

Athérome

Généralités

- Première cause de mortalité dans le monde
- Facteurs de risque cardiovasculaire : âge, sexe masculin, tabac, HTA, diabète, dyslipidémie, hérédité coronarienne

Physiopathologie : Cf. l'item 334 Syndrome coronaire aigu

Localisation : flux artériel turbulent = ostium, bifurcation, zone de contrainte mécanique

- Plaque carotidienne (AVC)
- Plaques coronaires (SCA)
- Aorte (AVC, anévrisme)
- Artères rénales (HTA, IRC)
- Artères des membres inférieurs (AOMI)

Évolution naturelle : développement précoce de l'athérome dès l'enfance, évolution naturelle = aggravation et développement des plaques avec rétrécissement de la lumière artérielle causant des accidents silencieux ou cliniquement parlants (AVC, SCA, etc.)

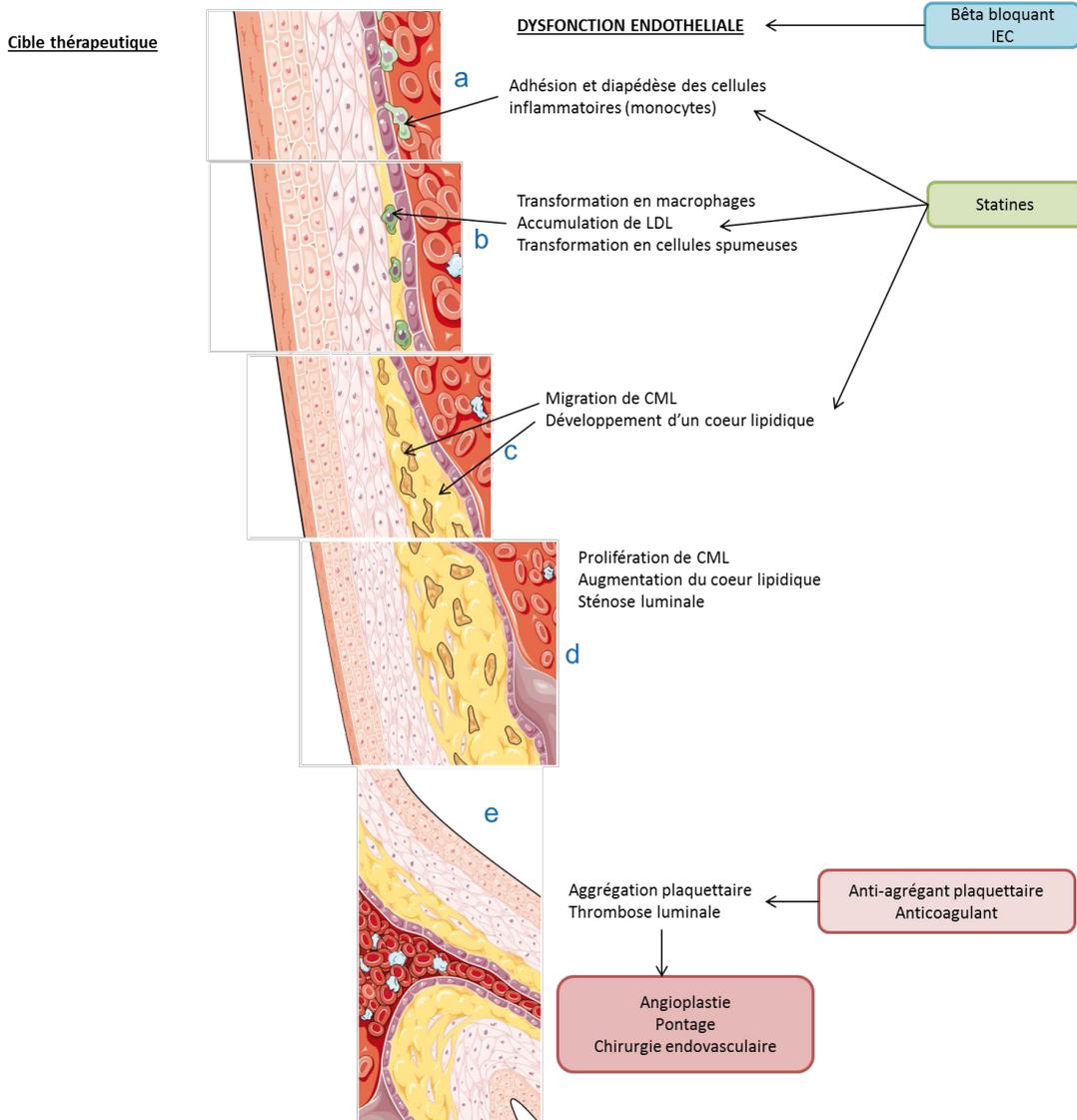
Thérapeutique

- Prévenir le développement de l'athérome
 - Jouer sur la dysfonction endothéliale : contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire
 - Diminuer l'accumulation des LDL : régime alimentaire, statines, autres hypolipémiants
 - Stabiliser et faire régresser les plaques : statines
 - Diminuer l'inflammation et le risque de thrombose : aspirine
 - Diminuer les contraintes mécaniques : antihypertenseurs, IEC, bêta bloquants
- Diminuer l'extension de thrombose : anti-agrégant plaquettaire, anticoagulation
- Prendre en charge le retentissement des sténoses : traitement de la coronaropathie stable, de l'ischémie, des sténoses des artères rénales, de l'AOMI
- Prendre en charge les complications cardiovasculaires : SCA, AVC, dissection aortique, etc.
- Traiter les lésions athéromateuses menaçantes : angioplastie ou pontage coronaire, chirurgie carotidienne, chirurgie des anévrismes, angioplastie ou pontage des membres inférieurs

Bilan

- Clinique systématique de tous les territoires
- ECG
- Index de pression systolique
- Examens complémentaires en fonction de la clinique, du risque cardiovasculaire

Plaque d'athérosclérose



Facteurs de risque cardiovasculaire

