

OBESITE ET RISQUE CARDIOVASCULAIRE

I. Ksira^a (Dr), F. Mahjoub^a (Dr), S. Hamdi^a (Dr), H. Mhalla^a (Dr), O. Berriche^a (Dr), C. Amrouche^a (Pr), H. Jamoussi^a (Pr)
^a Institut national de nutrition Tunis, Tunis, TUNISIE

INTRODUCTION:

L'obésité constitue un problème majeur de santé publique. Elle représente un véritable tremplin aux complications métaboliques et cardiovasculaires pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

OBJECTIF:

L'objectif de ce travail était d'étudier les différents facteurs de risque cardiovasculaires associés à l'obésité.

PATIENTS ET METHODES:

Etude rétrospective descriptive incluant 50 patients en surpoids ou obèses. Les patients ayant une pathologie cardiovasculaire avérée ou un diabète n'ont pas été inclus dans l'étude. On s'est basé sur les recommandations du collège américain de cardiologie et de l'association américaine de cardiologie de 2013 pour l'estimation du risque cardiovasculaire (the new US score) et l'indication de statines.

RESULTAS:

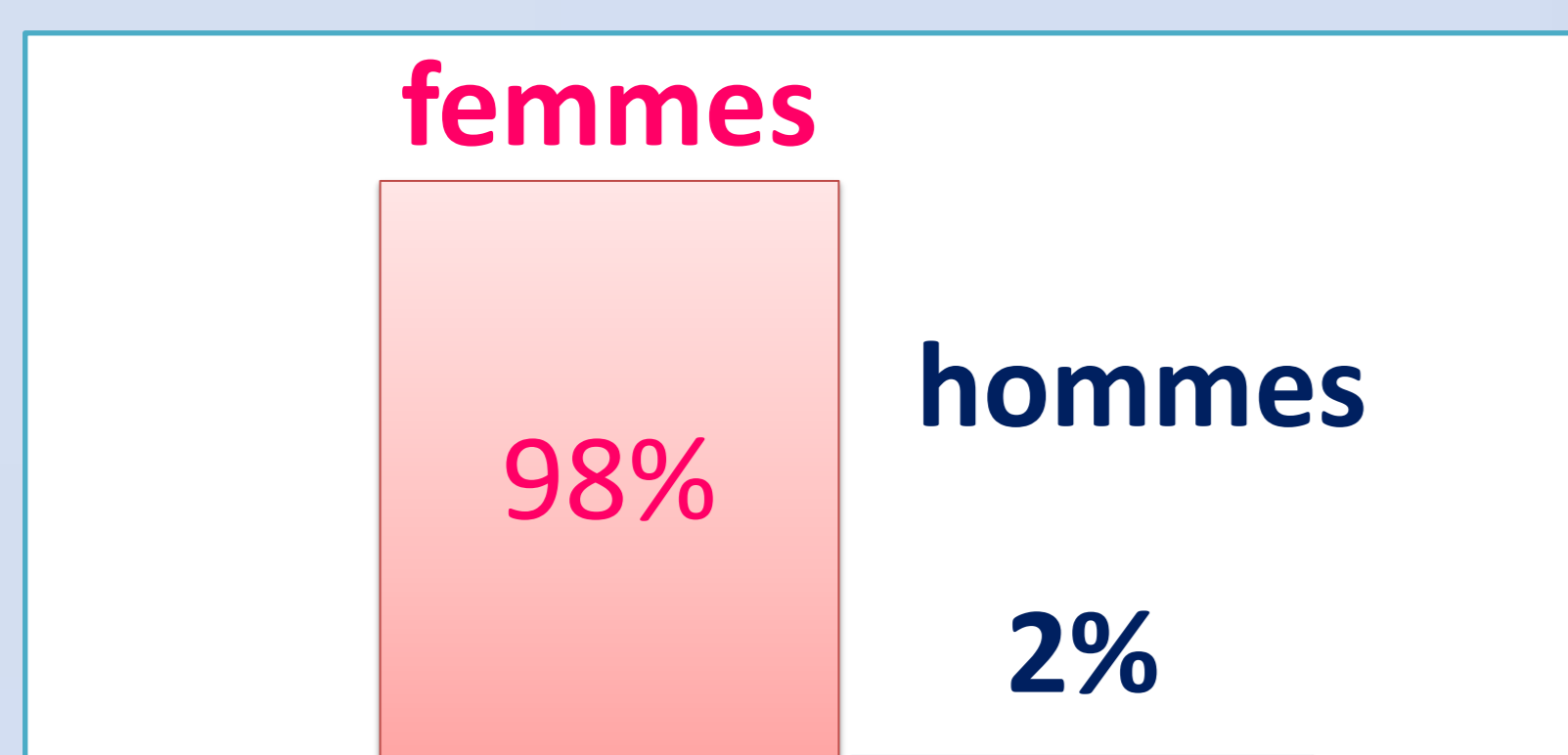


Figure 1: Répartition de la population selon le sexe

Age des patients:
 L'âge moyen des patients était de **47,76 ± 12,4 ans [22;78]**.

