

L'UTILISATION DES STATINES EN PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE PRIMAIRE

L'hypercholestérolémie isolée ne constitue pas une indication d'utilisation d'une statine¹.

Face à une hypercholestérolémie, il convient d'évaluer le risque cardio-vasculaire global en utilisant la table SCORE.

Les recommandations de la European Society of Cardiology proposent des interventions en fonction du risque et du taux de LDL-C².

Les mesures non médicamenteuses constituent la première étape : alimentation, pratique sportive régulière, sevrage tabagique, etc.

Il faut réévaluer la situation, et, si le risque d'événement cardio-vasculaire reste élevé, on peut envisager le recours à une statine, après concertation avec le patient sur les bénéfices et risques encourus.

En cas de diabète avec au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire, la statine a un effet démontré en prévention cardio-vasculaire primaire, et ce, quel que soit le profil lipidique³.

En ce qui concerne les patients âgés de 75 ans ou plus, les statines ne semblent pas avoir leur place en prévention primaire quel que soit le risque cardiovasculaire⁴.

Les statines à privilégier sont la simvastatine et la pravastatine car elles sont les plus éprouvées. Pour les patients à risque d'interactions médicamenteuses, la pravastatine sera privilégiée.

Intensifier le traitement par statine en visant un LDL-C cible semble avoir un bénéfice limité (la réduction de l'incidence d'infarctus en valeur absolue sur 10 ans est d'environ 0,5%) avec une augmentation des effets indésirables^{5,6}.

Les statines présentent beaucoup d'effets indésirables (troubles digestifs, céphalées, atteintes musculaires...) et d'interactions médicamenteuses (inhibiteur P450)⁷.

Il est conseillé de stopper la statine si les GPT et les CPK sont supérieures respectivement à 3 fois et 5 fois la limite supérieure².

Soixante patients doivent être traités pendant 5 ans pour éviter un événement cardiovasculaire.

Pour 10 patients traités par statine pendant 5 ans, on entraîne un problème musculaire, et pour 50, on provoque l'apparition d'un diabète de type 2^{8,9}.

BIBLIOGRAPHIE

¹Folia Pharmacotherapeutica, (page consultée le 14/10/16). Statines en prévention primaire : Etat de la question, (en ligne). http://www.cbip.be/fofia_pdfs/FR/P39F11E.pdf/

²L'European Society of Cardiology. (page consultée le 14/10/16). Recommandations de l'ESC/EAS pour la prise en charge des dyslipidémies, (en ligne). http://www.lipidclub.be/resources/pdf/Guidelines_FR.pdf/

³FARMAKA, (page consultée le 14/10/16). Diabète de type 2 : Prévention cardiovasculaire, (en ligne). <http://www.farmaka.be/frontend/files/publications/files/diabete-de-type-2-prevention-cardiovasculaire-presentation.pdf/>

⁴Joseph J-P, Afonso M, Berdaï, Salles N, Bénard A, Gay B, et al. Bénéfices et risques des statines en prévention primaire chez la personne âgée. *La Presse Médicale* décembre 2015 ; 44 (12) : 1219-25.

⁵Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol : a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010 ; 376 : 1670-81.

⁶Laufs U, Weintraub W, Packard CJ. Beyond statins : what to expect from add-on lipid regulating therapy ? *Eur Heart J* 2013 ; doi 10.1093/eurheartj/eh213.

⁷Prescrire Rédaction. Patients ayant une hyperlipidémie. Guide Interactions médicamenteuses. 2016, 159-167.

