

Prise en charge du risque Cardio-Vasculaire (CV) par le médecin généraliste

SAVEZ-VOUS QUE

- ▶ Les **maladies CV** restent un fléau ?
 - Elles sont la première cause de décès chez les adultes
 - 25% des hommes sont à haut risque CV
 - Un quart des infarctus survient chez l'homme avant 55 ans
- ▶ Le **médecin généraliste** est l'acteur principal de la prise en charge du risque CV ?
 - > 80% des adultes consultent chaque année en médecine générale
 - La médecine générale a pour mission de promouvoir la prévention
- ▶ Une nouvelle **stratégie** de gestion du risque CV existe ?
 - Elle est efficace
 - Elle a été testée et appréciée en médecine générale

La **gestion** du risque cardio-vasculaire (CV) en Médecine Générale est d' **une importance capitale**.

Les accidents CV sont fréquents et graves puisqu' ils restent la première cause de décès dans la population adulte. Ils surviennent majoritairement chez des personnes sans antécédent coronarien. Or, ils peuvent être évités grâce au traitement médical énergique et global des patients à haut risque. En Belgique, de nombreux adultes (~850.000) sont à **risque** CV, puisque leur risque de souffrir d' un accident ischémique atteint 20% à dix ans.

Le haut risque CV est un **diagnostic** évident chez les patients qui ont été victimes d' un accident CV et/ou qui souffrent de diabète de type 2. Le diagnostic est par contre difficile chez les patients qui cumulent les facteurs de risque. Ceux-ci peuvent être identifiés lors d' une consultation de médecine générale. Il existe divers outils pour calculer le risque CV (tables, calculatrices, logiciels). Nous pensons qu' ils ne sont utiles que chez vos patients à risque CV indéterminé au terme d' une rapide évaluation clinique.

Manquait une **stratégie** permettant au clinicien d' évaluer rapidement le niveau de risque CV des patients (quel que soit leur motif de consultation).

Cette brochure vous propose une stratégie nouvelle et originale. Elle vous demande d' "**investir une minute**" pour évaluer le risque CV de chacun de vos patients de plus de 30 ans. Les 7 facteurs de risque principaux peuvent être dépistés par anamnèse et par la mesure de la pression artérielle.

Sur base de ce dépistage (ABCDEF-TA), vous pouvez déterminer si le niveau de risque CV de votre patient est élevé, bas ou indéterminé. Dans ce dernier cas, le profil lipidique est essentiel pour préciser le niveau de risque, basé sur une évaluation multi-factorielle.

Le **traitement CV** doit être global. Il ne s' agit plus de traiter isolément le "cholestérol" ou la "tension artérielle", mais le risque CV du patient de façon globale. Les objectifs thérapeutiques dépendent du niveau de risque CV individuel. Les connaissances médicales actuelles (Evidence-Based Medicine) permettent de définir des **cibles thérapeutiques** chez les patients à risque. Chacun des progrès de vos patients à risque vers l' une de ces cibles permet une diminution du risque d' accident CV.

Par cette brochure d' information, nous espérons vous aider dans votre pratique quotidienne de la Prévention Cardio-Vasculaire.

Dr R. De Muylder, Dr G. Goderis, Prof. B. Boland

Groupe de Recherche en Prévention Cardio-Vasculaire (GRPCV)
Université Catholique de Louvain
Département de Médecine Interne & Unité d'Épidémiologie
Clos Chapelle-aux-Champs, 30 – EPID 3034
1200 Bruxelles
cvprevention@epid.ucl.ac.be

Mode d'emploi de l'algorithme

1 Etape 1 : DEPISTER

Recueillir l'information sur sept facteurs de risque (FR) chez tout individu de trente ans et plus : étape uniquement clinique (anamnèse et mesure de la TA ; pas de biologie requise) :

FR	Présent si
TA	TA syst. > 140 mmHg ou TA diast. > 90 mmHg ou traitement hypotenseur en cours
A (âge)	à partir de 45 ans chez l'homme et à partir de 50 ans chez la femme
B (briquet)	(tabagisme) : fumeur actif (à partir d'une cigarette par jour)
C (cholestérol)	notion à l'anamnèse d'une anomalie du cholestérol
D (diabète)	diabète de type 2 connu
E (event)	antécédent d'un événement CV ischémique*
F (familial)	événement CV ischémique* survenu avant 60 ans chez un parent au premier degré

(*) coronaire, cérébral ou artérite des membres inférieurs : Mort subite, infarctus du myocarde, AVC/AIT, pontage, dilatation.

