

Stratégies de prévention cardiovasculaire au cabinet

 Drs VINCENT GABUS^a, GRÉGOIRE WUERZNER^b, MATHIEU SAUBADE^c, LUCIE FAVRE^d, ISABELLE JACOT SADOWSKI^e et DAVID NANCHEN^e
Rev Med Suisse 2018; 14: 488-92

L'athérosclérose est une pathologie qui se développe sans symptômes sur des dizaines d'années. Sous l'influence de facteurs de risque cardiovasculaire modifiables, tels que la tension artérielle, le taux de LDL-cholestérol, le tabagisme ou le style de vie, les manifestations cliniques de l'athérosclérose apparaissent plus ou moins précocement. Plus les facteurs de risque cardiovasculaire s'accumulent, plus le bénéfice cardiovasculaire est grand lors de la mise en place de mesures de prévention. Cet article résume les stratégies existantes pour contrôler les facteurs de risque cardiovasculaire en prévention primaire. Le médecin peut s'appuyer sur un réseau interprofessionnel ambulatoire de prévention cardiovasculaire. Agir sur l'ensemble des facteurs de risque en respectant l'autonomie et les priorités du patient apportera le plus grand bénéfice.

Strategies for cardiovascular disease prevention

Atherosclerosis is a disease which develops very gradually over decades. Under the influence of modifiable cardiovascular risk factors, such as blood pressure, LDL-cholesterol level, smoking or lifestyle, clinical symptoms of atherosclerosis manifest more or less early in life. When cardiovascular risk factors accumulate, the risk of having a cardiovascular event increases and the benefits of prevention measures are greater. This article summarizes existing strategies for controlling modifiable cardiovascular risk factors in primary prevention. The physician can rely on an interprofessional network of cardiovascular prevention. Managing risk factors while respecting the autonomy and priorities of the patient will bring the greatest benefit.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Le diagnostic d'une hypertension artérielle au cabinet médical repose sur la répétition de deux mesures ou plus, supérieures ou égales à 140/90 mmHg lors de deux consultations séparées. Ces valeurs limites ont été revues à la baisse (130/80 mmHg) dans les dernières recommandations provenant des Etats-Unis (tableau 1).¹ Les nouvelles recommandations européennes seront publiées dans le premier semestre 2018, et devraient se positionner sur cet abaissement du seuil pour définir l'hypertension artérielle.

^aService de cardiologie, CHUV, 1011 Lausanne, ^bService de néphrologie, CHUV, 1011 Lausanne, ^cService de médecine du sport, CHUV, 1011 Lausanne, ^dService d'endocrinologie, CHUV, 1011 Lausanne, ^ePoliclinique médicale universitaire, 1011 Lausanne
 vincent.gabus@chuv.ch | gregoire.wuerzner@chuv.ch
 mathieu.saubade@chuv.ch | lucie.favre@chuv.ch
 isabelle.jacot-sadowski@chuv.ch | david.nanchen@chuv.ch

TABLEAU 1 Valeurs diagnostiques pour l'hypertension artérielle, selon les experts européens et américains

MAPA: Mesure ambulatoire de la pression artérielle; ESH, ESC: Sociétés européennes d'hypertension et de cardiologie; AHA, ACC: Sociétés américaines de cardiologie.

	ESH,ESC 2013 (mmHg)	AHA, ACC 2017 (mmHg)
Consultation	≥ 140/90	≥ 130/80
Domicile	≥ 135/85	≥ 130/80
Jour (MAPA)	≥ 135/85	≥ 130/80
Nuit (MAPA)	≥ 120/70	≥ 110/65
24H (MAPA)	≥ 130/80	≥ 125/75

Les mesures doivent être prises sur un bras nu, en position assise, après 5 minutes de repos. Le dispositif de mesure doit être validé. La manchette doit être adaptée à la circonférence du bras. Si une hypertension est diagnostiquée sur la base de ces deux mesures en consultation, il est recommandé que celle-ci soit confirmée par des mesures prises hors du cabinet comme des mesures à domicile ou sur 24 heures.²

