

Hypercholestérolémies : traitement chez les adultes

Idées-Forces tirées de *Prescrire* jusqu'au n° 343 (mai 2012)



● Plusieurs interventions de prévention cardiovasculaire sont à mettre en œuvre chez les patients ayant une hypercholestérolémie : mesures hygiéno-diététiques et éventuellement médicaments hypocholestérolémiants. (n° 175, p. 510) (n° 338 suppl., 2-6-Introduction)



Lire aussi les Idées-Forces Prescrire “Hypercholestérolémies chez les adultes, en bref”

Objectifs principaux du traitement, critères d'intervention

● L'objectif principal des traitements hypocholestérolémiants est de diminuer le risque de mort prématurée et la fréquence des événements cardiovasculaires majeurs, et non de corriger le taux de lipides sérique (critère intermédiaire). L'expérience a en effet montré que des médicaments qui diminuent la cholestérolémie (*cérovastatine*, *clofibrate*) induisent parfois une surmortalité. (n° 159, p. 102) (n° 312, p. 728) (n° 275, p. 567-4 sur le site Prescrire) (n° 338 suppl., 2-6-3-2)

● Le contexte clinique (âge, sexe, diabète, antécédents cardiovasculaires, etc.) est à prendre en compte. Ainsi, un antécédent cardiovasculaire à type de coronaropathie, d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral ou d'artériopathie symptomatique des membres inférieurs augmente le risque cardiovasculaire. Chez les patients ayant ce type d'antécédent, la balance bénéfices-risques des traitements hypocholestérolémiants diffère de celle des mêmes traitements chez les patients sans antécédent cardiovasculaire. (n° 263, p. 524) (n° 194, p. 281) (n° 238, p. 288) (n° 238, p. 292) (n° 159, p. 158)

● Il est important de considérer la motivation du patient à suivre un régime (qui reste conseillé même après l'instauration d'un traitement médicamenteux) et/ou à prendre un traitement médicamenteux pendant de nombreuses années. (n° 194, p. 287)

● Après essai d'une intervention diététique visant à faire diminuer la cholestérolémie, la LDL-cholestérolémie, calculée et vérifiée, représente le critère décisionnel biologique le mieux validé pour instaurer un traitement hypocholestérolémiant. (n° 201, p. 876)

● La prise en charge des hypercholestérolémies familiales est en général assez proche de celle des hypercholestérolémies de la population générale. (n° 258, p. 125)

Patients non diabétiques sans antécédent cardiovasculaire

● Pour les hommes de moins de 70 ans non diabétiques sans antécédent d'accident cardiovasculaire, la valeur seuil de LDL-cholestérol pour l'instauration d'un traitement médicamenteux hypocholestérolémiant est d'environ 4,5 mmol/l (1,7 g/l). (n° 238, p. 292) (n° 219, p. 555)

● Chez les femmes non diabétiques sans antécédent cardiovasculaire, aucune étude n'a mis en évidence une réduction du risque cardiovasculaire par un traitement médicamenteux hypocholestérolémiant. Pour les hommes de plus de 70 ans non diabétiques sans antécédent cardiovasculaire, les indications des médicaments hypocholestérolémiants sont aussi mal cernées. Le traitement paraît alors justifié seulement en cas d'hypercholestérolémie très importante. (n° 255, p. 778) (n° 194, p. 287) (n° 238, p. 292/293)

Patients diabétiques

● Les données de l'évaluation incitent à traiter les patients diabétiques âgés de plus de 40 ans, avec ou sans affection cardiovasculaire, quand la LDL-cholestérolémie dépasse 3 mmol/l, surtout en présence d'autres indicateurs de risque, hypertension artérielle notamment. (n° 263, p. 524)



