

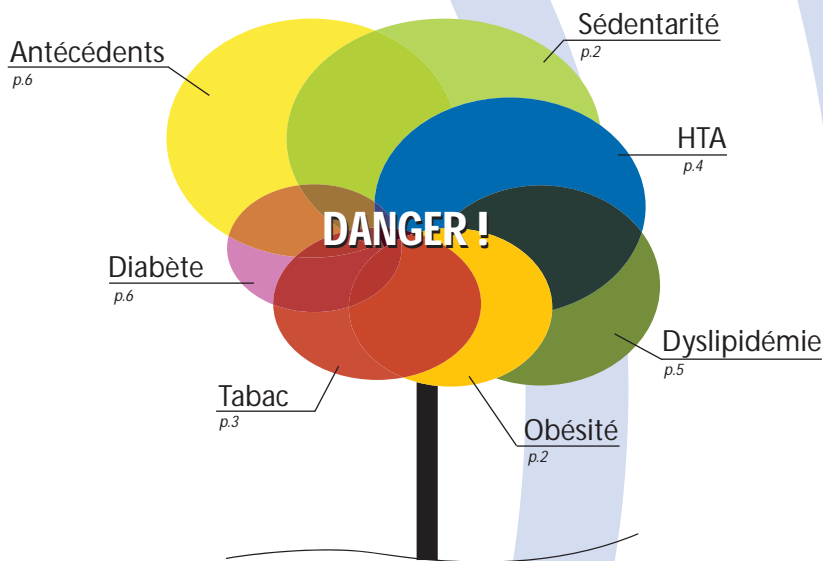
re(s)ource

La source d'information de
l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne



L'observatoire bourguignon des facteurs de risques cardio-vasculaires

L'incidence des maladies vasculaires croît de façon exponentielle avec le nombre de FRV.



chaque ensemble correspond à un facteur de risque vasculaire (FRV)

EDITO

Cet observatoire a été mis en place par l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne (UPMLB) simultanément avec 3 autres URML (Champagne Ardenne, Auvergne et Limousin) avec le soutien du FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville).

Cette action a été justifiée par la forte prévalence des maladies cardio-vasculaires en BOURGOGNE, maladies qui sont la première cause de décès dans les années 1995 – 1997 notamment chez les plus de 65 ans et dans la population masculine (32,7 %). Cette prévalence est supérieure à la moyenne nationale.

Synthèse réalisée par le Dr Luc Haury (cardiologue) et Matthieu Picard (UPMLB)

Notre échantillon

- 3 000 patients recrutés par 150 médecins volontaires (spécialistes et généralistes)
- 1 questionnaire de 68 items
- 2 557 fiches ont été exploitées.

1) les enquêteurs

- généralistes à 83 %
- parmi les spécialistes
 - 6% des réponses proviennent d'endocrinologues
 - 5% de cardiologues
 - 4% d'angéiologues

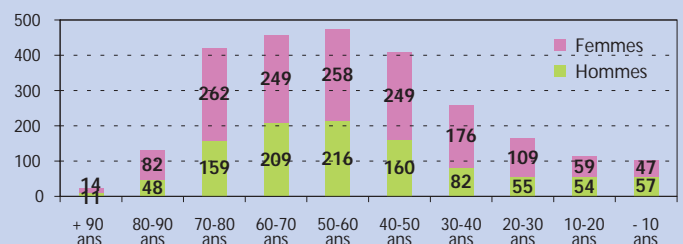
Les plus étudiés sont la Côte d'Or à 43 % et la population urbaine à 54 %.

A titre de comparaison, la répartition démographique des quatre départements bourguignons est la suivante : Saône et Loire : 34 %, Côte d'Or : 32 %, Yonne : 20 %, Nièvre : 14 %.

2) les patients

Les patients étaient recrutés parmi la clientèle tout venante au choix du médecin sans discrimination ni de sexe, ni d'âge, ni de pathologie.

Répartition des patients par décennie et par sexe



Qu'est-ce qu'un facteur de risque ?

Un facteur de risque de maladie est un état physiologique (âge, sexe, hérédité...) un état pathologique (hypertension artérielle, dyslipidémie) ou une habitude de vie (alimentation, tabac, sédentarité, alcool...) qui s'associe à une incidence accrue de la maladie.

Les Facteurs de Risque Vasculaire (FRV) se classent en deux groupes majeurs :

■ Les non influençables :

- âge, sexe, hérédité...

