Prévention primaire des maladies cardiovasculaires

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 26 (11), novembre 2018

INTRODUCTION

À l'échelle mondiale, les maladies cardiovasculaires (MCV) causent environ un tiers de tous les décès. La reconnaissance et la prise en charge des facteurs de risque chez les personnes non atteintes d'une MCV avérée peuvent contribuer à réduire les taux d'incidence et le fardeau de ces maladies. Malgré le nombre de données probantes démontrant que de saines habitudes de vie ont un effet protecteur, il reste difficile d'aider les patients à modifier leur mode de vie. Les recommandations en faveur d'interventions pharmacologiques visant à améliorer les résultats dépendent également du risque de MCV chez l'individu concerné, et certaines d'entre elles sont encore controversées. Le prestataire de soins primaires doit ainsi élaborer une approche qui incite le patient à s'efforcer de réduire son risque de MCV. Il faut donc consacrer du temps à l'évaluation des risques de MCV et tâcher de mettre l'accent sur les données probantes étayant les avantages et les risques liés aux diverses recommandations en matière de prévention.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- d'évaluer le risque cardiovasculaire aux fins de la prévention primaire en utilisant une approche axée sur le patient et les soins primaires;
- d'utiliser des stratégies favorisant et encourageant les modifications du mode de vie pour la réduction des risques de MCV, laquelle tient compte des ressources disponibles à l'échelle régionale;
- de discuter des avantages, des risques et du rôle de la pharmacothérapie pour la réduction du risque de MCV individuel en favorisant la prise de décisions éclairée avec le patient.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 3
Commentaires des histoires de cas 10
Collaborateurs et déclarations 14
Références bibliographiques 15
Annexes 17

Les modules suivants du programme d'apprentissage en PGBP portent également sur les interventions en matière de prévention primaire des MCV et pourraient être un complément utile avant ou après la discussion en groupe :

- Diabète de type 2 (novembre 2018)
- Abandon du tabagisme et réduction des effets nocifs liés au tabac (y compris aux dispositifs électroniques) (août 2018)
- Prescrire de l'activité physique : utiliser une méthode fondée sur les signes vitaux (février 2018)
- Particularités cliniques et meilleures pratiques pour des problèmes fréquents (novembre 2016)
- Suppléments de vitamines et de minéraux : prévention primaire des maladies (mai 2016)
- Dyslipidémie : les controverses en prévention primaire (mai 2015)

Vous pouvez accéder à ces modules en ligne à l'adresse : https://members.fmpe.org/

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Bernard, âgé de 35 ans

Bernard, charpentier, se présente pour une première visite depuis plusieurs années. Il demande à passer des analyses de sang car il se sent un peu fatigué depuis quelques semaines. C'est un homme de race blanche en bonne santé, qui fume depuis l'âge de 18 ans et a des antécédents familiaux de diabète. Il a entendu dire qu'une glycémie élevée pouvait causer de la fatigue. Son père (58 ans) est atteint de diabète de type 2 et a récemment subi une « petite crise cardiaque ».

Bernard vous demande s'il pourrait être exposé à un risque de diabète ou de crise cardiaque à cause de ses antécédents familiaux.

Quels renseignements additionnels pourriez-vous demander à Bernard?

Le cas échéant, quels examens pourriez-vous commander?

Comment pourriez-vous adapter cette visite ou la suivante de manière à pouvoir également évaluer le risque de MCV de Bernard et en discuter?

Deuxième partie

Bernard affirme que sa fatigue est minime. « Je me sens juste paresseux depuis mon licenciement », affirme-t-il, et il veut s'assurer que ce n'est pas un signe de diabète. Il ne présente pas de polydipsie, de polyurie ou de changements de la vision. Il est de bonne humeur. Il ne présente pas de changements cutanés ou capillaires; le reste de l'examen de ses systèmes et appareils ne révèle rien de particulier. Il a récemment pris du poids car, selon lui, il mange plus depuis qu'il n'a plus des horaires de travail réguliers. Il admet que ses habitudes alimentaires « pourraient être plus saines », et indique qu'il reste actif et que sa tolérance à l'effort est inchangée. Ses activités consistent principalement à soulever des poids quelques fois par semaine. Bernard fume occasionnellement (trois à quatre cigarettes par semaine). Il consomme quelques boissons alcoolisées les fins de semaine (quatre à cinq bières). Son père est atteint de diabète de type 2, d'hypertension et de dyslipidémie, mais Bernard n'a pas d'antécédents familiaux de MCV.

L'examen physique général de Bernard est normal; les résultats sont les suivants

Taille : 1 m 69	IMC : 35,7
Poids : 102 kg	Tour de taille : 110 cm
TA : 135/76 mm Hg	
Fréquence cardiaque : 64	

Après une première discussion sur ses risques de MCV, il s'engage à réfléchir sur ses niveaux d'activité et « à manger mieux »; vous lui remettez un formulaire pour ses analyses de laboratoire.

Un mois plus tard, Bernard revient pour connaître les résultats de ses analyses et discuter davantage de son risque de MCV et des changements à apporter à ses habitudes de vie. Il se dit très motivé à améliorer son état de santé depuis qu'il a appris que sa femme est enceinte de leur premier bébé. Il a commencé à marcher trois fois par semaine et continue de lever des poids deux fois par semaine. Il n'a pas encore modifié son alimentation et continue de fumer en société, mais depuis quelques semaines il tient un journal alimentaire qu'il a apporté à cette visite.

Résultats des analyses de laboratoire :

Cholestérol total : 5,34 mmol/L	TSH : 3,29 mmol/L
Triglycérides : 4,1 mmol/L	Hb : 155
C-HDL : 1,21 mmol/L	TFGe normal
C-LDL : 3,65 mmol/L	HbA_{1c} : 5,5 %

Comment pourriez-vous mieux expliquer à Bernard son risque de MCV?

Quel pourrait être votre rôle pour aider Bernard à diminuer son risque de MCV?

Cas numéro 2 : Elizabeth, âgée de 60 ans

Elizabeth est une nouvelle patiente qui a récemment emménagé dans votre région. Lors de sa dernière visite avec son médecin antérieur, elle a passé des analyses de sang, effectué les examens d'usage pour son âge et sa tension artérielle a été mesurée; les résultats sont inclus dans son dossier.

Lorsque vous l'interrogez sur ses antécédents familiaux, Elizabeth vous apprend que son père a eu un infarctus du myocarde (IM) et qu'il est décédé à l'âge de 63 ans. Il était un fermier très actif qui ne fumait pas. Elle n'a aucun autre antécédent familial de MCV. Elle affirme que sa tension artérielle était souvent élevée lorsqu'elle la faisait mesurer au cabinet de son médecin, mais qu'elle était normale à la maison. Elle est ménopausée et affirme avoir occasionnellement des bouffées de chaleur; sinon, elle se porte bien. Elle ne prend pas de médicament contre l'hypertension ou d'hormonothérapie, mais elle prend 81 mg d'AAS une fois par jour.

Elizabeth est une femme de race blanche qui est mariée et a deux fils adultes. Elle aime son travail d'enseignante et suit des classes de remise en forme au YMCA local au moins quatre fois par semaine. Elle ne fume pas et a un cercle d'amies proches avec lesquelles elle aime faire de la marche et de la randonnée. Elizabeth mentionne également qu'elle aime prendre quelques verres de vin de temps en temps les fins de semaine.

Les résultats de ses examens, de même que les observations de son examen physique, sont les suivants :

Taille : 1 m 61	Triglycérides : 0,91 mmol/L
Poids : 59 kg	C-HDL : 1,2 mmol/L
Tour de taille : 88 cm	C-LDL : 4,39 mmol/L
TA (à cette visite) : 161/87 mm Hg	Rapport C-total/C-HDL : 5
	HbA_{1c} : 6,3 %
Fréquence cardiaque : 60	TFGe normal
IMC : 22,8	
Cholestérol total : 6 mmol/L	

À cette visite, Elizabeth accepte d'effectuer un suivi pour revérifier sa tension artérielle, et de la mesurer de façon intermittente à domicile. Vous envisagez de mesurer de nouveau son taux d'HbA_{1C} et de discuter de son risque de MCV.

Comment pourriez-vous estimer le risque de MCV d'Elizabeth?

Quels autres facteurs pourriez-vous prendre en considération pour établir son risque global de MCV?

Comment pourriez-vous aider Elizabeth à prendre des décisions favorisant la diminution de son risque de MCV?

Comment modifieriez-vous votre approche si Elizabeth avait 75 ans ou plus?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Les maladies cardiovasculaires (MCV) comprennent les coronaropathies, l'accident vasculaire cérébral (AVC) et les maladies artérielles périphériques. Une prévention primaire efficace comprend : des examens de dépistage ciblés; l'étude du « risque » dans tout son continuum, du plus faible au plus élevé; la sélection d'interventions appropriées qui se sont avérées efficaces dans la réduction du risque absolu de MCV. Les lignes directrices actuelles en matière de prévention préconisent l'utilisation d'outils d'évaluation des risques permettant d'établir l'intensité des interventions axées sur le mode de vie et la pharmacothérapie afin de réduire au minimum le risque de MCV.

2. L'incidence des MCV augmente avec l'âge. Le sexe, l'ethnicité et la génétique sont des facteurs additionnels de risque *non modifiables* connus et indépendants de MCV.

