

Mon risque cardiovasculaire



Les Guides du Patient sont une publication ViVio
© Violon & Violon sprl
Avenue Romain Rolland 56 | 1070 Bruxelles
e-mail: info@vivio.com

Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce livre
par quelque procédé que ce soit, toute adaptation
ou traduction est interdite sans autorisation écrite de l'éditeur.

Auteurs: Dr Benoît Boland (UCL) et Jean-Yves Hindlet
avec la participation de Jean Laperche (FMM)

Reviewers: André Dufour (SSMG) et Nathalie Van de Vijver (Domus Medica)

Maquette : Marie Bourgois
Catherine Harmignies

ISBN: 978-2-930365-49-7 · D/2007/9601/...



Comprendre et traiter **Mon risque cardiovasculaire**

Ce guide vous est prêté par votre médecin pour vous motiver à vous informer sur l'état de santé de vos artères et à lui accorder l'attention nécessaire. Nous vous demandons de le rendre à votre médecin lors de votre prochaine visite, pour que ce guide puisse rendre service à d'autres personnes.

SOMMAIRE

■ ■ ■ Introduction	6	■ ■ ■ Le risque cardiovasculaire global	29
▪ Une bonne santé physique, psychologique et sociale	6	▪ Un risque global, pour 3 raisons au moins	30
▪ La santé subjective et la santé objective	7	▪ Le dépistage rapide des personnes à haut risque cardiovasculaire	31
■ ■ ■ Mon risque cardiovasculaire	9	■ ■ ■ Les mesures du risque cardiovasculaire global	33
▪ Qu'est-ce que le risque cardiovasculaire?	10	▪ Comment dépister mes facteurs de risque? ABCDEFGH	34
▪ Pourquoi mesurer ce fameux risque cardiovasculaire?	11	▪ Quel est mon niveau de risque? (bas - moyen - élevé)	36
▪ Comment le mesurer?	11	▪ Les tables de risque: SCORE	42
▪ Et après la mesure du risque?	12	■ ■ ■ Les principaux objectifs pour la santé dépendent du niveau de risque cardiovasculaire	45
■ ■ ■ Le système cardiovasculaire et l'athérosclérose	13	▪ Vert = risque faible	46
▪ Le sang, le cœur et les artères	14	▪ Brun = risque faible SI je parviens à arrêter de fumer	47
▪ L'athérosclérose: une maladie des artères	15	▪ Orange = risque moyen	52
▪ Thrombose cardiaque ou cérébrale	17	▪ Rouge = risque élevé	58
▪ Les facteurs de risque	17	■ ■ ■ En pratique	65
▪ Les facteurs de protection	18	▪ Objectif: changer	66
■ ■ ■ Les accidents cardiovasculaires	19	▪ Questions fréquentes	71
▪ Des accidents cardiovasculaires graves et fréquents	20	▪ Glossaire	74
▪ L'infarctus du myocarde (cardiaque)	20	▪ Index	77
▪ Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)	24	▪ Passeport pour ma santé cardiovasculaire	78
▪ L'artériopathie des membres inférieurs	27		

Introduction

Une bonne santé physique, psychologique et sociale

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est un complet bien-être physique, psychologique et social.

> Santé physique, psychologique...

Le bien-être physique équivaut à être médicalement en bonne santé. La notion de bien-être psychique signifie être bien dans sa tête et permet, une fois pour toute, de considérer que les troubles psychiques tels que la dépression ou les troubles anxieux constituent des maladies à parts entières, devant être traitées comme telles.

> ... et sociale

Quant au bien-être social, il permet de se sentir bien avec les autres, son entourage, sa famille, ses proches, ses collègues, ses voisins... Les relations avec les autres influencent aussi notre santé.

La santé subjective et la santé objective

> L'idée que je m'en fais

Ma santé, c'est d'abord comment moi je vis, comment je me sens. En moi et avec les autres. C'est la santé **subjective**. Mais, même si je me sens très bien, cela ne veut pas dire que je ne suis pas atteint de l'une ou l'autre maladie telle qu'un diabète ou une hypertension artérielle...

> La mesure médicale

Ma santé, c'est donc aussi comment mon médecin la perçoit. C'est le résultat des mesures du fonctionnement de mon cœur, de mes poumons, de ma tension... Ou encore mon niveau de risque de faire une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral (thrombose ou hémorragie) dans les années à venir, c'est-à-dire mon risque cardiovasculaire. C'est la santé **objective**.

> Deux visions indispensables

Ces deux visions sont indispensables, elles se complètent mutuellement. L'idéal est que chacun – patient et médecin – prenne en compte la vision de l'autre pour compléter la sienne. Que chacun puisse avoir une vision commune et unifiée de la santé, à la fois subjective et objective.

Mon risque cardiovasculaire



Qu'est-ce que le risque cardiovasculaire?

> Le risque d'avoir un accident cardiovasculaire dans les 10 ans

Le risque cardiovasculaire se définit comme le risque ou la malchance de vivre un accident cardiovasculaire causé par l'obstruction d'une ou plusieurs artères et ce, dans les dix années à venir.

Les artères sont les vaisseaux qui acheminent le sang et donc l'oxygène du cœur vers les principaux organes du corps. Lorsqu'une artère se bouche, elle provoque un accident cardiovasculaire.

> Principales cibles: le cœur et le cerveau

L'accident cardiovasculaire peut affecter le cœur lui-même (infarctus cardiaque) ou le cerveau (accident vasculaire cérébral) ou d'autres parties du corps, comme les jambes.

Ces événements résultent d'un lent processus de détérioration de la paroi des artères, qui reste souvent insensible et invisible pendant de nombreuses années: c'est l'athérosclérose (voir plus bas) avant que ne survienne un accident cardiaque ou cérébral.

Pourquoi mesurer ce fameux risque?

Il est important de faire mesurer son risque cardiovasculaire, d'une part parce que les maladies cardiovasculaires sont fréquentes, graves, potentiellement mortelles et, d'autre part, parce que l'on peut agir efficacement sur ce risque pour le diminuer s'il est important.

Comment le mesurer?

> Une mesure simple

Cette évaluation peut se faire simplement, par

- quelques questions,
- deux mesures: l'indice de masse corporelle qui permet d'estimer si le poids est normal ou trop élevé (ou le tour de taille) et la tension artérielle,
- ainsi qu'une éventuelle prise de sang.

> Lors d'une consultation

Elle peut se réaliser en peu de temps dans le cadre d'une consultation chez votre médecin généraliste. Son coût est limité, car elle est intégrée dans la consultation qui est remboursée. Une prise de sang est réalisée chez une personne sur deux, en fonction de l'histoire de chacun et de l'examen réalisé par le médecin (cette prise de sang ne comprend que des analyses usuelles et n'est donc pas coûteuse).

Et après la mesure du risque?

> Un niveau de risque bas, moyen ou élevé

Votre niveau de risque cardiovasculaire est bas, moyen ou élevé. Il reflète l'état de santé de vos artères et du danger encouru pour votre santé si rien ne change. Si votre risque cardiovasculaire est BAS, aucune mesure particulière ne devra être prise. Votre médecin vous conseillera de garder de saines habitudes de vie.

> Risque moyen ou élevé: fixer des objectifs santé

A l'inverse, si votre risque cardiovasculaire est MOYEN ou ÉLEVÉ, votre médecin vous aidera à fixer différents objectifs de santé et à agir pour les atteindre. Il faudra probablement renoncer à l'une ou l'autre mauvaise habitude, mais, en contrepartie, vous améliorerez votre santé et augmenterez votre probabilité de vivre jusqu'à un âge avancé et en bonne forme.

> Une aide bienvenue

La famille, les amis, un cardiologue, le pharmacien ou encore un diététicien pourront bien entendu vous aider dans cette démarche. La santé, c'est comme l'argent, on peut dilapider son capital ou le préserver pour en profiter plus longtemps.



Le système cardiovasculaire
et l'athérosclérose

Le sang, le cœur et les artères

Le sang transporte l'oxygène, ainsi que les éléments nutritifs nécessaires à la vie des milliards de cellules de notre corps. Il est distribué via un système de tuyauterie (artères et veines) dont les ramifications alimentent les moindres recoins de notre organisme.

> Cœur et artères

Ce système est formé, d'une part des artères qui transportent le sang oxygéné venant du cœur. D'autre part, des veines, dans lesquelles sont déversés les déchets provenant du fonctionnement des cellules.

Véritable pompe aspirante foulante, le cœur joue le même rôle que le "circulateur" dans un système de chauffage central.

