

Un Patient « multirisque »

Jean-François RENUCCI
Médecine Vasculaire

Service de Médecine Vasculaire et Hypertension Artérielle
Pr. Gabrielle SARLON
CHU TIMONE / NORD - MARSEILLE

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Mr C, 71 ans

Consulte pour une gêne lors de la marche et en montant les escaliers.

Pas de symptomatologie cardio-vasculaire

Pas d'antécédent familial.

Pas de traitement au long cours mais du *Paracetamol* (DOLIPRANE®) ponctuellement pour ses douleurs qui en précisant bien les choses se situent au niveau du genou droit.

Poids : 96 kg, Taille : 168 cm,

Pression Artérielle : 170 - 92 mm Hg.

Qu'en pensez vous ?

- A. 71 ans, pas de traitement, il a de la chance !
- B. La PA élevée, c'est le stress ou la douleur (il est venu à pieds)
- C. Vous faites réaliser un bilan biologique de base
- D. Vous faites réaliser un Écho-Doppler des membres inférieurs
- E. Vous faites réaliser des radiographies des genoux

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Mr C, 71 ans

Consulte pour une gêne lors de la marche et en montant les escaliers.

Pas de symptomatologie cardio-vasculaire

Pas d'antécédent familial.

Pas de traitement au long cours mais du *Paracetamol* (DOLIPRANE®) ponctuellement pour ses douleurs qui en précisant bien les choses se situent au niveau du genou droit.

Poids : 96 kg, Taille : 168 cm, Tour de Taille : 112 cm

Pression Artérielle : 170 - 92 mm Hg.

Qu'en pensez vous ?

A. 71 ans, pas de traitement, il a de la chance !

~~B. La PA élevée, c'est le stress ou la douleur (il est venu à pieds)~~

C. Vous faites réaliser un bilan biologique de base

~~D. Vous faites réaliser un Écho-Doppler des membres inférieurs~~

E. Vous faites réaliser des radiographies des genoux

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Mr C, 71 ans

À l'examen comme on pouvait penser à une AOMI :

PAS Distales :

Droite : 174 mm Hg - IPS = $174 / 170 = 1,02$

Gauche : 168 mm Hg - IPS = $168 / 170 = 0,99$.

Il reviens avec ses résultats dont :

Glycémie à jeûn : 1,87 g/l,

TG : 2,78 g/l,

C. HDL : 0,45 g/l,

C. LDL : 1,66 g/l.

Au passage, les radiographies sont évocatrices d'une gonalgie

Qu'en pensez vous ?

A. Il n'a pas d'AOMI

B. Pour sa PA élevée, l'automesure serait utile

C. La biologie pose problème

D. Il devrait prendre davantage de DOLIPRANE ® et laisser courir

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Mr C, 71 ans

À l'examen comme on pouvait penser à une AOMI :

PAS Distales :

Droite : 174 mm Hg - IPS = $174 / 170 = 1,02$

Gauche : 168 mm Hg - IPS = $168 / 170 = 0,99$.

Il reviens avec ses résultats dont :

Glycémie à jeûn : 1,87 g/l,

TG : 2,78 g/l,

C. HDL : 0,45 g/l,

C. LDL : 1,66 g/l.

Au passage, les radiographies sont évocatrices d'une gonalgie

Qu'en pensez vous ?

A. Il n'a pas d'AOMI

B. Pour sa PA élevée, l'automesure serait utile

C. La biologie pose problème

~~D. Il devrait prendre davantage de DOLIPRANE® et laisser courir~~

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Mr C, 71 ans

On se retrouve donc dans cette situation :

Poids : 96 kg, Taille : 168 cm

Tour de taille : 112 cm

PA : 170 - 92 mm Hg.

Glycémie à jeûn : 1,87 g/l,

Microalbuminurie : 38 mg/24 h,

C. HDL : 0,45 g/l,

TG : 2,78 g/l,

C. LDL : 1,66 g/l.

DONC ?

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Mr C, 71 ans

On se retrouve donc dans cette situation :

Poids : 96 kg, Taille : 168 cm

Tour de taille : 112 cm

PA : 170 - 92 mm Hg.

Glycémie à jeûn : 1,87 g/l,

C. HDL : 0,45 g/l,

TG : 2,78 g/l,

C. LDL : 1,66 g/l.

OBÉSITÉ ANDROÏDE

HTA

DIABÈTE

DYSLIPIDÉMIE

Vite quels traitements ?

Pour quels objectifs ?

Mr C, 71 ans

On va quand même compléter avant !

Que faites vous ?

- A. On n'est pas sûr de ces diagnostics
- B. Un complément de biologie
- C. L'évaluation du retentissement
- D. Le calcul du Risque Cardio-Vasculaire
- E. Mais à 71 ans (presque) asymptomatique, qu'est ce que ça va changer ?
- F. Et en matière de traitement est-ce que l'on va y arriver ?

Mr C, 71 ans

On va quand même compléter avant !

Que faites vous ?

- A. On n'est pas sûr de ces diagnostics**
- B. Un complément de biologie**
- C. L'évaluation du retentissement**
- D. Le calcul du Risque Cardio-Vasculaire**
- E. Mais à 71 ans (presque) asymptomatique, qu'est ce que ça va changer ?
- F. Et en matière de traitement est-ce que l'on va y arriver ?

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Mr C, 71 ans

Compléments d'examens :

Hb A1c : 7,2 %,

Créatininémie : 112 $\mu\text{mol/l}$,

Clearance Créatinine (Cockcroft) = 96 ml /min,

ASAT : 35 UI - ALAT : 28 UI - γ GT : 53 UI - CPK : 75 UI,

Ionogramme : Normal,

NFS : Normale,

Fibrinogène : 2,72 g/l.

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Mr C, 71 ans

Évaluation de la fonction rénale :

Créatininémie : $N < 100 \text{ mmol / l}$





Clearance de la Créatinine (= Débit de Filtration Glomérulaire DFG ou *GFR*) :

Cockroft & Gault

MDRD (*Medical Diet for Renal Disease*)

CKD EPI

5 Stages Of Kidney Disease

Stage 1	Stage 2	Stage 3A	Stage 3B	Stage 4	Stage 5
$GFR \geq 90$	$89 \geq GFR \geq 60$	$59 \geq GFR \geq 40$	$44 \geq GFR \geq 30$	$29 \geq GFR \geq 15$	$GFR < 15$
					
Normal or high function	Mildly decreased function	Mild to moderately decreased function	Severely decreased function	Kidney failure	

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Mr C, 71 ans

Compléments d'examens :

FO : Stade II HTA (Croisement)

Pas de rétinopathie diabétique.

ECG de repos : Dans les limites de la normale
Pas ischémie (Pas d' HVG),

Épreuve d'effort "classique" : Normale.

Écho Doppler des Troncs Supra-Aortiques :
Petite plaque de la carotide interne gauche
EIM = 0,9 mm.

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Surpoids ou Obésité ?

Calculer l'Indice de Masse Corporelle : **IMC**

L'IMC est calculé par la formule : $IMC = \frac{\text{Poids en kg}}{(\text{Taille en m})^2}$









VALEURS DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE



31,2 kg/m²

Objectif :

	< 18 : Maigreur		25 - 30 : Excès de Poids
	18 - 20 : Minceur		> 30 : Obésité
	20 - 25 : Normal		> 40 : Obésité Sévère



Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Indice de Pression Systolique (IPS)



= PAS Cheville / PAS Bras

PAS Cheville = 120 mm Hg

PAS Humérale = 150 mm Hg



TPG : Artère Tibiale Postérieure Gauche

120 / 150



= 0,80

1,41 ou plus	1,40 - 1,00	0,99 - 0,91	0,90 - 0,51	0,50 ou inf.
incompressible	normal	limite	anormal	sévère

AOMI si < 0,9

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Agir : Que faut t'il traiter ?

Réduction des Événements	Diminution Cholestérol - 1 mmol / l	Diminution PA - 10 mm Hg	Inhibiteur Enzyme de Conversion	Aspirine
« MACE »	21 %	20 %	18 %	19 %
MORTALITÉ	9 %	13 %	14 %	9 % NS
AVC	15 %	27 %	21 %	19 %
IDM	24 %	17 %	17 %	20 %

MACE : Major Adverse Cardiovascular Events

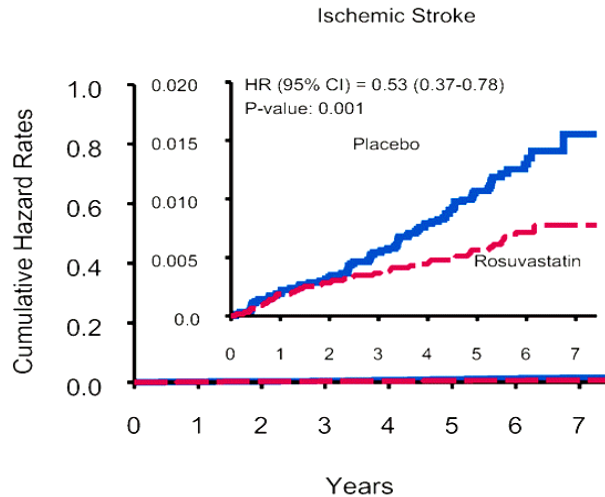
TOUT ! mais c'est de la prévention secondaire

D'après : YOUSOUF S. et al : N England J Med : 2000: 342, 145 - 153.
ATT Collaboration : Lancet : 2009 ; 373 : 1849 - 1860.
CTT Collaboration : Lancet : 2015 ; 385 : 1397 - 1405.
ETTEHAD D. et al : Lancet : 2016 ; 387 : 957 - 967.
COLLINS R. et al : Lancet : 2016 ; 388 : 2532 - 2561.

