

La prescription des statines en prévention primaire et secondaire: recos actuelles et évolution attendue

Congrès SASPAS, 02 avril 2015

Aude HOMBERG, 5ème semestre

Maitres de stage: Dr MERLE, Dr GUIBERT, Dr ROUSSET

Recos actuelles: 2005

Basées sur la valeur cible du LDL-c en fonction du nombre de FdR cardio--vasculaire identifié

EN PREVENTION PRIMAIRE, patient à risque faible ou modéré:

Réduire le LDL-cholestérol chez un patient à risque cardio-vasculaire faible à modéré

Calcul du niveau de risque

Compter 1 pour chacun des facteurs de risque suivants :

- ▶ **Âge** : 50 ans ou plus chez l'homme, 60 ans ou plus chez la femme.
- ▶ **Antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce** : infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père [ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe masculin], avant 65 ans chez la mère [ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe féminin].
- ▶ **Tabagisme** actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans.
- ▶ **Hypertension artérielle** permanente, traitée ou non.
- ▶ **Diabète de type 2**, traité ou non.
- ▶ **HDL-cholestérol < 0,40 g/L** (1,0 mmol/L), quel que soit le sexe.

Soustraire 1 si :

- ▶ **HDL-cholestérol ≥ 0,60 g/L** (1,5 mmol/L) (facteur protecteur).

Niveau de risque (nombre de facteurs de risque [#])	Objectif thérapeutique (LDL-c en g/L)	LDL-c initial (en g/L)	Pourcentage de baisse visé	Statine et dose (une prise par jour) les plus efficaces
0	≤ 2,20	> 2,20	< 20 %	Si une statine est jugée nécessaire : pravastatine 10 mg
1	≤ 1,90	> 1,90	< 20 %	Pravastatine 10 mg
2	≤ 1,60	< 2,10	< 20 %	Pravastatine 10 mg
		≥ 2,10	> 20 %	Simvastatine 10 ou 20 mg ¹
3 ou plus	≤ 1,30	≥ 1,4 et ≤ 1,6	< 20 %	Pravastatine 10 mg
		≥ 1,7 et ≤ 1,9	20 à 35 %	Simvastatine 10 ou 20 mg ¹
		≥ 2,0 et ≤ 2,2	35 à 40 %	Simvastatine 40 mg ou atorvastatine 10 mg ² ou rosuvastatine 5 mg ²
		≥ 2,3	> 40 %	Rosuvastatine 20 mg ou atorvastatine 80 mg

1. Selon la baisse recherchée.

2. Si la simvastatine 40 mg est inadaptée.

PREVENTION PRIMAIRE (patient à haut risque)+ PREVENTION SECONDAIRE:

En prévention primaire

•Patient ayant un risque :

- de décès par un événement cardiovasculaire > 5% (table SCORE)

OU

- de survenue d'un événement coronarien dans les 10 ans > 20% (calculé à partir d'une équation de risque)*

•Patient hypertendu à haut risque cardiovasculaire

- HTA sévère : PAS \geq 180 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg

- HTA et au moins une des atteintes des organes cibles suivantes :

. HVG électrocardiographique (de type systolique surtout)

ou échocardiographique (de type concentrique essentiellement)

. Microalbuminurie de 30 - 300mg/24 h

- HTA et au moins trois facteurs de risque associés

- HTA et diabète

•Patient atteint d'un diabète de type 2 évoluant depuis 10 ans associé au moins à 2 facteurs de risque

Chez le patient diabétique une microalbuminurie > 30 mg/24h est un facteur de risque

En prévention secondaire

•Patient avec maladie cardiovasculaire ou rénale avérée

- Accident ischémique transitoire et accident vasculaire cérébral

- Insuffisance coronarienne (angor stable et instable, revascularisation coronaire, IDM, IDM silencieux documenté)

- Artériopathie périphérique

- Insuffisance rénale définie par un débit de filtration glomérulaire < 60 ml/min (Cockcroft-Gault) ou une protéinurie > 500 mg/j (ou par une albuminurie > 300 mg/24h chez le patient diabétique)

Réduire le LDL-cholestérol
chez un patient à haut risque cardio-vasculaire³

- L'objectif thérapeutique chez ces patients est un **LDL-C \leq 1 g/L**, pour un taux initial de LDL-C \geq 1,30 g/L dans la grande majorité des cas.

Pourcentage de baisse visé	Statine et dose (une prise par jour) les plus efficaces
< 40 %	Simvastatine à dose adaptée à la baisse du LDL-C recherchée
> 40 %	Atorvastatine 80 mg ou rosuvastatine 20 mg ⁴

3. - Patient en prévention secondaire (maladie coronarienne avérée, antécédents d'AVC, artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs).

- Diabétique de type 2 à haut risque [avec atteinte rénale ou avec au moins deux des facteurs de risque suivants : âge (homme > 50 ans, femme > 60 ans), antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce, tabagisme, HTA, HDL-C < 0,40 g/L, microalbuminurie > 30 mg/24 h].

