

Cas clinique

JM Krzesinski
Néphrologie-Hypertension
ULg-CHU Liège
CBH 18/02/2017

Cas clinique

- D.J., homme de 50 ans, délégué commercial, stressé car restructuration de son entreprise
- Consulte à 8 h du matin avant son travail
- Céphalées les après-midi et en fin de nuit, traitées par Paracétamol et parfois AINS
- Vous mesurez une ***PA de 154/102 mmHg au début de la consultation, FC 76/min***

Cas clinique (suite)

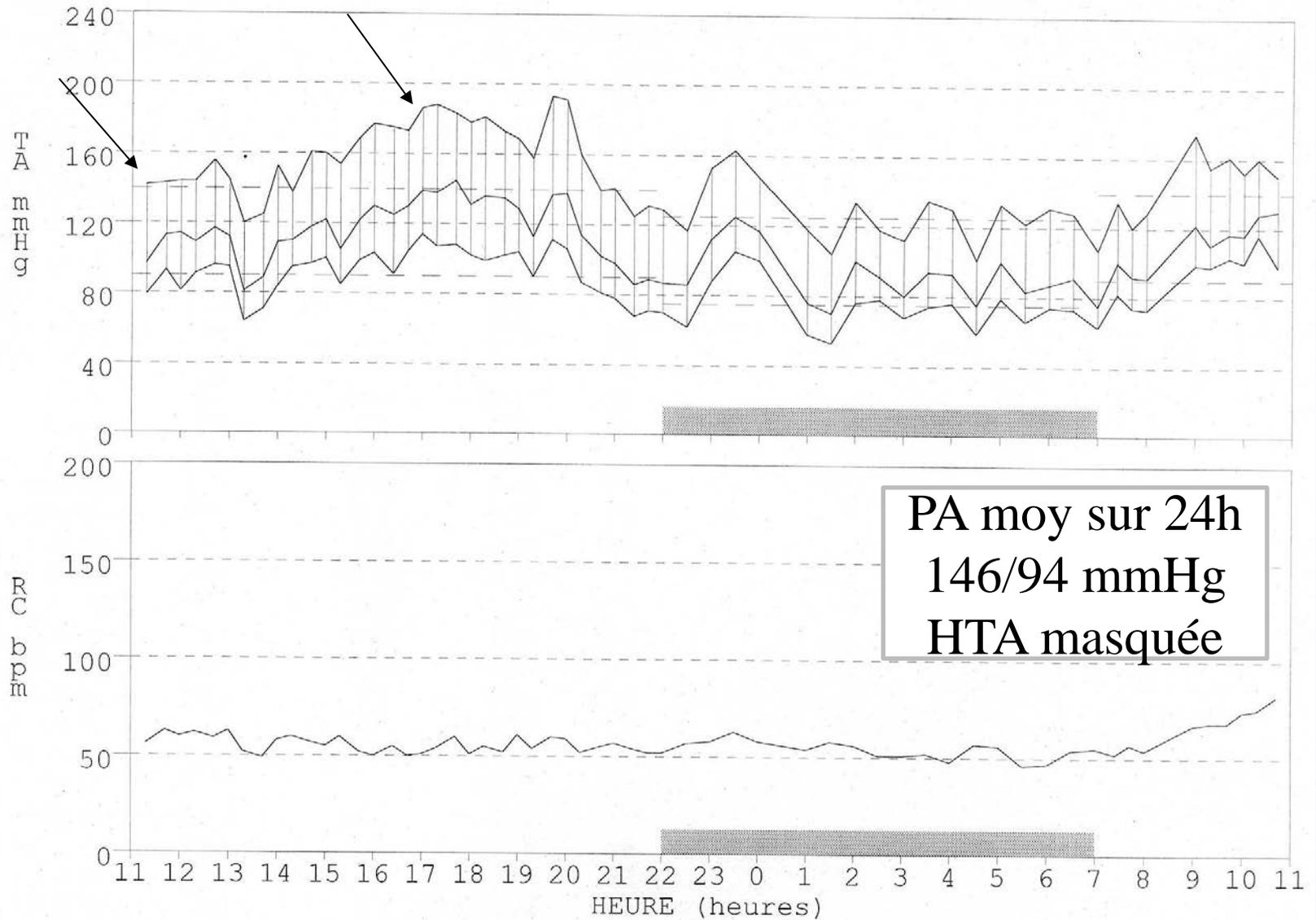
- **Tabac +**
- **Hérédité:** diabète type 2 à 45 ans chez la maman, décédée après un **AVC à 59 ans**
- Examen: BMI 28 kg/m², **Périmètre Abdom: 102 cm**
- **PA 144/92 mmHg assis**, aux 2 bras, en fin de consultation
- FC 64/min REBV
- Pas de souffle vasculaire, tons purs
- *Que faire?*

Que proposer?

