

De nombreux numéros de KALON ont été consacrés à **l'athérosclérose et ses facteurs de risque** pour la bonne et simple raison que les maladies cardio-vasculaires liées à l'athérosclérose (insuffisance coronaire et A.V.C. notamment) demeurent **la principale cause de mortalité prématurée dans le monde.**

Si l'on considère l'ensemble des décès survenant avant l'âge de 75 ans en Europe, 42 % sont dus à ces maladies chez les femmes et 38 % chez les hommes.

**La prévention cardio-vasculaire est efficace** (baisse de moitié de la mortalité liée à ces maladies en France ces vingt

dernières années) car **plus de 50% de la diminution de la mortalité coronarienne est attribuable à la prise en charge des facteurs de risque** (40 % étant due à l'amélioration des traitements curatifs). Cette prise en charge a évolué au fil du temps à la lumière des données accumulées (épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques...). Certaines recommandations ou conseils thérapeutiques prodigués dans les numéros de KALON publiés depuis 2008, doivent donc être remis à jour.

## Facteurs de risque vasculaire Quoi de neuf ?

Rappelons que les facteurs de risque vasculaire (KALON N°1) se divisent en facteurs **"non modifiables"** (sexe, âge, hérédité) et facteurs **"modifiables"** (les

quatre principaux étant l'hypertension artérielle, le tabagisme, le diabète et l'excès de cholestérol, auxquels il faut ajouter l'obésité abdominale, le stress, la sédentarité et la dépression). On ne peut, bien sûr, agir **que** sur ces derniers mais cette action est très bénéfique.

**L'hypertension artérielle** : ce facteur de risque vasculaire majeur (un hypertendu a au moins **3 fois plus de risque** qu'un sujet normal de développer une maladie cardio-vasculaire) est **fréquent** puisqu'il y a actuellement près de 8 millions d'hypertendus en France, mais il est malheureusement insuffisamment pris en compte (en gros seul un hypertendu sur deux est reconnu comme tel, seul un hypertendu dépisté sur deux reçoit un traitement et seul un hypertendu traité sur deux est correctement équilibré).

La tension artérielle (voir à ce sujet KALON N°6) **doit être inférieure à 140 / 90 avant l'âge de 80 ans, inférieure à 150 / 90 après 80 ans** (noter que certaines recommandations américaines récentes abaissent cet âge à 60 ans ce qui, pour les européens, n'est pas du tout acceptable).

La découverte d'une hypertension de grade 1 (dite **"légère"** c'est à dire entre 140 et 159 pour la systolique – ou "maxima" – et / ou entre 90 et 99 pour la diastolique – ou "minima") **chez un patient sans autre facteur de risque** ne justifie la prescription d'un traitement médicamenteux qu'après plusieurs mois de mesures hygiéno-diététiques sérieusement suivies n'ayant pas suffi à normaliser les chiffres tensionnels.

« vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage » nous dit Nicolas BOILEAU ; cette formule s'applique parfaitement à la science médicale qui ne cesse de se remettre en question, la recherche fondamentale et les études cliniques apportant régulièrement des données nouvelles qui conduisent les médecins à ajuster leurs prescriptions et leurs recommandations dans l'intérêt de leurs malades. Ainsi en est-il, par exemple, du taux de cholestérol justifiant la mise en œuvre d'un traitement, qui a été récemment reconsidéré à la lumière des travaux réalisés ces dernières années sur la maladie athéromateuse.

Le premier numéro de KALON a été publié en juin 2008. De nombreux sujets ont été traités au fil des 30 numéros qui l'ont suivi. Certains d'entre eux méritent une mise au point car des éléments nouveaux sont intervenus depuis, qui ont parfois conduit à des changements dans la prise en charge des patients.

Il nous a semblé important de consacrer, en ce début d'année, quelques numéros de KALON à ces changements.

Ces mesures comportent une perte de poids, une augmentation de l'activité physique, une augmentation de la consommation de fruits et légumes (voir à ce sujet KALON N° 13) et **une diminution de la consommation de sel** (voir KALON N° 5). Il faut préciser que chaque année dans le monde, la consommation régulièrement excessive de sel est responsable de 1,7 millions de décès prématurés. La consommation quotidienne de sel (Chlorure de sodium) est, en France, de 10 à 15 grammes en moyenne alors que les besoins de l'organisme n'excèdent pas **5 grammes par jour**...

**Le tabagisme** : il s'agit, là aussi, d'un facteur de risque majeur **qui multiplie par 5 le risque de développer une maladie cardio-vasculaire** (voir KALON N°2). Il est responsable de 6 millions de décès prématurés dans le monde chaque année. En France, on en est actuellement à 74 000 victimes par an. Au 15 mars 2015, 14 959 personnes étaient déjà décédées depuis le premier janvier à cause du tabac ! Après une augmentation régulière de la consommation de tabac (surtout chez les femmes) entre 2005 et 2010 la courbe semble actuellement s'inverser. **La cigarette électronique** y serait-elle pour quelque chose ? Le remplacement de la cigarette classique par cet appareil est-il une bonne méthode de sevrage (voir KALON N° 29) ? **Est-ce un bon moyen pour réduire le risque vasculaire ?**

Rappelons que l'« e-cigarette » émet un aérosol destiné à être inhalé. Elle produit une vapeur qui ressemble à la fumée d'une « vraie » cigarette. Le liquide contenu dans le réservoir contient du propylène-glycol, de la glycérine végétale, des arômes artificiels **et une proportion variable de nicotine**. Là est le problème car **cette nicotine serait aussi toxique pour les vaisseaux que celle contenue dans le tabac** (c'est en tout cas ce que tend à montrer un travail de 2014 réalisé par des chercheurs américains). Mais tout serait affaire de dosage (le liquide peut même ne pas contenir du tout de nicotine).