3. L'étude déterminante INTERHEART[1] visait à évaluer l'importance des facteurs de risque de MCV à l'échelle mondiale et a fait état de facteurs de risque important potentiellement *modifiables* qui sont restés constants chez toutes les populations et dans tous les niveaux socioéconomiques étudiés. Au moment de la publication de cette étude, ces facteurs comprenaient :
   - Le tabagisme
   - L'hypertension
   - Le diabète
   - La dyslipidémie
   - Le rapport taille/hanches élevé
   - Le régime alimentaire
   - L'activité physique
   - La consommation d'alcool
   - Les facteurs psychosociaux

   Les facteurs de risque additionnels validés depuis comprennent[2-5] :
   - Les antécédents familiaux de MCV précoce
   - L'ethnicité (Asiatique du Sud, Autochtone, etc.)
   - La néphropathie chronique
   - L'hypercholestérolémie familiale
   - L'obésité (IMC > 30)

Évaluation du risque de MCV dans le cadre de la prévention primaire

4. D'après les lignes directrices actuelles sur les pratiques exemplaires, les hommes et les femmes de 40 ans ou plus, ou les patients de n'importe quel âge ayant des facteurs de risque connus de MCV (annexe 1) doivent passer périodiquement une évaluation des risques de MCV, tous les cinq ans [preuves de niveau élevé; forte recommandation][2-6]. Cependant, les recommandations issues des lignes directrices varient quant aux consignes précises de ces évaluations, et les données probantes sur lesquelles elles s'appuient ne sont pas homogènes.
   a) Les Lignes directrices simplifiées sur les lipides du Canada[2] recommandent d'attendre l'âge de 50 ans pour instaurer l'évaluation des risques chez les femmes (ne présentant pas de facteurs évidents de risque élevé), compte tenu de la très faible incidence d'un risque même modéré à l'âge de 40 ans. L'évaluation des MCV avant l'âge de 35 ans n'est généralement pas recommandée (chez la majorité des patients) et de nombreux outils d'évaluation des risques n'incluent pas les patients de moins de 35 ans[2].
   b) Les lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie (SCC) de 2016 recommandent d'instaurer le dépistage des MCV tous les cinq ans quel que soit l'âge chez les sujets présentant des facteurs de risque classiques (hypertension/diabète/antécédents familiaux de MCV précoce/tabagisme/néphropathie chronique) et chez les populations d'Asie du Sud ou autochtones, ou en présence de l'un des facteurs suivants :
      - Signes cliniques d'athérosclérose
      - Anévrisme de l'aorte abdominale
      - Signes de dyslipidémie (arc sénile, xanthélasma, xanthome)
      - Antécédents familiaux de dyslipidémie
      - Maladie inflammatoire de l'intestin

- Infection par le VIH
- Dysfonction érectile
- MPOC
- Antécédent de maladie hypertensive pendant la grossesse

c) L'*American Heart Association* (AHA) recommande d'évaluer le taux de cholestérol tous les quatre à six ans, et ce, dès l'âge de 20 ans[6].

d) Autres conseils sur l'évaluation du risque de MCV :
   - Effectuer une nouvelle évaluation du risque chaque fois que le statut du risque de MCV d'un patient est censé changer (p. ex. si un jeune parent au premier degré présente un nouvel événement lié à une MCV)[2,4].
   - L'âge auquel l'évaluation périodique des risques de MCV doit prendre fin n'a pas été bien établi. De nombreux modèles validés d'évaluation des risques n'ont inclus les patients que jusqu'à l'âge de 75 ou 79 ans au maximum. Les Lignes directrices simplifiées sur les lipides recommandent de cesser l'évaluation des risques à l'âge de 75 ans[2]. Cependant, les décisions en la matière pourraient devoir être prises en collaboration avec chaque patient (Conseils pour la pratique 1)[2,4,6,7].

e) Lorsque des analyses de laboratoire doivent être effectuées pour le calcul du risque, il est recommandé au Canada de mesurer les taux de lipides non à jeun[2,4,8].

f) L'utilisation de biomarqueurs circulants ou urinaires (p. ex. CRP, apolipoprotéines, etc.) n'est pas recommandée actuellement dans le cadre de l'évaluation des risques de MCV tant que de nouvelles recherches ne sont pas publiées[2,5,9].

Conseils pour la pratique 1. Évaluation du risque cardiovasculaire des patients de plus de 75 ans

Bien que des études soient en cours, les outils d'évaluation du risque de MCV ne sont pas validés pour les patients de plus de 75 ans[7,10]. Le fait d'extrapoler le score de risque de Framingham aura pour effet d'inclure la majorité des patients de ce groupe d'âge dans la catégorie de risque de MCV modéré à élevé simplement en raison de leur âge, ce qui en fera des candidats à la pharmacothérapie[4]. Compte tenu de ces lacunes, et en attendant la publication de nouvelles données probantes, il faudra faire preuve de jugement clinique et prendre des décisions éclairées *en consultation avec* le patient — en tenant compte de sa capacité fonctionnelle globale, de son espérance de vie et de l'importance qu'il accorde aux habitudes de vie et à la pharmacothérapie destinées à modifier les facteurs de risque[2,4].

5. Il n'est pas nécessaire d'estimer le risque de MCV chez les personnes *de tout âge* présentant une MCV avérée (antécédent d'IM ou d'AVC) et celles présentant un « risque élevé ». En effet, l'estimation du risque de ces personnes est systématiquement supérieure à 20 % pour ce qui est des événements cardiovasculaires; elles doivent passer des tests et recevoir un traitement par les interventions appropriées de prévention secondaire (annexe 1)[2-5].

Évaluation et communication du risque de MCV aux patients

6. Pour la plupart des cliniciens, le calcul du risque de MCV d'un patient est le point de départ de l'élaboration des stratégies de prévention des MCV[3]. Au Canada, les catégories recommandées de risque de MCV à 10 ans et les seuils pertinents pour les interventions comprennent : faible risque < 10 %; risque modéré (parfois appelé risque intermédiaire) de 10 à 19 %; et risque élevé > 20 % (annexe 1)[2,4].

7. Il est difficile d'estimer le risque de MCV sans calculateur de risque; les médecins comme les patients « se trompent souvent dans leur estimation du risque de MCV[2] ». Toutefois, les calculateurs de risque de MCV ont des limites (y compris ceux fondés sur l'étude Framingham Heart), et fournissent un risque estimé plutôt qu'un risque absolu[11]. Le tableau 1. présente des exemples de calculateurs de risque. N'oubliez pas :
   a) Les études comparant les calculateurs de risque indiquent que les estimations du risque de MCV (faible, moyen, élevé) peuvent varier considérablement (dans 33 % des cas environ), et qu'aucun calculateur n'est supérieur à un autre chez toutes les populations [preuves de qualité modérée][11].
   b) Les calculateurs de risque de MCV qu'il est recommandé d'utiliser varient aussi selon les lignes directrices (tableau 1). Le choix du calculateur de risque à utiliser chez un patient particulier doit être adapté à la situation[2-4,12]. Les facteurs à prendre en considération comprennent l'âge, les antécédents familiaux de MCV prématurées, l'origine ethnique et d'autres maladies ayant un effet sur la morbidité et la mortalité[4]. Par exemple, chez les patients atteints d'une néphropathie chronique établie, il est recommandé d'utiliser un calculateur de risque incluant la néphropathie chronique dans son estimation du risque de MCV (p. ex. QRISK-2)[2,4,12].

8. Étant donné les limites inhérentes aux modèles de risque à 10 ans, il peut être utile d'utiliser des calculs incluant un risque à vie plus long[4]. L'âge cardiovasculaire est un cadre clinique utilisé pour mieux expliquer le statut du risque aux patients; son utilisation est recommandée pour favoriser l'observance par les patients du traitement

suggéré [forte recommandation, preuves de niveau élevé][4]. Le calculateur CardioRisk et le Programme complet d'amélioration de la santé de McGill (CHIP) (monbilansanté) proposent des calculateurs en ligne servant à estimer l'âge cardiovasculaire, accompagnés des risques associés (tableau 1). Ces outils peuvent être particulièrement utiles pour les jeunes patients à risque, dont le risque à court terme est faible, mais pour lesquels les avantages à long terme d'une modification des facteurs de risque de MCV pourraient être considérablement supérieurs[4,13].

9. Selon plusieurs études, les bienfaits possibles de l'évaluation des risques sont optimisés lorsque les résultats sont directement communiqués aux patients[4].
   a) Évaluer le risque de MCV et le faire connaître au patient peut favoriser la prise de décisions éclairées et servir de point de départ à une discussion visant à mieux comprendre les risques initiaux et futurs le concernant, ainsi que les éventuels bienfaits absolus respectifs des diverses interventions de prévention primaire des MCV recommandées[2].
   b) Les stratégies cognitivo-comportementales, la participation de professionnels de la santé de diverses disciplines et des interventions multimodales destinées aux sujets à risque élevé de MCV se sont avérées efficaces pour aider les personnes à adopter un mode de vie sain[5].
   c) Il est recommandé de simplifier le mode de vie et les schémas thérapeutiques au niveau le plus acceptable et réalisable pour le patient, d'effectuer une surveillance régulière et de lui demander périodiquement son avis. Lorsque les changements recommandés ne sont jamais respectés, il est conseillé d'effectuer des interventions comportementales combinées ou en séances multiples [preuves de niveau élevé][5].

STRATÉGIES DE PRÉVENTION PRIMAIRE DES MCV

10. Les interventions visant à diminuer le risque de MCV varient quant à leurs avantages. Il est important de laisser aux patients le temps de réfléchir à leurs options et de prendre des décisions éclairées en fonction de leur risque. Le tableau 2 présente un exemple à utiliser avec les patients.

Interventions visant à modifier les habitudes de vie (annexe 2)

11. Des habitudes de vie saines sont « à la base de la réduction du risque cardiovasculaire » et le traitement de première intention recommandé pour *tous* les patients quel que soit leur niveau de risque[4]. Les bienfaits attendus de l'activité physique ou d'une alimentation saine sont semblables à ceux d'une réduction du risque relatif (RRR) estimée de 30 à 35 % associée à un traitement par des statines, en prévention primaire (tableau 2; annexes 1, 2).

Tableau 1. Calculateurs des risques cardiovasculaires

Best Science Medicine 2017 http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html (en français et en anglais) • Propose quatre outils (Classic Framingham, QRISK2 et ACC/AHA ASCVD et PREDICT). • Affichage des bienfaits probables de différentes interventions (p. ex. activité physique, régime méditerranéen, statines, etc.). • Utilisation d'émojis « joyeux-tristes » comme outil d'aide à la prise de décisions reflétant le risque absolu des patients. ***Remarque :*** Si le patient est atteint d'une néphropathie chronique, utiliser la version QRISK2; en date d'octobre 2018, Best Science Medicine n'était pas encore passé à la version 3 du QRISK.
Calculateurs recommandés par la Société canadienne de cardiologie : http://www.ccs.ca/fr/ressources/calculateurs-formulaires **1) CardioRisk Calculator,** Cardiovascular Imaging Research Core Lab, UBC http://www.circl.ubc.ca/cardiorisk-calculator.html • Information succincte sur la posologie des médicaments. • Aperçu clair du risque CV d'un patient (y compris ceux âgés de moins de 40 ans, au moyen d'un calculateur de la dyslipidémie). • Options pour ramener les taux de lipides aux valeurs cibles. **2) Programme complet d'amélioration de la santé de McGill (CHIP)** http://www.chiprehab.com/ Calculateur de l'âge cardiovasculaire et du score de risque de Framingham, **« mon bilan de santé »** , (en anglais : https://myhealthcheckup.com/ et en français : https://monbilansante.com/cvd/?lang=fr).
Calculateur QRISK 3 2017 : http://www.qrisk.org/ (comprend plus de facteurs de risque que le QRISK 2) • Validé dans la population ayant recours à des soins primaires du Royaume-Uni, y compris pour certaines populations d'Asie du Sud. • Peut être utilisé sans résultats d'analyses de laboratoire pour obtenir une estimation « à vue de nez » du risque. Si la valeur est > 10 %, effectuer une évaluation complète incluant un bilan lipidique. • Pour les patients atteints d'une maladie rénale (le QRISK inclut la néphropathie chronique dans son calcul du risque).

