

COEUR ARTÈRES

P 206097 | DÉPÔT BRUXELLES X

02/2019

JOURNAL DE LA LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE

RÉCAPITULATIF SUR LES RECOMMANDATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Édito

Prof. Em. D. L. Clement

L'une des principales raisons de la publication des nouvelles recommandations était la constatation que chez au moins 50 % des patients hypertendus sous traitement, la tension artérielle n'est pas sous contrôle. Un certain nombre de notions ont été rafraîchies dans ce texte. Il convient de rappeler à cet égard que les recommandations ne constituent pas une obligation, mais sont plutôt des suggestions fondées sur des données scientifiques.

La définition de l'hypertension situe toujours celle-ci à des valeurs de 140/90 mmHg (14/9 cm de mercure) ; ces valeurs sont applicables à tout âge chez les adultes. Si la tension se maintient à des niveaux trop élevés après plusieurs mesures, un traitement sera mis en place pour éviter des complications telles que l'insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux, l'atteinte rénale. Le traitement antihypertenseur est très efficace, à condition d'être suivi **en permanence** par les patients. La correction du mode de vie est importante à cet égard, à savoir une activité physique appropriée, le contrôle des facteurs de risque tels que le cholestérol, le tabagisme, le poids, l'excès de glycémie et la modération au niveau des calories et du sel dans l'alimentation ; ces dernières mesures ont été maintes fois évoquées dans cette revue.

Si l'adaptation du mode de vie donne un résultat insuffisant, un traitement médicamenteux est instauré. Auparavant, le traitement débutait habituellement par la prise d'un seul médicament, après quoi l'on attendait le résultat. Une telle méthode est cependant lente et en partie responsable de l'échec thérapeutique chez un grand nombre de patients, ceux-ci ne parvenant pas à ramener leur tension artérielle aux valeurs cibles. En revanche, les recommandations actuelles proposent

de commencer le traitement par deux médicaments prescrits à faible dose et, de préférence, sous la forme d'un unique comprimé ; la faible dose contribue de manière significative à prévenir les effets secondaires et permet des ajustements posologiques ultérieurs ; et le fait d'associer deux médicaments dans un seul comprimé limite le nombre de comprimés à prendre, ce qui améliore l'observance du traitement ; cela permet d'éviter plus rapidement les complications, lesquelles suscitent nombre de désagréments et entraînent des coûts considérables pour la collectivité.



Il faut surtout retenir ici que **l'ensemble du programme de traitement doit être suivi avec rigueur**, même si la tension artérielle retombe en dessous de 140/90. À défaut, la tension va remonter et malheureusement aussi le risque de complications. Ce suivi rigoureux est particulièrement souligné dans ces recommandations ! L'hypertension artérielle touche plus de 25 % des patients en Europe ; nous disposons de nombreux moyens pour la combattre, à condition d'instaurer le traitement à temps et de le poursuivre **durablement**. La surveillance régulière de la tension artérielle par le médecin ou par le patient lui-même en concertation avec le médecin, permet d'atteindre l'objectif visé. ||

