

Évolution des lignes directrices sur le traitement de la dyslipidémie

Les données pourraient vous libérer

N. John Bosomworth MD CCFP FCFP

Résumé

Objectif Comprendre comment les nouvelles lignes directrices sur la prise en charge du risque cardiovasculaire publiées par l'American Heart Association et l'American College of Cardiology (AHA-ACC) peuvent être interprétées et utilisées dans le contexte canadien.

Sources des données Les lignes directrices de l'AHA-ACC ont été examinées, de même que toutes les références. Des recherches indépendantes dans PubMed ont été effectuées pour inclure l'ajout aux statines d'autres antihyperlipidémiques et l'emploi de calculatrices médicales visant à aider le patient à comprendre.

Message principal Les nouvelles lignes directrices de l'AHA-ACC s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles actuellement en matière de traitement de la dyslipidémie. Cela inclut le risque cardiovasculaire (CV) sur 10 ans comme seuil thérapeutique au lieu du taux de cholestérol des lipoprotéines de faible densité, de même que l'abandon des cibles thérapeutiques de lipoprotéines de faible densité. On met de plus en plus l'accent sur les

interventions alimentaires et l'exercice, avec l'amorce d'un effort pour quantifier l'effet de ces interventions. Les statines constituent la principale intervention pharmacologique, et l'ajout d'autres médicaments pour accentuer la baisse lipidique n'est plus recommandé. En ce qui concerne l'application au Canada, les tables de risque de Framingham sont plus appropriées pour évaluer le risque que les équations de cohortes regroupées utilisées aux États-Unis. Les calculatrices du risque de maladie cardiovasculaire (MCV) devraient contenir de l'information sur l'âge cardiovasculaire et devraient pouvoir illustrer le risque et les interventions de rechange afin d'aider le patient à comprendre et de favoriser la prise de décision éclairée.

Conclusion L'attention sur les meilleures données probantes concernant le risque CV peut simplifier le traitement de la dyslipidémie tant pour le médecin que pour le patient.

«Ça n'a aucun sens», laisse tomber Coco lapin.

«Non, répond humblement Winnie, ça n'a aucun sens. Mais il y en avait quand j'ai commencé. C'est juste qu'il s'est passé quelque chose en cours de route.»

A.A. Milne, *Winnie l'ourson*

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Les nouvelles lignes directrices sur le traitement de la dyslipidémie publiées par l'American Heart Association et l'American College of Cardiology abandonnent le taux de lipoprotéines de faible densité comme cible ou seuil thérapeutique lorsqu'un traitement par statine est envisagé. Le seuil thérapeutique est maintenant le risque CV sur 10 ans.
- On met de plus en plus l'accent sur les interventions alimentaires et l'exercice comme principales interventions du traitement de la dyslipidémie.
- Les statines constituent la principale intervention pharmacologique de réduction des lipides. Aucun autre médicament n'a amélioré les résultats cliniques lorsqu'il était ajouté aux statines.
- Il convient de présenter au patient les autres solutions de réduction du risque sous forme d'âge cardiovasculaire et de représentations graphiques des effets sur le risque CV des interventions proposées. Le patient doit participer au processus de décision concernant l'intervention choisie.



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2014;60:e333-9

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the July 2014 issue on page 612.

Jusqu'à la publication, en novembre 2013, des lignes directrices fort attendues sur le traitement de la dyslipidémie par l'American Heart Association et l'American College of Cardiology (AHA-ACC)¹, le traitement de la dyslipidémie visait surtout le taux de

cholestérol des lipoprotéines de faible densité (LDL). Les lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie (SCC)², révisées en 2012, appuyaient ces protocoles et étaient parmi les mieux étayées par des données probantes³. Cependant, ces directives, et celles qui précédaient, contenaient plusieurs énoncés dépourvus d'une base factuelle solide, dont les seuils et cibles thérapeutiques du LDL^{4,5}, le recours à plusieurs médicaments pour atteindre ces cibles^{1,6} et le taux de protéine C-réactive à haute sensibilité (hsCRP) comme modificateur du risque⁷. Les nouvelles lignes directrices sur le traitement de la dyslipidémie de l'AHA-ACC1 reconnaissent et résolvent ces problèmes.

