alimentation qui insiste sur la consommation de légumes, de fruits, de fruits oléagineux, de légumineuses, d'aliments complets et de poissons est recommandée pour diminuer les facteurs de risque de MCVAS (I, B).

Le remplacement des graisses saturées par des graisses mono- et polyinsatu-

Antécédents familiaux de MCVAS prématurée (hommes : âge < 55 ans ; femmes : âge < 65 ans)
Hypercholestérolémie primaire (cholestérolémie des LDL : 1,6-1,9 g/L [4,1-4,8 mmol/L] ; cholestérolémie-non HDL : 1,9-2,2 g/L [4,9-5,6 mmol/L])
Syndrome métabolique (si ≥ 3 facteurs : augmentation du tour de taille [selon les seuils ethniquement appropriés], hypertriglycéridémie non à jeun > 1,5 g/L, PA augmentée, glycémie augmentée, cholestérolémie des HDL basse [hommes : < 0,4 g/L ; femmes < 0,5 g/L])
Néphropathie chronique (DFG 15-59 mL/min/1,73 m ²) avec ou sans protéinurie ; pas traité par dialyse ou par transplantation rénale
Maladie inflammatoire chronique telle qu'un psoriasis, une polyarthrite rhumatoïde, un lupus, une infection par le VIH/sida
Antécédent de ménopause prématurée (avant 40 ans) et antécédent de situation liée à la grossesse qui augmente le risque de MCVAS subséquente, telle qu'une prééclampsie
Race/ethnie à haut risque (par exemple, ascendance asiatique du Sud)
Lipides/marqueurs associés à un risque de MCVAS accrue <ul style="list-style-type: none"> ● Hypertriglycéridémie primaire, triglycéridémie constamment élevée (≥ 1,75 g/L, non à jeun) ● Si mesuré <ul style="list-style-type: none"> – protéine C réactive ultrasensible augmentée (≥ 2,0 mg/L) – Lp (a) augmentée (≥ 0,5 g/L [125 nmol/L]) – Apo-B augmentée (≥ 1,3 g/L) – indice cheville-bras < 0,9

Tableau I : Facteurs qui augmentent le risque cardiovasculaire.

rées peut être bénéfique pour réduire le risque de MCVAS (IIa, B).

Diminuer la quantité de cholestérol et de sodium peut être bénéfique pour réduire le risque de MCVAS (IIa, B).

Il est raisonnable de minimiser la consommation de viandes traitées, de carbohydrates raffinés et de boissons sucrées pour réduire le risque de MCVAS (IIa, B).

La consommation de graisses trans doit être évitée pour réduire le risque de MCVAS (III, B).

2. Activité physique

Les adultes doivent avoir une activité physique d'intensité modérée pendant

Intensité	Équivalents métaboliques	Exemples
Comportement sédentaire	1-1,5	Être assis ou allongé, regarder la télévision
Légère	1,6-2,9	Marche douce, cuisine, tâches ménagères légères
Modérée	3,0-5,9	Marche rapide (4-6,5 km/h), vélo (8-15 km/h), danse de salon, yoga actif, natation de loisir
Vigoureuse	≥ 6	Jogging/course, vélo ≥ 16 km/h, tennis en simple, longueurs en natation

Tableau II : Définition de différentes intensités d'activité physique et exemples.

au moins 150 minutes par semaine ou une activité physique d'intensité vigoureuse pendant au moins 75 minutes par semaine pour réduire le risque de MCVAS (**tableau II**) (I, B).

Les adultes qui ne peuvent pas avoir une activité physique comme ci-dessus, une activité physique moindre peut être bénéfique pour réduire le risque de MCVAS (IIa, B).

Revue générale

Autres facteurs affectant le risque vasculaire

1. Surpoids ou obésité

Chez les adultes en surpoids ou obèses, une perte de poids est recommandée pour améliorer le profil des facteurs de risque de MCVAS (I, B).

Chez les adultes en surpoids ou obèses, des conseils et des interventions détaillées sur le mode de vie, incluant une restriction calorique, sont recommandés pour perdre du poids et maintenir la perte de poids (I, B).

Il faut mesurer l'index de masse corporelle annuellement ou plus souvent pour identifier les adultes en surpoids ou obèses (I, C).

Il est raisonnable de mesurer le tour de taille pour identifier les adultes à risque cardiométabolique accru (IIa, B).

2. Diabète de type 2

Le traitement du diabète de type 2 pour la prévention primaire des MCV est présenté dans la **figure 2**.

