

## Les facteurs de risque d'après les recommandations HAS et AFSSAPS

### Facteurs de risque **NON MODIFIABLES**

- **Age**

Homme  $\geq$  50 ans  
Femme  $\geq$  60 ans

- **Antécédents familiaux**

**Infarctus du myocarde (IDM) ou mort subite :**  
< 55 ans chez le père ou un parent du 1<sup>er</sup> degré de sexe masculin  
< 65 ans chez la mère ou un parent du 1<sup>er</sup> degré de sexe féminin  
**AVC précoce, < 45 ans**

### Facteurs de risque **MODIFIABLES**

- **Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans**

Proposer le « conseil minimal » d'aide à l'arrêt du tabac

→ à votre disposition pour votre patient

- . Liste des consultations anti-tabac (site de l'Office de prévention du tabagisme [www.ofp-asso.fr](http://www.ofp-asso.fr))
- . Tabac Info Service : 0825 309 310 ou [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)
- . Documents INPES « Ouvrons le dialogue »

NB : l'Assurance Maladie rembourse les traitements d'aide à l'arrêt du tabac, pour un montant maximum de 50 €/an par bénéficiaire.

- **Diabète traité ou non traité**

Glycémie supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises (cf. sujet à haut risque au verso).

- **Hypertension artérielle permanente traitée ou non traitée**

**PAS  $\geq$  140 mmHg et/ou PAD  $\geq$  90 mmHg, mesurées au cabinet médical :**

- confirmées au minimum par 2 mesures par consultation, le chiffre de PA retenu étant la moyenne des mesures effectuées,
- au cours de 3 consultations successives,
- sur une période de 3 à 6 mois.

En cas de PA  $\geq$  180/110 mmHg, il est recommandé de confirmer l'HTA par 2 mesures par consultation, au cours de 2 consultations rapprochées (cf. sujet à haut risque au verso).

- **Dyslipidémie**

**LDL cholestérol  $\geq$  1,60 g/l (4,1 mmol/l) et/ou HDL cholestérol  $\leq$  0,40 g/l (1 mmol/l)**

- Exploration d'une anomalie lipidique (EAL), réalisée après 12 heures de jeûne.
- A réaliser tous les 5 ans, sauf changement des habitudes alimentaires, intervention médicamenteuse spécifique, augmentation de poids ou événement cardiovasculaire.

NB : Facteur protecteur HDL cholestérol  $\geq$  0,60 g/l (1,6 mmol/l)

### Autres éléments **À PRENDRE EN COMPTE**

- **Obésité abdominale ou obésité**

**Obésité abdominale : périmètre abdominal > 102 cm chez l'homme et > 88 cm chez la femme**

**Obésité : IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>**

La mesure du périmètre abdominal est effectuée au moyen d'un mètre-ruban positionné à mi-chemin entre la dernière côte et le sommet des crêtes iliaques.

→ à votre disposition pour votre patient document INPES « La santé vient en mangeant »

- **Sédentarité**

**Absence d'activité physique régulière**

L'activité physique régulière équivaut à 30 minutes de marche, 3 fois par semaine

→ à votre disposition pour votre patient document INPES « La santé vient en bougeant »

- **Consommation excessive d'alcool**

Homme > 3 verres de vin/jour

Femme > 2 verres de vin/jour

En complément, d'autres brochures sont disponibles sur le site de la Fédération française de cardiologie : [www.fedecardio.com](http://www.fedecardio.com)

## Sujet à haut risque d'après les recommandations HAS et AFSSAPS

### En prévention primaire

#### • Patient ayant un risque :

- de décès par un événement cardiovasculaire > 5% (table SCORE)

OU

- de survenue d'un événement coronaire dans les 10 ans > 20% (calculé à partir d'une équation de risque)\*

#### • Patient hypertendu à haut risque cardiovasculaire

- HTA sévère : PAS  $\geq$  180 mmHg et/ou PAD  $\geq$  110 mmHg
- HTA et au moins une des atteintes des organes cibles suivantes :
  - . HVG électrocardiographique (de type systolique surtout)
  - ou échocardiographique (de type concentrique essentiellement)
  - . Microalbuminurie de 30 - 300mg/24 h
- HTA et au moins trois facteurs de risque associés
- HTA et diabète

#### • Patient atteint d'un diabète de type 2 évoluant depuis 10 ans associé au moins à 2 facteurs de risque

Chez le patient diabétique une microalbuminurie > 30 mg/24h est un facteur de risque

### En prévention secondaire

#### • Patient avec maladie cardiovasculaire ou rénale avérée

- Accident ischémique transitoire et accident vasculaire cérébral
- Insuffisance coronarienne (angor stable et instable, revascularisation coronaire, IDM, IDM silencieux documenté)
- Artériopathie périphérique
- Insuffisance rénale définie par un débit de filtration glomérulaire < 60 ml/min (Cockcroft-Gault) ou une protéinurie > 500 mg/j (ou par une albuminurie > 300 mg/24h chez le patient diabétique)

#### Sources :

- \* accessible sur le site ESPER par exemple (<http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/espe/start.do>).
- Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. HAS Actualisation 2005.
- Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (Actualisation), Recommandations de bonnes pratiques, HAS/AFSSAPS, Novembre 2006.
- Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Recommandations, Afssaps Mars 2005.