



LES ACTUALITÉS DU CŒUR

VOL. 16 - NO. 1 / ÉTÉ 2013

ÉDITORIAL

La fin de l'année 2012 et le début de l'année 2013 ont été marquées par la publication de guides de pratique (consensus) dans trois domaines majeurs touchant les maladies cardiovasculaires : les dyslipidémies, le diabète et l'hypertension.

Il y a quelques années, l'omnipraticien pouvait faire face à des divergences importantes vis-à-vis l'utilisation des antihypertenseurs, des hypolipidémisants ou des antiplaquettaires selon les sources consultées. De nos jours, la cohérence des recommandations entre les différentes organisations est très élevée. Leurs recommandations sont extrêmement structurées, rigoureuses et respectent les critères les plus élevés quant aux preuves scientifiques.

Les recommandations canadiennes sur les dyslipidémies amènent des changements significatifs concernant le dépistage, l'évaluation (en particulier l'utilisation de biomarqueurs ou de tests non invasifs) et la décision de traitement.

Le consensus canadien sur le diabète apporte des changements importants, particulièrement dans le dépistage et le diagnostic du diabète avec l'utilisation de l'hémoglobine glyquée. De plus, la prévention cardiovasculaire y occupe une place primordiale.

Les recommandations canadiennes sur l'hypertension étant publiées annuellement, les modifications peuvent paraître moins spectaculaires. Nous les résumons en portant une attention particulièrement sur les recommandations pour les personnes âgées.

Dans tous ces consensus, l'insuffisance rénale chronique (IRC) occupe une place de plus en plus marquée. Il devient de plus en plus évident que l'IRC est un marqueur de risque cardiovasculaire très important. De plus, sa prévalence dans la pratique quotidienne a augmenté énormément dans les dernières années avec le vieillissement de la population et l'amélioration du pronostic des patients atteints de maladie coronarienne.

Bonne lecture,

Gilles Côté, M.D., Rédacteur en chef

DANS CE NUMÉRO

Page 2 Recommandations canadiennes sur les dyslipidémies (décembre 2012)

Page 6 Recommandations canadiennes 2013 sur le diabète

Page 10 Recommandations canadiennes 2013 sur l'hypertension

Page 13 Néphropathie et MCV

Page 16 Traitement non pharmacologique

Page 17 Recommandations canadiennes 2013 sur la nutrition



COMITÉ DE RÉDACTION :

Gilles Côté, M.D., Rédacteur en chef, Médecin conseil, Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent

Michel Vallée, M.D., Ph.D., Néphrologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Francine Forget Marin, Dt.P., MBA, Directrice, Affaires santé et Recherche, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

Andréane Tardif, Dt.P., M.Sc., Chargée de projets, Prévention et promotion de la santé, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

Bibliothèque nationale du Canada,
Bibliothèque nationale du Québec,
ISSN : 2291-8531

Veillez faire parvenir vos commentaires sur le bulletin et sur le site Internet de l'Alliance : santeducoeur.org à Mme Andréane Tardif : Tél. : 514 871-8038 poste 237 • Téléc. : 514 871-9385 • andreane.tardif@fmcoeur.qc.ca

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

Certains textes publiés dans ce bulletin sont des résumés de chacun des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur ni celle de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.

RECOMMANDATIONS CANADIENNES SUR LES DYSLIPIDÉMIES (DÉCEMBRE 2012)

PRINCIPAUX CHANGEMENTS PAR RAPPORT À 2009

DÉPISTAGE

Les recommandations insistent beaucoup plus que par le passé sur l'insuffisance rénale (IR). Celle-ci est associée, dans la majorité des cas, à un risque cardiovasculaire élevé, particulièrement en présence de protéinurie. Les patients avec IR doivent donc être dépistés systématiquement. Les maladies inflammatoires de l'intestin sont maintenant ajoutées à la liste des pathologies inflammatoires associées à un risque cardiovasculaire augmenté. L'anévrisme abdominal a aussi été ajouté, l'athérosclérose étant un élément primaire dans son étiologie. Par contre, pour l'anévrisme thoracique, les mécanismes sont différents et le risque doit être calculé sur la base des autres facteurs de risque. Les patients ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique présentent une incidence de maladies cardiovasculaires (MCV) élevée et devraient donc faire l'objet d'une surveillance particulière.

Le débit de filtration glomérulaire (DFG) doit être calculé, tant pour évaluer le risque cardiovasculaire que pour l'ajustement des médicaments, si un traitement pharmacologique est nécessaire.

Les individus membres des Premières Nations et ceux ayant des ancêtres de l'Asie du Sud sont à risque augmenté de MCV. On doit donc considérer un dépistage à un âge plus précoce.

INTERPRÉTATION DU BILAN LIPIDIQUE

Le taux de C-LDL demeure la cible primaire. Les cliniciens sont encouragés à se familiariser avec l'utilisation, chez certains patients, d'une des deux cibles alternatives (Apo B, C-non-HDL). Toutefois, on ne devrait pas utiliser les trois indices C-LDL, C-non-HDL et Apo B chez tous les sujets. Par contre, la protéine C-réactive (CRP) et le rapport cholestérol total/cholestérol HDL occupent beaucoup moins de place que dans les recommandations précédentes.

Cholestérol non-HDL = cholestérol total – cholestérol HDL

Le cholestérol non-HDL représente le cholestérol non associé au C-HDL. La corrélation entre le C-non-HDL et le niveau d'Apo B est excellente. C'est donc une alternative intéressante pour les milieux où l'Apo B n'est pas disponible. La valeur du C-non-HDL est facile à calculer et n'amène pas de coûts supplémentaires. Les études ont démontré que les résultats non à jeun étaient tout à fait fiables.

Chez les patients à risque élevé ou modéré (nécessitant un traitement), un C-non-HDL $\leq 2,6$ mmol/l peut constituer une cible alternative.