Tableau 2. Avantages des thérapies ciblant les MCV, illustrés par l'exemple d'un patient précis

INTERVENTION/THÉRAPIE		Exemple de patient dont le risque de MCV initial est estimé à 20 % sur 10 ans		
		Réduction du risque absolu	NNT	Nouvelle estimation du risque (baisse à partir d'une valeur de 20 %)
Abandon du tabagisme		9 %†	12†	11 %†
Activité physique		6 %	17	14 %
Régime méditerranéen		5 %	17	14 %
Statine d'intensité	*Faible*	6 %	20	15 %
	Modérée	7 %	17	14 %
	Élevée	2 %	15	13 %
AAS		2%	50	18 %

† L'exemple concernant le renoncement au tabagisme porte sur un patient dont le risque de MCV est de 20 % (fumeur de 53 ans, taux de cholestérol total : 5; taux de C-HDL : 1,2 et tension artérielle systolique : 128). Estimation selon le calculateur de risque de Framingham http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html et http://cvrisk.mvm.ed.ac.uk/calculator/calc.asp NNT : nombre de patients à traiter

Adapté et reproduit avec la permission de : Toward Optimized Practice Clinical Practice Guideline. Simplified Lipid Pathway: Prevention and Management of Cardiovascular Disease Risk in Primary Care. 2015. http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/54252506

12. Le tabagisme est depuis longtemps un facteur de risque majeur connu de MCV, qui multiplie par près de deux fois le taux de mortalité des suites d'une MCV à 10 ans. Le tabagisme passif augmenterait le risque de MCV de 30 %[5,14]. L'abandon du tabagisme est l'intervention la plus rentable pour la réduction du risque de MCV, et certains de ses avantages apparaissent quelques mois seulement après l'arrêt du tabagisme[4,5,14]. Les avantages à court et à long terme sont observés quelles que soient la durée ou l'intensité du tabagisme[14]. Il a été rapporté que le fait de fumer une seule cigarette par jour contribuait de 40 à 50 % au risque excédentaire de coronaropathies et d'AVC associé au fait de fumer 20 cigarettes par jour[15]. Pour obtenir plus de ressources et d'information sur le renoncement au tabagisme, consulter le module du programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Abandon du tabagisme et réduction des effets nocifs liés au tabac » (août 2018).

13. Bien qu'il soit difficile de motiver la population générale, les données probantes montrent clairement que l'activité physique et les niveaux intenses d'activité ont une incidence très bénéfique sur la majorité des résultats sur la santé, notamment la mortalité due aux MCV (RRR : 26 %)[16], et que les avantages dépassent largement les risques [preuves de niveau élevé][4,14,16,17]. Consulter le module du programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Prescrire de l'activité physique : Utiliser une méthode fondée sur les signes vitaux » (février 2018) pour obtenir des recommandations détaillées et des ressources additionnelles, ainsi que le Conseil pour la pratique 2.

Conseil pour la pratique 2. Ressources pour la promotion des avantages de l'activité physique dans le cadre de la prévention primaire des MCV

Envisager d'orienter les patients vers les ressources suivantes :

VIDÉO : vidéo informative de cinq minutes du Dr Mike Evans et de l'équipe du Health Lab intitulée : « 23 and ½ hours: what is the single best thing we can do for our health? » (en anglais) : https://www.youtube.com/watch?v=3F5Sly9JQao

DOCUMENT À DISTRIBUER : L'activité physique pour votre santé cardiovasculaire – Collège des médecins de famille du Canada (en anglais seulement)

À l'adresse : https://www.preventioninhand.com/Articles/Patient-Education-Materials-on-Physical-Activity-(/Patient-Education-Materials-on-Physical-Activity?lang=fr-CA

14. De nombreux « régimes alimentaires » sont actuellement recommandés pour réduire le risque de MCV, leur observance étant le déterminant le plus important de leur réussite[4]. Jusqu'à récemment, les données probantes en faveur de la préconisation d'une saine alimentation (nutrition ou diète) et de son rôle dans la prévention primaire des MCV n'étaient pas claires, et il n'y a toujours pas de consensus en cette matière entre les divers groupes de recommandations[3-5,12,14]. Jusqu'ici, le seul régime dont les bienfaits sont avérés du point de vue de paramètres objectifs liés aux MCV (y compris la prévention secondaire) est le régime méditerranéen[18,19].
    a) *Modèle d'alimentation méditerranéenne :* Le fait d'adopter un régime méditerranéen semble protéger le cœur et, selon les essais cliniques, diminuer le taux de MCV (NNT : 61)[19]. En prévention

primaire, son RRR est semblable à celui qui a été démontré avec les statines (~30 %) [preuves de qualité élevée][2]. Il a également été rapporté que le régime méditerranéen était bénéfique chez les personnes atteintes de diabète et qu'il améliorait la maîtrise glycémique, le poids corporel et les facteurs de risque de MCV [preuves de qualité élevée][20]. Ce régime est généralement caractérisé par un apport modéré en lipides (les principales sources de lipides ajoutés étant l'huile d'olive et les noix non salées), une teneur élevée en céréales entières (non affinées), en légumes et en fruits, et une faible teneur en viande rouge (la volaille et le poisson remplacent le bœuf et l'agneau)[3]. Pour en savoir plus sur le régime méditerranéen, consulter le site suivant ainsi que le feuillet d'information destiné aux patients (dernière page du module) :

- Brochure intitulée « Mediterranean Diet 101 » du site Oldways (en anglais) : https://oldwayspt.org/traditional-diets/mediterranean-diet
- HealthLinkBC (en anglais) : https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/aa98646
- La clinique Mayo (en anglais) : https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/mediterranean-diet/art-20047801.

b) *Les fibres :* Des données de bonne qualité montrent qu'il faudrait recommander une alimentation riche en fibres, en fruits et en légumes, et à faible teneur en sucre et en sel (< 5 g/jour)[3,5,14]. Pour réduire le risque de MCV, il est également recommandé d'éviter de consommer des gras trans et de consommer moins de gras saturés [preuves de qualité modérée][4].

c) Les patients sont invités à choisir le modèle alimentaire qui correspond le mieux à leurs valeurs et à leurs préférences, afin de pouvoir s'y conformer et d'en tirer le plus de bienfaits sur le long terme[4].

15. Les recommandations en matière de consommation d'alcool et ses effets physiologiques sur la réduction du risque de MCV suscitent la controverse. À l'heure actuelle, la quantité idéale à consommer ne fait pas encore consensus[14,21]. Historiquement, l'abstinence a été associée à un risque accru de MCV comparativement à la consommation légère d'alcool (faible consommation d'alcool associée à un plus faible taux de coronaropathie[14,22]). Cependant, de nouvelles données probantes[21] mettent en doute les effets bénéfiques d'une consommation modérée d'alcool, ce qui donne à penser que ce sont les abstinents qui présentent peut-être les risques les plus faibles de MCV. Toute consommation d'alcool est associée à une tension artérielle et à un IMC élevés.
    a) Sur la base de ces nouvelles données probantes, il est écrit dans les lignes directrices européennes récentes[5] que « toute consommation d'alcool, quel que soit le volume, n'est pas sans danger »[5] et que même une consommation légère à modérée peut augmenter le risque cardiovasculaire[3].
    b) Les lignes directrices n'ayant pas encore intégré ces données probantes très récentes recommandent généralement une consommation modérée d'alcool définie par 14 unités standard* d'alcool par semaine pour les hommes et 10 pour les femmes[23], et d'éviter la consommation occasionnelle excessive (c.-à-d. pas plus de trois boissons standard par jour pour les hommes ou deux pour les femmes)[4,12].
    * Une unité standard d'alcool équivaut à 12 onces de bière à 5 % d'alcool, ou à 5 onces de vin à 12 % d'alcool.

16. L'avantage de la prise de suppléments de vitamines ou d'acides gras oméga-3 à longues chaînes pour la prévention primaire des MCV n'a pas été bien démontré par des données probantes de qualité élevée[24]. Aucun avantage global quant à la réduction du risque de MCV n'a été rapporté, et tout avantage doit être évalué à la lumière des risques possibles[5,24-27]. Consulter le module d'apprentissage en PGBP de mai 2016 intitulé « Suppléments de vitamines et de minéraux : Prévention primaire des maladies »

17. Un indice de masse corporelle (IMC) > 25 augmente le risque de MCV d'un patient[14]. Les lignes directrices déconseillent le recours à des interventions précisément axées sur le poids, mais conseillent de maintenir un « poids santé » pour réduire le risque de MCV[14].
    a) Les données probantes disponibles indiquent que le risque le plus faible de mortalité précoce est associé à un IMC avoisinant 25[28]. Par conséquent, il est recommandé d'encourager une perte pondérale dès que l'IMC dépasse 30. Notons que l'activité est probablement plus importante que la perte de poids en ce qui regarde la longévité[16].
    b) En plus de diminuer l'IMC, la diminution du tour de taille à titre de « marqueur substitutif de la réduction de l'adiposité viscérale » est un objectif important pour la diminution du risque de MCV. Un tour de taille < 88 cm chez les femmes nord-américaines de race blanche (< 80 cm chez les sujets qui ne sont pas de race blanche*) et < 102 cm chez les hommes (< 94 ou < 90 cm chez les hommes qui ne sont pas de race blanche*) est actuellement recommandé[4].
    * Pour connaître les mesures recommandées du tour de taille propre à chaque ethnicité, consulter le site de Diabète Canada (2018, en anglais seulement) à l'adresse : https://www.diabetes.ca/diabetes-and-you/healthy-living-resources/weight-management/waist-circumference

18. L'étude INTERHEART[1] a permis de confirmer l'importance du stress (que ce soit à domicile, au travail ou financier; la faible valorisation de soi et la dépression rapportée par la personne concernée) en tant que facteur de risque de MCV; pour la majorité des patients atteints d'une maladie cardiaque, le stress est considéré comme une cause importante de leur cardiopathie[3]. La dépression, l'anxiété et l'isolement social ou le manque de soutien social de qualité ont été reconnus comme des facteurs de risque possibles de MCV et doivent être pris en considération dans l'évaluation du risque de MCV d'une personne[3]. Malgré l'absence de données probantes claires indiquant que le traitement de la dépression est efficace pour la réduction du risque de MCV global, il faudrait envisager une psychothérapie (p. ex. thérapie cognitivo-comportementale) chez les patients atteints d'un trouble de l'humeur et de l'anxiété et d'une MCV concomitante, et tenir compte du rôle de la pharmacothérapie[3,5].

Interventions pharmacologiques (annexes 1, 2)

Dyslipidémie

19. Le calcul du RRA associé au traitement par une statine dépend du risque initial du patient et, dans une certaine mesure, du taux de C-LDL initial, car le traitement par une statine entraîne une diminution absolue plus importante du taux de C-LDL chez les personnes dont ces taux sont plus élevés au départ[4]. Les NNT estimés pour éviter un événement lié à une MCV sont résumés au tableau 3.