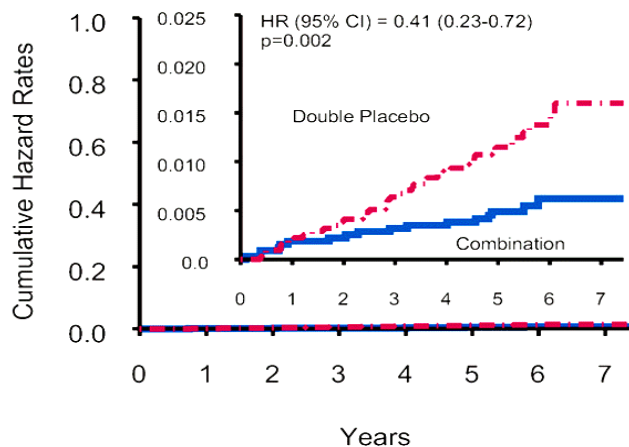
Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Agir : Que faut t'il traiter ?

Réduction des AVC ischémiques en fonction des traitements



rosuvastatin reduces the risk of ischemic stroke by 47%



rosuvastatin + candesartan + hydrochlorothiazide reduces the risk of ischemic stroke by 59%

Là c'est de la prévention primaire

Mr C, 71 ans

Que traitez vous en premier ?

- A. Ce que veut le patient !
- B. Le diabète, c'est plus grave
- C. La pression artérielle, c'est plus facile
- D. Les lipides, on va y arriver
- E. Tout simultanément

Mr C, 71 ans

Que traitez vous en premier ?

A. Ce que veut le patient !

~~B. Le diabète, c'est plus grave~~

~~C. La pression artérielle, c'est plus facile~~

~~D. Les lipides, on va y arriver~~

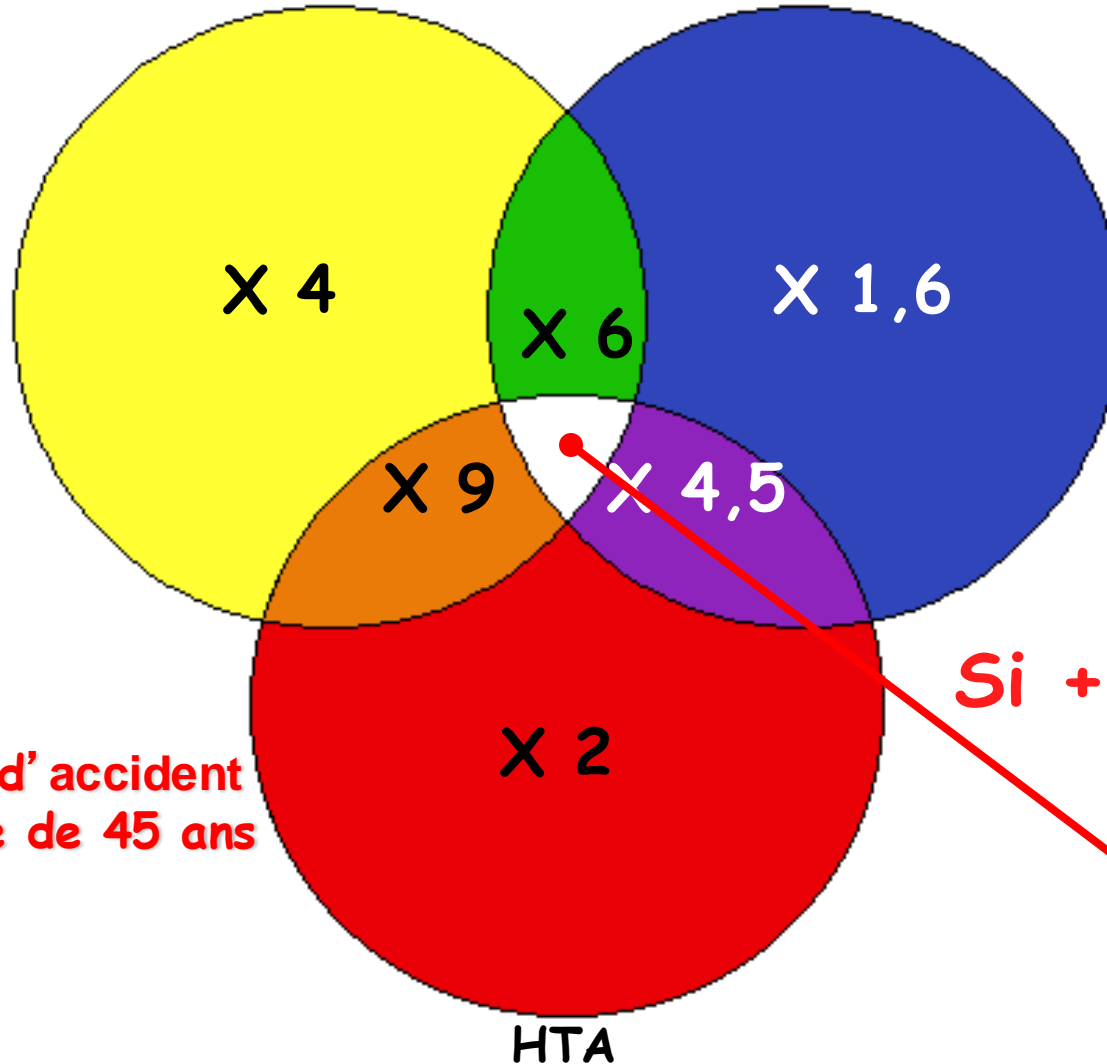
E. Tout simultanément

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Évaluer : Le Risque Relatif CV

HYPERCHOLESTÉROLÉMIE

TABAGISME



Si + DIABÈTE :
X 30

X 16

Risque Relatif d'accident
chez un homme de 45 ans
(FRAMINGHAM)

Cas Clinique

Mr C... 71 ans,

Pas d'antécédent familial.

Poids : 88 kg, Taille : 168 cm,

PA : 170 - 92 mm Hg.

Glycémie à jeûn : 1,87 g/l, ←

Microalbuminurie : 38 mg/24 h,

C. HDL : 0,45 g/l,

TG : 2,78 g/l,

C. LDL : 1,66 g/l.

Quel traitement ? quels objectifs à atteindre ?

Traitement du Diabète

CHOIX DES MÉDICAMENTS Recommandations AFSSAPS HAS 2006

Dans le Diabète de type 2 si **HbA1C > 6,0 %**
et **échec** du **régime** et de l'**activité physique** :

Monothérapie par la metformine.

En fonction de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) :

IMC < 27 : Au choix : **metformine**
ou insulinosécréteur : **sulfamide** (risque hypoglycémique) ou **glinide**.

IMC ≥ 27 : Au choix : **metformine**
ou **inhibiteurs des alpha-glucosidases** (si intolérance ou contre indication).

➡ **OBJECTIF** : Sur l'HbA1c trimestrielle :
6,5 %.

Si > 6,5 % après 6 mois : **Changement de traitement.**

Cas Clinique

Traitement :

- Antidiabétique Oral : (en plus de la diététique)
- IMC = $31,2 \text{ kg/m}^2$
donc *Metformine* : GLUCOPHAGE 1000 ® 2 à 3 g/j.

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »
Objectifs d'HbA1c chez le sujet âgé

Recommendations for HbA1C
in Older People (>65 years)

	ADA	Europ Diabetes Working Party for Older People	IAGG
Healthy	<7.5%	7 – 7.5%	7 – 7.5%
FRAIL	<8.0%	7.6 - 8.5%	7.5 – 8%
Long term care or End of Life	<8.5%	7.6 – 9%	8 – 9 %

Traitement du Diabète

CHOIX DES MÉDICAMENTS Les produits plus récents :

Pharmacologic Category	Drugs Studied in CVOTs	Mechanism of Action
SGLT-2 Inhibitors	Canagliflozin Dapagliflozin Empagliflozin Ertugliflozin	<ul style="list-style-type: none">• Renal Proximal Tubule: ↓ Glucose reabsorption ↓ Sodium reabsorption
GLP-1 Agonists	Exenatide Dulaglutide Liraglutide Lixisenatide Semaglutide	<ul style="list-style-type: none">• Endocrine Pancreas: ↑ Insulin, ↓ Glucagon Production• Stomach: ↓ Gastric Emptying• Brain: ↓ Appetite
DPP-4 Inhibitors	Alogliptin Saxagliptin	<ul style="list-style-type: none">• Small Intestine: ↓ Degradation of GLP-1
PPAR Agonists	Muraglitazar Rosiglitazone	<ul style="list-style-type: none">• Nuclear Transcription Factors ↓ Triglycerides, ↑ HDL (PPAR α) ↑ Insulin Sensitivity (PPAR γ)

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Traitement du Diabète

CHOIX DES MÉDICAMENTS Patient à haut risque Cardio vasculaire

2 Classes ont un intérêt particulier :

Les Analogues du GLP1 (Glucagon Like Peptide 1)
(Étude LEADER : *Liraglutide* : **VICTOZA 2018**)

Les Inhibiteurs SGLT2 (Métabolisme Rénal du Glucose)
(Étude EMPAREG : *Empaglifozine* : **2018**)

 **Diminution des événements cardio vasculaires**

Cas Clinique

Mr C... 71 ans,

Pas d'antécédent familial.

Poids : 88 kg, Taille : 168 cm,

PA : 170 - 92 mm Hg.

Glycémie à jeûn : 1,87 g/l,

Microalbuminurie : 38 mg/24 h,

C. HDL : 0,45 g/l,

TG : 2,78 g/l,

C. LDL : 1,66 g/l.



Quel traitement ? quels objectifs à atteindre ?

Cas Clinique

Traitement :

- *Antidiabétique Oral : (en plus de la diététique)*
- *IMC = 31,2 kg/m²*
donc Metformine : GLUCOPHAGE 1000 ® 2 à 3 g/j.

Si insuffisant : HbA1c > 7,5 %

+ Inhibiteur SGLT2 (Glifozine):

Metformine + Dapaglifozine : XIGDUO ®

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Comprendre : Le “sur risque” du Diabétique

**“Facteurs de Risque” à prendre en compte
chez le patient diabétique : AFSSAPS 2005**

DIABETE DE TYPE 2 À HAUT RISQUE :

Atteinte rénale

Ou au moins 2 des facteurs de risque suivants :

- **Âge**
- **Antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce**
- **Tabagisme**
- **Hypertension Artérielle**
- **Cholestérol HDL < 0,4 g/l**
- **Microalbuminurie (> 30 mg/24h).**

Cas Clinique

Traitement :

- Antidiabétique Oral : **GLUCOPHAGE 1000 ®** . .
- Pour la dyslipidémie :
Mesures hygiéno-diététiques durant 3 mois...