Chez les patients ayant un risque de Framingham corrigé pour l'histoire familiale entre 10 et 19 % (risque modéré) : avec un C-LDL $< 3,5$ mmol/l, si la valeur du C-non-HDL est $> 4,3$ mmol/l, on doit considérer une thérapie avec une statine. Un traitement devrait être considéré en présence d'un taux d'Apo B $\geq 1,2$ g/l.

Taux d'apolipoprotéines B (Apo B)

Reflète le nombre de particules athérogènes et peut prédire avec plus de précision le risque de maladies cardiovasculaires que le taux de C-LDL. Un taux de 1,20 g/l correspond environ au 75^e percentile dans la

population adulte âgée de plus de 50 ans. La mesure du taux d'Apo B peut être utilisée en substitution du taux de C-LDL, particulièrement dans les décisions de traitement et de suivi sous statines. Pour de nombreux experts, l'Apo B constitue un meilleur marqueur de risque que le taux de C-LDL et un meilleur indice de l'efficacité du traitement hypocholestérolémiant. Rappelons que le calcul du C-LDL étant beaucoup moins fiable en présence d'hypertriglycémie, la mesure de l'Apo B est particulièrement utile. **Dans les nouvelles lignes directrices, un taux d'Apo B $\leq 0,8$ g/l constitue une cible alternative pouvant être utilisée en remplacement du niveau de C-LDL.**



ÉVALUATION DU RISQUE

Le consensus insiste sur l'importance d'ajuster le risque en fonction de l'histoire familiale. Lorsque l'utilisation de l'échelle de Framingham est nécessaire pour l'évaluation du risque, le risque cardiovasculaire en pourcentage doit être doublé en présence d'une histoire familiale positive de MCV précoce chez un parent de premier degré, avant 55 ans pour l'homme et avant 65 ans chez la femme.

Risque cardiovasculaire et cibles de traitement recommandées

Inutile de calculer le risque si le patient est d'emblée à risque élevé.

Le calcul est fait en fonction de l'âge, du sexe, du tabagisme, de la pression artérielle systolique, du taux de C-total et de C-HDL. L'âge constitue le facteur de risque le plus important.

- Évaluation aux 3 à 5 ans chez les hommes entre 40 et 75 ans et chez les femmes entre 50 et 75 ans
- Réévaluer le risque devant toute évidence de changement de statut de risque (nouveau facteur de risque mis en évidence chez un patient)
- Les patients plus jeunes présentant un facteur de risque ou plus pourraient aussi bénéficier d'une évaluation du risque cardiovasculaire pour les motiver à améliorer leurs habitudes de vie.



RISQUE CARDIOVASCULAIRE ET CIBLES DE TRAITEMENT RECOMMANDÉES

	Profil du patient	Indication de traitement	Cible
Risque élevé	<ol style="list-style-type: none"> Athérosclérose démontrée Diabétiques > 40 ans, ou > 30 ans, avec diabète depuis plus de 15 ans Anévrisme de l'aorte abdominale HTA à haut risque* Framingham corrigé > 20 % Maladie rénale chronique: <ul style="list-style-type: none"> Macroalbuminurie (RAC): ≥ 30 mg/mmol (≥ 300 mg/jour) DFGe ≤ 45 ml/min/1,73 m² DFGe < 60 ml/min/1,73 m² et microalbuminurie (RAC) ≥ 3 mg/mmol (> 30 mg/jour) 	<p>Un traitement doit être considéré chez tous ces patients.</p>	<p>C-LDL $\leq 2,0$ mmol/l ou baisse du C-LDL ≥ 50 %</p> <p>Peuvent constituer une cible alternative: Apo B $\leq 0,80$ g/l ou C-non-HDL $\leq 2,6$ mmol/l</p>
Risque modéré	<p>Échelle de Framingham corrigé avec l'histoire familiale: entre 10 et 19 %</p> <p>Une évaluation avec marqueurs de 2^e ligne ou tests non invasifs pour mieux préciser le risque sont recommandés si le patient n'est pas candidat à un traitement hypolipidémiant sur la base des facteurs de risque conventionnel ou si la décision thérapeutique est incertaine.</p>	<p>C-LDL > 3,5 mmol/l</p> <p>Considérer un traitement si: Apo B $\geq 1,2$ g/l ou C-non-HDL $\geq 4,3$ mmol/l</p>	
Risque faible	<p>Échelle de Framingham corrigé avec l'histoire familiale: < 10%</p> <p>Risque entre 5 et 9%: considérer une évaluation annuelle du score de Framingham et le rapport risques/bénéfices d'un traitement pharmacologique diminuant le C-LDL.</p> <p>Considérer une évaluation avec marqueurs de 2^e ligne ou tests non invasifs: chez le sous-groupe de patients avec score de Framingham corrigé entre 5 à 9% chez qui une évaluation plus poussée peut être indiquée, par exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> Forte histoire familiale de MCV précoce Obésité abdominale Ancêtre d'origine sud-asiatique Présence d'intolérance au glucose 	<p>C-LDL > 5,0 mmol/l ou évidence d'une dyslipidémie génétique telle l'hypercholestérolémie familiale</p>	<p>Baisse du C-LDL ≥ 50 %</p>

RAC = ratio albumine sur créatinine urinaire

Le jugement clinique doit être utilisé pour déterminer le moment le plus approprié pour débuter le traitement pharmacologique chez ces patients.

***HTA à haut risque**

HTA associée à 3 des facteurs suivants:

- Homme
- > 55 ans
- Tabagisme
- HVG
- Rapport C-total/C-HDL ≥ 6 mmol/l
- Antécédents familiaux de MCV précoce
- Anomalies à l'ECG
- Microalbuminurie ou protéinurie



Patients à risqué élevé :

Le nouveau consensus éclaircit les recommandations pour les patients diabétiques. Il y a uniformisation avec le consensus canadien sur le diabète. L'insuffisance rénale occupe une place importante dans l'évaluation du risque et on rappelle les recommandations découlant de l'étude ASCOT pour identifier les hypertendus à risque particulièrement élevé.

