

Prise en charge des dyslipidémies : quelles nouvelles recommandations?

Management of dyslipidemias: Recently released guidelines

B. Vergès^{a,b}

^aService d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, hôpital du Bocage, centre hospitalier universitaire de Dijon-Bourgogne, 14, rue Paul-Gaffarel, 21079 Dijon cedex, France

^bInserm LNC-UMR1231, 7, boulevard Jeanne-d'Arc, BP 27877, 21078 Dijon cedex, France



B. Vergès

Disponible en ligne sur ScienceDirect le xxx

Les hyperlipidémies sont fréquentes et représentent un facteur de risque majeur de survenue d'accidents cardiovasculaires. Leur traitement a fait la preuve de leur efficacité pour réduire le risque de survenue d'accidents cardiovasculaires majeurs d'où l'importance de leur prise en charge thérapeutique. Au cours des dernières années, le clinicien était perplexe face à la prise en charge des dyslipidémies, navigant à vue entre des recommandations européennes jugées parfois peu adaptées à la population française, en particulier en prévention primaire, et les recommandations Afssaps de 2005, dépassées car ne prenant pas en compte les données d'études les plus récentes.

Ceci a justifié l'élaboration par l'HAS de nouvelles recommandations publiées en mars 2017 [1] qui considèrent l'hypercholestérolémie isolée, l'hypertriglycéridémie isolée et l'hyperlipidémie mixte. Nous présenterons, dans cet article, les éléments principaux de ces recommandations.

Débuter par l'évaluation du risque cardiovasculaire global (SCORE) chez l'adulte de 40 à 65 ans.

EVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Adulte de 40 à 65 ans, en prévention primaire

Chez l'adulte âgé de 40 à 65 ans, en prévention primaire, il est recommandé d'évaluer le

risque cardiovasculaire global à l'aide de l'outil Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) qui estime la mortalité cardiovasculaire à 10 ans, en fonction de l'âge, du sexe, du cholestérol total, de la pression artérielle et du tabagisme [2]. La France se situant dans les pays à bas risque cardiovasculaire, il sera nécessaire d'utiliser la table ou le formulaire d'évaluation adapté [2]. Cependant, plutôt que la table SCORE, il est conseillé d'utiliser de préférence la version interactive de SCORE qui prend en compte le HDL-cholestérol (HeartScore. www.escardio.org). Il faut cependant savoir que cet outil n'est pas adapté en cas de diabète, d'insuffisance rénale chronique, d'hypertension artérielle sévère ($\geq 180/110$ mm Hg) et d'hypercholestérolémie familiale.

Adulte âgé de moins de 40 ans, en prévention primaire

L'outil d'estimation du risque cardiovasculaire global SCORE n'étant pas validé pour les sujets de moins de 40 ans, l'estimation du risque cardiovasculaire se fera chez l'adulte de moins de 40 ans à partir des facteurs de risque cardiovasculaire traditionnels (tabagisme, hypertension artérielle, antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce).

Sujet âgé

En l'absence d'outil validé pour estimer le risque cardiovasculaire global dans la population âgée, celui-ci sera évalué à partir des facteurs de risque cardiovasculaires traditionnels.

En cas de diabète, d'insuffisance rénale chronique, d'hypertension artérielle sévère

Correspondance :

B. Vergès,

Service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, hôpital du Bocage, centre hospitalier universitaire de Dijon-Bourgogne, 14, rue Paul-Gaffarel, 21079 Dijon cedex, France.

Adresse e-mail :

bruno.verges@chu-dijon.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amcp.2017.07.004>

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Tableau I. Tableau de classement du niveau de risque cardiovasculaire. SCORE: tableau d'évaluation du risque cardiovasculaire (Systematic Coronary Risk Evaluation).

