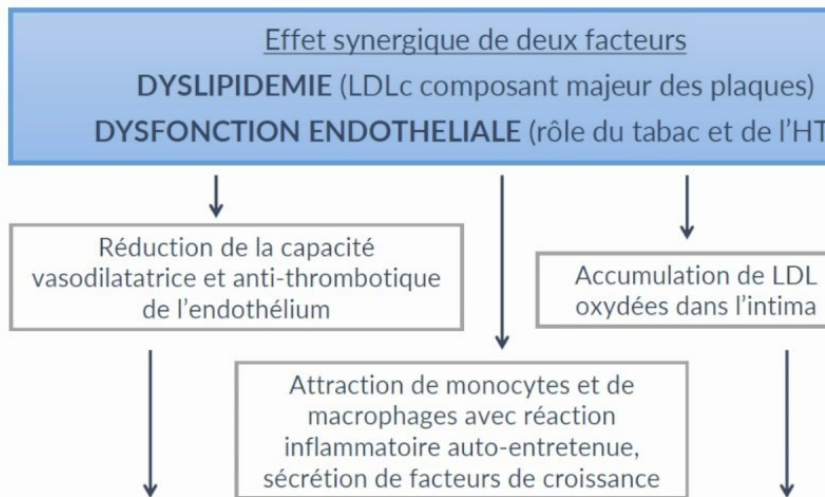


#001

Objectifs du carnet



Histoire naturelle de l'athérosclérose



Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant dyslipidémies et prévention du risque athérosclérotique en contexte EDN et en garde.
- Pour Dyslipidémies et Prévention du Risque Athérosclérotique, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Dyslipidémies et Prévention du Risque Athérosclérotique, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Dyslipidémies et Prévention du Risque Athérosclérotique, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Diagnostiquer une dyslipidémie



Tests d'ischémie et coronarographie dans les syndromes coronaires chroniques

Examen	Critères de haut risque
Exercise ECG	Cardiovascular mortality >3% per year according to Duke Treadmill Score
SPECT or PET perfusion imaging	Area of ischaemia $\geq 10\%$ of the left ventricle myocardium
Stress echocardiography	≥ 3 of 16 segments with stress-induced hypokinesia or akinesia
CMR	≥ 2 of 16 segments with stress perfusion defects or ≥ 3 dobutamine-induced perfusion defects
Coronary CTA or ICA	Three-vessel disease with proximal stenoses, LM disease, or proximal stenosis
Invasive functional testing	FFR ≤ 0.8 , iwFR ≤ 0.89

CTA = computed tomography angiography; CMR = cardiac magnetic resonance; ECG = electrocardiogram; FFR = fractional flow reserve; ICA = invasive coronary angiography; iwFR = instantaneous wave-free ratio (instant flow reserve); LM = left main; PET = positron emission tomography; SPECT = single-photon emission computed tomography.

*For detailed explanations, refer to the [Supplementary Data](#).

- Si examen positif, demander une coronarographie
- On ne vous demandera pas de décider si une lésion doit bénéficier ou non d'une intervention
- En cas d'angioplastie, la durée de bithérapie (aspirine + clopidogrel) est de 6 mois

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Le bilan lipidique s'interprète avec le risque cardiovasculaire global, pas avec un seuil isolé.
- LDL-C est la cible principale; triglycérides et HDL-C aident à caractériser le profil.
- Rechercher causes secondaires: hypothyroïdie, néphropathie, cholestase, alcool, diabète, médicaments.
- Une hypercholestérolémie familiale se suspecte devant LDL très élevé ou histoire familiale précoce.

#003

Evaluer le risque

Rappel

les classes de facteur de risque
vasculaires

Modifiables :

• $\times 5$ (RR $\times 5$ pour IDM), *disparition de cette
évaluation de risque après 3 ans de sevrage*

• $\times 7$ AVC et $\times 3$ maladie coronaire)

• **Épidémie** ($\times 3$ maladie coronaire)

• **Âge**

• **Tabac**

• **Obésité** (IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$)

• **Insuffisance rénale chronique**

• **Diabète métabolique**

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Prévention secondaire: antécédent cardiovasculaire = risque très élevé sauf exception clinique.
- Diabète, insuffisance rénale, HTA, tabac et âge augmentent fortement la cible thérapeutique.
- Atteinte d'organe ou plaques athérosclérotiques documentées renforcent l'intensité du traitement.
- La décision doit intégrer observance, tolérance, interactions et préférence du patient.

#004

Traitement

- Mesures hygiéno-dietétiques: alimentation, activité physique, perte pondérale, alcool et sevrage tabagique.
- Statine adaptée au niveau de risque; contrôle biologique après introduction ou adaptation.
- Ezetimibe puis inhibiteur PCSK9 se discutent si objectif non atteint en haut risque.
- Hypertriglycéridémie majeure impose prévention de pancréatite et recherche de facteurs secondaires.

#005

Surveillance

- Surveiller efficacité sur LDL-C et tolérance clinique musculaire ou hépatique selon contexte.
- Ne pas interrompre une statine sans réévaluer causalité, risque et alternative.
- Rechercher interactions avec macrolides, azoles, antiretroviraux ou autres inhibiteurs enzymatiques.
- Renforcer l'adhésion en expliquant le bénéfice absolu et la durée du traitement.

#006

Pieges EDN

- Un ECG normal n'elimine pas un SCA, une embolie pulmonaire ou une dissection si la clinique est forte.
- Ne pas retarder le traitement d'une urgence circulatoire pour obtenir un bilan complet.
- Toujours verifier rein, kaliemie, tension et interactions avant d'intensifier les traitements cardiovasculaires.
- La prevention secondaire doit etre prescrite, expliquee et surveillee avant la sortie.

#007

Mini-cas a savoir resoudre

- Resumer en une phrase le syndrome cardiovasculaire, le risque vital et l'examen pivot.
- Justifier hospitalisation, monitoring, avis cardiologique ou strategie ambulatoire.
- Choisir le traitement initial et la surveillance des effets attendus ou indesirables.
- Planifier reevaluation, adaptation therapeutique et education du patient.

Sources: Referentiel de medecine cardiovasculaire CNEC/SFC - DFASM/EDN; Recommandations ESC 2023-2024 selon les themes: FA, SCA, HTA, endocardite, aorte et arteriopathies; Guides HAS: insuffisance cardiaque, fibrillation atriale, parcours de soins cardiovasculaires; Supports locaux SSD1/Alex/1- Cardiologie; Banque d'images recadrees SSD1/Carnets/phase1_collecte