

Les scores de risques pour affiner l'évaluation du risque

Image



Image



Les scores de risques pour affiner l'évaluation du risque

L'insuffisance cardiaque (IC) est un problème majeur santé publique dont les objectifs de prise en charge sont clairement définis par la HAS : ralentir la progression de la maladie, réduire la mortalité, prévenir les épisodes de décompensation, réduire le nombre et la durée des hospitalisations, améliorer la qualité de vie et soulager les symptômes.²

La prise en charge des patients insuffisants

cardiaques devrait reposer sur une évaluation globale comprenant :²

Image



Image

La combinaison de l'ensemble de ces facteurs permet de mieux évaluer le risque encouru par chaque patient insuffisant cardiaque⁵

1. Les scores de risque : des outils simples & adaptés

Il existe plusieurs scores permettant de calculer le risque à partir d'une combinaison de facteurs.⁴

Validés dans de larges populations, ils comprennent **différents critères d'évaluation** et permettent **d'estimer un taux de mortalité** de 1 à 5 ans.^{1,4}

Une première vague de scores a été développée initialement, dont le score **HFSS**, le score **SHFM**, le score **CHARM**, le score **MECKI**, le score **HF-ACTION** et le score **EMPHASIS**.^{4,6}

Les principaux intérêts de ces scores sont :^{1,3-5}

- **Diversité** des populations étudiées :
 - La majorité des scores prend en compte l'âge et le sexe des patients.¹
 - Et presque tous les scores prennent en compte des populations de patients insuffisants cardiaques à fraction d'éjection réduite et préservée.¹
- **Pratique** (pour certains, des calculateurs disponible sur internet)
- Aide à la **décision thérapeutique**
- Aide à la **communication** avec les patients

Leur précision ayant été jugée encore insuffisante et leur utilisation limitée, 2 nouveaux scores ont été développés :⁴

- Le score GISSI-HF (Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'infarto Miocardico - Heart Failure)
- Le score MAGGIC (Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure)

Image



L'évaluation et la comparaison de différents scores dans le registre multinational de l'ESC (incluant plus de 9 000 patients ambulatoires avec une insuffisance cardiaque) indique que **le score MAGGIC semble plus précis que les anciens scores pour prédire la mortalité à 1 an⁴.**

2. Le score MAGGIC, en pratique⁶

Ce score est un **outil robuste** qui a pour objectif de quantifier le risque individuel de mortalité de vos patients à 1 an et à 3 ans.

Il s'agit d'un score européen, élaboré à partir de **30 études** portant sur près de **40 000 patients** insuffisants cardiaques à fraction d'éjection réduite ou préservée.

Validé dans 2 importantes bases de données administratives, il permet de combiner **13 facteurs pronostiques** et de stratifier en **6 groupes de risque** associés à une mortalité s'élevant de 10 à 70% à 3 ans.

L'âge figure au premier rang parmi les facteurs de pronostic les plus importants du score MAGGIC. Il est suivi par la fraction d'éjection, la créatinémie, la classe NYHA, et la présence d'un diabète.

Image

13 facteurs pronostiques du score MAGGIC

(par ordre d'importance)

1. Âge
2. FEVG
3. Classe NYHA
4. Créatinémie
5. Diabète
6. Prescription des β -bloquants
7. PAS
8. IMC
9. Temps depuis le diagnostic (> 18 mois)
10. Tabagisme actuel
11. BPCO
12. Sexe
13. Prescription d'inhibiteurs du SRA

Contrairement à d'autres scores de risque, les facteurs dont dépend le score MAGGIC sont en général universellement disponibles.⁷

Le score de risque s'applique principalement aux patients en insuffisance cardiaque stable, hors décompensation d'insuffisance cardiaque.⁶

Le score MAGGIC a démontré une très bonne capacité à stratifier les patients selon les différents groupes de risque de mortalité sur 3 ans. Plus précisément, il facilite l'identification des patients à faible risque et ceux à très haut risque de mortalité.^{6,7} Néanmoins, on observe une légère sous-estimation de la mortalité à 3 ans chez les patients

à faible risque contre une surestimation chez ceux à haut risque de **mortalité**.⁷

La détermination du profil de risque d'un patient aide à définir la prise en charge et le traitement les plus appropriés de son insuffisance cardiaque.⁶

Pour vous permettre de calculer facilement le score de risque MAGGIC, des applications sont disponibles sur internet.

3. Application : le cas de Christophe B.

Christophe B. 74 ans

Ancien artisan menuisier, à la retraite

Patient insuffisant cardiaque suite à un infarctus du myocarde il y a 6 ans.