Pour tout sujet hypertendu, un traitement non pharmacologique basé sur le style de vie (alimentation, activité physique, arrêt du tabac) est recommandé. La décision d'initier un traitement médicamenteux se base sur le risque cardiovasculaire et sur les valeurs de pression artérielle. Le traitement initial recommandé est un diurétique thiazidique, un anticalcique ou un bloqueur du système rénine-angiotensine, en privilégiant les médicaments dont l'effet antihypertenseur couvre 24 heures. Le choix de la classe reposera sur les comorbidités présentes et la tolérance de ces médicaments. Si une monothérapie s'avère insuffisante, ces médicaments

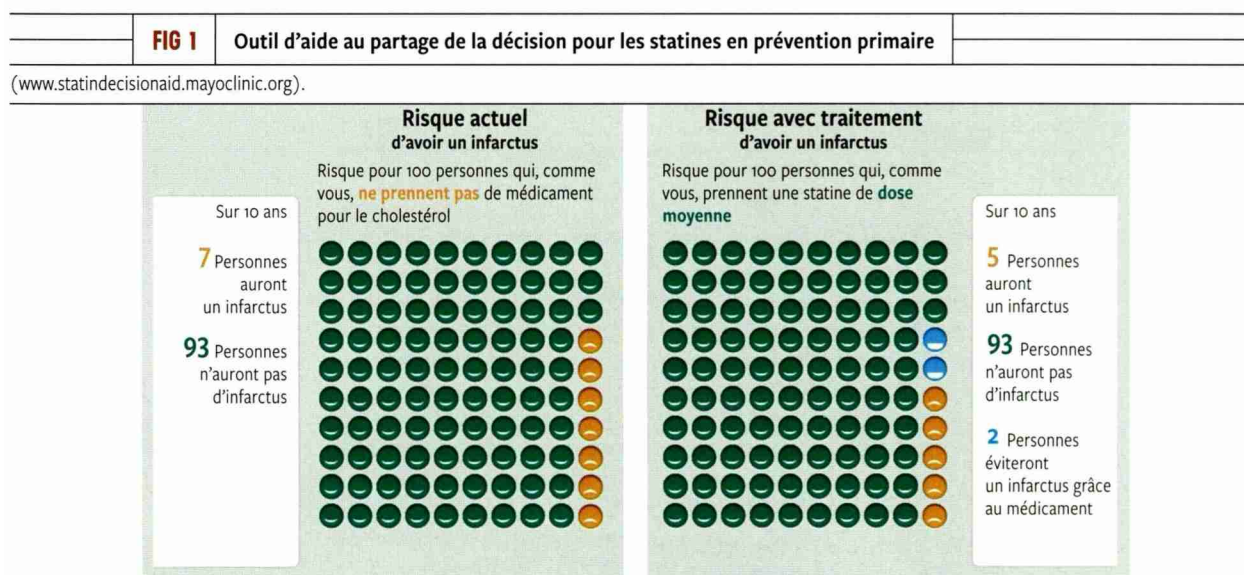


doivent être associés, si possible en utilisant des combinaisons fixes afin d'augmenter l'adhérence au traitement.

Si la pression artérielle n'est pas contrôlée malgré une triple thérapie antihypertensive à dose adéquate, il faut tout d'abord s'assurer que l'adhérence au traitement prescrit est bonne, qu'il n'y a pas de facteurs de résistance (insuffisance rénale, régime hypersodé). Une mesure sur 24 heures doit alors confirmer la présence d'une hypertension résistante. La recherche d'une hypertension secondaire est alors recommandée chez un spécialiste en hypertension.

HYPERCHOLESTÉROLÉMIE

Le lien de causalité entre le taux plasmatique de LDL-cholestérol et le développement de l'athérosclérose a bien



été établi. Tous les médicaments qui ont une efficacité pour baisser le LDL-cholestérol de plus de 20% sur le long cours ont montré un bénéfice cardiovasculaire. Ce bénéfice est proportionnel à la baisse du LDL-cholestérol obtenue en mmol/l ainsi qu'au risque cardiovasculaire avant traitement.³ Ainsi, une diminution de 2 mmol/l de LDL-cholestérol maintenue sur le long terme apportera un plus grand bénéfice qu'une diminution de 1 mmol/l. De même, initier et maintenir un traitement hypolipémiant chez un patient dont le risque cardiovasculaire est élevé, par exemple 30% à 10 ans, apportera plus de bénéfice que chez un patient à risque faible, par exemple 7% à 10 ans. En prévention primaire, il est ainsi possible d'utiliser un outil de partage de la décision avec le

patient pour aider à comprendre ses valeurs avant de décider d'initier un traitement de statine (www.statindecisionaid.mayoclinic.org) (figure 1).