Définition : élément clinique ou biologique dont la présence ou l'augmentation majeure systématiquement la morbi-mortalité cardiovasculaire

À ne pas confondre avec les marqueurs de risque qui sont des facteurs de gravité sans influence statistique sur l'évolution de la maladie

En le supprimant ou le diminuant, il en résulte une baisse de l'incidence de la maladie cardiovasculaire ou de ses complications.

Estimer le risque cardiovasculaire total

- Prendre en compte tous les facteurs de risque (Score de Framingham cf. schéma)
- **Quand ?** l'évaluation systématique du risque CV est recommandé pour tout individu à risque CV (ATCD familiaux, facteurs de risque majeurs tels que diabète, HTA, tabac, dyslipidémie) ou présentant des comorbidités augmentant le risque CV, tous les 5 ans. Cette évaluation n'est pas recommandée en dessous de 40 ans pour les hommes et 50 ans pour les femmes
- **Comment ?** Framingham SCORE ++ recommandé pour les adultes > 40 ans sauf s'ils sont automatiquement catégorisés à haut risque ou très haut risque (maladie cardiovasculaire documentée, diabète > 40 ans d'âge, insuffisance rénale chronique)
 - ▶ Faible risque / risque modéré : < 5 %
 - ▶ Haut risque : entre 5 et 10 %
 - ▶ Très haut risque : plus de 10 %
- **Qui ?**
 - ▶ Âge < 50 ans, haut risque CV
 - ▶ Âge < 50 ans, HTA ou cholestérol > 8 mmol/L
 - ▶ Âge < 50 ans, ATCD familiaux
 - ▶ Âge > 65 ans : rechercher HTA, diabète, dyslipidémie
 - ▶ Sexe féminin, ATCD de pré-éclampsie et/ou d'HTA gravidique ou de syndrome des ovaires polykystiques
 - ▶ Asie du Sud x 1.4, Afrique sub-saharienne x 1.3, Asie de l'Ouest x 1.2, Afrique du Nord x 0.9, Asie de l'Est ou Sud Amérique x 0.7
- Patients à haut risque cardiovasculaire : maladie cardiovasculaire avérée, diabète, insuffisance rénale, hypercholestérolémie familiale, patients considérés comme à haut risque du fait de multiples facteurs de risque.
- Patients à bas risque cardiovasculaire : ceux ne répondant pas aux critères ci-dessus.

