

RISQUE CARDIOVASCULAIRE ET METABOLIQUE

RAPPEL DEFINITIONS

Hyperlipidémie

		g/L	mmol/L
Triglycérides		< 2	< 2.2
Cholestérol Total		< 2	< 5.2
LDL C	Avec FDR	< 1.3	3.4
	Sans FDR	< 1.6	4.1
HDL C	Femme	> 0.5	1.3
	Homme	> 0.4	1.0

Diabète

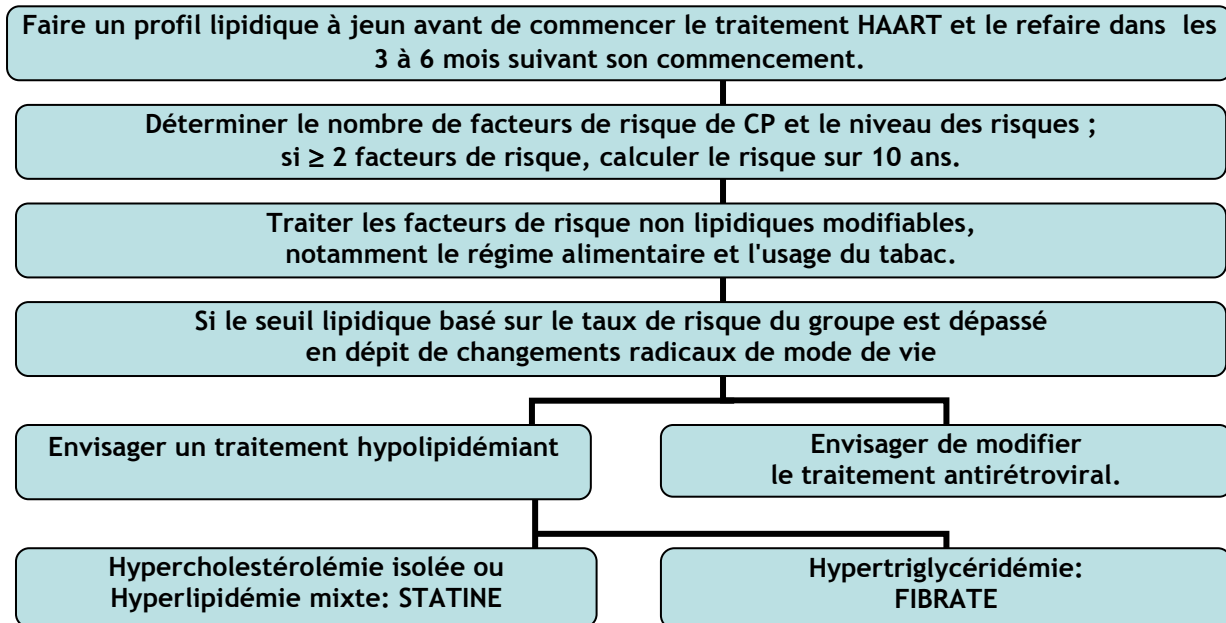
Diabète	Glycémie à jeun (12h) > 7 mmol/L <u>et/ou</u> glycémie postcharge (75g) à 2h > 11mmol/L
Intolérance au glucose	Glycémie à jeun (12h) < 7 mmol/l <u>et/ou</u> glycémie postcharge (75g) à 2h : 7.8-11mmol/L
Hyperglycémie à jeun	Glycémie à jeun (12h) : 6.1 - 7 mmol/L <u>et/ou</u> glycémie postcharge (75g) à 2h < 7.8 mmol/l
Hyperinsulinisme	Insulinémie à jeun > 15mU/l <u>ou</u> insulinémie postcharge > 52.5mU:L (F) ou > 72mU/l (H) Indice de HOMA > 3.5

Syndrome métabolique

NCEP-ATP-III 2005 (Grundy SM et al, Circulation 2005)	International Diabetes Federation (Alberti KG et al, Lancet 2005)
<p>Présence de 3 des 5 critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obésité abdominale TT ≥ 102 cm H (94cm) TT ≥ 88 cm F (80 cm) • Hyper TG ≥ 1,5 g/L (1,7 mM) • HDL-Chol bas < 0,4 g/L H < 0,5 g/L F • PA ≥ 130 / ≥ 85 mm Hg • Hyperglycémie à jeun ≥ 1 g/L (5,6 mM) 	<p>Obésité abdominale TT ≥ 94 cm H TT ≥ 80 cm F (Europe)</p> <hr/> <p>+ 2 des 4 critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyper TG > 1,5 g/L (1,7 mM) • HDL-Chol bas < 0,4 g/L H < 0,5 g/L F • PA ≥ 130 / ≥ 85 mm Hg • Hyperglycémie à jeun ≥ 1 g/L (5,6 mM)

CONDUITE A TENIR AVEC LES PATIENTS VIH+

CONSEILS GENERAUX POUR LA GESTION DES TROUBLES LIPIDIQUES



Dubé MP, et al. Clin Infect Dis. 2003; 37:613-627.