20. En prévention primaire, les patients exposés à un risque élevé de MCV (> 20 % à 10 ans) sont ceux qui bénéficient le plus du traitement par une statine (RRR : 20-40 %). La question de savoir si les statines conviennent aux personnes présentant un risque faible (10 %)[31] à modéré (10 à 20 %) de MCV suscite la controverse et ne fait pas l'unanimité au sein des recommandations des lignes directrices en partie en raison de l'interprétation des données probantes rapportées et des populations étudiées[32]. Les lignes directrices canadiennes recommandent d'adapter soigneusement les recommandations à chaque patient appartenant au groupe de risque faible et modéré de MCV[2,4] (Conseils pour la pratique 3). La majorité des sujets à *faible risque* n'ont *pas* besoin de pharmacothérapie [preuves de qualité élevée][4] puisque les données probantes actuelles montrent que leur avantage est très faible[30,32]. Les exceptions concernent les personnes dont le taux de C-LDL est ≥ 5,0 mmol/L (et il s'avérera qu'un grand nombre d'entre elles sont atteintes d'hypercholestérolémie familiale) [preuves de qualité modérée][4] (annexe 1).

21. L'hypercholestérolémie familiale est un trouble génétique produisant des hausses du taux de C-LDL. Elle touche environ un Canadien sur 500, elle représente une cause importante de MCV précoce et souvent, elle n'est pas diagnostiquée[33]. Chez cette cohorte de patients, le risque de manifestation coronarienne est élevé et sous-estimé par de nombreux calculateurs du risque de MCV.
    a) Une fois que l'hypercholestérolémie (C-LDL ≥ 5 mmol/L) ou certains signes de l'examen physique (arc sénile, xanthome ou xanthélasma) sont établis et en présence d'antécédents familiaux d'hypercholestérolémie, il faut écarter les causes secondaires (affections médicales telles que l'hypothyroïdie; prise de certains médicaments (stéroïdes, immunosuppresseurs); consommation excessive d'alcool; mauvaise alimentation et sédentarité, etc.).
    b) Il est également recommandé d'orienter le patient dans un centre/registre spécialisé[34]. Pour en savoir

Tableau 3. Traitement par une statine : Exemple de patient – bienfait absolu estimé de la prévention primaire des MCV selon différents risques initiaux[2,29,30]

Risque de MCV à 10 ans calculé par la méthode FRS	**Risque estimé à 10 ans d'événement lié à une MCV***		**AVANTAGE avec Statine** (RRA)	**NNT estimé** (sur cinq ans)	**NNT estimé** (extrapolé à 10 ans)
	AUCUNE STATINE	**AVEC STATINE***			
Faible (< 10 %)	≤ 5 %	≤ 3,5 %	1,5 %	133	67
Modéré (10 %–20 %)	10 % 15 %	7 % 10,5 %	3 % 4,5 %	67 45	33 22
Élevé (> 20 %)	20 % 30 %	14 % 21 %	6 % 9 %	33 22	17 11

* D'après une RRR (réduction du risque relatif) d'événement lié à une MCV de 30 % (25 %-45 %) grâce à la prise d'une statine; FRS : score de risque de Framingham; RRA : réduction du risque absolu; NNT : nombre de patients à traiter. ***Remarque :*** « Les NNT sont très affectés par les taux sous-jacents utilisés pour les estimer, et peuvent être entachés d'erreurs relativement importantes lorsqu'ils sont déduits des groupes témoins d'essais (qui tendent à être en meilleure santé que les populations auxquelles les médicaments sont destinés, même dans le contexte de la prévention primaire)[30] ». D'après le module d'apprentissage en PGBP de 2015 intitulé « Dyslipidémie »

plus sur les critères diagnostiques, le traitement et les étapes pour l'inclusion dans un registre et l'orientation chez un spécialiste, veuillez consulter le site d'Hypercholestérolémie Familiale Canada à l'adresse : http://www.fhcanada.net/

Conseils pour la pratique 3. Quand commencer un traitement par une statine chez les patients à risque modéré de MCV?

Toute décision d'instaurer un traitement par une statine visant à réduire le risque de MCV chez des patients présentant un risque modéré doit inclure une discussion approfondie sur les risques, les avantages, le coût du traitement, les méthodes non pharmacologiques de rechange et les préférences individuelles.

Il est impératif d'insister sur les besoins courants en matière de modification du mode de vie, avec ou sans statine.

22. Jusqu'à récemment, les données probantes permettant d'orienter l'utilisation des statines aux fins de prévention primaire chez les adultes de plus de 75 ans étaient rares, et les recommandations étaient largement fondées sur les résultats extrapolés à partir d'études concernant des patients moins âgés ou d'analyses secondaires de plus vastes essais de prévention primaire. Certaines études ont montré que les statines peuvent réduire le risque d'infarctus du myocarde et d'AVC chez les patients de plus de 65 ans ne présentant pas de MCV connue[35,36], mais elles n'ont pas permis de montrer une diminution du risque de mortalité toutes causes confondues ou de mortalité liée à une MCV. L'essai ALLHAT-LLT[7] n'a montré aucun avantage de l'ajout de la pravastatine (40 mg/jour) au traitement de référence aux fins de la prévention primaire chez les personnes âgées (1 400 participants de ≥ 65 ans) présentant une hyperlipidémie modérée et de l'hypertension [preuves de qualité élevée][7]. Les interventions doivent être personnalisées.

23. On estime que 5 à 10 % des patients présentent des effets secondaires des statines, ce qui comprend une myalgie, une arthralgie et des troubles gastro-intestinaux temporaires[14]. Dans l'ensemble, le risque d'effets indésirables graves des statines est faible; « l'augmentation absolue des effets indésirables hépatiques est faible (RIP : 323) et diminue à 244 dans le cas des statines à intensité élevée comparativement à un placebo; il en est de même du RIP des nouveaux cas de diabète sucré (250)[37] ». Aucune donnée ne montre qu'un traitement hypolipémiant différent des statines (p. ex., les séquestrants de l'acide biliaire, les fibrates et l'acide nicotinique) en monothérapie, dans le cadre de la prévention primaire, réduit les taux de mortalité toutes causes confondues ou de mortalité liée à une MCV[4,5,14].

Hypertension

24. L'hypertension est un facteur de risque indépendant de MCV[14]. La décision d'entamer un traitement antihypertenseur dépend des chiffres tensionnels initiaux et du risque global de MCV du sujet (annexe 2)[5].
    a) Chaque augmentation de 20 mm Hg de la tension artérielle systolique ou de 10 mm Hg de la tension artérielle diastolique, au-delà de 115/75 mm Hg, double le risque d'événement lié à une MCV[14,38].
    b) Les valeurs cibles précises de la tension artérielle et le moment d'instaurer des interventions varient selon les lignes directrices; les données probantes ne sont pas considérées comme suffisamment solides pour publier des recommandations de base pour la pratique[14]. En général, Hypertension Canada recommande une valeur cible < 140/90 mm Hg pour la majorité des patients (non diabétiques), conformément aux lignes directrices en matière de dépistage (annexe 1), et accorde une place importante à l'évaluation du risque global de MCV et aux stratégies de réduction de ces risques[39].
    c) Comme pour la dyslipidémie, il se peut à l'avenir que les interventions visant à diminuer l'hypertension favorisent davantage une approche globale axée sur le risque de MCV plutôt que l'atteinte de valeurs seuils cibles. Une méta-analyse récente[40] a montré qu'un plus grand nombre d'événements liés aux MCV pourraient être évités par personne traitée si l'évaluation du risque de MCV tenait compte du traitement antihypertenseur plutôt que de la tension artérielle systolique. Cette approche est telle, que moins de personnes reçoivent un traitement[40].

    L'étude des options de traitement de l'hypertension dépasse le cadre du présent module. Veuillez consulter les lignes directrices d'Hypertension Canada de 2018 à l'adresse : https://guidelines.hypertension.ca/prevention-treatment/ ainsi que le module d'apprentissage en PGBP de 2016 intitulé « Particularités cliniques et meilleures pratiques pour des problèmes fréquents (mise à jour sur l'hypertension/calcul du risque de MCV – cas numéro 1) ».

Diabète

25. Bien que le diabète augmente le risque d'événement cardiovasculaire (deux fois le risque comparativement aux sujets non diabétiques)[3], la présence de cette maladie n'équivaut pas systématiquement à la survenue d'un infarctus du myocarde, et ne signifie pas toujours une catégorie de risque « élevé » de MCV (p. ex., elle ne justifie pas forcément une pharmacothérapie préventive/énergique)[41] (annexe 1).

26. Au Canada, le dépistage du diabète de type 2 par la glycémie à jeun ou le taux d'HbA_{1c} est recommandé tous les trois ans chez les sujets de 40 ans et plus ou ceux présentant un risque d'être atteint de cette maladie (d'après un calculateur des risques de diabète), selon la définition de Diabète Canada[42]. Voir les lignes directrices de Diabète Canada de 2018 (chapitre 4) à l'adresse : http://guidelines.diabetes.ca/cpg/chapter4 et le module d'apprentissage en PGBP sur le diabète de type 2 (novembre 2018) pour de plus amples renseignements.

Agents antiplaquettaires

27. L'utilisation d'AAS n'est pas recommandée pour la prévention primaire des MCV lorsque le risque à 10 ans de MCV est inférieur à 20 %[2,3]. Les avantages de l'AAS (NNT : 1 667) doivent être évalués par rapport aux effets nuisibles liés au taux accru d'hémorragie (RIP : 3 333 pour une manifestation hémorragique majeure)[43].
    - *Sujets de 70 ans ou plus :* une vaste étude comparative randomisée menée en 2018[44] (n = 19 114; 56 % de femmes; suivi de 4,7 ans) a rapporté un risque significativement accru d'hémorragie majeure avec la prise de 100 mg d'AAS par jour (8,6 événements par tranche de 1 000 années-personnes avec l'AAS vs 6,2 avec le placebo; rapport des risques instantanés : 1,38; IC à 95 % : 1,18 à 1,62; $p < 0,001$). Aucun avantage significatif n'a été observé quant à la prévention des MCV même si la majorité des participants âgés en bonne santé présentaient au moins un facteur de risque de MCV [preuves de qualité élevée][44].

