

ACIDE ACETYLSALICYLIQUE ET ROSUVASTATINE EN PREVENTION PRIMAIRE: DEUX ETUDES RECENTES

[Déjà paru dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site web le 4 avril 2007]

Acide acétylsalicylique

Une étude réalisée chez des femmes traitées en prévention primaire par l'acide acétylsalicylique est parue récemment [*Arch Intern Med* 2007;167:562-72, avec un éditorial 535-6]. Les résultats suggèrent une diminution de la mortalité, principalement cardio-vasculaire, chez les femmes qui avaient pris de faibles doses d'acide acétylsalicylique. Il s'agit d'une étude d'observation dans laquelle 80.000 femmes sans antécédent cardio-vasculaire provenant de la *Nurses' Health Study* ont été suivies pendant 24 ans. Ces résultats sont surprenants car discordants avec les résultats d'études antérieures, dont la *Women's Health Initiative*, dans lesquelles un traitement par l'acide acétylsalicylique n'avait eu aucun effet dans la prévention primaire de la mortalité cardio-vasculaire. Comme le soulignent les auteurs eux-mêmes, les résultats de toute étude d'observation doivent être interprétés avec prudence en raison de l'existence possible de biais, et ne sont pas suffisants pour contre-balancer les résultats des études antérieures. Ces nouvelles données ne modifient donc pas les recommandations concernant la prévention primaire de la mortalité cardio-vasculaire, c.-à-d. que l'emploi d'acide acétylsalicylique n'est pas indiqué chez la plupart des personnes en bonne santé pour lesquelles le risque d'accident vasculaire est probablement largement inférieur à 1% par an [voir Folia de septembre 2002].

Rosuvastatine

L'étude METEOR [*JAMA* 2007;297:1344-53, avec un éditorial 1376-8] est une étude randomisée contrôlée qui a analysé l'effet d'un traitement par la rosuvastatine sur l'évolution de lésions d'athérosclérose carotidienne chez des patients d'âge moyen, asymptomatiques et avec un faible risque cardio-vasculaire (*Framingham risk score* < 10% par 10 ans). Les résultats montrent qu'un traitement de deux ans par la rosuvastatine chez ces patients ralentit de manière statistiquement significative la progression de l'athérosclérose carotidienne (mesurée par la *carotid intima-media thickness* ou CIMT) par rapport au placebo; le traitement par la rosuvastatine n'entraînait toutefois pas de régression des lésions d'athérosclérose. Il n'est pourtant pas prouvé qu'une diminution de la progression des lésions observées par imagerie chez des patients avec un faible risque ait un impact cliniquement significatif. Ces données ne modifient donc pas non plus les recommandations. La prévention primaire chez des patients asymptomatiques avec un faible risque (*Framingham risk score* < 10% par 10 ans) consiste avant tout en des modifications du style de vie [voir Folia de juillet 2004].