

Au 55^e congrès de l'American College of Cardiology, qui a rassemblé plus de 30 000 cardiologues, de nouvelles données ont été dévoilées entre autres sur le traitement par les statines. Plusieurs études ont exploré les effets de très bas taux de cholestérol et les moyens de les atteindre.

Étude ASTEROID

L'effet de la rosuvastatine sur l'athérosclérose



Dr Steven Nissen

de plaques d'athérome, c'est-à-dire de 6,1 mm³ en

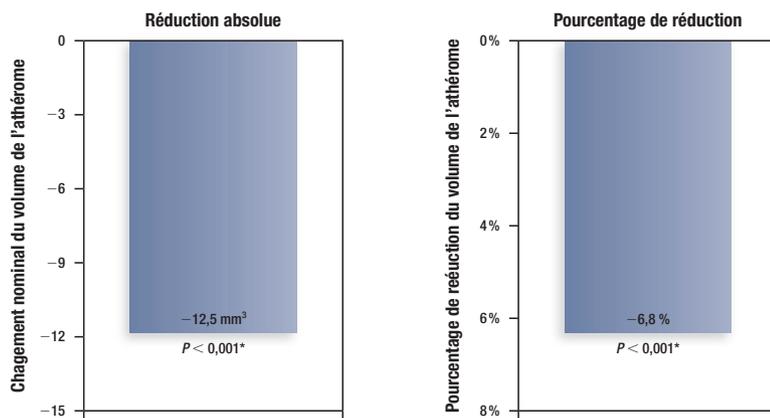
« Nous savons maintenant qu'une baisse maximale et intensive du taux de lipides peut partiellement inverser le processus de la maladie athéroscléreuse », a annoncé, le **Dr Steven Nissen**, chercheur de la Cleveland Clinic Foundation, devant une salle bondée qui l'a applaudi. Le spécialiste et ses collaborateurs ont réussi à faire régresser de 9 % le volume

moyenne, grâce à de fortes doses de rosuvastatine (Crestor®) au cours de l'étude ASTEROID (*A Study to Evaluate the Effect of Rosuvastatin on Intravascular Ultrasound-Derived Coronary Atheroma Burden*).

Cette étude, financée par AstraZeneca, rassemblait 507 patients présentant une obstruction de 20 % à 50 % d'une artère coronaire. La plupart des sujets avaient passé une coronarographie en raison d'une angine stable ou instable ou de résultats anormaux à une épreuve d'effort. Aucun des participants ne prenait alors de statines ou du moins n'en avait ingérées pendant plus de trois mois au cours de l'année précédente.

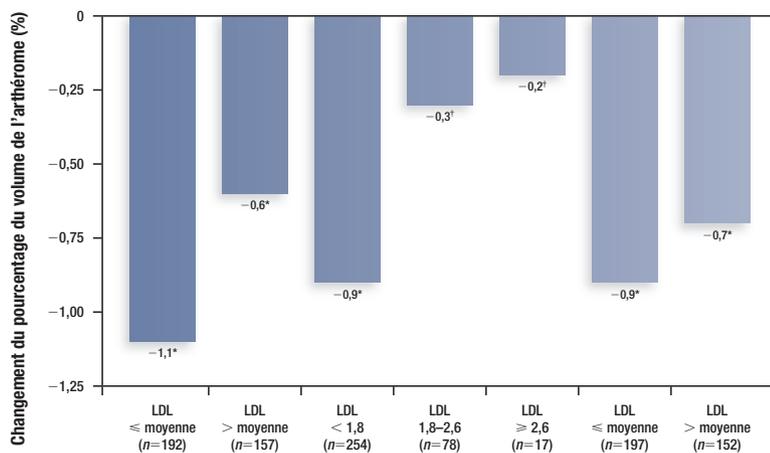
Les sujets ont été traités pendant 24 mois par 40 mg par jour de rosuvastatine (Crestor®), la plus puissante des statines. « Comme il était considéré inacceptable

Figure 1. Artère complète : changement du volume de l'athérome



• Comparaison par rapport aux valeurs initiales selon le test *Wilcoxon signed rank*.

