

Les nouvelles recommandations européennes en prévention cardiovasculaire : qu'est-ce que cela change dans ma pratique ?

par le Dr Pierre Legat*

* Médecin généraliste
7170 La Hestre

Bien que les nouvelles recommandations en matière de prévention cardiovasculaire ne modifient pas fondamentalement la démarche intégrative du médecin clinicien, il est important qu'il en connaisse les nouveautés essentielles.

ABSTRACT



New recommendations for cardiovascular prevention appeared.

This new consensus summarizes previous recommendations and is based on European data using cardiovascular death as evaluation endpoint. However, these advanced concepts do not change completely the medical approach.

Keywords:
Cardiovascular risk,
coronary risk.

RÉSUMÉ

En matière de prévention cardio-vasculaire, de nouvelles recommandations ont vu le jour.

Ce nouveau consensus qui fait la synthèse des recommandations précédentes se base sur des données européennes en utilisant la notion de décès cardio-vasculaire comme critère final d'évaluation. Ces notions plus nuancées ne modifient cependant pas de façon radicale la démarche médicale

Mots clefs:
Risque cardio-vasculaire,
risque coronarien.

PRÉTEST

1. Les interventions sur les facteurs de risque sont efficaces de manière inégale pour les coronaires ou les artères périphériques.
2. Les bêta-bloquants sont contre-indiqués chez tous les patients avec une dysfonction ventriculaire d'origine coronarienne.
3. Chez les patients à risque et dont le cholestérol total > 190 mg/dl, les statines sont confirmées comme médication de choix.

Vrai Faux

Réponses en page 169.

Les nouvelles recommandations de la 3rd European Task Force en matière de prévention cardiovasculaire se basent sur des études prospectives concernant les populations européennes et apportent quelques nuances importantes, à savoir la prise en compte du risque cardiovasculaire plutôt que purement coronarien, un critère final univoque et précis : le décès d'origine cardiovasculaire plutôt qu'un « événement » coronarien mal défini.

Les tables d'évaluation qui en découlent sont adaptées pour chaque pays, elles sont fort semblables aux tables que nous connaissons, à ceci près que la valeur de risque considérée comme charnière est établie à 5 % et que l'extrapolation du risque à l'âge de 60 ans est promue.

Par contre, la démarche du médecin n'est guère différente dans son concept.

POURQUOI DE NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE LA 3RD EUROPEAN TASK FORCE ?

La justification de ces nouvelles recommandations découle d'un quintuple constat.

1) Les maladies cardiovasculaires restent la **première cause de mortalité** en Europe, et sont responsables d'un grand nombre de handicaps sévères entraînant des coûts financiers croissants en plus d'un catastrophique coût en qualité de vie des victimes.

2) L'athérosclérose ne se révèle souvent qu'après une longue **période silencieuse**.

3) Les accidents aigus surviennent souvent **brutalement**, avant qu'une intervention thérapeutique ne soit possible.

4) L'incidence des maladies cardiovasculaires est fortement corrélée à des facteurs physiopathologiques **modifiables ou aux modes de vie**.

5) **L'intervention** sur les facteurs de risque est la seule façon d'agir pour tendre vers une **réduction** de la morbidité et de la mortalité.

Une autre justification découle du constat de la multiplicité des recommandations qui nous ont été proposées, générant un sentiment de confusion, d'incertitude, de flou qui est néfaste à l'application systématique d'une démarche cohérente.

Par ailleurs, les recommandations précédentes se basaient toutes sur les données de l'étude Frammingham.

Or plusieurs critiques sont pertinentes à l'encontre de ces modèles :

- la population européenne n'est pas strictement superposable à la population américaine ;
- les recommandations antérieures envisageaient un risque d'« accident » dont la définition était très imprécise, et donc non systématisable (d'un angor simple à un décès subit) et d'accident coronarien (uniquement coronarien).

Il a donc paru opportun de développer un consensus de recommandations :

- faisant la **synthèse des éléments** mis en évidence par les recommandations précédentes ;
- se basant sur des données concernant les **populations européennes** (études prospectives européennes regroupées sous le vocable Score, et détaillées dans le texte complet de l'European Heart Journal) ;
- ayant pour critère final d'évaluation un fait précis, non équivoque, à savoir **le décès par cause cardiovasculaire**.

UNE APPROCHE PLUS COHÉRENTE

Décès, donc, et **cardiovasculaire**, plutôt que coronarien (infarctus, mort subite, AVC, anévrismes, etc.).

En effet, les processus pathologiques sont similaires pour les coronaires et les artères cérébrales ou périphériques.

