

Recommandations européennes 2021 pour la prévention cardiovasculaire: nouveautés

Dre EVGENIA VASILAKOU^a, Dr DAVID CARBALLO^b et Dr DAVID NANCHEN^c

Rev Med Suisse 2022; 18: 410-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.772.410

Les dernières recommandations européennes pour la prévention cardiovasculaire ont été publiées en 2021. Elles innovent, avec quelques nouveaux concepts par rapport aux précédentes recommandations de 2016. Premièrement, l'estimation du risque cardiovasculaire à 10 ans chez les patients apparemment en bonne santé englobe pour la première fois les événements mortels et non mortels, incluant l'infarctus et l'AVC, avec les nouveaux SCORE2 (Systemic Coronary Risk Estimation 2) et SCORE2-OP (Older Persons). Deuxièmement, les seuils de risque cardiovasculaire estimés avec les scores sont maintenant stratifiés selon l'âge. Les comorbidités médicales jouent également un rôle plus important dans la décision du traitement préventif. Enfin, dans le souci d'une prise en charge plus personnalisée, une attitude par paliers est proposée pour atteindre des buts thérapeutiques adaptés au patient.

European guidelines 2021 for the cardiovascular prevention: new concepts

The latest European guidelines for cardiovascular prevention were published in 2021. As compared to the previous 2016 edition, these guidelines include some new concepts. First, the estimation of cardiovascular risk in apparently healthy persons now encompasses for the first time both fatal and nonfatal events, including myocardial infarction and stroke, using the new SCORE2 and SCORE2-OP. Second, the cardiovascular risk thresholds estimated with the scores are now stratified by age. Medical comorbidities play a more important role in risk estimation and preventive treatment. Finally, in the interest of a more personalized management, a step-by-step attitude is proposed to reach therapeutic goals adapted to the patient.

INTRODUCTION

En 2021, les recommandations européennes pour la prévention cardiovasculaire ont été mises à jour, la précédente version datant de 2016.^{1,2} Ces nouvelles recommandations s'intéressent à la prévention individuelle, soit lorsque le praticien est face à son patient, et proposent également des recommandations plus structurelles pour la santé cardiovas-

culaire au niveau populationnel avec des concepts de santé publique. Dans cet article de synthèse, nous n'abordons pas les recommandations de santé publique, mais résumons les éléments clés pour la prévention cardiovasculaire au cabinet. Nous encourageons donc le lecteur à se référer au document source disponible en ligne.¹

En clinique, les valeurs cibles recommandées lors du traitement des facteurs de risque cardiovasculaire sont rarement atteintes.³ Sur la base de ce constat, les nouvelles recommandations n'ont pas proposé une adaptation des valeurs cibles, mais plutôt une série de concepts qui permettent de mieux tenir compte des aspects pragmatiques de la prévention. Ainsi, l'instauration du traitement médicamenteux préventif s'adapte en fonction de l'âge, des comorbidités et des préférences du patient, dans une approche progressive dite en palier. Nous présentons dans cet article les 4 principaux concepts qui ont été nouvellement proposés pour la prévention individuelle.

ÉTAPES DE PRÉVENTION CLINIQUE

Estimer le risque cardiovasculaire avec de nouveaux scores

De nouveaux calculateurs du risque cardiovasculaire sont proposés, à savoir SCORE2 (Systemic Coronary Risk Estimation 2) et SCORE2-OP (Older Persons), qui ont été conçus pour améliorer la prédiction du risque chez les individus apparemment en bonne santé, soit en prévention primaire.^{4,5} Dans les guidelines de 2016, l'algorithme SCORE recommandait uniquement la mortalité cardiovasculaire à 10 ans. L'algorithme SCORE2 mis à jour estime maintenant le risque d'événements cardiovasculaires mortels et non mortels à 10 ans, incluant les accidents vasculaires cérébraux et les infarctus du myocarde. Ceci permet une communication du risque plus spécifique qu'avec la seule mortalité cardiovasculaire. À noter que ces algorithmes s'utilisent pour les personnes sans traitement ou sous traitement stable depuis des années. Un nouveau SCORE2-OP pour les personnes âgées au-dessus de 70 ans est également proposé. Il est présenté séparément du SCORE2, car il tient compte de la mortalité non cardiovasculaire pour éviter la tendance à la surestimation du risque cardiovasculaire chez les personnes âgées. Les différences entre le score PROCAM (Prospective Cardiovascular Münster) disponible sur le site internet du groupe de travail Lipide et athérosclérose (www.gsla.ch) et le SCORE2 sont présentées dans le **tableau 1**.

^aDépartement des policliniques, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1011 Lausanne, ^bService de cardiologie, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cConsultation de prévention cardiovasculaire - cholestérol et style de vie, Département promotion de la santé et préventions, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1011 Lausanne evgenia.vasilakou@unisante.ch | david.carballo@hcuge.ch | david.nanchen@unisante.ch

TABLEAU 1 Comparaison des estimateurs de risque cardiovasculaire à utiliser en Suisse

HDL-c: cholestérol lipoprotéine de haute densité; LDL-c: cholestérol lipoprotéine de basse densité; Non-HDL-c: cholestérol total-cholestérol; PROCAM: Prospective Cardiovascular Münster; SCORE2: Systemic Coronary Risk Estimation 2; SCORE2-OP: Systemic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons.

