

L'étape 2 a détecté trois groupes de patients dont le risque CV mérite une prise en charge : **BRUN (tabac isolé)**, **ROUGE (élevé)**, **ORANGE (moyen)**.  
 Dans l'étude pilote du Centre de Référence pour la prévention CV menée en 2004 en médecine générale auprès de 3.231 patients, 49% appartenaient à un de ces trois groupes à risque (brun 8%, rouge 24%, orange 17%) !

### Etape 3 : Prise en charge globale du risque CV

Nous vous proposons d'inviter ces patients à risque CV à revenir à votre consultation pour parler de leur santé et aborder la prévention CV. Voici une proposition de quelques pistes qui peuvent vous aider à rencontrer le monde du patient et à choisir ensemble UN domaine d'intervention plus vulnérable pour démarrer votre accompagnement :

- *Votre santé, c'est quoi pour vous ?*
- *Entre 0 et 10, quelle note donneriez-vous à votre santé ? Et à votre moral ?*
- *Que pensez-vous de la santé de votre cœur ou de vos artères ? Quelles en sont les conséquences sur la vie de tous les jours ?*
- *Pensez-vous utile de changer quelque chose pour votre santé ? Pourquoi ?*
- *Avez-vous un projet qui vous tient à cœur dans les mois qui viennent ?*
- *Y a-t-il des choses que vous aimeriez apprendre à faire pour votre santé ?*
- *En avez-vous parlé à vos proches ? Qu'en pensent-ils ?*
- *Ensemble, que pouvons-nous faire lors des prochaines consultations pour vous aider à améliorer votre santé ?*

A la lumière de cet entretien, vous identifiez les cibles thérapeutiques prioritaires chez lui, parmi celles qui sont le mieux validées par l'Evidence-Based Medicine (EBM) :

#### Patients à risque CV élevé

Cibles prioritaires : modes de vie et médicaments	Références EBM	Niveaux EBM
• <b>O</b> : Absence de tabagisme	1	II
• <b>M</b> : Alimentation méditerranéenne	2	I
• <b>E</b> : Exercices physiques réguliers (30 min./jour)	3	II
• <b>P</b> : Plaquettes (Aspirine,...)	4	I
• <b>C</b> : Cholestérol et plaques (Statine,...)*	5	I
• <b>A</b> : Angiotensine (IEC,...)	6	I
• <b>HbA1c &lt; 7% (si diabète type 2)</b>	7	II
• <b>Cholestérol total &lt; 190 mg/dl</b>	8	IV
• <b>LDL-Cholestérol &lt; 115 mg/dl</b>	8	IV
• <b>TA systolique &lt; 130 mm Hg</b>	9	IV
• <b>TA diastolique &lt; 85 mm Hg</b>	9	IV
• <b>BMI (Body Mass Index) &lt; 25</b>	10	IV

\* L'instauration d'un traitement par statine n'est pas recommandée en prévention primaire du haut risque CV chez les patients de 64 à 70 ans (absence d'étude), encore moins chez ceux âgés de plus de 70 ans (aucun bénéfice dans l'étude Prosper).

#### Niveaux EBM

**EBM I** : Essai randomisé : étude prospective d'intervention où la distribution aléatoire des patients rend similaires le groupe traité et le groupe non traité (ou sous traitement classique).

**EBM II** : Etude de cohorte : étude prospective d'observation dans laquelle des groupes sont identifiés comme exposés ou non à un facteur de risque, et qui compare l'incidence de la maladie dans ces groupes.

**EBM III** : Etude cas contrôles : étude rétrospective permettant d'observer si un événement clinique est associé ou non à la présence d'un facteur de risque.

**EBM IV** : Opinion d'experts.

#### Cibles du risque CV élevé (page 7) : références EBM principales :

1. Hermanson B et al. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. *N Engl J Med* 1988;319:1365-69.
2. de Lorgeril et al. Mediterranean diet, traditional risk factors and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: *Circulation* 1999;99: 779-85.
3. Blair SN et al. Changes in physical fitness and all cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995;273:1093-1098.
4. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324:71-86
5. Stein EA. Management of dyslipidaemia in the high-risk patient. *Am Heart J* 2002;144 :43-50.
6. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study investigators. Effects of an ACE inhibitor (ramipril) on CV events in high risk patients. *N Engl J Med* 2000;342:145-53.
7. Stratton IM et al. Association of glycaemia macrovascular and microvascular complications if type 2 diabetes. UKPDS 35. *BMJ* 2000; 321:405-12.
8. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint European Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2003; 24:1601-10.
9. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *JAMA* 2003; 289:2560-72.
10. Williamson DF, Thompson TJ, Thun M, et al. Intentional weight loss and mortality among overweight individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23:1499-1504.