2 Etape 2 : EVALUER

Patients à haut risque CV : D, E

- ▶ présence d'un antécédent CV personnel
- ▶ présence d'un Diabète de type 2

Patients à faible risque

- ▶ aucun FR présent

Patients dont le risque est lié au tabagisme : B

- ▶ Présence d'un tabagisme isolé

Patients dont le risque est indéterminé : TA, A, C, F

- ▶ Présence d'une hypertension, d'un âge > 45 ans chez l'homme ou > 50 ans chez la femme, d'une notion d'anomalie du cholestérol ou d'un antécédent familial précoce.
- ▶ Une évaluation avec prise de sang à jeun (CT, HDL-C, TG et glycémie) dont les résultats sont rapportés à une table de risque est nécessaire. Le risque est accru en présence d'un antécédent CV familial ou d'un HDL-C bas (< 40 mg/dl).
- ▶ Après cette étape, les patients à risque indéterminé (gris) sont classés dans trois niveaux de risque : **haut** (> 20 %), **modéré** (10-20%), **faible** (< 10%).

Plusieurs mesures de la pression artérielle doivent être réalisées lors de contacts répétés avant de poser le diagnostic d'HTA.

Diagnostic du Diabète :

- glycémie à jeun ≥ 126 mg/dl
- glycémie non à jeun ≥ 200 mg/dl
- glycémie ≥ 200 mg/dl 2 heures après une hyperglycémie provoquée

3 Etape 3 : PRENDRE EN CHARGE

Patients à risque faible :

- ▶ aucune prise en charge CV

Patients dont le risque est uniquement lié au tabagisme :

- ▶ stop tabac : principale mesure requise

Patients à risque modéré

- ▶ six cibles thérapeutiques

Patients à haut risque

- ▶ douze cibles thérapeutiques

Gestion du risque cardiovasculaire : TA + ABCDEF

1
D
E
P
I
S
T
E
R

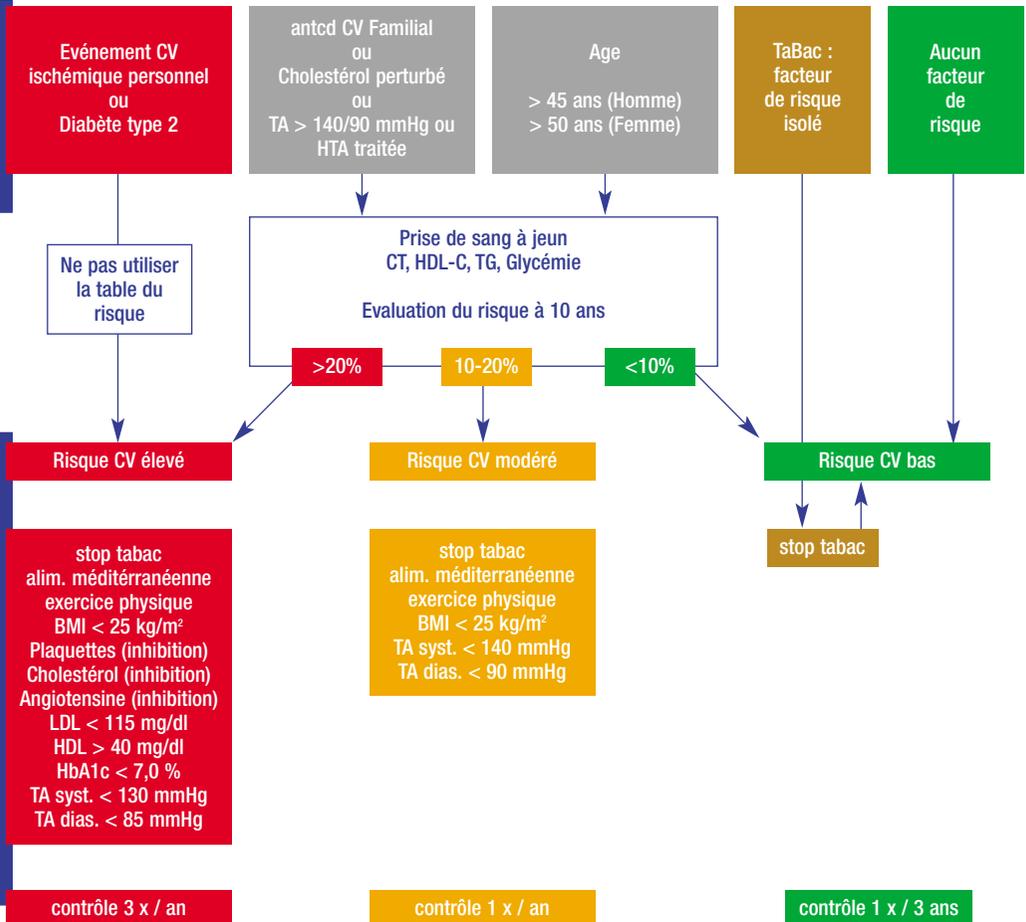
Utilisation de l' ALGORITHMME pour tout adulte de 30 à 70 ans