Niveau de risque cardiovasculaire	
Faible	SCORE < 1%
Modéré	1% ≤ SCORE < 5% Diabète de type 1 ou 2 < 40 ans sans facteur de risque cardiovasculaire ni atteinte d'organe cible
Élevé	5% ≤ SCORE < 10% Diabète de type 1 ou 2 < 40 ans avec au moins un facteur de risque cardiovasculaire sans atteinte d'organe cible ≥ 40ans sans facteur de risque cardiovasculaire ni atteinte d'organe cible Patient avec insuffisance rénale chronique modérée Pression artérielle ≥ 180/110 mm Hg
Très élevé	SCORE ≥ 10% Diabète type 1 ou 2 ≥ 40ans avec au moins un facteur de risque cardiovasculaire ou atteinte d'organe cible Patient avec insuffisance rénale chronique sévère Maladie cardiovasculaire documentée (prévention secondaire)

(≥ 180/110 mm Hg) et hypercholestérolémie familiale, l'évaluation du risque cardiovasculaire global se fera séparément en raison du risque cardiovasculaire particulièrement élevé de ces situations.

Prévention secondaire

Le sujets en prévention secondaire sont d'emblée considérés comme à risque cardiovasculaire très élevé.

Ainsi, comme indiqué sur le [Tableau I](#), les patients seront classés en:

- risque cardiovasculaire faible si leur risque cardiovasculaire selon SCORE est inférieur à 1%;
- risque cardiovasculaire modéré si leur risque cardiovasculaire selon SCORE est compris entre 1% et 5% ou si ils sont diabétiques de type 1 ou de type 2, âgés de moins de 40 ans, sans facteur de risque cardiovasculaire ajouté ni atteinte d'un organe cible;
- risque cardiovasculaire élevé si leur risque cardiovasculaire selon SCORE est compris entre 5% et 10% ou si ils sont diabétiques de type 1 ou de type 2 sans atteinte d'un organe cible avec au moins un facteur de risque cardiovasculaire si ils sont âgés de moins de 40 ans et sans facteur de risque cardiovasculaire si ils sont âgés de 40 ans ou plus ou si ils ont une insuffisance rénale chronique modérée ou une hypertension artérielle sévère (≥ 180/110 mm Hg);
- risque cardiovasculaire très élevé si leur risque cardiovasculaire selon SCORE est supérieur ou égal à 10% ou si ils ont diabétiques de type 1 ou de type 2 âgés de plus de 40 ans avec au moins un facteur de risque cardiovasculaire ou une atteinte d'un organe cible ou si ils ont une insuffisance rénale chronique sévère ou si ils ont en prévention secondaire.

DÉPISTAGE D'UNE ANOMALIE LIPIDIQUE

Une exploration d'une anomalie lipidique (EAL) est recommandée:

- dans le cadre d'une évaluation du risque cardiovasculaire global chez les hommes âgés de plus de 40 ans et les femmes âgées de plus de 50 ans. Un bilan lipidique n'est plus justifié, dans le cadre d'une évaluation du risque cardiovasculaire global, après 80 ans;

- lors de la prescription d'une contraception orale;
- en cas de facteurs de risque cardiovasculaires associés: hypertension artérielle, diabète, tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans, surcharge pondérale (IMC > 30 ou tour de taille > 94 cm chez l'homme ou 80 cm chez la femme), insuffisance rénale chronique, antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce (infarctus ou mort subite avant 55 ans chez apparent masculin au premier degré ou avant 65 ans chez apparent féminin au premier degré), antécédents familiaux de dyslipidémie, maladie auto-immune ou inflammatoire chronique;
- en situation de prévention secondaire.

L'exploration d'une anomalie lipidique (EAL) sera réalisée après 12 h de jeûne. Elle comprend un dosage du cholestérol total, des triglycérides, du HDL-cholestérol et calcul du LDL-cholestérol, selon la formule de Friedewald (LDL Chol = Chol total – HDL Chol – TG/5 pour des valeurs en g/L, LDL Chol = Chol total – HDL Chol – TG/2 pour des valeurs en mmol/L) qui n'est valable que si les triglycérides sont inférieurs ou égaux à 3,4 g/L ou 3,9 mmol/L. En cas de triglycérides supérieurs à 3,4 g/L (3,9 mmol/L), il sera nécessaire de réaliser un dosage direct du LDL-cholestérol.