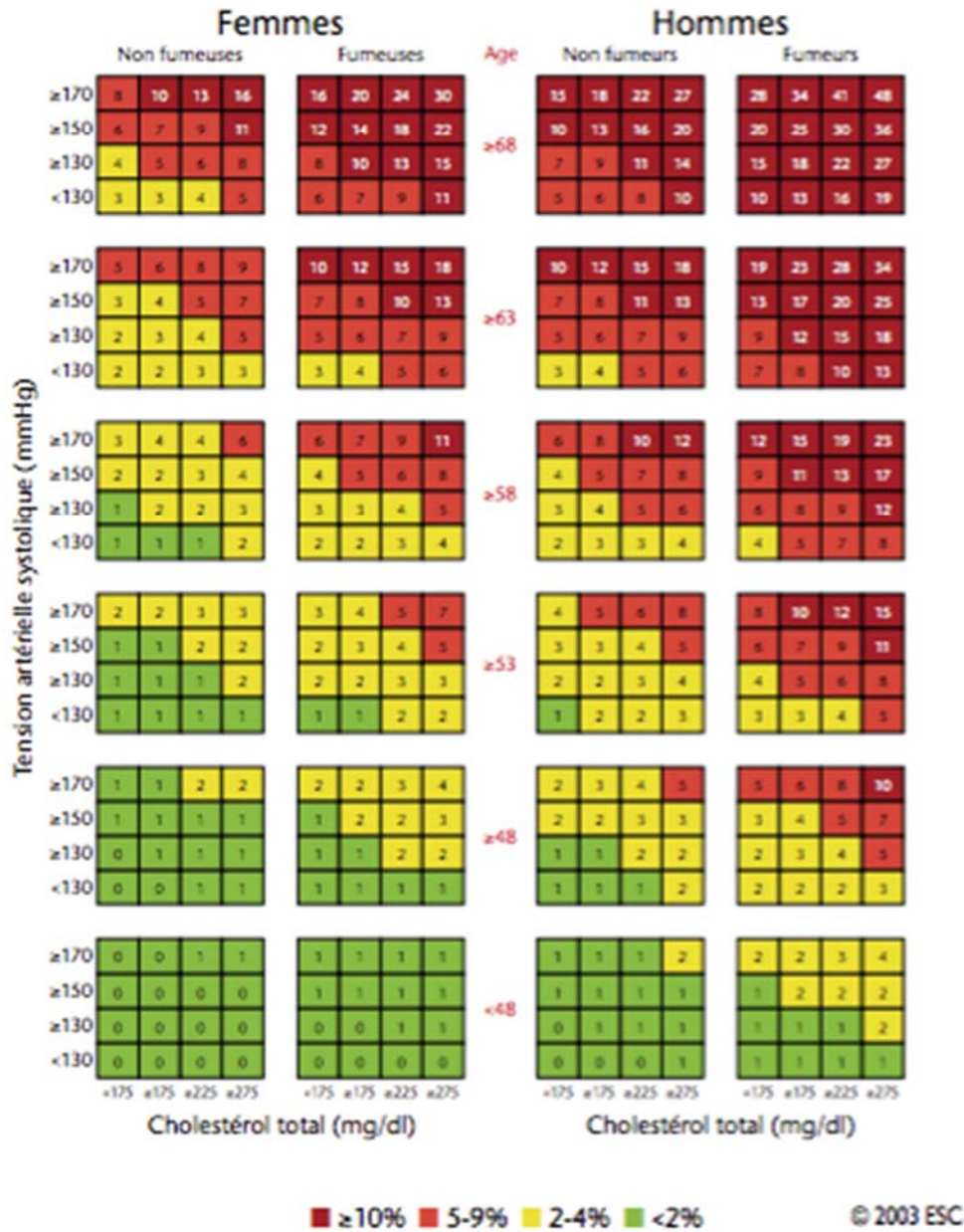
⁸The NNT Group, (page consultée le 14/10/16). Statin Drugs Given for 5 Years for Heart Disease Prevention (Without Known Heart Disease), (en ligne). <http://www.thennt.com/nnt/statins-for-heart-disease-prevention-without-prior-heart-disease/>

⁹Rakosi A, Hercor L et Orban T. Quand le généraliste ne s'accorde pas avec le cardiologue. *RMG* 2015 Avr ; 322 : 22-24.

Annexes

Figure I: Tableau SCORE 'calibré' pour la Belgique

SCORE BELGIQUE Risque à 10 ans de MCV fatale dans les populations à risque MCV élevé basé sur les facteurs de risque suivants : âge, sexe, tabagisme, tension artérielle systolique, cholestérol total.



L'European Society of Cardiology. Recommandations de l'ESC/EAS pour la prise en charge des dyslipidémies, (en ligne). http://www.lipidclub.be/resources/pdf/Guidelines_FR.pdf/

Tableau 3 : Stratégies d'intervention en fonction du risque CV global et du taux de LDL-C					
Risque CV global (SCORE) %	Taux de LDL-C				
	< 70 mg/dl	70 à < 100 mg/dl	100 à < 155 mg/dl	155 à < 190 mg/dl	> 190 mg/dl
< 1	Pas d'intervention relative aux lipides	Pas d'intervention relative aux lipides	Intervention sur le mode de vie	Intervention sur le mode de vie	Intervention sur le mode de vie, envisager un traitement médicamenteux si pas sous contrôle
Catégorie/Niveau ^b	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A
≥ 1 à < 5	Intervention sur le mode de vie	Intervention sur le mode de vie	Intervention sur le mode de vie, envisager un traitement médicamenteux si pas sous contrôle	Intervention sur le mode de vie, envisager un traitement médicamenteux si pas sous contrôle	Intervention sur le mode de vie, envisager un traitement médicamenteux si pas sous contrôle
Catégorie/Niveau ^b	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	I/A
≥ 5 à < 10 ou risque élevé	Intervention sur le mode de vie, envisager un traitement médicamenteux*	Intervention sur le mode de vie, envisager un traitement médicamenteux*	Intervention sur le mode de vie et intervention médicamenteuse immédiate	Intervention sur le mode de vie et intervention médicamenteuse immédiate	Intervention sur le mode de vie et intervention médicamenteuse immédiate
Catégorie/Niveau ^b	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A
≥ 10 ou risque très élevé	Intervention sur le mode de vie, envisager un traitement médicamenteux*	Intervention sur le mode de vie et intervention médicamenteuse immédiate	Intervention sur le mode de vie et intervention médicamenteuse immédiate	Intervention sur le mode de vie et intervention médicamenteuse immédiate	Intervention sur le mode de vie et intervention médicamenteuse immédiate
Catégorie/Niveau ^b	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A

*Chez les patients avec IM, il faut envisager un traitement par statine indépendamment des taux de LDL-C. a = classe de recommandation ; b = niveau de preuves
 CV = cardiovasculaire ; LDL-C = cholestérol associé aux lipoprotéines de faible densité ; IM = infarctus du myocarde.

L'European Society of Cardiology. Recommandations de l'ESC/EAS pour la prise en charge des dyslipidémies, (en ligne). http://www.lipidclub.be/resources/pdf/Guidelines_FR.pdf/

Fiche réalisée par le Dr Jimmy Fontaine. Dernière mise à jour le 8 novembre 2016.