Bien qu'il semble y avoir des nuances, on peut considérer que **les interventions sur les facteurs de risque sont efficaces de façon comparable pour les coronaires, les artères cérébrales ou les artères périphériques**.

Parmi les populations européennes, il existe encore des différences de susceptibilité à un risque donné.

De ce point de vue, les populations des pays du sud sont relativement moins vulnérables que celles des pays du nord.

La Belgique représente une population dont la vulnérabilité est intermédiaire, et une table d'évaluation de risque, spécifique à la population belge, a été élaborée.

LA NOTION DE «HAUT RISQUE»

Dans ces recommandations, l'accent est mis sur l'importance de prendre en charge les patients symptomatiques, ayant déjà développé et exprimé une pathologie cardiovasculaire (AIT, angor, claudication, etc.) et ceux qui sont à considérer comme étant à «haut risque cardiovasculaire».

Les priorités reprennent donc :

- les patients **symptomatiques**
- les patients asymptomatiques mais à **haut risque**, présentant :
 - de multiples facteurs de risque
 - un facteur de risque unique majeur (TC > 320 mg/dl, LDLC > 240 mg/dl, PA > 180/110 mmHg)
 - un diabète de type II ou un diabète de type I avec micro-albuminurie ;
- les autres personnes à **risque individuel particulier**... (HVG, plaques carotidiennes, etc.) ;
- les patients ayant un **parent proche** symptomatique ou à haut risque.

Sont ainsi à risque élevé les patients ayant des antécédents familiaux lourds de conséquence :

- un parent au premier degré ayant souffert d'une pathologie coronarienne prématurément (p. ex. : infarctus avant 55 ans pour un homme, avant 65 ans pour une femme) ;
- hypercholestérolémie ou dyslipidémie familiale.

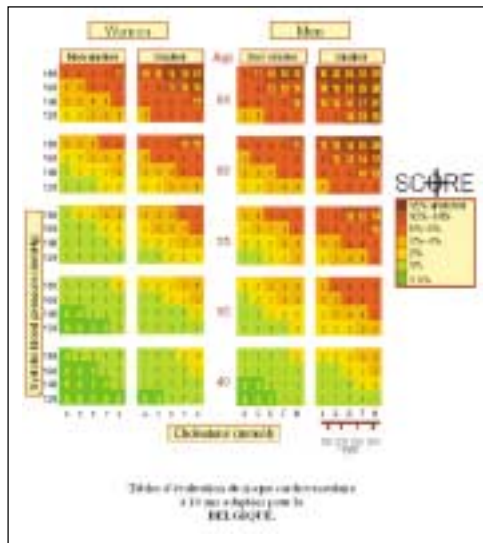
La terminologie de prévention primaire, secondaire, ou tertiaire devient mal adaptée, voire obsolète.

Le niveau de risque prévaut et lui est substitué.

LES OUTILS

Les tableaux d'évaluation de risque sous forme imprimée coexistent avec un programme informatique dénommé «Scorecard».

Ces outils sont à la fois des outils d'évaluation du risque, mais aussi des supports de communication et d'éducation du patient, dans la mesure où ils permettent, au delà de la visualisation colorée du niveau de risque, la simulation de l'impact d'une modification d'un ou plusieurs facteurs de risque sur le risque global et sur le risque projeté à l'âge de 60 ans.

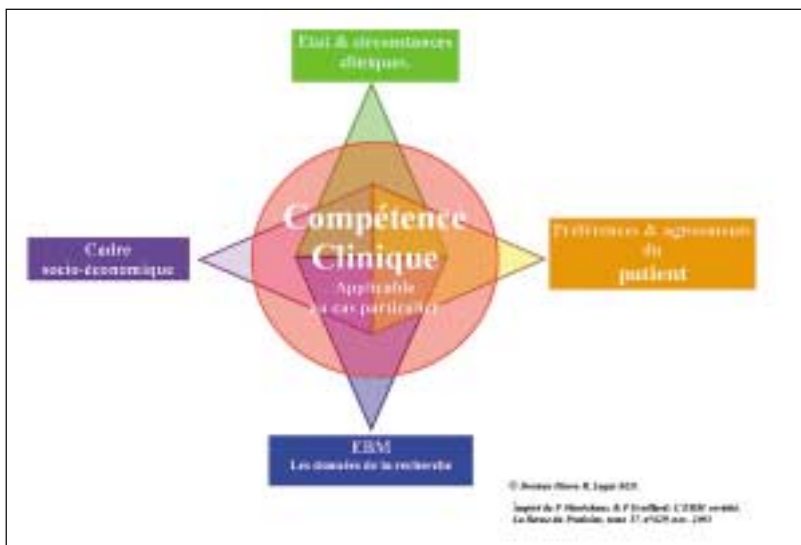


LES RECOMMANDATIONS SCIENTIFIQUES ET LA PRATIQUE CLINIQUE QUOTIDIENNE

Aussi rigoureuses que puissent être les recommandations scientifiques, il est rare qu'elles puissent s'appliquer d'emblée à chacun de nos patients en particulier.

