

# Polémique, intolérance, non adhérence et autres contrariétés autour de la prescription des statines ? Comment y faire face ?

Olivier S Descamps<sup>1</sup>

Controversy, intolerance, non-adherence and other annoyances around the prescription of statins? How to cope?

In recent years, prescription of antilipemic drugs, particularly statins, has been marked by various controversies, calling into question the patients' beliefs as to the rationale, efficacy, and usefulness of these treatments. Doctors also face regular complaints from their patients, especially of the musculo-articular type, which the patients tend to assign too readily to their statin treatment. As a result, over the past years, there has been a growing number of patients who abandon their antilipemic treatment, at times without medical advice. The adverse reactions caused by the drugs, along with the implementation of such beliefs, are rather challenging to the doctor, and this to such an extent that some physicians feel that, nowadays, it takes courage to prescribe a statin therapy, while being confronted to this public counter belief. This article attempts to address these issues, while providing a reply to the most-commonly raised accusations.

## KEY WORDS

Cardiovascular disease, cardiovascular prevention, cholesterol, atherosclerosis, drug intolerance, side effects, adherence, medias

La prescription de médicaments hypolipémiants, particulièrement des statines a été marquée ces dernières années par diverses polémiques qui remettent en question les croyances des patients en la justification, l'innocuité et l'utilité de ce traitement. Les médecins sont aussi confrontés régulièrement à des plaintes de patients, spécialement, de type musculo-articulaire qu'ils tendent à attribuer très facilement à leur traitement par statine. Tout cela a fait grossir ces dernières années le nombre de patients qui abandonnent leur traitement parfois sans avis médical. La survenue d'effet indésirable causé ou non par le médicament et l'installation de telles croyances chez un patient constituent de véritables défis pour le médecin d'aujourd'hui. Au point que certains n'hésitent pas à dire qu'il faut du courage pour prescrire une statine et se confronter à ce contre-courant public. Face à ces problèmes, cet article tente de répondre aux accusations de ces polémiques et évoque quelques recommandations que peut utiliser un médecin pour tenter de remettre en route le traitement de son patient.

## Que savons-nous à ce propos ?

- Les recommandations publiées par les sociétés européennes d'athérosclérose (EAS) et de cardiologie (ESC) se basent sur les preuves développées au fil des études pour asseoir leurs propositions et conseillent l'utilisation en première ligne (après corrections diététiques) des statines pour corriger les taux de cholestérol LDL (LDL-C) et réduire de manière significative le risque cardiovasculaire.
- Aux obstacles classiques de la prévention se sont ajoutées ces dernières années la surmédiation des effets musculo-articulaires des statines et des polémiques remettant en question la justification, l'innocuité et l'utilité des statines.

## Que nous apporte cet article ?

Cet article développe quelques stratégies pour répondre aux problèmes d'observance engendrés chez le patient par des effets indésirables (causés ou non par la statine) et par leurs doutes face aux polémiques actuelles.

## What is already known about the topic?

- The recommendations published by the European societies of Cardiology (ESC) and Atherosclerosis (EAS) are based on evidence-based medicine, advising us to prescribe a statin as first-line treatment, after dietary corrections, in order to correct patients' LDL-cholesterol levels and significantly reduce their cardiovascular risk.
- To the standard obstacles encountered in cardiovascular prevention has recently been added the over-hyping of statins' musculoskeletal adverse effects, as well as hostile polemics questioning the justification, safety, and usefulness of these drugs.

## What does this article bring up for us?

This article details a few management strategies aimed to resolve the adherence problems caused by undesirable events, whether or not statin-related, and the doubts of the patients, confronted with such controversies.

## 1. INTRODUCTION

Depuis leur apparition sur le marché à la fin des années 1980, les statines traversaient une véritable « success story ». Actuellement, on estime que plus d'un million et demi de Belges prennent des statines. Pourtant, comme tout traitement préventif, on observe une tendance à l'arrêt du traitement par statine, plus chez les patients en prévention primaire que les patients en prévention secondaire sans doute plus motivés (1). Les patients qui arrêtent leur traitement par statine le font souvent pour une raison qu'il est important de comprendre. Cela peut être le fait d'une perte d'intérêt avec le temps pour leur problème de cholestérol (car occupés à d'autres priorités ou souffrant d'autres problèmes de santé), d'un manque de temps pour renouveler ses prescriptions chez son médecin ou encore des problèmes financiers. Mais aussi parfois, le patient peut être découragé de poursuivre son traitement à cause d'impression que le médicament est responsable d'un effet indésirable gênant, ou même à cause des croyances qui prolifèrent ces dernières années et sont amplifiées par certains media sur les faux dangers des statines, leur inutilité et leur usage intempestif .... La survenue d'effets indésirables et l'installation de telles croyances chez un patient constituent de véritables défis pour le médecin d'aujourd'hui.

## 2. POLÉMIQUES AU SUJET DE LA « DANGÉROSITÉ » DES STATINES

La fréquence des effets secondaires est un grand sujet de controverses. Alors que dans les études d'intervention, la fréquence des effets secondaires chez les patients recevant les statines n'est pas fondamentalement différentes en comparaison du groupe recevant le placebo, le

pourcentage d'effets secondaires apparaît très élevé dans les études d'observation (2). Des publications en 2013 dans le BMJ (3, 4) avait ainsi créé une polémique dans les médias en avançant le chiffre de 20% d'effets « inacceptables » (incluant myalgie, désordres gastro-intestinaux, troubles du sommeil, de la mémoire et de la fonction érectile). Par la suite, les auteurs durent retirer cette affirmation (5) sur base du fait qu'ils émanaient d'études d'observations non contrôlées incapables d'assurer une relation de cause à effet.

Selon la dernière revue en date publiée dans le même journal par Collins *et al.* (6), le pourcentage d'effets indésirables réellement associés aux statines tel qu'on peut l'examiner dans les études d'intervention est inférieur à 2%. Ainsi, selon ses auteurs, le traitement de 10.000 patients pendant 5 ans avec une statine telle qu'atorvastatine 40 mg par jour pourrait causer cinq cas de myopathie (dont un pourrait progresser vers la rhabdomyolyse), 50 à 100 cas de diabètes, et 5 à 10 une AVC hémorragique (Tableau 1). Cela doit être balancé avec les bénéfices puisque ce même traitement pendant cinq ans permettant d'abaisser le LDL-C de 80 mg/dL (compte tenu par exemple d'un taux de LDL de départ de 160 mg/dL avec une réduction de 50%), appliqué chez un patient où le risque de complication cardiovasculaire est de 20% à 10 ans (10% à 5 ans) préviendrait une complication cardiovasculaire chez 1000 des 10000 patients en prévention secondaire et 500 des 10.000 patiente en prévention primaire, avec un bénéfice plus grand encore pour une utilisation prolongée au cours de la vie. De plus, contrairement aux effets secondaires incriminés aux statines qui sont totalement réversibles sans aucun effet résiduel après arrêt de la statine, les conséquences d'une complication cardiovasculaire sont irréversibles.

