

Recommandations pour la Prévention Cardio-Vasculaire ESC 2021

Jean-François RENUCCI
Médecine Vasculaire
Pôle Cardio Vasculaire et Thoracique
Hôpital de la TIMONE - MARSEILLE

Recommandations pour la Prévention Cardio-Vasculaire ESC 2021

Jean-François RENUCCI
Médecine Vasculaire

Service de Médecine Vasculaire et Hypertension Artérielle
CHU TIMONE / NORD - MARSEILLE

Hôpitaux
Universitaires
de Marseille | ap.
hm

(Aix*Marseille
université



SFMV

Société Française
de Médecine Vasculaire



Women's
Cardiovascular
Healthcare
Foundation

Recommandations pour la Prévention Cardio-Vasculaire ESC 2021

Jean-François RENUCCI
Médecine Vasculaire

Service de Médecine Vasculaire et Hypertension Artérielle
CHU TIMONE / NORD - MARSEILLE

Hôpitaux
Universitaires
de Marseille | ap.
hm

(Aix*Marseille
université



SFMV

Société Française
de Médecine Vasculaire



Women's
Cardiovascular
Healthcare
Foundation



European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2021) 00, 1–111

doi:10.1093/eurheartj/ehab484

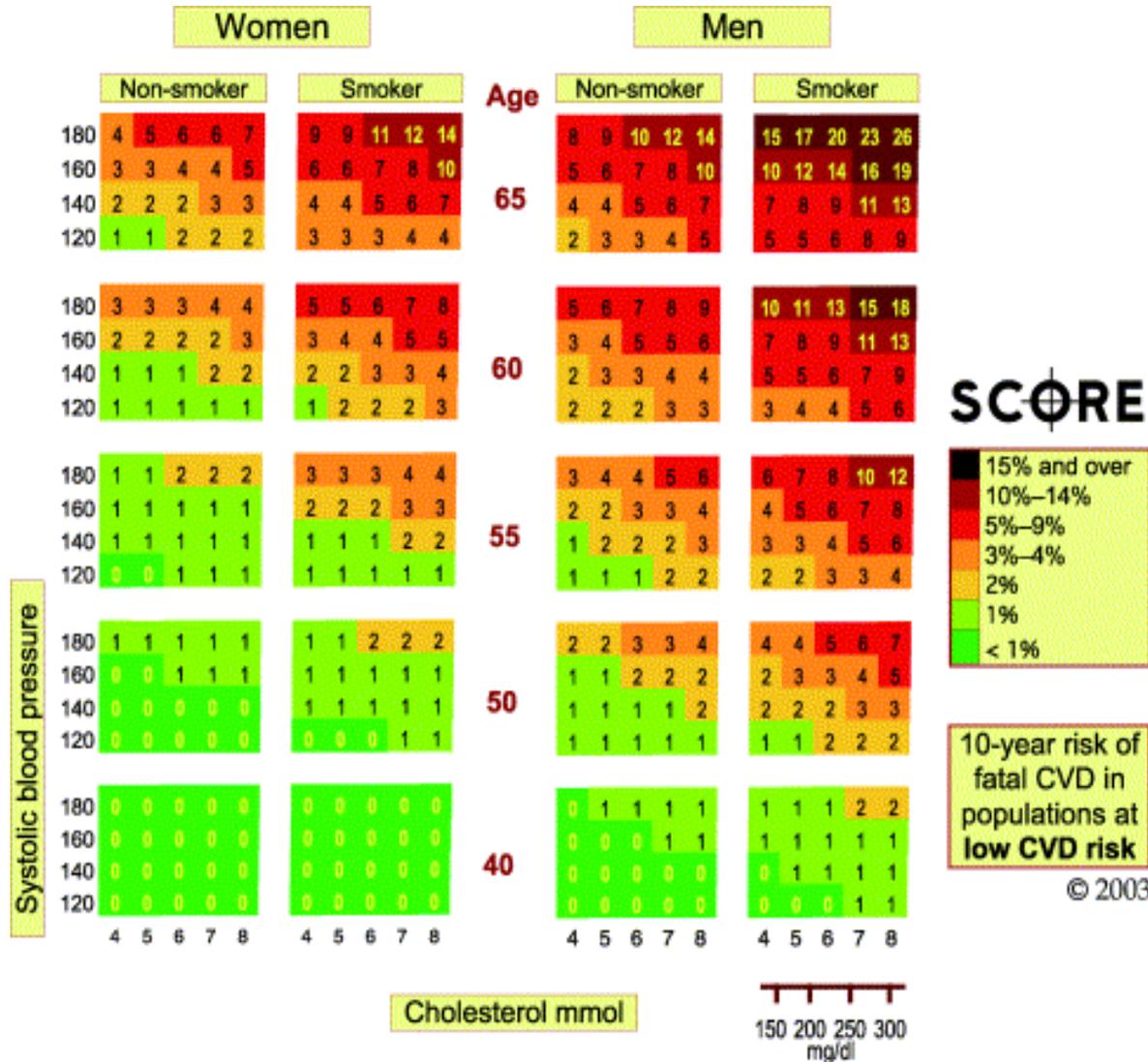
ESC GUIDELINES

2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies

With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC)

