

Prévention du risque cardio vasculaire en regard des nouvelles recommandations HAS de 2017

DOSSIER DOCUMENTAIRE- Novembre 2017

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS , conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

Rédacteur :
Docteur Jean-Pierre Mairesse

Relecture :
Docteur Claude Magnani

DOCUMENTATION :

- ✚ *Arrêt de la consommation de tabac, du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours : HAS 2014*
- ✚ *Calculs-score-pour-populations*
- ✚ *Evaluation et prise en charge du risque cardio-vasculaire. HAS février 2017*
- ✚ *Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge HAS février 2017*
- ✚ *Fiche mémo : Evaluation du risque cardio-vasculaire : HAS février 2017*
- ✚ *Fiche mémo : modification du mode de vie dans la prise en charge du risque cardiovasculaire HAS février 2017*
- ✚ *Ministère de la santé Maladie cardiovasculaires mise à jour le 10/11/2017*
- ✚ *Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte HAS et société française d'HTA septembre 2016*
- ✚ *Nouvelles recommandations HAS 2017. Dyslipidémie la place des statines réaffirmée*
- ✚ *Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale du premier recours : HAS septembre 2011*
- ✚ *Traiter l'hypercholestérolémie seule n'est pas suffisant dans la prise en charge du risque cardiovasculaire HAS 30/03/2017*

EPIDEMIOLOGIE

En France, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de plus de 150 000 décès par an. Si certains facteurs de risque ne sont pas modifiables comme le sexe, l'âge ou l'hérédité, d'autres le sont : le tabagisme, l'obésité, le diabète, l'alcool, la sédentarité, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie. Pour réduire efficacement le nombre d'accidents vasculaires ou de décès par maladie cardiovasculaire, **ces facteurs de risque doivent être abordés conjointement et non individuellement.**

Première cause de mortalité dans le monde, les maladies cardiovasculaires sont constituées d'un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. **En France, il s'agit de la première cause de mortalité chez les femmes, devant le cancer, et de la seconde chez les hommes.**

Les médecins sont confrontés à des recommandations nationales trop anciennes et des recommandations internationales discordantes. Ce qui peut conduire à une prescription inadaptée de statines. En 2017 la HAS a publié trois fiches mémos afin de guider les médecins sur la manière d'appréhender le risque cardiovasculaire, sur la stratégie de prise en charge des principales dyslipidémies et sur la mise en place de modifications du mode de vie.

EVALUER LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE CHEZ L'ENSEMBLE DES FEMMES ET HOMMES ENTRE 40 ET 65 ANS

Afin d'évaluer le risque cardiovasculaire en prévention primaire, la HAS recommande aux médecins d'utiliser l'outil SCORE. Il tient compte du sexe, de l'âge (entre 40 et 65 ans), du tabagisme, du taux de cholestérol et de la tension artérielle des individus avec des coefficients modulés. Le score de risque obtenu est plus fiable et plus précis que la simple sommation de facteurs utilisée auparavant pour établir un risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans.

Quatre niveaux de risque sont déterminés par l'outil SCORE

- sujets à risque faible : SCORE < 1%
- sujets à risque modéré : $1 \leq \text{SCORE} < 5\%$
- sujets à risque élevé : $5 \leq \text{SCORE} < 10\%$
- sujets à risque très élevé : SCORE $\geq 10\%$

TRAITER L'HYPERCHOLESTEROLEMIE SEULE N'EST PAS SUFFISANT DANS LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Une prise en charge qui doit systématiquement débiter par des modifications de mode de vie. C'est le premier élément de la prise en charge qui comporte l'arrêt du tabac, l'adoption d'une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique.

Alimentation adaptée

Les conseils diététiques doivent tenir compte des habitudes alimentaires des patients. Ils ont deux objectifs :

- participer à la réduction du risque cardio-vasculaire, indépendamment du profil lipidique ;
- contribuer à l'amélioration du profil lipidique.

Il est recommandé d'encourager une alimentation de type méditerranéen, qui diminue fortement le risque cardio-vasculaire, constituée de :

- poissons dont une fois au moins du poisson gras.
- fruits, légumes, thé, cacao, huile d'olive vierge et huiles non raffinées, soja
- de réduire les apports en sel, mais en évitant le régime désodé strict.
- Contribuer à l'amélioration du profil lipidique pour cela il est recommandé de :
 - réduire les excès d'acides gras saturés d'origine animale (produits carnés, fromage, beurre, etc.) ou végétale (huile de palme, palmiste, coprah, etc.) et les acides gras issus de l'hydrogénation partielle des matières grasses (viennoiseries, pâtisseries, biscuits) ;
 - privilégier les acides gras insaturés d'origine animale (volaille, etc.) et végétale source d'acides gras oméga-9 (huile d'olive), oméga -6 et oméga-3 (huile de colza, soja, noix, etc., margarines avec oméga-9, 6 et 3) ;
 - accroître la consommation des aliments source de fibres alimentaires (céréales complètes et pain complet, légumes secs, fruits et légumes, etc.) et principalement de fibres solubles (pectines, bêta-glucanes de l'avoine et de l'orge).