LES ÉLÉMENTS CLÉS

- Personnaliser l'évaluation des risques de MCV des patients à l'aide d'un calculateur des risques approprié afin d'estimer le risque total, en tenant compte des antécédents cliniques du patient, afin de mieux orienter les examens de dépistage et les décisions en matière de traitement. Savoir qu'il est probablement peu bénéfique de soumettre systématiquement les personnes de plus de 75 ans au dépistage des risques de MCV.
- Les interventions ciblant les habitudes de vie sont recommandées pour réduire les MCV à tous les niveaux de risque. Encourager les patients à les modifier même lorsqu'une pharmacothérapie est instaurée.
- Repérer les patients les plus susceptibles de bénéficier (risque de MCV modéré à élevé) d'une prévention primaire axée sur les interventions ciblant le mode de vie et pouvant aboutir à des réductions marquées et indépendantes du risque de MCV, et leur donner des conseils en ce sens. Passer en revue le rôle, les avantages et les effets nuisibles de la pharmacothérapie, selon les indications.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

POINT DE DISCUSSION DU GROUPE DU PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EN PGBP

Avant de passer en revue les commentaires des histoires de cas, réfléchissez au moment et à la méthode que vous choisissez pour évaluer le risque de MCV de vos patients.

Calculez le risque de MCV de Bernard à l'aide du calculateur de risque que vous utilisez actuellement, comparez vos résultats avec ceux des autres membres de votre groupe.

Cas numéro 1 : Bernard, âgé de 35 ans

Quels renseignements additionnels pourriez-vous demander à Bernard?

Il conviendrait de mieux décrire la fatigue de Bernard, de recueillir une anamnèse et d'effectuer un examen physique pour écarter les causes courantes de la fatigue (p. ex. diabète, hypothyroïdie, anémie, apnée du sommeil, dépression, etc.). Il faudrait aussi mieux explorer ce que Bernard vous a dit au sujet de son risque actuel de MCV (p. ex., les précisions concernant ses habitudes alimentaires, l'activité physique, le tabagisme, la consommation d'alcool et les antécédents médicaux familiaux). Il faudrait mesurer sa taille, son poids, son tour de taille, sa tension artérielle et calculer son IMC. Vous pourriez lui proposer de mesurer sa tension artérielle à domicile si celle-ci est élevée, et lui demander de vous transmettre les résultats (Renseignements généraux, points 17 et 24; annexes 1 et 2).

Le cas échéant, quels examens pourriez-vous commander?

Les analyses de sang permettant d'écarter des causes organiques de la fatigue sont facultatives (formule sanguine complète, TSH, HbA_{1c}, avec ou sans VSG). Étant donné que sa fatigue mineure remonte à moins d'un mois, vous pourriez plutôt recourir à la « temporisation ». Veuillez consulter le module du programme d'apprentissage en PGBP de 2014 intitulé « Fatigue chez l'adulte ». Bien que Bernard ait moins de 40 ans, soit un âge inférieur à celui recommandé pour l'évaluation des risques, il est fumeur; des examens plus approfondis de son risque de MCV s'imposeraient donc (Renseignements généraux, point 4; annexe 1). Ces examens comprennent les taux de lipides (non à jeun) pour aider à déterminer son risque de MCV, ainsi que son taux d'HbA_{1c} (s'il n'a pas été mesuré dans le cadre de ses analyses pour la fatigue) et, éventuellement, son TFGe, selon le calculateur de risque utilisé (Renseignements généraux, point 4e, annexe 1).

Comment pourriez-vous adapter cette visite ou la suivante de manière à pouvoir également évaluer le risque de MCV de Bernard et en discuter?

Il conviendrait d'encourager Bernard à réfléchir sur ses choix de vie actuels, y compris le tabagisme, l'activité physique et ses habitudes alimentaires afin de trouver des moyens d'améliorer son état de santé (Renseignements généraux, point 9). Demandez-lui ce qu'il aimerait changer pour lui-même. Les stratégies à ce stade pourraient consister notamment à tenir un journal alimentaire pour examiner plus en détail ce qu'il mange, ou un journal d'activités. Veuillez consulter le module du programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Prescrire de l'activité physique : utiliser une méthode fondée sur les signes vitaux » (février 2018).

Il faudrait demander à Bernard de revenir pour un rendez-vous de suivi dans un mois pour discuter des résultats de ses analyses de sang, l'aider à calculer son risque de MCV et passer en revue les conseils liés au mode de vie.

Deuxième partie

Comment pourriez-vous mieux expliquer à Bernard son risque de MCV?

Bernard est jeune, mais il présente des facteurs de risque justifiant le calcul de son risque de MCV (Renseignements généraux, point 4). Bien qu'il n'existe pas de calculateur idéal du risque et qu'il a moins de 40 ans, le calculateur CardioRisk serait utile pour estimer son risque de MCV et son âge vasculaire : http://www.circl.ubc.ca/cardiorisk_webportal.html. Ce calculateur permet *d'estimer* le risque de MCV à 10 ans de Bernard à environ 8 % [< 10 % et faible risque], et son âge vasculaire qui équivaut à celui d'une personne de 51 ans (Renseignements généraux, points 7-8; tableau 1).

Il conviendrait d'encourager Bernard à devenir proactif quant à sa santé cardiovasculaire en l'invitant à utiliser lui-même le calculateur de l'« âge cardiaque/vasculaire » à l'adresse https://monbilansante.com/, qui s'est également avéré utile pour communiquer le risque à plus long terme aux jeunes patients (Renseignements généraux, points 8-9; tableau 1).

Quel pourrait être votre rôle pour aider Bernard à diminuer son risque de MCV?

Il conviendrait de passer en revue les facteurs de risque de MCV modifiables et non modifiables actuels de Bernard. Il faudrait mettre l'accent sur les avantages des modifications saines du mode de vie qui pourraient améliorer son niveau d'énergie, réduire son risque de diabète et de MCV (Renseignements généraux, point 11) et possiblement lui éviter de devoir prendre des médicaments à l'avenir (p. ex., statine). Vous pourriez utiliser le tableau 2 à l'annexe 2 ou passer en revue le calculateur interactif en ligne « CardioRisk » avec Bernard pour mettre en évidence les avantages possibles des diverses interventions pharmacologiques ou liées au mode de vie, selon le cas.

Vous pourriez aider Bernard à simplifier les changements qu'il est prêt à adopter dans un premier temps, et à établir leur priorité (Renseignements généraux, points 9-10; tableau 2).

- Guidez Bernard en reconnaissant qu'il a fait la preuve de sa motivation et qu'il a déjà pris des mesures pour améliorer son niveau d'activité en commençant à marcher plus régulièrement. Vous pourriez l'inciter à poursuivre et à augmenter graduellement son activité hebdomadaire jusqu'à au moins 150 minutes ou 75 minutes d'activité vigoureuse, en plus de sa routine actuelle de musculation. Vous pourriez aussi insister sur la nécessité d'éviter les comportements sédentaires (Renseignements généraux, point 13; annexe 2). Veuillez consulter le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Prescrire de l'activité physique : utiliser une méthode fondée sur les signes vitaux » (février 2018).
- Vous pourriez revenir sur le sujet et demander à Bernard : « Que pensez-vous de votre tabagisme et de votre régime alimentaire? » Vous pourriez l'encourager à réfléchir davantage à ce qui l'aiderait à arrêter de fumer. Bernard reconnaît que c'est une chose qu'il pourrait envisager et qu'il pourrait commencer par essayer de lui-même, d'autant plus qu'il attend un enfant. Prévoyez un suivi lors de sa prochaine visite et examinez les options thérapeutiques pour le renoncement au tabac (Renseignements généraux, point 12). Après avoir brièvement passé en revue son journal alimentaire, vous remarquez que son alimentation est pauvre en fibres, en fruits et en légumes. Il consomme de grandes quantités de viande, ainsi qu'un volume d'alcool supérieur aux portions quotidiennes recommandées, les fins de semaine. Profitez de l'occasion pour amener Bernard à s'alimenter sainement et à se fixer des objectifs (Renseignements généraux, points 14-15).
- Vous pourriez lui proposer des ressources offertes dans sa collectivité ou en ligne. Invitez Bernard à suivre un cours d'alimentation saine pour le cœur, à consulter des sites Web proposant des régimes sains pour le cœur (p. ex., régime méditerranéen) ou à s'adresser à un diététiste dans la collectivité, si possible. Envisagez de lui faire regarder la vidéo en ligne intitulée « 23 ½ hours » (en anglais) (Conseil pour la pratique 2) et de lui remettre le feuillet destiné au patient en indiquant les ressources communautaires locales (dernière page du module).

Renseignez-vous davantage sur l'humeur actuelle de Bernard et ses sentiments d'anxiété (Renseignements généraux, point 18).

Établissez un calendrier d'introduction d'autres changements au mode de vie et convenez d'un intervalle de rendez-vous de suivi raisonnable pour revoir les objectifs et les réalisations (Renseignements généraux, point 9). Essayez d'éviter de soulever des « inquiétudes » si Bernard estime qu'il n'est pas en mesure d'apporter des améliorations immédiates, et tâchez de lui rappeler que tout changement est un bon départ.

POINT DE DISCUSSION DU GROUPE DU PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EN PGBP

Quelles ressources proposez-vous actuellement aux patients pour les aider à arrêter de fumer, à devenir plus actifs et à suivre un régime alimentaire sain?

Quels programmes ou activités suggérez-vous dans votre région/en ligne comme ressources pour aider les patients à diminuer le stress, l'anxiété et la dépression dans le cadre de la prévention des MCV?

Cas numéro 2 : Elizabeth, âgée de 60 ans

Comment pourriez-vous estimer le risque de MCV d'Elizabeth?

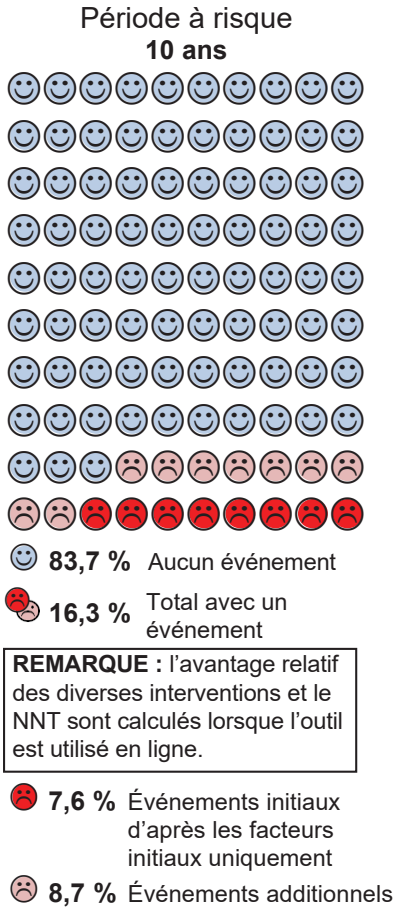
La première étape de l'estimation du risque de MCV est l'emploi d'un calculateur de risque validé (Renseignements généraux, point 6; tableau 1) et l'adaptation à la situation du patient (Renseignements généraux, point 7).

D'après le calculateur Best Medicine, le risque d'Elizabeth serait estimé à 16,3 % pour ce qui est des événements cardiovasculaires; cet outil illustre aussi l'information sous forme de diagramme : http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html

Lorsque l'utilisateur de ce site clique sur l'une des interventions thérapeutiques, le nombre de patients qui bénéficieraient de cette intervention (p. ex. activité physique) s'affiche et les émojis souriants deviennent « verts ».

