



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mouvement thérapeutique

Statine et pathologies cardiovasculaires après 75 ans



Statin and cardiovascular diseases after 75 years

F. Retornaz^{a,*}, S. Beliard^{e,f}, E. Gremeaux^a, L. Chiche^d, L. Lagarde^a, M. Andrianasolo^a,
C. Molines^{a,b}, C. Oliver^{a,b,f}

^a Centre gérontologique départemental, 176, avenue de Montolivet, 13012 Marseille, France

^b Institut Silvermed, 176, avenue de Montolivet, 13012 Marseille, France

^c Laboratoire de santé publique, évaluation des systèmes de soins et santé perçue, EA 3279 UFR médecine Aix-Marseille université, 27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille Cedex 05, France

^d Unité de recherche et de soins en médecine interne et maladies infectieuses, hôpital européen, 6, rue Desirée-Clary, 13003 Marseille, France

^e Service d'endocrinologie, CHU de Conception, 47, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

^f Faculté de médecine, boulevard Pierre-Dramard, 13005 Marseille, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 4 juillet 2016

Mots clés :

Statine

Pathologie cardiovasculaire

Personnes âgées

Prévention primaire

Prévention secondaire

Keywords:

Statin

Cardiovascular events

Very old persons

Primary prevention

Secondary prevention

RÉSUMÉ

La prescription de statine chez les personnes de 75 ans et plus ou présentant des signes de fragilité gériatrique soulève des questions sur le rôle du cholestérol dans la genèse des accidents cardiovasculaires, sur le bénéfice réel des statines en prévention primaire ou secondaire, sur leur tolérance et leurs interactions médicamenteuses dans un contexte de polyopathie et polymédication. Ces questions sont abordées avec les données de la littérature disponibles pour cette population. En prévention secondaire, la prescription de statine est recommandée quel que soit l'âge en évitant les traitements intensifs. En prévention primaire, en l'absence de consensus, leur prescription peut être discutée si le risque cardiovasculaire est élevé et en fonction de l'évaluation gériatrique.

© 2016 Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Statin prescription in persons older than 75 years or with frailty signs raises questions on the role of cholesterol in the genesis of atherosclerosis in this population, on the benefit of this treatment in primary or secondary prevention, and on their side effects in a context of multiple pathology and multiple medications. These questions are approached with the available literature data for this population. In secondary prevention, statin prescription is recommended whatever the age although intensive treatment should be avoided. In primary prevention, in the absence of consensus, their prescription depends on both geriatric and cardiovascular risk assessment.

© 2016 Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'incidence des pathologies athéromateuses (coronaropathie, accident vasculaire cérébral [AVC], artériopathie périphérique) augmente progressivement avec le vieillissement. Les sociétés de cardiologie américaine, européenne et internationale ont récem-

ment actualisé les recommandations sur la prévention et la prise en charge de ces pathologies, en particulier sur l'utilisation des statines et le contrôle des lipides sanguins. Après 75 ans, ces recommandations sont plus nuancées et il est le plus souvent conseillé de les personnaliser en fonction de l'évaluation gériatrique fonctionnelle et cognitive de cette population [1,2]. Les objectifs de la prise en charge lipidique et de l'utilisation de statines sont toujours l'objet de débats dans cette population [3,4]. L'évolution démographique nous impose une réflexion sur cette problématique. En effet, au 1^{er} janvier 2015, 8 % de la population française était âgée de 75 ans

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : frederique.retornaz@cgd13.fr (F. Retornaz).

ou plus et ce pourcentage s'élèvera à 14 % en 2030 et à près de 20 % en 2050. Parmi cette population, il y a 1,2 millions de personnes âgées dépendantes, souvent âgées de 85 ans et plus avec des prévisions à 1,5 millions en 2025 et 2,3 millions en 2050. Environ la moitié de ces personnes vit en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le but de cet article est de faire une mise au point sur la prise en charge des pathologies cardiovasculaires et en particulier sur l'utilisation des statines dans cette population en nous appuyant sur des données objectives publiées récemment.

