

ZAPPING MEDICAL #7

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES :
UN DEFI BRULANT

Mardi 20 Mai 2025

ZAPPING MEDICAL #7

PREVENTION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Chloé ARBAULT-BITTON
Mardi 20 Mai 2025

Epidémiologie

Surrisque cardiovasculaire en cas de maladie inflammatoire chronique

	Polyarthrite rhumatoïde	Psoriasis	Spondyloarthrite ankylosante	Lupus érythémateux systémique
Cardiopathie ischémique	+68 %	+70 %	+60 %	x3
Accident vasculaire cérébral	+41 %	+33 %	+20 %	x2
MACE (événements cardiovasculaires majeurs)	+48 %	+43 %	+65 %	x2,7

Epidémiologie

Inflammation systémique
dès le stade précoce



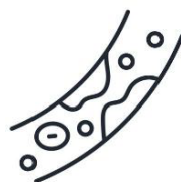
Traitements de la maladie
inflammatoire et
dysimmunitaire



HTA

+40% (surtout chez le jeune)

PR	52-73%
SLE	43-56%
PsO	50-62%



Dyslipidémie

9-18%
9-68%
9-13%



Diabète

7-10%
13%
4-7%



Obésité, Sd métabolique

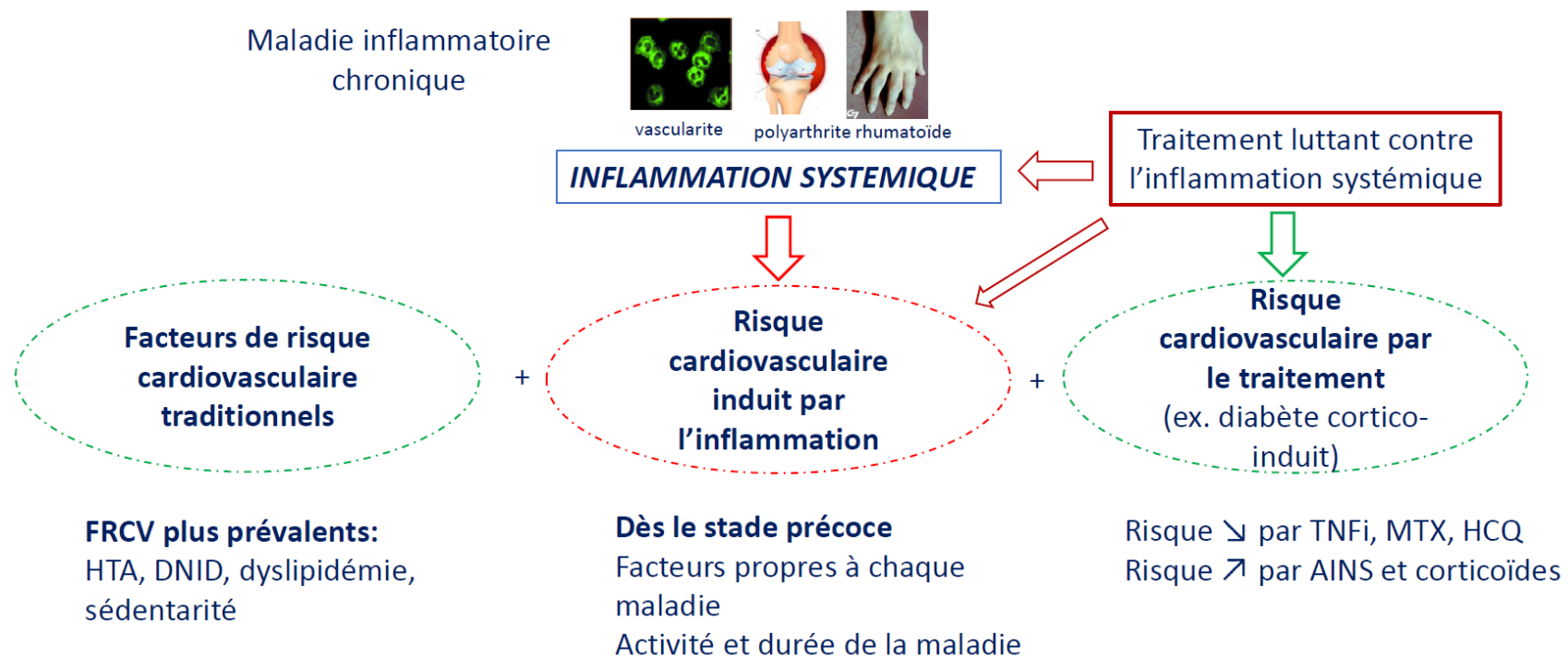
4-34%
4-45%
28-41%

Luo QJ Hum Hypertens. 2022 May 3. doi: 10.1038/s41371-022-00696-8.
 Radner H, et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2017;69:1510-8

