

Les **ARV,** **côté** **cœur**

Êtes-vous à risque ?

par le D^r Marek Smieja



Les antirétroviraux (ARV) permettront vraisemblablement à de nombreuses personnes porteuses du VIH de vivre à peu près aussi longtemps que la moyenne de la population. C'est dire qu'elles deviendront vulnérables aux problèmes de santé liés au vieillissement, dont certains peuvent être aggravés par les ARV, notamment la cardiopathie.

Le D^r Marek Smieja est spécialiste des maladies infectieuses et conseiller en VIH à l'Université McMaster, à Hamilton (Ontario). Il dirige une étude multicentrique consacrée aux effets des traitements anti-VIH sur le risque cardiovasculaire.

Le terme cardiopathie recouvre plusieurs affections touchant diverses parties des systèmes cardiaque et circulatoire. Deux d'entre elles, la péricardite et la myocardite, qui s'attaquent respectivement à l'enveloppe du cœur et au muscle cardiaque, étaient auparavant très courantes chez les personnes mourant du sida. Les ARV, dans les pays où ils sont disponibles, ont beaucoup contribué à prévenir l'apparition de ces maladies. Toutefois, ils ne peuvent rien contre l'endocardite, une grave infection des valvules du cœur largement répandue chez les utilisateurs de drogues injectables. La coronaropathie, la maladie du cœur la plus fréquente au Canada, est responsable de la moitié des décès chez les hommes et du tiers chez les femmes. Or, le risque de coronaropathie augmente lorsqu'on entreprend un traitement aux ARV.

Un portrait général

Dans la coronaropathie, le cholestérol et le calcium s'accumulent sur les parois des vaisseaux sanguins

et entraînent le durcissement des artères (ou l'athérosclérose). Graduellement, les canaux de circulation du sang raidissent et se rétrécissent. Le processus débute dès l'enfance, mais ses conséquences, telle la crise cardiaque, ne surviennent que des décennies plus tard. Différents facteurs, dont le tabagisme, accélèrent le processus (voir la page 11).

Le risque de crise cardiaque augmente avec le traitement antirétroviral, mais il demeure minime en regard des risques de progression du VIH en l'absence d'ARV.

Les facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque modifiables sont le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le diabète et l'hypertension, qui renvoient aux mauvaises habitudes alimentaires, au manque d'exercice et à l'obésité abdominale. S'y ajoutent le stress, désormais reconnu comme un important facteur de risque, et, soupçonne-t-on, la maladie bucco-dentaire.

D'autres facteurs ne sont pas modifiables, notamment le fait d'être âgé, d'être un homme et d'avoir des antécédents familiaux de cardiopathie précoce (père ou frère ayant fait une crise cardiaque avant 55 ans, et mère ou sœur avant 65 ans). Dans ce dernier cas, les risques de crise cardiaque sont presque deux fois plus élevés.

Le tabagisme

Fumer est mauvais pour la santé. Voici à quel point : chez les gens de moins de 50 ans, la cigarette cause la moitié de toutes les crises cardiaques (et la cocaïne peut-être le quart). En moyenne, un fumeur raccourcit sa vie de 10 ans et une personne qui fume beaucoup (40 cigarettes/jour ou plus) est jusqu'à neuf fois plus susceptible de faire une crise cardiaque qu'un non-fumeur. Au Canada, de 40 % à 75 % des personnes vivant avec le VIH fument, contre 21 % de la population adulte, et le tabagisme est à l'origine des deux tiers des crises cardiaques chez les porteurs du VIH (contre un tiers à l'échelle mondiale).

Le cholestérol

Les taux élevés de cholestérol mènent à l'athérosclérose, et les Canadiens affichent généralement des taux supérieurs aux niveaux acceptables. Pour établir le risque individuel de coronaropathie, on mesure les taux de cholestérol total, de LDL (mauvais cholestérol) et de HDL (bon cholestérol). Un faible taux de HDL, si courant chez les personnes atteintes du VIH et traitées ou non par les ARV, signifie un risque accru.

