

Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire pour les patients atteints de LMC

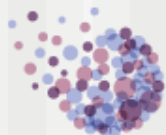
Version 2015

Note :

Les présentes recommandations visent à aider la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire afin qu'elle soit optimale. Elles n'ont aucunement comme but de remplacer le rôle d'un cardiologue.

Recommandations générales :

- Établir un lien étroit avec les cardiologues, les endocrinologues, et la médecine interne, pour que ces patients puissent être évalués et pris en charge rapidement.
- Impliquer le médecin de famille du patient pour qu'il prenne en charge l'évaluation et le suivi des comorbidités, surtout les facteurs de risque cardiovasculaire.
 - Lettre pré-formatée facilitatrice



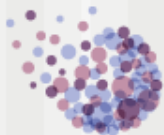
Modifications des facteurs de risque cardiovasculaire

Tous les facteurs de risque doivent être contrôlés:

1. Dyslipidémie

Usage de statines:

- Les statines ne sont pas contre-indiquées chez les patients prenant un ITK. Toutefois, le choix s'oriente vers celles qui ne sont pas métabolisées par le CYP3A4.
- Les molécules de choix à débiter chez le patient naïf sont:
 - la rosuvastatine (la plus puissante) 5 mg die,
 - la pravastatine 20 mg die, ou
 - la fluvastatine 40 mg die.
- Augmenter selon les besoins pour atteindre les cibles lipidiques canadiennes (ccs.ca)¹.



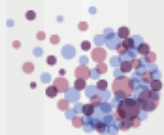
2. L'hypertension artérielle

- La tension artérielle doit être contrôlée pour atteindre les cibles suivantes: <140/90 pour tous, sauf pour les diabétiques chez lesquels il faut viser <130/80.
- Prise en charge selon les recommandations du PECH de 2014 (www.hypertension.ca)

Sélection des anti-hypertenseurs:

Pour un patient naïf nous suggérons de débiter avec une des molécules suivantes:

- Inhibiteur calcique à action prolongée:
 - nifedipine: 30 mg die et augmenter ad 60 mg die
 - amlodipine 5 mg die
- Antagoniste de l'angiotensine (ARA):
 - candesartan 16 mg die
- Diurétiques thiazidiques:
 - hydrochlorathiazide: 12.5 mg die et augmenter ad 25 mg die
- Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA):
 - perindopril: 2 mg die et augmenter ad 4 mg die, puis augmenter ad 8 mg die PRN
 - trandolapril: 2 mg die et augmenter ad 4 mg die
- β -bloquants :
 - métoprolol: 50 mg die et augmenter ad 100 mg die PRN
 - bidoprolol: 5 mg die et augmenter ad 10 mg die



3. Cessation tabagique

- Tous les efforts doivent être mis en place pour aider le patient à cesser de fumer.
- Plusieurs programmes subventionnés existent et doivent être utilisés:
 - J'Arrête: jarrete.qc.ca ou 1-866-JARRETE
 - Service de Messagerie texte pour Arrêt du Tabac (SMAT): www.smat.ca
 - Ligne Poumon-9: 1-888-POUMON9

4. Le diabète

Le diabète est un des facteurs de risque les plus importants pour les complications cardiovasculaires.

Critères diagnostiques:

- Glycémie à jeun (8 heures) ≥ 7 mmol/L
- HbA1c $\geq 6.5\%$
- Glycémie aléatoire ≥ 11.1 mmol/L
- Prise en charge initiale selon les recommandations canadiennes du diabète (guidelines.diabetes.ca)². Le plus souvent, on peut commencer par la metformine (en ajustant la dose selon la fonction rénale et l'effet désiré), puis si cet agent est insuffisant, ajouter d'autres molécules pour atteindre les cibles.
- Obtenir une consultation en endocrinologie.

Références

1. Anderson T.J., Gregoire J. et al.. *Can J Cardiol*, 2013;29:151-167.
2. Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. *Can J Diabetes*, 2013;37:S1-S212.