

# Prévention de l'AVC: faire plus ou moins?

**Prof. Nicolas Rodondi, Médecin-Chef de la Polyclinique Médicale  
& Directeur du BIHAM / Président de Smarter Medicine**



Clinique Universitaire et Polyclinique  
de Médecine Interne Générale  
Hôpital de l'Île, Université de Berne

Berner Institut für Hausarztmedizin  
(BIHAM), Université de Berne



CHUV, Lausanne 18.09.2025

# Plan

- Lipides et AVC
  - Statines et AVC ischémique
  - LDL cible après AVC ?
  - Statines et hémorragie cérébrale?
  - Prévention primaire et controverses
  - Bithérapie
  - “Guidelines”
- Conclusions

# **Dyslipidémies et AVC: récentes études et controverses**

# LDL cible après AVC?

- LDL cible: **1,8 mmol/L** contre 2,3 à 2,8<sup>1</sup>
- Critère d'évaluation principal des événements cardiovasculaires majeurs:
  - AVC ischémique
  - infarctus du myocarde
  - nouveaux symptômes conduisant à une revascularisation coronarienne ou carotidienne urgente
  - décès d'origine cardiovasculaire
- 2860 patients pendant 3,5 ans
- Taux de LDL atteint: 1,7 contre 2,5 dans le groupe cible plus élevé

Uptodate 7.2025: <1.8mmol/l

<sup>1</sup>P. Amarenco, *NJEM* 2020

# Facteurs de risque d'AVC hémorragique

- Données SPARCL<sup>1</sup>:
  - traitement par atorvastatine (dans les cohortes: + CT → + AVC hémorragique)
  - sexe masculin
  - âge avancé
  - AVC hémorragique comme événement d'entrée dans l'étude
  - hypertension de stade II lors de la dernière visite
- SPARCL: atorvastatine 80 mg vs placebo chez des patients ayant déjà subi un AVC (LDL 2,6-4,9): critère d'évaluation principal: AVC
- Attitude clinique?
  - prudence avec les statines chez les patients ayant récemment subi un AVC hémorragique
  - décision au cas par cas

<sup>1</sup>Goldstein LB, et al., Neurology 2008

# **Bénéfices en prévention primaire des AVC?**

# Jusqu'à quel âge prescrire des statines?

- RCT avec pravastatine<sup>1</sup>  
(40 mg) ou placebo:  
5804 hommes et femmes  
70-82 ans. Facteurs de risque ou maladie vasculaire
- Suivi: 3.2 ans

**Prévention secondaire > 75 ans<sup>2</sup>**

- AHA: valeur cible LDL < 2.6 mmol/l

<sup>1</sup> *Lancet* 2002. PROSPER

<sup>2</sup> Grundy SM et al., AHA  
*J Am Coll Cardiol* 2018

# MAGIC / BMJ RR1: «Guidelines» sans COI : quand l'ézétimibe et les inhibiteurs de PCSK9 ? Résultats pour l'AVC<sup>2</sup>

Absolute difference per 1000 persons (95% CI) over 5-year					
Intervention	Ezetimibe		PCSK9 inhibitor		
Comparator	Statin	PCSK9 inhibitor and statin	Statin	Ezetimibe	Ezetimibe and statin
<b>Non-fatal stroke:</b>		(RR: 0.82 [0.71 to 0.96])	(RR: 0.74 [0.64 to 0.85])	(RR: 0.90 [0.73 to 1.10])	(RR: 0.74 [0.64 to 0.85])
Very high > 20% over 5 years	14 fewer (23 fewer to 3 fewer) ⊕⊕⊕	11 fewer (17 fewer to 2 fewer) ⊕⊕	21 fewer (29 fewer to 12 fewer) ⊕⊕⊕⊕	7 fewer (18 fewer to 7 more) ⊕⊕	17 fewer (24 fewer to 10 fewer) ⊕⊕⊕
High 15 – 20%	11 fewer (17 fewer to 2 fewer) ⊕⊕⊕	8 fewer (13 fewer to 2 fewer) ⊕⊕	16 fewer (22 fewer to 9 fewer) ⊕⊕⊕	5 fewer (13 fewer to 5 more) ⊕⊕	13 fewer (18 fewer to 7 fewer) ⊕⊕
Moderate 5 – 15%	4 fewer (7 fewer to 1 fewer) ⊕⊕⊕	3 fewer (5 fewer to 1 fewer) ⊕⊕	6 fewer (8 fewer to 3 fewer) ⊕⊕⊕	2 fewer (5 fewer to 2 more) ⊕⊕	5 fewer (7 fewer to 3 fewer) ⊕⊕
Low < 5%	1 fewer (2 fewer to 0 fewer) ⊕⊕⊕	1 fewer (1 fewer to 0 fewer) ⊕⊕	2 fewer (3 fewer to 1 fewer) ⊕⊕⊕	1 fewer (2 fewer to 1 more) ⊕⊕	2 fewer (2 fewer to 1 fewer) ⊕⊕