À titre de comparaison, le calculateur CardioRisk http://www.circl.ubc.ca/cardiorisk_webportal.html (calculateur du risque de dyslipidémie) permet d'estimer le risque de MCV d'Elizabeth à 19 %, et son âge vasculaire à > 80 ans.

Autrement dit, Elizabeth est dans la catégorie de risque modéré de MCV (10 à 19 %).



La capture d'écran a été recréée à partir du calculateur en ligne Best Medicine, avec les données de ce cas : http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html

POINT DE DISCUSSION DU GROUPE DU PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EN PGBP

Disposez-vous actuellement d'un système qui vous indique à quel moment vous devez calculer le risque de MCV des patients dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une visite?

Sachant que les calculateurs de risque de MCV existants permettent au mieux d'estimer le risque (Renseignements généraux, point 7) et que les recommandations des lignes directrices actuelles varient pour ce qui est du dépistage, vous pourriez vous servir du résultat de l'évaluation d'Elizabeth pour lui demander ce qu'elle sait des risques d'événements CV la concernant, et passer en revue les éléments suivants (Renseignements généraux, point 9) :

- Sa tension artérielle systolique est élevée pendant cette visite; la valeur cible recommandée est < 140 mm Hg (Renseignements généraux, point 24). À la prochaine visite, il conviendrait d'effectuer un suivi et lui demander de remplir un journal de ses chiffres tensionnels (annexe 1).

- D'après les lignes directrices, son taux de C-LDL est élevé. Il faudrait réfléchir à la manière dont ce paramètre affecte son risque de MCV et évaluer le rapport avantages-risques des modifications du mode de vie ou des interventions pharmacologiques (tableau 3, Renseignements généraux, points 19-20; Conseils pour la pratique 3 et annexe 1).
- Par ailleurs, le taux d'HbA_{1c} d'Elizabeth est aussi élevé (mais il vaut la peine de le redire) et il faudrait passer en revue l'incidence d'un diabète éventuel sur son risque de MCV (Renseignements généraux, points 25-26).

Quels autres facteurs pourriez-vous prendre en considération pour établir son risque global de MCV?

- Elizabeth est manifestement motivée et semble se conformer aux recommandations hebdomadaires en matière d'activité physique. Il conviendrait d'explorer le rôle de l'entraînement contre résistance dans la prévention du diabète et la réduction des risques de MCV, et de l'encourager à l'intégrer à sa routine de conditionnement physique (Renseignements généraux, point 13; consulter le module du programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Prescrire de l'activité physique : utiliser une méthode fondée sur les signes vitaux », février 2018). Il faudrait passer en revue ses habitudes alimentaires actuelles et les recommandations pertinentes (Renseignements généraux, point 14). Il conviendrait aussi d'envisager de l'orienter vers un diététiste ou de lui fournir des ressources en ligne concernant le régime méditerranéen (Renseignements généraux, point 14). Le Feuillet d'information destiné aux patients en fin de module pourrait également lui fournir des repères. Vous pourriez penser aux ressources de soutien dans votre collectivité susceptibles de l'aider à introduire plus rapidement les modifications nécessaires de son mode de vie.
- Parmi les autres facteurs à prendre en considération et souvent ignorés par les calculateurs de risque actuels, mentionnons la consommation d'alcool, l'humeur et le stress (Renseignements généraux, points 15 et 18).

Comment pourriez-vous aider Elizabeth à prendre des décisions favorisant la diminution de son risque de MCV?

Malgré la détermination d'Elizabeth à effectuer de l'activité physique et malgré les valeurs normales de son IMC/tour de taille (Renseignements généraux, point 17), sa tension artérielle, ses taux de lipides et sa glycémie sont élevés et exigent une surveillance et une prise en charge continues.

En raison de son risque modéré de MCV, les lignes directrices sur les lipides recommandent de proposer à Elizabeth un traitement modéré par une statine (Renseignements généraux, point 20; annexe 1). Il faudrait toutefois passer en revue avec elle le NNT et les effets nuisibles possibles pour déterminer si elle souhaiterait entamer une pharmacothérapie ou continuer d'essayer d'adopter des changements plus draconiens de son mode de vie (Renseignements généraux, points 9, 19–20, 23; tableau 3). Il serait également important de continuer de surveiller sa tension artérielle et son taux d'HbA_{1c} et de réévaluer périodiquement son risque de MCV.

Il faudrait déterminer si Elizabeth devrait continuer à prendre de l'AAS, en pesant les recommandations actuelles qui le déconseillent et l'absence de bienfaits démontrés par rapport aux effets possiblement nuisibles dans son cas précis (Renseignements généraux, point 27).

Comment modifieriez-vous votre approche si Elizabeth avait 75 ans ou plus?

Les recommandations actuelles ne proposent pas d'évaluer le risque de MCV chez les personnes de plus de 75 ans (Renseignements généraux, point 4d). Cependant, il est recommandé de prendre des décisions concertées et personnalisées tenant compte de l'état de santé/du fonctionnement, des valeurs et des croyances actuelles du patient (Conseils pour la pratique 1).

La portée des données probantes concernant l'utilisation des statines chez les patients âgés n'est pas bien établie et les risques d'effets nocifs doivent être pris en compte (Renseignements généraux, point 22). L'avantage de l'AAS pour la prévention primaire des MCV chez les personnes de 70 ans ou plus n'a pas été démontré et soulève encore des interrogations, tandis que le risque d'hémorragie est bien établi (Renseignements généraux, point 27).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **https://www.surveymonkey.com/r/Formulairederetroaction**

Auteurs : **Nicola Penney, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Corner Brook, Terre-Neuve

Réviseurs : **G Michael Allan, M.D., CCMF, FCMF**
Médecin de famille
Edmonton, Alberta

Alan Katz, MB ChB, CCMF, FCMF
Médecin de famille
Winnipeg, Manitoba

Rédactrice médicale en chef :
Lori Teeple, M.D., CCMF (méd. urg.), FCMF (soins palliatifs)
Médecin de famille, professeure agrégée de médecine et de médecine familiale, Université Western
London, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules : **Wendy Leadbetter, inf. aut., B. Sc. inf.**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Brian Ashton (Bedford, Nouvelle-Écosse), Daisy Fung (Edmonton, Alberta) et Dawid Martyniak (London, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Allison Ferg (Victoria, Colombie-Britannique), Tony Gabriel (Gander, Terre-Neuve), and Rose Anne Goodine (Woodstock, Nouveau-Brunswick), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations. Enfin, la Fondation souhaite remercier Haider Saeed à titre de consultant dans la préparation de ce module.

Divulgation des conflits d'intérêts :
Nicola Penney, Lori Teeple et Wendy Leadbetter n'en ont déclaré aucun.

Mike Allan a effectué des recherches sur le sujet, a reçu des subventions sans but lucratif dans ce domaine, publié des articles sur le sujet, fait des présentations sur le sujet et présidé le comité de rédaction des Lignes directrices simplifiées sur les lipides (Simplified Lipid Guidelines) de 2015. Il n'a pas obtenu de financement de la part de l'industrie pharmaceutique ou d'organismes connexes.

Alan Katz est titulaire d'une chaire de recherche subventionnée par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en novembre 2018.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes, à : https://members.fmpe.org/

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :



La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

© La Fondation pour l'éducation médicale continue

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicables à la population ciblée); l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint. • Études comparatives randomisées d'envergure et bien conçues. Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.
Modéré	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins), ou lorsque l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance large. • Études comparatives randomisées bien conçues, mais de taille modérée ou uniques. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, contrôlées mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes. Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction de l'information révélée lors de futures études.
Faible	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limitations/des risques de biais importants ou des variations significatives des résultats entre les études. Les preuves provenant d'études bien conçues dans les populations représentatives sont inexistantes ou insuffisantes.
Très faible	• Opinion d'experts • Rapports de cas individuel ou de séries de cas

Sources :

1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf

2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm

3) Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 3.Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011; 64(4):401-406.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364:937-52. PM:15364185.
2. Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A, et al. Simplified lipid guidelines: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. Can Fam Physician 2015;61:857-67, e439-50. PM:26472792.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 149. Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. 2017. http://www.sign.ac.uk/sign-149-risk-estimation-and-the-prevention-of-cardiovascular-disease.html.
4. Anderson TJ, Gregoire J, Pearson GJ, et al. 2016 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult. Can J Cardiol 2016;32:1263-82. PM:27712954.
5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2016;37:2315-81. PM:27222591.
6. Goff DC, Jr., Lloyd-Jones DM, Bennett G, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2014;129:S49-73. PM:24222018.
7. Han BH, Sutin D, Williamson JD, et al. Effect of Statin Treatment vs Usual Care on Primary Cardiovascular Prevention Among Older Adults: The ALLHAT-LLT Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2017;177:955-65. PM:28531241.
8. Kolber MR, Lindblad, A.J. Can I get my cholesterol checked fast (without fasting)? Tools for Practice #121. 2014. www.acfp.ca/tools-for-practice/.
9. United States Preventive Services Task Force (USPST). Curry SJ, Krist AH, et al. Risk Assessment for Cardiovascular Disease With Nontraditional Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2018;320:272-80. PM:29998297.
10. Rodondi N, Locatelli I, Aujesky D, et al. Framingham risk score and alternatives for prediction of coronary heart disease in older adults. PLoS One 2012;7:e34287. PM:22470551.
11. Allan GM, Nouri F, Korownyk C, Kolber MR, Vandermeer B, McCormack J. Agreement among cardiovascular disease risk calculators. Circulation 2013;127:1948-56. PM:23575355.
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, incluldling lipid modification. Clinical Guideline 181. 2016. www.nice.org.uk/guidance/cg181.
13. Grover SA, Lowensteyn I, Joseph L, et al. Discussing coronary risk with patients to improve blood pressure treatment: secondary results from the CHECK-UP study. J Gen Intern Med 2009;24:33-9. PM:18937013.
14. Stewart J, Manmathan G, Wilkinson P. Primary prevention of cardiovascular disease: A review of contemporary guidance and literature. JRSM Cardiovas Dis 2017;6:2048004016687211. PM:28286646.
15. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL, Milenkovic D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports.

BMJ 2018;360:j5855. PM:29367388.