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Agir : Sur l'Hypercholestérolémie

En pratique : Teneur en cholestérol de quelques aliments

Type d'aliments	Cholestérol (mg/100g)
Cervelle	1800
Rognons	400
Abats	200 à 400
Beurre	250
Œuf	200 à 250 mg par jaune
Crustacés	150 à 200
Fromages	100 à 150
Crème	100 à 125
Viandes	65 à 100
Poissons	60 à 90

Cas Clinique

Traitement :

- Antidiabétique Oral : metformine.*

Mesures hygiéno-diététiques durant 3 mois

- Puis :*
- Exploration d'une Anomalie Lipidique*
 - Enzymologie : ASAT, ALAT, γ GT, CPK.*

Objectifs :

C. LDL < 0,55 g/l ; C. HDL > 0,4 g/l.

En cas d'échec :

*une statine de première intention est indiquée
soit pravastatine ou simvastatine 40 mg/j.*

Cas Clinique

Traitement : Les Statines chez le patient diabétique :

- AMM pour *Simvastatine* : résultats de HPS :
ZOCOR ® 40.
- AMM pour *Atorvastatine* : résultats de CARDS :
TAHOR ® 10.

“Chez le diabétique..., ce n’est pas automatique !”

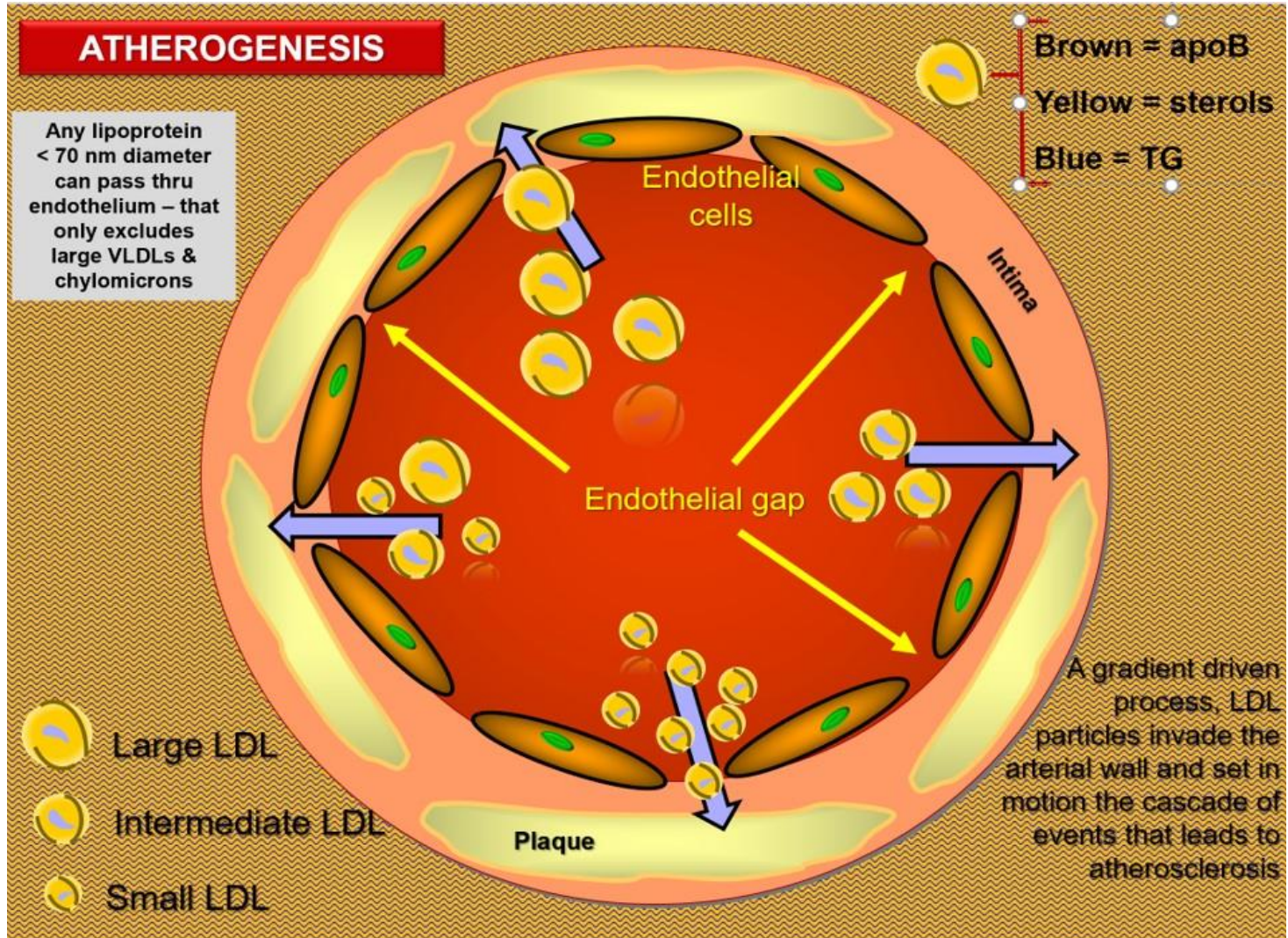
Faisons d’abord l’EAL pour prescrire en toute
“légalité” si le C. LDL est $> 1\text{g/l}$.

Cas Clinique

Traitement :

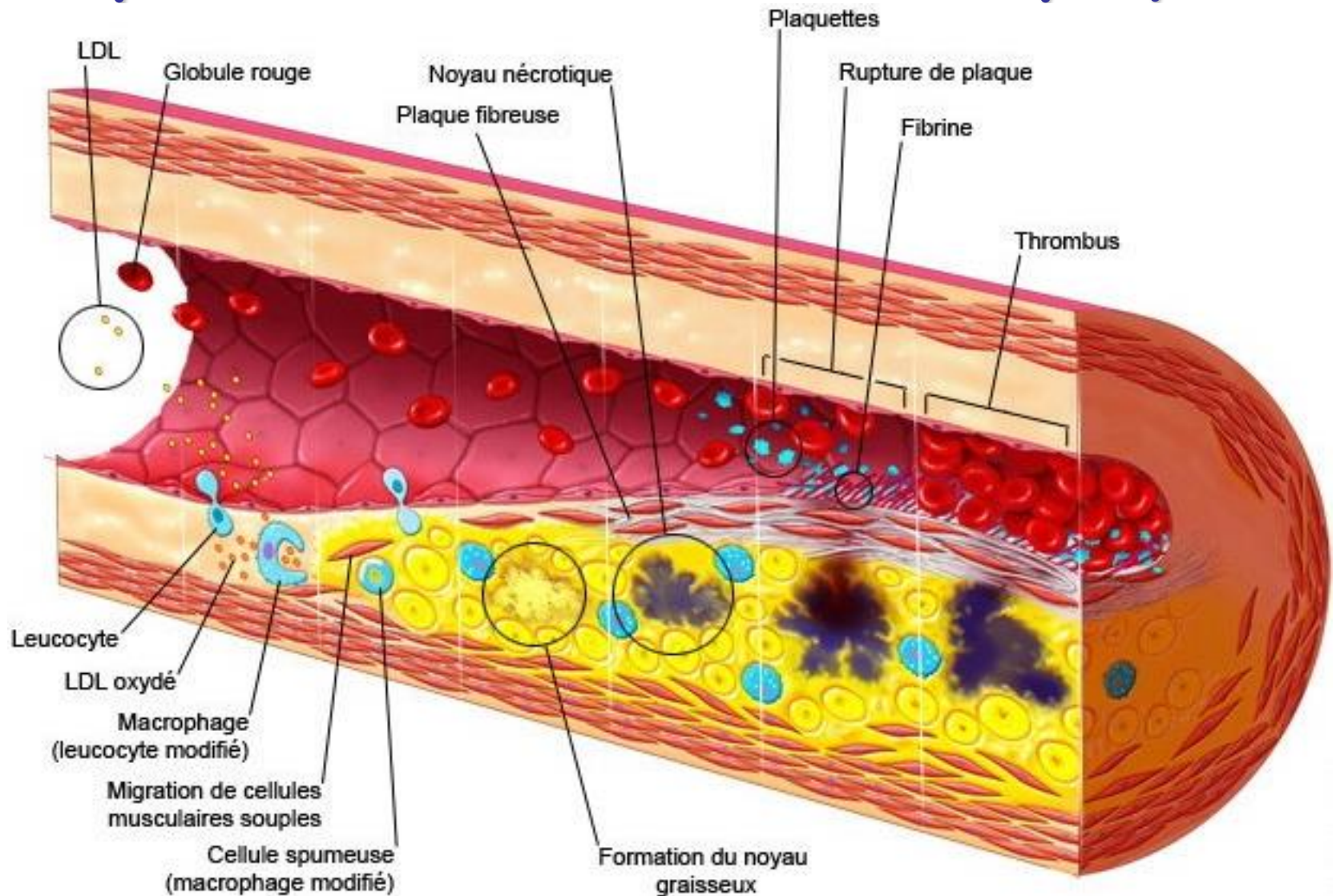
- Antidiabétique Oral : metformine.*
- Hypolipémiant : Statine ou Fibrate ?*