C'est notre rôle, notre compétence et notre privilège que de moduler, d'interpréter ce cadre de référence de façon à ce qu'il s'adapte de façon utile et performante à la spécificité de l'individu que nous considérons, à sa clinique, à sa personnalité aussi et enfin à la société dans laquelle nous évoluons.

Ce sont des repères utiles pour cadrer notre réflexion et, si nous sommes amenés très légitimement à nous en écarter, au moins savons-nous pourquoi, comment et de combien.



Notre pratique est heureusement une pratique individuelle et personnalisée qui ne peut que renforcer sa noblesse par l'intégration de données scientifiques certes impersonnelles mais probantes en termes de populations.

QU'EST-CE QUE CELA CHANGE DANS MA PRATIQUE ?

Peu de chose si j'évaluais déjà le risque coronarien global !

SCORE regroupe des études prospectives européennes ayant pour cible d'évaluation (endpoint) le décès d'origine cardiovasculaire.

Le pourcentage charnière (cut off) de risque de décès à 10 ans élevé se situe dès lors à 5 %, au lieu des 20 % d'événement coronarien qui étaient la charnière des recommandations précédentes.

(≥ 5 % représente donc le haut risque)

C'est une notion un peu théorique dans la mesure où le risque cardiovasculaire est un continuum.

Un élément important est **la projection du niveau de risque** tel qu'il sera lorsque le patient sera âgé de 60 ans, si les données autres que l'âge ne sont pas modifiées.

Tout comme préalablement, il faut tenir compte du fait que le risque sera **sous-évalué** si :

- le patient a un âge en fin de décennie (49 ans);
- le patient présente des lésions pré-cliniques (CT-scan, Echo [épaisseur intima-media carotidienne], IRM, calcification, etc.);
- il a un passé familial;
- il a un HDL-C bas et des triglycérides élevés, ou une intolérance au glucose;
- ou bien une homocystéine, CRP, fibrinogène, Lp (a), apo B élevés...
- il a une obésité;
- il est sédentaire ;
- etc.

Comme préalablement, une importance prépondérante est allouée aux **mesures comportementales**, non pharmacologique :

- Arrêt du tabac complet et définitif.
- Choix alimentaires sains privilégiant la variété, la consommation de fruits, légumes et aliments riches en fibres. La part de l'apport calorique en lipides devrait être réduite (< 30%), en particulier en lipides d'origine animale, ou en graisses cuites. Parmi ces lipides, un équilibre en graisses saturées, mono et polyinsaturées devrait être respecté, de même que l'équilibre entre lipides omega 3 et omega 6.
- Une activité physique quotidienne de 30 minutes est prônée.
- Le respect d'un équilibre pondéral est reconnu comme important. L'indice de masse corporelle devrait se maintenir entre 20 et 25 Kg/m², et la circonférence abdominale devrait être inférieure à 88 cm pour les femmes et 102 cm pour les hommes.

Dans ce cadre il est nécessaire de tenir compte du fait que le contexte psycho-social est fortement impliqué en tant que facteur de résistance au changement.

LES STRATÉGIES

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Les chiffres cibles sont :

- Patients non diabétiques : < **140/90**
- Patients diabétiques : < **130/80**

En dehors des valeurs extrêmes, la décision de traiter et le choix de stratégie se base sur l'estimation du risque cardiovasculaire global.

Il existe des tableaux d'aide à la prise de décision thérapeutique élaborés par l'ESH/ESC (European Society of Hypertension) en 2003.

LES LIPIDES PLASMATIQUES

Considérant une population générale, les chiffres cibles sont les suivants :

TC < 5 mmol/l soit 190 mg/dl

Risque faible

Dans le cas où le TC est > 190 mg/dl et le risque global est < 5% à 10 ans, il est proposé de se satisfaire de conseils hygiéno-diététiques énergiques et de réévaluer la situation 5 ans plus tard.

Risque intermédiaire ou élevé

Si le TC est > 190 mg/dl et que le risque global est (≥ 5% à 10 ans, il est proposé de prendre en compte les valeurs du LDL-C, du HDL-c et des triglycérides et d'éventuellement instaurer un traitement médicamenteux si les mesures non pharmacologiques sont insuffisantes.

Un contrôle annuel est alors recommandé.

