

La prévention cardiovasculaire

C. LARABA, M. AIT ALI,
S. GHEBGHOUB, M. NACER BEY,
Service de Cardiologie,
CHU Issaad Hassani, Beni Messous, Alger.



Résumé

La maladie cardiovasculaire est la principale cause de décès prématurés dans le monde. La prévention cardiovasculaire passant par une évaluation optimale du risque semble être la meilleure manière de lutter contre ce fléau. Elle consiste en un ensemble coordonné d'actions, au niveau de la population et de l'individu participant à l'amélioration de notre façon de vivre et au contrôle de déterminants pronostiques comme l'hypertension artérielle, le diabète et la dyslipidémie.

>>> Mots-clés et Abréviations :

Prévention cardiovasculaire, facteurs de risque cardiovasculaire, risque cardiovasculaire, pronostic, score de risque, SCORE.

Introduction

L'athérosclérose est une maladie qui se développe souvent sans symptômes sur plusieurs années. Sous l'influence de certains facteurs cardiovasculaires, tels que la tension artérielle, le taux de LDL-cholestérol, le tabagisme ou le style de vie ; les manifestations cliniques de l'athérosclérose, et avec elles le risque cardiovasculaire, s'aggravent et se majorent. Plus les facteurs de risque cardiovasculaire s'accumulent et plus le risque cardiovasculaire augmente. En parallèle, plus le risque cardiovasculaire est grand et plus la mise en place de mesures de prévention sera efficace. La prévention cardiovasculaire est un ensemble coordonné d'actions, au niveau de la population et de l'individu, visant l'éradication ou la minimisation de l'impact des maladies cardiovasculaires et des complications qui leur sont liées.

De l'évaluation du risque à la prévention cardiovasculaire

Le meilleur moyen de prévenir un événement cardiovasculaire est de le faire chez la personne à qui cela risque fortement d'arriver. Les personnes les plus à

Abstract

Cardiovascular disease is the leading cause of premature death worldwide. Cardiovascular prevention through an optimal risk assessment seems to be the best way to combat this scourge. It consists of a coordinated set of actions, at the level of the population and the individual involved in the improvement of our way of living and the control of prognostic determinants such as hypertension, diabetes and dyslipidaemia.

>>> Key-words :

Cardiovascular prevention, cardiovascular risk factors, cardiovascular risk, prognostic, risk score, SCORE.

risque bénéficieront évidemment le mieux des mesures préventives. Il semble clair alors, que la pierre angulaire de la prévention, est l'évaluation du risque cardiovasculaire chez un individu. Cela permettra la sélection du bon patient pouvant bénéficier des mesures les plus adéquates.

Il existe des scores de risques qui permettent d'évaluer le risque chez un individu donné. Aujourd'hui deux manières de faire dominent, l'américaine et l'europpéenne. Aux États-Unis, depuis 2013, le classique score de Framingham a laissé place au score ASCVD PCE (atherosclerotic cardiovascular disease pooled cohorts equations). Ce score estime la probabilité de survenue d'un événement cardiovasculaire (fatal ou pas) dans les 10 ans.

L'autre score, celui que l'on connaît mieux en Algérie, est le score européen SCORE (pour Systemic Coronary Risk Estimation). Il a été mis au point en Europe et il tient compte des disparités géographiques et des particularités épidémiologiques de chaque région. Il existe deux modèles, celui des pays à faible risque cardiovasculaire

dont la France, l'Allemagne ou le Portugal et celui pour les pays à haut risque cardiovasculaire (voir très haut risque), dont font partie certains pays nord-africains comme l'Algérie (le Maroc, la Tunisie et l'Égypte y sont

aussi). (figure 1). SCORE permet d'évaluer le risque de décès d'origine cardiovasculaire à 10 ans. Il tient compte du sexe, de l'âge, du tabagisme, du taux de cholestérol total et de la pression artérielle systolique.