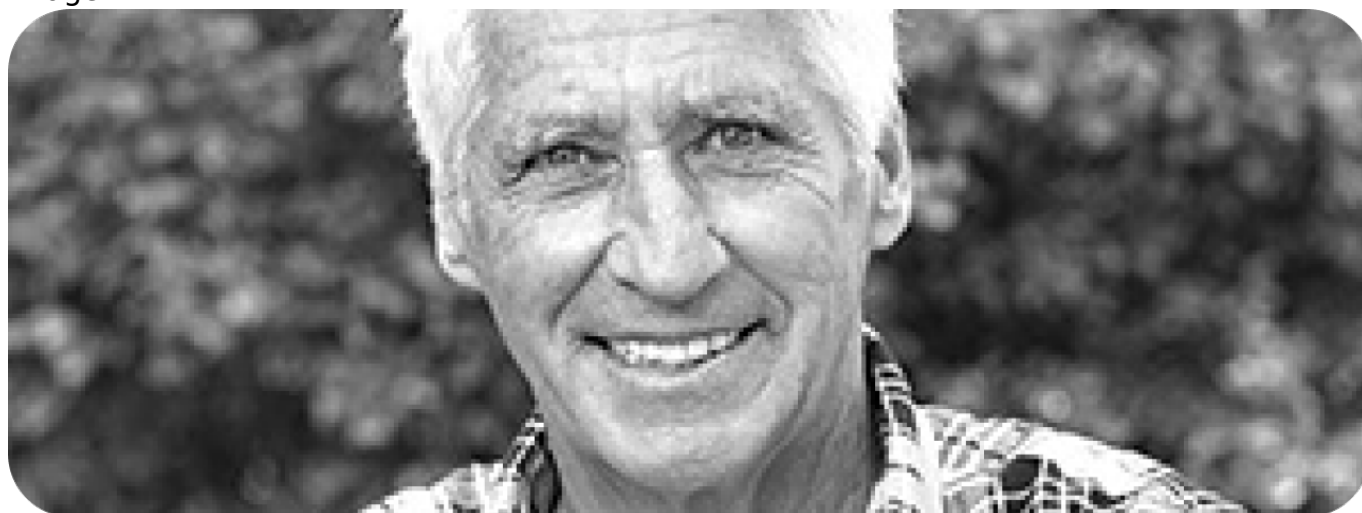
Suivi en cardiologie actuellement tous les 6 mois.

Consulte son cardiologue pour son suivi semestriel habituel.

Stade II NYHA

- Ne se plaint d'aucun symptôme
- Poids stable
- Pas de malaise ni de douleur thoracique

Image



À l'interrogatoire

"Je monte mes deux étages tous les jours, ça me fait de l'exercice, mais heureusement que je n'habite pas plus haut !"

Antécédents

- BPCO post-tabagique connue
- Diabète de type 2
- Cardiopathie ischémique (IDM antérieur et stent posé il y a 6 ans)

Biologie

- HbA1c : 7,8 %
- Insuffisance rénale chronique modérée
- Créatinine : 130 $\mu\text{mol/L}$
 - Clairance de la créatinine : 39 mL/min en Cockcroft
 - DFGe : 46 mL/mn/1,73 m² en CKD-EPI

Traitement actuel

- IEC à dose intermédiaire
- β -bloquant à dose maximale tolérée
- Diurétique à faible dose
- Statine
- Anti-agrégant plaquettaire
- Anti-diabétiques oraux

Échographie cardiaque lors de la consultation

- Ventricule et oreillette gauches légèrement dilatés
- FEVG à 34 % avec hypokinésie segmentaire antérieure

Facteurs de risque

- Tabagisme occasionnel
- Hypercholestérolémie modérée
- Alimentation équilibrée (pauvre en sel)
- IMC à 20,9 Kg/m² (62 Kg ; 172 cm)

Examen clinique

- FC : 72 bpm
- PAS : 118/85 mmHg
- Auscultation pulmonaire normale

ECG

- Séquelle d'IDM antérieur
- Pas de souffrance coronaire aiguë

Image

Score MAGGIC [®]	
Mortalité à 1 ans : 20,9 %	Mortalité à 3 ans : 45,8 %

Que retenir ?

Malgré son bilan et son état clinique d'apparence stable, le risque de mortalité de Christophe à 3 ans est important.

A titre indicatif, le risque de mortalité chez un patient atteint d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite est d'environ 30 % à 3 ans et peut dépasser celui de certains patients atteints de cancers :¹⁰

Risque de mortalité à 3 ans de certains cancers :¹⁰

cancer colorectal : 33 %

sarcome des tissus mous : 36 %

cancer du rein : 24 %

cancer de la prostate : 4 %

L'évaluation précise du risque de vos patients, grâce à l'utilisation d'un score de risque, vous permet d'établir un meilleur pronostic et d'optimiser la prise en charge et le traitement.⁶

L'insuffisance cardiaque progresse et impacte le pronostic de vos patients même lorsque les symptômes n'évoluent pas.^{12,13}

4. Saisissez chaque opportunité pour évaluer le risque de vos patients insuffisants cardiaque¹⁻⁴

Pour conclure, les scores de risque permettent de vous alerter sur le profil de risque en particulier chez vos patients d'apparence stable et ainsi déterminer la prise en charge thérapeutique la plus appropriée.⁶

Calculer le risque de vos patients insuffisants cardiaque à l'aide du score MAGGIC disponible sur internet.

