

Highlights du congrès 2022 de la Société suisse de médecine interne générale : partie 1

Dr STÉPHANE MOURAUX^a, Dre SARA I. GIRONDA CUÉLLAR^a, Dre LAURA CRAUSAZ^a, Dr BENOÎT DELABAYS^a et Dr FABRIZIO COMINETTI^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 2196-200 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.805.2196

Du 1^{er} au 3 juin 2022 se tenait à Lausanne le congrès de printemps de la Société suisse de médecine interne: «Changes & Opportunities». Les chefs de clinique du Service de médecine interne du CHUV vous résument les présentations auxquelles ils ont assisté. Sujet central en médecine interne générale, nous privilégions la santé cardiovasculaire dans cette synthèse. La prévention cardiovasculaire s'individualise avec une approche dépendante du risque cardiovasculaire. Les statines en prévention primaire sont controversées chez les patients de plus de 70 ans. L'hypotension orthostatique du patient hypertendu ne doit pas entraver le traitement de l'hypertension mais se contrôler par des mesures spécifiques. Finalement, dépister la fibrose de la stéatose hépatique non alcoolique chez les patients à risque fait partie d'une démarche ambulatoire systématique.

Highlights of Swiss congress of internal general medicine : part 1

From June 1 to 3, 2022, Lausanne held the spring congress of the Swiss Society of General Internal Medicine: "Changes and Opportunities". In this article, chief residents in internal medicine from the CHUV summarize presentations they attended. In this overview, we choose to focus on cardiovascular health, as it is a central topic in general and internal medicine. Cardiovascular prevention becomes more personalized by using a step-by-step approach. The benefits of statin treatment in persons over 70 years old is still controversial. Orthostatic hypotension in hypertensive patients should not hold back antihypertensive therapy, but it should favor a combined pharmacological and non-pharmacological approach. Finally, screening for fibrosis in non-alcoholic fatty liver disease in high-risk cardiovascular patients should now part be part of a systematic ambulatory process.

INTRODUCTION

Sujet central en médecine interne générale, nous donnons dans cette synthèse une place particulière à la santé cardiovasculaire, que ce soit pour la prévention, le traitement par statines chez les patients âgés, l'hypotension du patient hypertendu ou la stéatose hépatique non alcoolique. Tel que sous-entendu dans le thème du congrès, ces changements de pratique sont des opportunités pour améliorer la prise en charge globale de nos patients et renforcer nos compétences multidisciplinaires.

^aService de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne stephane.mouraux@chuv.ch | sara.gironda-cuellar@chuv.ch | laura.brunet@chuv.ch benoit.delabays@chuv.ch | fabrizio.cominetti@chuv.ch

^aAdapté de la présentation Prévention cardiovasculaire du Dr Carballo (Genève).

PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES EN 2022^a

Les recommandations 2021 de la Société européenne de cardiologie pour la prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) se veulent être un support et un outil pour réduire le fardeau des MCV au moyen d'interventions au niveau individuel et populationnel (notamment sur le plan écologique).¹ Nous y retrouvons des objectifs de prévention pour tous, avec distinction entre personnes en bonne santé apparente, personnes avec MCV préexistantes et personnes avec pathologies particulières (diabète, insuffisance rénale et hypercholestérolémie familiale). La nouveauté ne réside pas dans le changement des cibles mais plutôt dans une approche personnalisée et «pas à pas»:

- Première étape: objectifs de prévention pour tous, estimation du risque cardiovasculaire chez chacun, partage avec le patient sur les potentiels bénéfiques des traitements.
- Deuxième étape: vérification de l'efficacité et intensification des traitements dans le temps, selon des objectifs prédéfinis (déterminés par le risque prédit, les comorbidités et les bénéfices du traitement). Partage de décision avec le patient.

Pour illustrer cette démarche, prenons l'exemple de personnes en bonne santé apparente (hommes ≥ 40 ans et femmes ≥ 50 ans).