Les FRCV sont plus prévalents

Physiopathologie

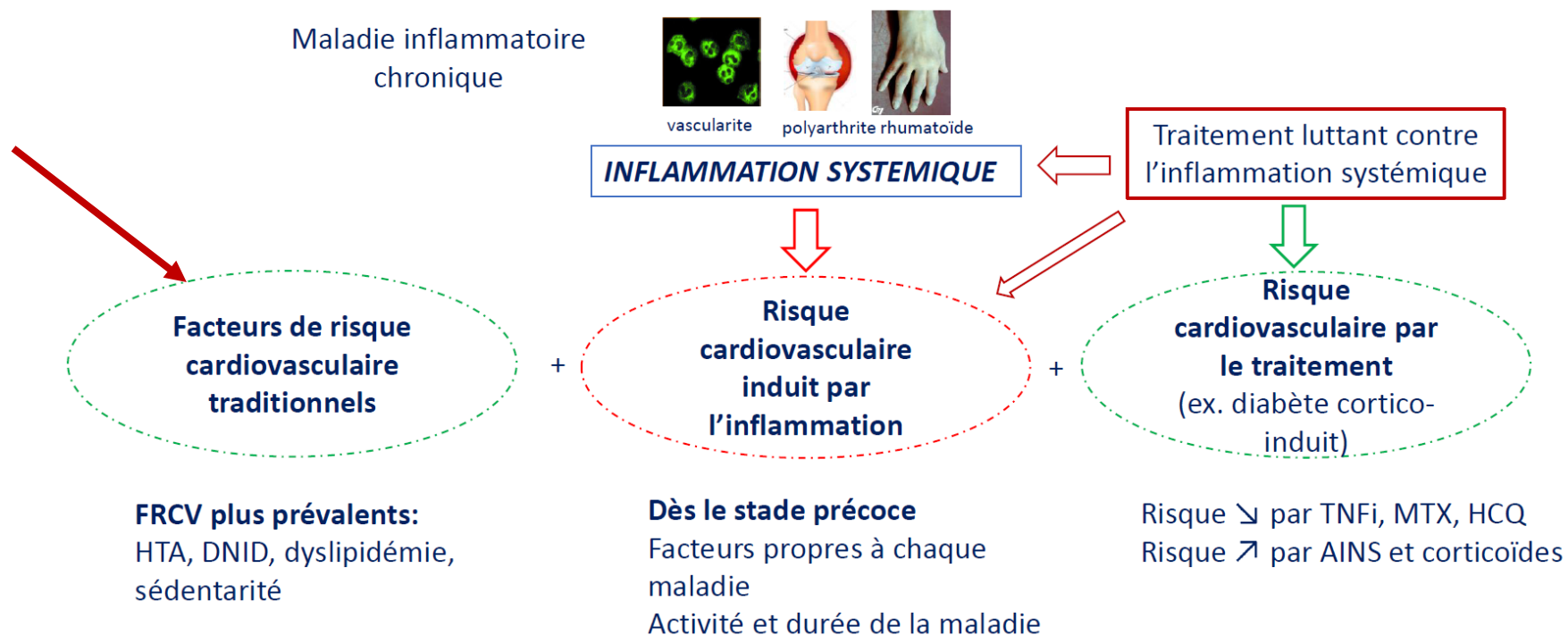
ATHEROSCLEROSE ACCELEREE



Radner, H. et al. *Nat. Rev. Rheumatol.* 10, 252–256 (2014); published online 14 January 2014;

