



PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT DYSLIPIDÉMIQUE

RECOMMANDATIONS

Ce document est une actualisation des Recommandations de Bonne Pratique "Prise en charge des dyslipidémies" publiées par l'Afssaps en septembre 2000 et "Modalités de dépistage et de diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire" publiées par l'Anaes en janvier 2000".

PRINCIPAUX MESSAGES

- Le dépistage d'une dyslipidémie repose sur l'EAL (exploration d'une anomalie lipidique), qui détermine les concentrations de cholestérol total, triglycérides, HDL-cholestérol et LDL-cholestérol. Tous les adultes doivent être dépistés mais il n'est pas justifié de répéter ce bilan, lorsqu'il est normal.
- Cinq niveaux « cibles » de LDL-cholestérol définissent l'intervention thérapeutique. Ces objectifs ont été déterminés en fonction de l'état vasculaire du patient et du nombre des facteurs de risque cardiovasculaire associés.
- La prescription d'hypolipémiants n'est pas justifiée chez de nombreux patients ayant un risque cardiovasculaire faible. Le traitement diététique est la base de la prise en charge de ces patients.
- Quand une thérapeutique médicamenteuse est indiquée, il s'agit le plus souvent d'une statine, sauf dans les 3 circonstances suivantes :
 - intolérance aux statines ;
 - LDL-cholestérol < 1 g/l associé à des triglycérides élevés et un HDL-cholestérol bas ;
 - hypertriglycéridémie sévère isolée (TG > 4 g/l).
- Le traitement hypolipémiant débute habituellement par les posologies les plus faibles. En l'absence d'évaluation suffisante, l'utilisation de fortes doses, voire de combinaisons thérapeutiques, est à discuter au cas par cas. Elle ne doit pas se faire au détriment d'une bonne tolérance et d'une bonne observance du traitement.
- La surveillance de l'efficacité et de la tolérance commence entre 1 et 3 mois après le début du traitement.
- La prise en charge d'une dyslipidémie doit être associée à celle des autres facteurs de risque cardiovasculaires.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité et de handicap dans les pays développés. Elles représentent en France et dans le monde, un enjeu majeur de santé publique

La maladie coronaire, l'accident vasculaire cérébral ischémique et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, sont les complications, le plus souvent tardives, de l'athérosclérose, phénomène inflammatoire artériel chronique, induit et entretenu par un excès de cholestérol circulant. Dans ce document, l'ensemble de ces complications sera regroupé sous le terme « cardiovasculaire ».

La prévention cardiovasculaire se conçoit à deux niveaux :

- la prévention primaire concerne les patients sans maladie cardiovasculaire ;
- la prévention secondaire concerne les patients qui ont une maladie cardiovasculaire telle que définie ci-dessus.

Les enseignements des grandes études d'intervention ont fait évoluer les bases de la prévention cardiovasculaire par les hypolipémiants sur 5 points :

1. La prévention secondaire s'adresse aux patients qui présentent non seulement des antécédents coronaires, mais aussi d'autres maladies vasculaires athéromateuses avérées : accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire, artériopathie oblitérante symptomatique des membres inférieurs.
2. Le bénéfice de la prévention cardiovasculaire (primaire et secondaire) par les hypolipémiants n'est pas exclusivement coronaire. Chez les patients à haut risque, une diminution du risque de premier accident vasculaire cérébral est démontrée. Ce bénéfice s'étend à l'ensemble des événements cardiovasculaires.
3. La prévention cardiovasculaire a des effets démontrés dans de nouveaux groupes de patients parmi les sujets âgés de 70 à 80 ans, les femmes ménopausées, les patients hypertendus, les diabétiques de type 2 ou les patients ayant des antécédents vasculaires personnels.
4. Les patients ayant fait un accident coronaire doivent bénéficier du traitement préventif au décours de l'accident aigu.
5. La réduction du risque cardiovasculaire dépend de l'abaissement des concentrations de LDL-cholestérol. Elle est également observée chez les sujets à risque ayant des concentrations de LDL-cholestérol proches des valeurs moyennes de la population générale.