Comprendre : La formation de la plaque

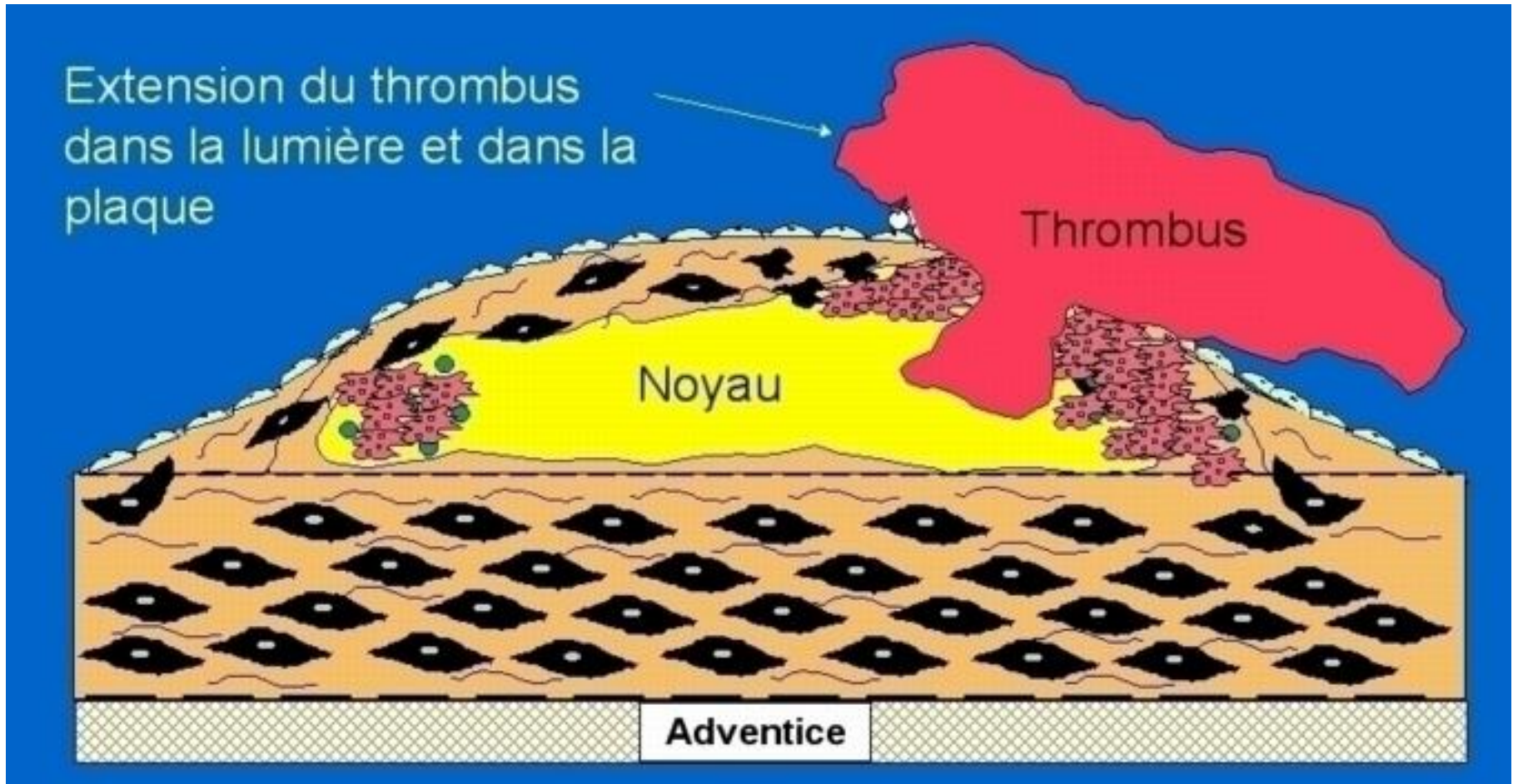


Une patiente à Risque Cardio-Vasculaire élevé

Comprendre : L'évolution de la plaque



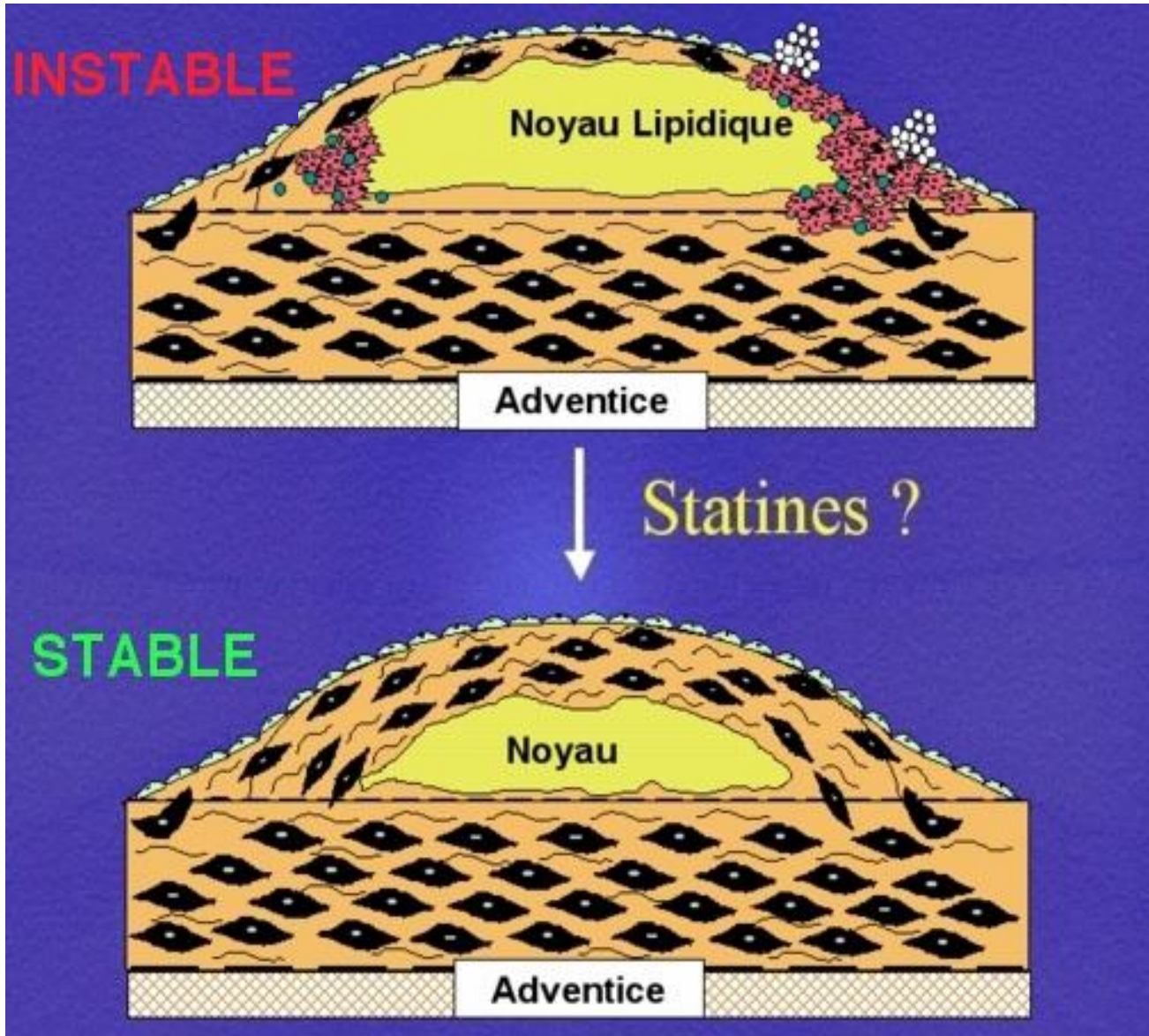
Évolution de la plaque instable



EXTENSION DE LA THROMBOSE

Une patiente à Risque Cardio-Vasculaire élevé

Comprendre : Stabilisation de la plaque



Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Comprendre : Pour ceux qui ne veulent pas de statine ...

Hépatite aiguë

Complément alimentaire : la levure de riz rouge peut être toxique pour le foie

Une femme de 64 ans a développé une hépatite aiguë après avoir consommé ce complément alimentaire pendant six semaines.

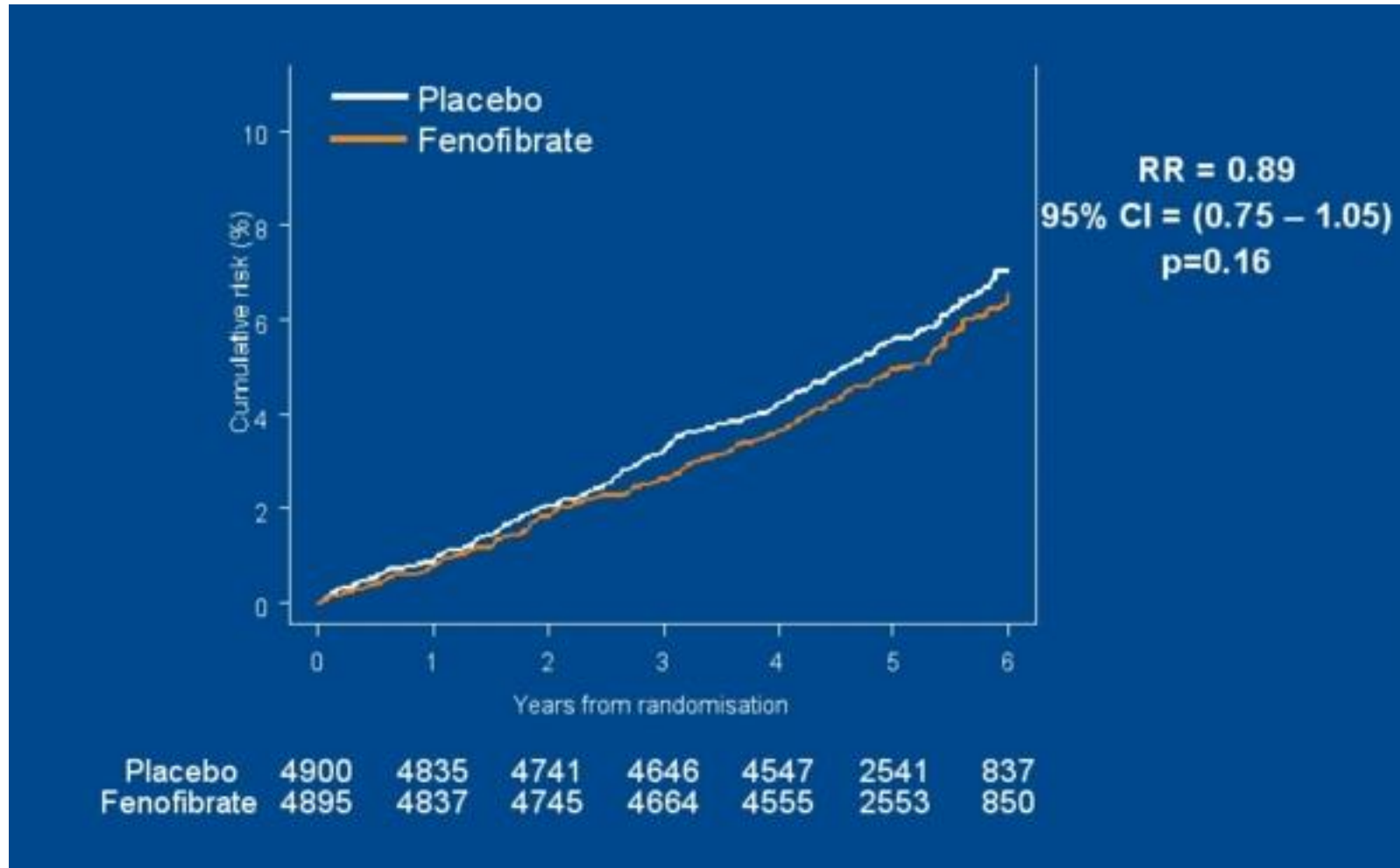


... et qui en prennent quand même !