“Minimal important differences (MID)”: 10 AVC pour 1000 patients sur 5 ans

<sup>1</sup> Hao Q et al., *BMJ* 2022 ; <sup>2</sup> Khan SU, et int., Rodondi N, *BMJ* 2022

# Nouveaux seuils pour les personnes à haut risque (1)

Ancien

Low risk 0–9%

Intermediate 10–19%

high risk >20%

Nouveau

Low risk/Intermediate <5%

High >5%

Very high >10%

ESC 2025: low risk < 2%, statines à discuter si  $LDL \geq 3.0$

# Précédentes recommandations de l'AGLA

## "fondées sur des preuves" des RCTs<sup>1,2</sup>

- Patients à haut risque :  $LDL > 2,6 \text{ mmol/l}$ 
  - Maladie coronarienne ou équivalents (AVC, PAD)
  - Diabète
  - Risque à 10 ans  $\geq 20\%$  (PROCAM-AGLA)
- Patients à risque avancé:  $LDL > 3,4 \text{ mmol/l}$ 
  - Risque à 10 ans entre 10 et 20%
- Patients à bas risque:  $\cancel{LDL > 4,1 \text{ mmol/l}}$ 
  - Risque à 10 ans  $< 10\%$
- Patients sans autres facteurs de risque:  $\cancel{LDL > 4,9 \text{ mmol/l}}$

### ***AGLA à partir de 2014: risque faible: mesures de style de vie***

Pour 1<sup>ère</sup> prévention: toujours proposer des mesures de style de vie, pour quelques semaines à quelques mois

<sup>1</sup> Nanchen D & Rodondi N, *SMF 2014* (après nouvelles cibles US); <sup>2</sup> Rodondi N & Waeber G, *SMF 2018*

# Conclusions (1)

- Bénéfice majeur de la prévention secondaire après AVC (ou infarctus), tant au niveau individuel que pour la réduction des MCV dans la population
- Statines: efficaces après un AVC, pas de preuves d'efficacité des autres hypolipémiants.
- Mesures de style de vie essentielles (arrêt du tabac, activité physique,...)
- Controverses concernant :
  - Les traitements hypolipémiants combinés en prévention primaire
  - L'efficacité du traitement du cholestérol HDL sur les événements cliniques
  - Les indications des traitements médicaux pour les patients à risque intermédiaire en prévention primaire

# Conclusions (2)

- La plupart des données disponibles ne s'appliquent pas à la majorité des patients souffrant de multimorbidité<sup>1</sup>:
  - Médecins de famille / généralistes: rôle-clé dans l'individualisation
- Prévention primaire  $\geq 70$  ans:
  - Bénéfice pas clair et parfois effets secondaires
  - OFSP 8.2022: pas de remboursement si débuté  $> 75$  ans
  - Arrêt des statines évalué dans l'étude STREAM<sup>2</sup>

⇒ Possibilité des médecins de famille de contribuer à  
**la réduction de la polymédication / médecine "durable"**

<sup>1</sup> Rodondi N, *Schw Med Forum* 2013; <sup>2</sup> Bétrisey S & Rodondi N, *RMS* 2022

# Merci de votre attention!

## Pour les questions sur les lipides:

Prof. Nicolas Rodondi

Directeur de l'Institut Bernois de médecine de famille (BIHAM)  
& Clinique et Polyclinique de Médecine Interne Générale

Hôpital de l'Ile, Université de Berne

Email: [Nicolas.rodondi@insel.ch](mailto:Nicolas.rodondi@insel.ch)

[lipidsprechstunde.medpol@insel.ch](mailto:lipidsprechstunde.medpol@insel.ch)