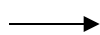


Hypertension et Hyperlipidémie: Prise en charge intégrée

Prof. J-M Krzesinski
ULg –CHU Liège
CBH 18/2/2017



2008



2014

Mortalité
CV:30%
→ 29%

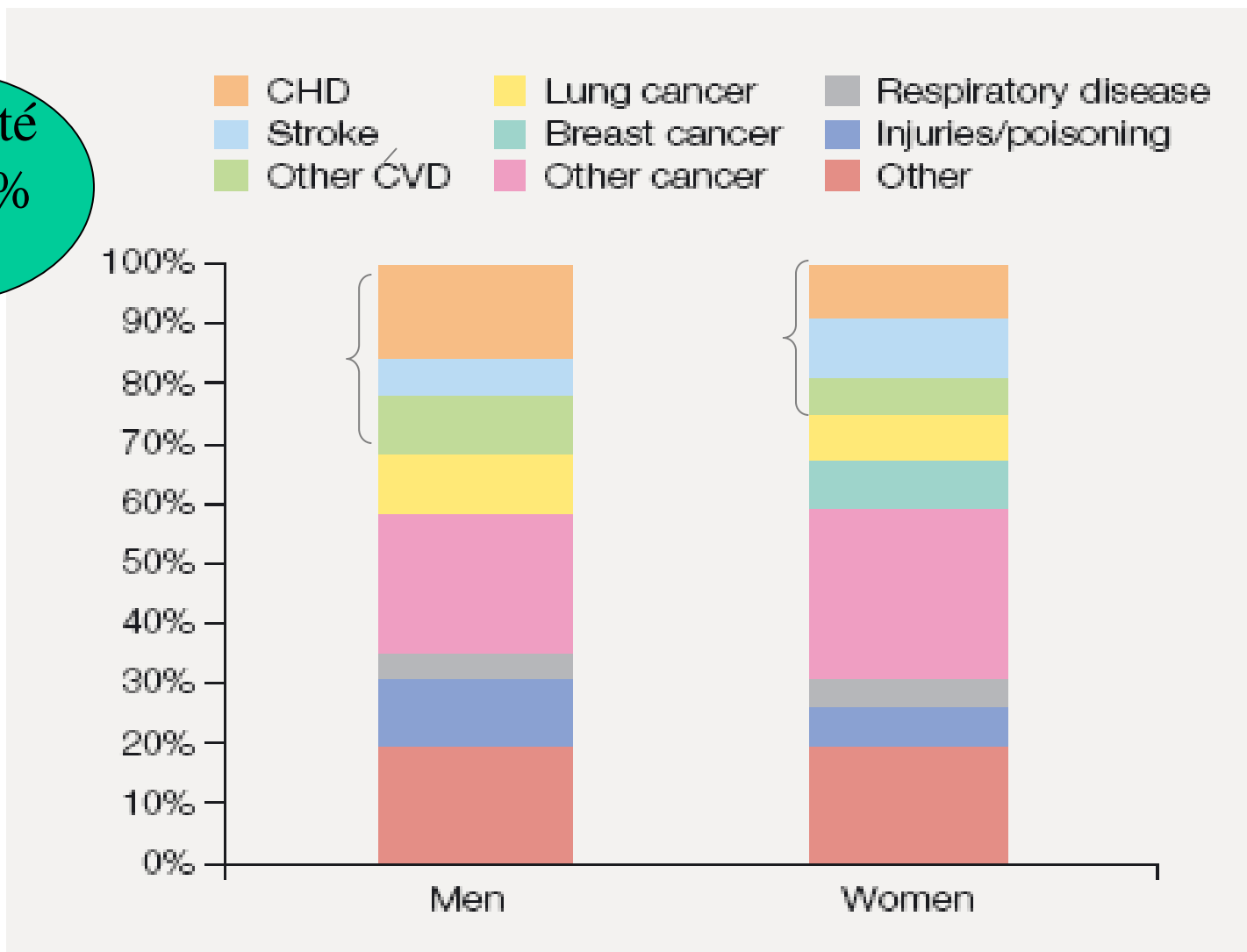


Figure 1. Causes of death in the European Union in males and females under the age of 75 years.

Cas cliniques: prise en charge identique?

- PF, un cadre d'entreprise, 60 ans, fumeur et sédentaire, consulte pour bilan de santé.
- Il pèse 90 Kg pour 1m70, circonférence abdomen 98 cm.
- Il a une hérédité CV +.
- Sa **PA** mesurée de façon répétée s'élève à **156/98 mmHg**, confirmée à l'automesure
- Glycémie normale, **LDL chol 160 mg/dl** à 2 reprises à 3 mois d'intervalle.
- JD, une enseignante, 40 ans, non fumeuse et sportive, consulte pour bilan de santé.
- Elle pèse 60 Kg pour 1m70, circonférence abdomen 68 cm.
- Elle n'a pas d'hérédité CV +.
- Sa **PA** mesurée de façon répétée s'élève à **156/98 mmHg**, confirmée à l'automesure
- Glycémie normale, **LDL chol 160 mg/dl** à 2 reprises à 3 mois d'intervalle.

Estimation du risque CV

Recommendation for how to estimate cardiovascular risk

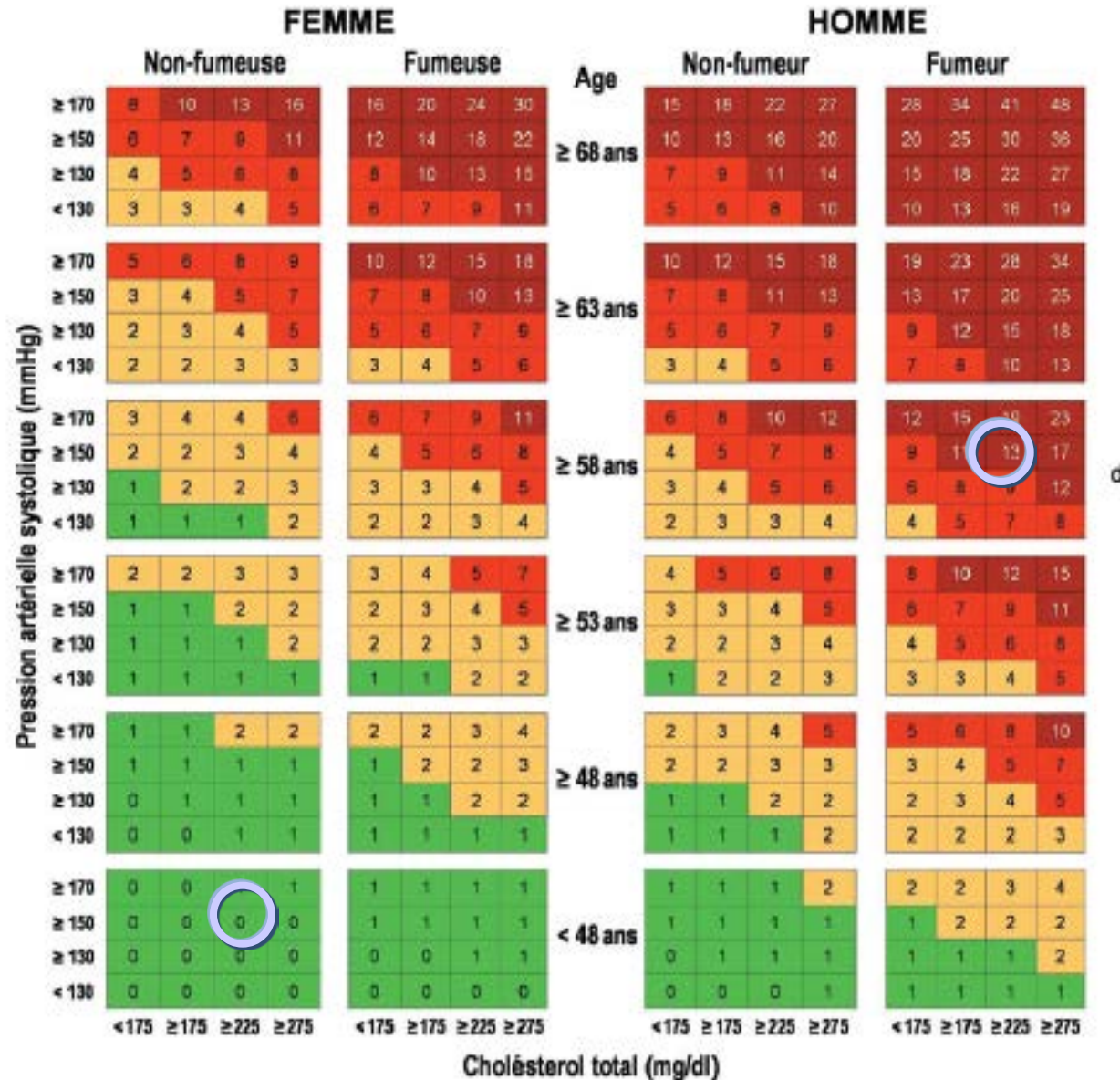
Recommendation	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
Total CV risk estimation, using a risk estimation system such as SCORE, is recommended for adults >40 years of age, unless they are automatically categorised as being at <i>high-risk</i> or <i>very high-risk</i> based on documented CVD, DM (>40 years of age), kidney disease or highly elevated single risk factor (Table 5).	I	C	11, 25

CV = cardiovascular; DM = diabetes mellitus; SCORE = Systematic Coronary Risk Estimation.

2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Risque d'événement CV fatal à 10 ans

SCORE belge



Risque à 10 ans de MCV fatales dans des populations à risque moyen de maladies cardiovasculaires

Adapté d'après De Backer et coll. Eur Heart J. 2003;24. 1601-1610

TABEAU III. COMMENT NUANCER LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE (CV) À PARTIR DU TAUX DE CHOLESTÉROL HDL, DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CV PRÉCOCES ET DE LA PRÉSENCE DE DIABÈTE.

Facteur de risque	Femme	Homme
HDL-C		
Environ 30 mg/dl	x 1,8	x 1,3
Environ 38 mg/dl	x 1,5	x 1,1
Environ 46 mg/dl	x 1,2	x 1
Environ 54 mg/dl	x 1	x 0,9
Environ 62 mg/dl	x 0,8	x 0,8
Environ 70 mg/dl	x 0,7	x 0,7
Antécédents familiaux de maladies CV précoces (hommes avant 55 ans, femmes avant 60 ans)	x 1,7	x 2,0
Diabète	x 5	x 3
Sédentarité Précarité sociale Obésité abdominale	Considérer le risque comme plus élevé (toutefois, sans précision quantitative)	
Taux plasmatiques élevés de TG (> 150 mg/dl), apolipoprotéine B (> 120 mg/dl), CRP élevée (> 3-10 mg/l), fibrinogène élevé (> 320 mg/dl), lipoprotéine (a) élevée (> 30 mg/dl), hyperhomocystéinémie (>15 µmol/l) (*) Taux plasmatique bas d'apolipoprotéine A (< 120 mg/dl)		
Signe préclinique d'athérosclérose (exemple : plaque(s) ou épaississement du complexe intima media détecté à l'échographie carotidienne)		

Prevention of HTA and CV diseases (Kokubo Y)