> Le cœur est nourri par les artères coronaires

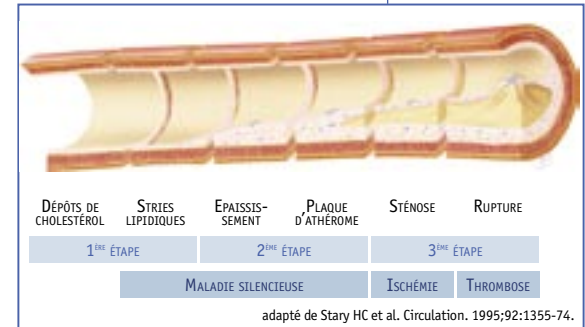
Composé d'un muscle, le myocarde, le cœur est lui-même nourri par différentes artères, que l'on nomme "coronaires", parce qu'elles forment une couronne autour du cœur.

L'athérosclérose: une maladie des artères

Les principales artères touchées par l'athérosclérose sont celles qui irriguent le cerveau, le cœur et les jambes.

> Une atteinte progressive des artères

L'athérosclérose:
une fragilisation de nos artères



L'athérosclérose est une lente transformation des artères qui débute par l'accumulation progressive de cholestérol dans la couche moyenne de la paroi de celles-ci, dans un contexte d'inflammation. Cette bouillie grasseuse ("atheros", en grec ancien) a donné son nom à la maladie "athérosclérose".

> Un début silencieux

Au cours des premières années, la maladie est "silencieuse" et l'on ne se rend pas compte de sa progression. Pourtant, dans la paroi des artères, se forment des plaques d'athérome. Au cours du temps, l'athérosclérose progresse dans les parois artérielles dont le diamètre intérieur se rétrécit (sténose). Ces rétrécissements compromettent l'irrigation des organes, selon un processus qui s'apparente à l'entartage des canalisations par les dépôts de calcaire. On parle alors d'ischémie chronique.

> Angine de poitrine, claudication,...

Des symptômes peuvent alors apparaître, en fonction des territoires concernés:

- douleurs thoraciques (angor ou angine de poitrine) liées à l'atteinte des artères qui nourrissent le cœur (artères coronaires),
- accidents vasculaires cérébraux de courte durée (accidents ischémiques transitoires),
- douleurs aux jambes (claudication), lors de la marche en particulier (artériopathie oblitérante des membres inférieurs),
- développement d'une hypertension artérielle (par atteinte des artères rénales).

La thrombose

> Une paroi artérielle qui se fragilise

Sous l'effet de cette infiltration de leur paroi, les artères se fragilisent. Leur paroi interne est alors susceptible de se déchirer. Un caillot sanguin peut alors se former et boucher l'artère: c'est la thrombose aiguë. Le territoire du cœur ou du cerveau dont dépend l'artère n'est alors plus irrigué, et finit par mourir.

> Infarctus ou accident vasculaire cérébral

On parle alors d'infarctus myocardique (pour le cœur) ou d'accident vasculaire cérébral (pour le cerveau). Dans d'autres cas, en particulier dans l'aorte abdominale, cette fragilisation des artères peut se traduire par une dilatation (anévrisme) suivie d'une déchirure (rupture) de la paroi, responsable d'un écoulement de sang: c'est l'hémorragie interne.

Les facteurs de risque

Le processus d'athérosclérose artérielle est favorisé par différents facteurs, appelés "**facteurs de risque**" (parce qu'ils augmentent le risque cardiovasculaire). Ceux-ci sont :

- ▶ **génétiques:** âge avancé, sexe masculin, antécédents familiaux d'accidents cardiovasculaires précoces,
- ▶ **mécaniques:** l'hypertension artérielle,
- ▶ **chimiques:** excès de sucre (diabète) ou de mauvais cholestérol dans le sang, ou manque de bon cholestérol,
- ▶ **ou abrasifs:** nicotine contenue dans la fumée de cigarette.

> L'accumulation de plusieurs facteurs de risque multiplie celui-ci

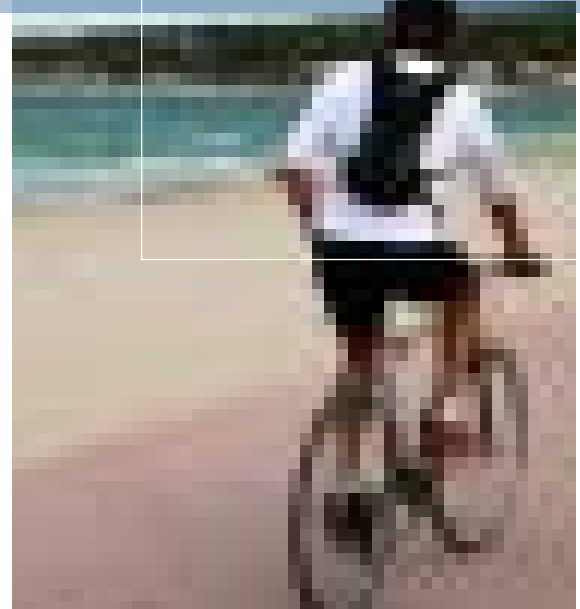
Leurs effets négatifs se cumulent, de sorte que la présence de plusieurs d'entre eux multiplie le danger. On peut agir sur la plupart d'entre eux. Nous les résumons dans ce guide par la suite alphabétique de leurs initiales: ABCDEFGH (voir plus loin).

Les facteurs de protection

La santé de nos artères dépend aussi de "facteurs de protection", tels que :

- un âge jeune,
- le sexe féminin avant la ménopause,
- la pratique régulière de sports,
- une alimentation saine et variée,
- un poids dans la norme,
- l'absence d'inhalation de fumée de tabac...

Les accidents cardiovasculaires



Des accidents cardiovasculaires graves et fréquents

Le bilan des accidents cardiovasculaires (c'est-à-dire les accidents cardiaques ou cérébraux) est lourd. En Belgique, ils constituent la **première cause de décès devant les cancers**, mais aussi la première cause de décès précoce avec quelque 38.000 décès annuels, soit un tous les quarts d'heure! À titre de comparaison, les accidents de la route tuent 2.000 personnes par an sur notre territoire. Lorsqu'ils ne sont pas mortels, les accidents cardiovasculaires laissent bien souvent leurs victimes handicapées et dépendantes.

L'infarctus du myocarde (cardiaque)

> Coup de tonnerre dans un ciel serein

Les infarctus du myocarde touchent 20.000 personnes chaque année en Belgique, dont environ 8.000 (40%) décèdent dans le mois qui suit, en dépit des progrès de la cardiologie moderne. Deux tiers de ces infarctus surviennent malheureusement en l'absence de tout signe annonciateur. Le premier accident cardiaque arrive donc souvent brutalement, tel un "coup de tonnerre dans un ciel serein".

QU'EST-CE QU'UN INFARCTUS ?

Nous avons vu qu'un caillot de sang peut se former soudainement à l'intérieur d'une artère et l'obstruer, dans un contexte de rupture de plaque d'athérome ou de rétrécissement chronique de son calibre.

Le sang ne parvenant plus à l'organe qui dépend de l'artère touchée, le manque d'oxygène qui en découle va d'abord entraîner une souffrance (ischémie) des cellules de l'organe concerné, puis sa mort (nécrose) si la circulation sanguine n'est pas rétablie dans des délais assez brefs.

Dans le cas du cœur, on parle alors d'infarctus du myocarde ou crise cardiaque.

Dans le cas du cerveau, on parle d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

> Le risque de l'insuffisance cardiaque

Après un infarctus cardiaque, la portion du muscle cardiaque mort sera remplacée par un tissu cicatriciel, qui ne participera pas activement aux contractions du

cœur. Une insuffisance cardiaque peut alors progressivement s'installer. Cela veut dire que le cœur n'arrive plus à assurer sa fonction de pompe. La capacité d'effort se réduit, limitant de plus en plus les activités physiques, voire même les activités de la vie quotidienne. La fatigue est souvent importante. Dans les cas extrêmes, l'essoufflement est présent même au repos.

> Une récupération variable

Après un infarctus, le degré de récupération dépend de différents facteurs, comme la condition physique, l'âge, la rapidité de l'intervention médicale et l'étendue des lésions.

INFARCTUS ET DÉPRESSION

L'infarctus a également un impact psychologique et altère fréquemment l'humeur de ses victimes. De 15 à 20% d'entre elles souffriront même de dépression majeure. Or, on a constaté que la dépression augmentait le risque d'une dégradation de l'état de santé et même la mortalité.

SACHEZ LE RECONNAÎTRE...