- Les cibles de LDL ont été éliminées.
- Le risque CV sur 10 ans est utilisé comme seuil thérapeutique de référence lorsque le taux de LDL se situe entre 2,0 et 5,0 mmol/L. On ne fait référence au taux de LDL qu'à l'extrémité du spectre de prévention primaire; ce taux n'est plus utilisé comme seuil d'intervention.
- Si un traitement pharmacologique est indiqué, il suffit de décider s'il faut utiliser une dose forte ou une dose modérée de statine. La lipidémie fait partie de l'évaluation globale du risque CV, mais elle n'est plus pertinente au type ou à l'intensité du traitement.
- La réduction du risque à l'aide de médicaments fait appel aux statines. Aucun autre médicament ajouté aux statines n'améliore les indicateurs tangibles des résultats CV.
- Le taux de protéine C-réactive à haute sensibilité est exclu de la décision thérapeutique.

Le **Tableau 1** compare le traitement de la dyslipidémie préconisé par l'AHA-ACC et l'approche de la SCC^{1,2,8,9}.

Le **Tableau 2**¹ identifie les 4 groupes de traitement qui profiteront probablement d'un traitement par statine. Le sous-groupe qui suscitera probablement la controverse est le groupe de patients non diabétiques, âgés de 40 à 75 ans et dont le taux de LDL se situe entre 2,0 et 5,0 mmol/L. On conseille aux personnes dont le risque CV sur 10 ans est supérieur ou égal à 7,5 % d'entreprendre un traitement par statine d'intensité modérée à élevée, en fonction du niveau de risque.

Le **Tableau 3**^{8,10-15} fournit des suggestions quant à l'application pratique des lignes directrices en évolution.

Problèmes avec l'approche de l'AHA-ACC

Si on appliquait ces nouvelles lignes directrices de concert avec les algorithmes de la SCC aux populations sans MCV ni diabète, toutes les femmes de 71 à 75 ans et tous les hommes de 55 à 75 ans recevraient une recommandation thérapeutique, et ce, basé exclusivement sur leur âge, même en l'absence de facteur de risque. Selon les auteurs des lignes directrices¹⁶, si l'on applique les vieux algorithmes de l'Adult Treatment Panel III (ATP III), 31,9 % des

adultes de 40 à 79 ans seraient admissibles à un traitement par statine alors que 32,9 % recevraient une recommandation si l'on applique la limite de 7,5 % du risque sur 10 ans utilisée dans les nouvelles lignes directrices. Bien que les données appuient le traitement jusqu'à un niveau de risque très bas¹⁷, le bienfait absolu de l'intervention peut être très minime. L'instauration du traitement fondée sur le risque CV sur 10 ans d'une population est préoccupante pour les raisons suivantes.

*Les calculatrices disponibles sont différentes et leurs résultats sont variables*¹⁸. Certaines calculatrices ne tiennent compte que des coronaropathies, alors que la plupart incluent maintenant tous les événements CV. Certaines calculatrices retiennent les données de hsCRP et les antécédents familiaux. Certaines autres appliquent différents algorithmes pour traiter le diabète. Au Canada, il est préférable d'utiliser un outil basé sur le score de Framingham pour évaluer l'ensemble du risque CV¹⁰. Il s'agit de l'algorithme utilisé dans les lignes directrices de la SCC et il est validé au Canada⁸. Les lignes directrices de l'AHA-ACC utilisent de nouvelles équations de cohortes regroupées conçues pour mieux évaluer le risque dans la population afro-américaine, et ces équations ne seront probablement jamais validées au Canada. Les données utilisées par les deux formats de calculatrices sont identiques, mise à part l'origine raciale.

*Le traitement pharmacologique des personnes en bonne santé dont le risque est considéré être faible peut entraîner l'inertie clinique—le traitement n'est pas instauré ni intensifié malgré les données indiquant un bienfait*¹⁹. Ce n'est pas nécessairement mauvais²⁰, et cela pourrait même empêcher un traitement recommandé simplement en raison de la réduction statistiquement significative, mais faible, d'un marqueur de résultats²¹. Bien que cette réduction du risque importe peu au patient et au médecin, elle pourrait avoir d'importantes répercussions sur la population²², puisque près de la moitié des événements touchent les patients évalués comme étant à faible risque^{23,24}.

