Un point sur le traitement des dyslipidémies en prévention cardiovasculaire

Un “Consensus relatif à la prise en charge des dyslipidémies de l'adulte” (1, 2) a été publié récemment par nos experts français pour la prévention cardiovasculaire de la population générale (hors hypercholestérolémie familiale et dyslipidémie diabétique). Nous rapportons ici les recommandations concernant l'introduction du traitement médicamenteux hypolipémiant.

Une statine en première ligne en prévention primaire, si le régime ne suffit pas

En prévention primaire, si les mesures hygiéno-diététiques ne suffisent pas, les statines constituent toujours le traitement de 1ère ligne, en commençant avec une dose faible progressivement augmentée jusqu'à atteindre le taux de LDL-C cible. A la phase initiale seront dosées les transaminases et la glycémie ; les CPK seulement en cas de signe clinique de complications musculaires, ou chez les sujets à risque. En cas d'intolérance ou de contre-indication, les alternatives sont l'ézétimibe ou la cholestyramine.

Pour déclencher le traitement, on se base sur le risque CV (RCV) selon le calcul SCORE (risque de décès CV à 10 ans : RDCV) ou le nombre de facteurs de risque CV (FRCV). On choisira une statine « de faible intensité » pour une réduction < 30 % du LDL-C (fluvastatine 20 : 40 mg, pravastatine 10 : 20 mg ou simvastatine 10 mg) ou « d'intensité modérée » pour une réduction < 50 % du LDL-C (fluvastatine 80 mg, pravastatine 40 mg, simvastatine 20 : 40 mg, atorvastatine 10 : 20 mg, rosuvastatine 5 : 10 mg) et « d'intensité élevée » pour une réduction > 50 % du LDL-C (atorvastatine 40 : 80 mg, rosuvastatine 20 mg).

En cas de RCV faible (RDCV < 1 % ou 0 – 1 FRCV hors diabète), la cible est un LDL-C < 1,9 g/l ; si le traitement hypolipémiant est justifié, une statine de faible intensité suffit habituellement.

Face à un RCV intermédiaire (RDCV 1 - 5 % ou 2 FRCV), on cible un LDL < 1,3 g/l ; la décision prend en compte le choix du patient, l'existence d'une maladie associée à un sur-

risque (maladie inflammatoire chronique, radiothérapie incluant le territoire cardiaque, insuffisance rénale modérée chez un sujet jeune) ou d'un athérome infra clinique important pour l'âge.

Si le RCV est élevé (RDCV > 5 % ou > 3 FRCV), il faut maintenir un LDL-C < 1 g/l. Les patients à très haut risque requièrent un LDL-C < 0,7 g/l : insuffisance rénale sévère, diabète avec atteinte des organes cibles ou avec deux autres FRCV.

En présence d'une hyperlipidémie mixte avec hypertriglycéridémie modérée (TG < 5 g/l), on insiste sur la diététique ; le recours aux hypolipémiants est le même que pour les patients à risque élevé ou très élevé.

Si les taux de TG sont très hauts (> 5 g/l), un fibrate en 1ère ligne permet de réduire le risque de pancréatite aiguë. Un avis spécialisé est nécessaire si l'hyperTG résiste au traitement ou en cas d'hypercholestérolémie sévère.

Enfin, chez le sujet âgé (75 - 80 ans) sans comorbidité sévère, après avoir éliminé une hyperlipidémie secondaire, un traitement par statine à faible dose est à discuter s'il existe des FRCV associés ou un athérome non compliqué évolué. Dans tous les cas, quand le LDL-C est à l'objectif et la tolérance satisfaisante, l'efficacité et l'observance sont surveillées avec un bilan lipidique à 1-3 mois puis annuel.

Cibler le LDL-C à moins d'1g/L en prévention secondaire

En prévention CV ischémique secondaire, **les mesures diététiques sont systématiques et un traitement par statine d'intensité élevée est recommandé, sauf en cas de LDL-C initial peu augmenté et/ou de risque d'intolérance musculaire. Il faut atteindre la cible de LDL-C < 0,7 g/l. Si une statine à dose maximale tolérée ne le permet pas, l'ajout d'ezetimibe est envisagée ; sinon, une réduction de 50 % du taux de LDL-C est un compromis acceptable. En cas d'intolérance, le traitement est diminué et vise un LDL-C < 1 g/l. Chez le sujet âgé, une statine est recommandée, avec un objectif de LDL-C < 1 g/l.**

Enfin, en cas d'hypertriglycéridémie, la stratégie diffère selon les niveaux de LDL-C, HDL-C et de RCV. Les experts proposent un schéma décisionnel et recommandent de recourir à un avis spécialisé.

Véronique Canac

RÉFÉRENCES

(1)Béliard S et coll.: Working group commissioned by the the French Society of Endocrinology (SFE) Francophone Society of Diabetes (SFD), The New French Society of Atherosclerosis (NSFA). Diabetes Metab (2016). Consensus statement on the management of dyslipidaemias in adults. Diabetes & Metabolism 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.diabet.2016.07.033

(2)Société française d'endocrinologie SFE, Nouvelle société française d'athérosclérose NSFA, Société francophone du diabète SFD. Consensus relatif à la prise en charge des dyslipidémies de l'adulte. La Revue du Praticien 2016, 7 : 727-41.