

Jean-Pierre
Boissel

Département
de pharmacologie
clinique,
Faculté RTh Laennec,
Lyon
jpb@upcl.univ-
lyon1.fr

Ce ne sont plus des hypertendus ou des hypercholestérol- émiques, ce sont des patients à risque cardiovasculaire

Il n'y a plus d'hypertendus ou d'hypercholestérolémiques, il y a des patients à risque cardiovasculaire. Pourquoi ce changement de perspective ou de paradigme, pour utiliser un terme utile quoiqu'à la mode ? Quatre observations d'origines diverses mais factuelles et complémentaires le justifient.

Le constat quotidien dans la *pratique* est qu'un patient dont on a trouvé la pression artérielle élevée au cabinet s'avère avoir un taux de cholestérol également élevé ainsi qu'une glycémie « limite » lorsque nous parvenons les résultats biologiques. Devons-nous le considérer comme un hypertendu, un hypercholestérolémique ou un possible diabétique ? Les études épidémiologiques ont montré que la relation entre risque et pression artérielle était continue et qu'un facteur de risque additionnel, qu'il s'agisse de la valeur de la cholestérolémie d'un antécédent d'accident coronarien ou d'un indice de pression systolique ne modifiait pas la nature mais accroissait la valeur du risque. La réduction du risque par un hypolipémiant ou un antihypertenseur ne s'explique pas uniquement par la baisse, respectivement, d'un des paramètres lipidiques sériques – cholestérol total ou LDLc – ou de la pression artérielle – systolique ou diastolique. Il existe certes une corrélation qui permet de prédire avec une plus ou moins bonne précision la réduction du risque pour une certaine baisse de PAS ou de LDLc. Mais il n'y a pas déterminisme. Ainsi les statines préviennent les AVC alors que le risque n'est

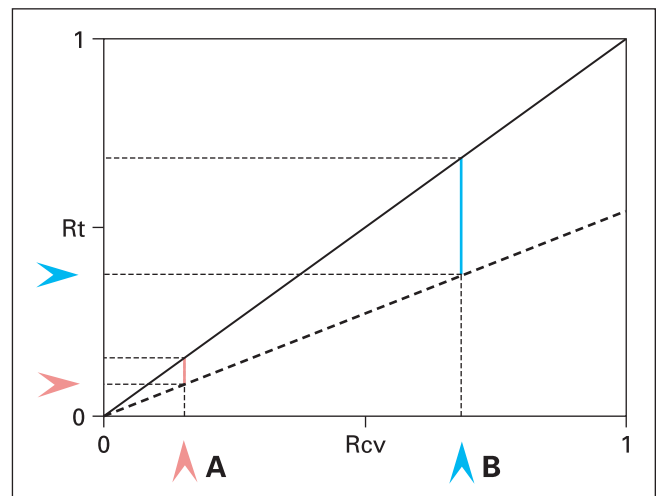
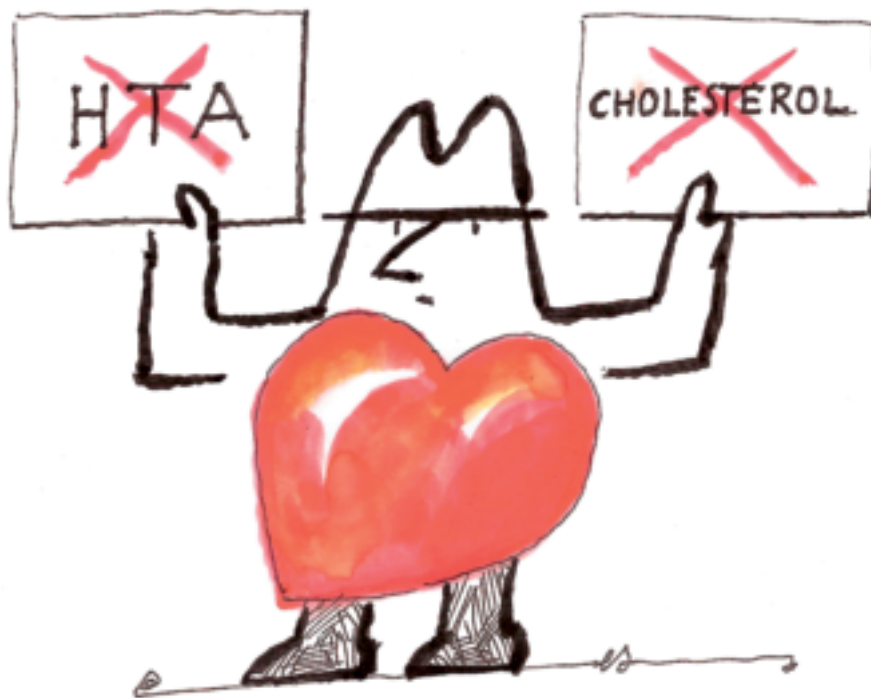