#### Patients à risque CV moyen :

**Cibles : modes de vie et pression artérielle normale; détermination annuelle du risque CV**

- Arrêt du tabagisme
- Adoption d'une alimentation méditerranéenne
- Pratique d'une activité physique régulière (30 min/jour)
- BMI (Body Mass Index) < 25
- TA systolique < 140 mmHg
- TA diastolique < 90 mmHg

#### Patients dont le risque CV est lié au tabagisme isolé :

- Arrêt du tabagisme : principale mesure requise (voir RBP sur [www.ssmg.be](http://www.ssmg.be) : cliquer sur «Publications» et choisir les Recommandations de Bonne Pratique).  
Le risque cardiovasculaire lié au tabac disparaît 2 ans après l'arrêt du tabagisme.

#### Patients à risque CV bas :

- Conseils de modes de vie sains; déterminer le risque tous les 3 à 5 ans (échancier).

Cette brochure est consultable sur le site [www.ssmg.be](http://www.ssmg.be) et a été éditée en 2005 avec le soutien financier de la Communauté française et de compagnies pharmaceutiques :



## Comment déterminer le risque cardiovasculaire (cv) global ?

### Ces pages vous proposent

- ▶ DE DÉCOUVRIR UNE DÉMARCHE ORIGINALE, UTILE, AISÉE ET VALIDÉE,
- ▶ DE PRENDRE CONNAISSANCE DES OUTILS QUI L'ACCOMPAGNENT,
- ▶ D'INTÉGRER IMMÉDIATEMENT CES OUTILS À VOTRE PRATIQUE COURANTE.

### Pour rappel

- ▶ Les accidents CV ischémiques restent la première cause de mortalité adulte.
  - La mortalité de l'infarctus reste élevée (~35% à un mois), la plupart des décès survenant tôt, le plus souvent avant l'hospitalisation. 75 % des infarctus sont des premiers infarctus, parmi lesquels 75% surviennent chez des patients sans manifestation coronarienne préalable.
  - Les accidents cérébraux entraînent souvent de lourdes séquelles.
- ▶ Les accidents CV surviennent surtout chez les personnes présentant un cumul de facteurs de risque.
- ▶ Tous les consensus s'accordent pour affirmer que la prévention du risque CV doit être abordée de façon globale en considérant les principaux facteurs de risque facilement mesurables : tension artérielle, taux de cholestérol, tabagisme, BMI, diabète, âge, sexe et antécédents CV. Il s'agit de les aborder globalement et non plus chacun de manière séparée.

**La prévention à votre consultation est donc capitale :**  
 déterminer le risque CV global de chacun de vos patients  
 et prendre en charge en priorité ceux dont le risque CV est élevé.

**Sont à haut risque CV** les patients avec antécédent ischémique, les patients diabétiques de type 2 et les patients qui sont rouges sur la table du risque (Framingham ou Score).

Cette plaquette, inspirée d'une recherche menée à l'ESP-UCL (B. Boland et collaborateurs), est le fruit d'un consensus établi en 2003 entre les partenaires suivants :



## La prévention cardiovasculaire

### Trois étapes : dépister, déterminer et prendre en charge

1. Le dépistage des facteurs de risque CV doit être une initiative du médecin généraliste et devenir systématique.
2. La détermination du risque CV peut se faire rapidement (1-2 minutes) chez la moitié des patients, sans prise de sang ni table du risque.
3. La prise en charge du risque CV doit être globale et adaptée à chaque patient; elle est d'autant plus efficace que le risque est élevé.

Pour systématiser l'approche, une démarche essentiellement clinique vous est proposée.  
 Elle concerne tous vos patients âgés de 30 à 75 ans.