Reste toutefois que les études d'interventions sont limitées en termes d'analyses chez les personnes âgées ou d'autres

**Tableau 1** Prévalences estimées des bénéfices et inconvénients de la prise d'une statine (exemple atorvastatine 40 mg par jour) par 10.000 patients pendant 5 ans

Les estimations de bénéfices supposent que

- Les patients ont un risque cardiovasculaire estimé à 20% à 10 ans (10% à 5 ans), par exemple chez patients avec un antécédent cardiovasculaire (prévention secondaire) ou des patients avec un risque SCORE de plus de 5% (prévention primaire)
- La baisse cholestérol (LDL-C) de 80 mg/dL compte tenu, par exemple d'un taux de LDL de départ de 160 mg/dL (taux moyen dans la population de plus de 50 ans) avec une réduction de 50%,

Incidence de Bénéfices	Incidence d'inconvénients
1000 cas en moins d'évènement cardiovasculaire (prévention secondaire) OU 500 des cas en moins d'évènement cardiovasculaire (prévention primaire)	5 cas de myopathie (dont un pourrait progresser vers la rhabdomyolyse), 50 à 100 cas de diabètes, 5 à 10 une AVC hémorragique.

\* arrêt cardiaque, infarctus du myocarde mortel ou non mortel, accident vasculaires cérébraux, revascularisation.,

groupes fragiles, n'ont pas la puissance suffisante pour estimer les effets indésirables et manquent de cohérence sur la manière dont les effets indésirables sont collectés.

### 3. POLÉMIQUES AU SUJET DE LA « PRESCRIPTION ABUSIVE » EN BELGIQUE

Les statines sont les traitements les plus prescrits en Belgique. En 2012, près d'un million et demi de Belges (1,439,955) en prenaient selon le rapport de la réunion de *consensus* sur l'usage rationnel des hypolipémiantes (7). Ces médicaments coûtaient à l'assurance maladie annuellement plus 165 millions en 2012 (dont 75 millions rien que pour la rosuvastatine qui n'est pas générique et qui est pourtant deux fois moins prescrite que la simvastatine), soit plus de 5% du budget des médicaments hors hôpitaux. L'utilisation des statines a énormément augmenté (20 fois plus !) au cours de ces vingt dernières années. L'augmentation observée est principalement liée à un accroissement important de la prévention primaire, chez les personnes qui n'ont pas encore eu d'incident cardiovasculaire.

Certaines mutuelles semblent suggérer que certaines prescriptions n'étaient peut-être pas nécessaires : ainsi, par exemple, les statines sont prescrites majoritairement à des femmes en prévention primaire (alors que le risque est plus élevé chez les hommes), à un âge relativement jeune et sans évidence d'indices suggérant un risque cardiovasculaire élevé (repérables par les traitements concomitants tels que antihypertenseurs, antidiabétiques, aspirine ...). Il est vrai que 80% des belges entre 35 et 74 ans ont un taux trop élevé de cholestérol. Chez la plupart, toutefois, leur risque cardiovasculaire calculable sur base de la charte SCORE reste faible, et chez ceux-ci modifier le style de vie (c'est-à-dire adopter une alimentation saine, arrêter de fumer et bouger plus) suffit.

Par contre, le problème semble inversé chez les patients à haut risque cardiovasculaire. Ainsi, après une hospitalisation pour un accident cardiovasculaire (spécialement en cas d'accident vasculaire cérébral), tous n'ont pas un traitement par statines.

Le problème n'est pas propre à la Belgique puisque en 2010 ; l'HAC en France (8) a émis les mêmes inquiétudes avec plus de 5,000,000 de français sous statine et avec la même suspicion de mésusage par recours abusif aux statines en prévention primaire en même temps qu'un défaut de prescription de statines chez des patients qui le justifieraient.

Malheureusement, les médias ont répercuté des messages mettant en doute la capacité des médecins à prescrire rationnellement : « beaucoup de médecins ont tendance à soigner des chiffres plutôt que des patients » ; « Les statines sont généralement trop peu prescrites dans les bonnes indications (le fait de fumer, d'avoir du diabète, le fait d'avoir déjà fait soit un infarctus, soit un AVC) et malheureusement, beaucoup trop prescrites chez les gens qui n'ont jamais rencontré ce type de problèmes » (9). Ce type de messages n'est évidemment pas propice à la

confiance dans le corps médical.

On peut se demander toutefois si tout cela est bien fondé ! D'une part, les patients visités par les spécialistes se voient rarement retirer leur traitement. J'ai personnellement constaté peu de cas, où je trouvais le traitement injustifié. D'autre part, les statistiques de la consommation sont basées sur le nombre de patients qui reçoivent au moins une fois sur l'année un conditionnement. On pourrait se demander dans quelle mesure la pratique d'hétéroprescriptions (prescrire un médicament au nom du patient visité par le médecin alors qu'il est destiné à un membre de sa famille) ne rend pas l'interprétation de ces chiffres top simpliste.

### 4. POLÉMIQUES AU SUJET DE « L'INUTILITÉ » DES STATINES

Depuis les années 1990, des polémiques remettent aussi en cause l'utilité même des statines. Trois livres récents ont particulièrement fait parler d'eux : « Cholestérol, mensonges et propagande » de Michel de Lorgeril, « Le guide des 4 000 médicaments utiles, inutiles, ou dangereux » de Bernard Debré et Philippe Even et « la Vérité sur le cholestérol » de Philippe Even. Brièvement, ils dénoncent « la folie des statines » et les dérives de la prévention, proclament que les statines ne diminuent pas la mortalité, accusent les essais cliniques d'être biaisés, « multipliant les pièges, les illusions, les non-dits, les chausse-trapes et pour tout dire les truquages ou les falsifications de la part de l'industrie » et enfin que ces médicaments entraînent des effets indésirables, parfois graves, pudiquement passés sous silence par les laboratoires. La motivation de ces auteurs n'est pas très claire, mais font songer à la version moderne d'un « complexe d'Érostrate » (Tableau 2). Aujourd'hui, les « Érostrates » fleurissent un peu partout, et seuls, les temples ont changé.

Le problème ne s'est pas limité qu'à la France, puisqu'en Belgique, les médias ont repris leurs messages. Dans un contexte où le doute est mis sur l'utilité et la dangerosité de certaines classes de médicaments et parfois à juste titre, comme pour l'affaire du Médiator®, la mise au pied de l'échafaud d'autres médicaments est chose aisément relayée et orchestrée par les médias. Ainsi l'émission de la RTBF « Question à la une » intitulée « Le cholestérol, faux problème ou vrai business ? », montrant en sauveur Philippe Even, a été rediffusée plusieurs fois (2014 et 2015), et ce malgré une lettre appelant à la prudence adressée par les différentes sociétés scientifiques de médecine au directeur de la RTBF (10). Plus récemment, la chaîne culturelle ARTE a réitéré avec une émission vieille de 2014 "Le bluff du cholestérol" et qui a été vivement décriée simultanément par la société belge d'athérosclérose, la société française de cardiologie et l'association belge des patients souffrant d'hypercholestérolémie familiale (Belchol, ASBL).

