

Journée SSMG

par le Dr Moens • Médecin généraliste • 5380 Fernelmont

Cardiologie

Sainte-Ode, 20 mai 2006

Enquête luxembourgeoise sur la prévention secondaire des coronaropathies

Des médecins de la province du Luxembourg avaient participé en 1997 à une enquête concernant la prévention secondaire des coronaropathies. Il ne s'agissait pas d'une étude statistique mais bien d'une photographie instantanée d'une situation dont l'actualisation est présentée.

Un groupe de vingt-trois médecins généralistes, ayant en moyenne environ 20 ans de pratique, a suivi 433 patients (71 % d'hommes) dont l'âge moyen était de 70.7 ans. Quatre médecins ont recueilli les données au moyen d'un programme informatique, les autres suivant la consultation et pour certains de mémoire.

On constate que la population coronarienne vieillit par rapport à 1997: la tranche des plus de 75 ans augmente, surtout pour les femmes. Pour ce qui est de la prévalence de l'infarctus, on assiste à une hausse surtout chez les femmes, d'autant plus marquée qu'elles sont jeunes.

En ce qui concerne le tabagisme, on note une nette aggravation chez les femmes à tout âge, une aggravation légère chez les hommes de moins de 65 ans, mais surtout un tabagisme plus actif dans la tranche la moins âgée.

Le nombre de patients sous hypocholestérolémiants augmente, les médicaments employés sont les statines et dans une proportion nettement plus faible, les fibrates. 1 patient sur 5 n'a pas de traitement hypolipémiant.

L'augmentation constatée du nombre de diabétiques doit être interprétée en fonction du fait que le taux de glycémie "normal" a été abaissé.

Pour ce qui est du traitement préventif, plus de la moitié des patients reçoivent trois médicaments et près d'un tiers en prennent deux. 1.9% des patients coronariens ne reçoit aucun traitement préventif!

D'après l'exposé du Dr GUEUNING, médecin généraliste, SSMG

Les grandes lignes de "MONICA"

Le registre luxembourgeois de l'infarctus reprend les résidents belges de 25 à 74 ans. Il est alimenté par les cahiers d'admission dans les services d'urgence et dans les soins intensifs, par les certificats de décès, par les renseignements recueillis auprès des médecins traitants et aussi par l'examen des dossiers cliniques de la province et hors province. Les informations sur les événements coronariens sont standardisées suivant les critères "MONICA^(a)" de l'OMS.

On constate, sur la période considérée, une diminution de moitié du taux d'attaque de l'infarctus, ainsi qu'une diminution de plus de la moitié du taux d'incidence du premier événement coronarien, et ce pour l'ensemble de la population sauf dans la tranche d'âge de 35 à 54 ans. L'incidence de la coronaropathie est inchangée mais la lourdeur de la pathologie diminue.

Le premier événement aigu reste fatal dans 50% des cas et dans l'heure pour beaucoup, mais la mortalité des patients arrivant à l'hôpital diminue (de 20 à 14%) grâce à l'évolution de la prise en charge. En effet, le nombre de thrombolyse augmente, ainsi que le nombre d'angioplasties transluminales et de pontages coronaires.

La proportion de patients présentant un infarctus et reconnus comme diabétiques a augmenté.

D'après l'exposé du Pr. E. SCHROEDER Cliniques universitaires Mont-Godinne

(a) MONICA: Multinational MONitoring of trends and determinants in CArdiovascular disease

Impact de la prévention secondaire au long terme

La création d'unités hospitalières de soins cardiaques intensifs, les progrès de la thrombolyse et de la coronaroplastie, l'effet des statines, de l'ASA et des IEC, ainsi que l'amélioration des techniques de défibrillation et du traitement de l'insuffisance ventriculaire gauche ont entraîné une réduction de la mortalité de l'infarctus du myocarde. Les mesures de prévention secondaire telles que l'interruption du tabagisme, la promotion de l'activité physique, l'amélioration des habitudes alimentaires (cholestérol total à moins de 190 mg/dl et LDL à moins de 115 mg/dl) et enfin l'abaissement de la TA sous 140/90 mg/dl ont montré leur efficacité. Chez les diabétiques, il faut viser des valeurs plus basses.