- Traiter d'emblée ?
- Auto-mesure ?
- MAPA ?
- Biologie ?
- ECG ?
- Echocardiogramme ?
- FO ?

Que proposer?

- Traiter d'emblée ?
- Auto-mesure ?
- MAPA ?
- Biologie ?
- ECG ?
- Echocardiogramme ?
- FO ?



Bilan réalisé

- ECG: pas d'HVG
- Cholestérol tot 225 mg/dl, HDL chol 40 mg/dl, TG 200 mg/dl, LDL chol 135 mg/dl
- Glycémie 110 mg/dl
- Créatinine et GFR N, K normal
- RU: négatives

Résumé Cas clinique

- Homme de 50 ans
- Hérité CV + Tabac +
- *HTA confirmée*
- Périmètre Abdominal: 102 cm
- Glycémie 110 mg/dl à jeûn
- Cholestérol 225 mg/dl, HDL 40 mg/dl, TG 200 mg/dl, LDLc 135 mg/dl,
- Créatinine et GFR N, RU: -
- Pas d'HVG

S.
Métab

Que faire?

Calcul du risque!

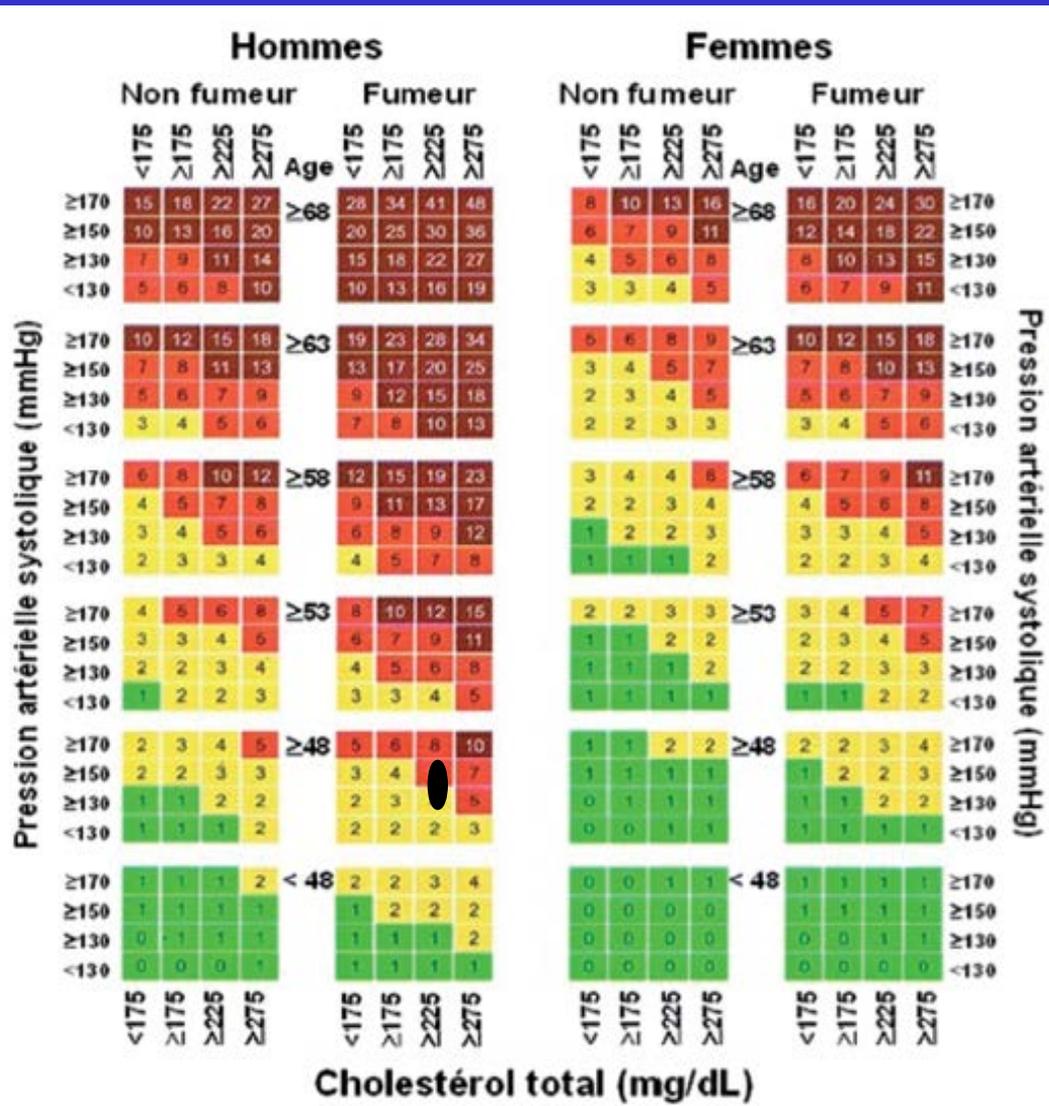


Figure 1. Table de risque SCORE, calibrée pour la Belgique (risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans). De Backer et al. Rev Med Liège 2005 (1).