Les statines sont très efficaces pour baisser le LDL-cholestérol, disponibles à bas coût et ont un excellent profil de sécurité au long cours, avec des données scientifiques de qualité sur environ 20 ans d'observation.⁴ Les statines de dernière génération, comme l'atorvastatine ou la rosuvastatine ont des longues durées d'action et peuvent être prises le soir ou le matin. L'objectif est de renforcer l'adhérence au traitement en améliorant la facilité de prise du traitement.



Ainsi les statines doivent être utilisées en première ligne en cas d'hypercholestérolémie ou de dyslipidémie mixte (tableau 2).

TABAGISME

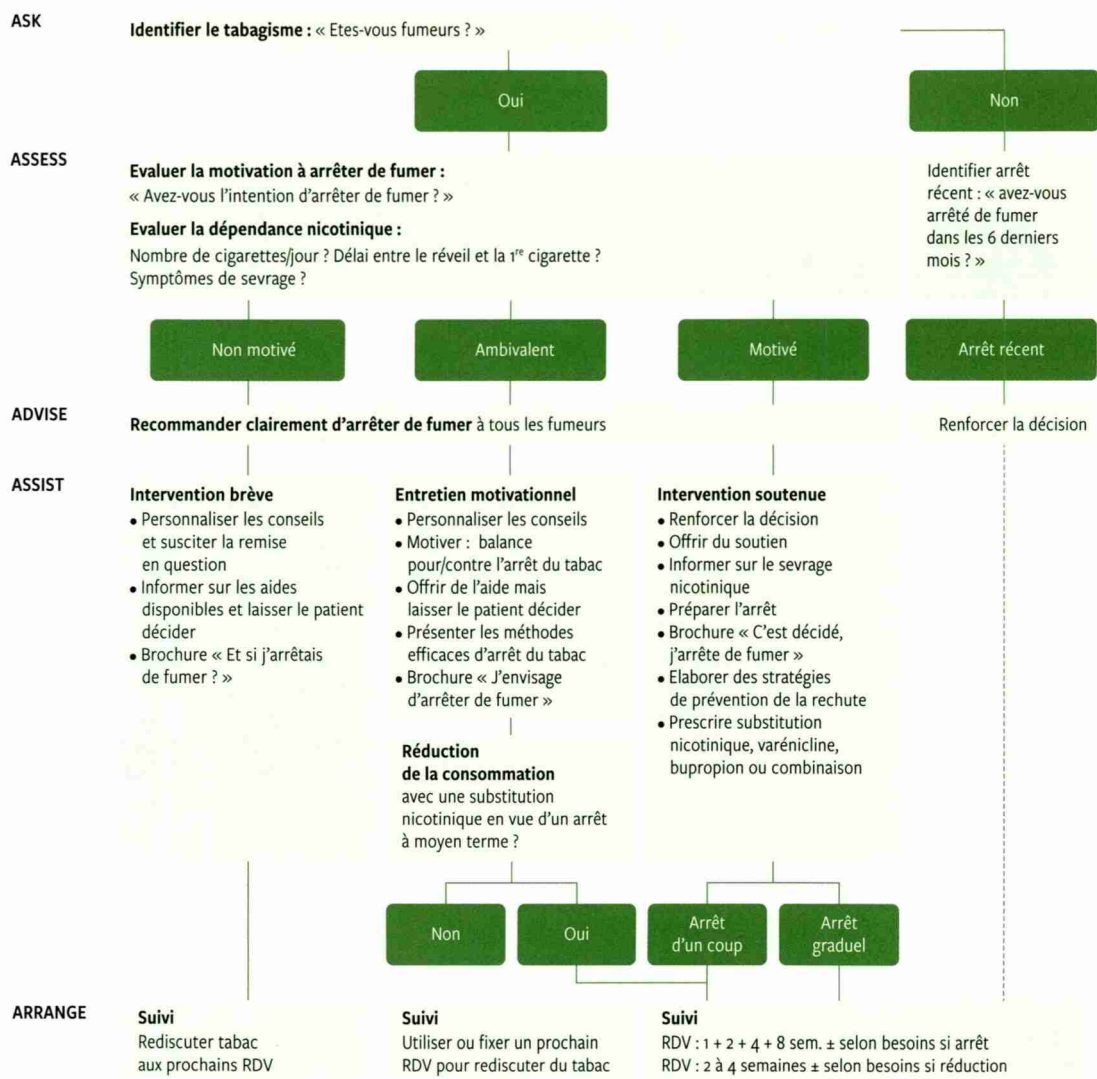
Le tabagisme concerne 25% de la population de 15 ans et plus et représente l'un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire.⁵ Sur les 9000 décès annuels attribuables au tabac en Suisse, 39% sont d'origine cardiovasculaire.⁶ Parmi les nombreux bénéfices de l'arrêt du tabac, la diminution du risque de développer une pathologie cardiovasculaire est l'un des plus précoces, avec un risque d'événement coronarien réduit de moitié déjà après deux ans d'arrêt.⁷

