KALON

Le journal de l'Association pour le Développement de la Cardiologie à Douarnenez

LES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

On appelle « facteur de risque cardio-vasculaire » tout facteur dont la présence

KALON

(« cœur » en langue bretonne), le journal de l'A.DE.CA.D. (Association pour le Développement de la Cardiologie à Douarnenez), dont voici le premier numéro, a pour vocation d'apporter au grand public des informations susceptibles de l'aider à éviter de contracter une maladie cardio-vasculaire (mais pas seulement...) ou à mieux se soigner si la maladie s'est déjà installée.

Il s'inscrit dans la continuité des « Mercredis de la santé », les conférences-débats instituées en 2004 par l'association et qui ont remporté un vif succès.

Ce premier numéro est consacré aux « facteurs de risque cardio-vasculaire » dont la prise en charge est susceptible de réduire le risque qu'une maladie apparaisse.

Bonne lecture !

chez un patient augmente de manière très franche la possibilité de voir se constituer chez lui une maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins.

On distingue :

les facteurs de risque « non modifiables » et les facteurs de risque « modifiables »

Les facteurs de risque « non modifiables » sont :

Le sexe
L'âge
L'hérédité

L'âge :

Il n'y a pas égalité entre les sexes face à la maladie cardio-vasculaire

Les hommes sont plus fréquemment touchés que les femmes et la maladie apparaît plus tôt chez eux

Les femmes rattrapent cependant leur « retard » en la matière après la ménopause

L'âge :

Chez l'homme le risque augmente de manière importante dès 50 ans

Chez la femme cette augmentation du risque se manifeste à partir de 60 ans

L'hérédité :

Un accident cardiaque ou vasculaire et plus particulièrement un accident coronarien (infarctus) avant 55 ans chez le père ou un parent proche de sexe masculin ou un tel accident avant 65 ans chez la mère ou une proche parente

Les facteurs de risque « modifiables » sont :

L'hypertension artérielle
Le tabagisme
Le diabète
L'excès de cholestérol

L'hypertension artérielle :

L'HTA est une maladie très fréquente (37 % des hommes sont hypertendus dans les pays occidentaux) et dont la fréquence augmente avec l'âge (70 % des femmes hypertendues ont plus de 70 ans)

Plus la tension est élevée plus le risque vasculaire est grand et cette augmentation du risque est progressive dès 115 (ou 11,5) pour la tension maxima (ou « systolique ») / 75 (ou 7,5) pour la tension minima (ou tension « diastolique ») ces chiffres étant considérés comme « optimaux »

Le tableau de la page suivante précise les chiffres tensionnels normaux et pathologiques en sachant qu'il faut en plus tenir compte des maladies associées (ainsi en cas de diabète les chiffres ne doivent-ils pas dépasser 130/80).

Retrouvez tout KALON sur internet sur le site :

www.hopital-douarnenez.fr

Le tabagisme :

14 000 décès par maladies cardio-vasculaires sont dus chaque année en France au tabagisme.

Le tabagisme passif est aussi très important à prendre en considération car vivre ou travailler avec un fumeur augmente considérablement le risque de maladie liée au tabac et plus particulièrement les maladies cardio-vasculaires, même si l'on n'est pas soi-même fumeur.

L'arrêt du tabac est rapidement bénéfique : le risque de mortalité va se rapprocher progressivement de celui du non fumeur et si la durée de l'intoxication n'a pas été trop longue le risque lié au tabac disparaît en 3 à 5 ans.

Le diabète :

On appelle diabète un taux de sucre dans le sang supérieur à 1,26 g/l à jeun ; cette anomalie est due à un manque ou à une insuffisance d'action de l'insuline, hormone sécrétée par le pancréas qui permet au sucre d'entrer dans les cellules. C'est une maladie grave qui peut entraîner des lésions vasculaires diffuses (coronaires, cérébrales, rénales, des membres

inférieurs, rétinienne...).

L'excès de cholestérol :

Le cholestérol est une graisse naturelle (ou lipide) indispensable à l'organisme car c'est un constituant

Classe	Systolique	Diastolique
T.A. optimale	< 120	< 80
T.A. normale	120 à 129	80 à 84
T.A. normale haute	130 à 139	85 à 89
HTA de grade 1 (légère)	140 à 159	90 à 99
HTA de grade 2 (modérée)	160 à 179	100 à 109
HTA de grade 3 (sévère)	≥ 180	≥ 110
HTA systolique isolée	≥ 140	< 90

essentiel de la paroi des cellules de tous nos organes et il est nécessaire à la fabrication de nombreuses hormones.

La plus grande partie est produite par le foie (3/4) le reste (1/4) étant apporté par l'alimentation

Le cholestérol n'est pas soluble dans le sang ; pour circuler il doit donc se lier à des « transporteurs » spécifiques qu'on appelle les lipoprotéines ; celles ci sont de deux types :

Les lipoprotéines de basse densité ou « LDL » qui transportent le cholestérol vers les cellules où il est utilisé

Les lipoprotéines de haute densité ou « HDL » qui débarrassent les cellules du cholestérol en excès qu'elles n'ont pas utilisé (d'où le nom

de « bon » cholestérol donné au HDL).

Un excès de LDL augmente la quantité de cholestérol déposé dans les cellules ; si celui ci est trop important pour être repris par le HDL un dépôt de cholestérol se forme dans la paroi cellulaire ; au niveau des cellules des artères cela conduit à la formation d'athérosclérose qui petit à petit obstrue les vaisseaux ; c'est ce qui a valu au cholestérol LDL le nom de

« mauvais » cholestérol.

Il est donc souhaitable d'avoir le moins possible de LDL et le plus possible de HDL cholestérol.

Toutefois le taux de cholestérol LDL « idéal » varie selon le nombre de facteurs de risque associés :

Nombre de facteurs de risque associés	Taux de cholestérol LDL souhaitable
aucun	≤ 2,2 g/l
un	≤ 1,9 g/l
deux	≤ 1,6 g/l
Trois et plus	≤ 1,3 g/l
Patient déjà porteur d'une maladie cardio-vasculaire	< 1 g/l

Dr. J.F. HOUEL (Cardiologue) / Juin 2008

2015 : Attention ! ce numéro a été publié en 2008. Il reste, dans l'ensemble, d'actualité, mais des éléments nouveaux sont intervenus depuis sa rédaction. Il est donc important d'en compléter la lecture par celle des numéros 32 (« facteurs de risque vasculaire : quoi de neuf ? ») et 33 (« évaluation du risque vasculaire : nouvelle approche ») publiés en début d'année 2015.