2. Prévalence et prise en charge des pathologies athéromateuses

Les deux tiers de la mortalité cardiovasculaire sont observés après 75 ans [3]. Aux États-Unis en 2013, la fréquence du premier accident cardiovasculaire s'élève de 3 pour 1000 à 35–44 ans à 74 pour 1000 pour la tranche 85–94 ans [5]. Dans les maisons de retraite médicalisées (« nursing home »), les pathologies cardiovasculaires sont avec 63 % des cas, la première cause de mortalité [6]. Plusieurs études ont montré le bénéfice de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire chez les personnes de 75 ans et plus. Le traitement de l'hypertension artérielle qui affecte environ 80 % des personnes de 80 ans et plus est bénéfique : la diminution de la pression artérielle au-dessous de 150/90 mmHg permet de réduire le risque d'AVC de 70 % dans un suivi de 3 ans de 3846 personnes d'un âge moyen de 83,6 ans [7]. La prescription d'aspirine diminue de 20 % le risque de nouvel infarctus du myocarde (IDM) ou AVC ; en prévention primaire, l'effet bénéfique n'est statistiquement significatif que pour l'IDM [8]. Les mesures hygiéno-diététiques sont efficaces mais difficiles à appliquer chez les personnes très âgées ou dépendantes, la prévention de la dénutrition étant alors l'objectif prioritaire. L'arrêt du tabac est conseillé car même après 70 ans, il diminue significativement le risque cardiovasculaire [9].

La réduction des lipides sanguins et en particulier du LDL-cholestérol (LDL-C) par une statine est un moyen thérapeutique très efficace pour réduire l'incidence des pathologies athéromateuses et de leurs récurrences. Cependant, dans plusieurs études, la prescription de statines est relativement faible chez les personnes âgées de 75 ans et plus particulièrement chez les sujets fragiles et dépendants. En prévention secondaire, dans le suivi cardiologique des cohortes ELIAGE et ELICOEUR, 37 % des sujets de 70 ans et plus ne reçoivent pas de statine vs 14 % chez les sujets plus jeunes [10]. Dans une autre étude, la prescription de statine en prévention secondaire qui est de 40–42 % à 55–74 ans s'abaisse à 19 % à 90 ans et plus ; en prévention primaire, elle passe de 29 % dans le groupe 70–74 ans à 12 % à 90 ans et plus [11]. La probabilité de prescrire une statine diminue de façon paradoxale de 6,4 % pour chaque année d'avancée en âge et pour chaque augmentation de 1 % du risque de décès dans les 3 ans [12]. En maison de retraite médicalisée, seulement un tiers des résidents sont traités par statine au décours d'une hospitalisation en cardiologie pour accident coronarien [13]. Dans une étude observationnelle réalisée dans des EHPAD de Marseille et environ, 101/410 résidents (24,6 %) en prévention secondaire étaient traités par une statine. Les bilans lipidiques n'étaient effectués que dans 47,6 % des cas (195/410) et le tiers des résidents sous statine n'avaient pas eu de bilan lipidique dans les 18 mois précédents [14]. La sous-utilisation des statines est surtout liée à la polypathologie, à la polymédication et à la priorité accordée par les médecins à la prise en charge de comorbidités qui peuvent être complexes dans cette population. Elle relève à un degré moindre des doutes sur le rôle délétère du cholestérol à un âge avancé et sur les bénéfices des statines sur la mortalité et sur les événements cardiovasculaires et enfin de la crainte du risque iatrogène plus marquée

dans cette population souvent exposée à une polymédication [14].

