

**23E
FORUM
NATIONAL
2022**

24 ET 25 NOVEMBRE, ANGERS

**PRÉVENIR, DÉPISTER, GUÉRIR :
NE LAISSONS PLUS LES PERSONNES
MALADES DU FOIE MOURIR EN SILENCE !**



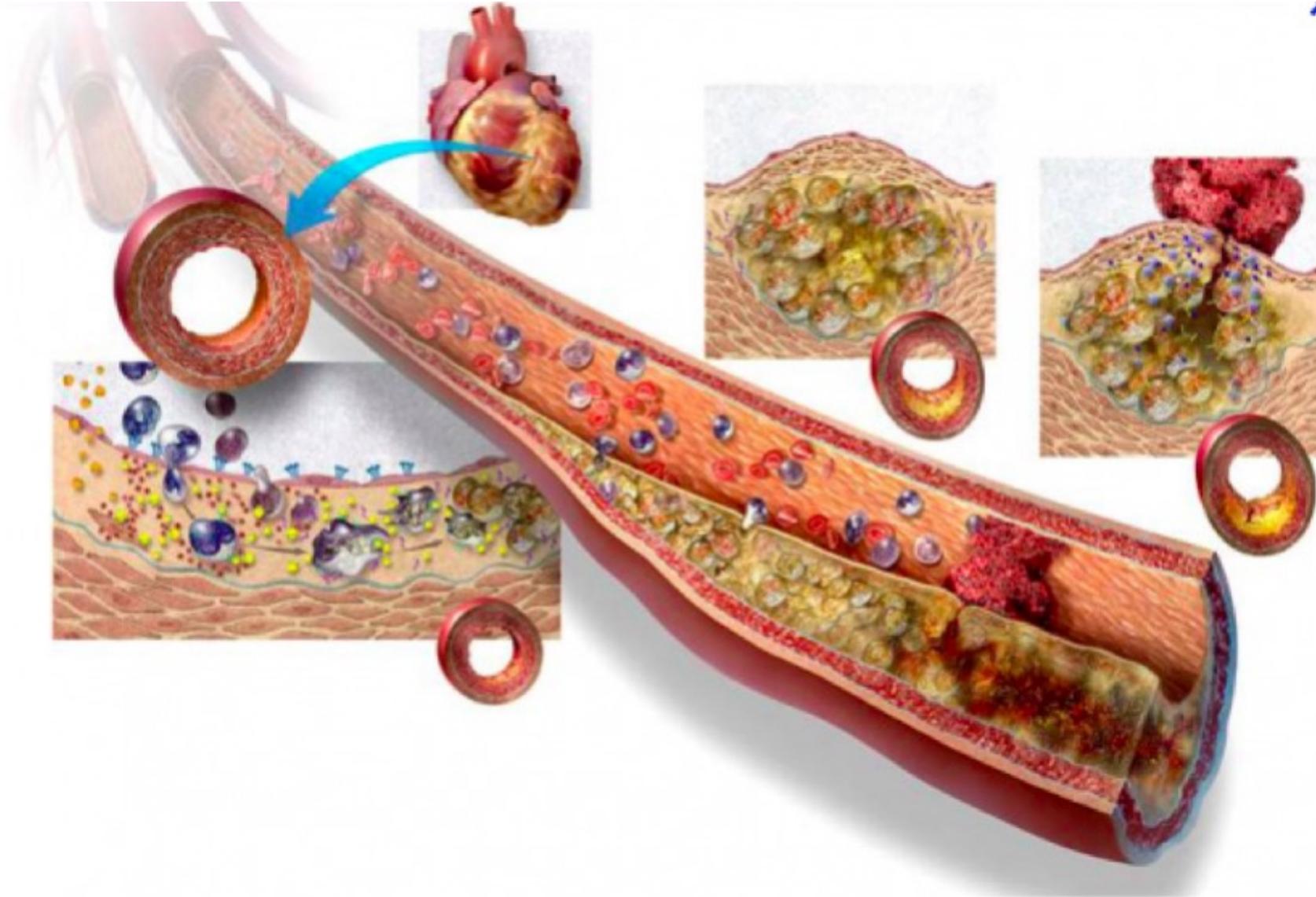
Stéatose hépatique / hépatite métabolique & coronaropathies

