

La prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires concerne l'ensemble des patients ayant ou ayant eu une insuffisance coronaire, une insuffisance cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou une artériopathie périphérique. Ces patients sont considérés à haut risque de récurrence d'événement cardio-vasculaire.

En ce qui concerne la fibrillation auriculaire, fréquente en cas d'insuffisance cardiaque, sont à haut risque les patients ayant une cardiopathie ischémique ou hypertensive à l'origine de la FA.

L'objectif de la prévention secondaire est d'éviter la survenue de complications, de récurrence et de décès précoces. Elle repose sur des interventions d'efficacité démontrée, associée à des modifications du mode de vie (sevrage tabagique, activité physique régulière), des mesures diététiques et des traitements médicamenteux.

1. Bilan initial

1.1 Objectifs

Dépistage ou réévaluation de tous les facteurs de risque cardio-vasculaire.

1.2 Professionnels impliqués

Les professionnels habituellement impliqués dans le dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire en prévention secondaire sont les médecins traitants.

1.3 Facteurs de risque à rechercher en prévention secondaire

_ Facteurs de risque cardio-vasculaire majeurs

- Tabagisme actuel.
- HTA permanente : soit PAS \geq 140 ou PAD \geq 90 mmHg confirmées par trois mesures au cours de deux consultations, soit PAS \geq 135 ou PAD \geq 85 par automesure.
- Hypercholestérolémie : il importe chez les patients en prévention secondaire d'atteindre un taux de LDL-cholestérol $<$ 1 g/l.
- Diabète : défini par une glycémie à jeun \geq 1,26 g/l lors de deux mesures.

_ Facteurs de risque prédisposants à rechercher en prévention secondaire

- Obésité abdominale (périmètre abdominal $>$ 102 cm chez l'homme et $>$ 88 cm chez la femme), ou obésité (IMC $>$ 30 kg/m²), ou surpoids (25 $<$ IMC $<$ 30 kg/m²).
- Sédentarité (absence d'activité physique régulière, soit environ 30 minutes, 3 fois par semaine).
- Consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres de vin/jour pour l'homme, plus de 2 verres/jour pour la femme).
- Aspects psychologiques et sociaux (précarité).

1.4 Recherche d'atteinte(s) d'organes cibles

La recherche de maladies cardio-vasculaires (maladie coronarienne, maladies vasculaires, symptomatiques ou non) doit être effectuée au travers de l'interrogatoire, de l'examen clinique et d'actes et examens spécifiques. Le bilan peut nécessiter plusieurs consultations et, dans certains cas, le recours à des avis spécialisés.

2. Prise en charge thérapeutique du risque cardio-vasculaire

Ce chapitre définit la prise en charge du risque cardio-vasculaire, dans les situations de prévention secondaire.

2.1 Objectifs

Prévenir de nouveaux événements cardio-vasculaires et réduire le risque de mortalité cardio-vasculaire.

2.2 Professionnels impliqués

La prise en charge thérapeutique du risque cardio-vasculaire relève du médecin traitant, avec recours aux avis spécialisés (cardiologue, endocrinologue notamment).

Une prise en charge avec un programme éducatif (hôpital, association de patients, réseau de soins, maisons du diabète) impliquant des équipes multidisciplinaires (diététiciens, infirmières, psychologues, éducateurs médico-sportifs) est recommandée.

2.3 Applications de mesures hygiéno-diététiques :

Education thérapeutique et modification du mode de vie

Les mesures hygiéno-diététiques concernent tous les patients. Celles-ci doivent être répétées à chaque consultation, et poursuivies tout au long de la vie.

_ Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique comporte l'apprentissage et l'évaluation des connaissances du risque cardio-vasculaire : connaissance de soi et de sa maladie, autoadaptation de son cadre et de son mode de vie à la maladie, autoadaptation à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques, résultats des dépistages des maladies CV, planification des prochains dépistages.

_ Modification du mode de vie

La lutte active contre la sédentarité, le surpoids ou l'obésité (objectif : IMC inférieur à 25 kg/m²), la planification alimentaire et le sevrage tabagique représentent des interventions irremplaçables à toutes les étapes de la prise en charge du risque cardiovasculaire.

Il est recommandé de proposer au patient une éducation en groupe (de préférence), ou individuelle, par des médecins et des professionnels paramédicaux (diététicien, infirmier, éducateur médico-sportif).

Sevrage tabagique

La première étape apporte des informations sur les risques liés au tabagisme.