Patients avec antécédent cardiovasculaire

● Après un accident vasculaire cérébral ischémique ou un infarctus du myocarde, ou en cas de coronaropathie ou d'artériopathie des membres inférieurs, un traitement hypocholestérolémiant est justifié quand la LDL-cholestérolémie est supérieure à 2,4 mmol/l (0,9 g/l). Il en est de même chez les patients diabétiques de type 2 ayant une complication cardiovasculaire. (n° 238, p. 292) (n° 249, p. 245) (n° 263, p. 523)

Choix des traitements

Agir sans médicament

Mesures hygiénodététiques

● Chez les patients ayant une hypercholestérolémie, une intervention diététique adaptée est à proposer en préalable, puis en complément du traitement médicamenteux. (n° 282, p. 277) (n° 194, p. 287) (n° 264, p. 614)

● Les patients ayant une hypercholestérolémie ont intérêt à choisir un régime proche du régime "méditerranéen", pour lequel les preuves d'une efficacité préventive cardiovasculaire sont relativement étoffées, notamment chez les patients ayant un antécédent cardiovasculaire. Chez ces derniers, par comparaison indirecte, cet effet paraît équivalent ou supérieur à celui d'un traitement par statine, sur des critères cliniques. Selon des données épidémiologiques, ce régime est aussi bénéfique chez les personnes n'ayant jamais eu d'accident cardiovasculaire. En pratique, il est raisonnable de proposer ce type d'alimentation, riche en céréales, fruits, légumes et pauvre en graisses saturées (principalement graisses animales), dans la mesure où il semble peu contraignant et dénué d'effet indésirable grave. (n° 282, p. 277) (n° 264, p. 614) (n° 270, p. 236-2 sur le site Prescrire) (n° 302, p. 926)

● Chez les patients obèses (indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m²), les mesures diététiques visant à faire perdre du poids, associées à une augmentation de l'exercice physique, diminuent la LDL-cholestérolémie. Cependant, les bénéfices prévisibles sont de faible ampleur. (n° 282, p. 280) (n° 281, p. 199)

● D'autres interventions de prévention cardiovasculaire sont à mettre en œuvre : réduction d'un surpoids, limitation des apports glucidolipidiques avec prise en compte de la densité calorique des aliments, limitation des boissons alcoolisées, action sur les autres facteurs de risque cardiovasculaire notamment le tabagisme. (n° 175, p. 510) (n° 338 suppl., 2-6-Introduction)

Activité physique

● L'effet préventif des activités physiques de loisirs n'a pas été évalué lors d'essais sur des critères cliniques. Cependant, elles ont un effet favorable sur l'hypercholestérolémie et, selon des études épidémiologiques conduites chez des hommes âgés de 35 ans à 60 ans, les accidents coronariens ont été statistiquement moins fréquents chez les personnes ayant des activités physiques de loisirs que chez les personnes sédentaires. (n° 200, p. 768) (n° 342, p. 286)

● L'entraînement physique a un effet favorable modeste sur d'autres facteurs de risque cardiovasculaire : poids, pression artérielle, HDL-cholestérolémie, glycémie. Cet effet a été démontré surtout chez des patients obèses. (n° 200, p. 767)

● Les activités physiques de loisirs ont parfois des effets indésirables, surtout des traumatismes et des lésions ostéoarticulaires chroniques. Le risque d'accident de la circulation, notamment pour la course à pied et le cyclisme, sont aussi à prendre en compte.

Hypercholestérolémies : traitement chez les adultes

Idées-Forces tirées de *Prescrire* jusqu'au n° 343 (mai 2012)



Les activités physiques de loisirs intenses exposent à des accidents cardiaques liés à l'effort, dont parfois des infarctus du myocarde, voire des morts subites, surtout chez les hommes non entraînés. La prévention de ces accidents repose sur un dépistage des personnes à risque et sur des conseils pour la pratique sportive. (n° 200, p. 772) (n° 281, p. 200) (n° 200, p. 770) (n° 200, p. 767)

