

RISQUES ET PREVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Vendredi 10 juin 2005

Facteurs de risque et conduites à tenir

Docteur Pascal MOTREFF, Cardiologue, CHU Clermont-Ferrand

Place de la diététique au CEPTA

Professeur Thierry COUFFINHAL, Cardiologue ; Fatiha ATMANI, M.Dominique DANIEL-LAMAZIERE diététiciennes. Hôpital cardiologique Haut-Lévêque, Pessac

Objectifs du CEPTA : Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité en France avec près de 180 000 décès par an. La survenue des maladies cardiovasculaires liées à l'athérosclérose est d'origine multifactorielle, dépendant essentiellement de l'âge et des facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) à l'origine desquels l'alimentation joue un rôle majeur. A l'heure actuelle, ce sont près de 20 millions de personnes qui sont concernés par les maladies cardiovasculaires. D'autre part, les récentes enquêtes épidémiologiques en France mettent en évidence que le dépistage des FRCV est insuffisamment développé et que les patients dépistés ne sont pas bien pris en charge. En accord avec le programme national de réduction des risques cardiovasculaires, nous avons individualisé une unité fonctionnelle, le CEPTA (Centre d'Exploration, de Prévention et de Traitement de l'Athérosclérose) dont le but est de réduire le risque d'événement majeur ou de récurrence d'événement en rapport avec la maladie athéromateuse en se centrant sur les patients à haut risque cardiovasculaire (présentant plus de 2 facteurs de risque).

Structuration : C'est une structure multidisciplinaire, faisant intervenir Cardiologue, Diabétologue, Infirmière, Diététicienne, Tabacologue, Kinésithérapeute. Les objectifs successifs sont l'évaluation complète du risque, la définition de l'origine du risque, l'éducation thérapeutique du patient et les propositions thérapeutiques. Elle facilite la prise en charge au long cours du patient à risque par le médecin traitant ou le cardiologue. La prise en charge se décline de trois façons :

- . une hospitalisation de 48 h pour les patients en prévention secondaire,
- . une hospitalisation de jour pour les patients à haut risque en prévention primaire,
- . des consultations externes de diététique ou de tabacologie.

Place de la diététique : La prise en charge diététique des patients du CEPTA s'inscrit dans une prise en charge globale du patient à haut risque. Elle est fonction du type d'hospitalisation envisagée.

Pour les patients venant en hospitalisation de semaine, la prise en charge diététique se fait en deux étapes. Le patient est d'abord vu en consultation individuelle puis il est inclus dans un atelier éducatif. L'atelier est basé sur la réflexion de groupe et l'échange des connaissances. Il a pour objectif l'acquisition pour le patient, du principe de l'équilibre alimentaire, afin qu'il puisse acquérir une meilleure gestion de ses repas au quotidien. En hôpital de jour la prise en charge diététique est essentiellement individuelle. Dans un deuxième temps, a été mis en place une consultation externe permettant le suivi des patients vus en hospitalisation de semaine et de jour, mais aussi de ceux adressés par les médecins de tous les services de cardiologie. La prise en charge diététique a donc évolué depuis la création du CEPTA. De nouvelles actions d'amélioration sont prévues afin d'assurer un meilleur suivi des patients présentant un haut risque cardiovasculaire difficilement modifiable.

Efficacité : L'efficacité de la prise en charge globale a été évaluée en terme d'atteinte des objectifs et de morbi-mortalité. En prévention primaire, nous obtenons, à un an, une réduction de 34 % du risque relatif d'avoir un événement cardiovasculaire. En prévention secondaire, nous obtenons une meilleure prescription au long cours des médicaments anti-hypertenseurs, hypocholestérolémifiants et anti-agrégants plaquettaires. La mortalité post-infarctus dans les deux premières années est diminuée de 60 %, le risque d'événement cardiovasculaire de 35 % par rapport aux récentes études nationales.

Acides gras alimentaires et risque cardiovasculaire

Dr Vanina BONGARD - Service d'Epidémiologie CHU de Toulouse & INSERM U558
Faculté de Médecine, 37 allées Jules Guesde, 31073 Toulouse Cedex.
e-mail : bongard@cict.fr

La composition alimentaire en acides gras saturés, mono-insaturés et poly-insaturés participe, principalement par le biais des facteurs de risque, au déterminisme de l'athérosclérose et des maladies cardiovasculaires. De ce fait, les approches nutritionnelles sont indispensables à la mise en place d'une démarche de prévention cardiovasculaire et l'instauration de mesures diététiques appropriées constitue le premier traitement des facteurs de risque.

Des données expérimentales ont montré les effets des acides gras alimentaires sur les lipides sanguins. Les graisses saturées tendent à augmenter la concentration en « mauvais » cholestérol (LDL-c) et leur remplacement par des graisses poly-insaturées présente un effet favorable sur le taux de LDL-c. Il convient toutefois de distinguer les acides gras poly-insaturés *trans*, associés à la fois à une élévation du LDL-c et à une baisse du HDL-c (« bon » cholestérol), favorisant ainsi les dépôts artériels sous forme d'athérosclérose.

