

COMMENTAIRE

Des preuves invitant à la prudence : Les femmes et l'utilisation de statines

par Harriet G. Rosenberg et Danielle Allard

Les statines – qui ont pour fonction de réduire le taux de cholestérol – sont les médicaments les plus prescrits au monde, et environ la moitié des personnes qui en font usage sont des femmes. Les médecins prescrivent souvent des statines aux femmes pour prévenir les maladies cardiovasculaires. Or, chez les femmes qui n'ont jamais éprouvé de troubles cardiaques, il existe peu de preuves selon lesquelles la réduction du taux de cholestérol réduit vraiment le risque d'incidents cardiovasculaires tels une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou même la mort ^[1-4]. En fait, aucun essai clinique n'a été réalisé pour démontrer les bienfaits des statines chez les femmes qui n'ont jamais eu de problèmes cardiovasculaires ^[5], même si 75 pour cent des femmes qui prennent ces médicaments correspondent à cette catégorie. Chez les femmes qui ont déjà vécu des problèmes cardiaques, les statines réduisent assurément le risque de crises cardiaques, de troubles nécessitant une angioplastie, de pontage coronarien et de décès causé par des atteintes coronariennes, sans toutefois réduire le taux général de mortalité ^[1,6]. Donc, le traitement aux statines ne semble pas exercer d'effets quant à la prévention générale de décès chez les femmes qui ont ou qui n'ont pas d'antécédents de troubles cardiaques ^[1,3,7-8]. Ceci soulève certaines questions, à savoir si nous échangeons les décès causés par des maladies cardiaques pour des décès causés par d'autres maladies, comme le cancer. Dans un même temps, il existe de plus en plus de preuves confirmant l'existence d'un lien entre les statines et le cancer du sein ^[9-10], les avortements spontanés ^[11], et les anomalies congénitales ^[9,12-13]. De plus, les statines ont été liées à la dépression ^[14-15] et à la déficience musculaire ^[16], tant chez les femmes que chez les hommes. Les femmes et leur médecin peuvent difficilement faire des choix éclairés sur l'utilisation des statines ou comprendre les raisons qui expliquent l'augmentation normale du taux de cholestérol pendant la grossesse ou à la ménopause puisqu'aucune analyse sexospécifique n'a été menée dans ce domaine. Des fonds publics doivent être alloués pour réaliser des essais cliniques aléatoires auprès de groupes exclusivement féminins pour approfondir les connaissances sur les effets des statines. De plus, il faut recueillir des données sur les événements adverses cruciaux vécus tant par les femmes que les hommes et les diffuser de façon intégrale. Il faut aussi mener d'autres recherches axées sur le genre qui porteraient sur les diagnostics et le traitement des maladies cardiovasculaires, y compris la prescription de statines.

mercure touche-t-elle les femmes, mais la bioaccumulation de cette substance peut être transmise aux enfants, tant au stade fœtal qu'après la naissance, par le truchement du lait maternel ^[1,8].

Le mercure entraîne-t-il des risques pour toutes les femmes?

Bien que les risques soient les mêmes pour toutes les femmes qui subissent une exposition au mercure, la recherche démontre que le type et la fréquence d'exposition varient selon divers groupes de femmes. Par exemple, les femmes des Premières nations et les femmes vivant dans les communautés côtières risquent davantage d'être exposées au mercure parce qu'elles consomment du poisson, des crustacés, des coquillages et des mammifères marins en quantités supérieures et plus fréquemment que les autres femmes du pays. Les études confirment que les femmes des Premières nations affichent des taux élevés de mercure dans leur sang et vivent avec le risque de développer les problèmes de santé associés au mercure, tout comme les femmes qui vivent dans les collectivités côtières, particulièrement le long de la côte atlantique. ^[9] La communauté de la recherche présume que les femmes de ces régions consomment du poisson en plus grande quantité, ce qui se traduit par une augmentation du méthylmercure dans leur sang ainsi qu'une bioaccumulation de cette substance. Cette bioaccumulation aggrave le risque de problèmes de santé au fil du temps et d'une génération à l'autre ^[9].

Quelles sont les politiques en vigueur qui ont pour but de prévenir la pollution au mercure? Sont-elles efficaces?

À ce jour, les gouvernements – tant fédéral que provinciaux – ont une réponse usuelle au problème de la contamination au mercure. Ils émettent des avis sur la consommation du poisson vendu au détail et issu de la pêche sportive, dans lesquels ils communiquent les seuils de consommation acceptables et les seuils dangereux ^[1]. Vu les risques reconnus associés à une exposition au mercure, cette réponse est tout à fait inadéquate. Elle ne

considère pas l'accumulation des effets et la régularité avec laquelle certaines populations consomment du poisson hautement contaminé ^[10]. Par exemple, dans les collectivités des Premières nations et les communautés côtières, la consommation de poissons, de crustacés, de coquillages et de mammifères marins comporte des bienfaits socioculturels, économiques et nutritionnels importants, bienfaits que ces populations doivent contrebalancer avec les risques sanitaires associés à l'absorption de mercure. Dans un même temps, l'émission d'avis sur la consommation de poissons, de crustacés et de coquillages est une approche qui ne tient pas compte du rôle de l'industrie et de l'obligation des gouvernements de réglementer les industries de manière à prévenir la pollution au mercure ^[3].