La mortalité par infarctus est réduite de 36% par l'interruption du tabagisme et de 27% par l'activité physique. La restriction des acides gras saturés et la prise de fruits et légumes sont justifiées. L'efficacité des oméga-3 et des antioxydants n'est pas prouvée. L'obésité augmente le risque, le diabète aussi. Le traitement de l'hypertension n'a pas d'effet significatif sur la mortalité cardiaque mais réduit le risque d'AVC.

Le clopidogrel a un effet favorable en post thrombolyse. L'association AAS-clopidogrel a un intérêt discutable. Les statines ont un effet spectaculaire surtout pour diminuer la mortalité. Les β -bloquants présentent un effet cardio-protecteur. L'action du captopril, comparable à celle du valsartan en post-infarctus, serait appréciable s'il y a hypertension mais les preuves manquent.

La revascularisation a un impact important en aigu mais en chronique l'effet n'est marqué que sur les symptômes.

D'après l'exposé du Pr. V. LEGRAND ULg cardiologie

Prévention secondaire Table ronde

On constate une évolution favorable de la prise en charge du risque cardio-vasculaire : diminution de moitié de la mortalité à long terme, mais la mortalité immédiate reste élevée. Les médecins et le public ont pris conscience des facteurs de risque que le médecin aide à corriger, les patients consultent plus tôt, on va plus loin dans les mises au point et on dispose de médicaments efficaces mais le tabagisme persiste. Son arrêt exige un changement de comportement. Les patients n'y sont pas toujours prêts soit qu'ils estiment que cela diminuerait leur qualité de vie, soit qu'ils ne croient pas en l'efficacité de la mesure, ni en l'efficacité des traitements anti-tabac. Le médecin peut tenter de convaincre le patient de modifier son comportement par un discours de persuasion mais tout en respectant le choix de vie de la personne. Analyser avec elle la place et les avantages mais aussi les dangers du produit peut permettre un début de motivation. Il ne convient pas de parler de patchs alors que le patient en est encore à soupeser le rapport "coût-bénéfice" de l'abstention. C'est le moment d'aider le patient à croire en ses propres ressources. Lui inspirer la peur d'une récurrence peut avoir un effet positif au début mais il sera vite découragé, il dira "oui" et fera "non".

Les personnes stressées "type A" (= pas assez de 24h par journée, irritables, hostiles et en surinvestissement professionnel) feraient deux fois plus d'infarctus mais seraient plus nombreuses parmi les survivants parce qu'elles ont de grandes facultés d'adaptation, suivent les programmes de rééducation, corrigent les facteurs de risque et ont une motivation plus solide. Il ne faut évidemment pas rendre ces personnes apathiques mais il convient de les aider à canaliser leur énergie.

D'après les Prs BOLAND, LEGRAND, SCHROEDER,
Dr JM LEGNIÈRES

Les tables d'évaluation du risque

Les points de repère changent continuellement : tant les valeurs critiques pour le tour de taille, que celles choisies pour l'évaluation du risque, ou bien encore celles exigées pour rentrer dans les critères de remboursement... En outre, l'ou-

til "table d'évaluation" présente des déficiences : erreurs d'impression, graduations difficiles à lire, e.a.

Une hypertension même traitée avec succès reste un facteur de risque mais pas un tabagisme stoppé depuis plus de deux ans.

Un document validé sur la prise en charge du régime hypocholestérolémiant devrait être élaboré afin d'éviter ambiguïtés et contradictions.

