

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE POUR LA PREVENTION PRIMAIRE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES.

2019 ACC/AHA.

Synthèse du Comité recommandations de la Société française de Médecine Vasculaire (SFMV) d'après les Guidelines de l'American College of Cardiology et de l'American Heart Association (ACC / AHA).

Rapport approuvé par l'Association américaine de réadaptation cardiovasculaire et pulmonaire, la Société américaine de gériatrie, la Société américaine de cardiologie préventive et l'association des infirmières en prévention cardiovasculaire.

Arnett Donna K., Blumenthal Roger S. et al.

Source "Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease - A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines » Circulation. 2019 mars.

Lien <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000678>

Membres du comité : L. Bressollette, G. Gladu, M. Gras, FX Himpens, R. Jacquet, V. Jaquinandi, J Laffont (joy.laffont@wanado.fr), G. Mahé, S. Zuily.

CLASSE (FORCE) DE RECOMMANDATION	
Classe I Forte (avantage bénéfique >>> risque)	
Expressions suggérées pour écrire la recommandation	
	<ul style="list-style-type: none"> est recommandé est indiqué / utile / efficace / bénéfique devrait être effectué / administré / autres
	<i>phrases d'efficacité comparée</i>
	<i>traitement / stratégie A recommandé / indiqué avant le traitement B</i>
	<i>le traitement A doit être choisi par rapport au traitement B</i>
Classe IIa modérée (avantage bénéfique >> risque)	
Expressions suggérées pour écrire la recommandation	
	<ul style="list-style-type: none"> est raisonnable peut être utile / efficace / bénéfique
	<i>phrases d'efficacité comparative</i>
	<i>traitement / stratégie A est probablement recommandé / indiqué de préférence au traitement B</i>
	<i>il est raisonnable de choisir le traitement A par rapport au traitement B</i>
Classe IIb faible (avantage bénéfique ≥ risque)	
Expressions suggérées pour écrire la recommandation	
	<ul style="list-style-type: none"> peut / pourrait être raisonnable peut / pourrait être considéré l'utilité / l'efficacité est inconnue / incertaine / incertaine ou n'est pas bien établie
Classe III aucun avantage (modérée) (avantage bénéfique = risque)	
Expressions suggérées pour écrire la recommandation	
	<ul style="list-style-type: none"> n'est pas recommandé n'est pas indiqué / utile / efficace / bénéfique ne doit pas être effectué / administré / autre
Classe III nuisible (forte) (risque > avantage bénéfique)	
Expressions suggérées pour écrire la recommandation	
	<ul style="list-style-type: none"> potentiellement dangereux cause du tort associé à un excès de morbidité / mortalité ne doit pas être effectué / administré / autre

NIVEAU (QUALITE) DE PREUVE	
Niveau A	
	Preuves de haute qualité de plusieurs ECR,
	Méta-analyses d'ECR de haute qualité
	Un ou plusieurs ECR corroborés par des études de registre de haute qualité
Niveau B R (randomisé)	
	Preuves de qualité modérée d'un ou de plusieurs ECR,
	Méta-analyses de qualité moyenne RCTS
Niveau B NR (non randomisé)	
	Preuves de qualité moyenne tirées d'au moins une étude non randomisée, d'études par observation ou d'un registre, bien conçues et bien exécutées
	Méta-analyses de telles études
Niveau C LD (données limitées)	
	Études d'observation ou de registre randomisées ou non randomisées avec limitation de la conception ou de l'exécution
	Méta-analyse de telles études
	Études physiologiques ou mécanistes chez l'homme
Niveau C EO (avis d'experts)	
Consensus des experts sur la base de l'expérience clinique	

FICHE 1 - RECOMMANDATIONS GLOBALES POUR LES EFFORTS DE PREVENTION DE LA MALADIE CARDIOVASCULAIRE ATHEROMATEUSE (MCVA)