Médicaments de premier choix

- Quand un médicament est justifié, le mieux est de choisir la *pravastatine* ou la *simvastatine*, les hypocholestérolémiants les mieux évalués sur des critères de morbidité. Chez les patients n'ayant pas d'antécédent d'accident cardiovasculaire, la *pravastatine* réduit la mortalité globale et les accidents cardiovasculaires (2 morts évitées pour 1 000 patients traités pendant un an). Chez les patients ayant un antécédent d'accident cardiovasculaire (accident vasculaire cérébral ischémique, infarctus du myocarde, artériopathie des membres inférieurs, patients coronariens), la *pravastatine* ou la *simvastatine* réduisent les récurrences, voire la mortalité. Chez les patients diabétiques de type 2 ayant une hypercholestérolémie, un traitement par ces statines évite entre 1 et 2 événements cardiovasculaires par an pour 100 patients traités. La *pravastatine* est la statine de premier choix chez les patients à risque d'interactions. (n° 276, p. 692/693) (n° 238, p. 293) (n° 194, p. 284) (n° 238, p. 292) (n° 263, p. 523) (n° 276, p. 694)
- Le profil d'effets indésirables des statines est surtout constitué de : troubles digestifs fréquents ; céphalées, sensations vertigineuses, insomnies, troubles visuels ; atteintes musculaires, rhabdomyolyses, parfois mortelles ; rares tendinopathies qui touchent surtout le tendon d'Achille ; augmentations des transaminases, rares hépatites ; troubles cutanés (avec rarement syndromes de Lyell et de Stevens-Johnson et photodermatoses) ; rares pancréatites, polyneuropathies périphériques, pneumopathies interstitielles et fibroses pulmonaires ; réactions d'hypersensibilité. (n° 338 suppl., 2-6-2-2) (n° 241, p. 509) (n° 315, p. 29) (n° 295, p. 349) (n° 305, p. 190) (n° 282, p. 269)

Médicaments de deuxième ligne

- L'*atorvastatine* a une efficacité démontrée en termes de diminution des récurrences après un accident vasculaire cérébral ischémique ou après un infarctus du myocarde chez les patients ayant une hypercholestérolémie. Elle réduit aussi la fréquence des accidents cardiovasculaires chez les patients hypertendus ayant d'autres facteurs de risque cardiovasculaire associés et chez les patients diabétiques de type 2 ayant une hypercholestérolémie. Mais elle n'a pas d'effet démontré sur la mortalité globale. (n° 276, p. 694) (n° 278, p. 850) (n° 240, p. 462) (n° 296, p. 476) (n° 263, p. 523)
- La *fluvastatine* est moins bien évaluée que la *simvastatine* et la *pravastatine*. (n° 300, p. 744)
- Le *gemfibrozil*, un fibrate, ou la *colestyramine*, une résine, sont à utiliser en cas d'inefficacité ou d'effet indésirable des statines. Chez les patients n'ayant pas de complication cardiovasculaire, ces substances n'ont une efficacité préventive établie qu'en cas d'hypercholestérolémie plus importante (LDL-cholestérolémie dépassant 4,9 mmol/l (1,9 g/l)), sans effet démontré sur la mortalité globale. (n° 194, p. 287) (n° 219, p. 555) (n° 194, p. 286)
- Après infarctus du myocarde, le *gemfibrozil* est le seul fibrate commercialisé en France pour lequel un bénéfice sur le risque d'infarctus du myocarde, mortel ou non, a été démontré, mais sans effet démontré sur la mortalité globale. (n° 219, p. 555)
- Le profil d'effets indésirables des fibrates est surtout constitué de : troubles digestifs fréquents ; céphalées, sensations vertigineuses, fatigues, troubles visuels, insomnies, impuis-

Hypercholestérolémies : traitement chez les adultes

Idées-Forces tirées de *Prescrire* jusqu'au n° 343 (mai 2012)



sances, troubles du goût ; éruptions cutanées, prurits, photosensibilisations, alopecies ; thrombopénies, anémies, leucopénies ; hypoglycémies ; augmentations des transaminases ; lithiases biliaires ; myopathies et rhabdomyolyses (risque majoré en cas d'insuffisance rénale). La plupart des fibrates semblent avoir un effet délétère sur la fonction rénale, sauf probablement le *gemfibrozil*. (n° 338 suppl., 2-6-3-2) (n° 338 suppl., 2-6-3-5) (n° 329, p. 193)