- Première étape: il faut recommander à chacun: arrêt du tabac et optimisation du style de vie (activité physique et nutrition), tension artérielle systolique (TAS) < 140 mmHg (130 mmHg si bien toléré et si < 70 ans) et taux de LDL-C $< 2,6$ mmol/l. Il faut estimer le risque cardiovasculaire à 10 ans (cf. infra) et initier un traitement préventif selon le risque prédit, ou d'emblée si TAS > 160 mmHg.
- Deuxième étape: intensifier le traitement ou ajouter des objectifs de prévention supplémentaires dans le temps, en fonction du risque cardiovasculaire et en accord avec les préférences du patient.

Une autre grande nouveauté est la recommandation d'utiliser de nouveaux modèles de prédiction du risque cardiovasculaire: SCORE2 pour les individus en bonne santé apparente entre 40 et 69 ans et SCORE2-OP pour ceux de plus de 70 ans.^{2,3} Ces algorithmes prédisent le risque à 10 ans de survenue d'un événement cardiovasculaire fatal ou non fatal. Ces scores ont été calibrés pour 4 régions en Europe selon l'incidence des MCV. Les variables nécessaires sont: sexe, âge, tabagisme, TAS et cholestérol non-HDL. Les seuils de

risque varient en fonction de l'âge, afin d'éviter l'insuffisance de traitement chez les personnes jeunes et le surtraitement chez les personnes âgées. Une version électronique est disponible sur une application téléchargeable sur smartphone (ESC CVD risk calculation) et sur internet (www.heartscore.org/en_GB/).

Prévenir les maladies cardiovasculaires pas à pas: objectifs communs à tous, SCORE2 (ou SCORE2-OP) pour estimer le risque cardiovasculaire, prise de décision partagée, vérification dans le temps de l'efficacité des traitements (cibles, tolérance) et intensification si nécessaire.

événements cardiovasculaires majeurs en cas d'interruption du traitement de statine.⁹

Afin de clarifier la question de l'impact de l'arrêt des statines en prévention primaire chez les personnes âgées et multimorbides, une étude randomisée multicentrique est en cours en Suisse: l'étude STREAM (www.statin-stream.ch; www.clinicaltrials.gov, identifiant NCT05178420).

L'arrêt de statines en prévention primaire chez les patients âgés de plus de 75 ans nécessite des études supplémentaires qui sont en cours.

FAUT-IL PRESCRIRE DES STATINES EN PRÉVENTION PRIMAIRE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES?^b

Le bénéfice des statines en prévention primaire chez le patient âgé ainsi que la possibilité de déprescription dans cette population font débat. Pour rappel, de nombreuses études randomisées et contrôlées (ERC) ont démontré que, plus la concentration de LDL est basse sur le long terme, plus le risque de récurrence de MCV est faible lorsque les statines sont données en prévention secondaire. Ainsi, les statines sont indiquées en prévention secondaire indépendamment de l'âge.¹⁴ Il est aussi proposé de les prescrire en prévention primaire chez les patients de moins de 70 ans à haut risque de MCV (recommandation de classe IIb) car des valeurs augmentées de LDL sont corrélées, dans ce groupe, à un plus grand risque d'infarctus myocardique.⁵ L'algorithme décisionnel proposé s'appuie sur le score SCORE2-OP, qui prédit le risque de MCV fatales et non fatales.

Concernant la prévention primaire, une méta-analyse de données individuelles, extraites de 29 ERC, montre un bénéfice de la diminution du LDL chez les sujets de plus de 70 ans sur la survenue d'événement cardiovasculaire majeur mais ce n'est pas le cas d'autres études.^{4,6} Des ERC dans cette tranche d'âge sont en cours pour clarifier ce point. De plus, aucun bénéfice n'est démontré chez les patients âgés atteints d'une insuffisance cardiaque ou d'une insuffisance rénale chronique. À noter qu'en prévention primaire, il n'existe pas de cible de LDL à atteindre, si ce ne sont celles extrapolées de la prévention secondaire.