Différentes interventions permettent d'augmenter significativement les chances d'arrêt du tabac, notamment par le conseil médical et les traitements pharmacologiques, tels que la substitution nicotinique, la varénicline ou le bupropion. Ces interventions permettent de doubler, voire tripler les chances de succès.⁸ Le document du programme national d'arrêt du tabagisme destiné aux médecins propose un algorithme de prise en charge du patient fumeur se basant sur le modèle des 5 A (Ask, Assess, Advise, Assist, Arrange) (figure 2).⁹ L'objectif est de conseiller le patient de manière

TABLEAU 2 Principaux médicaments hypolipémiants pour le LDL-cholestérol				
PCSK9: proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9.				
Année de mise sur le marché	Classe	Efficacité de la baisse du LDL-cholestérol	Bénéfices cardiovasculaires démontrés	Prix minimum par année de traitement, selon le Compendium
1988 (simvastatine)	Statines • Rosuvastatine • Atorvastatine • Simvastatine • Pitavastatine • Pravastatine	50% 50% 40% 40% 30%	Prévention primaire et secondaire	280.- CHF (générique)
2003	Ezétimibe	20% (en plus des statines)	Prévention secondaire	310.- CHF (générique)
2016	Inhibiteurs de la PCSK9 • Evolocumab • Alirocumab	60% (en plus des statines)	Prévention secondaire	6700.- CHF Limitations asséculogiques



FIG 2 Prise en charge du patient fumeur



(Selon réf. 9, avec autorisation de reproduction).



personnalisée après avoir évalué sa dépendance au tabac ainsi que sa motivation et les éventuels obstacles à l'arrêt. Selon la situation, une phase de réduction de la consommation, soutenue par une substitution nicotinique, peut être proposée, mais l'arrêt complet reste l'objectif visé.

Bien que la majorité des ex-fumeurs rapportent avoir arrêté de fumer sans aide, les chances de succès sont supérieures avec une aide médicale. Une consultation spécialisée de tabacologie, comme proposée par la Policlinique médicale universitaire à Lausanne, est plus particulièrement indiquée lors de difficultés à arrêter de fumer, de dépendance importante, de maladie due au tabac ou de trouble psychique.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

La pratique d'une activité physique régulière a des effets bénéfiques puissants sur la prévention des maladies cardiovasculaires.¹⁰ Pour promouvoir l'activité physique auprès de la population, le médecin de famille a un rôle central.^{11,12} La formation des médecins à encourager et accompagner la reprise ou l'intensification d'une activité physique est organisée dans le canton de Vaud via le programme PAPRICA – Promotion de l'activité physique au cabinet médical, www.paprica.ch.

