

Cholestérol et maladies cardiovasculaires, une désinformation dont une presse écrite responsable ne devrait pas se rendre coupable

Depuis quelque temps, une certaine presse grand public met en question la relation causale entre l'hypercholestérolémie et les maladies cardiovasculaires (MCV) d'une part, et la réduction de la morbidité et la mortalité cardiovasculaires obtenue suite à l'abaissement du "mauvais" cholestérol, le cholestérol-LDL, d'autre part. Il s'agit pourtant de deux notions unanimement admises dans le monde scientifique. Ainsi, dans le Knack, un certain Dr Van Duppen proclame que "le cholestérol ne cause pas les maladies cardiovasculaires" ! Cette attitude à contre-courant sème le doute et amène certains malades à questionner le bien-fondé de leurs traitements. Revoyons les faits.

Les preuves épidémiologiques

Framingham est une petite ville des Etats-Unis dont les habitants sont à la base d'une très grande étude épidémiologique qui a débuté en 1947. Cette étude a démontré que le cholestérol sanguin était un facteur de risque indépendant de MCV, à côté du tabagisme, de l'hypertension artérielle et du diabète.

D'une manière générale plus le taux sanguin de cholestérol-LDL est élevé, plus fréquents sont les accidents coronariens (infarctus et morts cardiovasculaires), même s'il peut arriver que l'on soit victime d'un infarctus en ayant un taux sanguin normal de cholestérol ou que l'infarctus ne survienne pas alors que le taux dépasse les valeurs recommandées.

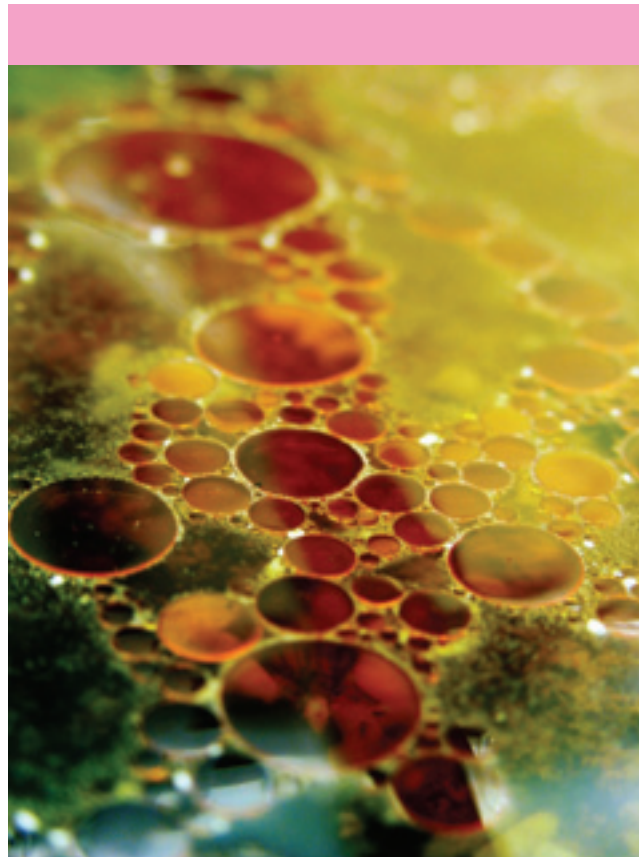
En réalité, plus qu'un seul facteur de risque quel qu'il soit, c'est le cumul des facteurs présents qui va déterminer le niveau de risque d'un individu et la présence de plusieurs facteurs de risque chez le même individu, même s'ils sont peu prononcés, augmente de façon exponentielle la probabilité d'être victime d'une MCV.

Récemment, l'étude mondiale InterHeart a montré que 6 facteurs de risque et 3 facteurs protecteurs étaient capables de prédire dans plus de 90 % des cas la survenue d'un infarctus. Parmi ces facteurs de risque, le rapport entre "mauvais" et "bon" cholestérol occupe la première place.

Les enseignements des études d'intervention

Une autre preuve irréfutable de la relation entre cholestérol et MCV est à

mettre à l'actif d'une famille de médicaments appelés statines qui inhibent la synthèse hépatique du cholestérol et peuvent ainsi abaisser de 30 à 50 % le taux sanguin de cholestérol-LDL, ce qui va de pair avec une baisse de la morbidité (le nombre d'infarctus et d'accidents vasculaires cérébraux) et de la mortalité due aux MCV.



Chez des sujets déjà atteints de MCV (prévention secondaire) la prise d'une statine a permis d'abaisser la mortalité d'origine cardiovasculaire (et même la mortalité globale). Une étude réalisée avec une autre statine a ensuite montré que l'on pouvait abaisser le taux d'accidents coronariens dans une population à haut risque cardiovasculaire, sans nécessairement d'antécédents d'infarctus (prévention primaire). Ces résultats ont été observés avec toutes les statines disponibles : plus on abaisse le taux sanguin de cholestérol-LDL, plus on réduit la fréquence des accidents cardiovasculaires (infarctus, AVC et décès) et il a pu être calculé que pour chaque diminution de 1 mMol/L (40 mg/dl) du cholestérol-LDL, on obtenait une réduction de 20 % du risque cardiovasculaire.

L'utilisation de fortes doses des statines les plus puissantes qui abaissent considérablement les taux sanguins de cholestérol-LDL, permet de stopper la progression des plaques d'athérome dans les artères, et même d'induire dans certains cas leur régression. Cette preuve anatomique de l'efficacité des statines a consacré l'adage qui s'applique au cholestérol-LDL : "the lower, the better", plus il est bas, mieux cela vaut !

Que disent les recommandations ?

Les recommandations américaines et européennes sont unanimes.

Chez les sujets déjà porteurs de MCV (infarctus, AVC ou artériopathie des membres inférieurs) et chez les diabétiques, la prescription d'une statine est impérative, **quelque soit le taux sanguin de cholestérol-LDL au départ.**

En dépit de ces recommandations beaucoup de malades ne sont pas correctement traités, en prévention secondaire il n'y a pas d'excès de prescriptions de statines mais plutôt un déficit qui s'est cependant réduit ces dernières années.

Pour les personnes ayant un taux de cholestérol trop élevé, n'ayant pas (encore) fait d'accident cardiovasculaire et qui ne sont pas diabétiques, prescrire une statine uniquement sur base du taux de cholestérol n'est pas judicieux. Il faut prendre en compte les autres facteurs de risque éventuellement présents et calculer le **risque cardiovasculaire global** au moyen de tables (SCORE) qui idéalement tiennent compte des caractéristiques propres d'un pays, ce qui est le cas pour la Belgique.

Décider de la prescription d'une statine sur base du taux sanguin de cholestérol et du risque cardiovasculaire global est conforme aux règles clairement explicitées dans les recommandations internationales et évite d'en donner à des personnes qui n'en ont pas réellement besoin.

En conclusion

Méfions-nous des obsédés qui voient partout un grand complot de l'industrie pharmaceutique. La lecture attentive des recommandations montre que la première ligne de défense contre les maladies cardiovasculaires consiste en des modifications des habitudes de vie (ne pas fumer, manger sain et bouger davantage). Ces modifications permettent entre autres de conserver (ou récupérer) des taux sanguins de cholestérol plus acceptables. L'utilisation de médicaments est justifiée dans des circonstances qui sont bien explicitées dans les recommandations officielles et qui ne prêtent pas le flanc à la controverse.

Prof. Christian Brohet ▶

Président du
Comité Scientifique Consultatif.