● Le profil d'effets indésirables de la *colestyramine* comporte des : troubles gastro-intestinaux, notamment des constipations fréquentes avec risque de fécalome ou de bézoard, obstructions œsophagiennes ; stéatorrhées et diminution de l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E et K) ; éruptions cutanées et prurits. (n° 338 suppl., 2-6-4-2)

● Quand l'effet d'une statine est jugé insuffisant, on ne sait pas si une association avec un autre hypocholestérolémiant est utile, en termes de morbidité. Le mieux est de privilégier la monothérapie la plus adaptée, y compris en termes d'observance. (n° 276, p. 651-2 sur le site Prescrire)

Options à écarter

● En l'absence de données cliniques favorables, la consommation d'aliments enrichis en phytostérols ou phytostanols n'a pas sa place parmi les mesures non médicamenteuses de prévention cardiovasculaire, même en cas de risque cardiovasculaire élevé. (n° 266, p. 763) (n° 266, p. 767)

● Chez des patients avec antécédent(s) cardiovasculaire(s), un essai de grande taille, mais de faible niveau de preuves, a montré un bénéfice modeste des acides gras oméga-3 en termes de mortalité et de prévention des récidives. D'autres essais ayant évalué ces substances sous forme de capsules d'huile de poisson ont eu des résultats discordants, voire inquiétants. Les données concernant les bénéfices mais aussi les risques, en particulier sur le long terme (toxicité des polluants contenus dans les poissons, peroxydation des acides gras polyinsaturés à longue chaîne, augmentation modérée de la LDL-cholestérolémie), sont insuffisantes pour recommander les acides gras oméga-3, même en cas de risque cardiovasculaire élevé. (n° 270, p. 170) (n° 270, p. 199) (n° 270, p. 195)

● La balance bénéfices-risques de la *rosuvastatine* n'est pas favorable : son efficacité n'est pas solidement démontrée en termes de morbidité, tandis qu'elle expose à une incidence accrue de diabète et à des effets indésirables rénaux et musculaires plus fréquents semble-t-il que les autres statines. (n° 276, p. 694) (n° 304, p. 130)

● Dans un essai clinique, le *bézafibrate* n'a pas réduit l'incidence des accidents coronariens. Dans un autre essai clinique chez des patients diabétiques de type 2, le *fénofibrate* ne s'est distingué du placebo que par ses effets indésirables plus fréquents, notamment rénaux. Ces fibrates n'ont pas de place en prévention cardiovasculaire. (n° 271, p. 296) (n° 329, p. 193)

● En monothérapie, quand une statine n'est pas utilisable, l'intérêt de l'*ézétimibe*, un inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol, n'est pas établi sur des critères cliniques. Associer l'*ézétimibe* avec une statine permet une diminution supplémentaire de la LDL-cholestérolémie, mais sans preuve de bénéfice clinique tangible pour les patients, alors que cette association expose notamment à une augmentation de la fréquence des atteintes musculaires. Un effet cancérigène est suspecté avec l'*ézétimibe*. (n° 251, p. 409) (n° 276, p. 651-2 sur le site Prescrire) (n° 338 suppl., 2-6-5) (n° 317, p. 187)

● L'*acide nicotinique* à libération prolongée, seul ou associé au *laropirant*, n'a pas d'efficacité préventive démontrée en termes de mortalité globale, ni d'accidents cardiovasculaires chez les patients ayant une hypercholestérolémie, alors que ses effets indésirables (bouffées vasomotrices et troubles digestifs notamment) sont fréquents et parfois sévères. Une hépatotoxicité a été rapportée. Le *laropirant* augmente notamment la fréquence des trou-