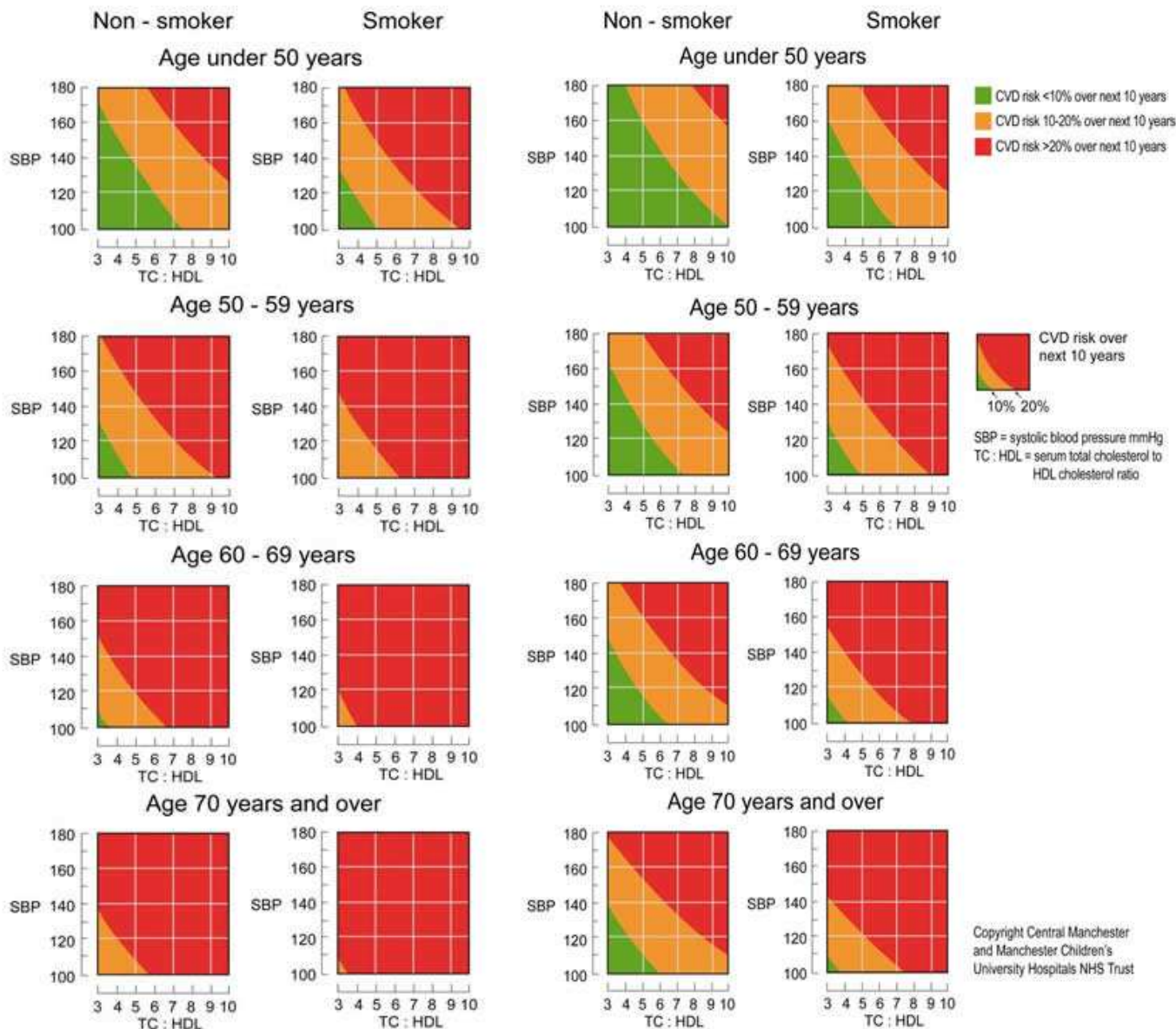
FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES (AFSSAPS 2005)