Dépister la sédentarité est l'étape-clé initiale. Les recommandations sur la quantité d'activité physique bénéfique pour la santé sont résumées dans la **figure 3**. Des outils utiles pour discuter de l'activité physique en consultation sont proposés dans le **tableau 3**.¹³ Ces différents outils et mesures sont efficaces et doivent être adaptés à chaque patient. Il est important de prévoir un suivi en adoptant une approche motivationnelle, en discutant des barrières et en fixant des objectifs réalisables. Un maximum de bénéfice de santé est obtenu avec une activité physique régulière, durable et qui procure du plaisir.¹⁴

Certains patients apprécient une supervision pour les accompagner et les motiver dans une activité physique adaptée. Les spécialistes en activité physique adaptée, appelés spécialistes en APA, sont titulaires d'une maîtrise universitaire en sciences du mouvement et du sport, et sont formés dans l'objectif d'accompagner la reprise ou l'intensification d'une activité physique. Dans le canton de Vaud, le programme « Pas à Pas » met à disposition gratuitement 3 spécialistes en APA basés sur les 4 espaces préventions de Promotion Santé Vaud, soit Lausanne, Vevey, Yverdon-les-Bains et Morges. Chaque médecin peut référer un patient en remplissant un simple bon de délégation, disponible sur le site www.ca-marche.ch/projet/

pas-à-pas. Le patient est ensuite convoqué par téléphone pour un premier entretien puis un rapport est envoyé au médecin référent. En outre, une consultation spécialisée de conseils en activité physique est possible au centre de médecine du sport du CHUV. Cette consultation a pour objectif de planifier une activité physique de manière personnalisée chez des patients présentant des comorbidités médicales ou des limitations de la mobilité.

ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE

Une alimentation saine et équilibrée a une influence capitale sur le risque cardiovasculaire, indépendamment de la perte de poids. A ce jour, il n'a pas été établi que les régimes pauvres en graisses permettaient de réduire le risque cardiovasculaire.¹⁵ Au contraire, une alimentation de type méditerranéen, riche en graisses végétales de type polyinsaturé, a montré dans plusieurs études observationnelles et essais randomisés un effet bénéfique pour réduire le risque cardiovasculaire, sans prise de poids au long cours.¹⁶ Outre l'huile d'olive, l'alimentation de type méditerranéen est composée d'un apport élevé de légumes, de fruits, de noix et de céréales complètes, d'une consommation modérée en volaille et en poisson et d'un apport plus faible en produits laitiers, viande rouge et produits sucrés, ainsi que d'une consommation modérée en vin rouge. La mesure régulière du poids au cabinet doit permettre d'accompagner les patients qui ne présentent pas encore de surcharge pondérale marquée et de leur suggérer des conseils diététiques et comportementaux afin de prévenir l'obésité.

L'obésité est associée à des complications cardiométaboliques telles que le diabète ou l'hypertriglycéridémie. Même si certains patients obèses ne présentent pas de dysfonction métabolique, ils ont un risque cardiovasculaire augmenté indépendamment de leur santé métabolique.¹⁷ La prévention de l'obésité est donc à intégrer pleinement dans la prévention cardiovasculaire. Si une perte pondérale est souhaitée, il est important de définir avec le patient des objectifs accessibles en termes d'aménagement durable du mode de vie et de rappeler qu'une réduction de 5% du poids entraîne déjà une diminution considérable de nombreux facteurs de risque cardiovasculaire, comme par exemple la résistance à l'insuline, l'hypertriglycéridémie, ou l'élévation de la tension artérielle systolique.^{18,19}

ASPIRINE EN PRÉVENTION PRIMAIRE

Si personne ne conteste l'efficacité de l'aspirine en préven-



tion secondaire de la maladie cardiovasculaire, sa place en prévention primaire reste controversée. La modeste réduction des événements est contrebalancée par le risque de saignement. La Société européenne de cardiologie ne retient aucune indication à l'aspirine en prévention primaire et ceci même chez le patient diabétique.²⁰ Les recommandations américaines sont différentes. L'US Preventive Task Force recommande l'aspirine pour les personnes de 50-59 ans avec

FIG 3 Pyramide des recommandations en matière d'activité physique

Extrait de www.paprica.ch, avec autorisation de reproduction.