Bien que les taux de mercure déversé dans l'environnement par des particuliers et des industries soient à la baisse ^[2] (tel qu'établi et mesuré au moyen des normes fédérales sur les émissions industrielles, sur les lampes contenant du mercure et sur les amalgames dentaires ^{a)}) et que la création d'outils de gestion des risques et le déploiement d'efforts de planification visant à prévenir la pollution soient cités comme d'importantes mesures à prendre, d'autres normes et protocoles ayant force exécutoire doivent être mis en place pour éliminer les émissions ^[2]. Une réglementation plus stricte en matière d'émissions constitue la mesure la plus directe qui permettra de réduire la contamination au mercure et les dangers associés à la consommation de poissons, de crustacés et de coquillages. Pour l'instant, la population canadienne doit sous-peser les risques et les avantages liés à ce type d'alimentation.

Conjointement aux efforts déployés pour réduire la contamination au mercure, les initiatives en matière de politiques doivent intégrer une approche axée sur le genre et tenir compte du fait que le mercure ne produit pas le même impact dans toutes les communautés. Par exemple, les femmes enceintes reçoivent présentement des messages contradictoires

a The Canada-wide Standards (CWSs) for mercury emissions refer specifically to smelters and waste incinerators as well as emissions from lamps and waste.

Références bibliographique

1. Walsh JME, Pignone M. Drug treatment of hyperlipidemia in women. *J Med Am Assoc.* 2004;291(18):243-52.
2. Do statins have a role in primary prevention? Therapeutic Letter [sérial en ligne]. 2003 [cité le 10 avril 2007] Avril-juin;1-2. www.ti.ubc.ca/PDF/48.pdf
3. Abramson J. *Overdosed America: the broken promises of American medicine.* New York: Harper Collins; 2004.
4. Hayward RA, Hofer TP, Vijan S. Narrative review: lack of evidence for recommended low-density lipoprotein treatment targets: a solvable problem. *Ann Intern Med.* 2006;145(7):520-30.
5. Wright J, Abramson J. Are lipid-lowering guidelines evidence based? *J. Lancet.* 2007;369(9557):168-9.
6. Criqui MH, Golomb BA. Low and lowered cholesterol and total mortality. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44(5):1009-10.
7. Shepard J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen EL, Buckley BM, Cobbe SM, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomized controlled trial. *J Lancet.* 2002;360(23):1623-30.
8. Lewis SJ, Sacks FM, Mitchell JS, East C, Glasser S, Kell S, et al. Effect of pravastatin on cardiovascular events in women after myocardial infarction: the cholesterol and recurrent events (CARE) trial. *J Am Coll Cardiol.* 1998;32(1):140-6.
9. Kenis I, Tartakover-Matalon S, Cherepin N, Drucker L, Fishman A, Pomeranz M, et al. Simvastatin has deleterious effects on human first trimester placental explants. *Hum Reprod.* 2005;20(10):2866-72.
10. Edison RJ, Muenke M. Mechanistic and epidemiological considerations in the evaluation of adverse birth outcomes following gestational exposure to statins. *Am J Med Genet.* 2004;131A:287-98.
11. Forbes K, Hurst LM, Gibson JM, Aplin JD, Westwood M. Statins are detrimental to human placental development and function: use of statins during early pregnancy is inadvisable. *J Cell Mol Med.* À venir en 2008.
12. Eisenberg T, Wells MT. Statins and adverse cardiovascular events in moderate-risk females: a statistical and legal analysis with implications for FDA pre-emption claims. *J Empirical Legal Stud.* 2008; 5(3):507-50.
13. Petretta M, Costanzo P, Perrone-Filardi P, Chiariello M. Impact of gender in primary prevention of coronary heart disease with statin therapy: a meta-analysis. *Int J Cardiol.* 12 sept. 2008 [publié sur Internet avant impression]. National Centre of Biotechnology Information.
14. Adverse Drug Reactions Advisory Committee, Adverse Drug Reactions Unit of the Therapeutic Goods Administration. Ezetimibe and depression - a possible signal. *Australian Adverse Drug Reactions Bulletin* [sérial en ligne]. 2006 [cité le 10 déc. 2008];5(5). www.tga.gov.au/adr/aadrb/aadr0610.htm#a3
15. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) and the Commission on Human Medicines (CHM). Statins: class effects identified. *Drug Safety Update.* 2008;1(7):2.
16. Radcliffe K., Campbell W.W. Statin myopathy. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2008;8(11):66-72.
16. Radcliffe K, Campbell WW. Statin myopathy. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2008;8(11):66-72.