656

Hypertension

April 2014

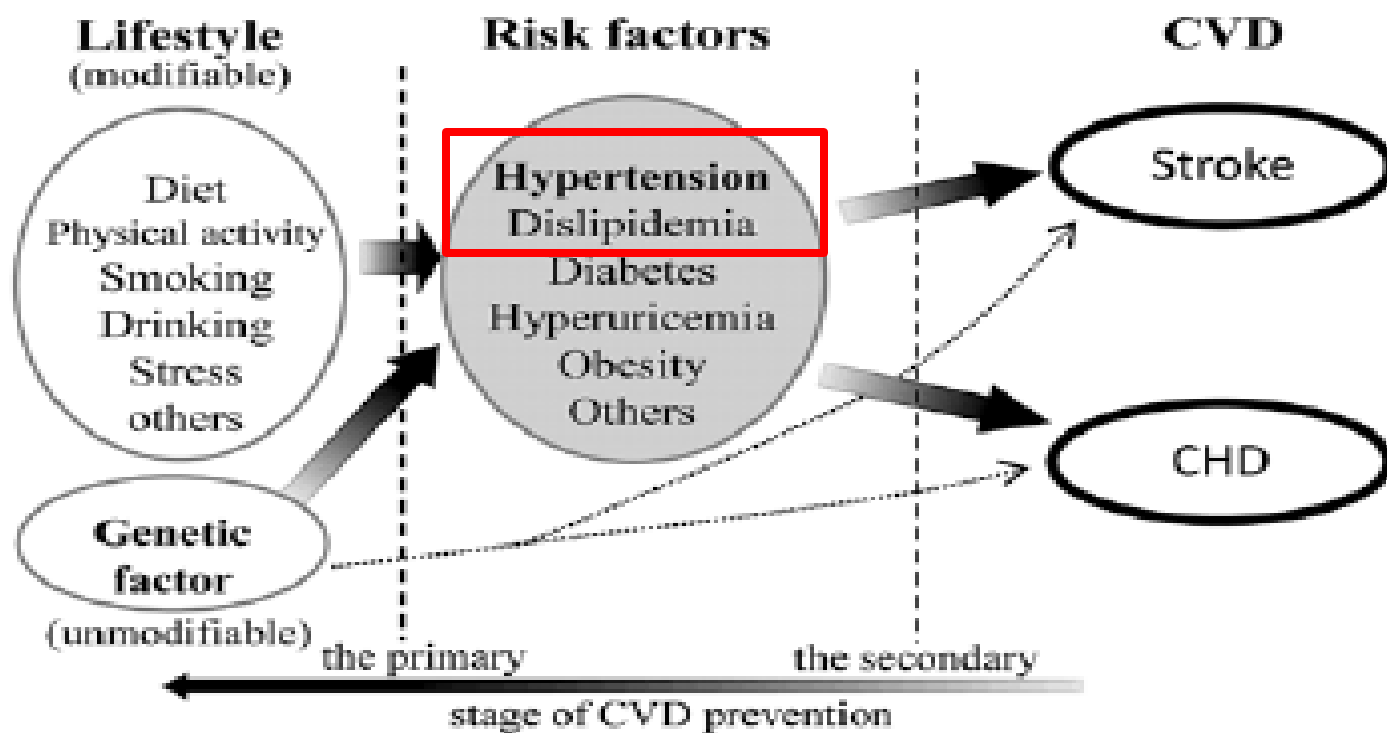
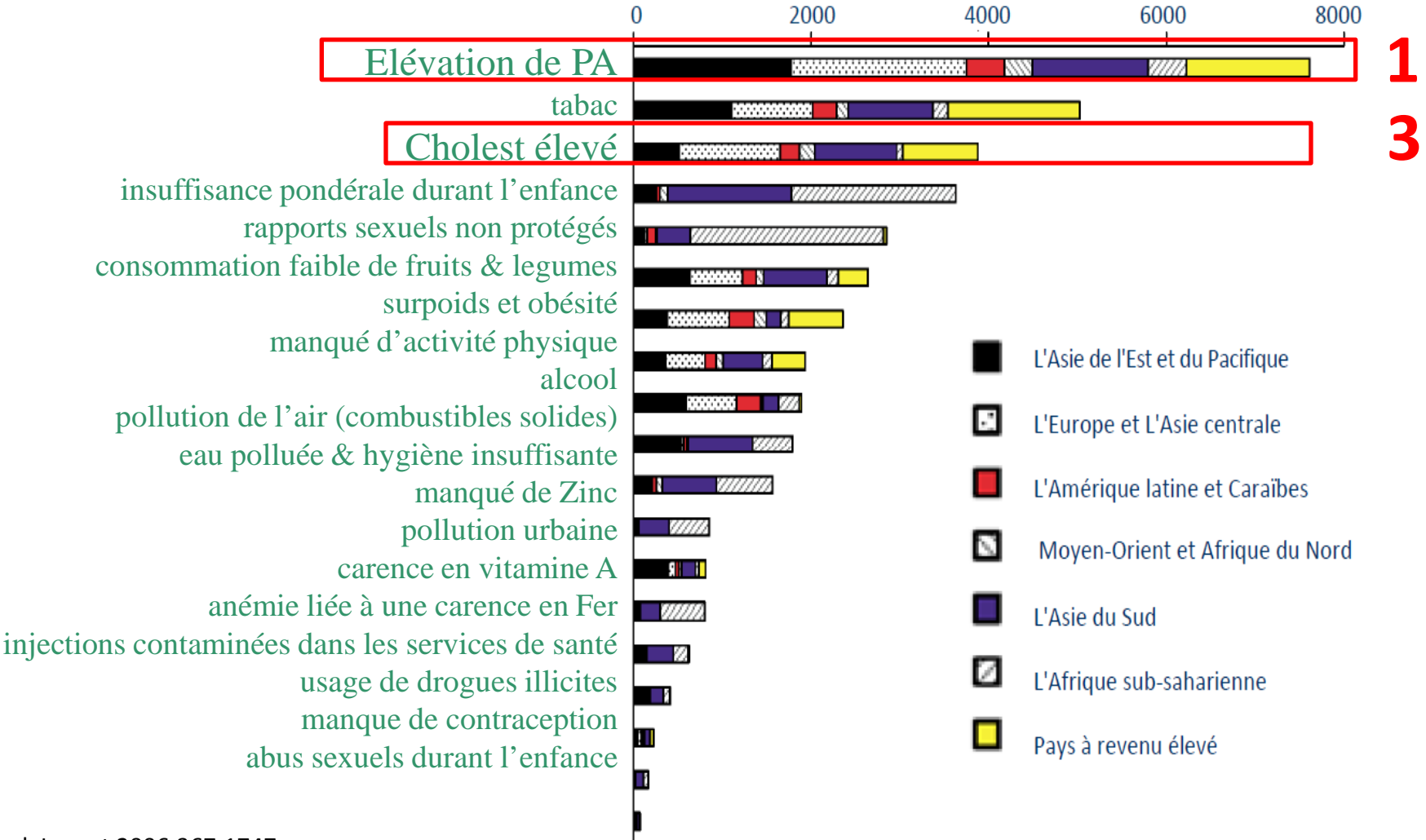


Figure. Schema of the progression from lifestyle changes to the incidence of hypertension and cardiovascular disease (CVD). CHD indicates coronary heart disease.

Mortalité: Pression artérielle & Cholestérol élevés sont dans le top 3 des facteurs de risque

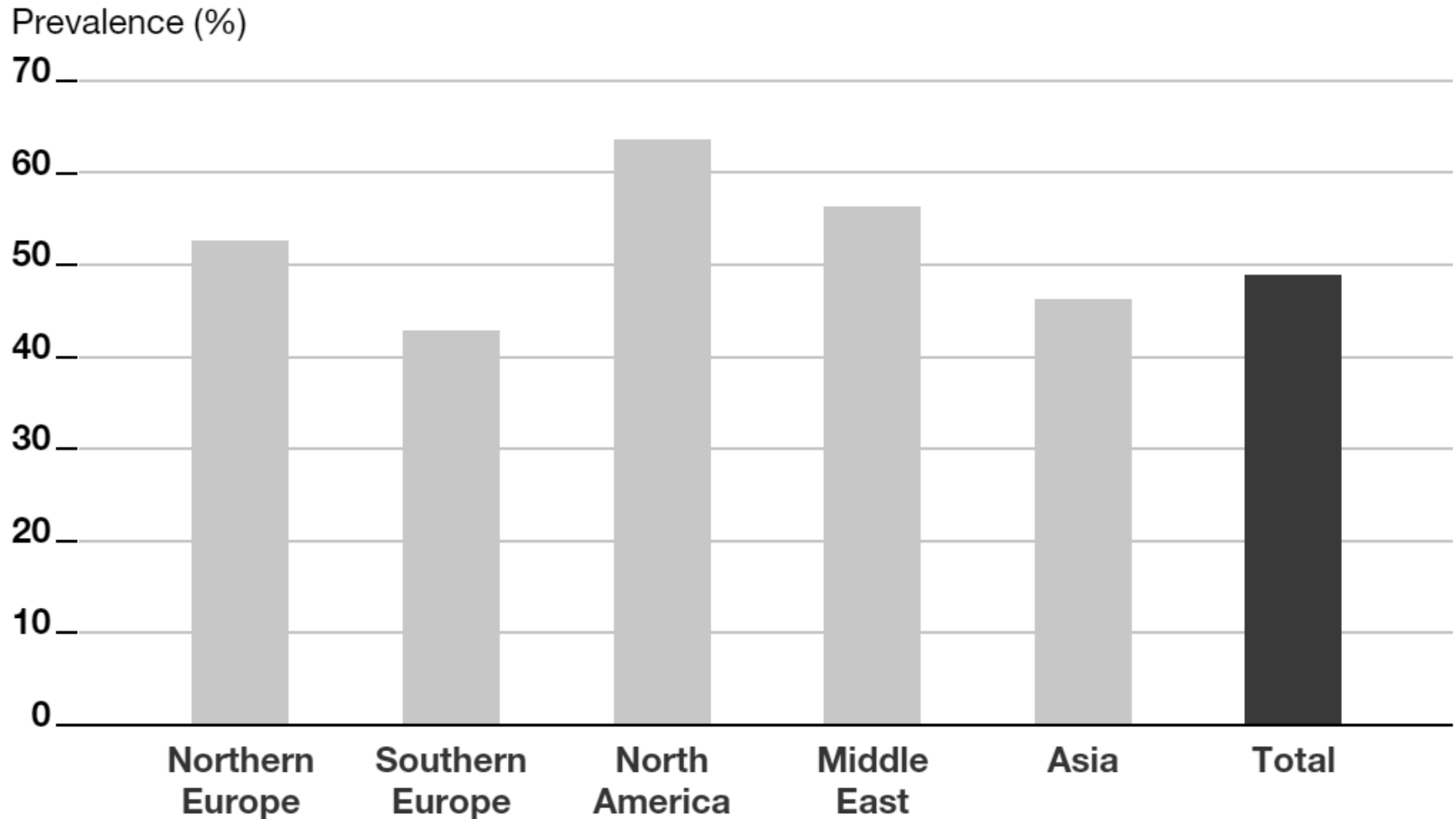
décès attribuables (en milliers)



Lopez et al, Lancet 2006;367:1747

1 patient sur 2 avec une pression artérielle élevée présente aussi des valeurs de cholestérol élevées

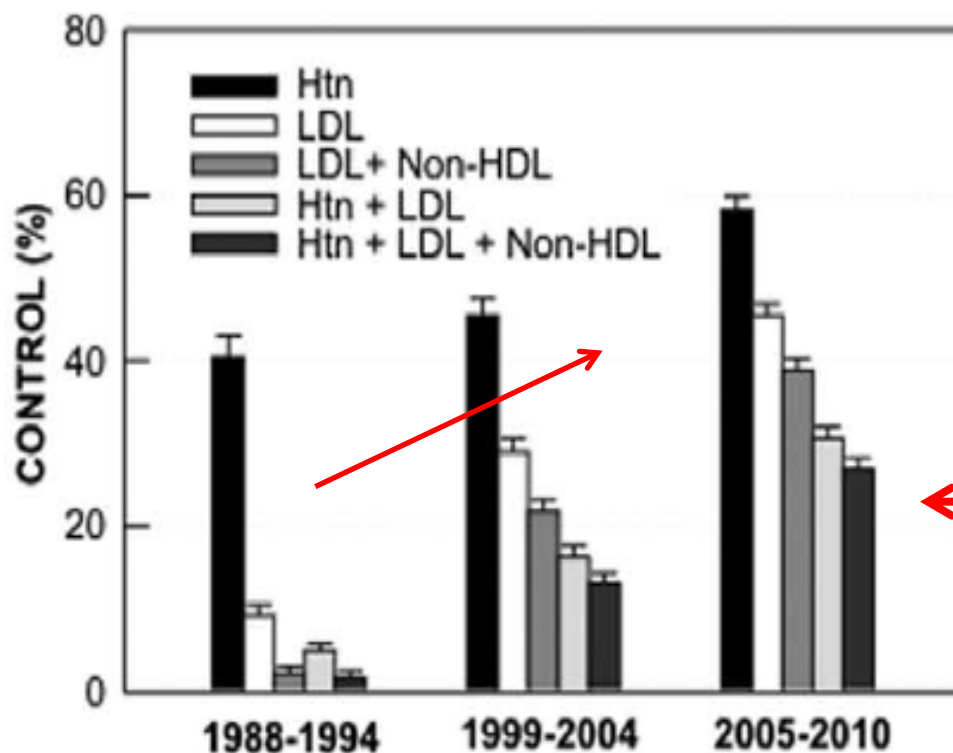
N = 17.092



Blood Pressure and Cholesterol Control in Hypertensive Hypercholesterolemic Patients