Figure 2. Changement du pourcentage du volume de l'athérome Sous-groupes selon le taux de lipides au cours du traitement



* $P < 0,001$ pour le changement depuis le début (régression)

† P : non-signification en ce qui concerne le changement depuis le début

sur le plan éthique d'administrer à des patients atteints de maladies coronariennes un traitement par des statines de faible intensité, nous ne pouvions inclure un groupe témoin prenant un placebo ou de faibles doses », a précisé le D^r Nissen.

Chez chaque participant, les chercheurs ont pris une échographie endovasculaire d'une coronaie précise et de ses plaques, au début et à la fin de l'étude. Pour réduire la possibilité de biais au moment de l'analyse, ils ont fait enlever les dates des

images. Les paires de photos initiales et finales d'athéromes ont donc été examinées par des techniciens qui ignoraient leur séquence chronologique.

Résultats

Après deux ans de traitement par les statines, les résultats sont étonnants chez les 349 participants qui ont repassé l'échographie endovasculaire. Ils présentaient une réduction médiane de :

- 0,79 % du pourcentage du volume des athéromes dans le vaisseau sélectionné ($P < 0,001$) ;
- 9,1 % du volume de l'athérome dans le segment de 10 mm le plus malade de l'artère, ce qui constitue une diminution médiane de 5,6 mm³ ($P < 0,001$) ;
- 6,8 % du volume total des athéromes dans la coronaie, ce qui correspond à une réduction médiane de 12,5 mm³ ($P < 0,001$) (figure 1).

Les paramètres lipidiques des participants se sont parallèlement améliorés :

- le taux de cholestérol LDL moyen est passé de 3,38 mmol/l à 1,57 mmol/l, une réduction moyenne de 53,2 % ($P < 0,001$) ;
- la concentration sanguine moyenne de cholestérol LDL, initialement de 1,12 mmol/l, s'est hissée à 1,27 mmol/l, un bond de 14,7 % ($P < 0,001$).

« À notre connaissance, il s'agit du plus bas taux moyen de cholestérol LDL et de la plus importante hausse de cholestérol HDL jamais atteints dans une

étude sur les statines », a souligné le D^r Nissen, dont les résultats étaient publiés simultanément dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*¹.

La chute du taux de cholestérol LDL jouerait un rôle déterminant dans la fonte de la plaque. « Chez

1. Nissen SE, Nicholls SJ, Sipahi I et coll. Effect of very high-intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis: the ASTEROID trial. *JAMA* 2006 ; 295 : 1556-65.

2. Blumenthal RS, Kapur NK. Can a potent statin actually regress coronary atherosclerosis? *JAMA* 2006 ; 295 : 1583-4.

les patients dont le taux était inférieur à 1,8 mmol/l, il y avait une régression statistiquement significative, mais ce n'était pas le cas quand le taux se situait entre 1,8 mmol/l et 2,6 mmol/l (figure 2). Cela signifie que si l'on veut une régression réelle, il faut atteindre un taux de cholestérol LDL très bas », a expliqué le chercheur.

Pourrait-on obtenir les mêmes résultats avec une autre statine qui abaisserait autant le taux de cholestérol LDL ? « Je l'ignore, avoue le chercheur. La partie de l'équation qui me trouble est l'augmentation de 15 % du taux de cholestérol HDL. Nous avons obtenu une hausse que nous n'avons jamais vue auparavant. Quel rôle a-t-elle joué ? »

L'athérosclérose n'a cependant pas reculé chez tous les patients. Ainsi, chez 36 % des sujets, le volume de la plaque a progressé (figure 3). Et chez 22 %, la taille de l'athérome s'est accrue dans le segment de 10 mm le plus atteint (figure 4).

Un taux de cholestérol LDL le plus bas possible

Sur le plan des effets secondaires, le traitement-choc par la rosuvastatine n'a pas entraîné de problèmes démesurés. Aucun cas de rhabdomyolyse n'est survenu. Et seulement 1,8 % des patients ont présenté un taux d'ALT plus de trois fois supérieur

à la limite de la normale. Les effets indésirables observés correspondaient à ceux des autres essais cliniques où de fortes doses de statines étaient employées.

