

# Cas clinique

## Conduite à tenir devant la découverte de plaque d'athérome au niveau du membre inférieur au Doppler : prévention primaire ?

Ileana Désormais<sup>1,2</sup>

1. Faculté de médecine, Inserm U1094, Limoges, France, 2. CHU de Limoges, service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire ; Médecine vasculaire, Limoges, France

**Monsieur Y, âgé de 48 ans, diabétique non insulino requérant depuis deux ans, arrive dans votre cabinet pour la réalisation d'un écho-doppler des vaisseaux du cou et un écho-doppler artériel des membres inférieurs, demandés par son médecin traitant dans le cadre du « bilan systématique de diabète ».**

**Monsieur Y est asymptomatique. L'écho-doppler des axes cervicaux s'avère normal. L'écho-doppler artériel des membres inférieurs met en évidence une surcharge modérée avec présence de plaques non sténosantes au niveau des artères fémorales communes, bilatérales. Monsieur Y est mécanicien en activité. L'examen clinique s'avère sans particularité.**

**En partant, il vous demande le renouvellement de son ordonnance : METFORMINE 850 x2/jour, APROVEL 150 1/jour car son médecin traitant est en vacances.**

**Antécédents : DNID et HTA correctement équilibrés (pression artérielle : 130/65 mmHg symétrique aux deux bras lors de la consultation).**

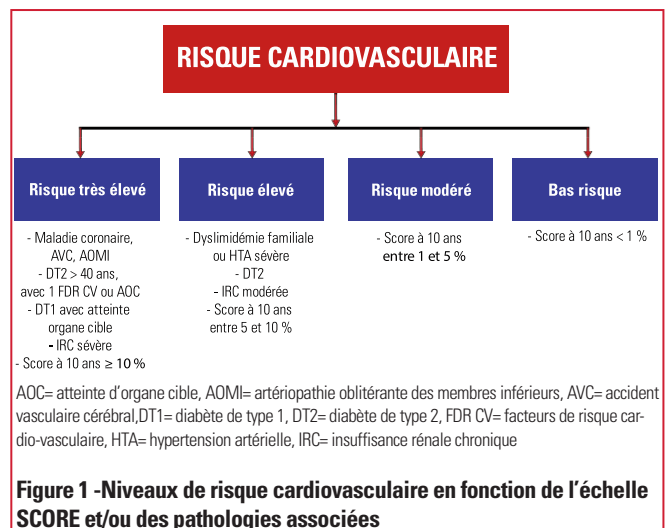
### 1 - Le traitement en cours vous semble-t-il adapté ?

La stratégie de prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires (FDR CV) jusqu'à présent établie en fonction du niveau de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) est actuellement guidée par l'évaluation du risque cardiovasculaire du sujet.

Selon l'échelle SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation – évaluant le Risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans chez les individus âgés de 40 à 65 ans) et les FDR CV associés, les sujets peuvent être considérés à très haut risque, haut risque, risque modéré ou risque cardiovasculaire faible. Le risque SCORE, initialement conçu en 2003 et prenant en compte cinq variables (l'âge, le sexe, le tabagisme, la pression artérielle systolique et le cholestérol total) a récemment été modifié avec la prise en compte des valeurs HDL-cholestérol ainsi que des ATCD précoces familiaux des MCV (multipliant la valeur du risque CV par 1.7 chez les femmes et 2 chez les hommes) Quatre niveaux de risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans sont définis par SCORE :

- risque faible : risque SCORE < 1 % ;
- risque modéré : 1 % ≤ risque SCORE < 5 % ;
- risque élevé (haut risque) : 5 % ≤ risque SCORE < 10 % ;
- risque très élevé (très haut risque): risque SCORE ≥ 10 %.

Les patients diabétiques sont d'emblée considérés à risque cardiovasculaire modéré, élevé ou très élevé en fonction de l'âge et de la présence d'au moins un autre facteur de risque ou d'une atteinte d'organe cible (Figure 1).



**Monsieur Y, âgé de plus de 40 ans et porteur d'un diabète de type 2 associé à un FDR CV (HTA) est d'ores et déjà à très haut risque CV.**

### 2 - Envisagez-vous une modification thérapeutique chez Monsieur Y ?

La présence d'une surcharge athéromateuse (« plaques non sténosantes au niveau des artères fémorales communes, bilatérales ») lors de l'examen doppler, peut inciter à la mise en place d'un traitement antiplaquettaire.

La mise en place de cette thérapie, reste discutable (défendue par les endocrinologues et les hypertensiologues).