L'abaissement des concentrations sériques de LDL-cholestérol est le meilleur indicateur d'efficacité de la prévention cardiovasculaire par les hypolipémiants (Grade A) et c'est à partir de ce paramètre simple à obtenir, qu'il a été décidé de définir les recommandations de dépistage et de prise en charge du patient dyslipidémique. Néanmoins, la prise en compte d'autres paramètres lipidiques, comme les concentrations du HDL-cholestérol et celles des triglycérides, est nécessaire, et des résultats d'essais de prévention en cours pourraient à l'avenir modifier la stratégie actuellement proposée.

La prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique intègre la correction de l'ensemble des facteurs de risque (cf Tableau 1). Elle a pour but de retarder l'apparition (prévention primaire) ou la récurrence (prévention secondaire) des complications cliniques de l'athérosclérose (Grade A).

1. MODALITES DE REALISATION DU BILAN LIPIDIQUE

Le bilan lipidique doit être fait après 12 heures de jeûne. En cas de valeurs anormales, une confirmation est indispensable.

Le bilan en première intention doit consister en une EAL (Exploration d'une Anomalie Lipidique) comportant la détermination des concentrations du cholestérol total, des triglycérides et du HDL-cholestérol par une méthode adéquate, afin de permettre le calcul du LDL-cholestérol par la formule de Friedewald, si la triglycéridémie est inférieure à 4 g/l (4,6 mmol/l) :

$$\text{LDL-cholestérol (g/l)} = \text{cholestérol total (g/l)} - \text{HDL-cholestérol (g/l)} - \frac{\text{Triglycérides (g/l)}}{5}$$
$$\text{LDL-cholestérol (mmol/l)} = \text{cholestérol total (mmol/l)} - \text{HDL-cholestérol (mmol/l)} - \frac{\text{Triglycérides (mmol/l)}}{2,2}$$

Si les triglycérides sont ≥ 4 g/l (4,6 mmol/l), quel que soit le niveau du cholestérol total, le LDL-cholestérol ne peut être calculé (un dosage direct du LDL-cholestérol est possible) : on est en présence d'une hypertriglycéridémie (plus rarement d'une hyperlipidémie mixte) devant faire l'objet d'une prise en charge adaptée.

Chez un patient sans facteur de risque, le bilan lipidique suivant sera considéré comme normal : LDL-cholestérol $< 1,60$ g/l (4,1 mmol/l), triglycérides $< 1,50$ g/l (1,7 mmol/l) et HDL-cholestérol $> 0,40$ g/l (1 mmol/l). Il n'est pas justifié de répéter le bilan, sauf en cas d'apparition d'un facteur de risque cardiovasculaire.

En l'absence d'un changement des habitudes alimentaires ou d'une intervention médicamenteuse spécifique, d'un événement cardiovasculaire ou d'une augmentation du poids, la répétition d'un bilan lipidique plus d'une fois tous les 5 ans n'est pas justifiée. En règle générale, la réalisation d'un bilan lipidique de dépistage au-delà de 80 ans n'est pas justifiée.

2. EVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE GLOBAL

Dans la négociation thérapeutique, il revient au praticien, non seulement de rechercher la présence de facteurs de risque cardiovasculaire, mais aussi d'en apprécier l'importance et l'ancienneté.

Dans l'attente d'un outil d'estimation du risque cardiovasculaire, validé en France, permettant d'évaluer objectivement le risque (cf. recommandations de l'ANAES : Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global), une simple addition du nombre de facteurs de risque présents chez l'individu (Tableau 1), reste adaptée à la pratique quotidienne (Accord professionnel).

Ceci permet de définir trois niveaux de risque (Accord professionnel) :

- risque faible : aucun facteur de risque associé à la dyslipidémie ;
- risque intermédiaire : au moins un facteur de risque associé à la dyslipidémie ;
- haut risque : antécédents de maladie cardiovasculaire avérée ou risques équivalents, tels que définis par Accord professionnel dans le Tableau 2.