Patients à risque modéré (intermédiaire) :**Risque calculé entre 10 et 19 % selon l'échelle de Framingham (corrigé avec l'histoire familiale).**

C'est chez les patients à risque modéré que les décisions thérapeutiques sont les plus difficiles. Une évaluation avec des marqueurs de deuxième ligne ou avec des tests non invasifs pour mieux préciser le risque est recommandée chez les patients qui ne sont pas candidats à un traitement hypolipidémiant sur la base des facteurs de risque conventionnels ou chez qui la décision thérapeutique est incertaine.

Patients à risque faible :**Risque calculé < 10 % selon l'échelle de Framingham (corrigé avec l'histoire familiale).**

Lorsque le risque est évalué entre 5 et 9 %, le consensus conseille une réévaluation annuelle du score de Framingham et une discussion du rapport risques/bénéfices d'un traitement pharmacologique visant à diminuer le C-LDL. On doit être particulièrement « agressif » dans le traitement non pharmacologique chez ce groupe de patients.

**BIOMARQUEURS OPTIONNELS ET TESTS NON INVASIFS**

Le consensus donne une grande part au jugement du clinicien quant à l'utilisation de biomarqueurs optionnels et de tests non invasifs pour mieux évaluer certains patients à risque modéré ou faible avec l'échelle de Framingham chez lesquels le clinicien pense que le risque pourrait être sous-évalué.

Il n'y a pas de données sur l'efficacité coûts/bénéfices de l'utilisation de ces tests chez des patients asymptomatiques. Choisir le test ou le biomarqueur le plus approprié pour le patient (ne pas multiplier les tests).

Biomarqueurs

- Lipoprotéines Lp(a)
- CRP
- HbA_{1c}
- Microalbuminurie

Tests non invasifs

- Épreuve d'effort
- Doppler carotidien
- Index tibio-brachial
- Quantification du score calcique (CAC)

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Une statine en monothérapie est généralement suffisante. On doit s'assurer de l'usage d'une dose optimale avant d'envisager un traitement d'association. Malheureusement, jusqu'à maintenant, les associations n'ayant pas démontré de diminution des événements cardiovasculaires, leur utilisation est restreinte. Par ailleurs, le consensus émet des recommandations claires quant au suivi des effets secondaires possibles (musculaires en particulier) et vis-à-vis de la conduite à tenir.

- Pour consulter le document de référence complet, [cliquez ici](#).



RECOMMANDATIONS CANADIENNES 2013 SUR LE DIABÈTE

DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC

Le changement le plus majeur quant au dépistage et au diagnostic concerne l'utilisation de l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}). Celle-ci servait essentiellement au suivi; maintenant, elle sera un élément dans le dépistage et le diagnostic du diabète et du prédiabète. Les recommandations sur les lipides publiées en décembre 2012 mentionnaient déjà l'utilisation de l' HbA_{1c} comme biomarqueur du risque cardiovasculaire.

Diabète: $HbA_{1c} \geq 6,5 \%$

(adulte n'ayant pas de facteurs pouvant limiter la fiabilité de l' HbA_{1c})

Comme pour tout test diagnostic du diabète, une HbA_{1c} élevée demande un test de confirmation en l'absence de symptômes typiques de diabète décompensé (soif, polyurie, polydipsie, fatigue ou perte de poids malgré un appétit augmenté ou normal).

Prédiabète: HbA_{1c} de 6,0 à 6,4 % (risque de diabète à 5 ans de 25 à 50 %)



Limitations à l'utilisation de l' HbA_{1c}

L' HbA_{1c} ne devrait pas être utilisée en présence de facteurs affectant sa fiabilité : hémoglobinopathies, érythropoïèse perturbée, hémolyse, insuffisance rénale, etc. (liste complète dans le **consensus sur le diabète** à la page s36, version anglaise*).

L' HbA_{1c} n'est pas recommandée chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et chez les personnes chez qui un diabète de type 1 est soupçonné.

Il est possible que des critères légèrement différents soient définis dans l'avenir pour les populations de groupes ethniques spécifiques.

Par ailleurs, le vieillissement normal est associé à une augmentation progressive de l' HbA_{1c} . Chez la personne âgée, il y a une discordance significative dans le diagnostic du diabète selon qu'il soit basé sur l' HbA_{1c} ou la glycémie à jeun. De nouvelles études seront nécessaires pour définir plus précisément l'utilisation optimale de l' HbA_{1c} dans cette population. Le consensus ne définit pas l'âge à partir duquel l' HbA_{1c} ne devrait pas être utilisée.

* Les références pour le document sont disponibles en version anglaise seulement pour le moment



SANTÉ MENTALE

Le nouveau consensus donne une place importante à la santé mentale. Les liens entre la santé mentale, le diabète et les maladies cardiovasculaires font l'objet de plus en plus d'études. Malheureusement, les problèmes de santé mentale diminuent l'observance aux traitements médicamenteux, à la diète et à l'exercice. De plus, ils nuisent à l'arrêt tabagique et aux liens sociaux.

Les patients diabétiques doivent être évalués régulièrement pour les problèmes de détresse psychologique et de maladie psychiatrique. Des interventions psychosociales englobant les aspects familiaux (comprenant des interventions motivationnelles et des stratégies de gestion du stress) doivent faire partie de nos plans d'action.

Par ailleurs, les patients souffrant de problèmes de santé mentale importants (schizophrénie, dépression, maladie bipolaire) sont à risque élevé de diabète et de MCV. L'évaluation et le suivi du risque cardiovasculaire et métabolique, y compris le poids, sont des éléments très importants dans la prise en charge.



TRAITEMENT

Le nouveau consensus insiste sur l'individualisation, tant dans le choix de la médication que dans celui des objectifs de traitement, selon les caractéristiques du patient. Les risques d'hypoglycémie et la fragilité (souvent liée à l'âge) doivent être des facteurs importants dans nos choix. Dans l'avenir, les études sur le risque et la mortalité cardiovasculaire associés à un traitement antihyperglycémiant seront des éléments essentiels dans nos choix. Plusieurs études sont en cours. La metformine demeure un excellent choix de départ, car elle est la seule médication ayant clairement démontré la diminution du risque cardiovasculaire.