Le traitement d'une population à faible risque pourrait perturber la vie des personnes en bonne santé, admissibles au traitement en raison de leur âge exclusivement. La majorité de ces personnes ne profiteront aucunement du traitement et leur risque CV absolu est faible. Le traitement perturbe encore plus la vie des personnes atteintes d'une maladie chronique et de comorbidités multiples²⁵ qui prennent déjà plusieurs médicaments et qui passent déjà une grande partie de leur temps à des activités liées à leur maladie. Chez ces personnes, l'avantage du traitement ne fait aucun doute, mais il faut tenir compte des priorités des patients et du risque additionnel d'erreur de médicaments et d'interactions médicamenteuses.

Tableau 1. Comparaison des lignes directrices de l'AHA-ACC sur les statines et des lignes directrices de la SCC

CATÉGORIE DE RISQUE	AHA-ACC ¹	SCC ²	JUSTIFICATION	MISE EN PRATIQUE
Taux de LDL comme seuil ou cible thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de traitement si LDL < 2,0 mmol/L • Rechercher une HF ou une cause secondaire si LDL > 5,0 mmol/L • Autrement, le LDL n'est pas une cible ni un seuil 	<ul style="list-style-type: none"> • Seuil thérapeutique du LDL > 3,5 mmol/L en présence de risque intermédiaire • Traitement si LDL > 5,0 mmol/L • Cible thérapeutique du LDL ≤ 2,0 mmol/L ou réduite de ≤ 50 % 	Les essais sur les statines ont été randomisés en fonction de la dose ou de la puissance, mais jamais en fonction du seuil ou de la cible	<ul style="list-style-type: none"> • Le LDL est rarement la cause du traitement et il n'est pas nécessaire d'en faire le suivi comme un indicateur de l'efficacité du traitement • Aucune cible thérapeutique du LDL
Évaluation basée sur le risque global sur 10 ans	Équations de cohortes regroupées	<ul style="list-style-type: none"> • Score de Framingham • Validé au Canada⁸ 	Pondération adéquate du risque dans la population de race noire	Équations de cohortes regroupées utilisées plutôt que le score de Framingham pour calculer le risque sur 10 ans
Risque CV global sur 10 ans comme seuil thérapeutique	Pour les personnes de 40 à 75 ans sans maladie cardiovasculaire ou métabolique, le seuil thérapeutique dérivé d'une équation de cohortes regroupées est ≥ 7,5 %	<ul style="list-style-type: none"> • Le score de Framingham détermine le risque comme faible (< 10 %), intermédiaire (≥ 10 à < 20 %) ou élevé (≥ 20 %) • Toujours traiter si le score de Framingham est ≥ 20 % 	Les équations de cohortes regroupées sont bien validées aux États-Unis, et l'intervention est efficace jusqu'à un niveau de risque aussi faible que 5 %	<ul style="list-style-type: none"> • Risque ≥ 7,5 % utilisé comme seuil de l'intervention en prévention primaire chez les personnes de 40 à 75 ans • Il faut décider s'il faut administrer une forte dose ou une faible dose de statine
Taux de hsCRP pour raffiner encore plus le seuil thérapeutique	Non utilisé	Le traitement est recommandé si le risque est intermédiaire, LDL < 3,5 mmol/L et hsCRP ≥ 2 mg/L dans certains groupes d'âge	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun essai n'a utilisé la variable de hsCRP comme modificateur indépendant du risque ou dans une étude posologique • Non supérieur au score de Framingham dans la méta-analyse⁹ 	Ne fait pas partie de l'évaluation du risque
MCV avérée (prévention secondaire)	Tous traités	Tous traités	L'intervention maximale est utilisée dans les cas avérés	Tous les patients atteints d'une MCV avérée sont traités par de fortes doses de statine
Taux de LDL > 5,0 mmol/L	Traitement recommandé; rechercher l'HF ou une cause secondaire d'hyperlipidémie	Traitement recommandé; rechercher l'HF ou une cause secondaire d'hyperlipidémie	<ul style="list-style-type: none"> • Un autre traitement pourrait être utile si une cause secondaire est révélée • Une hyperlipidémie causée par l'HF pourrait nécessiter une consultation 	Envisager une forte dose de statine dans ce groupe
Diabète	Les patients atteints de diabète de type 2 âgés de 40 à 74 ans et qui présentent des facteurs de risque ou dont le risque sur 10 ans est ≥ 7,5 % devraient recevoir une statine à forte dose; ils devraient recevoir une statine à dose modérée en l'absence de facteurs de risque	Les patients diabétiques âgés > 40 ans ou dont le diabète est établi depuis > 15 ans, ou qui sont atteints de microangiopathie doivent être traités comme des patients à risque élevé	Les patients diabétiques évalués par le risque sur 10 ans comme d'habitude, mais passent au risque élevé en présence de facteurs de risque	Traiter les patients de 40 à 75 ans avec une forte dose de statine en présence de facteurs de risque; les traiter avec une dose modérée de statine en l'absence de facteurs de risque
Néphropathie chronique	Traiter en fonction du risque sur 10 ans, à l'exception des patients en dialyse	Traiter comme des patients à risque élevé, à l'exception des patients en dialyse	Non étudiés comme groupe distinct	Traiter en fonction du risque sur 10 ans, à moins qu'ils soient en dialyse
Taux de non-HDL ou d'apo B comme autres cibles	Aucune recommandation	Objectifs spécifiques pour les taux de cholestérol non-HDL et d'apo B	Aucun essai randomisé ne montre un bienfait sur la cible lipidique ou du nombre de particules	Aucune cible lipidique ou du nombre de particules pour le traitement
Médicaments autres que les statines	Aucun	Médicaments ajoutés pour atteindre la cible du LDL	Aucune donnée ne montre un avantage des médicaments autres que les statines	Les statines sont les seuls antihyperlipidémiques recommandés