Point de vue du cardiologue

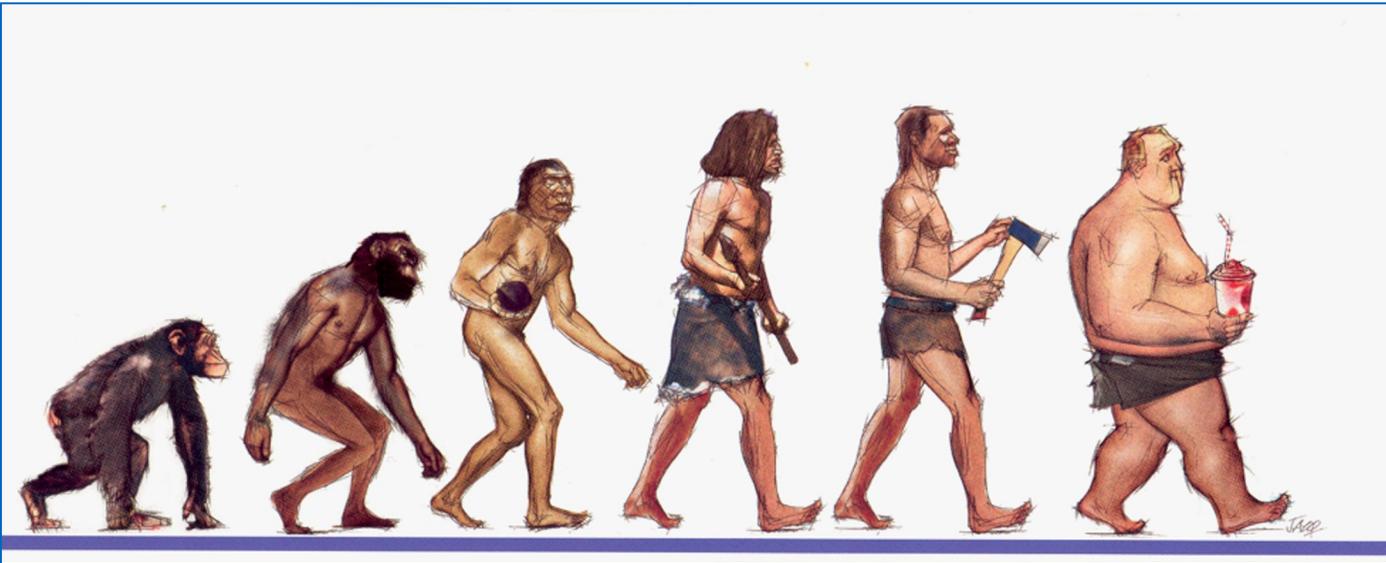
Pr Fabrice Prunier

Université d'Angers, Service de Cardiologie CHU d'Angers,
INSERM/CNRS Mitovasc, France

