

# Dyslipidémies et RCV en prévention 1aire – Peut-on suivre les reco?

Numéro 827 du 22 septembre 2016

## Contexte

Une nouvelle recommandation européenne de l'European Society of Cardiology (ESC) portant sur la prévention des maladies cardiovasculaires en pratique clinique vient de paraître [1]. Comme la recommandation étasunienne de 2013 et la britannique de 2014, elle repose sur l'évaluation du risque cardiovasculaire global. Un des messages clé de ces 3 recommandations est que l'intensité de l'intervention doit être adaptée au niveau de ce risque, calculé, individualisée pour chaque patient.

## Données de la littérature

### - *Données historiques sur le calcul du risque cardiovasculaire*

L'étude de Framingham débutée en 1948 avait pour objectif principal de mieux connaître l'épidémiologie et les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires [2]. Le Président Roosevelt venait de mourir de complications de l'HTA, et la prise en charge de cette maladie devenait une priorité de santé publique. L'HTA a été très rapidement identifiée comme un facteur de risque majeur coronarien et d'AVC.

De cette étude épidémiologique est né, à partir de 1967, le « Score de Framingham », destiné à évaluer le risque cardiovasculaire à 10 ans (risque de maladie cardiovasculaire mortelle ou non), en tenant compte d'un nombre limité de facteurs de risque. Il s'agissait d'introduire un véritable projet de prévention du risque cardiovasculaire individualisé, ce qui était révolutionnaire.

### - *Les scores de calcul du risque cardiovasculaire reposent sur des équations construites à partir d'études épidémiologiques*

Les scores sont constitués de l'assemblage de plusieurs variables, en l'occurrence des facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV), chacun doté d'une valeur spécifique en relation avec l'importance de son effet sur le développement de maladies CV. La qualité d'un score dépend :

- *du type de la population* : le score doit être construit à partir des données recueillies dans la population dans laquelle il doit être appliqué ;
- *d'un délai raisonnable entre son élaboration et son utilisation*, en raison des variations de l'épidémiologie des maladies et des facteurs de risque concernés ;
- *de la durée de la population étudiée* (au moins 20 ans dans le cas de Framingham) ;
- *de sa validation* ;
- *et de l'existence de traitement(s)* agissant sur un ou plusieurs des facteurs de risque étudiés, notamment, dans le cas du RCV, les traitements antihypertenseurs et les statines [3].

Ces éléments nous permettent de comprendre pourquoi le score de Framingham n'est pas adapté à la population française. En effet, il surestime les décès coronariens survenus en France d'un facteur 2,8 chez les hommes et de 1,9 chez les femmes en raison d'une prévalence des maladies cardiovasculaires plus importante aux USA.

La recommandation britannique de 2014 propose l'utilisation du calculateur QURISK 2, qui prend en compte en sus des variables de l'équation de Framingham, l'ethnie, les antécédents de MCV précoce chez les ascendants au 1<sup>o</sup> degré, la précarité, le statut tabagique détaillé, l'insuffisance rénale, un traitement antihypertenseur, la fibrillation auriculaire, la présence d'un rhumatisme inflammatoire, l'IMC, le rapport CT/HDL [4].

La recommandation française de 2005 de l'AFSSAPS proposait des valeurs seuil et des valeurs cible de LDL-Cholestérol en fonction du nombre de facteurs de risque de MCV, sans proposer l'utilisation d'un calculateur de risque cardiovasculaire global.

#### *- Evaluation du RCV en Europe en 2016*

L'ESC recommande l'utilisation d'un score établi à partir de populations européennes, SCORE. A la différence du Score de Framingham qui évalue, dans sa principale version, la morbi-mortalité cardiovasculaire à 10 ans, SCORE évalue la mortalité cardiovasculaire à 10 ans. Il comporte deux abaques, l'une pour les pays européens à haut risque cardiovasculaire, notamment Grande-Bretagne et Europe Centrale, et l'autre pour les pays à bas-risque dont la France [5].

La toute récente recommandation de l'ESC demande d'utiliser comme outil d'évaluation du risque cardiovasculaire SCORE qui prend en compte l'âge, le sexe, la pression artérielle, la cholestérolémie totale et le statut tabagique. Il ne prend pas en compte le diabète de type 2 en tant que tel. Les diabétiques de type 2 doivent être considérés comme à haut-risque cardiovasculaire. L'abaque des sujets à haut risque doit être utilisée pour eux.

Nous voyons donc que selon les pays, la méthode d'estimation du risque est différente.

#### *- Quelles stratégies doivent être mises en place à partir de cette estimation du RCV ?*

Toutes les recommandations (USA, Grande-Bretagne, ESC européenne) insistent sur le calcul du RCV, et des mesures de prévention primaire ou secondaire personnalisées. Si en prévention secondaire la prescription « automatique » de statine associée à d'autres traitements comme l'aspirine, les IEC ou les Bêta bloquants est internationalement consensuelle, il en est tout autrement en prévention primaire où les stratégies varient considérablement selon les recommandations :

- la notion de seuil de risque ou de LDL-Cholestérolémie diffère selon les pays ;
- la notion de valeur cible de LDL-cholestérolémie n'est pas adoptée dans toutes les recommandations ;
- Le type de statine proposé n'est pas le même...

---

## Que retenir pour notre pratique ?

Ce Bibliomed ne répondra pas cette question. Dans un prochain numéro, nous aborderons et analyserons les principales études ayant abouti à ces dissensus, pour mieux comprendre la situation d'incertitude en prévention primaire.

---

## Références.

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2016 Aug 21];37(29):2315–81. <http://eurheartj.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehw106>
2. Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ, Go A, Mozaffarian D, et al. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. Lancet [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 Aug 21];383(9921):999–1008. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613617523>
3. Junod A. De la mesure des scores de risque cardiovasculaire ou de la nuisance générée par la pléthore? Rev Med Suisse. 2012;8(327):330–5.
4. Welcome to the QRISK®2-2016 risk calculator. <https://qrisk.org/2016/> (Ce site propose un lien vers l'étude ayant validé ce score).
5. European Score Memocard. Systematic total cardiovascular risk & act for better CVD prevention. [http://www.escardio.org/static\\_file/Escardio/Subspecialty/EACPR/Documents/risk-assessment-score-card.pdf](http://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/EACPR/Documents/risk-assessment-score-card.pdf).

---

**Mots clés :** dyslipidémies ; risque cardiovasculaire ; prévention primaire ; recommandations [*dyslipidemias; cardiovascular risk ; primary prevention ; guidelines*].

## Par qui et comment est écrit Bibliomed ?

Bibliomed est une revue d'analyse critique de la SFDRMG et du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC. Cette publication est disponible uniquement sur abonnement. La diffusion se fait par courrier électronique.

**Bibliomed** <http://www.mbp-unaformec.net/unaformec-2015/index.php?page=le-nouveau-bibliomed>

---

**Pour contacter les auteurs et pour toute suggestion :** [sfdrmg@unaformec.org](mailto:sfdrmg@unaformec.org)