Hypercholestérolémies : traitement chez les adultes

Idées-Forces tirées de *Prescrire* jusqu'au n° 343 (mai 2012)



bles digestifs et hépatiques et induit des troubles de la coagulation aux conséquences cliniques incertaines. (n° 275, p. 567) (n° 275, p. 567-4 sur le site Prescrire) (n° 338 suppl., 2-6-7) (n° 312, p. 726)

Interactions

Interactions communes aux statines et aux fibrates

- La conséquence clinique la plus préoccupante d'une interaction avec une statine ou un fibrate est une atteinte musculaire telle qu'une rhabdomyolyse, notamment par addition d'effets indésirables musculaires (y compris quand on associe une statine et un fibrate). Des interactions d'ordre pharmacocinétique, en présence d'inhibiteurs enzymatiques du cytochrome P450 pour certaines statines, ou en présence de médicaments diminuant l'élimination rénale pour les fibrates, augmentent aussi le risque d'atteintes musculaires. (n° 338 suppl., 2-6-2) (n° 338 suppl., 2-6-3)
- L'association d'une statine ou d'un fibrate avec un antivitamine K expose à des augmentations de l'INR (International normalized ratio) avec risque d'hémorragie accru. (n° 338 suppl., 2-6-2-5) (n° 338 suppl., 2-6-3-4)
- L'association d'une statine ou d'un fibrate avec la *ciclosporine* est délicate. La *ciclosporine* augmente fortement les concentrations plasmatiques de la *pravastatine* et modérément celles de la *simvastatine*. Les fibrates exposent à une surdose en *ciclosporine* avec un risque d'atteintes rénales, d'où accumulation des fibrates. Lors de l'association de la *ciclosporine* avec un de ces hypocholestérolémiants, mieux vaut assurer une surveillance de la ciclosporinémie, de la créatininémie et de l'activité créatine phosphokinase sérique. (n° 338 suppl., 2-6-2-4) (n° 338 suppl., 2-6-3-4)

Statines

- Le *ticagrélor*, un antiagrégant plaquettaire, expose à des interactions avec les statines métabolisées par l'isoenzyme CYP 3A4 du cytochrome P450 ou substrats de la glycoprotéine P. (n° 333, p. 492)
- Mieux vaut éviter d'associer une statine avec l'*acide fusidique*, des cas de rhabdomyolyse ayant été rapportés lors de cette association. (n° 338 suppl., 2-6-2-4)
- La *simvastatine* est métabolisée par l'isoenzyme CYP 3A4 du cytochrome P450, d'où un risque élevé d'interactions d'ordre pharmacocinétique. Ce n'est pas le cas avec la *pravastatine*, qui est la statine de premier choix chez les patients traités par un inducteur ou un inhibiteur enzymatique. (n° 338 suppl., 2-6-2-1) (n° 338 suppl., 2-6-2-4) (n° 338 suppl., 2-6-2-6)
- L'*atorvastatine* expose à de nombreuses interactions médicamenteuses, notamment avec les inhibiteurs de l'isoenzyme CYP 3A4 et avec les inducteurs enzymatiques. En inhibant la glycoprotéine P, l'*atorvastatine* expose à une augmentation des effets de la *digoxine* et d'autres substrats de cette protéine de transport. (n° 338 suppl., 2-6-2-4) (n° 338 suppl., 2-6-2-1) (n° 338 suppl., 2-6-2-5)
- La *fluvastatine* est métabolisée par l'isoenzyme CYP 2C9 du cytochrome P450, et expose à de nombreuses interactions médicamenteuses. (n° 300, p. 744)

Gemfibrozil

- Mieux vaut ne pas associer le *gemfibrozil* avec le *répaglinide*, ni avec la *pioglitazone*, en raison du risque d'hypoglycémies, parfois graves. L'association *gemfibrozil* + *ézétimibe* augmente le risque de lithiase biliaire. (n° 338 suppl., 2-6-3-4)