ACC—American College of Cardiology, AHA—American Heart Association, Apo B—apolipoprotéine B, SCC—Société canadienne de cardiologie, MCV—maladie cardiovasculaire, HF—hypercholestérolémie familiale, CV—cardiovasculaire, HDL—lipoprotéine de haute densité, hsCRP—protéine C-réactive à haute sensibilité, LDL—lipoprotéine de faible densité.

Tableau 2. Groupes de traitement qui profiteront probablement d'un traitement par statine

GROUPE DE TRAITEMENT	RECOMMANDATIONS
Prévention secondaire pour les patients de ≤ 75 ans atteints d'une MCV	Traitement avec une forte dose de statine ou la dose maximale de statine tolérée
Prévention primaire pour les patients de ≥ 21 ans dont le cholestérol LDL est $> 5,0$ mmol/L	Traitement avec une forte dose de statine ou la dose maximale de statine tolérée Rechercher une cause secondaire ou des antécédents familiaux
Prévention primaire pour les patients diabétiques de 40 à 75 ans, dont le cholestérol LDL se situe entre 2,0 et 5,0 mmol/L	En l'absence de facteurs de risque, utiliser une dose modérée de statine En présence de facteurs de risque ou si le risque CV sur 10 ans est $\geq 7,5$ %, utiliser une forte dose de statine ou la dose maximale de statine tolérée
Prévention primaire pour les patients diabétiques de 40 à 75 ans sans MCV ni diabète et dont le cholestérol LDL se situe entre 2,0 et 5,0 mmol/L	Lorsque le risque CV sur 10 ans est $\geq 7,5$ %, utiliser une dose modérée ou forte de statine, en fonction du niveau de risque

MCV—maladie cardiovasculaire, CV—cardiovasculaire, LDL—lipoprotéine de faible densité.
Données obtenues de Stone et coll.¹

Tableau 3. Application pratique en prévention primaire des lignes directrices en évolution