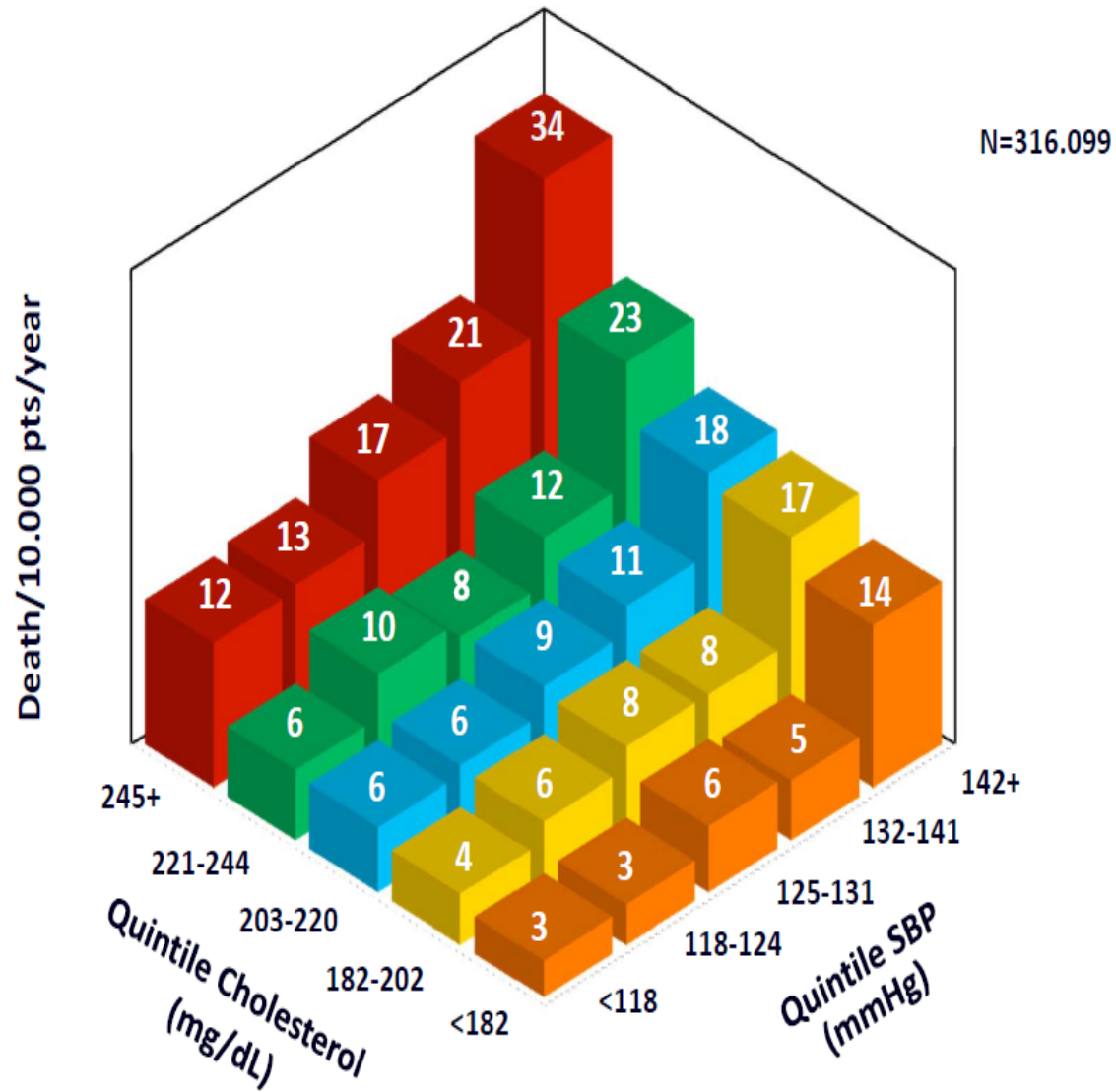
National Health and Nutrition Examination Surveys 1988–2010

A LDL and non-HDL-C control to ATPIII goals and BP to <140/<90 in hypercholesterolemic hypertensives



Contrôle 3 FR:
30%

Une pression artérielle élevée associée à un cholestérol élevé augmente fortement le risque CV

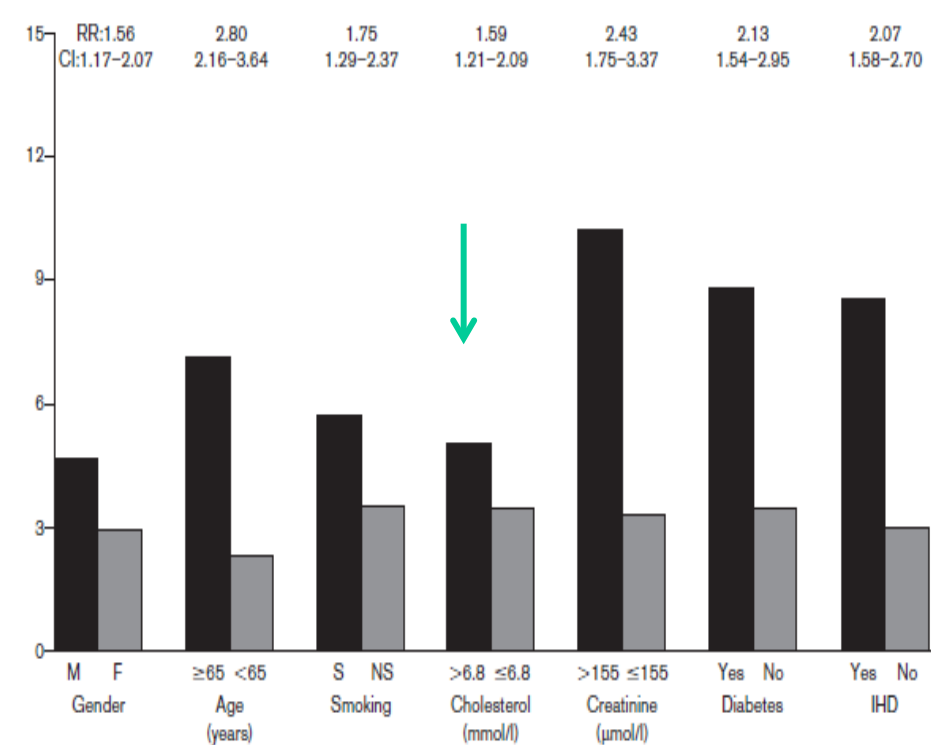
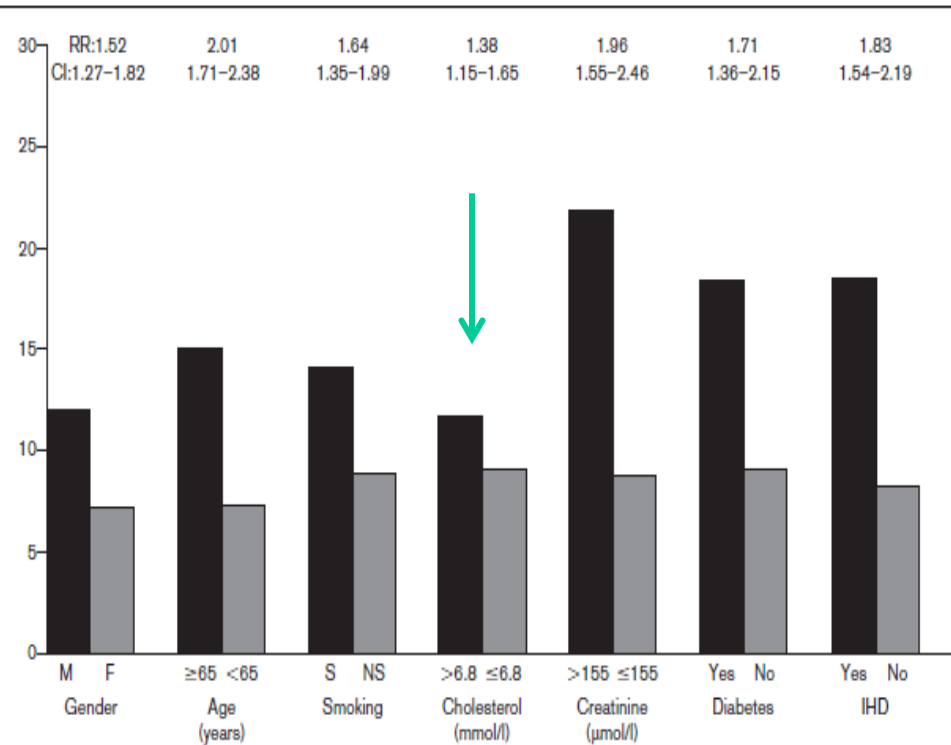


Effects of individual risk factors on the incidence of cardiovascular events in the treated hypertensive patients of the Hypertension Optimal Treatment Study

Alberto Zanchetti^a, Lennart Hansson^b, Björn Dahlöf^c, Dag Elmfeldt^d, Sverre Kjeldsen^e, Rainer Kolloch^f, Pierre Laroche^g, Gordon T. McInnes^h, Jean-Michel Mallionⁱ, Luis Ruilope^j and Hans Wedel^k, on behalf of the HOT Study Group*

Journal of Hypertension 2001, 19:1149-1159

Fig 4



Incidence (per 1000 patient years) of major cardiovascular events in patients with or without additional risk factors in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) Study. RR, relative risk; CI, 95% confidence interval, adjusted for all other risk factors except the one compared.

Incidence (per 1000 patient years) of cardiovascular mortality in patients with or without additional risk factors in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) Study. RR, relative risk; CI, 95% confidence interval, adjusted for all other risk factors except the one compared.