Classe (Force)	Recommandation	Niveau de preuve
<u>1. Approches centrées sur le patient pour la prévention globale de la MCVA</u>		
I	Une approche multidisciplinaire est recommandée pour le contrôle des facteurs de risque associés à la MCVA.	A
I	La prise de décision partagée devrait guider les discussions sur les meilleures stratégies pour réduire le risque de MCVA.	B R
I	Les déterminants sociaux de la santé devraient guider la mise en œuvre optimale des recommandations de traitement pour la prévention de la MCVA.	B NR
<u>2. Évaluation du risque cardiovasculaire selon ASCVD (atherosclerotic cardiovascular disease)</u> http://tools.acc.org/ldl/ascvd_risk_estimator/index.html#!/calculate/estimator/		
I	Pour les adultes âgés de 40 à 75 ans, les praticiens doivent systématiquement évaluer les facteurs de risque cardiovasculaire traditionnels et calculer le risque de MCVA à 10 ans en utilisant les équations de cohortes combinées (score ASCVD).	B NR
IIa	Pour les adultes âgés de 20 à 39 ans, il est raisonnable d'évaluer les facteurs de risque traditionnels de MCVA au moins tous les 4 à 6 ans.	B NR
IIa	Chez les adultes à risque limite de MCVA à 10 ans (5% à <7,5%) ou moyen ($\geq 7,5\%$ à <20%), il est raisonnable d'utiliser des facteurs de risque additionnels (cf. tableau infra) pour orienter la prise de décision d'intervention préventive (ex. traitement par statine).	B NR
IIa	Chez les adultes à risque intermédiaire de MCVA à 10 ans ($\geq 7,5\%$ à < 20%) ou à risque limite (risque MCVA à 10 ans 5% à <7,5%), si des décisions d'intervention préventive fondées sur le risque (ex traitement par statine) restent incertaines, il est raisonnable de mesurer le score calcique des artères coronaires pour guider la discussion médecin-patient sur les risques.	B NR
IIb	Pour les adultes âgés de 20 à 39 ans et ceux âgés de 40 à 59 ans présentant un risque de MCVA à 10 ans < 7,5%, il peut être envisagé d'estimer le risque sur la durée de vie ou sur 30 ans.	B NR

FACTEURS DE RISQUE ADDITIONNELS A PRENDRE EN COMPTE POUR LA DISCUSSION PRATICIEN - PATIENT SUR L'INTERET DE L'INTRODUCTION D'UNE STATINE CHEZ LE PATIENT A RISQUE FAIBLE.

- Antécédents familiaux de MCVA précoce (homme d'âge < 55 ans - femme d'âge < 65 ans)
- Hypercholestérolémie primaire (LDL-C, 1,60–1,89 g / L [4.1–4.8 mmol / L] ; non – HDL-C 1,90–2,19 g / L [4.9–5.6 mmol / L]) *
- Syndrome métabolique (augmentation du tour de taille [selon des seuils ethniquement appropriés], élévation du taux de triglycérides [$> 1,5$ g / L non à jeun], HTA, Hyperglycémie et taux de HDL C bas [$< 0,4$ g / L chez l'homme; $< 0,5$ g / L chez la femme] sont des facteurs (un total de 3 établit le diagnostic)
- Insuffisance rénale chronique (DFG de 15–59 mL / min / 1,73 m² avec ou sans albuminurie; non traité par dialyse ou transplantation rénale).
- Affections inflammatoires chroniques, telles que psoriasis, Polyarthrite rhumatoïde, lupus ou VIH / SIDA
- Antécédents de ménopause précoce (avant l'âge de 40 ans) et d'antécédents d'affections liées à la grossesse qui augmentent le risque de MCVA ultérieure, telles que la pré-éclampsie.
- Race / ethnie à haut risque (ex. Ascendance sud-asiatique)
- Lipides / biomarqueurs associés à un risque accru de MCVA
 - Hypertriglycéridémie primaire persistante * élevée ($\geq 1,75$ g / L, non à jeun)
 - Si mesuré :
 - Elévation du taux de Protéine C réactive très sensible (CRP $\geq 2,0$ mg / L)
 - Lp(a) élevée : une indication relative pour sa mesure est l'existence d'antécédents familiaux de MCVA précoce. Une Lp (a) ≥ 50 mg / dL ou ≥ 125 nmol / L constitue un facteur augmentant le risque, en particulier à des taux plus élevés de Lp (a).
 - ApoB élevée ($\geq 1,30$ g / L) : une indication relative pour sa mesure serait un taux de triglycérides $\geq 2,00$ g / L. Un taux $\geq 1,30$ g / L correspond à un LDL C $> 1,60$ g / L et constitue un facteur augmentant le risque.
 - IPS < 0.90 .

