

BIBLIOMED

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

Le calcul du risque cardiovasculaire peut-il en améliorer la prise en charge ?

Mots clés :

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

Nous avons vu l'intérêt de la prise en compte du risque cardiovasculaire (RCV) global pour une meilleure prise en charge de ce risque. Nous avons vu que ce changement de paradigme nous conduit à raisonner plus en bénéfice potentiel pour notre patient qu'en facteur de risque (FDR) à corriger. Cela peut nous aider à plus facilement expliquer son RCV à un patient pour qui ce risque ne s'est traduit encore par aucun « événement » cardiovasculaire (coronaire, cérébrovasculaire ou périphérique). Cela peut nous aider à promouvoir aussi bien les changements de mode de vie que les traitements médicamenteux. Mais comment estimer ce risque global ? Diverses méthodes nous sont proposées pour quantifier ce risque. Quelle est leur valeur et leur faisabilité ? Et si l'on définit de nouveaux « seuils », non plus pour chaque risque pris isolément, mais pour l'ensemble, quel qu'en soit le mode de calcul, quelles en seront les conséquences à la fois sur l'efficacité des stratégies thérapeutiques et leurs coûts ?

Comment estimer le RCV « global » ?

La notion de malade à « haut risque » ou à « faible risque », couramment utilisée, est très subjective, variable d'un observateur à l'autre, ou d'un moment à l'autre... Elle conduit habituellement à surestimer le risque réel chez certains patients et le sous-estimer chez d'autres.

L'approche classique par FDR cible l'intervention éventuelle sur un (ou des) FDR pour tenter de les ramener en dessous des « seuils » définis comme normes (TA, cholestérol, etc.). Cette approche est fondée sur les résultats des essais contrôlés randomisés et des méta-analyses qui ont démontré le bénéfice d'un traitement risqué par risque. Mais nous avons vu qu'elle conduit à sur ou sous traiter certains patients¹.

L'approche semi-quantitative (par sommation des facteurs de RCV) des récentes recommandations est déjà plus opérationnelle puisqu'elle prend en compte pour la décision thérapeutique une estimation plus globale. Mais elle est inhomogène : la recommandation sur les dyslipidémies parle de RCV élevé en présence de 2 facteurs de RCV (âge + un autre) ; celle sur l'HTA en exige 3. Elle est réductrice et source de perte d'information en ne prenant en compte que la présence ou l'absence du facteur de risque.

Les différents calculs du RCV issus du suivi sur 50 ans de la cohorte de Framingham, avec ses données de morbi-mortalité, donnent une estimation semblant plus objective. La prise en compte n'est plus seulement binaire (oui/non), mais fonction des chiffres réels. Les scores de prédiction sont validés. Ils doivent seulement être adaptés aux prévalences européennes du RCV plus faibles qu'en population nord-américaine (une division par un facteur 1,5 à 2 est suffisante)^{2,3}.

Le projet européen SCORE⁴ est un peu différent : le RCV identifié est celui de la survenue en 10 ans d'un événement CV

mortel. Il est coloré différemment selon le taux de risque prévisible, de moins de 1% à 15% et plus. Il propose 2 échelles selon le RCV probabiliste de la population concernée (forte prévalence au nord, faible au sud de l'Europe). Le modèle publié étant récent (2003), aucune validation prospective n'a encore été réalisée. Les résultats sont sensiblement superposables à ceux des équations de Framingham.

Quelles sont les limites des modèles mathématiques ?

On connaît encore mal le bénéfice à attendre de la prise en charge thérapeutique de la maladie que l'on veut prévenir à long terme (5 ans, 10 ans, vie entière) selon le RCV initial.

Le poids important de l'âge pour le calcul dans les modèles de risque de privilégier la prévention chez les sujets les plus âgés, au détriment des plus jeunes. Faut-il choisir un seuil plus bas chez les jeunes ?

Quelles sont les conséquences médico-économiques du choix des divers seuils de risque ? Des études sont nécessaires.

Quels sont les avantages reconnus ?

Une meilleure personnalisation de la prise en charge en prévention primaire, une prise en compte plus naturelle des modifications du style de vie

Un outil de communication utile à la relation médecin/patient. Une revue Cochrane⁵ a évalué l'impact du type de communication sur la participation à différents programmes de dépistage, dont celui des dyslipidémies. La communication personnalisée (écrite, visuelle ou parlée) à propos d'un risque améliore la participation, peut être un peu mieux si le médecin précise le niveau de risque faible, modéré, ou élevé que s'il utilise un calcul. Mais cela ne permet pas de conclure qu'un changement de modèle de communication sur le RCV puisse être efficace.

Mieux définir le RCV global de notre patient, au delà de la méthode choisie, est souhaitable. Les modèles de risque (équations ou scores dérivés) proposés semblent plus facilement **utilisables et reproductibles** que la plupart des arbres de décision clinique. Ils pourraient être un indicateur utile à la **personnalisation de la prise en charge**.

Le concept de RCV global semble incontournable pour les études à venir, pour obtenir les indispensables « données manquantes » : redéfinition plus précise des **niveaux de risque**, et donc des interventions les plus efficaces et les mieux adaptées, **impact de l'utilisation de tels modèles** sur la morbi-mortalité cardio-vasculaire, conséquences en termes de **communication, d'observance et de coûts**.

Le concept est à manipuler « avec prudence » : par le **décideur** qui aura la charge redoutable de donner son accord pour des seuils d'intervention thérapeutique où entreront en compte les données économiques du moment ; par le **médecin**, comme outil de communication avec son patient et d'aide à la décision.

On ne peut donc actuellement conclure sans nuances : il reste beaucoup à faire pour que ce concept intellectuellement satisfaisant devienne un outil fiable au service des patients et de leurs médecins.

Références :

- 1 - Collectif. Risque cardiovasculaire. Faut-il changer de paradigme ? *Bibliomed* 2004 ; ?.
- 2 - Voir pour ce calcul par exemple sur le site www.hbroussais.fr
- 3 - D'Agostino RB et al. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores. *JAMA* 2001 ; 286 : 180-7.
- 4 - De Backer et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003 ; 1601-10.
- 5 - Edwards A et al. Personalised risk communication for informed decision making about entering screening programs (Cochrane review). In : *The Cochrane library*, issue 3. Oxford: Update Software; 2003.

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>