

Recommandations pour la pratique clinique

Modalités de dépistage et diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire

Texte des recommandations

 Retour au sommaire de la publication

INTRODUCTION

1. Thème des recommandations

La prévention de la maladie cardio-vasculaire est multifactorielle et l'estimation du risque coronaire doit *a priori* prendre en compte tous les facteurs de risque simultanément. La tâche initiale du praticien doit donc être de dépister les sujets à risque cardio-vasculaire élevé, puis de les amener progressivement à une prise de conscience de leur risque et à un traitement de ses différentes composantes.

➤ Ce document précise les modalités du dépistage et du diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire de la maladie coronaire, chez les sujets âgés de 20 à 70 ans.

- Sans signe d'appel :
 - absence d'antécédent de dyslipidémie familiale ;
 - absence d'antécédent personnel de maladie cardio-vasculaire ;
 - absence d'antécédent de pathologie pouvant traduire ou être associée à une dyslipidémie ;
 - absence de traitement susceptible d'altérer les lipides et lipoprotéines sériques en particulier un contraceptif oral.
- Et sans signe à l'examen clinique :
 - absence de signe ou de pathologie pouvant traduire ou être associé à une dyslipidémie ;
 - absence de signe clinique de maladie cardio-vasculaire.

Au-delà de 70 ans, il n'existe pas actuellement d'élément permettant de recommander ce dépistage en prévention primaire, c'est-à-dire chez les sujets sans antécédent personnel de maladie cardio-vasculaire.

2. Cibles des recommandations

Ces recommandations sont destinées à l'ensemble des médecins et des biologistes. Elles visent à aider ces professionnels de santé pour réaliser une stratégie de dépistage et de diagnostic biologique des dyslipidémies.

3. Grade des recommandations

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations proposées sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohortes ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

En l'absence de précisions, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

Le dépistage de la dyslipidémie fera appel aux dosages de lipides sériques. Le bilan lipidique doit toujours être réalisé après 12 heures de jeûne. Les méthodes de dosage utilisées doivent être standardisées, évaluées et régulièrement contrôlées.