FICHE 2 - FACTEURS D'HYGIENE DE VIE (OU MODE DE VIE) INFLUANT SUR LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Classe (Force)	Recommandation	Niveau de preuve
	<u>1. Nutrition et régime</u>	
I	Un régime alimentaire mettant l'accent sur la consommation de légumes, de fruits, de légumineuses, de noix, de céréales complètes et de poissons est recommandé pour réduire les facteurs de risque de la MCVA.	B R
IIa	Le remplacement des graisses saturées par des graisses alimentaires (ou acides gras) monoinsaturées et polyinsaturées peut être bénéfique pour réduire le risque de MCVA.	B NR
IIa	Un régime alimentaire contenant des quantités réduites de cholestérol et de sel peut être bénéfique pour réduire le risque de MCVA.	B NR
IIa	Dans le cadre d'un régime alimentaire sain, il est raisonnable de réduire la consommation de viandes transformées, de sucres raffinés et de boissons sucrées pour diminuer le risque de MCVA.	B NR
III nuisible	Dans le cadre d'une alimentation saine, il conviendrait d'éviter de consommer des acides gras trans afin de diminuer le risque de MCVA.	B NR
	<u>2. Exercice et activité physique</u>	
I	Les adultes devraient être systématiquement conseillés lors des visites médicales pour optimiser leur activité physique.	B R
I	Les adultes devraient pratiquer au moins 150 minutes cumulées hebdomadaires d'activité physique aérobique d'intensité modérée ou 75 minutes hebdomadaires d'activité physique intense (ou une combinaison équivalente d'activités modérées et d'activités intenses) pour réduire le risque de MCVA.	B NR
IIa	Pour les adultes ne pouvant pas respecter les recommandations minimales en matière d'activité physique aérobique (au moins 150 minutes /semaine d'activité physique modérée ou 75 minutes/semaine d'activité physique intense), doivent s'engager dans une activité physique d'intensité modérée ou intense, même si elle est inférieure à la quantité recommandée, car elle peut être bénéfique pour réduire le risque de MCVA.	B NR

TABLEAU DE DEFINITIONS ET EXEMPLES D'INTENSITES DIFFERENTES D'ACTIVITE PHYSIQUE.

INTENSITE	METs = EQUIVALENT METABOLIQUE	EXEMPLES (Km/h)
Comportement Sédentaire *	1-1.5	Assis, allongé ou couché; regarder la télévision
Léger	1,6 à 2,9	Marcher lentement, cuisiner, faire le ménage
Modéré	3,0 -5,9	Marche rapide (4 à 7 km/h), vélo (9 à 14 km/h), danse de salon, yoga, natation de loisir.
Intense	≥6	Jogging / course à pied, Cyclisme (≥16 km/h) tennis simple, natation.

* Le *comportement sédentaire* est défini comme tout comportement caractérisé par une dépense d'énergie $\leq 1,5$ MET en position assise, allongée ou couchée. Se tenir debout est une activité sédentaire dans la mesure où il implique $\leq 1,5$ MET, mais n'est pas considéré comme une composante du comportement sédentaire.

