



L'évaluation du risque cardiovasculaire ce qu'il faut retenir

par Marianne Xhignesse

UNE NOUVELLE méthode d'évaluation du risque cardiovasculaire a vu le jour avec la publication récente du Groupe de travail canadien sur l'hypercholestérolémie et autres dyslipidémies¹. En règle générale, ces recommandations préconisent des traitements plus énergiques, particulièrement pour les patients diabétiques de plus de 30 ans. En effet, ces derniers sont maintenant considérés d'emblée comme ayant un risque très élevé, tout comme les personnes atteintes d'une athérosclérose manifeste (par exemple, maladie coronarienne, maladie vasculaire périphérique ou maladie carotidienne incluant les accidents vasculaires cérébraux ischémiques). Dans notre exemple du début, la patiente diabétique de 34 ans présente donc un risque plus élevé que l'homme de 55 ans.

Pour établir le niveau de risque d'un patient qui n'est pas d'emblée considéré comme ayant un risque très élevé (parce qu'il est diabétique ou déjà atteint d'athérosclérose), cette nouvelle méthode ne repose plus sur le comptage du nombre de facteurs de risque présents comme c'était le cas auparavant^{2,3}, mais s'appuie plutôt sur le calcul du pourcentage de risque. Ce calcul serait une méthode plus exacte (particulièrement pour les femmes) pour repérer les personnes ayant un risque élevé⁴. À des fins de comparaison, les équivalences approximatives du niveau de risque selon les deux méthodes (lignes directrices de 1998 et de 2000)^{3,1} sont présentées au *tableau I*.

Le fait que les valeurs cibles à at-

teindre sont déterminées en fonction du niveau de risque du patient (peu importe la méthode de calcul) ex-

- Une femme de 34 ans, diabétique, dont le taux de HDL-C est de 1 mmol/L? ¶
- Un homme de 55 ans dont le taux de HDL-C est de 1 mmol/L?

Tableau I

Détermination du niveau de risque de cardiopathie ischémique (CI) sur 10 ans selon deux méthodes différentes

	% selon le risque ¹ (lignes directrices 2000)	Nombre de facteurs de risque* et % associé ³ (lignes directrices 1998)
Risque très élevé	> 30 %	≥ 4 ou présence de CI (≥ 40 %)
Risque élevé	20-30 %	3 (20-39 %)
Risque modéré	10-20 %	2 (10-19 %)
Risque faible	< 10 %	0 ou 1 (< 10 %)

* Facteurs de risque : homme > 45 ans ; femme ≥ 55 ans ou postménopausée sans hormonothérapie de remplacement ; antécédents familiaux de cardiopathie ischémique (CI) précoce (au premier degré) (≤ 55 ans chez les hommes, ≤ 65 chez les femmes) ; tabagisme ; hypertension artérielle ; diabète ; hypertrophie ventriculaire gauche.

teindre sont déterminées en fonction du niveau de risque du patient (peu importe la méthode de calcul) ex-

plique pourquoi, en présence d'un même profil lipidique, certains patients doivent être traités de façon

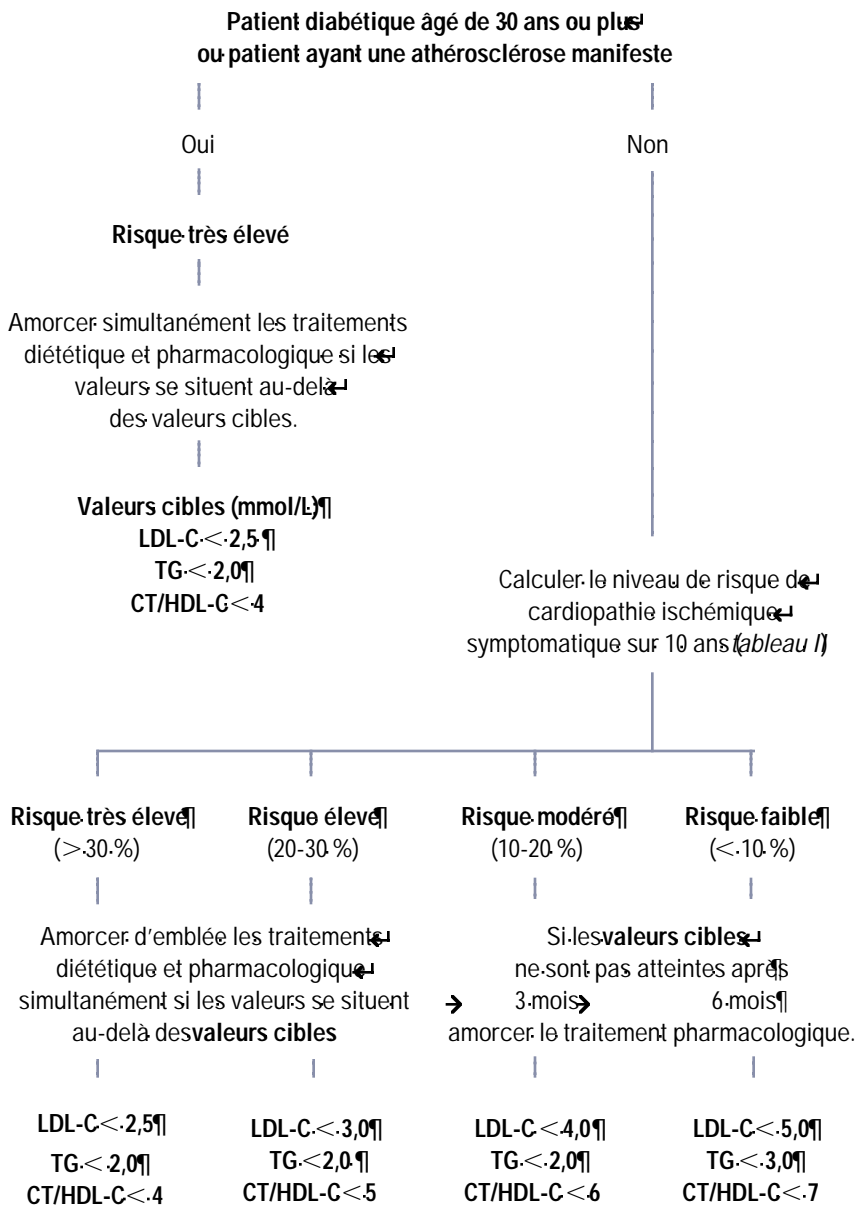
Les patients diabétiques de plus de 30 ans sont maintenant considérés d'emblée comme ayant un risque très élevé, tout comme les personnes atteintes d'une athérosclérose manifeste. ¶