Coronaropathies : une des principales cause de morbi-mortalité



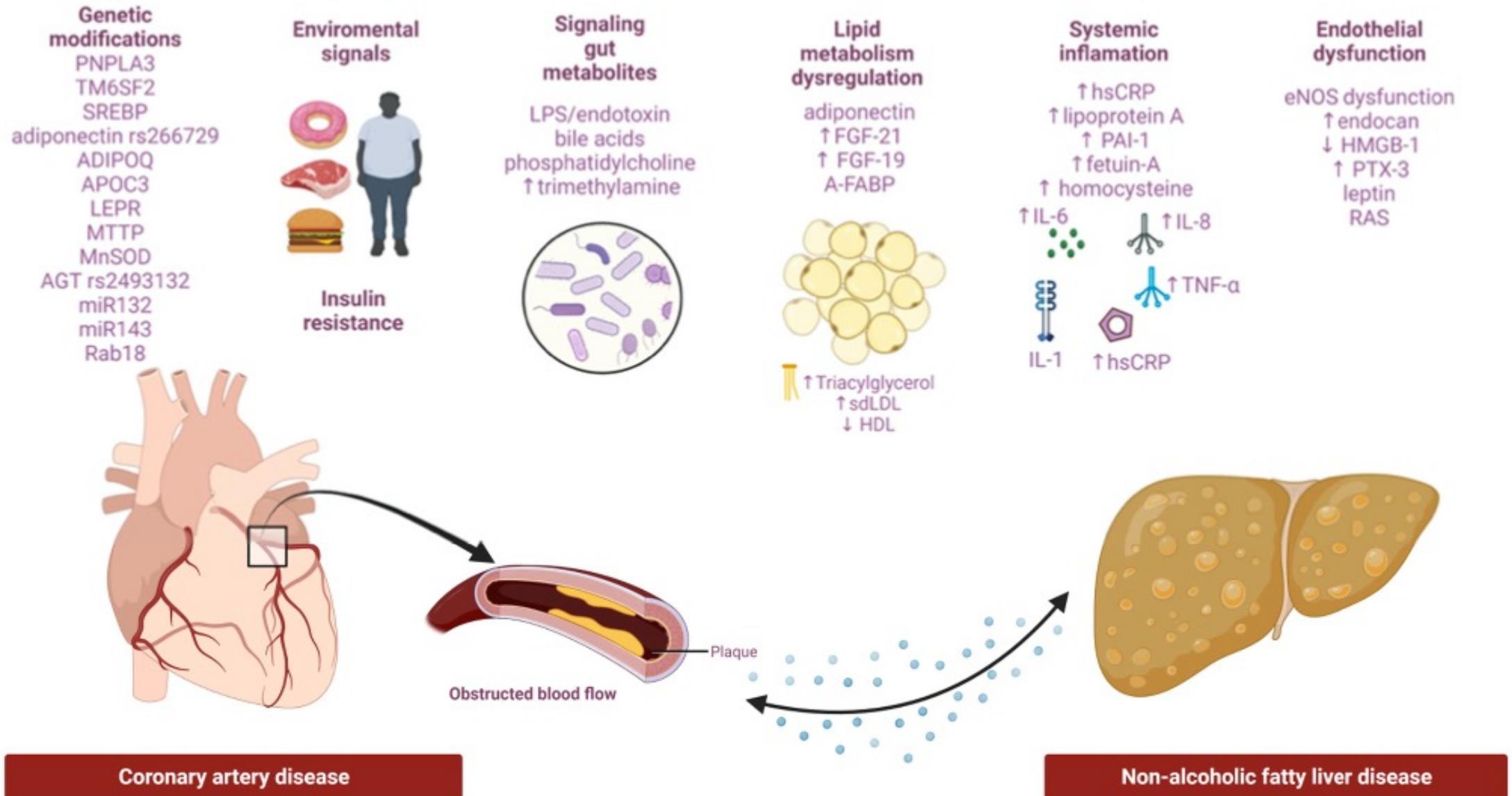
Facteurs de risque cardiovasculaire



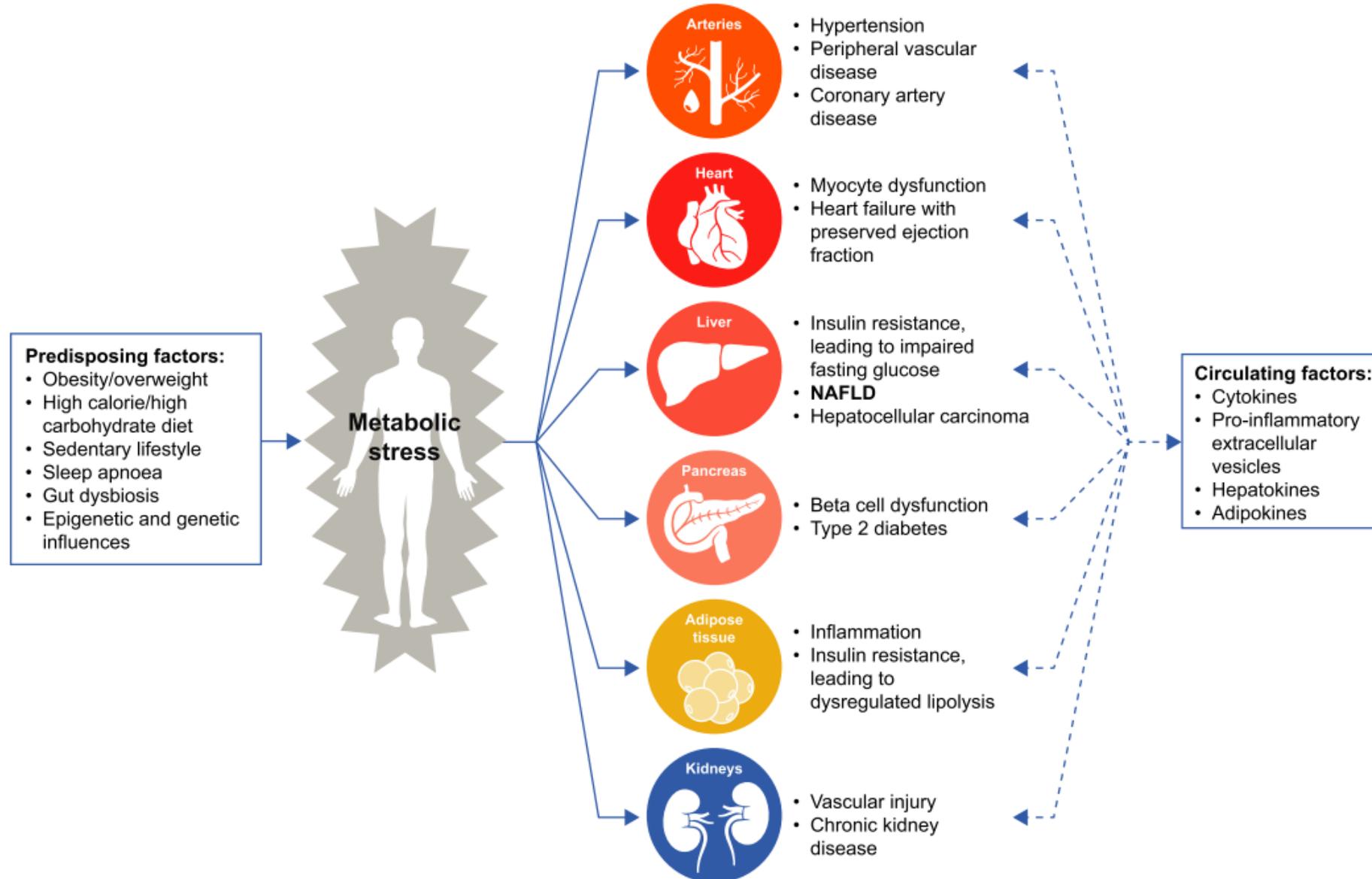
- Tabac
- Diabète
- HTA
- Surpoids/Obésité
- Sédentarité
- Age
- Dyslipidémie
- Apnées du sommeil
- Maladies inflammatoires....



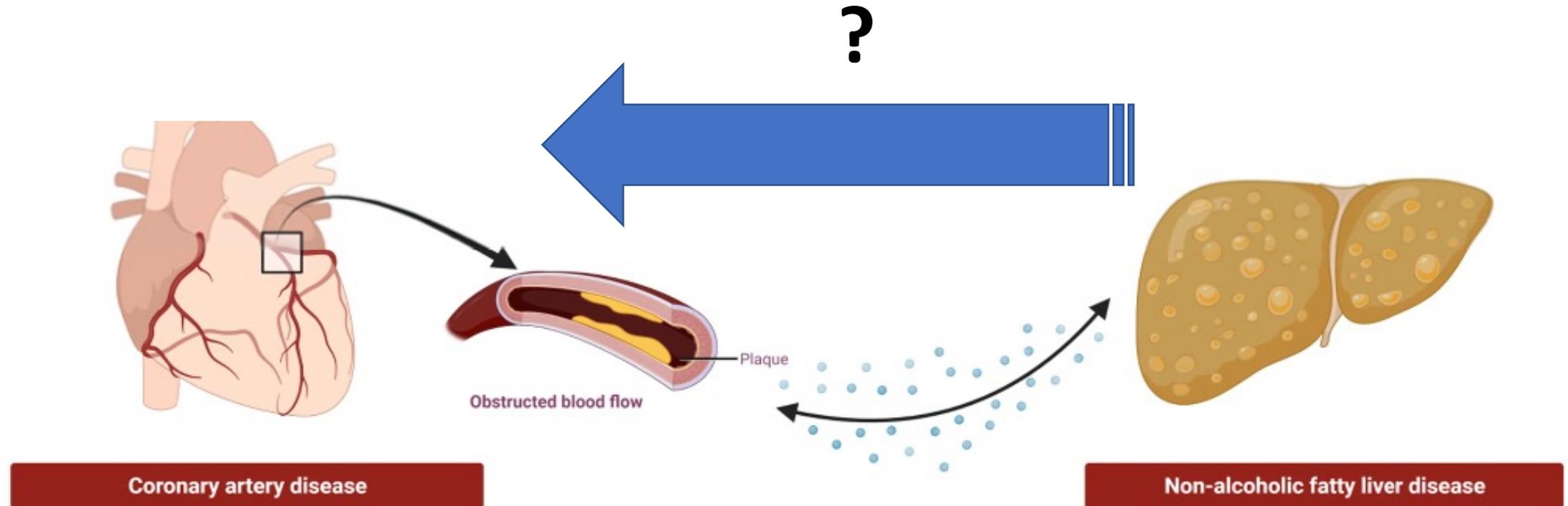
Coronaropathie & NAFLD : des facteurs de risques communs



