



Nouvelles recommandations ESC/EAS sur la prise en charge des dyslipidémies : quoi de neuf ?

Michel Farnier, Point Médical, Dijon.
michelfarnier@nerim.net

De nouvelles recommandations sur la prise en charge des dyslipidémies rédigées conjointement par l'ESC et l'EAS ont été présentées lors du congrès ESC de Rome et publiées simultanément dans *European Heart Journal*. Globalement, il n'y a pas de différences majeures par rapport aux recommandations précédentes, mais plus de précisions tant sur la définition du risque cardiovasculaire que sur les objectifs thérapeutiques à atteindre, avec une large part du document consacrée à des situations cliniques particulières. Une actualisation est également donnée pour les stratégies de prise en charge médicamenteuse.

Évaluation du risque cardiovasculaire global

Il est toujours recommandé de classer les patients parmi l'une des 4 catégories habituelles, très haut risque, haut risque, risque modéré et bas risque, en proposant toujours la grille SCORE pour les patients qui ne peuvent pas être directement classés dans une catégorie haut risque ou très haut risque.

Si les catégories de risque sont consistantes avec les précédentes recommandations, quelques additions ou précisions importantes ont été apportées :

- La présence de plaque coronarienne ou carotidienne significative doit faire placer le patient dans la catégorie très haut risque, alors qu'une augmentation de l'épaisseur intima-média ne suffit pas pour être inclus dans cette catégorie.
- Les patients diabétiques sont classés à très haut risque s'ils ont soit une atteinte d'un organe cible, soit un facteur de risque majeur, tel que tabagisme, hypercholestérolémie sévère ou hypertension sévère. Tous les autres diabétiques ne sont pas automatiquement dans la catégorie haut risque, l'exception étant les diabétiques de type 1 jeunes sans facteur de risque associé qui sont à classer dans la catégorie risque modéré ou faible.

L'utilisation de **la grille SCORE** pose un problème pour les sujets jeunes (40 ans par exemple) qui malgré des niveaux élevés d'hypercholestérolémie restent toujours classés dans des catégories bas risque ou risque modéré. Pour motiver les sujets jeunes, il est proposé deux alternatives : l'utilisation du risque relatif et non pas du risque absolu pour montrer par exemple, lorsqu'il y a un tabagisme associé, quel est le risque par rapport

à un sujet non-fumeur non hypercholestérolémique. Une autre approche est «**The risk age concept**» qui revient à évaluer l'âge correspondant sans facteur de risque.

Par exemple, un homme fumeur hypercholestérolémique de 40 ans, dont le risque absolu de décès cardiovasculaire serait de 3% à 10 ans, a un risque qui est celui d'un homme de 60 ans sans facteur de risque, ce qui revient à dire au patient que son « âge de risque vasculaire » est de 60 ans.

Recommandations pour l'utilisation des paramètres lipidiques en pratique courante

Le LDL-cholestérol (LDL-C) reste bien sûr le paramètre clé tant pour le diagnostic, la caractérisation de la dyslipidémie que pour la prise en charge thérapeutique. Des tableaux de ces recommandations, résumés dans la table 1, précisent quel paramètre est utile avant traitement pour caractériser une dyslipidémie et sous traitement pour voir si les objectifs thérapeutiques sont atteints.

Ainsi le taux de HDL-cholestérol (HDL-C) reste utile avant traitement pour évaluer le risque cardiovasculaire global, mais n'est en aucun cas à regarder sous traitement comme objectif thérapeutique. Le taux de non-HDL-cholestérol (non-HDL-C) aisément calculé (cholestérol total - HDL-C) est recommandé comme objectif secondaire pour les patients avec triglycérides élevés. Les circonstances dans lesquelles la Lp(a) est à doser sont indiquées (*table 1*).

TABLEAU N°1. Recommandations pour les analyses lipidique

	Caractérisation d'une dyslipidémie avant traitement	Classe	Niveau	Objectifs sous traitement*	Classe	Niveau
LDL-C	Paramètre principal	I	C	Objectif principal	I	A
HDL-C	Utile pour évaluer le risque CV	I	C	Non recommandé	III	A
TG	Apporte des informations vis-à-vis du risque, utile pour le diagnostic et le choix du traitement	I	C	Pas d'objectif		
non-HDL-C ⁽¹⁾	Recommandé pour les sujets avec TG élevés	I	C	Objectif secondaire	Ila	B
Lp(a)	Recommandé dans les cas suivants pour aider à évaluation du risque : <ul style="list-style-type: none"> · Individu avec maladie CV prématurée · Hypercholestérolémie familiale · Histoire familiale de maladie CV prématurée et/ou d'élévation de Lp(a) · Maladie CV récurrente malgré traitement hypolipémiant optimal · Risque SCORE entre 5 et 10% de décès CV à 10 ans 	Ila	C	Pas d'objectif		

LDL-C=LDL-cholestérol, HDL-C=HDL-cholestérol, TG=triglycérides, Lp(a)=lipoprotéine(a), CV=cardiovasculaire

⁽¹⁾ Le taux d'apoB est une alternative au taux de non-HDL-C

* Les rapports apoB/apoA1 et non-HDL-C/HDL-C ne sont pas recommandés comme objectifs thérapeutiques

Objectifs thérapeutiques sous traitement

Le taux de LDL-C est toujours l'objectif principal et les cibles proposées pour le LDL-C restent les mêmes, avec toutefois une précision qui permet de corriger une critique des recommandations antérieures.

