

L'ABC du risque cardio-vasculaire global

par le Dr Jean Laperche*

Qu'est-ce que le «risque cardio-vasculaire global»? C'est une seule mesure qui regroupe les principaux facteurs de risque de l'athérosclérose. Cette démarche, nouvelle en médecine, permet de prendre en compte *simultanément* les 8 principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, en relativisant l'impact du cholestérol par rapport au tabac, à l'hypertension artérielle ou à l'excès de poids, et vice-versa...

INTÉRÊT DE LA MESURE DU RISQUE CARDIO- VASCULAIRE GLOBAL EN MÉDECINE GÉNÉRALE

En médecine générale, cette nouvelle approche nous semble particulièrement pertinente pour deux raisons.

- 1) Elle nous permet de relativiser et de globaliser l'impact de tous ces facteurs sur la santé cardio-vasculaire de ce patient en particulier et de pouvoir négocier, avec lui, ce qui est réaliste, aujourd'hui, de modifier.
- 2) Cette démarche nous permet également de renforcer notre approche globale de la santé. Car le tabac, le poids ou l'alimentation déséquilibrée sont également utiles à prendre en compte dans beaucoup d'autres situations que le contexte cardio-vasculaire: la prévention des cancers, les douleurs de gonarthrose, etc.

Trois étapes: dépistage, détermination du risque et prise en charge.

DÉPISTAGE (ANAMNÈSE & EXAMEN CLINIQUE)

La première étape consiste à **rassembler de l'information au sujet des huit facteurs de risque cardio-vasculaires** principaux, classiquement reconnus comme intervenant dans les maladies ischémiques.

Cette étape est purement anamnestique: le généraliste regroupe les informations suivantes:

- A** (âge) – Le patient est-il âgé de plus de 50 ans?
- B** (briquet) – Fume-t-il au moins une cigarette chaque jour?
- C** (cholestérol) – A-t-il un cholestérol élevé?
- D** (diabète de type 2) – Souffre-t-il de diabète de type 2?
- E** (événement) – A-t-il déjà souffert d'un accident ischémique (cardiaque, cérébral ou périphérique)?
- F** (familial) – A-t-il des antécédents familiaux cardio-vasculaires, chez les proches au premier degré (< 55 ans chez le père ou un frère; < 65 ans chez la mère ou une sœur)?
- G** (graisse) – A-t-il un excès pondéral? (BMI > à 30 kg/m² et/ou tour de taille > 102 cm

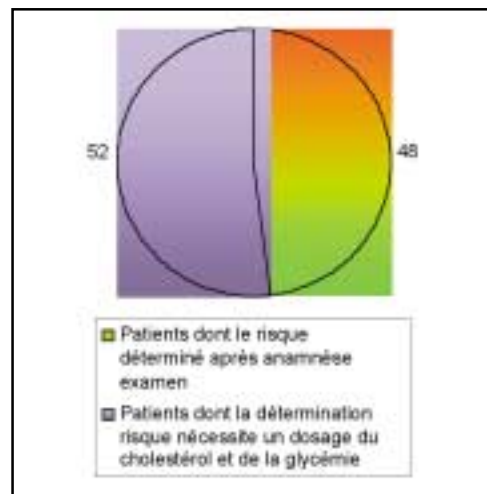
chez l'homme et > à 88 cm chez la femme)?
H (hypertension) – A-t-il une hypertension artérielle traitée ou mesurée > à 140/90 mm Hg à plusieurs reprises?

DÉTERMINATION DU RISQUE

- Les informations recueillies permettent de déterminer le risque cardio-vasculaire global du patient en le classant immédiatement dans l'un des **4 groupes à risque suivants**:
- **Risque d'emblée élevé (Rouge)**: facteur de risque E et/ou D, c'est-à-dire diabétique ou avec antécédents cardio-vasculaire personnel
- **Risque d'emblée bas (Vert)**: aucun facteur de risque clinique
- **Risque lié au tabac uniquement (Brun)**: facteur de risque B. Le sevrage est associé à un risque bas après 2 ans.
- **Risque à déterminer (Mauve)**: un (A, C, F, G, H) ou plusieurs (A, B, C, F, G, H) facteurs de risque.

Un patient sur deux fera d'emblée partie de l'un des trois premiers groupes (Rouge, Vert, Brun). L'autre moitié se retrouve dans le groupe des patients à risque indéterminé^(a) (Mauve).

Tableau 1: Dépistage du risque cardio-vasculaire global



(a) Résultats extraits d'une étude pilote réalisée en Communauté française de Belgique en 2004 auprès de 3200 patients avec 80 généralistes. Ces résultats seront détaillés dans un prochain numéro de cette revue.

* Médecin généraliste
Fédération des
maisons médicales
1000 Bruxelles

*D'après un exposé du Pr Boland
et Dr Y. Goening à la Semaine
à l'étranger 2005*

RÉSUMÉ

L'article explique la démarche permettant de dépister rapidement en consultation les patients à risque cardio-vasculaire pour mieux cibler une prise en charge intensive pertinente

Mots clés: dépistage cardio-vasculaire, risque cardio-vasculaire, médecine générale.

ABSTRACT

This article explains the way for a fast screening of the patients who are at high cardiovascular risk, in the context of a consultation. The meaning of this screening is to better assess the indications of a relevant and intensive management.