- **Age**
 - Homme de 50 ans ou plus
 - Femme de 60 ans ou plus ou ménopausée
- **Antécédents familiaux de la maladie coronaire précoce**
 - IDM ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou parent de premier degré de sexe masculin
 - IDM ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou parent de premier degré de sexe féminin
- **Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans**
- **Hypertension artérielle permanente traitée ou non**
- **Diabète sucré**
- **HDL cholestérol inférieur à 0.40g/l(1mmol/l)**
- **Facteur protecteur :**
 - HDL cholestérol supérieur à 0.60g/L (1, 5mmol/l). Soustraire alors un risque au score de niveau de risque

EVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Nondiabetic Men

Nondiabetic Women



Envisager de modifier le traitement ARV pour un meilleur profil de tolérance

ARV en cours	Proposition de remplacement
ddl, AZT, D4T	Tenofovir ou abacavir associé à FTC ou 3TC
IP/r en biprise associé à 2INTI	IP/r : atazanavir/r (ou) darunavir/r (en monoprise si nadir CD4 > 200 et CV indétectable depuis 6 mois)
2INTI + IP/r	2INTI + efavirenz ou nevirapine

Encourager un changement de mode de vie

- **Activité physique** régulière et soutenue (favoriser les sports d'endurance comme la marche) 30 minutes, 3 fois/semaine, ou 45 minutes deux fois par semaine
- **Régime nutritionnel** :
 - Diminuer alcool, boissons sucrées (indice glycémique élevé)
 - Diminuer les graisses animales saturées (beurre, œuf, fromages, charcuterie)
 - Favoriser graisses polyinsaturées (poisson).
- **Arrêt du tabac** (tabac-info-service.fr)

Recommandations pour le choix du traitement hypolipémiant chez le PVVIH

Anomalies lipidiques	1 ^e intention	2 ^e intention
Élévation isolée du LDL cholestérol	Statine	Fibrate
Hyperlipidémie mixte	Statine ou Fibrate	Si échec Fibrate : associer statine
Hypertriglycéridémie isolée	Fibrate	Statine

Statine :

- pravastatine : 20mg/j - 40mg/j
- rosuvastatine : 5- 10 mg/j

Fibrate :

- fenofibrate LP 200mg/j

Seuils d'intervention thérapeutique selon les valeurs de LDL cholestérol

Tout patient infecté par le VIH doit avoir un LDL-c < 1,9 g/L, puis en fonction des autres facteurs de risque, l'objectif de LDL-c diminue. Cet objectif de valeur de LDL-c doit être atteint préférentiellement par les interventions hygiéno-diététiques et la modification du traitement antirétroviral.

Adaptation proposée des recommandations AFSSAPS pour la prise en charge du LDLc chez le patient VIH+

Niveau du risque	Facteur de risque	Objectif de LDLc à atteindre
Patient à risque intermédiaire	- Infection à VIH - sans aucun autre FDR	LDLc < 1,9 g/L (< 4,9 mM/L)
Patient à risque intermédiaire	- Infection à VIH - avec 1 FDR	LDLc < 1,6 g/L (< 4,1 mM/L)
Patient à risque intermédiaire	- Infection à VIH - > 2 FDR	LDLc < 1,3 g/L (< 3,4 mM/L)
Patient à haut risque : Risque de survenue d'un événement coronarien dans les 10 ans > 20 %	- Antécédents cardio-vasculaires avérés* - Diabète de type 2 à haut risque	LDLc < 1,0 g/L (< 2,6 mM/L)

*antécédents coronaires (angor stable et instable, revascularisation, IDM, IDM silencieux documenté),
- accident vasculaire cérébral ischémique
- artériopathie oblitérante des membres inférieurs à partir du stade II

➤ Intervention diététique

La prise en charge diététique est de règle dès que le taux de LDL Cholestérol excède

- 1.60 g/L (4.2 mmol/L)
- 1.30 g/L (3.4 mmol/L) pour les sujets ayant au moins deux autres facteurs de risque ou ayant une maladie coronaire

➤ Intervention médicamenteuse

Prévention primaire

	LDL C en g/L (mmol/L)
- Sujet sans autre FDR	> 2.20 (5.7)
- Sujet ayant 1 FRD	> 1.90 (4.9)
- Sujet ayant 2 FDR	> 1.60 (4.1)
- Sujet ayant plus de 2 FDR	> 1.30 (3.4)

Prévention secondaire

- Sujet ayant une maladie coronaire ou risque équivalent > 1

Proposition de niveaux d'intervention pour l'Hypertriglycéridémie

Triglycérides	Action
<2g/l	Pas de traitement
2-4 g/l	Mesures diététiques
4 g/l	Fibrates