- ♥ L'infarctus se manifeste presque toujours par une douleur dans la poitrine, survenant le plus souvent au repos.
- ♥ Typiquement, la douleur débute assez brutalement au niveau du sternum, donnant l'impression que la poitrine est prise dans un étau.
- ♥ La douleur peut diffuser vers les mâchoires, les épaules, les bras (plus fréquemment le gauche) ou le dos.
- ♥ Parfois, cette douleur s'accompagne de nausées ou de vomissements.
- ♥ L'intensité de la douleur est très variable, généralement forte.
- ♥ À l'opposé, elle peut être absente chez certains, notamment chez les diabétiques.
- ♥ L'infarctus s'accompagne d'un sentiment de malaise généralisé et d'angoisse, voire de mort imminente.
- ♥ Une chute de tension et une perte de connaissance sont également possibles.
- ♥ Il est capital de consulter immédiatement ou d'appeler le 112 lorsque survient une douleur dans la poitrine qui dure plus de 20 minutes.

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

> 19.000 victimes par an

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) font quelque 19.000 victimes par an, dont 5.000 décèdent dans le mois et 6.000 sont atteintes d'invalidité permanente. Les accidents vasculaires cérébraux constituent la plus fréquente des urgences neurologiques, en particulier au sein de la population âgée.

> Des symptômes moteurs, sensitifs, visuels...

Si l'une des artères irriguant le cerveau se bouche durablement, les neurones situés en aval mourront. Le déficit qui en résultera dépendra du rôle des neurones concernés. Celui-ci peut être :

- sensitif (perte de sensibilité),
- moteur (paralysie),
- mixte (sensitivo-moteur),
- visuel,
- ou affecter l'une des fonctions supérieures telles que le langage.

> Un risque de handicap élevé

Ces handicaps marqueront ensuite plus ou moins la vie des victimes en fonction de leur importance. En général, les conséquences d'un accident vasculaire cérébral sont souvent lourdes et affectent la vie personnelle, les activités professionnelles, les relations sociales, ainsi que l'entourage.

L'ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE: UN SIGNAL D'ALARME

Chez certaines personnes, une artère irriguant le cerveau peut se boucher momentanément, provoquant paralysie, trouble du langage ou de la vue transitoire, c'est-à-dire durant moins de 24 heures et généralement moins de 3 heures. Même si la récupération est dans ces cas précise complète, l'accident ischémique transitoire est un signal d'alarme. Il exige une prise en charge médicale rapide afin de prendre les mesures médicales qui diminueront le risque d'accident futur potentiellement grave et définitif.

SACHEZ LE RECONNAÎTRE...

Il est primordial de connaître les symptômes d'alarme de l'accident vasculaire cérébral:

- paralysie de la bouche et d'un bras ou d'une jambe,
- troubles de la parole avec difficulté pour articuler, trouver les mots ou les comprendre,
- troubles de la vision...

Les patients qui présentent un ou plusieurs de ces symptômes pendant au moins 15 minutes doivent être pris en charge immédiatement en milieu hospitalier.

L'équipe médicale ne dispose, en effet, que de 3 heures pour mettre éventuellement en œuvre un traitement visant à dissoudre le caillot obstruant l'une des artères du cerveau (traitement thrombolytique).

L'artériopathie des membres inférieurs

> Une douleur à la marche

L'athérosclérose peut également compromettre la circulation sanguine au niveau des jambes: c'est l'artériopathie des membres inférieurs.

On la nomme également "artérite oblitérante", qui est un terme beaucoup plus parlant: atteinte des artères qui les oblitère, les bouche.

Une douleur apparaît alors à la marche et limite la distance que l'on peut parcourir. Elle se manifeste par une crampe dans le mollet, parfois la cuisse (c'est la claudication).

MIEUX VAUT PRÉVENIR

Ces données montrent toute l'importance de la prévention cardiovasculaire. La prévention doit commencer tôt, au cabinet du médecin généraliste, avant qu'il ne soit trop tard.

> La thrombose aiguë

Comme pour le cœur et le cerveau, une thrombose aiguë peut survenir et bloquer la circulation. Cette situation exige une intervention médicale urgente visant à déboucher le vaisseau, pour sauver la jambe et empêcher toute une série de complications. Une amputation reste cependant inévitable dans 20% des cas. L'artérite oblitérante survient plus fréquemment chez les personnes âgées. Le diabète et le tabagisme constituent des facteurs de risque importants.



Le risque cardiovasculaire
global

Un risque global, pour 3 raisons au moins

Le risque cardiovasculaire est qualifié de global pour **3 raisons** au moins.

1 *Toutes nos artères concernées*

D'abord parce, quand un risque d'atteinte de nos vaisseaux sanguins existe, il concerne la totalité de nos artères, des pieds à la tête, en passant par le cœur, les gros vaisseaux du tronc (l'aorte), le cerveau, ou encore les reins ou les organes génitaux et les jambes.

2 *Les facteurs de risque se cumulent*

Ensuite parce qu'il résulte de l'action conjuguée de différents facteurs de risque. En effet, pour déterminer le risque de faire un accident vasculaire, il ne faut pas évaluer individuellement certains facteurs de risque comme l'hypertension, le diabète, l'excès de cholestérol... mais les évaluer globalement.

3 *Une prise en charge médicale globale*

Enfin, parce que sa prise en charge médicale doit aussi être globale. Il ne s'agit pas de traiter séparément les différents facteurs de risque et donc, par exemple de "penser" au cholestérol en négligeant la

tension artérielle ou en ignorant un tabagisme actif ! Pourtant peu spectaculaire, le cumul de plusieurs facteurs modérés se révèle en effet plus dangereux que la présence d'un seul facteur fortement perturbé.

Le niveau du risque cardiovasculaire global détermine l'intensité des traitements préventifs. Un risque cardiovasculaire élevé exige naturellement une prise en charge plus "musclée", associant différentes adaptations du mode de vie et prises de médicaments, alors qu'un risque faible ne demande que l'adoption ou la poursuite de saines habitudes visant à son contrôle.

Le dépistage rapide des personnes à haut risque cardiovasculaire

> 850.000 personnes ont un risque élevé

En Belgique, on a estimé dans les années '90 à 850.000 le nombre de personnes présentant un risque cardiovasculaire élevé: c'est-à-dire ayant un risque supérieur à 1 chance sur 5 de faire un accident vasculaire cardiaque ou cérébral dans les 10 années qui suivent. L'un des objectifs du dépistage cardiovasculaire est de les identifier et de les traiter prioritairement. Et c'est assez simple!

> Toute personne qui a déjà fait un accident cardiovasculaire

D'une part, les personnes qui ont vécu un **précédent accident** cardiovasculaire présentent un risque élevé de rechute et sont, par définition, à risque cardiovasculaire élevé. Leur identification est donc déjà faite.

> Toute personne diabétique

Il en est de même des patients **diabétiques de type 2** (diabète dit "de l'âge mûr"). Le fait même de présenter un diabète les prédispose fortement à l'athérosclérose et aux accidents cardiovasculaires.

> ... et les autres

D'autre part, il s'agit d'identifier toutes les autres **personnes à haut risque parmi celles qui sont apparemment en bonne santé**. Jusqu'il y a peu, il n'existait pas de stratégie pour un diagnostic rapide et aisé du niveau de risque cardiovasculaire chez les personnes qui n'ont jamais présenté de problème vasculaire et qui ne sont pas diabétiques. Or, elle sont fort nombreuses à consulter leur médecin généraliste.

Comment dépister ces personnes et que leur proposer? C'est à cette question que le livre va



Les mesures
du risque cardiovasculaire

L'évaluation du risque cardiovasculaire global devrait être réalisée chez toute personne âgée de 40 à 75 ans.

Elle peut se faire chez le médecin généraliste quel que soit le motif de consultation. Le choix de l'âge de 40 ans est justifié par le fait qu'un quart des premiers infarctus survient avant l'âge de 55 ans. Il faut donc dépister tôt.

Comment dépister facilement mes principaux facteurs de risque? ABCDEF GH

Les facteurs de risque sont rapidement collectés grâce à 6 questions simples, résumées par les 6 premières lettres de l'alphabet, et transcrites dans le dossier médical. Elles portent sur:

- ➔ A, l'ÂGE: avez-vous 50 ans ou plus?
- ➔ B, le BRIQUET (pour tabagisme & cigarette): y-a-t-il un tabagisme (cigarette) quotidien?
- ➔ C, votre CHOLESTÉROL est-il perturbé [notion de mauvais cholestérol trop élevé (LDL-cholestérol) et/ou de bon cholestérol trop bas (HDL-C)? Cette question ne se base pas sur des chiffres de cholestérol, mais sur la notion d'une anomalie connue.