■ Les influençables,

les principaux étant :

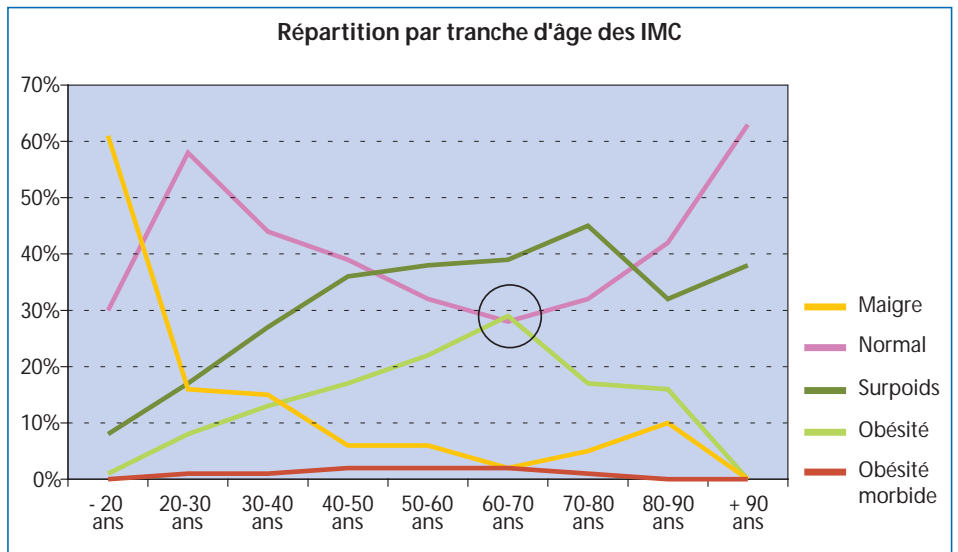
- l'hypertension artérielle ou HTA (11 Millions en France)
- l'hyperlipidémie (10 Millions en France)
- le diabète de type 2 (2 Millions en France)

FRV n°1

Le poids

Classement des patients selon les seuils classiques de l'IMC (Index de Masse Corporelle). Les chiffres obtenus sont pratiquement superposables chez l'homme et la femme.

âge	Maigre	Normal	Surpoids	Obésité	Obésité morbide
- 20	61 %	30 %	8 %	1 %	0 %
20-30	16 %	58 %	17 %	8 %	1 %
30-40	15 %	44 %	27 %	13 %	1 %
40-50	6 %	39 %	36 %	17 %	2 %
50-60	6 %	32 %	38 %	22 %	2 %
60-70	2 %	28 %	39 %	29 %	2 %
70-80	5 %	32 %	45 %	17 %	1 %
80-90	10 %	42 %	32 %	16 %	0 %
+ 90	0 %	63 %	38 %	0 %	0 %



Une analyse plus fine faite en fonction des tranches d'âges objective la nocivité d'être super obèse, obèse et même maigre puisque ces populations disparaissent au fil des années...

L'obésité est une forte pourvoyeuse de diabète, de maladies ostéo-articulaires invalidantes et coûteuses, d'insuffisance cardiaque, puisque le risque d'Insuffisance Cardiaque augmente de 50 % chez la femme s'il y a surpoids, encore plus s'il y a obésité, et entre 20 et 90 % respectivement chez l'homme avec augmentation du risque linéaire corrélé à l'IMC, sans effet de seuil.

La remontée transitoire du pourcentage de maigreur à partir de 70 ans s'explique probablement par la dénutrition qui s'aggrave chez les personnes âgées poly-pathologiques. ●

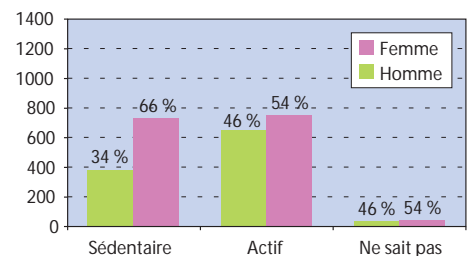


FRV n°2

La sédentarité

Facteur de risque reconnu, redoutable, mais sur lequel on peut agir.

Répartition de la sédentarité selon le sexe

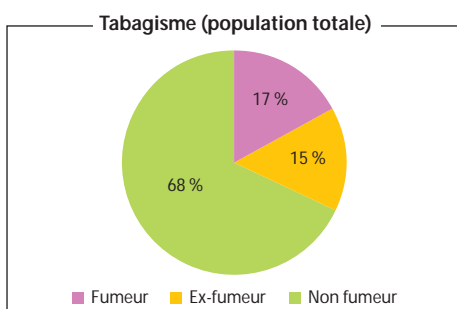


Notion très subjective, tant pour les patients que pour les médecins ; il semble utile de rappeler que l'activité physique se définit actuellement par 3 séances d'exercice par semaine, d'une heure chacune, à un bon train (75% de la fréquence cardiaque maxima théorique). Cette notion, aussi difficile qu'elle soit à quantifier, reste un paramètre incontournable de la prévention primaire (avant l'accident vasculaire) et secondaire (après l'accident vasculaire) dans la pathologie cardio-vasculaire. ●

FRV n°3

Le tabac

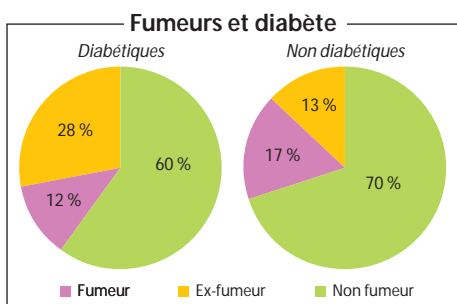
Au fil des années, la proportion de fumeurs diminue. Après 50 ans il y a moins de fumeurs, autant d'ex-fumeurs, ce qui traduit bien probablement l'amélioration de la survie chez les non fumeurs.



