

BIBLIOMED

Les analyses du Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

Risque cardiovasculaire : faut-il changer de paradigme ?

Mots clés :

Facteur de
risque
Risque
cardio-
vasculaire
global
Recom-
mandation
Décision
médicale

Les faits¹ et les représentations² sur la prévention et la prise en charge du risque cardio-vasculaire (RCV) s'appuient sur une approche risque par risque. Les études épidémiologiques ont montré une relation croissante, continue, et linéaire entre les chiffres de cholestérol ou de pression artérielle (PA) et la morbi-mortalité cardiovasculaire. Les études d'intervention centrées sur un des facteurs de risque (FDR) ont montré le même parallélisme entre la réduction des chiffres et celle du RCV. Notre « intuition » nous fait penser qu'il est raisonnable de traiter isolément chacune de ces FDR pour revenir en deçà de seuils recommandés. Mais le suivi sur 50 ans de la cohorte de Framingham a montré que le **RCV est multifactoriel**, avec à côté de l'HTA et de la dyslipidémie, un rôle majeur de l'âge, du tabagisme, du diabète de type 2. Ceci a conduit à une réflexion sur la **notion de RCV global**³. Faut-il la préférer à celle de risque rattaché à l'un ou l'autre des FDR. Quelle est la justification de ce qui apparaît comme un changement de modèle conceptuel, un changement de paradigme ?

De quel risque s'agit-il, et quels en sont les facteurs ?

Par définition *le RCV est composite*, il inclut la survenue d'événements coronariens (plus élevés entre 50 et 60 ans) et cérébrovasculaires (plus élevés après 60 ans), mais aussi les pathologies vasculaires périphériques et l'insuffisance cardiaque. Il est mesuré en général en nombre d'événements prédictibles sur 1, 5 ou 10 ans.

Certains FDR ne sont pas modifiables : âge, sexe, antécédents personnels et familiaux ; *d'autres le sont* : tabagisme, HTA, cholestérol, diabète, obésité et sédentarité (ces 2 derniers étant des facteurs prédisposants).

Ils ont une dimension collective : les données du registre Monica³ ont montré un gradient Nord-Sud, et ont souligné les variations annuelles des taux de morbi-mortalité cardiovasculaire selon les pays et la performance de leur système de santé (prévention et soins).

Ils ont une dimension individuelle : le RCV dépend de nombreux facteurs personnels modifiables ou non, et de leur association. Un même abaissement d'un de ces indicateurs n'a pas la même signification si le FDR est isolé ou associé, si l'on est en prévention secondaire ou en prévention primaire : ainsi dans ce dernier cas la réduction du risque est beaucoup plus importante en prévention secondaire.

Ce n'est qu'en intégrant toutes ces dimensions que l'on peut définir le risque global d'un patient.

Pourquoi préférer la notion de RCV « global » ?

L'augmentation du RCV en fonction des chiffres de cholestérol ou de PA observé dans les études épidémiologiques, sa réduction dans les études d'intervention sont similaires en pourcentage dans les diverses études. Mais il s'agit d'un pourcentage relatif, alors que *le chiffre absolu de réduction varie selon le RCV de la population étudiée*³.

Ce chiffre absolu sera plus grand en prévention secondaire, par définition à plus haut RCV qu'en prévention primaire. Il sera plus grand pour les populations du nord de l'Europe, à plus haut RCV, ce qui explique que les études de prévention y soient plus souvent pratiquées, car la réduction du risque absolu plus importante y sera plus facile à mettre en évidence.

La notion du RCV global nous conduit à une inversion de notre approche sur le RCV, à raisonner en termes de bénéfices plutôt qu'en termes de risques.

En pratique cette différence d'efficacité selon le risque global est bien illustrée par le calcul du nombre de sujets nécessaires à traiter (NNT). Dans l'étude Care, chez des sujets avec cholestérol normal, le NNT pendant 5 ans avec une statine pour éviter un événement coronarien annuel augmente progressivement quand le risque global diminue : il était de 20 sujets pour un risque global à 5 ans de 30%, de 133 sujets s'il est de 5%, de 1332 sujets s'il est de 0,5%³.

Qu'implique ce nouveau modèle conceptuel ?

Pour la décision médicale, la conséquence la plus immédiate est de mieux personnaliser les conseils en fonction du risque global évalué. Par définition, les sujets ayant déjà eu un événement cardiovasculaire, donc en prévention secondaire, sont à classer d'emblée parmi les sujets à haut risque.

Pour la recherche clinique, une stratégie fondée sur l'ensemble des FDR a été utilisée dans plusieurs essais contrôlés publiés depuis 2001 (HOPE, PROGRESS, ALLHAT-LLT, ASCOT-LLA, HPS...). Ces essais ont évalué l'intérêt d'un traitement antihypertenseur et/ou d'une statine chez des patients à haut RCV normo ou hypertendus et à cholestérolémie normale ou augmentée, donc indépendamment d'un risque individualisé⁴.

L'approche actuelle de la prévention cardiovasculaire n'est pas satisfaisante. La prise en charge actuelle (chaque risque étant considéré isolément) conduit sans doute à **sur-traiter certains patients et à en sous-traiter d'autres**. Ce n'est ni satisfaisant, ni opérationnel^{1,5}, notamment parce qu'il est difficile de cibler les populations réellement à risque par une approche risque par risque. Les enjeux économiques sont considérables : plus de 5% des médicaments remboursés en 2000 par l'assurance maladie étaient des statines (presque 1 milliard d'euros, plus de 5 millions de français traités⁶).

Le concept de RCV global permettrait de personnaliser les stratégies thérapeutiques en fonction de l'ensemble de facteurs de risque, selon un calcul fiable et reproductible.

Mais quelles sont en pratique les modalités d'appréciation du RCV ? Leur faisabilité, leur valeur prédictive a-t-elle été évaluée ? Ce sera l'objet d'un prochain Bibliomed.

Références :

- 1 - Collectif. Dyslipidémies en prévention primaire : où en est la prise en charge aujourd'hui ? *Bibliomed* 2004 ; 335.
- 2 - Collectif. Regards croisés médecins-patients sur la prévention du risque cardiovasculaire. *Bibliomed* 2004 ; 336.
- 3 - Philippe F. Les statines en prévention primaire. *STV* 2004 ; 1 : 24-35.
- 3 - D'Agostino RB et al. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores. *JAMA* 2001 ; 286 : 180-7.
- 4 - Collectif. Faut-il prescrire des statines à tous les hypertendus ? *Bibliomed* 2003 ; 308.
- 5 - De Backer et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003 ; 1601-10.
- 5 - Saba G et al. Instauration des traitements hypolipémiants en France en 2002. *Rev Ass Maladie* 2003 ; 4 : 221-31.

Cette revue hebdomadaire ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs.

Abonnez-vous sur notre site <http://www.unaformec.org/php/abo.htm>

Ecrivez-nous pour toute demande d'informations à <mailto:unadoc@wanadoo.fr>