

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

Montreuil, le 31/05/2017

Patients hypercholestérolémiques : quelle attitude après la nouvelle recommandation de la HAS ?

Le conseil scientifique du CNGE a pris connaissance des nouvelles recommandations de la HAS « principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge »¹.

Cette nouvelle recommandation souligne l'importance majeure :

- de l'évaluation du risque cardiovasculaire global (RCV) pour la décision de prescrire une statine; en considérant l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaires dont les effets se potentialisent,
- des mesures hygiéno-diététiques dans la prise en charge, et en particulier le suivi d'un régime méditerranéen.

En revanche, le conseil scientifique du CNGE est en désaccord avec la position de la HAS sur :

- une approche basée sur le respect de seuils et des cibles de LDL, car elle n'a jamais été testée ni validée dans un essai clinique randomisé (ECR). Une fois la statine prescrite, cette approche entraîne de nombreux dosages de cholestérolémie souvent inutiles. En prévention primaire, seules les statines à dose fixe et modérée ont montré une réduction des événements cardiovasculaires². La focalisation sur les cibles de LDL conduit également à proposer l'ézétimibe en prévention primaire, alors que les preuves de son efficacité n'existent qu'en prévention secondaire chez des patients à haut risque et traités par simvastatine 40 mg³.
- L'ajout de fibrates aux statines chez les patients ayant une triglycéridémie > 2g/L et un HDL cholestérol < 0,40g/L qui est préconisé alors qu'aucun ECR n'a démontré l'efficacité de cette stratégie en termes de morbidité⁴.

Dans ce contexte, le conseil scientifique du CNGE déplore de ne pas avoir été consulté alors que ces patients dyslipidémiques sont principalement diagnostiqués, suivis et traités en médecine générale, où ses spécialistes sont les premiers et principaux prescripteurs d'hypocholestérolémiants, en particulier en prévention primaire.

Le conseil scientifique du CNGE recommande

- **De se baser sur les données actuelles de la science et donc d'initier la prescription de statines exclusivement en fonction du RCV du patient.**
- **Cette prescription ne doit se faire qu'après s'être entretenu avec lui des bénéfices et risques potentiels du médicament, dans le cadre de la décision médicale partagée et l'approche centrée patient.**
- **Dans ce cadre, des outils d'aide à la décision peuvent guider le prescripteur et le patient dans ses choix de prendre ou non une statine⁵.**
- **D'utiliser les statines, à dose fixe, ayant prouvé leur efficacité en termes de morbidité dans un ECR : simvastatine 40 mg, pravastatine 40 mg ou chez les patients diabétiques de type 2 atorvastatine 10 mg.**

Le conseil scientifique du CNGE demande l'élaboration de guides de bonne pratique tenant compte :

- Des critères de qualité méthodologique reconnus (« Guideline We Can Trust »)⁶.
- Des données factuelles actualisées⁷ et non de la reformulation de recommandations d'autres pays.
- De la décision médicale partagée, largement promue par ailleurs par la HAS⁸.

Enfin, le conseil scientifique du CNGE demande aux autorités les moyens pour mettre en œuvre la validation d'une équation française de calcul de RCV adaptée aux patients de plus de 65 ans, et calculant le risque en morbidité, ce que ne permet pas l'équation SCORE.

1. HAS. *Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge*. Saint-Denis: Haute autorité de santé, 2017 février.
2. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, et al. *Statins for the primary prevention of cardiovascular disease*. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;CD004816.
3. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, et al. *Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes*. *N Engl J Med* 2015;372:2387-97.
4. ACCORD Study Group, Ginsberg HN, Elam MB, et al. *Effects of combination lipid therapy in type 2 diabetes mellitus*. *N Engl J Med* 2010;362:1563-74.
5. Mayo Clinic. *Statin choice decision aid*. https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=en_gb. 2017.
6. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Institute of Medicine (US), 2011. Disponible sur : <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/Clinical-Practice-Guidelines-We-Can-Trust/Press-Release.aspx>.
7. Boussageon R, Aubin-Auger I, Pouchain D. *Cholestérol et prévention primaire : une révolution fondée sur les faits*. *exercer* 2015;117:26-32.
8. HAS. *Décision médicale partagée*. Saint Denis: Haute autorité de Santé, 2013.