Inquiéter les malades, provoquer leur défiance vis-à-vis d'un traitement utile et vis-à-vis des médecins qui prescrivent leur traitement n'est pas responsable. Faire

Erostrate causa volontairement un incendie qui détruit totalement le temple d'Artémis à Éphèse. Interrogé sous la torture, il avoue que les motivations de son geste était de chercher à tout prix la célébrité (il n'avait pas d'autre moyen d'y parvenir). Malgré que les Éphésiens interdissent alors de citer son nom, l'historien Théopompe le mentionna dans ses Hélieniques

L'histoire racontée par Jean-Paul Sartre dans son recueil de nouvelles « Le Mur » (1939), résume bien l'histoire qui se répète ici avec les statines :

- Je le connais votre type, me dit-il. Il s'appelle Érostrate. Il voulait devenir illustre et il n'a rien trouvé de mieux que de brûler le temple d'Éphèse, une des sept merveilles du monde.
- Et comment s'appelait l'architecte de ce temple ?
- Je ne me rappelle plus, confessa-t-il, je crois même qu'on ne sait pas son nom.
- Vraiment ? Et vous vous rappelez le nom d'Érostrate ? Vous voyez qu'il n'avait pas fait un si mauvais calcul.

**Tout le monde connaît Even et Debré ! Qui connaît les deux chercheurs prix Nobel qui ont découvert le récepteur des LDL (Michael Brown et Joseph Goldstein)**

courir le risque d'arrêter leur traitement à des malades qui en ont réellement besoin fait porter une lourde responsabilité aux auteurs de ces livres et émissions !

## 5. CONSÉQUENCES DES POLÉMIQUES

Malheureusement, de tels messages et un tel climat de doute contribuent à conduire certains patients à arrêter leur traitement sans avis médical, spécialement au moindre signe révélant d'un possible gêne musculaire ou articulaire.

Personne n'aime prendre des médicaments, plus encore si cela est de manière chronique, si on ne ressent aucun symptôme pour la maladie pour laquelle on est traité et si on ne peut pas mesurer les résultats (dans ce cas, le bénéfice cardiovasculaire). Ainsi, le moindre soupçon faisant imaginer que les médecins prescrivent sans discernement, que les médicaments n'aient aucun effet et soient même dangereux, met à mal la « croyance » en la vertu du médicament prescrite par son médecin.

Il est question ici de croyance car il ne faut pas oublier que la motivation par laquelle un patient est prêt à prendre un médicament naît plus d'une croyance que d'une connaissance au sujet de ce traitement, de sa maladie ou des effets de l'un sur l'autre, quels qu'aient été les efforts du médecin pour lui expliquer (11). La croyance est une forme de savoir, qui contrairement à la connaissance scientifique n'est pas basée sur une recherche de vérité démontrable mais plutôt sur des éléments intégrant la confiance en celui qui la transmet, le sentiment de clarification des faits qu'elle suggère et parfois, ce qui la renforce d'autant plus, une certaine complaisance par laquelle cette croyance lui ménage son bien-être en le libérant de ces angoisses et ses anxiétés (12).

Pour un patient face à son médicament, sa croyance peut ainsi facilement basculer de la perception de ce traitement comme allié pour lutter contre une maladie vers celle d'un ennemi encombrant contre sa propre santé.

## 6. CONSÉQUENCE D'UNE MOINDRE OBSERVANCE AVEC LES STATINES.

Arrêter une statine n'est pas anodin et a un impact majeur sur le risque cardiovasculaire. De nombreuses études d'observation ont mis en évidence un nombre significativement plus important d'événements cardiovasculaires dans les jours qui suivent un épisode aigu (AVC, syndrome coronaire, revascularisation) si la statine a été arrêtée (13).

En chronique, il a été montré chez patients âgés en prévention secondaire, une augmentation de 25 % de la mortalité en cas de faible observance versus une observance élevée (24% versus 16%) (14). De même une méta-analyse a montré une risque 15% plus bas de maladie cardiovasculaire chez les patients qui étaient plus observants aux statines comparés au moindre observant (15).

Après les articles de 2013 dans le BMJ (voir ci-dessus), une équipe (16) a examiné en Angleterre les conséquences de la campagne médiatique (d'octobre 2013 à Mars 2014) de dénigrement des statines et a conclu qu'environ 200 000 patients avaient arrêté de prendre la statine et que cela pourrait résulter en environ 2000 extra-événements cardiovasculaires dans les 10 ans.

En France, le groupe de Bordeaux (17) a aussi montré que la commercialisation en février 2013 du livre de Even et Debré affirmant l'inutilité des statines avait été associée à une augmentation de 40% de la proportion de patients arrêtant leur statine (proportion passant de 8,5% en 2011 et 2012 à 11,9% en 2013). Dans cette même population, ils constatèrent une augmentation simultanée de 17% du nombre de mortalité (toutes causes confondues passant de 1,4% en 2011 et en 2012 à 1,7% en 2013) atteignant surtout les groupes de patients vasculaires (coronaires ou AVC) (+26%) et ceux plus nombreux (67% des individus) souffrant de diabète et hypertension (+17%).

## 7. COMMENT ABORDER LE PROBLÈME DE L'ARRÊT

Dans tous les cas, il est d'abord important de (ré)évaluer si la prescription d'une statine est réellement justifiée. En prévention primaire, elle ne l'est que si le risque de mortalité cardiovasculaire sur 10 ans (SCORE) est supérieur à 5%.

Il est bien souvent aussi utile pour le patient que lui soit rappelé de la manière la plus imagée possible les mécanismes par lesquels le médicament et la chute du cholestérol agissent. Faire intervenir le patient dans la prise de décision sur les objectifs et les moyens mis en œuvre pour l'atteindre est fondamental. Souvent il est nécessaire de répéter des choses qui nous semblent à nous très évidentes mais ne le sont pas nécessairement pour le patient. Comme les faits, par exemple, que si on arrête le traitement, le taux de cholestérol remonte rapidement,

et que l'effet hypocholestérolémiant du médicament ne s'accroît pas avec le temps.

### 7.1. PROBLÈMES DE CROYANCES

Face à la méfiance qui semble entourer les statines, il faut redoubler d'effort. Sans doute des campagnes de sensibilisation pour restaurer la confiance vis-à-vis de ce traitement seraient utiles via des autorités neutres telles que l'INAMI, les mutuelles ou des associations de patients. Toutefois, une discussion au niveau individuel est importante pour identifier les barrières spécifiques à chacun. Il n'existe cependant pas de formule magique pour combattre les réserves des patients face aux statines (Tableau 3). Il est important de se focaliser sur les risques liés à la maladie plutôt que sur les mythes entourant les médicaments, risques qui sont irréversibles alors que les effets indésirables s'ils existent sont réversibles.

