

Estimation du risque cardiovasculaire chez une population algérienne d'hypertendus

A. Agraniou, K. Bouslimani, F. Otmani, N. Kerrouche, D. Si Ahmed, F. Bouali.

Service De Médecine Interne, CHU Mustapha, Faculté De Médecine D'Alger, Université D'Alger1 - Alger (Algérie)

Introduction.

L'hypertension artérielle (HTA) est un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV). Sa forte prévalence en Algérie devient de plus en plus inquiétante. L'évaluation du niveau de la PA ne suffit pas à elle seule à estimer le RCV d'un patient et cette estimation est indispensable pour bien définir les modalités de la prise en charge thérapeutique.

Notre étude a pour objectif l'estimation du RCV chez une population algérienne d'hypertendus en utilisant les outils proposés par les recommandations de l'ESC 2021.

Matériel et Méthodes.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique à recrutement prospectif portant sur 205 patients hypertendus suivis en consultation de médecine interne, CHU Mustapha. L'évaluation du RCV global a été faite selon les recommandations de l'ESC de 2021, les plus récentes dans l'évaluation du risque et prenant en considération l'âge, le sexe, la notion de tabagisme, les chiffres tensionnels, les taux de non HDL cholestérol [1,2]. L'échelle SCORE 2 est utilisée pour permettre une évaluation plus appropriée de la morbidité cardiovasculaire (CV) à 10 ans chez des sujets âgés de 40 à 69 ans de notre population. L'échelle SCORE 2-OP établie pour les sujets plus âgés jusqu'à 90 ans. Nous avons utilisé les scores destinés aux pays à très haut risque [3,4].

Résultats.

L'âge moyen des patients hypertendus de notre échantillon est de 57.5 ± 7.7 ans avec des extrêmes allant de 40 ans à 70 ans. La répartition de la population selon le sexe note une nette prédominance féminine (68%) avec un sexe ratio à 0.47 (66H/139F). L'ancienneté de l'HTA est en moyenne de 7.8 ans avec des extrêmes de 00 à 30 ans. Nous avons noté une prédominance du grade 1 de l'HTA chez notre population avec un pourcentage de 42 % suivi de 32.7 % de grade 2, alors que le grade 3 présente un pourcentage de 25.3 %.

