

La prévention cardiovasculaire se définit (*Dictionnaire d'épidémiologie, 4^e édition, New York University Press 2001*) comme « un ensemble d'actions coordonnées, au niveau individuel et d'une population, visant à éradiquer les maladies cardio-vasculaires, ou à en réduire, ou même éliminer, l'impact et les handicaps qu'elles provoquent. Les bases de la prévention reposent sur l'épidémiologie

cardiovasculaire et sur la médecine fondée sur des preuves ».

Cette prévention est basée sur la prise en charge des « facteurs de risque vasculaire » (voir KALON N°1 et N°32). De nombreuses études ont apporté la preuve de l'efficacité de cette prise en charge.

Celle-ci doit, toutefois, être adaptée à chaque patient en fonction du risque auquel il est exposé et qui dépend des facteurs de risque dont il est porteur.

S'il est évident que, quels que soient les autres facteurs de risque associés, l'arrêt total du tabac est impératif, qu'il est nécessaire d'équilibrer au mieux un diabète (Hémoglobine glyquée à maintenir au-dessous de 7 %) et qu'il faut abaisser les chiffres tensionnels au dessous de 140 / 90, le taux de cholestérol LDL « idéal » est, lui, variable en fonction du niveau de risque, qu'il est donc indispensable de préciser.

Quatre niveaux de risque ont été définis :

- très haut risque
- haut risque
- risque modéré
- risque faible

Chez les patients à très haut risque le taux de cholestérol LDL doit être abaissé au-dessous de **0,7 g/l**. ce qui ne peut être obtenu que par les médicaments (le régime demeurant, bien sûr, indispensable), essentiellement les statines (voir KALON N°26).

Ce résultat est parfois difficile à obtenir. Il faut alors associer deux médicaments dont une statine (par exemple une association statine + Ezétimibe) en essayant, si ce

taux cible ne peut être atteint, d'obtenir au moins une réduction de 50 % du taux de LDL.

Chez les patients à haut risque le taux de LDL doit être abaissé au-dessous de **1 g/l**.

Chez les patients à risque modéré le taux cible est de **1,15 g/l**.

Chez les patients à faible risque un taux inférieur à **1,55 g/l** est souhaitable.

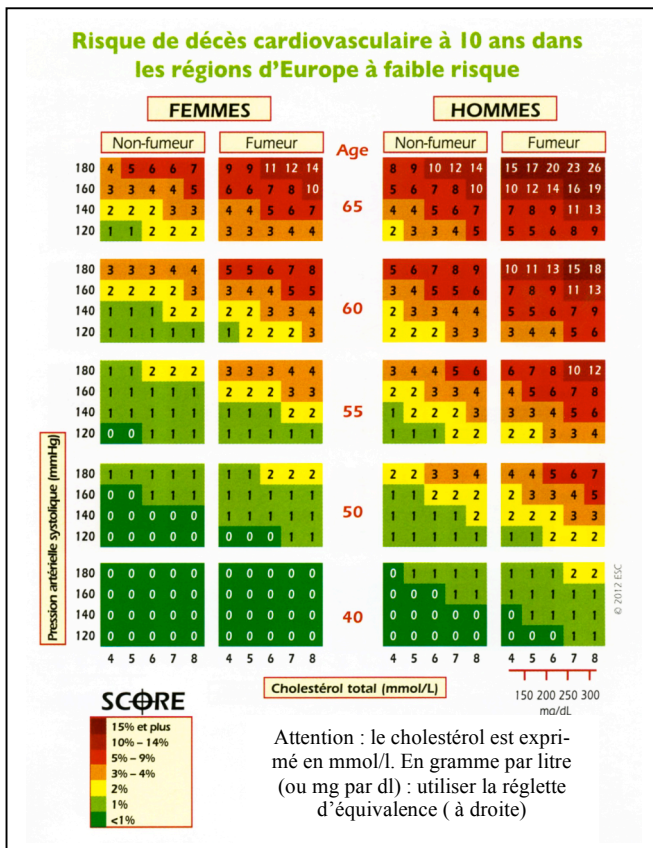
Chez les autres patients au risque extrêmement faible (on ne peut jamais dire « nul »...) il est préférable de ne pas dépasser **1,9 g/l**.