**Tableau 3 Polémique sur l'utilité et l'innocuité des statines**

CONFRONTATIONS	PARADES
Le cholestérol est nécessaire pour le vie (hormones, vitamine D, membranes, ... ) !	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui jusqu'à un certain taux !</li> <li>- Les bébés et de nombreux animaux ont un LDL-C de 30 mg/dL</li> <li>- Chaque cellule fabrique son cholestérol et n'a pas besoin de cholestérol venant du plasma</li> </ul>
... Donc le cholestérol ne peut être nuisible	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les études génétiques (variants abaissant ou augmentant le taux de LDL-C) prouvent le lien causal avec l'athérosclérose</li> <li>- Le sucre sanguin aussi est nécessaire, mais en excès, c'est le diabète et toutes ses complications</li> </ul>
Les statines ne réduisent pas la mortalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les études n'ont pas toujours la puissance suffisante pour évaluer la réduction de mortalité (surtout globale). Le design de l'étude en terme de nombre de patients et durée du <i>follow-up</i> est basé sur le critère primaire d'évaluation (<i>Primary endpoints</i>). Il faut interpréter les résultats négatifs à la lumière de la puissance que l'on peut recalculer en fin d'étude (sur base du nombre d'évènements réellement observés, notamment dans le groupe placebo)</li> </ul>
Les statines induisent 20% d'effets indésirables (études d'observation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mais moins de 2 % dans les études randomisées et contrôlées (seule valable pour établir un lien causal)</li> <li>- Il n'existe ni risque zéro, ni efficacité à 100%</li> <li>- Ces effets sont réversibles, pas les conséquences d'un accident cardiovasculaire</li> </ul>
Les statines induisent des problèmes algiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mais souvent très aspécifiques (types, localisation, symétries, temporalité ...)</li> <li>- Douleurs après 10 ans de statine = on a vieilli aussi !</li> </ul>
9% d'augmentation du risque de diabète induit par les statines	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est un risque relatif, c'est-à-dire on est passé d'un risque à 55 ans de 10% à 11%</li> <li>- Relativiser par rapport aux bénéfices</li> </ul>
Compromission des auteurs des études cliniques et des guidelines avec les firmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ils ont l'honnêteté de déclarer leur conflits d'intérêts</li> <li>- C'est le cas de toutes études avec des médicaments ... qui d'autres pourraient financer cette recherche ?</li> </ul>
Les opposants sont des "grands professeurs"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y a quelques « polémistes » versus une grande majorité des experts.</li> <li>- Il y a eu les mêmes polémiques pour les vaccins, les GSM, les éoliennes, les Beatles ....</li> </ul>

Bien souvent toutefois, mieux connaître n'est pas synonyme d'action. Ce n'est pas parce que quelqu'un comprend l'utilité d'un traitement qu'il le mettra forcément en pratique. Il faut donc continuer de communiquer, encore et encore ! Le monde qui nous entoure prouve en permanence les progrès permis par la science et la raison, mais cela n'empêche pas les gens de préférer les pseudo-sciences et la superstition. La réponse simple est que les gens croient ce qu'ils veulent croire, ce qu'ils jugent réconfortant, pas ce que les preuves réelles démontrent. En règle générale, les gens ne veulent pas savoir, ils veulent croire. Il est important de garder cette notion en tête pour ne pas se décourager face à des comportements qui nous semblent parfois irrationnels.

Mais il faut surtout rester éthique, garder nos valeurs et avant tout, rester du côté de la vérité, ce que tout patient attend d'un médecin. Se mettre aussi au niveau de la sensibilité du patient qui n'est pas un scientifique. Entre autres choses, il est aussi utile de s'appuyer sur des histoires vécues ou connues de la personne (histoire familiale ou de connaissance).

## 7.2. PROBLÈME DES "INTOLÉRANCES" AUX STATINES

### 7.2.1. Peut-on les traiter par d'autres médicaments ?

Des traitements complémentaires, incluant l'ubiquinone (coenzyme Q10 [CoQ10]) et la vitamine D ont été suggérés pour améliorer la tolérance aux statines. Une étude en double aveugle et une méta-analyse (18) ont réfuté l'idée que la CoQ10, même à haute dose pouvait réduire les symptômes chez les patients avec SAMS. Les preuves de l'efficacité du vitamin D sont également controversées (32) même si beaucoup de patients avec SAMS ont un taux bas de vitamine D. Les dernières recommandations de l'EAS/ESC ne conseillent pas la supplémentation en CoQ10 ou vitamine D pour traiter ou prévenir les SAMS.

### 7.2.2. Peut-on substituer les statines mal tolérées par d'autres traitements dits naturels ?

Une idée très en vogue est qu'en cas d'intolérance aux statines, on pourrait leur substituer des extraits de levure rouge de riz ou de extraits de pleurotes. C'est ce type d'indication qui a fait le succès de ces produits sur le marché actuel.

Les produits dits « levure rouge de riz » (*Red yeast rice*) sont issus de la fermentation d'une levure, le *Monascus purpureus* sur un substrat composé de riz blanc, fermentation qui engendre diverses monacolines, dont la monacoline K. Un nouveau venu (ZELTRIN), quant à lui contient des extraits de miscelles de pleurotes (*Pleurotus Ostreatus*) cultivées sur un substrat artificiel qui confère une plus grande capacité à synthétiser la même monacoline K.

Dans des études randomisées et contrôlées, ces produits ont démontré être capable de réduire le taux de LDL-C de 20 à 30 % à court terme. Toutefois, les effets

hypocholestérolémiants sont principalement dus à la présence de la monacoline K, autre nom pour la lovastatine, première statine commercialisée aux USA. La présence des stérols végétaux qui réduisent l'absorption du cholestérol, ou de beta-glucanes (dans le Zestrin®, équivalent des beta-glucanes de l'orge et de l'avoine) est aussi avancée comme mécanisme d'action supplémentaire. Cependant les quantités présentes (moins de 500 mg de phytostérol, ou moins de 1 g de beta-glucanes) sont dérisoires comparées aux quantités nécessaires pour réduire le taux de LDL-C (respectivement 2 g et 7 g).

Une variété de levure rouge de riz (Xuezhi kang) contenant pourtant une faible quantité de monacoline K a démontré dans l'étude d'intervention « China Coronary Secondary Prevention Study ou CCSPS » (5,000 patients post-infarctus, suivi pendant 4,5 ans) en Chine (19,20) une belle réduction des événements cardiovasculaires versus placebo, dite même supérieure à celle observée avec les statines. Toutefois, il est bien connu que les effets cardioprotecteurs des statines dans les populations asiatiques se produisent à des doses plus faibles que celles nécessaires dans les populations occidentales. Avant de pouvoir recommander ces produits aux patients à risque accru de maladies cardiovasculaires, il serait nécessaire de disposer d'études contrôlées et randomisées, conçues avec rigueur sur une population occidentale.

Envisager ce type de produits ou comme alternatives aux statines médicamenteuses en cas d'intolérance aux statines est discutable et il reste un certain nombre de questions en suspens, (Tableau 4), dont notamment l'absence de documentation complète des effets des autres composés et les études à long terme.

Même si elles sont étiquetées comme « compléments alimentaires » et sont clamées « naturelles », ces produits contiennent des statines et d'autres composés aux effets inconnus et leur vente libre pose question. C'est d'ailleurs ce qui a conduit, en février 2016, le Conseil Supérieur de la Santé à proposer d'interdire d'urgence la vente libre de la levure rouge de riz et de recommander qu'ils soient réexaminés par l'agence fédérale de médicaments afin, s'ils sont recevables, de les soumettre aux mêmes règles de prescription que tout autre médicament (le dossier est sur la table du ministre de la Santé, Maggie De Block).