- ➔ D, le DIABÈTE: souffrez-vous d'un diabète de type 2?
- ➔ E, un ÉVÉNEMENT cardiovasculaire personnel: avez-vous déjà eu un accident cardiovasculaire, cardiaque ou cérébral?
- ➔ F, la FAMILLE: y a-t-il déjà eu un accident cardiovasculaire précoce dans la famille au 1^{er} degré (infarctus, pontage, dilatation coronarienne ou mort subite chez le père, la mère ou dans la fratrie, avant 55 ans chez un homme et 65 ans chez une femme)?

L'examen clinique cardiovasculaire complète ce recueil d'information essentielle par **deux mesures physiques**: la masse grasseuse (poids et/ou du tour de taille) et la tension artérielle (dans des conditions calmes).

- ➔ G, le TISSU GRAISSEUX : y-a-t-il excès de graisse (obésité), défini par
 - un tour de taille excessif (> 88 cm chez la femme, > 102 cm chez l'homme) mesuré par une simple mètre ruban, ventre relâché et/ou
 - par un Indice de Masse Corporelle (IMC) > 30 kg/m² (l'IMC relativise le poids en tenant

compte de la taille. On l'obtient en divisant le poids en Kg par la taille exprimée en mètre au carré). Ainsi, par exemple, une personne qui mesure 1,70 mètre est obèse quand son poids atteint 87 kilos ($IMC = 87 \text{ divisé par } (1,7)^2 = 30,1$)

↳ H, l'**HYPERTENSION**: y a-t-il une hypertension traitée par médicament et/ou des valeurs de tension artérielle élevées mesurées à plusieurs reprises (tension artérielle systolique (supérieure) > 140 mmHg et/ou tension artérielle diastolique (inférieure) > 90 mmHg)?

Quel est mon niveau de risque cardiovasculaire?

S'appliquant à toutes les personnes âgées de 40 à 75 ans, cette approche simple et rapide (ABCDEFGH) permet d'**attribuer à chacun(e) un niveau de risque cardiovasculaire**.

ALGORITHME DE PREVENTION CARDIOVASCULAIRE

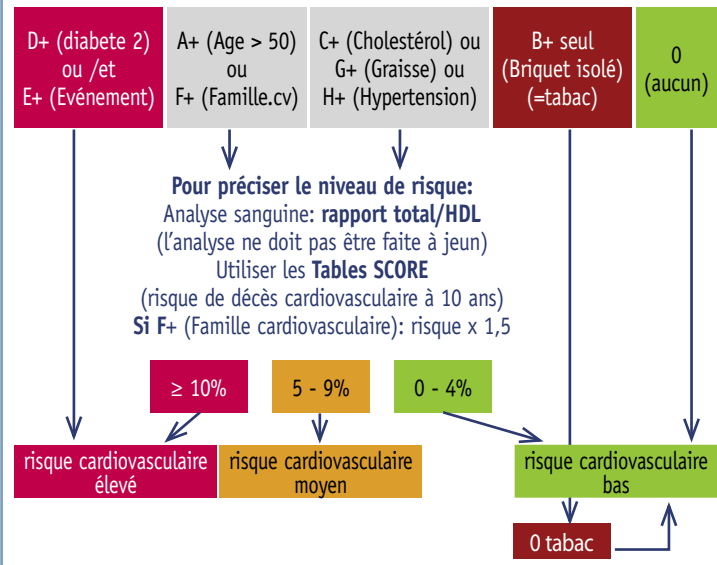
Etape 1.

DEPISTAGE CLINIQUE DES FACTEURS DE RISQUE

6 questions (A B C D E F) et 2 mesures physiques (G H)

Etape 2.

CLASSIFICATION EN NIVEAUX DE RISQUE



Etape 3.

CIBLES des TRAITEMENTS, selon le RISQUE

0 tabac Exercices physiques/jour Alimentation saine Tension artérielle normale (< 140/90) Aspirine Statine Prévention secondaire: A tout âge Prévention primaire: Ne pas débuter après 75 ans	0 tabac Exercices physiques/jour Alimentation saine Tension artérielle normale (< 140/90) ? Aspirine ? Statine	Modes de vie sains
Suivis 3 à 4 x / an (pas de nouvelle évaluation)	Suivi 1 x / an	Suivi 1 x / 3 à 4 an

Première étape: vert, brun, rouge ou... gris

La première étape va donc être de définir sur base des simples critères ABCDEFGH si vous êtes vert, rouge, brun ou... gris. Ces couleurs reflètent un niveau de risque cardiovasculaire. La moitié des adultes qui consultent le médecin généraliste sont du groupe vert, brun ou rouge.

Ce n'est que si vous êtes classé "gris" c'est-à-dire avec un risque indéterminé, qu'une prise de sang sera utile pour établir votre niveau de risque. Dans ce cas, elle permettra de préciser si votre risque cardiovasculaire est de couleur rouge (élevé), orange (moyen) ou vert (bas, c'est-à-dire optimal).

[Vous êtes VERT]

Il y a d'abord les personnes d'emblée **à bas risque**, parce qu'elles n'ont aucun facteur de risque clinique. Tout va pour le mieux sur le plan des artères. Elles portent la couleur **VERTE**.

[Vous êtes BRUN]

Il y a celles qui n'ont aucun facteur de risque sauf la cigarette fumée chaque jour; leur risque cardiovasculaire est essentiellement **lié au tabagisme**. On leur attribue la couleur **BRUNE** tant que l'arrêt du

tabagisme n'est pas encore réussi. Un an après l'arrêt, le niveau de risque est redevenu **VERT**.

[Vous êtes **ROUGE**]

À l'opposé, il y a les personnes qui ont déjà souffert d'un accident cardiovasculaire (E) et celles qui présentent un diabète de type 2 (D). Elles sont d'office à **haut risque** et sont dans la couleur **ROUGE**. Les traitements aideront au contrôle de leur risque.

[Vous êtes **GRIS**]

On trouve enfin les autres personnes, qui présentent un ou plusieurs autres facteurs de risque (**Age**, **Cholestérol**, **Familial**, **Graisse**, **Hypertension**). Elles sont à **risque indéterminé** au terme de ce dépistage clinique, et reçoivent momentanément la couleur **GRISE**. Chez elles, la démarche diagnostique doit être poursuivie par une **prise de sang** (cholestérol total et HDL). Le calcul du risque global sera calculé par le médecin sur base de la **table du risque SCORE**.

Ce dernier calcul attribuera aux patients **GRIS** un niveau de risque cardiovasculaire bas (**VERT**), moyen (**ORANGE**) ou élevé (**ROUGE**) selon la table de risque SCORE adaptée à la Belgique.

QUAND RÉALISER UNE PRISE DE SANG OU UTILISER UNE TABLE DU RISQUE?

Une prise de sang n'est nécessaire à la détermination du niveau de risque que chez les personnes du groupe gris (voir ci-dessus). L'analyse de sang mesurera le cholestérol total (CT) et le HDL-cholestérol (le bon cholestérol).

Le rapport CT/HDL inférieur à 3,5 est optimal; inférieur à 4,5, il est favorable; intermédiaire entre 4,5 et 5,5; et défavorable s'il est supérieur à 5,5.

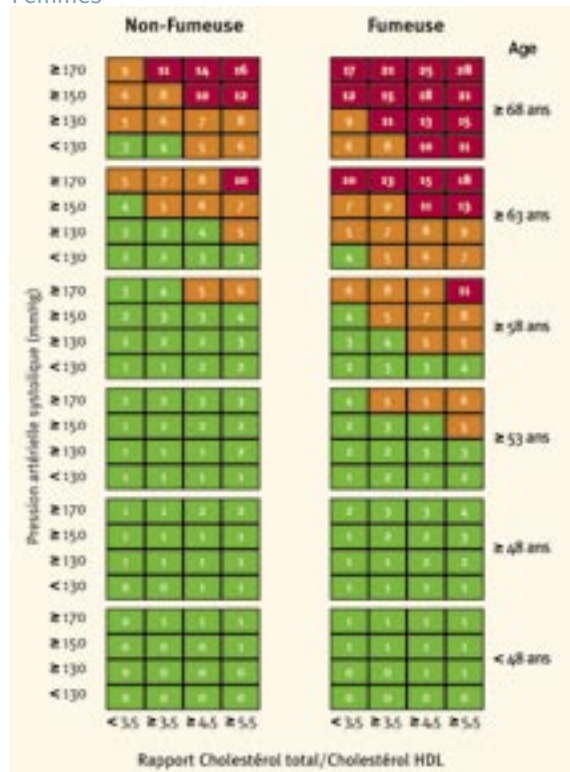
> Les tables de risque

Le modèle SCORE a été développé à partir de données collectées en Europe (12 populations, suivies durant une quinzaine d'années). SCORE estime le risque de décéder d'un accident cardiaque ou cérébral dans les 10 ans. Ce système de calcul de risque de décès intègre l'impact de l'âge, du sexe, du tabagisme, de la tension artérielle systolique (haute) et du rapport de cholestérol (Total / HDL).