Major CV

Mortalité CV

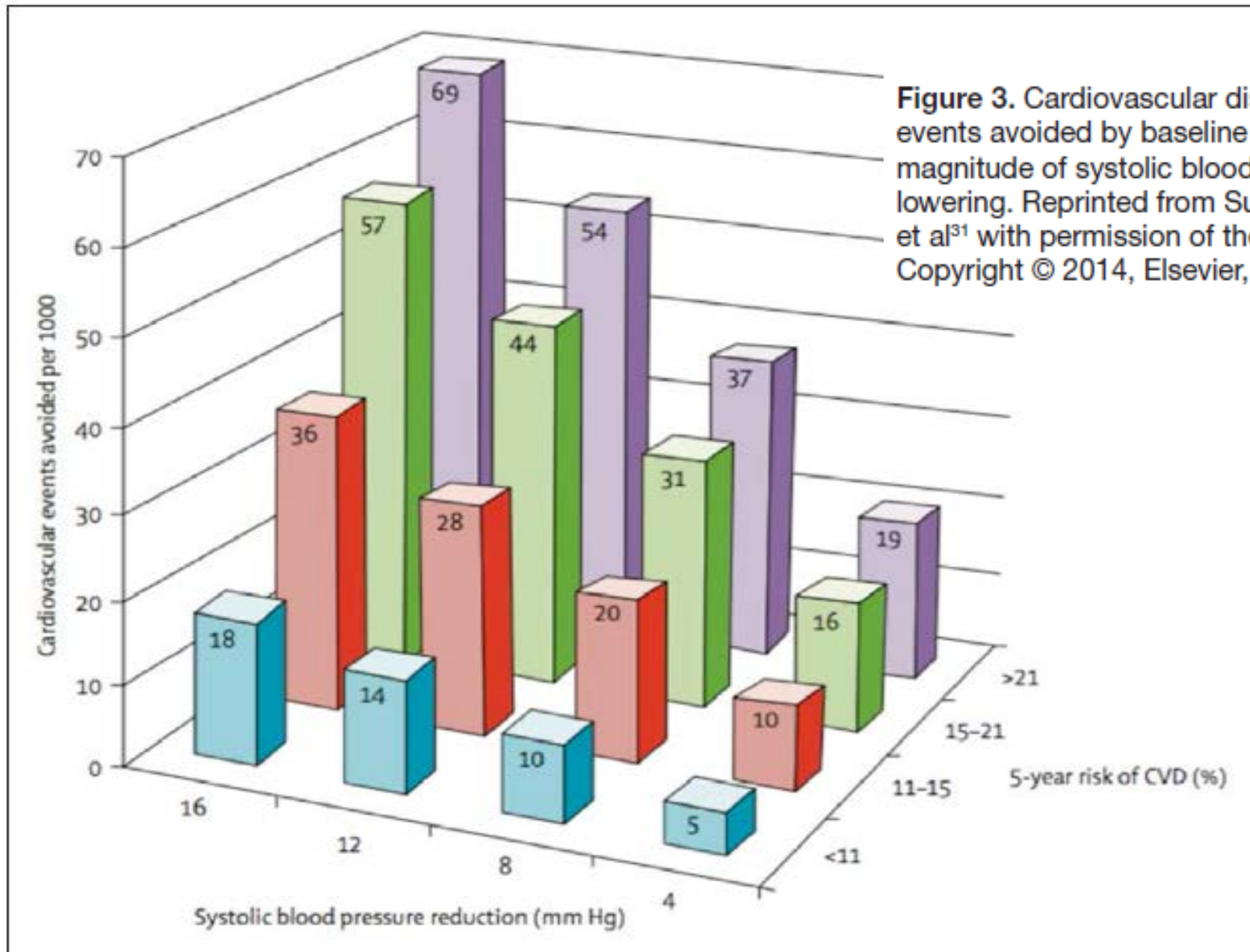
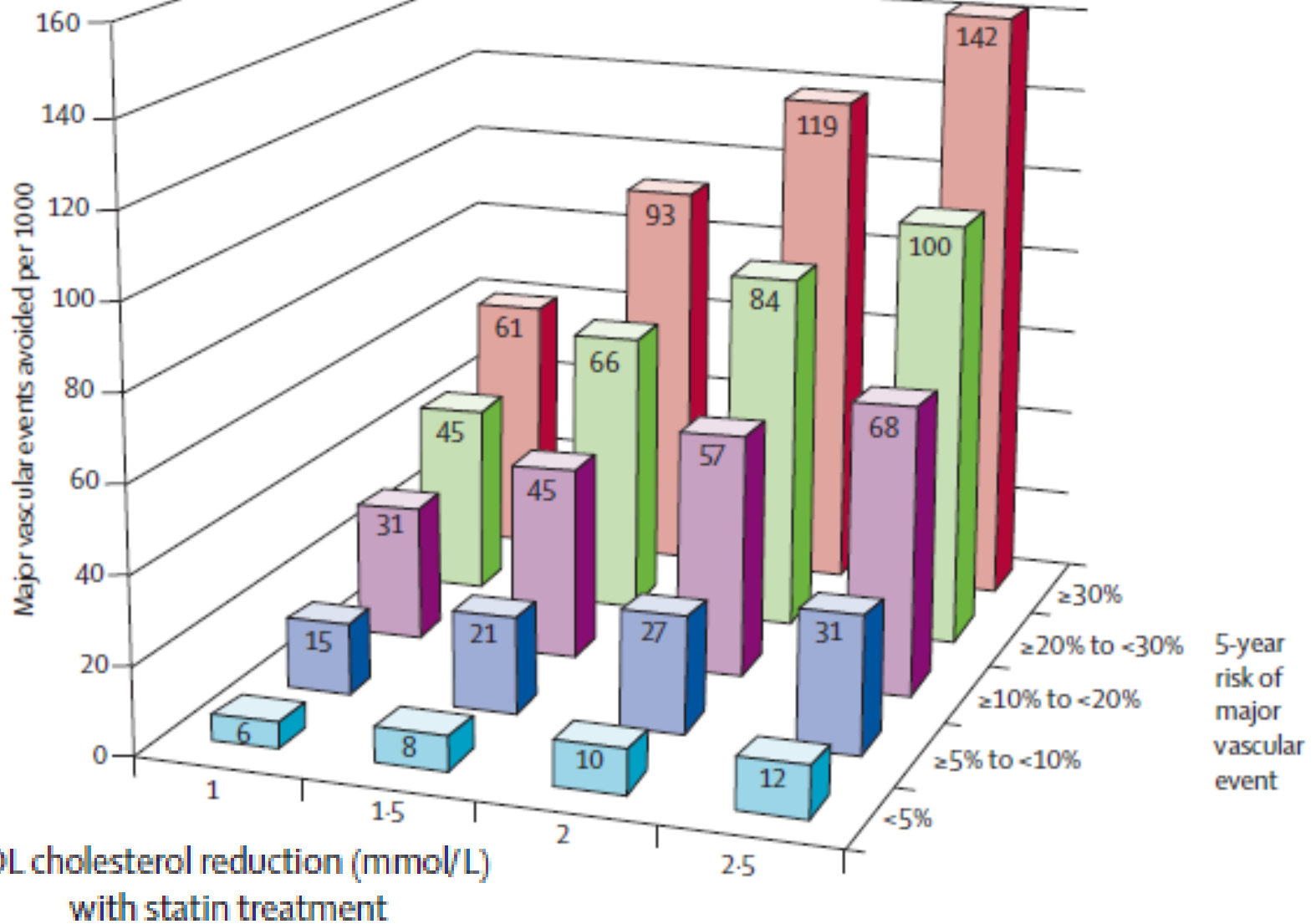


Figure 3. Cardiovascular disease (CVD) events avoided by baseline risk and magnitude of systolic blood pressure lowering. Reprinted from Sundström et al³¹ with permission of the publisher. Copyright © 2014, Elsevier, Inc.

A

(A) Major vascular events



: Predicted 5-year benefits of LDL cholesterol reductions with statin treatment at different levels of risk

Statines et patients hypertendus: Etude ALLHAT

Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to prevent Heart Attack Trial

10 355 pts HTA (parmi les 33 357 pts d'ALLHAT)

> 55 ans (moyenne: 66 ans)

Avec au moins 1 autre FRCV

LDL-C 1,20 à 1,89 g/l et TG < 3,50 g/l

Pravastatine: 40 mg/j

Suivis 4,8 ans

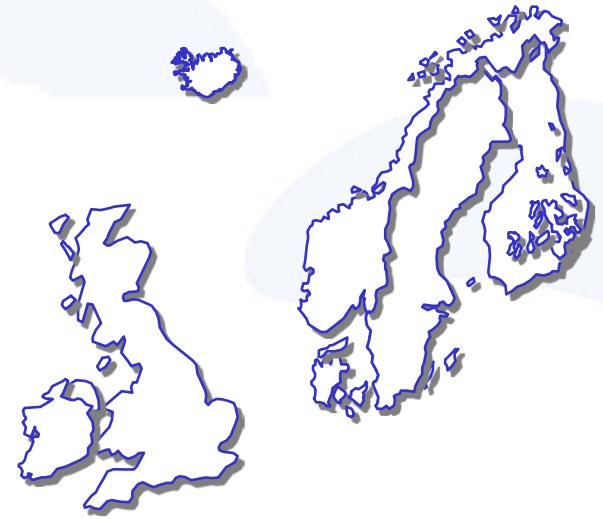
Etude ALLHAT-LLT

La pravastatine ***ne réduit pas la mortalité toute cause ni les événements CV*** (infarctus non fatal et décès coronariens) chez les hypertendus > 55 ans dont l'HTA est bien contrôlée et le taux de LDL-C modérément élevé

Mais:

- 70% seulement des patients Pravastatine recevaient encore le médicament à la fin de l'étude et 30% des patients placebo recevaient une statine.
- 50% de femmes

Anglo-Scandinavian
ascot
Cardiac Outcomes Trial

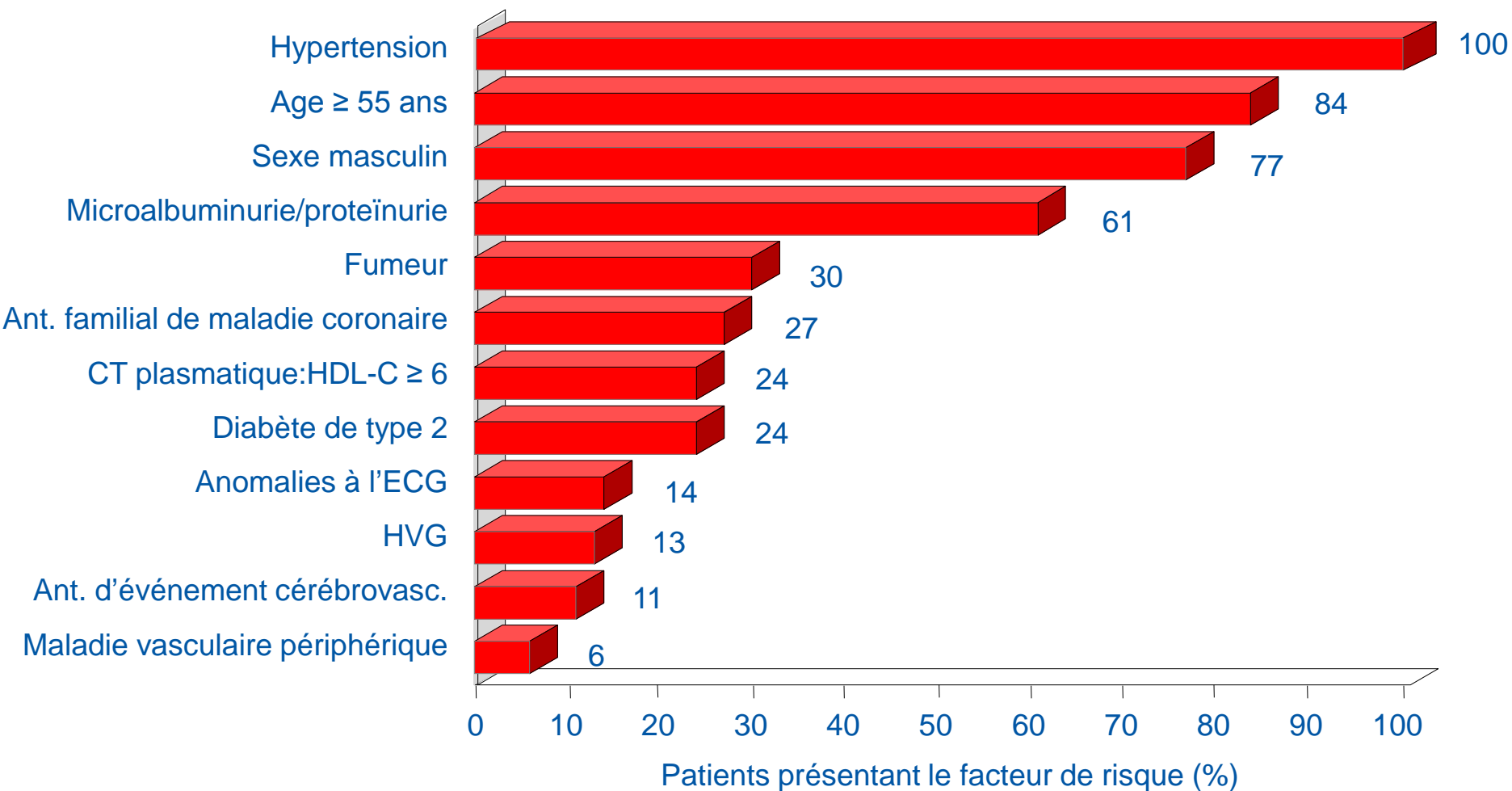


Prévention des accidents cardiovasculaires par une stratégie antihypertensive à base d'amlopiline, associant périndopril si nécessaire, versus un traitement par aténolol associant du bendrofluméthiazide si nécessaire dans l'étude Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA) et par statine Atorvastatine vs placebo (ASCOT-LLA) : un essai multicentrique randomisé et contrôlé.