Comment évaluer le niveau de risque ?

Cette évaluation prend en compte l'ensemble des facteurs de risque, non modifiables et modifiables présents chez le patient, sur l'existence d'une atteinte vasculaire déjà décelable et sur la présence d'une insuffisance rénale. Elle s'appuie sur une abaque, l'« échelle SCORE » qui intègre une bonne partie des facteurs de risque (âge, sexe, tabagisme, tension artérielle et cholestérolémie) et qui apprécie le risque de décès cardiovasculaire à 10 ans.

Evaluation du risque vasculaire Nouvelle approche

L'échelle de SCORE :



Il faut préciser que ce tableau **sous-estime** le risque de décès par maladie cardio-vasculaire à 10 ans chez les patients :

- sédentaires ou obèses, en particulier en cas d'obésité abdominale (androïde)
- aux antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire précoce (accident coronarien avant 55 ans chez le père ou un parent au premier degré de sexe masculin, avant 65 ans chez la mère ou une parente au premier degré)
- à la situation sociale précaire
- au cholestérol HDL bas ou avec une hypertriglycéridémie
- diabétiques ; chez les femmes le risque peut être multiplié par 5 et chez les hommes par 3 par rapport aux sujets non diabétiques
- et chez les patients qui, bien que ne ressentant aucun symptôme, ont déjà des signes d'athérosclérose repérables par les techniques d'imagerie vasculaire (en particulier écho-doppler des vaisseaux du cou).

Cette échelle peut aussi être utilisée pour apprécier l'« **âge vasculaire** » ou l'« **âge de risque** » (le risque d'un sujet jeune présentant plusieurs facteurs de risque peut être identique à celui d'un patient nettement plus âgé sans facteur de risque ; voir à ce sujet KALON N°12).

A quoi les quatre niveaux de risque correspondent-ils ?

Le très haut risque :

- patient souffrant déjà d'une **maladie cardiovasculaire** mise en évidence par des examens complémentaires (coronarographie, scintigraphie myocardique, échocardiographie de stress, écho-doppler des vaisseaux du cou) ou ayant des antécédents d'infarctus du myocarde, de syndrome coronaire aigu, de pontage ou d'angioplastie coronaire, ou ayant fait un AVC ou encore étant porteur d'une artérite des membres inférieurs
- patient souffrant d'un **diabète associé** à au moins un autre facteur de risque vasculaire ou à une insuffisance rénale débutante
- patient souffrant d'une **insuffisance rénale chronique sévère**
- patient ayant un **indice de SCORE supérieur ou égal à 10 %**

Le haut risque :

- patient ayant **un facteur de risque à un degré très élevé** (HTA sévère ou dyslipidémie familiale par exemple)
- patient souffrant d'un **diabète** sans autre facteur de risque associé ni insuffisance rénale
- patient souffrant d'une **insuffisance rénale chronique modérée**
- patient ayant un **indice de SCORE compris entre 5 et 10 %**

Le risque modéré :

- patient ayant un **indice de SCORE compris entre 1 et 5 %**

Le risque faible :

- patient dont **l'indice de SCORE est inférieur à 1 %** sans élément supplémentaire (obésité abdominale par exemple ou lourde hérédité) susceptible de le faire passer dans la catégorie à risque modéré

Il faut signaler par ailleurs que les sujets socialement défavorisés et les dépressifs ont un risque augmenté indépendamment des autres facteurs de risque ; il en est de même des patients souffrant d'un syndrome d'apnée du sommeil.

Docteur J-F. HOUEL (cardiologue)

Références : Européen guidelines / Committee for practice guidelines to improve the quality of clinical practice and patient care in Europe / Fifth joint european societies' task force on cardiovascular disease prevention in clinical practice.