Tables du risque de décès cardiovasculaire à 10 ans

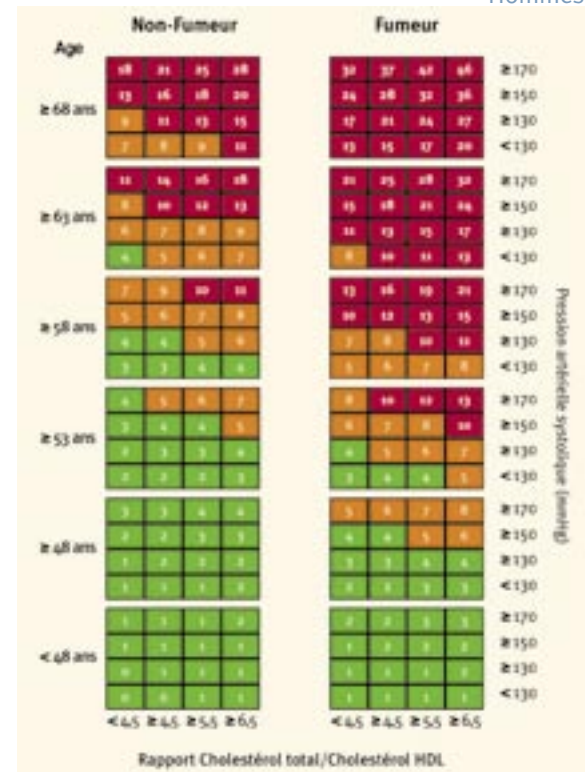
SCORE Belgium

Femmes



Risque à 10 ans de décès cardiovasculaire ■ ≥ 10% ■ 5 - 9% ■ 0 - 4%

Hommes





Les principaux objectifs pour la santé dépendent du niveau de risque cardiovasculaire

VERT: votre risque cardiovasculaire est faible

Un risque faible n'est pas un risque nul. Aussi, convient-il de ne pas fumer, de respecter quelques règles diététiques et de pratiquer régulièrement un sport.

SOYONS PLUS SPORTIFS!

Environ 65% de la population des pays développés ne pratiquent pas assez d'activités physiques. Or, on sait que la sédentarité favorise la survenue de nombreuses maladies et augmente la mortalité. Une activité physique régulière contribue à la prévention des maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2, des troubles dépressifs et de l'anxiété. Elle exerce également une influence positive sur l'évolution des maladies chroniques, allant d'un meilleur bien-être à une diminution de la mortalité.

30 minutes par jour d'une activité physique légère suffisent. Les activités sportives comme les activités de la vie quotidienne (monter les escaliers, marcher, tondre le gazon...) interviennent heureusement dans le décompte!

BRUN: votre risque cardiovasculaire est essentiellement lié au tabagisme

Le seul objectif: arrêter de fumer afin que votre niveau de risque redevienne normal, c'est-à-dire vert.

> Une double dépendance

Si l'abandon des habitudes tabagiques est souvent laborieux et long, c'est parce que le tabagisme est synonyme d'une double dépendance: comportementale et pharmacologique. Ces deux facteurs existent à des degrés divers chez tous les fumeurs, mais ont une importance relative très variable de l'un à l'autre.

[Dépendance comportementale]

Le facteur comportemental est dominant dans le tabagisme occasionnel, social. Fumer est lié à divers événements de la vie courante: vue d'un fumeur, cigarette après le repas, lors de la pause au travail ou d'un coup de téléphone, d'embouteillages sur l'auto-route... Des réflexes conditionnés se créent. Cette dépendance psychologique peut aussi s'associer à une dépendance pharmacologique (à la nicotine) plus ou moins marquée.

[Dépendance pharmacologique]

Il existe une dépendance physique indéniable à l'égard de la nicotine. Cette drogue a des effets stimulants ou calmants (selon la dose utilisée), voire euphorisants, recherchés par les fumeurs. C'est pourquoi un syndrome de privation plus ou moins sévère survient lors de la cessation tabagique. Les fumeurs ont parfois plus de difficultés à abandonner la cigarette que l'alcool ou les drogues dures et, après cessation, la courbe des rechutes dans le temps est parallèle pour l'héroïne, l'alcool et la nicotine.

> Les solutions anti-tabac

La dépendance pharmacologique semble liée aux pics de concentration cérébrale de nicotine survenant à chaque inhalation profonde de fumée: on l'observe donc surtout chez les fumeurs de cigarettes qui "avalent" quasi toujours la fumée et beaucoup moins pour la pipe ou le cigare, dont la fumée reste souvent dans les voies aériennes supérieures. Cette dépendance, contrairement à la dépendance psychologique, ne persiste que quelques semaines après l'arrêt de la cigarette.

LES TRAITEMENTS DISPONIBLES... ARRÊTER SANS AUCUNE AIDE?

Les fumeurs physiquement dépendants de la nicotine risquent de souffrir du manque de nicotine lorsqu'ils arrêtent de fumer et ce, durant 3 à 6 semaines. Ce manque se manifeste par une nervosité, une irritabilité, de la déprime... Dans ce cas, il est très utile et beaucoup plus confortable d'arrêter de fumer en utilisant une dose de nicotine de remplacement.

Nicotine de substitution

La nicotine de substitution existe sous forme de patches, de gommes, de comprimés à laisser fondre sous la langue, de cartouches à inhaler ou de spray nasal. Elle est en vente libre en pharmacie. Elle peut être utilisée ponctuellement (pour prendre l'avion, rester sans fumer à la maison, au travail...) ou durant une période de six à neuf semaines, pour arrêter de fumer. Les doses utilisées sont adaptées au confort de la personne, en diminuant progressivement par paliers.

Bupropion

Le bupropion est un médicament qui diminue l'intérêt du fumeur pour la cigarette. La personne voit son paquet de cigarettes, voit d'autres personnes fumer, sans que cela ne suscite d'envie chez elle. Lorsqu'elle allume une cigarette, celle-ci ne lui procure que peu de plaisir. Ce médicament aide beaucoup de fumeurs à gérer le tabagisme social, les habitudes tabagiques.

Varénicline

Une nouvelle molécule est depuis peu disponible en Belgique. Il s'agit de la varénicline, qui agit sur les récepteurs nicotiques du cerveau. Ce médicament se caractérise par un double mode d'action. D'une part, il diminue le besoin de fumer tout en réduisant les autres symptômes de privation nicotique et, d'autre part, il peut diminuer la sensation de satisfaction liée à la cigarette en cas de rechute du fumeur sous traitement.

Le choix de la meilleure méthode d'arrêt est fonction du niveau de dépendance physique, psychologique et comportementale de chaque fumeur. Votre médecin est là pour vous guider.

> Plusieurs tentatives parfois nécessaires

Plusieurs tentatives sont souvent nécessaires avant l'abandon complet et définitif du tabagisme. La meilleure méthode est un arrêt complet, à une date choisie comme étant favorable. Ce peut être le début des vacances, l'inscription dans un club sportif, un jour d'anniversaire... Une réduction progressive de la consommation de cigarettes mène fréquemment à un échec. Par contre, une approche multidisciplinaire dans un centre d'aide aux fumeurs améliore le taux de réussite.

> Soutien psychologique

Un soutien psychologique et comportemental est souvent très utile au fumeur dans sa démarche d'arrêt. Se créer de nouvelles habitudes, de nouveaux repères, pouvoir être soutenu et reconnu dans les difficultés rencontrées est une aide précieuse. La rechute ne veut pas dire que l'on est incapable d'arrêter: il faut souvent deux ou trois tentatives avant que l'arrêt ne soit définitif.

ORANGE: le risque cardiovasculaire est moyen

Les personnes dans cette situation sont nombreuses. Plus du tiers des accidents cardiovasculaires surviennent chez elles.

> Six objectifs

Six objectifs doivent être visés lorsqu'on présente un risque moyen:

- 1 **l'absence de tabagique** (actif ou passif),
- 2 **l'adoption d'une alimentation saine** (de type méditerranéen),
- 3 **la pratique d'activités physiques régulières** (20 à 30 minutes par jour en moyenne),
- 4 **un indice de masse corporelle normal** (IMC < 25 kg/m²),
- 5 **une tension artérielle normale** (< 140/90 mmHg), en modérant les apports en sel de cuisine,
- 6 Et **un cholestérol en bon équilibre** (rapport Total/HDL inférieur à 4,5 donc par exemple un cholestérol total inférieur à 225 mg/dl si le HDL est à 50 mg/dl)

COMMENT Y ARRIVER?

