Objectifs en prévention primaire chez un patient au risque cardiovasculaire > 10 % à 5 ans

E. GRUSON, J. DALLONGEVILLE
Institut Pasteur, LILLE.

La mise en œuvre du traitement préventif des maladies cardiovasculaires repose sur l'identification précoce des sujets qui sont les plus à mêmes de faire un accident cardiovasculaire. Ce risque est directement déterminé par la présence de facteurs de risque (***tableau I***).

En pratique, le "risque cardiovasculaire global" est une notion qui intègre l'ensemble des informations qui permettent d'estimer la probabilité de développer une maladie cardiovasculaire dans un temps donné (généralement 10 ans).

Des équations développées par des techniques de modélisation statistique permettent de calculer le risque cardiovasculaire global en tenant compte simultanément de plusieurs facteurs de risque. Deux équations sont communément utilisées en France : les équations provenant de l'enquête épidémiologique Framingham [1] et celle issue du projet SCORE [2].

DEFINITION DU HAUT RISQUE CARDIOVASCULAIRE

En France, dans les recommandations professionnelles, la stratification du risque cardiovasculaire repose principalement sur le dénombrement des facteurs de risque, sur l'identification d'une atteinte des organes cibles et sur la présence d'antécédents personnels de maladies cardiovasculaires. L'utilisation des équations de risque est plus rarement préconisée. Elle est proposée pour la stratification du risque cardiovasculaire dans le cadre de la prise en charge du patient dyslipidémique ou diabétique.

Facteur de risque	Hypertension	Dyslipidémie	Diabète
Age			
Homme de 50 ans ou plus	■	■	■
Femme de 60 ans ou plus	■	■	■
Tabagisme			
Actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans	■	■	■
Antécédents familiaux d'accident cardiovasculaire précoce			
IDM ou mort subite < 55 ans chez le père ou chez un parent de 1er degré de sexe masculin	■	■	■
IDM ou mort subite < 65 ans chez la mère ou chez un parent de 1er degré de sexe féminin	■	■	■
AVC constitué avant 45 ans	■	■	■
Hypertension artérielle permanente			
Traitée ou non	■	■	■
Dyslipidémie			
LDL-cholestérol ≥1,60 g/L (4,1 mmol/L)	■	■	
HDL-cholestérol ≤ 0,40 g/L (1 mmol/L)	■	■	■
HDL-cholestérol ≥ 0,60 g/L (1,5 mmol/L)		■	■
Diabète de type 2			
Traité ou non	■	■	■
Microalbuminurie (> 30 mg/24 heures)	■	■	■

■ Facteur de risque en relation avec la recommandation
■ Facteur de risque
■ Facteur protecteur (soustraire 1 facteur de risque)

Tableau I : *Facteurs de risque utilisés dans les recommandations nationales (HAS, Afssaps) pour définir le risque cardiovasculaire global.*

POINTS FORTS

► **Les sujets à haut risque cardiovasculaire nécessitent une prise en charge intense et précoce.**

► **Les objectifs thérapeutiques sont :**
- **PAS/PAD < 140/90 ou < 130/80 en cas de diabète associé**
- **LDL-cholestérol < 1 g/L**
- **HbA1c < 6,5 %**

Par convention, le risque cardiovasculaire global est élevé lorsque la probabilité de survenue d'un événement cardiovasculaire est supérieure à 20 % à 10 ans. Le ***tableau II*** résume les critères qui permettent de définir le "haut risque" cardiovasculaire dans les recommandations de l'HAS et de l'Afssaps.

	Hypertension	Dyslipidémie	Diabète
Maladie cardiovasculaire (Maladie coronaire, AVC, AOMI)	■	■	■
Maladie rénale (DFG < 60 mL/min ou protéinurie > 500 mg/j)	■		
PAS ≥ 180 et/ou PAD ≥ 110 mmHg	■		
PAS/PAD ≥ 140/90 mmHg associé à : Diabète et/ou	■		
PAS/PAD ≥ 140/90 mmHg associé à : 3 facteurs de risque* et/ou	■		
PAS/PAD ≥ 140/90 mmHg associé à : Atteinte d'organe (HTVG, µalbuminurie 30-300 mg/24 h)	■		
Diabète associé à : Atteinte rénale (protéinurie > 300 mg/j ou créat < 60 mL/min)		■	■
Diabète associé à : 2 facteurs de risque **		■	■
Risque cardiovasculaire > 20 % à 10 ans (équation de risque)		■	■

* Cf. ***tableau I***.
** Diabète évoluant depuis plus de 10 ans associé à 2 FRCV (cf. ***tableau I***) selon les recommandations de l'HAS sur le diabète. HTVG : hypertrophie ventriculaire gauche.

Tableau II : *Critères de définition du "haut risque" cardiovasculaire selon les recommandations nationales (HAS, Afssaps).*

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

L'identification du "haut risque" cardiovasculaire a un impact direct sur les modalités de prise en charge thérapeutique. En pratique, l'optimisation thérapeutique se traduit soit par l'adaptation des priorités dans l'instauration du traitement hygiéno-diététique et pharmacologique pour les patients hypertendus, soit par l'ajustement des objectifs thérapeutiques pour les patients diabétiques et dyslipidémiques.

>>> **La prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle** [3] s'organise en deux temps : la mise en place de mesures hygiéno-diététiques dans un premier temps, suivie éventuellement de l'instauration d'un traitement pharmacologique. Dans les recommandations de l'HAS, le "haut risque" cardiovasculaire justifie une prise en charge médicamenteuse immédiate conjointement aux mesures hygiéno-diététiques. L'objectif thérapeutique reste inchangé : PAS/PAD < 140/90 mmHg, ou < 130/80 mmHg chez les sujets diabétiques et/ou insuffisants rénaux.

>>> **Pour la prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique** [4], la stratification du risque cardiovasculaire, basée sur le dénombrement des facteurs de risque, détermine le niveau cible de LDL-cholestérol plasmatique (2,2 g/L, 1,9 g/L, 1,6 g/L, 1,3 g/L pour respectivement 0, 1, 2 ou > 2 facteurs de risque associés). Pour les patients dyslipidémiques considérés à "haut risque" cardiovasculaire, l'objectif thérapeutique est un LDL-cholestérol plasmatique < 1 g/L.

>>> **Dans les recommandations pour le traitement médicamenteux du diabète de type 2** [5], l'accent porte sur le caractère global du traitement, avec une prise en charge précoce et stricte des facteurs de risque associés. La stratégie thérapeutique (mesures hygiéno-diététiques ± mono-, bi- ou trithérapie antidiabétique orale, voire insulinothérapie) est dictée par le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c). Les objectifs thérapeutiques sont la normalisation glycémique, définie par une HbA1c < 6,5 %, une PAS/PAD < 130/80 mmHg, un niveau cible de LDL-cholestérol plasmatique gradué selon le niveau de risque cardiovasculaire, avec pour les patients diabétiques à "haut risque" un LDL-cholestérol cible < 1 g/L. ■

Bibliographie

1. Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*, 1998 ; 97 : 1837-47.

2. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G *et al*. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe : the SCORE project. *Eur Heart J*, 2003 ; 24 : 987-1003.

3. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Recommandations. Haute Autorité de Santé, juillet 2005.

4. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Recommandations. Afssaps, mars 2005.

5. Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations. Afssaps, Haute Autorité de Santé, novembre 2006.