Risque de mortalité 4-5%

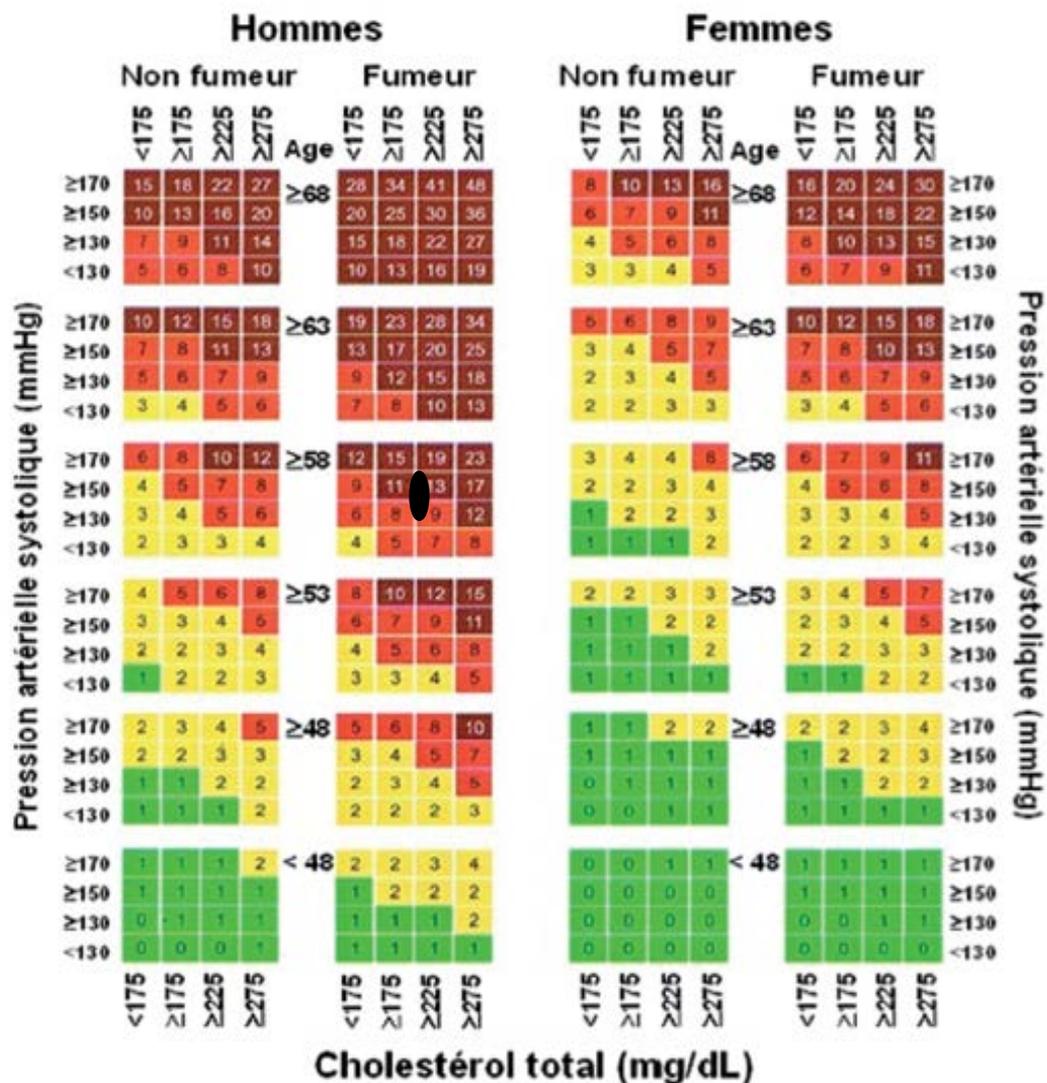


Figure 1. Table de risque SCORE, calibrée pour la Belgique (risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans). De Backer et al. Rev Med Liège 2005 (1).