En effet, les sujets à haut risque et très haut risque proches de l'objectif LDL-C doivent bénéficier d'une stratégie intensive de traitement (abaissement d'au moins 50% du LDL-C) et de ce fait, les objectifs thérapeutiques pour le LDL-C sont maintenant soit un taux de LDL-C inférieur à 0.70 g/l dans le très haut risque ou 1.0 g/l dans le haut risque, soit une réduction d'au moins 50% du taux de LDL-C si la valeur basale était entre 0.70 et 1.35 g/l pour le très haut risque ou entre 1.0 et 2.0 g/l pour le haut risque (table 2).

TABLEAU N°2. Objectifs thérapeutiques pour le taux de LDL-C

Catégories de risque	LDL-C	
Patients à très haut risque	< 0.70 g/l	ou si le taux basal est entre 0.70 et 1.35 g/l diminution ≥ 50%
Patients à haut risque	< 1.0 g/l	ou si le taux basal est entre 1 et 2,0 g/l diminution ≥ 50%
Patients à risque faible ou modéré	< 1.15 g/l	

|| Traitement pharmacologique des hypercholestérolémies ?

Sans surprise, la prescription d'une statine jusqu'à la plus forte dose tolérée pour atteindre l'objectif LDL-C est une recommandation de Classe I, Niveau A.

Suite aux résultats de l'étude IMPROVE-IT, la place de l'ézétimibe est mieux définie en seconde ligne lorsque l'objectif sous statine n'est pas atteint (Classe IIa, Niveau B). En cas d'intolérance aux statines, les deux alternatives sont l'ézétimibe ou une résine (Classe IIa, Niveau C).

Enfin ces recommandations donnent une ouverture pour l'utilisation des inhibiteurs de PCSK9 chez les patients à très haut risque n'atteignant pas l'objectif malgré un traitement maximal par statine associé à l'ézétimibe.

Le docteur Michel Farnier déclare avoir reçu des honoraires en tant qu'investigateur, expert scientifique et/ou conférencier de la part des firmes suivantes : Abbott/Mylan, Akcea/Ionis Amgen, AstraZeneca, Eli Lilly, Genzyme, Kowa, Merck and Co, Pfizer, Roche, Sanofi/Regeneron et Servier

|| Situations particulières de dyslipidémies ?

Ce document présente enfin comme intérêt de décrire dans le détail toute une série de situations cliniques particulières où la prise en charge des dyslipidémies peut présenter des caractéristiques spécifiques. Ainsi il existe un large chapitre sur la prise en charge des formes familiales et de l'attitude à avoir pour les enfants, les femmes, les personnes âgées, ... De même, les attitudes à adopter dans des circonstances cliniques comme le diabète, l'insuffisance rénale chronique, les patients transplantés, traités pour infection VIH, ... sont mieux précisées.

Au total, pas de révolution dans ces recommandations qui détaillent par ailleurs comment aborder l'intolérance aux statines et comment favoriser l'adhérence au traitement, élément qui reste clé pour le pronostic cardiovasculaire des patients à haut risque et très haut risque cardiovasculaire

ABONNEMENT À LA REVUE CORDIAM ■ OUI, je m'abonne

Bulletin à découper et à renvoyer complété accompagné du règlement à : IMPACT MEDICOM 3-5, Bd Paul Émile Victor – 92200 Neuilly-sur-Seine
Contactez-nous : www.e-cordiam.fr - Tél. : 01 47 22 52 20 - FAX : 01 46 41 05 21 - cordiam-abo@impact-medicom.com

RAISON SOCIALE : _____

CIVILITE : _____

NOM : _____

PRENOM : _____

SPÉCIALITÉ : _____

PRATIQUE : HOSPITALIÈRE LIBÉRALE

EMAIL : _____

N°RPPS : _____

N°ADELI : _____

ÉTUDIANT : joindre une copie de la carte étudiant

ADRESSE : _____

CP : _____

VILLE : _____

TÉL. : _____

Je souhaite recevoir la newsletter numérique

OFFRE EXCEPTIONNELLE

VOTRE TARIF POUR 1 AN D'ABONNEMENT EN VERSION PAPIER + NUMÉRIQUE

MÉDECIN : 49€

ÉTUDIANT : 30€

HORS France MÉTROPOLITAINE : 70€



VOTRE RÈGLEMENT PAR :

Chèque à l'ordre d'Impact Medicom

Carte bancaire Visa

Nom du titulaire de la carte : _____

N° : _____

Date d'expiration : _____

N° Cryptogramme : _____ (3 derniers chiffres au dos de votre carte bancaire)

OUI, je m'abonne avec un abonnement à _____ €