



INTERCOM SANTE 57

Espace d'information, d'éducation, de prévention et de formation
des acteurs de santé du bassin thionvillois

SIDA ET RISQUE CARDIOVASCULAIRE : CE QU'IL FAUT SAVOIR

Les complications cardiovasculaires du SIDA ont changé de visage depuis l'avènement des antirétroviraux qui ont transformé le pronostic vital de la maladie. Alors que les complications cardiaques (myocardites et péricardites) notées au début du développement du SIDA et liées à l'immunodépression ont régressé, sont apparues depuis l'avènement des antirétroviraux des complications métaboliques, en particulier glucidolipidiques, propres à ces médicaments chez des patients dont l'espérance de vie est allongée grâce à ces traitements au prix d'un vieillissement apportant son lot de facteurs de risque cardiovasculaire.

Les complications cardiovasculaires sont devenues la 3ème cause de décès et la 4ème cause d'hospitalisation dans les pays industrialisés.

Les atteintes cardiaques au cours de l'infection par le VIH regroupent les cardiomyopathies, les tumeurs cardiaques, les péricardites, les endocardites, l'HTAP et la maladie coronaire :

- La cardiomyopathie avant l'ère des rétroviraux avait un pronostic très péjoratif avec une médiane de survie de 100 jours en présence d'une dysfonction ventriculaire gauche contre 472 jours en l'absence d'atteinte myocardique. Les myocardites aiguës sont les plus fréquentes, soit d'origine virale (CMV, herpès, coxsackie , VIH lui-même par synthèse accrue de cytokines,) soit d'origine tuberculeuse ou parasitaire (toxoplasmose, aspergillose), soit par déficits nutritionnels (Vitamine B12, Sélénium, carnitine), soit toxiques par toxicité mitochondriale de certains antirétroviraux (Zidovudine, Stavudine).
- Les tumeurs cardiaques : sarcome de Kaposi (atteinte cutanéomuqueuse, endocardique et péricardique), lymphomes non hodgkiniens (atteinte de l'oreillette droite, blocs conductifs).
- Les péricardites le plus souvent virales qui ont très nettement régressé depuis l'avènement des rétroviraux.
- Les endocardites : le VIH est un facteur de risque indépendant chez les sujets infectés et toxicomanes.
- L'HTAP : avant les rétroviraux, l'incidence de l'HTAP était plus importante que dans la population générale (0.5 % contre 1/200 000). Sa prévalence ne s'est pas modifiée avec les antirétroviraux.
- La maladie coronaire n'a pas été rapportée avant les antirétroviraux.

Le surrisque actuel de survenue d'une coronaropathie a plusieurs causes : l'augmentation de la survie, des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire plus fréquents, des facteurs de risque directement liés au VHI et aux rétroviraux.

- L'allongement de la durée de vie associée à une prévalence plus élevée du tabagisme actif, des dyslipidémies, de la consommation d'alcool ou de drogues de ces patients fait craindre une augmentation significative des maladies coronaires, en particulier des syndromes coronariens aigus (risque de Framingham de présenter un infarctus du myocarde à 10 ans supérieur à 25% contre 11% dans un groupe contrôle non atteint par le Sida).
- La présence d'une dysfonction endothéliale liée aux rétroviraux : les antiprotéases sont responsables d'un risque plus important d'infarctus du myocarde.
- Le rôle du VHI lui-même (inflammation chronique avec production de cytokines inflammatoires comme le TNF alpha, l'interleukine-1 et l'interleukine-6, état prothrombotique).
- Le rôle de la dyslipidémie : HDL bas, triglycérides augmentés, augmentation du LDL, efficacité moindre des statines.

Dans les études publiées, il est rapporté qu'il s'agit souvent de patients de moins de 50 ans, avec une durée d'infection et de traitement moyenne longue (plus de 8 ans), un tabagisme important, une dyslipidémie induite par les rétroviraux.

Dans des séries à faible effectif, il n'y a pas de différence significative entre les populations infectées et non infectées par le VHI, avec cependant une prévalence plus importante de l'atteinte coronaire monotronculaire dans en cas de Sida.

Des grandes études prospectives sont en cours (Prognosis of Acute Coronary Syndrome in HIV-infected Patients).

Il est actuellement recommandé d'éviter l'implantation de stents actifs en raison du risque hémorragique lié à la prise prolongée d'aspirine et de clopidogrel.

Recommandations actuelles :

- Prescription d'aspirine en cas de risque selon le score de Framingham supérieur à 15 % à 10 ans.
- Contre-indication de certaines statines en raison de l'interaction avec le cytochrome P 450 3A4 (atorvastatine et simvastatine) et les antiprotéases (risque accru de rhabdomyolyse).
- Préférer la pravastatine, la fluvastatine ou la rosuvastatine (cette dernière a une supériorité quasi multipliée par 2 chez la sujet atteint par le VHI sous antiprotéases).
- Prescrire des fibrates en cas d'hypertriglycéridémie importante pour prévenir la pancréatite aiguë.
- Sevrage tabagique fortement recommandé.

En conclusion :

- Il apparaît actuellement indéniable qu'il existe un risque accru de maladie coronaire, en particulier d'infarctus du myocarde, chez les patients infectés par le VIH du fait de la maladie elle-même, du traitement incontournable par les antiviraux et de facteurs de risque cardiovasculaire généraux plus fréquemment associés.
- La prévention primaire est fondamentale, la prévention secondaire étant par ailleurs indispensable.

Dr HOUPE - NOUSSE Marie-Paule, Cardiologue

Pour ceux qui souhaitent en savoir plus :

- Barbaro G ; Cardiovascular manifestations of HIV infection. Circulation 2002 ;106 :1420-5
- Dubé MP, Lipshultz SE, Fichtenbaum CJ, Greeberg R, Schechter AD, Fisher SD. Working Group 3. Effects of HIV infection and antiretroviral therapy on the heart and vasculature. Circulation 2008;118: e36-40
- Holmberg SD, Moorman AC, Williamson JM, Tong TC, Ward DJ, Wood KC et al. HIV Outpatients Study (HOPS) investigators. Protease inhibitors and cardiovascular outcomes in patients with HIV-1. Lancet 2002; 360 :1747-8
- DAD Study Group, Sabin CA, Worm SW, Weber S, Reiss P, Sabin CA, Weber R, Monforte A, El-Sadr W et al. Class of antiretroviral drugs and the risk of myocardial infarction. N Engl J Med 2007; 356:1723-35
- Franck Boccard. Sida et risque cardiovasculaire. Consensus Cardio N° 41. Septembre 2008 ; 9-12