

Compte-rendu

# Traiter en fonction de la cible ou avec intensité ?

## Mots-clés

Statine, Maladie coronarienne, LDL, cholestérol

Treat-to-Target or High-Intensity Statin in Patients With Coronary Artery Disease

S. Hong et al., JAMA, 06.03.2023

[DOI: 10.1001/jama.2023.2487](https://doi.org/10.1001/jama.2023.2487)

## Introduction

Les statines ont un rôle essentiel dans la prévention secondaire après un événement cardio-vasculaire. Mais quelle stratégie adopter ? L'étude LODESTAR a comparé deux approches : prescrire des statines de haute intensité d'emblée ou des statines d'intensité modérée avec titration en fonction de la cible de LDL-cholestérol (LDL-c).

## Méthode

Etude randomisée, contrôlée, multicentrique (12 centres en Corée du Sud), de non-infériorité, en open-label. **Inclusion :** ≥19 ans avec maladie coronarienne stable ou syndrome coronarien aigu. **Exclusion :** antécédent d'intolérance ou contre-indication aux statines. **Intervention :** Statines de haute intensité (rosuvastatine 20 mg ou atorvastatine 40 mg 1x/j) vs statines à dose modérée titrées pour une cible de LDL-c de 0.5 à 0.7 g/l (1.29 à 1.8 mmol/l). **Issue primaire :** composite d'événements cardiovasculaires (décès, infarctus du myocarde, AVC ou revascularisation coronarienne) dans les 3 ans avec une marge de non-infériorité de 3.0 points de pourcentage.

## Résultats

4'400 patients randomisés entre novembre 2019 et octobre 2022 (âge moyen 65 ans, **28 % de femmes**) dont 2'200 dans le groupe « treat-to-target ». Seuls 54% des patients dans le groupe « treat-to-target » ont reçu des statines de haute intensité *vs* 92% dans le groupe « haute intensité ». Le **taux moyen de LDL-c à 3 ans était pratiquement identique dans les deux groupes**, soit de 0.69 g/l dans le groupe « treat-to-target » *vs* 0.68 g/l dans le groupe « haute intensité ». A 3 ans, l'issue primaire n'a pas différé entre les deux stratégies puisque survenant chez 177 patients (8.1%) dans le groupe « treat-to-target » *vs* 190 patients (8.7%) dans le groupe « haute intensité » (différence absolue, -0.2 points pourcentage  $p < 0.001$  pour la non-infériorité). La sécurité était en outre similaire.

## Discussion

Débuter avec un dosage en statine plus faible ne semble pas inférieur à un régime de haute intensité. D'autres traitements hypolipémiants étaient peu utilisés, probablement dans le but d'isoler l'effet des statines, raison probable expliquant les nombreux patients qui n'ont pas réussi à atteindre la cible de  $\text{LDL-c} < 1.8 \text{ mmol/l}$ . En effet, 40% dans le groupe « treat-to-target » et 30% dans le groupe « haute intensité » étaient au-dessus de la cible à 3 mois. Une autre limitation est la cible de  $\text{LDL-c} < 1.8 \text{ mmol/l}$  qui ne correspond plus aux recommandations européennes actuelles visent un  $\text{LDL-c} < 1.4 \text{ mmol/l}$ . En outre, l'étude était limitée à la prévention secondaire et ne concerne que peu de femmes ! Finalement, les événements du critère d'évaluation étaient plus rares que prévu avec une marge de non-infériorité de ce fait légèrement surestimée.

## Conclusion

En pratique, la titration des statines pourrait convenir à certains patients qui sont récalcitrants à ce traitement, en particulier à des doses élevées. Cette stratégie peut favoriser la communication médecin-patient avec une approche individualisée menant potentiellement à une meilleure adhérence au traitement.

Date de publication	Auteurs
08.05.2023	