Facteurs de risque et objectif thérapeutique

- **Tabac** : arrêt total de l'exposition
- **Régime** : pauvre en acides gras saturés, riche en grain complet, légumes, fruits et poissons
- **Activité physique** : au moins 150 minutes par semaine : 30 minutes par jour pendant 5 jours d'exercice modéré aérobie ou 75 minutes par semaine : 15 minutes par jour pendant 5 jours d'exercice intense aérobie
- **Poids** : IMC 20-25kg/m², tour de taille < 94 cm chez l'homme, < 80 cm chez la femme
- **TA < 140-90 mmHg**, apport limité à 6 g/j de sel, activité physique, diminution de l'alcool
- **Lipides** :
 - ▶ LDL = cible principale : très haut risque < 1.8 mmol/L (0,7 g/L), haut risque < 2.6 mmol/L (1 g/L), bas à risque modéré < 3 mmol/L (1.2g/L)
 - ▶ HDL : pas d'objectif mais > 1 mmol/L chez l'homme et > 1.2 mmol/L chez la femme = diminution du risque
 - ▶ Triglycérides : pas d'objectif mais < 1.7 mmol/L = diminution du risque
- **Diabète** : HbA1c < 7 %
- **Antécédents familiaux** : il est recommandé d'évaluer les antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce (événement ischémique fatal ou non fatal et/ou diagnostic établi de maladie cardiovasculaire chez un parent du premier degré < 55 ans chez les patients de sexe masculin ou < 65 ans chez les patients de sexe féminin). Pas de test ADN recommandé.

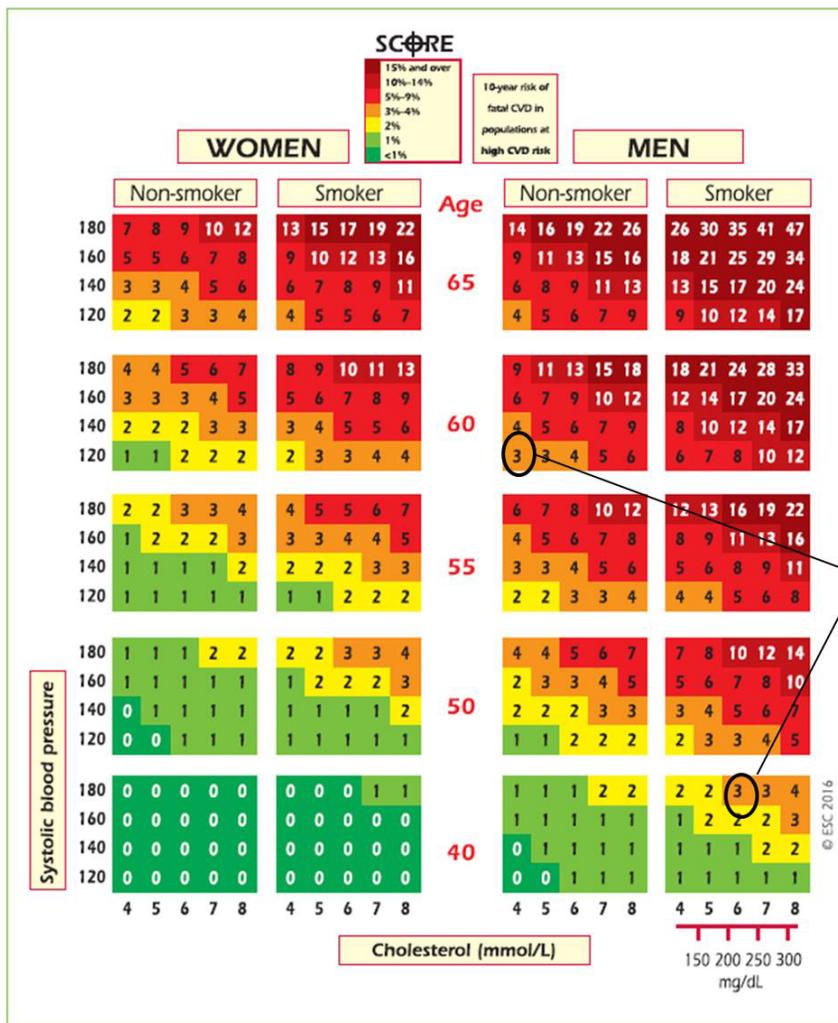
Marqueurs de risque et objectif thérapeutique

- **Facteurs de risque psychologique** : consultation spécialisée ou questionnaire standardisé pour dépister des barrières dans le mode de vie empêchant la correction des FDRCV
 - ▶ Niveau socioéconomique bas (niveau d'éducation bas, revenu bas, bas échelon au travail, lieu de vie dans une zone pauvre)
 - ▶ Facteurs de stress aigu mentaux (événement de vie négatif)
 - ▶ Stress chronique au travail
 - ▶ Dépression, état de stress post traumatique, anxiété, hostilité
- **Excès d'alcool**
- **Surpoids**
- **CRP, fibrinogène, homocystéinémie**