RECOMMANDATION	DISCUSSION
Installer une calculatrice de table pourvue de fonctions adaptées à votre pratique	Les algorithmes de la SCC qui font appel au score de Framingham conviennent le mieux au Canada ^{8,10} Il est utile de quantifier les interventions faisant appel à l'alimentation, à l'exercice et aux statines L'outil doit inclure : <ul style="list-style-type: none"> • affichage en temps réel des changements aux facteurs de risque et aux interventions pouvant être ajoutés ou retirés; • capacité graphique d'afficher les effets sur le risque CV lorsque les facteurs de risque changent; • capacité de calculer l'âge cardiovasculaire, ce qui pourrait aider les patients à comprendre^{11,12}; • option d'appui décisionnel pour les seuils d'âge, le diabète et les antécédents familiaux
Utiliser le risque CV sur 10 ans comme seuil thérapeutique plutôt que le taux de LDL	On ne fait référence au taux de LDL qu'à l'extrémité du spectre de prévention primaire; ce taux n'est plus utilisé comme seuil d'intervention
Abandonner les objectifs thérapeutiques	Au lieu des objectifs thérapeutiques... <ul style="list-style-type: none"> • maximiser le changement des habitudes alimentaires en tenant compte du point de vue du patient; • maximiser les interventions faisant appel à l'exercice en tenant compte du point de vue du patient; • optimiser l'exercice et évaluer la myalgie avant d'instaurer le traitement par statine; • administrer le traitement par statine en fonction du score de Framingham; • envisager d'arrêter le suivi du LDL à moins que vous pensiez que cela motive le patient. Ce concept pourrait devoir être présenté graduellement
La posologie de la statine doit être fonction du score de Framingham et de la tolérance du patient	Si le patient est intolérant, il faut se rappeler qu'une faible dose de statine procure les deux tiers de la baisse lipidique maximale ¹³ Les patients qui présentent un risque élevé doivent recevoir une posologie élevée ou la posologie maximale qu'ils la tolèrent La myalgie pourrait répondre aux changements relatifs à la posologie, à l'heure de la prise, au type de statine ou à l'intensité de la dose ¹⁴
Abandonner la mesure de la hsCRP dans l'évaluation du risque	Ne fait plus partie de la décision de traiter
Traiter tous les patients diabétiques de 40 à 75 ans en fonction des recommandations	Traiter avec une dose modérée de statine en l'absence de facteurs de risque Traiter avec une forte dose de statine en présence de facteurs de risque ou si le risque CV sur 10 ans est $\geq 7,5$ %
Traiter tous les adultes dont le LDL $\geq 5,0$ mmol/L selon les recommandations	Envisager une cause secondaire ou une hyperlipidémie familiale Envisager une consultation
Faire participer le patient à la décision liée à l'intervention	Un engagement lié au mode de vie peut modifier le risque et réduire le besoin de médicaments ¹⁵ La compréhension qu'a le patient de la réduction du risque absolu par les statines pourrait influencer le seuil thérapeutique Le seuil thérapeutique de 7,5 % du risque CV sur 10 ans est toujours négociable

SCC—Société canadienne de cardiologie, CV—cardiovasculaire, hsCRP—protéine C-réactive à haute sensibilité, LDL—lipoprotéine de faible densité.

Tableau 4. Effet des interventions sur la MCV ou la mortalité

INTERVENTION	RÉDUCTION DU RISQUE CV, %	INTERVALLES DE L'ÉTUDE, ANS	TYPE DE DONNÉES
Régime méditerranéen	30	4,5	1 essai randomisé et contrôlé d'envergure ³⁰
Exercice à intensité modérée	15	4-32	Cohortes prospectives d'envergure multiples ³¹⁻³³
Exercice vigoureux	30	4-32	Cohortes prospectives d'envergure multiples ³¹⁻³³
Dose modérée de statine	30	Jusqu'à 10	Essais randomisés et contrôlés multiples ^{1,17}
Forte dose de statine	45	2-10	Essais randomisés et contrôlés multiples ^{1,23}

MCV—maladie cardiovasculaire.

Bienfaits d'une approche fondée sur le risque

Les bienfaits de l'intervention sont mis en perspective. Les lignes directrices de l'AHA-ACC sur la dyslipidémie et le mode de vie tentent d'équilibrer le mode de vie et les interventions pharmacologiques dans le traitement des MCV. Malheureusement, le document faisant référence au mode de vie ne tient compte que de marqueurs de substitution plutôt que des marqueurs tangibles des résultats CV, et exclut la recherche effectuée après 2011. Cet état de fait a été justifié par des ressources insuffisantes¹⁵, mais l'omission des données actuelles sur le mode de vie dans les marqueurs tangibles des résultats affaiblit l'effet de ces recommandations importantes.

Les lignes directrices ne traitent pas de la perte pondérale, car l'alimentation et l'exercice sont les interventions qui influent sur le risque¹⁵ et il n'est pas toujours nécessaire de perdre du poids pour réduire le risque CV²⁶⁻²⁹. De l'information récente a permis de quantifier les avantages potentiels de l'alimentation et de l'exercice, et de présenter ces interventions comme des solutions de rechange, ou des ajouts, aux statines afin de réduire le risque CV. Le **Tableau 4**^{1,17,23,30-33} présente les données sur l'effet des interventions sur la MCV ou la mortalité.