Physiopathologie

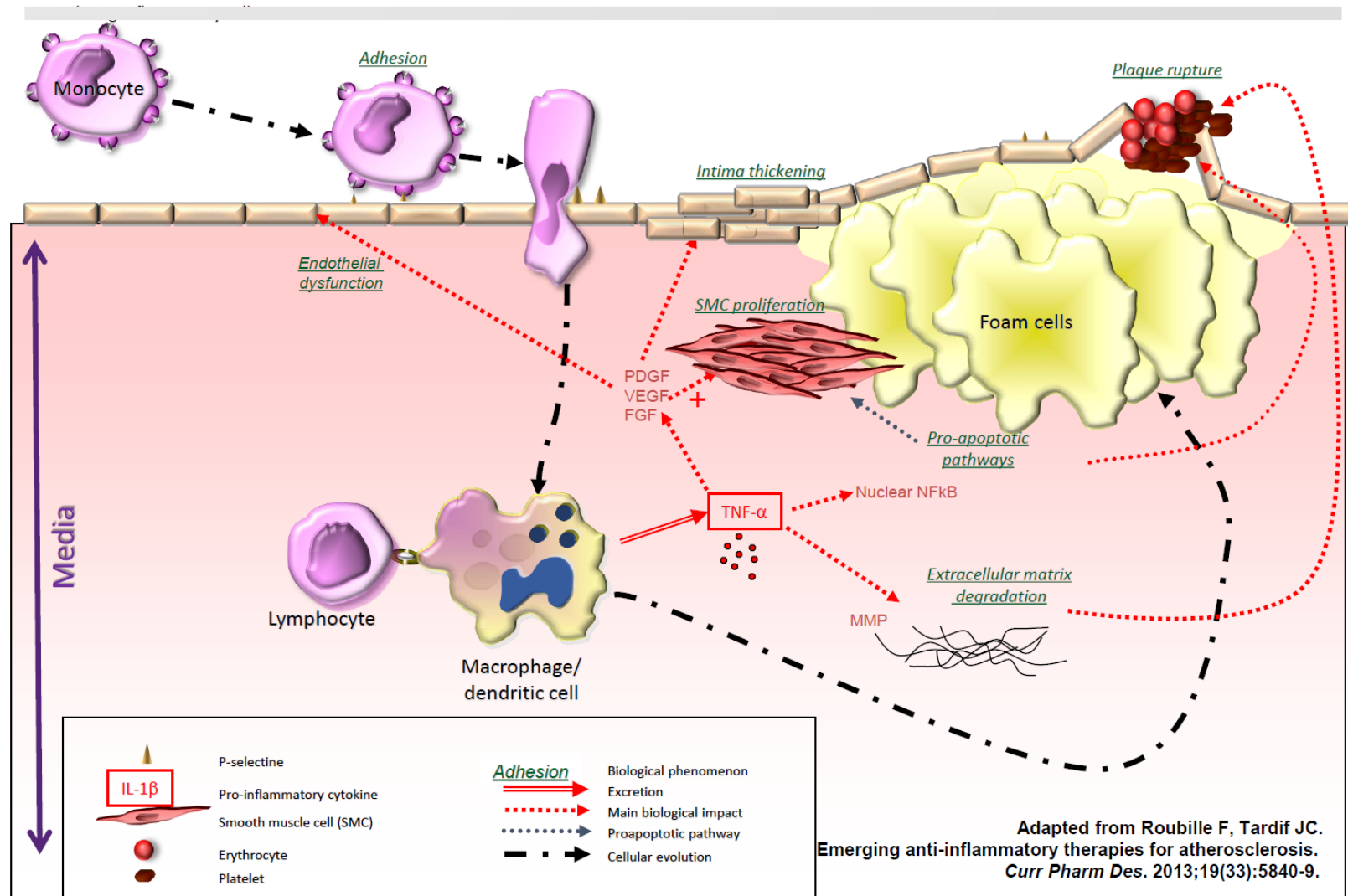
ATHEROSCLEROSE ACCELEREE



Radner, H. et al. *Nat. Rev. Rheumatol.* 10, 252–256 (2014); published online 14 January 2014;

Physiopathologie

L'athérosclérose est au moins en partie une maladie **inflammatoire** ...