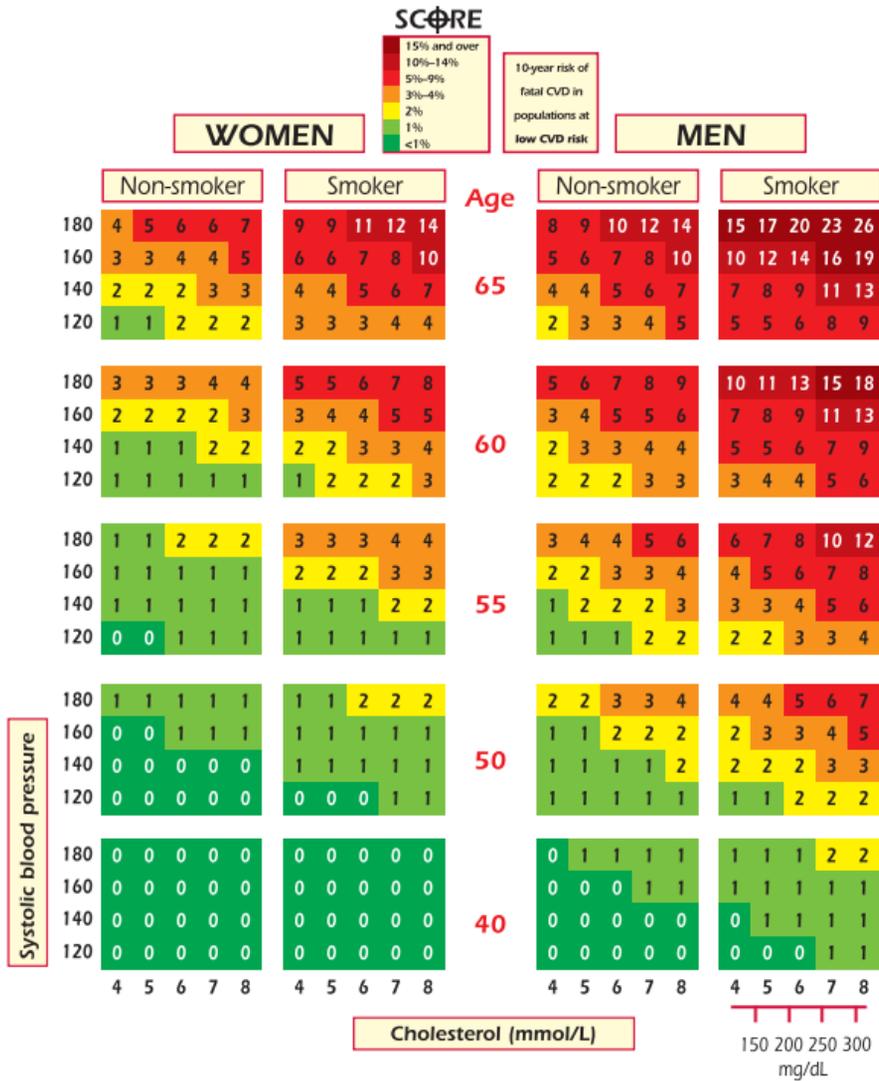
Pas d'examen biologique ni d'imagerie systématique dans l'évaluation du risque cardiovasculaire

Comorbidités affectant les maladies cardiovasculaires

- Insuffisance rénale chronique (x 3 quand DFG < 15 ml/min)
- Grippe : la vaccination annuelle doit être considérée
- Maladie buccodentaire : consultation dentaire annuelle
- Cancer : augmentation du risque CV après chimiothérapie ou radiothérapie
- Maladies auto-immunes : rhumatisme articulaire x 1.5 risque CV, toute maladie auto-immune
- SAS obstructif : association avec HTA, coronaropathie, FA, AVC et insuffisance cardiaque
- Dysfonction érectile : associée avec coronaropathie asymptomatique
- Traitement antirétroviral contre le VIH
- Score de Framingham pour les sujets à haut risque cardiovasculaire
- Score de Framingham pour les sujets à bas risque cardiovasculaire