*Dahlöf, Peter S Sever, Neil R Poulter, Hans Wedel, D Gareth Beevers, Mark Caulfield, Rory Collins, Sverre E Kjeldsen, Arni Kristinsson, Gordon T McInnes, Jesper Mehlsen, Markku Nieminen, Eoin O'Brien, Jan Östergren, pour les investigateurs ASCOT **

Profil des facteurs de risque CV des patients ASCOT

Tous les patients inclus dans ASCOT sont hypertendus et présentent au moins 3 facteurs de risque CV additionnels



ASCOT

Caractéristiques de base

Caractéristiques	Atorvastatine 10 mg (n=5168)	Placebo (n=5137)
Age* (années)	63.1 ± 8.5	63.2 ± 8.6
Homme (%)	81.1	81.3
Caucasien (%)	94.6	94.7
PAS* (mm Hg)	164.2 ± 17.7	164.2 ± 18.0
PAD* (mm Hg)	95.0 ± 10.3	95.0 ± 10.3
CT* (mg/dl)	212 ± 31	212 ± 31
LDL-C* (mg/dl)	133 ± 27	133 ± 27
TG* (mg/dl)	150 ± 80	142 ± 80
HDL-C* (mg/dl)	50 ± 27	50 ± 27
Nbre de facteurs de risque CV*	3.7 ± 0.9	3.7 ± 0.9

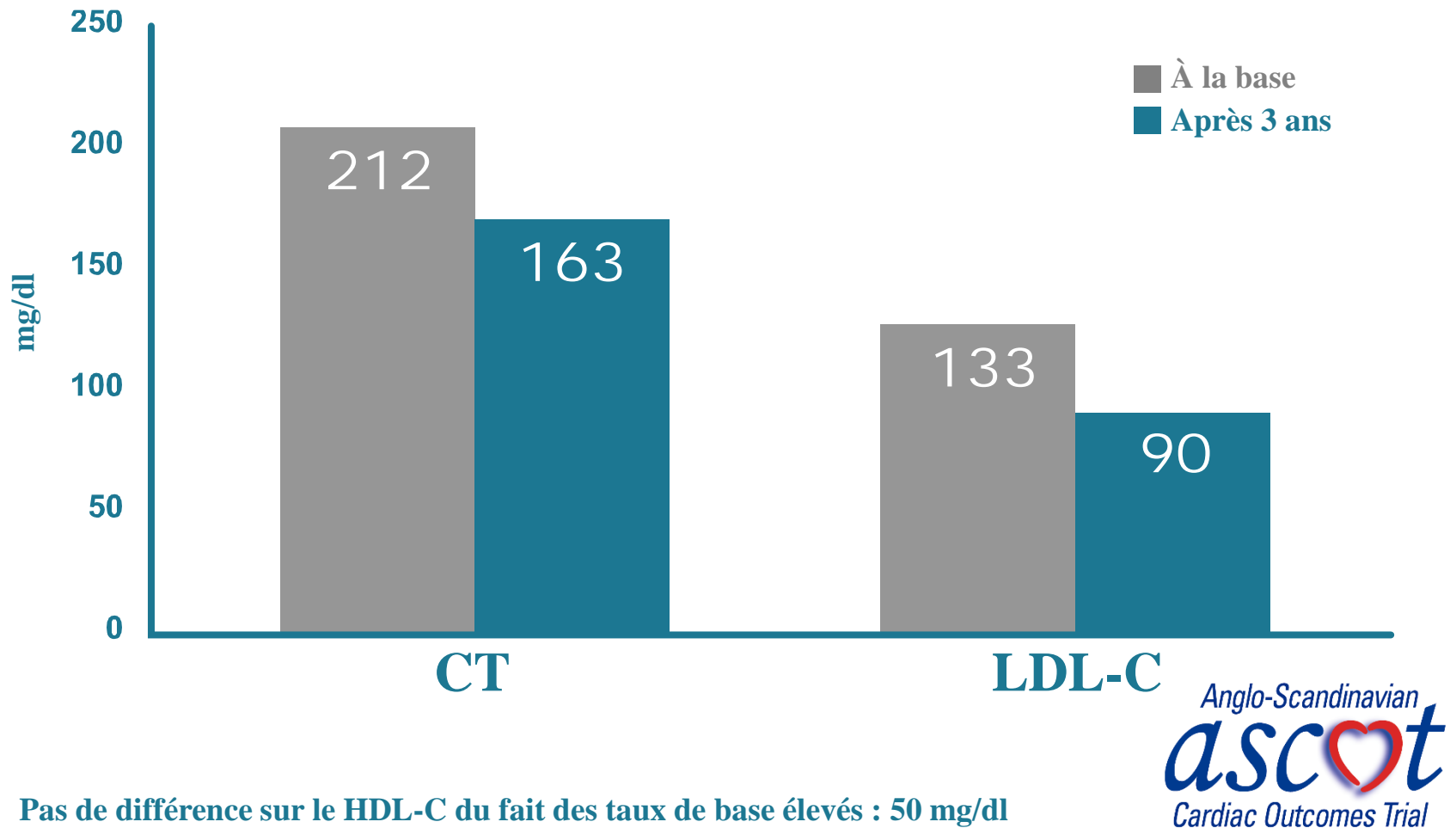
Anglo-Scandinavian
ascot
Cardiac Outcomes Trial

*Moyenne ± Déviation Standard

Sever PS et al. Lancet. 2003;361:1149-58

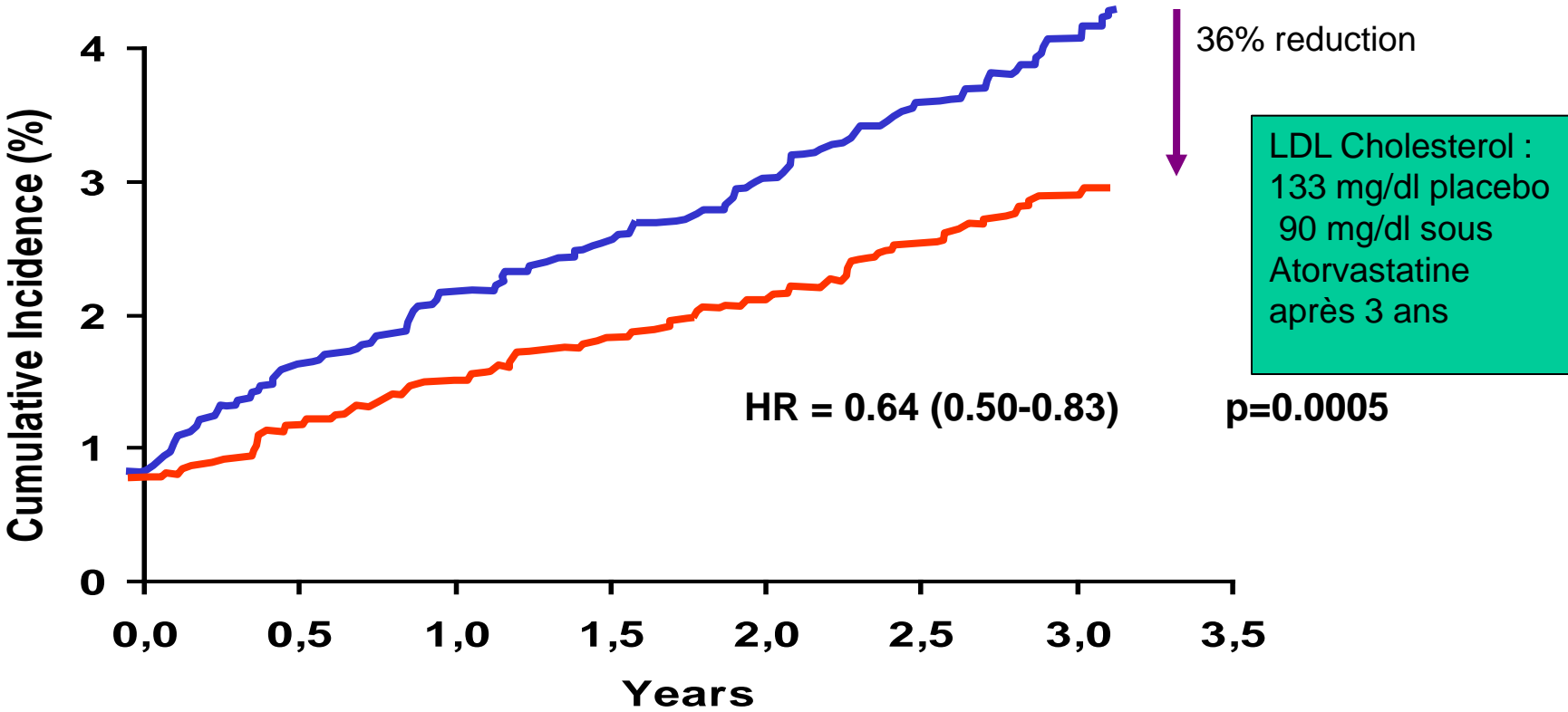
ASCOT

Paramètres lipidiques dans le groupe Atorvastatine



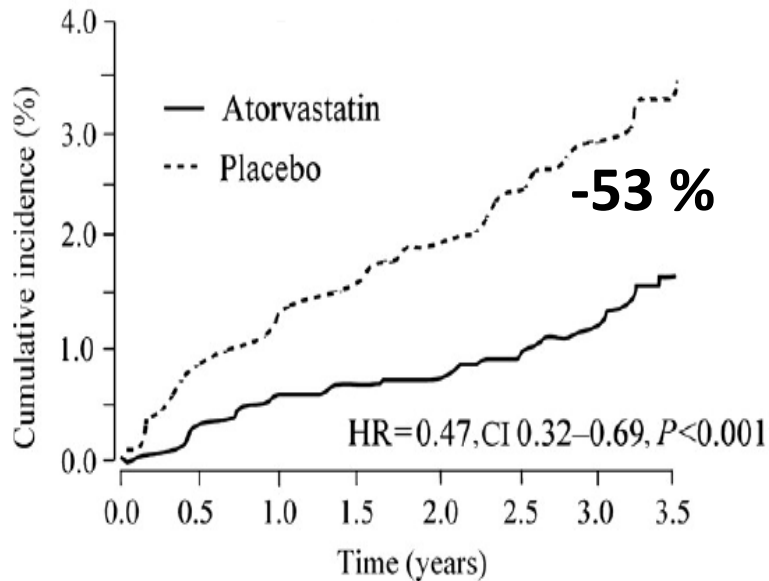
Primary End Point: Nonfatal MI and Fatal CHD