NAFLD: une maladie systémique



NAFLD : facteur de risque indépendant de coronaropathies ?



NAFLD et risque d'événement cardiovasculaire

n= 5 802 226,
335 132 NAFLD, 99 668 événements CV fatal/non-fatal
Suivi median = 6,5 ans

Fatal and non-fatal CVD (combined)

Author (Year)	Country	n	Country	HR (95% CI)	p-value
Targher ¹⁶ (T2DM) 2007	Italy	2103	US	1.87 (1.27-2.76)	2.83
Pisto ³¹ 2014	Finland	988	US	2.40 (1.70-3.39)	3.10
Wong ³³ 2016	China	612	US	0.90 (0.69-1.18)	3.58
Emre ²⁵ 2015	Turkey	186	US	2.45 (1.15-5.23)	1.35
Vita ⁴⁰ 2019	USA	886	CT	1.45 (1.16-1.81)	3.86
Liu ⁴² 2019	China	324	US	1.56 (1.04-2.34)	2.75
Baratta ⁴⁸ 2020	Italy	898	US	2.73 (1.22-6.11)	1.23
Ichikawa ⁴⁶ (T2DM) 2021	Japan	529	CT	5.43 (2.82-10.45)	1.65
Meyersohn ²⁷ 2021	USA	3756	CT	1.72 (1.16-2.55)	2.82
Zeb ³⁶ 2016	USA	4119	CT	1.42 (1.00-2.02)	3.05

Heterogeneity: $\tau^2=0.13$, $I^2=78.07\%$, $H^2=4.56$

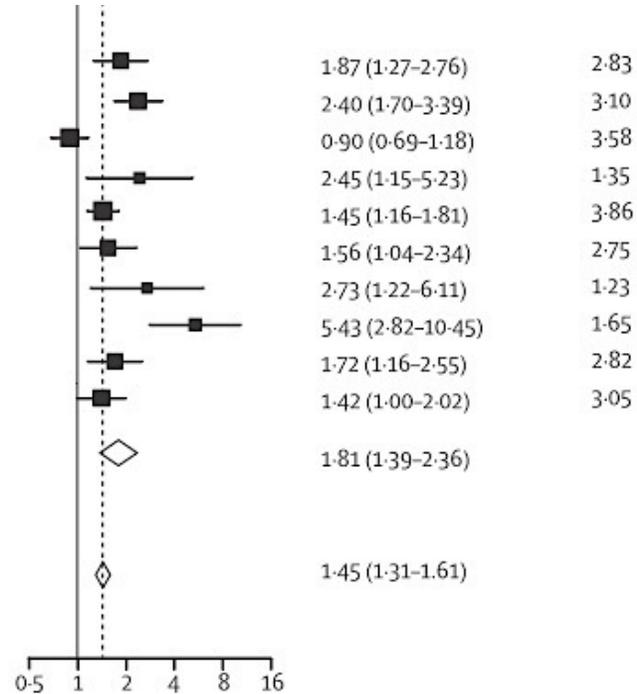
Test of $\theta_1=\theta_2$: $Q(9)=41.05$, $p<0.001$