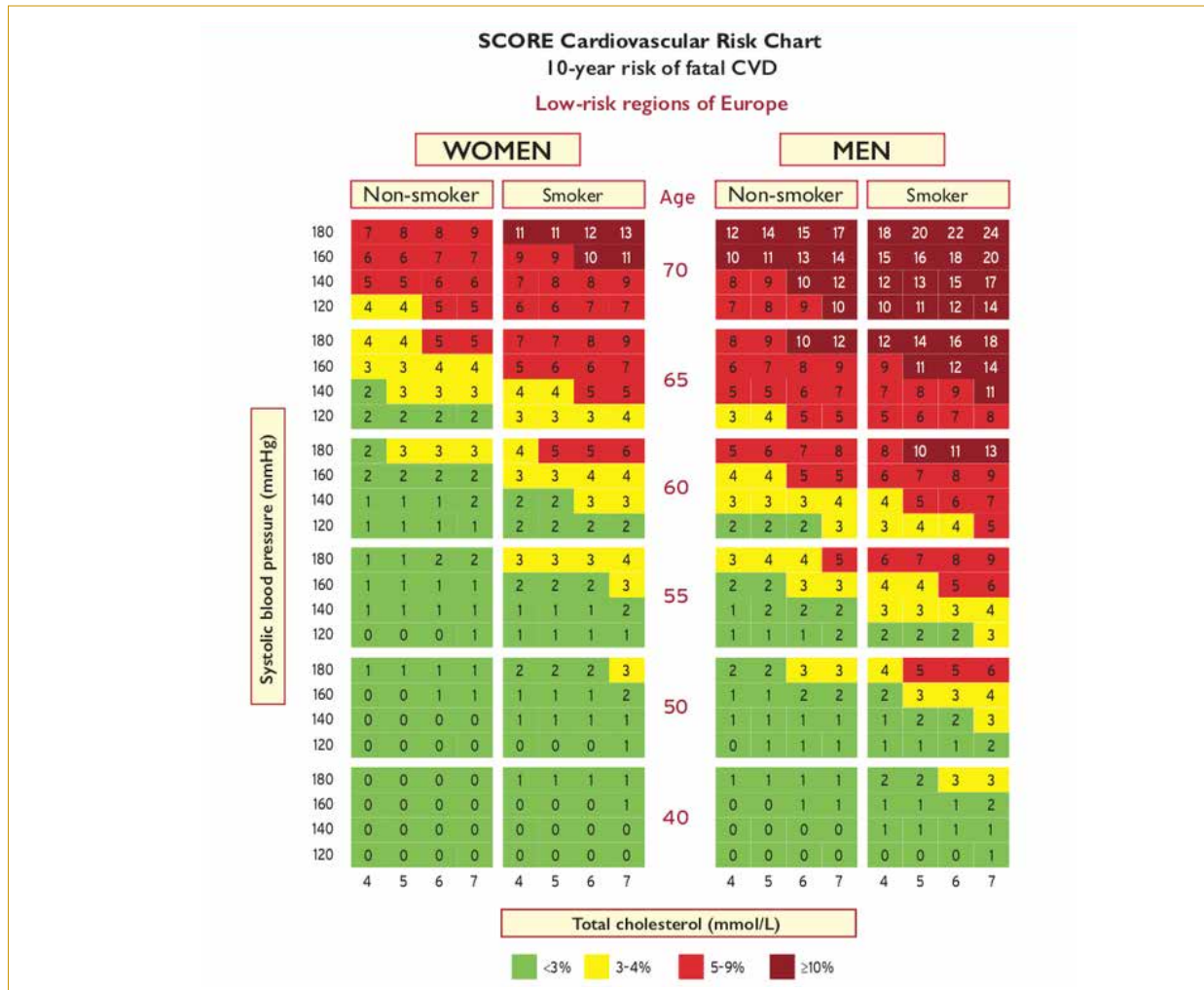


Figure 1 : De l'évaluation du risque à la prévention cardiovasculaire

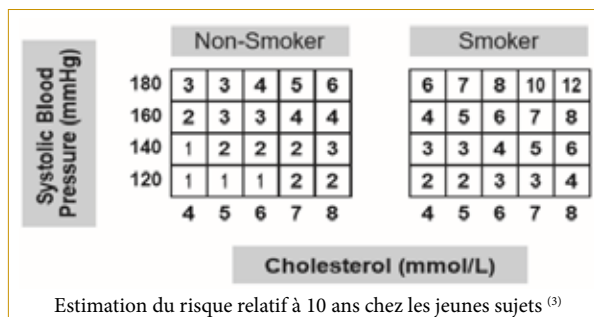
Les personnes âgées entre 40 et 70 ans représentent la tranche d'âge où le risque d'événements cardiovasculaires s'élève, et qui en même temps possède une espérance de vie encore importante. Résultat, ce sont eux qui doivent bénéficier de la plus grande attention, et ce sont eux à qui les différents scores de risque s'adressent principalement (limite supérieure élevée à 70 ans désormais pour le score de risque SCORE).