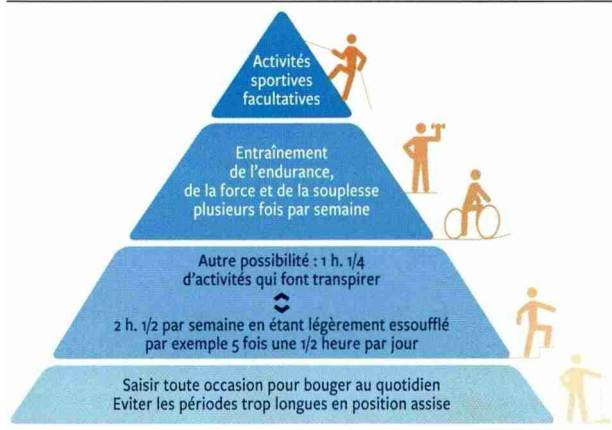


TABLEAU 3 Outils spécifiques pour encourager l'activité physique au cabinet médical

Information

- Fiches pratiques selon les pathologies
- Brochures et différents supports informatifs
- Sites web spécialisés
- Réseaux sociaux
- Littérature médicale, conférences
- Campagnes de prévention

Entretien motivationnel

- Interventions brèves
- Etablissement d'objectifs
- Discuter des barrières
- Assurer un suivi
- Implication personnelle du médecin (pratique d'une activité physique, sensibilité à la prévention santé)
- Implication de l'entourage proche du patient

Automesure, responsabilisation

- Podomètres
- Carnets de suivis hebdomadaires
- Technologies numériques (applications smartphone, rappels par sms ou email, bracelets et montres connectées, actimètres)

Prescription médicale

- Ordonnance d'activité physique
- Ordonnance de physiothérapie
- Ordonnance pour le remboursement d'un bureau «assis-debout», abonnement de fitness, aquagym, etc.

Délégation, interprofessionnalité

- Médecin du sport et de l'exercice
- Spécialiste en activité physique adaptée (APA)
- Coach sportif
- Physiothérapeute
- Infirmière spécialisée

un risque d'événement cardiovasculaire à 10 ans de $\geq 10\%$ et sans risque accru de saignement.²¹ L'indication doit être individualisée pour la même population âgée de 60-69 ans. Une réduction du risque de cancer colorectal est également mise en avant. L'évidence est insuffisante chez les adultes < 50 ans ou > 70 ans. Pour les patients diabétiques, l'aspirine est recommandée en cas de risque d'événement cardiovasculaire $\geq 5\%$ à 10 ans.²² Les facteurs de risque de saignement sont l'âge, le sexe masculin, les ulcères gastriques, la prise d'anti-coagulation ou d'AINS et l'hypertension artérielle. La dose d'aspirine recommandée se situe entre 75 et 162 mg/jour. En pratique, elle est de 100 mg/jour en Suisse.

Devant ces divergences d'opinion, la tâche du clinicien est délicate. La prise en charge devrait être individualisée, en tenant compte du risque de saignement, pour les patients entre 50 et 69 ans présentant un risque cardiovasculaire augmenté et qui sont désireux de prendre de l'aspirine au long cours. En dehors de ces situations, l'aspirine n'a pas sa place en prévention primaire.

CONCLUSION

Les opportunités de prévenir le risque cardiovasculaire sont quotidiennes au cabinet du praticien. Identifier les facteurs de risque cardiovasculaire, se positionner clairement par rapport aux risques et bénéfices et adopter une approche motivationnelle et d'aide à la décision pour initier des mesures médicamenteuses et non médicamenteuses sont les

trois points stratégiques efficaces. Pour accompagner ces mesures de prévention, le médecin peut référer les patients à un réseau interprofessionnel de spécialistes de l'hypertension, du cholestérol, du tabac, de l'activité physique, de l'alimentation et de la prévention cardiovasculaire.

