



Item219-Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention.

Objectifs CNCI		
- Expliquer les facteurs de risque cardio-vasculaire, leur impact pathologique et la notion de stratification du risque (coronarien par exemple). - Expliquer les modalités de la prévention primaire et secondaire des facteurs de risque cardio-vasculaire et les stratégies individuelles et collectives.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- ANAES 2004 : RCV global - HAS 2005 : HTA - Dyslipidémies / AFSSAPS / 2005 - Dyslipidémies / ESC / 2011 - -	- FdR majeurs (5) / prédisposants (6) - Détermination du RCV global (6) - CAT pour HTA / pour dyslipidémie - Prévention primaire / secondaire - Patient polyvasculaire - Aspirine / statine / IEC = A VIE	- P° II: statines / LDL < 1.0g/L ou 0,7 g/L - PenC de tous les FdR CV - PenC de toutes les localisations - Arrêt du tabac - Régime diététique - Exercice physique

Estimation du risque cardio-vasculaire

- **Principaux facteurs de risque cardiovasculaires (FdR CV)**
 - **FdR CV majeurs (6): ↑ du RCV de façon** indépendante
 - Age et sexe (H > 50ans / F > 60ans)
 - Atcd familiaux précoces (H < 55ans / F < 65ans)
 - Tabagisme
 - HTA
 - Dyslipidémie
 - Diabète
 - **Autres FdR CV : ↑ du RCV car favorisent les FdR majeurs**
 - Obésité et syndrome métabolique
 - Sédentarité (HTA / diabète / obésité..)
 - Autres: précarité / ménopause
- **Détermination du RCV global : 4 éléments à prendre en compte +++ (HTA HAS 2005)**
 - **Grade de l'HTA** (cf Hypertension artérielle de l'adulte.)
 - Grade I: PA ≥ 140 et/ou 90 mmHg
 - Grade II: PA ≥ 160 et/ou 100 mmHg
 - Grade III: PA ≥ 180 et/ou 110 mmHg
 - **Facteurs de risque cardiovasculaires (6)**
 - Age et sexe: H > 50ans / F > 60ans
 - Tabac: actuel ou arrêt < 3ans
 - HTA permanente: traitée ou non
 - Diabète de type 2: traité ou non
 - Dyslipidémie: LDLc ≥ 1.60g/l ou HDL ≤ 0.40g/l
 - Atcd familiaux cardiovasculaires précoces:
 - MS ou IDM < 55ans chez père / frère
 - MS ou IDM < 65ans chez mère / soeur
 - AVC < 45ans
 - !! Si HDLc > 0.6g/L (1.5mM) = protecteur: soustraire 1 FdR
 - **Atteinte d'un organe cible**
 - Hypertrophie ventriculaire gauche (ECG/ETT)
 - Micro-albuminurie (30 à 300mg/24h)
 - **Maladies cardiovasculaires / rénales associées**
 - Insuffisance coronarienne
 - AIT ou AVC / AOMI ou AAA
 - IRC (DFG < 60mL/min) ou protéinurie (> 500mg/24h)

• **Stratification du risque cardio-vasculaire (HTA HAS 2005)**

	HTA légère (grade 1)	HTA modérée (grade 2)	HTA sévère (grade 3)
Pas d'autre FdR	Faible	Moyen	Elevé
1 ou 2 autres FdR	Moyen	Moyen	Elevé
≥ 3 autres FdR ou atteinte organe cible ou diabète-MCV (P°II)	Elevé	Elevé	Elevé

• **Syndrome métabolique (« obésité centrale »)**

- **Syndrome résultant d'une insulino-résistance**
- **Définition (IDF 2004) :** association de
 - **1 critère obligatoire**
 - Obésité androïde = tour de taille (TT) ≥ 94cm (H) ou ≥ 80cm (F)
 - **2 critères parmi les 4 suivants**
 - HTA: PA ≥ 130/85mmHg (ou traitement anti-HTA)
 - Hyperglycémie > 1g/L (ou diabète de type 2 sous ADO)
 - Hypertriglycéridémie: TG ≥ 1.5g/L (ou traitement hypolipémiant)
 - HDL bas : HDLc ≤ 0.4g/L (H) ou ≤ 0.5g/L (F)
- **Remarque: autre définition (American Heart Association 2005)**
 - Présence d'au moins 3 critères parmi les 5 critères ci-dessus
 - avec obésité androïde définie comme TT ≥ 102cm (H) ou 88cm (F)