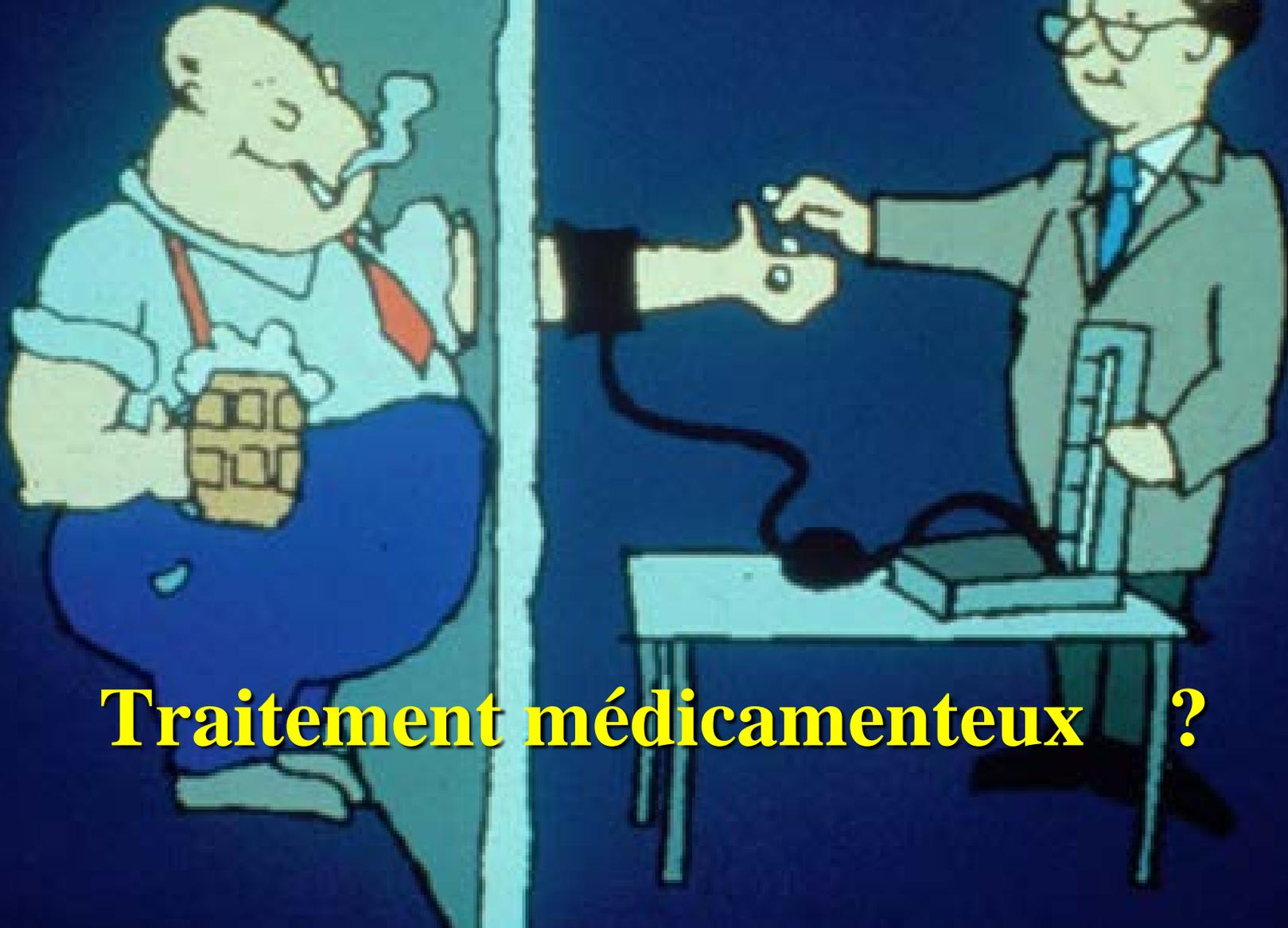
TABLEAU III. COMMENT NUANCER LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE (CV) À PARTIR DU TAUX DE CHOLESTÉROL HDL, DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CV PRÉCOCES ET DE LA PRÉSENCE DE DIABÈTE.