Évaluation du Risque CV : SCORE



Évaluation du Risque

SCORE (*Systematic COronary Risk Evaluation*) :

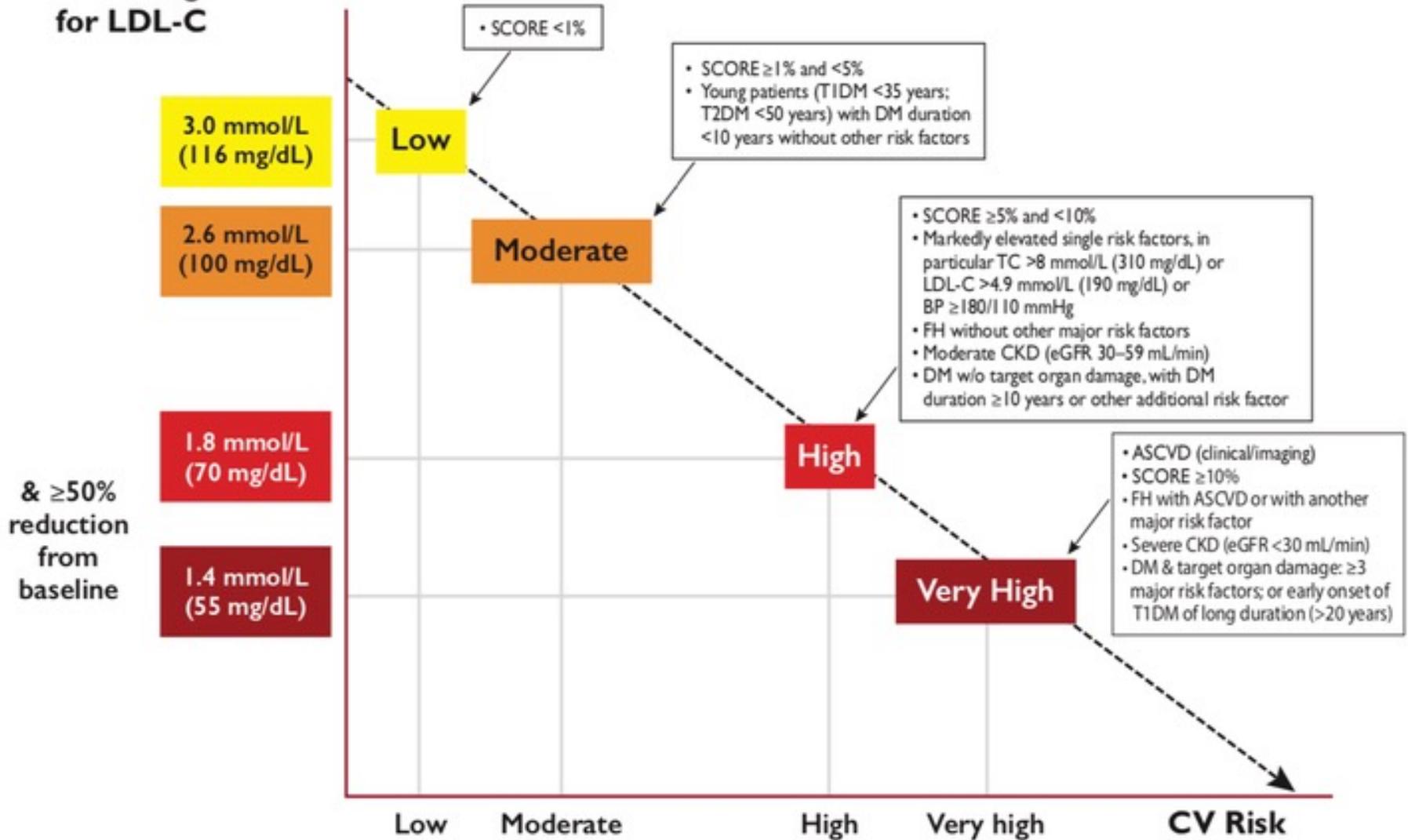
- Estimation du risque **fatal** à 10 ans.
- Instauration d'un traitement médicamenteux pour un seuil de risque de mortalité cardiovasculaire de 5 à 10 %.

Importantes limites :

- Prise en compte uniquement des sujets entre **40 et 70 ans**.
- **Pas les diabétiques et la prévention secondaire.**
- Estimation du seul risque de **mortalité** :
bénéfices d'une intervention moins bien illustrés que par l'association morbidité-mortalité.
- Données épidémiologiques utilisées anciennes (avant 1986).