Suivant le contexte (âge ...), la présence d'un seul facteur de risque peut correspondre à un risque faible ou intermédiaire. Par ailleurs, il est admis que le seuil de haut risque cardiovasculaire correspond à un risque coronaire supérieur ou égal à 20% sur 10 ans (c'est-à-dire : le risque de faire un infarctus du myocarde dans les 10 ans est de 20%).

Le diabète constitue en soi un seul facteur de risque mais en pratique, les patients diabétiques cumulent les facteurs de risque (âge, HDL-cholestérol bas, hypertension artérielle).

Bilan complémentaire

La mesure de la glycémie à jeun doit être réalisée de façon systématique en cas de dyslipidémie. Le diabète de type 2 est par ailleurs, une cause de dyslipidémie (facteur de majoration du risque cardiovasculaire).

En fonction du contexte clinique, d'autres examens complémentaires seront réalisés, notamment pour rechercher une cause à la dyslipidémie.

En l'état actuel des connaissances, les dosages de CRP, Lp(a), et homocystéine, ainsi que des explorations telles que l'ECG, l'ECG d'effort, l'imagerie carotidienne, la mesure de l'épaisseur intima-média, ne sont pas justifiés de manière systématique chez les patients dyslipidémiques asymptomatiques. Leur intérêt doit faire l'objet d'une évaluation et de recommandations spécifiques.

3. OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

Les objectifs thérapeutiques résultent d'un accord professionnel en l'absence d'essais de prévention comparant une cible thérapeutique à une autre. En fonction du nombre de facteurs de risque présents, ces objectifs sont les suivants :

- en l'absence de facteur de risque*, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 2,20 g/l (5,7 mmol/l) ;
- en présence d'un facteur de risque*, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1,90 g/l (4,9 mmol/l) ;

- en présence de deux facteurs de risque*, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1,60 g/l (4,1 mmol/l) ;
- en présence de plus de deux facteurs de risque*, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1,30 g/l (3,4 mmol/l) ;
- en présence d'antécédents de maladie cardiovasculaire avérée ou de risques équivalents, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1 g/l (2,6 mmol/l).

Coefficients de conversion :- Cholestérol : g/l x 2,58 = mmol/l ; mmol/l x 0,387 = g/l
- Triglycérides : g/l x 1,14 = mmol/l ; mmol/l x 0,875 = g/l

* facteur de risque associé à la dyslipidémie.

Ces objectifs thérapeutiques ne s'appliquent pas à l'hypercholestérolémie familiale. En effet, le risque vasculaire élevé de cette pathologie peut justifier un traitement plus précoce.

L'obtention de l'objectif thérapeutique ne doit pas se faire au prix d'un traitement hypolipémiant excessif ou mal toléré. Chez les patients ayant initialement une concentration très élevée de LDL-cholestérol, et notamment chez les patients à haut risque dont la cible thérapeutique est basse (< 1g/l), le prescripteur doit garder à l'esprit que la prescription de statine à fortes doses ou en association nécessite une prise en compte au cas par cas du rapport bénéfice/risque et ne doit jamais être systématique. En effet, les fortes doses de statines et les bithérapies n'ont pas fait l'objet à ce jour d'une évaluation suffisante dans ces situations.

4. TRAITEMENT DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE

4.1. SCHEMA GENERAL DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

- *Règle générale*

Tout sujet ayant un LDL-cholestérol > 1,60 g/l (4,1 mmol/l), ainsi que tout sujet ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire, doit bénéficier d'une prise en charge diététique, afin de modifier son mode de vie et son alimentation.

Le traitement diététique sera toujours associé à des conseils d'activité physique régulière, comme par exemple, la marche rapide quotidienne pendant 30 minutes.

Une prise en charge des facteurs de risque associés est nécessaire : tabagisme, diabète de type 2, HTA.