Tabac et Diabète

Nous avons comparé les données sur le **tabagisme en terrain diabétique** à la population générale. On s'aperçoit :

- que la proportion de fumeurs est plus faible chez les diabétiques (12 % versus 17 %)

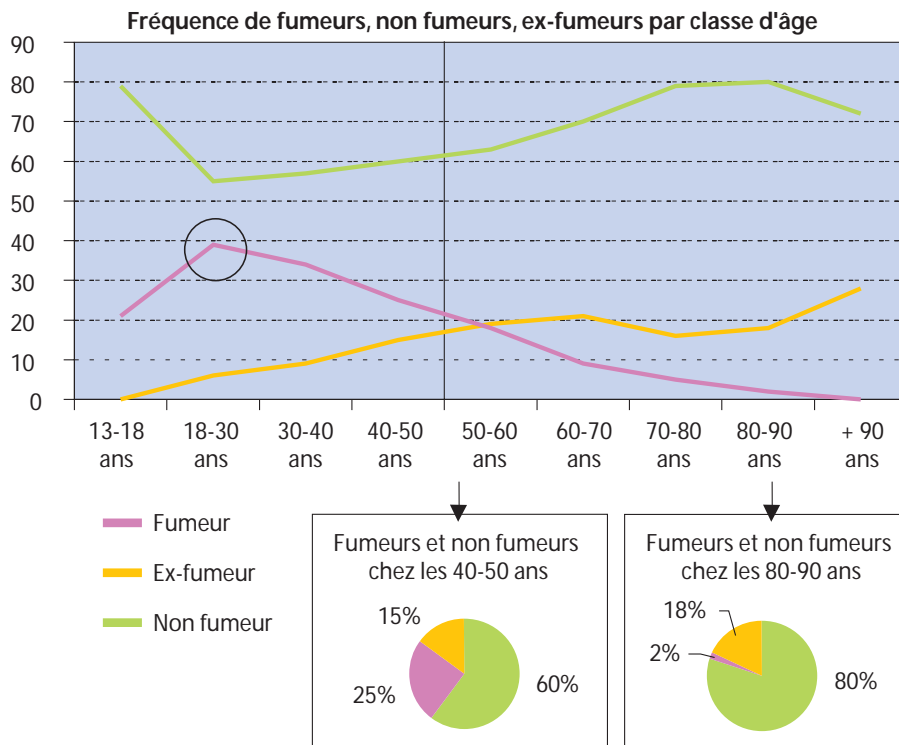


- que la proportion d'ex-fumeurs est plus importante que dans la population non-diabétique avec 28 % versus 13 % ce qui témoignerait d'une prise de conscience du tabac chez le diabétique.

Tabac et Hypertension

Le **tabagisme chez l'hypertendu** semble aboutir à des conclusions identiques :

- Chez les hypertendus : 10 % de fumeurs, 21 % d'ex-fumeurs
- Chez les non-hypertendus : 20 % de fumeurs, 12 % d'ex-fumeurs



Tabac et Obésité

Constat "classique", les patients "maigres" fument plus que les obèses.

Tabac et Dislipidémie

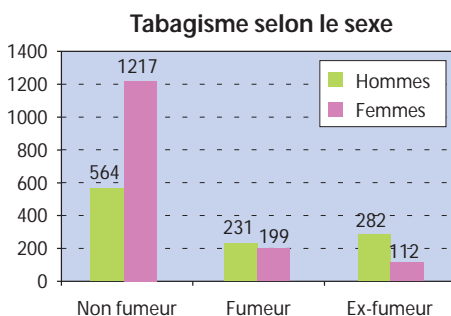
Il y a peu de différences dans les habitudes tabagiques selon le taux de lipides :

- 13 % de fumeurs chez les dislipidémiques.
- 18 % dans la population à lipidémie normale.

Ces résultats reflètent la mauvaise prise de conscience de l'association de ces deux facteurs de risque. L'hyperlipidémie se sent « moins malade » que le diabétique.

Tabac selon le sexe

Les femmes fument moins que les hommes (13% contre 21%). 47 % des hommes se déclarent fumeur ou ex-fumeur contre 20 % pour les femmes.