FICHE 3 - AUTRES FACTEURS INFLUANT SUR LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Classe (Force)	Recommandation	Niveau de preuve
	<u>1. Adultes souffrant de surcharge pondérale et d'obésité</u>	
I	Chez les personnes obèses ou en surpoids, il est recommandé de perdre du poids pour améliorer le profil de facteur de risque de MCVA.	B R
I	Des conseils et des modifications complètes de mode de vie, y compris la restriction calorique, sont recommandés pour parvenir à la perte de poids chez les adultes présentant une surcharge pondérale ou une obésité.	B R
I	Pour l'évaluation de la perte de poids, le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est recommandé chaque année ou plus fréquemment, pour identifier les adultes présentant un excès de poids ou une obésité.	C EO
IIa	Il est raisonnable de mesurer le tour de taille pour identifier les personnes présentant un risque cardiométabolique élevé.	B NR
	<u>2. Adultes atteints de diabète de type 2 (DT2)</u>	
I	Pour tous les adultes atteints de DT2, un plan de nutrition sur mesure mettant l'accent sur un régime alimentaire sain pour le cœur est recommandé pour améliorer le contrôle glycémique, atteindre une perte de poids si nécessaire et améliorer d'autres facteurs de risque liés à la MCVA.	A
I	Les adultes atteints de DT2 devraient faire au moins au moins 150 minutes hebdomadaires cumulées d'activité physique aérobique d'intensité modérée ou 75 minutes hebdomadaires d'activité physique intense pour améliorer le contrôle glycémique, atteindre une perte de poids si nécessaire et améliorer les autres facteurs de risque liés à la MCVA.	A
IIa	Pour les adultes atteints de DT2, il est raisonnable d'initier la metformine en tant que traitement de première intention en même temps que les corrections du mode de vie au moment du diagnostic afin d'améliorer le contrôle glycémique et de réduire le risque de MCVA.	B R
IIb	Pour les adultes atteints de DT2 et de facteurs de risque supplémentaires liés à la MCVA nécessitant un traitement hypoglycémiant malgré les modifications initiales du mode de vie et l'introduction de la metformine, il peut être raisonnable d'initier un inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose 2 (SGLT-2) ou un agoniste des récepteurs du peptide-1 glucagon- <i>like</i> (GLP-1R) pour améliorer le contrôle glycémique et réduire le risque de MCV.	B R

	3. Adultes avec taux de cholestérol élevé (Adapté des recommandations de pratique clinique sur le cholestérol de 2018.)	
I	Chez les adultes à risque intermédiaire (risque MCVA à 10 ans $\geq 7,5\%$ à $<20\%$), le traitement par statine réduit le risque de MCVA et, dans le contexte d'une discussion sur le risque, si une décision est prise concernant le traitement par statine, une statine d'intensité modérée doit être recommandée.	A
I	Chez les patients à risque intermédiaire (risque MCVA à 10 ans $\geq 7,5\%$ à $<20\%$), le taux de LDL-CHOL doit être réduit de 30% ou plus, et pour une réduction optimale du risque de MCVA, en particulier chez les patients à risque élevé ($\geq 20\%$) ce taux doit être réduit de 50% ou plus.	A
I	Chez les adultes diabétiques âgés de 40 à 75 ans, quel que soit le risque estimé de MCVA à 10 ans, un traitement par statine d'intensité modérée est indiqué.	A
I	Chez les patients âgés de 20 à 75 ans présentant un taux de LDL-CHOL de 1,90 g / L ($\geq 4,9$ mmol / L) ou plus, un traitement par statine à dose maximale tolérée est recommandé.	B R
IIa	Chez les adultes diabétiques présentant de multiples facteurs de risque liés à la MCVA, il est raisonnable de prescrire un traitement par statine de haute intensité dans le but de réduire les taux de LDL-CHOL de 50% ou plus.	B R
IIa	Chez les adultes à risque intermédiaire (risque MCVA à 10 ans $\geq 7,5\%$ à $<20\%$), une augmentation des facteurs de risque favorise l'initiation ou l'intensification du traitement par statines.	B R
IIa	Chez les adultes à risque intermédiaire (risque à 10 ans $\geq 7,5\%$ à $<20\%$) ou certains adultes à risque limite (risque à 10 ans 5% à $<7,5\%$) chez lesquels le score calcique des artères coronaires est mesuré pour étayer la décision de traitement ET <ul style="list-style-type: none"> • Si le score calcique dans les artères coronaires est égal à zéro, il est raisonnable de suspendre le traitement par statine et de réévaluer le score dans 5 à 10 ans, tant que les circonstances de risque élevé demeurent absentes (ex. diabète, antécédents familiaux de cardiopathie congénitale précoce, tabagisme) ; • Si le score calcique des artères coronaires est compris entre 1 et 99, il est raisonnable d'instaurer un traitement par statine chez les patients âgés de 55 ans et plus ; • Si le score calcique dans les artères coronaires est égal ou supérieur à 100 ou dans le 75^{ème} percentile ou plus, il est raisonnable d'initier un traitement par statine. 	B NR
IIb	Chez les patients à risque limite (risque MCVA à 10 ans 5% à $<7,5\%$), la présence de facteurs augmentant le risque peut justifier la mise en place d'un traitement par statines d'intensité modérée.	B R