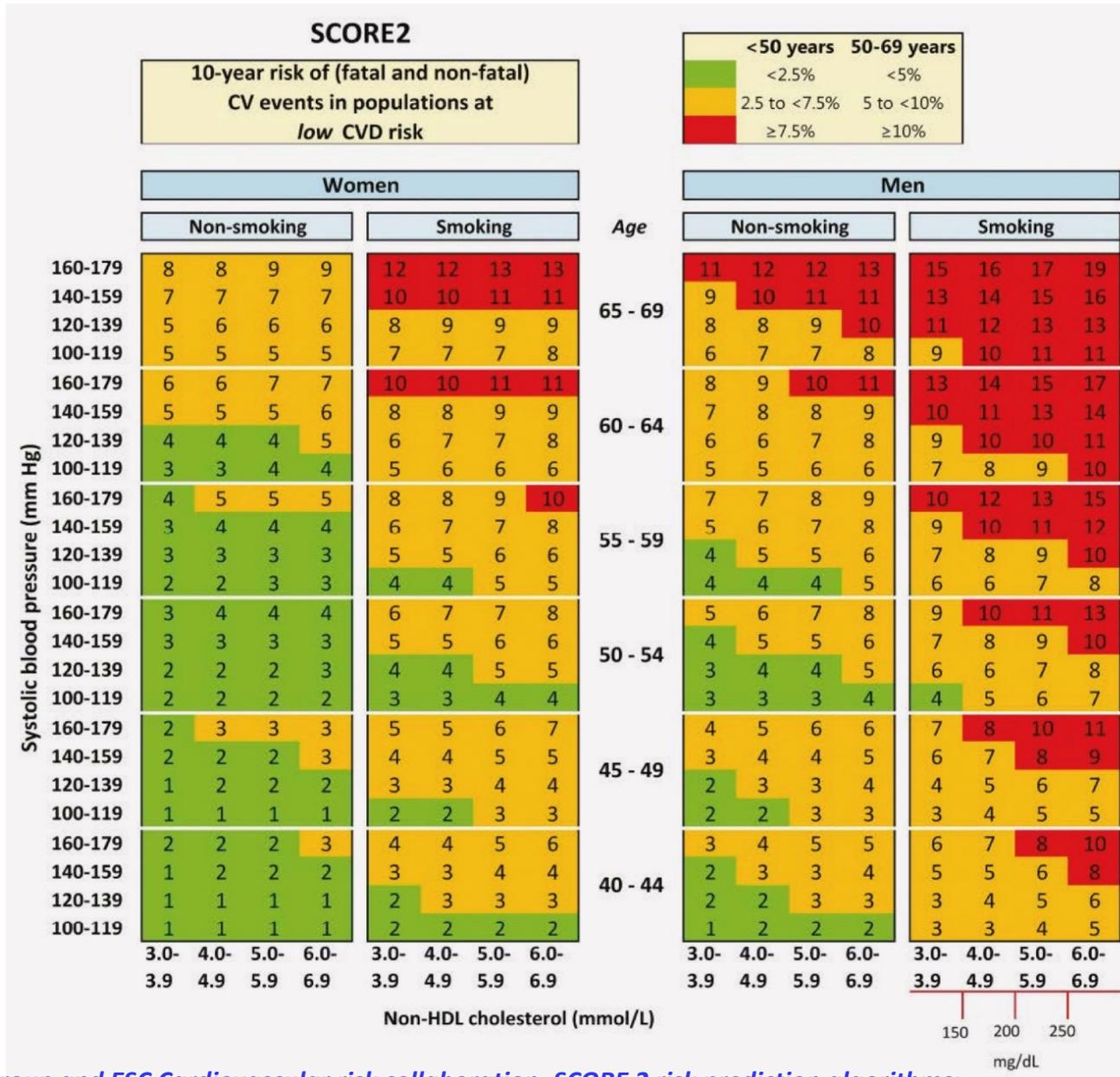
Recommandations pour la Prévention Cardio-Vasculaire ESC 2021

