

Recommandations concernant l'usage et la prescription des statines:

Les médicaments suivants sont concernés:

- Simvastatine : 20 à 40 mg p.j., éventuellement augmenter jusqu'à 80 mg p.j. en 1 prise.
- Pravastatine : 10 à 20 mg p.j., éventuellement augmenter jusqu'à 40 mg p.j. en 1 prise.
- Atorvastatine : 10 mg p.j., éventuellement augmenter jusqu'à 80 mg p.j. en 1 prise.
- Rosuvastatine : 5 à 10 mg p.j., éventuellement augmenter jusqu'à 20 mg p.j. en 1 prise.
- Fluvastatine : 40 mg p.j., éventuellement augmenter jusqu'à 80 mg p.j. en 2 prises (ou en 1 prise pour la libération prolongée).

1. **La prévention primaire** concerne les sujets n'ayant pas présenté d'événement cardiovasculaire. Chez ces sujets, l'instauration d'un traitement par statine doit être guidé par la présence d'une hypercholestérolémie primaire avec un taux de cholestérol sérique total > ou = à 190 mg/dl ou d'un cholestérol LDL > ou = à 115 mg/dl, mesurés à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié et par la présence d'un risque cardiovasculaire dont le niveau est égal ou supérieur à 5 % à 10 ans. Ce risque est calculé sur base du modèle SCORE adapté à la situation belge en tenant compte de l'âge, du sexe, du taux de cholestérol sérique, de la pression artérielle systolique et du tabagisme.

Pour débiter le traitement, il est recommandé de prescrire soit la simvastatine, soit la pravastatine. En cas de non-atteinte des objectifs thérapeutiques (taux de cholestérol sérique total < à 190 mg/dl ou cholestérol LDL < à 115 mg/dl) au terme d'une période de traitement d'au moins 3 mois avec une dose optimale, la prescription d'une autre statine ou d'une association médicamenteuse peut être prise en considération.

2. **La prévention secondaire** concerne les patients avec une maladie cardiovasculaire avérée. Chez ces patients, il est recommandé d'instaurer un traitement par statine sur base d'une hypercholestérolémie primaire avec un taux de cholestérol sérique total > ou = à 175 mg/dl ou d'un cholestérol LDL > ou = à 100 mg/dl, mesurés à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié et de la présence d'au moins une atteinte artérielle:

- 2.1. soit coronaire : infarctus, angor, syndrome coronarien aigu, pontage aorto-coronaire, angioplastie coronaire ;
- 2.2. soit cérébrale : accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire ;
- 2.3. soit périphérique : claudication intermittente.

Pour débiter le traitement, il est recommandé de prescrire soit la simvastatine, soit la pravastatine. En cas de non-atteinte des objectifs thérapeutiques (taux de cholestérol sérique total < à 175 mg/dl ou cholestérol LDL < à 100 mg/dl) au terme d'une période de traitement d'au moins 3 mois avec une dose optimale, la prescription d'une autre statine ou d'une association médicamenteuse peut être prise en considération. Chez les patients dont le taux de cholestérol total est > 290 mg/dl ou dont le cholestérol LDL est > 165 mg/dl, l'atorvastatine ou la rosuvastatine peut, si nécessaire, être utilisée pour débiter le traitement.

3. **Le diabète**: chez les patients en prévention cardiovasculaire primaire (absence d'événement cardiovasculaire) mais présentant soit un diabète type 2 si le patient est âgé de plus de 40 ans, soit un diabète type 1 avec micro-albuminurie, l'instauration d'un traitement par statine est recommandé en présence d'une hypercholestérolémie avec un taux de cholestérol sérique total > ou = à 175 mg/dl ou d'un cholestérol LDL > ou = à 100 mg/dl, mesurés à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié.