1 ÉDITO
Recommandations
relatives au traitement de
l'hypertension artérielle

4 ECHOS

8 QUESTION/RÉPONSE
Docteur, je dors peu et
mal ...

2 ARTICLE MÉDICAL
L'alcool et le cœur

5 FACTEURS DE RISQUE
Traitement hormonal
substitutif de la ménopause

SOMMAIRE



L'ALCOOL ET LE CŒUR

Article médical

Docteur Luc Missault

Cardiologue et président du Comité scientifique de la Ligue Cardiologique Belge

Le lien entre les boissons alcoolisées et les maladies cardiaques est connu depuis longtemps. **L'ingestion d'alcool en quantités dépassant une consommation ordinaire est associée à un risque supérieur à la normale d'arythmies telles que la fibrillation auriculaire** (activité électrique irrégulière dans l'oreillette du cœur sans contractions mécaniques coordonnées de l'oreillette), **mais aussi d'hypertension, d'épaississement du myocarde et d'insuffisance cardiaque avec dilatation du cœur**. Cependant, le débat se poursuit au sujet des quantités d'alcool nécessaires pour le développement de ces maladies. Les sensibilités individuelles ainsi que d'autres facteurs jouent un rôle. N'oublions pas non plus que l'alcool est très riche en calories et peut donc entraîner une augmentation du poids corporel. Le type d'alcool consommé, bière ou spiritueux, importe peu. En fin de compte, c'est la quantité totale d'alcool qui est déterminante. Ainsi, un verre de bière de volume approprié peut contenir autant de grammes d'alcool que, par exemple, un verre de whisky dont la contenance totale est pourtant beaucoup plus faible. Quand on parle d'une unité d'alcool, on entend plutôt une quantité normale selon le type de boisson. Pour un verre de bière, par exemple, cela représente 25 centilitres, mais pour un verre de whisky, c'est seulement 4 à 5 centilitres.

Une consommation sociale d'alcool est généralement plutôt occasionnelle et donc non quotidienne. Une consommation d'alcool est jugée « acceptable » voire éventuellement – bien que cela soit controversé – légèrement bénéfique sur le plan cardiovasculaire, lorsqu'elle ne dépasse pas un maximum de 2 verres par jour, mais pas tous les jours. Les buveurs d'alcool peuvent en outre être répartis en buveurs légers (jusqu'à 7 verres par semaine), buveurs modérés (7 à 21 verres par semaine) et gros buveurs (plus de 21 verres par semaine). La consommation excessive d'alcool ou crises de « binge drinking » (analogues aux crises de boulimie) consiste à avaler au moins 5 verres en une seule occasion et dans un laps de temps relativement court, à savoir quelques heures au maximum. Pourtant, certaines personnes sont coutumières du fait. Ainsi, on parle du « syndrome cardiaque de vacances » lorsque des problèmes cardiaques surviennent au cours de

congrés ou de vacances à la suite d'une consommation excessive d'alcool. Il s'agit souvent de palpitations dues à la fibrillation auriculaire susmentionnée. Cette arythmie peut être déclenchée par l'alcool de façon aiguë et transitoire, mais en cas de consommation excessive prolongée d'alcool, l'arythmie peut se prolonger ou devenir permanente. De nombreuses études ou méta-analyses de grande envergure ont montré l'association entre l'alcool et la fibrillation auriculaire.

L'alcool et son métabolite, l'acétaldéhyde, qui reste actif plus longtemps, exercent une toxicité directe sur les cellules du muscle cardiaque. L'alcool influe aussi directement sur la fonction cellulaire des cellules de l'oreillette, et ce aussi bien dans les modèles



COEUR & ARTERES
Journal de la Ligue
Cardiologique Belge

Président:
Prof. Alain De Wever

Directeur Général:
Sandrine Daoud

Administrateur Délégué:
Dr Luc Missault

Comité scientifique:

Dr. Luc Missault (AZ Sint-Jan Brugge), Président
Dr M. de Pauw / Prof. E. Rietzschel (UGent)
Prof. L. Piérard (ULg)
Prof. J.L. Vandenbossche (ULB)
Dr T. Vanassche (KUL)
Prof. D. Schoors (VUB)
Dr G. Van Camp (OLV Aalst)
Prof. P. Chenu (UCL)
Dr Patrick Lovens / Dr J. Vanderstraeten (SSMG)
Dr. Jos De Smedt (Domus Medica)
Prof. Marc Claeys (UA)

Comité de rédaction:

Dr Jean-Claude Lemaire
Dr Luc Missault
Prof. Em. Christian Brohet
Prof. Em. Pierre Block
Prof. Em. Denis Clément
Prof. Bernard Cosyns
Prof. Luc Piérard
Prof. J.L. Vandenbossche
Dr Freddy Van de Casseye
Audrey Velghe-Lenelle

Editeur responsable:

Dr Freddy Van de Casseye
Rue des Champs Elysées, 63
1050 Bruxelles

Abonnement Annuel: 15€
BE25 001-2637824-82

Dons (déductibles fiscalement à partir de 40€)
BE77 001-0249547-42

Dit tijdschrift verschijnt eveneens in het Nederlands («Hart & Slagaders»)

La Ligue Cardiologique Belge n'engage aucune responsabilité quant aux publicités.

LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE

Rue des Champs Elysées, 63
1050 Bruxelles
Tél.: 02/649 85 37

info@liguecardioliga.be
www.liguecardioliga.be

Tous droits de reproduction réservés

Article médical

Docteur Luc Missault

Cardiologue et président du Comité scientifique de la Ligue Cardiologique Belge



animaux que chez l'homme. L'alcool modifie les propriétés électriques des cellules du myocarde de telle sorte que des arythmies peuvent survenir dans l'oreillette ainsi que dans le ventricule. Des études électrophysiologiques spécialisées faisant usage d'un cathéter électrique pour stimuler le cœur ont montré que des arythmies peuvent être déclenchées chez 72 % des gros buveurs soumis à une situation de « binge drinking » incluant six verres d'alcool. De plus, les vomissements chez les alcooliques sont associés à la perte, par exemple, de sels de potassium et de magnésium, et cette déperdition de sels minéraux entraîne également un risque accru d'arythmie.

L'alcool augmente par ailleurs la production d'adrénaline dans les glandes surrénales et influence fortement le système nerveux, lequel exerce également une action sur le rythme cardiaque. Après une absorption aiguë d'une quantité massive d'alcool, des arythmies peuvent encore survenir de façon relativement soudaine et inattendue jusqu'à deux jours plus tard. La prise d'alcool intensifie aussi la soif car l'alcool entraîne une augmentation de la production d'urine, à tel point que le volume des urines émises est supérieur à la quantité de liquide ingérée. Après une consommation massive d'alcool, le corps induit cette sensation de soif pour tenter de rééquilibrer la balance hydrique de l'organisme.

L'alcool détériore la capacité de contraction du cœur. En conséquence, le myocarde s'affaiblit et lorsque la mauvaise habitude en termes de consommation d'alcool est maintenue, cet affaiblissement devient souvent partiellement ou totalement irréversible.

Il n'est dès lors pas surprenant que, par suite des arythmies et de l'insuffisance cardiaque qui se développe, il se produise parfois un décès dans le cadre d'une ébriété occasionnelle ou d'un alcoolisme chronique.

Dans le cadre d'une étude scientifique récente, les auteurs ont examiné si le fait de renoncer à une forte consommation habituelle d'alcool chez des patients souffrant d'arythmies pouvait mener à une guérison. Tout d'abord, il a été établi que les sujets testés avaient de grandes difficultés à changer leurs habitudes de consommation. Heureusement, les chercheurs ont pu vérifier correctement l'arrêt de la consommation d'alcool en analysant la quantité de produits de dégradation de l'alcool dans l'urine des personnes testées. **Chez celles-ci, lorsqu'elles avaient réellement arrêté l'alcool, une diminution de moitié des arythmies a été observée à court terme.**

Dans le même temps, leur tension artérielle a diminué, de même que leur poids. Bien que l'intention ait été d'atteindre l'abstinence totale, il s'est avéré que 61 % seulement des sujets y sont parvenus effectivement. Les résultats auraient donc été encore meilleurs s'il avait été plus facile pour ces personnes de bannir totalement l'alcool de leur vie, mais fournir un tel effort de volonté n'est manifestement pas évident. L'effet favorable de l'abstinence d'alcool a donc encore été sous-estimé dans l'étude. Néanmoins, 86 % des patients ont pu réduire leur consommation d'alcool de 70 %. **Après six mois, les arythmies avaient diminué de moitié chez les abstinents. ||**



LES ACTIONS DE LA LIGUE CONTRE LE TABAC

Echos

31 MAI 2019 : JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC !

Chaque année, le 31 mai, l'**Organisation mondiale de la Santé (OMS)** et ses partenaires mondiaux marquent la **Journée mondiale sans tabac**. Cette campagne annuelle est l'occasion de sensibiliser aux effets nocifs et mortels de l'exposition au tabagisme ou à la fumée des autres et de décourager la consommation du tabac sous quelque forme que ce soit.

