

Définition des facteurs de risque cardio-vasculaire

Age (marqueur de risque)

Si homme ≥ 45 ans
ou Si femme ≥ 55 ans ou ménopausée

Tabagisme

Si le patient fume au moins 1 cigarette par jour

Obésité (ref European Heart Journal, 2003 (24) 1601-1610)

Si $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$

Remarque : la "surcharge pondérale" est définie par $25 \leq IMC < 30$

Obésité abdominale (ref European Heart Journal, 2003 (24) 1601-1610)

En fonction du tour de taille: TT

Si homme avec TT > 102 cm
ou Si femme avec TT > 88 cm

Diabète

Si glycémie le matin à jeun (≥ 8 heures) $> 126 \text{ mg/dL}$

HTA

sans diabète

Si PAS ≥ 140 mmHg
ou Si PAD ≥ 90 mmHg

avec diabète

Si PAS ≥ 140 mmHg
ou Si PAD ≥ 85 mmHg

Dyslipidémie (ref ATP III, Jama, 2001, 285, 19, 2486-97)

Pour sujet à jeun (≥ 12 heures) sans facteurs aggravants majeurs

Si LDLc $\geq 1,60$ g/L et risque absolu coronarien à 10 ans $< 10\%$
ou Si LDLc $\geq 1,30$ g/L et risque absolu coronarien à 10 ans entre 10% et 20%
ou Si LDLc ≥ 1 g/L et risque absolu coronarien à 10 ans $> 20\%$

Pour sujet à jeun (≥ 12 heures) avec au moins un facteur aggravant majeur

Si LDLc ≥ 1 g/L

Remarques: Les 'facteurs aggravants majeurs' sont les facteurs qui potentialisent le LDLc. Critères définissant le patient à haut risque :

1) Les patients ayant des ATC de maladie coronaire (Angor ou Infarctus du myocarde) ou vasculaire avérée cad Anévrisme aortique abdominal Sténose carotidienne symptomatique Maladie artérielle périphérique

2) Diabète de type 2 sans ATC vasculaire mais ayant un haut risque défini par : une atteinte rénale protéinurie $300 \text{ mg}/24\text{h}$ ou clairance inf à 60 ml/min ou au moins deux FR suivant age, ATC familiaux de maladie coronaire précoce tabac HTA traitée ou non HDL chol inf à 0.40 g/l quelque soit le sexe une microalbuminurie sup à $30 \text{ mg}/24\text{h}$

3) Les patients ayant un risque de faire un événement coronarien dans les 10 ans

Autres facteurs de risque cardio-vasculaire

Sédentarité

Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS)

Si le patient est ronfleur d'après lui-même ou son entourage, ou si le score de somnolence d'Epworth est ≥ 10 , un enregistrement (polysomnographie nocturne appelée « CIDELEC ») à la recherche d'un SAS est indiquée.

Le SAS est maintenant un facteur de risque cardiovasculaire bien établi, sa prise en charge par ventilation à pression positive continue a été démontrée comme efficace pour réduire le nombre d'accidents cardiovasculaires chez le coronarien(étude publiée en 2004.*

Le score d'Epworth est un test de somnolence qui prédit le risque de syndrome d'apnées du sommeil si le patient est ronfleur (anormal si > 8).

*Milleron O, Pillière R, Foucher A, Dubourg O et al ; Benefits of sleep apnea treatment in coronary artery disease. A long term follow-up study. Eur Heart J 2004 ;25 :728-734.

Troubles respiratoires obstructifs :

Mesure par débitmètre portables électroniques du rapport de Tiffeneau reflété par le VEMS/VEMS6 (anormal si $< 70\%$). Ce rapport appelé également PIKO 6, peut être mesuré par de petits appareils électroniques portatifs au cabinet du médecin.

Il est le témoin d'une obstruction bronchique et a été rapporté dans une étude récente (Circulation 2003) comme un probable facteur de risque cardio-vasculaire indépendant.