Les ARV et les facteurs de risque

Les trois principaux types d'ARV accentuent certains facteurs de risque cardiaque. Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), dont l'AZT (Retrovir^{MD}, Trizivir^{MD} et Combivir^{MD}), et surtout la stavudine (d4T, Zerit^{MD}), élèvent davantage les taux de cholestérol et de triglycérides que ne le font l'abacavir (Ziagen^{MD}) et le ténofovir (Viread^{MD}). Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) font augmenter le taux d'HDL (le bon cholestérol), mais l'efavirenz augmente aussi le taux de LDL. Les inhibiteurs de la protéase, sauf l'atazanavir (Reyataz^{MD}) administré sans ritonavir (Norvir^{MD}), contribueraient également à la hausse des taux de cholestérol, de triglycérides et de glucose ainsi qu'à l'obésité abdominale.

Le meilleur moyen de contrôler l'augmentation des lipides (cholestérol et triglycérides) est un traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) faisant appel à une association d'ARV qui n'augmentent pas les lipides, ou un changement d'ARV advenant l'apparition d'anomalies lipidiques. Mais

pour la plupart des gens, le risque de cardiopathie pèse très peu par rapport au risque de progression du VIH. Si l'on ne veut pas changer un régime médicamenteux qui fonctionne bien, il est préférable de prendre un hypocholestérolémiant (médicament contre le cholestérol).

Un risque calculé...

Vous pouvez évaluer votre risque de cardiopathie en connaissant votre tension artérielle systolique (p. ex., 120 si votre tension est de 120/80 mm Hg), votre taux de cholestérol total et votre taux de HDL. En inscrivant ces trois données ainsi que votre âge, votre sexe et votre consommation de tabac dans l'équation de Framingham, vous pouvez calculer votre risque, sous forme de pourcentage, pour les dix prochaines années. Vous trouverez l'équation à l'adresse <http://hin.nhlbi.nih.gov/atpiii/calculator.asp?usertype=pub> (multipliez d'abord les taux de cholestérol — total et HDL — par 39 pour la conversion en unités américaines).

Un résultat inférieur à 10 % correspond à un risque **faible**. Des changements d'habitudes de vie (voir ci-dessous) et de pharmacothérapie ne sont recommandés que si le cholestérol sanguin est très élevé.

Un score entre 10 % et 20 % correspond à un risque **moyen**. Dans ce cas, on conseille de revoir les habitudes de vie, et le médecin prescrira peut-être un hypocholestérolémiant.

La personne dont le résultat dépasse 20 %, qui est diabétique ou qui a déjà fait une crise cardiaque court un risque **élevé**. Très probablement, le médecin prescrira des médicaments et recommandera des changements de mode de vie pour prévenir la crise cardiaque.

Les fumeurs subissent plus de crises cardiaques que les non-fumeurs, et ils sont plus nombreux à en mourir

Des habitudes santé

Si vous fumez, essayez « d'éteindre ». Les fumeurs subissent plus de crises cardiaques que les non-fumeurs, et ils sont plus nombreux à en mourir. Parlez à votre médecin des programmes d'abandon du tabac ou des timbres à la nicotine.

L'exercice aérobique, de trois à cinq fois par semaine pendant au moins 20 minutes, abaisse la tension artérielle, favorise le (bon) cholestérol HDL et aide au contrôle du poids.

Adoptez une alimentation faible en gras saturés et en gras total, limitez les calories et les sucres



L'accumulation de calcium et de cholestérol sur les parois des vaisseaux sanguins fait durcir les artères en plus de rétrécir les voies de circulation du sang.

