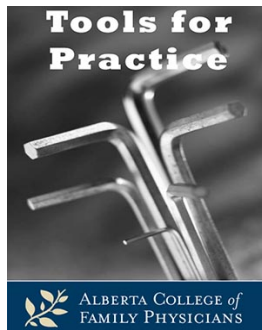


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

18 août 2014



Ils font tous des crises cardiaques : puis-je changer de famille?

Question clinique : Quels sont les risques associés à différents antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire?

Conclusion : Les antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire modifient le risque cardiovasculaire futur selon le nombre de proches de premier degré qui sont touchés et leur âge. Les frères et les sœurs de patients atteints d'une maladie cardiovasculaire présentent un risque accru de 40 %, tandis que les enfants de parents atteints d'une maladie cardiovasculaire précoce présentent un risque accru de 60 % à 75 %. Des définitions cohérentes de la maladie cardiovasculaire précoce permettraient de faire une meilleure estimation du véritable risque attribuable.

Données probantes

Dans la mesure du possible, le rapport des cotes (RC) a été converti en risques relatifs.

- Antécédents des parents :
 - 2 302 descendants de sexe masculin et féminin de l'étude Framingham ont été analysés du point de vue des antécédents parentaux de maladie cardiovasculaire précoce (moins de 55 ans pour le père et moins de 65 ans pour la mère) et du risque futur de maladie cardiovasculaire¹.
 - Après huit ans de suivi, la maladie cardiovasculaire a augmenté de 75 % pour ceux qui avaient des antécédents paternels de maladie cardiovasculaire précoce et d'environ 60 % pour ceux qui avaient des antécédents maternels de maladie cardiovasculaire précoce.
- Antécédents des frères et sœurs :
 - Dans la même cohorte sur une période de huit ans, la maladie cardiovasculaire a augmenté d'environ 40 % chez ceux dont les frères et sœurs étaient atteints d'une maladie cardiovasculaire².
 - Chez les jumeaux identiques (ou monozygotes), le rapport de risques de décès liés à une coronaropathie augmentait de 3,8 à 15 fois si un frère ou une sœur identique décédait d'une coronaropathie avant l'âge de 75 ans³.

- Les risques étaient trois fois plus élevés pour les jumeaux identiques que pour les jumeaux non identiques.
 - Plus le jumeau ou la jumelle décédait tôt, plus le risque était élevé³.
- Antécédents de la famille élargie :
 - Plus de 49 000 hommes américains, principalement de race blanche, ont été analysés du point de vue de la présence de coronaropathie chez les membres de la famille élargie (frères ou sœurs, tantes ou oncles, parents ou grands-parents) et du risque futur de maladie cardiovasculaire⁴.
 - Après 16 ans, le risque de mortalité lié à une maladie cardiovasculaire était de 44 % plus élevé chez ceux qui avaient des antécédents familiaux de coronaropathie précoce (avant l'âge de 50 ans).
- Une vaste étude cas-témoin⁵ internationale a constaté une augmentation statistiquement significative du risque d'infarctus du myocarde (IM) dans les cas suivants :
 - Infarctus du myocarde chez un parent, RC=1,67.
 - Infarctus du myocarde chez un parent avant l'âge de 50 ans, RC=2,36.
 - Infarctus du myocarde chez les deux parents, RC=2,90.
 - Infarctus du myocarde chez les deux parents avant l'âge de 50 ans, RC=6,56.
 - Les résultats sont semblables lorsqu'ils sont ajustés pour tenir compte des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, du statut socio-économique du ménage ou du pays et des antécédents maternels ou paternels d'IM.

Contexte

- Les lignes directrices en vigueur utilisent des définitions et des ajustements différents pour les antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce⁶⁻⁹.
- De nombreux patients d'âge moyen ayant des proches de premier degré atteints d'une maladie cardiovasculaire précoce verront leur risque calculé de maladie cardiovasculaire augmenter au point où un traitement par statines devra être envisagé.

Auteurs

Michael R. Kolber, B. Sc., M.D., CCMF, M. Sc., et Cathy Scrimshaw, M.D., CCMF

Divulgateion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Lloyd-Jones DM, Nam BH, D'Agostino RB Sr, *et al.*, Parental Cardiovascular Disease as a Risk Factor for Cardiovascular Disease in Middle-aged Adults A Prospective Study of Parents and Offspring, *JAMA*, 2004, 291 : 2204-2211.
2. Murabito JM, Pencina MJ, Nam BH, *et al.*, Sibling Cardiovascular Disease as a Risk Factor for Cardiovascular Disease in Middle-aged Adults, *JAMA*, 2005, 294 : 3117-3123.
3. Marenberg ME, Risch N, Berkman LF, *et al.*, Genetic Susceptibility to Death from Coronary Heart Disease in a Study of Twins, *NEJM*, 1994, 330 : 1041-1046.
4. Bachmann JM, Willis BL, Ayers CR, *et al.*, Association Between Family History and Coronary Heart Disease Death Across Long-Term Follow-Up in Men, The Cooper Center Longitudinal Study, *Circulation*, 2012, 125 : 3092-3098.
5. Chow CK, Islam S, Bautista L, *et al.*, Parental History and Myocardial Infarction Risk Across the World, The INTERHEART Study, *J Am Coll Cardiol*, 2011, 57(5) : 619-627.
6. Anderson TJ, Grégoire J, Hegele RA, *et al.*, 2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia

for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult, *Can Journal Cardiol*, 2013, 29 : 151-167.

7. Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, *et al.*, 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk, *Circulation*, 2014, 129(25 Suppl 2) : S49-S73.
8. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias, *European Heart Journal*, 2011, 32 : 1769-1818.
9. National Institute for Health and Care Excellence, Lipid modification, Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease, July 2014. Sur Internet : <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG181> (consulté le 25 mai 2014).

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.