### 7.2.3. Recommandations de l'EAS/ESC

Les dernières recommandations de l'EAS/ESC (21) ont proposé un algorithme basé sur les symptômes et le taux de CPK. En cas de forte élévation des CPK, il est important de contrôler la fonction rénale. Face à ces augmentations d'enzymes, il faudra exclure d'autres causes, telles que, parmi les plus communes, efforts musculaires intenses et traumatismes (y compris injections intramusculaires et crampes).

Il faut rappeler également que si les taux de CPK doivent être mesurés au départ avant de commencer un traitement, il n'est pas utile de les remesurer régulièrement tant que le patient n'a pas de plaintes subjectives évoquant une possible toxicité musculaire. Par contre, la surveillance

des enzymes hépatiques (Figure 1) est nécessaire tout au long de la thérapie. Tant que les enzymes hépatiques ne sont pas trop élevées ( $< 3 \times$  la limite normale supérieure ou LNS), on peut poursuivre le traitement. Par contre, si les enzymes dépassent trois fois la LNS pour les enzymes hépatiques, on arrêtera la statine (c'est la même attitude que lorsque les CPK sont quatre fois la LNS) et on reconstrôlera les enzymes quatre à six semaines plus tard. Lorsque les enzymes seront revenues à une valeur normale, on réintroduira prudemment le traitement. Face à ces augmentations d'enzymes, on exclura d'autres causes en pensant entre autres, chez les patients à risque cardiovasculaire élevé à la possibilité d'une stéatose hépatique.

**Tableau 4 Pourquoi la levure rouge de riz n'est pas l'alternative idéale aux statines médicamenteuses en cas d'intolérance aux statines**

C'est aussi une statine ! Ces produits s'apparentent donc à des médicaments avec le risque d'interaction, d'effets indésirables (myalgie) et de mauvais usage (chez la femme enceinte, le très jeune enfant, en cas d'insuffisance hépatique ou rénale)

Risque de cacher la véritable nature du produit (une statine), ce qui n'est pas éthique !

Manque de preuves solides que la levure de riz rouge est efficace et bien toléré à long terme

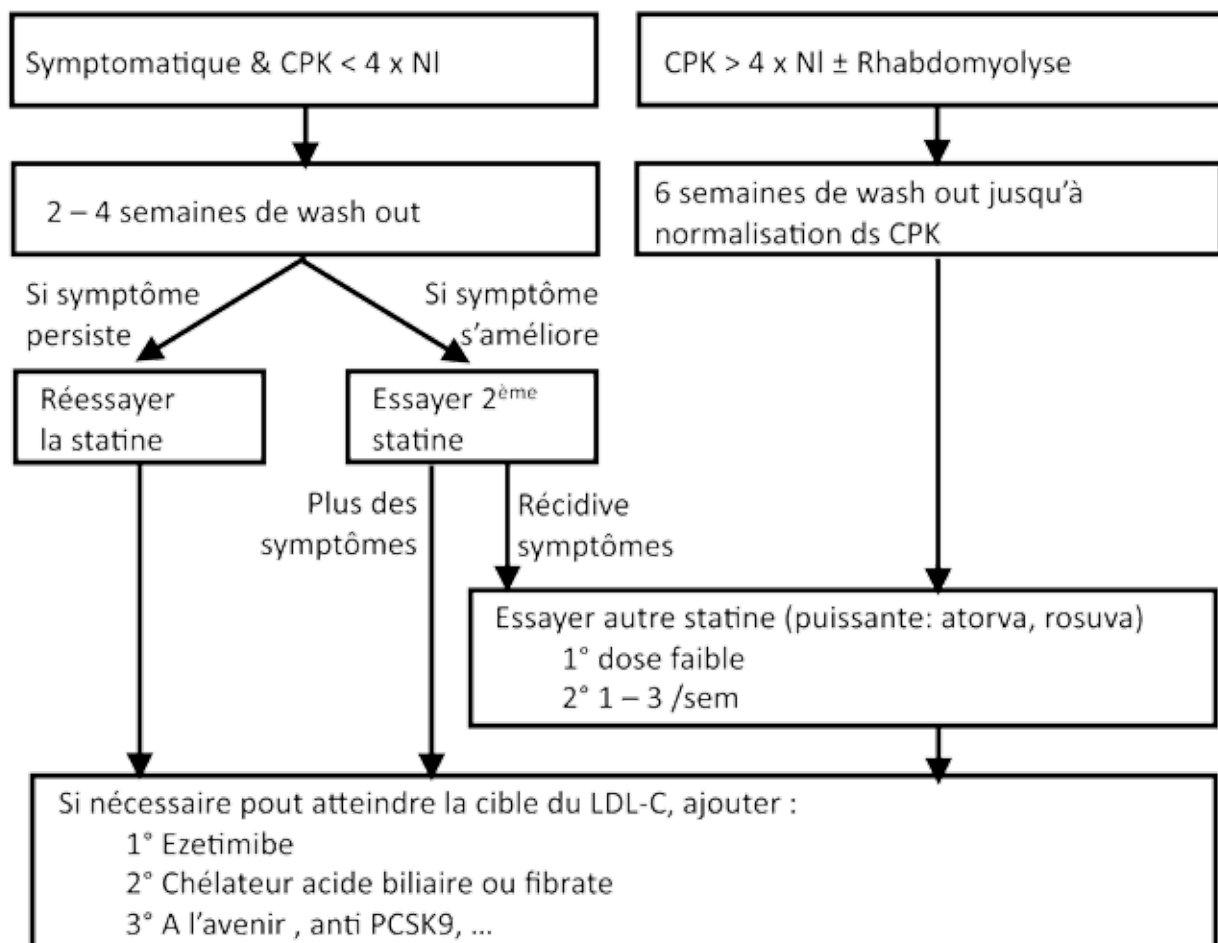
Absence de standardisation entre les lots des préparations

Grande variabilité de composition parmi les centaines de produits distribués

Effets toxiques éventuels dus aux contaminants (dans certaines préparations) qui apparaissent lors de la fermentation du riz et restent présents dans l'extrait, dont notamment des mycotoxines potentiellement dangereuses pour les reins.

Prise multiple (1 à 4/jour) et coût important ( $> 20$  euros par mois, non remboursé)

**Figure 1 Recommandations de l'EAS/ESC sur la démarche à suivre en cas de douleurs musculaires**



## 5. CONCLUSIONS

Les statines sont sans doute victime de leur succès. Les statines souffrent, comme d'autres produits à « success story » du « syndrome Lamborghini » (22). Comme tout produit performant, il n'y a pas de risque zéro et donné à beaucoup de personnes, il y a un risque d'un plus grand nombre d'« accidents ». Comme tout produit qui inonde notre quotidien, aussi, elles sont une cible privilégiée de stigmatisation comme cause de « tous nos maux » et elles offrent le parfait candidat pour la chasse à la sorcière. On en arrive ainsi à une situation où le médicament, les médecins, les scientifiques, les firmes pharmaceutiques et même les assurances nationales sont tous suspects et où, d'inquiétude, les patients risquent d'arrêter leur traitement sans avis d'un médecin.