En accord avec ces données, de multiples études d'observation en population ont démontré l'existence d'une relation positive entre la consommation de graisses saturées et d'acides gras *trans* et l'augmentation de l'incidence de l'infarctus du myocarde et de la mortalité qui en découle. Parmi ces études, une des premières et des plus connues est l'étude des « Sept Pays ». Elle est à l'origine du concept d'alimentation méditerranéenne, protectrice vis-à-vis des maladies cardiovasculaires, et caractérisée par une faible consommation d'acides gras saturés et par des apports conséquents en céréales, légumes, fruits et en acides gras mono et poly-insaturés.

Un niveau de preuve supplémentaire est apporté par les études d'intervention. Il s'agit de comparer un groupe de sujets assigné à un régime spécifique que l'on souhaite évaluer, à un groupe contrôle suivant un régime alimentaire habituel. Les premières études d'intervention ont ainsi évalué l'intérêt de substituer une partie des acides gras alimentaires saturés par des graisses poly-insaturées. Ces études ont mis en évidence une réduction du risque d'événements cardiovasculaires aigus. Parmi les graisses poly-insaturées, un intérêt particulier a été porté à la série oméga-3 (acides alpha linoléique (ALA), docosahexaénoïque (DHA) et éicopentaénoïque (EPA)). L'étude Lyonnaise a montré une réduction de 72% du risque de récurrence après infarctus du myocarde lors de la consommation d'une margarine à base d'huile de colza (riche en ALA). Plus récemment, un régime riche en ALA a été associé à une réduction de 52% de la morbi-mortalité cardiaque dans l'étude Indo-Méditerranéenne. DHA et EPA ont également fait l'objet d'essais d'intervention. Dans l'étude GISSI-Prevenzione, une supplémentation quotidienne sous forme de capsules de DHA-EPA a conduit à une réduction de 45% du risque de mort subite chez des sujets ayant un antécédent d'infarctus. Le rôle protecteur des acides gras oméga-3 après infarctus du myocarde serait lié à leurs propriétés anti-arythmiques.

En épidémiologie, les études nutritionnelles posent des problèmes méthodologiques particuliers du fait de facteurs de confusion multiples, d'importantes variations inter et intra-individuelles en terme d'habitudes alimentaires, et de la difficulté d'astreindre des sujets à un même régime sur de longues périodes. Toutefois, des données fiables se sont accumulées sur le rôle délétère des graisses saturées et des acides gras *trans* et sur l'intérêt d'une supplémentation en acides gras poly-insaturés, en particulier en acides gras issus de la série oméga-3 après infarctus du myocarde.

La prévention de l'hypertension artérielle

Pierre MENETON - Département de Santé Publique et d'Informatique Médicale
Faculté de Médecine René Descartes - 15 rue de l'Ecole de Médecine - 75270 Paris cedex 06
Mail: pmeneton@infobiogen.fr

Une pression artérielle élevée est un des facteurs majeurs diminuant le nombre d'années de vie en bonne santé. La relation entre le niveau de pression et le risque individuel de survenue d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral augmente exponentiellement à partir de valeurs de pressions systolique et diastolique de 120/80 mm Hg. La pression artérielle systolique augmente en fonction de l'âge dans les populations industrialisées, avec 40 % des individus de 65 ans hypertendus (pression systolique >140 mm Hg). Pour les personnes qui ne sont pas hypertendues à 65 ans, le risque de le devenir augmente très rapidement pour atteindre 90 % à 85 ans. Comme tout trait biologique, le niveau de pression artérielle est le résultat d'une interaction entre des facteurs environnementaux et le patrimoine génétique de chaque individu. Cinq facteurs alimentaires ou comportementaux ont été identifiés de manière convaincante comme des déterminants majeurs du niveau de pression : les apports en sodium et en potassium, le poids corporel, l'activité physique et la consommation d'alcool. Bien qu'influençant le niveau de pression de manière indépendante et dose dépendante, ces facteurs interagissent entre eux avec des effets partiellement additifs. Par exemple, l'effet hypotenseur d'un apport élevé en potassium est majoré lorsque l'apport en sodium est élevé, ou bien encore l'effet hypotenseur d'un faible apport en sodium est majoré par une réduction concomitante du poids corporel. Il est donc important d'essayer de contrôler l'ensemble de ces facteurs pour tenter d'améliorer l'état de santé des populations. Les efforts doivent porter non seulement sur les individus ayant une pression artérielle élevée mais aussi chez ceux qui ont une pression artérielle normale pour éviter qu'ils deviennent hypertendus.