Score de Framingham pour les sujets à haut risque cardiovasculaire



Score de Framingham pour les sujets à bas risque cardiovasculaire

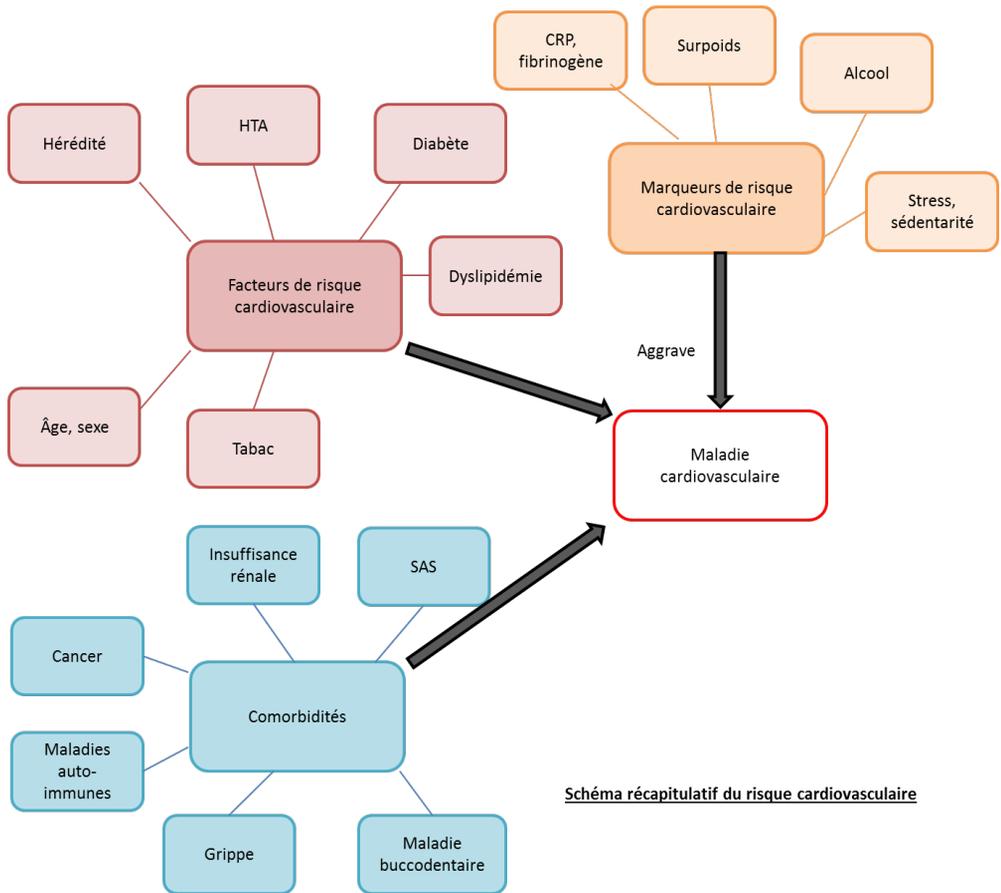


Schéma récapitulatif du risque cardiovasculaire

Dyslipidémie / généralités

Diagnostic d'une dyslipidémie : bilan d'anomalie lipidique

- Cholestérol total < 1,5 g/L
- Triglycérides < 1,5 g/L
- LDLc < 1,6 g/L
- HDLc > 0,4 g/L

Anomalie lipidique

- Hypercholestérolémie pure : LDLc > 1,6 g/L
- Hypertriglycéridémie pure : triglycérides > 1,5 g/L
- Hyperlipidémie mixte : association d'une hypercholestérolémie et d'une hypertriglycéridémie
- HypoHDLémie (HDL < 0,4 g/L chez l'homme, < 0,5 g/L chez la femme)

Évaluer le risque cardiovasculaire global (score de Framingham)

- Risque très élevé :
 - ▶ Maladie cardiovasculaire attestée par un examen invasif ou non invasif (AVC, IDM, AOMI)
 - ▶ Insuffisance rénale chronique modérée à sévère
 - ▶ Diabète de type II, diabète de type I avec atteinte d'organe cible (microalbuminurie)
- Risque élevé :
 - ▶ Facteurs de risque individuels manifestement marqués tels que dyslipidémie familiale et hypertension sévère
 - ▶ Score de risque entre 5 et 10 %
- Risque modéré
 - ▶ Score de risque entre 1 et 5 %
- Faible risque
 - ▶ Score de risque < 1 %

Rechercher une cause d'hyperlipidémie secondaire

- Endocrinienne :
 - ▶ Hyperthyroïdie
 - ▶ Diabète
 - ▶ Hypercorticisme
- Médicamenteux
 - ▶ Estrogène
 - ▶ Corticoïde
 - ▶ Rétinoïde