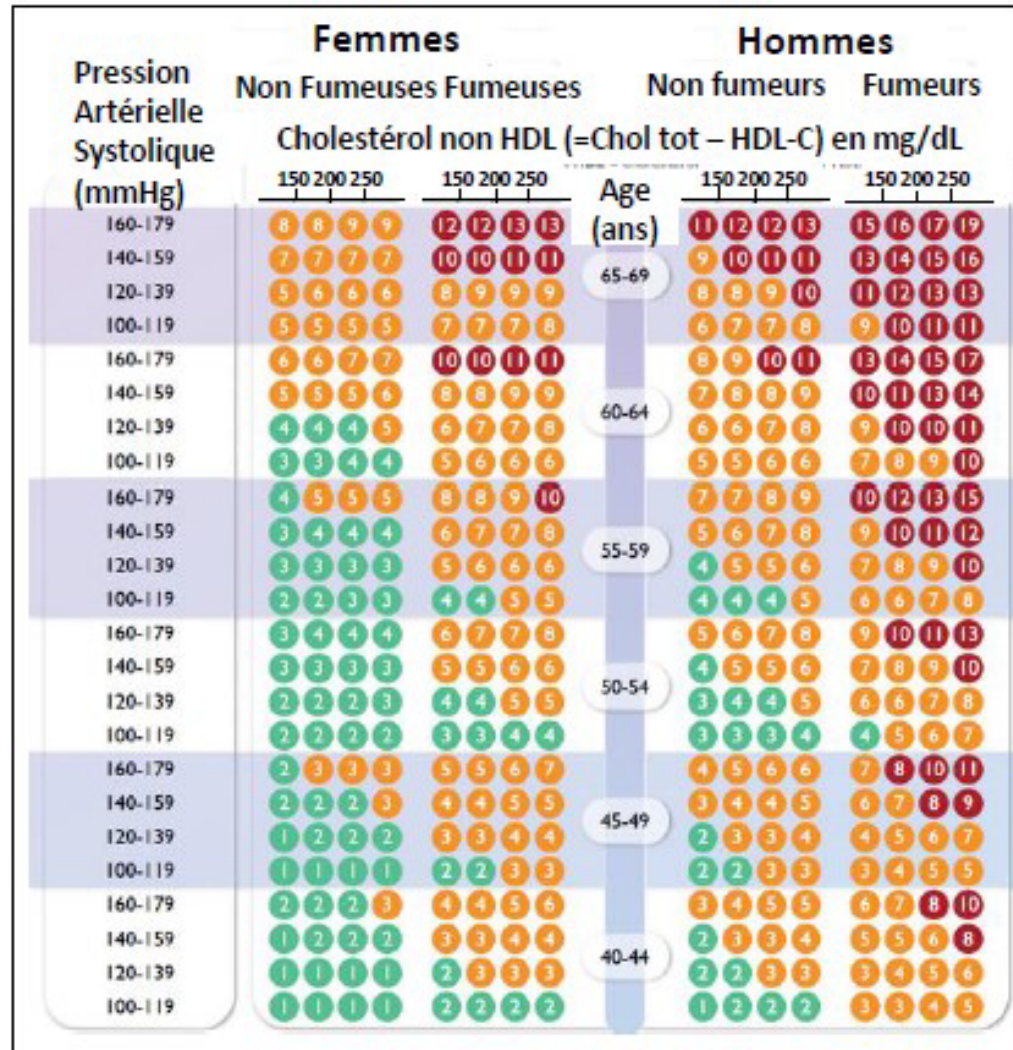
Comment évaluer le risque cardiovasculaire chez ces patients ?

- **Aucun score spécifique validé pour les maladies inflammatoires chroniques**
 - Utilisation par défaut des scores généraux : SCORE2/SCORE2-OP et SCORE2-diabetes
 - Mais risque de sous estimer le RCV
- ⇒ Il est donc crucial de rester **clinicien** :
- Intégrer la présence d'une MIC comme un **facteur aggravant**
 - Adapter les objectifs thérapeutiques en conséquence
 - Être plus **proactif dans la prévention primaire**

