



Oublier ça? Les statines et le risque de démence

QUESTION CLINIQUE

Les statines agissent-elles négativement sur la cognition, la mémoire ou le risque de démence?

CONCLUSION

Des essais contrôlés randomisés (ECR) et de grandes études observationnelles de longue durée laissent entendre qu'il n'y a aucune association entre les statines et le risque de démence ou l'aggravation des scores cognitifs.

DONNÉES PROBANTES

- Un numéro précédent d'*Outils de la pratique* (publié en 2014) n'a trouvé aucune donnée probante selon laquelle les statines augmentent le risque de démence ou nuisent à la cognition¹. Les données présentées ci-dessous proviennent de documents publiés depuis 2014.
- Incidence de démence :
 - Une revue systématique² d'ECR, simvastatine par rapport au placebo². À 5 ans :
 - Incidence de démence (un ECR, 20 536 patients) : 0,3 % dans chaque groupe (aucune différence).
 - Trois ECR³⁻⁵ qui ne sont pas abordés dans les revues systématiques susmentionnées (de 732 à 2 361 patients) : statine par rapport au placebo, suivi pendant 5 à 7 ans, risque de démence :

- Le plus grand ECR : aucune différence⁴;
- De plus petits ECR laissent entendre que les statines réduisent le risque^{3,5}.
Exemple (732 patients), incidence sur le déficit cognitif : 11 % contre 19 % (placebo), nombre de sujets à traiter = 12.
- Six revues systématiques⁶⁻¹¹ d'études observationnelles : statine par rapport à aucune statine (de 13 à 46 études observationnelles, âge moyen : de 44 à 81 ans), suivi pendant 1 à 25 ans :
 - Exemples provenant de la revue systématique la plus fiable⁶ :
 - démence toutes causes confondues (16 études) : réduction relative du risque (RRR) : 15 %.
 - maladie d'Alzheimer (14 études) : RRR : 28 %.
 - démence vasculaire (4 études) : aucune différence.
 - D'autres études systématiques ont fait les mêmes constatations⁷⁻¹¹.
- Scores cognitifs :
 - Quatre revues systématiques d'ECR : statine par rapport au placebo chez des patients avec/sans déficit cognitif au départ :
 - Aucune différence dans les résultats : score du mini-examen de l'état mental^{2,12-14}, Telephone Interview Cognitive Status², Stroop Word², score de l'échelle des activités de la vie quotidienne^{12,14}, sous-échelle de la fonction cognitive de l'échelle d'évaluation de la maladie d'Alzheimer¹²⁻¹⁴, ou échelle d'évaluation neuropsychiatrique^{12,14}.
 - Deux ECR (décris ci-dessus)^{4,5} ont fait les mêmes constatations.
- Événements indésirables :
 - Deux revues systématiques (2 études chacune, de 1 045 à 26 340 patients) : statines et placebo chez des patients avec/sans démence : aucune différence^{2,15}.
- Limites :
 - La plupart des ECR les plus vastes qui évaluent les effets cognitifs des statines sont des analyses secondaires d'essais cardiovasculaires de plus grande envergure.
 - Le diagnostic de déclin cognitif/de démence varie d'un essai à l'autre.
 - Les résultats des études observationnelles sont moins fiables en raison de biais (exemple, « biais du patient en bonne santé » : les patients à risque plus faible sont plus susceptibles de prendre des statines).

CONTEXTE

- Les lignes directrices internationales varient. Les statines n'ont aucun effet¹⁶ ou ont des effets non concluants¹⁷ sur la cognition.
- ECR communautaire en cours : évaluation des effets des statines sur le vieillissement, y compris la démence. Résultats attendus en 2025¹⁸.

RÉFÉRENCES

1. Gracias G, Garrison S, Allan GM. Lien : <https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for->

AUTRICES

Samantha S. Moe, Pharm. D., ACPR, Jennifer P. Young, M.D., CMCF(MU)

[practice/1436564010_115statinsandcognitiveimpairmentfv-fr.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8830031/).

2. McGuinness B, Craig D, Bullock R, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 1:CD003160.
3. Zhang H, Cui Y, Zhao YX, et al. Hypertens Res. 2019;42:717-729.
4. Bosch J, O'Donnell M, Swaminathan B, et al. Neurology. 2019; 92:e1435-e1446.
5. Hu WJ, Li Y, Zhao YX, et al. Front. Aging Neurosci. 2020;12:1-13.
6. Chu CS, Tseng PT, Stubbs B, et al. Sci Rep. 2018; 8:5804:1-12.
7. Zhang XY, Wen JZ, Zhang ZQ. Medicine. 2018; 97:30(e11304):1-7.
8. Poly TN, Islam MM, Walther BA, et al. Neuroepidemiology. 2020;54:214-226.
9. Olmastroni E, Molari G, De Beni N, et al. Eur J Prev Cardiol. 2022;29:804-814.
10. Larsson SC, Markus HS. J Alzheimers Dis. 2018;64:657-668.
11. Macedo AF, Taylor FC, Casas JP. BMC Medicine. 2014; 12:51.
12. Xuan K, Zhao TM, Qu GB, et al. J Neurol Sci Res. 2020;41:1391-1404.
13. Ott BR, Daiello LA, Dahabreh IJ, et al. J Gen Intern Med. 2015; 30(3):348-358.
14. Liang T, Li R, Cheung O. Eur Neurol. 2015;73:360-366.
15. Davis K, Bishara D, Perea G, et al. JAGS. 2020;68:650-658.
16. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AI, et al. Circulation. 2019; 139:e1082-e1143.
17. US Preventive Services Task Force. JAMA. 2022; 328(8):746-753.
18. Monash University. STAREE: Statins in Reducing Events in the Elderly. Lien : <https://www.monash.edu/medicine/staree/home>.

Consulté le 10 février 2023.

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

OUTILS DE LA PRATIQUE
RENDE POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



A CHAPTER OF THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA
UNE SECTION DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

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 www.toolsforpractice.ca.

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.