La proportion de femmes (30 %) fumant de 20 à plus de 40 cigarettes par jour est beaucoup moins importante que celle des hommes fumeurs (46 %)

Tabac et Sédentarité

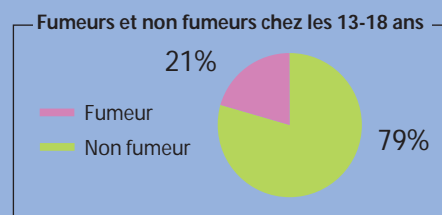
Peu de différences entre les patients sédentaires et actifs :

- 15 % de fumeurs chez les sédentaires
- 18 % chez les actifs

Tabac et Hérité

28 % des fumeurs ont un antécédent familial cardio-vasculaire. Cela reste important et est, peut être, biaisé par des conduites à risque contagieuses du parent ayant présenté la pathologie cardio-vasculaire. ●

Nous avons cerné le **tabagisme chez les jeunes** en sélectionnant la tranche des 13 - 18 ans, représentée par 58 patients dont 21 % sont déjà fumeurs, et à prédominance féminine.



Le faible recrutement dans cette tranche d'âge n'a aucune puissance statistique. Mais une tendance se dessine, semblant correspondre à ce que l'on peut constater à la sortie du collège. ●

FRV n°4

L'hypertension

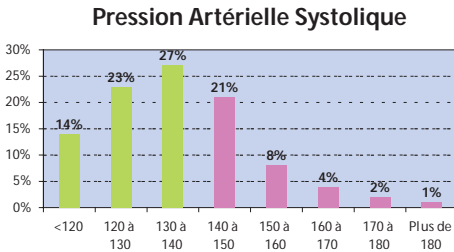
Le nombre d'hypertendus en France est estimé à 4 millions. 38 % des patients de notre échantillon ont une hypertension connue dont 36 % sont des femmes et 41 % des hommes.

Cette proportion est importante puisque la prévalence de la maladie est très rare avant 25 ans (2 %), plus fréquente vers la cinquantaine (10 %) et encore plus fréquente après 65 ans (33 % de la population).

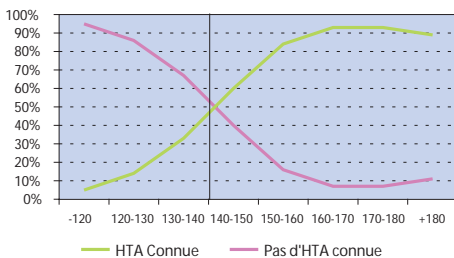
Notre chiffre témoigne donc de la surconsommation médicale des patients hypertendus, ou tout au moins de leur sur-représentation dans une consultation de médecine générale tout venant.

La Pression Artérielle Systolique (PAS)

36 % de la population a une pression systolique supérieure à 140, ce qui définit l'hypertension.

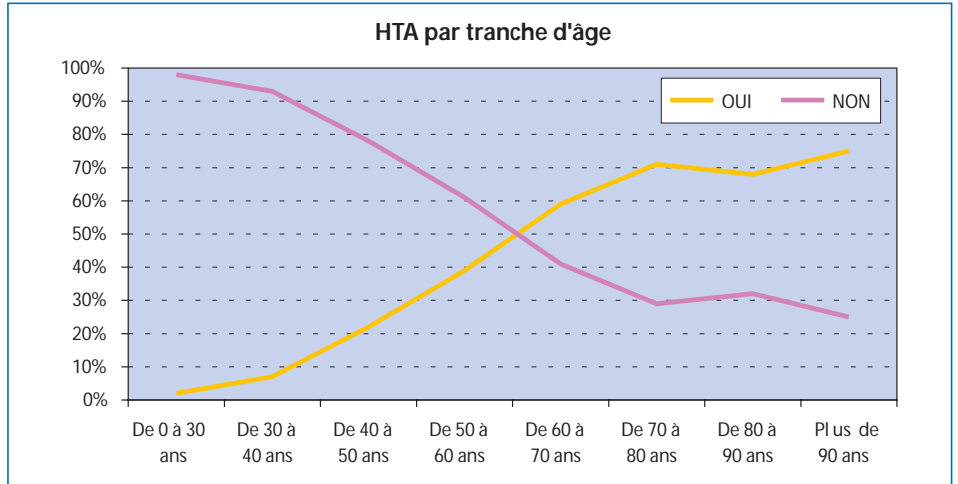


P.A.S. et H.T.A. déclarée



Le nombre des patients hypertendus non équilibrés est important.

Parmi les patients ayant une pression systolique entre 140 et 150, 40 % ne sont pas déclarés comme hypertendus par le médecin, dont 16 % avec une pression systolique supérieure à 150.



Les deux courbes concernant l'HTA en fonction de l'âge sont très démonstratives pour montrer la montée en puissance de ce FRV au fil des ans.

La proportion de patients hypertendus s'inverse lorsque l'on passe dans la tranche d'âge 60-70 ans.