— Atorvastatin 10 mg	Number of events	100
— Placebo	Number of events	154

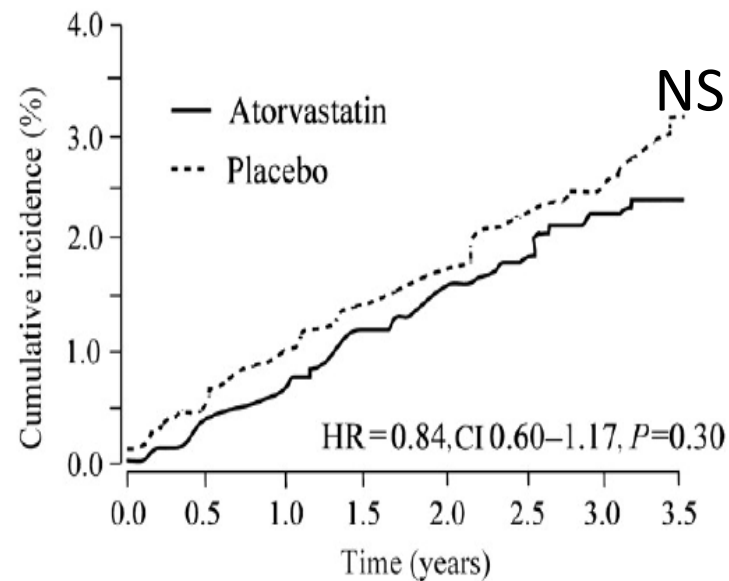


Statine + traitement antihypertenseur et MI

Amlodipine-Perindopril treatment



Atenolol-Thiazide treatment



MI

Infarctus

Etudes ASCOT et ALLHAT-LLT

- L'étude ASCOT-LLT a démontré l'intérêt de l'atorvastatine chez des *hypertendus à haut risque vasculaire* (≥ 3 autres signes de risque CV en plus de HTA)
- Cependant chez des patients *hypertendus à risque moins élevé*, l'étude ALLHAT-LLT n'a pas démontré de bénéfice de la pravastatine

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

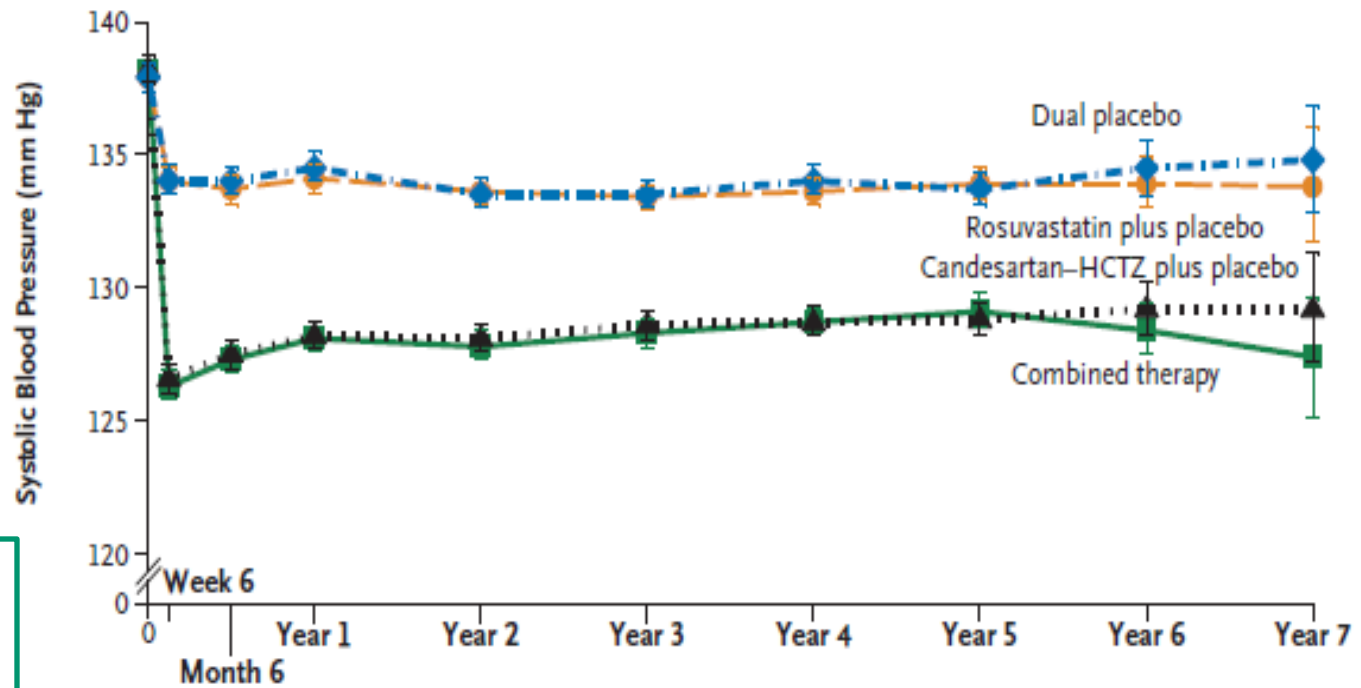
ORIGINAL ARTICLE

Blood-Pressure and Cholesterol Lowering in Persons without Cardiovascular Disease

Population dans HOPE 3

- 12700 patients, 66 ans d'âge moyen, suivi de 5,6 ans
- 46% de Femmes,
- IMC 27 kg/m², 87% W/H ratio high
- Pas de complication CV
- Relativement faible risque CV: 2 FR (47%)
3 FR: (24%)
- PA moyenne 138/81 mmHg
- Cholestérol LDL moyen 128 mg/dl
- Soumis à soit Placebo soit Candésartan 16/HCTZ 12,5 mg et/ou rosuvastatine 10 mg/j

A Systolic Blood Pressure

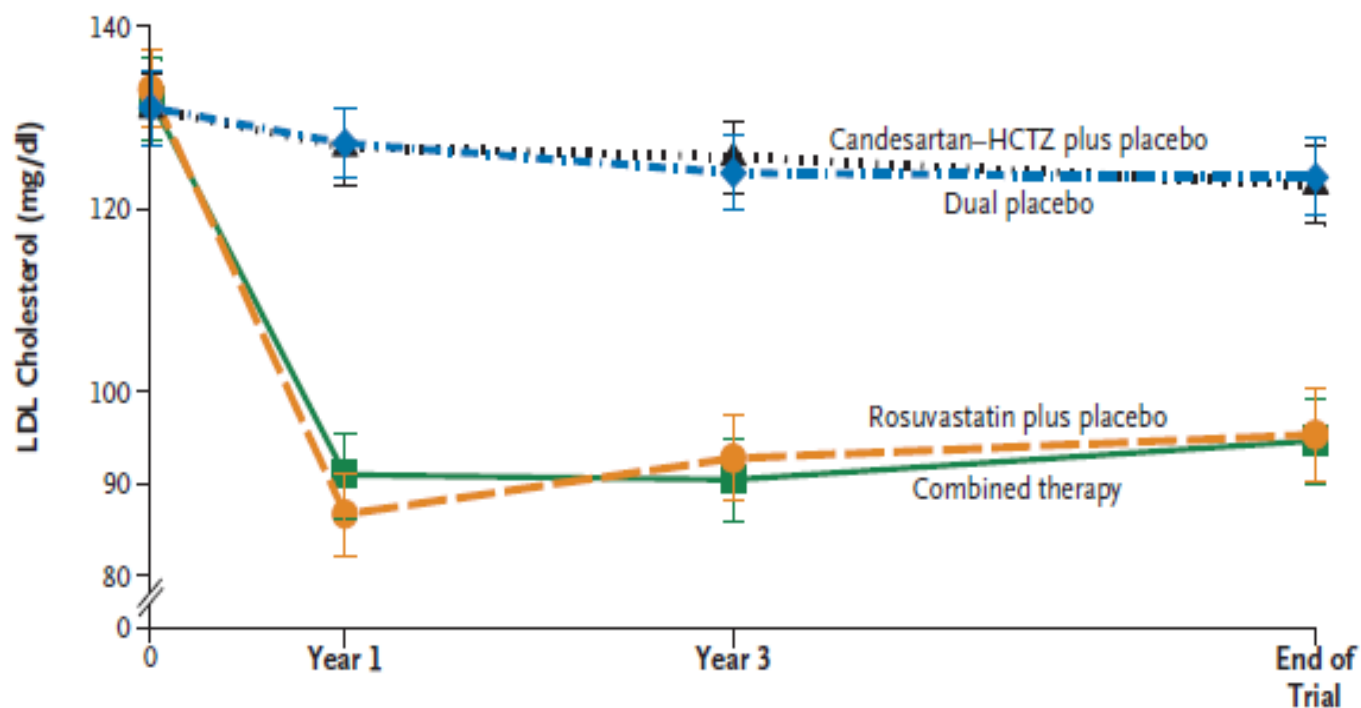


- 6
mmHg

No. at Risk

Combined therapy	3180	3091	3009	2953	2836	2718	2594	1921	731	178
Rosuvastatin plus placebo	3181	3105	3033	2957	2832	2741	2615	1929	728	167
Candesartan-HCTZ plus placebo	3176	3109	3022	2954	2831	2728	2619	1941	706	172
Dual placebo	3166	3093	3000	2922	2791	2701	2571	1893	696	167

B LDL Cholesterol



-34
mg/dl

No. at Risk

Combined therapy	248	248	248	248
Rosuvastatin plus placebo	232	232	232	232
Candesartan-HCTZ plus placebo	247	247	247	247
Dual placebo	248	248	248	248

Statine + traitement antihypertenseur

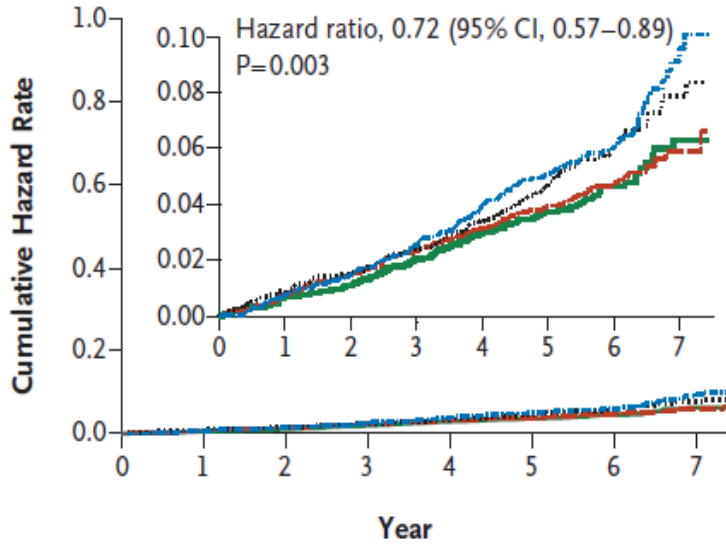
Hope-3

Yusuf S et al. N Engl J Med 2016.

