

L'efficacité des statines chez les femmes présentant une hypercholestérolémie reste un sujet de débat. Une méta-analyse a évalué l'efficacité des statines pour les femmes, en majorité à haut risque, en termes de prévention d'événements cardiovasculaires (critère composite) : RR 0,82 (IC à 95% de 0,76 à 0,88)<sup>1</sup>. Une analyse secondaire des données de l'étude LIPID<sup>2</sup> en prévention secondaire (haut risque) montre une réduction significative des événements cardiovasculaires pour l'ensemble de la population (hommes et femmes) mais ne peut, par manque de puissance, le montrer pour le sous-groupe des femmes. Dans l'étude ALLHAT, la population est constituée de 50% de femmes présentant une hypercholestérolémie limitée et une hypertension artérielle<sup>3,4</sup>. Cette étude ne montre pas de bénéfice significatif pour le critère de jugement primaire. L'analyse de toutes les études évaluant l'efficacité des statines montre que leur protocole initial n'a jamais tenu compte d'une stratification par sexe.

Une récente étude effectuée au Japon<sup>5</sup> inclut 7 939 sujets présentant une hypercholestérolémie isolée, dont 5 336 femmes. L'intervention évaluée est l'administration d'une faible dose de pravastatine (10 ou 20 mg par jour) en sus d'un régime versus régime seul. La première analyse, qui se limite aux femmes, tient compte de toutes les femmes incluses, et montre une différence statistiquement significative pour le critère de jugement primaire (premier événement cardiovasculaire survenu). Si le risque est diminué, le seuil de la signification statistique n'est cependant pas atteint.

Cette étude souligne la pauvreté de données sur des critères de jugement forts quant à un traitement par statines chez des femmes aussi bien en prévention primaire qu'en prévention secondaire.

Les auteurs n'en croient pas leurs yeux et recommandent, sans sourciller, d'associer au régime une faible dose de pravastatine en prévention cardiovasculaire chez des femmes présentant une élévation isolée de la cholestérolémie. Cette conclusion est hâtive et incorrecte. L'extrapolabilité des résultats d'une étude effectuée dans une population japonaise à une population européenne est aussi en question.

#### Références

1. Baigent C, Keech A, Kearney PM, et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005;36:1267-78.
2. Hague W, Forder P, Simes J, et al; LIPID Investigators. Pravastatin on cardiovascular events and mortality in 1516 women with coronary heart disease: results from the Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease (LIPID study). *Am Heart J* 2003;145:643-51.
3. The ALLHAT officers and co-ordinators for the ALLHAT collaborative research group. Major outcomes in moderately hypercholesterolemic, hypertensive patients randomised to pravastatin vs usual care. The Antihypertensive and Lipid-Lowering treatment to prevent Heart Attack Trial (ALLHAT-LLT). *JAMA* 2002;288:2988-3007.
4. Lemiengre M. Traitement hypocholestérolémiant en 2004. *MinervaF* 2004;3(4):58-68.
5. Mizuno K, Nakaya N, Ohashi Y, et al; MEGA Study Group. Usefulness of Pravastatin in Primary Prevention of Cardiovascular Events in Women. Analysis of the Management of Elevated cholesterol in the primary Prevention Group of Adult Japanese (MEGA Study). *Circulation* 2008;117:494-502.

## ● Score d'évaluation du risque cardiovasculaire

P. Chevalier

Nous avons présenté dans *Minerva*<sup>1</sup> le score de risque cardiovasculaire ASSIGN (SIGN 2007) qui intègre, aux côtés des facteurs de risque cardiovasculaires classiques, un index de « déprivation »<sup>2</sup>. Ce Scottish Index of Multiple Deprivation contient 37 indicateurs couvrant sept domaines : les revenus actuels, l'emploi, la santé, les compétences et formations scolaires, l'accès aux services (et transports) publics, le logement et la criminalité. Nous avons souligné l'intérêt de ce type d'index dans le cadre de l'élaboration de campagnes de prévention, ciblées avec une discrimination positive.

La validation d'un autre score (QRISK2)<sup>3</sup> en Angleterre et au Pays de Galles souligne le même intérêt. Ce score inclut de nombreux facteurs de risque : ethnie, âge, sexe, status tabagique, pression artérielle systolique, rapport cholestérol total/HDL-cholestérol, IMC, anamnèse de pathologie coronarienne avant l'âge de 60 ans dans la parenté au premier degré, score de déprivation de Townsend, hypertension traitée, diabète de type 2, pathologie rénale, fibrillation auriculaire, arthrite rhumatoïde. Les auteurs concluent que le fait d'inclure, entre autres, l'origine ethnique et le score de

L'évaluation favorable du score de risque QRISK2 versus score de Framingham souligne l'importance de la prise en compte d'autres facteurs de risque, dont l'origine ethnique et un score de déprivation, dans l'estimation du risque cardiovasculaire.

déprivation dans l'échelle QRISK2 permet à celle-ci, sur une période d'observation de 10 ans des événements cardiovasculaires d'être plus discriminante et calibrée que le score de Framingham modifié (pour le seuil de 20% de risque à 10 ans) : la population identifiée par le score QRISK2 est à plus haut risque de survenue d'un événement cardiovasculaire que celle identifiée par le score de Framingham modifié. Ils soulignent aussi que la validation est faite dans la population dont sont issues les données pour l'algorithme et qu'une validation dans d'autres populations est donc nécessaire.

#### Références

1. Chevalier P, Roland M. Etat de déprivation : à intégrer comme facteur de risque. [Editorial]. *MinervaF* 2007;6(10):145.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. A national clinical guideline, February 2007.
3. Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y, et al. Predicting cardiovascular risk in England and Wales: prospective derivation and validation of QRISK2. *BMJ* 2008;336:1475-82.