Treatment goal
for LDL-C



Les Objectifs de Cholestérol LDL

Recommandations pour la Prévention Cardio-Vasculaire ESC 2021

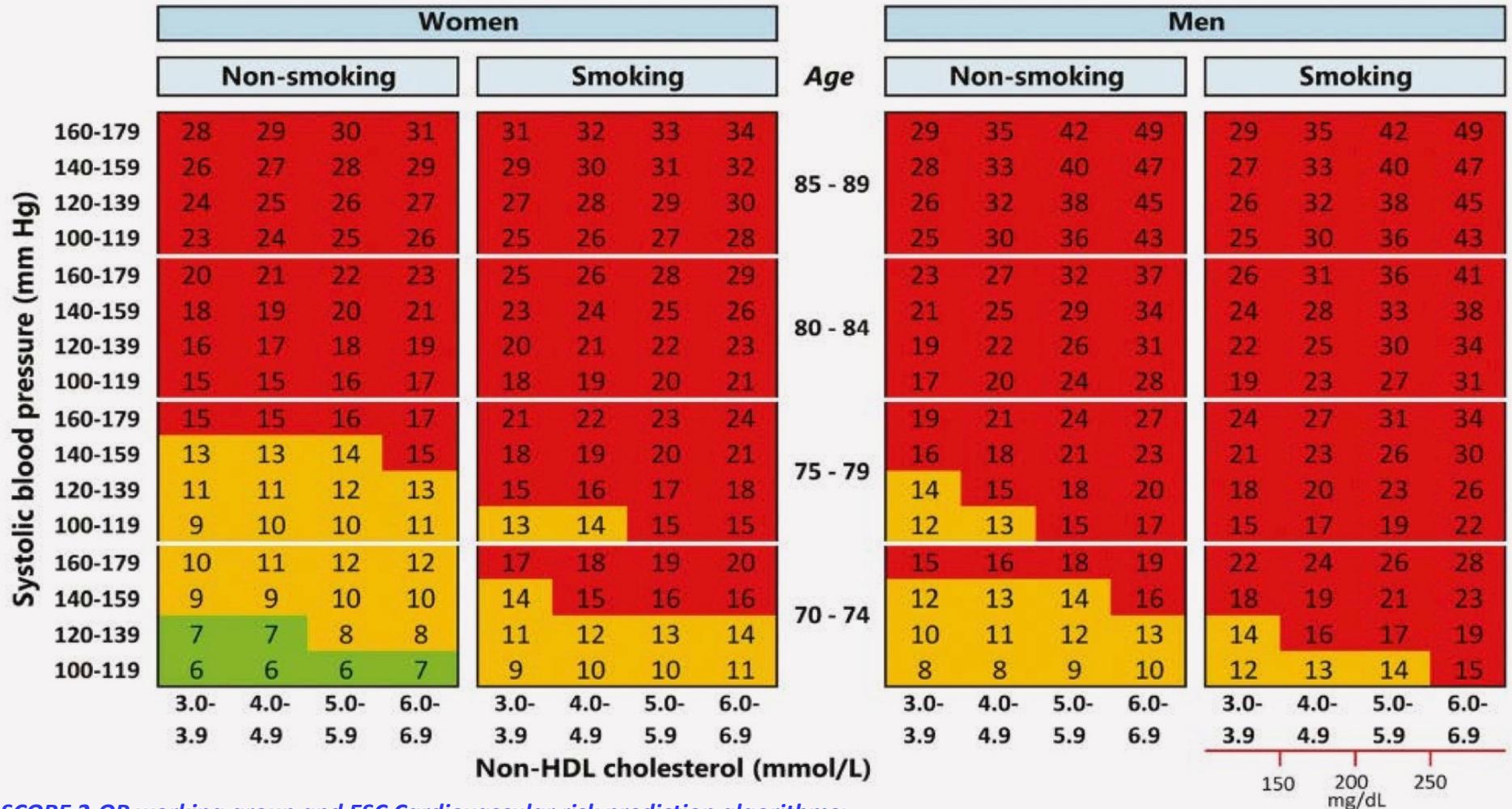


SCORE 2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE 2 risk prediction algorithms; new model to estimate 10-years risk of cardiovascular disease in Europe. Eur Heart J 2021; 42 (25): 2439-2454.