59 % d'hypertendus entre 60 et 70 ans contre 39 % avant 60 ans

La Pression Artérielle Pulsée (PAP)

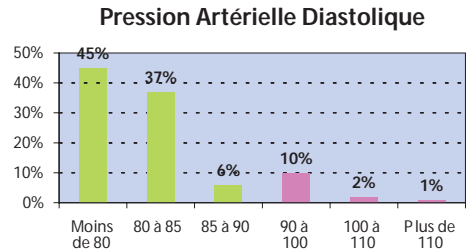
Nous n'avons pas envisagé la prise en compte de la Pression Artérielle Pulsée (PAP) malgré sa valeur prédictive se précisant actuellement.

Cette pression étant fortement liée à la Pression Artérielle Systolique dont on connaît l'intérêt pronostic majeur, surtout après 50 ans...

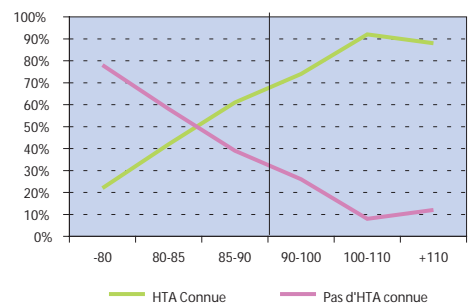
la PAD ayant un intérêt pronostic plus marqué avant 50 ans.

La Pression Artérielle Diastolique (PAD)

13 % des patients ont une pression artérielle diastolique supérieure à 90, ce qui définit l'HTA.



P.A.D. et H.T.A. déclarée

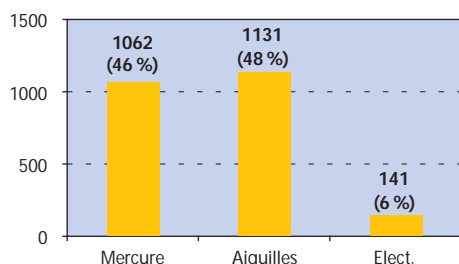


A noter que 26 % des patients avec une PAD entre 90 et 100 ne sont pas reconnus comme hypertendus.

Parmi les patients avec une PAD > 90, 22 % sont déclarés ne pas avoir d'hypertension.

16% des patients ayant une PAS > 150 ne sont pas reconnus comme hypertendus

Les appareils de mesure utilisés



Les appareils électroniques tendent à devenir la norme, et certains sont validés pour l'usage à domicile, en évitant les appareils de poignet. Les appareils au mercure demeurent la référence mais leur usage risque prochainement d'être prohibé en raison de la toxicité du métal. Les appareils à aiguille sont peu précis, le ré-étalonnage régulier est nécessaire mais non réalisé.

La corrélation la meilleure entre les chiffres tensionnels et la morbi-mortalité cardio-vasculaire est obtenue avec la **mesure ambulatoire**, qu'il s'agisse de la MAPA sur 24 heures ou de l'auto-mesure tensionnelle par le patient.

Les problèmes de l'HTA de la blouse blanche sont ainsi contournés.

Les probables 25 % de **traitements inutiles** actuellement supposés pourraient être évités. ●

FRV n°5

L'hyperlipidémie

Dans l'échantillonnage 31 % des patients sont hyperlipidémiques, avec proportion égale d'hommes et de femmes.

Seuls 9 % présentent une hypertriglycéridémie pure.

Le HDL : 9 % des mesures d'HDL recensées sont en dessous du seuil de 0,4. Ce qui constitue en soi un facteur de risque déterminant.

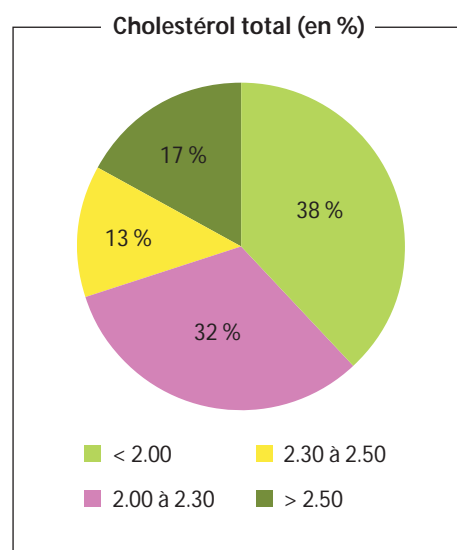
L'hypertriglycéridémie : Hyper TG chez 42 % des dyslipidémiques.

Les traitements :

Parmi les 31% des patients interrogés présentant une dyslipidémie, 52% sont des femmes et 48% sont des hommes.

Les statines sont utilisées dans 39 % des cas. Les règles hygiéno-diététiques dans 31% des cas seulement mais difficultés d'implication du médecin.

Les règles diététiques devraient se trouver en tête des traitements. ●



FRV n°6

L'hérédité

Facteur de risque majeur, sur lequel il n'y a pas de moyen d'action.