Le fait que les valeurs cibles à atteindre sont déterminées en fonction du niveau de risque du patient (peu importe la méthode de calcul) explique pourquoi, en présence d'un même profil lipidique, certains patients doivent être traités de façon énergique et d'autres pas.

La D^{re} Marianne Xhignesse, M.Sc., omnipraticienne, est professeure adjointe au département de médecine de famille de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

Figure 1

Les étapes d'évaluation du risque cardiovasculaire



LDL-C : lipoprotéines de basse densité ; HDL-C : lipoprotéines de haute densité ; ¶
TG : triglycérides ; CT : cholestérol total. ¶

Schéma construit à partir des données de : Fodor JG, Frolich JJ, Genest Jr JG, McPherson PR, for the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias: Recommendations for the management and treatment of dyslipidemia. CMAJ 2000 ; 162 (10) : 1441-7, avec la permission de l'éditeur.

dations, le niveau de LDL-C cible à atteindre pour les personnes qui présentent un risque élevé (de 20 à 30 % sur 10 ans ou présence de trois facteurs de risque) est passé de < 3,5 mmol/L à < 3,0 mmol/L. Par contre, pour les personnes qui présentent un risque très élevé (risque > 30 % sur 10 ans), le taux cible de LDL-C demeure < 2,5 mmol/L. ¶

Sur le plan thérapeutique, les nouvelles recommandations préconisent, en présence d'un risque élevé ou très élevé, d'instaurer une thérapie pharmacologique en même temps que des changements alimentaires. Dans le cas de patients ayant un risque modéré ou faible, de trois à six mois peuvent s'écouler avant que l'on envisage d'amorcer un traitement pharmacologique si les valeurs cibles établies ne sont pas atteintes. ¶

Les étapes d'évaluation du risque sont résumées à la figure 1. La méthode de calcul du risque est présentée au tableau II. ¶

Le niveau de risque calculé selon cette méthode représente le risque de cardiopathie ischémique (CI) sur une période relativement courte de 10 ans.

Selon les nouvelles recommandations, le niveau de LDL-C cible à atteindre pour les personnes qui présentent un risque élevé (de 20 à 30 % sur 10 ans ou présence de trois facteurs de risque) est passé de < 3,5 mmol/L à < 3,0 mmol/L. Par contre, pour les personnes qui présentent un risque très élevé (> 30 % sur 10 ans), le taux cible de LDL-C demeure < 2,5 mmol/L.

30

Tableau II

Méthode de calcul du risque de cardiopathie ischémique sur 10 ans (patients sans diabète ni signes cliniques de maladie cardiovasculaire)

A. Faire le compte des points		Homme	Femme	
Âge (ans)				
30-34	-1		-9	
35-39	0		-4	
40-44	1		0	
45-49	2		3	
50-54	3		6	
55-59	4		7	
60-64	5		8	
65-69	6		8	
70-74	7		8	
				points = _____
Cholestérol total (mmol/L)				
< 4,14	-3		-2	
4,15-5,17	0			
5,18-6,21	1			
6,22-7,24	2			
≥ 7,25	3			
				points = _____
HDL-C (mmol/L)				
< 0,90	2		5	
0,91-1,16	1		2	
1,17-1,29	0		1	
1,30-1,55		0		
≥ 1,56	-2		-3	
				points = _____
Tension artérielle systolique (mmHg)				
< 120	0		-3	
120-129		0		
130-139		1		
140-159		2		
≥ 160		3		
				points = _____
Tabagisme				
Non		0		
Oui		2		
				points = _____
				Total des points = _____
B. Calcul du risque				
		% du risque sur 10 ans		
Total des points		Homme	Femme	
1		3	2	
2		4	3	
3		5	3	
4		7	4	
5		8	4	
6		10	5	
7		13	6	
8		16	7	
9		20	8	
10		25	10	
11		31	11	
12		37	13	
13		45	15	
14		≥ 53	18	
15			20	
16			24	
17			≥ 27	