Cette année, la Journée mondiale contre le tabac portait sur le thème « **le tabac et la santé pulmonaire** ».

À travers l'Alliance pour une Société sans Tabac et la campagne « Générations sans tabac », la Ligue Cardiologique Belge continue de lutter contre la banalisation du tabagisme et pour des environnements sans tabac.

Chaque semaine, des centaines de jeunes belges commencent à fumer. Ils s'inscrivent dans une logique toute simple : voir fumer incite à fumer. Le nouveau mouvement « Générations sans Tabac » vise à ce qu'un enfant né à partir de 2019 pourra grandir dans un environnement sans tabac et qu'aucun d'eux ne commencera à fumer.

LES 10 MESURES CONCRÈTES PROPOSÉES POUR LUTTER CONTRE LE TABAC :

- L'introduction effective des **paquets neutres** pour les produits du tabac
- Des médicaments et aides pharmacologiques **gratuits ou abordables pour arrêter de fumer** pour les groupes de fumeurs vulnérables
- L'interdiction légale de fumer en **voiture** en présence de passagers mineurs
- L'interdiction totale de recourir à de la **publicité** pour le tabac dans les points de vente
- La **réduction du nombre de points de vente** de produits de tabac et l'interdiction des distributeurs automatiques de tabac
- Une politique d'**accises dissuasive** contre la consommation de cigarettes manufacturées et de tabac à rouler
- Investir dans des **campagnes anti-tabac** grand public
- L'interdiction de présenter ou d'exposer de manière visible des **produits du tabac**
- Relever l'âge minimum pour acheter du tabac à **18 ans**
- Mesures pour lutter **contre l'image positive du tabagisme dans les films et les séries** et sensibilisation des spectateurs



Le 22 mars dernier, un débat politique sur la société sans tabac a été organisé.

En Belgique, 93 % de la population soutient le droit des enfants à grandir sans tabac. Même les fumeurs refusent en majorité (74 %) que leurs enfants commencent à fumer. Malgré ce soutien énorme de la population belge, notre politique de prévention du tabagisme est en retard par rapport aux pays voisins.

L'Alliance pour une Société sans Tabac souhaite que le prochain gouvernement adopte un ensemble cohérent de mesures. Ces mesures visent à préserver les enfants d'un premier contact avec le tabac pour prévenir leur addiction tabagique et à mieux aider les fumeurs dans leur sevrage. ||



TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF DE LA MENOPAUSE

Facteurs de risque

Prof. Em. Chr. Brohet

Le traitement hormonal substitutif (THS) consiste à administrer à la femme ménopausée les hormones (œstrogène, progestérone) dont elle ne bénéficie plus à partir de l'arrêt de la fonction ovarienne.



Pendant longtemps, on a pensé que ce THS, très efficace pour lutter contre les troubles fonctionnels consécutifs à la ménopause, serait également bénéfique sur le plan cardiovasculaire. Effectivement, dans les années 1980-1990, de nombreuses études d'observation avaient toutes conclu à un effet favorable du THS qui fut alors largement préconisé comme moyen de prévention cardiovasculaire.

Au début des années 2000, on a dû déchanter à la suite de la publication de deux grandes études d'intervention, où l'on observa au terme de 5 années de suivi dans le groupe traité par rapport au groupe

placebo une réduction des fractures par ostéoporose et du cancer colorectal, mais une augmentation du cancer du sein et des maladies cardiovasculaires. Cette douche froide fut suivie de l'abandon du THS par de nombreuses femmes, surtout aux USA.