Les objectifs glycémiques devraient être définis selon la fragilité des patients. Les échelles de fragilité peuvent être très intéressantes pour évaluer la vulnérabilité d'un patient (disponible dans le **consensus sur le diabète** à la page s185). Ce sont de meilleurs outils pour prédire les complications et les décès chez les personnes âgées diabétiques que l'âge chronologique ou la présence de comorbidité.

L'objectif principal pour le contrôle glycémique demeure une $HbA_{1c} \leq 7,0\%$ pour la majorité des patients. Toutefois, on doit considérer un objectif entre 7,1 et 8,5 % dans les situations suivantes :

- Espérance de vie limitée
- Haut niveau de dépendance fonctionnelle
- Maladie coronarienne extensive, à risque élevé d'élément ischémique
- Présence de multiples comorbidités
- Histoire d'hypoglycémie sévère et récurrente
- Incapacité du patient à ressentir ses hypoglycémies
- Diabète de longue date pour lequel il est difficile d'atteindre un $HbA_{1c} \leq 7\%$ malgré l'utilisation de doses efficaces, de multiples agents antihyperglycémiant, y compris une thérapie à l'insuline intensive.



STRATÉGIE DE PROTECTION VASCULAIRE

La majorité des diabétiques décéderont d'un événement cardiovasculaire. Dans la prévention des complications liées au diabète, la réduction du risque à l'aide d'une approche de protection vasculaire à plusieurs volets est une priorité.

Pour la vaste majorité des diabétiques de plus de 40 ans, le risque à 10 ans et à vie de MCV est suffisamment élevé (plus grand que 20%) pour justifier des interventions sur les habitudes de vie ainsi que pharmacologiques.

Pour les patients plus jeunes, une intervention, y compris pharmacologique, peut être justifiée, malgré un risque à 10 ans inférieur à 20%, en raison des bénéfices à long terme, car leur âge vasculaire excède de beaucoup leur âge chronologique.



1. Interventions sur les habitudes de vie

Chez tous les patients diabétiques de type 1 et 2, il faut viser l'amélioration des habitudes de vie par l'activité physique, une saine alimentation et l'arrêt tabagique, s'il y a lieu. La référence à un(e) nutritionniste et à un(e) kinésologue, lorsque possible, devrait constituer une priorité de traitement pour tous les diabétiques. Il faut se rappeler qu'une perte de poids de 5 à 10% mène souvent à une amélioration importante du bilan métabolique.

Arrêt tabagique: Cesser de fumer réduit le risque d'infarctus de 3 fois, d'AVC de 30%, ralentit la progression d'une maladie rénale et contribue à améliorer le contrôle glycémique.

Exercice et activité physique: Il a été démontré que l'activité physique régulière réduit la morbidité et la mortalité chez les diabétiques.

Saine alimentation: L'intervention nutritionnelle est centrale dans la prise en charge du patient diabétique.

Contrôle du poids: Le diabète de type 2 est fortement associé à l'obésité, en particulier de type abdominal. On doit viser ou maintenir un poids santé (voir le chapitre sur l'obésité dans le consensus sur le diabète).



2. Intervention pharmacologique

Chez tous les patients, optimiser le contrôle glycémique : $HbA_{1c} \leq 7\%$ et viser une pression artérielle cible systolique < 130 mm/hg et diastolique < 80 mm/hg.

Atteinte macrovasculaire :

statine + IECA* ou ARA** + antiplaquettaires

Atteinte microvasculaire sans MCV :

statine + IECA ou ARA

*IECA = inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

**ARA = antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II

En absence de complications microvasculaires ou macrovasculaires :

- ≥ 55 ans : statine + IECA ou ARA
 - 40 à 54 ans
 - > 30 ans avec un diabète depuis plus de 15 ans
 - Statine indiquée selon le consensus canadien sur les lipides
- } statine seule

Chez les femmes en âge de procréer, les IECA, les ARA et les statines ne doivent être utilisés qu'en présence d'une méthode contraceptive fiable.

Traitement avec un IECA ou un ARA

Chez les adultes avec un diabète de type 1 ou 2 ayant les caractéristiques suivantes :

- Présence d'une maladie macrovasculaire clinique
- Âge ≥ 55 ans
- Âge < 55 ans et une atteinte microvasculaire

Utiliser les dosages qui ont été démontrés comme amenant une protection vasculaire :

ramipril 10 mg id;
périndopril 8 mg id ou
telmisartan 80 mg id

Thérapie avec une statine

Un traitement avec une statine devrait être utilisé pour réduire le risque de MCV chez l'adulte (diabétique de type 1 ou 2) présentant une des caractéristiques suivantes :

- Présence d'une maladie macrovasculaire clinique
- Diabétique de type 2 ≥ 40 ans
- Avant l'âge de 40 ans, en présence d'une des caractéristiques suivantes :
 - Durée du diabète > 15 ans et âge > 30 ans
 - Complications microvasculaires
 - Une thérapie est indiquée en raison de la présence d'autres facteurs de risque, selon les recommandations canadiennes sur les dyslipidémies.

Antiplaquettaires :

- L'AAS*** n'a pas été démontré comme utile en prévention primaire.
- Il peut être indiqué en présence de facteurs de risque de MCV additionnels.
- L'AAS (81 à 325 mg) peut être utilisé en prévention secondaire (MCV démontrée).
- Le clopidogrel (75 mg) peut être utilisé chez les patients ne tolérant pas l'AAS.

***AAS = acide acétylsalicylique

Le consensus amène bien sûr beaucoup de précisions sur la prévention et le traitement des complications du diabète autres que cardiovasculaires (néphropathie, neuropathie, rétinopathie, etc.). Pour plus d'information, vous pouvez vous référer au **consensus sur le diabète** ou à des documents résumés tels que **Le diabète en omnipratique**.