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive ; **CHARM** : Candesartan in Heart Failure-Assessment of Reduction in Mortality ; **CKD-EPI** : Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration ; **DFGe** : Débit de filtration glomérulaire estimé ; **ESC** : Société Européenne de Cardiologie ; **EMPHASIS-HF** : Eplerenone in Mild Patients Hospitalization and Survival Study in Heart Failure ; **FC** : Fréquence Cardiaque ; **FEVG** : Fraction d'Éjection Ventriculaire Gauche ; **GISSI-HF** : Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico-Heart Failure ; **Hba1c** : Hémoglobine glycosylée ; **HF-ACTION** : Heart Failure - A Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise TraiNing ; **HFSS** : Heart Failure Survival Score ; **IC** : Insuffisance Cardiaque ; **IDM** : Infarctus Du Myocarde ; **IEC** : inhibiteur de l'enzyme de conversion ; **IMC** : Indice de Masse Corporelle ; **MAGGIC** : Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure ; **MECKI** : Metabolic Exercise, Cardiac, Kidney Index ; **NT-proBNP** : N-Terminal - Brain Natriuretic Peptide (peptide cérébral natriurétique) ; **NYHA** : New York Heart Association ; **PAS** : Pression Artérielle Systolique ; **SHFM** : Seattle Heart Failure Model ; **SRA** : Système Rénine-Angiotensin

Références

1. Ferrero P et al. Prognostic scores in heart failure - Critical appraisal and practical use. *Int J Cardiol.* 2015;188:1-9
2. HAS. Guide du parcours de soins. Insuffisance cardiaque. Juin 2014.
3. ESC Guidelines for the diagnosis and the treatment of acute and chronic heart failure. Mc Donagh TA et al. *European Heart Journal* 2021;42: 3599-3726.
4. Canepa M et al. Performance of Prognostic Risk Scores in Chronic Heart Failure Patients Enrolled in the European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry. *JACC Heart Failure.* 2018;6:452-62.

Objectif de l'étude : Comparer la performance de scores de risque d'IC dans la prédiction de la mortalité et de la morbidité à l'aide de données provenant du registre multinational de l'ESC.

Méthodologie de l'étude : Registre ayant recruté 9 428 patients atteints d'IC vus dans les centres européens participants entre mai 2011 et avril 2013. Les scores suivants, conçus pour estimer la mortalité toutes causes confondues sur 1 an ou 2 ans, ont été calculés pour chaque participant : CHARM (Candesartan in Heart Failure-Assessment of Reduction in Mortality), GISSI-HF (Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico-Heart Failure), MAGGIC (Meta-analysis Global Group in Chronic heart failure) et SHFM (Seattle Heart Failure Model). Les patients avec une hospitalisation pour IC (n = 6 920) et les patients ambulatoires pour lesquels il manquait une variable pour calculer un score (n = 3 267) ont été exclus, aboutissant à un échantillon final de 6 161 patients.

5. Rahimi K et al. Risk Prediction in Patients With Heart Failure. JACC Heart Fail. 2014;2:440-6.
6. Pocock SJ et al. Predicting survival in heart failure: a risk score based on 39 372 patients from 30 studies. Eur Heart J. 2013;34:1404-13.
Objectif de l'étude : Détermination d'un score de risque de mortalité généralisé et facilement utilisable chez les patients insuffisants cardiaques. Méthodologie de l'étude : Méta-analyse incluant les données de 39 372 patients IC à FEVG réduite et préservée provenant de 30 cohortes différentes dont 6 essais cliniques. Suivi moyen de 2,5 ans. Des modèles de régression de Poisson par morceaux avec une sélection des variables progressives ont été utilisés.
7. Sartipy U et al. Predicting survival in heart failure: validation of the MAGGIC heart failure risk score in 51 043 patients from the Swedish Heart Failure Registry. Eur J Heart Failure. 2014;16:173-179.
8. Calcul de risque effectué sur <http://www.heartfailurerisk.org/>, le 29-04-2020 à partir des caractéristiques du cas de Christophe B.
9. Loh J et al. Temporal Trends in Treatment and Outcomes for Advanced Heart Failure With Reduced Ejection Fraction From 1993-2010. Findings From a University Referral Center. Circ Heart Fail. 2013;6:411-419.
10. INVS. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 1 - Tumeurs solides. Février 2016.
11. Butler J et al. Moving away from symptoms-based heart failure treatment: misperceptions and real risks for patients with heart failure. Eur J Heart Failure. 2016;18:350-2.

12. Ketchum ES. Multivariate Risk Scores and Patient Outcomes in Advanced Heart Failure. *Congest Heart Fail.* 2011;17:205-212.
13. Azevedo PS et al. Cardiac Remodeling: Concepts, Clinical Impact, Pathophysiological Mechanisms and Pharmacologic Treatment. *Arq Bras Cardiol.* 2016;106:62-6.

Source URL:

<https://www.pro.novartis.com/fr-fr/aires-therapeutiques/cardiologie/insuffisance-cardiaque/suivi-du-patient/evaluer-le-risque-de-mes-5>