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)		

Risque de mortalité augmente de 4 à 10%

Cas clinique : Pris en charge

- *Arrêt Tabac si possible, Règles H-D ++*



Traitement médicamenteux ?

Cas clinique

- Homme de 50 ans,
- *Arrêt Tabac si possible, Règles H-D ++*
- *Monothérapie ou bithérapie antiHTA?*

Monothérapie versus Associations (ESH 2013)

Elévation légère de la PA
Risque CV faible ou modéré

Choisir entre

Elévation marquée de la PA
Risque CV élevé/très élevé

Monothérapie à faible dose

Bithérapie à faible dose

Si la PA cible n'est pas atteinte

Agent préalable à
dose maximale

Autre
antihypertenseur
à faible dose

Combinaison préalable à
dose maximale

Ajouter un 3^{ème}
médicament à
faible dose

Bithérapie souvent plus efficace d'emblée que monothérapie car cible 2 systèmes de contrôle de la PA, (possible inefficacité d'1 des 2 molécules) et baisse de PA plus « rassurante » pour le patient et le médecin!

Cas clinique Syndrome métabolique

- Homme de 50 ans,
- *Arrêt Tabac si possible, Règles H-D ++*
- *Faible dose d'une association*
- *BBl et D*
- *BBl et AC*
- *IEC et AC*
- *IEC et D*

The Metabolic Syndrome (ESH 2013)

- In all individuals with metabolic syndrome individuals **intense lifestyle measures** should be adopted.
- Therefore, a **blocker of the renin-angiotensin system** should be used followed, if needed, by the addition of a calcium antagonist or a low-dose thiazide diuretic.
- It appears desirable to bring BP to the normal range
- Metformin ?
- Statins ?
- AAS?

Statine?

