

DONNEES RECENTES CONCERNANT LES STATINES

Statines et risque de diabète

Les données concernant l'effet des statines sur le risque de diabète sont contradictoires. Une méta-analyse récente (13 études contrôlées par placebo portant sur l'atorvastatine, la lovastatine, la pravastatine, la rosuvastatine ou la simvastatine; nombre total de patients 91.140, durée de traitement de 4 ans en moyenne) apporte plus d'informations à ce sujet [*The Lancet* 2010;375:735-42, avec un éditorial 700-1]. Les résultats indiquent une augmentation de 9% du risque de diabète dans le groupe traité par les statines (odds-ratio 1,09; intervalle de confiance à 95% 1,02 à 1,17). Selon les investigateurs, l'usage de statines était plus fréquemment associé à un diabète dans les études ayant inclus des personnes plus âgées. Les investigateurs ont calculé que, sur 255 patients traités par une statine pendant 4 ans, un patient supplémentaire a développé un diabète par rapport à l'absence de traitement par une statine (*Number Needed to Harm* ou NNH = 255). Il ne s'agit donc ici que d'une faible augmentation du risque. Chez les patients présentant un risque cardio-vasculaire élevé (p. ex. en raison d'antécédents d'accidents cardio-vasculaires), ces résultats ne changent en rien l'indication des statines; chez les patients présentant un risque cardio-vasculaire plutôt faible, ce risque diabéto-gène, aussi faible soit-il, peut toutefois interférer dans la décision d'instaurer un traitement par une statine.

Extension des indications de la rosuvastatine

Une extension des indications dans la notice de la rosuvastatine (Crestor®) a été récemment approuvée. Outre le traitement de l'hypercholestérolémie, la prévention d'accidents cardio-vasculaires majeurs chez des patients à risque élevé d'un premier accident cardio-vasculaire a également été ajoutée comme indication ("risque élevé" se définit comme un risque cardio-vasculaire sur 10 ans $\geq 5\%$ calculé à l'aide des tableaux de risque de SCORE, ou $\geq 20\%$ calculé à l'aide des tableaux de risque de Framingham). La nouvelle indication est donc en principe indépendante des taux sériques de cholestérol. La dose de rosuvastatine dans la prévention cardio-vasculaire est de 20 mg par jour. L'extension de cette indication est basée sur l'étude JUPITER [voir Folia de janvier 2009]. Les spécialités à base d'atorvastatine, de pravastatine et de simvastatine mentionnent déjà la prévention cardio-vasculaire comme indication.

Il est utile de rappeler que le bénéfique qu'on peut attendre d'un traitement par une statine est d'autant plus important que le risque de base est élevé. Lors de la décision d'instaurer un traitement par une statine, notamment chez les patients qui présentent un risque cardio-vasculaire plutôt faible, il faut également tenir compte de facteurs tels que l'innocuité à long terme (entre autres les incertitudes quant à des risques éventuels de maintien de très faibles taux de cholestérol) et le coût. [En ce qui concerne les statines, voir aussi Folia de septembre 2009]