Hypercholestérolémies : traitement chez les adultes

Idées-Forces tirées de *Prescrire* jusqu'au n° 343 (mai 2012)



Colestyramine

- La *colestyramine* perturbe l'absorption digestive de très nombreux médicaments (antibiotiques, anticoagulants, antiépileptiques, contraceptifs oraux, *digoxine*, diurétiques thiazidiques, *lévothyroxine*, *propranolol*, statines, vitamines liposolubles, etc.). Mieux vaut informer le patient et prendre les médicaments associés 1 heure avant la *colestyramine* ou 4 heures à 6 heures après ; et surveiller leurs effets. (n° 338 suppl., Fiche P3) (n° 338 suppl., 2-6-4-3)
- La *colestyramine* augmente les effets de l'*acarbose*. L'association de la *colestyramine* avec des médicaments qui ralentissent le transit intestinal augmente le risque de constipation et d'occlusion. (n° 338 suppl., 4-1-5-3) (n° 338 suppl., 2-6-4-5)

Surveillance, conditions d'arrêt des traitements

- La surveillance d'un traitement par statine comporte un bilan hépatique avant le traitement et pendant le traitement, jusqu'à 1 an après la dernière augmentation de dose. (n° 338 suppl., 2-6-2-2)
- Lors d'un traitement par une statine, un dosage de l'activité créatine phosphokinase (CPK) sérique est à réaliser (et à répéter compte tenu des grandes variations observées d'un moment à l'autre), en cas de douleur ou de faiblesse musculaire, ou quand il existe des facteurs de risque accru de rhabdomyolyse : insuffisance rénale, hypothyroïdie, consommation exagérée d'alcool, âge supérieur à 70 ans, etc. Le traitement est à interrompre en cas de troubles musculaires majeurs ou d'augmentation de l'activité créatine kinase 5 fois supérieure à la valeur habituelle. Le patient est à informer afin qu'il signale au plus tôt tout signe musculaire. (n° 241, p. 512/513) (n° 238, p. 293)
- La gravité des neuropathies périphériques causées par des statines incite à rester vigilant et à penser au rôle des statines devant l'apparition de symptômes évocateurs. (n° 282, p. 270)
- Les tendinopathies liées aux statines semblent rares mais justifient une surveillance clinique durant la première année de traitement. Le sexe masculin, un diabète, une hyperuricémie, la pratique sportive, un antécédent de tendinopathie semblent être des facteurs favorisants. Même si cette mesure n'est pas évaluée, et si la durée de la suspension est empirique, mieux vaut suspendre préventivement la statine en cas de pratique sportive intensive programmée, ou lors de la mise en route d'un traitement dont la toxicité tendineuse est avérée telles les fluoroquinolones. (n° 315, p. 29)
- Quand le traitement hypocholestérolémiant est efficace et bien toléré, il est logique de le poursuivre pendant plusieurs années. Quand la cholestérolémie retrouve sous traitement une valeur moindre, l'interruption du traitement médicamenteux permet de vérifier si les modifications hygiéno-diététiques ne sont pas à elles seules suffisantes. En cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance des traitements, il ne paraît pas justifié de s'acharner à faire baisser la cholestérolémie, sauf en cas d'hypercholestérolémie majeure. (n° 97, p. 257)

Situations particulières

- Plusieurs observations d'anomalies chez des nouveau-nés exposés in utero aux statines ainsi que des résultats d'études de tératogenèse animale justifient de bannir l'utilisation de statines pendant la grossesse et de surveiller les grossesses exposées. (n° 266, p. 748)
- Chez les patients infectés par le HIV traités par antirétroviraux, la prudence est recommandée en cas d'utilisation d'un hypolipidémiant, dont la toxicité hépatique ou musculaire s'ajoute à celles des antirétroviraux. (n° 216, p. 300)

Hypercholestérolémies : traitement chez les adultes

Idées-Forces tirées de *Prescrire* jusqu'au n° 343 (mai 2012)



