

## Faut-il prescrire des statines en prévention primaire ?

**Mots clés :**  
Lipides (lipides)  
Prévention  
Risque cardio-vasculaire  
(cardiovascu-  
lar risk pre-  
vention)

Il est maintenant établi que la prescription de statines en prévention secondaire diminue la mortalité cardiovasculaire et globale (Bibliomed 507).

En prévention primaire, la recommandation française de 2005 de l'AFSSAPS proposait une prescription de statine basée sur l'analyse des facteurs de risque cardiovasculaire, la valeur seuil de traitement dépendant de leur nombre. En 2012, la HAS a édité un document sur le « Bon Usage des statines », reprenant des publications plus récentes et confortant cette recommandation, alors que la prescription de la rosuvastatine est maintenant encadrée.

Deux recommandations récentes, étasunienne<sup>1</sup> et britannique<sup>2</sup> tentent d'apporter des éléments décisionnels pour les cliniciens. Sur quelles données reposent-elles ? Sont elles applicables en France ?

### Des recommandations novatrices sur certains points :

Les deux recommandations insistent sur « le style de vie », comportant activité physique régulière, alimentation équilibrée pauvre en graisses saturées, arrêt du tabac comme la première étape thérapeutique. Elles mettent l'emphase sur les modifications du « style de vie » comme un préalable à tout traitement médicamenteux.

En prévention primaire, les deux recommandations insistent sur le calcul du risque cardiovasculaire global (RCV) à 10 ans pour guider la prescription. Elle se basent toutes les deux sur des équations faisant intervenir l'âge, le sexe, l'ethnie, le taux de cholestérol total, le HDL C, le traitement pour une HTA, la présence d'un diabète, le statut tabagique, et pour la britannique, en sus, une maladie rénale, une AC/FA, une polyarthrite rhumatoïde ainsi que l'IMC. En entrant les mêmes valeurs dans les items communs aux deux équations, le risque de maladie cardiovasculaire (RMCV) évalué à 10 ans est comparable.

Le traitement médicamenteux est proposé lorsque le RMCV à 10 ans est de 10% pour les grands-bretons, de 7,5% pour les étasuniens. Les statines proposées dans ce cas aux USA dépendent du niveau d'abaissement du LDL-C visé, alors que l'atorvastatine est proposée systématiquement en Grande-Bretagne. Dans les deux cas, il s'agit d'avis d'experts.

Pour la recommandation étasunienne, il n'existe plus de valeur cible du LDL-C. Aucune étude n'ayant, dans cette indication, montré un bénéfice à atteindre une cible particulière.

Ces deux recommandations, dont nous avons résumé quelques unes des très nombreuses préconisations, proposent donc une prescription très large des statines en prévention primaire.

### Que conclure pour notre pratique ?

- Si en prévention secondaire la prescription systématique de statine a démontré son efficacité à réduire la mortalité toutes causes confondues, en prévention primaire, les preuves ne sont pas établies, et les recommandations de traiter sont des avis d'experts.

- La décision de traiter repose avant tout sur une évaluation du risque cardiovasculaire global avec une échelle adaptée à la population française. Aujourd'hui, SCORE, pour les populations à faible risque, est la référence.

- En prévention primaire, le choix de traiter repose d'autant plus sur une décision partagée avec le patient. La prise en charge des autres facteurs de risque de MCV est un préalable.

- Aucune étude n'a démontré en prévention primaire ni secondaire l'utilité clinique d'obtenir une valeur cible de LDL-C.

Cette revue hebdomadaire de l'UnaformeC ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs. [Abonnez-vous sur notre site](#) • [Ecrivez-nous pour toute demande d'informations à : \[sfdrmg@gmail.com\]\(mailto:sfdrmg@gmail.com\)](#)

### Que savons-nous de l'efficacité des statines à prévenir les maladies cardiovasculaires en prévention primaire ?

Une métaanalyse de 11 essais randomisés en double insu portant sur 65 229 patients a repris les études réalisées en prévention primaire chez des sujets indemnes de MCV, et pour les études comportant des patients en situation de prévention secondaire (comme WOSCOPS), ont retenu les données des études pour lesquelles les auteurs ont pu leur communiquer les résultats concernant les patients en réelle prévention primaire.

11 études ont été retenues (WOSCOPS, ALLHAT, AFCAPS/TexCAPS, MEGA, ASCOT, CARDS, ASPEN, JUPITER, PROSPER, HYRIM et PREVEND IT). Elles montrent que sur une durée moyenne de traitement de 3,7 années, la prescription de statine n'entraîne pas de baisse de la mortalité toutes causes confondues. L'exception de JUPITER peut être attribuée à l'interruption prématurée de l'étude, qui a sous-estimé les effets secondaires des statines qui apparaissent sur une durée de prescription plus longue.

Cette métaanalyse n'a pas montré de corrélation entre l'abaissement du risque cardiovasculaire et l'abaissement du taux de LDL-C.

### Des niveaux de risque cardiovasculaires très différents.

Les études d'intervention retenues dans cette métaanalyse ont pour l'essentiel été réalisées dans des régions à haut-risque cardiovasculaire : une surmortalité par MCV est mise en évidence dans le nord de l'Europe et aux Etats-Unis, où le risque est multiplié par 2 à 3 par rapport au taux moyen de mortalité cardiovasculaire française, à taux moyen de cholestérolémie comparable. Ce risque français plus faible renforce les conclusions des auteurs.

### Références

1- 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

2- <http://www.nice.org.uk/guidance/cg181/resources/guidance-lipid-modification-cardiovascular-risk-assessment-and-the-modification-of-blood-lipids-for-the-primary-and-secondary-prevention-of-cardiovascular-disease-pdf>.

3- Ray KK, Seshasai SR, Erqou S et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention: a meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65,229 participants. Arch Intern Med. 2010;170:1024-1031.