

La maladie coronaire : paradoxe et défi

A propos de 20 ans de suivi du Registre WHO-MONICA-BELLUX

J-M. Krzesinski (CHU Liège) et M. Jeanjean (Ecole de Santé Publique UCL)

L'étude de l'incidence de la coronaropathie, au sein de la population de la Province du Luxembourg âgée de 35 à 74 ans, a démarré il y a 25 ans grâce à des supports financiers de la Communauté Française et de la Région Wallonne. Sont rapportés les résultats d'un suivi de 20 ans (de 1985 à 2005).

Paradoxe

L'infarctus myocardique aigu et la mort coronaire (un concept déjà plus large) étaient considérés comme les indicateurs de la pathologie coronaire. Ces deux entités sont bien des complications majeures de l'atteinte coronaire, aiguës donc repérables et leur incidence a diminué sur la période d'observation. Les sources de collecte sont bien identifiées et la population peut être facilement circonscrite et ont servi aux Registres WHO-MONICA (**M**onitoring and trends in **C**ardiovascular diseases). Cependant, les décès subits par trouble du rythme ventriculaire chez des sujets coronariens ne sont pas tous liés à des infarctus aigus. En effet, les décès liés aux interventions sur les coronaires sont rarement dus à un infarctus.

Le projet luxembourgeois (BELLUX) a donc dépassé le cadre de l'infarctus et de la mortalité coronaire, pour élargir la base épidémiologique à la **maladie coronaire**. Le Registre des interventions coronaires invasives, par sa composante coronarographique, apporte la notion objective d'atteinte athéromateuse des artères coronaires et complète donc le concept de maladie coronaire concernant tant les sujets qui ont présenté un infarctus que les sujets qui n'en n'ont pas présenté. Les **revascularisations** soit chirurgicales ou transcutanées sont des éléments qui modifient l'histoire naturelle de la maladie et donc potentiellement les taux d'infarctus. Ces interventions, dont **le nombre a augmenté**, permettent de mieux cerner la maladie coronaire et d'apporter une réponse partielle à la diminution de l'incidence des infarctus. Elles jouent donc le rôle de marqueur épidémiologique. L'action des médecins de première ligne dans la prise en charge des coronariens potentiels joue également.

Les résultats sur le long terme montrent par ailleurs, par une approche indirecte, que **le contrôle des facteurs de risque n'est pas encore optimal** malgré les investissements importants. En fusionnant avec beaucoup de précautions méthodologiques les 2 registres (infarctus et intervention) nous montrons que **l'incidence de la maladie coronaire ne bouge pas dans le temps**. Bien sûr, elle prend un tour moins grave mais reste un marqueur d'une atteinte artérielle stable dans le temps.

Défi

Quand la maladie est installée, elle continue à progresser comme le montre le nombre important de récurrence coronarographique. La prévention là aussi se doit d'être renforcée.

Autre point apporté par le Registre des interventions, l'importance des lésions coronaires dites non significatives, hémodynamiquement s'entend. Ces lésions

démontrent que le patient possède la faculté de développer de l'athéromatose. Nous avons montré que les porteurs de ces lésions ont une tendance marquée à développer des accidents coronaires. Ce sont de nouveau des sujets à haut risque. La **recherche des sujets à haut risque** doit demeurer une priorité dans la stratégie de lutte contre la maladie coronaire.

Ceci nous amène à la recherche d'antécédents coronariens chez les sujets victimes d'un infarctus myocardique. Chez les sujets jeunes (< 55 ans), 80 % des accidents surviennent dans un ciel serein, sans signe évident d'appel. Ces sujets sont cependant porteurs de facteurs de risque souvent ignorés ou minimisés (tabac, hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie,..). Là aussi, toute une stratégie de détection des gens à haut risque (**prévention primaire**) a été élaborée et publiée, mais très peu appliquée. C'est entre autres le **projet Alphabet**.

Autre point inquiétant montré par le registre: **la létalité communautaire ne varie pas** dans le temps. L'infarctus est aussi méchant aujourd'hui qu'il ne l'était il y a 20 ans.

Le vieillissement de la population va encore aggraver le tableau. Les femmes notamment sont particulièrement affectées au-delà de 65 ans, surtout en rapport avec le développement du diabète et sont à risque de mortalité en cas d'infarctus mais aussi dans un tableau de décompensation cardiaque.

Enfin, la troisième étude EUROASPIRE qui compare l'évolution temporelle des facteurs de risque en **prévention secondaire** n'observe pas non plus de progrès.

La maladie coronaire est en fait la maladie de comportements à risque. Il convient donc de modifier ces comportements par une approche appropriée.

CONCLUSIONS

Paradoxe du registre: l'infarctus myocardique voit son incidence diminuer mais la létalité ne change pas en 20 ans. L'incidence de la coronaropathie reste aussi stable. Nous agissons probablement trop tard, par un diagnostic de la maladie mais non des sujets à haut risque.

Défi : le dépistage de ces sujets à haut risque et la réduction de ce risque doivent être les objectifs majeurs.

1. L'analyse des données permet de dégager des arguments en faveur d'un renforcement de l'éducation à la santé et de la prévention- primaire et secondaire.
2. La réflexion née de l'examen de toutes ces données ouvre la porte à des concepts nouveaux : méconnaissance de la maladie par le public et approche comportementale et anthropologique des messages
3. L'utilité de la poursuite des Registres est démontrée.

Quelques références utiles :

1. Boland B et al. Cardiovascular prevention in general practice: development and validation of an algorithm. *Acta Cardiologica* 2004; 59 : 598
2. De Backer G et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Revue médicale de Liège* 2005; 60: 163
3. Heller F. The global cardiovascular risk *Acta Clinica Belgica* 2005 ; 60 : 285
4. Kotseva K et al. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice (Euroaspire). *Lancet* 2009; 373: 929
5. Yusuf S et al. Interheart study. *Lancet* 2004; 364: 937