2.1. Le cholestérol, facteur de risque cardiovasculaire ?

La cholestérolémie augmente progressivement avec l'âge, jusqu'à 50–60 ans chez l'homme et 60–70 ans chez la femme avant de diminuer d'environ 20 mg/dL dans les 2–3 décades suivantes. Avant 65 ans, l'association entre cholestérolémie et pathologies athéromateuses est bien établie. Après 70–75 ans, cette association est atténuée, peut-être en relation avec l'importance plus marquée d'autres facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle, un syndrome inflammatoire ou des taux de LDL-C antérieurement élevés avant la baisse liée au vieillissement. Une cholestérolémie basse peut même être associée à une augmentation de la mortalité. Celle-ci est attribuée aux comorbidités et aux troubles nutritionnels qui les accompagnent. La relation entre cholestérol total, LDL-C ou le rapport LDL-C/HDL-C et la mortalité décrit une courbe en U avec une augmentation de la mortalité dans les quintiles avec le cholestérol le plus bas et le plus élevé [15]. Cependant, la littérature apporte des arguments en faveur d'une relation positive entre cholestérolémie et morbi-mortalité cardiovasculaire chez les personnes âgées. Le suivi de 4 066 hommes et femmes pendant 5 ans a montré qu'une cholestérolémie de 240 mg/dL ou plus était un facteur de risque de coronaropathie après ajustement pour les marqueurs de fragilité et d'altération de l'état général [16]. Dans deux méta-analyses, l'incidence des accidents cardiovasculaires est associée à l'augmentation de la cholestérolémie bien que la puissance de cette association diminue avec l'âge. Dans la première publiée en 1994, la baisse de 10 % du cholestérol total obtenue avant l'utilisation des statines, par la diététique, la cholestyramine ou les fibrates, diminue le risque de décès par IDM quel que soit l'âge. Cette diminution étant toutefois plus marquée à 40 (54 %) et 50 ans (39 %) qu'à 60 (27 %) et 80 ans et plus (18 %) [17]. Dans l'autre étude portant sur près de 900 000 personnes sans antécédents de pathologie cardiovasculaire et suivies 13 ± 6 années, il a été montré qu'un cholestérol total plus bas de 1 mmol/L (39 mg/L) était associée à une diminution de 56 % de la mortalité par coronaropathie entre 40 et 49 ans, de 34 % entre 50 et 60 ans et de 17 % entre 70 et 89 ans. Cependant, en raison de son incidence plus élevée chez les personnes âgées, la mortalité par coronaropathie est quantitativement 10 fois plus marquée dans la tranche 70–79 ans que dans la tranche 40–49 ans [18]. Dans une autre étude, la mortalité cardiovasculaire associée à une cholestérolémie élevée est 5 fois plus importante chez l'homme dans la tranche 75–79 ans (11,4 décès/1000 personnes-années) que dans la tranche 60–64 ans (2,2 décès/1000 personnes-années) [19].

2.2. Preuves de l'efficacité des statines ?

L'efficacité des statines en prévention secondaire a été démontrée dans de nombreuses études randomisées. Cependant, les personnes âgées incluses dans ces études ont le plus souvent moins de 70 ans et elles sont indemnes de polypathologie et polymédication. Pour Lee et al. [20], la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus dans les essais cliniques sur les accidents coronariens n'était que de 2 % dans la période 1966–1990 et de 9 % dans la période 1991–2000. Seule l'étude PROSPER (Prospective Study of Pravastatin the Elderly Risk) réalisée avec la pravastatine a inclus une proportion élevée de personnes âgées de 75 ans et plus (environ 50 %) [21]. Dans une méta-analyse publiée en 2008 à partir de 9 essais réunissant près de 20 000 participants âgés de 65 à 82 ans, porteurs d'une coronaropathie et suivis pendant 5 ans, le traitement par statine diminuait la mortalité cardiovasculaire de 30 % (nombre de sujets à traiter [NST] : 34), la mortalité totale de 22 % (NST : 28), les accidents coronariens majeurs non mortels de 26 % (NST : 38), les AVC de 25 % (NST : 58) et la nécessité d'une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3020831>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3020831>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)