RECOMMANDATIONS CANADIENNES 2013 SUR L'HYPERTENSION

RÉSUMÉ À PARTIR DES LIGNES DIRECTRICES DU PECH 2013

Les recommandations canadiennes sur l'hypertension étant mises à jour annuellement, contrairement aux recommandations sur le traitement des dyslipidémies et du diabète, les changements sont moins spectaculaires. Des changements importants sur les cibles de traitement avaient été faits en 2012. Les modifications les plus importantes en 2013 touchent les valeurs de pression artérielle amenant une indication de traitements médicamenteux chez les personnes très âgées.

Les recommandations canadiennes insistent sur le rôle important des mesures de la pression artérielle hors cabinet dans le diagnostic et dans la prise en charge de l'hypertension artérielle.

L'étape la plus importante de la prescription du traitement antihypertenseur est l'obtention de l'« accord » du patient. Le patient doit être un partenaire dans son traitement si nous souhaitons avoir une observance thérapeutique adéquate.



1. ÉVALUATION DU RISQUE DE MCV POUR AMÉLIORER L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

Les facteurs de risque ne doivent pas être évalués d'une façon isolée. L'ensemble des recommandations (hypertension, dyslipidémies, diabète) insiste maintenant sur l'importance de la prise en charge du risque cardiovasculaire global. Les consensus sur l'hypertension et sur les dyslipidémies recommandent d'informer les patients de leur risque global afin d'améliorer l'efficacité de la modification des facteurs de risque. On devrait employer des analogies pour décrire le risque comparatif, par exemple l'« âge cardiovasculaire », l'« âge vasculaire » ou l'« âge du cœur », et pour informer les patients de leur degré de risque.

Traitement vasculaire global chez les patients hypertendus sans autre indication

En plus des recommandations canadiennes actuelles sur la prise en charge, le traitement de la dyslipidémie et la prévention des maladies cardiovasculaires, les statines sont recommandées chez les patients hypertendus fortement prédisposés, atteints d'une maladie athéroscléreuse avérée ou répondant à au moins trois des critères suivants :

- Homme
- 55 ans et plus
- Tabagisme
- Rapport cholestérol total/cholestérol HDL ≥ 6 mmol/l
- Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce
- Hypertrophie ventriculaire gauche (HVG)
- Anomalies à l'ECG
- Microalbuminurie ou protéinurie



2. VALEURS CIBLES DE TRAITEMENT

Rappelons que, depuis les recommandations de 2012, les valeurs cibles de pression artérielle pour l'ensemble des patients non diabétiques, y compris ceux souffrant de néphropathie, sont : PAS < 140 mm Hg et PAD < 90 mm Hg. Après l'étude ACCORD-BP, le CHEP, ayant révisé l'ensemble des données, a conservé les valeurs cibles suivantes pour les patients diabétiques : PAS < 130 mm Hg et PAD < 80 mm Hg.

La cible de traitement chez les personnes très âgées est maintenant fixée à 150 mm Hg pour la PAS. L'analyse des données probantes actuelles et une sensibilisation accrue au risque d'amener des effets indésirables, en particulier chez les personnes fragiles, ont amené le CHEP à modifier la cible chez les personnes très âgées (≥ 80 ans). Chez ces patients, on doit prendre des décisions individualisées en fonction des avantages et des risques tant pour l'instauration que pour l'intensification du traitement.

Données probantes pour les patients atteints à la fois de diabète et d'HTA – Résumé

- PAS < 140 mm Hg : semble favorable en ce qui concerne la mortalité, toutes causes confondues, et les AVC.
- PAS < 135 mm Hg ou 130 mm Hg : semble procurer un avantage important en ce qui concerne les AVC.

Le traitement consiste en des interventions relatives aux habitudes de vie, accompagnées ou non d'interventions médicamenteuses.

3. CHOIX DE MÉDICAMENT

Les recommandations canadiennes insistent sur l'individualisation des choix thérapeutiques. Chez de nombreux patients, plusieurs médicaments seront nécessaires pour contrôler la pression artérielle. Le clinicien doit sélectionner des associations efficaces. Les présentations sous forme d'associations de médicaments en monocomprimé facilitent la régulation de la PA. Rappelons que, depuis 2012, si un traitement d'association est utilisé chez les patients à risque élevé, l'association IECA/BCC dihydropyridinique sera préférée.



Population	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Diabétiques	< 130	< 80
Personnes très âgées (≥ 80 ans)	< 150	*
Tous les autres patients (y compris ceux atteints d'une néphropathie chronique)	< 140	< 90

* Utiliser les mêmes valeurs que celles recommandées pour l'ensemble de la population

- Pour consulter le document de référence complet, [cliquez ici](#).



NÉPHROPATHIE ET MCV

La néphropathie chronique est un facteur de risque important des maladies cardiovasculaires.

Il est maintenant bien établi qu'il y a un excès de morbidité et de mortalité par maladie cardiovasculaire chez les patients atteints de néphropathies chroniques. Cela a été démontré dans plusieurs études. Par exemple, dans l'étude de Go et al¹, le risque de mortalité augmente au fur et à mesure que le débit de filtration glomérulaire (DFG) diminue. Cette augmentation de risque commence à être significative entre 45 et 60 cc/min, avec un risque relatif significatif de 1,2, puis s'établit à 1,8 entre 30 et 44 cc/min, puis à 3,2 entre 15 et 29 cc/min, pour culminer à 5,9 en bas de 15 cc/min de DFG. D'ailleurs, dans la banque de données du USRDS², on constate que les patients diabétiques de plus de 65 ans avec IRC ont 5 fois plus de risque de décéder que de se retrouver en dialyse. Ainsi, du point de vue de la santé publique, on peut affirmer que les patients en IRC ont un excès de mortalité et de morbidité cardiovasculaires et que le danger qui menace les patients en IRC n'est pas de progresser jusqu'à la dialyse, mais plutôt de développer des maladies cardiovasculaires et d'augmenter leur risque de mortalité provenant de toute cause. Par ailleurs, tout cet excès de risque culmine chez les patients en dialyse, de telle sorte que, selon l'étude de Foley et al³, un patient de 25 ans en dialyse a un risque de mortalité cardiovasculaire d'une personne de 75 ans qui n'est pas en dialyse!

