HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Risque cardiovasculaire global (RCV) : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours – Prévention primaire et prévention secondaire

1 Étape préalable : identifier le patient et son niveau de risque

Patient **sans** **antécédent cardiovasculaire** (prévention primaire)

→ **Passer à l'étape 2** (évaluation du risque cardiovasculaire)

La présence d'une atteinte athéromateuse infraclinique, quel que soit le territoire (carotidien, coronaire ou membres inférieurs), ne modifie pas cette classification

Patient **avec** **antécédent cardiovasculaire** coronarien, cérébral ou des membres inférieurs (prévention secondaire)

Risque cardiovasculaire d'emblée élevé

→ **Passer directement à l'étape 3** (prise en charge du patient)

2 Évaluation initiale du RCV global

(uniquement en prévention primaire)

Une anamnèse, un examen clinique et un bilan biologique (glycémie à jeun, bilan lipidique, fonction rénale et hépatique) sont suffisants. Pas d'examens paracliniques supplémentaires systématiques

Évaluation du RCV global

SCORE 2 possible **OU** Identification des facteurs de RCV

Facteurs de RCV

- Tabac
- HTA
- Diabète
- Dyslipidémie
- Sédentarité
- Surpoids/obésité
- ATCD familiaux de MCV précoces

\+

Modificateurs de RCV (non inclus dans SCORE, qui peuvent augmenter le RCV)

- Facteurs psychosociaux (stress, précarité, faible littératie en santé, etc.) et environnementaux (pollution)
- Maladies inflammatoires chroniques, VIH, BPCO
- Maladie rénale chronique (DFG < 60ml/min ou RAC > 3 mg/mmol)
- Facteurs féminins spécifiques (ménopause précoce, pré-éclampsie, etc.)
- Alcool et autres consommations et conduites addictives
- Stéatohépatite avec MASH

Plus le nombre de facteurs de RCV est élevé... plus le risque est élevé

3

Prise en charge du patient quelque soit son RCV

Prise en charge des facteurs de risque

- **Arrêt du tabac** à prioriser et accompagner (cf recos dédiées)
- **Hypertension artérielle** (cf recos dédiées)
- **Diabète** (cf recos dédiées)

Hygiène de vie (pour tous et à maintenir)

- **Régime méditerranéen (diététicienne)**
- **Activité physique régulière**
- **Lutte contre la sédentarité**

4

Prise en charge du patient en fonction de son RCV : hypolipémiants et antigrégants

Prévention primaire

(sans ATCD CV)

Statine possible

Plus le RCV est élevé, plus la statine est recommandée

Données probantes pour rosuvastatine 10-20 mg/j

En cas d' intolérance : gemfibrozil, ou acide bempédoïque si RCV élevé

Prévention secondaire

(avec ATCD CV)

Statine fortement recommandée

Données probantes pour atorvastatine 80 mg/j, fluvastatine 80 mg/j, pravastatine 40 mg/j et simvastatine 20-40 mg/j

En cas d'intolérance aux statines : éliminer les diagnostics différentiels *ET/OU* essayer une autre molécule de statine

En cas d'intolérance avérée (bénéfice plus faible que les statines et coût élevé) : acide bempédoïque *OU* antiPCSK9

Intensification possible par :

- Atorvastatine 80 mg

OU

- bithérapie statine (ex : simvastatine 40 mg) + ézétimibe 10 mg (ATCD coronaire) ou statine + antiPCSK9

Aspirine faible dose (75 ou 100 mg) fortement recommandée

Alternative possible à l'aspirine après une AOMI symptomatique : clopidogrel 75 mg