Pour débiter le traitement, il est recommandé de prescrire soit la simvastatine, soit la pravastatine. En cas de non-atteinte des objectifs thérapeutiques (taux de cholestérol sérique total < à 175 mg/dl ou cholestérol LDL < à 100 mg/dl) au terme d'une période de traitement d'au moins 3 mois avec une dose optimale, la prescription d'une autre statine ou d'une association médicamenteuse peut être prise en considération. Chez les patients dont le taux de cholestérol total est > 290 mg/dl ou dont le cholestérol LDL est > 165 mg/dl, l'atorvastatine ou la rosuvastatine peut, si nécessaire, être utilisée pour débiter le traitement.

	Critères figurant dans les recommandations :	Éléments à conserver dans le dossier :
1.	Hypercholestérolémie primaire	
1.1.	Présence d'un cholestérol sérique total > ou = à 190 mg/dl, ou d'un LDL-cholestérol > ou = à 115 mg/dl, mesurés à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié.	Protocoles (datés) des deux biologies, émanant de laboratoires de biologie clinique.
1.2.	Présence d'un cholestérol sérique total > ou = à 175 mg/dl, ou d'un LDL-cholestérol > ou = à 100 mg/dl, mesurés à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié.	Protocoles (datés) des deux biologies, émanant de laboratoires de biologie clinique.
2.	Calcul du risque cardiovasculaire absolu individuel	
2.1.	> ou = à 5 % à 10 ans ((Rev Med Liege 2005 ; 60 : 3 : 163-172)) en tenant compte de l'âge, du sexe,	Mention du résultat du calcul et des différents éléments qui ont été pris en compte pour son établissement, ainsi que mention de la date, ou de la période, à laquelle se rapporte ce calcul.

2.2.	Du taux de cholestérol sérique,	S'il s'agit d'une biologie autre que celles figurant au point 1.1. : Protocole (daté) émanant d'un laboratoire de biologie clinique.
2.3.	De la pression artérielle systolique,	Mention de la valeur (datée) effectivement mesurée et du traitement anti-hypertensif éventuel.
2.4.	Du tabagisme.	Mention : fumeur, non fumeur, ancien fumeur.
3.	Diabète sucré	Mention du type de diabète et de son ancienneté, avec confirmation du diagnostic par une ou des biologies démonstratives, et/ou par un ou des protocoles médicaux. Mention de la présence de microalbuminurie pour le diabète de type 1.
4.	Antécédent d'au moins une atteinte artérielle dûment documentée par un examen technique complémentaire	
4.1.	Soit coronaire :	
4.1.1.	Infarctus, angor, syndrome coronarien aigu,	Mention de l'événement et de la date de sa survenue, avec confirmation du diagnostic par un ou des protocoles médicaux.
4.1.2.	Pontage aorto-coronaire, angioplastie coronaire.	Mention de l'intervention et de la date de sa réalisation, avec confirmation de l'intervention par un ou des protocoles médicaux.
4.2.	Soit cérébrale :	
4.2.1.	Accident vasculaire cérébral thrombotique,	Mention et description clinique de l'accident et de ses séquelles éventuelles, ainsi que de la date de sa survenue.
4.2.2.	Accident ischémique transitoire.	Mention et description clinique de l'accident et de la date de sa survenue.
4.3.	Soit périphérique :	
4.3.1.	Claudication intermittente.	Mention de la ou des localisation(s) de l'artériopathie des membres inférieurs, du ou des gradients bras/cuisse, avec confirmation du diagnostic par le protocole d'une imagerie médicale démonstrative ou d'un examen Doppler.

Références:

European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Fourth Joint Task Force of European and other Societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J, 2007, 28, 2375-2414.

G. De Backer et al. Recommandations relatives à la prévention des maladies cardio-vasculaires en pratique clinique. Groupe de Travail Belge de Prévention des Maladies Cardio-vasculaires. Rev Med Liège 2005 ; 60 : 3 : 163-172.

L'usage efficient des médicaments dans la prévention des affections cardiovasculaires. Réunion de Consensus, 14 mai 2009. Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Dutch Guideline Cardiovascular Risk Management 2006. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht (www.cbo.nl).

National Institute for Health and Clinical Excellence. Statins for the prevention of cardiovascular events (NICE) 2006.