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Fénofibrate et Diabète : FIELD

Effet du fénofibrate sur le critère principal : IDM fatals et non fatals



D'après KEECH A. : AHA 2005.

Un résultat négatif !

Agir : Sur les Dyslipidémies

- En cas d'élévation du LDL, et dans le cas général pour le patient à risque, la classe thérapeutique MAJEURE pour la prévention Cardio-Vasculaire est représentée par les STATINES.
- Pour certaines dyslipidémies, comme celle du Syndrome Métabolique et du diabète, les FIBRATES, qui réduisent le LDL de manière moins importante, se montrent plus efficaces pour augmenter le HDL.
- Comme souvent les patients cumulent les anomalies la logique serait une ASSOCIATION qui est actuellement "déconseillée".
- De nouvelles molécules sont en cours de développement...

Cas Clinique

Traitement :

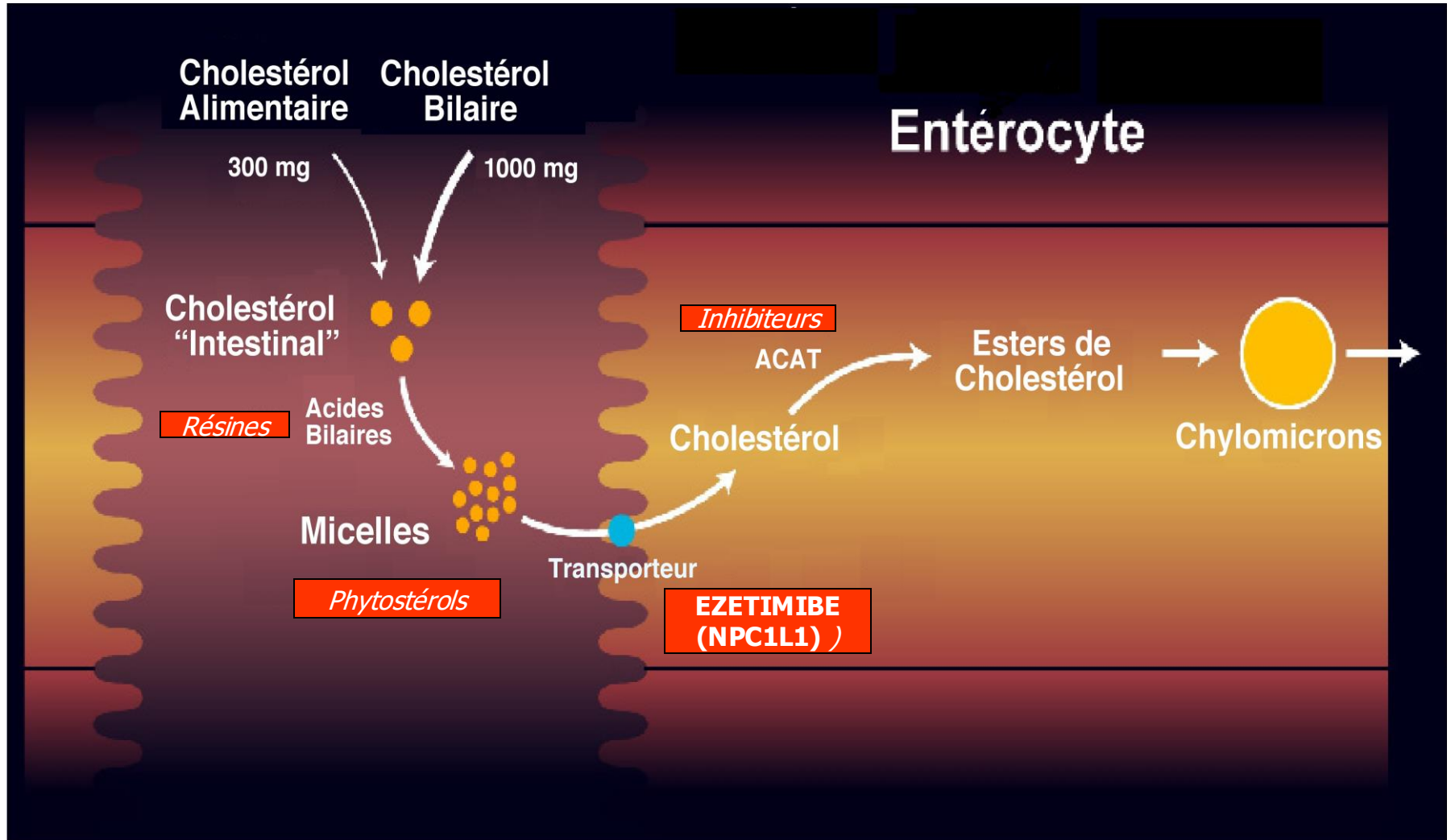
- Antidiabétique Oral : GLUCOPHAGE 1000 ®.*
- Hypolipémiant : CRESTOR 10 ®*

Si insuffisant : LDL > 1,3 g/l

+ ezetimibe : TWICOR ®

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

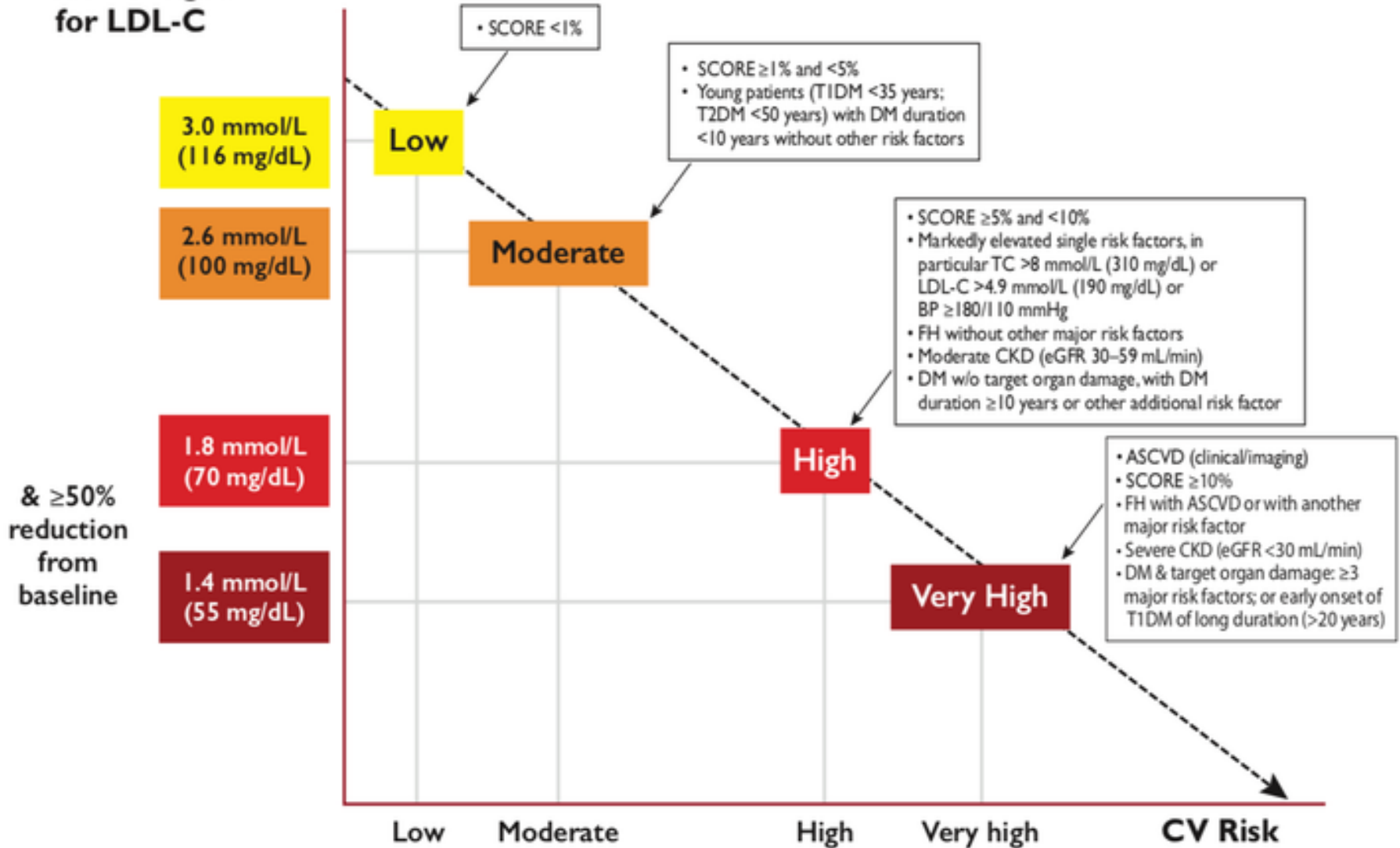
Comprendre : Absorption du Cholestérol



D'après ALTMANN et al : Science : 2004 ; 303 : 1201-1204.

