

Prise en charge des dyslipidémies, nouvelles recommandations

François PILLON
Pharmacologue

17 boulevard de Bosses,
21000 Dijon, France

Les maladies cardiovasculaires sont la deuxième cause de mortalité en France. Les dyslipidémies représentent, avec le diabète, l'hypertension artérielle et le tabagisme, des facteurs de risque majeurs d'athérosclérose impliqués dans la survenue de ces maladies. La Haute Autorité de santé a publié récemment des recommandations concernant les stratégies de leur prise en charge.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - anomalie lipidique ; dyslipidémie ; recommandations ; risque cardiovasculaire ; statine

Treatment of dyslipidaemia, new recommendations. Cardiovascular diseases are the second cause of death in France. Dyslipidaemia represents, along with diabetes, arterial hypertension and smoking, a major risk factor of atherosclerosis, itself a factor in the occurrence of these diseases. The French national health authority recently published recommendations regarding treatment strategies.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - cardiovascular risk; dyslipidaemia; lipid disorder; recommendations; statin

L'athérosclérose se caractérise par l'accumulation de plaques d'athérome au niveau des artères, réduisant le calibre de celles-ci et sources de complications cliniques : syndrome coronarien aigu, accident vasculaire cérébral (AVC), artériopathie oblitérante des membres inférieurs... Elle est notamment causée par l'hypertension artérielle (HTA), le tabagisme et l'hypercholestérolémie. L'HTA et la dyslipidémie comptent parmi les facteurs de risque cardiovasculaire qui doivent être systématiquement évalués au moins une fois par an.

♦ **Des bénéfices significatifs sont observés** lorsque plusieurs facteurs de risque sont pris en charge simultanément. De nombreuses études ont montré l'efficacité du contrôle de chaque facteur de risque cardiovasculaire dans la prévention ou le ralentissement des maladies athéromateuses chez les diabétiques.

♦ **Les dyslipidémies, en particulier les formes avec hypercholestérolémies,** sont une cause

majeure de la maladie coronaire. Le LDL-cholestérol (LDL-C) représente la fraction la plus athérogène du cholestérol. Le dosage du HDL-cholestérol (HDL-C), fraction dite "non athérogène", apporte une information prédictive supplémentaire. Le traitement d'une dyslipidémie fait partie de la prise en charge du risque cardiovasculaire global du patient.

♦ **La démarche thérapeutique** comprend schématiquement : l'identification et la confirmation de l'anomalie lipidique (avec la recherche des antécédents

familiaux de dyslipidémies), le recueil des facteurs de risque cardiovasculaire, la détermination de l'état artériel et de l'objectif de traitement, les conseils (mode de vie, médicaments) et le suivi.

Développement des maladies cardiovasculaires

Les maladies athéromateuses se développent (figure 1) selon le processus suivant :

- dysfonction endothéliale précoce, caractérisée par le fait que la paroi interne du vaisseau ne

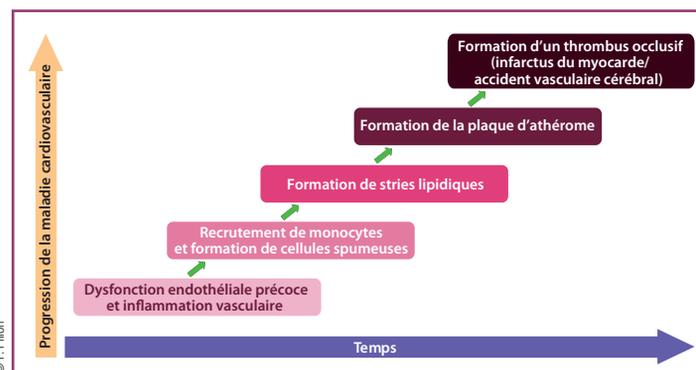


Figure 1. Développement des maladies athéromateuses.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
fpillon3@hotmail.com
(F. Pillon).