La deuxième étape évalue la dépendance vis-à-vis de la nicotine (test de Fagerström présenté en annexe).

La troisième étape consiste en l'arrêt du tabac suivant les modalités qui dépendent du score de dépendance et de la présence ou non d'un état anxio-dépressif. Chez certains patients, une aide au sevrage tabagique sera proposée :

- en première intention pour les patients dépendants : substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur) ;
- en deuxième intention : aide médicamenteuse au sevrage tabagique (bupropion LP, varénicline) ;
- une prise en charge spécialisée est recommandée chez les personnes fortement dépendantes, ou souffrant de coaddictions multiples, ou présentant un terrain anxio-dépressif.

Mesures diététiques

L'objectif de la prise en charge diététique est la correction des principales erreurs alimentaires qualitatives.

Chez le diabétique, la prise en charge diététique repose sur la réduction des lipides surtout saturés, dont les effets bénéfiques sur les glycémies peuvent être jugés en quelques jours ; une réduction des sucres raffinés est nécessaire.

Les mesures diététiques concernent les patients en prévention secondaire avec un objectif thérapeutique de LDL-cholestérol < 1 g/l. Les modifications du régime alimentaire comprennent quatre catégories de mesures graduelles :

- une limitation de l'apport en acides gras saturés (graisses d'origine animale : beurre, fromages, viandes grasses, charcuterie) au profit des acides monoinsaturés (huiles d'olive et de colza surtout) ou polyinsaturés (huiles de tournesol, maïs, colza, et margarines préparées avec ces huiles) ;
- une augmentation de la consommation en acides gras polyinsaturés oméga 3 (poissons) ;
- une augmentation de la consommation de fibres et de micronutriments naturels (fruits, légumes, produits céréaliers) ;
- une limitation du cholestérol alimentaire, voire l'utilisation d'aliments enrichis en stérols végétaux ; il convient de diminuer l'apport alimentaire de cholestérol autour de 300 mg/jour. Le cholestérol se trouve surtout dans le jaune d'oeuf, le beurre, les abats (de 150 à 2 000 mg de cholestérol pour 100 g) ; quant aux viandes, à la charcuterie, aux laitages non écrémés, ils contiennent environ 70 à 110 mg de cholestérol pour 100 g de produit.

Le traitement diététique est aussi proposé à tous les patients qui n'ont pas une concentration optimale correspondant à l'objectif thérapeutique déterminé en fonction des facteurs de risque présents (cf. *Recommandations*).

La consommation d'alcool ne doit pas dépasser plus de 3 verres de vin/jour pour l'homme et 2 verres/jour pour la femme. En cas de cardiomyopathie non obstructive d'origine alcoolique, elle doit être réduite à zéro.

Une diminution de la consommation en sel (apport journalier inférieur à 6 g/jour) est recommandée chez le patient hypertendu et en cas d'insuffisance cardiaque (régime désodé adapté à la gravité de l'insuffisance cardiaque).

Activité physique

L'activité physique consiste en des modifications réalistes du mode de vie quotidien, et autant que possible repose sur la pratique d'un exercice physique au moins 30 minutes par jour. Cette pratique doit être adaptée à l'âge et à l'état général

du patient ; chez l'angineux, un ECG d'effort est préalablement nécessaire. Pour les patients les plus sévères, l'entraînement doit être effectué, au moins au début, en centre de réadaptation cardiaque.

2.4 Traitements pharmacologiques

Pour des raisons de simplicité, les guides médecin citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la pathologie concernée. Il est entendu que chaque médicament n'est concerné que dans le cadre précis de son Autorisation de mise sur le marché (AMM). Si pour des raisons explicites tel n'est pas le cas, et plus généralement pour toute prescription d'un produit hors AMM, le prescripteur doit en informer spécifiquement le patient.

_ Traitements pharmacologiques du contrôle de la pression artérielle

Objectifs tensionnels

Maintenir la pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg (130/80 chez le diabétique, à adapter suivant les patients, l'existence d'insuffisance rénale associée, le risque d'hypotension orthostatique chez la personne âgée et les traitements associés).

Traitement

Le traitement médicamenteux antihypertenseur se justifie d'emblée en association avec des mesures hygiéno-diététiques, sans attendre les éventuels bénéfices de ces mesures, quelle que soit la sévérité de l'hypertension en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardio ou cérébro-vasculaire avérée, afin d'atteindre l'objectif tensionnel (prévention secondaire).