### Etape 1 : Dépister les facteurs du risque CV global

#### Une approche clinique simple : ABCDEFGH

#### A l'anamnèse :

- A (Age)**: A+ = ≥ 50 ans
- B (Briquet-tabac)**: B+ = ≥ 1 cigarette par jour (sauf si arrêté depuis 2 ans ou plus)
- C (Cholestérol)**: C+ = notion de cholestérol perturbé
- D (Diabète 2)**: D+ = diabète de type 2
- E (Evénement)**: E+ = événement ischémique personnel
- F (Famille)**: F+ = infarctus, pontage, dilatation ou mort subite précoce chez le père, la mère ou la fratrie :  
H < 55 ans, F < 65 ans

#### Lors de l'examen clinique (obésité et tension artérielle)

- G (Graisse)**: G+ = BMI > 30 ou tour de taille excessif : H ≥ 102, F ≥ 88
- H (HTA)**: H+ = hypertension traitée ou TA mesurée ≥ 140/90 mm Hg

## Etape 2 : Déterminer le risque CV global

L'étape 1 permet d'identifier chez le patient l'une des 4 situations suivantes :

### Patients B+ uniquement (tabagisme isolé)

Risque CV lié au tabac. Prémunition à toute démarche de prévention cardiovasculaire : accompagnement du fumeur vers l'arrêt du tabac.

### Patients D+ et/ou E+ : haut risque CV

- D+ : tout patient souffrant de diabète de type 2.
- E+ : tout patient ayant un antécédent ischémique personnel.

**RCV toujours élevé : prise en charge énergique (voir cibles thérapeutiques page 7).**

Deux autres maladies, assez rares, demandent des traitements spécifiques, en collaboration avec un médecin spécialiste : l'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (FHfz) = cholestérol total > 320 mg/dl ou cholestérol-LDL > 240 mg/dl, confirmé. L'hypertension artérielle sévère = pression artérielle  $\geq 180/110$  mmHg, confirmée.

### Patients A+ et/ou C+ et/ou F+ et/ou G+ et/ou H+ : risque à préciser

- A+ : tout patient âgé de 50 ans et plus (homme ou femme).
- C+ : notion (à l'anamnèse) d'anomalie du cholestérol (LDL OU HDL).
- F+ : antécédent cardiovasculaire familial précoce (< 55 ans H; < 65 ans F).
- G+ : tout patient ayant un BMI > 30 et/ou tour de taille > 102 cm (homme) et > 88 cm (femme).
- H+ : tout patient hypertendu (= hypertension traitée ou TA mesurée  $\geq 140/90$  mmHg).

**RCV à déterminer à l'aide des tables de risque (pages 5 et 6):**

Selon Framingham, le risque élevé est classiquement défini par une probabilité d'accident coronarien mortel ou non de 20% ou plus à 10 ans.

La récente étude Score qui considère la probabilité de **décéder** d'un accident cardiovasculaire ischémique (cardiaque ou cérébral) dans les dix années à venir, définit les risques de mortalité CV comme suit : risque élevé  $\geq 5\%$ , risque modéré 2-4 %, et risque bas 0-1%.

### Patients (-) pour tout (ABCDEFGH) : risque CV bas

- tous les patients négatifs pour les facteurs de risque cités.

**RCV bas : conseils de modes de vie sains; prochaine détermination après 3 à 5 ans (à noter dans un échéancier).**

Patients B+ uniquement :  
risque CV lié au tabac

Patients D+ et/ou E+ :  
risque CV élevé

Patients avec autre(s) facteur(s) de risque (A+,C+,F+,G+,H+):  
risque CV à préciser

Prise de sang : rapport Cholestérol total/Cholestérol HDL (si à jeun : TG, LDL-cho, Glycémie)

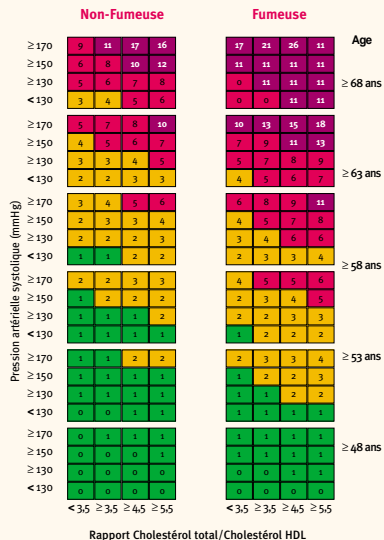
Préciser le risque de décès CV à 10 ans à l'aide des tables Score (voir pages 5 et 6).

Risque CV élevé  $\geq 5\%$

Risque CV moyen 2-4 %

Risque CV bas 0-1 %

## Femmes



## Tables du risque de décès CV à 10 ans

Score Belgium  
© 2004 ESC

Risque à 10 ans de décès cardiovasculaire