16. Lindblad AJ, Dhawan, S. Exercise and Cardiovascular Disease: Getting to the heart of the matter. 2015. Tools for Practice #145. www.acfp.ca/tools-for-practice/.
17. Wen CP, Wai JP, Tsai MK, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. Lancet 2011;378:1244-53. PM:21846575.
18. Allan GM, Ivers N, Sharma AM. Diets for weight loss and prevention of negative health outcomes. Can Fam Physician 2011;57:894-5. PM:21841109.
19. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med 2013;368:1279-90. PM:23432189.
20. Huo R, Du T, Xu Y, et al. Effects of Mediterranean-style diet on glycemic control, weight loss and cardiovascular risk factors among type 2 diabetes individuals: a meta-analysis. Eur J Clin Nutr 2015;69:1200-8. PM:25369829.
21. Mostofsky E, Chahal HS, Mukamal KJ, Rimm EB, Mittleman MA. Alcohol and Immediate Risk of Cardiovascular Events: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. Circulation 2016;133:979-87. PM:26936862.
22. Leong DP, Smyth A, Teo KK, et al. Patterns of alcohol consumption and myocardial infarction risk: observations from 52 countries in the INTERHEART case-control study. Circulation 2014;130:390-8. PM:24928682.
23. Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA). Canada's Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines. 2017. http://www.ccdus.ca/Eng/topics/alcohol/drinking-guidelines/Pages/default.aspx.
24. Jenkins DJA, Spence JD, Giovannucci EL, et al. Supplemental Vitamins and Minerals for CVD Prevention and Treatment. J Am Coll Cardiol 2018;71:2570-84. PM:29852980.
25. Fortmann SP, Burda BU, Senger CA, Lin JS, Whitlock EP. Vitamin and mineral supplements in the primary prevention of cardiovascular disease and cancer: An updated systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2013;159:824-34. PM:24217421.
26. Singal M, Banh HL, Allan GM. Daily multivitamins to reduce mortality, cardiovascular disease, and cancer. Can Fam Physician 2013;59:847. PM:23946027.
27. Myung SK, Ju W, Cho B, et al. Efficacy of vitamin and antioxidant supplements in prevention of cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2013;346:f10. PM:23335472.
28. Hellec B, Campbell-Scherer D, Michael Allan G. The skinny on BMI and mortality. Can Fam Physician 2015;61:970. PM:26564656.
29. Ebrahim S, Taylor FC, Brindle P. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. BMJ 2014;348:g280. PM:24470636.
30. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2013;1:CD004816. PM:23440795.
31. Abramson J. Statins in Persons at Low Risk of Cardiovascular Disease. Am Fam Physician 2017;96:Online. PM:29094882.
32. Rossignol M, Labrecque M, Cauchon M, Breton MC, Poirier P. Number of patients needed to prescribe statins in primary cardiovascular prevention: mirage and reality. Fam Pract 2018;35:376-82. PM:29267889.
33. Primary P, Genest J, Hegele RA, et al. Canadian Cardiovascular Society position statement on familial hypercholesterolemia. Can J Cardiol 2014;30:1471-81. PM:25448461.
34. Turgeon RD, Barry AR, Pearson GJ. Familial hypercholesterolemia: Review of diagnosis, screening, and treatment. Can Fam Physician 2016;62:32-7. PM:26796832.
35. Glynn RJ, Koenig W, Nordestgaard BG, Shepherd J, Ridker PM. Rosuvastatin for primary prevention in older persons with elevated C-reactive protein and low to average low-density lipoprotein cholesterol levels: exploratory analysis of a randomized trial. Ann Intern Med 2010;152:488-96, W174. PM:20404379.
36. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. Lancet 2002;360:1623-30. PM:12457784.
37. Linblad AJ, Kolber, M.R., Garrison, S., Cotton, C., Allan, G.M. 2015. Prevention and management of cardiovascular disease risk in primary care: evidence review of 12 key clinical questions. Supplement. Edmonton, AB. http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/54252506
38. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies C. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002;360:1903-13. PM:12493255.
39. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. Can J Cardiol 2018;34:506-25. PM:29731013.
40. Karmali KN, Lloyd-Jones DM, van der Leeuw J, et al. Blood pressure-lowering treatment strategies based on cardiovascular risk versus blood pressure: A meta-analysis of individual participant data. PLoS Med. 2018;15:e1002538. PM:29558462.
41. Turgeon RD, Banh HL, Korownyk C. Is diabetes a coronary artery disease equivalent? Can Fam Physician 2013;59:1306. PM:24336544.
42. Ekoe JM GR, Katz P. Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes Canada: Screening for Diabetes in Adults. Can J Diabetes 2018;42:S16-9.
43. Antithrombotic Trialists C, Baigent C, Blackwell L, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. Lancet 2009;373:1849-60. PM:19482214.
44. McNeil JJ, Wolfe R, Woods RL, et al. Effect of Aspirin on Cardiovascular Events and Bleeding in the Healthy Elderly. N Engl J Med 2018 PM:30221597.
45. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014;63:2960-84. PM:24239922.
46. Garcia S. Alcohol Consumption and CVD: The Case for Moderation. 2015. http://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2015/01/05/13/06/alcohol-consumption-and-cvd-the-case-for-moderation.
47. Sprint Research Group. Wright JT, Jr., Williamson JD, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med 2015;373:2103-16. PM:26551272.
48. Lindblad AJ, Makowsky M, Allan GM. Treating to target: ready, fire, aim. Can Fam Physician 2014;60:541. PM:24925944.

ANNEXE 1. PRÉVENTION PRIMAIRE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES (MCV)

Quand effectuer une évaluation des risques de MCV?

- Tous les patients de plus de 40 ans à 75 ans, tous les cinq ans. Envisager d'instaurer une évaluation des risques de MCV chez les femmes de plus de 50 ans.
- Pour les sujets de moins de 40 ans présentant des facteurs de risque majeur, par exemple : hypertension diagnostiquée, tabagisme, diabète, antécédents familiaux de MCV précoce (proche parente au premier degré de moins de 65 ans; proche parent au premier degré de sexe masculin de moins de 55 ans).

Choisir un outil de calcul pour évaluer le risque de MCV – l'utiliser de manière constante

Par exemple : Best Science Medicine http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html

Renseignements de base pour effectuer les calculs :

- *Anamnèse :* âge, sexe, antécédents familiaux de MCV, origine ethnique, hypertension, diabète, hypercholestérolémie familiale, tabagisme, néphropathie chronique, ± fibrillation auriculaire, polyarthrite rhumatoïde
- *Examen physique :* tension artérielle, IMC et tour de taille
- *Analyses de laboratoire :* taux de lipides non à jeun, taux d'HbA_{1C} et possiblement le TFGe

Évaluation du RISQUE DE MCV : Dépistage et recommandations

Recommandations liées au mode de vie pour TOUS les groupes de risque de MCV

Quel que soit le score de risque de MCV (avec ou sans traitement pharmacologique), discuter de l'aptitude au changement, de l'observance, des obstacles et du suivi quant aux aspects suivants :

- **Abandon du tabagisme :** Programmes de soutien offerts et traitement pharmacologique de remplacement de la nicotine.
- **Activité physique :** : Avoir comme objectif 150 minutes d'activité modérée à vigoureuse par semaine, en plus d'un renforcement musculaire deux fois par semaine. Éviter la sédentarité pendant de longues périodes.
- **Alimentation saine :** Suivre un régime de type méditerranéen; éviter de consommer de l'alcool ou en consommer avec modération.

FAIBLE RISQUE DE MCV
Score de risque < 10 %
Aucune caractéristique d'un risque élevé

↓

Taux de lipides non à jeun
C-LDL < 5,0 mmol/L
OU C-non-HDL < 4,3 mmol/L

↓

Estimer de nouveau le risque de MCV et réanalyser les taux de lipides tous les cinq ans

RISQUE DE MCV MODÉRÉ
Score de risque 10 à 20 %
Aucune caractéristique d'un risque élevé

↓

Discuter/proposer une statine** à *puissance* modérée
Atorvastatine à 10-20 mg
Rosuvastatine à 5-10 mg
Simvastatine à 20-40 mg
Pravastatine ou lovastatine à 40-80 mg
Fluvastatine à 80 mg

RISQUE ÉLEVÉ DE MCV Score > 20 %

Envisager les facteurs de risque possiblement majeurs de MCV pour entamer un traitement par une statine :

- **SCC :** En présence de diabète* et si ≥ 40 ans **OU** durée > 15 ans et âge ≥ 30 ans **OU** maladie microvasculaire avérée
- **SCC :** hypertension + au moins trois facteurs de risque de MCV†
- Néphropathie chronique (utiliser le calculateur de risque QRISK3)
- Taux de C-LDL ≥ 5,0 mmol/L **OU** taux de C-non-HDL ≥ 4,3 Envisager la probabilité élevée **d'hypercholestérolémie familiale** (en particulier en présence d'autres caractéristiques)

↓

Discuter/proposer une statine à puissance élevée**

Atorvastatine à 40-80 mg ou rosuvastatine à 20-40 mg

Antihypertenseurs : Hypertension diagnostiquée
TA > 140/90 mm Hg (voir la page suivante)

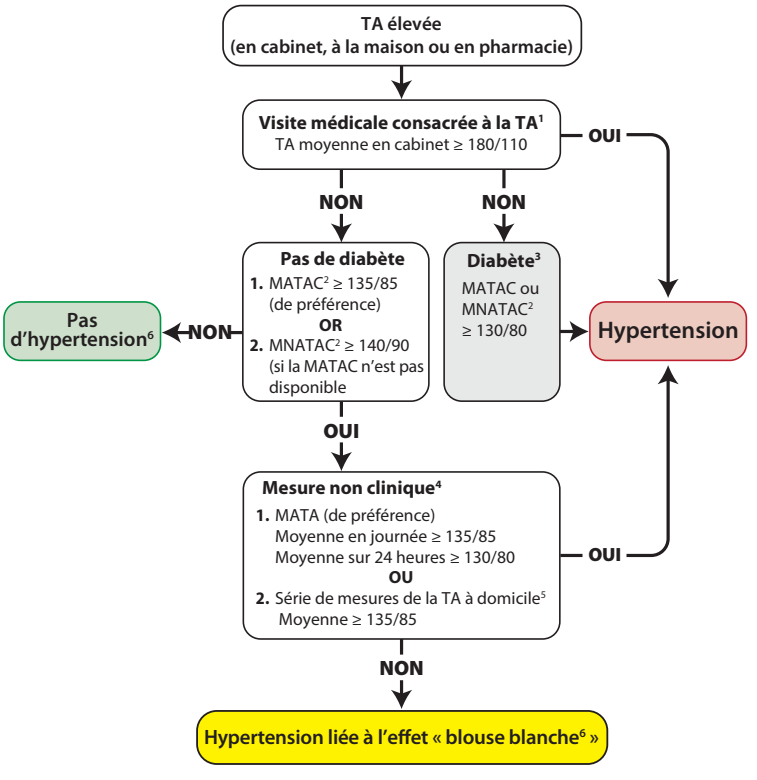
AAS : étudier le rapport entre les risques et les avantages