Une vie saine: oui!

Et des médicaments: peut-être?

Ces 6 objectifs dépendent tous avant tout de la mise en applications de bonnes intentions et habitudes de vie. En ce qui concerne l'hypertension et l'excès de cholestérol, les améliorations du mode de vie peuvent être insuffisantes et un traitement médicamenteux peut alors être envisagé par votre médecin.

> L'arrêt du tabagisme: voir plus haut

> Le régime alimentaire méditerranéen

L'expression "régime méditerranéen" fait référence aux habitudes alimentaires traditionnelles qui persistaient au début des années 1960 dans quelques régions méditerranéennes comme la Crète, certaines parties de la Grèce et l'Italie du Sud.

CE RÉGIME SE CARACTÉRISE ESSENTIELLEMENT PAR:

- ✓ des aliments d'origine végétale en grande quantité (fruits, légumes, pain, autres formes de céréales, pommes de terre, haricots, noix et graines diverses);
- ✓ des aliments peu traités, consommés en saison et produits localement;
- ✓ un fruit frais comme dessert quotidien typique avec de rares pâtisseries contenant des sucres concentrés ou du miel;
- ✓ des matières grasses apportées principalement par l'huile d'olive;
- ✓ des produits laitiers (surtout fromages et yaourts) consommés quotidiennement en quantités modérées;
- ✓ du poisson et des volailles en quantités faibles à modérées;
- ✓ moins de 4 œufs par semaine;
- ✓ peu de viande rouge;
- ✓ une consommation faible à modérée de vin, en général pendant les repas (moins de 21 verres/sem. pour les hommes et 14 pour les femmes).

A cela s'ajoute un travail aux champs et à la maison ainsi que des déplacements impliquant un exercice physique régulier.

> Le contrôle du poids

Le contrôle du poids est essentiel en cas de risque cardiovasculaire moyen et élevé.

L'objectif: un IMC (Index de Masse Corporelle) inférieur à 25. Pour retrouver le poids auquel cela correspond, il faut multiplier deux fois le nombre 25 par le chiffre de votre hauteur en mètre.

L'objectif à atteindre (IMC < 25) correspond, pour une personne qui mesure 1 mètre 70 à un poids inférieur à 72 kilos. Un régime alimentaire équilibré en est la base. Notons qu'une perte de poids modérée, de l'ordre de 5 à 10% du poids corporel initial, assure l'essentiel du bénéfice de santé.

> L'équilibre du cholestérol

L'objectif est d'assurer un bon équilibre du **rapport cholestérol total / HDL cholestérol**, c'est-à-dire entre votre cholestérol total et votre cholestérol HDL (le bon). L'équilibre devient favorable quand ce rapport est inférieur à 4,5. L'objectif est donc d'augmenter le HDL tout en diminuant le total.

Côté HDL (le bon cholestérol), la perte de quelques kilos, l'activité physique régulière et l'arrêt de la cigarette augmentent le HDL protecteur.

Côté Cholestérol total, n'oublions pas que seul 1/3 du

cholestérol est fourni par l'alimentation, le reste est produit par notre propre foie.

Un régime alimentaire pauvre en graisses est essentiel mais parfois insuffisant pour faire diminuer durablement le taux de cholestérol. Les statines sont alors les médicaments de référence pour abaisser le cholestérol.

> La tension artérielle

[Objectif: sous la barre des 140/90 mmHg]

Les valeurs de tension recherchées en cas de traitement d'un risque cardiovasculaire moyen ou élevé doivent être **inférieures à 140/90 mmHg**.

L'abaissement de la tension artérielle réduira par définition la pression exercée par le sang sur la paroi des artères et permettra d'éviter l'apparition de dépôt sur celles-ci.

CONTRÔLER SON APPORT EN SEL

Il est important de saler modérément lorsque l'on cuisine et de ne pas ajouter de sel à table (maximum 6 grammes de sel par jour). Les aromates et le "faux" sel (chlorure de potassium, KCl) se substitueront avantageusement au sel de table. La plupart des plats préparés et des conserves contiennent du sel en excès et devraient à ce titre être évités. Les charcuteries, les fromages et le pain constituent les autres principales sources de "sel caché". Il convient, par ailleurs, de limiter la consommation d'alcool (maximum 3 verres/jour pour les hommes, 2 pour les femmes) car elle augmente la tension artérielle et contribue significativement à l'apport calorique. Enfin, de nouveau, une activité physique régulière exerce un effet positif.

ROUGE: le risque cardiovasculaire est élevé!

En cas de risque élevé, dix cibles thérapeutiques sont principalement visées. On en distingue 6 qui sont principales (leur efficacité a été prouvée) et 4 qui sont secondaires.

Six cibles principales

- 1 **Absence de tabagisme**: voir pages 47 à 51
- 2 **Alimentation saine**, de type méditerranéen, voir pages 53 à 54
- 3 **Exercices physiques réguliers**, en moyenne 20 à 30 min. par jour
- 4 **Tension normale inférieure à 140 / 90 mmHg**, avec si besoin recours médicamenteux
- 5 **Diminution de la coagulabilité du sang** par Inhibition des Plaquettes (acide acétylsalicylique: aspirine...)
- 6 **Contrôle du Cholestérol** (statines...)

Quatre cibles chiffrées

Et quatre autres cibles chiffrées, qui concernent le cholestérol, le poids et le taux de sucre dans le sang, et sont également proposées aux patients à risque élevé :

- | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------|
| 1 | Cholestérol total optimal | < 190 mg/dl |
| 2 | LDL-Cholestérol optimal | < 115 mg/dl |
| 3 | Masse Corporelle normale (IMC) | < 25 kg/m ² |
| 4 | Glycémie: HbA _{1c} normale | < 7% |
| | (à mesurer si un diabète est présent) | |

> La prise de médicaments: le complément nécessaire, quand le risque est élevé

En renforcement des régimes alimentaires équilibrés, trois classes de médicaments jouent un rôle essentiel en cas de risque cardiovasculaire élevé.

En effet, tant les **statines** qui diminuent le taux de cholestérol que les **anti-hypertenseurs** (IEC...) qui diminuent la tension artérielle ont montré un intérêt même en cas de taux de cholestérol normal et de tension artérielle normale dans la prévention cardiovasculaire chez les patients à risque élevé (ROUGE) comme ceux qui ont déjà fait un infarctus ou un accident vasculaire cérébral. Qui plus est, l'administration de faibles doses d'**aspirine**, qui diminue la coagulabilité du sang joue aussi un rôle protecteur chez les personnes à haut risque cardiovasculaire.

ADAPTATIONS DU MODE DE VIE: LA BASE DE LA PRÉVENTION

Le style de vie est crucial dans la prévention chez les patients à haut risque cardiovasculaire (comme chez ceux à risque moyen). Les priorités sont donc :

- l'absence de tabagisme (voir pages 47 à 51),
- une alimentation saine (voir pages 53 à 54),
- et des exercices physiques réguliers (voir page 46).

Et ce faisant, un poids normal.

> Le diabète

[D'office considérés à haut risque]

Les patients diabétiques de type 2 sont à haut risque cardiovasculaire, même s'ils n'ont pas d'autre facteur de risque. Par ailleurs, en cas d'accident vasculaire, il est fondamental de rechercher l'existence d'un diabète. Sa prise en charge comprend, outre le contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaire, celui de la glycémie (sucre dans le sang).

L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE

Lorsqu'une personne diabétique mesure sa glycémie, c'est-à-dire son taux de sucre dans le sang par l'intermédiaire d'une petite goutte de sang au bout du doigt (glucométrie) ou par prise de sang, le résultat obtenu est un résultat qui ne reflète que l'instant de la prise de sang. Or, ce qui est intéressant dans un diabète, c'est de savoir si au cours du temps, la glycémie est bien équilibrée. Le dosage dans le sang de l'hémoglobine glyquée permet d'avoir le reflet de l'équilibre diabétique au cours des 3 mois qui précèdent la prise de sang. Si le taux d'hémoglobine glyquée dans le sang est inférieur à 7%, cela signifie que le diabète est effectivement correctement équilibré.

> Les antidiabétiques oraux...

Le traitement du diabète débute généralement par la prise d'antidiabétiques oraux, c'est-à-dire pris par la bouche, associés à un régime spécifique. Le type de médicament, leur éventuelle association, sera décidée par le médecin en fonction de la sévérité de la maladie.

> ... et l'insuline

L'échec du traitement par antidiabétiques oraux impose le passage à l'insuline. Redoutée par de nombreux patients, sa prescription apparaît souvent trop tardive.

Les progrès réalisés sur le plan des insulines, des stylos injecteurs et des appareils de contrôle ont cependant allégé ce type de traitement.