Face à ces problèmes, il existe quelques solutions. Mais le mieux, comme toujours, est encore la prévention, c'est-à-dire, prévenir l'installation de doutes ou des impressions d'effets indésirables. Et ceci peut être réalisé par la mise en place d'un bon climat de confiance et de dialogue entre le médecin et son patient.

Un tel dialogue implique d'engager le patient comme un partenaire dans le traitement et de développer une bonne relation avec lui. Le tableau 5 reprend les conseils que les recommandations européennes rappellent pour aider

à l'observance des changements de mode de vie, mais ils valent aussi pour les médicaments. Pour ces derniers chez des patients souvent multipathologique (maladie coronarienne, diabète, hypertension, ...), il faudra aussi jouer avec les affres de la polymédication (Tableau 6).

Il s'agit avant tout de s'assurer de la bonne compréhension du traitement (avec des instructions écrites et orales claires) et de son intérêt, d'explorer dès le départ les obstacles potentiels face à ce traitement, de garder aussi une vision réaliste face aux autres exigences de la vie de son patient en adaptant si nécessaire le traitement au mode de vie et aux besoins du patient (entre autre parfois de réduire les doses et les médicaments associés et de favoriser les alternatives les moins chères, même si elles sont moins puissantes). Enfin, chaque fois que cela est nécessaire et possible le médecin s'adjoindra d'autres experts. Parmi les choses plus concrètes, organiser avec le patient un calendrier de prescriptions et de consultations (avec contrôle des tests lipidiques) est une bonne base pour assurer un suivi réaliste et utile.

Ce n'est qu'à travers tous ces éléments et un bon dialogue que l'on pourra faciliter l'observance du patient pour ces thérapies et que l'on sauvera quelques vies. Et c'est là le mieux que l'on peut souhaiter en matière de prévention cardiovasculaire.

**Tableau 5** Conseils pour aider à l'observance des changements de mode de vie

1. Développer une bonne relation avec le patient
2. S'assurer que le patient comprend comment le mode de vie joue un rôle sur la maladie cardiovasculaire et l'utiliser pour obtenir un engagement de changement de comportement
3. Explorer les obstacles potentiels aux changements
4. Etablir avec le patient un plan de changement de mode de vie réaliste et encourageant
5. Encourager les efforts de changement du patient
6. Impliquer d'autres experts chaque fois que cela est nécessaire et possible
7. Organiser un calendrier de consultations de suivi

**Tableau 6** Conseils pour faciliter l'observance des polythérapies médicamenteuses

1. Simplifier si possible le traitement en réduisant les doses et les médicaments associés
2. Choisir les alternatives les moins chères
3. Fournir des instructions écrites et orales claires
4. Entreprendre un dialogue avec le patient sur son observance
5. Adapter le traitement au mode de vie et aux besoins du patient
6. Engager le patient comme un partenaire dans le traitement
7. Utiliser des stratégies comportementales (systèmes de rappels, indices, autocontrôles, renforcements)

**Tableau 7** Conditions pour qu'un sujet (comme les statines et le cholestérol) soit stigmatisé dans une théorie du complot (d'après une communication personnelle d'Eric Brucker)

LES 3 CONDITIONS	POURQUOI CELA MARCHE SI BIEN AVEC « LE CHOLESTÉROL » ET « LES STATINES »
Tout le monde doit être concerné	Tout le monde a du cholestérol et beaucoup prennent des statines
Le sujet doit être consensuel, plaçant l'opposant seul (le pur) contre tous (les pourris). On appelle cette attitude, le « syndrome d'Asterix ».	Le rôle du cholestérol et l'utilité des statines sont acceptés par les sociétés scientifiques, les médecins et les assurances nationales
Le sujet doit être fortement médiatisé	Il ne se passe pas une semaine (voire un jour) sans que l'on ne parle du cholestérol dans les conversations, les médias, publicités ou étiquettes d'aliments.



## RÉFÉRENCES

- 1 Blackburn DF, Dobson RT, Blackburn JL, Wilson TW, Stang MR, Semchuk WM. Adherence to statins, beta-blockers and angiotensin-converting enzyme inhibitors following a first cardiova...???
- 2 Zhang H, Plutzky J, Skentzos S, Morrison F, Mar P, Shubina M, *et al.* Discontinuation of statins in routine care settings. *Ann Intern Med* 2013;158:526-34.
- 3 Malhotra A. Saturated fat is not the major issue. *BMJ* 2013; 347:f6340.
- 4 Abramson JD, Rosenberg HG, Jewell N, Wright JM. Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin? *BMJ* 2013;347: f6123.
- 5 Malhotra A. Saturated fat is not the major issue. Erratum in *BMJ*. *BMJ* 2014;348: g3332.
- 6 Collins R, Reith C, Emberson J, *et al.* Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet* 2016; DOI:10.1016/S0140-6736(16)31357-5.
- 7 Réunion de consensus sur l'usage rationnel des hypolipémiants. 22 mai 2014. <http://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/reunions-consensus-rapports-jury.aspx#.WACIF4VOLIU>
- 8 [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/synthese\\_efficacite\\_et\\_efficiency\\_des\\_hypolipemiant\\_-\\_une\\_analyse\\_centree\\_sur\\_les\\_statines.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/synthese_efficacite_et_efficiency_des_hypolipemiant_-_une_analyse_centree_sur_les_statines.pdf)
- 9 <http://www.rtl.be/info/magazine/sante/les-statines-trop-prescrites-en-belgique-beaucoup-de-medecins-ont-tendance-a-soigner-des-chiffres-plutot-que-des-patients--852060.aspx>
- 10 Descamps OS, Ducobu J. Réponse du Belgian Society of Atherosclerosis/ Belgian lipid Club à l'émission de "questions à la une" intitulée "Le cholestérol, faux problème ou vrai business?" *Louvain Med* 2014. 133(6): 407-408.
- 11 Descamps OS. *Comment interagir avec le patient ? Pour une auto-éthique dans le domaine de la prévention cardiovasculaire*– Décembre 2011 1 Éditions Seli Arslan 2011.
- 12 Descamps OS. La « liberté », concept essentiel de la médecine préventive et de la promotion de la santé. A la manière de Baruch Spinoza. *Louvain Med* 2010; 129 (2): 83-94.
- 13 Pineda, A. & Cubeddu, L.X. Statin Rebound or Withdrawal Syndrome: Does It Exist? *Curr Atheroscler Rep* (2011) 13: 23.
- 14 Jackevicius CA, Mamdani M, Tu J.V. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA* 2002; 288:462–467.
- 15 Chowdhury R, Khan H, Heydon E, Shroufi A, Fahimi S, Moore C, *et al.* Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J* 2013;34: 2940–2948. 19.
- 16 Galliver Mark. Media coverage of statins may have led to 2000 cardiovascular events. *BMJ* 2016; 353 :i3630.
- 17 Bezin J, Francis F, Nguyen NV, Robinson P, Blin P, Fourier-Réglat A, *et al.* Impact of a public media event on the use of statins in the French population. *Arch Cardiovasc Dis* 2016 Jul 26. pii: S1875-2136(16)30133-4.
- 18 Stroes ES, Thompson PD, Corsini A, Vladutiu GD, Raal FJ, Ray KK, *et al*; European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Statin-associated muscle symptoms: impact on statin therapy—European Atherosclerosis Society Consensus Panel Statementon Assessment, Aetiology and Management. *Eur Heart J* 2015; 36:1012–1022.
- 19 Descamps OS. Effet d'une préparation de levure rouge de riz (Artéchol®) dans une cohorte de patients hypercholestérolémiques traités par des médecins généralistes. *Louvain Med* 2013; 132 (4): 149-154.
- 20 Lu Z, Kou W, Du B, *et al.* (June 2008). "Effect of xuezhikang, an extract from red yeast chinese rice, on coronary events in a chinese population with previous myocardial infarction". *Am J Cardiol* 101 (12): 1689–93.
- 21 Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, *et al*; Authors/Task Force Members; Additional Contributor. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016 Aug 27. pii: ehw272.
- 22 De Coster O. Deux mille morts en Belgique à cause de l'arrêt des statines anticholestérol? [http://www.rtb.be/info/societe/detail\\_deux-mille-morts-en-belgique-a-cause-de-l-arret-des-statines-anticholesterol-dangereux-de-faire-des-extrapolations?id=9369116](http://www.rtb.be/info/societe/detail_deux-mille-morts-en-belgique-a-cause-de-l-arret-des-statines-anticholesterol-dangereux-de-faire-des-extrapolations?id=9369116)