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| IMC moyen (Kg/m ²) | 40,12 ± 6,92 [27,8-61,4] |
| Tour de taille moyen (cm) | 114,34 ± 14,03 [87-147] |

Tableau 1: Moyennes des mesures anthropométriques de la population étudiée

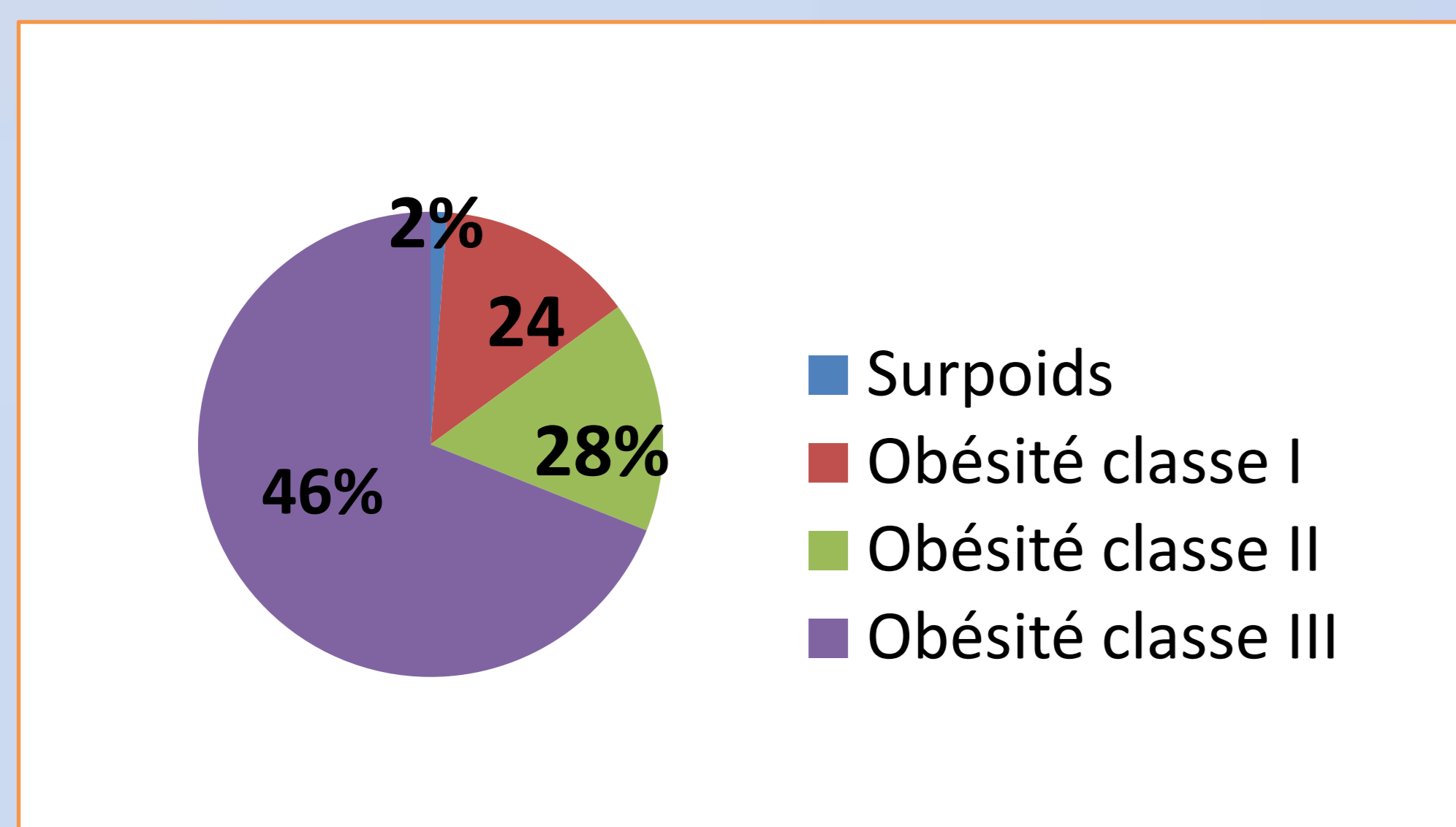


Figure 2: Répartition de la population selon l'IMC

La masse grasse moyenne était de **46,45 ± 5,1 [33,3-55,8] %** du poids corporel. **Quatre vingt six pour cent** des patients avaient une obésité centrale.

| | |
|---|-----------------------|
| Pression artérielle systolique moyenne (mm Hg) | 124,7 ± 16,05 [90-60] |
| Pression artérielle diastolique moyenne (mm Hg) | 78 ± 10,88 [60-110] |

Tableau 2: Moyennes des pressions artérielles systoliques et diastoliques des patients

| Facteur de risque cardiovasculaire | Pourcentage des patients (%) |
|--|------------------------------|
| HTA | 28% |
| Tabagisme | 24% |
| Coronaropathie chez un parent de 1 ^{er} degré | 28% |
| Hypercholestérolémie | 84% |
| Hyper LDL-cholestérolémie | 18% |
| Hyper-triglycéridémie | 32% |
| Hypo HDL-émie | 6% |