Est-ce ainsi le premier pas vers une victoire contre l'athérosclérose ? Le **D^r Roger Blumenthal** et le **D^r Navin Kapur**, auteurs d'un éditorial dans le *JAMA*, se mon-



D^r Roger Blumenthal

Figure 3. Distribution des sujets selon le pourcentage de changement du volume de l'athérome

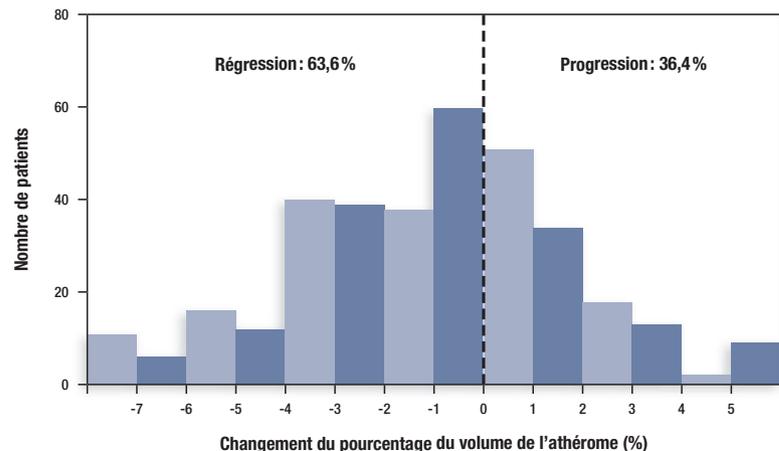
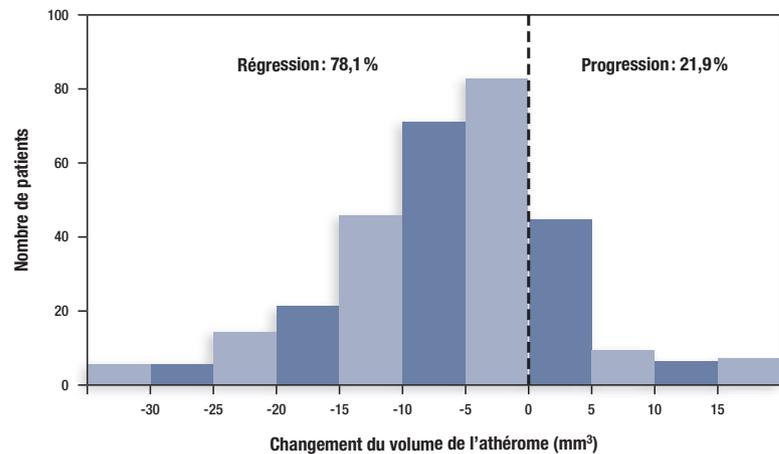


Figure 4. Segment de 10 mm le plus atteint



trient prudents devant les données d'ASTEROID¹. « Bien que la régression de l'athérosclérose prouvée par l'échographie endovasculaire soit une découverte intrigante, les cliniciens doivent se rappeler que cela peut ne pas être la meilleure mesure de l'effet du traitement sur les critères cardiovasculaires importants. »² On ignore effectivement si la diminution des athéromes entraînera une réduction de la mortalité et de la morbidité.

Et qu'arriverait-il si l'on doublait la dose de rosuvastatine ? Obtiendrait-on une régression de la plaque deux fois plus importante ? Peut-être pas, a répondu

le D^r Nissen. « Cependant, un phénomène intéressant pourrait peut-être se passer. La plaque est faite de composantes lipidiques et fibreuses. Je pense que si l'on se débarrasse des lipides, on ne va avoir que le tissu fibreux. Et devinez quoi ? Si l'on n'a qu'une plaque fibreuse, elle ne se rompra pas. C'est comme une cicatrice stable. C'est la raison pour laquelle la "délipidation" de la paroi de l'artère pourrait être une stratégie excitante. »

Les données d'ASTEROID pourraient éventuellement changer la pratique clinique. « Un traitement par statine d'intensité maximale semble approprié chez les patients qui courent de grands risques de complications coronariennes. Nos résultats semblent indiquer que la stratégie optimale serait de parvenir au plus bas

taux possible sans effets indésirables plutôt que d'essayer d'atteindre un taux précis de cholestérol LDL », a conclu le chercheur. ☞



La contribution québécoise à ASTEROID



D^r Jean-Claude Tardif

Tout impressionnants qu'ils soient, les résultats d'ASTEROID ne révolutionneront pas la pratique médicale. « Ces données vont dans le même sens que celles des autres essais cliniques sur les statines, c'est-à-dire que plus on réduit le taux de cholestérol LDL, meilleurs sont les résultats », explique le D^r Jean-Claude Tardif, directeur du Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal, qui a été à la fois membre du comité directeur de l'étude ASTEROID et investigateur.