Recommandations pour la Prévention Cardio-Vasculaire ESC 2021

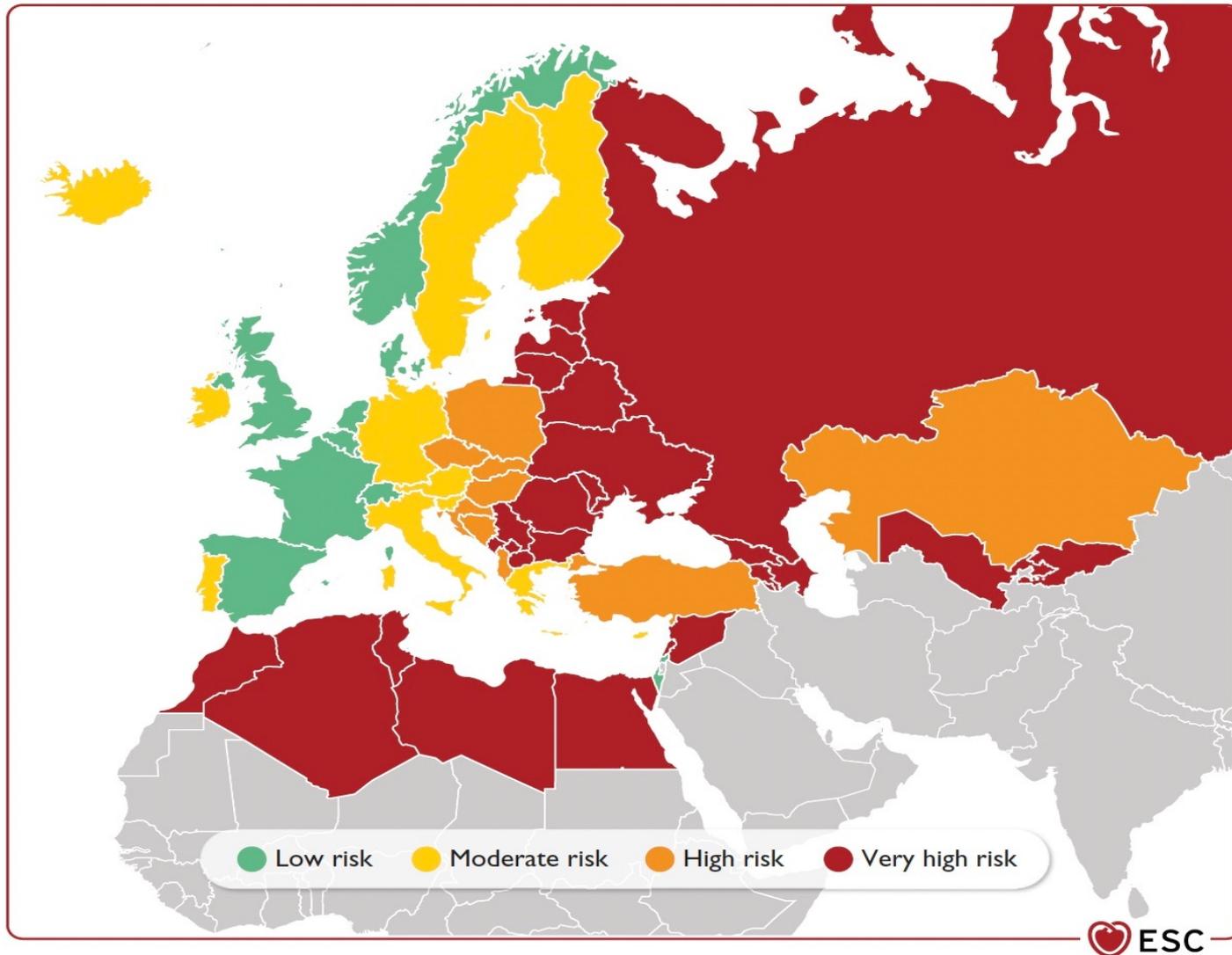
SCORE2-OP

10-year risk of CV events in older persons in populations at low CVD risk



SCORE 2-OP working group and ESC Cardiovascular risk prediction algorithms; estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J* 2021; 42 (25): 2455-2467.

Évaluation du Risque



Indications de Prise en Charge - 1

Approche **progressive d'intensification du traitement** des FDR pour l'ensemble des sujets : des personnes en bonne santé apparente jusqu'au risque très élevé = MCV et/ou un diabète établi, pour atteindre les objectifs du traitement sans trop tarder (lutte contre l'inertie thérapeutique).

Nouvelle notion : **« life time benefit »** : durée de vie supplémentaire sans maladie cardio-vasculaire acquise à la suite d'une intervention ou d'une intensification du traitement.

Seuils : **0 à 6 mois : bénéfice faible,**
6 à 12 mois : bénéfice modéré,
plus de 12 mois : bénéfice élevé.

Pas de seuil d'évaluation de ce bénéfice qui formellement empêche ou justifie un traitement médicamenteux.

Indications de Prise en Charge - 2

Chez les personnes en bonne santé apparente, sans HTA, diabète, insuffisance rénale chronique ou dyslipidémie génétique, le traitement des FDRCV doit être envisagé après une estimation du **risque** du risque CV global à 10 ans et qui sont à **risque CV élevé** :

SCORE 2 : 2,5 à 7,5 % pour les personnes de moins de 50 ans,

SCORE 2 : 5 à 10 % pour les personnes de 50 à 69 ans.

SCORE - OP : 7,5 à 15 % pour les personnes plus de 70 ans.

Il est recommandé d'avoir une discussion éclairée avec les patients sur le risque lié aux MCV dues à l'athérosclérose et les avantages du traitement adaptés aux besoins du patient en **tenant compte de ses préférences**.

Cette communication doit se faire de manière compréhensible en indiquant, entre autres, **l'avantage en années de vie gagnées**, du sevrage tabagique, de la réduction du taux de LDL-c ou de la diminution de la pression artérielle systolique.

Thérapeutiques

Mode de vie - 1

Le **sevrage tabagique** est **très fortement conseillé**

La prise de poids qui est fréquemment associée ne diminue pas le bénéfice CV obtenu.

Une perte de poids « considérable » par un régime hypocaloriques dès le diagnostic de diabète peut conduire à sa rémission.

Chirurgie bariatrique pour les personnes **obèses à risque CV élevé** proposée lorsque le changement de mode de vie n'entraîne pas une perte de poids suffisante et son maintien.

Régime méditerranéen ou de type méditerranéen proposé avec un bon niveau de preuve de son intérêt.

Limiter la consommation d'alcool à un maximum de 100 g par semaine.

Manger du poisson, de préférence gras, au moins une fois par semaine
Restreindre la consommation de viande.