1 Recueillir 7 données cliniques : TA + ABCDEF

- la TA (Tension Artérielle) et les informations anamnestiques suivantes :
A (Age), **B** (Briquet = tabac), **C** (Cholestérol perturbé), **D** (Diabète type 2),
E (Evénement cardiovasculaire ischémique personnel) et
F (antécédent Familial d'un événement ischémique chez un parent avant 60 ans).
- 2 Trouver l'entrée du patient dans la première ligne en allant de gauche à droite.
- 3 Suivre la démarche indiquée par les flèches.

2
E
V
A
L
U
E
R

3
P
R
E
N
D
R
E
E
N
C
H
A
R
G
E





Hommes

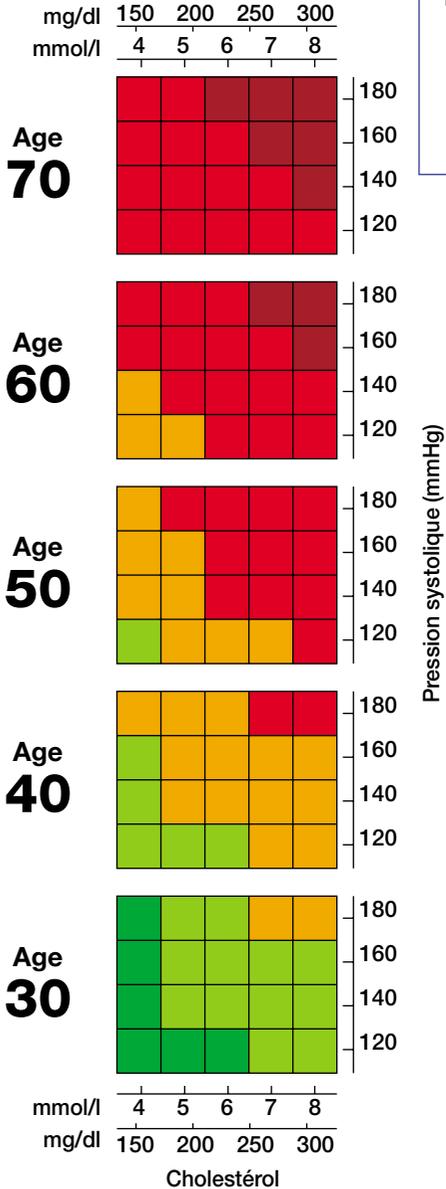
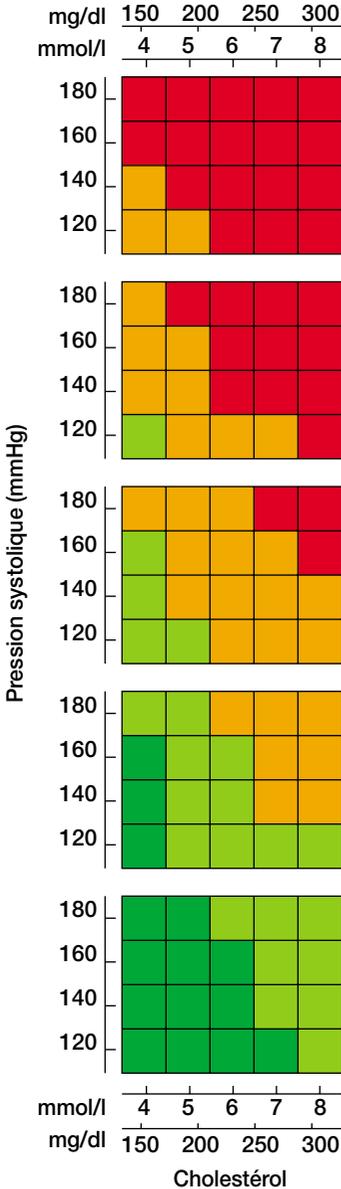
Risque de maladie coronarienne