Il n'y aurait ainsi plus de seuil de cholestérol LDL à atteindre. Les organismes officiels devraient suivre le mouvement vers le bas. « Les prochaines lignes directrices canadiennes vont conseiller d'obtenir un taux de cholestérol LDL de 2,0 mmol/l chez les patients atteints d'athérosclérose. Aux États-Unis, les recommandations officielles n'ont pas changé. Toutefois, il y a environ deux ans, après le dévoilement des résultats de l'étude PROVE-IT, un article publié dans *Circulation* suggérait aux cardiologues, sans le recommander formellement, de viser un taux de cholestérol de 1,6 mmol/l chez les patients qui avaient eu un syndrome coronarien aigu », indique le chercheur.

Le profil des malades ciblés s'élargit également. « Il y a bien des années, on visait dans l'étude 4S des patients dont le taux de complications cardiaques était extrêmement élevé. On s'intéresse maintenant à ceux du milieu du spectre. » Les sujets de l'essai clinique ASTEROID présentaient une angine stable ou instable qui nécessitait une coronarographie.

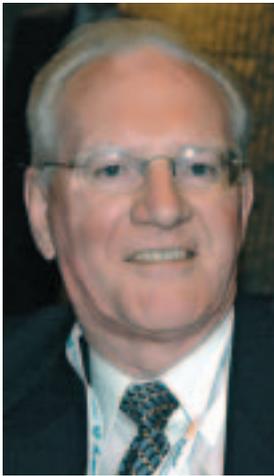
La prise de fortes doses de statines ne va cependant pas sans risque. Santé Canada a fait des mises en garde en raison, entre autres, de rares cas de rhabdomyolyse. « Il faut soupeser les risques et les bienfaits des statines, reconnaît le D^r Tardif. On ne va pas prescrire d'emblée 40 mg de rosuvastatine à tous les patients. On doit être prudent dans les cas des patients de petit poids, des Asiatiques, des personnes qui ont des affections musculaires connues, qui sont atteintes d'insuffisance rénale ou qui prennent trop d'alcool. »

Plusieurs Québécois ont participé à l'essai clinique ASTEROID : une vingtaine de patients et plusieurs chercheurs, dont le D^r Jean Davignon de l'Institut de recherche clinique, qui a été membre du comité directeur de l'étude, et des investigateurs comme le D^r Christian Constance, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, et le D^r François Reeves, du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. À Québec, le D^r Olivier Bertrand de l'Hôpital Laval a également collaboré à l'essai. ☞

Étude TNT

Fortes doses d'atorvastatine et néphroprotection

Photos : Emmanuèle Garnier

D^r James Shephard

De fortes doses de statines seraient bénéfiques non seulement pour le cœur, mais aussi pour les reins. Elles pourraient améliorer la clairance de la créatinine. « Le fait de baisser le taux de cholestérol LDL bien au-dessous de 2,6 mmol/l avec de fortes doses d'atorvastatine (Lipitor^{MC}) semble offrir une protection rénale aux patients à risque élevé présentant une maladie coronarienne », a expliqué le **D^r James Shephard**, de l'Université de Glasgow.

L'an dernier, les auteurs de l'étude *Treating to New Targets* (TNT), financée par Pfizer, avaient montré que la dose de 80 mg d'atorvastatine diminuait le taux d'importantes complications cardiovasculaires de 22 % de plus que la dose de 10 mg, en cinq ans. Mais qu'en était-il de la fonction rénale ? Des données avaient déjà indiqué que l'atorvastatine pourrait avoir des effets néphroprotecteurs. Pour le vérifier, l'un des chercheurs, le D^r Shephard, a effectué avec ses collaborateurs une analyse *post hoc* des données de 8000 des sujets de l'étude.

Les participants de l'essai clinique TNT, des patients souffrant d'une maladie coronarienne stable, avaient initialement pris 10 mg par jour d'atorvastatine pendant huit semaines. Les 10 001 sujets dont le taux de cholestérol LDL était descendu au-dessous de 3,4 mmol/l avaient été répartis de façon aléatoire en deux groupes. La moitié avaient pris 10 mg d'atorvastatine, ce qui avait abaissé leur taux de cholestérol LDL à 2,6 mmol/l au bout de cinq ans, et les autres avaient pris 80 mg, ce qui leur avait permis d'atteindre un taux de 2,0 mmol/l.