Thérapeutiques

Mode de vie - 2

Réduire le temps de sédentarité en pratiquant au moins une activité légère tout au long de la journée, l'impact sur la mortalité et la morbidité CV étant établi.

Pour accroître cette participation à l'activité physique, les interventions axées sur le mode de vie, l'éducation de groupe ou individuelle, les techniques de changement de comportement, et l'utilisation de dispositifs portables de suivi des activités, devraient être proposés.

Thérapeutiques

Pression Artérielle - 1

HTA de grade I : commencer le traitement en fonction du niveau de risque global, du « *lifetime benefit* » et de la présence d'atteinte des organes cibles,

HTA de **grade II ou plus**, traitement médicamenteux indiqué d'emblée.

Objectif premier du traitement : abaisser la PA < 140 - 90 mm Hg.

Pour les patients de 18 à 69 ans, réduire la PAS à 120 - 130 mm Hg.

Chez les plus de 65 ans, cible de PAS à 130 - 140 mm Hg.

Certains patients peuvent bénéficier de niveaux de PAS plus bas si la tolérance clinique est correcte.

Chez tous les sujets traités, PAD < 80 mm Hg.

Thérapeutiques

Pression Artérielle - 2

La **bithérapie anti-hypertensive** est considérée comme étant habituellement la norme avec **un seul comprimé** quand cela est possible.

Chez la femme, en âge de procréer ou durant la grossesse, le traitement est spécifique en raison des possibles effets secondaires fœtaux.

Risque de développement d'une **HTA associé à la contraception orale comportant des œstrogènes**.

Thérapeutiques

Lipides - 1

La détermination des taux de lipides peut se faire « non à jeun ».

Moins de 70 ans à haut risque CV :

Objectif de cholestérol LDL < 0,7 g/l

ET une diminution de 50 % du LDL-c initial.

Plus de 70 ans, sans MCV mais à haut ou très haut risque CV
l'initiation d'un traitement par statines peut être envisagé.

Initiation non recommandée si IRC terminale, sans MCV.

MCV ou diabétiques de type 2 avec atteinte d'organe associée :

LDL-C cible < 0,55 g/l

et réduction de 50 % du LDL-c initial.

Thérapeutiques

Lipides - 2

L'association de l'*ezetimibe* à une *statine* peut être instaurée d'emblée chez les sujets dont le risque CV est élevé ou très élevé.

En cas de non atteinte de la cible thérapeutique avec la *dose maximale tolérée de statine associée à de l'ezetimibe*, le traitement par un *inhibiteur de PCSK9* est recommandé.

Cette association des 3 molécules est à envisager chez les sujets sans MCV mais à très haut risque CV n'atteignant pas la cible thérapeutique. Quasiment indispensable dans les hypercholestérolémies familiales.

Si risque élevé ou très élevé avec des *triglycérides* > 1,35 g/l malgré les mesures hygiéno-diététiques et le traitement par *statine*, les *AGPI n-3 (icosapent éthyl 2 X 2 g/j)* devraient être considérés *en association avec une statine*.

Thérapeutiques

Diabète - 1

Diabète de type 2 avec une atteinte d'organes cibles et/ou une MCV : prescription **agoniste des récepteurs du GLP1** ou **inhibiteur du SGLT2** avec des bénéfices prouvés fortement recommandés **dès le début** de la maladie.

Chez les sujets diabétiques sans complications, l'utilisation de ces mêmes molécules **devrait être envisagée** afin de réduire le risque cardiovasculaire global et la mortalité.

Utilisation d'un **inhibiteur du SGLT2** recommandée chez :

- les **insuffisants cardiaques** afin de diminuer la mortalité CV et la fréquence des hospitalisations
- les **insuffisants rénaux** : Débit de filtration glomérulaire (DFG) entre 30 et 60 ml/min/ 1,73 m² ou présence d'une albuminurie afin d'améliorer le risque CV et de limiter l'atteinte rénale.

Thérapeutiques

Diabète - 2

Chez les sujets diabétiques de **type 1 ou 2**, âgés de **plus de 40 ans**, avec atteinte d'organe cible et/ou un taux de **LDL-c > 1 g/l** le **traitement par statines** peut être envisagé (en l'absence de grossesse planifiée) pour un **LDL-c cible < 0,55 g/l** et une **réduction de 50 % du taux de LDL-c initial**.

Chez les patients à **haut ou très haut risque CV**, traitement antiplaquettaire par **aspirine à faible doses** peut être envisagé même en prévention primaire en l'absence de contre-indications formelles. (Chez le patient diabétique tout venant, l'aspirine n'a pas fait la preuve de son intérêt).

Thérapeutiques

Anti-thrombotiques

Chez les patients atteints de **diabète et d'AOMI symptomatique** sans risque de saignement élevé, une combinaison de faible dose de **rivaroxaban** (2,5 mg X 2/j) et d'**aspirine** (100 mg/j) devrait être envisagée.

