



COMMUNIQUE DE PRESSE DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

Montreuil, 18 décembre 2014

Prise en charge du patient hypercholestérolémique en prévention primaire : vers de nouvelles recommandations ?

Les recommandations américaines¹ de 2013 sur la prise en charge thérapeutique du cholestérol ont été présentées le jeudi 27 novembre 2014 à Lille au congrès du CNGE. En prévention primaire, elles proposent de prescrire une statine en première intention selon le niveau de risque cardiovasculaire du patient et d'abandonner les cibles de LDL dans le suivi. Elles remettent en cause les recommandations françaises de 2005² qui ne sont plus conformes aux données actualisées de la science.

Le conseil scientifique du CNGE tient à souligner certains points en **prévention primaire**, basés sur les meilleures preuves disponibles :

- La LDL cholestérolémie est l'un des paramètres de l'estimation du risque cardiovasculaire, mais n'est pas, à elle seule, un élément de décision thérapeutique. Le calcul du risque cardiovasculaire doit faire appel aux équations de risque validées dans un contexte français et au minimum européen. L'équation de risque actuellement retenue est SCORE (jusqu'à l'âge de 65 ans).
- Aucun seuil de risque justifiant la prescription d'une statine n'est validé puisque les statines réduisent le risque cardiovasculaire quel que soit le risque de base.
- La décision thérapeutique basée sur l'excès de risque doit être élaborée avec le patient dans le cadre de la décision médicale partagée. Par ailleurs, la décision doit intégrer des considérations de santé publique et médico-économiques sur lesquelles les tutelles doivent apporter un éclairage.
- Dans ce cadre, les informations factuelles sur les bénéfices et les risques des statines doivent être délivrées.
- Une fois la statine prescrite à dose fixe, le dosage de la LDL-cholestérolémie n'a plus d'intérêt puisqu'aucune cible n'est à atteindre. Ce dosage peut néanmoins être utile en termes d'éducation thérapeutique ou en cas de difficultés d'adhérence thérapeutique.
- Compte tenu de leur niveau de preuve en termes d'efficacité et de leur moindre pouvoir diabétogène, la pravastatine 20 mg et la simvastatine 40 mg sont à privilégier. Cependant, l'atorvastatine 10 mg est une option validée pour les patients diabétiques de type 2.
- Les autres médicaments hypocholestérolémiants n'ont pas démontré d'efficacité sur des critères de mortalité en prévention primaire.
- Cette stratégie médicamenteuse doit être accompagnée de conseils hygiéno-diététiques et, le cas échéant d'une aide au sevrage tabagique.

Le CNGE est conscient que l'adoption de telles recommandations nécessitera une information adaptée du public et des médecins pour favoriser ces modifications thérapeutiques.

Le CNGE appelle les autorités à revoir au plus vite les recommandations françaises afin de proposer aux patients des soins conformes aux données actualisées de la science.

1. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH & al. 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. Circulation 2013, disponible sur <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/11/01.cir.0000437738.63853.7a.citation>
2. AFSSAPS. 2005. Recommandation. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Disponible sur http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.soc-nephrologie.org%2FPDF%2Fenephro%2Frecommandations%2FAfssaps%2F2005%2Fdyslipemie_argu.pdf&ei=RRSQVJGuJcvvUL6ugeAI&usg=AFQjCNE-4CbWdG5DEShPKYZrUtF7F_rHdQ&bvm=bv.82001339,d.d24