Votre risque de cardiopathie

On considère qu'une personne est à risque si elle présente au moins deux des facteurs suivants :

- Plus de 45 ans (homme) ou de 55 ans (femme)
- Tabagisme
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Cholestérol sanguin élevé

simples, et augmentez l'apport en fibres solubles, fruits et légumes. Le régime DASH (voir l'encadré) est un bon point de départ. Votre médecin pourra vous orienter vers un nutritionniste spécialisé en VIH si vous avez de mauvaises habitudes alimentaires ou voulez savoir comment planifier vos repas.

Les médicaments et les thérapies complémentaires

Une bonne alimentation réduit le taux de cholestérol, mais les médicaments sont souvent nécessaires. Comme hypocholestérolémiant, on prescrit habituellement des statines, qui réduisent le risque de cardiopathie de 50 % si elles sont prises régulièrement et à des doses adéquates. La pravastatine (Pravachol^{MD}), l'atorvastatine (Lipitor^{MD}) et la rosuvastatine (Crestor^{MD}) sont les plus connues. Les effets secondaires, rares, comprennent les douleurs musculaires et parfois des dommages musculaires graves ou une inflammation du foie. Les risques sont faibles en comparaison des avantages de la prévention de la cardiopathie.

Certaines statines interagissent avec les ARV, et l'association statines-fibrates (autre type d'hypocholestérolémiant) est plus susceptible de causer des effets secondaires. Examinez avec le médecin l'option qui vous convient le mieux.

La niacine, ou acide nicotique, permet également de traiter l'hypercholestérolémie, mais elle provoque souvent des bouffées congestives. Dans sa nouvelle préparation à action prolongée, elle entraîne moins d'effets secondaires.

Les triglycérides et le syndrome métabolique

Le traitement aux ARV peut augmenter le taux de triglycérides, un type de gras présent dans le sang. Un taux très élevé (> 10 mmol/L) peut causer la pancréatite, une grave inflammation du pancréas. Un taux modérément élevé est parfois associé à la cardiopathie et exigerait un traitement si d'autres facteurs de risque coexistent, notamment l'obésité abdominale (tour de taille supérieur à 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme), l'hypertension, une glycémie élevée et un taux de HDL faible. La présence d'au moins trois de ces facteurs peut signaler un « syndrome métabolique », lequel double le risque de cardiopathie. Pour réduire les triglycérides, on recommande des diètes thérapeutiques, des médicaments appelés fibrates (p. ex., gemfibrozil ou fénofibrate), les huiles de saumon et d'autres poissons ainsi qu'une consommation d'alcool moindre.

On examine actuellement le rôle de vitamines (B6, B12, acide folique) dans la prévention de la cardiopathie. De nombreuses études ont fait ressortir les bienfaits de la vitamine E, mais on a récemment découvert que chez certaines personnes, elle peut accroître l'insuffisance cardiaque sans réduire les crises cardiaques. Alors si vous avez plus de 55 ans et que vous souffrez de cardiopathie ou de diabète, il est préférable d'éviter la vitamine E.

S'aider soi-même

Les personnes à risque élevé de cardiopathie devraient recourir aux statines et traiter leur hypertension (ou leur diabète) par des médicaments et des modifications de leurs habitudes de vie. Elles réduiront ainsi de 50 % à 80 % leur risque de crise cardiaque et de décès. Mais risque élevé ou non, tout le monde a intérêt à cesser de fumer ou du moins à réduire la consommation de tabac, à faire régulièrement de l'exercice aérobique et à manger sainement. **R**



La santé du cœur dans l'assiette

Il a été cliniquement prouvé que le régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) réduit l'hypertension artérielle. Le régime comporte des aliments faibles en gras total, en gras saturés et en cholestérol, et plein de fruits, de légumes et de produits laitiers faibles en gras. Vous pouvez l'obtenir sur Internet (en tapant DASH dans Google) ou par téléphone (1 301 592-8573).

Vous trouverez des recettes ainsi qu'une mine de renseignements sur le stress, le tabac et la tension artérielle sur le site de la Fondation des maladies du cœur (<http://www2.fmcoeur.ca/Page.asp?PageID=903>).