Une autre question qui se pose est de savoir si on peut arrêter un traitement de statine en prévention primaire de façon sécuritaire chez des patients de plus de 70 ans. À ce stade, les données issues d'études randomisées ciblant cette population âgée et multimorbide restent insuffisantes et contradictoires.⁷ En effet, en cas d'espérance de vie réduite, les patients qui ont continué à prendre leur statine ont une survie identique à ceux qui ont arrêté d'en prendre.⁸ À l'inverse, deux études observationnelles focalisées sur l'arrêt des statines en prévention primaire ont montré une hausse de 30% des

GÉRER L'HYPOTENSION CHEZ LE PATIENT HYPERTENDU^c

L'hypotension orthostatique est une pathologie fréquemment retrouvée chez les patients âgés et traités pour une hypertension artérielle. Elle est associée à une augmentation du risque de chute et de la morbidité. En effet, les variations du profil tensionnel représentent un facteur de mauvais pronostic pour les MCV et sont associées à une augmentation des troubles cognitifs.¹⁰

Comment adapter le traitement antihypertenseur de ce groupe de patients?

D'un point de vue physiologique, lorsque l'on se lève, les barorécepteurs de l'arc aortique et du sinus carotidien détectent le changement de pression et activent le système nerveux sympathique en quelques secondes (15 à 30 s).¹¹ En cas de déficit neurogène (dysautonomie, maladie de Parkinson, diabète, insuffisance rénale avancée) ou non neurogène (lié à la prise de médicaments (vasodilatateur, antihypertenseur, anticholinergique, antiparkinsonien, etc.) ou à une hypovolémie), ce mécanisme est altéré, menant à des syncopes, des céphalées, une asthénie ou des troubles cognitifs.¹⁰

Le diagnostic de l'hypotension orthostatique est simple. Le test de Schellong ou une mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) mettent en évidence une baisse de la tension artérielle systolique ou diastolique, avec ou sans compensation de la fréquence cardiaque en position debout ou en postprandial.¹⁰ Son traitement est moins aisé. L'objectif principal est de «ne pas laisser l'hypertension incontrôlée mais de limiter les hypotensions diurnes». Pour cela, deux points sont essentiels:

- Le maintien des cibles tensionnelles en fonction de l'âge, pour le contrôle des événements cardiovasculaires, car elles ne changent pas les conséquences de l'hypotension.¹²
- Privilégier les bloqueurs du système rénine-angiotensine et les anticalciques, le soir au coucher, à petite dose, ce qui permettrait de diminuer la variabilité tensionnelle et la fréquence des épisodes d'hypotension orthostatique diurne (chronothérapie).¹¹

En parallèle, des mesures non pharmacologiques sont encouragées pour prévenir l'hypotension orthostatique. Elles sont résumées avec les traitements médicamenteux dans le **tableau 1**.¹⁰

^bDébat entre le Pr Mach (Genève) et le Pr Rodondi (Berne).

^cAdapté de la présentation L'hypotension chez l'hypertendu de la Pre Pechère-Bertschi (Genève).

TABLEAU 1

Prise en charge de l'hypotension chez l'hypertendu

Mesures non pharmacologiques

- Augmenter les apports hydriques lors des repas pour éviter les hypotensions postprandiales
- Porter des bas de contention
- Augmenter la consommation de sel (à double tranchant chez les hypertendus)
- Pratiquer une activité physique isométrique
- Éviter la chaleur et l'alcool
- Dormir avec la tête légèrement surélevée (20 à 30 cm)
- Boire 500 ml d'eau rapidement (2 à 3 min)

Mesures pharmacologiques

- Privilégier les bloqueurs du système rénine-angiotensine et les anticalciques
- Employer une petite dose le soir au coucher
- Considérer la fludrocortisone, la midodrine, la pyridostigmine au cas par cas

Le traitement de l'hypertension, notamment nocturne tout en contrôlant l'hypotension diurne, est un challenge. Il peut comprendre des mesures hygiéno-diététiques ou pharmacologiques. La prescription vespérale des antihypertenseurs pourrait réduire la variabilité tensionnelle.

MALADIE HÉPATIQUE STÉATOSIQUE NON ALCOOLIQUE: VERS UN DÉPISTAGE PERSONNALISÉ^d

Avec une prévalence en augmentation et des projections épidémiologiques alarmistes pour l'avenir, la maladie hépatique stéatosique non alcoolique (NAFLD) va devenir un problème de santé publique et une hépatopathie fréquemment rencontrée par l'interniste généraliste.¹³ Le dépistage, le diagnostic et la prise en charge, en constante évolution, doivent donc être connus par les médecins de premier recours.

