

Item220-Dyslipidémies.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer les principales dyslipidémies primitives et secondaires. - Connaître les recommandations pour la prise en charge des dyslipidémies (voir item 326).		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Dyslipidémies / AFSSAPS / 2005 - Dyslipidémies / ESC / 2011 -	- Valeurs normales de l'EAL - Causes de dyslipidémies II (3) - IIb: mixte / IIa: CT seul / IV: TG seul - Seuil d'intervention: LDLc > 1.6g/L - Régime diététique spécifique (4 + 3) - Statines chaque fois que LDLc élevé et échec MHD seules ≥ 3M (sauf P° II: MHD + statines d'emblée) - Fibrates ssi TG ↑ - Traitement: MHD + statine + autres FdR CV - Surveillance: EAL à 4S / TA +/- CPK	- PenC de tous les FdR CV (5) - PenC toutes les localisations (5) - P° I: d'abord MHD seules ≥ 3M - P° II: statines / LDLc < 1g/L / 0,7g/L - Ne jamais associer les traitements Mdtx

Généralités

Epidémiologie

- **Fréquentes:** 4% de la population > 30ans / 15% des > 65ans
- **Dyslipidémies athérogènes**
 - Types IIa / IIb / (IV : faiblement)
 - !! LDLc athérogène ≠ HDLc protecteur

Classification (de De Gênes ou Frederikson)

- **Hypercholestérolémie essentielle**
 - **Type IIa** = élévation isolée du cholestérol total (par LDLc) / TG = normal
- **Hypertriglycéridémies majeures**
 - Type I = TG exogènes dépendant des graisses: excès de chylomicron (rare)
 - **Type IV** = TG endogènes indépendant des graisses: excès de VLDL / TG (fréquent)
 - Type V = TG endogènes et exogènes: chylomicrons / VLDL / TG (très rare)
- **Hyperlipidémies mixtes**
 - **Type IIb** = élévation du cholestérol total (LDLc) et des triglycérides (fréquent)
 - Type III = élévation des IDL: intermediate density lipoprotein (très rare)

Etiologies

- **Dyslipidémies primaires:** la grande majorité des cas
- **Dyslipidémies secondaires (3)**
 - **Endocrinopathies:** hypothyroïdie +++ / diabète type 1 ou 2 / syndrome de Cushing
 - **Par anabolisme hépatique:** cholestase / stéatose / IRC / syndrome néphrotique
 - **iatrogènes:** corticoïdes / oestroprogestatifs / diurétiques / rétinoïdes / anti-rétroviraux

Valeurs normales d'une EAL (!! en l'absence d'autres FdR CV)

- **Triglycérides:** TG < 1,50 g/L (1,7 mM)
- **Cholestérol total:** CT < 2g/L dont
 - **LDLc:** < 1.60 g/L (4.1mM) (!! mais dépend du RCV global: cf infra)
 - **HDLc:** > 0,40 g/L (H) (1mM) ou 0.5g/L (F) (1.3mM)
- **Formule de Friedewald**
 - LDLc = CT - (HDLc + TG/5) (tout en g/L)
 - !! valable seulement si TG < 4 g/L (4.6mM)

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - Rechercher tous les facteurs de risque cardio-vasculaires (**A savoir !**)
 - Rechercher une étiologie de dyslipidémie secondaire (médicament / diabète)
 - Evaluer les apports exogènes de cholestérol (enquête alimentaire)
- **Examen physique**
 - Signes physiques de dyslipidémie: xanthome cutanéomuqueux / xanthélasma
 - Bilan de toutes les localisations athéromateuses (**A savoir !**)
 - Prise du poids / mesure tour de taille (cf syndrome métabolique)

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif: bilan lipidique +++**
 - **Indications**
 - Patient sans FdR CV : bilan simple (CT-TG) +/- EAL si anomalie
 - Patient avec ≥ 1 FdR CV : EAL (CT-LDL-HDL-TG) systématique
 - **Modalités:** patient à **jeun** (12h) / sous régime normal / état stable
- **Rechercher une dyslipidémie secondaire**
 - **Glycémie** à jeun (**A savoir !**)
 - Dosage de la **TSH**
 - **Bilan hépatique:** TA / PAL / GGT
 - **Bilan rénal:** créatinine + BU
- **Bilan pré-thérapeutique** (non indispensable pour statines et fibrates)
 - Bilan hépatique (TA) / enzymes musculaires (CPK)

Détermination du LDL cible selon le RCV global +++

- **Facteurs de risques cardio-vasculaires à prendre en compte**
 - **Age et sexe:** H > 50ans / F > 60ans
 - **Tabac:** actuel ou arrê< 3ans
 - **HTA permanente:** traitée ou non
 - **Diabète de type 2:** traité ou non
 - **Dyslipidémie:** LDLc ≥ 1.60 g/l ou HDL ≤ 0.40 g/l
 - **Atcd familiaux coronariens précoces:**
 - MS ou IDM < 55ans chez père / frère
 - MS ou IDM < 65ans chez mère / soeur
 - **!! Si HDLc > 0.6g/L (1.5mM) = protecteur:** soustraire 1 FdR
- **Détermination de la valeur cible de LDLc**