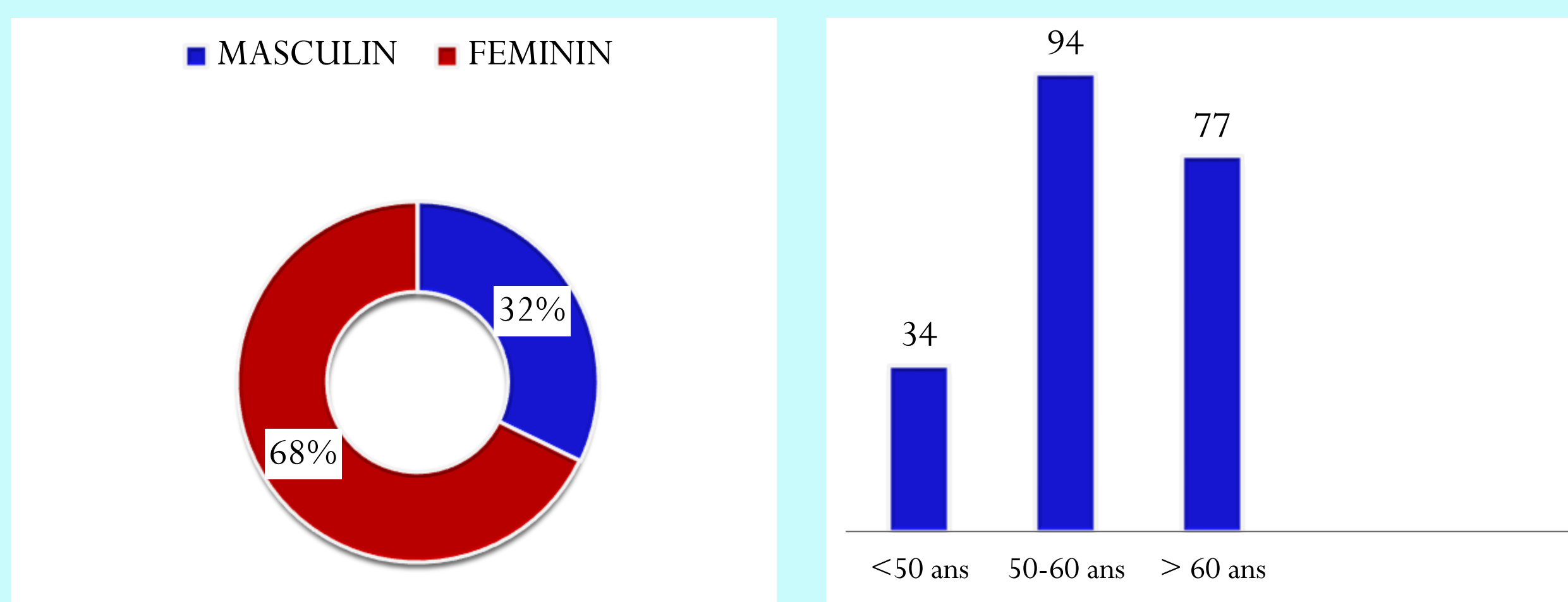


Figure 1: Répartition de notre population selon l'âge et selon le sexe.

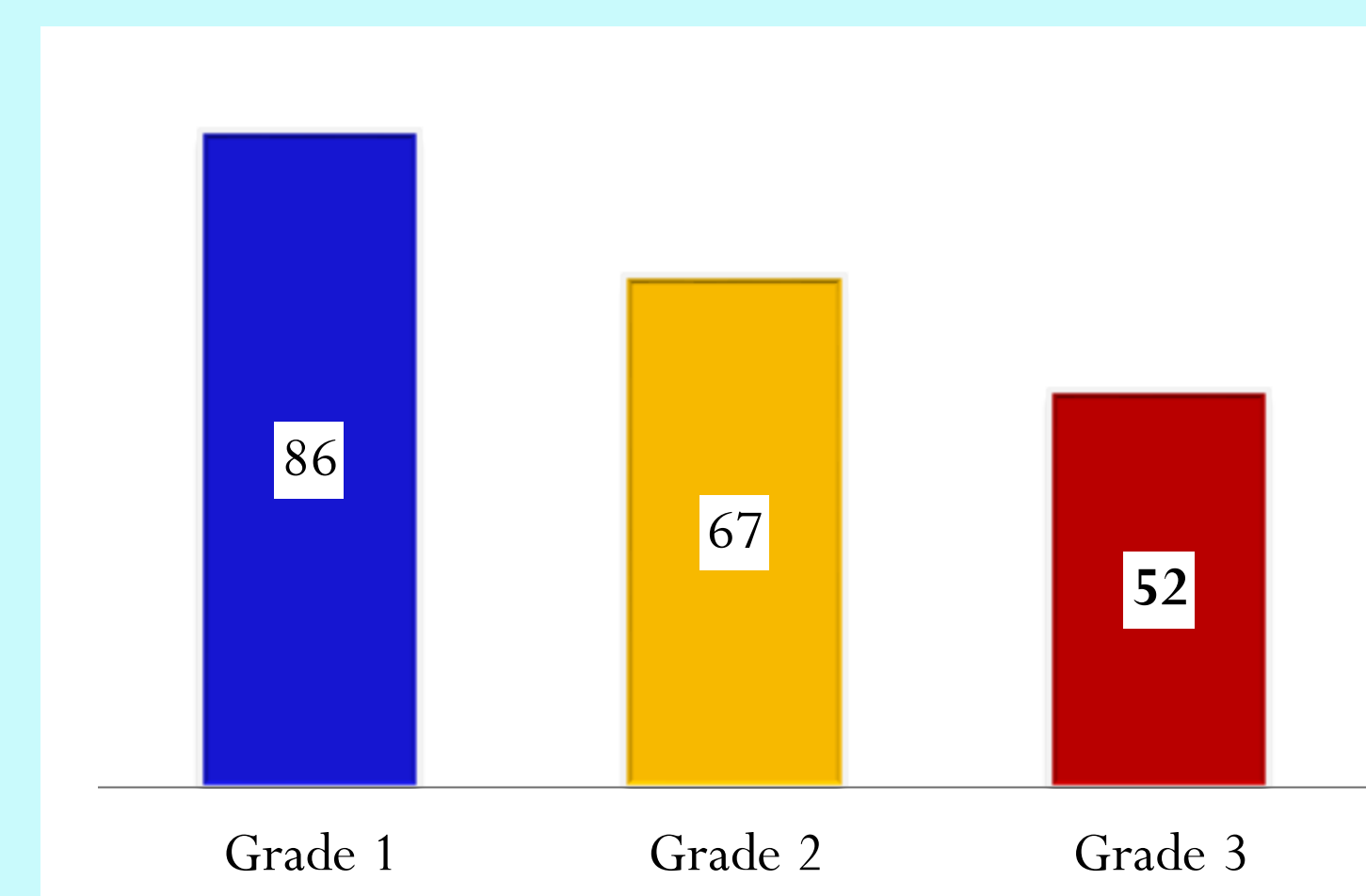


Figure 2: Répartition de notre population selon le grade de L'HTA.