Il n'y a pas non plus de moyen de prévention (à venir peut être avec le génie génétique).

Par contre cela doit rendre le médecin et le patient d'autant plus vigilant et actif sur les autres facteurs de risque.

44 % des consultants ont une hérédité soit cardio-vasculaire soit diabétique.

■ La prédominance cardio-vasculaire est nette à 36 % mais si on retient le problème cardio-vasculaire chez un patient **avant l'âge de 50 ans**, seules 28 % des personnes ayant cette hérédité correspondent au critère qui est le facteur de risque actuellement reconnu.

■ L'antécédent familial diabétique est de 13 % soit 5 fois la prévalence du diabète dans la population française. ●

hérédité
28% ont une véritable hérédité cardio-vasculaire

FRV n°7

Le stress

Le stress n'a pas été étudié.

Difficile à quantifier, il serait peut-être à envisager lors d'une prochaine étude : la personnalité de type A, caractérisée par l'hyper-activité, le travail sous pression, le besoin d'être le meilleur, est associée à un doublement du risque vasculaire notamment au niveau cardiaque. ●

FRV n°8

Le diabète

Dans notre échantillon, 11 % sont diabétiques, soit 4 fois plus que la prévalence dans la population générale (2,2 à 3%).

La prévalence évolue selon l'âge :

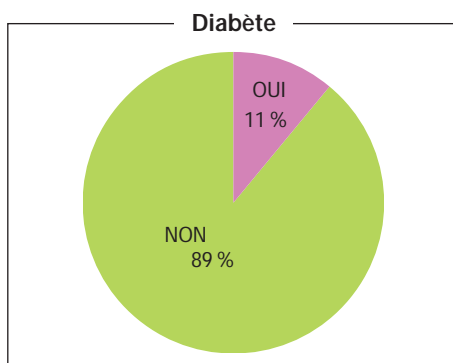
Avant 65 ans :

- au niveau national 2 à 5 %
- 7,6% dans notre échantillon.

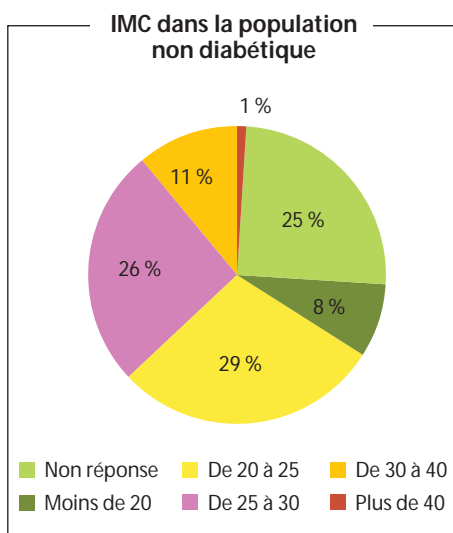
Après 75 ans :

- au niveau national 15 à 20 %
- 15,7% dans notre échantillon.

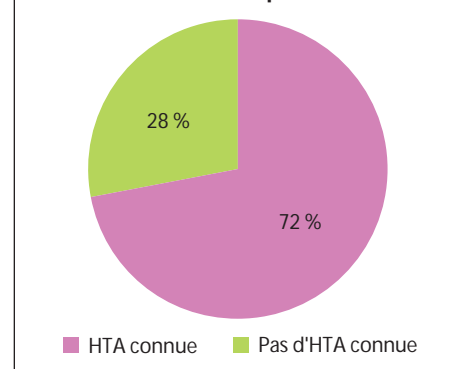
Aucune prévention du diabète n'est connue, par contre la prévention des FRV associés doit être renforcée.



24 % des patients diabétiques sont en surcharge, 39 % sont obèses donc... **63 % doivent maigrir.**

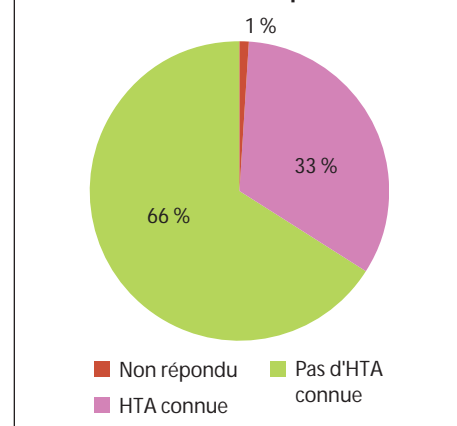


HTA connue dans la population diabétique



On retrouve 72 % d'hypertendus chez les diabétiques alors qu'ils sont 33 % chez les non diabétiques.