Albuminurie: Dans toute la gamme de patients atteints de néphropathies chroniques, ceux avec une albuminurie, c'est-à-dire un ratio albumine sur créatinine urinaire (RAC) élevé (>3mg/mmol), ont un risque cardiovasculaire particulièrement plus élevé. Dans une étude canadienne récente⁴, on a démontré qu'il existe une association entre la microalbuminurie et l'augmentation du risque de mortalité totale et de maladies cardiovasculaires. L'augmentation de

Dr Michel Vallée M.D. Ph. D. FRCPC CSPQ

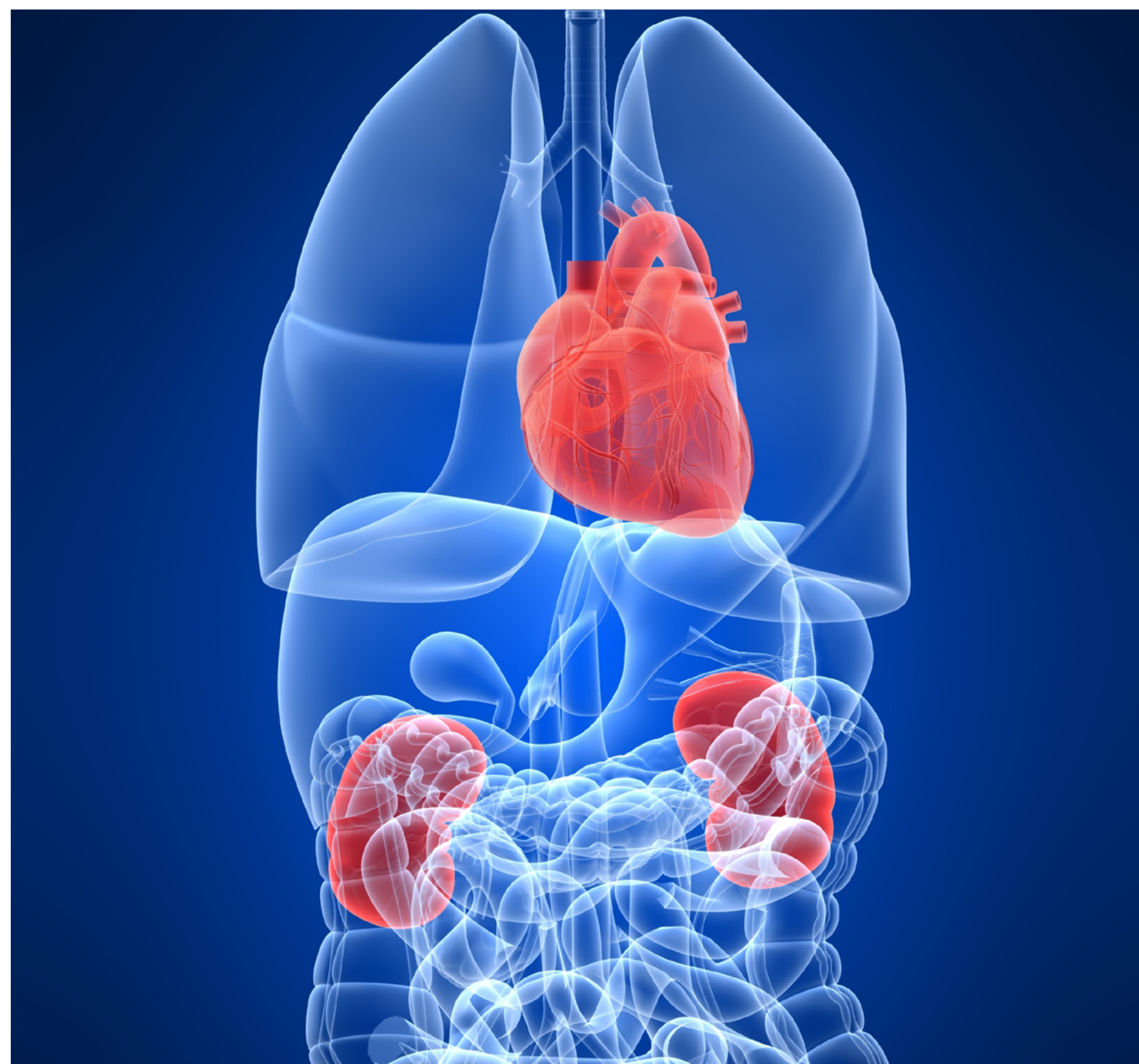
Néphrologue

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Professeur agrégé de clinique

Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Membre du Programme éducatif canadien sur l'hypertension



Le plus grand danger qui menace les patients en IRC n'est pas de progresser jusqu'à la dialyse, mais plutôt de développer des maladies cardiovasculaires et d'augmenter leur risque de mortalité provenant de toute cause.

ces risques semble proportionnelle au niveau d'albuminurie et culmine au stade de protéinurie sévère. En effet, ces risques sont augmentés d'environ 50% par la présence de microalbuminurie et ils sont presque doublés par la présence de protéinurie. Pire encore, l'augmentation de ces risques s'applique aussi bien chez les patients avec ou sans IRC, ce qui donne au total les risques les plus élevés chez un patient avec l'association IRC et protéinurie.



Sont considérés comme à risque cardiovasculaire élevé les patients avec maladie rénale chronique présentant :

1. Macroalbuminurie : RAC ≥ 30 mg/mmol (≥ 300 mg/jour)
2. DFGe ≤ 45 ml/min/1,73 m²
3. DFGe < 60 ml/min/1,73 m² et microalbuminurie (RAC) ≥ 3 mg/mmol (> 30 mg/jour)

Le risque de MCV est augmenté de 50 % en présence de microalbuminurie et est presque doublé en présence de protéinurie.