Overall

Heterogeneity: $\tau^2=0.06$, $I^2=86.18\%$, $H^2=7.24$

Test of $\theta_1=\theta_2$: $Q(34)=246.06$, $p<0.001$

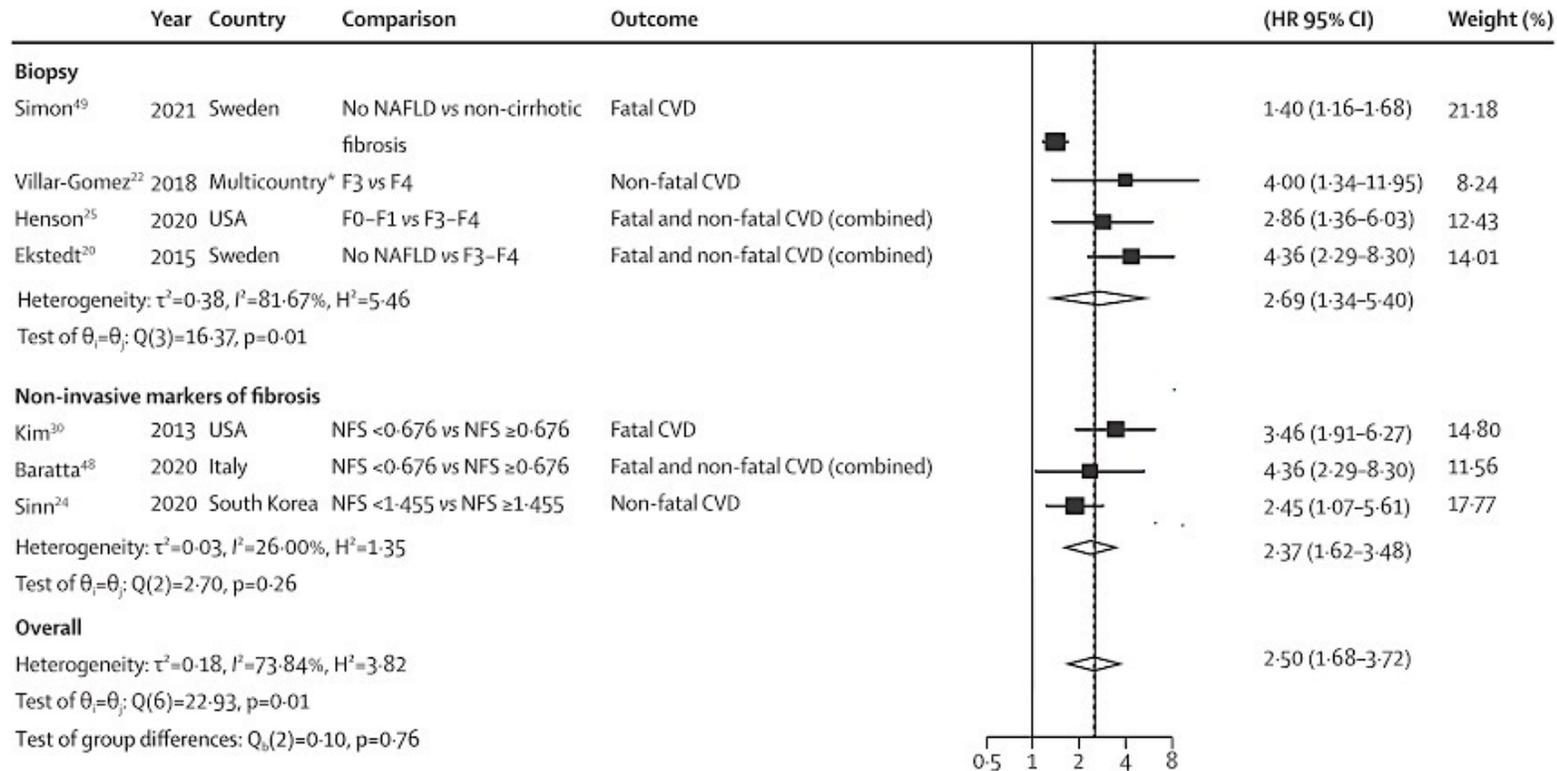
Test of group differences: $Q_b(2)=4.16$, $p=0.12$



NAFLD = risque événement CV
X 1,45

Fibrose hépatique et risque d'événement cardiovasculaire

n= 187 604, 16 382 événements CV



Fibrose = risque événement CV
X 2,5

QUAND ET COMMENT ÉVALUER LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE AU COURS DE LA STÉATOPATHIE MÉTABOLIQUE ?

1. L'évaluation du risque cardiovasculaire se fait en utilisant les équations de risque SCORE (B2)
2. Un risque cardiovasculaire élevé (5 à 10% de mortalité cardiovasculaire à 10 ans) ou très élevé (supérieur à 10%) nécessite un avis cardiologique (A1)
3. La cible lipidique prioritaire est le LDL-cholestérol, avec un traitement par statines en première intention (A1)
4. Une perturbation modérée du bilan hépatique n'est pas une contre-indication à l'utilisation des statines chez les patients avec stéatopathie métabolique (B1)

ACCORD FORT

Chez les patients avec stéatopathie métabolique, il est important de contrôler les facteurs de risques cardiovasculaires :