- Quand une association d'un antidiabétique oral et d'un fibrate est décidée, mieux vaut surveiller la glycémie et adapter la dose de l'hypoglycémiant. (n° 338 suppl., 2-6-3-4)

©Prescrire

Sources

- "Marcher réduit le risque coronarien" *Rev Prescrire* 2012 ; **32** (342) : 286.
- "2-6. Patients ayant une hyperlipidémie" *Rev Prescrire* 2011 ; **31** (338 suppl. interactions médicamenteuses).
- "4-1-5. Patients sous acarbose ou miglitol" *Rev Prescrire* 2011 ; **31** (338 suppl. interactions médicamenteuses).
- "Fiche P3. Fixation de substances et formation de complexes en bref" *Rev Prescrire* 2011 ; **31** (338 suppl. interactions médicamenteuses).
- "ticagrélor-Brilique°. Syndromes coronariens aigus : pas d'emballement" *Rev Prescrire* 2011 ; **31** (333) : 488-493.
- "Fénofibrate : perturbation de la fonction rénale" *Rev Prescrire* 2011 ; **31** (329) : 193.
- "Ézétimibe : excès de cancer dans un essai comparatif" *Rev Prescrire* 2010 ; **30** (317) : 187.
- "Tendinopathies dues aux statines" *Rev Prescrire* 2010 ; **30** (315) : 29.
- "acide nicotinique + laropirant-Tredaptive°. Le laropirant ajoute des effets indésirables" *Rev Prescrire* 2009 ; **29** (312) : 726-729.
- "Photodermatoses d'origine médicamenteuse" *Rev Prescrire* 2009 ; **29** (305) : 188-192.
- "Rosuvastatine en prévention cardiovasculaire : trop d'incertitudes" *Rev Prescrire* 2009 ; **29** (304) : 130.
- "Régime méditerranéen : aussi en prévention primaire" *Rev Prescrire* 2008 ; **28** (302) : 926.
- "Fluvastatine : d'autres statines sont mieux évaluées" *Rev Prescrire* 2008 ; **28** (300) : 744.
- "Prévention de récurrence d'AVC : simvastatine ou atorvastatine ?" *Rev Prescrire* 2008 ; **28** (296) : 476.
- "Syndromes de Lyell et syndromes de Stevens-Johnson d'origine médicamenteuse" *Rev Prescrire* 2008 ; **28** (295) : 347-350.
- "Neuropathies périphériques et statines" *Rev Prescrire* 2007 ; **27** (282) : 269-270.
- "Obésité : maigrir sans médicament. Troisième partie. Régime équilibré évitant les aliments à forte densité calorique, et activité physique" *Rev Prescrire* 2007 ; **27** (282) : 275-281 + **29** (309) : II de couv.
- "Obésité : maigrir sans médicament. Deuxième partie. Des interventions non médicamenteuses pour réduire la morbidité" *Rev Prescrire* 2007 ; **27** (281) : 197-201.
- "Fibrillation auriculaire : pas de place pour le clopidogrel" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (278) : 850.
- "simvastatine + ézétimibe-Inegy°. Une association sans intérêt établi pour les patients" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (276) : 651 (version complète sur le site www.prescrire.org : 3 pages).
- "Choix d'une statine. Pravastatine et simvastatine sont mieux éprouvées que l'atorvastatine" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (276) : 692-695.
- "acide nicotinique-Niaspan° LP. Libération prolongée ou pas : trop de risques pour un intérêt clinique non démontré" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (275) : 567 (version complète sur le site www.prescrire.org : 6 pages).
- "Pas de fénofibrate en prévention cardiovasculaire" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (271) : 296.
- "acides gras polyinsaturés oméga-3-Omacor°. Il y a mieux à faire en prévention cardiovasculaire" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (270) : 167-171.
- "Acides gras polyinsaturés oméga-3 en prévention cardiovasculaire secondaire : régime méditerranéen d'abord" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (270) : 194-199 + (272) : II de couv.
- "Le régime "méditerranéen" reste-t-il intéressant en prévention cardiovasculaire malgré certaines accusations de fraude scientifique ?" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (270) : 236 (version complète sur le site www.prescrire.org : 2 pages).
- "Gare aux statines chez les femmes enceintes" *Rev Prescrire* 2005 ; **25** (266) : 748-749.
- "Aliments enrichis en phytostérols et phytostanols. Petite baisse de la LDL-cholestérolémie, mais aucune évaluation clinique à long terme" *Rev Prescrire* 2005 ; **25** (266) : 763-768.
- "Régime alimentaire "méditerranéen" chez les coronariens" *Rev Prescrire* 2005 ; **25** (264) : 613-614.
- "Diabète de type 2 : une statine pour certains patients. Tenir compte des autres indicateurs de risque cardiovasculaire, et préférer la simvastatine" *Rev Prescrire* 2005 ; **25** (263) : 520-525.
- "Les hypercholestérolémies familiales. Le plus souvent une prise en charge proche de celle proposée aux sujets de la population générale ayant une hypercholestérolémie" *Rev Prescrire* 2005 ; **25** (258) : 121-126.
- "Prévention primaire cardiovasculaire chez les femmes" *Rev Prescrire* 2004 ; **24** (255) : 778.
- "ézétimibe-Ezetrol°. Un hypocholestérolémiant sans intérêt clinique démontré" *Rev Prescrire* 2004 ; **24** (251) : 405-409.