HTA connue dans la population non diabétique



L'étude UKPDS (Lancet 1998) la plus grande et la plus longue étude (30 années) chez le diabétique, a montré que :

La réduction de 10 mm de Hg de la pression systolique :

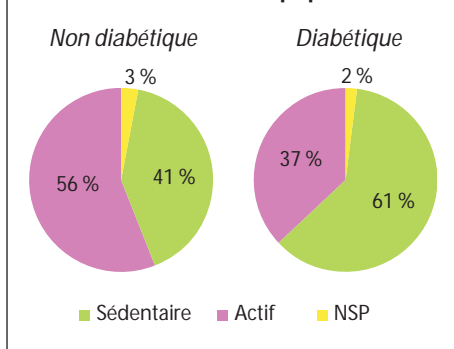
- diminuait l'infarctus de 21 %
- diminuait les AVC de 44 %
- diminuait la micro angiopathie de 37 %

La baisse de 0,9 % de l'hémoglobine glyquée :

- diminue la mortalité de 10%
- diminue l'infarctus de 16%
- diminue la micro albuminurie de 33%
- diminue l'ensemble des évènements morbides de 12%.

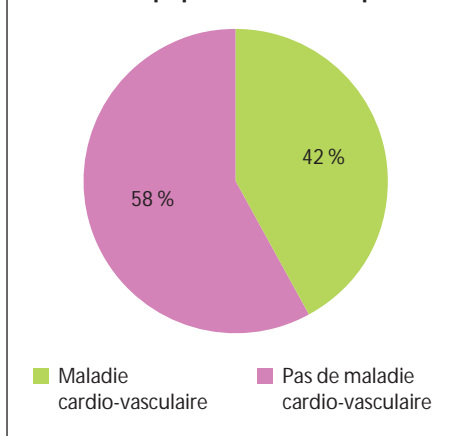
Ne serait-il pas plus logique de rembourser l'auto-tensiomètre plutôt que le glucomètre ?

Sédentarité dans la population



61 % de la population diabétique est sédentaire contre 41 % dans la population non diabétique.

Maladie cardio-vasculaire dans la population diabétique



La prévention du diabète n'existe pas. Par contre, la prévention des FRV associés doit être renforcée et les conduites à risque prévenues, « ...éviter le gros qui ne bouge pas...! » ●

Caractéristiques de notre échantillon :

- forte représentation **féminine**.
- forte consommation des hypertendus.
- très forte consommation des **diabétiques** qui absorbent 2% du budget de la sécurité sociale. Pourtant, on estime que 500.000 à 800.000 diabétiques ne sont ni connus, ni suivis, ni traités.
- parc encore très important des **appareils à tension à aiguilles**, qui ne sont pourtant pas la référence.
- **médiocre équilibre tensionnel** de la population générale.

La fréquence des FRV dans l'échantillon bourguignon est la suivante :

- forte prévalence de **l'obésité** et de la surcharge pondérale : 60 % de surpoids dont 20 % d'obèses.
- prévalence moins nette de la **sédentarité**, malgré sa prééminence, mais non corroborée par la surcharge pondérale ; beaucoup de patient surévaluent leur activité physique. Seulement 40 % se définissent comme sédentaires.
- proportion élevée **d'hypertendus** dans l'échantillonnage (38%) témoi-

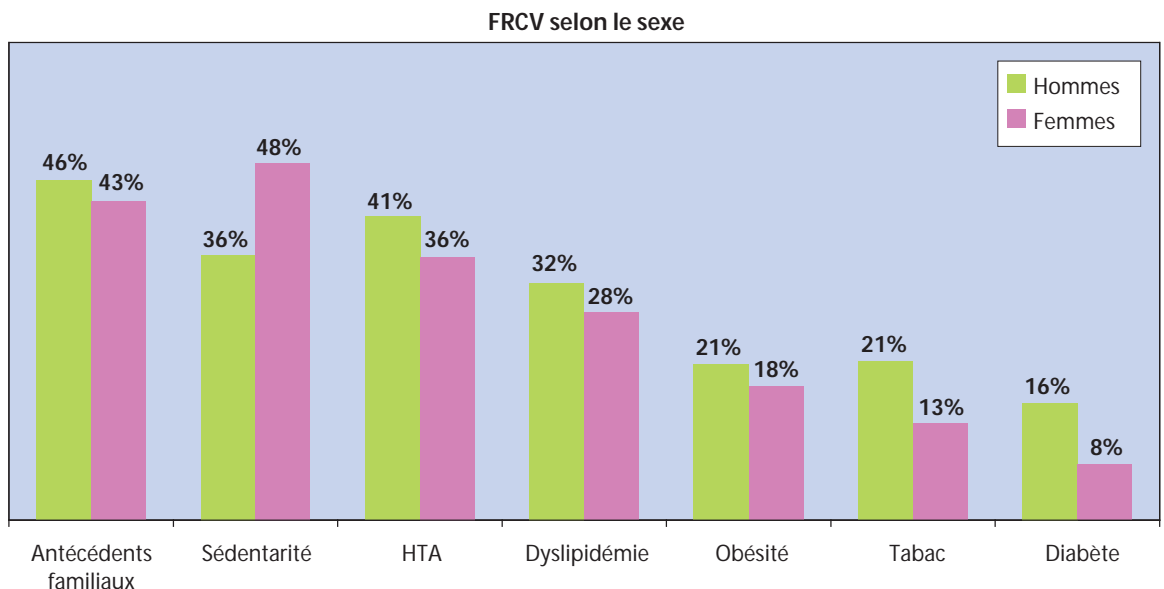
gnant de ce motif majeur de consultation, et par ailleurs constatation du nombre relativement important d'hypertendus non encore équilibrés et non reconnus.