Le choix d'une classe thérapeutique doit être adapté à chaque patient, la stratégie générale étant la suivante :

- débiter par une monothérapie, chez un patient vierge de traitement antérieur ;
- instaurer une association d'antihypertenseurs en cas de réponse tensionnelle insuffisante après une monothérapie optimale de 4 semaines ;
- étape supplémentaire : trithérapie devant nécessairement comporter un diurétique thiazidique (sauf chez l'insuffisant rénal sévère, qui relève d'un diurétique de l'anse).

Dans le cas de médicaments cardiologiques à propriétés antihypertensives déjà prescrits pour la maladie cardio-vasculaire, il s'agit d'adapter le traitement. C'est le cas par exemple pour le patient coronarien déjà traité par IEC, chez qui la découverte d'une HTA impose d'adapter la posologie de l'IEC ou d'associer à celui-ci un diurétique thiazidique.

_ Traitements pharmacologiques du contrôle lipidique

Objectif

Chez les patients en prévention secondaire ou à risque équivalent, l'objectif est d'obtenir un LDL-cholestérol < 1 g/l.

Traitement

Cela peut nécessiter l'introduction d'un traitement par statine ou l'adaptation de la posologie de celui-ci.

L'utilisation de fortes doses voire d'association d'hypolipémiants est à envisager au cas par cas et ne doit pas se faire au détriment d'une bonne tolérance et d'une bonne observance du traitement.

_ Traitements pharmacologiques du contrôle glycémique

Se référer aux guides *Diabète*.

_ Prévention du risque thrombotique par antiagrégants plaquettaires

En prévention secondaire (maladie cardio-vasculaire, cérébro-vasculaire ou rénale associée), un traitement par aspirine à dose faible (75 à 325 mg/jour) est recommandé, après avoir vérifié l'absence de contre-indications.

3. Suivi

3.1 Objectifs

Vérifier :

- la réduction des facteurs de risque modifiables ;
- l'autonomie de prise en charge ;
- l'adaptation du traitement ;
- la tolérance du traitement ;
- l'observance du traitement pharmacologique et des mesures hygiéno-diététiques.

Rechercher :

- l'apparition de nouveaux facteurs de risque ;

l'apparition de maladies cardio-vasculaires.

3.2 Professionnels impliqués

Le suivi du risque cardio-vasculaire relève du médecin traitant.

Le recours à des avis spécialisés peut être nécessaire :

- cardiologue ;
- médecin vasculaire ;
- néphrologue ;
- psychiatre, psychologue (prise en charge des troubles du comportement alimentaire, conduites addictives) ;
- diététicien (éducation thérapeutique, surpoids ou obésité, troubles alimentaires) ;
- addictologue (forte dépendance, coaddictions multiples).

3.3 Examens complémentaires

_ Actes techniques

ECG de repos : prise en charge de l'hypertension artérielle.

_ Examens biologiques

Glycémie veineuse à jeun annuelle (dépistage du diabète).

Microalbuminurie chez le diabétique (facteur de risque cardio-vasculaire chez le diabétique).

Bilan lipidique (CT, HDL-C, TG, calcul du LDL-C) une fois par an.

Créatininémie et calcul de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft), une fois par an.

Suivi biologique des traitements pharmacologiques, en respect de l'AMM : kaliémie, créatininémie, dosages des transaminases en début de traitement par statine et dosage des CPK en cas d'apparition de symptômes musculaires inexpliqués.

Annexe : Test de Fagerström

Source : Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of

Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction* 1999;94(2):269-81. © Blackwell Publishing Ltd

1. Le matin, combien de temps après votre réveil allumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes : 3
- Entre 6 et 30 minutes : 2
- Entre 31 et 60 minutes : 1
- Après 1 heure et plus : 0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où cela est interdit ?

- Oui : 1
- Non : 0

3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- La première de la journée : 1
- Une autre : 0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

- Plus de 30 : 3
- De 21 à 30 : 2
- De 11 à 20 : 1
- Moins de 10 : 0

5. Fumez-vous à intervalles plus réduits durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui : 1
- Non : 0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade et alité ?

- Oui : 1
- Non : 0

La somme des points obtenus à chaque réponse indique le degré de dépendance.

Si la somme est comprise entre 0 et 2 : pas de dépendance

Si la somme est comprise entre 3 et 4 : dépendance faible

Si la somme est comprise entre 5 et 6 : dépendance moyenne

Si la somme est comprise entre 7 et 10 : dépendance forte