- *Règles de prise en charge du patient dyslipidémique en prévention primaire*

1. Le traitement diététique sera proposé en monothérapie pour une période minimum de 3 mois.
2. Il sera poursuivi même si l'objectif thérapeutique est atteint. La négociation d'objectifs simples, peu nombreux et adaptés à chaque patient, est la clé du succès et de la pérennisation du régime diététique. Ainsi, il convient d'éviter les régimes trop restrictifs conduisant à des déséquilibres alimentaires et à des troubles du comportement alimentaire.
3. Si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint au-delà de 3 mois d'un régime diététique bien conduit, une thérapeutique médicamenteuse visant à obtenir une diminution supplémentaire du LDL-cholestérol, doit être instituée, en complément du traitement diététique.

- *Règles de prise en charge du patient à haut risque cardiovasculaire (Cf. définition Tableau 2), en prévention secondaire ou à risque équivalent*

1. Le traitement médicamenteux hypolipémiant et la dose prescrite, doivent être par principe ceux qui ont fait leurs preuves dans des grands essais d'intervention (Cf. AMM des produits). L'habitude est de commencer par une posologie faible et de l'augmenter par la suite en fonction de l'efficacité et de la tolérance. L'utilisation de fortes doses voire d'association d'hypolipémiants est à envisager au cas par cas et ne doit pas se faire au détriment d'une bonne tolérance et observance du traitement ;

2. Le traitement médicamenteux doit être institué le plus précocement possible (Grade B), associé à la prescription diététique et à la correction des autres facteurs de risque (sédentarité, tabagisme, surpoids...);
3. Il n'existe pas de preuve absolue permettant de définir un objectif thérapeutique : il dépend de chaque cas particulier (tolérance du traitement, concentrations initiales du cholestérol). La règle générale est d'obtenir des concentrations de LDL-cholestérol inférieures à 1 g/l (2,6 mmol/l). Pour certains patients en prévention secondaire coronaire, des données récentes seraient en faveur d'un objectif thérapeutique plus bas sous traitement (stratégie dite « intensive »). Le rapport bénéfice/risque de cette stratégie « intensive » reste à être évalué précisément. En effet, l'utilisation de fortes doses de statine est associée à un risque musculaire et/ou hépatique plus important.

4.2. LES TRAITEMENTS

4.2.1. Traitement diététique

Il est recommandé, en raison de la concordance des données et des impacts multiples d'un bon équilibre alimentaire, qu'une prise en charge nutritionnelle rigoureuse et adaptée, soit mise en place pour chaque patient (Accord professionnel).

Un traitement diététique adapté, visant à modifier le comportement nutritionnel, et associé à la pratique d'exercices physiques réguliers, permet d'éviter l'instauration d'un traitement médicamenteux dans de nombreux cas. Il doit pour cela être instauré avec la conviction du prescripteur et celle du patient.

Les modifications du régime alimentaire comprennent 4 catégories de mesures :

1. une limitation de l'apport en acides gras saturés (graisses d'origine animale), au profit des acides gras mono ou poly-insaturés ;
2. une augmentation de la consommation en acides gras poly-insaturés oméga 3 (poissons) ;
3. une augmentation de la consommation de fibres et de micronutriments naturellement présents dans les fruits, légumes et produits céréaliers ;
4. une limitation du cholestérol alimentaire, voire l'utilisation d'aliments enrichis en stérols végétaux.

A ces recommandations, s'ajoute la nécessité de limiter la consommation d'alcool, de contrôler le poids et de corriger une sédentarité excessive.

En dehors des formes familiales de dyslipidémies, pour les patients avec 0 ou 1 facteur de risque cardiovasculaire associé, les mesures nutritionnelles et l'activité physique doivent, le plus souvent, permettre à elles seules d'atteindre les objectifs thérapeutiques.

4.2.2. Traitement médicamenteux

Lorsqu'un traitement médicamenteux est nécessaire, les principales classes de médicaments indiquées dans la prise en charge des différentes dyslipidémies sont :

- statines,
- fibrates,
- résines,
- inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol,
- acide nicotinique.