(Application d'un essai thérapeutique dont la transposabilité à la pratique courante est discutable).

L'ajout d'une **deuxième molécule anti-thrombotique** (inhibiteur P2Y12 ou **rivaroxaban** à faible dose) à l'aspirine pour la **prévention secondaire** à long terme devrait être envisagée chez les patients présentant un **risque élevé d'événements ischémiques** et sans **risque élevé de saignement**.

Thérapeutiques

Anti-inflammatoires

Un traitement anti-inflammatoire par de la **colchicine** (0,5 mg /j) est à envisager pour les patients en **prévention secondaire** notamment si les **FDRCV** sont **insuffisamment contrôlés**.

Un traitement utilisant un anticorps monoclonal le *canakinumab* a renforcé le concept d'une thérapeutique inflammatoire chez les patients à haut risque CV mais le coût élevé de cette thérapeutique constitue un problème et le risque infectieux a conduit à l'arrêt de son développement.

Nidorf S.M. et al for LoDoCo2 Trial Investigators: Colchicine in Patients with Chronic Coronary Disease. N Engl J Med 2020;383:1838-1847.

Ridker P.M. et al for the CANTOS Trial Group : Antiinflammatory Therapy with Canakinumab for Atherosclerotic Disease. N Engl J Med ; 2017 ; 377 : 1119-1131.

Pathologies et situations spécifiques

Population Féminine

Le **dépistage périodique** de l'**HTA** et du **diabète** devrait être réalisé chez les femmes avec des antécédents d'accouchement prématuré ou d'enfant mort-né.

L'utilisation des **contraceptifs hormonaux combinés** chez les femmes souffrant de **migraine avec aura** est **déconseillée**.

Pathologies et situations spécifiques

Pathologies CV établies - 1

Les sujets souffrant de MCV devraient être pris en charge pour la **gestion du stress** par une psychothérapie afin de réduire les symptômes de stress et les complications CV.

La **rééducation cardiaque** supervisée en centre, basée sur l'exercice et la prise en charge multidisciplinaire est recommandée pour les sujets avec atteinte coronarienne après un **syndrome coronaire aigu (SCA)** et/ou ayant bénéficié d'une revascularisation.

S'il existe un **état dépressif** un traitement antidépresseur par un **inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS)** est proposé.

Les patients atteints d'**insuffisance cardiaque** devraient bénéficier d'un **programme complet de réadaptation** qui réduit le nombre d'hospitalisation et la mortalité.

Pathologies et situations spécifiques

Pathologies CV établies - 2

Les interventions en ambulatoire, de télésanté et de « mSanté » comme les dispositifs médicaux portables de surveillance sont encouragés.

S'il existe un état dépressif majeur, les traitements par IRS ou antidépresseurs tricycliques sont déconseillés.

L'identification et la gestion des facteurs de risque et des maladies concomitantes sont considérées comme faisant partie intégrante du traitement chez les patients atteints de **Fibrillation Auriculaire**.

Après un **événement cérébrovasculaire**, l'amélioration des facteurs liés au mode de vie en plus de la prise en charge pharmacologique appropriée est recommandée.

Pathologies et situations spécifiques

Troubles Mentaux

La présence de troubles mentaux avec impact fonctionnel important ou entraînant une difficulté d'accès au système de soins de santé influence le risque CV.

Ces sujets ont besoin d'une attention et d'un **soutien intensif** pour améliorer l'observance des changements de mode de vie et du traitement médicamenteux..

Mesures d'ordre général et environnemental

Des taxes sur les produits contenant de la nicotine en fonction du degré de risque attribuable à chacun sont recommandées.

La réglementation de la production industrielle des graisses « trans » est proposée dans le sens d'une très nette réduction de leur utilisation.

Il est suggéré d'aborder explicitement la « rentabilité » au niveau régional ou national avant de mettre en œuvre certaines recommandations qui seraient inappropriés si appliquées « aveuglément » sans tenir compte du contexte ou idéalement d'effectuer des analyses économiques formelles avec des paramètres propres à chaque pays.

Mesures d'ordre général et environnemental

Est proposée la prise en compte des interventions au niveau de la population pour **atténuer les effets de la pollution** sur la santé CV.

Elles comportent la mise en place de mesures visant à réduire la pollution atmosphérique, y compris la réduction des émissions de particules et de polluants gazeux, la réduction de l'utilisation de combustibles fossiles et la limitation des émissions de dioxyde de carbone, peut être envisagée pour réduire la mortalité et la morbidité liées aux MCV.

Points Clés - 1

- Prévention cardio vasculaire chez des sujets en bonne santé apparente.
- Risque à 10 ans de morbi-mortalité :
SCORE 2 chez les sujets âgés de 40 à 69 ans
SCORE OP chez les plus de 70 ans.
- Risque élevé : SCORE 2 : 2,5 à 7,5 % si < 50 ans
 5 à 10 % si 50 à 69 ans
SCORE - OP : 7,5 à 15 % si > 70 ans.