Figure. Le bénéfice absolu du traitement (qu'il soit antihypertenseur ou hypolipémiant, un diurétique ou une statine) est approximativement proportionnel au risque cardiovasculaire. Le patient B peut attendre une réduction absolue de son risque [trait vertical bleu] d'AVC ou d'infarctus triple (environ) de celle prédite pour le patient A [trait vertical rouge], que le traitement prescrit soit un diurétique ou une statine (mais les valeurs seront différentes selon le traitement). Il n'existe pas de seuil naturel au bénéfice. Faut-il alors traiter tout le monde puisqu'il n'existe pas non plus de seuil de risque ?

pas lié aux concentrations de lipides sériques. Ou encore, la part de réduction de ce même risque expliquée par la baisse de la pression obtenue par un antihypertenseur n'est que de 49 % [1]. Enfin, et peut-être surtout, le bénéfice d'un traitement hypolipémiant ou d'un traitement antihypertenseur ou d'un traitement antidiabétique est (approximativement) proportionnel au risque cardiovasculaire et non aux chiffres de pression artérielle, de cholestérolémie ou de glycémie



(voir la figure ci-dessus). C'est donc par référence au risque cardiovasculaire que se juge la balance bénéfice/risque et la balance bénéfice/coût de chacun de ces traitements, quels que soient sa nature et son mécanisme pharmacologique.

Les conséquences de ce changement de paradigme pour la pratique sont importantes :

- Plutôt que de chercher à identifier l'hypertension nous devons chercher à identifier les sujets à risque cardiovasculaire. Celui de nos patients qui entrera dans la démarche par sa pression artérielle ne sera pas qualifié d'hypertendu (où est la limite de PAS et/ou de PAD qui le qualifie ?) mais après la recherche de tous les autres facteurs de risque, il sera pris en charge à partir de la valeur de son risque cardiovasculaire.
- La décision thérapeutique sera fondée sur la valeur du risque et celle du bénéfice absolu prédit avec le traitement choisi.
- Le mécanisme d'action du traitement se dématérialise. Certes, si la pression est élevée nous envisagerons d'abord un traitement antihypertenseur, mais il ne serait pas contraire au paradigme de préférer une statine même si la cholestérolémie du patient est « normale ».
- Cette notion de cholestérolémie ou de pression artérielle « normales » qui était déjà largement obsolète devient désormais franchement à mettre au placard où se rangent les vieilles lunes.
- Le risque cardiovasculaire est lui-même une variable continue, sans seuil qui autorise à dire qu'un sujet est « à risque » ou « non à risque ». Le seuil

de bénéfice du traitement envisagé (voir figure) à partir duquel il convient d'envisager de traiter ne peut apparaître que si on oppose une contrainte externe, comme un effet indésirable ou un coût. En l'absence d'une telle contrainte, il faudrait traiter tout le monde...

Deux articles de ce numéro de *Médecine* [2, 3] illustrent ce changement de paradigme. Reste qu'il faut valoriser – donner une valeur – à ce risque. Ce sera l'objet d'un article à venir.

Les obstacles à la mise en pratique de cette évolution nécessaire sont cependant solides comme le montrent les deux articles de ce numéro cités plus haut :

- Résistance des esprits parfaitement illustrée par les recommandations et donc par les experts qui les construisent qui continuent à se fonder sur les concepts traditionnels.
- Absence d'outils standard pour faciliter la mise en pratique.
- L'enseignement qui reste peu factuel [4].

Combien de temps faudra-t-il pour que tous ces obstacles soient levés ?

Références :

1. Boissel JP, Gueyffier F, Boutitie F, Pocock S, Fagard R. Apparent effect on blood pressure is only partly responsible for the risk reduction due to antihypertensive treatments. *Fundam Clin Pharmacol*. 2005;19:579-84.
2. Gallois P, Vallée JP, Charpentier JM. Risque cardiovasculaire « global » : intérêts et limites pour la décision médicale. *Médecine*. 2006;3:112-7.
3. Gueyffier F. Prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale (n° 1). *Médecine*. 2006;3:118-22.
4. Nony P, Cuherat M, Boissel JP. Implication of evidence-based medicine in prescription guidelines taught to french medical students: current status in the cardiovascular field. *Clin Pharmacol Ther*. 1999;66:173-84.