Si le bilan lipidique réalisé est normal, il est recommandé de le refaire tous les 5 ans, en l'absence d'évènement cardiovasculaire intercurrent ou d'apparition de nouveau facteur de risque cardiovasculaire ou d'instauration de traitement susceptible de modifier le bilan lipidique ou les facteurs de risque.

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERCHOLESTÉROLÉMIE ISOLÉE

La prise en charge se fera en fonction du taux de LDL-cholestérol et du profil de risque cardiovasculaire du patient.

Toute valeur de LDL-cholestérol supérieure ou égale à 1,90 g/L (4,9 mmol/L) devra faire rechercher une hypercholestérolémie familiale hétérozygote (voir paragraphe dédié).

Objectifs en fonction du risque cardiovasculaire

Dans tous les cas, le seuil d'intervention thérapeutique sera égal à l'objectif thérapeutique. Les interventions

Tableau II. Objectifs de LDL-cholestérol (LDL-C) en fonction du niveau de risque cardiovasculaire.

Niveau de risque cardiovasculaire	Objectif de LDL-C	Intervention de première intention	Intervention de deuxième intention
Faible	< 1,9 g/L (4,9 mmol/L)	Modification du mode de vie	Modification du mode de vie + traitement hypolipidémiant
Modéré	< 1,3 g/L (3,4 mmol/L)		
Élevé	< 1,0 g/L (2,6 mmol/L)	Modification du mode de vie + traitement hypolipidémiant	Modification du mode de vie + intensification du traitement hypolipidémiant
Très élevé	< 0,7 g/L (1,8 mmol/L)		

recommandées en fonction du niveau de risque cardiovasculaire figurent dans le [Tableau II](#).

En situation de risque cardiovasculaire faible, une prise en charge sera initiée en cas de LDL-cholestérol supérieur ou égal à 1,9 g/L (4,9 mmol/L) avec pour objectif une valeur de LDL-cholestérol inférieure à 1,9 g/L (4,9 mmol/L). L'intervention de première intention reposera sur une modification du mode de vie. Après trois mois d'intervention de première intention, si l'objectif de LDL-cholestérol n'est pas atteint, une intervention de seconde intention sera mise en place incluant un traitement hypolipidémiant à l'aide d'une statine, en première ligne.

En situation de risque cardiovasculaire modéré, une prise en charge sera initiée en cas de LDL-cholestérol supérieur ou égal à 1,3 g/L (3,4 mmol/L) avec pour objectif une valeur de LDL-cholestérol inférieure à 1,3 g/L (3,4 mmol/L). L'intervention de première intention reposera sur une modification du mode de vie. Après trois mois d'intervention de première intention, si l'objectif de LDL-cholestérol n'est pas atteint, une intervention de seconde intention sera mise en place incluant un traitement hypolipidémiant à l'aide d'une statine, en première ligne.

En situation de risque cardiovasculaire élevé, une prise en charge sera initiée en cas de LDL-cholestérol supérieur ou égal à 1,0 g/L (2,6 mmol/L) avec pour objectif une valeur de LDL-cholestérol inférieure à 1,0 g/L (2,6 mmol/L). L'intervention de première intention reposera sur une modification du mode de vie et un traitement hypolipidémiant par une statine, en première ligne. Après trois mois d'intervention de première intention, si l'objectif de LDL-cholestérol n'est pas atteint, le traitement hypolipidémiant sera intensifié.

En situation de risque cardiovasculaire très élevé, une prise en charge sera initiée en cas de LDL-cholestérol supérieur ou égal à 0,7 g/L (1,8 mmol/L) avec pour objectif une valeur de LDL-cholestérol inférieure à 0,7 g/L (1,8 mmol/L). L'intervention de première intention reposera sur une modification du mode de vie et un traitement hypolipidémiant par une statine, en première ligne. Après trois mois d'intervention de première intention, si l'objectif de LDL-cholestérol n'est pas atteint, le traitement hypolipidémiant sera intensifié.