La deuxième tranche d'âge, ce sont les personnes de moins de 40 ans, les jeunes, chez lesquels le risque est le plus souvent – mais pas tout le temps - bas. Il existe plusieurs formules et manières d'évaluer le risque chez

ces personnes, la plus simple étant de comptabiliser le nombre de facteurs de risque chez un individu. La plus récente, publiée cette année dans les recommandations européennes sur les dyslipidémies, permet d'évaluer le risque relatif afin de promouvoir une bonne hygiène de vie dès le jeune âge (figure 4). Une autre manière de sensibiliser les plus jeunes est le concept de « lifetime risk » qui met en exergue un temps d'exposition plus important à un facteur de risque donné chez le patient jeune, le rendant forcément plus dangereux.

Enfin, les personnes âgées (plus de 70 ans pour SCORE), à cause de leur âge et des comorbidités plus importantes,

sont considérées à haut risque cardiovasculaire et la prévention leur est indispensable.



Il est à souligner tout de même que nous ne disposons pas d'études thérapeutiques basées sur le risque cardiovasculaire comme critère d'inclusion. Il n'existe donc pas

de preuves solides validant le fait que la démarche thérapeutique guidée par un outil d'évaluation du risque cardiovasculaire est plus performante qu'une démarche thérapeutique basée uniquement sur un ou plusieurs facteurs de risque. Néanmoins, les études ont montré que les mesures préventives sont plus efficaces lorsque le risque cardiovasculaire est élevé et c'est pour cela que l'ensemble des recommandations privilégient le sous-groupe des sujets à haut risque comme étant prioritaire pour la prévention.

Certaines voix s'élèvent contre ce type de démarche d'évaluation du risque qui aboutit à multiplier les mesures, les évaluations, les cibles et les objectifs ; alors que les essais cliniques sont basés sur des prescriptions simples de thérapeutiques efficaces. En plus, leur relative complexité fait que nous les utilisons peu en pratique courante.

Tableau 1 : Catégories de risque cardiovasculaire

Risque très élevé	<p>Maladie cardiovasculaire avérée</p> <p>Sur le plan clinique : infarctus du myocarde aigu, syndrome coronarien aigu, revascularisation coronaire ou artérielle périphérique, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, anévrisme aortique, artériopathie oblitérante des membres inférieurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • A l'imagerie : plaque artérielle visible à l'angiographie ou à l'échographie (sténose $\geq 50\%$) (pas d'épaisseur intima-media pathologique) <p>Diabète sucré avec atteinte organique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protéinurie ou autre facteur de risque particulièrement significatif pour le pronostic, tel que l'hypertension de grade 3 ou l'hypercholestérolémie • Insuffisance rénale chronique sévère (DfGe < 30 ml/min/1,73 m²) <p>Risque à 10 ans selon SCORE $\geq 10\%$</p>
Risque élevé	<p>Modification considérable d'un unique facteur de risque</p> <p>En particulier : cholestérol total > 8 mmol/l, hypercholestérolémie familiale, hypertension de grade 3</p> <p>Patient avec diabète sucré</p> <p>Hypertrophie ventriculaire gauche</p> <p>Insuffisance rénale modérée (DfGe < 30 ml/min/1,73 m²)</p> <p>Risque à 10 ans selon SCORE = 10%</p>
Risque modéré	<p>Risque à 10 ans selon SCORE 1 = $< 5\%$</p> <p>Hypertension de grade 2</p>
Risque faible	<p>Risque à 10 ans selon SCORE $< 1\%$</p>

La prévention cardiovasculaire

a. Bases de la prévention cardiovasculaire

La prévention cardiovasculaire se fait à deux échelles, individuelle et collective. La stratégie concernant les individus à haut risque cardiovasculaire est complétée par les mesures de santé publique visant à encourager un mode de vie sain et à réduire le niveau des facteurs de risque cardiovasculaire au sein de la population. Cela permet d'améliorer la santé cardiovasculaire au sein de la population dès le jeune âge et, ensuite, avec des actions spécifiques, d'optimiser la santé cardiovasculaire chez les individus à risque accru ou ayant une maladie cardiovasculaire établie.

