



CARDIOLOGIE

Prévention cardiovasculaire en pratique clinique (ESC 2021)

1) Évaluation du risque cardiovasculaire

- La présence **d'au moins un facteur de risque majeur** (hérédité cardiovasculaire, hypercholestérolémie familiale, tabagisme, HTA, diabète, dyslipidémie, obésité ou la présence de comorbidités augmentant le risque cardiovasculaire) doit faire déclencher une évaluation globale du risque cardiovasculaire
- Une évaluation systématique du risque cardiovasculaire n'est pas recommandée chez les hommes de moins de 40 ans et chez les femmes de moins de 50 ans sans facteur de risque cardiovasculaire connu
- Chez les patients sans athérosclérose établie ni diabète, insuffisance rénale chronique, hypertension artérielle ou dyslipidémie génétique, l'estimation du risque d'événement cardiovasculaire fatal ou non à 10 ans doit passer par l'utilisation du score **SCORE2** chez les patients de **moins de 70 ans** et du score **SCORE2-OP** chez les patients de **plus de 70 ans**
- Les patients avec un score SCORE2 supérieur à 7.5% avant 50 ans et supérieur à 10% entre 50 et 70 ans, et ceux avec un score SCORE2-OP supérieur à 15% après 70 ans sont à considérer comme étant à très haut risque cardiovasculaire
- Les patients avec athérosclérose établie, diabète, insuffisance rénale chronique, hypertension artérielle ou dyslipidémie génétique doivent être considérés comme à haut ou très haut risque cardiovasculaire
- L'utilisation en routine d'autres potentiels marqueurs telles que des scores de risque génétique, des biomarqueurs circulants ou urinaires, des tests vasculaires ou une imagerie autre que le score calcique coronaire ou l'écho-doppler des troncs supra-aortiques n'est pas recommandée. Le score calcique coronaire (ou à défaut, la plaque carotidienne) est un modulateur de risque avec un faible niveau de recommandations
- Situations spécifiques nécessitant une évaluation du risque cardiovasculaire :
 - **Maladie rénale chronique** : tous les patients avec maladie rénale chronique doivent bénéficier d'une évaluation globale du risque cardiovasculaire incluant notamment des dosages réguliers de l'albuminurie
 - **Cancer** : monitoring de la fonction cardiaque par des examens d'imagerie et le dosage de biomarqueurs pendant et après les traitements anti-cancéreux
 - **BPCO** : tous les patients avec BPCO doivent bénéficier d'une évaluation globale du risque cardiovasculaire
 - **Maladies inflammatoires** : une évaluation globale du risque cardiovasculaire peut être envisagée chez les patients avec maladie inflammatoire chronique. Le risque cardiovasculaire doit être multiplié par 1.5 chez les patients avec polyarthrite rhumatoïde
 - **Migraine** : la présence d'une migraine avec aura doit désormais être prise en compte dans l'évaluation du risque cardiovasculaire. Une contraception œstroprogestative doit être évitée chez une femme souffrant de migraine avec aura
 - **Chez les femmes** : chez les femmes avec antécédent d'accouchement prématuré ou d'un enfant mort-né, un dépistage périodique d'une hypertension artérielle et d'un diabète peut être proposé
 - **Chez les hommes** : une évaluation du risque cardiovasculaire devrait être envisagée en cas de dysfonction érectile

2) Moyens généraux pour réduire le risque cardiovasculaire

- Il faut avoir recours à une stratégie par étape pour réduire le risque cardiovasculaire :
 - La première étape correspond aux **conseils de prévention cardiovasculaire** qu'il faut appliquer à tous : **arrêt du tabagisme**, recommandations sur le **mode de vie** et **pression artérielle systolique < 160 mmHg** ainsi qu'à **l'estimation du risque cardiovasculaire**. Selon le niveau de risque cardiovasculaire, on introduit ou pas un traitement spécifique et on détermine des objectifs à atteindre pour la pression artérielle et le taux de LDL-C
 - La deuxième étape consiste en une éventuelle **intensification thérapeutique** basée sur le risque cardiovasculaire, l'espérance de vie, les comorbidités et les préférences du patient après discussion avec celui-ci sur les bénéfices et les effets du traitement
- Plusieurs actions simples sont recommandées pour réduire le risque cardiovasculaire au niveau individuel : **activité physique régulière**, **régime de type méditerranéen**, **consommation d'alcool limitée à 100 g/semaine** ; **sevrage tabagique**.

