

Prévention cardiovasculaire : estimer le risque global

La prévention cardiovasculaire reste un défi auquel tout le monde doit participer (campagnes grand public, praticiens de santé...).

DR DAVID BACQUET, PARIS

1. Les maladies cardiovasculaires (CV) restent une cause majeure de morbi-mortalité malgré de grands progrès. La mortalité CV ajustée à l'âge a été divisée par 2 depuis les années 1980, particulièrement dans les régions européennes à haut risque. Ces résultats ont été notamment obtenus grâce aux législations antitabac mais pourraient être en partie anéantis du fait de l'épidémie d'obésité et de diabète.

2. Il existe deux facteurs de risque non modifiables : l'âge (50 ans chez les hommes, 60 ans chez les femmes) et l'hérédité coronarienne précoce (< 55 ans chez les hommes, < 65 ans chez les femmes au 1^{er} degré de parenté). Les facteurs de risque modifiables sont le tabagisme, l'HTA, le diabète et la dyslipidémie.

3. La prévention CV sera d'abord ciblée sur les patients à plus haut risque : hérédité cardiovasculaire, hypercholestérolémie familiale, tabagisme, diabète, insuffisance rénale. L'évaluation du risque devra être refaite tous les cinq ans au maximum. Ensuite, une évaluation du risque devrait être faite chez tous les hommes âgés de plus de 40 ans et les femmes de plus de 50 ans ou ménopausées, avec des facteurs de risque connus.

4. Lutte contre le surpoids et l'obésité. Il s'agit tout d'abord de lutter contre la « junk food », c'est-à-dire limiter les aliments ultratransformés riches en graisses saturées et sucres raffinés et les remplacer par des produits frais et préparés par soi-même. Par ailleurs, il faut augmenter la consommation de fruits, de légumes, de poisson et limiter la prise d'alcool (maximum 2 verres/j chez les hommes et 1/j

chez les femmes) et de sodas. Enfin, la consommation de 30 g/j de noix, noisettes et amandes non salées est recommandée.

5. Lutte contre la sédentarité. Il est recommandé de pratiquer 150 minutes d'activité physique par semaine à intensité modérée (marche) ou 75 minutes à intensité plus vigoureuse (*footing*, vélo, natation), idéalement réparties sur cinq jours.

6. Le sevrage tabagique est l'intervention la plus économique en termes de prévention CV. Il doit être total et peut être aidé par les substituts nicotiniques, le bupropion ou la varénicline. Le vapotage est une alternative, mais reste controversé en termes de risque résiduel et de reprise du tabagisme actif (pas de réelle démarche de sevrage). Les lois antitabac (interdiction de fumer dans les lieux publics, hausse du prix du tabac) aident dans cette démarche.

7. Il est recommandé de **dépister une HTA** à partir de 40 ans, en médecine du travail ou lors de toute consultation. En cas de chiffres élevés, il faudra une confirmation par des mesures ambulatoires (automesure ou Mapa). En cas d'HTA stade 1 (< 160/90 mmHg) et d'absence de diabète ou de néphropathie, il faut d'abord mettre en place les règles hygiéno-diététiques : perte de poids d'au moins 5 %, réduction du sel (< 5 g/j), de l'alcool, éviter les AINS ; sans oublier le dépistage éventuel du syndrome d'apnées obstructives du sommeil, et la recherche d'une prise de cocaïne (de moins en moins rare). En cas d'échec au bout de trois à six mois, on initiera un traitement médicamenteux à base d'inhibiteurs calciques ou d'IEC que l'on associera si besoin (diurétiques thiazidiques plutôt en 3^e ligne sauf chez les patients âgés ou afro-antillais).

8. Prise en charge d'une dyslipidémie. Il faut d'abord limiter les graisses saturées (fromage, charcuterie, aliments ultratransformés riches en huile de palme) et privilégier les viandes blanches, les poissons et les apports en fibres. Cette attitude est suffisante en cas de risque faible (Score < 1 %) et de LDL-cholestérol < 1,9 g/l. Les objectifs de LDL-cholestérol diffèrent en fonction du risque CV : < 0,7 g/l chez les patients à très haut risque, < 1 g/l en cas de haut risque et idéalement < 1,15 g/l chez les autres. Si le régime seul ne suffit pas, on discutera la prise de statines à faibles doses (fortes doses en prévention secondaire).

9. Prise en charge d'un diabète. Le bénéfice du régime hypocalorique, pauvre en glucides, et de l'activité physique est majeur. Le traitement médicamenteux repose en première ligne sur les biguanides. En deuxième intention ou en cas d'intolérance aux biguanides, on utilisera les sulfamides hypoglycémiantes, les analogues du GLP-1 ou les inhibiteurs du DPP-4. Enfin, une nouvelle classe, les inhibiteurs des SGLT2 (empagliflozine...) semblent les plus intéressants mais ne sont pas encore disponibles.

10. La base du bilan cardiologique initial doit comporter un interrogatoire (hérédité, recherche angor, dyspnée, claudication intermittente) et l'examen clinique, associés à l'ECG. Il est recommandé d'estimer le risque de mortalité CV total grâce à l'échelle Score.

L'échocardiographie sera réalisée en cas de dyspnée, de douleur thoracique ou de souffle auscultatoire. La place du test d'effort est de plus en plus limitée (on ne dépistera que les sténoses coronariennes > 50 %) et on privilégiera plutôt le score calcique coronarien et le Doppler artériel en cas de tabagisme, de dyslipidémie ou de diabète.

RÉFÉRENCE

Piepoli MF, et al. *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice.* Eur Heart J 2016;37(29):2315-81.

Le Dr David Bacquet déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.