3. Cholestérolémie élevée

Chez les adultes qui ont une cholestérolémie élevée et un risque intermédiaire (risque de MCVAS à 10 ans compris entre 7,5 % et 20 %), un traitement par statine diminue le RCV, et dans le contexte d'une discussion sur le risque, si la décision est prise d'un traitement par statine, une statine d'intensité modérée doit être recommandée (I, A).

Chez les adultes qui ont une cholestérolémie élevée et un risque intermédiaire (7,5 %-20 %), la cholestérolémie des LDL doit être diminuée d'au moins 30 %, et pour une réduction optimale du RCV, en particulier chez les sujets à haut risque ($\geq 20\%$), elle doit être diminuée d'au moins 50 % (I, A).

Chez les adultes âgés de 40 à 75 ans qui ont une cholestérolémie élevée et qui sont diabétiques, quel que soit le risque de MCVAS à 10 ans, une statine d'intensité modérée est indiquée (I, A).

Chez les adultes âgés de 20 à 75 ans qui ont une cholestérolémie des LDL $\geq 1,9$ g/L (4,9 mmol/L), une statine à la dose maximale tolérée est recommandée (I, B).

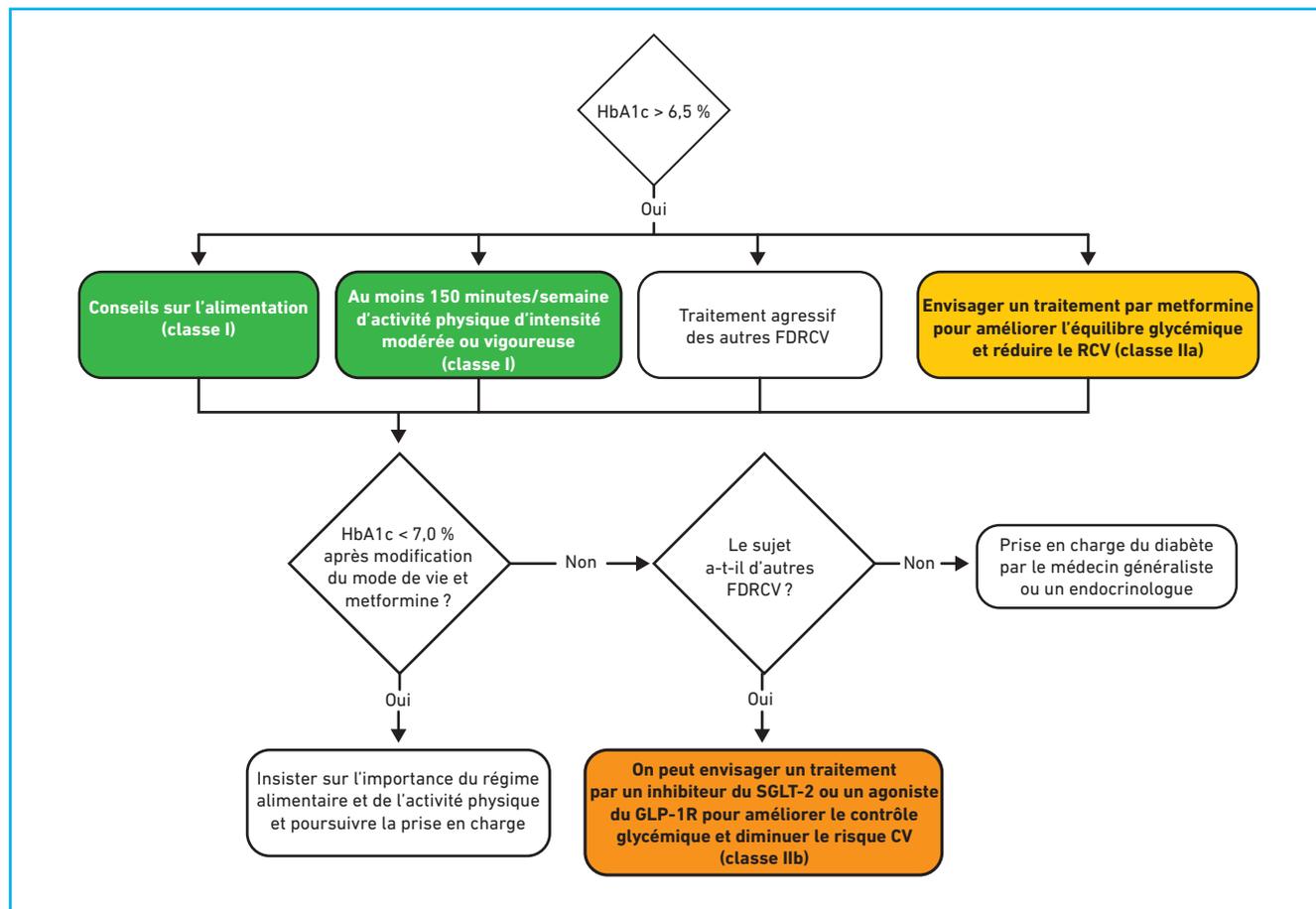


Fig. 2 : Traitement du diabète de type 2 pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires.

Chez les adultes diabétiques qui ont de multiples FDRCV, il est raisonnable de prescrire une statine d'intensité forte avec le but de réduire la cholestérolémie des LDL d'au moins 50 % (IIa, B).