3) Traitement hypolipémiant

- Introduction d'un traitement hypolipémiant si :
 - **LDL-C < 1.0 g/L** (soit 2.6 mmol/L) en prévention primaire en cas de très haut risque cardiovasculaire
 - **LDL-C < 0.7 g/L** (soit 1.8 mmol/L) et réduction d'au moins 50% du LDL-C en prévention secondaire
- Le traitement hypolipémiant doit être une **statine** jusqu'à dose maximale tolérée. Si besoin, ajout d'**ézétimibe**
- Chez les patients en prévention secondaire n'atteignant pas les objectifs malgré une dose maximale de **statine associée à l'ézétimibe**, un **inhibiteur de PCSK9** est recommandé
- Chez les patients à haut ou très haut risque cardiovasculaire avec des triglycérides > 1.35 g/L (soit 1.5 mmol/L) malgré un traitement par statine et des règles hygiéno-diététiques bien conduites, un traitement par acide gras polyinsaturé (icosapent ethyl 2 g x2/jour) peut être discuté en plus de la statine

4) Traitement anti-hypertenseur

- L'objectif global de pression artérielle est **< 140/90 mmHg**
- Chez les patients âgés de 18 à 69 ans, l'objectif de pression artérielle systolique est compris entre 120 et 130 mmHg
- Chez les patients âgés d'au moins 70 ans, l'objectif de pression artérielle systolique doit être <140 mmHg et peut aller jusqu'à 130 mmHg si bien tolérée
- Chez tous les patients traités, la pression artérielle diastolique doit être maintenue en dessous de 80 mmHg
- Lorsque l'introduction d'un traitement **anti-hypertenseur** est décidée, il est recommandé d'initier une **combinaison de deux médicaments**
- Les combinaisons à privilégier incluent un **bloqueur du système rénine-angiotensine** (IEC ou ARA2) avec un **inhibiteur calcique** ou un **diurétique thiazidique**. Si besoin, ajouter un troisième médicament avec une combinaison préférentielle d'un



bloqueur du système rénine-angiotensin, d'un inhibiteur calcique et d'un diurétique thiazidique. Si besoin, ajouter de la spironolactone

- L'utilisation des bêtabloquants doit être réservée aux cas où il existe une indication spécifique (insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, fibrillation atriale)

5) Traitement anti-diabétique

- L'objectif d'HbA1c est inférieur à 7.0% chez la majorité des patients diabétiques et inférieur à 6.5% en cas de diabète découvert récemment chez un patient avec athérosclérose établie
- En l'absence d'athérosclérose, d'insuffisance cardiaque ou de maladie rénale chronique, la metformine est recommandée en première intention
- Chez les patients diabétiques de type 2 avec athérosclérose avérée, l'utilisation d'un **agoniste du GLP1** ou d'un **inhibiteur de SGLT2** est à privilégier afin de réduire le risque cardiovasculaire et rénal
- Chez les patients avec diabète de type 2 et insuffisance rénale chronique et/ou insuffisance cardiaque à FEVG altérée, l'utilisation d'un inhibiteur de SGLT2 est également recommandée en première intention
- En cas de diabète avec atteinte d'organe cible, les inhibiteurs de SGLT2 et agonistes du GLP1 peuvent être considérés

6) Traitement anti-thrombotique

- **L'aspirine à faible dose** est recommandée en prévention secondaire des événements cardiovasculaires, avec le clopidogrel en alternative en cas d'intolérance à l'aspirine
- L'aspirine est non-indiquée en prévention primaire en cas de risque cardiovasculaire faible ou modéré
- En prévention secondaire, l'association à l'aspirine d'un second traitement antithrombotique (inhibiteur de P2Y12 ou faible dose de rivaroxaban) doit être discuté en cas de haut risque ischémique sans haut risque hémorragique et peut être envisagé en cas de risque ischémique modéré
- Chez les patients avec diabète et atteinte vasculaire périphérique symptomatique sans haut risque hémorragique, une association de faible dose de rivaroxaban (2.5 mg x2/jour) et d'aspirine (100 mg/jour) peut être discutée

7) Autres traitements

- La **chirurgie bariatrique** doit être discutée chez les patients obèses à haut risque cardiovasculaire lorsque le régime et le mode de vie n'ont pas suffi pour obtenir une perte de poids suffisante
- Les patients avec maladie coronaire souffrant d'une dépression modérée à sévère doivent bénéficier d'un traitement par inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine en première intention. Chez les patients avec insuffisance cardiaque et dépression sévère, les traitements par inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et les antidépresseurs tricycliques ne sont pas recommandés
- De faibles doses de colchicine (0.5 mg/jour) peuvent être considérées en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires si certains facteurs de risque restent insuffisamment contrôlés ou si des événements récurrents surviennent
- La participation à des programmes de réadaptation cardiovasculaire est fortement recommandée chez les patients ayant présenté un événement cardiovasculaire aigu ou ayant une insuffisance cardiaque en particulier en cas de FEVG altérée

8) Intervention populationnelle

- Nécessité de mise en place de mesures visant à réduire le niveau de pollution de l'air, l'émission de particules et gaz polluants et les émissions de CO₂ dans le but de réduire la morbi-mortalité cardiovasculaire