Non-fumeurs

Fumeurs

Niveau d

- Très élevé
- Elevé
- Modéré
- Léger
- Faible

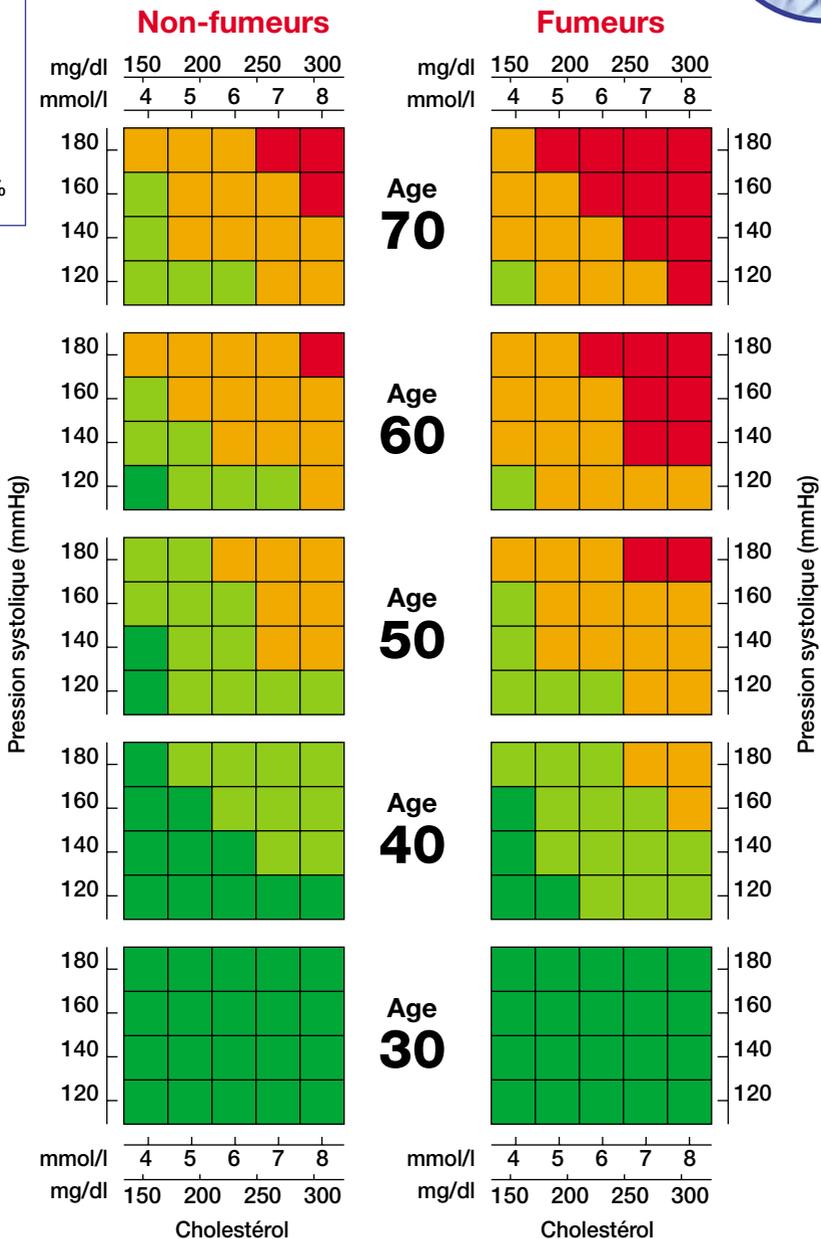
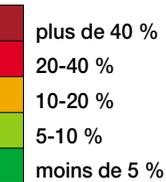