## CORRESPONDANCE

Dr. OLIVIER S DESCAMPS

Centres Hospitaliers Jolimont  
Département de Médecine Interne  
B-7100 Haine Saint-Paul  
Tel 064/23 31 67  
olivierdescamps@hotmail.com

Cliniques universitaires Saint-Luc  
Service de cardiologie  
B-1200 Bruxelles  
Tel 02/764 2812

## Réponse des associations belges au reportage d'ARTE « le bluff du cholestérol »

Une récente émission de la chaîne ARTE intitulée « Cholestérol : le grand bluff » remettait en question un des piliers les plus solides de la prévention cardiovasculaire : le rôle du cholestérol dans le développement des maladies cardiovasculaires et l'intérêt des médicaments hypocholestérolémiants pour prévenir cette maladie. Elle a soulevé par mal de réactions auprès de nos patients créant le doute sur la justification de leur traitement pour leur hypercholestérolémie. Face à cette attitude « négationniste », l'association des patients souffrant d'hypercholestérolémie familiale ([www.belchol.be](http://www.belchol.be)) et la société belge d'athérosclérose (Belgian Society of Atherosclerosis) ont réagi en envoyant une lettre à la présidente et à la directrice d'Arte ainsi qu'à la responsable de l'émission. Le Louvain Médical reproduit ici cette lettre.

### MOTS-CLÉS

cholestérol, prévention cardiovasculaire, statine, polémique

A recent broadcast of the ARTE channel titled "Cholestérol: le grand bluff" was questioning one of the most solid pillars of cardiovascular prevention: the role of cholesterol in cardiovascular disease and the usefulness of the drugs lowering cholesterol to prevent this disease. It raised many reactions amongst our patients creating doubt on the justification of their treatment for their high cholesterol. To face such "denial" attitude, the Belgian Association of Patients with Familial Hypercholesterolemia ([www.belchol.be](http://www.belchol.be)) and the Belgian Society of Atherosclerosis (Belgian Society of Atherosclerosis) responded by sending a letter to the President and the Director of Arte as well as the Manager of the show. Louvain Medical reproduced here this letter.

### KEY WORDS

Cholesterol, cardiovascular prevention, statin, polemic

## INTRODUCTION

Face à une telle émission polémique mettant le doute sur un des piliers les plus solides de la prévention cardiovasculaire <sup>(i)</sup>, il faut se donner le temps de la réflexion pour choisir entre silence et prise de paroles. Répondre risque de donner de l'importance aux polémistes et à l'émission et même à lui faire de la publicité, ce qui est d'ailleurs peut-être à la base.

Toutefois, la confusion des patients et de leurs médecins est telle qu'une réaction semblait nécessaire. Une semaine après l'émission, la société française de cardiologie diffusa un communiqué de presse <sup>(ii)</sup>. En Belgique, l'association des patients souffrant d'hypercholestérolémie familiale (Belchol, ASBL) et la société belge d'athérosclérose (Belgian Society of Atherosclerosis/Belgian Lipid Club) ont préféré s'adresser par courrier à la présidente et à la directrice d'Arte ainsi qu'à la responsable de l'émission, dans le but de demander que soit organisé un débat sur le sujet.

Tous les membres du comité exécutif de la Belgian Society of Atherosclerosis/Belgian Lipid Club et tous les membres et patients du comité exécutif de l'association des patients souffrant d'hypercholestérolémie familiale (Belchol, ASBL, [www.belchol.be](http://www.belchol.be)) ont donné leur accord pour l'envoi de la lettre aux responsables d'ARTE et sa diffusion dans la presse belge.

Cette lettre a été envoyée le vendredi 28 octobre 2016, et nous n'avons pas eu de réponse à ce jour.

<sup>i</sup> <http://www.arte.tv/guide/fr/051063-000-A/cholesterol-le-grand-bluff>

<sup>ii</sup> [http://www.sfcadio.fr/sites/default/files/pdf/communications/com\\_cholesterol\\_2.pdf](http://www.sfcadio.fr/sites/default/files/pdf/communications/com_cholesterol_2.pdf)

## CORRESPONDANCE

Dr. OLIVIER S DESCAMPS

Centres Hospitaliers Jolimont - Département de Médecine Interne

B-7100 Haine Saint-Paul

Tel 064/23 31 67 - [olivierdescamps@hotmail.com](mailto:olivierdescamps@hotmail.com)

Cliniques universitaires Saint-Luc - Service de cardiologie

B-1200 Bruxelles - Tel 02/764 2812



Vendredi 28 octobre 2016

**Belgian Society of Atherosclerosis /  
Belgian Lipid Club**

**(National Representative of the  
European Atherosclerosis Society  
(EAS))**

[www.lipidclub.be](http://www.lipidclub.be)

Président

Prof. Dr Michel Langlois  
(Ugent, AZ Sint-Jan Brugge)

Vice President

Prof. Dr Olivier Descamps  
(UCL, Hopital de Jolimont)

Treasurer

Prof. Dr Regis Radermecker  
(ULG, CHU Sart Tilman)

Secretary

Prof. Dr Ernst Rietschel  
(UGent, UZ Gent)

**Madame Anne Georget  
Responsable de l'émission  
« Cholestérol : le grand bluff »  
Madame Véronique Cayla  
Présidente de ARTE  
Madame Anne Durupt  
Directrice générale de ARTE**

Mesdames,

La Société Belge d'Athérosclérose et l'Association Belge des Patients souffrant d'Hypercholestérolémie Familiale (Belchol, ASBL) que nous représentons, s'associent pour s'insurger contre votre émission intitulée « Cholestérol : le grand bluff » du 18 octobre 2016.