LÉGENDE : SCC : Société canadienne de cardiologie; * Tous les patients atteints de diabète ne présentent pas forcément un risque élevé de MCV à 10 ans; ** En cas d'intolérance à une statine initialement, encourager l'observance et proposer une autre statine recommandée; il n'est pas obligatoire de mesurer le taux de CK et d'ALT au départ (sauf si cela est indiqué sur le plan clinique); la surveillance continue des taux de lipides n'est pas requise; † Facteurs de risque élevé d'Hypertension Canada, voir le supplément du tableau 11 à l'adresse : https://guidelines.hypertension.ca/diagnosis-assessment/supplementary-tables/ (en anglais)

(Annexe 1. suite à la page suivante)

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2018

Algorithme du diagnostic de l'hypertension chez l'adulte



Remarques :

1. En cas de MATAC, utiliser la moyenne calculée et affichée par l'appareil. En cas de MNATAC (voir remarque 2), effectuer au moins trois mesures, ignorer la première, et calculer la moyenne des mesures restantes. Il faut effectuer une anamnèse et un examen physique, et commander des tests diagnostiques.
2. **MATAC :** mesure automatisée de la TA en cabinet. Elle s'effectue en laissant le patient seul dans une salle.
   MNATAC : mesure non automatisée effectuée au moyen d'un appareil électronique relié à la partie supérieure du bras pendant que le prestataire de soins est dans la salle.
3. Les valeurs seuils diagnostiques de la MATAC, de la MATA et de la mesure de la TA à domicile chez les patients atteints de diabète n'ont pas encore été établies (elles sont possiblement inférieures à 130/80 mm Hg).
4. On peut procéder à une série de mesures en cabinet, échelonnées sur 3-5 visites, si la MATA ou si les mesures à domicile ne sont pas disponibles.
5. Série de mesures de la TA à domicile : deux mesures effectuées tous les matins et tous les soirs pendant sept jours (28 en tout). Ignorer les mesures de la première journée, et calculer la moyenne des six derniers jours.
6. La mesure annuelle de la TA est recommandée pour détecter une évolution vers l'hypertension

MATA : mesure ambulatoire de la tension artérielle
MATAC : mesure automatisée de la tension artérielle

Reproduit avec la permission d'Hypertension Canada, 2018. Nerenberg, Kara A. et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Can J Cardiol* 2018; 34(5): 506-525. Online Hypertension Canada. II. Criteria for Diagnosis of Hypertension and Guidelines for Follow up (Figure 1). Pour les références connexes, voir : https://guidelines.hypertension.ca/diagnosis-assessment/diagnosis/

COMMENTAIRE des auteurs du module sur les particularités cliniques de 2016 concernant les recommandations sur la mesure de la tension artérielle chez les diabétiques : « Au mieux, les preuves favorables à des valeurs seuils inférieures à 140/90 mm Hg chez les sujets diabétiques sont faibles, et certaines indiquent que des valeurs cibles < 130 mm Hg pourraient avoir des répercussions négatives. Comme la plupart des autres lignes directrices (p. ex. celles des É.-U. et d'Europe), nous préconisons une valeur seuil ≥ 140/90 mm Hg et des objectifs thérapeutiques < 140/90 mm Hg ». Les lignes directrices de l'ACD de 2018 recommandent des valeurs cibles inférieures à 130/80 pour la plupart des sujets atteints de diabète.

Sources : 1) Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A, et al. Simplified lipid guidelines: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Can Fam Physician* 2015;61:857-67,e439-50 and Toward Optimal Practice (TOP) website http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/54252506; **2)** Anderson TJ, Gregoire J, Hegele RA, et al. 2016 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult. Can J Cardiol 2016;32(11):1263-1282; **3)** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. 2016. Clinical Guideline 181 www.nice.org.uk/Guidance/CG181#; **4)** Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. Can J Cardiol 2018; 34(5): 506-525. Online: Hypertension Canada: Diagnostic algorithm for adults (Figure 1). http://guidelines.hypertension.ca/diagnosis-assessment/diagnosis/ and Supplementary Tables: https://guidelines.hypertension.ca/diagnosis-assessment/supplementary-tables

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. PRÉVENTION PRIMAIRE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES : AVANTAGES DES INTERVENTIONS CIBLANT LE MODE DE VIE ET DES INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES[14]

Modification du mode de vie/Intervention pharmacologique	Avantage estimé pour les MCV (RRR)	Recommandation des lignes directrices/ Données probantes en faveur d'une intervention
Abandon du tabagisme • Module du Programme d'apprentissage en PGBP d'août 2018 intitulé « Abandon du tabagisme et réduction des effets nocifs liés au tabac (y compris les dispositifs électroniques) » • ACMTS/RxFiles, 2016, Médicaments d'aide à l'abandon du tabac, Information pour les professionnels de la santé : https://www.cadth.ca/fr/medicaments-daide-labandon-du-tabac	*Utiliser un outil de calcul du risque pour évaluer les risques, puis recalculer ce risque lorsque le sujet est non-fumeur à titre de comparaison*	Forte recommandation Preuves de niveau élevé[2-5,45]
Activité physique • Intensité modérée (marche rapide, aérobie aquatique, vélo) totalisant ≥ 150 minutes (2,5 heures) par semaine, par périodes de ≥ 10 minutes OU 75 minutes d'exercice d'aérobie vigoureux (course, corde à sauter). • Il est recommandé de renforcer les muscles deux jours ou plus par semaine[4,14]. • Réduire autant que possible les périodes prolongées de sédentarité (position assise)[3].	**~25 à 30 %**	Forte recommandation Preuves de niveau élevé[2-5,45]
Régime méditerranéen **Consommation d'alcool :** Toute consommation d'alcool, quel que soit le volume, n'est pas sans danger[5]. Les recommandations actuelles sont en faveur de l'abstinence ou d'une consommation légère à modérée[3,4,12,46].	**~30 %** **Inconnu**	Forte recommandation Preuves de niveau élevé[2,4,5,19] Preuves de niveau modéré[5,21]
Statines : risque modéré à élevé de MCV (≥ 10 %)[3] L'intensité de l'intervention devra dépendre du risque global de MCV et du rapport risque-avantage[2].	**~30 %** (25 à 35 %, selon l'intensité du traitement par une statine)	Forte recommandation Preuves de niveau élevé[2]
Traitement de l'hypertension : Lignes directrices d'Hypertension Canada[39] http://guidelines.hypertension.ca/prevention-treatment/ Voir également l'article de synthèse du PGBP de 2016 intitulé : Particularités cliniques et meilleures pratiques pour des problèmes fréquents – mise à jour sur l'hypertension, pour de plus amples renseignements	*Exemple :* pour un risque de MCV > 20 % (en 10 ans) **RRR : 25 %[47]**	Forte recommandation en faveur des interventions prouvées (thiazides, IECA, antagonistes calciques) sans que les valeurs cibles soient forcément atteintes. Preuves de niveau élevé[39,48]
AAS Actuellement non recommandé pour la prévention primaire des MCV. À envisager chez les personnes dont le risque de MCV est > 20 % seulement; avant de l'utiliser, il faut tenir compte du risque d'hémorragie.	**~10 à 12,5 %**	Forte recommandation Preuves de niveau modéré à élevé[2,3,5,44]

RRR : réduction du risque relatif; MCV : maladie cardiovasculaire; ACMTS : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

Que puis-je faire pour diminuer mon risque cardiovasculaire?

Auto-prise en charge

Comment puis-je prévenir une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral?
La meilleure chose à faire est d'adopter un mode de vie sain. Les conseils suivants peuvent vous aider à réduire vos risques d'apparition d'une maladie cardiovasculaire. Toute modification du mode de vie est un bon début. Il est important de maintenir ces habitudes de vie saines même si votre prestataire de soins de santé vous recommande aussi de commencer à prendre un médicament.

1) **Arrêter de fumer :** Si vous fumez actuellement, demandez-vous si vous êtes prêt à essayer d'arrêter. Votre prestataire de soins de santé peut vous aider à trouver des options, y compris des médicaments pour vous aider. Pour commencer, consultez le site :
   - Je te laisse : https://jetelaisse.ca//
   - Quelle est la meilleure mesure que vous pouvez prendre pour cesser de fumer? (vidéo de 12 min) https://www.youtube.com/watch?v=z16vhtjWKL0

2) **Activité physique :** Essayez de faire 150 minutes d'exercice d'aérobie modéré par semaine (p. ex., marche rapide). Commencez lentement et allez jusqu'à 30 minutes, au moins 5 fois par semaine. Il est également recommandé d'éviter les longues périodes (> 1-2 heures) en station assise ou immobile.
   Pour en savoir plus sur les bienfaits de l'activité physique, visionnez ces vidéos :
   - 23 and ½ hours (5 min) (en anglais) : https://www.youtube.com/watch?v=3F5Sly9JQao
   - Make Your Day Harder (4 min) (en anglais) : http://www.makeyourdayharder.com/

3) **Alimentation saine :** Il a été démontré qu'en suivant ce que l'on appelle un régime de type méditerranéen, vous réduisez votre risque de crise cardiaque ou d'AVC. Ce type de régime comprend : une consommation élevée d'huile d'olive, de fruits, de légumes, de céréales entières, de noix et de légumineuses; une consommation modérée de poisson et de volaille; une faible consommation de produits laitiers gras, de viande rouge, de viandes transformées et de confiseries.
   Pour plus d'informations sur le régime méditerranéen (y compris des recettes) :
   - Oldways (en anglais) : https://oldwayspt.org/traditional-diets/mediterranean-diet
   - Clinique Mayo (en anglais) : https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/mediterranean-diet-recipes/art-20046682
   - Quel est le meilleur régime alimentaire? Healthy Eating 101 (vidéo de 15 min) (en anglais) : https://www.youtube.com/watch?v=fqhYBTg73fw

4) **Alcool :** Si vous buvez, limitez votre consommation, car toute quantité d'alcool peut augmenter les risques pour votre santé. Hommes : évitez de prendre plus de 1 à 2 verres par jour. Femmes : pas plus d'un verre par jour. **Mettez-vous au défi de ne pas boire du tout un jour par semaine, si vous le pouvez.**
   Visitez les sites suivants pour de plus amples renseignements (en anglais) :
   - Rethink Your Drinking: http://www.rethinkyourdrinking.ca/
   - A Re-Think of the Way We Drink (vidéo de 10 min en anglais) : https://www.youtube.com/watch?v=tbKbq2IytC4

LE SAVIEZ-VOUS?

... Être actif physiquement ou suivre un régime de type méditerranéen peut réduire de 30 % le risque de crise cardiaque et d'AVC.

Chaque mesure que vous prenez pour améliorer votre santé compte!

Assurez-vous de demander à votre prestataire de soins de santé quelles ressources de soutien sont disponibles dans votre collectivité pour vous aider à adopter les changements désirés.

Ressources utiles offertes dans la collectivité :

- ❒ **Arrêter de fumer** _____
- ❒ **Activité physique** _____
- ❒ **Alimentation saine** _____
- ❒ **Comment réduire mon stress et mon inquiétude?** _____

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org