> Le surpoids:

une aide médicamenteuse éventuelle

Un traitement médicamenteux peut vous aider à la perte de poids et à son maintien lorsque le régime hypocalorique ne permet pas d'atteindre l'indice de masse corporel voulu et, surtout, de le maintenir.

Trois molécules permettent de vous aider à perdre du poids :

- l'orlistat,
- la sibutramine,
- le rimonabant.

Votre médecin pourra vous conseiller.

LE RÉGIME DIABÉTIQUE EN PRATIQUE

Plus encore que chez le sujet en bonne santé, l'alimentation du diabétique doit être équilibrée. Elle doit permettre un poids normal (IMC < 25 kg/m²) et un tour de taille optimal (< 80 cm chez la femme, < 94 cm chez l'homme). Son contenu calorique doit se répartir grosso modo pour moitié en sucres (glucides), pour un tiers en graisses (lipides) et le reste en protéines (protides). Autrement dit, l'objectif N°1 est de limiter la consommation de graisses. Par ailleurs, les sucres "simples" (dits "à indice glycémique élevé", sucre en morceau ou en poudre, miel, pâtisseries, sodas...) ne peuvent être consommés qu'en quantités fortement réduites et associés à d'autres aliments, afin de ralentir leur absorption par l'organisme. Il faut donc privilégier les glucides "complexes", c'est-à-dire les féculents, et les répartir entre les trois repas. Les édulcorants ("faux sucres") remplacent avantageusement les sucres simples pour autant qu'ils soient pris en quantités raisonnables. Les sodas "light" constituent l'une de leurs meilleures applications.

Les boissons alcoolisées ne sont plus interdites comme par le passé. Leur consommation devrait cependant se limiter à 2 verres par jour pour les hommes et un verre par jour chez les femmes.

Les grignotages entre les repas sont à éviter.



Objectif: changer

Et moi, que puis-je faire pour la santé de mon cœur et de mes artères?

Un suivi dans le temps est nécessaire: c'est de votre ressort autant que de celui de votre médecin. Les patients seront optimalement réévalués tous les 3 à 4 ans en cas de **risque faible**. La fréquence devient annuelle en situation de **risque moyen**, et 3 à 4 fois par an en cas de **risque élevé**.

La mesure du risque cardiovasculaire a cela d'extraordinaire qu'elle permet de détecter le risque avant qu'un accident ne survienne. Elle nous permet de contrôler et de réorienter notre santé, nos habitudes, notre quotidien afin de prévenir la maladie. Elle nous alerte sur un état dont nous n'avions peut-être pas conscience en nous offrant, à travers le médecin, les outils dont nous avons besoin pour être en bonne santé.

*Changer ses habitudes est compliqué!
Il faut du temps et de la préparation.*

> Première étape: se poser des questions

- Est-ce que je pense avoir trop de poids?*
- Est-ce que je fais assez d'exercice physique?*
- Est-ce que je fume?*
- Quels petits changements puis-je mettre progressivement en place?*
- Suis-je prêt à renoncer à l'insouciance d'hier?*
- À accepter la nouvelle réalité d'aujourd'hui?*
- Suis-je prêt à commencer à me faire un peu de souci pour améliorer ma santé? Sans m'en rendre malade pour autant...*
- Avec qui en parler? Mon médecin? Mon conjoint? Mes enfants? Une diététicienne? Un copain qui fait du sport?*

> Deuxième étape: se préparer au changement

Se poser des questions, c'est bien, agir c'est mieux. Pour passer à l'acte il faut se préparer mentalement: asseoir ses décisions, fixer un calendrier et le respecter, planifier les différentes étapes.

Il existe plusieurs erreurs à ne pas commettre pour réussir le changement :

[Vouloir tout tout de suite]

Il va de soi que si on n'a plus pratiqué de sport pendant un certain temps, il faudra plusieurs

semaines, voire plusieurs mois pour que le corps et le cœur se réhabituent à l'effort physique et vous ne verrez pas apparaître de changement palpable après le premier jogging.

[S'imposer une discipline excessive et irréaliste]

Le régime alimentaire en est le meilleur exemple. Un régime trop drastique, trop sévère sera non seulement souvent déséquilibré, mais ne pourra être tenu à long terme. Inutile de perdre 10 kilos si c'est pour les reprendre au bout de 6 mois ou un an. Le seul régime qui tienne est celui qui vous fera perdre du poids sans (trop) d'effort et qui ne provoquera chez vous aucun sentiment de manque intense... qui pourrait vous faire rechuter aussitôt. Mangez de tout mais en quantités raisonnables. Conservez des féculents (tartines, pâtes) mais essayez de réduire l'apport en graisses (charcuteries, fromages, sauces, viandes rouges) et en sucres (sodas, biscuits, céréales...)

[Ne pas se préparer à l'échec]

Vous allez décider de revoir votre alimentation, refaire du sport, arrêter de fumer... Tout cela est bien beau mais vous n'êtes pas un robot. Par définition, vous allez à un moment ou un autre craquer: remanger une pâtisserie interdite,

renoncer pendant quelques jours à la gymnastique salvatrice, voire fumer une cigarette.

Le plus important: ne pas tout abandonner. Un petit écart ne doit pas vous faire remettre vos bonnes résolutions en question. Face au découragement: respirez un bon coup et reprenez votre programme.

[Croire qu'on peut y arriver seul]

Arrêter de fumer alors que votre conjoint fume toute la journée: possible mais difficile. Encouragez-le à arrêter aussi ou tout du moins à ne pas fumer en votre présence et à ne pas laisser traîner ses paquets de cigarette sur la table.

Faire régime alors que votre famille s'empiffre du petit-déjeuner au souper? Cela paraît difficile: encouragez tout le monde à prendre une autre voie alimentaire et commencez à appliquer les bonnes résolutions lorsque vous faites les courses. Difficile d'être tenté de manger ce que l'on n'a pas acheté !

Vous voulez reprendre le sport? Entraînez avec vous un copain ou une copine. Vous vous soutiendrez mutuellement et arrêterez moins facilement.

> Troisième étape: essayer le changement

■ **Tabac:** arrêter de fumer? Dur, dur, dur... Les premiers jours (ou semaines), c'est votre dépendance physique à la nicotine qui se fera sentir puis la dépendance psychologique prendra le relais: ne plus fumer après un repas, avec un verre de vin, lorsqu'on est nerveux... ne plus pouvoir tenir une cigarette en main... tout cela vous manquera mais au bout de quelques semaines un souffle retrouvé et une haleine fraîche seront vos meilleures récompenses.

■ **Alimentation:** ne vous pesez pas tous les jours, vous risquez d'être déçu. Mais avec un régime équilibré et une croix sur les aliments trop caloriques vous verrez après quelques semaines votre balance vous annoncer une perte de poids avec à la clé:

- ✓ une baisse de votre glycémie si vous êtes diabétique,
- ✓ une baisse de votre taux de cholestérol et de votre tension artérielle...
- ✓ et une meilleure image de soi.

■ **Sport:** reprenez le sport en collaboration avec votre médecin (pas n'importe lequel, à n'importe quel âge avec n'importe quelle condition physique)

et pourquoi pas avec un professionnel (prof de gym, de tennis)... Adaptez vos efforts à votre condition physique et sachez que votre corps et votre cœur s'adapteront progressivement aux efforts demandés. Si je veux voir mes petits enfants grandir, mes efforts seront récompensés...

Quelques questions fréquentes sur l'évaluation du risque

↳ Quand un ex-fumeur (couleur brune) peut-il être considéré comme non-fumeur?

Après deux ans (même si la plupart des fumeurs pensent à tort que c'est beaucoup plus), l'effet néfaste du tabagisme sur le risque cardiovasculaire a disparu.

↳ Si le risque cardiovasculaire est indéterminé (GRIS) et nécessite donc une prise de sang, peut-on prendre en compte les résultats d'une prise de sang antérieure?

Six mois semble le délai au-delà duquel une prise de sang est "périmée". Vu la variabilité biologique du cholestérol et le degré de précision des laboratoires ($\pm 5\%$), il est préférable de se baser sur la moyenne de 2 mesures.

↳ Quand doit-on considérer quelqu'un comme fumeur actif?

Une cigarette (ou autre unité de tabac inhalé) par jour suffit pour accéder à ce statut, car cela suffit pour irriter les parois des artères (effet abrasif de type "papier de verre").

↳ Des facteurs de risque comme la sédentarité, le stress ne figurent pas dans le recueil des facteurs de risque. Pourquoi?