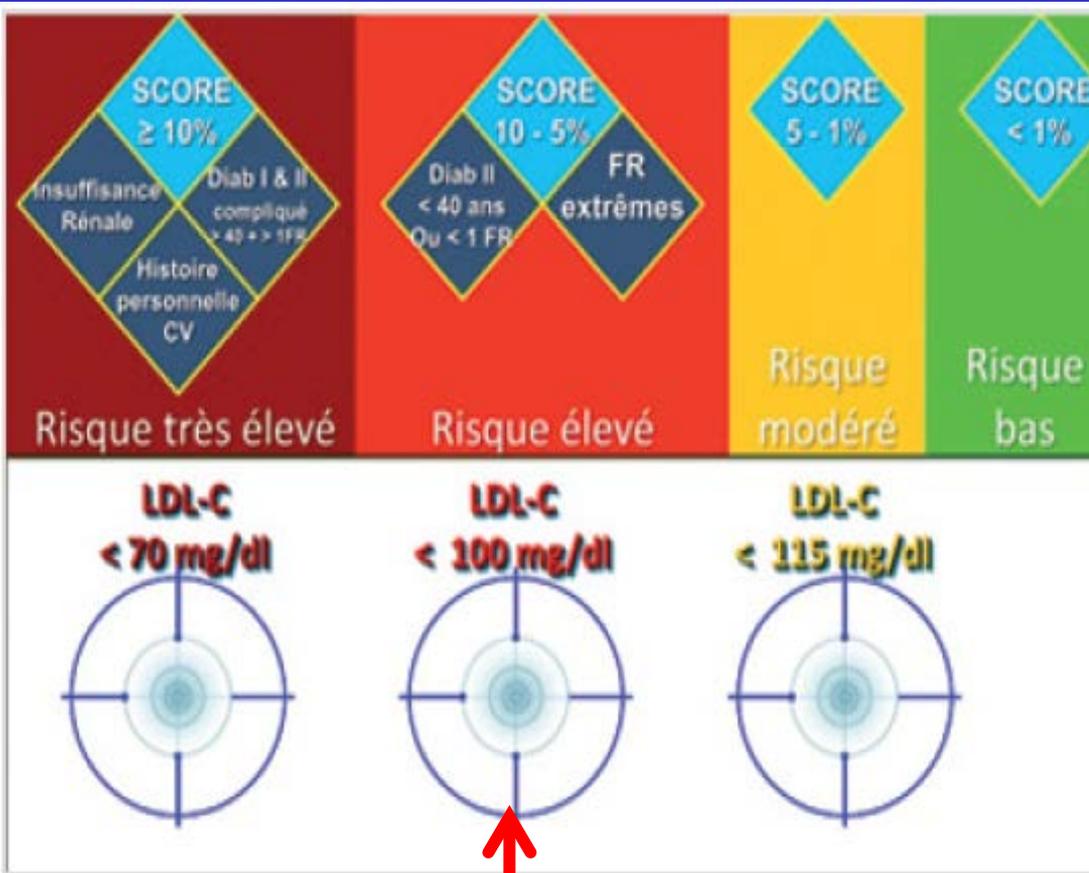


TABLEAU IV. QUAND FAUT-IL COMMENCER UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX SELON LE NIVEAU DE RISQUE ET LES TAUX DE CHOLESTÉROL LDL (LDL-C) ET QUELLE(S) CIBLE(S) FAUT-IL ATTEINDRE ?

Niveau de risque	Quand traiter ?	Comment traiter ?	Cholestérol LDL mg/dl
Très élevé	Si LDL-C > 70 mg/dl	Conseils hygiéno-diététiques et médicament(s) d'emblée	< 70 ou - 50% LDL-C
Elevé	Si LDL-C > 100 mg/dl	Conseils hygiéno-diététiques et médicament(s) d'emblée	< 100
Modéré	Si LDL-C > 115 mg/dl	Conseils hygiéno-diététiques et médicament parfois	< 115
Bas	.	Conseils hygiéno-diététiques afin de maintenir le niveau de risque bas	Pas de cible

Le taux de LDL-C n'est pas calculable par la formule de Friedewald lorsque les taux de triglycérides dépassent 400 mg/dl. Dans ce cas, il vaut mieux utiliser le cholestérol non-HDL comme cible (cfr. Tableau VI).

Introduction d'AAS à faible dose?

- Risque hémorragique est souvent $>$ quand pas d'antécédent CV
- **Donc a priori NON dans ce cas-ci!**

3a.10 Antiplatelet therapy

Key messages

- Antiplatelet therapy is not recommended in individuals free from CVD, due to the increased risk of major bleeding.

2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Problème de l'adhérence au long cours

- Problème nécessitant d'**éduquer** le patient asymptomatique
- Contrôle de l'HTA chez seulement 50%
- **Simplifier** le plus possible le traitement (polypill?)
- Tester l'adhérence à chaque consultation !

Merci pour votre attention

- Questions?



Avantages et inconvénients des statines

(Collins R et al Lancet Nov 19- 2016)

- Avantages sur 5 ans après réduction de 80 mg/dl du LDL chol: réduction risque absolu de 10% d'événements CV prévention secondaire
5% en prévention primaire (risque élevé et intermédiaire)
- Risques sur 5 ans par utilisation de statines:
Myopathie 0,5%
Diabète 0,5 à 1%
AVC hémorragique 0,1%

Donc a priori règles HD d'abord quelques semaines puis statine si LDL > 100 mg/dl!

Figure 2. Statin Use for the Primary Prevention of CVD in Adults: Clinical Summary

JAMA. 2016;316(19):1997-2007. doi:10.1001/jama.2016.15450

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. Grade: B	Discuss with patient and selectively offer use of low- to moderate-dose statins. Grade: C	No recommendation. Grade: I (insufficient evidence)
Balance of Benefits and Harms	The USPSTF concludes with moderate certainty that initiating use of low- to moderate-dose statins in this population has at least a moderate net benefit.	The USPSTF concludes with moderate certainty that initiating use of low- to moderate-dose statins in this population has a small net benefit.	The USPSTF concludes that the evidence is insufficient to determine the balance of benefits and harms of initiating statin use in this population.

Site web Mayo Clinic: bénéfice prescription de statine
 Mots clé Google: « **statins decision** »