



## LA MALADIE CORONARIENNE ET LA VASCULOPATHIE PÉRIPHÉRIQUE

### LE DÉPISTAGE DES VASCULOPATHIES PÉRIPHÉRIQUES (VPP)

Référence : Abramson B, Huckell V, et al. Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference: Peripheral arterial disease. *Can J Cardiol.* 2005;21(12): 997-1006<sup>28</sup>.

#### Faire un dépistage annuel des VPP chez les populations de patients suivantes :

Hommes âgés de  $\geq 40$  ans. Femmes ménopausées ou âgées de  $\geq 50$  ans. Patients présentant un facteur de risque de MCV reconnu

#### Éléments essentiels du dépistage

- Administration du questionnaire d'Édimbourg pour le dépistage de la claudication (présenté ci-dessous).
- Examen physique axé sur la recherche d'un souffle fémoral et la palpation du pouls pédiex.

Mesurer l'indice achillo-brachial (IAB) :  
 $\Sigma$  si l'on soupçonne une claudication artérielle;  
 $\Sigma$  chez les patients asymptomatiques, en présence d'un souffle fémoral ou de pouls périphériques faibles.

Envisager la mesure de l'IAB chez les patients asymptomatiques qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque suivants :

- tabagisme
- diabète
- antécédents familiaux de VPP, de maladie coronarienne ou d'AVC
- dyslipidémie
- hypertension

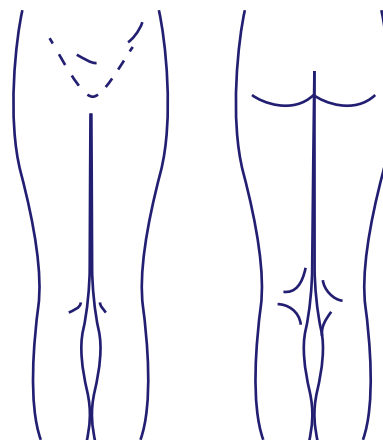
Un IAB  $< 0,9$  est un critère diagnostique de VPP.  
 Un IAB  $< 0,4$  est associé à une VPP grave.

Faire une évaluation exhaustive des facteurs de risque et envisager de référer le patient à un angiologue, s'il est nécessaire de lui faire passer des examens complémentaires, notamment une angiographie par résonance magnétique (ARM) ou une angiographie par tomographie assistée par ordinateur (TAC), pour confirmer le diagnostic. Les interventions de revascularisation ne sont à envisager que chez les patients qui présentent une claudication très invalidante.

#### Questionnaire d'Édimbourg pour le dépistage de la claudication (Edinburgh Claudication Questionnaire)

\* On ne pourra poser un diagnostic positif de claudication que si le patient répond aux questions de la façon suivante (voir la colonne « Réponse attendue »).

Questions	Réponse attendue
1. Ressentez-vous un malaise ou de la douleur aux jambes lorsque vous marchez? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Incapable de marcher • Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes :	Oui
2. La douleur se fait-elle sentir même lorsque vous êtes debout ou assis?	Non
3. Ressentez-vous de la douleur lorsque vous marchez rapidement ou lorsque vous montez une pente?	Oui
4. Ressentez-vous de la douleur lorsque vous marchez à un rythme normal sur un terrain plat?	Oui
5. Que se passe-t-il lorsque vous restez immobile? • La douleur persiste habituellement pendant plus de 10 minutes. • La douleur disparaît habituellement en moins de 10 minutes.	Non Oui
6. Où le malaise ou la douleur se font-ils sentir exactement? • Veuillez indiquer à l'aide d'une croix (X) où se situent le ou les sièges de la douleur sur la figure ci-contre.	





## LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CORONARIENNES ET DES VASCULOPATHIES PÉRIPHÉRIQUES

Références : D'après Smith S, Allan J, Blair S, et al. AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update: Endorsed by the National, Heart, Lung, Blood Institute. *Circulation*. 2006; 113:2363-2372<sup>27</sup>.