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

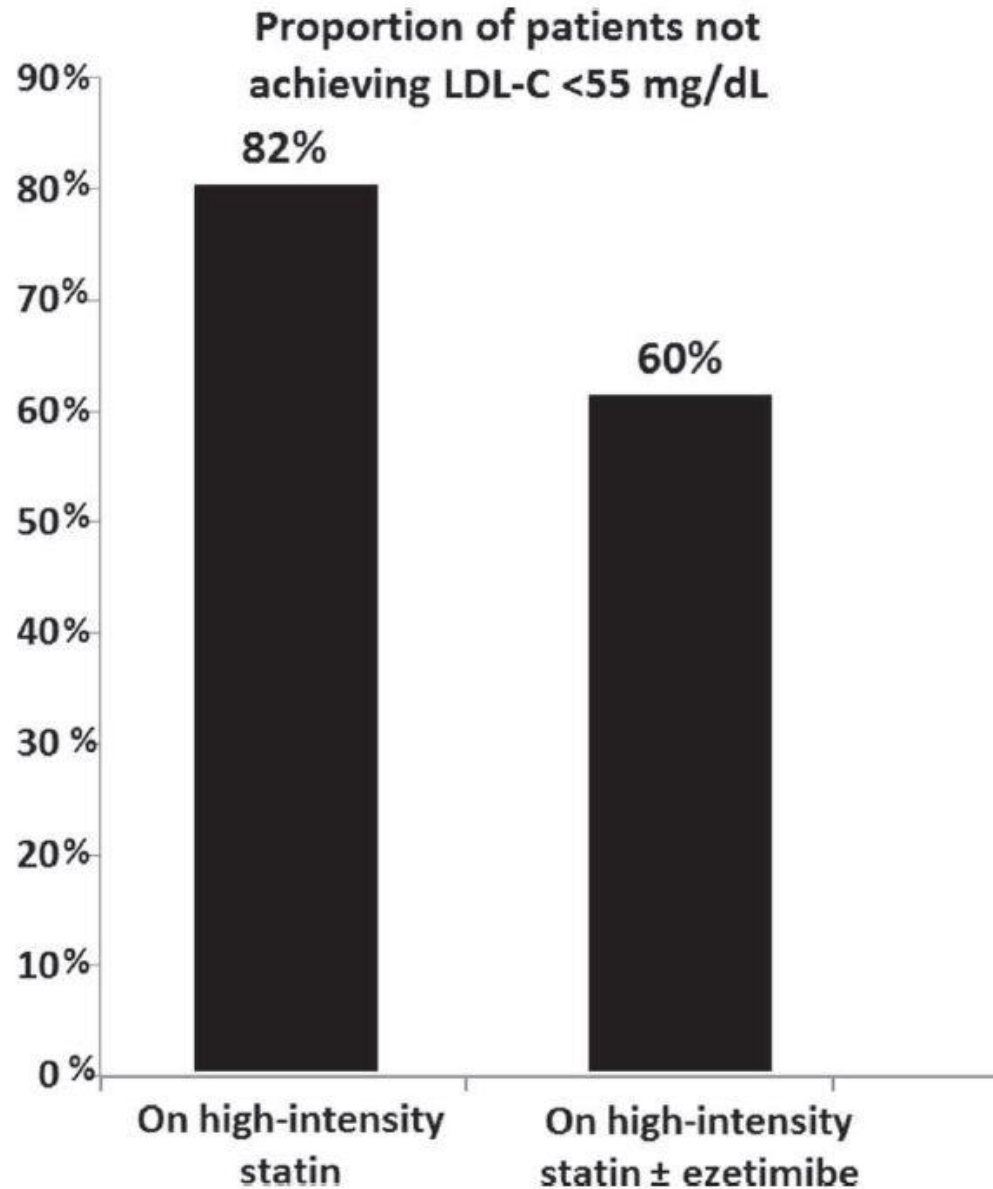
Treatment goal
for LDL-C



ESC / EAS : Guidelines for the management of dyslipidaemias :
Eur Heart J : 2019.

Les Objectifs de C. LDL

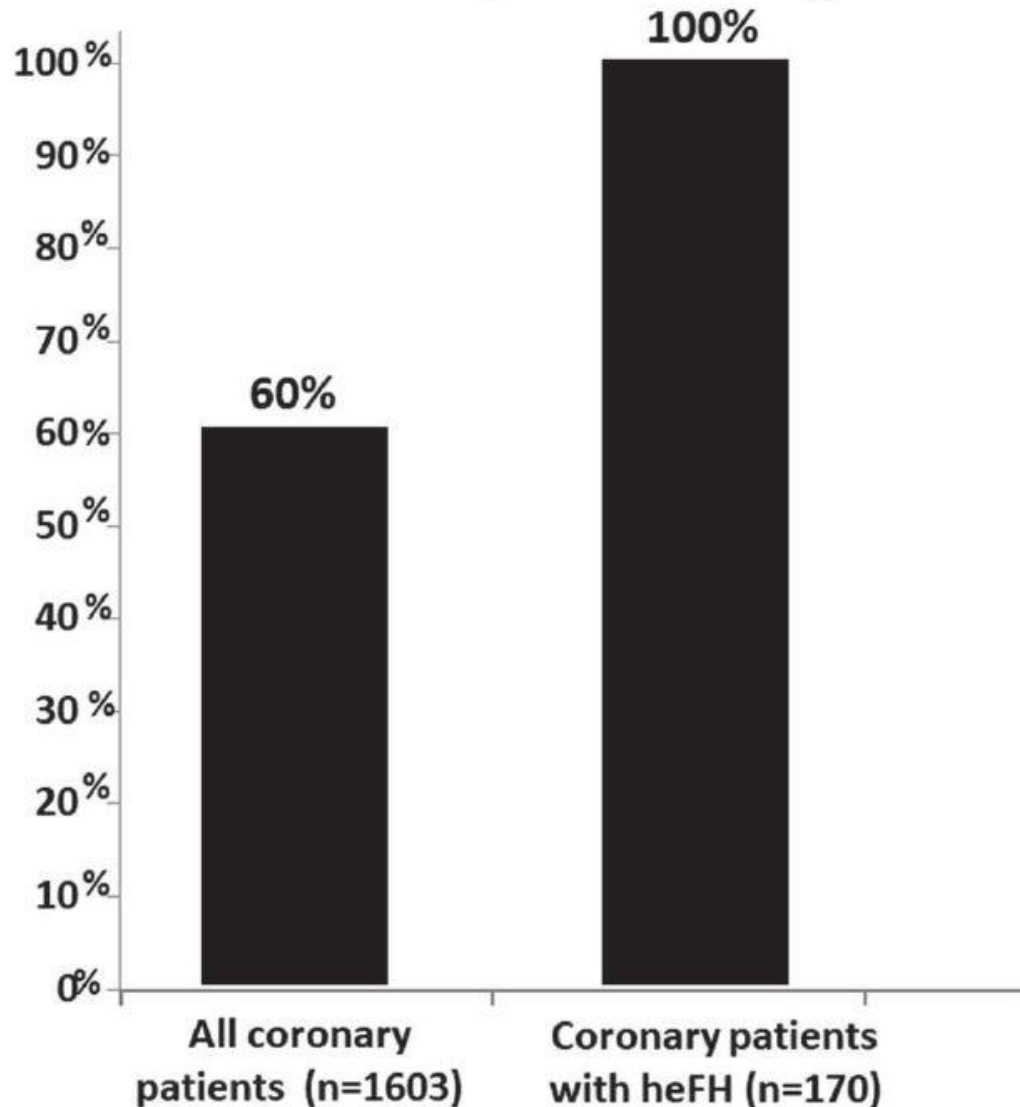
Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »



D'après RALLIDIS L. S. et al. : *Atherosclerosis* 292 (2020) 231-233.

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Proportion of patients "requiring" addition of PCSK9i aiming at LDL-C <55 mg/dL



D'après RALLIDIS L. S. et al. : *Atherosclerosis* 292 (2020) 231-233.