La grande majorité des patients qui présentent un infarctus du myocarde (IDM) ont au moins un facteur de risque avant leur événement cardiovasculaire. Toute la

problématique de la prévention repose sur deux choses :
- D'abord, si le(s) facteur(s) de risques avaient été contrôlés (voire éliminés), est-ce que le patient aurait fait son IDM ? Cette question est la base même du raisonnement sur la prévention cardiovasculaire dite primaire.

- L'autre chose est de se dire chez ce même patient qui a souffert d'un accident coronaire : pouvons-nous éviter la récurrence ?

Avec ces deux questions, les bases de la prévention cardiovasculaire sont posées. Éviter l'apparition (ou retarder/atténuer l'effet), d'un événement cardiovasculaire par des mesures entrant dans le cadre d'une prévention dite primaire, et empêcher une récurrence d'un événement cardiovasculaire par des mesures de prévention dite secondaire.

b. La prévention cardiovasculaire proprement dite

Chez une personne donnée, la prévention cardiovasculaire consiste, comme le résumait bien les auteurs des nouvelles recommandations américaines publiées il y a quelques mois, en des modifications du style de vie, et en une prise en charge multidisciplinaire. Une simplification de l'approche a été faite et l'accent a été mis sur 07 cibles principales : l'hypertension, la dyslipidémie, le diabète, le tabagisme, la diététique, l'activité physique et enfin la prescription de l'aspirine. (figure 2)

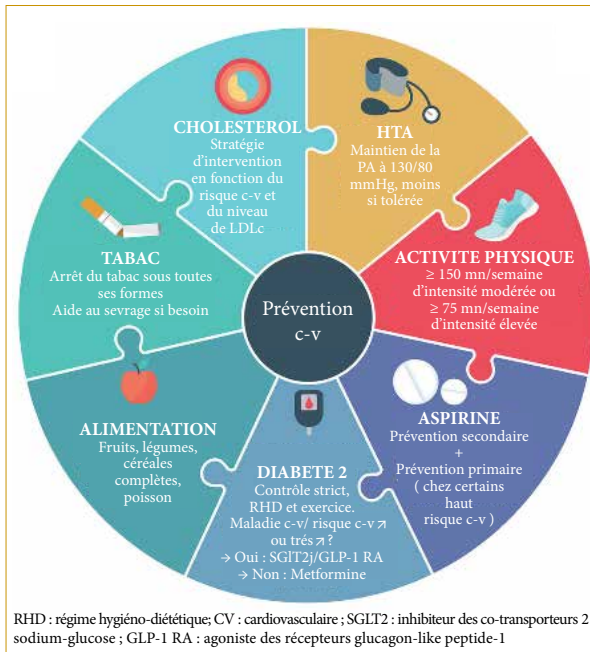


Figure 2 : Prévention cardiovasculaire : modification du style de vie et prise en charge multidisciplinaire⁽¹⁾

- L'activité physique est à promouvoir

Une activité physique régulière diminue la mortalité totale et cardiovasculaire. Elle est recommandée chez tous les individus quel que soit le niveau de risque cardiovasculaire. Les individus sédentaires doivent être encouragés à commencer une activité physique aérobie d'intensité croissante pour atteindre au moins 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée ou 75 minutes par semaine d'activité physique intense ou une combinaison équivalente.

- Le tabac est à bannir

L'arrêt du tabac est impératif car fumer tue ! Même de faibles niveaux de tabagisme confèrent un risque vasculaire, le tabagisme passif aussi. Un fumeur perdra en moyenne 10 ans, contre 3 ans pour l'HTA sévère et moins d'un an pour l'HTA légère. Le tabagisme est une cause établie d'un grand nombre de maladies. Il est responsable de 50% de tous les décès évitables chez les fumeurs et dont la moitié sont dus à des maladies cardiovasculaires.

