

Diagnostic et facteurs de risque de l'artériosclérose

Image

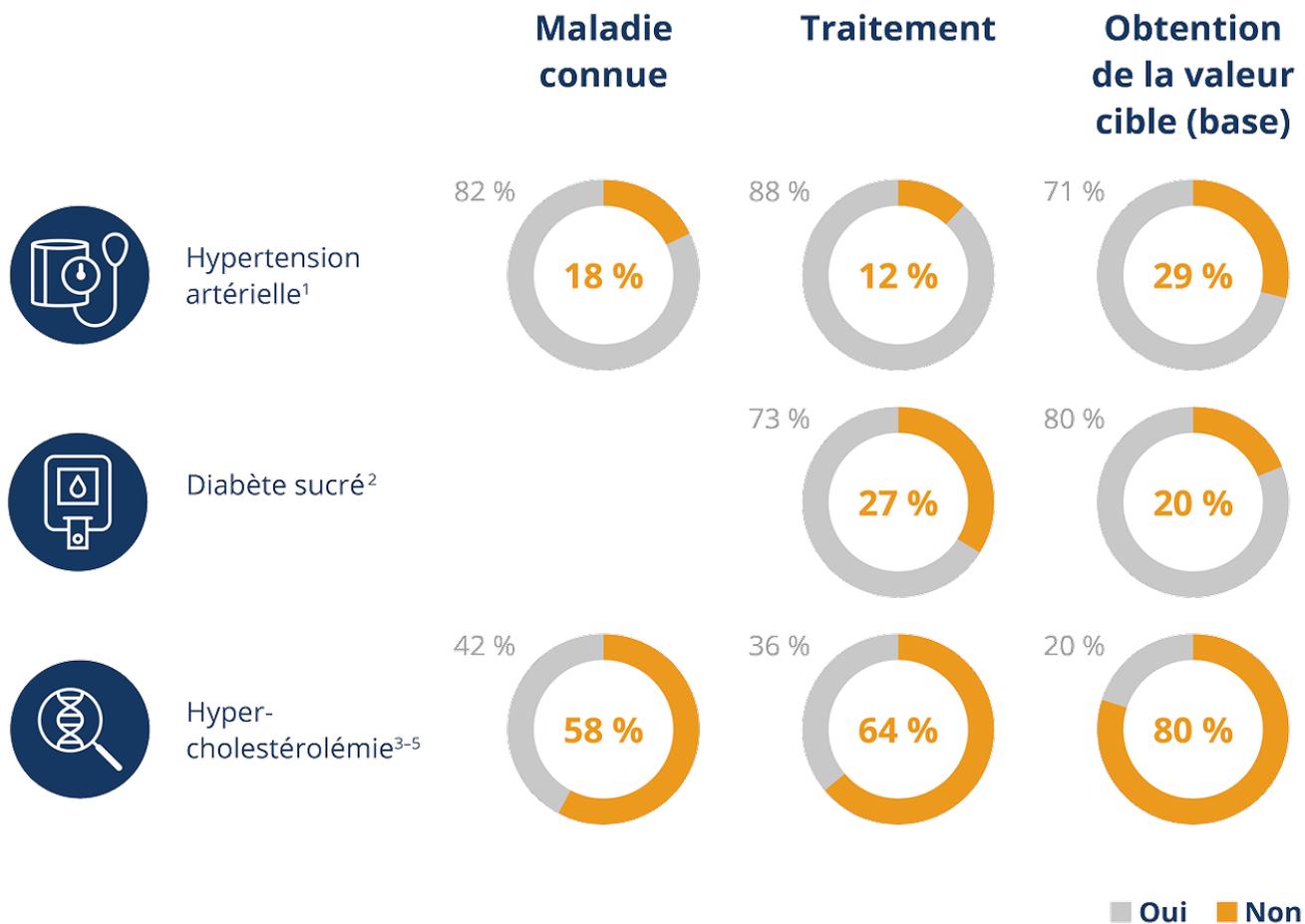


Diagnostic et facteurs de risque de l'artériosclérose

Identification des patients

Contrairement à d'autres comorbidités que l'on retrouve habituellement chez les patients présentant un risque cardiovasculaire élevé ou très élevé, l'hypercholestérolémie est souvent sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée (Fig. 1).¹⁻⁵

Image



Résultats de diagnostic, de traitement et de valeur cible des facteurs de risque importants pour les événements cardiovasculaires. Illustration modifiée selon les références 1-5.

Facteurs de risque

La plupart des cas d'ASCVD sont dus à des facteurs de risque potentiellement modifiables.¹⁹



- Modifiables
- Non modifiables



Image

Modifiables⁷⁻¹⁰

Comportementaux



Consommation
de tabac



Consommation
élevée d'alcool



Mauvaise
alimentation



Faible
activité physique

Métaboliques



Hypertension
artérielle



Diabète



Hypercholestérolémie



Obésité
abdominale

Autres



Maladie rénale
chronique



Maladie
inflammatoire



Facteurs
psychosociaux

Facteurs de risque modifiables d'ASCVD⁷⁻¹⁰

Image

Non modifiables⁶⁻⁸



Âge avancé



Origine ethnique



Sexe

Génétique



Antécédents familiaux
de cas précoces d'ASCVD



Hypercholestérolémie familiale
(mutation des gènes LDLR, apoB et PCSK9)