Il est recommandé de prescrire des traitements ayant démontré leur efficacité sur des événements cliniques, par rapport à ceux n'ayant démontré qu'une efficacité biologique. Ainsi, hormis la rosuvastatine, disponible récemment, et dont les études de morbi-mortalité sont en cours, toutes les statines ont montré un bénéfice sur la morbi-mortalité cardiovasculaire avec le plus haut niveau de preuve : atorvastatine, fluvastatine, pravastatine et simvastatine. D'autres hypolipémiants ont également montré un bénéfice en prévention primaire ou secondaire (gemfibrozil, colestyramine). Les fibrates ne doivent pas être utilisés en première intention dans les hypercholestérolémies primaires.

- *Hypercholestérolémies pures ou mixtes*

En cas d'élévation du LDL-cholestérol (hypercholestérolémies pures ou mixtes), les statines, hormis la rosuvastatine, sont le traitement de première intention (Grade A). La rosuvastatine est à utiliser en cas d'intolérance ou d'efficacité insuffisante des autres statines.

En deuxième intention, peuvent être utilisés les résines, les inhibiteurs de l'absorption intestinale du cholestérol (ézétimibe), les fibrates ou l'acide nicotinique.

La posologie du traitement et le choix d'une combinaison dépendent de paramètres difficiles à codifier (âge, tolérance, efficacité, observance).

- *Hypertriglycéridémies*

L'élévation isolée des concentrations sériques des triglycérides entre 1,5 et 4 g/l (1,7 et 4,6 mmol/l), nécessite avant tout un traitement diététique spécifique (réduction pondérale associée à une activité physique, réduction des glucides simples, réduction de la consommation d'alcool). Cependant, en cas d'hypertriglycéridémie pure (exclusive) réfractaire à la diététique, le recours aux fibrates semble justifié si les concentrations sériques des triglycérides restent au-delà de 4 g/l (4,6 mmol/l) (Accord professionnel).

- *HypoHDL-émie*

L'hypoHDL-émie est un facteur de risque cardiovasculaire, le plus souvent associé à une hypertriglycéridémie, un diabète de type 2 ou une obésité.

Elle justifie et nécessite la correction de l'hypertriglycéridémie, l'équilibre du diabète de type 2, la correction de la surcharge pondérale.

En prévention secondaire, en cas d'échec de la diététique, une hypertriglycéridémie avec un LDL-cholestérol < 1,0 g/l et un HDL-cholestérol < 0,40 g/l, peut justifier la prescription d'un fibrate.

- *Associations d'hypolipémiants*

Certains patients à haut risque peuvent nécessiter en deuxième intention une association d'hypolipémiants. Le choix de l'association dépend de l'anomalie lipidique résiduelle sous monothérapie :

- pour abaisser le LDL-cholestérol, les associations statine+ézétimibe et statine+résine sont possibles ;
- pour agir sur les triglycérides et le HDL-cholestérol, l'association statine+acide nicotinique est possible. L'association statine+fénofibrate est classiquement déconseillée ; elle peut se discuter après avis spécialisé. Elle nécessite une surveillance clinique et biologique régulière et rigoureuse.

- *Surveillance du traitement*

Une fois instauré, le traitement médicamenteux, comme le traitement diététique, doit être poursuivi au long cours, tout en faisant l'objet de réévaluations périodiques. L'efficacité maximale du traitement est obtenue en 4 semaines environ.

Les hypolipémiants, surtout à fortes posologies, exposent à des effets indésirables : digestifs pour la colestyramine, hépatiques et musculaires pour les fibrates et les statines. Ces effets sont dose-dépendants.

Concernant les risques hépatiques et musculaires liés aux statines, il convient de prendre en compte les éléments suivants :

1. Surveillance hépatique

Le contrôle des transaminases est impératif au moins une fois dans les 3 mois qui suivent l'instauration d'un traitement hypolipémiant. Ultérieurement, il n'existe pas de données scientifiques permettant de proposer une périodicité à ces contrôles. Dans ces conditions, en l'absence de point d'appel et chez les patients dont les transaminases étaient normales, un contrôle annuel est

recommandé (Accord professionnel). L'arrêt du traitement est justifié devant une augmentation persistante (contrôlée à un mois) des ASAT ou des ALAT, au-delà de 3 fois la limite supérieure à la normale. Les statines doivent être utilisées avec précaution chez les patients consommant des grandes quantités d'alcool ou ayant des antécédents hépatiques.