Scores	Facteurs de risque	Évaluation du résultat	Temps d'estimation
PROCAM (disponible sur le site www.gsla.ch)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Âge • Tension artérielle systolique • Tabagisme • LDL-c • HDL-c • Triglycérides • Diabète • Histoire familiale 	Événements coronariens mortels et non mortels, incluant l'infarctus du myocarde	10 ans
SCORE2 et SCORE2-OP	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Âge • Tension artérielle systolique • Tabagisme • Non-HDL-c 	Événements cardiovasculaires mortels et non mortels, incluant l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral	10 ans

Catégoriser le risque cardiovasculaire en fonction de l'âge

Les femmes de moins de 50 ans et les hommes de moins de 40 ans sont très souvent à bas risque d'événement cardiovasculaire à 10 ans, mais peuvent avoir des facteurs de risque défavorables qui augmentent le risque à plus long terme. Inversement, les hommes au-dessus de 65 ans et les femmes au-dessus de 75 ans présentent le plus souvent un haut risque cardiovasculaire à 10 ans. Afin de tenir compte de ces différences, les seuils de traitement basés sur l'estimation du risque ont été définis séparément pour 3 groupes d'âge, moins de 50 ans, de 50 à 69 ans et de 70 ans ou plus (tableau 2). Cela a pour but d'éviter un sous-traitement chez les jeunes et un surtraitement chez les personnes âgées. Par conséquent, pour les jeunes adultes, les seuils de traitement sont inférieurs par rapport à ceux des personnes âgées. Ce nouveau paradigme postule sur le bénéfice du traitement précoce des facteurs de risque pour les personnes plus jeunes. Dans les catégories de bas à moyen risque cardiovasculaire, le traitement médicamenteux préventif n'est généralement pas recommandé.

Considérer les comorbidités pour estimer le risque cardiovasculaire

En plus des facteurs de risque traditionnels, l'estimation du risque et la décision de traitement tiennent compte d'autres

TABLEAU 2 Catégories de risque cardiovasculaire selon l'âge

Les pourcentages du tableau représentent l'estimation du risque cardiovasculaire faite avec SCORE2 ou SCORE2-OP.

Niveaux de risque	< 50 ans	50-69 ans	≥ 70 ans
Bas à moyen risque En général, traitement médicamenteux non recommandé	< 2,5%	< 5%	< 7,5%
Haut risque Traitement médicamenteux à considérer	de 2,5 à < 7,5%	de 5 à < 10%	de 7,5 à < 15%
Très haut risque En général, traitement médicamenteux recommandé	≥ 7,5%	≥ 10%	≥ 15%

facteurs, notamment les modificateurs du risque, tels que le stress psychologique, les troubles mentaux, l'anamnèse familiale, la fragilité ou un environnement socio-économique défavorable.^{6,7} Ces modificateurs de risque sont particulièrement utiles quand l'estimation initiale se retrouve à un seuil entre 2 catégories de risque. Le tableau 3 résume les situations cliniques qui influencent le risque cardiovasculaire.

Traiter les facteurs de risque par paliers d'intensité

Afin de considérer les préférences du patient, d'inciter à la décision partagée, les recommandations proposent d'intensifier par palier le traitement des facteurs de risque cardiovasculaire. Ce principe reflète mieux la pratique clinique, incluant une étape d'instauration puis d'intensification du traitement. Il permet également de fixer des objectifs réalistes avec le patient. Cependant, les guidelines recommandent de toujours discuter la possibilité avec le patient d'atteindre les cibles ultimes de prévention pour les facteurs de risque cardiovasculaire. Le tableau 4 résume les objectifs de traitement par paliers pour le cholestérol et la tension artérielle pour les patients à haut ou très haut risque cardiovasculaire, lorsque le traitement médicamenteux préventif est à considérer ou généralement recommandé.

TABLEAU 3 Situations cliniques influençant le risque cardiovasculaire

Ces conditions affectent l'évolution et la prise en charge du risque cardiovasculaire.

- Maladie rénale chronique
- Fibrillation auriculaire
- Insuffisance cardiaque
- Cancer, avec ou sans chimiothérapie
- Maladie pulmonaire obstructive chronique
- Conditions inflammatoires comme l'arthrite rhumatoïde et la maladie intestinale inflammatoire
- Infections (VIH, parodontite)
- Migraine
- Troubles du sommeil et apnées obstructives du sommeil
- Stéatose hépatique non alcoolique
- Conditions spécifiques liées au sexe, comme la prééclampsie et l'hypertension pendant la grossesse, le diabète gestationnel, le syndrome des ovaires polykystiques, la ménopause précoce et la dysfonction érectile

TABLEAU 4 Objectifs du traitement par paliers

Le tableau indique les objectifs de traitement pour le cholestérol et la tension artérielle pour les patients à haut ou très haut risque cardiovasculaire. LDL: lipoprotéines de basse densité.