Chez le sujet âgé entre 65 et 80 ans, l'attitude sera identique à celle observée chez les sujets plus jeunes aussi bien en prévention primaire qu'en prévention secondaire.

Chez les sujets âgés de plus de 80 ans, l'instauration d'un traitement hypolipidémiant n'est pas recommandée, en prévention primaire, en raison de l'absence de données. Cependant, un traitement hypolipidémiant peut être discuté, au cas par cas, en cas de cumul de plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire et d'absence de pathologie grave associée réduisant l'espérance de vie. En prévention secondaire, l'attitude sera similaire à celle observée chez les patients

plus jeunes sauf en cas de fragilité majeure ou d'espérance de vie réduite.

Modification du mode de vie

Les modifications du mode de vie seront recommandées à tous les sujets lorsque le LDL-cholestérol est supérieur à l'objectif fixé pour chaque niveau de risque. Elles s'appuient sur une démarche d'éducation thérapeutique. Ces modifications du mode de vie comportent un arrêt du tabagisme, une diététique adaptée et une activité physique régulière.

Les conseils diététiques ont le double objectif de réduire le risque cardiovasculaire et d'améliorer le profil lipidique. Les conseils visant à réduire le risque cardiovasculaire encouragent une alimentation de type méditerranéenne, la consommation de poissons (2 ou 3 fois par semaine), la consommation de fruits et légumes. Afin de diminuer le taux de LDL-cholestérol, il sera conseillé de réduire la consommation d'acides gras saturés et d'acides gras trans et de consommer, de préférence, des acides gras insaturés, source d'acides gras oméga 9, oméga 6 et oméga 3. Par ailleurs, la consommation d'aliments source de fibres est encouragée.

L'activité physique régulière sera encouragée. Il est recommandé de pratiquer un exercice physique régulier pendant au moins 30 minutes la plupart des jours de la semaine afin de cumuler 150 min/semaine d'activité physique modérée ou 75 min/semaine d'activité aérobie d'intensité élevée ou une combinaison des deux. Les patients ayant des antécédents cardiovasculaires devront consulter avant de débiter une activité physique intense.

Traitement médicamenteux hypolipidémiant

Les statines représentent le traitement de choix, en raison de leur efficacité démontrée pour réduire le risque d'événements cardiovasculaires majeurs chez les sujets à haut risque cardiovasculaire [3]. Le choix de la statine et de sa dose se fera en fonction du taux de LDL-cholestérol initial et de l'objectif visé. Comme indiqué sur la [Fig. 1](#), une statine de faible intensité (fluvastatine 20 ou 40 mg; pravastatine 10, 20 ou 40 mg; simvastatine 10 mg) sera choisi lorsque la baisse de LDL-cholestérol désirée est comprise entre 20 et 29%, une statine d'intensité moyenne (fluvastatine 80 mg; simvastatine 20 ou 40 mg; atorvastatine 10 mg; rosuvastatine 5 mg) sera choisi lorsque la baisse de LDL-cholestérol désirée est comprise entre 30 et 39% et une statine de forte intensité (simvastatine 80 mg; atorvastatine 20, 40 ou 80 mg; rosuvastatine 10, 20 ou 40 mg) sera choisi lorsque la baisse de LDL-cholestérol désirée est supérieure à 40%.

En prévention primaire, il est recommandé d'augmenter progressivement les doses de statine jusqu'à la cible. En

Médicament	Posologie (mg/j)				
	5	10	20	40	80
Fluvastatine					
Pravastatine					
Simvastatine					
Atorvastatine					
Rosuvastatine					

Intensité basse
(↘ LDL-C : 20-29 %)

Intensité moyenne
(↘ LDL-C : 30-39 %)

Intensité forte
(↘ LDL-C > 40 %)

Hors AMM/
non recommandé

Figure 1. Puissance des différentes statines en fonction de leur posologie.

prévention secondaire, l'utilisation d'emblée d'une statine à forte intensité (atorvastatine 80 mg) est recommandée, sauf en cas de LDL-C initialement peu élevé ou de risque important d'effets secondaires musculaires.