Chez les adultes qui ont une cholestérolémie élevée et un risque intermédiaire (7,5 %-20 %), s'il y a des facteurs augmentant le risque (**tableau I**), l'initiation ou l'intensification du traitement par statine est recommandée (IIa, B).

Chez les adultes qui ont une cholestérolémie élevée et un risque intermédiaire (7,5 %-20 %) et chez certains

adultes qui ont une cholestérolémie élevée et un risque limite (5 %-7,5 %), si le score calcique coronaire est mesuré dans le but de prendre une décision :

– si le score calcique est à 0, il est raisonnable de ne pas prescrire de statine et de réévaluer 5 à 10 ans plus tard, aussi longtemps qu'il n'y a pas de situation à haut risque (par exemple, diabète, antécédent familial de coronaropathie prématurée, tabagisme de cigarettes) ;

– si le score calcique est compris entre 1 et 99, il est raisonnable de commencer un traitement par statine chez les sujets âgés d'au moins 55 ans ;

– si le score calcique est ≥ 100 ou au-dessus du 75^e percentile, il est raisonnable d'initier un traitement par statine (IIa, B).

Chez les adultes qui ont une cholestérolémie élevée et un risque limite (5 %-7,5 %), lors de la discussion sur le risque, la présence de facteurs augmentant le risque peut justifier l'initiation d'une statine d'intensité modérée (IIb, B).

L'ensemble des mesures de prévention primaire est présenté dans la **figure 3**. Les facteurs qui augmentent le risque spécifiquement chez le patient diabétique et qui sont indépendants des

