

Mots clés :

Dyslipidémies
Mode de vie
Prévention
Risque cardio-vasculaire
Statine

Risque cardiovasculaire et cholestérol : statines d'emblée ?

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire (RCV) reconnus, le « cholestérol » est le plus souvent cité, notamment dans les médias. Le marqueur actuellement le plus utilisé est le taux de LDL-cholestérol¹, et est à la base de toutes les recommandations internationales, dont celle de l'Afsapps². Les interventions proposées sur le niveau de cholestérol en prévention primaire sont en général dépendantes du niveau de RCV global. Celui-ci est évalué selon diverses méthodes, en France le nombre de facteurs de risque associés au LDL-C élevé. Malgré la complexité du problème, l'apparente simplicité et innocuité (?) de la prescription, la représentation sociale du « cholestérol » semblent avoir fait de la baisse rapide du taux de LDL-C l'objectif prioritaire en prévention primaire du RCV, ce qui fait de la France un des pays les plus consommateurs de statines en Europe³. Est-ce justifié ? Est-ce une « perte de chance » que de retarder le moment de la prescription de statines ? Où sont les vraies priorités ?

Quand les statines s'imposent-elles d'emblée ?

Lorsqu'il y a eu accident cardio ou cérébrovasculaire, artériopathie, donc en prévention secondaire², la prescription de statines est une urgence (niveau de preuve NP : fort)⁴. Deux situations de prévention primaire en sont assez proches : présence de nombreux facteurs de risque, et diabète, rarement isolé dans un tel contexte (NP : fort)⁴. On peut y ajouter l'hypercholestérolémie familiale : si les critères sont remplis, le RCV est majeur, précoce. Le traitement est donc souhaitable dès le diagnostic (NP : fort), malgré toutes les difficultés du long cours chez des jeunes « qui vont bien »².

Ce n'est pas le cas si la dyslipidémie est isolée et/ou le RCV faible

La prescription immédiate n'a alors aucune justification² : il n'existe pas dans ce cas de preuve qu'un traitement précoce puisse être bénéfique sur le risque de maladie coronarienne. C'était la conclusion des données de la littérature en 2000, et rien ne permet à ce jour de remettre en question cette position⁵. Le seuil choisi pour débuter le traitement en France² ne repose que sur un consensus professionnel, avec des NP faibles. Selon les données des essais, il faudrait traiter 1000 patients en prévention primaire pendant 5 ans pour éviter une vingtaine d'évènements cardiovasculaires,

au prix d'une augmentation du nombre d'effets délétères⁵. Si la diminution du nombre d'évènements graves ou mortels est effective dans tous les essais, elle n'atteint pas la significativité statistique dans les essais de prévention primaire (sur plus de 12 000 patients). Où est donc l'urgence ?

Que proposer alors en priorité ?

Si urgence il y a, c'est de modifier les modes de vie, qui « construisent » le RCV : tabagisme, sédentarité, abus d'alcool, apport insuffisant de fruits et légumes. Rappelons l'étude EPIC sur plus de 500 000 volontaires européens de 10 pays sans pathologie avérée suivis plus de 10 ans. Plus l'alimentation se rapprochait du modèle méditerranéen, plus le taux de maladies cardiovasculaires, de cancers et la mortalité globale diminuaient, toutes choses égales par ailleurs, et à tout âge⁶. Plus récemment dans un sous groupe de l'étude EPIC, (20 000 anglais des deux sexes, de 45 à 79 ans), la combinaison des 4 facteurs (absence de tabagisme, de sédentarité, consommation modérée d'alcool, régime de type méditerranéen) sur une période de 11 ans, réduit la mortalité, particulièrement cardiovasculaire, de 4 fois par rapport à ceux qui n'en observent aucun. Cette réduction croît proportionnellement selon le nombre de ces facteurs présents.

Que conclure pour notre pratique ?

Les maladies cardiovasculaires sont complexes et multifactorielles, maladies d'un mode de vie et non conséquences d'une simple anomalie biologique.

Leur prévention ne peut reposer que sur la prise en charge de l'ensemble des facteurs, et pas du seul marqueur biologique.

Il peut paraître plus simple de prescrire un médicament que de recommander – et accompagner – des modifications profondes de (mauvaises) habitudes ancrées depuis très longtemps. Pourtant, sur les 4 domaines « simples » rappelés dans le sous-groupe de Norfolk de l'enquête EPIC permettant un score de 0 à 4⁷, **la différence entre les 2 catégories de patients bien portants au départ est de 1 (score 4) à 5 (score 0) pour la mortalité après 10 ans**. Ces 4 points permettent un « gain » d'âge civil évalué à 14 années⁷... Enjeu considérable pour le patient !

Les **enjeux économiques** sous-jacents ne le sont pas moins en ce qui concerne la viabilité d'un système de santé fondé sur la solidarité entre malades et bien portants.

Références

- 1 - Collectif. *Dyslipidémies en prévention primaire : où en est la prise en charge aujourd'hui ?* Bibliomed. 2004; 335.
- 2 - Afsapps. *Recommandations sur la prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique*. Mars 2005.
- 3 - *Consommation et dépenses des médicaments : comparaison des pratiques françaises et européennes*. Assurance Maladie - Point d'information mensuel, 19 octobre 2007.
- 4 - Lièvre M, Cucherat M. *Les statines : données factuelles 2005*. Médecine. 2006; 2: 10-6 et 58-62.
- 5 - Anaes. *Modalités du dépistage et du diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire*. Octobre 2000.
- 6 - Collectif. *Régime méditerranéen et style de vie: quels bénéfices chez les gens âgés ?* Bibliomed 2005: 392-7.
- 7 - Khaw KT et al. *Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk Prospective Population study*. PLoS Med. 2008; 5(1):e12.