Sur 10 ans, le risque de décès suite à une maladie cardiovasculaire est deux fois plus élevé chez les fumeurs ; chez les fumeurs de moins de 50 ans, le risque est cinq fois plus élevé.

Il est nécessaire d'arrêter de fumer tous les tabacs et produits à base de plantes, parce qu'ils sont un facteur indépendant et puissant de maladies cardiovasculaires. Quant à la cigarette électronique de plus en plus à la mode, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a tranché dans un rapport publié en Juillet dernier. Le vapotage est incontestablement nocif et cela ne devrait pas être promu comme aide au sevrage tabagique. Cela va à l'encontre des recommandations de beaucoup de sociétés savantes qui préconisent l'utilisation de la cigarette, beaucoup moins nocive que le tabagisme classique, comme étape dans le sevrage pour les fumeurs.

- L'alimentation est à améliorer

Les habitudes alimentaires influencent aussi le risque d'événements cardiaques ou d'autres maladies chroniques telles que les cancers. Une alimentation saine est recommandée comme pierre angulaire de la prévention cardiovasculaire chez tous les individus. Elle sera axée sur la consommation de légumes, de fruits, de noix, de céréales complètes, de protéines végétales ou animales maigres et de poisson. Il faudra aussi minimiser la consommation d'acides gras trans, de viandes transformées, de glucides raffinés et de boissons sucrées.

- L'obésité est à combattre

Le surpoids et l'obésité sont associés à un risque accru de décès. En baissant leur poids, les personnes en surpoids ou obèses réduiront leur pression artérielle, leur taux de cholestérol et de triglycérides ainsi que le risque de développer un diabète de type 2. Tout cela aboutira à améliorer leur profil de risque cardiovasculaire. La mortalité est la plus faible quand l'IMC (indice de masse corporelle) est entre 20 et 25 kg/m².

- L'HTA, le diabète et la dyslipidémie sont à contrôler

L'hypertension artérielle, le diabète et la dyslipidémie sont des facteurs de risque majeurs dont le contrôle est indispensable pour l'amélioration du pronostic des patients.

L'impact de la baisse de la pression artérielle sur l'amélioration du pronostic cardiovasculaire est certain. L'hypertension artérielle est aujourd'hui un ennemi que l'on se doit de dépister et de combattre.

Plusieurs études collectant les résultats sur plusieurs milliers de patients ont montré qu'une réduction de 10 mm Hg de la PAS et de 5 mm Hg de la PAD était associée à une réduction de 20% de tous les événements cardiovasculaires majeurs, de 10 à 15% de la mortalité toute cause, de 35% d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), de 20% d'événements ischémiques et de 30 à 40% d'insuffisance cardiaque. Même si cet effet était retrouvé principalement

chez les personnes à risque cardiovasculaire initialement élevé, le bénéfice à traiter l'HTA concerne tous les patients, quelle que soit la pression artérielle (PA) de base, le niveau de risque cardiovasculaire, les comorbidités (diabète, néphropathie), l'âge, le sexe et l'ethnie.

Il faut dire que l'effet du traitement antihypertenseur n'est pas bien connu quand le risque cardiovasculaire est plus faible. Ceci est dû au fait que la majorité des sujets étudiés étaient à haut risque cardiovasculaire.

La recherche à tout prix de significativité et de positivité des résultats d'études en recrutant presque exclusivement les personnes à haut risque, plus à même de profiter d'une baisse de la PA, y est pour beaucoup. Une meilleure connaissance de la répercussion du traitement sur des personnes à plus faible risque, chez des sujets plus jeunes, et sur des durées d'étude plus longues, aiderait sans doute à voir plus clair dans ces groupes de patients. Les sociétés savantes prônent un contrôle rigoureux de la tension artérielle avec une cible thérapeutique européenne de 130/80 mmHg, voir moins si cela est

possible. Les américains vont plus loin en redéfinissant même la maladie avec une limite diagnostique désormais à 130/80 mmHg (140/90 mmHg pour l'Europe) et des cibles sous traitement encore plus basses.