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Administration

Statin



365 days/year

PCSK9 inhibitor

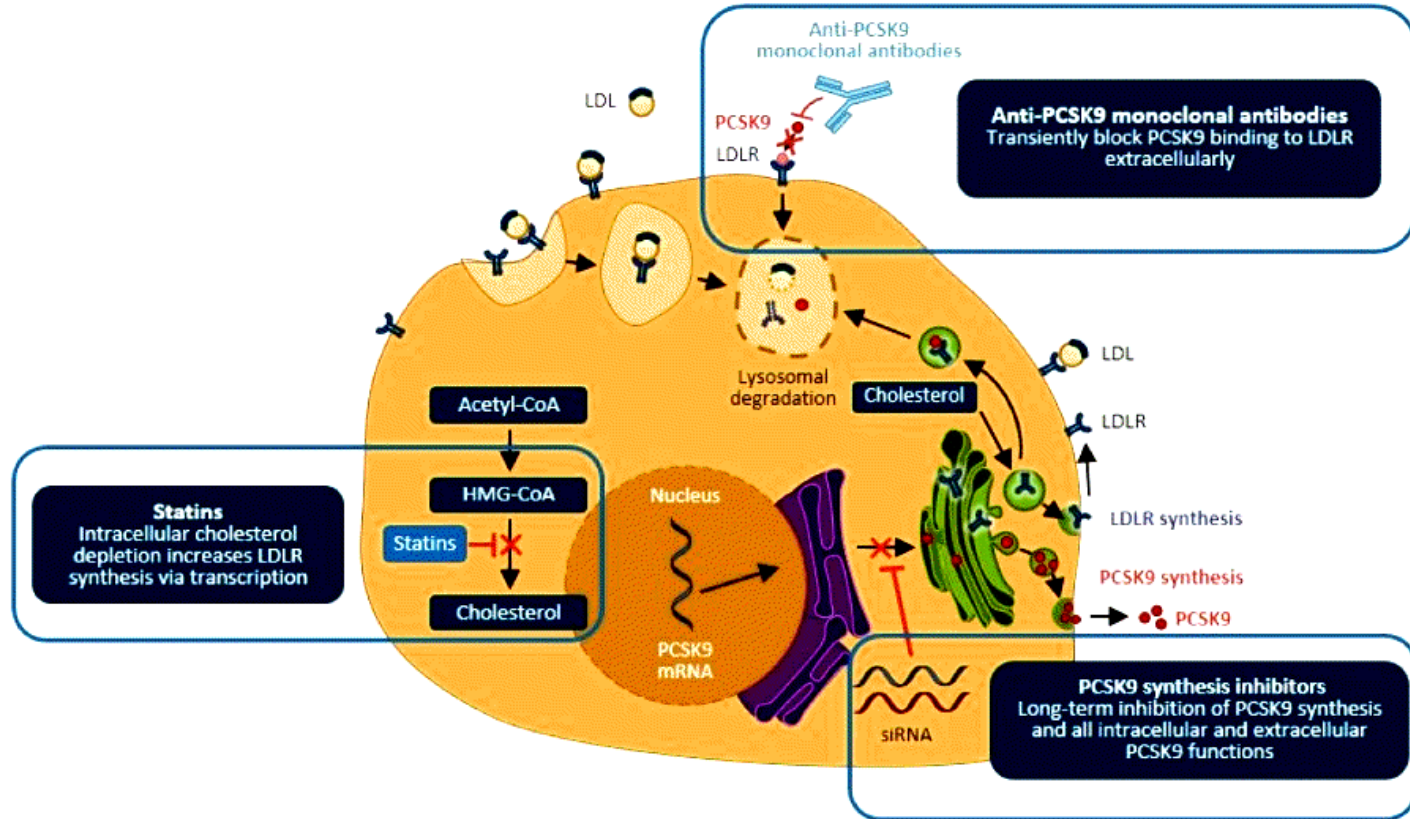


26 days/year

PCSK9 siRNA



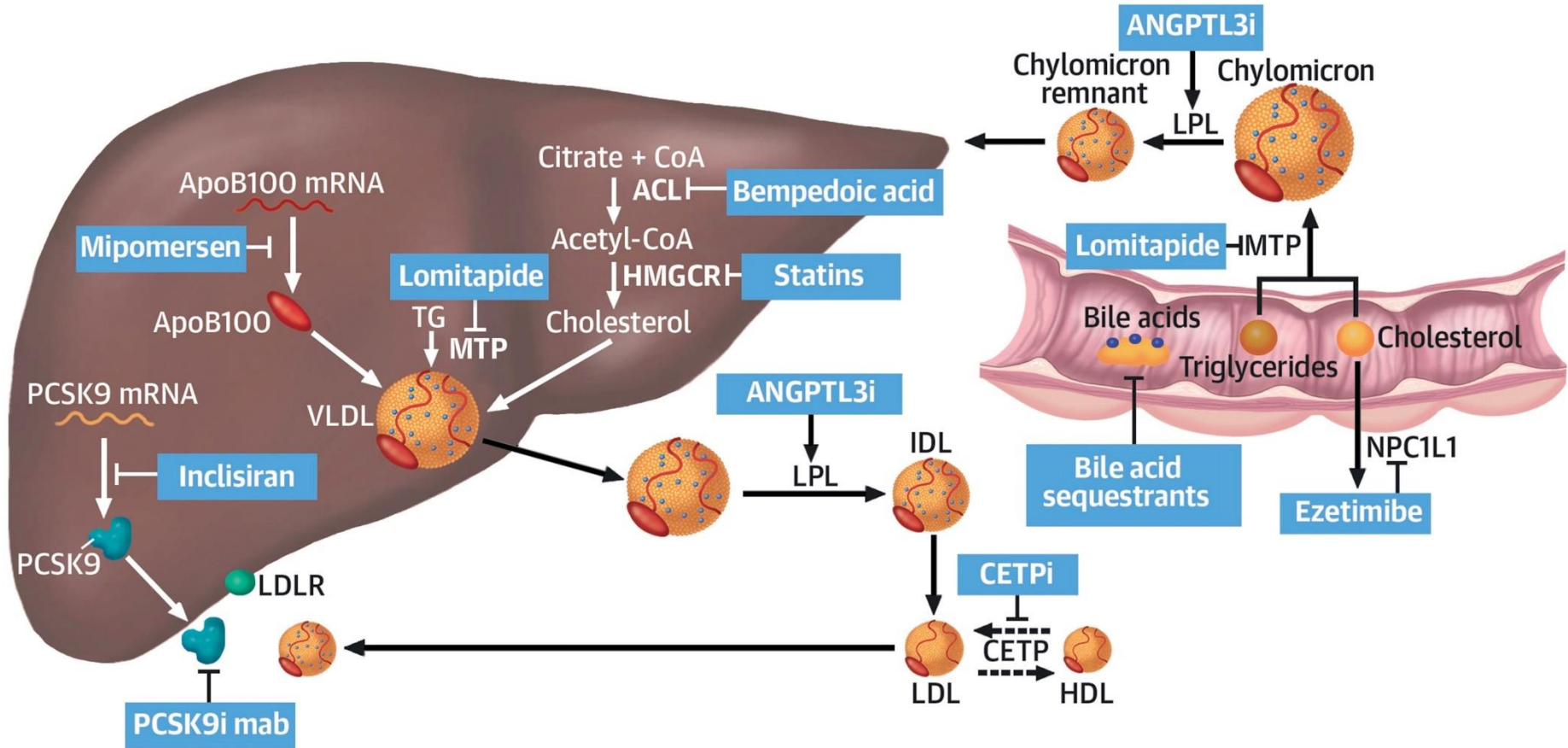
2 days/year



D'après : NORDESTEGAARD B. et al : Nat Rev Cardiol : 2018; 15 : 261 - 272.

Les approches thérapeutiques de réduction du C. LDL

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »



D'après : NURMOHAMED N.S. et al : J Am Coll Cardiol. : 2021; 77 (12) : 1594 - 1575.

Les diverses thérapeutiques hypolipémiantes

Cas Clinique

Traitement :

- Antidiabétique Oral : *metformine*.
- Hypolipémiant : HDL légèrement ↓ (0,45 g/l)
donc Statine

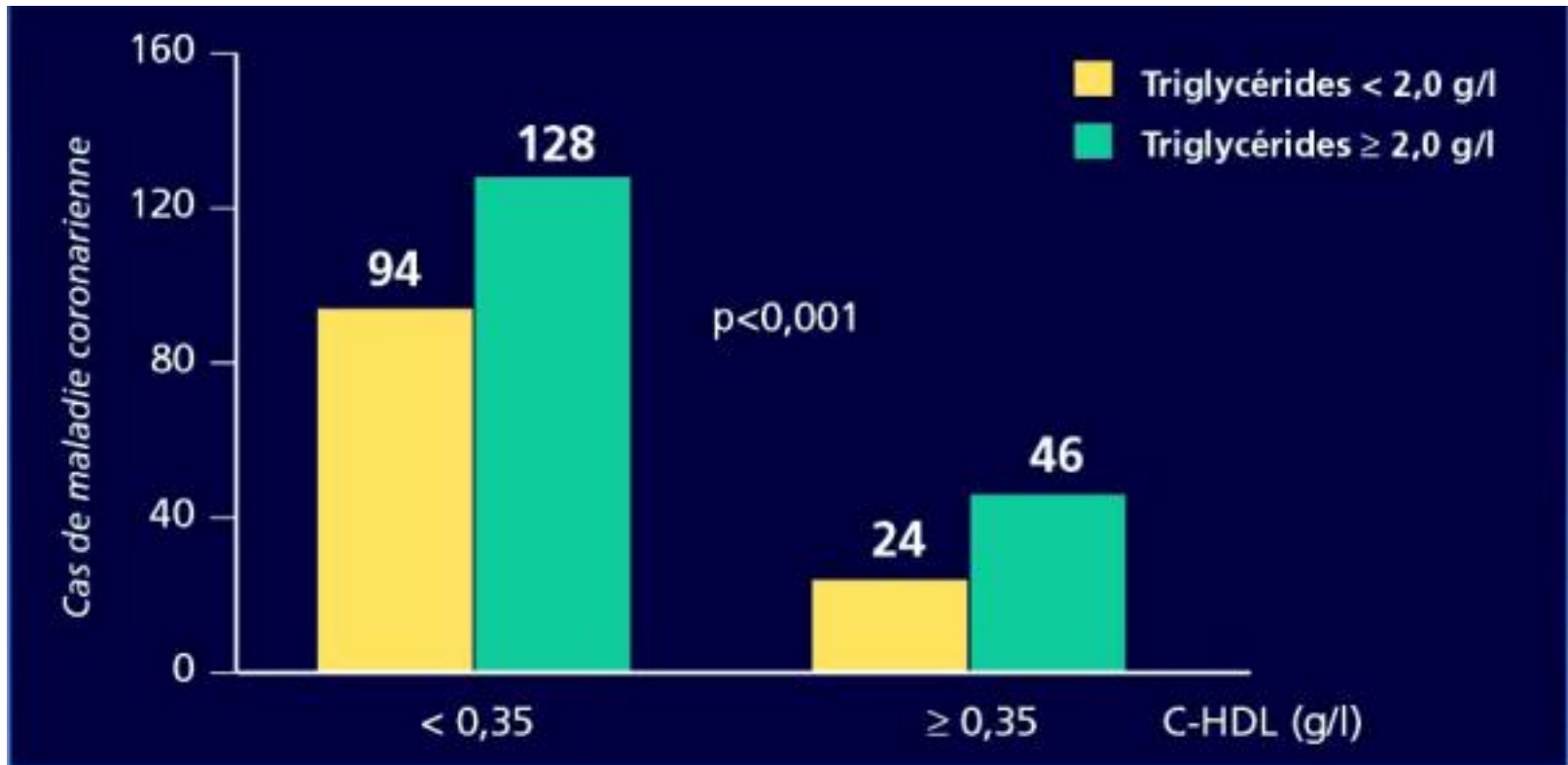
TAHOR 40 ® ou CRESTOR ® 10

Et les TG à 2,78 g/l ?

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Que faire avec les Triglycérides ?

L'élévation des triglycérides est-elle un Facteur de Risque indépendant ?
(Étude PROCAM)



D'après ASSMANN G. : Am J Cardiol : 1992 ; 70 : 733-737.

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Le risque lié aux Triglycérides

Les hypertriglycéridémies sont considérées comme “non athérogènes”.

