



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

Patient hypercholestérolémique : abandonner les cibles de LDL et traiter par statine selon le risque cardiovasculaire.

Le CNGE demande une mise à jour des recommandations françaises qui ne sont plus adaptées aux données de la science

Montreuil, le 09 avril 2014

En novembre 2013, les autorités de santé et les sociétés savantes américaines ont réactualisé leurs recommandations sur les stratégies thérapeutiques destinées aux patients hypercholestérolémiques¹.

Ces recommandations, fondées sur les données actualisées de la science, bouleversent les stratégies antérieures, en particulier celles préconisées par la HAS².

En attendant une révision des recommandations françaises pour la prise en charge des patients, le conseil scientifique du CNGE préconise les axes suivants :

- Estimer le risque cardio vasculaire (RCV) des patients en prévention primaire avant toute prescription médicamenteuse, à l'aide d'équations de risque validées et adaptées à la population française.
- Réévaluer ce risque tous les 4 à 6 ans chez les patients âgés de 40 à 75 ans indemnes de maladie cardiovasculaire évolutive.
- Ne prescrire que les médicaments ayant une efficacité clinique démontrée (statines uniquement) en fonction du RCV global.
- Prescrire une statine dans le cadre d'une approche éducative centrée sur le patient, en promouvant régulièrement l'arrêt du tabac et les autres règles hygiéno-diététiques.
- Ne pas prescrire systématiquement de statine pour les patients en prévention primaire à faible RCV, car la balance bénéfique/risque de ces médicaments n'est pas clairement établie dans ces situations.

Le conseil scientifique du CNGE attire l'attention sur les modifications les plus importantes à apporter aux stratégies actuellement recommandées en France.

- **Instaurer ou poursuivre un traitement par statine à dose fixe** dans les situations suivantes :
 - Prévention secondaire : statine à posologie élevée³.
 - Prévention primaire des patients à haut risque cardiovasculaire : statine à posologie élevée ou modérée selon le niveau de RCV, les comorbidités du patient et la tolérance.
- **Abandonner la stratégie thérapeutique ciblée sur le taux de LDL-cholestérol et le contrôle itératif du LDL-cholestérol** plasmatique (ce dosage n'étant éventuellement demandé qu'à visée éducative ou motivationnelle).

Un résumé et une analyse explicative détaillée des recommandations américaines sont disponibles dans le numéro 112 de la revue *exercer*⁴.

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/2013/11/11/01.cir.0000437738.63853.7a.citation>.
2. Haute Autorité de Santé. efficacité et efficience des hypolipémiants une analyse centrée sur les statines. Argumentaire [Internet]. [cited 2014 Apr 8]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/5_statines-argumentaire_complet_maj_sept_2010.pdf.
3. Cholesterol Treatment Trialists Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomized trials. *Lancet* 2010;376:1670-81.
4. Cadwallader JS, Vaillant H, Pouchain D. Des recommandations américaines révolutionnaires sur le traitement de la dyslipidémie. *exercer* 2014;112:89-91.