

Cinq facteurs de risque modifiables en cause dans 80 % des AVC

10 AOÛT 2010 | Pascale Solère

Hamilton, ON, Canada — Les AVC constituent une cause majeure de décès dans le Monde, et 85 % d'entre eux surviennent dans les pays en développement. D'où l'idée d'ausculter dans une vaste étude cas-témoin internationale, **INTERSTROKE**, le rôle des facteurs de risque connus, telle l'hypertension artérielle, et celui des facteurs de risque émergents, telle la génétique, dans les différents groupes ethniques et les différentes régions du monde.

Les résultats de la première phase d'INTERSTROKE — l'étude doit être étendue à 52 pays — suggèrent que 10 facteurs de risque classiques représentent 90 % du risque, que 5 d'entre eux — HTA, tabagisme, obésité abdominale, alimentation et activité physique — réunissent déjà 80 % du risque en population, et que l'HTA porte à elle seule 35 % du risque en population. [1]

« Des interventions ciblées visant une réduction des pressions artérielles, du tabagisme, promouvant l'activité physique et une alimentation saine sont donc à même de réduire l'impact des AVC dans le Monde » conclut **Dr Martin O'Donnel** (Hamilton, Ontario, Canada).

Des interventions ciblées visant une réduction des pressions artérielles, du tabagisme et promouvant l'activité physique et une alimentation saine sont donc à même de réduire l'impact des AVC dans le Monde — Martin O'Donnel (Hamilton, Canada)

Sur le modèle d'INTERHEART

La première phase, INTERSTROKE-phase I, porte sur 3000 cas d'AVC : 2337 AVC ischémiques (78 %) plus 663 AVC hémorragiques (22 %) inclus dans 22 pays répartis en 5 régions : Régions à haut revenu, Amérique du Sud, Sud-est asiatique (Chine incluse), Inde, Afrique. Parmi eux, seuls 14 % ont été recrutés dans des pays à haut revenu et plus de 80 % proviennent du Sud-est asiatique, d'Inde et d'Afrique.

Les patients sont recrutés dans les 5 jours au plus tard après le début des symptômes et 72 heures après l'hospitalisation. Tous bénéficient d'une imagerie (scan/IRM), d'un examen clinique, d'un questionnaire et la plupart d'analyses de sang et d'urines.

Étude bâtie sur le modèle d'INTERHEART, INTERSTROKE devrait porter à terme sur 30 000 cas et contrôles de quelque 32 pays. L'étude est coordonnée par l'Université McMaster (Hamilton, Canada).

À noter : le groupe de contrôle d'INTERSTROKE-Canada servira aussi de cohorte pour une étude d'imagerie visant à connaître la prévalence et les facteurs déterminants de l'infarctus cérébral silencieux.

HTA : un facteur majeur, quelle que soit la région

“ **INTERSTROKE confirme que l'HTA est aussi le plus important facteur de risque d'AVC dans les pays en développement. D'où la nécessité de développer le dépistage, mais aussi de mettre en œuvre des stratégies visant la réduction des apports en sel dans ces pays** — Jack Tu (Toronto, Canada), éditorialiste

L'HTA, auto-mentionnée, est le plus important facteur de risque d'AVC (poids = 34,6 % du risque). Son poids est encore plus important pour les AVC hémorragiques (poids = 44,5 %) qu'ischémiques (poids = 31,5 %). Et si on utilise une définition alternative d'HTA rassemblant les HTA auto-mentionnées plus les PA supérieures à 160/90 mm Hg, l'association est encore plus étroite que ce soit en terme d'AVC totaux (poids = 51,8 %), d'AVC hémorragiques (poids = 73,6 %) ou d'AVC ischémiques (poids = 45,2 %). Enfin, son poids relatif est plus important avant 45 ans. Présenter une HTA (auto-mentionnée ou PA > 160/90 mm Hg) multiplie quasiment le risque d'AVC par 9 avant 45 ans (RR = 8,5 (5,4-13,5) alors qu'il le multiplie par 4 chez les plus de 45 ans (RR = 3,9 ; 3,3-4,6).

« INTERSTROKE confirme que l'HTA est aussi le plus important facteur de risque d'AVC dans les pays en développement. Un résultat particulièrement important puisqu'il souligne la nécessité de développer le dépistage en population générale dans ces régions et d'offrir des traitements abordables. Cela donne aussi un nouvel élan pour mettre en œuvre des stratégies visant la réduction des apports en sel dans ces pays » commente **Jack Tu** (Université de Toronto, Canada) dans son éditorial. [2]

Tabac, obésité abdominale, nutrition, activité physique, diabète, alcool, stress, dépression, FA

Tabagisme et obésité abdominale, évaluée par le rapport tour de taille/tour de hanche, sont aussi d'importants facteurs de risque d'AVC. Le risque augmente avec le nombre de cigarettes/jour, encore plus étroitement pour les AVC ischémiques (poids = 21,4) qu'hémorragiques (poids = 9,5 %). Et si l'obésité abdominale pèse lourd (tertile 2 versus tertile 1 : poids = 26 %), l'IMC ne sort pas.