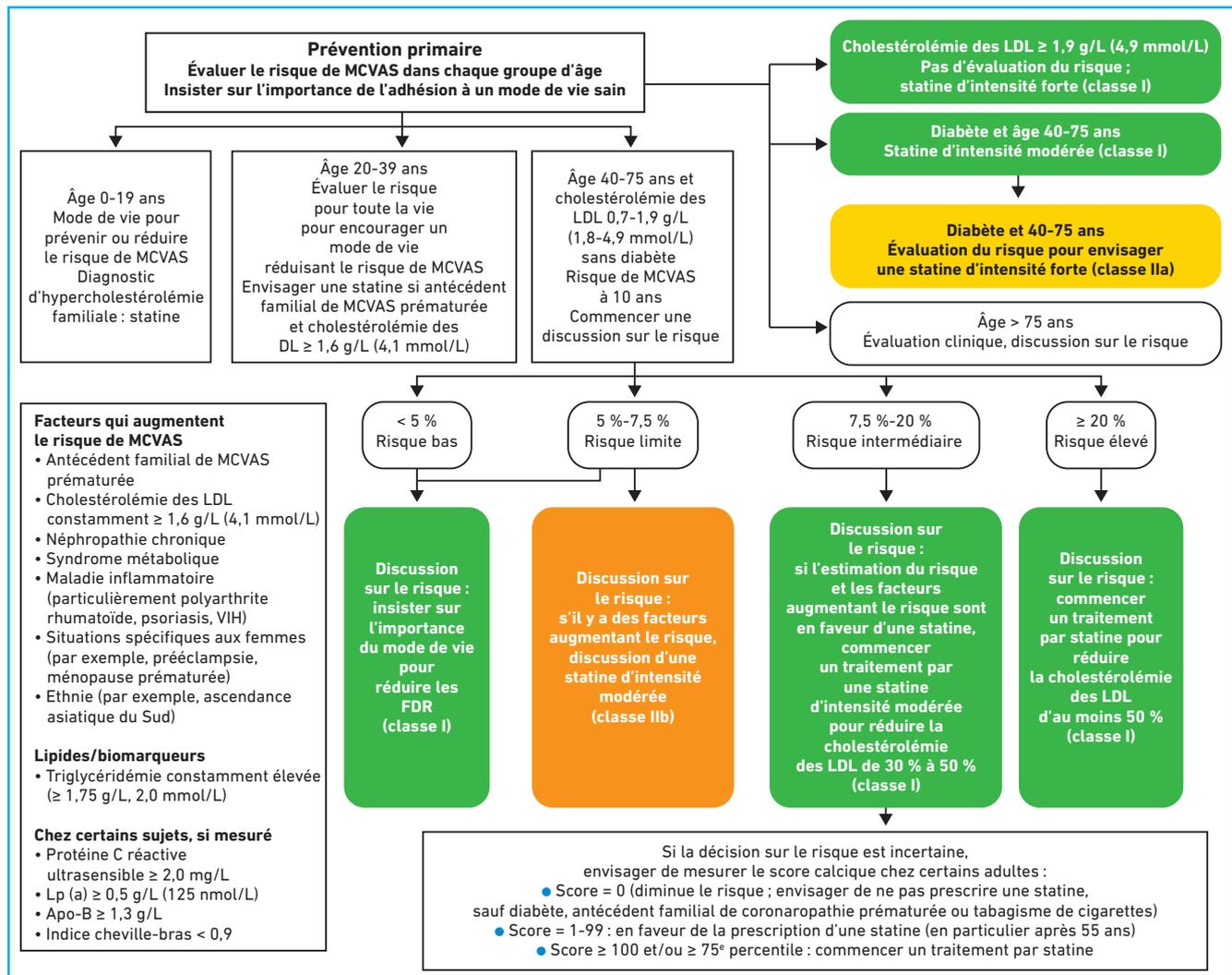


Fig. 3 : Prévention primaire.

Revue générale

- Ancienneté ≥ 10 ans pour un diabète de type 2 ou ≥ 20 ans pour un diabète de type 1
- Protéinurie ≥ 30 µg d'albumine/mg de créatinine
- DFG < 60 mL/min/1,73 m²
- Rétinopathie
- Neuropathie
- Indice cheville-bras < 0,9

Tableau III : Facteurs qui augmentent le risque spécifiquement chez le patient diabétique et qui sont indépendants des autres facteurs de risque.

- Sujets ne souhaitant pas commencer un traitement par statine et qui veulent connaître leur risque et la possibilité de bénéfice de façon plus précise
- Sujets voulant savoir s'il faut recommencer un traitement par statine après arrêt d'une statine du fait de symptômes
- Sujets plus âgés (hommes : 55-80 ans ; femmes : 60-80 ans) avec un poids faible de FDR et qui se demandent s'ils bénéficieraient d'un traitement par statine
- Adultes d'âge moyen (40-55 ans) avec un risque de MCVAS à 10 ans entre 5 % et 7,5 %, avec des facteurs qui augmentent leur risque de MCVAS, bien qu'ils soient dans le groupe de risque limite

Tableau IV : Exemples de candidats à une mesure du score calcique qui peuvent tirer bénéfice de savoir que leur score calcique est à zéro.

autres facteurs de risque sont listés dans le **tableau III**. Des exemples de candidats à une mesure du score calcique qui peuvent tirer bénéfice de savoir que leur score calcique est à 0 sont donnés dans le **tableau IV**.

4. Pression artérielle élevée ou hypertension artérielle

Chez les adultes qui ont une PA augmentée ou une HTA, y compris ceux qui prennent un traitement médicamenteux antihypertenseur, les interventions non pharmacologiques sont recommandées pour réduire la PA (I, A). Elles incluent :

- la perte de poids ;
- une alimentation saine ;
- la réduction de la consommation de sel ;
- une supplémentation potassique alimentaire ;
- une augmentation de l'activité physique avec un programme d'exercice structuré ;
- la limitation de la consommation d'alcool.

Chez les adultes qui ont un risque de MCVAS à 10 ans ≥ 10 % et une PAS ≥ 130 mmHg ou une PAD ≥ 80 mmHg, la prescription de médicaments antihypertenseurs est recommandée pour la prévention primaire des MCV (PAS : I, A ; PAD : I, C).

Chez les adultes qui ont une HTA confirmée et un risque de MCVAS à 10 ans ≥ 10 %, une PA cible ≤ 130/80 mmHg est recommandée (PAS : I, B ; PAD : I, C).