De façon générale, le diabète confère deux fois plus de risque d'évènement cardiovasculaire et cela indépendamment des autres facteurs de risque d'athérosclérose. Cela est encore plus marqué chez la femme ou encore chez ceux souffrant de diabète depuis longtemps ou de complications microvasculaires. L'apparition précoce d'un diabète de type 1 (entre 1 an et 10 ans d'âge) est responsable d'une perte de 17,7 ans chez la femme et de 14,2 ans chez l'homme. Le pronostic cardiovasculaire du diabète de type 2 est guidé par les contrôles de la glycémie et de l'évolution des complications rénales. Ces résultats montrent bien l'importance du contrôle strict dans les deux types de diabète. De ce fait, il paraît indispensable de prendre des mesures et de suivre certaines règles hygiéno-diététiques pour prévenir la maladie cardiovasculaire (voir tableau 2).

Tableau 2 : Prévention cardiovasculaire chez le diabétique⁽⁴⁾

1. La nouvelle stratification du risque chez les diabétiques permet de différencier 03 groupes : ceux à risque modéré, ceux à risque élevé et ceux à risque très élevé.
2. Stratifier du risque cardiovasculaire chez le diabétique : Examens à faire systématiquement : ECG, micro-albuminurie. Examens qui devraient être faits (même chez asymptotiques) : Doppler artériel des TSA et des membres inférieurs. Examens qui pourraient être faits sont : Test d'ischémie myocardique, mesure au scanner du score calcique, mesure de l'IPS. Examen non recommandé : épaisseur intima-média.
3. Modifications du mode de vie : Arrêt du tabagisme, régime pauvre en graisses et riche en fibres, activité physique aérobie.
4. Diminution de l'apport énergétique afin d'obtenir un poids plus faible ou prévenir une prise de poids. Régime de type méditerranéen riche en acide gras polyinsaturés et mono-insaturés est conseillé chez les diabétiques. Prise modérée d'alcool plus conseillée contre les maladies cardiovasculaires.
5. Une HbA1c cible < 7% (< 53 mmol/mol) chez diabétiques de type 1 ou 2. HbA1c cible < 6,5% (< 48 mmol/mol) peut être envisagée en prenant en compte le risque d'hypoglycémie. Chez sujets âgés, fragiles : HbA1c cible plus souple doit être envisagée (<08% ou <64mmol/mol).
6. Metformine utilisée en cas de surpoids sans maladie cardiovasculaire établie ou chez ceux à risque cardiovasculaire modéré (si elle est bien tolérée et non contre-indiquée, après évaluation de la fonction rénale).
7. L'empagliflozin, la canagliflozin ou le dapagliflozin recommandés chez les patients diabétiques de type 2 à très haut risque cardiovasculaire ou ceux souffrant de maladie cardiovasculaire établie dans le but de réduire le risque d'évènements cardiovasculaires. Intérêt de l'empagliflozin dans la réduction du risque de mortalité.
8. La liraglutide, le semaglutide ou le dulaglutide recommandés chez les diabétiques à très haut risque cardiovasculaire ou porteurs d'une maladie cardiovasculaire établie. Intérêt de La liraglutide dans la réduction de la mortalité chez les diabétiques de type 2 chez cette population de patients.
9. Les hypoglycémies doivent être évitées.
10. Statines recommandées comme traitement hypolipémiant de première ligne chez les diabétiques à haut risque cardiovasculaire : l'indication dépendra du risque cardiovasculaire du patient et de son taux de C-LDL cible.
11. Chez les diabétiques à très haut risque, une C-LDL cible < 1,4 mmol/L (<0,55 g/L). Chez les diabétiques à haut risque, une C-LDL cible < 1,8 mmol/L (<0,70 g/L). Chez les diabétiques à risque modéré, une C-LDL cible < 2,5 mmol/L (<1,00 g/L).
12. La PAS cible est à 130 mmHg, si bien tolérée, < 130 mmHg (mais pas <120 mmHg). Chez les plus de 65 ans, PAS cible entre 130-139 mmHg. La PAD cible est < 80 mmHg (mais pas < 70 mmHg).
13. Le traitement antiagrégant plaquettaire (par exemple, par aspirine) peut être prescrit aux diabétiques à risque cardiovasculaire élevé ou très élevé. Il n'est pas recommandé chez les individus diabétiques à risque modéré.