Points Clés - 2

- Approche progressive du traitement des FDR pour atteindre les objectifs compte tenu du « *life time benefit* ».
- Communiquer de manière compréhensible avec les patients en tenant compte de leurs souhaits.
- Patients âgés de 18 à 69 ans : PAS = 120 - 130 mm Hg
PAD < 80 mm Hg.
- Sujets à très haut risque ou MCV : LDL-C < 0,55 g/l
ET réduction de 50 %.

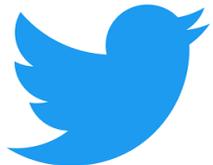
Recommandations pour la Prévention Cardio-Vasculaire ESC 2021



“ Tout bien portant est un malade qui s’ignore”.

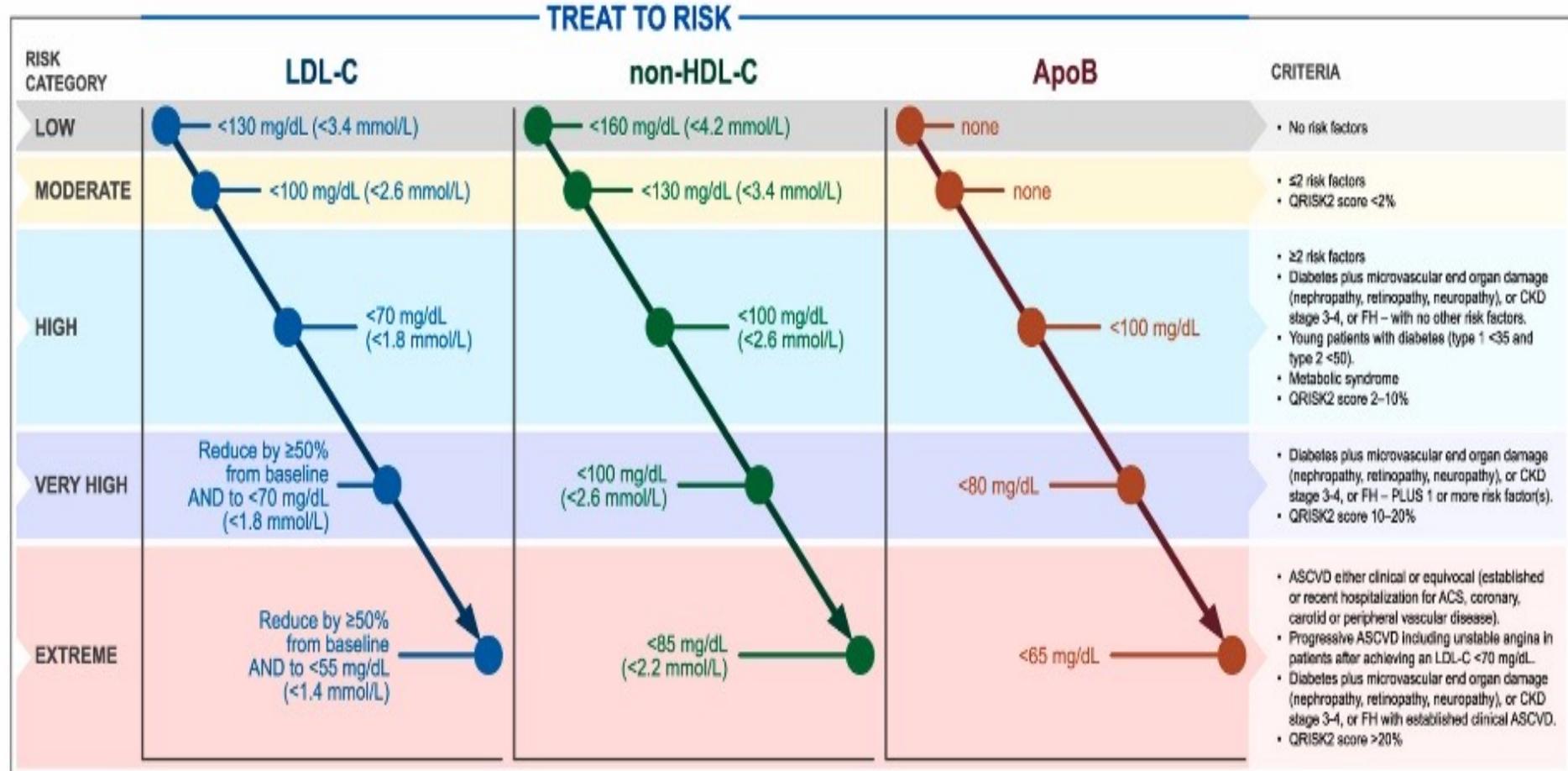
MERCI !

Pour votre attention



Recommandations pour la Prévention Cardio-Vasculaire ESC 2021

MIDDLE EAST CONSENSUS RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF PLASMA LIPID DISORDERS



Les Objectifs pour les Lipides