Encadré 1. Quantité anormale de lipides dans le sang

- ◆ **LDL-cholestérol (LDL-C)** : souvent qualifié de “mauvais cholestérol” car un taux élevé de LDL-C peut augmenter le risque de maladie cardiovasculaire.
- ◆ **HDL-cholestérol (HDL-C)** : des taux élevés de HDL-C sont associés à une réduction du risque cardiovasculaire.
- ◆ **Triglycérides** : un taux élevé de triglycérides correspond à un taux élevé de graisses dans le sang. Les triglycérides peuvent fournir de l'énergie, mais aussi augmenter le risque de cardiopathie lorsqu'ils sont en grand nombre.

fonctionne plus normalement (une activité normale consiste à maintenir les propriétés de dilatation et de constriction des vaisseaux sanguins, donc le tonus vasculaire, protéger les tissus des substances toxiques, réguler la coagulation sanguine et l'inflammation, et contrôler les fluides, les électrolytes et les nombreuses autres substances échangées entre le sang et les tissus) ;

- recrutement de monocytes et formation de cellules spumeuses, susceptibles de favoriser le développement de la plaque dans les veines ;
- formation de stries lipidiques, due au dépôt des lipides sur la paroi artérielle, visible à l'œil nu (encadré 1) ;
- formation de la plaque *via* un processus de rétention de lipoprotéines, recrutement des cellules inflammatoires, formation de cellules spumeuses, apoptose et nécrose, prolifération des cellules musculaires lisses et synthèse de matrice, calcification, angiogenèse, remodelage artériel, rupture de la chape fibreuse, thrombose, etc. [1]

Évaluation du risque cardiovasculaire

Le risque cardiovasculaire est la probabilité de survenue chez une personne d'un événement cardiovasculaire majeur (décès cardiovasculaire, infarctus, AVC) sur une période donnée (par exemple, à cinq ou dix ans). Les diabétiques de type 2 se voient automatiquement attribuer un risque cardiovasculaire élevé à très élevé.

Rappel, le score de risque de Framingham

- ◆ **L'étude de Framingham [2] avait pour objectif d'identifier les facteurs courants ou caractéristiques fréquents qui contribuent à la survenue des maladies athéromateuses** en suivant leur évolution sur une longue période, chez une cohorte importante de participants n'ayant pas encore développé de symptômes manifestes de maladies athéromateuses et n'ayant subi ni crise cardiaque ni AVC.
- ◆ **Cette étude a permis d'identifier des facteurs de risque majeurs de maladies athéromateuses** : HTA, hypercholestérolémie, tabagisme, obésité, diabète et inactivité physique. Elle a également donné des informations utiles sur les effets des facteurs associés : taux de triglycérides et

de HDL-C, âge, sexe et questions psychosociales.

- ◆ **Le score de risque de Framingham** permet de calculer le risque de développer une maladie athéromateuse dans les dix prochaines années.

Recommandations

- ◆ **Parmi les outils d'évaluation du risque le plus fréquemment utilisés** figurent le score de risque de Framingham [2] et l'outil *Systematic Coronary Risk Estimation (Score)* de l'*European Society of Cardiology (ESC)* [3].
- ◆ **Dans ses recommandations, la Haute Autorité de santé (HAS)** [4] rappelle que, chez les personnes âgées de 40 à 65 ans, il convient d'évaluer le risque cardiovasculaire en prévention primaire à l'aide de Score (tableau 1).

Tableaux d'évaluation du risque Score de l'ESC

- ◆ **Avec l'outil Score, l'évaluation** est basée sur le sexe, l'âge (de 40 à 65 ans), les concentrations de cholestérol total, la pression artérielle systolique et le statut tabagique (figure 2) [5]. Ce système permet d'estimer le risque de premier événement athérosclérotique fatal à dix ans.

Tableau 1. Niveaux de risque cardiovasculaire selon l'outil Systematic Coronary Risk Estimation (Score) de l'European Society of Cardiology (ESC) [3].

Faible	Score < 1 %
Modéré	1 % ≤ Score < 5 % Diabète de type 1 ou 2, patient de moins de 40 ans sans facteur de risque cardiovasculaire ni atteinte d'organe cible
Élevé	5 % ≤ Score < 10 % Diabète de type 1 ou 2 : • patient de moins de 40 ans, avec au moins un facteur de risque cardiovasculaire ou atteinte d'organe cible • âge supérieur ou égal à 40 ans, sans facteur de risque cardiovasculaire ni atteinte d'organe cible Patient ayant une insuffisance rénale chronique modérée Tension artérielle ≥ 180/110 mmHg
Très élevé	Score ≥ 10 % Diabète de type 1 ou 2, âge supérieur ou égal à 40 ans, avec au moins un facteur de risque cardiovasculaire ou atteinte d'organe cible Patient ayant une insuffisance rénale chronique sévère Maladie cardiovasculaire documentée (prévention secondaire)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8508064>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8508064>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)