

Cholestérol total et risque de mortalité dans le 4^e âge

Il est un fait bien établi qu'une cholestérolémie élevée est responsable d'une augmentation de la mortalité cardio-vasculaire et que sa réduction s'accompagne d'une diminution de cette mortalité. La plupart des études dans ce domaine concernent une population masculine d'âge moyen. Peut-on généraliser ces résultats à une population plus âgée ? Faut-il surveiller le cholestérol, maintenir régimes et médicaments hypolipémiants toute la vie ? Par ailleurs plusieurs études ont montré une augmentation de la mortalité par cancers et morts violentes avec l'abaissement du cholestérol. Pour éclairer ces questions, une étude a abordé les relations entre la cholestérolémie et la mortalité chez les personnes très âgées¹.

L'étude a concerné l'ensemble de la population âgée de plus de 85 ans d'une ville des Pays Bas (Leiden). Sur les 1037 éligibles, 724 participants de 89 ans d'âge moyen ont pu avoir une cholestérolémie (200 hommes et 524 femmes). Ils ont été répartis en 3 groupes selon la cholestérolémie en mmol/l (<5,0, 5,0-6,4, >6,4). Aucun ne prenait d'hypolipémiants. Une nouvelle mesure de la cholestérolémie était effectuée au bout de 5 ans. Les autres facteurs de risque cardio-vasculaire étaient précisés.

Durant les 10 années de suivi (1986-1996) 642 participants moururent. La mortalité était inversement proportionnelle à la cholestérolémie: chaque 1 mmol/l d'accroissement du cholestérol total correspondait à une diminution de 15% de la mortalité. La principale cause de décès était cardio-vasculaire, avec une mortalité identi-

que dans les 3 groupes. La mortalité par cancer et infection était significativement plus basse dans les groupes à cholestérol élevé, ce qui explique l'abaissement de la mortalité globale dans ces groupes. Ces données étaient identiques en fonction du dosage initial et de celui effectué 5 ans plus tard chez 137 participants. Ainsi un cholestérol élevé chez des personnes âgées de plus de 85 ans est associé avec une augmentation de la survie: la médiane de survie était de 2,5 ans dans le groupe avec le taux le plus bas, 3,4 ans pour le taux moyen et 4,3 ans pour le taux le plus élevé ($p < 0,0001$). La mortalité plus élevée pour les cholestérol bas aurait pu se rattacher à un abaissement du cholestérol lié à une maladie débutante, mais les résultats ne sont pas modifiés si l'on exclut les morts de la première année.

De cette étude on peut retenir trois questions concernant le cholestérol chez les personnes âgées:

- les données épidémiologiques leurs sont-elles applicables ? Elles ne sont pas parfaitement concordantes. Dans l'enquête de Framingham la relation entre cholestérol total et mortalité cardio-vasculaire et totale cesse d'être significative après 70 ans et devient inverse après 80 ans. Il en est de même dans une autre moins importante (997 personnes, âge moyen 79 ans)². Une autre étude est moins affirmative³.

- les essais concernant l'efficacité des hypolipémiants peuvent-ils être appliqués aux personnes âgées ? Ils ont tous concerné des personnes d'âge moyen et non des personnes âgées. De plus la plupart de ces essais concernaient des populations très sélectionnées: ainsi l'essai Woscop de prévention primaire avec la pravastatine concernait des Écossais dont le risque cardio-vasculaire est 4 à 5 fois plus élevé que le notre. Tous ces résultats ne peuvent être extrapolés sans précautions à des populations différentes.

- la cholestérolémie basse représente-t-elle un risque ? Dans plusieurs pays, dont les pays méditerranéens la courbe de mortalité est en J ou en U, avec une mortalité globale minimale pour les cholestérolémies intermédiaires, s'élevant pour les valeurs extrêmes. La relation inverse entre le cholestérol et le risque de cancer a déjà été retrouvée dans d'autres cohortes (Framingham, Honolulu heart study). L'excès de mortalité par cancer a été retrouvé dans l'essai de l'OMS concernant le clofibrate, sans avoir été prouvé dans d'autres essais.

Que retenir de cette étude venant des Pays Bas ? Elle apporte un argument de plus pour suivre l'ANDEM[®] qui conseille, pour le cholestérol après 70 ans, une prévention secondaire dans les mêmes conditions que pour les plus jeunes, mais une grande circonspection pour la prévention primaire, pouvant être inutile et dangereuse, tant pour les examens que pour les médicaments et les consignes diététiques. Il paraît évident que ces règles de prévention primaire applicables au-delà de 70 ans sont encore plus importantes à 85 ans. Pour ce qui est de la prévention secondaire, on manque de données sur son rapport bénéfice-risque chez le très âgé.

1 - Weverling-Rijnsburger AWE et al. Total cholestérol and risk of mortality in the oldest age. *Lancet*, 1997, 350, 1119-1123

2 - Krumholz HM et al. Lack of association between cholesterol and coronary heart disease mortality and morbidity and all-cause mortality in persons older than 70 years. *JAMA*, 1994, 272, 17, 1335-1340

3 - ANDEM. Hypolipémiants. Recommandations et références médicales 1996, n° 4. In *Conc. Med.* 1996 Suppl N° 41, 58-72

Mots clé: personne âgée, cholestérol, prévention primaire, prévention secondaire, étude de cohorte, mortalité

Numéro 93 du 26 février 1998

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)