L'avènement des traitements hypolipémiants, les statines en chef de file, a changé notre façon d'aborder le problème de la dyslipidémie et de la maladie athéromateuse de façon générale.

Le lien de causalité entre le taux plasmatique de LDLc et le développement de l'athérosclérose a été bien établi. Cela ne relève plus de l'hypothèse mais de la preuve. De même, il est désormais établi que diminuer le LDLc ainsi que les autres lipoprotéines contenant de l'ApoB, autant que possible, diminue les événements cardiovasculaires. Tous les médicaments ayant une efficacité pour baisser le LDLc de plus de 20% sur le long cours ont montré un bénéfice cardiovasculaire.

Sous statine et pour chaque diminution de 1mmol/L de LDLc, on observe sur 05 ans une diminution des événements cardiovasculaires majeurs de 22%, des décès cardiovasculaires de 20%, des accidents coronariens de 23%, des AVC de 17%, et de la mortalité totale de 10%. L'utilisation de statines de forte intensité est recommandée jusqu'à dose maximale tolérée afin d'atteindre l'objectif de LDLc. Elles sont aussi recommandées en

première intention dans les hypertriglycéridémies (TG >2g/L).

Le bénéfice semble proportionnel à la baisse du LDLc ainsi qu'au risque cardiovasculaire avant traitement ; c'est pour cela que les recommandations internationales sont devenues au fil du temps plus strictes et les dernières, publiées en aout 2019, n'ont d'ailleurs jamais été aussi draconiennes avec des taux de LDLc cibles plus bas que jamais. Désormais, les taux cibles de LDLc doivent être inférieurs à 0,55 g/L chez les patients à très haut risque, inférieurs à 0,7 g/L chez les patients à haut risque, inférieurs à 1,00 g/L chez les patients à risque modéré, et inférieurs à 1,16 g/L chez les patients à bas risque.

La stratégie d'intervention pour le praticien sera guidée par le risque cardiovasculaire, le taux de LDLc ainsi que le type de prévention (primaire ou secondaire) comme résumé dans la figure 3. Comme les diabétiques, un régime de vie doit accompagner ces patients, les principaux conseils sont apportés au tableau 3.

Tableau 3 : Prévention cardiovasculaire et dyslipidémie ⁽³⁾

1. Non exposition au tabac (tabagisme actif ou passif), quelle que soit sa forme.
2. Alimentation saine et équilibrée comportant notamment des légumes, des fruits, du poisson, et des céréales complètes.
3. 3,5h -07h d'activité physique par semaine ou 30-60 min par jour.
4. Indice de masse corporelle (IMC) entre 20 et 25kg/m², tour de taille <94cm pour les hommes et <80 cm pour les femmes.
5. PAS cible est à 130 mmHg, si bien tolérée, <130 mmHg (mais pas <120 mmHg). PAD <80 mmHg (pas <70 mmHg)
6. HBA1c<7%
7. TG<1.5g/L
8. LDLc :
< 0.55g/L en prévention secondaire ou chez les patients à très haut risque
< 0.7g/L chez les patients à haut risque
< 1g/L chez les patients à risque modéré
< 1.16g/L chez les patients à bas risque
9. Apo lipoprotéine B cibles : 0.65g/L si risque très élevé ; 0.80g/L si risque élevé ; 1.00 g/L si le risque modéré.

Certains cas particuliers sont à souligner, en premier lieu celui de l'hypercholestérolémie familiale. Celle-ci peut être responsable d'évènements cardiovasculaires précoces. C'est pour cela que, chez ces patients, une diminution du LDLc de plus de 50% et un objectif de LDLc < 0,55g/L doit être discuté en prévention primaire. Il y a aussi le cas des sujets âgés (≥ 65 ans) que l'on doit traiter par traitement hypolipémiant de la même manière que les sujets jeunes en prévention secondaire. En prévention primaire, cela est valable jusqu'à l'âge de 75 ans, au-delà, le traitement ne concernera que les patients à haut et très haut risque.

Enfin, après un syndrome coronaire aigu (SCA), Il est recommandé de traiter par statine à forte dose quel que soit le niveau du LDLc de base. Si l'objectif n'est pas atteint en 4 à 6 semaines après le SCA avec la dose maximale tolérée de statines, il est nécessaire d'introduire un traitement par ezetimibe.

