



# Statines et insuffisance rénale chronique: un bon ménage?

Rev Med Suisse 2009; 5: 1903

## Rédaction:

Drs V. Santschi  
M. Burnier  
I. Peytremann-Bridevaux

## Coordination rédactionnelle:

Drs B. Burnand, I. Peytremann-Bridevaux  
et M. Rège Walther

## Adresses:

Dr Valérie Santschi  
Department of epidemiology, biostatistics,  
and occupational health  
McGill University  
1020 Pine Avenue West  
Montreal, Canada

Pr Michel Burnier  
Service de néphrologie et consultation  
d'hypertension  
CHUV, 1011 Lausanne

Dr Isabelle Peytremann-Bridevaux  
Institut de médecine sociale et préventive  
CHUV et Université de Lausanne  
et Réseau francophone Cochrane  
Bugnon 17, 1005 Lausanne

## Scénario

Vous suivez une patiente de 50 ans chez qui vous avez diagnostiqué une insuffisance rénale chronique (IRC) modérée de stade 3 (TFG 35 ml/min), suite à une glomérulonéphrite chronique idiopathique. Elle n'a pas d'antécédent cardiovasculaire, mais présente une HTA contrôlée (128/76 mmHg) par un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (énalapril 10 mg/j) et un diurétique (hydrochlorothiazide 12,5 mg/j). Sa protéinurie est de 0,3 g/j, et vous constatez un cholestérol total de 7 mmol/l. Quel pourrait être le bénéfice de lui prescrire un traitement hypolipémiant?

## Question

Quels sont l'efficacité clinique et les risques liés à une prise quotidienne de statines en cas d'IRC modérée à sévère?

Référence: Navaneethan SD, Pansini F, Perkovic V, et al. HMG CoA reductase inhibitors (statins) for people with chronic kidney disease not requiring dialysis. Cochrane Database System Review 2009, Issue 2. Art. No.: CD007784. DOI: 10.1002/14651858.CD007784.

Cette rubrique présente les résultats d'une revue systématique publiée par la Collaboration Cochrane dans la *Cochrane Library* au deuxième trimestre 2009 ([www.cochrane.org/](http://www.cochrane.org/)). Volontairement limité à un champ de recherche circonscrit, cet article reflète l'état actuel des connaissances de ce domaine. Il ne s'agit donc **pas** de recommandations pour guider la prise en charge d'une problématique clinique considérée dans sa globalité (guidelines).

<b>Contexte</b>	L'IRC est fréquente en raison du vieillissement de la population, et les complications cardiovasculaires (CV) sont la principale cause de mortalité chez les patients ayant une IRC. L'hypercholestérolémie, responsable de complications CV et facteur de risque dans la progression de la maladie rénale, existe chez environ 60% des patients en IRC (stades 3-4; TFG < 60 ml/min = pré-dialyse). Bien que les statines soient fréquemment prescrites dans le traitement de l'hypercholestérolémie chez ces patients, peu de données existent quant à leur efficacité clinique. Cette revue systématique vise à déterminer les bénéfices et les risques de la prise quotidienne de statines auprès des patients pré-dialysés ayant ou non des comorbidités cardiovasculaires sur 1) le profil lipidique; 2) la mortalité (totale et CV); 3) la progression de l'insuffisance rénale et 4) les effets secondaires.
<b>Résultats</b>	Vingt-six études (25017 patients ayant une IRC) comparant la prise de statines au placebo ont été identifiées. La prise quotidienne de statines: 1) diminue le cholestérol total de -1,1 mmol/l (IC 95%: -1,3 à -0,9) et le LDL cholestérol de -1,1 mmol/l (IC 95%: -1,3 à -0,9) 2) diminue le risque de mortalité totale (RR: 0,8; IC 95%: 0,7-0,9) et de mortalité CV (RR: 0,8; IC 95%: 0,7-0,9) 3) diminue l'excrétion urinaire de protéines (-0,7 g/24h; IC 95%: -0,95 à -0,5) mais n'augmente pas la clairance de la créatinine (1,5 ml/min, IC 95%: -2,3 à 5,3) 4) n'augmente pas les risques d'effets secondaires (rhabdomyolyse, diminution de la fonction rénale).
<b>Limites</b>	– Seules les statines sont considérées dans cette revue. – Peu d'études de haute qualité (informations manquantes relatives à la randomisation, à l'insu et à la méthode d'analyse en intention de traiter ou non), nombre limité de patients et brève durée de suivi. – L'étude <i>Pravastatine pooling project</i> a une influence majeure sur les résultats – Pour certains résultats (clairance de la créatinine et protéinurie), peu d'études sont incluses dans la méta-analyse. – Les données incluses dans cette revue proviennent souvent d'analyse de sous-groupes inclus dans de grands essais cliniques.
<b>Conclusions des auteurs</b>	Les statines diminuent le risque de mortalité totale et de mortalité CV, et permettent un meilleur contrôle lipidique des patients ayant une IRC. Bien que les statines n'aient pas d'impact sur la filtration glomérulaire, elles semblent diminuer l'excrétion urinaire de protéines et avoir ainsi un effet néphroprotecteur potentiel. Les statines causent peu d'effets secondaires. Face à ces résultats, les auteurs concluent que les statines peuvent être prescrites auprès des patients ayant une IRC.
<b>Réponse à la question clinique</b>	Cette patiente pourrait bénéficier d'un traitement par statines pour diminuer son risque de maladie CV. Ce traitement pourrait aussi contribuer à diminuer l'excrétion urinaire de protéines sans risque de toxicité accru. Le haut risque CV des patients ayant une IRC nécessite une prévention précoce. En effet, le risque de décéder d'une complication CV est plus élevé chez les patients présentant une IRC que celui d'une évolution en insuffisance rénale terminale. Cette prévention précoce est d'autant plus importante qu'une récente étude randomisée contrôlée (AURORA) et une récente revue Cochrane démontrent que les statines améliorent le profil lipidique des patients dialysés sans toutefois réduire leur mortalité.

\* TFG: taux de filtration glomérulaire; CV: cardiovasculaire; IC 95%: intervalle de confiance de 95%; RR: risque relatif.