D'après l'exposé du Dr M. WOUTERS, médecin généraliste, SSMG

Approche de l'évaluation du risque

On propose une stratégie originale, aisée et validée de dépistage du risque cardiovasculaire chez les patients de 30 à 75 ans, basée sur un interrogatoire rapide comportant huit points. L'Âge, le tabagisme (Briquet), le Cholestérol, le Diabète type 2, les Événements cardiovasculaires personnels, les antécédents Familiaux, le BMI (Graisses) et enfin l'existence d'une Hypertension sont tour à tour pris en compte. En fonction des réponses, on détermine 4 groupes de patients : les patients dont le seul risque est le tabagisme (risque "brun" : 8%), ceux présentant un risque élevé d'emblée ("rouge" : 18%), ceux à risque faible ("vert" : 22%) et enfin environ 52% des patients ("mauves") dont le risque — intermédiaire — sera à préciser par la biologie clinique et à l'aide des tables de risque lesquelles ne sont d'ailleurs indiquées que pour ce groupe. Une fois le niveau de risque établi, les possibilités de sa gestion sont expliquées lors d'un "entretien-santé" : redresser des croyances erronées concernant les maladies cardiovasculaires et promouvoir les bonnes attitudes concernant le tabagisme, la sédentarité et l'excès pondéral.

Si le risque est bas, la poursuite d'un mode de vie sain est encouragée.

Si le risque est moyen, six objectifs sont fixés : la suppression du tabac, l'alimentation méditerranéenne, l'exercice physique, l'obtention d'un poids "normal" ($BMI < 25 \text{ kg/m}^2$) et d'une tension artérielle inférieure à 140/90 mmHg.

Si le risque est élevé, les cibles sont, en plus des précédentes, (mais avec une tension plus basse à 130/85 mmHg) l'inhibition des plaquettes et de l'angiotensine, l'abaissement du cholestérol sous 190 mmHg et des LDL sous 115 mmHg et pour le diabétique, une HbA1c inférieure à 7%.

La prévention cardiovasculaire est une mission du médecin généraliste. L'approche

clinique comprend le dépistage des facteurs de risque (de "A" à "H") et leur prise en charge de manière individualisée en se fixant des objectifs réalistes. Le traitement sera adapté au niveau du risque et des objectifs prioritaires du patient.

D'après l'exposé du Pr BOLAND St Luc Bruxelles

Prévention primaire Table ronde

Une **créatinine augmentée après 75 ans** n'est pas un facteur mais bien un marqueur du risque. L'insuffisance rénale accroît la mortalité à tous les stades de la cardiopathie. L'**apnée du sommeil** est aussi un marqueur, mais l'hypo-oxygénation a un impact sur le risque d'infarctus. En **prévention primaire**, l'aspirine, les statines, les α -bloquants, les IEC et les inhibiteurs des canaux calciques apportent un bénéfice même chez les patients de plus de 75 ans.

Quand référer un patient au cardiologue ? S'il se pose une question technique précise et en tout cas s'il y a soupçon d'insuffisance ventriculaire gauche. Il est évident qu'il doit y avoir harmonie totale du discours entre le généraliste et le cardiologue.

Il est à remarquer qu'au fil du temps les points de repère changent : BMI, tour de taille... les valeurs requises pour le remboursement, etc. Les différentes tables ne s'accordent pas sur l'évaluation du risque.

Les mesures préconisées en prévention secondaire sont également d'application en prévention primaire mais elles sont moins efficaces : quand le risque cardiovasculaire est faible, le risque d'effet secondaire de l'aspirine doit évidemment entrer en ligne de compte. **La prévention doit être individualisée.** Beaucoup de Belges sont dans le "rouge" (diabète et antécédents personnels cardiovasculaires) et sont sous-traités.

À part l'hypercholestérolémie familiale, aucun **facteur génétique** n'a fait la preuve de son existence. Il s'agit surtout d'hérédité environnementale mais de toute façon la cause est toujours multifactorielle.

Comment augmenter le taux d'HDL ? Il n'y a pas de traitement médicamenteux. On peut conseiller la pratique d'une activité physique régulière, une diminution du poids, deux verres de vin quotidiens, peut être des fibrates.

Continuer le traitement préventif ad vitam ? Il convient de vérifier l'indication de départ, il n'y a aucun bénéfice artériel de commencer des statines après 70 ans, et pas de raison d'arrêter si le traitement a été initié avant cet âge.

D'après les Prs BOLAND, LEGRAND et SCHROEDER,
Dr LAPERCHE CUMG UCL FM, Dr GUEUNING SSMG