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

SCORE2



SCORE2 OP

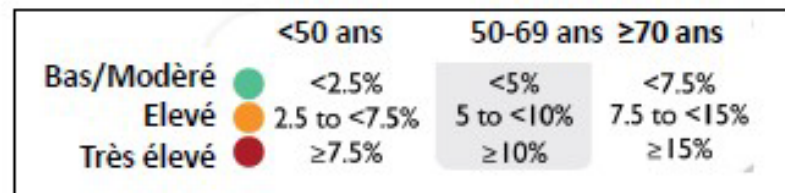
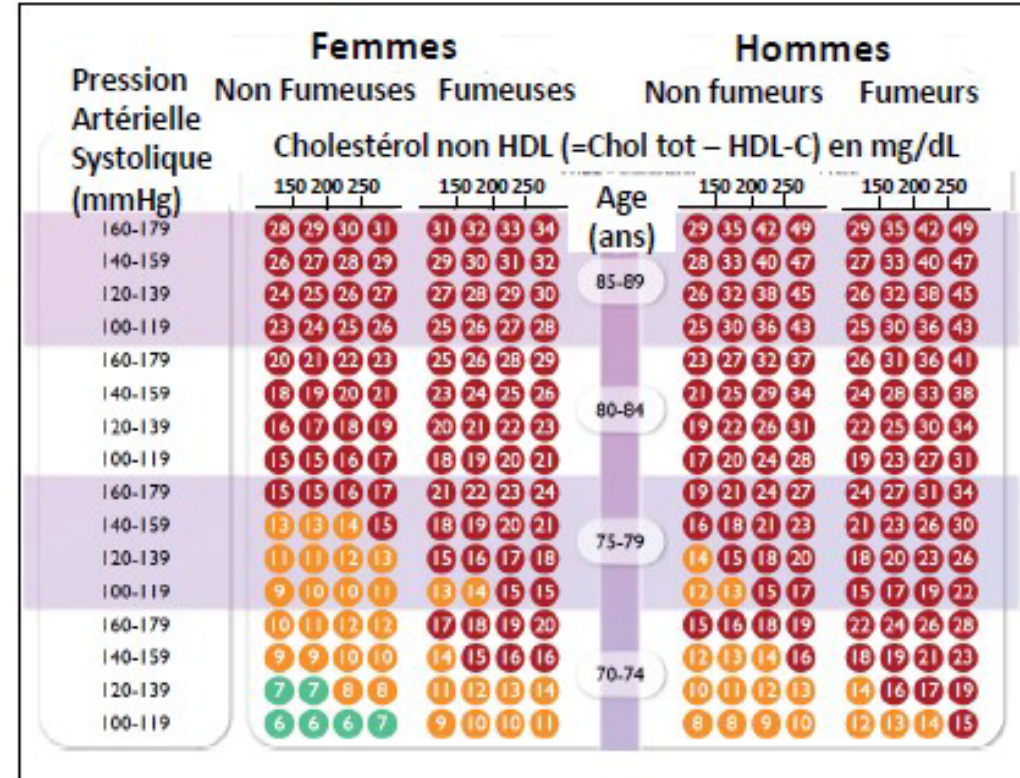


FIGURE 2. Table SCORE2 et SCORE2-OP pour la Belgique

Ces SCORES estiment le risque à 10 ans d'un premier événement cardiovasculaire (fatal et non-fatal). Ils s'appliquent aux personnes en bonne santé apparente sans athérosclérose établie, ni diabète, ni insuffisance rénale chronique, ni hypercholestérolémie familiale. Le SCORE2 s'applique pour les patients âgés entre 40 et 69 ans, tandis que le SCORE2OP pour les patients de plus de 70 ans.

TABEAU 1. Facteurs de risque supplémentaires à tenir compte pour nuancer le risque cardiovasculaire calculé sur base de SCORE2 ou SCORE2-OP


Facteurs de risque supplémentaires	Multiplicateurs que l'on peut utiliser pour nuancer le risque estimé par SCORE2(-OP)
Stress psycho-social	X1.2 à x2
Ethnicité : Asie du Sud	X1.3 pour indien et bangladais et x1.7 pakistanais
Autres pays d'Asie	X1.1
Caraïbe noirs	X0.85
Africains noirs et chinois	X0.7
Précarité sociale	X1.76
BPCO	X2 à x3
Polyarthrite rhumatoïde	X1.5
Maladies inflammatoires intestinales (IBD)	X1.2
Psoriasis ou spondylarthrite ankylosante	(majoré mais sans facteur applicable)
VIH	Dépendant de la charge virale (jusqu'à x2)
Migraines (surtout avec aura)	X2 pour AVC et x1.5 pour maladie coronaire
Syndrome d'apnées du sommeil	(majoré mais sans facteur applicable)
Maladie mentale	(majoré mais sans facteur applicable)
Stéato-hépatite non alcoolique	Multiple facteurs de risque à rechercher

Certains de ces facteurs de risques sont associés à un multiplicateur, par lequel on peut multiplier le score estimé.