Si l'objectif n'est toujours pas atteint au bout de 4 à 6 semaines, un inhibiteur de PCSK9 doit être introduit. Ce dernier, nouveau venu dans la famille des hypolipémiants, a montré une baisse significative des évènements cardiovasculaire majeurs dans les récentes études FOURIER et ODYSSEY.

Figure 3 : Stratégies d'intervention en fonction du risque cardiovasculaire total et selon le taux de LDLc

	Total CV risk (SCORE) %	Un treated LDL-C levels					
		<1,4 mmol/L (55 mg/dL)	1,4 to <1,8 mmol/L (55 to <70 mg/dL)	1,8 to <2,6 mmol/L (70 to <100 mg/dL)	2,6 to <3,0 mmol/L (100 to <116 mg/dL)	3,0 to <4,9 mmol/L (116 to <190 mg/dL)	≥ 4,9 mmol/L (≥190 mg/dL)
Primary prevention	<1, low-risk	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention
	Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A
	≥ 1 to <5, or moderate risk (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention
	Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A
		Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention
	Class ^a /Level ^b	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A
Secondary prevention		Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention
	Class ^a /Level ^b	IIa/B	IIa/A	I/A	I/A	I/A	I/A
		Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention, and concomitant drug intervention
	Class ^a /Level ^b	IIa/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A

- La place de l'aspirine est à revoir

Dernier paramètre, celui qui a subi un véritable bouleversement ces dernières années puisqu'il a vu un mythe vieux de 40 ans s'écrouler, l'aspirine en prévention primaire. Depuis les récents résultats des études ASCEND, ARRIVE et ASPREE, nous savons aujourd'hui que « NON » l'aspirine n'a pas sa place dans la prévention primaire, du moins presque plus. La faute à un rapport bénéfice/risque entre les événements ischémiques et les complications hémorragique défavorable à la molécule. Cela a été vérifié chez les patients à risque modéré (étude ARRIVE), chez la population de patients diabétiques (étude ASCEND) et chez les plus de 65 ans (étude ASPREE).

Guidées par ces résultats, les dernières recommandations américaines de 2019 concernant la place de l'aspirine en prévention primaire sont claires.

Celle-ci se réduit de plus en plus, puisque pour les so-

ciétés américaines de cardiologie l'aspirine ne sera prescrite « que » chez les patients de 40 à 70 ans avec un haut risque ischémique et un très bas risque hémorragique ; et encore, elle n'apparaît qu'en classe IIb (niveau de preuve A). Sans doute que cette étape précède celle où on supprimera définitivement l'aspirine s'il n'y a pas de maladie cardiaque ou vasculaire cérébrale sous-jacente.

Les recommandations européennes de 2016 avaient déjà limité la place de l'aspirine uniquement aux patients avec maladie cardiovasculaire avérée, à cause d'un risque accru de saignements majeurs. La Société Européenne de Cardiologie fait quand même une exception pour les patients diabétiques à haut risque et à très haut risque chez lesquels l'aspirine reste indiquée (Aspirine non indiquée chez les diabétiques à risque modéré). L'aspirine en prévention secondaire est évidemment toujours d'actualité et son indication reste formelle.

Conclusion

La prévention contre la maladie athéromateuse et la lutte contre les facteurs de risque cardiovasculaire relèvent d'une prise en charge multidisciplinaire. Au-delà de toute thérapeutique et de toute médication, les modifications du style de vie et l'amélioration des habitudes alimentaires sont essentielles pour une santé optimale et un meilleur pronostic. La prévention est sans conteste le meilleur des traitements.

Date de soumission

25 Octobre 2019

Liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Donna K. Arnett et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. A Report of the American College

of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines.

2. Massimo F Piepoli et al. 2016 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.

3. François Mach et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS).

4. Francesco Cosentino et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD).

5. Paul K. Whelton et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines.

6. Bryan Williams et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension







Où que vous soyez, tous les numéros sont consultables en ligne sur :

www.el-hakim.net



Accès
gratuit*

 @lhakimmedecine
 elhakim.revuemedicale
 el_alg
 linkedin.com/in/el-hakim

(* exclusivement réservé aux professionnels de la santé