Faut-il calculer la probabilité pré-test avant de proposer une épreuve d'effort de dépistage ?

D.M. MARCADET
PARIS.

Depuis maintenant quelques années, on sait que la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive de l'ECG d'effort sont fonction de la prévalence de la maladie. Cette prévalence est variable dans la population générale, plus importante dans certains groupes (diabétiques, hommes, sujets présentant des facteurs de risque) que dans d'autres (femmes non ménopausées, sujets jeunes).

Un test d'effort ne pourra être interprété que si l'on connaît cette prévalence. Celle-ci est d'ailleurs souvent connue, on ne demande pas un test d'effort pour rechercher une insuffisance coronarienne chez une jeune femme de 20 ans totalement asymptomatique et ne présentant aucun facteur de risque. Lorsque cette prévalence est soit très faible, soit très forte, les valeurs prédictives positives et négatives sont d'autant plus précises. Par exemple, un test négatif chez une femme jeune aura une excellente valeur prédictive négative alors qu'un test positif chez un homme de plus de 50 ans aura une forte valeur prédictive positive.

On peut donc répondre tout de suite **oui** à la question posée. Mais le problème auquel est confronté le clinicien est de savoir comment calculer cette probabilité pré-test ?

Une première approche est de calculer le risque du patient en utilisant SCORE recommandé par la Société Européenne de Cardiologie [1]. Mais il est difficile ensuite, en pratique courante, d'appliquer les formules de calcul de probabilité ou celle de Bayes pour connaître la probabilité post-test. Certains auteurs ont proposé des abaques permettant de calculer la probabilité pré-test et post-test en fonction des résultats de l'électrocardiogramme d'effort [2], mais les nombreuses études épidémiologiques publiées ces dernières années ont permis une méthode plus simple basée sur des scores obtenus à partir de variables cliniques et des données de l'examen lui-même. La manière la plus simple est d'appliquer les scores mis au point par plusieurs équipes, dont celle de l'équipe de Victor Froelicher à Palo Alto [3]. Ces scores peuvent être consultés sur le site *wwwd.cardiology.org*. Nous publions à titre d'exemple le score chez les hommes (***tableau I***). L'utilisation des scores pour déterminer le pronostic mais aussi le diagnostic chez les patients coronariens permet de classer

Variable	Réponse	Somme
Fréquence maximale	Moins de 100 bpm = 30 100 à 129 bpm = 24 130 à 159 bpm = 18 160 à 189 bpm = 12 190 à 220 bpm = 6	
Sous-décalage de ST à l'effort	1-2 mm = 15 > 2 mm = 25	
Age	> 55 ans = 20 40 à 55 = 12	
Angor	Typique = 5 Atypique = 3 Douleur non cardiaque = 1	
Hypercholestérolémie ?	Oui = 5	
Diabète ?	Oui = 5	
Angor à l'exercice	Survenue = 3 Impose l'arrêt = 5	
	Score total :	
Hommes < 40 : probabilité faible 40 < somme < 60 : probabilité moyenne > 60 : forte probabilité		

Tableau I.

POINTS FORTS

- **L'évaluation de la probabilité pré-test est indispensable à une bonne interprétation de l'ECG d'effort.**
- **L'utilisation des scores permet à la fois cette évaluation et le calcul de la probabilité post-test.**

simplement les patients en trois groupes : à risque faible, intermédiaire ou élevé [3, 4] ; plus le risque est élevé, plus la prédictivité de lésions coronaires est forte. Cette méthode permet d'avoir des recommandations sur la conduite à tenir. Si le risque est faible, une surveillance ou le traitement des facteurs de risque sont conseillés. Si le risque est élevé, une coronarographie sera demandée. Si enfin il est intermédiaire, on proposera au patient une imagerie non invasive, échographie d'effort, scintigraphie myocardique par exemple. La plupart des scores intègrent aux données de l'exercice l'histoire clinique, la probabilité pré-test et les résultats des nouveaux critères, ils permettent de se passer de calculer la probabilité pré-test lors des examens de dépistage. ■

Bibliographie

1. Conroy RM *et al*. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe : the SCORE project. on behalf of the SCORE project group. *Eur Heart J*, 2003 ; 24 : 987-1003.

2. Marcadet DM. L'électrocardiogramme d'effort. *EMC*, 2004.

3. Ashley E, Myers J, Froelicher V. Exercise testing scores as an example of better decisions through science. *Med Sci Sports Exerc*, 2002 ; 34 : 1 391-8.