Abramson B, Huckell V, et al. Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference: Peripheral arterial disease. *Can J Cardiol*. 2005;21(12): 997-1006<sup>28</sup>.

Facteur de risque	Objectif/valeur cible	Intervention
Tabagisme	Abandon du tabac	<p><b>Consulter les lignes directrices sur l'abandon du tabac (voir page 29)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>S'informer</b> de la consommation de tabac des fumeurs à chaque consultation.</li> <li>• <b>Recommander</b> aux fumeurs de cesser de fumer et informer ceux qui sont atteints d'une VPP ou d'une maladie coronarienne des risques auxquels ils s'exposent en fumant.</li> </ul> <p><b>« Pour améliorer votre santé cardiaque, le plus important, c'est de cesser de fumer. »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Évaluer</b> dans quelle mesure les fumeurs sont prêts à cesser de fumer.</li> <li>• <b>Aider</b> les fumeurs en leur prodiguant des conseils et en leur prescrivant un traitement pharmacologique (se reporter aux recommandations sur l'abandon du tabac).</li> <li>• <b>Assurer</b> un suivi et orienter les fumeurs vers des programmes spécialisés ou communautaires.</li> <li>• Recommander vivement aux fumeurs d'éviter de s'exposer à la fumée secondaire, que ce soit au travail ou à la maison.</li> </ul>
Sédentarité	De 30 à 60 minutes, de 4 à 7 jours par semaine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inciter le patient à faire des exercices d'aérobic d'intensité modérée, tels que la marche rythmée, pendant 30 à 60 minutes presque tous les jours de la semaine, et parallèlement, à mener une vie plus active.</li> <li>• Inciter le patient à faire des exercices d'endurance deux fois par semaine.</li> <li>• Orienter le patient vers un programme de réadaptation cardiaque s'il vient de subir un accident CV ou vers un programme Corps à cœur, dans le cas contraire.</li> </ul>
Excès de poids	<p>Poids à atteindre : IMC : 18,5 à 24,9 kg/m<sup>2</sup></p> <p>Tour de taille : ≤88 cm (35 po) chez la femme, et ≤102 cm (40 po) chez l'homme</p> <p>Pour commencer, viser une perte de poids équivalente à 5 à 10 % du poids corporel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesurer l'IMC et/ou le tour de la taille (les directives pour mesurer correctement le tour de taille sont à l'annexe B).</li> <li>• Discuter des problèmes liés à l'excès de poids avec les patients dont l'IMC et le tour de taille ne se situent pas dans la plage de valeurs normales.</li> <li>• Encourager le patient à trouver le juste équilibre entre dépenses énergétiques (activité physique) et apport calorique en vue de stabiliser son poids ou de perdre du poids, selon le cas.</li> <li>• Diriger le patient vers des programmes de thérapie comportementale, s'il y a lieu.</li> <li>• Se reporter aux recommandations particulières sur l'obésité/l'excès de poids à la page 43.</li> </ul>
Hypertension	TA < 140/90 mmHg ou TA < 130/80 mmHg si le patient est atteint de diabète ou d'une néphropathie chronique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesurer la tension artérielle tous les trois à six mois.</li> <li>• Vérifier que le patient sait à combien s'élève sa tension artérielle et qu'il connaît les cibles tensionnelles.</li> <li>• Inciter le patient à corriger son mode de vie ou, s'il le fait déjà, à persévérer dans cette voie (voir page 12).</li> <li>• Au besoin, instaurer un traitement antihypertenseur, de façon à ce que le patient atteigne les cibles tensionnelles.</li> </ul>
Dyslipidémies	Taux de C-LDL < 2,0 mmol/L rapport CT/C-HDL < 4,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrire un bilan lipidique réalisé à jeun à tous les patients tous les 12 mois.</li> <li>• Vérifier que le patient sait à combien s'élèvent ses taux de lipides et qu'il connaît les cibles lipidiques.</li> <li>• Instaurer un traitement hypolipidémiant s'il y a lieu (voir page 21).</li> <li>• Régler la dose selon les besoins, de façon à ce que le patient atteigne les cibles lipidiques.</li> <li>• Faire en sorte que le patient adopte le type d'alimentation recommandée (voir page 21).</li> <li>• Recommander au patient de faire de l'exercice quotidiennement et de surveiller son poids.</li> <li>• Une fois qu'il a atteint les valeurs cibles, refaire un bilan tous les ans.</li> </ul>
Maîtrise de la glycémie/ diabète	<b>En cas de diabète :</b> Taux d'HbA1c < 7 % (< 6 % sauf si une baisse aussi marquée s'accompagne d'épisodes d'hypoglycémie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faire un dépistage du diabète tous les ans ou selon les indications cliniques (voir page 65).</b></li> <li>• <b>En présence d'un diabète :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrire des modifications au mode de vie et instaurer un traitement hypoglycémiant, de façon à ce que le taux d'HbA1c se rapproche de la normale.</li> <li>• Instaurer un traitement hypoglycémiant selon les recommandations de l'Association canadienne du diabète<sup>29</sup>.</li> </ul> </li> </ul>
TeFG/RAC	<b>En cas de protéinurie ou de néphropathie chronique :</b> RAC cible < 40	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépister les atteintes rénales en calculant le TeFG ou le RAC, selon les recommandations (voir page 27).</li> <li>• <b>Si les résultats obtenus sont supérieurs aux valeurs cibles :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer un ICEA et/ou un ARA à la dose maximale tolérée par le patient et modifier les facteurs de risque CV, afin de faire descendre le RAC sous 40; et</li> <li>• Si le RAC est &gt; 60, adresser le patient à un néphrologue.</li> </ul> </li> </ul>



