

Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur la prévention des maladies cardiovasculaires

RÉSUMÉ: Ces recommandations ont été présentées durant le récent congrès du groupe Réadaptation et prévention cardiovasculaire de l'ESC et sont disponibles sur le site de l'ESC (*European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice [version 2012]. Eur Heart J, 2012 ; www.escardio.org*). Le texte est dense, long (77 pages) et très référencé (568 références). En voici, très résumés, les points principaux.

→ F. DELAHAYE
Hôpital Louis Pradel, BRON.

Qu'est-ce que la prévention des maladies cardiovasculaires ?

“Un ensemble coordonné d'actions, au niveau de la population et de l'individu, ayant pour but l'élimination ou la minimisation de la fréquence et de la morbidité des maladies cardiovasculaires. Les bases de la prévention ont leurs racines dans l'épidémiologie cardiovasculaire et la médecine basée sur les preuves” (*A Dictionary of Epidemiology*. 4 th ed New York : Oxford University Press ; 2001).

Pourquoi la prévention des maladies cardiovasculaires est-elle nécessaire ?

Les maladies cardiovasculaires liées à l'athérosclérose, notamment la maladie coronaire, restent la première cause de décès prématuré dans le monde. Elles attei-

gnent à la fois les hommes et les femmes. Parmi les décès survenant avant l'âge de 75 ans en Europe, 42 % sont dus aux maladies cardiovasculaires athéroscléreuses chez les femmes et 38 % chez les hommes. Dans l'étude INTERHEART, qui comparait 15 000 personnes ayant eu un infarctus du myocarde et 15 000 contrôles, neuf facteurs de risque modifiables représentaient 90 % du risque attribuable chez les hommes et 94 % chez les femmes. Ces facteurs (et “antifacteurs”) de risque sont les dyslipidémies, le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité abdominale, les facteurs psychosociaux, la consommation de fruits et légumes, la consommation d'alcool, et l'activité physique.

Dans une étude publiée en 2010, chez 19 000 patients ayant eu une angioplastie lors d'un infarctus du myocarde, dans 41 pays, le risque d'avoir un nouvel infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ou de décéder dans les six mois était 3,8 fois plus important chez les patients continuant de fumer, ne modifiant pas leur alimentation et n'ayant pas d'activité physique par rap-

port aux patients qui n'ont jamais fumé et qui ont modifié leur alimentation et augmenté leur activité physique. L'adhésion au traitement médicamenteux était la même dans les deux groupes.

La prévention est efficace : plus de 50 % de la réduction de la mortalité par maladie coronaire est liée à des modifications des facteurs de risque cardiovasculaire, et 40 % au traitement.

Pour qui la prévention cardiovasculaire est-elle nécessaire ?

L'estimation du risque global selon le niveau de plusieurs facteurs de risque (par exemple, avec SCORE ; **fig. 1**) est recommandée chez les adultes asymptomatiques sans maladie cardiovasculaire patente (I, C).

Les individus à haut risque peuvent être détectés sur la base d'une maladie cardiovasculaire patente, d'un diabète de type 2 ou de type 1 avec atteinte des organes cibles, d'une maladie rénale modérée ou

CONGRÈS European Society of Cardiology

Classes de recommandations et niveaux de preuve

Classes de recommandations

I: Preuves et/ou consensus qu'un examen ou un traitement est utile/bénéfique

Ia: Poids des preuves/opinions en faveur de l'utilité/l'efficacité d'un examen ou d'un traitement

Niveaux de preuve

A: Données provenant de plusieurs essais cliniques randomisés ou de méta-analyses

B: Données provenant d'un seul essai clinique randomisé ou d'études non randomisées de grande taille

C: Consensus d'expert et/ou petites études, études rétrospectives, registres

>>> Un diabète sucré, de type 1 ou 2, sans autre facteur de risque cardiovasculaire ni atteinte d'un organe cible.

>>> Une maladie rénale modérée (taux de filtration glomérulaire entre 30 et 60 mL/min/1,73 m²).

>>> Un risque SCORE entre 5 % et 10 %.