En cas d'objectif non atteint sous statines à dose maximale, il est recommandé d'intensifier le schéma thérapeutique en associant de l'ézétimibe ou, en dernier lieu, de la cholestyramine.

Dans tous les cas, le traitement de l'hypercholestérolémie se fera dans une démarche d'éducation thérapeutique avec le souci d'optimiser l'adhésion du patient au traitement.

En cas d'intolérance aux statines, il est recommandé d'utiliser l'ézétimibe, voire la cholestyramine.

La place des anticorps anti-PCSK9 dans le traitement des hypercholestérolémies sévères reste à définir.

Les produits à base de levure rouge de riz contiennent une statine (monacoline A ou lovastatine) et exposent à des effets secondaires similaires à ceux observés sous statine (musculaire, en particulier). Leur efficacité est faible et ils ne représentent pas une alternative aux médicaments hypolipémiants. Ils ne doivent pas être employés en association avec une statine.

Suivi de la prise en charge de l'hypercholestérolémie

Suivi de l'efficacité de la prise en charge

Après avoir débuté la prise en charge, il est recommandé de réaliser un bilan lipidique dans un délai de 12 à 24 semaines en cas de risque cardiovasculaire faible ou modéré et dans un délai de 8 à 12 semaines en cas de risque cardiovasculaire élevé ou très élevé. Ensuite, il est recommandé de réaliser un bilan lipidique 8 à 12 semaines après chaque adaptation de dose jusqu'à obtention des valeurs cibles.

Lorsque l'objectif de LDL-cholestérol est atteint, un bilan lipidique annuel est recommandé.

Surveillance des enzymes hépatiques

Il est recommandé de doser les ALAT avant de débuter un traitement par statines puis 8 semaines après le début du traitement ou une augmentation de la posologie et systématiquement une fois par an.

Si les taux des ALAT sont augmentés, mais sans atteindre une valeur supérieure à trois fois la limite supérieure de la normale, il est possible de continuer le traitement, mais il est nécessaire de reconstrôler les ALAT après 4 à 6 semaines.

Si le taux des ALAT est augmenté à une valeur dépassant trois fois la limite supérieure de la normale, il est recommandé d'arrêter la statine (ou de réduire la posologie) en reconstrôlant les ALAT après 4 à 6 semaines. Il sera possible de réintroduire prudemment un traitement par statine lorsque le taux des ALAT se sera normalisé.

Surveillance musculaire

Il n'est pas nécessaire de doser la créatine phosphokinase (CPK) avant d'initier un traitement hypolipémiant sauf en cas de douleurs musculaires préexistantes avec ou sans traitement par agent hypolipémiant, d'insuffisance rénale modérée ou sévère, d'antécédents personnels ou familiaux de maladie musculaire génétique, d'abus d'alcool ou d'âge supérieur à 70 ans.

Dans ces situations, si le taux de CPK est supérieur à 5 fois la limite supérieure de la normale, il est recommandé de ne pas initier de traitement médicamenteux et de reconstrôler à nouveau les CPK.

Au cours du traitement hypolipémiant, il n'est pas nécessaire de surveiller le taux de CPK. En revanche, un dosage de CPK sera réalisé en cas de myalgies. En cas de taux de CPK supérieur à 5 fois la limite supérieure de la normale, il est recommandé d'arrêter l'agent hypolipémiant et de reconstrôler le taux de CPK toutes les deux semaines. Si les valeurs de CPK demeurent élevées, il sera nécessaire de rechercher une autre cause de myopathie. Si, au cours d'un traitement hypolipémiant, le taux de CPK est augmenté sans atteindre une valeur supérieure à 5 fois la limite supérieure de la normale, il est recommandé de poursuivre le traitement et de doser la CPK régulièrement.