Le nombre de sujets connus diabétiques est de 67 patients (32.7%). Le tabagisme est présent chez 22 des patients (10.7 %). La sédentarité est présente chez 19 patients de notre population (9.3 %). L'IMC avait une moyenne de $29,7 \text{ kg/m}^2$ allant de (19.5 à $49,6 \text{ kg/m}^2$) avec un écart-type de 4.9 et plus d'un tiers (40.5%) de nos patients sont obèses. La dyslipidémie était connue chez 67 patients au moment du dépistage (32.7 %). Le non-HDLc est perturbé chez 33 patients (18.5%).

L'évaluation du RCV individuel de chaque patient a révélé un score élevé chez 37% des patients hypertendus (76 patients) et un score très élevé chez 61.5% des patients hypertendus (126 patients). 1.5% seulement de notre population présente un score modéré (3patients) (tableau 1).

Tableau 1: répartition de notre population selon le risque cardiovasculaire.

Score	N=205	%	(95% CI)
SCORE modéré	3	1.5	(0.5-4.2)
SCORE élevé	76	37	(30.8-43.9)
SCORE très élevé	126	61.5	(54.6-67.9)

Discussion.

Les échelles de risques SCORE 2 et SCORE 2-OP, proposées pour la stratification du RCV, représentent un point essentiel des nouvelles recommandations de l'ESC 2021. Ces outils estiment la morbidité CV à 10 ans pour les MCV fatales et non fatales dues à l'athérosclérose : IDM et AVC [5]. L'évaluation systématique du risque global de MCV est recommandée chez les personnes présentant n'importe quel FDRCV majeur (ATCD familial de MCV précoce, histoire familiale, tabagisme, HTA, diabète, dyslipidémie, obésité ou comorbidité augmentant le RCV) (I, C). Le risque global individuel ainsi établi aide à préciser la stratégie thérapeutique. Le dépistage opportuniste de la PA peut être considéré chez les adultes à risque de développer une HTA, tels que ceux qui sont en surpoids ou qui ont une histoire familiale d'HTA (IIa, B) [1, 5]. La fraction de RCV attribuable à l'HTA variait néanmoins en fonction des différents groupes évalués, notamment en fonction du sexe ou encore de l'âge des patients (6-8). Le bénéfice absolu de la réduction de la PA systolique (PAS) dépend du risque absolu et de la réduction absolue de la PA, sauf que les limites inférieures de la PA sont imposées par des considérations de tolérance et de sécurité. La prise en charge est déterminée par la catégorie d'HTA, définie en fonction des valeurs moyennes de la PA en cabinet, du monitoring ambulatoire de la PA ou de la PA à domicile [2].

Conclusion

L'HTA constituait l'un des plus constants facteurs contributifs du risque d'événement CV au sein des différentes publications. Les échelles de risques SCORE 2 et SCORE 2-OP estiment la morbidité CV à 10 ans pour les MCV fatales et non fatales dues à l'athérosclérose. Ce risque est surestimé dans les pays à très haut risque.

Références.

- Visseren FLJ et al ; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337.
- Frank LJ Visseren et al, Lignes directrices de l'ESC 2021 sur la prévention des maladies cardiovasculaires dans la pratique clinique www.escardio.org/guidelines European Heart Journal, Volume 42, Numéro 34, 7 septembre 2021, Pages 3227–3337.
- SCORE 2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms; new models to estimate 10 years risk of cardiovascular disease in Europe. Eur Heart J 2021;42 (25):2439–54.
- SCORE 2-OP 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(25):2455–67.
- Renucci JF, El Harake S, Saron G. L'essentiel des recommandations 2021 de la Société européenne de cardiologie pour la prévention cardiovasculaire. Que faut-il retenir? Presse Med Form 2022; 3: 125–131.
- Emberson JR, Whincup PH, Morris RW, Walker M. Re-assessing the contribution of serum total cholesterol, blood pressure and cigarette smoking to the aetiology of coronary heart disease: impact of regression dilution bias. Eur Heart J 2003;24(19):1719-26.
- Hozawa A, Kuriyama S, Kakizaki M, Ohmori-Matsuda K, Ohkubo T, Tsuji I. Attributable risk fraction of prehypertension on cardiovascular disease mortality in the Japanese population: the Ohsaki Study. Am J Hypertens 2009;22(3):267-72.
- Willeit JZ, Moon YP, Kahn E, Rodriguez CJ, Rundek T, Cheung K, et al. Population attributable risks of hypertension and diabetes for cardiovascular disease and stroke in the northern Manhattan study. J Am Heart Assoc 2014;3(5):e001106.