« Le déclin de la fonction rénale auquel on s'attendait au cours des cinq ans de l'étude TNT n'a été observé ni avec la dose de 10 mg d'atorvastatine, ni avec

celle de 80 mg », a révélé le D^r Shephard. Au contraire, la clairance de la créatinine des participants a augmenté. « Nous devons nous rappeler qu'à mesure que nous vieillissons notre fonction rénale décline à un rythme d'approximativement de 1 ml/min par année. Et c'est une faible estimation. »

La clairance de la créatinine des patients, calculée à partir de la formule de Cockcroft et Gault, a été établie au début de l'étude et cinq ans plus tard, à la fin du suivi.

Dose d'atorvastatine	Clairance initiale	Hausse de la clairance après 5 ans
10 mg	78,8 ml/min	1,1 ml/min
80 mg	77,5 ml/min	2,7 ml/min

La différence de l'augmentation de la clairance entre des deux groupes est ainsi de 1,6 ml/min. « Après cinq ans, la dose de 80 mg d'atorvastatine a significativement augmenté le taux de filtration glomérulaire au-delà du niveau atteint avec celle de 10 mg. Cela semble indiquer que l'effet néphroprotecteur est lié à la dose », a indiqué le chercheur.

Au départ, environ 20 % des patients avaient une clairance de moins de 60 ml/min selon l'équation de Cockcroft et Gault, révélant la présence d'une maladie rénale chronique. À la fin de l'étude, le nombre de sujets dont la clairance de la créatinine dépassait ce seuil était significativement plus élevé dans le groupe prenant 80 mg d'atorvastatine par jour. Parallèlement, la clairance d'un moins grand nombre avait chuté au-dessous de 60 ml/min.

Le recours à la dose de 80 mg n'a, par ailleurs, pas été associé à plus d'effets indésirables que la prise de 10 mg. La forte dose s'est révélée efficace et a été bien tolérée même chez les patients présentant une maladie rénale chronique.

Ainsi, la dose de 80 mg d'atorvastatine non seulement réduit davantage la concentration sanguine de cholestérol LDL et diminue plus le risque de complications cardiovasculaires importantes que celle de 10 mg chez les patients présentant une maladie coronarienne stable, mais aussi améliore davantage leur fonction rénale sans les exposer à des risques plus importants. 🍷

Patients diabétiques

Une triple thérapie contre les dyslipidémies

Photos : Emmanuelle Garnier



Dr Robert Pearson

Comment permettre à plus de patients diabétiques d'obtenir un profil lipidique optimal ? L'une des solutions est de recourir à toute l'artillerie pharmacologique : statine, fibraté et inhibiteur de l'absorption du cholestérol. C'est ce qu'ont fait avec un certain succès les chercheurs de l'étude DIACOR.

Bien des patients diabétiques sont incapables d'atteindre avec seulement un ou deux médicaments les objectifs des lignes directrices du National Cholesterol Education Program (NCEP) III :

- un taux de cholestérol inférieur à 2,6 mmol/l ;
- un taux de cholestérol HDL de 1,0 mmol/l ou plus ;
- une concentration sanguine de triglycérides de moins de 1,7 mmol/l.

Le **Dr Robert Pearson**, de l'Université de l'Utah, et ses collaborateurs ont tenté d'atteindre ce triple objectif avec trois médicaments. Ils ont recruté 300 patients atteints de diabète de type 2, présentant plusieurs types de dyslipidémie, mais sans maladie cardiovasculaire. Pendant 12 semaines, les participants ont reçu soit 160 mg de fénofibrate, soit 20 mg de simvastatine (Zocor®), soit les deux. Puis, durant neuf mois, ils ont tous pris les deux médicaments. Les 37 sujets dont le taux de cholestérol LDL restait supérieur à 2,6 mmol/l ou le taux de triglycérides au-dessus de 1,7 mmol/l ont reçu en plus de la statine et du fénofibrate, soit 10 mg d'ézétimibe (Ezetrol®) ($n=20$), soit un placebo ($n=17$).

Au cours des six semaines qui ont suivi, il y a eu dans le groupe de patients sous statine, fibraté et ézétimibe une diminution progressive de :

- 16 % du taux de cholestérol total ($P < 0,0001$) ;
- 25 % du taux de cholestérol LDL ($P < 0,0001$) ;

- 14 % du taux de cholestérol VLDL ($P < 0,01$).