	But préventif initial	But préventif intensifié
Haut ou très haut risque cardiovasculaire, sans maladie cardiovasculaire athérosclérotique		
< 69 ans	<ul style="list-style-type: none"> Cholestérol LDL < 2,6 mmol/l Tension systolique < 140 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> Cholestérol LDL < 1,8 mmol/l, voire 1,4 mmol/l Tension systolique < 130 mmHg
≥ 70 ans	<ul style="list-style-type: none"> Cholestérol LDL < 2,6 mmol/l Tension systolique < 140 mmHg 	Prise en charge personnalisée
Maladie rénale chronique		
	<ul style="list-style-type: none"> Cholestérol LDL < 2,6 mmol/l Tension systolique < 140 mmHg 	Cholestérol LDL < 1,8 mmol/l, voire 1,4 mmol/l
Hypercholestérolémie familiale		
	<ul style="list-style-type: none"> Cholestérol LDL < 2,6 mmol/l Tension systolique < 140 mmHg 	Cholestérol LDL < 1,8 mmol/l, voire 1,4 mmol/l
Diabète		
Diabète de moins de 10 ans sans atteinte des organes cibles	Pas d'objectif recommandé	Pas d'objectif recommandé
Diabète de 10 ans ou plus sans atteinte des organes cibles	<ul style="list-style-type: none"> Cholestérol LDL < 2,6 mmol/l Tension systolique < 140 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> Cholestérol LDL < 1,8 mmol/l Tension systolique < 130 mmHg
Diabète avec atteinte des organes cibles	<ul style="list-style-type: none"> Cholestérol LDL < 1,8 mmol/l Tension systolique < 140 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> Cholestérol LDL < 1,4 mmol/l Tension systolique < 130 mmHg
Maladie cardiovasculaire athérosclérotique		
	<ul style="list-style-type: none"> Cholestérol LDL < 1,8 mmol/l Tension systolique < 140 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> Cholestérol LDL < 1,4 mmol/l Tension systolique < 130 mmHg

CONCLUSION

Les nouvelles directives européennes 2021 sur la prévention des maladies cardiovasculaires reposent sur de nouveaux concepts cliniques, incluant une approche personnalisée principalement fondée sur l'âge. Ces adaptations ont été conçues pour faciliter la mise en œuvre et améliorer la pratique clinique, qui reste encore éloignée des objectifs de prévention recommandés. Ces nouvelles recommandations devraient donc limiter les différences entre les objectifs de prévention théoriques et ceux qui sont réellement atteints ou atteignables en pratique clinique.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Il est possible d'utiliser les nouveaux scores européens SCORE2 (Systemic Coronary Risk Estimation 2) et SCORE2-OP (Older Persons) pour estimer le risque cardiovasculaire des personnes asymptomatiques de 40 à 90 ans
- Les patients avec un diabète depuis plus de 10 ans, ceux avec une maladie rénale chronique et ceux avec une hypercholestérolémie familiale sont d'emblée considérés à haut ou très haut risque cardiovasculaire
- Le traitement des facteurs de risque cardiovasculaire peut s'effectuer par paliers d'intensité, en tenant compte des préférences du patient dans une démarche de décision partagée

1 **Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: Developed by the Task Force for Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice with Representatives of the European Society of Cardiology and 12 Medical Societies With the Special Contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur Heart J 2021. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484; <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/34/3227/6358713?logi n=false>

2 Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on Cardiovas-

cular Disease Prevention in Clinical Practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by Representatives of 10 Societies and by Invited Experts) Developed with the Special Contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2016;37:2315-81. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw106.

3 Rachamin Y, Meier R, Rosemann T, Langenegger S, Markun S. Statin Treatment and LDL Target Value Achievement in Swiss General Practice

- A Retrospective Observational Study. Swiss Med Wkly 2020;150:w20244. DOI: 10.4414/sm.w.2020.20244.

4 SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 Risk Prediction Algorithms: New Models to Estimate 10-Year Risk of Cardiovascular Disease in Europe. Eur Heart J 2021;42:2439-54. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab309.

5 SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP Risk Prediction Algorithms: Estimating Incident Cardiovascular Event Risk in Older Persons in Four Geographical Risk Regions. Eur Heart J

2021;42:2455-67. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab312.

6 *de Mestral C, Stringhini S. Socioeconomic Status and Cardiovascular Disease: an Update. Current Cardiology Reports 2017;19:115. DOI: 10.1007/s11886-017-0917-z.

7 *Kivimäki M, Steptoe A. Effects of Stress on the Development and Progression of Cardiovascular Disease. Nat Rev Cardiol 2018;15:215-29. DOI: 10.1038/nrcardio.2017.189.

* à lire

** à lire absolument