Tableau n°1 - Traitements par statines : Posologie Elevée, Moyenne et Faible (utilisées dans les essais contrôlés randomisés examinés par le Groupe d'experts) *

Statines à fort pouvoir hypolipémiant	Diminution du LDL-Chol, en moyenne $\geq 50\%$ à dose quotidienne.	Atorvastatine (40 **) - 80 mg Rosuvastatine 20 (40) mg
Statines à pouvoir hypolipémiant modéré	Diminution du LDL-Chol, en moyenne de 30% à $< 50\%$ à dose quotidienne.	Atorvastatine 10 (20) mg Rosuvastatine (5) 10 mg Simvastatine 20 - 40 mg *** Pravastatine 40 (80) mg Lovastatine 40 mg Fluvastatine XL 80 mg Fluvastatine 40 mg x 2 / jour Pitavastatine 2-4 mg
Statines à faible pouvoir hypolipémiant	Diminution du LDL-Chol $< 30\%$ à dose quotidienne.	<i>Simvastatine 10 mg</i> Pravastatine 10- 20 mg Lovastatine 20 mg Fluvastatine 20-40 mg Pitavastatine 1 mg

en gras : indique les statines et les doses qui ont été évaluées dans les essais contrôlés randomisés spécifiques. Tous ces essais ont démontré une réduction des événements cardiovasculaires majeurs.

en *Italique* : indique les statines et les doses qui ont été approuvées par la FDA, mais n'ont pas été testées dans les ECR examinés.

* Les réponses individuelles à un traitement par statine varient dans les essais contrôlés randomisés et il faut s'attendre à une variation dans la pratique clinique. Il pourrait y avoir une cause biologique à une réponse $<$ la moyenne.

** Preuve à partir d'un seul essai contrôlé randomisé : bas-titrage en cas d'intolérance à l'atorvastatine 80 mg dans l'étude IDEAL (Incremental Decrease through Aggressive Lipid Lowering))

*** Bien que la simvastatine 80 mg ait été évaluée dans les essais contrôlés randomisés, débuter par la simvastatine 80 mg n'est pas recommandé par la FDA en raison du risque accru de myopathie, y compris de rhabdomyolyse.

Avis du comité recommandations : depuis le 01 novembre 2014 « la prise en charge de la rosuvastatine et de l'ézétimibe seul ou en association fixe avec la simvastatine est dorénavant soumise à une entente préalable » [sur avis de la CPAM – code L315-2]

Synthèse du Comité de recommandations de la Société française de Médecine Vasculaire (SFMV) d'après les recommandations de l'ACC/AHA 2013.