Ultérieurement, nous avons pu obtenir une information beaucoup plus complète, suite à la révision des résultats d'études d'intervention portant sur une plus longue période, par exemple 18 ans de suivi, qui cette fois conclurent à l'absence d'augmentation du risque cardiovasculaire et de la mortalité globale chez les femmes recevant un THS pendant 5-7 ans, surtout si celui-ci est entamé chez des personnes âgées de moins de 60 ans.

Tout récemment, en mars 2019, une revue systématique des connaissances en la matière a été publiée et a dissipé les doutes concernant le prétendu risque cardiaque du THS. En voici les principaux résultats :

• TYPE D'HORMONES ?

Actuellement, on estime qu'il est judicieux de suivre l'exemple des gynécologues français et belges qui utilisent comme **œstrogène le 17 β -estradiol (E2) par voie orale ou par voie cutanée (par exemple Oestrogel 0,6 mg/g de gel)**, et comme progestatif (indispensable chez les femmes ayant encore leur utérus) la progestérone naturelle micronisée (par exemple Utrogestan® 100 mg) par voie orale. Une alternative est une association œstroprogestative combinée continue par voie orale comme le Fémoston® « low dose » dont chaque comprimé contient 0,5 mg de 17 β -estradiol et 2,5 mg de dydrogestérone.

• DOSES ET VOIES D'ADMINISTRATION ?

Le risque d'accident thromboembolique veineux (phlébite profonde, embolie pulmonaire) et d'accident



**Loterie
Nationale**

Facteurs de risque

Prof. Em. Chr. Brohet

vasculaire cérébral (AVC) augmentant avec la dose d'œstrogène, mieux vaut utiliser la dose efficace la plus faible possible et l'adapter à mesure que l'âge de la patiente augmente.

La voie orale n'augmente pas le risque cardiaque mais bien le risque thromboembolique veineux et celui d'AVC. La voie cutanée n'augmente pas le risque coronarien et elle paraît préférable à la voie orale pour ce qui est du risque thromboembolique.

• QUAND DÉBUTER LE TRAITEMENT ? PENDANT COMBIEN DE TEMPS ?

Il est préférable d'entamer le THS précocement, chez la femme < 60 ans ou dans les 10 ans qui suivent le début de la ménopause. Ce traitement précoce s'accompagne d'une diminution du risque coronarien et de la mortalité, et de plus il n'augmente pas le risque d'AVC. Initié dans les 5 premières années après la ménopause, le THS réduirait même le risque d'AVC. Par ailleurs, quand le THS est entamé plus de 10 ans après l'arrêt des règles, ou chez des femmes > 60 ans, le risque coronarien n'est pas augmenté, mais bien celui d'accident veineux ou d'AVC. Dans ce cas d'une initiation tardive du THS, le traitement doit être poursuivi pendant la période la plus courte possible.

• CHEZ QUI ?

On se méfiera du THS chez les femmes plus âgées, surtout si elles ont des antécédents personnels ou familiaux de problèmes coronariens ou d'accidents thromboemboliques veineux. Cela signifie que le traitement doit être personnalisé en fonction de l'âge et du profil de risque de la patiente.



EN CONCLUSION,

1. La principale indication du THS est l'existence de troubles fonctionnels incapacitants, liés à la ménopause.
2. Le meilleur choix d'hormones s'oriente vers le 17 β -œstradiol (E2 < 50 μ g/J) par voie cutanée, associé si nécessaire à de la progestérone naturelle micronisée. Entamé précocement, ce traitement est cardioprotecteur et n'augmente pas le risque de mortalité, d'accident veineux et d'AVC.
3. Le THS devrait donc être initié le plus rapidement possible, dans les 5- 10 années qui suivent l'arrêt des règles. S'il est entamé plus de 10 ans après la ménopause ou chez une femme plus âgée (> 60 ans), il doit être maintenu pendant la période la plus courte possible, à la posologie la plus faible, en utilisant pour l'œstrogène de préférence la voie cutanée. ||



www.reduisonslecholesterol.be

RÉDUISEZ VOTRE CHOLESTÉROL



Réduire votre cholestérol élevé ?



