

## N. Rodondi

Dr Nicolas Rodondi, PD  
Responsable des consultations  
des lipides et de prévention  
cardiovasculaire  
PMU, 1011 Lausanne  
Nicolas.Rodondi@hospvd.ch

Rev Med Suisse 2011; 7: 1037-8

### PRÉSENTATION CLINIQUE

Un homme de 58 ans vous consulte pour un bilan de santé. Comme facteurs de risque cardiovasculaire, il a un tabagisme chronique à 30 cigarettes par jour depuis 30 ans et son père a fait un infarctus fatal à l'âge de 50 ans. Il est asymptomatique. Au status, vous notez une tension artérielle à 135/85 et un IMC à 21 kg/m<sup>2</sup>. Les examens du laboratoire montrent un cholestérol total à 6 mmol/l, un HDL-cholestérol à 1,4 mmol/l, des triglycérides à 2,2 mmol/l et un LDL calculé à 3,6 mmol/l. La glycémie à jeun est à 5,4 mmol/l.

Quelle prise en charge de la dyslipidémie proposez-vous à ce patient? Faut-il lui prescrire un traitement médicamenteux?

### COMMENTAIRE

Selon le calculateur de risque adapté à la Suisse (tableau 1), le patient a un risque de 15% (54 points) de présenter un événement cardiovasculaire dans les dix prochaines années, ce qui le place dans le groupe à risque intermédiaire. Selon les recommandations actuelles (tableau 1), il est éligible pour un traitement médicamenteux après échec des mesures de style de vie. Il faut évidemment pondérer ces résultats en fonction des autres facteurs à disposition (force de l'anamnèse familiale...) et selon les souhaits du patient. La validité de ces scores de risque en Suisse et le poids de l'anamnèse familiale seront discutés lors de l'atelier.

Avant d'introduire un traitement médicamenteux, il faut se rappeler que la quantité et la qualité des preuves provenant d'études randomisées montrant le bénéfice du traitement des dyslipidémies (essentiellement avec des statines) sont inversement proportionnelles au niveau de risque du patient. En effet, il y a moins de preuves pour

# Dyslipidémies: qui faut-il traiter ou ne pas traiter?

## Une approche basée sur les preuves scientifiques en 2011

les patients à risque intermédiaire et presque aucune étude randomisée n'a été conduite chez des personnes à faible risque cardiovasculaire. Par conséquent, la prise en charge des patients à faible risque doit privilégier les mesures de style de vie, d'autant plus que la marge potentielle de bénéfices d'un traitement médicamenteux est relativement faible, vu leur risque cardiovasculaire absolu qui est bas.

Si la décision d'introduire un traitement est finalement prise, il ne faut pas oublier de prendre en compte les situations particulières suivantes:

- existe-t-il des contre-indications relatives aux traitements (hépatopathie chronique, néphropathie, prise concomitante de médicaments inhibiteurs des cytochromes)?
- Est-on face à une dyslipidémie familiale (à suspecter si le LDL  $\geq$  5-6 mmol/l, TG  $\geq$  5 mmol/l, anamnèse familiale positive pour les maladies cardiovasculaires précoces)

ou face à une cause secondaire de dyslipidémie (hypothyroïdie...)?

- Y a-t-il des antécédents d'échec du traitement ou des situations à risque d'effets secondaires (myalgies...)?<sup>1</sup>

### POINTS CONTROVERSÉS

Il n'est encore pas clair si des mesures additionnelles (dépistage de l'athérosclérose) ou des marqueurs additionnels (CRP ultrasensible: hs-CRP) permettraient de mieux cibler les patients bénéficiant le plus de traitements médicamenteux, notamment parmi la population à risque intermédiaire (environ 40% de la population adulte).

### Dépistage de l'athérosclérose

L'American heart association a récemment revu la littérature à ce sujet et a mis à jour ses recommandations.<sup>2</sup> Le groupe d'experts conclut désormais qu'il peut être rai-

**Tableau 1. Recommandations de traitement des dyslipidémies en 2011 et score de risque de Procam adapté à la Suisse**

\*Risque élevé: situations à haut risque d'événement cardiovasculaire (maladies cardiovasculaires cliniques) ou diabète ou risque calculé  $>$  20% à dix ans

1. Nombre de points par facteur de risque en fonction du degré de sévérité		• Fumeur		• LDL-cholestérol		2. Addition des points de tous les facteurs de risque (FRCV)	
• Age (ans)		Non	0	< 2,59	0		3. Risque absolu d'événement coronarien aigu en l'espace de dix ans, compte tenu du nombre total de points
35-39	0	Oui	8	2,59-3,36	5		
40-44	6	• Pression artérielle systolique (mmHg)		3,37-4,13	10	• Risque sur dix ans pour la Suisse	
45-49	11	< 120	0	4,14-4,91	14		
50-54	16	120-129	2	$\geq$ 4,91	20	Points	
55-59	21	130-139	3	• Triglycérides (mmol/l)			%
60-65	26	140-159	5	< 1,14	0	<input type="checkbox"/> $>$ 58	$>$ 20
• Antécédents familiaux		$\geq$ 160	8	1,14-1,70	2	<input type="checkbox"/> 50-58	10-20
Non	0	• HDL-cholestérol (mmHg)		1,71-2,27	3	<input type="checkbox"/> 42-49	5-10
Oui	4	< 0,91	11	$\geq$ 2,27	4	<input type="checkbox"/> 32-41	2-5
		0,91-1,16	8			<input type="checkbox"/> 25-31	1-2
		1,17-1,41	5			<input type="checkbox"/> 0-24	< 1
		$\geq$ 1,42	0				