Le cas particulier de l'hypercholestérolémie familiale hétérozygote

Il s'agit d'une maladie autosomique dominante caractérisée par des valeurs de LDL-cholestérol élevées (supérieures à 1,9 g/l) et un risque cardiovasculaire très augmenté. L'outil SCORE n'est pas approprié pour l'hypercholestérolémie familiale qui est considérée comme une situation à risque cardiovasculaire élevé ou très élevé.

Le diagnostic d'hypercholestérolémie familiale devra être suspecté en cas de valeurs de LDL-cholestérol élevées (> 1,90 g/L chez l'adulte, > 1,60 g/L chez l'enfant), de parents porteurs d'hypercholestérolémie familiale, de dépôts de cholestérol extravasculaires (xanthomes, en particulier) ou d'accidents vasculaires précoces personnels ou familiaux.

Tableau III. Prise en charge médicamenteuse des hypertriglycéridémies.

Hypertriglycéridémie modérée: 2 g/L \leq TG < 5 g/L				Hypertriglycéridémie sévère \geq 5 g/L			
Non-HDL-C ou LDL-C à l'objectif		Non-HDL-C ou LDL-C non à l'objectif		Traitement par fibrate			
		Prescription de statine		Si TG < 5 g/L		Si TG \geq 5 g/L	
		Si objectif non-HDL-C ou de LDL-C atteint	Si objectif non-HDL-C ou de LDL-C non atteint	Et non-HDL-C ou LDL-C à l'objectif	Et non-HDL-C ou LDL-C non à l'objectif	Et non-HDL-C à l'objectif	et non-HDL-C non à l'objectif
Avec risque cardiovasculaire faible à modéré: pas de traitement hypolipidémiant	Avec risque cardiovasculaire élevé à très élevé: traitement par fibrate	Avec HDL_C normal et risque cardiovasculaire faible à modéré: maintien de la statine	Avec HDL_C bas et risque cardiovasculaire élevé à très élevé: association d'un fibrate	Association d'ézétimibe	Maintien du fibrate	Association d'une statine	Éventuelle association d'oméga 3

LDL-C: LDL-cholestérol; HDL-C: HDL-cholestérol; HDL-C bas: HDL-C < 0,40 g/L chez l'homme et < 0,50 g/L chez la femme; Non-HDL-cholestérol = cholestérol total – HDL-cholestérol.

Il est recommandé de confirmer le diagnostic au moyen du score Dutch Lipid Clinic Network [4] ou, si possible, par une analyse génétique.

En cas d'hyperlipidémie familiale, il est recommandé de réaliser un dépistage chez les apparentés au premier degré.

Les objectifs thérapeutiques, chez les patients avant 20 ans, sont un LDL-cholestérol inférieur à 1,30 g/L. Au-delà de 20 ans, les objectifs chez les patients à risque cardiovasculaire élevé, très élevé ou en prévention secondaire sont identiques à ceux de l'hypercholestérolémie isolée.

Le traitement est identique à celui de l'hypercholestérolémie isolée. En cas d'objectif de LDL-cholestérol difficile à atteindre, il est recommandé de solliciter un avis spécialisé.

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTRIGLYCÉRIDÉMIE ET DE L'HYPÉRLIPIDÉMIE MIXTE

Hypertriglycéridémie isolée

La concentration plasmatique de triglycérides considérée comme normale est une valeur inférieure à 1,50 g/L (1,70 mmol/L).

La place de la diététique est importante au cours de l'hypertriglycéridémie. Il sera conseillé de réduire l'apport calorique en cas de surpoids, de limiter particulièrement les aliments et boissons sucrés et de limiter ou arrêter la consommation d'alcool. La consommation de poissons gras riches en oméga 3 sera conseillée en raison de la vertu hypotriglycéridémisante des acides gras oméga 3.

En cas de triglycérides supérieurs à 5 g/L (5,6 mmol/L), l'objectif principal est de diminuer la concentration de triglycérides au dessous de 5 g/L (5,6 mmol/L), afin de réduire le risque pancréatite. Si les triglycérides restent au-dessus de 5 g/L (5,6 mmol/L), après mise en place des mesures diététiques, il est recommandé d'initier un traitement par fibrates (Tableau III).