Ce n'est pas un oubli. Ces situations sont bien associées aux accidents cardiovasculaires, mais ne peuvent pas être considérées pour autant comme facteurs de risque indépendants. Cela signifie qu'ils ne font que contribuer aux facteurs de risque majeurs de l'ensemble ABCDEFGH. À noter que l'alcool n'est pas un facteur de risque cardiovasculaire (mais il l'est pour d'autres maladies du foie ou du système nerveux, notamment).

↳ L'hypertension sévère est un facteur de risque sévère, mais ne se retrouve pas dans l'algorithme: pourquoi?

Elle est rare et nécessite une prise en charge spécifique. Cette hypertension sévère (systolique > 180 mmHg ou diastolique > 110 mmHg) est reconnue comme équivalent de haut risque, tout comme,

l'hypercholestérolémie sévère (cholestérol total > 320 ou LDL-C > 240 mg/dl) qui signe souvent la présence d'une hypercholestérolémie familiale (1/500 personnes). Pour éviter de surcharger l'algorithme, nous n'avons retenu que les typologies de haut risque qui sont fréquentes (D+ et/ou E+) et qui demandent une approche globale.

↳ Une prise de sang est prévue chez les personnes dans le GRIS. Leur niveau de risque sera évalué à la lumière de ses résultats. La majorité des patients "GRIS" ressortent-ils "VERTS" de la table du risque?

Oui: la majorité des patients "à risque encore à déterminer" ressortent de la table "à risque faible". Heureusement.

GLOSSAIRE

- **Accident vasculaire cérébral (AVC):** communément appelé "attaque", cet incident gravissime résulte de l'interruption de la circulation sanguine ou d'une hémorragie au niveau du cerveau.
- **Angine de poitrine (angor):** douleur liée à une souffrance cardiaque due à une réduction de son alimentation sanguine par les artères coronaires.
- **Athérosclérose:** cette maladie consiste en l'épaississement de la paroi des grosses artères (aorte abdominale, coronaires, artères cérébrales, artères des jambes) par des plaques d'athérome, c'est-à-dire l'infiltration lipidique (= par des graisses) de leurs parois.
- **Cholestérol:** le cholestérol est une sorte de graisse, d'ailleurs essentielle au fonctionnement du corps humain. Insoluble dans l'eau, le cholestérol peut circuler dans le sang grâce à son association à des protéines. C'est la nature de ces protéines qui détermine le comportement de ces particules et distingue le "bon" du "mauvais" cholestérol.
- **Compliance:** également appelée "adhérence thérapeutique", elle désigne le respect du traitement (des médicaments, de leur horaire d'administration et de leur dosage) par le patient.

- **Diabète:** augmentation du taux de sucre (glucose) dans le sang liée à un défaut de production d'insuline ou au développement d'une résistance à son action ou les deux.
- **Facteur de risque cardiovasculaire:** comportement ou anomalie biologique dont la présence augmente la probabilité d'accident cardiovasculaire (angine de poitrine, infarctus, AVC).
- **Hypertension artérielle:** excès de pression dans les artères.
- **Indice de masse corporelle (IMC ou BMI en anglais):** permet d'évaluer le poids d'une personne par rapport à sa taille. L'IMC permet donc de détecter un éventuel surpoids. Il s'obtient en divisant le poids par la taille au carré. On parle d'excès pondéral lorsqu'il est supérieur à 25 et d'obésité à 30 et plus.
- **Infarctus:** Interruption de la circulation sanguine qui conduit à la mort des tissus de la région concernée. Peut affecter le cœur (= infarctus du myocarde), le cerveau (= accident vasculaire cérébral) ou toute autre partie du corps.
- **Insuffisance cardiaque:** stade ultime de la dégradation cardiaque où le cœur n'arrive plus à assumer son rôle de pompe.

- **Mesures hygiéno-diététiques:** modifications de l'hygiène de vie visant dans le cas présent, à réduire le risque de maladie cardiovasculaire. Arrêt du tabagisme, perte de poids, limitation de la consommation de sel, d'alcool et de graisses, exercice physique, augmentation de la consommation de fruits et légumes sont quelques exemples pertinents.
- **Obésité abdominale:** se dit d'une obésité concentrée au niveau de l'abdomen, avec accumulation de graisse autour des viscères. Celle-ci a des répercussions préjudiciables sur la santé cardiovasculaire.
- **Risque cardiovasculaire global:** résultante de la présence des différents facteurs de risque cardiovasculaire. Se définit par la probabilité de survenue d'un incident cardiovasculaire majeur dans les 10 années à venir.
- **Syndrome métabolique:** association de l'obésité centrale et de divers troubles tels que l'hypertension artérielle, la résistance à l'insuline, une perturbation du cholestérol (réduction du "bon" cholestérol HDL) et l'intolérance au glucose (= prédiabète), soit autant de facteurs de risque cardiovasculaire. Se dépiste simplement, par la mesure du tour de taille et de la tension artérielle ainsi que par l'analyse de paramètres métaboliques (glycémie, HDL-cholestérol, triglycérides) à jeun.

INDEX

A

ABCDEFGH	18, 34, 36, 39, 72
Acide acétylsalicylique	58
Algorithme	37, 72, 73
Athérosclérose	10, 13, 15, 16, 17, 27, 32, 74
AVC	21, 24, 74, 75

C

Cholestérol	15, 18, 30, 34, 37, 40, 41, 42, 43, 52, 53, 55, 56, 58, 59, 70, 71, 73, 74, 76, 78, 79
-------------	--

D

Diabète	7, 18, 28, 30, 32, 35, 40, 46, 59, 60, 61, 75
Douleur	16, 23, 27

E

Evaluation	11, 34, 38, 71
Exercice (activité) physique	22, 38, 46, 52, 54, 55, 57, 58, 60, 67, 76, 79

F

Facteurs de risque cardiovasculaire	60, 72, 75, 76
-------------------------------------	----------------

H

Haut risque cardiovasculaire	31, 59, 60
Hypertension (artérielle)	7, 16, 18, 30, 36, 37, 40, 53, 72, 75, 76

I

Indice de masse corporelle (IMC)	11, 35, 36, 52, 55, 59, 63, 75
Infarctus (du myocarde)	10, 17, 20, 21, 22, 23, 34, 35, 59, 75
Insuffisance cardiaque	22, 75
Ischémie	15, 16, 21

M

Mesures hygiéno-diététiques	76
Mode de vie	31, 38, 53, 60

O

Objectifs santé	12, 78, 79
-----------------	------------

P

Plaquettes	58
------------	----

R

Régime alimentaire méditerranéen	53
Risque cardiovasculaire global	29, 31, 34, 76, 78

S

Statines	38, 56, 58, 59, 79
Stress	72
Suivi	38, 66
Syndrome métabolique	76

T

Tabagisme	28, 31, 34, 39, 40, 41, 47, 50, 51, 53, 58, 60, 71, 76, 79
Table du risque	40, 41, 42, 43, 73
Thrombose	7, 15, 17, 28
Tour de taille	11, 35, 63, 76, 78, 79
Traitement médicamenteux	53, 62

Le passeport de ma santé cardiovasculaire

NOM _____ Prénom _____ Age _____

1. Dépistage, réalisé par mon médecin en date du _____

	Facteur de Protection	Facteur de Risque
A ge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B riquet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C holestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D iabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E vévement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F amille CV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G raisse *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H ypertension °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* mon poids = _____ Kg; mon tour de taille (à l'ombilic) = _____ cm

° ma tension artérielle moyenne = _____ / _____ mmHg

2. Sur base de ces informations, mon médecin a établi que mon niveau de risque cardiovasculaire global est actuellement

Elevé (Rouge) A déterminer # (Gris) Tabagique (Brun) Bas (Vert)

analyse du cholestérol: rapport chol.total / chol.HDL = _____

et calcul du risque selon les tables Score : _____ %

Cocher la case ci-dessous :

Elevé (Rouge) Moyen (Orange) Bas (Vert)

3. Mes objectifs santé, si mon risque est **Moyen** ou **Elevé**:

J'ai déjà atteint parmi les "objectifs santé" principaux :

	je suis à risque moyen	je suis à risque élevé
✓ Pas de tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Alimentation saine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Exercices physiques réguliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Tension artérielle normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Statines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* selon mon âge et mon passé cardiovasculaire

... et parmi les "objectifs santé" chiffrés suivants

- Cholestérol total optimal (< 190 mg/dl)
- Cholestérol LDL optimal (< 115 mg/dl)
- Masse corporelle normale (< 25 kg/m²)
- Tour de taille normal (_____ <80; _____ <94)

Avec mon médecin, et avec l'aide de mes proches, je décide de me concentrer principalement pour atteindre comme "nouvel objectif santé":

Date	Objectif Santé	Résultat après 6 mois