Pourquoi autant de risques cardiovasculaires en IRC? Cette question est encore largement non résolue, mais on sait que les patients en IRC ont beaucoup de facteurs de risque traditionnels (diabète, hypertension, dyslipidémie, âge, etc.) auxquels s'additionnent des facteurs de risque non traditionnels dits rénaux (inflammation, hyperphosphatémie et calcification vasculaire, anémie, autres toxines urémiques, etc.), qui ne se retrouvent pas chez les patients qui ne souffrent pas d'IRC. Ce sont ces facteurs de risque rénaux qui semblent décupler le risque cardiovasculaire. Ainsi, chez les patients avec un DFG > 60 cc/min, la maladie cardiovasculaire est causée principalement par l'athérosclérose. Toutefois, dans le cas des patients avec un DFG < 60 cc/min, la maladie cardiovasculaire est causée par l'athérosclérose, mais aussi par les calcifications

RETOUR
PAGE 1

RÉSERVEZ LA DATE!

VASCULAR
VASCULAIRE 2013



ENSEMBLE POUR LA SANTÉ VASCULAIRE.

17-20 OCTOBRE 2013 • MONTRÉAL, QC • vasculaire2013.ca

Bien avant l'hypertension.

Bien avant l'AVC.

Bien avant la crise cardiaque.

Bien avant la démence.

Bien avant les premiers signes du diabète ou d'une maladie rénale.

Il y a les maladies cardiovasculaires.

Vasculaire 2013 est un événement unique d'information et de réseautage destiné aux professionnels de la santé, y compris les médecins généralistes et les médecins de famille.

Aidez-nous à construire une communauté vasculaire forte au pays.

Visitez le www.vasculaire2013.ca pour toute information sur notre programme et les inscriptions.

Des forfaits journaliers sont disponibles.



CANADIAN
CARDIOVASCULAR
CONGRESS

CONGRÈS CANADIEN
SUR LA SANTÉ
CARDIOVASCULAIRE



Canadian
Diabetes
Association



CSEM/SCEM
Canadian Society of Endocrinology and Metabolism
La Société canadienne d'endocrinologie et métabolisme



CANADIAN
STROKE CONGRESS

CONGRÈS
CANADIEN DE L'AVC



FONDATION^{MC}
DES MALADIES
DU COEUR
ET DE L'AVC



Hypertension
CANADA

vasculaires, les troubles électrolytiques, etc., et la contribution de l'athérosclérose diminue au fur et à mesure que le DFG diminue. C'est probablement pourquoi il est difficile de démontrer un bénéfice du traitement des facteurs de risque traditionnels en dialyse.

Heureusement, le traitement des facteurs de risque cardiovasculaires traditionnels en IRC (sans dialyse) semble protéger les patients en IRC autant que les patients sans IRC⁵. Cela a été démontré dans le traitement de la dyslipidémie présenté dans l'étude SHARP⁶, où une baisse de C-LDL de 0,85 mmol/l sur 5 ans à l'aide de simvastatine 20 mg plus ezetrol 10 mg par jour, comparativement à un placebo, a produit une baisse significative des événements athérosclérotiques de 17 %, ce qui est un résultat qu'on aurait pu prédire dans une population sans IRC.

Nous savons donc depuis longtemps que les patients en IRC sont à très haut risque de maladie cardiovasculaire, mais depuis l'étude SHARP, nous savons maintenant que le traitement de la dyslipidémie peut réduire ce risque. C'est pourquoi l'IRC a été intégrée pour la première fois dans les plus récentes recommandations canadiennes sur le traitement des dyslipidémies⁸. Dans ces recommandations, l'IRC est pour la première fois citée comme rendant les patients automatiquement à haut risque cardiovasculaire, ce qui commande une intensification des changements des habitudes de vie et un traitement par statine avec une cible thérapeutique de LDL < 2 mmol/l comme tous les autres patients à haut risque cardiovasculaire. Plus précisément, il s'agit des patients en IRC avec un DFG < 45 cc/min, ou un DFG < 60 cc/min avec un RAC > 3 mg/mmol, ou tout simplement d'un patient protéinurique (RAC > 30 mg/mmol), sans égard au DFG.

En conclusion, étant donné que le patient atteint de néphropathies chroniques est porteur d'un risque cardiovasculaire très élevé, il faut intensifier nos traitements cardioprotecteurs dans cette population (comme le traitement de l'hypertension artérielle, du diabète, de la dyslipidémie et l'amélioration des habitudes de vie), tel que recommandé

notamment dans les plus récentes recommandations canadiennes sur le traitement des dyslipidémies.

Malheureusement, (avant l'étude SHARP) il a été démontré que les traitements cardioprotecteurs après un infarctus aigu du myocarde sont moins souvent donnés aux patients en IRC, de même que les conseils nutritionnels, d'exercice et même de cessation tabagique⁷!! Donc, les patients en IRC sont moins bien traités que les autres patients.

Ce phénomène est en partie explicable par la peur d'ajuster les médicaments en IRC, de diminuer le DFG, de causer de l'hyperkaliémie et des saignements, mais cela n'explique pas tout. Il y a aussi probablement le « rénalisme », c'est-à-dire un courant de pensée erroné qui véhicule l'idée selon laquelle il est futile de traiter les patients en IRC.

Étant donné que le patient atteint de néphropathies chroniques est porteur d'un risque cardiovasculaire très élevé, il faut intensifier nos traitements cardioprotecteurs dans cette population.

Références

- 1- Go et al, NEJM (2004), 351:1285-1295.
- 2- United States Renal Data System (2002), Annual Data Report, 2002:22-23.
- 3- Foley et al, AJKD, 1998(32) supp 3, S112-S119.
- 4- Hemmelgarn et al, JAMA, 2010(303):423-429.
- 5- Shlipak et al, Ann Int Med, 2010(137):555-562.
- 6- Baigent et al, Lancet, 2011(377):2181-2192.
- 7- Fox et al, Circulation, 2010(121):357-365.
- 8- Anderson et al, CJC, 2013(29):151-167.



TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS CANADIENNES SUR LES DYSLIPIDÉMIES (DÉCEMBRE 2012)

Les interventions visant à amener des habitudes de vie saines sont la pierre angulaire dans la prise en charge et la prévention des maladies cardiovasculaires. Leurs impacts sur l'espérance de vie, la diminution des événements cardiovasculaires et la qualité de vie vont bien au-delà des éléments mesurables comme le bilan lipidique, la pression artérielle ou le poids. Les modifications des habitudes de vie demeurent très importantes, même lorsque les objectifs lipidiques et de pression artérielle ont été atteints à l'aide d'un traitement pharmacologique.

Cessation tabagique: L'arrêt tabagique est prioritaire. Aucune autre intervention ne diminue davantage le risque cardiovasculaire à court terme.

Activité physique

- Les adultes devraient accumuler au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par semaine, par période de 10 minutes ou plus, afin de réduire le risque de maladie cardiovasculaire.
- L'impact de l'activité sur le bilan lipidique est en général léger ou modéré. Toutefois, le fait d'être actif diminue de façon importante le risque cardiovasculaire global et contribue à prévenir l'apparition du diabète et de l'hypertension.
- Aide à contrôler le poids corporel.

Facteurs psychologiques

L'étude INTERHEART a confirmé l'importance du stress comme facteur de risque cardiovasculaire. À la suite d'un infarctus, les patients souffrant de dépression ont un pronostic nettement plus mauvais. Toutefois, il n'est pas clairement démontré qu'un traitement pharmacologique réduise ce risque. Les professionnels de la santé devraient offrir des techniques de contrôle du stress aux patients souffrant de MCV pour améliorer leur qualité de vie.

- Pour commander les guides pratiques de l'agence de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, consultez le **bon de commande suivant**.



Contrôler le poids corporel et le tour de taille

- Favoriser une perte de 5 à 10% du poids initial dans les cas d'excès de poids en limitant l'apport énergétique excédentaire et en encourageant la pratique d'activités physiques.
- Viser un tour de taille de moins de 94 cm (37 po) pour les hommes et de moins de 80 cm (32 po) pour les femmes.
- Encourager de saines habitudes alimentaires au moyen des recommandations de la page suivante.



RECOMMANDATIONS CANADIENNES 2013 SUR LA NUTRITION

- Un apport calorique modéré permet d'atteindre et de maintenir un poids santé.
- Insister sur un régime riche en légumes, fruits et produits céréaliers de grains entiers.
- Privilégier les huiles polyinsaturées et monoinsaturées et l'oméga-3, qui est particulièrement présent dans le poisson.
- Éviter les gras trans et limiter les gras saturés à moins de 7 % de l'apport énergétique journalier.
- Limiter l'apport total en gras à 25-35 % de l'apport énergétique journalier.
- Augmenter l'apport en fibres à plus de 30 g/jour.
- Limiter l'apport en cholestérol à 200 mg/jour chez les individus avec dyslipidémie ou avec risque de MCV augmenté.

Limiter la consommation d'alcool à 30 g ou moins par jour (un à deux verres).



Les régimes méditerranéen, Portfolio ou DASH sont recommandés afin d'améliorer le profil lipidique ou de diminuer le risque cardiovasculaire.

Pour diminuer le cholestérol, considérer un plus grand apport en stérols d'origine végétale (phytostérols), fibres solubles, soya et noix.

Présenter les recommandations nutritionnelles comme de nouvelles habitudes à développer plutôt que de mettre l'emphase sur les restrictions fera toute la différence pour votre patient. Il est bon d'insister sur la modification progressive des habitudes de vie qui, une fois implantées, le sont pour la vie.

Il est également important de souligner qu'en plus d'aider à la prise en charge de la dyslipidémie, une saine alimentation favorise le maintien de la santé en général, surtout si d'autres facteurs de risque sont présents.



**BÉNÉFICES ATTENDUS DES CHANGEMENTS D'HABITUDES DE VIE
SUR LES LIPIDES ET ÉVÉNEMENTS CARDIAQUES****Tableau adapté des recommandations canadiennes sur les dyslipidémies**

Intervention (dose minimale avec effet)	Résultat attendu
Apport en cholestérol diminué: < 300 mg/jour (étape 1 de la diète NCEP) < 200 mg/jour (étape 2 de la diète NCEP)	↓ C-LDL: 10-12 % 12-16 %
Gras saturés: < 7 % de l'apport calorique journalier	↓ C-LDL: 5-10 %; ↓ mortalité cardiovasculaire: 14 %
Phytostérols: 1-2 g/jour	↓ C-LDL: 5-8 %
Protéines de soya avec isoflavones: 25 g/jour	↓ C-LDL: 3-5 %
Fibres visqueuses: 10 g/jour	↓ C-LDL: 3-5 %
Noix: 30-67 g/jour	↓ C-LDL: 5-7 %; ↓ TG: 5-10 %
Diète de type Portfolio	↓ C-LDL: 8-14 %
Diète de type méditerranéen	↓ C-LDL: 5-10 %; ↓ mortalité cardiovasculaire
Diète DASH (Dietary Approaches to Stopping Hypertension)	↓ mortalité cardiovasculaire chez les hypertendus
Consommation d'alcool modérée (1 à 2 verres/jour)	↑ C-HDL: 5-10 %; ↓ événements cardiovasculaires
Perte de poids et réduction de l'obésité abdominale: 5 à 10 % de poids perdu	↓ C-LDL; ↑ C-HDL, ↓ TG; ↓ risque cardiométabolique
Oméga-3: 2-4 g/jour d'acides eicosapentaénoïque (EPA) et docosahexaénoïque (DHA)	↓ TG: 25-30 % chez les individus avec TG augmenté
Exercice: 30-60 minutes/jour d'intensité modérée à vigoureuse	↑ C-HDL: 5-10 %; ↓ événements cardiovasculaires
Arrêt tabagique	↑ C-HDL; ↓ événements cardiovasculaires