Keywords: cardiovascular screening, cardiovascular risk, general practice.

C'est uniquement dans ce groupe-là qu'un profil lipidique associé à une glycémie est nécessaire, pour déterminer le risque CV global grâce aux tables de risque selon SCORE, SCORE 2004 Belgium étant la seule actuellement acceptée par l'INAMI: la table précisera si le patient reste à **risque bas** < 2% (Vert), devient à **risque moyen** de 2-4% (Orange) ou rejoint le groupe à **risque élevé** >5% (Rouge).

PRISE EN CHARGE

La troisième étape est une **prise en charge prioritaire des patients à risque** cardio-vasculaire global **élevé** (Rouge) ou **moyen** (Orange) et des patients fumeurs (Brun).

RISQUE TABAGIQUE ISOLÉ

Les patients dont le risque est lié à un tabagisme isolé bénéficieront d'un «simple» arrêt du tabac qui leur permettra de revenir dans les patients à risque bas (Vert) après 2 ans de sevrage tabagique.

RISQUE CV ÉLEVÉ

Les patients à **risque élevé** (rouge) bénéficieront d'une action intensive qui s'attaquera à 12 cibles prioritaires. Chez eux, le dosage du cholestérol est inutile car il ne change en rien la prise en charge.

Douze actions thérapeutiques sont définies dont 6 ont un niveau de preuve EBM élevé I (essais randomisés) à II (Études de cohorte).

Les 3 premières s'intéressent au **mode de vie**:
0 (zéro): absence de tabagisme (EBM II)
M: alimentation de type méditerranéen (EBM I)
E: exercices physiques: 3 x 30'/sem. (EBM II)

Les 3 suivantes sont **médicamenteuses**:

P: inhibition plaquettaire: acide acétylsalicylique et autres (EBM I)

C: inhibition du cholestérol: une statine essentiellement pour son rôle de stabilisateur de plaque, même en cas de cholestérol normal. (EBM I)^(b)

A: inhibition de l'angiotensine: un IEC (ou sartan en cas d'intolérance) pour son rôle protecteur au niveau des artères, même en cas de pression artérielle normale. (EBM I)

Ces cibles principales se retiennent sous forme de l'acronyme: **OMEPCA**

Les autres cibles thérapeutiques sont les suivantes et ne sont pas autant validées, exception faite de l'hémoglobine glyquée:

- HbA_{1c} < 7% (si diabète de type 2) (niveau de preuve EBM II)
- Cholestérol total < 190 mg/dl (EBM IV)
- LDL-Cholestérol < 115 mg/dl (EBM IV)
- TA systolique < 130 mm Hg (EBM IV)
- TA diastolique < 85 mm Hg (EBM IV)
- BMI (Body Mass Index) < 25 (EBM IV)

(b) Actuellement aucune étude ne montre un intérêt à administrer une statine en prévention primaire du haut risque cardio-vasculaire chez des patients âgés de 64 à 70 ans, et encore moins au-delà de 70 ans (aucun bénéfice dans l'étude PROSPER)

Les cinq dernières cibles thérapeutiques ont un niveau de preuve EBM III (étude cas contrôlés) ou IV (opinions d'experts)

PATIENTS À RISQUE MOYEN

Ces patients bénéficieront essentiellement d'une action sur leur mode de vie par:

- l'arrêt de tout tabagisme,
- une alimentation de type méditerranéen,
- la pratique d'une activité physique régulière.

Les **cibles thérapeutiques** seront:

- un BMI < 25,
- une TA systolique < 140 mmHG,
- une TA diastolique < 90 mmHg.

Il existe une plaquette présentant ces trois étapes, elle est accessible sur le site www.ssmg.be

CONCLUSION

Il est indispensable de cibler les actions préventives intensives chez les patients à risque, qui représentent environ un patient sur deux. Il est donc important de pouvoir déterminer rapidement le risque cardio-vasculaire du patient que nous avons devant nous. Cette approche permet de facilement et rapidement déterminer ce risque en consultation courante pour tous les patients de 30 à 75 ans. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Eeckeleers P Gestion du risque cardio-vasculaire: simple comme ABC *RMG* 2005; 224: 287
2. De Muylder R., Jeanjean M., Paulus D., Descamps O., Selvais Ph., Chenu P., Boland B.: Un algorithme pour la prévention cardio-vasculaire en médecine générale. *Louvain Med.* 2004; 123: S235-S240

Cette recherche-action est conçue et réalisée par et pour des généralistes rassemblés au sein de l'asbl Promotion Santé et Médecine générale, née d'un partenariat entre la SSMG et la Fédération des maisons médicales et créée à la suite du projet. Elle continue toujours en 2006: affiche prévue pour la salle d'attente, documents pour les patients, cadastre des ressources locales pour l'accompagnement des patients présentant un risque cardio-vasculaire, formation et discussion de cas de suivi de patients à risque cardio-vasculaire identifié. Des interventions et les prémisses d'un travail en partenariat sont prévues pour 2007.

Nous présenterons, dans une prochaine rubrique, comment, pas à pas, le généraliste peut accompagner ce patient à risque vers une ou plusieurs de ces cibles. Tout un programme!