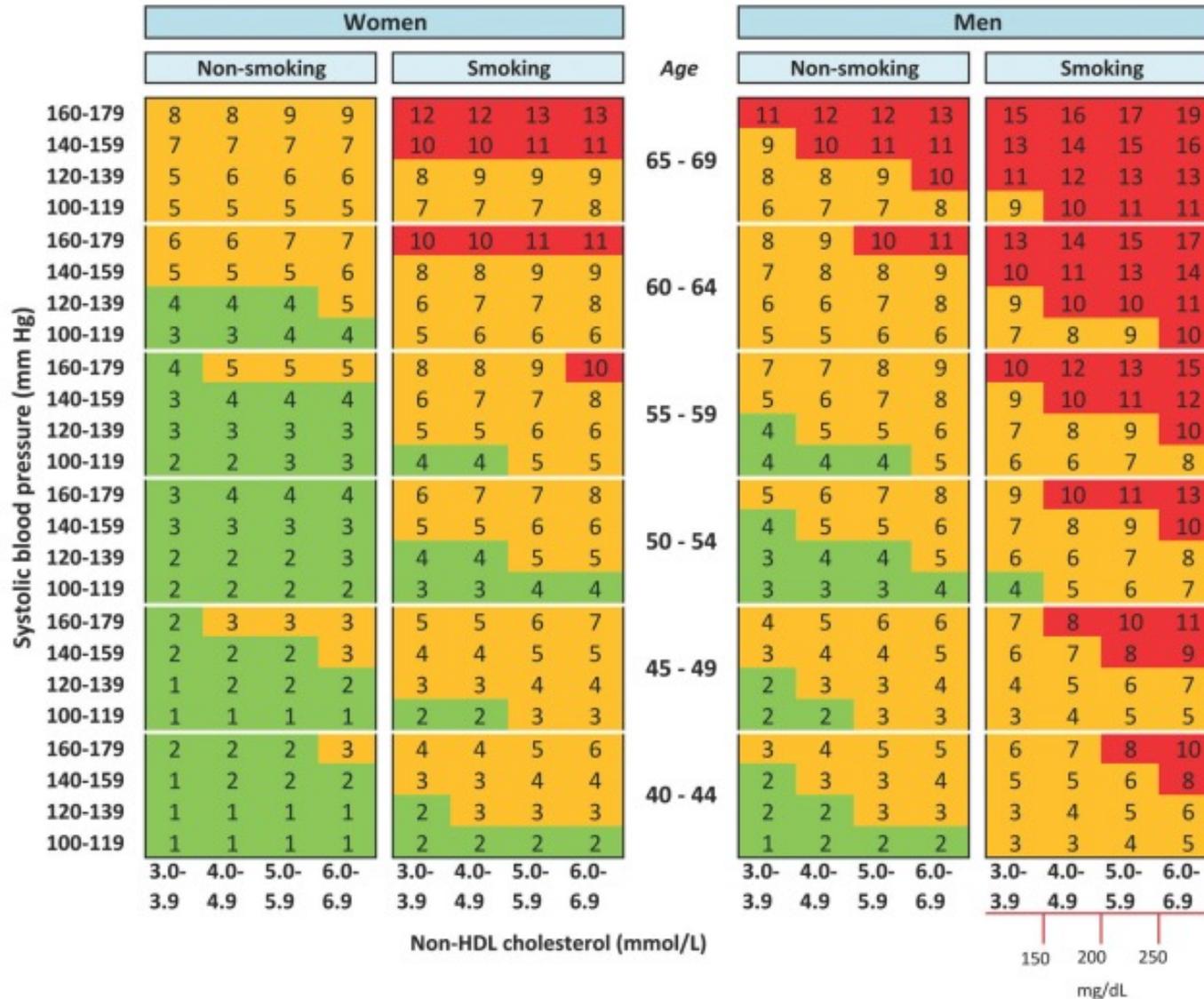
- **Arrêt d'une intoxication tabagique**
- **Hypertension artérielle** (objectif < 140/90 mmHg)
- **Dyslipidémie** (traitement par statines en première intention) :
 - ✓ Risque élevé: objectif de LDL-cholestérol < 100 mg/dl (< 2,6 mmol/l)
 - ✓ Très haut risque : objectif de LDL-cholestérol < 70 mg/dl (< 1,8 mmol/l)

SCORE2

10-year risk of (fatal and non-fatal)
CV events in populations at
low CVD risk



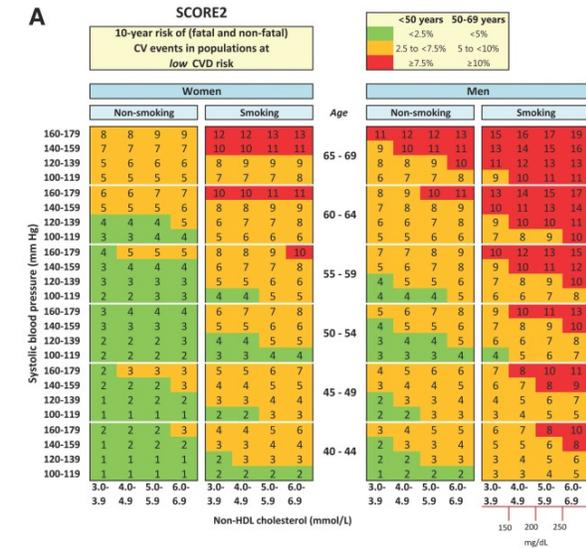
Equation SCORE2



Risque cardiovasculaire selon ESC 2021

En cas de survenue de maladie cardiovasculaire, de diabète, d'insuffisance rénale, d'hypercholestérolémie familiale, le risque cardiovasculaire est d'emblée élevé à très élevé. Utiliser les valeurs de pression artérielle pré-traitement.

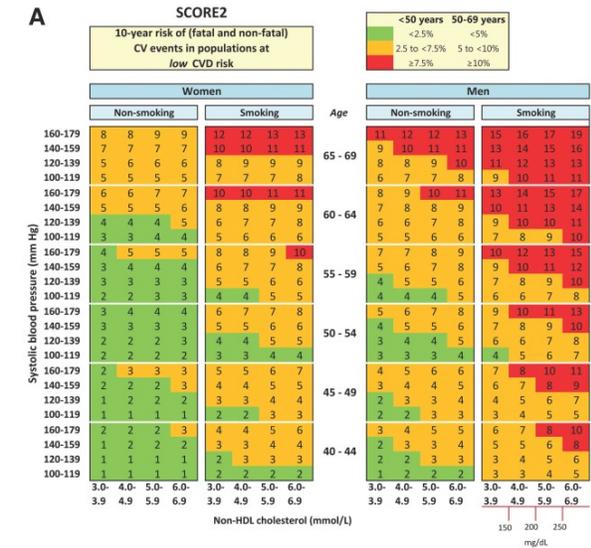
Sinon, le risque est évalué avec le SCORE2 (*Systematic COronary Risk Estimation*, SCORE2-OP après 70 ans), qui estime le risque à 10 ans d'accident cardiovasculaire.