2. Risque musculaire

Selon les principales conclusions d'une mise au point sur les statines de l'Afssaps (juin 2002) :

- Il n'y a pas de justification scientifique à pratiquer un dosage initial systématique des CPK dans la population générale.
- Il est nécessaire d'effectuer un dosage des CPK avant traitement dans les situations à risque suivantes :
 - insuffisance rénale,
 - hypothyroïdie,
 - antécédents personnels ou familiaux de maladie musculaire génétique,
 - antécédents personnels d'effet indésirable musculaire avec un fibrate ou une statine,
 - abus d'alcool,
 - âge supérieur à 70 ans, d'autant plus qu'il existe d'autres facteurs de risque musculaire.
- Tout symptôme musculaire inexpliqué apparaissant sous traitement doit faire pratiquer un dosage des CPK.
- A l'inverse, la surveillance systématique des CPK n'a aucun intérêt actuellement démontré en l'absence de signes cliniques.

Par extension, la surveillance des fibrates obéit aux mêmes règles de surveillance.

Des atteintes musculaires (myalgies et rhabdomyolyses) ont également été observées sous ézetimibe seul ou associé à une statine.

Il convient, par ailleurs, d'être vigilant sur le risque d'interactions médicamenteuses dans le cas de prescription d'associations telles que statine+fibrate, fibrate+anti-vitamine K, ou colestyramine+autre médicament. L'association de plusieurs hypolipémiants, appartenant à la même classe pharmacologique, est illogique et parfois dangereuse. La combinaison gemfibrozil+statine est contre-indiquée.

4.3. ADAPTATIONS NECESSAIRES AUX POPULATIONS SPECIFIQUES

• *Enfant*

L'hyperlipidémie de l'enfant est une pathologie rare qui nécessite une prise en charge spécialisée.

Le dépistage doit être ciblé. Il est seulement justifié chez les enfants à risque, en raison d'un surpoids ou d'antécédents familiaux (hypercholestérolémie familiale ou antécédents vasculaires précoces).

L'enfant doit bénéficier de recommandations diététiques. La prescription d'un hypolipémiant relève d'un avis spécialisé. Elle est réservée, en règle générale, aux formes familiales avec une élévation importante du LDL-cholestérol.

• *Sujet âgé*

Les résultats de nouvelles études d'interventions réalisées en prévention secondaire confirment les bénéfices de la prévention cardiovasculaire chez les patients âgés de 70 à 80 ans et conduisent à appliquer les mêmes règles de prise en charge que chez les sujets plus jeunes.

Chez les sujets âgés de plus de 80 ans, les critères permettant la prolongation du traitement en prévention primaire sont :

- le cumul de facteurs de risque,
- l'absence de pathologie non cardiovasculaire réduisant notablement l'espérance de vie,
- une bonne tolérance du traitement.

Il n'est pas recommandé de débiter un traitement en prévention primaire après 80 ans (Accord professionnel).

- *Dyslipidémie et syndrome métabolique*

Le syndrome métabolique intègre habituellement dans sa définition, une augmentation du tour de taille, des concentrations de triglycérides élevées, des concentrations de HDL-cholestérol basses, une élévation de la pression artérielle et des anomalies de la régulation glycémique incluant une insulino-résistance.

Le cumul de ces facteurs de risque est associé à un risque cardiovasculaire élevé.

La prise en charge du syndrome métabolique fait appel à des mesures diététiques et à l'activité physique. A l'heure actuelle, aucun médicament n'a d'indication spécifique dans le traitement du syndrome métabolique. La stratégie thérapeutique consiste à prendre en charge individuellement chaque facteur de risque.