La consommation d'alcool doit être fortement découragée.

Activité physique

Il est recommandé de lutter contre la sédentarité, de promouvoir l'activité physique et encourager l'activité sportive.

Il est recommandé que les adultes pratiquent un exercice physique régulier pendant au moins 30 min la plupart des jours de la semaine (comme la marche rapide).

Les personnes ayant des antécédents de maladie cardio-vasculaire doivent consulter leur médecin avant d'envisager une activité physique intense.

Les autres facteurs de risque comme l'hypertension et le diabète doivent être traités avec comme objectif une tension à 135/85 pour l'HTA et une hémoglobine glyquée $\leq 7\%$ pour le diabète.

On n'oubliera pas dans les facteurs de risque, l'âge, les antécédents familiaux et les antécédents personnels de cardiopathie qui les aggravent.

NOUVELLES RECOMMANDATIONS HAS DANS LA PRISE EN CHARGE DES DYSLIPIDEMIES :

Comment évaluer le risque ? L'outil SCORE

Il comporte deux versions une pour le risque faible et une pour le risque fort. Il intègre les facteurs de risque que sont :

- le sexe,
- l'âge
- la TA
- le tabagisme
- et le cholestérol

Il existe des calculateurs que l'on peut trouver facilement sur internet.

*« Bien que l'outil SCORE soit imparfait, il est le plus adapté à la population française »(HAS). C'est l'outil de référence **sauf chez les diabétiques, les insuffisants rénaux chroniques, les hypertendus sévères et en cas d'hypercholestérolémie familiale.** »*

Il présente 4 niveaux de risque :

- Risque faible : risque SCORE $< 1\%$
- Risque modéré : risque SCORE ≥ 1 et $< 5\%$
- Risque élevé : risque SCORE $\geq 5\%$ et $< 10\%$ ou HTA sévère
- Risque très élevé : risque SCORE $\geq 10\%$ ou maladie cardiovasculaire documentée

L'évaluation du risque cardiovasculaire doit être proposée chez l'homme dès 40 ans et chez la femme à 50 ans ou ménopausée.

Elle peut être proposée plus tôt si :

- maladie cardiologique, maladie cardiovasculaire avérée ;
- hypertension artérielle ;
- diabète ;
- tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de trois ans ;
- l'obésité IMC ≥ 30 mg/kg² ou tour de taille > 94 cm chez l'homme, > 80 cm chez la femme
- maladie auto-immune ou maladie inflammatoire chronique ;
- insuffisance rénale chronique modérée à sévère ;

- antécédent familial de maladie cardiovasculaire précoce :
- infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1er degré de sexe masculin,
- infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1er degré de sexe féminin
- antécédent familial de dyslipidémie.

Le bilan biologique comporte :

- ✚ la prescription du cholestérol total,
- ✚ des triglycérides
- ✚ du HDL-C
- ✚ et du LDL-C

Le prélèvement se fait après 12h de jeûne et avant de prescrire un traitement il est recommandé de refaire ce bilan après un délai de 3 mois.

Si le bilan est normal il n'est pas recommandé de le renouveler avant 5 ans

Au-delà de 80 ans le bilan lipidique n'est plus justifié

Niveau de risque cardio-vasculaire		Objectif de C-LDL	Intervention de première intention*	Intervention de deuxième intention
Faible	SCORE < 1 %	< 1,9 g/L (4,9 mmol/L)		
	Modéré			
	1 % ≤ SCORE < 5 %	< 1,3 g/L (3,4 mmol/L)	Modification du mode de vie	Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant
	Diabète de type 1 ou 2 < 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible			
Élevé	5 % ≤ SCORE < 10 %	< 1,0 g/L (2,6 mmol/L)	Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant	Modification du mode de vie + Identification du traitement hypolipémiant
	Diabète de type 1 ou 2 : < 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible ; ≥ 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible			
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique modérée			
	TA ≥ 180/110 mmHg			
Très élevé	SCORE ≥ 10 %	< 0,70 g/L (1,8 mmol/L)		
	Diabète de type 1 ou 2 ≥ 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible			
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique sévère			
	Maladie cardio-vasculaire documentée (prévention secondaire)			

QUEL TRAITEMENT DES DYSLIPIDEMIES ?