● **Sont à risque modéré les individus dont le risque SCORE est entre 1 % et 5 %.**

● **Sont à risque faible les individus dont le risque SCORE est < 1%.**

sévère, du niveau très élevé d'un facteur de risque ou d'un risque SCORE élevé (I, C).

● **Sont à très haut risque les individus qui ont une des caractéristiques suivantes :**

>>> Une maladie cardiovasculaire documentée par un examen non invasif ou invasif (coronarographie, imagerie nucléaire, échocardiographie de stress, échographie-Doppler des artères carotides), un antécédent d'infarctus du myocarde, de syndrome coronaire aigu, de revascularisation coronaire ou artérielle autre, d'accident vasculaire cérébral ischémique, d'artériopathie périphérique.

>>> Un diabète sucré, de type 1 ou 2, avec au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire et/ou une atteinte d'un organe cible (par exemple, micro-albuminurie entre 30 et 300 mg/24 heures);

>>> Une maladie rénale sévère (taux de filtration glomérulaire < 30 mL/mn/1,73 m²).

>>> Un risque SCORE ≥ 10 %.

● **Sont à haut risque les individus qui ont une des caractéristiques suivantes :**

>>> Une augmentation importante d'un facteur de risque, tel qu'une dyslipidémie familiale ou une hypertension artérielle sévère.

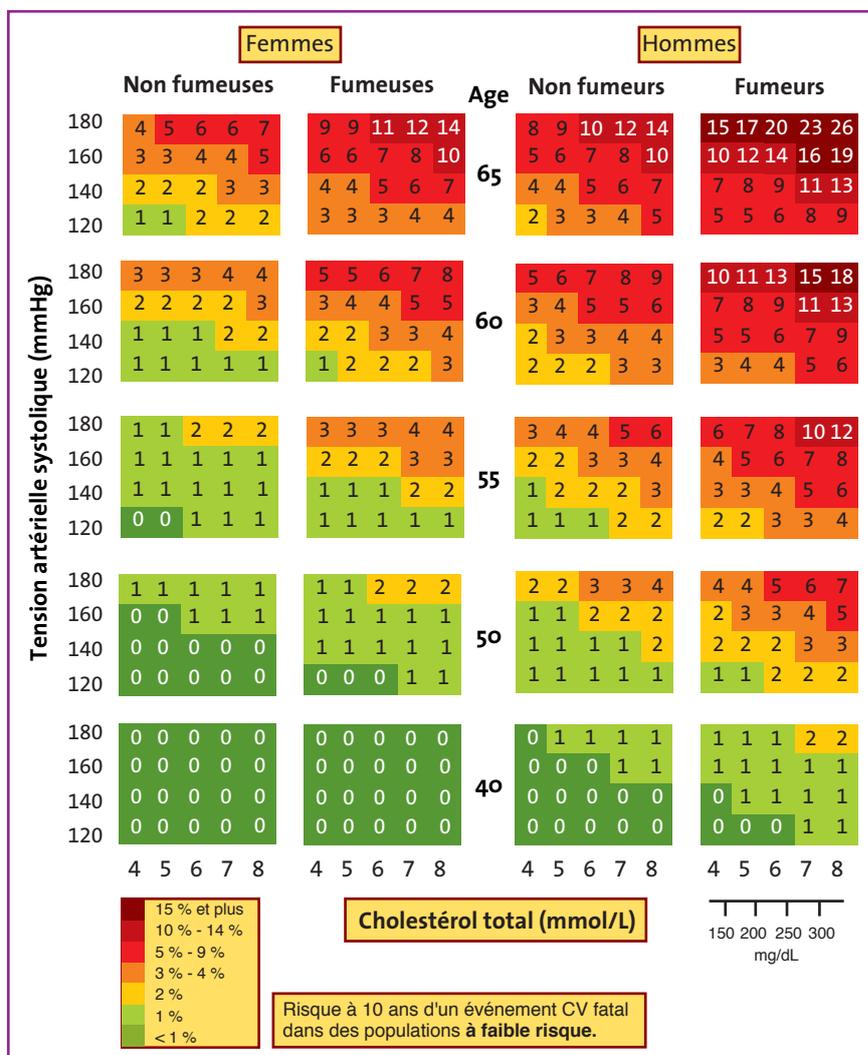


FIG. 1: SCORE : Risque à 10 ans de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse fatale dans les pays à bas risque.