- *Diabétiques de type 2 (se référer aux recommandations spécifiques)*
- *Sujets atteints du VIH*

Les sujets atteints du VIH ont actuellement une survie prolongée et certaines données suggèreraient qu'ils ont un risque cardiovasculaire augmenté.

Leur affection et les traitements utilisés pour la traiter favorisent les hyperlipidémies, notamment les hypertriglycéridémies parfois sévères.

Il convient de tenter d'optimiser le traitement en identifiant une combinaison antirétrovirale ayant la même efficacité et un effet dyslipidémiant moindre.

En cas d'échec, ces patients doivent être traités comme les autres patients, en choisissant les hypolipémiants présentant le risque le plus faible d'interactions médicamenteuses avec les traitements du SIDA.

- *Hyperlipidémies secondaires ou iatrogènes*

Les hyperlipidémies secondaires (hypothyroïdie, syndrome néphrotique, insuffisance rénale, cholestase...) ou iatrogènes (corticoïdes, contraception œstro-progestative, rétinoïdes, antirétroviraux...) ne doivent pas donner lieu à des prescriptions d'hypolipémiants, sans traiter la maladie causale ou arrêter le traitement responsable, dans la mesure du possible (Accord professionnel).

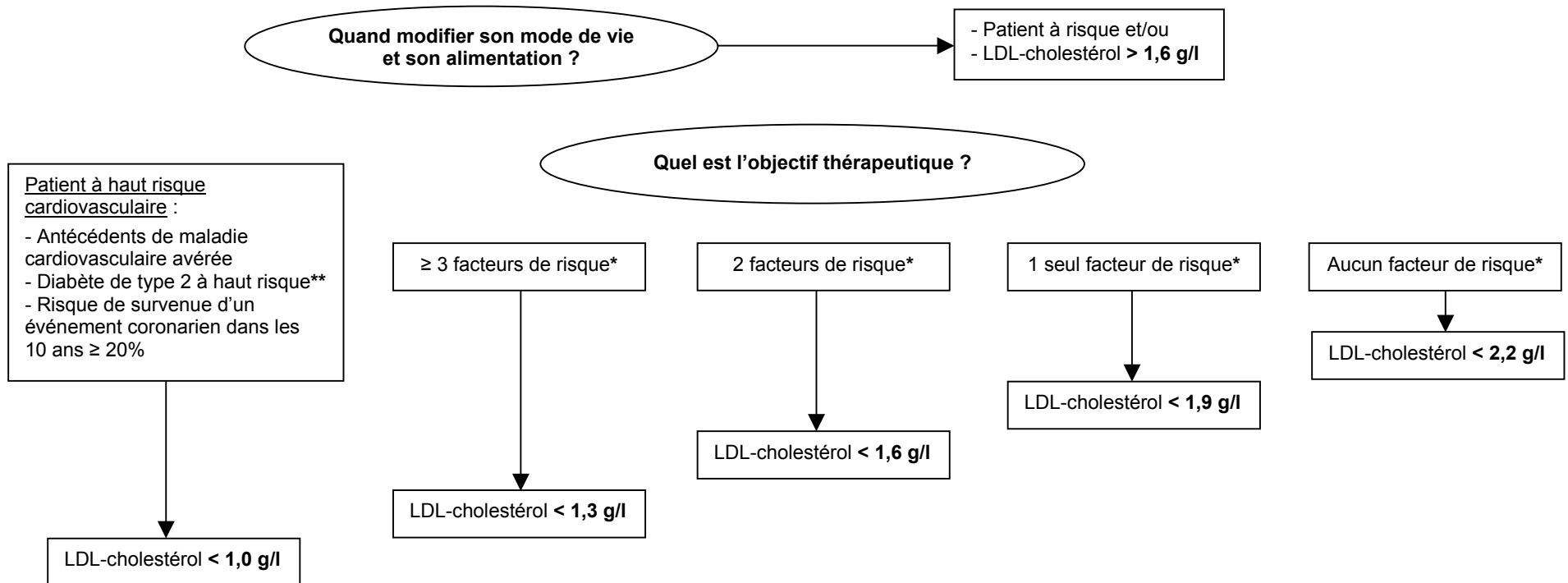
Tableau 1 : Facteurs de risque cardiovasculaire devant être pris en compte pour le choix de l'objectif thérapeutique selon les valeurs de LDL-cholestérol.