Femmes



Risque de maladie coronarienne

de risque



Haut Risque Cardio-Vasculaire

(athérosclérose, diabète type 2, risque CV > 20%)

12 cibles thérapeutiques (EBM)

0/ME/25/PCA

317.130.85

0 Tabac	II
Alimentation Méditerranéenne	I
Exercices (3 x 30' / semaine)	II
< 25 Kg / m ² BMI	IV
Plaquettes (inhibition)	I
Cholestérol (inhibition)	I
Angiotensine (inhibition)	I
< 3 mmol/l LDL-C (< 115 mg/dl)	IV
> 1 mmol/l HDL-C (> 40 mg/dl)	IV
< 7 % HbA _{1c} (en cas de diabète)	II
< 130 mmHg TA systolique	IV
< 85 mmHg TA diastolique	IV

EBM : niveaux

I : Essai randomisé : étude prospective d'intervention où le groupe soumis au traitement est comparé à un groupe non traité (ou sous traitement classique) rendu similaire par la randomisation.

II : Etude de cohorte : étude prospective d'observation dans laquelle des groupes sont identifiés comme exposés ou non à un facteur de risque susceptible de favoriser l'apparition d'une maladie et qui compare l'incidence de la maladie dans ces groupes.

III : Etude cas contrôles : étude rétrospective permettant d'observer si un événement clinique est associé à la présence d'un FR.

IV : Opinion d'experts

Risque Cardio-Vasculaire modéré

(10 – 20 %)

6 cibles thérapeutiques

0 Tabac
Alimentation Méditerranéenne
Exercices (3 x 30' / semaine)
< 25 Kg / m ² BMI
< 140 mmHg TA systolique
< 90 mmHg TA diastolique

Etudes et références

- ▶ Tabac N Engl J Med 1988 ; 319 :1365-69
BMJ 1998 ; 316 : 1043-47
- ▶ Régime Méditerranéen Lyon Diet Study Circulation 1999 ; 99 : 779-785
- ▶ Exercices JAMA 1995 ; 273 : 1093-1098
Acta Cardiol. 2002 ; 57 : 91-100
- ▶ BMI Am J Public Health 1999 ; 89 : 1536-42
Diabetes care 2000 ; 23 :1499-1504
BMJ 2001 ; 322 : 757-65
- ▶ Inhibition Plaquettaire Physician's Health Study N Engl J Med 1989 ; 321 : 129-35
CAPRI Lancet 1996 ; 348 : 1329-39
HOT Lancet 1998 ; 351 : 1755-62
- ▶ Inhibition Cholestérol 4 S Lancet 1994 ; 344 : 1383-89
WOSCOPS N Engl J Med 1995 ; 333: 1301-07
CARE N Engl J Med 1996 ; 335 : 1001-09
LIPID N Engl J Med 1998 ; 339 : 1349-57
VA-HIT N Engl J Med 1999 ; 341 : 410-18
HPS Lancet 2002 ; 360 : 7-22
LIPS JAMA 2002 ; 287 : 3215-22
- ▶ Inhibition Angiotensine HOPE N Engl J Med 2000 ; 342 :145-53
- ▶ Hémoglobine glycosylée UKPDS 35 BMJ 2000 ; 321 : 145-53
- ▶ TA (sys & diast) Journal of Hypertension 1999 ; 17 : 151-83

Références web utiles pour les mesures non médicamenteuses :

- ▶ Stop tabac : <http://www.icsi.org/guide/TobAd.pdf>
<http://www.wvh.be/pdf/stoppenmetroken.pdf>
- ▶ Régime : <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/102/18/2284>
- ▶ Exercices : <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/94/4/857>
- ▶ Obésité : http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_exsum.pdf

Conception de la stratégie

Cette stratégie a été conçue par le Groupe de recherche en prévention cardiovasculaire (GRPCV) de l'UCL. Elle a été présentée et testée au cours de séminaires interactifs dans le cadre de la formation médicale continue de médecins généralistes et a montré son utilité en pratique courante.

Sponsors

Astra-Zeneca, Aventis, Bayer, Bristol-Myers Squibb, Fournier, Merck Sharp & Dohme, Novartis, Pfizer, Sandipro, Sankyo, Schering-Plough, Servier.