Prévention du risque cardio-vasculaire

Prévention primaire

- **Information et éducation**
 - **Collective:** campagnes d'information et de sensibilisation
 - **Individuelle:** par le médecin traitant à chaque consultation
- **Dépistage systématique des FdR CV**
 - **Examen clinique**
 - Recherche consommation tabac / alcool
 - Prise de la **PA** / prise du poids +/- tour de taille
 - Habitudes alimentaires / sédentarité
 - **Examens complémentaires**
 - Si FdR CV retrouvés ou suspicion
 - Glycémie à jeun / bilan lipidique
- **Mesures hygiéno-diététiques**
 - **Arrêt du tabac (A savoir !)**
 - Conseil minimal d'arrêt au tabac
 - +/- aide au sevrage si besoin: cf **Addiction au tabac**.
 - **Régime diététique** (cf **Prescription d'un régime diététique**)
 - **Personnalisé:** après enquête alimentaire / réduction pondérale si surpoids
 - **Équilibré:** G55 / L30 / P15
 - **Diversifié:** 5 fruits et légumes par jour
 - **Régulier:** 3 repas à heures fixes / pas de grignotage
 - **Orienté:** éviter AG saturés et alcool / favoriser polyinsaturés et oméga-3
 - **Adapté:** sel < 6g/j si HTA / cholestérol < 300mg/j
 - **Réaliste:** pas trop restrictif / contrôler l'observance
 - **Activité physique: régulière et adaptée**
 - Ex: 30min de marche rapide/jour

Prévention secondaire = celle du polyvasculaire (cf **Athérome : épidémiologie et physiopathologie. Le malade poly-athéromateux**)

- **Dépistage de tous les FdR CV (A savoir !)**
 - **Clinique**
 - = systématiquement rechercher les FdR à l'interrogatoire
 - FdR CV majeurs: HTA / diabète / dyslipidémie / tabac / age-sexe
 - FdR CV mineurs: sédentarité / obésité / alcool, etc.
 - **Paraclinique = bilan minimal OMS**
 - Glycémie / EAL / BU / ECG / créatinine / kaliémie

- **Dépistage de toutes les localisations (A savoir !)**
 - **Clinique**
 - Auscultation carotidienne: souffle / ex. neuro
 - Examen ophtalmologique: fond d'oeil / MAV
 - Recherche masse abdominale battante (AAA)
 - Palpation/auscultation des fosses lombaires
 - Palpation des pouls périphériques (MI)
 - **Paraclinique**
 - ECG de repos / ETT
 - Echo-doppler des TSA
 - Echo-doppler des membres inférieurs
 - +/- selon contexte: ECG d'effort / échoD rénal / TDM cérébrale, etc.
- **Dépistage des comorbidités des FdR CV (A savoir !)**
 - **Tabac:** rechercher BPCO / cancer (vessie / ORL / pulmonaire)
 - **Diabète:** bilan rénal / ophtalmologique / neurologique
 - **HTA:** bilan rénal / bilan ophtalmologique

Traitements

- **Prise en charge de tous les FdR CV**
 - **Tabac:** sevrage tabagique indispensable / aide au sevrage (cf [Addiction au tabac.](#))
 - **Diabète:** équilibre du diabète / régime diététique adapté (cf [Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.](#))
 - **HTA:** équilibre de la PA / régime diététique: restriction sodée (cf [Hypertension artérielle de l'adulte.](#))
 - **Dyslipidémie:** régime: restriction apports en cholestérol à 300mg/j / statines
- **Médicaments de prévention II communs à toutes les pathologies athéromateuses (A savoir !)**
 - **Aspirine:** quelle que soit la localisation: 75-150mg/j PO A VIE
 - **Statine:** quelle que soit la localisation / objectif = LDLc < 1,0 g/L ou 0,7g/L
 - **IEC:** dès que RCV globale élevé / AVC / AOMI / IDM / HTA-rénovasculaire
- **Remarque si chirurgie: ordre de priorité (sauf urgence)**
 - carotides > coronaires > aorte abdominale > membres inférieurs

Synthèse pour questions fermées

Pour quelle raison est-il important de mesurer le tour de taille chez un patient avec un IMC entre 25 et 35?

- Le tour de taille est associé, indépendamment de l'IMC, à la survenue de complications vasculaires et métaboliques de l'obésité (HAS 11 obésité adulte) (mais attention le tour de taille ne fait pas partie des facteurs de risque cardio-vasculaires indépendants)