Chez les adultes qui ont une HTA et une néphropathie chronique, un traitement pour une PA cible ≤ 130/80 mmHg est recommandé (PAS : I, B ; PAD : I, C).

Chez les adultes qui sont diabétiques et hypertendus, un traitement médicamenteux antihypertenseur doit être initié si la PA est ≥ 130/80 mmHg, avec une PA cible ≤ 130/80 mmHg (PAS : I, B ; PAD : I, C).

Chez les adultes qui ont un risque de MCVAS à 10 ans < 10 % et une PAS ≥ 140 mmHg ou une PAD ≥ 90 mmHg, la prescription d'un traitement médicamenteux antihypertenseur est recommandée (I, C).

Chez les adultes qui ont une HTA confirmée sans marqueurs additionnels de RCV accru, une PA cible < 130/80 mmHg peut être raisonnable (PAS : IIb, B ; PAD : IIb, C).

La **figure 4** présente les seuils de PA et les recommandations thérapeutiques.

5. Tabac

La question sur le tabagisme doit être posée à chaque consultation (I, A).

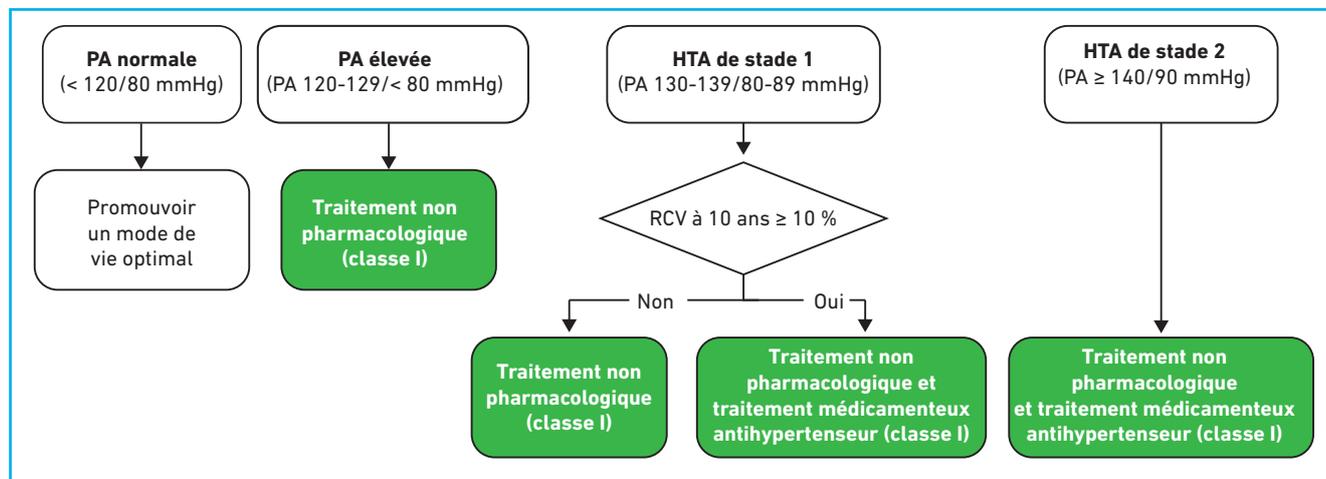


Fig. 4 : Seuils de pression artérielle et recommandations thérapeutiques.

Tous les fumeurs doivent être fortement incités à arrêter de fumer (I, A).

Chez les fumeurs, l'association d'interventions comportementales et d'un traitement médicamenteux est recommandée pour maximiser le taux d'arrêt (I, A).

L'arrêt du tabagisme est recommandé pour réduire le RCV (I, B).

6. Aspirine

L'aspirine à faible dose (75-100 mg/j) peut être envisagée pour la prévention

primaire des MCVAS chez certains adultes âgés de 40 à 70 ans qui sont à haut RCV mais pas à risque hémorragique accru (IIb, A).

L'aspirine à faible dose (75-100 mg/j) ne doit pas être administrée en routine pour la prévention primaire des MCVAS chez les adultes âgés de plus de 70 ans (III, B).

L'aspirine à faible dose (75-100 mg/j) ne doit pas être administrée pour la prévention primaire des MCVAS chez les adultes de quelque âge que ce soit qui sont à risque hémorragique accru (III, C).

BIBLIOGRAPHIE

1. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000678>

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.