Adapté de : Fodor JG, Frolich JJ, Genest Jr JJG, McPherson PR, for the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias: Recommendations for the management and treatment of dyslipidemia. *CMAJ* 2000; 162 (10): 1441-7, avec la permission de l'éditeur.

vent avoir un risque élevé à plus long terme. C'est pour cette raison qu'il importe de traiter tous les facteurs de risque, de préférence de façon non pharmacologique, en suggérant tout d'abord des modifications du style de vie (atteinte et maintien d'un poids idéal, activité physique régulière, saine alimentation, etc.).

Il est également important de noter que les tableaux utilisés avec la méthode actuelle sous-estiment le risque lorsque le taux de LDL-C est supérieur à 6 mmol/L et ne s'appliquent pas aux personnes dont les valeurs sont extrêmes (hypercholestérolémie familiale grave, par exemple) ou dont les valeurs de HDL-C sont très basses (hypoalphalipoprotéïnémie familiale, par exemple). De plus, les facteurs de risque considérés dans ces nouvelles recommandations ne comprennent pas les antécédents familiaux de maladie athéroscléreuse précoce, l'obésité abdominale ni le problème de la résistance à l'insuline.

Date de réception : 16 janvier 2001

Date d'acceptation : 22 janvier 2001

Mots clés : maladie cardiovasculaire, dyslipidémies, lipides, lipoprotéines, évaluation du risque, facteurs de risque.

Bibliographie

- Fodor JG, Frolich JJ, Genest Jr JJG, McPherson PR, for the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias: Recommendations for the management and treatment of dyslipidemia. *CMAJ* 2000; 162 (10): 1441-7.
- Canadian Consensus Conference on Cholesterol. Final report, Canadian Consensus Conference on the prevention of heart and vascular disease by altering serum cholesterol and serum lipoprotein factors. *CMAJ* 1988; 139 (II): 1-63.
- Frohlich J, Fodor G, McPherson R, Genest



Congrès de formation médicale continue FMOQ

- 10, 11 → Mise à jour en infectiologie
→ → Hôtel Delta, Trois-Rivières
- 17 au 25 → La santé cardiovasculaire
Bordeaux (France)
- → ¶ ¶
- 13, 14 → La neurologie
→ → Hôtel Sheraton Laval, Laval
¶
- 4, 5 → La santé des femmes
→ → Hôtel des Gouverneurs, Québec
¶
- 26 → L'obésité revue... et corrigée
→ → Centre Mont-Royal, Montréal
- 15, 16 → L'appareil locomoteur/La santé au travail
→ → Hôtel Wyndham, Montréal
→ 24 au 30 → Acapulco, Mexique
¶
- 6, 7 → La périnatalité/obstétrique
→ → Hôtel Hilton, Québec
¶
- 7, 8 → L'endocrinologie
→ → Hôtel Radisson-Gouverneurs, Québec
¶
- 18, 19 → La pédiatrie
→ → Hôtel Radisson-Gouverneurs, Québec
¶
- 9, 10 → La pneumologie
→ → Palais des Congrès, Montréal

Summary

Cardiovascular risk assessment: what you should know. Cardiovascular risk assessment is essential to determine whether or not lipid lowering treatment should be undertaken in an individual patient. According to the new recommendations of the Canadian working group on hypercholesterolemia and other dyslipidemias, patients with diabetes mellitus over the age of 30 years are now classified as being at very high risk for coronary artery disease (CAD), as are patients with clinically evident atherosclerosis. Target LDL-C levels for such very high risk individuals remain < 2.5 mmol/L. Target LDL-C levels for people classified as being at high risk have however been decreased from < 3.5 mmol/L to < 3.0 mmol/L. ¶

Key words: cardiovascular disease, dyslipidemias, lipids, lipoproteins, risk assessment, risk factors.

J, Langner N. Rationale for an outline of the recommendations of the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias: interim report. *Can J Cardiol* 1998; 14 (Suppl A): 17A-21A. ¶

4. → Grover SA, Dorais M, Parris G, Fodor G, Frohlich J, McPherson R, et al. Lipid screening to prevent coronary artery disease: a quantitative evaluation of evolving guidelines. *CMAJ* 2000; 163 (10): 1263-9.

Rectificatif

**La pneumonie d'aspiration
au centre d'hébergement
par Nathalie Champoux, et al
¶
Octobre 2000; 35 (10): 71-75**

Une erreur s'est glissée dans la première colonne de la page 72. La phrase « Il faudrait toutefois se rappeler que le patient gravement anémique a d'emblée une saturation plus basse que la normale » aurait dû plutôt se lire: « Il faudrait toutefois se rappeler que le patient gravement anémique a d'emblée une concentration sanguine en oxygène plus basse que la normale. »