Un nouveau concept : l'âge de risque

Le risque d'un homme âgé de 40 ans et qui a des facteurs de risque est le même (2 %) que celui d'un homme âgé de 60 ans sans facteur de risque : son "âge de risque" est 60 ans et non pas 40.

Recommandations principales

1. Tabagisme

Tout tabagisme est un facteur de risque de maladies cardiovasculaires puissants et indépendant et doit être évité (I, B).

Le tabagisme passif augmente le risque de maladies cardiovasculaires et doit être évité (I, B).

Les jeunes doivent être encouragés à ne pas commencer à fumer (I, C).

Tous les fumeurs doivent recevoir des conseils pour arrêter de fumer et une proposition d'aide (I, A).

2. Alimentation

Une nourriture saine est recommandée comme étant la pierre angulaire de la prévention cardiovasculaire (I, B) :

- les acides gras saturés doivent représenter moins de 10 % de l'apport énergétique total, en étant remplacés par des acides gras polyinsaturés ;
- les acides gras insaturés "trans" doivent être consommés le moins possible, de préférence pas de consommation de plats cuisinés, et moins de 1 % de l'apport énergétique total, sous forme naturelle ;
- < 5 g de sel par jour ;
- 30-45 g de fibres par jour, à partir de produits complets, de fruits et légumes ;
- 200 g de fruits par jour (deux-trois portions) ;
- 200 g de légumes par jour (deux-trois portions) ;

POINTS FORTS

- ➔ Le dépistage des facteurs de risque, incluant le profil lipidique, peut être envisagé chez les hommes âgés d'au moins 40 ans et chez les femmes âgées d'au moins 50 ans ou ménopausées.
- ➔ Le médecin généraliste est la personne clé pour initier, coordonner et fournir un suivi à long terme pour la prévention cardiovasculaire.
- ➔ Le cardiologue doit être le conseiller lorsqu'il y a incertitude quant à l'usage de mesures à titre préventif ou lorsque les options préventives usuelles sont difficiles à mettre en œuvre.
- ➔ Le cardiologue doit régulièrement revoir les recommandations faites à la sortie de l'hôpital ou après un événement ou une intervention cardiaque.
- ➔ Les patients ayant une maladie cardiaque peuvent participer à des programmes afin d'augmenter ou de maintenir leurs connaissances sur les besoins d'une prise en charge des facteurs de risque.
- ➔ Les organisations non gouvernementales sont des partenaires importants des professionnels de santé pour la cardiologie préventive.

- du poisson au moins deux fois par semaine, dont un doit être un poisson gras ;
- la consommation de boissons alcooliques doit être limitée à 2 verres par jour (20 g d'alcool par jour) chez les hommes et un verre par jour (10 g d'alcool par jour) chez les femmes.

3. Activité physique

Les adultes en bonne santé, de tous les âges, doivent passer 2,5 à 5 heures par semaine à une activité physique ou un entraînement aérobie d'intensité au moins modérée, ou bien 1 à 2,5 heures par semaine d'exercice physique intense (I, A).

Les sujets sédentaires doivent être fortement encouragés à commencer un programme d'exercice d'intensité légère (I, A).

4. Pression artérielle

L'adaptation du mode de vie, avec des mesures telles que le contrôle du poids, l'augmentation de l'activité physique, la

modération de la consommation d'alcool, la restriction sodée et l'augmentation de la consommation de fruits, de légumes et de produits laitiers à contenu en graisses faible est recommandée chez les sujets hypertendus et chez les sujets dont la tension artérielle est normale haute (I, B).

Les classes d'antihypertenseurs majeurs (diurétiques, IEC, antagonistes calciques, sartans et bêtabloquants) ne diffèrent pas significativement en termes d'efficacité sur la pression artérielle et doivent donc être recommandées pour l'initiation et le maintien d'un traitement antihypertenseur (I, A).

