

Docteur, dois-je arrêter mon traitement de statines?

Gérard Waeber



Impossible d'avoir manqué la polémique récente sur le risque de développer un diabète sous traitement de statines. En effet, les communiqués de presse repris par les médias furent parfois agressifs et plusieurs patients m'ont défié à me prononcer sur la pertinence du traitement de statines que je leur avais prescrit.

Il me fut assez facile de convaincre ce patient de 74 ans, dont la vie fut sauvée grâce à la pose de plusieurs stents coronariens lors d'un infarctus aigu, à conserver son traitement de statines. Sans équivoque, un traitement de statines en prévention secondaire sauve des vies. Une réduction modérée de 1 mmol/l de la fraction LDL-cholestérol permet une réduction de 14% de la mortalité sur 4 ans en prévention secondaire [1]. L'arrêt d'un traitement de statines suite à un infarctus a même été associé à un risque accru de mortalité [2, 3] et la Suisse, comme le reste du monde d'ailleurs, ne sont pas de bons élèves quand il s'agit d'atteindre des objectifs thérapeutiques en termes de lipides en prévention secondaire!

La situation est plus délicate en prévention primaire. Ce patient de 55 ans qui cumule plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires me questionnait à propos de la nécessité de maintenir ou non son traitement de statines. Cet homme présente un excès pondéral, un périmètre abdominal de 106 cm et une hypertension artérielle traitée associée à une dyslipidémie athérogène. Son risque théorique cardiovasculaire est estimé à plus de 5% selon les directives ESC, intermédiaires (moins de 10%) selon IAS. Son traitement de statines est-il justifié en prévention primaire?

L'étude JUPITER a montré un risque accru de développer un diabète sous rosuvastatine (+25% part rapport au groupe contrôle) en se rappelant que ce traitement a également permis de réduire de quelque 44% un *outcome* combiné incluant décès et affections cardiovasculaires et ceci en moins de 2 ans. Une méta-analyse de quelque 13 études utilisant des statines vient de dévoiler un risque accru d'incidence de diabète sous statines de 9% par rapport au groupe placebo. En traitant 225 patients par statines, tel que celui que je viens de décrire, un diabète sera théoriquement induit par le médicament... mais, 5,4 événements vasculaires seront prévenus [1]!

Le risque de développer un diabète sous statines semble être un effet de classe, plus marqué pour les patients en excès pondéral et âgés, et ce risque semble augmenter en proportion des doses prescrites. Les statines dé-

voient possiblement un diabète de manière plus précoce chez les patients déjà à haut risque de le développer.

Que dire à mon patient? Cette situation requiert évidemment un partage de décision, une information claire au patient et montre les limites de cette médecine (parfois angoissante) qui se base (en principe) sur des preuves d'efficacité. Une revue récente de la Cochrane sur 14 études randomisées (34 272 patients) a permis de conclure que la mortalité est réduite de 16% et l'incidence d'événements cardiovasculaires de 30% sous traitement de statines en prévention primaire [4]. Toutefois, les conclusions de l'article sont prudentes quant au coût-bénéfice d'un traitement de statine en prévention primaire et ce risque nouveau de dévoiler un éventuel diabète chez un individu prédisposé n'est pas inclus dans la réflexion.

Faut-il se rappeler que lors de la mise sur le marché des premières statines, on parlait de traitement susceptible d'induire une foule d'effets secondaires: hypogonadisme, insuffisance cardiaque, démence, troubles oculaires et cancer étaient autant de menaces qui se sont avérées aujourd'hui peu fondées. A ce stade, les statines ont certainement sauvé beaucoup de vies avec relativement peu d'effets secondaires. La survenue d'un éventuel diabète est certainement fâcheux, mais n'est pas comparable à la celle d'un accident vasculaire potentiellement mortel. Donc, la décision d'introduire ou d'arrêter un traitement de statines en prévention primaire est une décision difficile qu'il convient de partager évidemment avec nos patients. Toutefois, il s'agit d'un débat en partie émotionnel exacerbé par les médias et je le regrette. Il me semblerait plus opportun de se pencher sur quelques enjeux de santé publique liés aux statines moins souvent abordés: la pertinence de ces traitements chez la personne très âgée, comment assurer une adhérence thérapeutique en prévention secondaire et évaluer s'il est réellement possible de modifier l'hygiène de vie d'une population de manière significative dans notre monde sédentaire et exposé à une nourriture trop riche.

Références

- 1 Goldfine AB. N Engl J Med. 2012;366:1752-5.
- 2 Ho PM, et al. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. Arch of Internal Med. 2006;166:1842-7.
- 3 Rasmussen JN, et al. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. JAMA. 2007;297:177-86.
- 4 Taylor F, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Library. 2012;issue 5.