L'élévation pose problème dans **2 situations** :

- **TG > 4 g/l** : Risque de **PANCRÉATITE AIGUE**
(Risque très important si > 10 g/l).
- **Cholestérol HDL < 0,40 g/l** : **Élévation du Risque Cardio-Vasculaire.**

La valeur souhaitable est < 2 g/l.

La cause majeure d'élévation reste la consommation d' **ALCOOL**...!

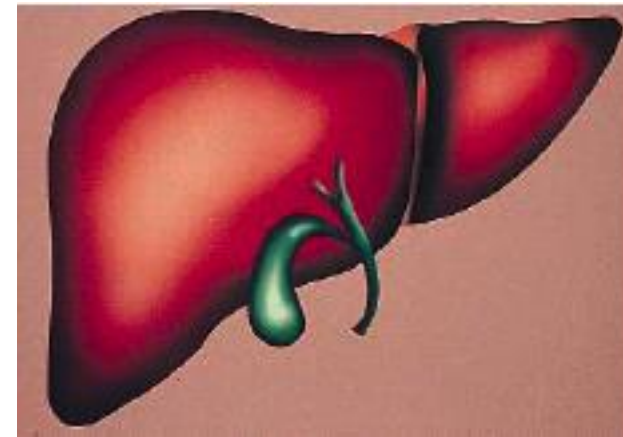
Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Agir...



« 2 verres, c'est bon pour les artères... »

(Soit 20 g d'alcool/jour)



Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Un seul

verre



par

jour

Cas Clinique

Mr C... 71 ans,

Pas d'antécédent familial.

Poids : 88 kg, Taille : 168 cm,

PA : 170 - 85 mm Hg. ←

Glycémie à jeûn : 1,87 g/l,

Microalbuminurie : 38 mg/24 h,

C. HDL : 0,45 g/l,

TG : 2,78 g/l,

C. LDL : 1,66 g/l.

Quel traitement ? quels objectifs à atteindre ?

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Agir : Sur l'Hypertension Artérielle

Le Traitement anti-hypertenseur

PATIENT À HAUT RISQUE :

- **IEC et INHIBITEURS ANGIOTENSINE II ou sartans**

Peuvent être plus efficaces que les bêta-bloquants sur la survenue des événements cliniques (Prévention I).

(Étude LIFE : *Losartan vs Atenolol*
Lancet : 2002 ; 359 : 995 - 1003.)

Ont des effets “protecteurs” sur les organes cibles :

- **Cœur et cerveau** : IDM, AVC, décès.

(Étude HOPE : *Ramipril vs Placebo*
N Engl J Med : 2000 ; 342 : 145 - 153.)

- **Rein** : néphroprotection en particulier chez le diabétique.

(Étude IDNT : *Irbesartan vs Amlodipine vs Placebo*
N Engl J Med : 2001 ; 345 : 851 - 860.)

Cas Clinique

Traitement :

- Antidiabétique Oral : GLUCOPHAGE 1000 ®.
- Hypolipémiant : CRESTOR 10 ®.
- Antihypertenseur :
présence de microalbuminurie (30 à 300 mg/24h)
Donc Inhibiteur SRAA :
 - Diabète de type 1 = IEC
 - Diabète de type 2 = Sartan.

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Agir : Sur l'Hypertension Artérielle

Le Traitement anti-hypertenseur

PATIENT À HAUT RISQUE :

Nécessité d'une polythérapie

- Objectifs de PA plus bas... ! **< 130 - 80 mm Hg ?**

- Privilégier les associations synergiques :

IEC ou sartans + Inhibiteur Calcique

IEC ou sartans + Diurétique

Cas Clinique

Traitement :

- Antidiabétique Oral : GLUCOPHAGE 1000 ®.*
- Hypolipémiant : CRESTOR 10 ®.*
- Antihypertenseur : Valsartan : TAREG 80 ® .*

*Si insuffisant : PA > 140 - 90 mm Hg
+ Amlodipine : EXFORGE ® 5 / 80 mg*

Cas Clinique

Traitement :

- Antidiabétique Oral : GLUCOPHAGE 1000 ®.
- Hypolipémiant : CRESTOR 10 ®.
- Antihypertenseur : TAREG 80 ® .
- Antiagrégant : Aspirine à petite dose ?.

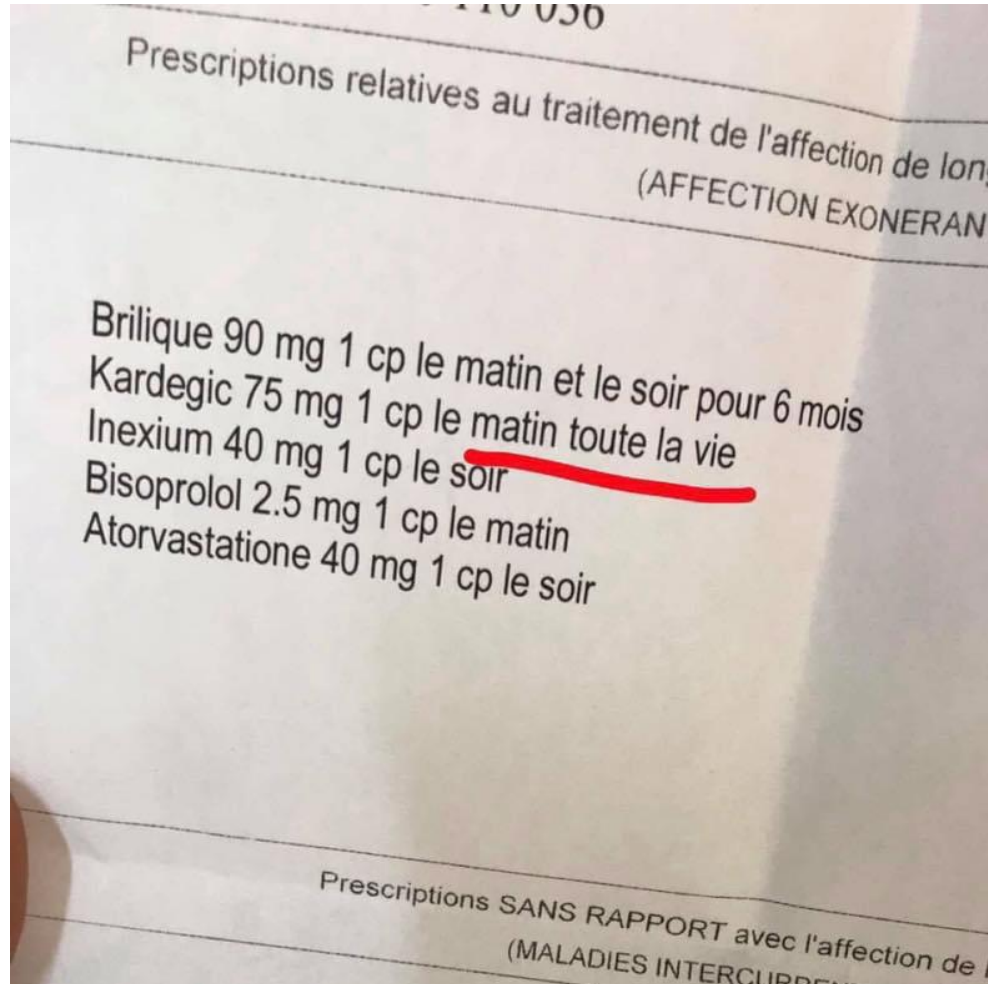
Objectifs :

- HbA_{1c} < 7 %.
- C. LDL 0,55 g/l ; C. HDL > 0,4 g/l.
- PA < 140 - 90 mm Hg.
- Protéinurie < 0,5 g/24H.

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Intérêt du Traitement Antiagrégant ?

Surtout que c'est parti pour longtemps ...



Intérêt du Traitement Antiagrégant ?

- **En Prévention Secondaire : OUI**
- En prévention Primaire : **NON !**
- **Même chez le diabétique :**
Echec de l'étude d'intervention
- **Mais prescription était systématique !.**

Et le coût majoré par les IPP

Intérêt du Traitement Antiagrégant ?

Métaanalyse : JAMA 2019

« L'aspirine en prévention primaire
réduit bien le risque d'événement cardiovasculaire
mais le risque d'hémorragie sévère est pratiquement autant augmenté
Elle permet de conclure définitivement à une balance bénéfice-risque mitigée ».

Donc il ne faut prescrire que chez les patients
qui ont déjà des (petites) lésions
= Primaire à haut risque

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »



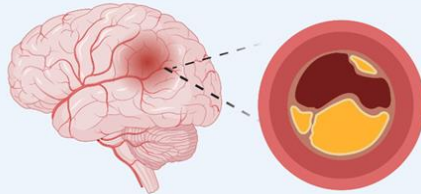
Plaque Artère Carotide Interne Gauche

Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires : Un patient « multirisque »

Mais attention à ne pas en faire trop ?

Dual Antiplatelet Therapy Versus Aspirin in Minor Stroke or TIA

Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials



4 trials, **21,459 patients** with minor stroke or high-risk TIA

Aspirin + P2Y12i



N = 10,737

Aspirin + Placebo



N = 10,722

Recurrent Stroke (N)

626

827

RR 0.76; 95% CI, 0.68-0.83; P <0.001

Major Bleed (N)

71

29

RR 2.2; 95% CI, 1.14-4.34; P =0.02

In minor stroke or high-risk TIA, short term DAPT reduced the risk of recurrent stroke at the expense of a higher risk of major bleeds

Conclusions

PATIENT À HAUT RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

PRISE EN CHARGE DE L'ENSEMBLE DES FACTEURS DE RISQUE

NÉCESSITÉ D'UNE "POLYCHIMIOTHÉRAPIE"

INTÉRÊT DES ASSOCIATIONS FIXES

Diabète : *Metformine + Dapaglifozine* : ZIGDUO ®

Lipides : *Rosuvastatine + Ezetimibe* : TWICOR ®

HTA : *Valsartan + Amlodipine* : EXFORGE ®

Plaquettes : *Aspirine + Clopidogrel* : DUOPLAVIN ®

Concept d'Éducation Thérapeutique

MERCI !

Pour votre attention

Hôpitaux
Universitaires
de Marseille | ap.
hm

jeanfrancois.renucci@ap-hm.fr

@JF_Renucci