Envoyez **Réduire le cholestérol** via Whatsapp au **0484 53 17 16** et recevez gratuitement votre Starter Kit digital.

*Becel ProActiv contient des stérols végétaux. Il est scientifiquement prouvé que les stérols végétaux peuvent réduire le taux de cholestérol sanguin. Un taux de cholestérol élevé est un facteur de risque dans le développement de maladies cardiovasculaires. Ce développement tient à de multiples facteurs de risque et la modification de l'un de ces facteurs peut ou non avoir un effet bénéfique. La consommation journalière de 1,5-2,4g de stérols végétaux peut réduire le cholestérol sanguin de 7 à 10% en 2 à 3 semaines. Il est important de consommer Becel ProActiv en adoptant un mode de vie sain et une alimentation saine contenant assez de fruits et de légumes en vue de maintenir les niveaux de caroténoïdes. La consommation quotidienne de 2-3 portions de Becel ProActiv Original suffit déjà à réduire le taux de mauvais cholestérol (LDL). Une quantité optimale de stérols végétaux est consommée avec 3 portions (=30g de Becel ProActiv Original).

BESOIN D'UNE INFO? ENVIE DE LECTURE?

NOS BROCHURES ET POSTERS
PEUVENT ÊTRE COMMANDÉS GRATUITEMENT,
VIA NOTRE SITE WEB www.liguecardioliga.be
OU PAR TÉLÉPHONE 02/649 85 37



Question – Réponse

Prof. Em. P. Block

J'ai 63 ans. Cela fait près de deux ans que, suite à des soucis à l'époque, je dors peu et très mal. J'ai entendu dire que ceci est mauvais pour la santé et augmente le risque de maladie cardiovasculaire.

Il est difficile de définir une durée optimale de sommeil, variable d'une personne à l'autre, mais généralement estimée de 6 à 8 heures. Des petits dormeurs compensent parfois par une courte sieste après le déjeuner. Tout aussi important est la qualité du sommeil. Des statistiques canadiennes rapportent que 13,5% des canadiens souffriraient d'insomnie. Plusieurs études, dont une étude prospective au Nevada incluant plus de 5000 personnes, ont révélé que ceux qui dorment moins de 4 heures par nuit

avaient un risque cardiovasculaire multiplié par 2,4 ; cette augmentation disparaissant au-delà de 5 heures de sommeil. Par ailleurs, un sommeil de mauvaise qualité s'accompagne d'un risque accru de 36% d'athérosclérose. Une dette importante de sommeil, un travail en horaires décalés, le travail de nuit, le passage à l'heure d'été, s'accompagnent de la présence de plusieurs marqueurs de risque, comme l'élévation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle, l'augmentation de la contractilité cardiaque et du taux de cortisol (hormone de stress). Il existe également une relation entre manque chronique de sommeil, obésité, diabète et syndrome métabolique, avec un risque de maladie cardiovasculaire accru de 41% dans une étude

prospectrice coréenne. Une autre étude rapporte une augmentation de 25% des accidents cardiovasculaires le lundi suivant le changement d'heure au printemps (lorsque nous perdons une heure de sommeil) contrairement à une diminution de 21% lors du passage à l'heure d'hiver.

Dès lors, si vous vous plaignez de troubles du sommeil, parlez-en à votre médecin traitant.

Pour terminer, quelques conseils pour mieux dormir; pas d'alcool, ni de café quatre heures avant d'aller dormir, pas d'écrans allumés (smartphone, TV) dans la chambre à coucher qui doit être sombre et silencieuse. ||