- proportion élevée de **diabétiques**, 4 à 5 fois plus forte que la prévalence dans le pays.
- **tabagisme** variant selon l'âge :
20% chez les 13-18 ans
40% chez les 18-40 ans
25% chez les 40-50 ans
décroissance régulière selon l'âge.
- fréquence des **dyslipidémies**, constituant également un motif fréquent de consultation.
Pour 30% des personnes, le statut lipidique n'est pas connu. ●

L'homme
semble surtout
s'imaginer
non sédentaire

Cumul des FRCV

L'homme domine dans tous les Facteurs de Risque Vasculaires sauf dans la sédentarité.



En synthèse

Les messages à faire passer sont à orienter vers deux populations

Le patient

Un message à faire passer dès l'enfance :

> Lutter contre la SÉDENTARITÉ

- TERMINÉES les dispenses de gymnastique !
- MODERATO sur les écrans (télévision, consoles mais également ordinateur...)

> Lutter contre la SURCHARGE PONDÉRALE

- manger des fruits et des légumes
- manger lentement
- ne pas grignoter
- ne pas sauter de repas
- éviter fritures et panures

> Lutter contre le TABAC en ciblant

- les 12-16 ans
- les 20 à 40 ans

> Promouvoir L'AUTO MESURE TENSIONNELLE

chez l'hypertendu pour améliorer l'observance.

> Etre conscient de son HÉRÉDITÉ

- pour l'HTA et le diabète de type 2
- pour les maladies vasculaires en général
- il faut alerter les patients sur les autres FRV (car une prévention peut être réalisée)

> Connaître son statut glycémique en cas de surcharge pondérale ou de diabète familial

> Connaître son statut lipidique à partir de 30 ans ou s'il y a un problème sévère dans la famille

> INFORMER à grande échelle

- campagnes d'informations à travers les médias professionnels ou grand-public
- campagnes de l'Assurance Maladie
- messages de prévention de la part du médecin de famille

200 millions
de diabétiques
dans le monde

+3%
chaque
année

333 millions
prévus en 2025

Le médecin traitant

Faire apparaître l'IMC (rapport du poids divisé par la taille du carré) dans chaque dossier médical. Cette notion statistique devrait être améliorée par la prise du **périmètre abdominal**, facteur de risque plus personnel dont la fiabilité se précise.

Il fait partie des critères diagnostic du "Syndrome Métabolique", facteur de risque vasculaire majeur d'identification récente en France, mais classique aux USA.

Adapter le parc des tensiomètres en développant les appareils électroniques validés.

Utiliser de manière intensive l'**indice de COCKROFT**, qui devrait apparaître dans chaque dossier, cela facilité par un logiciel ou par une réglette comme cela existe déjà. Certains laboratoires d'analyses le fournissent depuis peu.

Age
IMC + Périmètre Abdominal
Creatinine + Cockroft

Insister à chaque consultation sur les **règles préventives et curatives** : exercice physique, alimentation équilibrée, surveillance du poids, arrêt du tabac ...

Être plus exigeant sur les CIBLES à atteindre dans le traitement de l'HTA chez le tout venant, mais encore plus chez le diabétique et l'insuffisant rénal. Ne pas hésiter à recourir à la MAPA ou à l'auto mesure en cas de doute.

> Connaître le STATUT LIPIDIQUE de ses patients de plus de 30 ans

Ne pas hésiter à **RÉFÉRER** le patient aux **spécialistes concernés** (néphrologue, endocrinologue, cardiologue ou ophtalmologue).

> Cerner le CUMUL DES FACTEURS DE RISQUES

Une notion qui doit inciter à inverser le raisonnement : ce patient, devant moi, a de nombreux FRV, il est donc considéré, JUSQU'À PREUVE DU CONTRAIRE, comme atteint d'une maladie vasculaire, coronarienne notamment.

Pour matérialiser cette notion de cumul de facteurs de risques vasculaires, nous vous proposons, **ci joint, le tableau d'évaluation du risque de mortalité cardio-vasculaire** qui vous permettra d'appréhender votre patient de manière globale sans se focaliser sur un facteur plus marquant.

Bibliographie

"Prevention of coronary Heart Disease in clinical practice"
Oct. 1994 : European Heart Journal and Atherosclerosis.
Eur. Heart Journal 2003
24 ; 987-2003
Pour en savoir plus :
www.escardio.org