

Evaluation du risque cardiovasculaire (CV) global : Frequently Asked Questions

1. S'il y a si peu de différences entre l'ancienne et la nouvelle fiche (*nous l'appelons la plaquette*), quel intérêt de changer pour une fiche beaucoup plus compliquée, ne fut-ce que par le calcul total/HDL?
2. On propose la fiche à partir de 30 ans mais tous les moins de 48 ans sont dans le vert ou le jaune: quel intérêt de calculer le risque chez eux ?
3. On propose la fiche jusque 75 ans mais tous les hommes (et presque toutes les femmes de plus de 68 ans) sont dans le rouge: quel intérêt de calculer le risque chez eux puisque cela n'influence pas la stratégie?
4. De façon générale, un risque à 20 ans chez un homme de 50 ans n'est-il pas plus préoccupant qu'un risque à 10 ans chez un homme de 74 ans?
5. Quid si un homme de 74 ans a une quadrithérapie hypotensive et toujours une PA à 14/9 : selon la fiche, il faudrait ajouter une cinquième molécule?
6. Pourquoi une table du risque CV qui inclut le HDL-C (sous forme de rapport CT/HDL) est-il un bon choix?

Réponses:

1. Dans la partie diagnostique de la [plaquette](#), il ne faut pas confondre l'algorithme (pages 3 & 4) et les tables du risque CV (pages 5 & 6).
La plaquette 2004 (tables de Framingham) a fait place à la plaquette 2005 (tables de Score), sans autre changement significatif. Le concept actuel est global (CV) et pas limité à un organe (coronarien); Score est CV alors que Framingham n'est que coronarien.
Les tables "Score" font actuellement consensus au niveau international. De plus, les endpoints de ces dernières tables sont univoques en termes de mortalité : on est mort : oui ou non, alors que les précédentes (Framingham) étaient construites sur la morbidité coronarienne, notion beaucoup plus imprécise : de la présence d'une douleur thoracique à un infarctus avéré, il y a de la marge...
Pour info, les tables Score seront reprises dans les RBP 2006.

Pour le rapport des cholestérol (CT/HDL), le labo peut faire ce calcul automatiquement. On prend alors la valeur de la dernière ligne (rapport calculé) plutôt que celle du cholestérol total ou du HDL. Il suffit de demander au labo de le faire systématiquement, c'est très facile et automatisé pour le labo.

Ceci dit, pour les inconditionnels de la fiche précédente se référant à Framingham, ils peuvent la garder; l'essentiel est de situer chaque patient dans une des trois catégories : risque global bas, risque haut ou risque moyen.

Quelles que soient les tables utilisées, la véritable démarche clinique est ici.

2. Ce n'est pas la plaquette entière, mais le screening ABCDEFGH qui est conseillé dès 30 ans. La PCV doit démarrer à un âge assez jeune, car 25 % de tous les premiers infarctus surviennent chez des hommes de moins de 55 ans. Cela prend peu de temps (1-2 minutes). Si ce jeune adulte n'a pas de facteur de risque autre que le tabagisme, pas de passage par les tables, ni de prise de sang.

Si il y a un point d'appel (F+ ou ...), alors une prise de sang est appropriée.

Une prise en charge énergique sera de mise chez un jeune patient si B+F (association grave) ou si couleur orange dans les tables.

L'intérêt est précisément de distinguer dès que possible les oranges des verts... Et de pouvoir s'investir avec les patients oranges (à risque moyen). Un petit groupe d'hommes fumeurs hypertendus avec un cholestérol élevé sont cependant déjà dans le rouge avant 50 ans. Ce dépistage a au moins le bénéfice de dépister ces patients en danger réel et de pouvoir leur rendre un fier service...

↑

3. Il est utile de rechercher les facteurs de risque (ABCDEFGH) chez ces personnes du troisième âge ; les rédacteurs des RBP en construction discutent beaucoup du niveau de risque à 10 ans selon Score (? 9-10 % ?) qui équivaut au niveau de risque classique à 10 ans selon Framingham (20 %). De nombreuses personnes de plus de 68 ans ont un risque Score < 10 %.

Notons que les objectifs thérapeutiques sont particuliers chez les personnes de 70+ (voir la note en bas de page 7 de la [plaquette](#)).

Ce sont les limites arbitraires des données statistiques. Idem pour le mammothest que nous ne proposons plus systématiquement après 69 ans alors que nous connaissons tous des patientes atteintes d'un cancer du sein après cet âge.

Effectivement, quand les hommes sont dans le rouge au-delà de 68 ans, nous sommes beaucoup plus dans le suivi que dans le dépistage et voyons quelle pertinence de proposer, de négocier une modification d'éléments d'hygiène de vie et/ou un simple ajout médicamenteux.