Chez les sujets artériopathes asymptomatiques, sans autre atteinte artérielle, le bénéfice du traitement antiplaquettaire en monothérapie au long cours n'est pas prouvé. Deux études



Cardio+

Du cœur aux artères

ont été conduites en Grande Bretagne : la première chez 1276 diabétiques (POPAPAD) dont la valeur d'index de pression systolique (IPS) était  $\leq 0,99$  ; la deuxième en population générale chez 3350 sujets sélectionnés sur une valeur d'IPS  $\leq 0,95$  (AAA). Dans un cas comme dans l'autre la prescription était de 100mg d'aspirine. Ces deux études sont négatives, les taux d'événements cardiovasculaires étaient identiques dans les groupes placebo ou sous traitement.

**Chez Monsieur Y, en absence de signe ou symptôme d'atteinte artérielle autre, le traitement antiplaquettaire ne retrouve pas son indication.**

### 3 - Avant le renouvellement, envisagez-vous un bilan lipidique de dépistage ?

Au-delà de l'évaluation du risque CV, Monsieur Y doit bénéficier d'un bilan lipidique de dépistage.

Un bilan lipidique de dépistage doit être envisagé, en absence de FDR CV, chez les hommes âgés de plus de 40 ans et les femmes âgées de plus de 50 ans.

Indépendamment de l'âge, le bilan de dépistage doit être envisagé en cas de : hypertension artérielle (HTA), DT2, tabagisme actif, obésité (IMC  $\geq 30\text{Kg/m}^2$ ) ou obésité abdominale (tour de taille  $> 94$  cm chez l'homme ou  $> 80$  cm chez la femme), maladie cardio-vasculaire (MCV) établie, antécédents (ATCD) de MCV précoce, ATCD de dyslipidémie familiale, maladie rénale chronique ou maladie auto-immune.

### 4 - Quel bilan biologique de dépistage envisagez-vous ?

Selon les recommandations européennes, le bilan de dépistage lipidique comporte : cholestérol total, HDL-cholestérol, triglicérides (TG) et LDL-cholestérol. Ce dernier est calculé selon la formule de Friedwald ou peut être dosé directement en cas des TG très élevés.

Secondairement, et dans des cas particuliers, des dosages du non-HDL-Cholestérol, de l'apo B ou de la lipoprotéine A peuvent être envisagés (Tableau 1).

**La biologie est normale, la fonction rénale conservée (Cl créatinine : 100ml/min), pas de microalbuminurie. Bilan lipidique datant du mois précédent : TG = 1.80 g/l, CT= 1.94 g/l, HDL = 0.43 g/l, LDL = 1.15 g/l.**

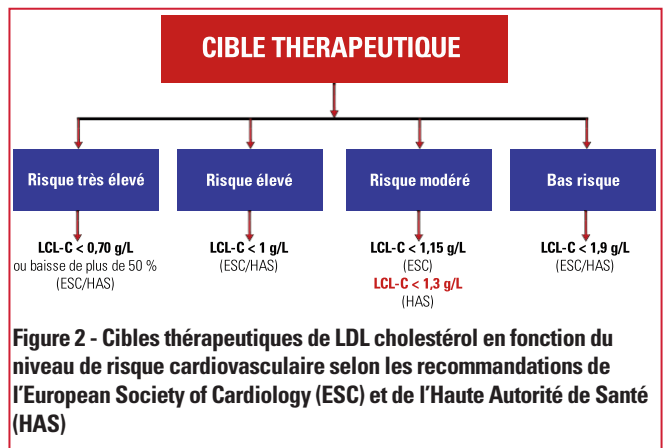
### 5 - Envisagez-vous un traitement médicamenteux ?

Monsieur Y fait partie des sujets à risque cardiovasculaire très élevé, dont la cible thérapeutique de LDL cholestérol doit être inférieure à 0,7g/l (Figure 2).

Le non-HDL-C doit être recommandé pour la caractérisation

**Tableau 1 : Bilans biologiques utilisés pour la caractérisation des dyslipidémies avant traitement (Catapano AL et al. 2016)<sup>3</sup>.**

| Recommandations   | Classe | Niveau |
|---|--------|--------|
| Le calcul du non-HDL-C est recommandé, spécialement chez les patients avec une hypertriglycéridémie   | I      | C      |
| Quand il est disponible, le dosage de l'apo B doit être une alternative au non-HDL-C  | Ila    | C      |
| La Lp(a) doit être recommandée dans des cas particuliers à haut risque, pour la re-classification à risque limite, et chez les patients ayant des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce | Ila    | C      |
| Le CT peut être envisagé mais est généralement insuffisant pour caractériser une dyslipidémie avant le début d'un traitement  | Ilb    | C      |



plus avancée des hyperlipidémies combinées et des dyslipidémies dans le diabète, les syndromes métaboliques ou les maladies rénales chroniques

L'apo B doit être recommandée pour la caractérisation plus avancée des hyperlipidémies combinées et des dyslipidémies dans le diabète, les syndromes métaboliques ou les maladies rénales chroniques

La Lp(a) doit être recommandée dans des cas particuliers à haut risque et chez les sujets à antécédents familiaux de MCV précoce