<b>Traitement antiplaquettaire/ anticoagulant</b>	<i>AAS à raison de 80 à 325 mg par jour</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurer un traitement par l'AAS qui sera poursuivi indéfiniment, à moins d'une contre-indication.</li> <li>• Administrer de l'AAS en association avec du clopidogrel, à raison de 75 mg/jour, pendant 12 mois, chez les patients qui présentent un syndrome coronarien aigu (SCA) ou qui ont une endoprothèse vasculaire.</li> </ul>
<b>Inhibiteurs de l'ECA</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Instaurer un traitement par un IECA, qui sera poursuivi indéfiniment :</b></li> <li>• chez tous les patients qui présentent une fraction d'éjection ventriculaire gauche &lt; 40 %, une hypertension, un diabète ou une néphropathie chronique, et</li> <li>• Envisager l'emploi d'un tel traitement chez tous les autres patients.</li> <li>• <b>L'emploi des IECA est facultatif dans les cas suivants :</b></li> <li>• chez les patients peu exposés; fraction d'éjection normale et facteurs de risque bien maîtrisés; intervention de revascularisation.</li> <li>• <b>Administrer un ARA :</b></li> <li>• aux patients qui ne tolèrent pas les IECA et qui présentent une insuffisance cardiaque ou une fraction d'éjection ventriculaire gauche &lt; 40 %, et</li> <li>• Envisager l'emploi d'un ARA chez tous les autres patients qui ne tolèrent pas les IECA.</li> </ul>
<b>Bêtabloquants</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurer un traitement par un bêtabloquant, qui sera poursuivi indéfiniment, chez tous les patients qui ont été victimes d'un infarctus du myocarde ou qui présentent un SCA ou un dysfonctionnement ventriculaire gauche s'accompagnant ou non de symptômes d'insuffisance cardiaque, à moins d'une contre-indication.</li> </ul>
<b>Vaccination contre la grippe</b>	<i>Tous les ans</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients atteints de MCV doivent être vaccinés contre la grippe tous les ans.</li> </ul>