Statines et prévention primaire

Publiée dans la revue : Médecine. Septembre 2010. Volume 6Numéro 7,

Auteur(s) : Jean-Pierre Vallée

Une récente méta-analyse anglaise des données de 11 essais randomisés (plus de 65000 patients) montre que l'utilisation de statines en prévention primaire chez des sujets considérés comme à risque cardiovasculaire élevé ne modifie pas la mortalité globale.

Onze essais répondaient aux critères de la méta-analyse (et en particulier à celui de non-hétérogénéité statistique) : WOSCOPS (1995), AFCAPS/TexCAPS (1998), ALLHAT (2002), PROSPER (2002), ASCOT (2003), CARDS (2004), PREVEND IT (2004), HYRIM (2005), ASPEN (2006), MEGA (2006), JUPITER (2008). Ils ont inclus 65 229 participants sans pathologie cardiovasculaire évidente (environ 244 000 personnes/années, suivi moyen de 3, 7 ans) dont 2 793 sont décédés. L'utilisation de statines a certes réduit le niveau moyen du LDLcholestérol de 1,39 à 0,98 g/L mais ce « bon » résultat sur un critère intermédiaire n'a pas été significativement associé à une réduction de mortalité globale : RR 0,91 ; 0,83-1,01.

1. Ray KK, Seshasai SRK, Erqou S, Sever P, Jukema JW, Ford Y, Sattar N. Statins and all cause mortality in high-risk primary prevention. A meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65229 participants. Arch Intern Med. 2010;170:1024-31.

Les questions que se pose la rédaction

• Après cette dernière méta-analyse aux résultats indiscutables (il s'agit bien d'une population très représentative des soins primaires et aujourd'hui, environ 3 patients sur 4 prennent des statines en prévention primaire...), que reste-t-il comme incertitudes ? Essentiellement celle de la durée puisque ces essais ont duré entre 3 et 5 ans alors que la « vraie vie » concerne plusieurs décennies et que les sceptiques pourront toujours affirmer qu'il vaut mieux prévenir que guérir…

• Nous avons déjà souligné à plusieurs reprises dans Médecine que le choix est plus politico-économique que médical. Faut-il rappeler le coût et les autres inconvénients potentiels de ces traitements aux avantages pour le moins incertains, en tout cas à court terme, dans cette indication ?

• La question de fond reste posée : faut-il traiter (pharmacologiquement) les facteurs de risque ou seulement les maladies ?

Mots clés : prévention primaire, morbimortalité, statine