Dans cette émission, vous déclarez en substance que les scientifiques et le corps médical sont influencés par des lobbies dont le seul but est le profit. Par ce jugement, le monde médical se sent attaqué dans sa rigueur scientifique et surtout de nombreux patients en perdant leur confiance envers leurs médecins risquent d'arrêter des traitements dont ils ont besoin, s'exposant ainsi à un risque accru de maladies cardiovasculaires.

Tant les patients que les scientifiques et médecins que nous représentons au sein de nos deux associations sont évidemment choqués par un tel reportage irresponsable. Nous souhaiterions que le public belge soit éclairé de manière objective sur les 7 points suivants :



**BELCHOL ASBL**

Rue des Champs Elysées 63,  
1050 Bruxelles  
[www.belchol.be](http://www.belchol.be)

Président

Prof. Dr Olivier Descamps

Vice President

Prof. Dr Ernst Rietschel

Treasurer

Mr Antonio D'agostino

Secretary

Mrs Marie Delcol

Other members of the executive  
committee

Mrs Emmanuelle Geubel  
Dr Freddy Van de Casseye  
(president of the Cardiologic  
League)

1. S'il est vrai que le cholestérol est important pour les fonctions vitales, il faut comprendre que le taux moyen de cholestérol en Belgique comme dans les autres pays européens est très largement au-dessus de ce qui est "nécessaire" à la vie et que les réductions produites même par les médicaments les plus puissants ne compromettent en rien ces fonctions vitales. Une analogie très simple est le taux de sucre, un autre élément indispensable, mais qui, lorsqu'il est trop élevé, cause aussi une maladie, le diabète dont personne ne niera la gravité. Chez un nouveau-né qui respire la vie, le taux de cholestérol est de 60-70 mg/dL soit 4 fois plus bas que chez l'adulte. De nombreuses personnes présentent toute leur vie des taux très bas de cholestérol et sont en très bonne santé (entre autres, ils n'ont pas de maladies cardiovasculaires)

2. L'importance de prendre en charge les patients qui ont trop de cholestérol dans le sang est clairement établie par des données scientifiques nombreuses et cohérentes : une élévation du LDL-cholestérol sanguin (le "mauvais cholestérol") est associée à une augmentation du risque cardiovasculaire ; de surcroît, une diminution de la cholestérolémie par le traitement diététique puis par des médicaments est associée à une diminution du risque cardiovasculaire. La nocivité du cholestérol pour les artères est clairement illustré dans la maladie appelée « hypercholestérolémie familiale » dont la compréhension a été couronnée par un prix Nobel de médecine en 1987 (Michael Brown et Joseph Goldstein). Cette maladie très fréquente (un belge sur 250, soit 25000 citoyens belges) est responsable de taux anormalement élevé (2 fois supérieur à la norme) de cholestérol dès le plus jeune âge. Sans traitement, des accidents cardiaques parfois mortels surviennent très précocement dès

la trentaine même en l'absence d'autres facteurs de risque (tel que tabac, hypertension artérielle, obésité, diabète, ...).

3. Les multiples recommandations rédigées dans divers pays et par des instances aussi bien médicales que publiques (INAMI et KCE en Belgique), en toute indépendance des sociétés pharmaceutiques et agroalimentaires, sont concordantes et préconisent que les patients à haut risque cardiovasculaire (antécédent de maladie cardiovasculaire, diabète, insuffisance rénale, hypercholestérolémie familiale ou accumulation de plusieurs facteurs de risque) doivent bénéficier d'un traitement par statine quand ils ont un taux de cholestérol trop élevé.

4. Les statines sont parmi les médicaments les mieux étudiés. Elles font l'objet de très nombreuses publications, par de multiples équipes scientifiques différentes, avec des méthodologies de grande qualité et sur de très importantes cohortes de patients. On peut conclure sans appel que les statines entraînent une augmentation de l'espérance et de la qualité de vie grâce à une réduction estimée à 20 % des accidents vasculaires chaque fois qu'elles réduisent le taux LDL (le mauvais) cholestérol de 40 mg/dl (selon des méta-analyses sur plus de 170,000 patients).

5. Soutenir les propos des personnes qui s'élèvent à l'encontre d'une théorie bien fondée sur la relation entre cholestérol et maladie cardiovasculaire risque de décourager les personnes qui ont un risque cardiovasculaire élevé à poursuivre un traitement susceptible d'améliorer leur qualité de vie. Au final, ceci risque d'hypothéquer leur espérance de vie. Prendre des médicaments au long cours est contraignant, et tous les efforts doivent être faits pour encourager les patients à poursuivre leur traitement, quand celui-ci est utile. Tout arrêt du traitement chez des patients qui ont déjà eu un accident cardiovasculaire peut s'accompagner d'une augmentation significative du risque de récurrence de l'accident cardiovasculaire comme l'a montré encore la récente analyse par l'équipe de Bordeaux.

6. Enfin, le cholestérol n'est pas le seul facteur de risque de maladie cardiovasculaire. Lutter contre les maladies cardiovasculaires nécessite une approche dite multifactorielle dirigée contre la sédentarité, le déséquilibre alimentaire, l'excès de poids, le tabagisme l'hypertension artérielle et le diabète. D'autres facteurs de risque tels que la précarité nécessiteront plus d'efforts encore. Si l'on pouvait seulement corriger les facteurs de risque facilement modifiables (parmi lesquels le taux de cholestérol sanguin), l'incidence des maladies cardiovasculaires diminuerait considérablement.

7. Nous avons trouvé malheureux de construire votre émission sur l'exemple d'Ansel Keys qui réalisa son étude en 1950, à une époque où les méthodologies d'études épidémiologiques n'étaient encore qu'à leurs balbutiements et donc sujettes à beaucoup de critiques (plus aucun scientifique ne mentionne cette étude actuellement comme argument pour soutenir la théorie du cholestérol). Les analogies présentées par les polémistes à qui vous donnez la parole sont totalement insensées et sans fondement scientifiques. Nous regrettons également que vous présentiez

l'évolution des connaissances dans ce domaine comme une opération maffieuse truffée de non-dits, de truquages, de pression et de falsifications. De nombreux chercheurs dont certains récompensés de prix Nobel (Michael Brown, Joseph Goldstein) méritent plus de respect que cela. La société française de cardiologie qui vous a également adressé sa consternation a très bien résumé l'histoire des connaissances en matière de relation entre le cholestérol et les maladies cardiovasculaires.

Nous aimerions connaître la suite que vous comptez apporter à notre courrier

En attendant de vous lire, nous vous prions, Mesdames, de recevoir nos salutations distinguées.



Olivier Descamps, MD, PhD.  
Président de l'Association Belge de  
l'Hypercholestérolémie Familiale  
(Belchol, ASBL)  
Vice-Président de la Société Belge  
d'Athérosclérose



Michel Langlois, MD, PhD.  
Président de la Société Belge  
d'athérosclérose