La NAFLD englobe les différentes atteintes hépatiques non liées à l'alcool, soit de manière graduelle: la stéatose hépatique (NAFL), l'hépatite stéatosique non alcoolique (NASH), avec ou sans fibrose, la cirrhose (fibrose avancée) et le carcinome hépatocellulaire (CHC). Dès l'apparition d'une fibrose, la réversibilité de la maladie n'est plus que partielle.

En Europe, la NAFLD concerne 25% de la population générale et 55% des patients diabétiques de type 2.¹⁴ Un cinquième de cette patientèle développera une cirrhose, en restant asymptomatique jusqu'à un stade avancé et irréversible, avec un impact majeur sur la qualité de vie et la survie. Détecter précocement ces patients est donc crucial, afin qu'ils puissent bénéficier d'une prise en charge multimodale adéquate. Toutefois, une détection systématique dans la population générale n'est pas recommandée.

La biopsie hépatique reste l'étalon-or pour le diagnostic mais sa généralisation n'est ni nécessaire, ni applicable compte tenu de la taille potentielle de la population concernée. L'élastographie hépatique est une méthode diagnostique alternative valable mais qui nécessite une consultation spécialisée.

^dAdapté de la présentation NASH, NALFD de la Dre Vieira-Barbosa (Lausanne).

Comment détecter les patients les plus à risque de fibrose en médecine de premier recours?

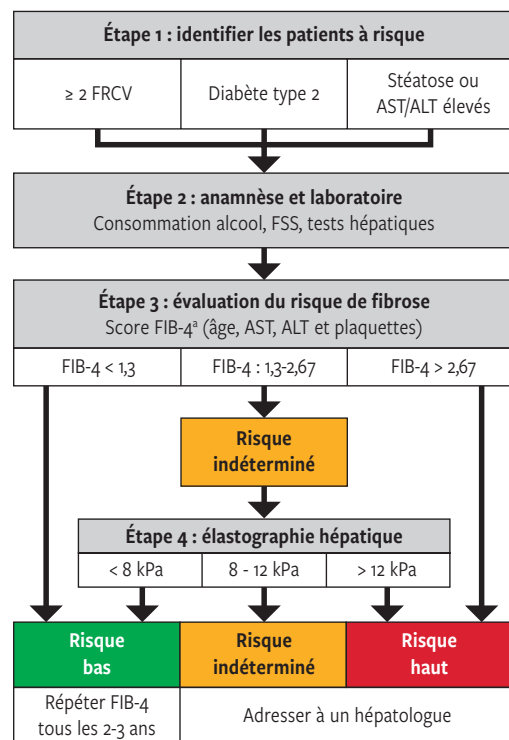
Les nouvelles recommandations de l'Association gastroentérologique américaine (AGA) de 2021 proposent un algorithme en 3 étapes se basant sur les facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV), les comorbidités et le calcul du score FIB-4 (Fibrosis-4 Index), comme présenté dans la **figure 1**.¹³ En fonction du risque estimé, le patient sera suivi tous les 2 ou 3 ans (risque bas), adressé pour une élastographie hépatique (risque indéterminé) ou directement à une consultation hépatologique (risque haut).

La prise en charge est aussi adaptée en conséquence, en portant une attention particulière à l'hygiène de vie et à la gestion des FRCV. Des traitements par agoniste des récepteurs du GLP-1 (Glucagon-Like Peptide 1) et une consultation spécialisée pour l'obésité sont préconisés chez les patients les plus à risque.

Le dépistage de la NAFLD et la stratification du risque de fibrose font partie d'une démarche systématique à effectuer en ambulatoire. Ils permettent d'orienter les patients vers une prise en charge adaptée.

FIG 1 Algorithme de stratification du risque de fibrose hépatique

^aScore pour lequel plusieurs calculateurs en ligne sont disponibles, tel que www.mdcalc.com/calc/2200/fibrosis-4-fib-4-index-liver-fibrosis
AST/ALT: aminotransférases; FRCV: facteurs de risque cardiovasculaires; FSS: formule sanguine simple.