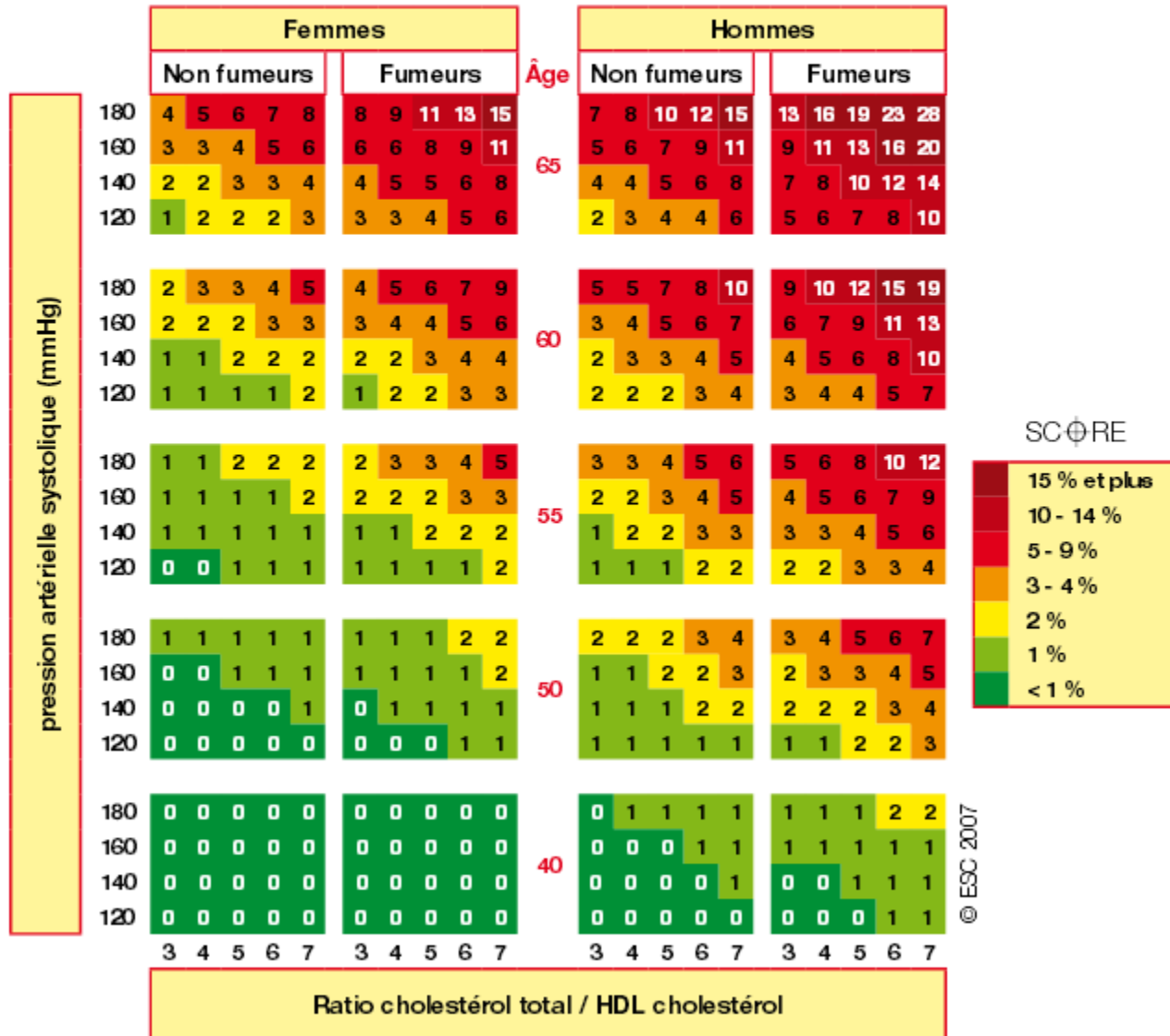
- Patient ayant un risque d'événement CV > 20 % dans les 10 ans.

4. L'atorvastatine et la rosuvastatine ne possèdent pas d'indication validée en prévention secondaire.

Evolution: 2013, recos américaines

- INDICATIONS:
- En prévention primaire, traitement des patients à haut risque cardio-vasculaire uniquement
- En prévention secondaire
- Calcul du risque cardio-vasculaire global par une équation: SCORE, adaptée à la population Française (risque d'évènement cardio-vasculaire mortel à 10 ans)
- **Plus de surveillance:** Statines à prescrire à dose fixe sans dosage du LDL-c de surveillance
- Abandonner la stratégie thérapeutique ciblée sur le taux de LDL-cholestérol et le contrôle itératif du LDL-cholestérol plasmatique (éventuellement demandé à visée éducative ou motivationnelle)
- Traitement: statine à dose fixe pravastatine 20mg ou simvastatine 40mg (moins d'effet diabétogène)

Évaluation du risque d'événement cardiovasculaire fatal à 10 ans*



BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé - Pour un bon usage des statines [Internet]. [cité 07 mars 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1360516/fr/pour-un-bon-usage-des-statines
2. Prise en charge du patient hypercholestérolémique en prévention primaire : vers de nouvelles recommandations ? - Décembre 2014 [Internet]. [cité 07 mars 2015]. Disponible sur: [http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/prise_en_charge_du_patient_hypercholesterolemique /](http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/prise_en_charge_du_patient_hypercholesterolemique/)
3. ameli.fr - Risque cardiovasculaire [Internet]. [cité 26 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/risque-cardiovasculaire.php>