Pour ces éléments, les chiffres cibles sont :

- LDL-C : 3 mmol/l soit 115 mg/dl ;
- HDL-C : 1 mmol/l soit 40 mg/dl (46 mg pour femmes) ;
- Triglycérides : 1,7 mmol/l soit 150 mg/dl.

Le HDL-C et les triglycérides ne sont considérés que comme marqueurs de risque accru.

Dans ce cas, les cibles lipidiques devraient être atteintes, car le patient a été soumis déjà à une situation de haut risque.

Population diabétique ou à haut risque

Considérant une population diabétique ou à haut risque, les chiffres cibles sont les suivants :

- TC : 175 mg/dl soit 4,5 mmol/l ;
- LDL-C : 100 mg/dl soit 2,5 mmol/l ;
- HDL-C : 40 (46) mg/dl soit 1 (1,3) mmol/l ;
- Triglycérides : 150 mg/dl soit 1,7 mmol/l ;
- Circonférence abdominale : ≤ 102 cm (88 cm) ;
- Glycémie à jeun : ≤ 110 mg/dl soit 6,0 mmol/l ;
- Glycémie post prandiale : ≤ 70 – 135 mg/dl soit 4.0 – 5.0 mmol/l ;

- Hb A1c : ≤ 6,1 % ;
- P.A. : ≤ 130/80.

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

LES MESURES HYGIÉNODIÉTÉTIQUES

Elles interviennent systématiquement en première intention tant à titre de mesure préventive que de mesure thérapeutique.

Les recommandations sont classiques et peu différentes des recommandations préalables.

Par exemple :

- Arrêt du tabac (AAAAA : Ask, Assess, Advise, Assist, Arrange).
- Choix alimentaires sains (variété, végétaux, lipides < 30% de l'apport énergétique dont < 1/3 de graisses saturées, cholestérol < 300 mg/j, omega 3, fibres, poids idéal stable, etc.).
- Activité physique (30 minutes chaque jour).
- Obésité (BMI < 25 Kg/m², tour de taille < 102 cm (hommes) ou 88 cm (femmes)).

LES MÉDICATIONS

Place de l'aspirine et autres anti-aggrégants plaquettaires :

- Chez tous les patients porteurs de pathologie CV.
- Chez les patients diabétiques.
- Chez les patients hypertendus bien contrôlés.
- Chez les patients à haut risque multifactoriel.

Place des anticoagulants :

Chez tous les patients porteurs de pathologie CV avec risque thrombo-embolique.

Place des bêta-bloquants :

Chez tous les patients après infarctus ou avec dysfonction ventriculaire d'origine coronarienne.

Place des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (ACE-inh) :

Chez tous les patients avec signes de dysfonction ventriculaire d'origine coronarienne et/ou hypertension artérielle.

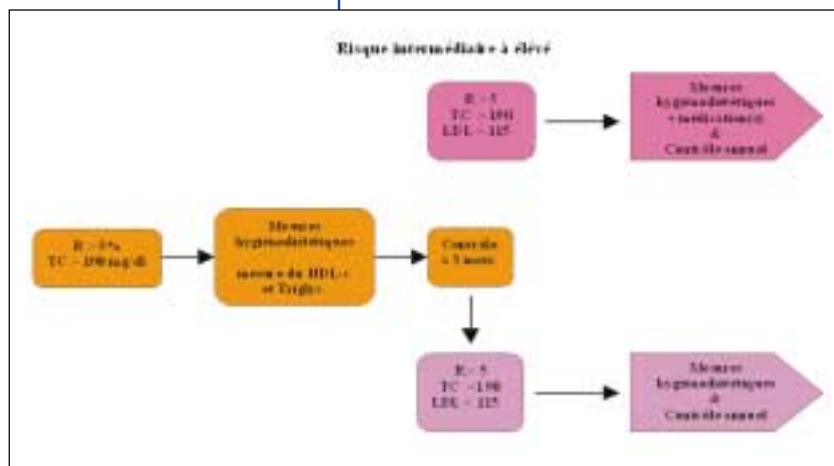
Place des statines :

Chez tous les patients dont le risque est > 5% et qui ont un TC > 190 mg/dl malgré des mesures hygiéno-diététiques intensives, les statines semblent être actuellement le premier choix, y compris chez les patients plus âgés (> 70 ans).

LES RECOMMANDATIONS DE LA LÉGISLATION BELGE

Les critères de remboursement des statines en Belgique sont toujours dérivés des recommandations de la 2d European Task Force de 1998, basées sur les données de Frammingham.