Comment évaluer le risque cardiovasculaire chez ces patients ?

- S'aider du score calcique coronaire, doppler TSA et AMI (plaque d'athérome ?)

Dyslipidémie

 **ESC**
European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2021) **42**, 3599–3726
doi:10.1093/eurheartj/ehab368

ESC GUIDELINES

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the **European Society of Cardiology (ESC)**

EVALUATION DES RISQUES	RISQUE TRÈS HAUT	RISQUE HAUT	RISQUE FAIBLE à MODÉRÉ
A. Antécédent de maladie cardiovasculaire	Maladie cardiovasculaire athérosclérotique (MCVAS) clinique ou démontrée par imagerie		
B. Diabète: type 1 (> 40 ans) et type 2 eGFR en ml/min/1,73m ² μAlb, albuminurie en mg/g créatinine	Atteinte d'organe sévère ou multiple eGFR < 45 Ou eGFR 45-59 et μAlb 30-300 Ou Albuminurie > 300 Ou Microangiopathie de 3 sites (μAlb, rétine, nerf)	Tous les patients diabétiques autres que ceux décrits en "risque très haut" ou "risque faible/modéré"	Pas d'atteinte d'organe Diabète récent (< 10 ans) Et bien équilibré, Et sans autre facteur de risque
C. Maladie rénale chronique eGFR en ml/min/1,73m ² μAlb en mg/g créatinine	eGFR < 30 Ou eGFR 30-44 et μAlb > 30	eGFR 30-44 et μAlb < 30 Ou eGFR 45-59 et μAlb 30-300 Ou eGFR ≥ 60 et μAlb > 300	-
D. Dyslipidémie génétique	HF & MCVAS ou un autre facteur de risque majeur	HF sans autres facteurs de risque majeur	-
E. Facteurs de risque isolés	-	PA > 180/110 mmHg ou CT > 310 mg/dl ou LDL-C > 190mg/dl	-
F. Bonne santé apparente ≥ 70 ans (SCORE2-OP) 50-69 ans (SCORE2) < 50 ans (SCORE2)	≥ 15% ≥ 10% ≥ 7,5%	7,5% à < 15% 5% à < 10% 2,5% à < 7,5%	< 7,5% < 5% < 2,5%

1 ^{ère} CIBLE	LDL-C	< 55 mg/dl et ≥ 50% réduction Si récidive dans les 2 ans: < 40mg/dl	< 70 mg/dl et ≥ 50% réduction	< 100 mg/dl
	Cible en 2 étapes	Prévention primaire (F) 1 [°] < 100 mg/dl (classe IIa/IIb) 2 [°] < 55 mg/dl (classe IIa)	Les autres (A,B,C,D) 1 [°] < 70 mg/dl (classe I) 2 [°] < 55 mg/dl (classe I)	Étape 1: < 100 mg/dl Étape 2: < 70 mg/dl
2 ^{ème} CIBLE	Non-HDL-C	< 85 mg/dl	< 100 mg/dl	< 130 mg/dl
	OU ApoB	< 65 mg/dl	< 80 mg/dl	< 100 mg/dl
Intervention		<ol style="list-style-type: none"> 1. Changement de mode de vie ET Statine de haute intensité 2. Ezétimibe (± fibrates (↑TG)) 3. iPCSK9 (anticorps ou siRNA) Acide bempedoïque 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Changement de mode de vie ET Statine de haute intensité 2. Ezétimibe (± fibrates (↑TG)) 3. iPCSK9 (anticorps ou siRNA) Acide bempedoïque 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Changement de mode de vie 2. Statine (étape 2) 3. Ezétimibe 4. ± fibrates (↑ TG) ± acide bempedoïque (intolérant aux statines)

Abréviations. CT: classe I, IIa et IIb : niveau de recommandations pour les cibles (voir texte), cholestérol total; eGFR: fonction glomérulaire estimée; HF: hypercholestérolémie familiale; mAC: anticorps monoclonal; MCVAS: maladie cardiovasculaire athérocléreuse; PA: pression artérielle; si: small interfering.