À la fin de ce mois et demi de traitement, 23,5 % des patients recourant à la triple thérapie ont atteint les trois cibles du NCEP III, tandis que dans le groupe témoin aucun n'y est parvenu. « La probabilité d'atteindre les trois buts du NCEP était significativement plus importante dans le groupe prenant la triple thérapie que dans celui recevant la bithérapie », a précisé le Dr Pearson.

Par contre, la prise d'ézétimibe n'offrait plus d'avantages pour l'atteinte d'un ou deux buts : 76,5 % des diabétiques recourant à la trithérapie y sont parvenus contre 80,0 % de ceux sous bithérapie. Cependant, aucun patient prenant les trois médicaments n'a été incapable d'atteindre les trois objectifs du NCEP III, contrairement à 20 % des participants ne prenant pas d'ézétimibe.

La triple thérapie a été sûre et bien tolérée. Il n'y a eu aucun effet secondaire grave comme la rhabdomyolyse, des myalgies ou des atteintes hépatiques. « En conclusion, la triple thérapie est une nouvelle approche très attirante pour des patients sélectionnés, comme les diabétiques qui ne parviennent pas à atteindre les cibles du NCEP III avec un ou deux médicaments. Ces données nécessitent des recherches plus poussées avec de grands essais cliniques prospectifs », a estimé le chercheur. 📖



Étude CHARISMA

L'ajout du clopidogrel à l'aspirine, néfaste pour certains patients ?



D^r Deepak Bhatt

Les bienfaits de l'ajout de clopidogrel (Plavix®) à de faibles doses d'aspirine ont leurs limites. Chez des patients qui courent de grands risques de complications athérombotiques, l'addition de clopidogrel ne réduit pas davantage le taux d'infarctus du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou de décès d'origine cardiovasculaire que la simple prise d'aspirine, vient de montrer l'étude CHARISMA (*Clopidogrel for High Atherothrombotic Risk and Ischemic Stabilization, Management and Avoidance*).

Avant de présenter les résultats de son étude, financée par Sanofi-Aventis et Bristol-Myers Squibb, le D^r Deepak Bhatt, de la Cleveland Clinic, a tenu à préciser que sa « conférence portait sur des utilisations du clopidogrel non officiellement approuvées. » Jusqu'à présent, des essais cliniques avaient montré l'utilité de la bithérapie antiplaquettaire chez les patients ayant une angine instable ou un infarctus du myocarde ou encore qui subissaient une angioplastie et la pose d'une endoprothèse vasculaire.

Pour explorer une nouvelle indication de ce double traitement, le D^r Bhatt et son équipe ont recruté 15 603 patients ayant soit une maladie cardiovasculaire clinique évidente (affection coronarienne ou vasculaire cérébrale établie ou maladie artérielle périphérique prouvée), soit de multiples facteurs de risque (diabète, sténose de plus de 70 % d'une carotide, etc.). Les sujets, qui ont été distribués au hasard dans deux groupes, ont reçu, en

plus de faibles doses d'aspirine (entre 75 mg et 162 mg par jour), soit 75 mg de clopidogrel par jour, soit un placebo.

Après un suivi médian de 28 mois, le taux de patients victimes d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC ou encore morts d'un trouble cardiovasculaire était semblable dans les deux groupes. Ces événements, qui constituaient le critère d'évaluation principal d'efficacité, sont survenus :

- chez 6,8 % des sujets qui prenaient du clopidogrel en plus de l'aspirine ;
- chez 7,3 % du groupe témoin ($P = 0,22$).

Le taux d'hospitalisation pour des troubles ischémiques était, par ailleurs, proche dans les deux groupes ;

