

Comment les statines à forte dose se comparent-elles aux statines à faible dose chez les personnes atteintes d'une cardiopathie?

Question clinique : Chez les patients atteints d'une coronaropathie (qui ont déjà subi, par exemple, un infarctus du myocarde), quels sont les effets bénéfiques et les effets nocifs associés à la prescription d'une forte dose de statines par rapport une faible dose?

Conclusion : Chez les patients atteints d'une coronaropathie, l'utilisation d'une dose élevée de statines (comparativement à une dose faible ou modérée) prévient un événement coronarien sur 91 patients, mais un patient sur 47 interrompt le traitement en raison d'événements indésirables. Toutefois, les statines à dose faible ou modérée (comparativement au placebo) procurent de deux à trois fois plus d'effets bénéfiques qu'une augmentation à une dose élevée de statines. Par conséquent, la clé est de commencer et de maintenir le traitement par statines, en ajustant la dose jusqu'aux niveaux tolérables.

Données probantes

Il existe au moins six méta-analyses¹⁻⁶ :

- La plus récente : 10 essais, 41 778 patients atteints d'une coronaropathie. Durée moyenne de l'essai : 2,5 ans.
 - Une forte dose est habituellement 80 mg d'atorvastatine. La dose faible ou modérée varie, allant de 40 mg de pravastatine à 5 mg de lovastatine.
 - Résultats :
 - Aucune différence quant aux décès, aux décès cardiovasculaires ou aux infarctus du myocarde (IM) mortels.
 - La dose élevée a réduit les indicateurs de résultats combinés pour les IM non mortels et les décès dus à une coronaropathie : 9,4 % par rapport à 10,5 %, nombre de sujets à traiter (NST) = 91 sur 2,5 ans.
- D'autres méta-analyses ont obtenu des résultats semblables. Statines à forte dose :
 - Réduction de la mortalité chez les patients atteints d'un syndrome coronarien aigu^{1,3} : NST = 91 sur deux ans.
 - L'augmentation des événements indésirables aboutit à l'interruption du traitement : nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN)=47.

Contexte

- Chez les patients atteints d'une coronaropathie, une dose de statines faible ou modérée (p. ex. : 40 mg de pravastatine ou 20 mg à 40 mg de simvastatine) comparativement au placebo⁷ :
 - Réduction des coronaropathies : NST = 27.

- Réduction de la mortalité : NST = 56.
- Les effets bénéfiques d'une dose faible ou modérée par rapport au placebo (effet bénéfique relatif de 25 % pour la coronaropathie⁷) sont plus importants que les effets bénéfiques d'une dose forte par rapport à une dose faible ou modérée (effet bénéfique additionnel de 10 % seulement¹).
- L'observation du traitement par statines est faible dans la collectivité (pire que dans les essais) :
 - Jusqu'à 50 % interrompent les statines après trois ans, la raison la plus souvent citée étant les événements indésirables⁸⁻¹⁰.
 - Les données postérieures à la commercialisation^{11,12} indiquent des effets secondaires liés aux muscles et une augmentation des taux de transaminases anormaux de quatre ou cinq fois lorsque la dose d'atorvastatine est augmentée de 40 mg à 80 mg.

Auteurs originaux

G. Michael Allan, M.D., CCMF, et Marco Mannarino, M.D., CCMF

Mise à jour

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

Révision

G. Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Mills EJ, O'Regan C, Eyaqo O, *et al.* European Heart Journal. 2011;32:1400-1415.
2. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Lancet. 2010;376:1670-1681.
3. Josan K, Majumdar SR, McAlister FA. CMAJ. 2008;178:576-584.
4. Silva M, Matthews ML, Jarvis C, *et al.* Clin Ther. 2007;29:253-260.
5. Afilalo J, Majdan AA, Eisenberg MJ. Heart. 2007;93:914-921.
6. Cannon CP, Steinberg BA, Murphy SA, *et al.* J Am Coll Cardiol. 2006; 48:438-445.
7. Wilt TJ, Bloomfield HE, MacDonald R, *et al.* Arch Intern Med. 2004;164:1427-1436.
8. Bates TR, Connaughton VM, Watts GF. Expert Opin Pharmacother. 2009;10:2973-2985.
9. Shroufi A, Powles JW. J Epidemiol Community Health. 2010;64:109-113.
10. Colivicchi F, Bassi C, Santini M, *et al.* Stroke. 2007;38:2652-2657.
11. Athyros VG, Tziomalos K, Karagiannis A, *et al.* Expert Opin Drug Saf. 2010;9:667-674.
12. Davidson MH. Am J Cardiol. 2002;90 Suppl:50K-60K.

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.