Très haut risque cardiovasculaire

- Maladie cardiovasculaire
syndrome coronarien (infarctus du myocarde, SCA),
revascularisation artérielle, AVC/AIT, anévrisme aortique, AOMI
ou artériopathie périphérique, imageries avec sténoses
documentées
- Diabète avec maladie cardiovasculaire
ou insuffisance rénale modérée avec DFGe < 45
ou insuffisance rénale modérée avec DFG 45-59 et RAC 30/300
ou protéinurie > 300 mg/g
ou ≥ 3 atteintes microvasculaires: RAC + rétinopathie +
neuropathie
- Insuffisance rénale sévère (DFGe < 30)
ou insuffisance rénale modérée (DFG 30-59) avec RAC > 30
- SCORE2: ≥ 7,5% (-50 ans) | ≥ 10% (50-69) | ≥ 15% (+70)

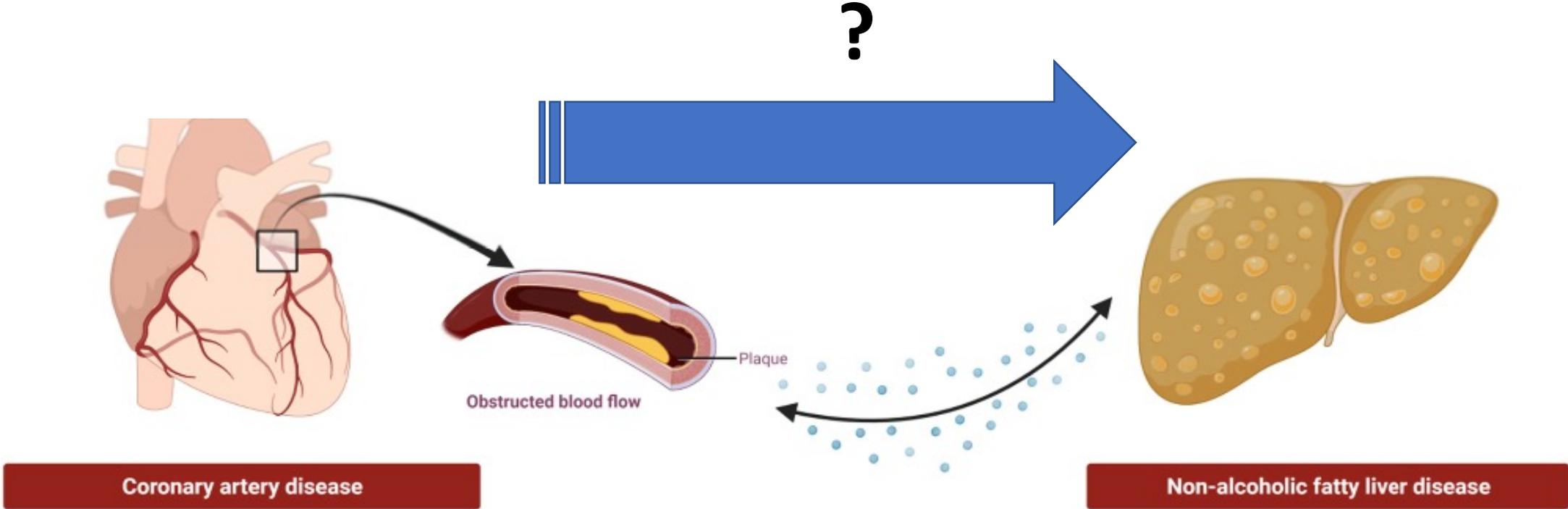
Obtenir une réduction du LDL ≥ 50% et une cible < 0,55 g/L.
Statine + ézétimibe voire anti-PCSK9 (Repatha®).



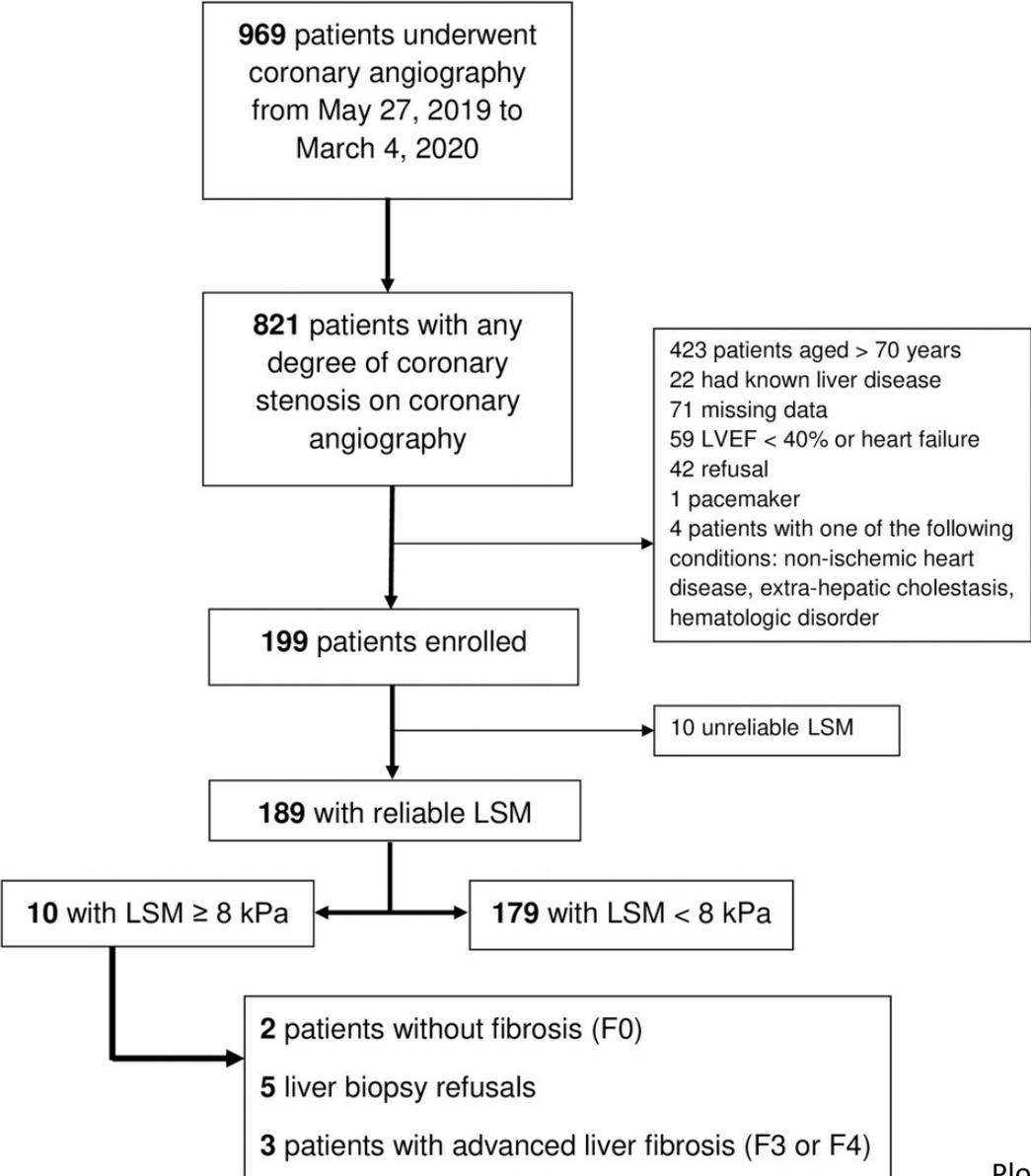
Quels examens cardio de dépistage si risque CV élevé/très élevé?