La pression artérielle systolique doit être abaissée au-dessous de 140 mmHg (et la pression artérielle diastolique au-dessous de 90 mmHg) chez tous les sujets hypertendus (IIa, A).

5. Diabète sucré

Le taux cible d'HbA1c recommandé pour la prévention des maladies car-

CONGRÈS

European Society of Cardiology

diovasculaires chez les diabétiques est < 7,0 % (I, A).

Les statines sont recommandées pour réduire le risque cardiovasculaire chez les diabétiques (I, A).

La pression artérielle cible recommandée chez les diabétiques est < 140/80 mmHg (I, A).

6. Cholestérolémie des LDL cible

Chez les sujets à très haut risque : < 1,8 mmol/L et/ou au moins 50 % de réduction de la cholestérolémie des LDL quand la cible ne peut pas être atteinte.

Chez les sujets à haut risque : une cholestérolémie des LDL cible < 2,5 mmol/L doit être envisagée.

Chez les sujets à risque modéré : une cholestérolémie des LDL cible < 3,0 mmol/L doit être envisagée.

7. Adhésion du sujet

Les médecins doivent évaluer l'adhésion au traitement, et identifier les raisons de non-adhésion de façon à adapter les interventions aux besoins individuels du sujet (I, A).

En pratique clinique, réduire les doses au niveau minimal acceptable est recommandé ; de plus, une surveillance répétée doit être mise en œuvre ; si cela est faisable, des interventions comportementales peuvent être proposées en cas de non-adhésion persistante (IIa, A).

Où les programmes de prévention cardiovasculaire doivent-ils être proposés ?

Les actions pour prévenir les maladies cardiovasculaires doivent être incluses dans la vie quotidienne de chacun, en commençant dans la petite enfance et en

continuant tout au long de la vie adulte et chez le sujet âgé (IIa, B).

Les programmes de prévention coordonnés par des infirmiers doivent être incorporés dans le système de santé (IIa, B).

Tous les patients ayant une maladie cardiovasculaire doivent recevoir avant la sortie de l'hôpital des recommandations thérapeutiques, afin de minimiser le risque d'événements cardiovasculaires (I, B).

Tous les patients nécessitant une hospitalisation ou une intervention invasive après un événement ischémique aigu doivent participer à un programme de réadaptation cardiaque afin d'améliorer leur pronostic par la modification des habitudes de vie et l'augmentation de l'adhésion au traitement (IIa, B).

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

Nouvelles indications pour le rivaroxaban (Xarelto)

Xarelto fait partie d'une nouvelle classe d'anticoagulants inhibant spécifiquement et directement le facteur Xa. Il est mis à disposition en France dans 2 nouvelles indications :

- la prévention des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des embolies systémiques chez les patients atteints de fibrillation atriale (FA) non valvulaire et présentant un ou plusieurs facteurs de risque tels que : insuffisance cardiaque congestive, hypertension artérielle, âge \geq 75 ans, antécédents d'AVC ou d'accident ischémique transitoire ;
- le traitement des thromboses veineuses profondes (TVP) et la prévention des récurrences sous forme de TVP ou d'embolie pulmonaire (EP) suite à une TVP aiguë chez l'adulte.

Xarelto a été spécifiquement développé pour être administré en 1 seule prise par jour, dans le contexte d'une médication destinée à une utilisation chronique par les patients. Aucune surveillance biologique n'est exigée en traitement de routine. Ce schéma d'administration pourrait favoriser l'adhésion au traitement et améliorer l'observance.

Les nouvelles recommandations internationales (ESC) pour la prévention de l'AVC et des embolies systémiques en cas de fibrillation atriale non valvulaire préconisent un anticoagulant oral pour presque tous les patients (seuls ceux de moins de 65 ans avec une FA isolée ou présentant une contre-indication peuvent ne pas recevoir d'anticoagulant) et recommandent les nouveaux anticoagulants (dont Xarelto) préférentiellement aux AVK.

J.N.

D'après un communiqué de presse des Laboratoires Bayer