Un taux élevé de LDL-C est le principal facteur de risque d'ASCVD¹²

Facteurs de risque non modifiables d'ASCVD⁶⁻⁸

Recommandation pour l'estimation du risque

- Chez les personnes sans ASCVD documentée, il est recommandé d'estimer le risque afin d'appuyer la prise de décision quant à la prévention des ASCVD.⁶
- Les patients présentant une ASCVD établie, un diabète sucré (de type 1 ou de type 2), des valeurs très élevées pour chaque facteur de risque, une insuffisance rénale chronique (IRC) et une hypercholestérolémie familiale (HF) ont généralement un risque cardiovasculaire global très élevé ou élevé. Il n'est donc pas nécessaire d'estimer leur risque.⁶
- Chez les personnes considérées en bonne santé, il est recommandé d'utiliser un système d'évaluation du risque, comme le Systematic Coronary Risk Estimation (SCORE), afin d'évaluer le risque cumulatif sur 10 ans de premier événement athéroscléreuse mortel.⁶

Lorsque le SCORE calculé de risque à 10 ans de maladie cardiovasculaire mortelle est ≥ 10 %, il est classé dans la catégorie « risque très élevé », qui est l'équivalent d'une ASCVD établie.⁶

- Pour calculer le risque cardiovasculaire chez les patients, on utilise également le score de risque du GSKA 11, ainsi que le ESC-SCORE.⁶
- Les patients atteints d'HF sont au moins classés dans la catégorie à risque élevé et traités en conséquence.⁶
- Le diagnostic clinique présumé d'HF peut être posé grâce aux critères du Dutch Lipid Clinic Network (DLCN).⁶

Quels sont les bénéfices cliniques d'une diminution du LDL-C ?

- Diminuer le LDL-C peut ralentir la progression du volume des plaques ou permettre leur résorption, et réduire le risque de survenue d'un infarctus du myocarde.¹²⁻¹³
- Une diminution plus précoce et/ou plus faible du taux de LDL-C permet d'exercer une influence plus importante sur le ralentissement de la survenue d'événements cardiovasculaires.¹³
- Chaque diminution du LDL-C de 1 mmol/l est associée à une diminution de 20 % des événements cardiovasculaires.¹⁵⁻¹⁷
- Les traitements intensifs visant à diminuer le LDL-C à un niveau plus bas que celui des recommandations actuelles empêchent les événements vasculaires graves.¹⁸
- La diminution du LDL-C fait partie intégrante des recommandations de l'ESC/EAS de 2019 sur la prévention primaire et secondaire des ASCVD.⁶

Références

1. Neuhauser, H.K., et al., Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–2011. *J Hum Hypertens*. 2015;29(4): p. 247–53. <https://doi.org/10.1038/jhh.2014.82>.
2. Du, Y., et al., Changes in diabetes care indicators: findings from German National Health Interview and Examination Surveys 1997–1999 and 2008–2011. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2015;3(1):e000135. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2015-000135>.
3. Scheidt-Nave, C., et al., Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2013;56(5-6): p. 661–7. German. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1670-0>.
4. März, W., et al., Utilization of lipid-modifying therapy and low-density lipoprotein cholesterol goal attainment in patients at high and very-high cardiovascular risk: Real-world evidence from Germany. *Atherosclerosis*. 2018;268: p. 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2017>.
5. Fox, K.M., et al., Treatment patterns and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) goal attainment among patients receiving high- or moderate-intensity statins. *Clin Res*

- Cardiol. 2018;107(5): p. 380–88. <https://doi.org/10.1007/s00392-017-1193-z>.
6. Mach, F., et al., 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*, 2020. 41(1): p. 111–88.
 7. Grundy, S.M., et al., 2018
AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 2019. 73(24): p. e285–e350.
 8. Jernberg, T., et al., Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide re- world data demonstrate the importance of a long-term perspective. *European Heart Journal*, 2015. 36(19): p. 1163–170.
 9. Langlois, M.R., et al., Quantifying atherogenic lipoproteins: current and future challenges in the era of personalized medicine and very low concentrations of LDL cholesterol. A consensus statement from EAS and EFLM. *Clinical Chemistry*, 2018. 64(7): p. 1006–33.
 10. Holmes, M.V., and Ala-Korpela, M., What is ‘LDL cholesterol’? *Nature Reviews Cardiology*, 2019. 16(4): p. 197–8.
 11. <http://www.agla.ch/de/rechner-und-tools/agla-risikorechner> (aufgerufen am 7.8.2024)
 12. Ference, B.A., et al., Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *European Heart Journal*, 2017. 38(32): p. 2459–72.
 13. Ference, B.A., et al., Impact of Lipids on Cardiovascular Health: JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol*, 2018. 72(10): p. 1141–56.
 14. Nicholls, M.G., Richards, A.M., and Christchurch, G., Cardioendocrine Research, Disease- monitoring of patients with chronic heart failure. *Heart*, 2007. 93(4): p. 519–23.
 15. Cholesterol Treatment Trialists, C., et al., Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*, 2010. 376(9753): p. 1670–81.
 16. Silverman, M.G., et al., Association Between Lowering LDL-C and Cardiovascular Risk Reduction Among Different Therapeutic Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 2016. 316(12): p. 1289–97.
 17. Wang, N., et al., Intensive LDL cholesterol-lowering treatment beyond current recommendations for the prevention of major vascular events: a systematic review and meta-analysis of randomised trials including 327 037 participants. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2020. 8(1): p. 36–49.
 18. Giugliano, R.P., et al., Clinical efficacy and safety of achieving very low LDL-cholesterol concentrations with the PCSK9 inhibitor evolocumab: a prespecified secondary analysis of the FOURIER trial. *Lancet*, 2017. 390(10106): p. 1962–1971.
 19. Yusuf, S., et al., Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155'722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*, 2020. 395(10226): p. 795–808

Novartis fournit les références listées sur demande

Source URL:

<https://www.pro.novartis.com/ch-de/node/1281/atherosclerose/diagnostic-et-facteurs-de-risque-de-larteriosclerose>