Seuil d'intervention	0 FdR CV	LDLc > 1.60g/L
	≥ 2 FdR CV	LDLc > 1.3g/L
Valeur cible enprévention I(sous statine)	0 FdR CV	LDLc < 2.20 g/L
	1 FdR CV	LDLc < 1,90 g/L
	2 FdR CV	LDLc < 1,60 g/L
	≥ 3 FdR CV	LDLc < 1,30 g/L
Valeur cible enprévention II ou sujet à haut risque	◦ atcd de MCV ◦ D2 avec néphropathie ou 2 autres FdR CV	LDLc < 1g/L (A savoir !)
Valeur cible enprévention II ou sujet à très haut risque (Dyslipidémies / ESC / 2011)	◦ sujet coronarien	LDLc < 0,7g/L (A savoir !)

Traitement

Prise en charge

- Ambulatoire / suivi au long cours
- Déterminer la valeur de LDL cible selon le RCV global +++ (cf supra)

Mesures hygiéno-diététiques

- **Indications**
 - Dès que LDLc > 1.60g/L si patient avec 0 FdR CV
 - Dès que LDLc > 1.30g/L si patient avec ≥ 2 FdR CV
- **Régime diététique** (cf [Prescription d'un régime diététique](#))
 - **4 mesures diététiques spécifiques** (!! cf [Dyslipidémies / AFSSAPS / 2005](#))
 - Augmenter l'apport en AG poly-insaturés oméga-3 (poisson)
 - Augmenter l'apport en fibres: fruits / légumes / céréales
 - Limiter les AG saturés (graisses animales) / préférer AG insaturés
 - Limiter l'apport exogène de cholestérol alimentaire (< 300mg/j)
 - **Selon le terrain: ajouter régime de prévention de l'athérome**
 - Hypocalorique (< 2500kcal/j) si surpoids (IMC > 25)
 - Apport sodé modéré (**4-6g/j**) sans restriction (hors IC/HTA)
 - Consommation d'alcool modérée (mais pas contre-indiquée)
- **Exercice physique:** régulier et adapté (30min de marche 3x/S)

Traitement médicamenteux

- **Indications**
 - **Instauration**
 - D'emblée si atcd CV (prévention II) ou sujet à haut risque (D2 + 2 FdR CV)
 - En **2nde intention** si échec des MHD bien conduites pendant **3 mois** sinon (**A savoir !**)
 - **Choix du traitement**
 - **Statines:** en 1ère intention si LDLc ↑ avec ou sans hypertriglycéridémie
 - **Fibrates** **seulement** si TG > 4g/L malgré MHD
 - **!! Remarque**
 - Ne jamais associer 2 statines ou 2 fibrates ou statines + fibrates (**A savoir !**)
- **Classes d'hypolipémiants**
 - **Statines**
 - **Mécanisme:** inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (↓ synthèse hépatique de LDL)
 - **Indication:** en 1ère intention devant toute élévation du LDLc avec ou sans HTG
 - **ES:** rhabdomyolyse et myalgies / cytolysé hépatique / dysfonction érectile
 - **Spécialités:** atorvastatine (Tahor®) / simvastatine (Zocor®)
 - **Fibrates**
 - **Mécanisme:** modification du métabolisme: ↓ TG et ↑ HDL
 - **Indication:** seulement si hyperTG > 4g/L isolée (LDLc = N)
 - **ES:** idem statines + interaction avec liaison albumine (cf [Identification et gestion des risques liés aux médicaments et aux biomatériaux, risque iatrogène, erreur médicamenteuse \(voir item 4 et item 5\). Diagnostic et prévention.](#))
 - **Spécialités:** fénofibrate (Lipanthyl®)
 - **Autres**
 - cholestyramine (Questran®) / inhibiteur de l'absorption du cholestérol
 - ézétimibe (inhib. absorption du LDLc) / acide nicotinique (hyper-HDL-émiant)

Prise en charge des autres FdR CV (**A savoir !**)

- Arrêt du tabac / réduction pondérale
- Equilibration d'un diabète, contrôle d'une HTA, etc.

Stratégie thérapeutique

- **Si prévention primaire**
 - **MHD seules** pendant **au moins 3 mois** avec évaluation à M3 +/- M6 (**A savoir !**)
 - En s'assurant de la bonne observance des MHD
 - Traitement médicamenteux en 2nde intention si objectif de LDLc non atteint
- **Si prévention secondaire ou sujet à haut risque**
 - MHD et traitement médicamenteux (statine) à instaurer conjointement d'emblée
 - Objectif = LDLc < 1g/L +++ ou < 0,70g/L

Surveillance

- **Efficacité**
 - Efficacité maximale pas avant **4 semaines** / Bilan lipidique complet (EAL) 2x/an
- **Tolérance**
 - **Bilan hépatique:** sous 3M puis 1x/an / arrêt si TA > 3N pendant ≥ 1M
 - **Bilan musculaire:** arrêt si myalgies avec CPK > 5N / pas de CPK sinon