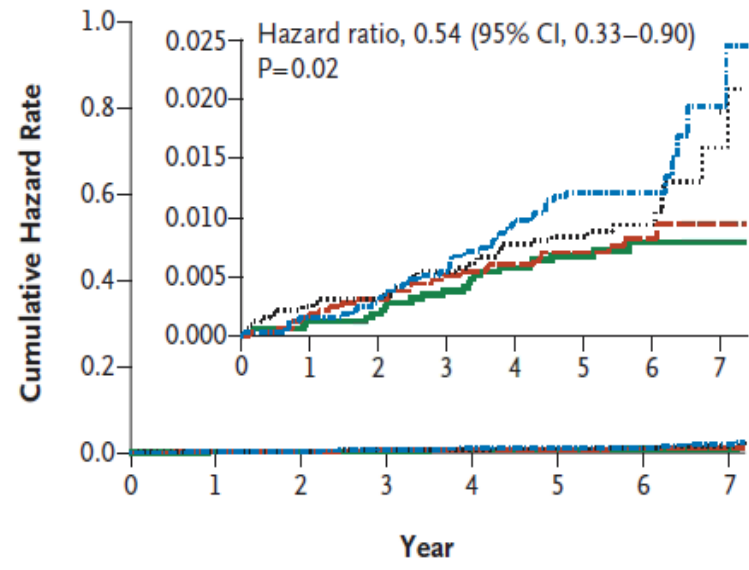
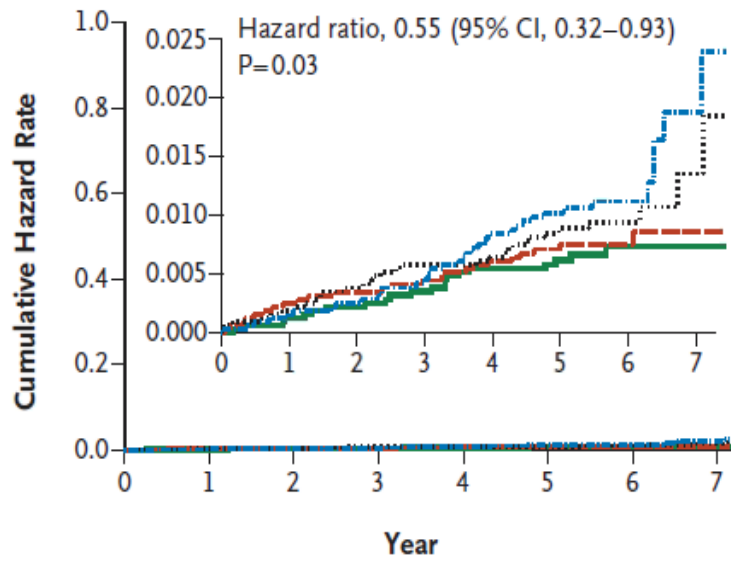
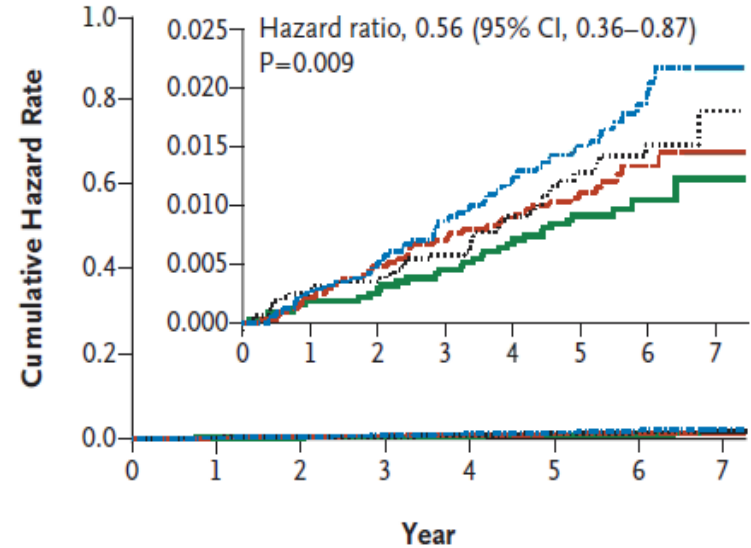
..... Candesartan-HCTZ plus placebo -.-.-.- Dual placebo

— Combined therapy -.-.- Rosuvastatin plus placebo

Second Coprimary Outcome



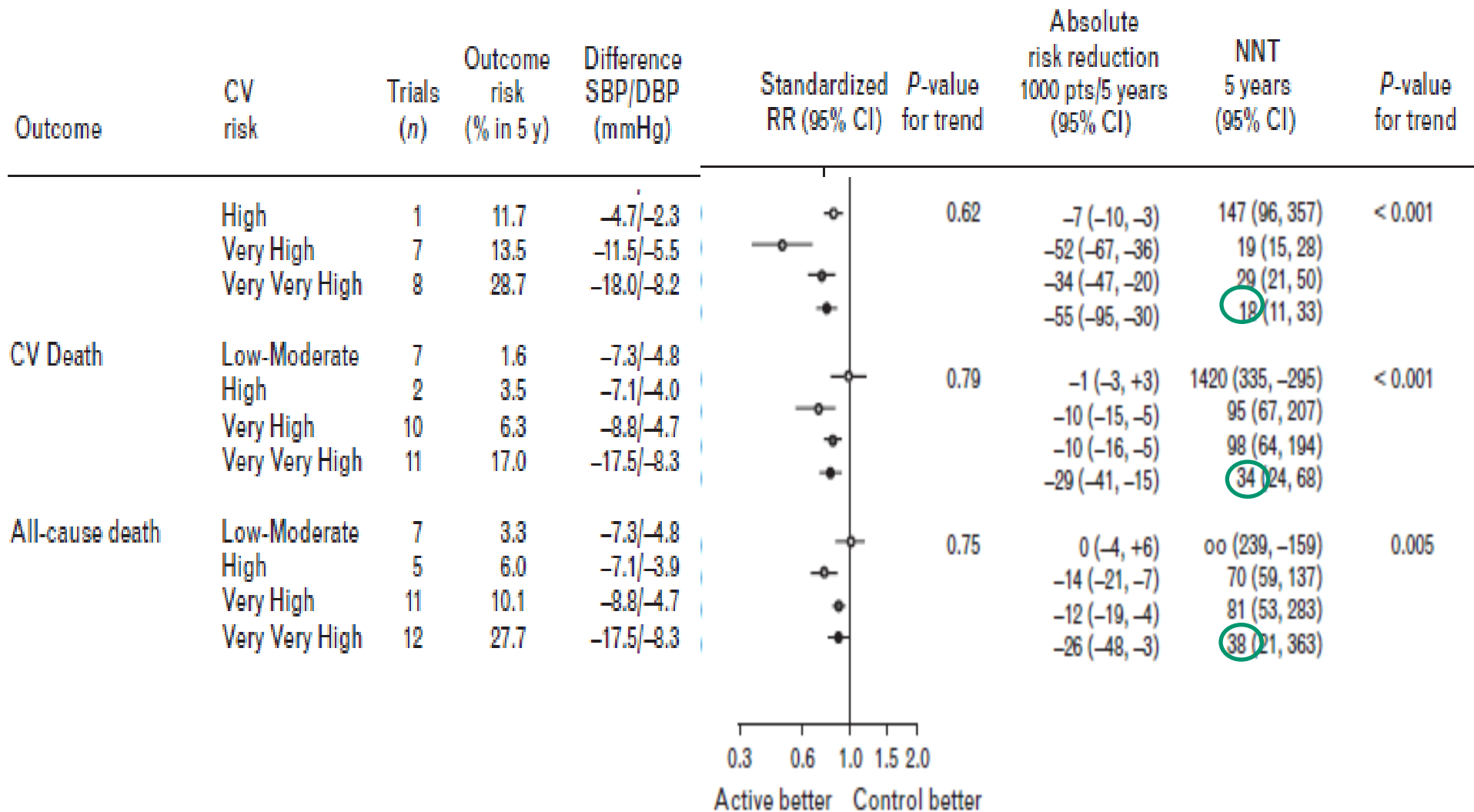
Stroke



Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 3. Effects in patients at different levels of cardiovascular risk – overview and meta-analyses of randomized trials

Journal of Hypertension 2014, 32:2305–2314

Costas Thomopoulos^a, Gianfranco Parati^{b,c}, and Alberto Zanchetti^{d,e}



Cas cliniques

- PF, cadre d'entreprise, 60 ans, fumeur et sédentaire consulte pour bilan de santé.
 - Il pèse 90 Kg pour 1m70, circonférence abdomen 98 cm.
 - Il a une hérédité CV +.
 - Sa PA mesurée de façon répétée s'élève à 156/98 mmHg, confirmée à l'automesure
 - Glycémie normale, LDL chol 160 mg/dl à 2 reprises à 3 mois d'intervalle
 - Prise en charge?
 - **Médicament antiHT et statine**
- JD, enseignante, 40 ans, non fumeuse et sportive, consulte pour bilan de santé.
 - Elle pèse 60 Kg pour 1m70, circonférence abdomen 68 cm.
 - Elle n'a pas d'hérédité CV +.
 - Sa PA mesurée de façon répétée s'élève à 156/98 mmHg, confirmée à l'automesure
 - Glycémie normale, LDL chol 160 mg/dl à 2 reprises à 3 mois d'intervalle
 - Prise en charge?
 - **Règles H-D avec suivi**

Rôle protecteur des antihypertenseurs en prévention primaire

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Prompt <u>initiation of drug treatment</u> is recommended in individuals with <u>grade 2 and 3 hypertension</u> with <u>any level of CV risk</u> , a few weeks after or simultaneously with initiation of lifestyle changes.	I	A
Lowering BP with drugs is also recommended <u>when total CV risk is high</u> because of OD, diabetes, CVD or CKD, <u>even when hypertension is in the grade 1 range</u> .	I	B
Initiation of antihypertensive drug treatment should also be considered <u>in grade 1 hypertensive patients at low to moderate risk</u> , when BP is within this range at several repeated visits or elevated by ambulatory BP criteria, and remains within this range despite a reasonable <u>period of time with lifestyle measures</u> .	IIa	B
In elderly hypertensive patients drug treatment is recommended when SBP is ≥ 160 mmHg.	I	A
Antihypertensive drug treatment may also be considered in the elderly (at least when younger than 80 years) when SBP is in the 140–159 mmHg range, provided that antihypertensive treatment is well tolerated.	IIb	C

Que disent les recommandations pour la prescription de statines ?



2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
It is recommended to use <u>statin therapy</u> in hypertensive patients at moderate to <u>high CV risk</u> , targeting a low-density lipoprotein cholesterol value <3.0 mmol/L (115 mg/dL).	I	A	649 652
When <u>overt CHD is present</u> , it is recommended to administer <u>statin therapy</u> to achieve low-density lipoprotein cholesterol levels <1.8 mmol/L (70 mg/dL).	I	A	654

Table 10 Treatment targets and goals for cardiovascular disease prevention

Smoking	No exposure to tobacco in any form.
Diet	Healthy diet low in saturated fat with a focus on whole grain products, vegetables, fruit and fish.
Physical activity	2.5–5 h moderately vigorous physical activity per week or 30–60 min most days.
Body weight	BMI 20–25 kg/m ² , waist circumference <94 cm (men) and <80 cm (women).
Blood pressure	<140/90 mmHg ^a
Diabetes	HbA1c: <7% (<53 mmol/mol).

Lipids
LDL-C is the primary target

Very high-risk: LDL-C <1.8 mmol/L (70 mg/dL) or a reduction of at least 50% if the baseline^b is between 1.8 and 3.5 mmol/L (70 and 135 mg/dL).

High-risk: LDL-C <2.6 mmol/L (100 mg/dL) or a reduction of at least 50% if the baseline^b is between 2.6 and 5.2 mmol/L (100 and 200 mg/dL).

Low to moderate risk: LDL-C <3.0 mmol/L (115 mg/dL).

Non-HDL-C secondary targets are <2.6, 3.4 and 3.8 mmol/L (100, 130 and 145 mg/dL) for very high-, high- and moderate-risk subjects, respectively.

HDL-C: no target, but >1.0 mmol/L (40 mg/dL) in men and >1.2 mmol/L (48 mg/dL) in women indicates lower risk.

TG: no target but <1.7 mmol/L (150 mg/dL) indicates lower risk and higher levels indicate a need to look for other risk factors.

Si diabète et/ou IRC, risque majoré

Different Time Trends of Caloric and Fat Intake Between Statin Users and Nonusers Among US Adults

Gluttony in the Time of Statins?

JAMA Intern Med. 2014;174(7):1038-1045. doi:10.1001/jamainternmed.2014.1927
Published online April 24, 2014.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Caloric and fat intake have increased among statin users over time, which was not true for nonusers. The increase in BMI was faster for statin users than for nonusers. Efforts aimed at dietary control among statin users may be becoming less intensive. The importance of dietary composition may need to be reemphasized for statin users.

■ Original Article

Comparing the Trend of Physical Activity and Caloric Intake between Lipid-Lowering Drug Users and Nonusers among Adults with Dyslipidemia: Korean National Health and Nutrition Examination Surveys (2010–2013)

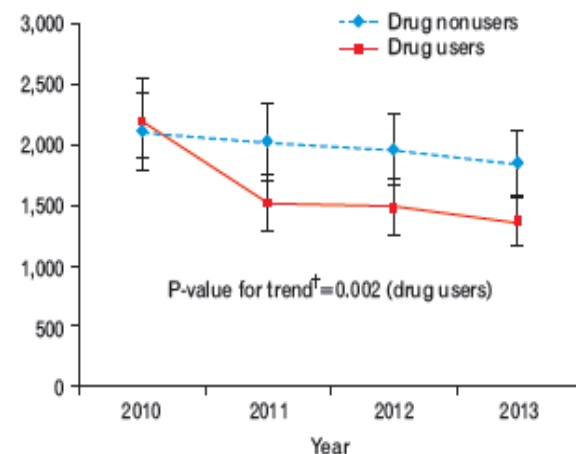


Figure 1. Trends of adjusted* physical activity among adults with dyslipidemia over study period, 2010-2013 KNHANES. *Adjusted for sex, age category, level of education, marital status, body mass index, and diagnosis of diabetes. †P for trend were using general linear model in complex sample analysis.

