

L'athérome ?

tout le monde en a ! plus ou moins, bien sûr mais cela commence très tôt dans la vie. Dès la naissance, des monocytes commencent déjà à se transformer en « macrophages »

et à se gorger de cholestérol (voir Kalon N° 15) et dès l'enfance, des dépôts de graisse (lipides) sont déjà présents dans les cellules de la paroi artérielle, mais il faut environ 5 décennies pour qu'une plaque d'athérome significative se constitue.

Ce processus est plus ou moins important et plus ou moins rapide selon qu'il existe ou non des « facteurs de risque vasculaire » (voir Kalon N°1). Rappelons que certains de ces facteurs ne sont pas modifiables (l'âge, le sexe, l'hérédité) mais d'autres le sont (l'hypertension, le tabagisme, le cholestérol en excès, le diabète mais aussi la sédentarité, l'obésité...). Le meilleur traitement de l'athérosclérose est donc le traitement préventif.

Si l'on est jeune et en bonne santé

il faut absolument éviter de contracter des facteurs de risque, c'est ce qu'on appelle la « prévention primordiale » : ne pas fumer (voir Kalon N°2), ne pas prendre de poids (voir Kalon N°3), avoir une alimentation saine (ni trop grasse, ni trop sucrée, ni trop salée...), faire du sport, consommer le moins possible d'alcool...

Si les facteurs de risque sont déjà présents, il faut les corriger, c'est ce qu'on appelle la « prévention primaire » :

- arrêter impérativement le tabac,

Le traitement de l'athérosclérose et de ses complications

- perdre du poids en corrigeant son alimentation (voir Kalon N°3) et en se remettant à l'exercice (voir Kalon N°14),
- traiter un excès de cholestérol en sachant qu'il n'y a pas de taux « idéal » valable

pour tout le monde mais que ce taux varie en fonction de la présence ou non d'autres facteurs de risque associés. Ainsi, selon les recommandations actuelles, chez un patient qui n'a aucun autre facteur de risque associé (qu'il soit modifiable ou non), on peut accepter un taux de cholestérol LDL inférieur ou égal à 2,2 g/l alors que s'il a un autre facteur de risque associé (par exemple s'il est aussi fumeur) le taux doit être inférieur ou égal à 1,9 g/l. S'il a deux autres facteurs de risque associés (par exemple une hypertension et le tabac) le taux doit être inférieur ou égal à 1,6 g/l mais s'il a 3 autres facteurs de risque associés (par exemple un fumeur hypertendu dont le père a fait un infarctus à 45 ans) le taux ne doit pas dépasser 1,3 g/l.

- traiter un diabète par un régime adapté et des médicaments spécifiques,
- traiter une hypertension par des mesures hygiéno-diététiques (voir Kalon N°13) et par les médicaments (on dispose actuellement de 5 grandes classes de médicaments anti-hypertenseurs que l'on peut utiliser isolément ou en association). Il faut préciser qu'il y avait en France en 2010, 11,2 millions de personnes prenant un traitement anti-hypertenseur soit 31,2 de la population de plus de 35 ans !

Si la maladie athéromateuse s'est déjà constituée et qu'elle s'est manifestée par des complications (voir Kalon N°17 et N°18) le traitement des facteurs de risque modifiables doit être le plus rigoureux possible afin d'éviter une nouvelle complication, c'est ce qu'on appelle la « **prévention secondaire** ». Dans ce cas de figure, on ne doit pas accepter des chiffres de tension artérielle à plus de 130 / 85 ou des chiffres de cholestérol LDL à plus de **1 g/l** voire, dans les cas sévères, **0,7 g/l**.

Comment traiter l'excès de cholestérol ? par le « régime » et les médicaments.

Le régime est indispensable même si un traitement est mis en œuvre ; il consiste en une réduction de l'apport en graisses saturées (essentiellement les graisses animales), une augmentation de l'apport en graisses poly-insaturées (huiles de noix, pépin de maïs, tournesol...) et mono-insaturées (huile d'olive, de colza, graisse d'oie...), une augmentation de l'apport en oméga 3 (poisson gras...) et en fibres (légumes, fruits...) ; on peut associer à ces mesures la consommation de stérols végétaux (contenus dans certaines margarines comme Pro-Activ, Ilo, Bénécol, St. Hubert Cholegram... - ou produits laitiers comme Dana-col...)

Le traitement peut faire appel à plusieurs types de médicaments :

. les résines, qui agissent dans l'intestin en fixant les acides biliaires riches en cholestérol qui est ainsi éliminé dans les selles ; un seul représentant : la Cholestyramine (QUESTRAN*)

. les fibrates qui font baisser modérément le LDL cholestérol (le « mauvais ») mais aussi les triglycérides et qui élèvent le taux de HDL cholestérol (le « bon »)

. les statines qui abaissent de manière importante (plus que les fibrates) le taux de LDL et un peu le taux de triglycérides (moins et plus inconstamment que les fibrates) et qui font un peu monter (moins que les fibrates) le taux de HDL. Ces molécules possèdent en outre des propriétés qui dépassent leur simple action sur le cholestérol. Elles ont, en particulier, un effet anti-inflammatoire au niveau de la plaque d'athérome et un effet de consolidation de la chape fibreuse **qui limitent de risque de rupture de cette plaque**

. les inhibiteurs de l'absorption intestinale du cholestérol ; un seul représen-

tant : l'Ezétimibe (EZETROL*) qui peut être associé aux statines

. on peut ajouter la poudre de levure rouge de riz, produit de parapharmacie qui peut être utile dans les formes peu sévères d'hypercholestérolémie (ARTERIN* ou TEMPEROL*)

Maîtriser les facteurs de risque permet de ralentir voire de stopper l'évolution de la plaque d'athérome et donc de **réduire le risque de rétrécissement progressif du calibre de l'artère** (voir Kalon N°17) mais aussi de **stabiliser cette plaque** (diminution de la teneur en cholestérol du cœur lipidique et renforcement de la chape fibreuse) et donc de **diminuer son risque de rupture** (voir Kalon N°18).

Si la rupture se produit malgré tout, il faut en limiter les conséquences, c'est-à-dire **limiter le risque de formation d'un caillot**. Nous avons vu que lors de la rupture de la plaque d'athérome les plaquettes sanguines viennent s'agréger au contact de la brèche. **Cette agrégation des plaquettes peut être évitée** (ou considérablement réduite) par des médicaments très efficaces (les **anti-agrégants**) au premier rang desquels nous trouvons l'ASPIRINE (par exemple KARDEGIC*) ou encore le Clopidogrel (PLAVIX*).

Si, malgré ce traitement, un agrégat plaquettaire se développe et conduit à la formation d'un caillot rouge qui bouche l'artère, **une désobstruction de cette artère s'impose EN URGENCE** sous peine de voir se constituer une nécrose (infarctus). La meilleure méthode est la **désobstruction mécanique** (90 % de chance de réussite) par cathéter à ballonnet (angioplastie) éventuellement associée à une aspiration du caillot. Si cela ne peut être réalisé en urgence (si l'on est trop loin d'un centre spécialisé) on peut utiliser des médicaments qui dissolvent le caillot, **les thrombolytiques** (60 % de chance de réussite), traitement qui sera ensuite complété par une angioplastie. A ces traitements sera associé un anti-coagulant et l'anti-agrégant sera renforcé.

Docteur J.F. HOUEL (Cardiologue)