Les hyperlipidémies secondaires (hypothyroïdie, syndrome néphrotique, insuffisance rénale, cholestase, etc.) ou iatrogènes (corticoïdes, contraception oestroprogestative, rétinoïdes, antirétroviraux, etc.) ne doivent pas donner lieu à des prescriptions d'hypolipémiants, sans traiter la maladie causale ou arrêter le traitement responsable, dans la mesure du possible.

L'HYPERCHOLESTEROLEMIE ISOLEE (HAS 2017)

Les **statines** constituent la première ligne du traitement médicamenteux

Quand faut-il prescrire ?

- ✚ Il n'est pas recommandé de recourir à la prescription systématique d'une statine mais d'envisager la prise en charge en fonction du niveau de risque cardiovasculaire et de la concentration en LDL-C.
- ✚ Une statine ne peut être prescrite en première intention, en complément des modifications de mode de vie, qu'à des patients qui présentent un risque cardiovasculaire élevé ou très élevé. Les objectifs thérapeutiques de LDL-C sont alors de :
 - <1,0 g/ L pour le risque élevé,
 - <0,70 g/L pour celui très élevé.
- ✚ Pour les patients dont le risque cardiovasculaire est faible ou modéré, la prise en charge démarre par au minimum 3 mois de modifications du mode de vie pour atteindre des objectifs thérapeutiques de LDL-C de :
 - <1,9 g/L pour le risque faible,
 - <1,3 g/L pour le risque modéré.

Niveau de risque SCORE	Objectifs de LDL-C	Intervention de première intention	Intervention de seconde intention
Risque faible	< 1,9g/l	Modification du mode de vie	Modification du mode de vie plus
Risque modéré	< 1,3 g/l	Modification du mode de vie	Traitement hypolipémiant
Risque élevé	< 1 g/l	Modification du mode de vie plus	Modification du mode de vie plus
Risque très élevé	< 0,7 g/l	Traitement hypolipémiant	Intensification du traitement hypolipémiant

- ✚ La simvastatine et l'atorvastatine doivent être préférées en raison de leur meilleur coût-efficacité. En cas d'intolérance, une autre statine peut être utilisée.

✚ Si l'objectif n'est pas atteint avec la dose maximum tolérée de statine, une association avec l'ézétimide est recommandée ou avec la colestyramine.

✚ En cas d'intolérance aux statines l'ézétimide ou la colestyramine sont recommandées

✚ Chez la personne âgée une adaptation posologique est recommandée.

Médicament	Posologie (mg.j ⁻¹)				
	5	10	20	40	80
Fluvastatine					
Pravastatine					
Simvastatine		✓	✓	✓	
Atorvastatine		✓	✓	✓	✓
Rosuvastatine					

- Intensité basse (pourcentage de réduction du LDL-C : 20-29 %)
- Intensité moyenne (pourcentage de réduction du LDL-C : 30-39 %)
- Intensité forte (pourcentage de réduction du LDL-C : > 40 %)
- Hors AMM/non recommandé

✓ : statines les plus efficaces.

L'atorvastatine et la rosuvastatine ne possèdent pas d'indication validée (AMM) en prévention secondaire.

TRAITEMENT DE L'HYPERCHOLESTEROLEMIE MIXTE :

- ✚ Les statines sont recommandées en première intention.
- ✚ Si les triglycérides sont > à 2g/l et le HDL-C bas(< 0,4g/l chez l'homme et <0,5g/l chez la femme) une association statine- fibrate est recommandée.
- ✚ Les fibrates sont contre indiqués pour des doses de 40 mg de rosuvastatine.
- ✚ L'association gemfibrosil-simvastatine est contre indiquée
- ✚ Si l'association statine-fibrate ne contrôle pas les triglycérides, on associe un oméga 3.

Quelle place pour les anti PCSK9 ? { alirocumab (pralurent), évolocumab (repatha) }

Les essais cliniques sont en cours et pour l'instant ils n'ont pas de place dans l'arsenal thérapeutique du traitement des dyslipidémies.

EN CONCLUSION :

- Les facteurs de risque cardiovasculaires sont multifactoriels et chacun d'eux doit être traité.
- Le dépistage du RCV doit se faire chez l'homme et la femme entre 40 et 65 ans.
- La prescription du traitement pharmacologique n'est envisagée qu'après évaluation du risque cardiovasculaire à l'aide de l'outil SCORE.
- Les statines restent le traitement de référence des dyslipidémies.