Les meilleures données étayant l'intervention alimentaire dans la réduction des événements CV sont tirées d'un vaste essai randomisé mené récemment sur le régime méditerranéen³⁰. Ce régime,

accompagné d'un supplément de noix et d'huile d'olive a produit une réduction relative de 30 % sur 4,5 ans des événements, comparativement à une cohorte qui suivait un régime faible en gras. Ce résultat a été obtenu sans réduire l'apport calorique ni changer le niveau d'activité physique. Plutôt que de réduire l'apport calorique ou de nutriments précis, les nouvelles lignes directrices recommandent la conversion à de nouvelles habitudes alimentaires, comme celles proposées dans le régime alimentaire DASH [Dietary Approaches to Stop Hypertension] ou celui de l'AHA³⁰. Alors que les données étayant le bienfait de cette dernière approche sur les marqueurs de substitution sont très robustes, les données étayant les bienfaits observés du régime méditerranéen sur les marqueurs tangibles des MCV, brillent toujours par leur absence.

Bien que les données étayant un bienfait causé par l'exercice soient basées, dans le meilleur des cas, sur des études prospectives de cohortes, les résultats concordent et sont cohérents avec la science générale et leur relation dose-réponse est fiable³⁴ dans la prévention des marqueurs tangibles de MCV. Trois méta-analyses³¹⁻³³ ont fait ressortir un bienfait relatif d'environ 15 % pour l'exercice modéré et de 30 % pour l'exercice plus vigoureux pendant un suivi moyen de 13 ans. Une étude prospective de cohortes d'envergure comptant plus de 400 000 patients ayant été suivis pendant 8 ans a montré qu'aussi peu que 15 minutes par jour d'activité modérée procurait un bienfait sur la mortalité³⁵. À l'autre extrémité du spectre, il existe des données substantielles à l'effet que, chez les marathoniens, l'activité dépassant les recommandations actuelles (150 minutes d'exercice modéré par semaine) peut réduire encore plus la probabilité d'événements CV à des distances allant jusqu'à 80 km par semaine³⁴. Le lien entre l'exercice et les bienfaits est convaincant, mais on n'arrivera jamais à prouver la causalité dans le cadre d'un essai randomisé et contrôlé en raison des problèmes inévitables de partialité de la sélection, de la mise à l'insu et des permutations.

Le traitement par statine est maintenant la seule intervention pharmacologique recommandée. Un traitement avec une dose modérée peut produire une réduction relative de 30 % du taux d'événements sur 10 ans, et avec une posologie intense, cette valeur passe à 45 %. Les doses des médicaments évalués dans le cadre des essais randomisés et contrôlés sont énumérées au **Tableau 5**¹.

Puisqu'il est maintenant possible de quantifier les solutions de rechange au traitement par statine, il est également possible de comparer les interventions pour le bien du patient en termes de représentations graphiques, de pourcentages de réduction du risque ou de nombre de patients à traiter. Un outil informatisé capable de montrer continuellement les changements à

Tableau 5. Dose thérapeutique procurant une réduction du risque relatif de MCV : Statines utilisées dans les essais randomisés et contrôlés.

MÉDICAMENT	DOSE	RÉDUCTION DU RISQUE RELATIF DE MCV, %
Atorvastatine, 10-20 mg		
Rosuvastatine, 5-10 mg		
Simvastatine, 20-40 mg		
Pravastatine, 40-80 mg		
Lovastatine, 40 mg		
Fluvastatine, 40 mg	Modérée	30
Atorvastatine, 40-80 mg		
Rosuvastatine, 20-40 mg	Forte	45

MCV—maladie cardiovasculaire.
Données obtenues de Stone et coll.¹

mesure que les événements (p. ex. facteurs de risque ou interventions) sont ajoutés ou retirés serait utile dans la prise de décision partagée.

Réduction des effets indésirables des médicaments et des interactions. La recommandation visant à ajouter des antihyperlipidémiant aux statines a été éliminée. On évite ainsi la myalgie et la myopathie liées aux associations avec les fibrates et la niacine³⁶. La posologie et le type de statine peuvent être modifiés sans avoir à questionner si les autres antihyperlipidémiant contribuent aux symptômes, ce qui peut causer de la confusion. La myalgie répondrait au passage à une statine hydrophile, à des intervalles plus longs entre les doses ou au passage d'une forte dose d'un médicament peu puissant à une dose modérée d'un médicament puissant¹⁴. La myalgie causée par les statines affecterait la capacité de faire de l'exercice^{37,38}, ainsi, une intervention constituée d'exercice doit être optimisée avant d'instaurer le traitement pharmacologique.