Membres du conseil : L. Bressollette, M. Gras, F.X. Himpens, R. Jacquet, V. Jaquinandi, J.Y. Laffont, G. Mahé, S. Nicola-Plouvier, J.N. Poggi, M.A. Roset Cacciuttolo, S. Zuily.

[Fiche rédigée 2015 01 30]

4. Adultes souffrant d'hypertension (Adapté des recommandations de pratique clinique sur l'hypertension de 2017.)

Chez les adultes présentant une hypertension artérielle, y compris ceux nécessitant un traitement antihypertenseur, une intervention non pharmacologique est recommandée pour réduire la pression artérielle.

Celles-ci incluent :

- perte de poids ;
- régime alimentaire sain pour le cœur ;

I

A

	<ul style="list-style-type: none"> • réduction de l'apport en sel ; • supplémentation en potassium alimentaire ; • augmentation de l'activité physique avec un programme d'exercice structuré ; • limitation de la consommation d'alcool. 	
I	Chez les adultes dont le risque de MCVA à 10 ans est $\geq 10\%$ et dont la pression artérielle systolique moyenne (TAS) est ≥ 130 mm Hg ou la pression artérielle diastolique moyenne ≥ 80 mm Hg, l'utilisation de médicaments hypotenseurs est recommandée en prévention primaire des MCV.	SBP A DBP CEO
I	Chez les adultes atteints d'hypertension confirmée et présentant un risque de MCVA à 10 ans de 10% ou plus, il est recommandé de cibler une TA inférieure à 130/80 mm Hg.	SBP BR DBP CEO
I	Chez les adultes souffrant d'hypertension et d'insuffisance rénale chronique, un traitement visant à un objectif de TA inférieure à 130/80 mm Hg est recommandé.	SBP BR DBP CEO
I	Chez les adultes atteints de DT2 et d'hypertension, un traitement antihypertenseur doit être instauré devant une TA $\geq 130/80$ mm Hg, avec un objectif thérapeutique $< 130/80$ mm Hg.	SBP BR DBP CEO
I	Chez les adultes présentant un risque de MCVA à 10 ans $< 10\%$ et une pression artérielle systolique de 140 mm Hg ou plus, ou une pression artérielle diastolique de 90 mm Hg ou plus, il est recommandé d'administrer et d'utiliser un médicament hypotenseur.	C LD
IIb	Chez les adultes atteints d'hypertension confirmée sans marqueurs supplémentaires d'augmentation du risque de MCVA, une cible de TA inférieure à 130/80 mm Hg peut être raisonnable.	SBP BNR DBP CEO
	<u>5 Traitement du tabagisme.</u>	
I	Tous les adultes doivent être évalués lors de chaque visite médicale pour déterminer s'ils font usage du tabac et leur statut tabagique doit être consigné comme un signe essentiel pour faciliter l'abandon du tabac.	A
I	Pour parvenir à l'abstinence du tabac, il devrait être vivement recommandé à tous les adultes consommateurs de cesser de fumer.	A
I	Chez les adultes tabagiques, une combinaison d'interventions comportementales et de pharmacothérapie est recommandée pour optimiser les taux de sevrage tabagique.	A

I	Chez les adultes tabagiques, le sevrage tabagique est recommandé pour réduire le risque de MCVA.	B NR
IIa	Pour faciliter le sevrage tabagique, il est raisonnable d'affecter du personnel qualifié en tabacologie dans chaque système de santé.	B R
III nuisible	Tous les adultes et les adolescents devraient éviter l'exposition au tabagisme passif afin de réduire le risque de MCVA.	B NR
	<u>6. Utilisation de l'aspirine</u>	
IIb	L'aspirine à faible dose (75 à 100 mg par jour par voie orale) pourrait être envisagée en prévention primaire de la MCVA chez certains adultes âgés de 40 à 70 ans présentant un risque accru de MCVA mais sans risque de saignement accru.	A
III nuisible	L'aspirine à faible dose (75 à 100 mg par jour par voie orale) ne doit pas être administrée en routine en prévention primaire de la MCVA chez les adultes de > 70 ans.	B R
III nuisible	L'aspirine à faible dose (75 à 100 mg par jour par voie orale) ne doit pas être administrée en prévention primaire de la MCVA chez les adultes présentant un risque accru de saignement quel que soit l'âge.	C LD

Top 10 des messages à retenir pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires (Take Home Message).