Tableau 3: Etude des différents facteurs de risque cardiovasculaires

| Risque moyen à 10 ans de faire une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse | % des patients |
|---|----------------|
| < 5: faible | 42% |
| 5-10: modéré | 18% |
| 10-20: moyen | 30% |

Tableau 4: Stratification du risque cardiovasculaire selon le NS score

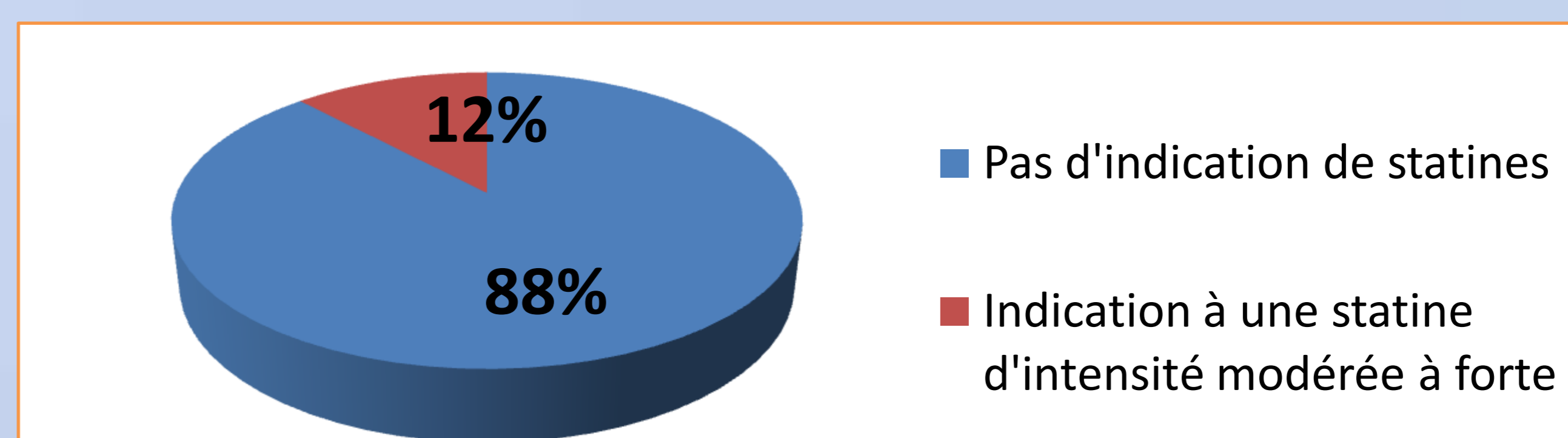


Figure 3: Indication de statines selon les recommandations du collège américain de cardiologie et de l'association américaine de cardiologie

DISCUSSION:

L'estimation du risque cardiovasculaire est nécessaire chez les patients obèses et en surpoids. L'utilisation des scores de stratification de risque paraît un outil facile, mais on ne dispose pas encore de scores qui tiennent compte de l'IMC dans le calcul du risque.

De nombreuses études ont été faites pour la prise en charge des patients en surpoids ou obèses [1-4]. Elles recommandent toutes de déterminer les facteurs de risque cardiovasculaires associés à l'obésité. Aucune de ces études n'a fourni des recommandations pour la stratification du risque cardiovasculaire chez ce groupe particulier de patients.

Dans notre étude utilisant comme outil the new US score, les patients ont été distribués en trois groupes de risque: faible (42%), modéré (18%) et moyen (30%). Nos résultats concordent avec ceux de l'étude Masson [5] faite sur 474 patients en surpoids ou obèses. Près de un sixième de nos patients présentait une indication à une statine d'intensité modérée à forte. En revanche dans l'étude de Masson, 39,1% des sujets en surpoids et 39% des sujets obèses avaient une indication absolue à une statine. 20,6% des sujets en surpoids et 20,1% des sujets obèses avaient une indication relative.

Malgré l'absence de recommandations concernant l'indication de statines en prévention primaire chez les sujets en surpoids ou obèses, les statines ont toujours prouvé leurs effets bénéfiques dans la prévention des maladies cardiovasculaires [6].

CONCLUSION:

La détermination des facteurs de risque cardiovasculaires ainsi que la stratification du risque sont nécessaires dans la prise en charge de l'obésité. L'utilisation d'un score de stratification fiable notamment le new NS score permet d'estimer le risque cardiovasculaire et de discuter l'éventuelle prescription de statines dans le cadre de la prévention primaire.

REFERENCES:

1. Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. CMAJ. 2007;176:S1---13.
2. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E, et al. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. Obes Facts. 2008;1:106---16.
3. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Obesity Society. J Am Coll Cardiol. 2014;63:2985---3023.
4. National Health and Medical Research Council. Summary guide for the management of overweight and obesity in primary care. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2013.
5. Walter, M. et al. Cardiovascular risk stratification in overweight or obese patients in primary prevention. Implications for use of statins. Endocrinol Nutr. 2015;62(2):83---90.
6. Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG, et al. The benefits of statins in people with-out established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2009;338:b2376.30.