Calcul du score de risque (diviser le risque par quatre pour les femmes non ménopausées): [www.gsla.ch](http://www.gsla.ch)

Catégorie de risque	Objectif thérapeutique du LDL-cholestérol	Seuil de LDL-cholestérol pour une intervention médicamenteuse après échec du traitement non médicamenteux
Elevé*	< 2,6 mmol/l	$\geq$ 2,6 mmol/l
Intermédiaire	< 3,4 mmol/l	$\geq$ 3,4 mmol/l
Faible	< 3,4 mmol/l	$\geq$ 4,1 mmol/l
Très faible (0-1 FRCV)	< 4,1 mmol/l	$\geq$ 4,9 mmol/l

sonnable de mesurer la paroi des artères carotidiennes (mesure de l'*intima-media thickness*) ou de dépister les calcifications coronariennes chez les adultes asymptomatiques qui sont à risque intermédiaire. Ces deux tests ont récemment montré dans plusieurs études de cohortes prospectives une valeur additionnelle par rapport à la prédiction basée sur les facteurs de risque cardiovasculaire traditionnels, et pourraient donc permettre de mieux cibler les traitements médicamenteux chez les adultes à risque intermédiaire. Ils reconnaissent cependant qu'il n'y a actuellement pas d'études randomisées montrant que ce dépistage permette d'influencer favorablement le pronostic de ces patients. De son côté, l'US Preventive Services Task Force (USPSTF), qui est souvent plus prudente sur les recommandations de dépistage, ne recommande actuellement pas de dépistage de l'athérosclérose, vu l'absence d'essais cliniques montrant un impact de ces dépistages sur la prévention des maladies coronariennes, comme nous l'avons récemment revu dans ce journal.<sup>3</sup>

### La mesure de la CRP ultrasensible

L'étude Jupiter a montré que la rosuvastatine est efficace dans la prévention primaire des événements coronariens chez les patients asymptomatiques avec une hs-CRP

élevée.<sup>4</sup> Cependant, une récente réanalyse d'une grande étude randomisée n'a pas trouvé que la hs-CRP était un bon discriminant pour déterminer les patients bénéficiant le plus de statines,<sup>5</sup> en tout cas parmi les patients à risque relativement élevé. Aucun essai clinique démontrant l'impact

d'un dépistage de la CRP ultrasensible vs l'absence de ce dépistage n'étant disponible, l'USPSTF a récemment conclu que les preuves dans la littérature sont actuellement insuffisantes pour recommander ce dépistage, bien qu'elle reconnaisse que la CRP soit un marqueur prometteur.<sup>3</sup>

### Implications pratiques

- ▶ L'efficacité des statines sur la prévention d'événements cardiovasculaires a été démontrée surtout chez les patients à haut risque cardiovasculaire
- ▶ La prise en charge des patients à faible risque doit privilégier les mesures de style de vie
- ▶ L'efficacité des bithérapies hypolipémiantes sur les événements cardiovasculaires n'a pas encore été démontrée
- ▶ Des études en cours devraient pouvoir clarifier si des mesures additionnelles (dépistage de l'athérosclérose) ou marqueurs additionnels (CRP ultrasensible) permettent de mieux cibler les patients bénéficiant le plus de traitements médicamenteux, notamment parmi la population à risque intermédiaire

### Bibliographie

- 1 Brosteaux C, Ruiz J, Buclin T, Kuntzer T, Rodondi N. Statines et effets indésirables musculaires. Rev Med Suisse 2010;6:510, 512-4, 516-7.
- 2 Greenland P, Alpert JS, Beller GA, et al. 2010 Accf/Aha guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: A report of the American college of cardiology foundation/American heart association task force on practice guidelines. Circulation 2010;122:e584-636.
- 3 Cornuz J, Auer R, Senn N, Guessous I, Rodondi N.

Prevention and screening: 2010 update. Rev Med Suisse 2010;6:2276, 2278-80, 2282-5.

- 4 Rodondi N. How far the rates of cholesterol have to be lowered in primary prevention? Rev Med Suisse 2010; 6:483-4.

- 5 Heart Protection Study Collaborative G. C-reactive protein concentration and the vascular benefits of statin therapy: An analysis of 20'536 patients in the heart protection study. Lancet 2011;377:469-76.