Le type d'alimentation et l'activité physique modulent aussi le risque d'AVC à la fois ischémiques et hémorragiques. Quand le diabète ne semble peser que sur le risque d'AVC ischémique.

En terme d'AVC hémorragique, le risque croît avec la consommation d'alcool, quel que soit le niveau de consommation (poids 14,6 %). Quand consommer moins de 30 verres d'alcool réduit le risque d'AVC ischémique (RR = 0,79) alors que plus de 30 verres/mois ou s'adonner au *binge drinking* majore ce risque ischémique (RR = 1,41).

Stress et dépression constituent aussi des facteurs de risque.

Enfin, la FA dont la prévalence varie — 13 % dans les pays à haut revenu, 13 % en Amérique du Sud, 5-7 % ailleurs — constitue le premier facteur de risque causal cardiaque. « La relative basse prévalence des étiologies cardiaques dont la FA, en Chine et en Inde comparativement aux pays développés, est surprenante. Mais elle pourrait être en partie liée au faible taux d'explorations cardiaques » note l'éditorialiste.

Quasi les mêmes facteurs de risque, mais pas le même poids dans l'AVC et l'IDM

Au total, 5 facteurs de risque classiques — HTA, tabagisme, obésité abdominale, alimentation et activité physique — réunissent déjà plus de 80 % du risque d'AVC (AVC totaux, AVC ischémiques et AVC hémorragiques) en population.

Quand on ajoute 5 autres facteurs dont les apolipoprotéines (Apo B/Apo A), soit 10 facteurs, on couvre 90 % du risque.

Les facteurs de risque mis en évidence dans INTERSTROKE, sont des facteurs classiques d'infarctus (INTERHEART). Sauf que... le poids relatif de ces facteurs dans l'AVC et l'IDM diffère comme l'illustre le tableau récapitulatif de l'éditorial.

Comparaison du risque attribuable en population dans INTERSTROKE et INTERHEART [2]

	INTERSTROKE (tous AVC : 3000 cas/3000 contrôles)	INTERHEART (IDM : 15 152 cas/14 820 contrôles)
Hypertension	34,6 % (30,4-39,1)	17,9 % (15,7-20,4)
Tabagisme	18,9 % (15,3-23,1)	35,7 % (32,5-39,1)
Obésité abdominale (taille/hanche)	26,5 % (18,8-36,0)	20,1 % (15,3-26,0)
Alimentation :		
- score diététique (IDS: T2vs T1)	18,8 % (11,2-29,7)	-
- fruits et légumes chaque jour	-	13,7 % (9,9-18,6)
Activité physique régulière	28,5 % (14,5-48,5)	12,2 % (5,5-25,1)
Diabète	5 % (2,6-9,5)	9,9 % (8,5-11,5)
Consommation d'alcool (1-30 verres/mois)	3,8 % (0,9-14,4)	6,7 % (2,0-20,2)
Facteurs psychosociaux : Tous stress dépression	- 4,6 % (2,1-9,6) 5,2 % (2,7-9,8)	32,5 % (25,1-40,8) - -
Cause cardiaque	6,7 % (4,8-9,1)	-
Rapport Apo B/Apo A1	24,9 % (15,7-37,1)	49,2 % (43,8-54,5)

La différence est particulièrement notable en terme de risque lipidique.

« Les études épidémiologiques n'ont jamais clairement mis en évidence d'association entre le taux de cholestérol et AVC ischémique. Dans INTERHEART, on n'observe pas, non plus, d'association entre cholestérol total ou cholestérol non HDL et AVC ischémique, mais il y a toutefois une corrélation forte entre le taux d'apolipoprotéines et le HDL, et le risque d'AVC ischémique. Cette étude apporte donc d'importantes informations, nouvelles, sur apolipoprotéines et AVC.

Les études épidémiologiques n'ont jamais clairement mis en évidence d'association entre le taux de cholestérol et AVC ischémique — Dr O'Donnel

« Un résultat particulièrement marquant est le fait que la réduction du risque d'AVC ischémique associée à un taux croissant d'Apo A1 et de HDL est bien plus importante que l'augmentation du risque associée à un taux croissant d'Apo B ou de non HDL » commente le Dr O'Donnel « Quand d'un autre côté, pour les AVC hémorragiques, le cholestérol total et le cholestérol non HDL sont associés à une réduction du risque, déjà mise en évidence dans d'autres études, mais jusqu'ici peu comprise, que nous explorerons plus avant dans INTERSTROKE-phase 2 ».

Références

1. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L et coll. Risk factors for ischemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): A case-control study. *Lancet* 2010;23-112.
2. Tu JV. Reducing the global burden of stroke: INTERSTROKE. *Lancet* 2010;376;74-75.

Liens

- **Réduction du sel alimentaire : les Européens passent aux actes**
[heartwire > ESH Actualités ; 30 juillet 2010]
- **Le type d'alimentation et le tabagisme, même passif, pèsent sur le risque d'AVC**
[heartwire > Actualités ; 13 juillet 2010]