

Mots clés :

Prévention
primaire
Antiagrégant
Aspirine
Cardiovasculaire

Quelle place pour l'aspirine en prévention primaire cardiovasculaire ?

L'aspirine a prouvé un rapport bénéfice/risque en prévention cardiovasculaire (CV) chez les sujets à haut risque après infarctus ou AVC, chez les sujets porteurs d'une atteinte coronarienne ou d'une artériopathie des membres inférieurs¹. Les données sont bien moins évidentes en prévention primaire, chez des sujets indemnes de toute pathologie CV déclarée, porteurs ou non de facteurs de risque CV. Par ailleurs, elles diffèrent chez les hommes et chez les femmes. Une méta-analyse² de six grands essais randomisés permet de proposer une attitude nuancée.

Une méta-analyse portant sur 95 456 sujets²

Les 6 essais inclus dans cette méta-analyse concernaient 44 114 hommes et 51 342 femmes : pour 3 essais uniquement des hommes, 2 uniquement des femmes, 1 les deux. Tous les sujets étaient indemnes de maladie CV ; 3 essais concernaient des professionnels de santé, 3 des sujets avec facteurs de risque CV. Le suivi a été de 3,6 à 10 ans, pour plus de 95% des sujets. Les résultats étaient les suivants :

- **Réduction globale du risque d'évènements CV** : 12% chez les femmes (sur 1285 évènements CV survenus), 14% chez les hommes (sur 2047 évènements survenus).

- Données différentes selon la localisation :

Pour les infarctus du myocarde, 469 sont survenus chez les femmes (pas de différence entre les 2 groupes), 1023 chez les hommes (réduction de 32% dans le groupe aspirine).

Pour les AVC, 625 sont survenus chez les femmes (réduction de 17% dans le groupe aspirine, 24% pour les seuls AVC ischémiques, pas de différence pour les AVC hémorragiques), 597 chez les hommes (augmentation non significative des AVC dans le groupe aspirine : pas de différence pour les AVC ischémiques, augmentation de 69% des AVC hémorragiques).

- **Pas d'effet sur la mortalité (aucune différence**

entre les 2 groupes), ni CV (364 femmes et 776 hommes), **ni toutes causes** (1515 femmes et 1752 hommes).

- **Augmentation des hémorragies majeures** : chiffres voisins chez les femmes (301 hémorragies majeures, essentiellement digestives, avec une augmentation de 68% sous aspirine) et chez les hommes (288 évènements, augmentation de 72% sous aspirine).

Commentaires des auteurs de la méta-analyse

L'aspirine en prévention primaire est associée à une réduction significative des évènements CV, différente selon les sexes. En chiffres absolus, la réduction est de 0,30% chez les femmes et 0,37% chez les hommes. Sur 6,4 ans, pour 1000 patients traités, 3 évènements CV sont évités chez les femmes et 4 chez les hommes. Autrement dit, pour éviter 1 évènement CV sur 6,4 ans, il faudra traiter 333 femmes et 270 hommes. Ainsi le bénéfice absolu, sur une population à faible risque, est petit. Cette réduction porte plus sur les AVC chez les femmes (2 AVC évités), les infarctus chez les hommes (8 infarctus évités).

L'augmentation de 70% en moyenne du risque hémorragique par l'aspirine se traduit en chiffres absolus par un sur-risque de 0,25% chez les femmes et 0,33% chez les hommes : sur 6,4 ans, 1 accident pour 400 femmes et 1 pour 303 hommes.

Que conclure pour notre pratique ?

Un bénéfice modeste : l'aspirine réduit l'incidence d'évènements CV en prévention primaire, de façon variable selon le sexe, concernant les infarctus chez les hommes, les AVC chez les femmes. *En valeur absolue, la réduction est faible, dépendant du niveau de risque de chaque patient.* Il n'y a pas d'effet sur la mortalité. Le risque d'hémorragie grave, ou d'AVC hémorragique surtout chez l'homme, limite le bénéfice global. Chez les patients à faible risque CV, le risque de l'aspirine peut alors excéder le bénéfice CV.

Des conseils à adapter à chaque individu : l'USPSTF³ conclut que la balance bénéfice/risque est plus favorable chez les patients à haut risque CV (plus de 3% de risque à 5 ans), mais qu'il faut tenir compte des préférences du patient. Une attitude voisine est adoptée par les canadiens (1994), l'American Heart Association (1997), et la Société Européenne de cardiologie (1998)³.

Au total, il est recommandé d'éviter toute attitude systématique et de s'adapter aux préférences et choix de chaque patient, en l'informant clairement de ces différentes données selon son niveau de risque CV. L'aspirine ne peut représenter qu'un appoint mineur aux autres approches, hygiéno-diététiques ou médicamenteuses, en prévention primaire cardiovasculaire.

Références :

1. Collectif. Quel antiagrégant chez le sujet à haut risque cardiovasculaire? *Bibliomed*. 2006;429.
2. Berger JS et al. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men. A sex-specific meta-analysis of randomised controlled trials. *JAMA*. 2006;295:306-13.
3. US Preventive Task Force. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events; recommendation and rationale. *Ann Intern Med*. 2002;136:157-60.