↑

4. Oui, mais le mieux est l'ennemi du bien. Cette démarche du risque cardiovasculaire global mesure le risque aujourd'hui d'avoir un accident ischémique dans les 10 prochaines années. C'est effectivement plus préoccupant à 50 ans qu'à 74 ans. Encore que, nos patients de plus de 80 ans et de plus de 90 ans sont chaque année plus nombreux... Mais les limites d'âge sont des limites de consensus basées sur des données statistiques. De manière individuelle, nous en tenons compte et nous négocions ce que nous pouvons avec chaque patient; c'est la grandeur et la misère de la médecine...

Ces 2 hommes ne peuvent-ils pas être le même, l'un devenant l'autre ? Un homme de 74 ans, si santé ± ok, a encore une espérance de vie supérieure à 10 ans.

La première des priorités en termes de PCV nous semble être le large groupe des patients à haut risque CV à 10 ans (~850.000 personnes < 75 ans en Belgique) : les ROUGES. Ce qui n'empêche nullement de s'occuper aussi du risque à plus long terme des patients à risque moyen : les ORANGES. Ce qui est un gros boulot (voir les données de notre étude pilote : ROUGES = 24 % ; ORANGES = 17 % des patients consultant en médecine générale).

Ce n'est pas parce que nous avons tous des patientes de moins de 50 ans et de plus de 70 ans qui sont suivies ou qui sont décédées d'un cancer du sein que nous allons mettre le mammothest à la poubelle. Ici aussi, ce dépistage a un intérêt majeur pour la toute grande majorité des patients concernés et des médecins qui jouent le jeu, et cet intérêt n'est jamais de 100 % Cette année, j'ai eu la grippe après avoir été correctement vacciné l'automne dernier. Le vaccin ne protège pas non plus à 100 % et je n'ai pas fait de recherche virale pour vérifier si c'était bien influenza ou pas... Ce n'est pas une raison pour abandonner le vaccin les années prochaines ou, pire, ne plus le proposer à une majorité de patients qui en recevront les bénéfices. C'est la même chose pour beaucoup de questions de santé publique et de dépistage dont celui-ci.

↑

5. Non, la partie thérapeutique de la **plaquette** (page 7) invite le médecin à choisir avec le patient, à la lumière d'un « entretien santé », les cibles qui leur paraissent prioritaires.
La normalisation de la PA est de faible niveau de preuve scientifique (IV) ; elle ne fait pas partie des six cibles prioritaires [O M E – P C A].

Ne soyons pas trop maximaliste... Les cibles thérapeutiques ne sont pas des obligations impératives de résultat clinique. Entre les patients à résultat idéal et ceux, les plus nombreux, à situation méconnue, commençons par éclairer ces situations méconnues où le risque CV global n'est pas mesuré et où rien n'est mis en place pour le suivi. Ici aussi, à vouloir pousser le bouchon trop loin, la ligne va se casser... Une PA à 14/9 est déjà un très bon résultat à 74 ans, surtout si cela demande déjà 4 médicaments... donc 4 fois des effets secondaires... Personnellement, je le laisserais à 14/9... Et j'investirais mon énergie à dépister le risque CV global chez le plus grand nombre de patients pour lesquels ils peuvent en retirer un avantage certain, c-à-d. la tranche d'âge des recommandations : 30-75.

Toutes les RBP et tous les guidelines ont leurs limites et ne sont jamais applicables à 100 %, c'est d'ailleurs le fondement de l'EBM où les cliniciens que nous sommes doivent mettre en tension trois approches parfois incompatibles : les RBP, les préférences du patient et l'expérience du clinicien. Alors, et seulement alors, la médecine devient intéressante... Sinon, des robots hautement informatisés pourraient le faire à notre place : est-ce cela que nous voulons ?

↓

6. Un taux bas de HDL-C est un facteur de risque majeur : en intégrant le HDL-C, on prédit mieux le risque CV de la personne.
Un taux élevé de HDL-C est un facteur protecteur majeur : c'est pourquoi les firmes pharmaceutiques se réjouissent qu'existent [et font la promotion] des Tables qui l'omettent et qui font donc croire qu'un cholestérol total élevé induit un risque CV, donc doit être traité par médicament : business, business...
Un taux bas de HDL-C est un paramètre qui permet de motiver le patient à améliorer des habitudes de vie : plus d'activité physique, une meilleure alimentation, une diminution de l'excès de poids, et l'arrêt du tabac. Chacun de ces changements augmente un peu le HDL-C, et donc diminue le rapport CT/HDL-C. Ce dernier est donc un meilleur reflet du risque ET des habitudes de vie que le cholestérol total !

Coût minime ; dosage valide même après un repas ; la plupart des labos calculent le rapport CT/HDL (ceux qui ne le font pas encore devraient fermer...)

La stratégie diffusée en médecine générale belge francophone par l'asbl "Promotion Santé en Médecine Générale" propose le passage –LORSQU'IL EST UTILE, càd. uniquement chez les patients à risque indéterminé après un tri clinique– par une Table du risque avec CT/HDL.

Les Recommandations de Bonne Pratique (WVH/SSMG) en cours de rédaction feront de même.

↓

Benoît Boland
Expert PCV

et

Jean Laperche
Médecin généraliste