Conflits d'intérêts: Le Dr David Nanchen déclare être investigateur pour des études cliniques sur les inhibiteurs de la PCSK9 dont les sponsors sont Amgen et Pfizer. Il déclare n'avoir reçu aucune rémunération personnelle en argent ou en nature de ces compagnies pharmaceutiques.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La décision d'initier un traitement médicamenteux antihypertenseur ou hypolipémiant en prévention primaire se base autant sur le risque cardiovasculaire estimé, que sur les valeurs de pression artérielle ou de LDL-cholestérol
- Le conseil médical et les traitements pharmacologiques (substitution nicotinique, varénicline, bupropion) permettent de doubler, voire tripler les chances de succès d'arrêt du tabac
- Un maximum de bénéfice de santé est obtenu avec une activité physique régulière, durable et qui procure du plaisir. Il est possible de référer le patient à un spécialiste en activité physique pour une approche motivationnelle personnalisée
- Une réduction de 5% du poids entraîne déjà des bénéfices cardiovasculaires
- A l'exception des patients de 50-69 ans avec un risque cardiovasculaire augmenté de plus de 10% à 10 ans, l'aspirine n'a pas d'indication en prévention primaire

1 Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension 2017, epub ahead of print.

2 Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2013;31:1281-357.

3 Chou R, Dana T, Blazina I, Daeges M, Jeanne TL. Statins for prevention of cardiovascular disease in adults: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2016;316:2008-24.

4 Ford I, Murray H, McCowan C, Packard CJ. Long-term safety and efficacy of lowering low-density lipoprotein

cholesterol with statin therapy: 20-year follow-up of West of Scotland Coronary Prevention Study. Circulation 2016;133:1073-80.

5 Gmel G, Gmel C. Monitoring suisse des addictions: consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2015. Addiction Suisse, Office fédéral de la santé publique, Suisse 2016:1-192.

6 Les décès dus au tabac en Suisse entre 1995 et 2012. Actualités, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, Suisse 2015:1-4.

7 Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ, et al. Smoking cessation and time course of decreased risks of coronary heart disease in middle-aged women. Arch Intern Med 1994;154:169-75.

8 Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, et al. Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: A review of reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2015;163:608-21.

9 * Cornuz J, Jacot-Sadowski I, Humair JP. Conseil médical aux fumeurs et

fumeuses. Document de référence pour les médecins. Vivre sans tabac. Programme national d'arrêt du tabagisme, Berne, Suisse 2015.

10 Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: A systematic review of current systematic reviews. Curr Opin Cardiol 2017;32:541-56.

11 * Berra K, Rippe J, Manson JE. Making physical activity counseling a priority in clinical practice: The time for action is now. JAMA 2015;314:2617-8.

12 Persson G, Brorsson A, Ekvall Hansson E, Troein M, Strandberg EL. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. BMC Family Practice 2013;14:128.

13 Saubade M, Norrenberg S, Besson C, Thornton J, Amati F. Une pilule pour remplacer l'activité physique? Rev Med Suisse 2015;11:1421-5.

14 Thornton JS, Fremont P, Khan K, et al. Physical activity prescription: A critical opportunity to address a modifiable risk

factor for the prevention and management of chronic disease: A position statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine. Br J Sports Med 2016;50:1109-14.

15 Howard BV, Van Horn L, Hsia J, et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease: The Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. JAMA 2006;295:655-66.

16 Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med 2013;368:1279-90.

17 Lassale C, Tzoulaki I, Moons KGM, et al. Separate and combined associations of obesity and metabolic health with coronary heart disease: A pan-European case-cohort analysis. Eur Heart J 2017, epub ahead of print.

18 Magkos F, Fraterrigo G, Yoshino J, et al. Effects of moderate and subsequent progressive weight loss on metabolic function and adipose tissue biology in humans with obesity. Cell Metab



2016;23:591-601.

19 Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et

al. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the management of overweight and obesity in adults. *Circulation* 2014;129:S102-S38.

20 ** Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et

al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016;37:2315-81.

21 Bibbins-Domingo K, Force USPST. Aspirin use for the primary prevention of cardiovascular disease and colorectal cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2016;164:836-45.

22 Fox CS, Golden SH, Anderson C, et al. Update on prevention of cardiovascular disease in adults with type 2 diabetes mellitus in light of recent evidence: A scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. *Circulation* 2015;132:691-718.

* à lire

** à lire absolument