<p>Facteurs de risque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age - homme de 50 ans ou plus - femme de 60 ans ou plus • Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce - infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe masculin ; - infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe féminin. • Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans • Hypertension artérielle permanente traitée ou non (<i>se reporter aux recommandations spécifiques</i>) • Diabète de type 2 traité ou non (<i>se reporter aux recommandations spécifiques</i>) • HDL-cholestérol < 0,40 g/l (1,0 mmol/l) quel que soit le sexe
<p>Facteur protecteur</p> <ul style="list-style-type: none"> • HDL-cholestérol ≥ 0,60 g/l (1,5 mmol/l) : soustraire alors "un risque" au score de niveau de risque <p><i>Exemple : une femme de 60 ans ayant une concentration de HDL-cholestérol égale à 0,70 g/l (1,8 mmol/l), est considérée comme sans facteur de risque.</i></p>

Tableau 2 : Les trois catégories de patients à haut risque cardiovasculaire pour lesquels le LDL-cholestérol doit être inférieur à 1 g/l.

<p>1/ Les patients ayant des antécédents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de maladie coronaire avérée (angor stable et instable, revascularisation, IDM, IDM silencieux documenté), • de maladie vasculaire avérée (accident vasculaire cérébral ischémique, artériopathie périphérique à partir du stade II). <p>2/ Les patients ayant un diabète de type 2, sans antécédent vasculaire mais ayant un haut risque cardiovasculaire défini par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une atteinte rénale*, • ou au moins deux des facteurs de risque suivants : <ul style="list-style-type: none"> o âge - homme de 50 ans ou plus - femme de 60 ans ou plus o antécédents familiaux de maladie coronaire précoce - infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe masculin ; - infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe féminin o tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans o hypertension artérielle permanente traitée ou non (<i>se reporter aux recommandations spécifiques</i>) o HDL-cholestérol < 0,40 g/l (1,0 mmol/l) quel que soit le sexe o microalbuminurie (> 30 mg/24 heures). <p>3/ Les patients ayant un risque >20% de faire un événement coronarien dans les 10 ans (risque calculé à partir d'une équation de risque)**</p> <p>*Protéinurie > 300 mg/24 h ou clairance de la créatinine estimée par la formule de Cockcroft-Gault < 60 ml/min.</p> <p>Formule de Cockcroft-Gault : Clairance de la créatinine = $\frac{(140 - \text{âge ans}) \times \text{poids (kg)} \times K}{\text{créatininémie en } \mu\text{mol/l}}$</p> <p style="text-align: center;">K = 1,23 chez l'homme et 1,04 chez la femme</p> <p>**Cf. ANAES : Recommandations sur les Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global.</p>
--

PRISE EN CHARGE DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE



* Facteurs de risque cardiovasculaire associés à une dyslipidémie

- **Age** - homme de 50 ans ou plus
- femme de 60 ans ou plus
- **Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce**
- infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe masculin ;
- infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe féminin.
- **Tabagisme actuel** ou arrêté depuis moins de 3 ans
- **Hypertension artérielle permanente traitée ou non traitée** (se reporter aux recommandations spécifiques)
- **Diabète de type 2 traité ou non traité** (se reporter aux recommandations spécifiques)
- **HDL-cholestérol < 0,40 g/l (1,0 mmol/l)** quel que soit le sexe

Facteur protecteur

- **HDL-cholestérol ≥ 0,60 g/l (1,5 mmol/l)** : soustraire alors "un risque" au score de niveau de risque

** Diabète de type 2 à haut risque

- atteinte rénale,
- ou au moins deux des facteurs de risque suivants : âge, antécédents familiaux de maladie coronaire précoce, tabagisme, hypertension artérielle, HDL-cholestérol < 0,40 g/l, microalbuminurie (> 30 mg/24 h).