1. Le moyen le plus important pour prévenir la maladie vasculaire liée à l'athérosclérose, l'insuffisance cardiaque et la fibrillation auriculaire consiste à promouvoir un mode de vie sain tout au long de la vie.
2. Une approche de soins multidisciplinaire est une stratégie efficace de prévention des maladies cardiovasculaires. Les praticiens devraient évaluer les déterminants sociaux en santé affectant les individus afin de prendre des décisions thérapeutiques éclairées.
3. Les adultes âgés de 40 à 75 ans évalués pour la prévention des maladies cardiovasculaires devraient bénéficier d'une estimation du risque de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse (MCVA) à 10 ans et avoir une discussion médecin-patient sur les risques avant de commencer un traitement médicamenteux, tel qu'un traitement antihypertenseur, une statine ou une aspirine. En outre, l'évaluation d'autres facteurs augmentant le risque peut aider à guider les décisions en matière d'interventions préventives chez certains individus, comme l'évaluation du score calcique dans les artères coronaires.
4. Tous les adultes devraient avoir une alimentation saine, axée sur la consommation de légumes, de fruits, de noix, de céréales complètes, de protéines végétales ou animales maigres et de poisson, réduire la consommation de graisses *trans*, de viandes transformées, de glucides raffinés et de boissons sucrées. Pour les adultes en surpoids et obésité, des conseils et une restriction calorique sont recommandés pour obtenir et maintenir une perte de poids.
5. Les adultes devraient faire au moins 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée ou 75 minutes par semaine d'activité physique d'intensité vigoureuse.
6. Pour les adultes diabétiques de type 2, des changements de mode de vie, tels que l'amélioration des habitudes alimentaires et la réalisation des recommandations en matière d'exercice, sont essentiels. Si un médicament est indiqué, la metformine est un traitement de première intention, suivi d'un inhibiteur du cotransporteur 2 de sodium-glucose ou d'un agoniste du récepteur du peptide-1 analogue au glucagon.
7. Pour tous les adultes, la consommation de tabac devrait être évaluée lors de chaque visite médicale, et ceux qui sont fumeurs devraient être assistés et fortement encouragés à arrêter de fumer.
8. L'aspirine devrait être rarement utilisée dans le cadre de la prévention primaire systématique des MCVA, en raison du manque d'un rapport bénéfice- risque favorable.
9. Les statines sont un traitement de première intention en prévention primaire des MCVA
 - chez les adultes présentant un taux élevé de LDL-cholestérol ($\geq 1,90$ g / l) quel que soit l'âge,
 - chez les patients âgés de 40 à 75 ans, présentant un diabète, ou ceux ayant un risque de MCVA $> 5\%$ selon l'échelle de risques ASCVD.
10. Les interventions non pharmacologiques (règles d'hygiène de vie) sont recommandées pour tous les adultes présentant une pression artérielle élevée ($\geq 120/80$ mm Hg) ou une hypertension ($\geq 130/80$ mm Hg). Pour ceux nécessitant un traitement pharmacologique, la pression artérielle cible devrait généralement être $< 130/80$ mm Hg. Ceci est basé sur les recos HTA ACC 2017. ([Hypertension](#). 2018 Jun;71(6):1269-1324.)

https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/HYP.000000000000066?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

NB : le conseil recos rappelle que la Société Européenne d'HTA (ESH) suggère d'initier un traitement antiHTA au-delà de 130/ 85 uniquement chez les patients à RCV très élevé du à une MCV avérée en particulier une coronaropathie (recos 2018)

https://www.portailvasculaire.fr/sites/default/files/docs/2018_esc_esh_guidelines_hta.pdf