

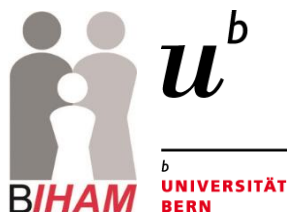
Prévention de l'AVC: faire plus ou moins?

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

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

Clinique Universitaire et Policlinique
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 2,8¹
- 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

¹P. Amarenco, *NJEM* 2020

Facteurs de risque d'AVC hémorragique

- Données SPARCL¹:
 - 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

¹Goldstein LB, et al., Neurology 2008

Bénéfices en prévention primaire des AVC?

Jusqu'à quel âge prescrire des statines?

- RCT avec pravastatine¹
(40 mg) ou placebo:
5804 hommes et femmes
70-82 ans. Facteurs de risque ou maladie vasculaire
- Suivi: 3.2 ans

Prévention secondaire > 75 ans²

- **AHA: valeur cible LDL < 2.6 mmol/l**

¹ *Lancet* 2002. PROSPER

² 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'AVC²

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
Non-fatal stroke:		(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) ⊕⊕

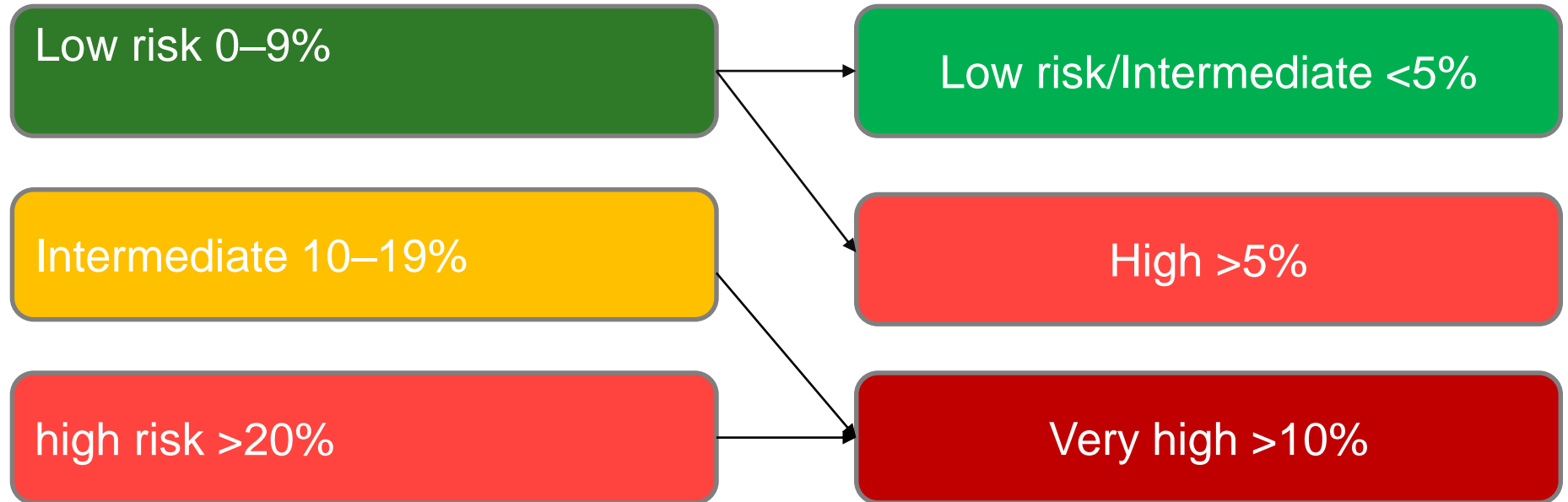
“Minimal important differences (MID)”: 10 AVC pour 1000 patients sur 5 ans

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

Nouveaux seuils pour les personnes à haut risque (1)

Ancien

Nouveau



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

Précédentes recommandations de l'AGLA

"fondées sur des preuves" des RCTs^{1,2}

- Patients à haut risque : LDL > 2,6 mmol/l
 - Maladie coronarienne ou équivalents (AVC, PAD)
 - Diabète
 - Risque à 10 ans \geq 20% (PROCAM-AGLA)
 - Patients à risque avancé: LDL > 3,4 mmol/l
 - Risque à 10 ans entre 10 et 20%
 - Patients à bas risque: ~~LDL > 4,1 mmol/l~~
 - Risque à 10 ans < 10 %
 - Patients sans autres facteurs de risque: ~~LDL > 4,9 mmol/l~~
-
- beaucoup de RCTs
- quelques RCTs
- très peu de données
- pas de données

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

Pour 1^{ère} prévention: toujours proposer des mesures de style de vie, pour quelques semaines à quelques mois

¹ Nanchen D & Rodondi N, *SMF 2014* (après nouvelles cibles US); ² 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 hypolipémifiants.
- Mesures de style de vie essentielles (arrêt du tabac, activité physique,...)
- Controverses concernant :
 - Les traitements hypolipémifiants 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 multimorbidité¹:
 - Médecins de famille / généralistes: rôle-clé dans l'individualisation
 - Prévention primaire ≥ 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 STREAM²
- ⇒ Possibilité des médecins de famille de contribuer à
la réduction de la polymédication / médecine "durable"

¹ Rodondi N, *Schw Med Forum* 2013; ² 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 Policlinique de Médecine Interne Générale

Hôpital de l'Île, Université de Berne

Email: Nicolas.rodondi@insel.ch

lipidsprechstunde.medpol@insel.ch