Participation du patient dans la prise de décision éclairée. Les lignes directrices de l'AHA-ACC mettent l'accent sur la participation du patient aux décisions éclairées concernant l'intervention. Alors que les médecins utilisent les risques relatifs approchés et les nombres de patients à traiter comme points de décision utiles, les patients seraient plus à l'aise avec une représentation graphique³⁹ ou un calcul de l'«âge cardiovasculaire», pouvant être tiré des algorithmes de la SCC^{11,12}. Cette approche pourrait tempérer l'effet du passage à un seuil plus bas du traitement pharmacologique, particulièrement si des options liées au mode de vie sont initialement présentées comme solution de rechange aux médicaments, et si l'effet de ces options est quantifié d'une manière ou d'une autre. Les calculatrices qui suivent les changements cumulatifs avec l'introduction et l'élimination des facteurs de risque

et des interventions peuvent être utiles. Des exemples de ces calculatrices se trouvent à www.palmedpage.com/calculators.html et <http://bestsciencemedicine.com/chd/calc2.html>.

Conclusion

Les représentations graphiques illustrant les effets sur le risque CV des solutions visant le mode de vie peuvent aider les patients à comprendre et favoriser la prise de décision éclairée. Comme cela a été le cas avec le tabagisme, les références répétées et le renforcement de ces solutions de rechange pourraient éventuellement avoir un effet sur les facteurs de causalité des MCV. Lorsqu'il faut ajouter un médicament, le choix est maintenant beaucoup plus simple. La compréhension simplifiée des données et des interventions pourrait s'avérer libératrice pour le médecin et le patient.

Le Dr **Bosmworth** est chargé de cours honoraire au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver, C.-B.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

Dr N. John Bosmworth, 3413 Forsyth Dr, Penticton, BC V2A 8Z2; téléphone 778 476-1480; courriel jbosmworth@gmail.com

Références

- Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, Merz CN, Blum CB, Eckel RH, et 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* du 12 novembre 2013. Publication en ligne avant l'impression. Accessible à : <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/101.cir.0000437738.63853.7a.full.pdf+html>. Réf. du 30 mai 2014.
- Anderson TJ, Gregoire J, Hegele RA, Couture P, Mancini GB, McPherson R, et al. 2012 update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Can J Cardiol* 2013;29(2):151-67.
- Ridker PM. What works and in whom? A simple, easily applied, evidence-based approach to guidelines for statin therapy. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2012;5(4):592-3.
- Josan K, Majumdar SR, McAlister FA. The efficacy and safety of intensive statin therapy: a meta-analysis of randomized trials. *CMAJ* 2008;178(5):576-84.
- Hayward RA, Krumholz HM. Three reasons to abandon low-density lipoprotein targets: an open letter to the Adult Treatment Panel IV of the National Institutes of Health. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2012;5(1):2-5.
- Bosmworth NJ. Approach to identifying and managing atherogenic dyslipidemia. A metabolic consequence of obesity and diabetes. *Can Fam Physician* 2012;58:257-67 (ang), e128-40 (fr).
- Miller M, Zahn M, Havas S. High attributable risk of elevated C-reactive protein level to conventional coronary heart disease risk factors: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med* 2008;168(8):826-31.
- Grover SA, Hemmelgarn B, Joseph L, Milot A, Tremblay G. The role of global risk assessment in hypertension therapy. *Can J Cardiol* 2006;22(7):606-13.
- Buckley DI, Fu R, Freeman M, Rogers K, Helfand M. C-reactive protein as a risk factor for coronary disease: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137(11):875-83.
- Allan GM, Nouri F, Korownyk C, Kolber MR, Vandermeer B, McCormack J. Agreement among cardiovascular disease risk calculators. *Circulation* 2013;127(19):1948-56.
- White ND, Lenz TL, Skrabal MZ, Faulkner MA, Skradski JJ, Southard LA, et al. Comparison of cardiovascular risk calculation tools in pharmacy practice. *J Am Pharm Assoc* 2013;53(4):408-13.
- Goldman RE, Parker DR, Eaton CB, Borkan JM, Gramling R, Cover RT, et al. Patients' perceptions of cholesterol, cardiovascular disease risk, and risk communication strategies. *Ann Fam Med* 10:556-9.
- Shepherd J. Resource management in prevention of coronary heart disease: optimising prescription of lipid-lowering drugs. *Lancet* 2002;359(9325):2271-3.
- Tomaszewski M, Stepien KM, Tomaszewska J, Czuczwar SJ. Statin-induced myopathies. *Pharmacol Rep* 2011;63(4):859-66.
- Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, Miller NH, Hubbard VS, Nonas CA, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association

- Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* du 7 novembre 2013. Publication en ligne avant l'impression.
16. Goff Jr GC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB Sr, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* du 12 novembre 2013. Publication en ligne avant l'impression. Accessible à : <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437741.48606.98.long>. Réf. du 30 mai 2014.
 17. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators; Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, Keech A, Simes J, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomized trials. *Lancet* 2012;380(9841):581-90. Publication en ligne du 17 mai 2012.
 18. Debar S, Kumarapeli P, Kaski JC, de Lusignan S. Addressing modifiable risk factors for coronary heart disease in primary care: an evidence-base lost in translation. *Fam Pract* 2013;30:125-33. Publication en ligne du 22 avril 2010.
 19. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2002;137(11) : 875-83.
 20. Safford MM, Shewchuk R, Qu H, Williams JH, Estrada CA, Ovalle F, et al. Reasons for not intensifying medications: differentiating "clinical inertia" from appropriate care. *J Gen Intern Med* 2007;22(12):1648-55. Publication en ligne du 24 octobre 2007.
 21. Giugliano D, Esposito K. Clinical inertia as a clinical safeguard. *JAMA* 2011;305(15):1591-2.
 22. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 2001;30(3):427-32.
 23. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med* 2005;353(15):1555-63. Publication en ligne du 9 novembre 2008.
 24. Kones R. Primary prevention of coronary heart disease: integration of new data, evolving views, revised goals and role of rosuvastatin in management. A comprehensive survey. *Drug Des Devel Ther* 2011;5:325-80. Publication en ligne du 13 juin 2011.
 25. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009;339:b2803.
 26. Ross R, Janiszewski PM. Is weight loss the optimal target for obesity-related cardiovascular disease reduction? *Can J Cardiol* 2008;24(Suppl D):25D-31D.
 27. Hainer V, Toplak H, Stich V. Fit or fat: which is more important? *Diabetes Care* 2013;36 Suppl 1:S4-10.
 28. Nicklas BJ, Wang X, You T, Lyles MF, Demons J, Easter L, et al. Effect of exercise intensity on abdominal fat loss during calorie restriction in overweight and obese postmenopausal women: a randomized, controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2009;89(4):1043-52. Publication en ligne du 11 février 2009.
 29. Bacon L, Aphramor L. Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutr J* 2011;10:9. Erratum dans: *Nutr J* 2011;10:69.
 30. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med* 2005;353(15):1555-63. Publication en ligne du 25 février 2013.
 31. Hamer M, Chida Y. Walking and primary prevention: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Sports Med* 2011;45(2):132-5. Publication en ligne du 29 novembre 2007.
 32. Sofi F, Capalbo A, Cesari F, Abbate R, Gensini GF. Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15(3):247-57.
 33. Li J, Siegrist J. Physical activity and risk of cardiovascular disease—a meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9(2):391-407. Publication en ligne du 26 janvier 2012.
 34. Williams PT. Reductions in incident coronary heart disease above guideline physical activity levels in men. *Atherosclerosis* 2010;209(2):524-7.
 35. Wen CP, Wai JP, Tsai MK, Yang YC, Cheng TY, Lee MC, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet* 2011;378(9798):1244-53. Publication en ligne du 16 août 2011.
 36. Pasternak RC, Smith SC Jr, Bairey-Merz CN, Grundy SM, Cleeman JI, Lenfant C. ACC/AHA/NHLBI clinical advisory on the use and safety of statins. *Circulation* 2002;106(8):1024-8.
 37. Mascitelli L, Pezzetta F. Physical activity in statin-treated patients. *Int J Cardiol* 2009;134(1):136-7. Publication en ligne du 22 mars 2011.
 38. Bruckert E, Hayem G, Dejager S, Yau C, Bégaud B. Mild to moderate muscular symptoms with high-dosage statin therapy in hyperlipidemic patients—the PRIMO study. *Cardiovasc Drugs Ther* 2005;6(6):403-14.
 39. Goodyear-Smith F, Arroll B, Chan L, Jackson R, Wells S, Kenealy T. Patients prefer pictures to numbers to express cardiovascular benefit from treatment. *Ann Fam Med* 10:556-9.

— * * * —