Hypercholestérolémies : traitement chez les adultes

Idées-Forces tirées de *Prescrire* jusqu'au n° 343 (mai 2012)



- “rosuvastatine-Crestor°, 6e statine : mieux vaut les statines évaluées sur des critères cliniques” *Rev Prescrire* 2004 ; **24** (249) : 245-248.
- “Effets indésirables musculaires des statines” *Rev Prescrire* 2003 ; **23** (241) : 509-514.
- “Prévention cardiovasculaire : petite place pour l’atorvastatine” *Rev Prescrire* 2003 ; **23** (240) : 462.
- “Statines : du nouveau en prévention secondaire et chez les diabétiques. Pravastatine et simvastatine restent les mieux évaluées” *Rev Prescrire* 2003 ; **23** (238) : 287-293.
- “Quelle place pour les fibrates en prévention cardiovasculaire ?” *Rev Prescrire* 2001 ; **21** (219) : 555-556.
- “Dyslipidémies dues aux antirétroviraux” *Rev Prescrire* 2001 ; **21** (216) : 300.
- “Discussions techniques : cholestérol” *Rev Prescrire* 1999 ; **19** (201) : 876.
- “Prévention cardiovasculaire. Promouvoir les activités physiques de loisirs chez certains sujets à risque cardiovasculaire” *Rev Prescrire* 1999 ; **19** (200) : 767-774.
- “Prévention cardiovasculaire primaire et secondaire. Première partie. Choisir les médicaments hypocholestérolémiants et antihypertenseurs les mieux adaptés” *Rev Prescrire* 1999 ; **19** (194) : 281-282.
- “Médicaments hypocholestérolémiants. Une efficacité démontrée pour certaines substances, mais un intérêt différent en prévention primaire ou secondaire” *Rev Prescrire* 1999 ; **19** (194) : 282-288.
- “Domaine cardiovasculaire : des RMO utiles” *Rev Prescrire* 1997 ; **17** (175) : 510-513.
- “simvastatine en prévention secondaire-Zocor°, Lodalès°” *Rev Prescrire* 1996 ; **16** (159) : 100-102.
- “Prévention primaire coronaire : la pravastatine efficace” *Rev Prescrire* 1996 ; **16** (159) : 158-159.
- “Agir sur la cholestérolémie ? Peu d’efficacité en prévention primaire cardiovasculaire” *Rev Prescrire* 1990 ; **10** (97) : 250-257.