Reste le problème du risque cancérologique qui n'est pas bien apprécié pour le moment.

**Un point positif** : l'interdiction du tabac dans les lieux publics, en diminuant le tabagisme passif, a eu un impact très franc sur la fréquence des accidents coronariens et ceci a été clairement démontré.

**Le diabète** : le diabète de type 2 multiplie par 2 à 3 chez l'homme et par 3 à 5 chez la femme le risque de maladie coronaire (volontiers « silencieuse » c'est à dire n'occasionnant pas de douleurs thoraciques « angineuses ») et d'A.V.C. Il multiplie par 4 chez l'homme et par 6 chez la femme le risque d'artérite des membres inférieurs et chez ces patients il multiplie par 10 à 20 le risque d'amputation !

Rappelons **qu'on parle de diabète lorsque le taux de sucre dans le sang (glycémie) est supérieur ou égal à 1,26 g/l à jeun**. Le risque de mortalité par maladie coronaire (infarctus) double pour une glycémie à jeun entre 1,26 et 1,40 g/l et triple lorsqu'elle dépasse 1,40.

Le diabète doit donc être traité et surveillé. La surveillance fait appel au dosage de l'« **hémoglobine glyquée** » qui est le reflet de la glycémie moyenne au cours des trois mois précédant le dosage. Elle doit être maintenue **au dessous de 7 %**.

Une tension artérielle excessive majeure considérablement le risque d'atteinte vasculaire chez le diabétique (atteinte coronaire, rénale, rétinienne...). Toutefois les travaux

réalisés ces dernières années ont montré **qu'il n'était pas nécessaire, ni même souhaitable, d'abaisser impérativement les chiffres tensionnels au dessous de 130/80** comme cela était préconisé en 2008 ; les chiffres cibles sont désormais de **140/80** (voire 85) chez ce type de patient. Par ailleurs **il n'est plus recommandé de prescrire un traitement systématique par Aspirine** (anti-agrégant plaquettaire) chez les diabétiques qui n'ont pas de signes cliniques de maladie athéromateuse.

**L'excès de cholestérol** : dans le KALON N°25, consacré au cholestérol et à sa responsabilité dans la maladie athéromateuse, nous avons expliqué le rôle clé de l'« **étude de Framingham** », initiée en 1948 aux USA, qui a permis d'identifier les « facteurs de risque vasculaire ». Cette étude, qui se poursuit encore aujourd'hui, continue d'apporter des informations très intéressantes, en particulier sur l'impact d'un excès de cholestérol sur le système cardio-vasculaire.

En effet, les chercheurs de la Duke University ont montré, à partir des données de cette étude, **qu'un excès prolongé de cholestérol chez un trentenaire ou un quadragénaire augmente nettement le risque de maladie coronaire des années plus tard**. Ces chercheurs se sont intéressés à 1478 patients de 55 ans ne présentant à cet âge aucune maladie cardiaque décelable.

577 de ces sujets (groupe 1) avaient eu un taux de cholestérol élevé pendant 11 à 20 ans avant leur entrée dans l'étude, 389 (groupe 2) un taux élevé pendant 1 à 10 ans et 512 (groupe 3) avaient un taux normal. La santé de ces patients a été surveillée pendant 20 ans (donc jusqu'à l'âge de 75 ans). Résultat ?

Le risque de développer une maladie coronaire était de 16,5 % dans le premier groupe, 8,1 % dans le deuxième et seulement 4,4 % dans le troisième.

Exprimé autrement, ce résultat donne : chaque décennie d'hypercholestérolémie augmente le risque de maladie coronaire de 39 % !

Rappelons que **le risque de développer une athérosclérose significative est doublé voire triplé chez un sujet ayant un excès important de cholestérol**.

On sait que le taux « idéal » de cholestérol dépend du nombre de facteurs de risque associés présents chez le patient et qu'il n'est pas toujours nécessaire de mettre en œuvre un traitement pour abaisser un taux qui semble pourtant un peu excessif (voir KALON N°26). On connaît aussi le rôle essentiel du **cholestérol « LDL »** dans la genèse de la plaque d'athérome (voir KALON N° 15 et 25) ce qui a conduit à définir des « taux cibles » de LDL adaptés à chaque patient en fonction de son niveau de risque, mais les recommandations de l'AFFSPAS publiées en 2005 et qui apparaissent dans le KALON N°1, **ne sont plus d'actualité**.

En effet, les nombreuses études réalisées ces dernières années ont abouti à recommander :

- un taux de cholestérol LDL à **moins de 0,7 g/l** chez les patients à **très haut risque vasculaire**
- un taux de LDL à **moins de 1 g/l** chez les patients à **haut risque vasculaire**
- un taux de LDL à **moins de 1,15 g/l** chez les patients à **risque vasculaire modéré**

Nous verrons dans le prochain numéro de KALON comment évaluer le niveau de risque vasculaire.

Dr. J-F. HOUEL (cardiologue)