Conclusion: Physical activity significantly decreased among lipid-lowering drug users between 2010 and 2013, which was not observed among non-users. The importance of physical activity may need to be re-emphasized for lipid-lowering drug users.

Conclusions: approche intégrée HTA et dyslipidémie

- Intégrer ces FR dans une vision globale du risque
- **Calcul de ce risque** indispensable
- Importance de l'**éducation** du patient souvent asymptomatique
- Toujours **stimuler l'approche hygiéno-diététique** puis (ou en même temps si nécessaire) introduire les médicaments antiHTA et statine
- **Simplifier** le traitement dès que bien toléré
- **Suivi** au long cours indispensable avec des RDV réguliers, stimuler l'automesure de PA et réaliser des contrôles biologiques!

Merci pour votre attention



TABLEAU V. CHOIX DES STATINES OU COMBINAISON AVEC UN AUTRE HYPO-LIPIDÉMIANT POUR RÉDUIRE LE CHOLESTÉROL LDL. TG : TRIGLYCÉRIDES

Traitement par statine ou combinaison possible avec une statine	réduction du LDL-C.
<ul style="list-style-type: none"> • Pravastatine 20 mg * • Fluvastatine 40 mg * 	- 25%
<ul style="list-style-type: none"> • Atorvastatine 10 mg * • Simvastatine 20 mg * 	- 35%
<ul style="list-style-type: none"> • Rosuvastatine 10 mg * 	- 45%
Doublément de la dose de statine	- 4 à 6% supplémentaire
Combinaison <ul style="list-style-type: none"> • avec ezétimibe • avec fibrate • avec chélateur de type résine • avec niacine 	(réduction supplémentaire) - 18 à 25 % - 0 à 10 % (+ ↓ TG) - 10 à 20% (+ ↑ TG) - 15 à 25% (+ ↓ TG et ↑ HDL-C)
* Les doses présentées sont les doses minimales disponibles en Belgique.	

Table 5 Intervention strategies as a function of total cardiovascular risk and low-density lipoprotein cholesterol level

Total CV risk (SCORE) %	LDL-C levels				
	<70 mg/dL <1.8 mmol/L	70 to <100 mg/dL 1.8 to <2.6 mmol/L	100 to <155 mg/dL 2.6 to <4.0 mmol/L	155 to <190 mg/dL 4.0 to <4.9 mmol/L	≥190 mg/dL ≥4.9 mmol/L
<1	No lipid intervention	No lipid intervention	No lipid intervention	No lipid intervention	Lifestyle intervention, consider drug if uncontrolled
Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A
≥1 to <5	No lipid intervention	No lipid intervention	Lifestyle intervention, consider drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, consider drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, consider drug if uncontrolled
Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	IIa/A
≥5 to <10, or high-risk	No lipid intervention	Lifestyle intervention, consider drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
Class ^a /Level ^b	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A
≥10 or very high-risk	Lifestyle intervention, consider drug	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
Class ^a /Level ^b	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A

Effet de la diminution de la pression artérielle et du cholestérol sur la morbidité cardiovasculaire

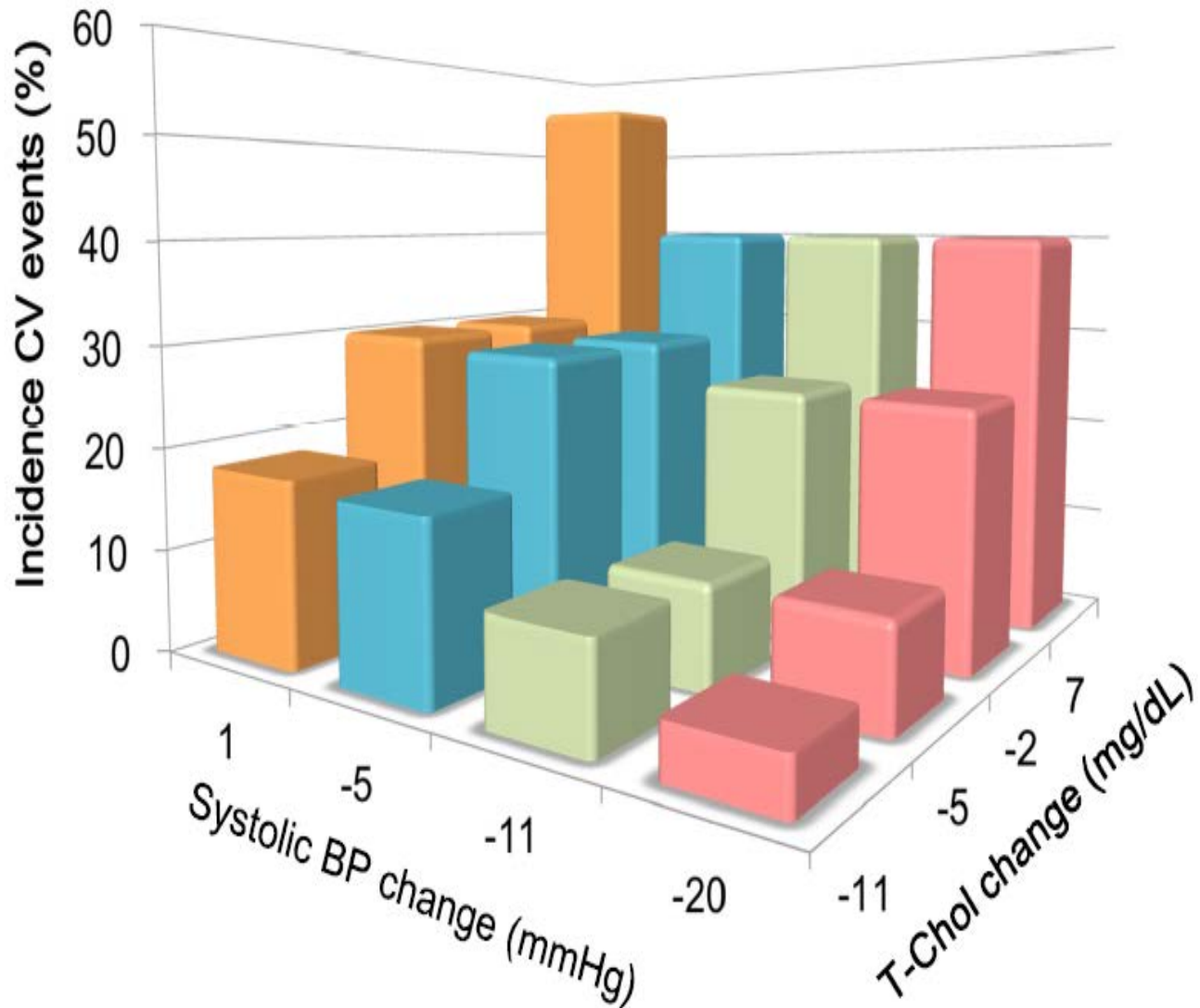


Table 12 Impact of specific lifestyle changes on lipid levels

	Magnitude of the effect	Level of evidence
Lifestyle interventions to reduce TC and LDL-C levels		
Reduce dietary trans fat	+++	A
Reduce dietary saturated fat	+++	A
Increase dietary fibre	++	A
Use functional foods enriched with phytosterols	++	A
Use red yeast rice supplements	++	A
Reduce excessive body weight	++	A
Reduce dietary cholesterol	+	B
Increase habitual physical activity	+	B
Use soy protein products	+/-	B

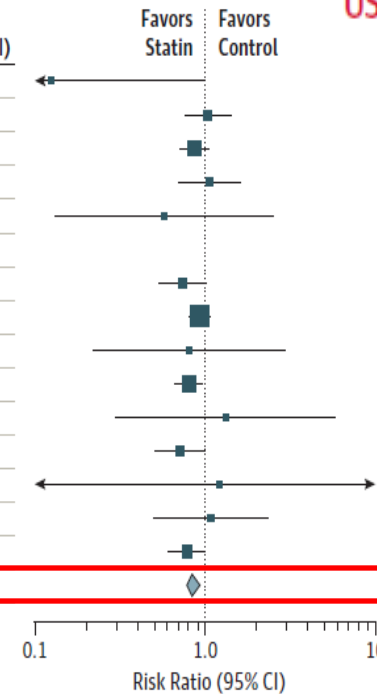
Rôle protecteur des statines (prévention primaire)

A All-cause mortality

Study	Follow-up, y	Statins	Control	Risk Ratio (95% CI)	Favors Statin / Favors Control	US Preventive Services Task Force
		Patients With Events, No./Total (%)	Patients With Events, No./Total (%)			
ACAPS, ¹⁸ 1994	3	1/460 (0.22)	8/459 (1.7)	0.12 (0.02-0.99)	←	0.2
AFCAPS/TexCAPS, ¹⁹ 1998	5	80/3304 (2.4)	77/3301 (2.3)	1.04 (0.76-1.41)	•	9.5
ASCOT-LLA, ²⁰ 2003	3	185/5168 (3.6)	212/5137 (4.1)	0.87 (0.71-1.05)	■	24.3
ASPEN, ²¹ 2006	4	44/959 (4.6)	41/946 (4.3)	1.06 (0.70-1.60)	•	5.3
Beishuizen et al, ²³ 2004	2	3/103 (2.9)	4/79 (5.1)	0.58 (0.13-2.50)	←	0.4
Bone et al, ²⁴ 2007	1	0/485 (0)	0/119 (0)	Not estimable		
CARDS, ²⁶ 2004	4	61/1428 (4.3)	82/1410 (5.8)	0.73 (0.53-1.01)	■	8.7
HOPE-3, ¹⁴ 2016	6	334/6361 (5.3)	357/6344 (5.6)	0.93 (0.81-1.08)	■	30.2
HYRIM, ²⁸ 2005	4	4/283 (1.4)	5/285 (1.8)	0.81 (0.22-2.97)	•	0.5
JUPITER, ²⁹ 2008	2	198/8901 (2.2)	247/8901 (2.8)	0.80 (0.67-0.96)	■	26.7
KAPS, ³⁰ 1995	3	4/214 (1.9)	3/212 (1.4)	1.32 (0.30-5.83)	•	0.4
MEGA, ³¹ 2006	5	55/3866 (1.4)	79/3966 (2.0)	0.71 (0.51-1.00)	■	7.8
METEOR, ³² 2007	2	1/700 (0.14)	0/281 (0)	1.21 (0.05-29.5)	←	0.1
Prevend-IT, ³⁴ 2004	4	13/433 (3.0)	12/431 (2.8)	1.08 (0.50-2.34)	•	1.5
WOSCOPS, ³⁵ 1995	5	106/3302 (3.2)	135/3293 (4.1)	0.78 (0.61-1.01)	■	14.6
Total (95% CI)		1089/35967 (3.0)	1262/35164 (3.6)	0.86 (0.80-0.93)	◆	100.0

Heterogeneity: $\tau^2=0.00$; $\chi^2_{13}=11.07$, ($P=.60$); $I^2=0\%$

Test for overall effect: $Z = 3.63$ ($P < .003$)



US Preventive Services Task Force

Risque
0.86

Population	Adults aged 40-75 y with no history of CVD, ≥ 1 CVD risk factors, and calculated 10-y CVD event risk $\geq 10\%$	Adults aged 40-75 y with no history of CVD, ≥ 1 CVD risk factors, and calculated 10-y CVD event risk of 7.5%-10%	Adults 76 y and older with no history of CVD
Recommendation	Initiate use of low- to moderate-dose statins.	Discuss with patient and selectively offer use of low- to moderate-dose statins.	No recommendation.
	Grade: B	Grade: C	Grade: I (insufficient evidence)