En effet, la valeur charnière est établie à 20% de risque de décès coronarien. Par contre, elles permettent déjà la prise en compte d'antécédents cardiovasculaires, l'extrapolation du risque à 60 ans, et même la détection de l'existence d'un risque cardiovasculaire élevé dans le passé du patient, même si ce n'est plus le cas actuellement.



L'INAMI s'était engagé à adopter les nouvelles tables et les nouvelles recommandations dès leur parution sous leur forme adaptée à la Belgique. Reste que la législation ne permet aucunement de faire intervenir, dans l'estimation du risque individuel, quelque donnée particulière que ce soit (en dehors du diabète) qui n'ait été reprise dans les tables (excès de poids, antécédents familiaux, etc.).

CONCLUSION

Les nouvelles recommandations de la 3rd Task Force européenne en matière de prévention cardiovasculaire ne modifient pas fondamentalement la démarche intégrative du médecin clinicien. Les nouveautés sont les suivantes:

- Les études de références sont européennes, et les tables d'estimation qui en découlent sont plus adaptées à notre population (pays par pays).
- La notion de risque cardiovasculaire remplace la notion limitative de risque coronarien.
- Le critère final (endpoint) pris en compte est le décès cardiovasculaire, notion univoque, en lieu et place d'incidents coronariens, notion imprécise et équivoque.
- Le chiffre charnière définissant le haut risque est établi à 5% à 10 ans, et l'extrapolation à l'âge de 60 ans est prônée, tenant ainsi compte du temps d'exposition au risque.
- Les chiffres cibles sont évoqués ci-dessus, et ne sont pas dramatiquement modifiés.
- Les prises en charge non médicamenteuses restent primordiales.
- Sur le plan médicamenteux, les statines sont confirmées comme médications de première intention en lipidologie.
- Les combinaisons antihypertensives sont mieux explicitées.

Le nom du logiciel qui permet d'effectuer de manière électronique et conviviale l'estimation du risque cardiovasculaire est "HEARTS-CORE". Ce logiciel est téléchargeable gratuitement à l'adresse suivante:

<http://www.escardio.org/initiatives/prevention/>
Il suffit de s'inscrire, et de charger le programme sur son ordinateur. Celui-ci permet de visualiser très clairement la modification du niveau de risque en faisant varier l'un ou l'autre paramètre. Par ailleurs, la part de responsabilité de tel ou tel facteur dans le risque global se visualise aussi, sous forme de "tarte". Le suivi du patient dans le temps est également intégré. Mais nous devons garder à l'esprit qu'aucune table ni logiciel ne pourra jamais se substituer à notre intelligence, à notre capacité d'intégrer des données diversifiées et pertinentes pour tel ou tel de nos patients individuels. ■

BIBLIOGRAPHIE

Le texte complet (80 pages) de ces recommandations est disponible en anglais sur le site du « European Heart Journal » (<http://www.escardio.org/>), ou bien sur le site du « European Journal of cardiovascular prevention & rehabilitation » (http://www.escardio.org/prevention/CVD_guidelines.htm).

On peut aussi trouver le résumé pratique (9 pages) et un fascicule de poche très pratique. Mais, bien sûr, les tables y sont européennes, et pas spécifiquement belges.

1. Third joint Task Force on cardiovascular diseases prevention in clinical practice. *European Heart Journal* 2003, **24**: 1601-10.
2. *European Journal of cardiovascular prevention & rehabilitation* 2003, **10**, S1.
3. 2003 European Society of Hypertension-European of cardiology guidelines for the Management of arterial hypertension. *Journal of hypertension* 2003, **21**: 1011-53.
4. 3rd European Task Force.
5. F. Maréchaux et P. Eveillard, L'EBM revisité. *La revue du praticien, Médecine générale* 2003, **17**, 629: 1420-21.

Texte reçu en février 2004.

DANS LA PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Pour établir les nouvelles recommandations en matière de prévention cardiovasculaire, les études de références sont européennes, et les tables d'estimation qui en découlent sont plus adaptées à notre population.
2. La notion de risque cardiovasculaire remplace la notion limitative de risque coronarien.
3. Le critère final pris en compte est le décès cardiovasculaire, notion univoque, en lieu et place d'incidents coronariens, notion imprécise et équivoque.
4. Le chiffre charnière définissant le haut risque est établi à 5% à 10 ans.
5. Les chiffres cibles restent: TA patient non-diabétique < 140/90, cholestérol total < 190 mg/dl.
6. Les prises en charge non médicamenteuses restent primordiales.
7. Les statines sont confirmées comme médications de première intention en lipidologie.

La Rédaction

RÉPONSES AU PRÉTEST

1. Faux – 2. Faux – 3. Vrai