L'étude SU.FOL.OM 3 : un exemple exceptionnel de partenariat en intervention nutritionnelle en France

M.P. SAUVANT-ROCHAT ^{(1) (*)} – J.R. LUSSON ^{(2) (*)} — S. HERCBERG ^{(3) (**)} - P. GALAN ^{(3) (**)}

⁽¹⁾ Faculté de Pharmacie – Laboratoire Santé Publique et Environnement – BP 38 – 63001 Clermont-Ferrand Cedex -

⁽²⁾ CHU - Service de Cardiologie – BP 59 – 63001 Clermont-Ferrand Cedex - ⁽³⁾ UMR U-557 INSERM / U-1125 INRA / CNAM. – ISTNA – 5 rue Vertbois – 75003 Paris.

^(*) Membres du Comité Médical de SU.FOL.OM3 - ^(**) Coordinateurs nationaux de SU.FOL.OM3

L'étude SU.FOL.OM 3 est un essai d'intervention en prévention secondaire, visant à tester chez des sujets à risque cardiovasculaire élevé, l'impact d'une SUPplémentation en FOLates, en vitamine B6, en vitamine B12 et/ou en acides gras poly-insaturés OMéga-3. Son objectif principal est d'évaluer les effets bénéfiques de la supplémentation dans la prévention des récurrences de pathologies ischémiques chez des sujets coronariens avérés ou ayant présenté un accident vasculaire cérébral.

Sur le plan méthodologique, SU.FOL.OM 3 est un essai randomisé en double aveugle, réalisé sur 3000 sujets âgés de 45 à 80 ans, ayant présenté un infarctus du myocarde, un angor instable ou un accident vasculaire cérébral de type ischémique dans la période précédant leur inclusion (événement survenu au minimum un mois et au maximum un an avant l'inclusion).

Cette étude est définie selon un plan factoriel, permettant de tester les effets des vitamines du groupe B ou les effets des acides gras poly-insaturés oméga-3. Pour cela, les sujets inclus ont été répartis par randomisation en quatre groupes de 750, recevant soit une association de vitamines du groupe B : folates (sous forme de 5-méthyl-tétra-hydro-folates) (560 µg/jour), vitamine B6 (3 mg/jour) et vitamine B12 (20 µg/jour) et un placebo « oméga-3 », soit des acides gras poly-insaturés oméga-3 (600 mg/jour, sous forme E.P.A. et D.H.A. dans un ratio E.P.A./D.H.A. 2 :1) et un placebo « vitamines B », soit l'association des vitamines du groupe B et les acides gras poly-insaturés oméga-3, soit le placebo « oméga-3 » et le placebo « vitamines B ».

Le recrutement des sujets se fait grâce à un réseau national de plus de 686 cliniciens hospitaliers, libéraux ou exerçant dans des centres de réadaptation cardiovasculaire ; ces cardiologues, neurologues, ou internistes signalent aux coordonnateurs nationaux de SU.FOL.OM 3 tous les patients remplissant les critères d'inclusion et d'exclusion. Dans un second temps, les patients sont contactés par les médecins de l'étude SU.FOL.OM 3, qui leur proposent un rendez-vous, pour leur inclusion définitive, dans un des 166 centres locaux d'accueil SU.FOL.OM 3. Lors de cette rencontre, les sujets bénéficient d'un prélèvement sanguin en vue de la détermination de différents paramètres biologiques (homocystéine, folates, vitamine B6, vitamine B12, profil lipidique, mutations génétiques, ...), de la prise de mesures anthropométriques ; ils remplissent également un questionnaire alimentaire et reçoivent le traitement de supplémentation en vitamines B et/ou oméga-3, sous forme de capsules molles élaborées spécifiquement pour l'essai.

Par la suite, au cours des 5 années de l'étude, les sujets bénéficient d'un suivi clinico-biologique annuel, assuré par les techniciennes et les médecins de l'équipe SU.FOL.OM 3. Tous les événements concernant l'état de santé des sujets (modifications de la thérapeutiques, hospitalisations, interventions chirurgicales, récurrences, décès...) sont recueillis lors des rendez-vous annuels dans les centres locaux d'accueil SU.FOL.OM 3 ou grâce à des questionnaires biannuels ; des compléments d'informations sont aussi obtenus grâce aux médecins généralistes ou spécialistes ayant en charge les patients.

Pour évaluer l'efficacité de l'intervention, le critère de jugement principal est la réduction des événements athérombotiques survenus pendant l'étude, et représentée par la somme de l'incidence des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux ischémiques, ou d'un décès d'origine cardiovasculaire ; les critères secondaires (critères isolés) pris en compte sont la mortalité totale, la mortalité cardiovasculaire, les hospitalisations pour pathologie coronaire ou autres pathologies cardiovasculaires.

L'inclusion des sujets de l'étude SU.FOL.OM 3 a débuté en septembre 2003. A ce jour, plus de 1800 sujets ont été inclus. Les premiers résultats des bilans clinico-biologiques réalisés à l'inclusion et après un an de suivi seront présentés lors de cette communication.

→ Pour plus d'informations, visitez le site Internet : <http://www.sufolom3.cnam.fr>