- Examen clinique CV
 - Symptômes (angine de poitrine, essoufflement, claudication...)
 - Points d'appel : souffles CV, signes d'ins. Cardiaque, abolitions pouls...
- Electrocardiogramme
 - Signes de cardiopathie
 - Troubles du rythme
- +/-Echocardiographie
- +/- Score calcique
- +/- Imagerie fonctionnelle (scintigraphie cardiaque, echo d'effort...)

Recherche systématique de NAFLD/NASH chez le coronarien ?



Recherche systématique de NAFLD/NASH chez le coronarien ?



-- > 5% Fibroscan +

Tests biologiques systématiques ?

Ciblés patients obèses? diabétiques ?

Syndrome métabolique ?

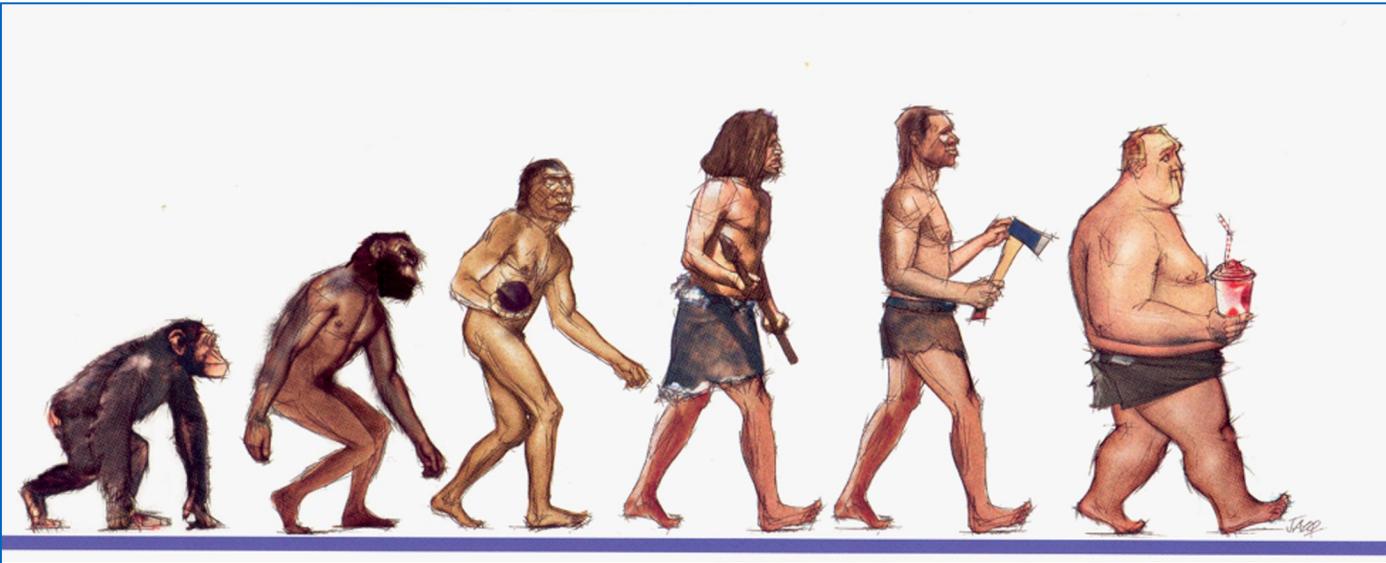
Si oui, quels tests ?

Impact sur la prise en charge ?

Impact sur le pronostic ?

Fig 1. Flowchart of the CoroNASH study. LSM, liver stiffness measurements; LVEF, left ventricular ejection fraction.

CORRIGER LES FDR : bon pour le CŒUR, bon pour le FOIE +++



- Tabac
- Diabète
- HTA
- Surpoids/Obésité
- Sédentarité
- Dyslipidémie
- Apnées du sommeil
-