Le CT peut être envisagé mais est généralement insuffisant pour caractériser une dyslipidémie avant le début d'un traitement

### 6 - Quelle serait la cible lipidique souhaitée pour Monsieur X ?

La cible lipidique thérapeutique reste en premier lieu le LDL cholestérol (Tableau 2).



| Recommandations   | Classe | Niveau |
|---|--------|--------|
| <b>Le LDL-C est recommandé comme cible thérapeutique principale</b>                                   | I      | A      |
| Le CT doit être considéré comme cible thérapeutique si d'autres examens ne sont pas disponibles       | IIa    | A      |
| Le non-HDL-C doit être considéré comme une cible thérapeutique secondaire                             | IIa    | B      |
| L'apo B doit être considérée comme une cible thérapeutique secondaire, lorsque qu'elle est disponible | IIb    | C      |
| L'HDL-C n'est pas recommandé comme cible thérapeutique  | III    | A      |
| Les rapports apoB/ApoA1 ou non-HDL-C/HDL-C ne sont pas recommandés comme cibles thérapeutiques        | III    | B      |

### 7 - Le traitement médicamenteux par statines est-il impératif ? Monsieur X va-t-il repartir de la consultation avec une ordonnance ?

Avant la mise en place d'un traitement, une hypercholestérolémie secondaire doit être éliminée (hypothyroïdie, syndrome néphrotique, grossesse, syndrome de Cushing, anorexie mentale, agents immunosuppresseurs, corticostéroïdes), et des conseils des règles hygiéno-diététiques prodigués.

Ces dernières peuvent contribuer à la réduction du cholestérol total et du LDL-cholesterol (par une diminution de la consommation d'acides gras saturés et d'acides gras trans et la consommation de fibres et de phytostérols), la réduction des TG (par une réduction pondérale, une réduction de la consommation de sucres et d'alcool, la lutte contre la sédentarité et la supplémentation en acides gras oméga 3) voire l'augmentation du HDL-cholesterol, même si celui-ci ne représente pas une cible thérapeutique (par une activité physique : 30 min / jour, la réduction pondérale et la diminution des apports en graisses saturées et en sucre).

| Niveau de risque cardiovasculaire | Objectif LDL Cholestérol | Interventions de première intention |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Risque faible<br>Risque modéré    | < 1,9 g/L<br>< 1,3 g/L   | modification du mode de vie         |
| Risque élevé                      | < 1 g/L                  | modification du mode de vie         |
| <b>Risque très élevé</b>          | <b>&lt; 0,7 g/L</b>      | <b>+ traitement hypolipémiant</b>   |

**Après élimination d'une dyslipidémie secondaire, Monsieur Y, sujet à très haut risque CV, relève d'un traitement médicamenteux en complément des règles hygiéno-diététiques (Tableau 3).**

### 8 - Si Monsieur X n'était pas diabétique de type 2 mais seulement insuffisant rénal modéré et hypertendu, quel aurait été votre choix thérapeutique ?

Les patients en insuffisance rénale chronique (IRC) sont d'emblée considérés à risque CV élevé en cas d'IRC modérée et très élevé en cas d'IRC sévère (Tableau 4).

| Recommandations   | Classe | Niveau |
|---|--------|--------|
| L'IRC est reconnue comme un risque équivalent à celui d'une maladie coronarienne ; chez ces patients la <b>réduction du LDL-C est recommandée comme l'objectif premier du traitement</b>      | I      | A      |
| La baisse du LDL-C réduit le risque de maladies cardiovasculaires chez les patients avec IRC et doit être envisagé  | IIa    | B      |
| Les statines doivent être envisagées pour ralentir le rythme de détérioration de la fonction rénale et protéger de l'évolution vers une maladie rénale au stade terminal imposant une dialyse | IIa    | C      |
| Les statines, ayant un effet bénéfique sur la protéinurie pathologique (> 300 mg/j), doivent être envisagées chez les patients avec IRC aux stades 2 à 4                                      | IIa    | B      |
| Dans les IRC modérées à sévères, les statines en monothérapie, ou en association avec d'autres médicaments, doivent être envisagées pour atteindre un LDL-C < 0,7 gm/l                        | IIa    | C      |

### Pour en savoir plus

Victor Abovans, Jean-Baptiste Ricco, Marie-Louise E L Bartelink *et al.* 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur Heart J* (2017) 00, 1–60

Belch J, MacCuish A, Campbell I, Cobbe S, Taylor R, Prescott R, *et al.* The prevention of progression of arterial disease and diabetes (POPADAD) trial: factorial randomised placebo controlled trial of aspirin and antioxidants in patients with diabetes and asymptomatic peripheral arterial disease. *BMJ (Clinical research ed)*. 2008;337:a1840. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, *et al.* 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *European heart journal*. 2016;37(39):2999-3058.

HAS. Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge, septembre 2017

Ryden L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, *et al.* ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *European heart journal*. 2013;34(39):3035-87.