(Adaptée de réf. 13).

CONCLUSION

La diminution progressive de la mortalité cardiovasculaire en Suisse témoigne des progrès effectués dans la prise en charge et la prévention de cette entité aux multiples facettes. Ces résumés illustrent la variété des situations rencontrées par l'interniste généraliste concernant la santé cardiovasculaire de ses patients ainsi que l'importance d'une prise en charge systématique et holistique.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La prévention cardiovasculaire s'individualise toujours plus grâce à une approche pas à pas, avec évaluation du risque au moyen des scores SCORE2 (40 à 69 ans) ou SCORE2-OP (70 ans et plus)
- Les statines sont indiquées indépendamment de l'âge après un événement cardiovasculaire, soit en prévention secondaire. En prévention primaire, il faut toujours estimer le risque cardiovasculaire individuel (SCORE2 et SCORE-OP). Le bénéfice de débuter ou poursuivre une statine chez les patients de plus 75 ans polymorbides est incertain et nécessite une discussion, en attendant les résultats d'études randomisées et contrôlées en cours, dont l'étude STREAM en Suisse
- L'hypotension chez le patient hypertendu ne doit pas entraver le traitement adéquat de l'hypertension artérielle mais motiver une adaptation pharmacologique et la mise en place de mesures non pharmacologiques
- Le dépistage de la fibrose dans la maladie stéatosique non alcoolique du foie (NAFLD) chez le patient à risque est initié par le médecin généraliste en ambulatoire, à l'aide du score FIB-4 (âge, AST/ALT, plaquettes) et éventuellement d'une élastographie hépatique

1 *Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021 Sep;42(34):3227-337. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484.

2 SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 2021 Jul;42(25):2439-54. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab309.

3 SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J*. 2021 Jul;42(25):2455-67. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab312.

4 *Gencer B, Marston NA, Im K, et al. Efficacy and safety of lowering LDL cholesterol in older patients: a systematic

review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2020 Nov;396(10263):1637-43. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32332-1.

5 Mortensen MB, Nordestgaard BG. Elevated LDL cholesterol and increased risk of myocardial infarction and atherosclerotic cardiovascular disease in individuals aged 70-100 years: a contemporary primary prevention cohort. *Lancet*. 2020 Nov;396(10263):1644-1652. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32233-9.

6 *Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials. *Lancet*. 2019 Feb;393(10170):407-15. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31942-1.

7 Thompson W, Morin L, Jarbøl DE, et al. Statin discontinuation and cardiovascular events among older people in Denmark.

JAMA Netw Open. 2021 Dec;4(12):e2136802. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.36802.

8 Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor Jr DH, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015 May;175(5):691-700. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.0289.

9 Giral P, Neumann A, Weill A, Coste J. Cardiovascular effect of discontinuing statins for primary prevention at the age of 75 years: a nationwide population-based cohort study in France. *Eur Heart J*. 2019 Nov;40(43):3516-25. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz458.

10 *Wieling W, Kaufmann H, Claydon VE, et al. Diagnosis and treatment of orthostatic hypotension. *Lancet Neurol*. 2022 Aug;21(8):735-46. DOI: 10.1016/S1474-4422(22)00169-7.

11 Dufey Teso A, Pechère A. Anti-hypertensive treatment and chronotherapy:

when should the pill be taken? *Rev Med Suisse*. 2020;16(706):1684-1688.

12 Zhang W, Zhang S, Deng Y, et al. Trial of intensive blood-pressure control in older patients with hypertension. *N Engl J Med*. 2021 Sep;385(14):1268-79. DOI: 10.1056/NEJMoa2111437.

13 *Kanwal F, Shubrook JH, Adams LA, et al. Clinical care pathway for the risk stratification and management of patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Gastroenterology*. 2021 Nov;161(5):1657-69. DOI: 10.1053/j.gastro.2021.07.049.

14 Cholongitas E, Pavlopoulou I, Papatheodoridi M, et al. Epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gastroenterol*. 2021;34(3):404-14. DOI: 10.20524/aog.2021.0604.

* à lire
** à lire absolutement