Si les triglycérides demeurent supérieurs à 5 g/L sous fibrate, il est suggéré d'associer un traitement par oméga 3.

Rappelons que les fibrates sont contre-indiqués, en cas d'insuffisance rénale.

Hypertriglycéridémie mixte

Au cours de l'hyperlipidémie mixte, l'hypertriglycéridémie est le plus souvent modérée (inférieure à 5 g/L) et l'objectif sur le LDL-cholestérol reste prioritaire. Il sera aussi possible de considérer l'objectif du non-HDL-cholestérol (= cholestérol total-HDL-cholestérol) qui est de à 0,30 g/L supérieur à l'objectif du LDL-cholestérol (soit un objectif de non-HDL-cholestérol inférieur à 1,30 g/L en cas de risque cardiovasculaire élevé et inférieur à 1,00 g/L en cas de risque cardiovasculaire très élevé).

La diététique est importante dans la prise en charge de l'hyperlipidémie mixte. Les conseils diététiques donnés au patient viseront à réduire le LDL-cholestérol en réduisant la consommation d'acides gras saturés et d'acides gras trans et en privilégiant, des acides gras insaturés, source d'acides gras oméga 9, oméga 6 et oméga 3 et à réduire les triglycérides en limitant les aliments et boissons sucrés ainsi que la consommation d'alcool, en réduisant l'apport calorique en cas de surpoids et en recommandant la consommation de poissons gras riches en oméga 3.

Si les triglycérides sont compris entre 2 et 5 g/L et que le LDL-cholestérol (ou le non-HDL-cholestérol) est à l'objectif, il est conseillé de mettre en place un traitement par fibrate chez les patients à risque cardiovasculaire élevé ou très élevé et dont le HDL-cholestérol est bas (HDL-C < 0,40 g/L chez l'homme et < 0,50 g/L chez la femme), dans la mesure où il a été montré une réduction du risque d'événements cardiovasculaires majeurs sous fibrate dans cette population (Tableau III) [5].

Si les triglycérides sont compris entre 2 et 5 g/L et que le LDL-cholestérol (ou le non-HDL-cholestérol) n'est pas à l'objectif, il est conseillé de mettre en place un traitement par statine en première intention. Si sous statine l'objectif de LDL-cholestérol (ou de non-HDL-cholestérol) n'est pas atteint, il est recommandé s'associer de l'ézétimibe à la statine. Si sous statine le LDL-cholestérol est à l'objectif, il est suggéré d'associer à la statine un fibrate chez les patients à risque cardiovasculaire élevé ou très élevé et dont le HDL-cholestérol est bas, dans la mesure où il a été montré une réduction du risque d'événements

En pratique

Les objectifs thérapeutiques restent dépendants du niveau de risque.

cardiovasculaires majeurs sous fibrate dans cette population (Tableau III) [5].

En cas d'association d'un fibrate avec une statine, il ne faudra pas utiliser le gemfibrozil qui est contre-indiqué en raison d'un risque accru de rhabdomyolyse et d'utiliser de préférence le fénofibrate dont l'association avec les statines s'est montrée sans risque dans plusieurs études cliniques (FIELD, ACCORD-Lipid) [5]. Par ailleurs, l'utilisation de fibrate est contre-indiquée avec la rosuvastatine à une dose supérieure ou égale à 40 mg/j. Un avis spécialisé en vue d'une association statine/fibrate est préconisé.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

- [1] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2039802/fr/principales-dyslipidemies-strategies-de-prise-en-charge. 2017.
- [2] Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, et al., European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J* 2011;32:1769–818.
- [3] Rory Collins, Christina Reith, Jonathan Emberson. et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet* 2016;388:2532–61.
- [4] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66346/1/WHO_HGN_FH_CONS_99.2.pdf. 1999.
- [5] Jun M, Foote C, Lv J, et al. Effects of fibrates on cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2010;375:1875–84.