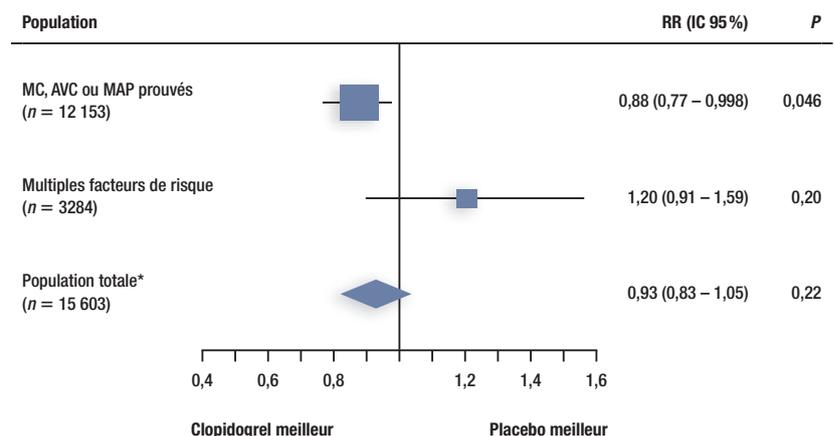
- 16,7 % chez les participants sous clopidogrel ;
- 17,9 % chez les sujets témoins ($P = 0,04$).

Le taux de saignements graves, le principal critère d'évaluation d'innocuité, par contre, était similaire :

- 1,7 % avec le clopidogrel ;
- 1,3 % dans le groupe témoin ($P = 0,09$).

Néanmoins, le taux d'hémorragies a inquiété le D^r Bhatt et ses collègues qui publiaient au même

Figure. Résultats du critère d'évaluation principal (IM, AVC, mort CV) selon les sous-groupes initialement déterminés



IM : infarctus du myocarde ; AVC : accident vasculaire cérébral ; CI : décès d'origine cardiovasculaire ; MC : maladie coronarienne ; MAP : maladie artérielle périphérique

* Un test statistique pour l'interaction montre que l'hétérogénéité ($P = 0,045$) est à peine significative concernant la réaction au traitement dans ces sous-groupes prédéterminés de patients.

moment leurs résultats dans le *New England Journal of Medicine*. « Le taux de saignements graves n'était pas significativement plus grand avec le clopidogrel qu'avec le placebo, mais une tendance préoccupante a été notée et le clopidogrel a été associé à une augmentation significative du taux de saignements modérés », ont souligné dans leur article les chercheurs¹.

Résultats différents selon le groupe de patients

L'analyse des données des sous-groupes – qui nécessite toujours une certaine prudence – semble indiquer que les patients ayant une maladie cardiovasculaire clinique bénéficiaient de la prise de clopidogrel et d'aspirine, alors que chez les sujets qui n'avaient que des facteurs de risque, ce double traitement pouvait être néfaste.

Ainsi, chez les 3284 participants sans affection cardiovasculaire évidente, l'ajout du clopidogrel à la prise d'aspirine n'a pas réduit le taux d'infarctus du myocarde, d'AVC ou de mort d'origine cardiovasculaire. Pire, il y a eu une augmentation significative du taux

de mort due à un problème cardiovasculaire chez ceux qui prenaient du clopidogrel :

- 3,9 % parmi les sujets sous bithérapie ;
- 2,2 % parmi les participants ne recevant que de l'aspirine ($P=0,01$).

Par contre, chez les quelque 12 000 patients qui avaient une maladie cardiovasculaire clinique évidente, la prise de clopidogrel a semblé bénéfique. Ainsi, le taux d'infarctus du myocarde, d'AVC ou de mort de nature cardiovasculaire était de :

- 6,9 % avec le clopidogrel ;
- 7,9 % avec le placebo ($P = 0,05$).

« L'étude CHARISMA semble indiquer que chez les sujets dont l'état est stable la bithérapie antiplaquettaire a des effets à long terme différents selon le type de patient. Elle n'est ainsi pas recommandée en prévention primaire, mais semble bénéfique en prévention secondaire (maladie cardiovasculaire, maladie vasculaire cérébrale ou maladie artérielle périphérique) », a résumé le D^r Bhatt. « Ces données et celles des futurs essais cliniques aideront les médecins à décider quels patients, parmi ceux dont la maladie n'est pas aiguë ou est stable, devraient recevoir à long terme une bithérapie antiplaquettaire. »

1. Bhatt DL, Fox KA, Hacke W et coll. Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events. *N Engl J Med* 2006 ; 354. Publié en ligne le 12 mars 2006 dans www.nejm.org

Ces patients hypertendus à qui l'on devrait prescrire des statines



D^r Richard Chapman

En 2003, l'étude ASCOT-LLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm) a montré que les patients hypertendus qui ont différents facteurs de risque de maladie coronarienne peuvent bénéficier de la prise d'une statine, peu importe leur taux de cholestérol LDL. Mais les médecins leur en prescrivent-ils ?

