

Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global

ANAES

Septembre 2004

Prédire le Risque Cardio-Vasculaire global

- **pour les sujets qui n'ont aucune pathologie cardio-vasculaire cliniquement exprimée**
- **et pour lesquels le dépistage et la prise en charge de facteurs de risque permettraient d'éviter, limiter ou retarder le développement d'une pathologie cardio-vasculaire (prévention primaire).**

évaluer le risque cardio-vasculaire global (RCV global) méthode de sommation

- **en France, en 2004, la sommation des facteurs de risque est utilisée pour élaborer des recommandations**
- **chacun étant considéré comme binaire (présent ou absent) et ayant un poids identique.**
- **Ce risque est estimé faible, modéré ou élevé selon le nombre de facteurs de risque présents.**

évaluer le risque cardio-vasculaire global (RCV global) = modélisation

- **valeur effective de chacun des facteurs de risque (pression artérielle, cholestérolémie, etc.) les plus prédictifs.**
- **Le RCV global = probabilité pour le patient de survenue d'un événement cardio-vasculaire dans un horizon de temps fixé, qui est, dans la plupart des modèles, situé entre 4 et 10 ans.**

Intégration des modélisations dans les recommandations

- 1) l'utilisation d'un modèle de risque apporte-t-elle une aide plus efficace à la décision médicale ?**
- 2) débouche-t-elle sur des stratégies décisionnelles argumentées et/ou validées ?**
- 3) modifiera-t-elle les pratiques cliniques et quel sera son impact sur la prévention de la morbi-mortalité cardiovasculaire ?**

Inconvénients de la sommation

la sommation des facteurs de risque

- manque de précision,
 - n'intègre pas la totalité des informations,
 - grande variabilité inter et intra-observateurs.
-
- Peu d'études ont évalué la performance de ce type d'estimation pour classer les patients et distinguer ceux qui auront un événement cardio-vasculaire de ceux qui n'en auront pas.

Modélisation selon les équations de risques

- **41 modèles de risque (23 issus de l'étude nord-américaine de Framingham, les autres étant issus d'études européennes ou australiennes).**

La comparaison est difficile

- **variabilité des populations (sexe, âge, origine géographique, caractère restrictif),**
- **des définitions du risque cardio-vasculaire prédit et**
- **des époques d'inclusion des cohortes.**

- **seuls les modèles issus de l'étude de Framingham et ceux du projet SCORE (européen) ont été retenus.**

L'étude de Framingham a fourni différents modèles

modèles validés pour estimer le risque cardio-vasculaire de morbidité ou de mortalité soit coronarienne soit vasculaire cérébrale.

- Ces modèles (risque d'accident coronarien) performants pour classer les patients et prédire un risque d'événement cardio-vasculaire à 5 ou 10 ans.**
- Un ajustement (ou recalibration) dans les populations pour lesquelles la prévalence des maladies cardio- vasculaires est basse est indispensable.**
- études réalisées dans des populations françaises, espagnoles et allemandes = la division du chiffre de RCV global estimé par le modèle de Framingham par un facteur constant compris entre 2 et 3 suffit à cette recalibration.**

Les modèles de SCORE

- **publiés en 2003, sont issus de plusieurs études de cohortes européennes**
- **concernent le risque de décès par maladie coronarienne ou par maladie cardio-vasculaire non coronarienne.**
- **Des équations de risque ont été élaborées en fonction de la prévalence faible ou forte des maladies cardio-vasculaires.**
- **Ces modèles permettent de classer les patients par niveaux de risque**

propositions

- **recueillir des données sur le RCV global en population française**
 - limiter le choix du modèle de risque à une ou deux équations (Framingham recalibrée ou SCORE)**
 - **harmoniser les recommandations françaises portant sur chacun des principaux facteurs de risque (tabac, hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète)**
 - utiliser les données des essais thérapeutiques pour stratifier a postériori les populations choisies par sommation**