FIGURE 1. Prise en charge du cholestérol LDL en prévention primaire

L'hypertension artérielle

Diagnostic confirmé par automesure à domicile sur 3 jours/ MAPA

Nouvelle classification de l'ESC 2024 :

- **PA non élevée** : pas de traitement
- **PA élevée** : Traitement si RCV élevé (antécédents CV, IRC, diabète, SCORE-2 élevé (>10%) + MHD
- **HTA confirmée** : traitement antihypertenseur formellement indiqué, immédiatement + MHD

	PA non élevée	Elévation de la PA	HTA
Mesure de consultation	PA < 120 /70 mmHg	PAS : 120-139mmHg PAD : 70-89 mmHg	PA ≥ 140 /90 mmHg
Mesure à domicile	PA < 120 /70 mmHg	PAS : 120-134 mmHg PAD : 70-84 mmHg	PA ≥ 135 /85 mmHg
MAPA sur 24 h	PA < 115 /65 mmHg	PAS : 115-129 mmHg PAD : 65-79 mmHg	PA ≥ 130 /80 mmHg
MAPA diurne	PA < 120 /70 mmHg	PAS : 120-134 mmHg PAD : 70-84 mmHg	PA ≥ 135 /85 mmHg
MAPA nocturne	PA < 110 /60 mmHg	PAS : 110-119 mmHg PAD : 60-69 mmHg	PA ≥ 120 /70 mmHg

Tableau 1 : Définition et classification de l'élévation de la pression artérielle (PA) et de l'hypertension artérielle (HTA)

L'hypertension artérielle

Stratégie thérapeutique :


- **D'emblée : bithérapie fixe** (IEC/ARA2 + inhibiteur calcique ou diurétique)
- **Trithérapie si non contrôlée**

Objectif : **PA 120–129 / 70–79 mmHg**

- Si possible, viser **120 / 70 mmHg**
- Ne pas viser trop bas en cas de : fragilité, hypotension orthostatique, espérance de vie < 3 ans

Hygiène de vie (pour tous les patients) : alimentation type **régime méditerranéen**, sel < 5 g/jour (substituts potassiques si besoin), activité physique régulière adaptée

Prise en charge du diabète



ESC
European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2023) 44, 4043–4140
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad192>

ESC GUIDELINES

2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes

Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC)

Définir le risque cardiovasculaire avec le **SCORE2-Diabetes** en prévention primaire chez le 40-69 pour calculer la cible du LDL-C

<https://www.mdcalc.com/calc/10510/score2-diabetes>

Population	HbA1c cible (≤ X %)
Patiente avec désir de grossesse	6,5
Patiente avec DT2 enceinte	6,5*
DT2 sans comorbidités, espérance de vie > 5 ans	7
Âge ≥ 75 ans en bonne santé	7
IRC modérée (DFG 30–59 mL/min)	7
Espérance de vie < 5 ans	8
Comorbidités sévères	8
Diabète > 10 ans avec hypoglycémies empêchant l'objectif à 7 %	8
Âge ≥ 75 ans fragile	8
IRC sévère ou terminale (DFG ≤ 29 mL/min)	8
Âge ≥ 75 ans dépendant.e et/ou santé très altérée	9

Mesures hygiénodiététiques

- Limitation de la consommation en sel
- Réduction de la surcharge mondiale
- Activité physique au moins 30 minutes 3x/semaine
- Arrêt du tabac
- Régime riche en légumes, en fruits et pauvres, en graisses saturées.

Take Home message

- Les MIC confèrent un surrisque cardiovasculaire
- Pas de score de risque validé prenant en compte les MIC
- Intégrer la présence d'une MIC comme un **facteur aggravant**
- Nécessité d'une prise en charge optimale des FDRCV

Contacts

c.arbaultbitton@hopital-europeen.fr

Secrétariat de consultation de cardiologie :

- pread-c6@hopital-europeen.fr
- 04 13 42 74 71

MERCI POUR VOTRE ATTENTION !