C'est ce qu'a cherché à vérifier aux États-Unis le D^r Richard Chapman, de ValueMedics Research, dans une étude financée par Pfizer. Le chercheur et ses collaborateurs ont examiné la fréquence à laquelle les patients à risque élevé qui commencent un traitement antihypertenseur reçoivent une prescription de statine.

Le D^r Chapman et ses collègues ont utilisé la banque de données PharMetrics'Patient-Centric Database qui contient les réclamations médicales et pharmaceutiques de plus de 75 régimes de santé aux États-Unis. Ils y ont trouvé quelque 142 000 sujets de 25 ans et plus qui étaient non seulement hypertendus, mais avaient aussi une dyslipidémie, une maladie coronarienne établie, le diabète ou encore trois facteurs de risque et plus, mais sans maladie coronarienne.

« Une fraction substantielle des patients de ces groupes ne reçoivent pas de traitement par les statines », a indiqué le D^r Chapman. En fait, pendant la première année de leur traitement antihypertenseur, la majorité n'ont pas eu de prescription pour ces hypolipémiants, soit :

- 53,3 % de ceux qui avaient aussi une dyslipidémie ;
- 57,6 % de ceux qui présentaient une maladie coronarienne établie ;
- 61,0 % des diabétiques ;
- 53,7 % de ceux qui avaient trois facteurs de risque ou plus, sans maladie coronarienne.

Complications pendant la grossesse

Un nouveau facteur de risque cardiovasculaire ?



Dr^e Mimi Biswas

Les complications de la grossesse pourraient annoncer d'éventuels troubles cardiaques, selon la Dr^e **Mimi Biswas**, du Centre médical de l'Université Duke, en Caroline du Nord. « Nous avons découvert que la présence de problèmes au cours de la grossesse est associée à une augmentation de 1,6 fois du risque d'avoir une maladie corona-

rienne et de plus de deux fois du risque de mourir d'un trouble cardiaque. » Ce nouvel élément viendrait s'ajouter aux facteurs de risque traditionnels.

La chercheuse et ses collaborateurs ont croisé deux banques de données du Centre médical de l'Université Duke : celle des soins cardiovasculaires, comprenant 42 000 patients et contenant des informations sur les cathétérismes effectués dans cet hôpital, et celle des résultats cliniques périnataux concernant toutes les femmes qui y ont accouché.

Le croisement a permis de retracer 404 femmes qui ont donné naissance à un enfant et subi ultérieurement un cathétérisme. Parmi ces sujets, dont les deux tiers étaient de race noire, 194 n'avaient pas connu de problèmes au cours de leur grossesse. Mais 210 femmes avaient eu des complications, comme un diabète de grossesse, une hypertension

avec protéinurie (prééclampsie) ou un accouchement prématuré.

Les 404 femmes étudiées, qui avaient environ 27 ans au moment de la naissance de leur enfant, ont subi un cathétérisme à l'âge médian de 41 ans. Environ 20 % ont eu un infarctus du myocarde au cours des trois ans suivants. Approximativement 10 % sont ensuite décédées. L'âge médian des 55 femmes qui sont mortes, dont 32 de troubles cardiaques, s'élevait à 42 ans.

L'analyse révèle que les complications liées à la grossesse étaient associées à une augmentation de 1,6 fois du risque d'avoir une maladie coronarienne. Cette donnée tient compte de l'âge, de la présence de diabète et du tabagisme. Les problèmes pendant la grossesse augmentaient également de 2,3 fois le risque de mourir d'un trouble cardiaque. « Les complications de la grossesse peuvent servir de nouveaux facteurs de risque pour repérer une population particulièrement susceptible d'être victimes de maladie coronarienne et de mort précoce. Le fait d'en tenir compte permettrait d'augmenter les efforts de prévention primaire chez ces femmes », estime la chercheuse.

L'étude révèle également que la consommation de tabac au cours de la gestation était liée à un risque accru de 2,8 fois de décès de nature cardiaque. « Étant donné le grand pourcentage de femmes qui continuent à fumer pendant la grossesse, le fait de cibler l'arrêt du tabagisme dans cette population-là serait non seulement bénéfique pour la santé du fœtus, mais diminuerait aussi le risque futur de mort précoce », a précisé la Dr^e Biswas. 