DEUX CATÉGORIES DE SUJETS ONT ÉTÉ CONSIDÉRÉES

1. Les sujets appartenant à une population à risque cardio-vasculaire

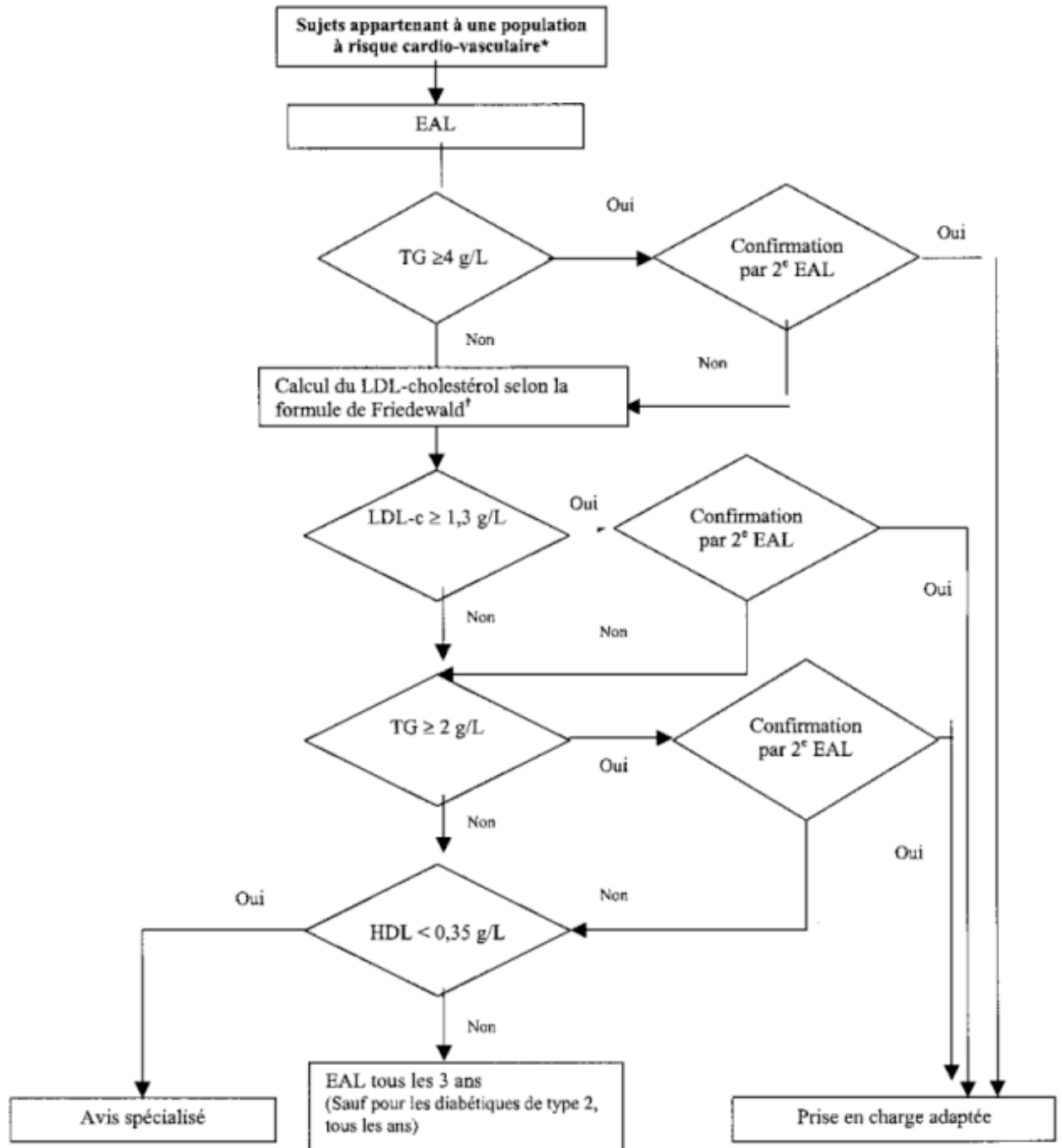
- Les sujets ayant un facteur de risque cardio-vasculaire connu autre qu'une dyslipidémie :
 - sujet ayant un antécédent familial de maladie coronaire précoce (infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin ; ou avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du premier degré de sexe féminin) ; ou d'artériopathie quel que soit le siège ;
 - les hommes âgés de plus de 45 ans et les femmes âgées de plus de 55 ans ou ménopausées, suivant ou non un traitement hormonal substitutif ;
 - les sujets quel que soit l'âge ayant un ou plusieurs des autres facteurs de risque cardio-vasculaire majeurs : tabagisme actuel, hypertension artérielle permanente, diabète sucré.
- Les sujets ayant une obésité avec un index de masse corporelle (imc) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ou les sujets ayant une obésité abdominale (androïde) définie par une circonférence abdominale $\geq 90 \text{ cm}$ chez la femme et $\geq 100 \text{ cm}$ chez l'homme.

2. Les sujets n'appartenant pas à une population à risque telle que définie précédemment

MODALITÉS DE RÉALISATION ET PÉRIODICITÉ DU BILAN LIPIDIQUE

1. Sujets appartenant à une population à risque cardio-vasculaire (figure 1)

Ces sujets doivent faire l'objet d'un dépistage systématique (recommandation de grade C).



EAL (Exploration des anomalies lipidiques) = cholestérol total + triglycérides (TG) + HDL-cholestérol.
LDL-C : LDL-cholestérol.

*Population à risque : sujets ayant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire connu (antécédents familiaux de maladie coronaire précoce ou d'artériopathie patente, homme de plus de 45 ans, femme de plus de 55 ans ou ménopausée, tabagisme, hypertension artérielle, diabète) ou une obésité (BMI ≥ 30 kg/m² ou circonférence abdominale ≥ 90 cm chez la femme et ≥ 100 cm chez l'homme).

†Formule de Friedewald : LDL-cholestérol = cholestérol total – HDL-cholestérol – TG/5 en g/L.

Figure 1. Dépistage d'une dyslipidémie chez des sujets appartenant à une population à risque cardio-vasculaire.

Le bilan en première intention doit consister en une EAL (exploration d'une anomalie lipidique) comportant une détermination des concentrations du cholestérol total, des triglycérides et du HDL-cholestérol par une méthode adéquate, afin de permettre le calcul du LDL-cholestérol par la formule de Friedewald :

LDL-cholestérol = cholestérol total – HDL-cholestérol – TG/5 (en g/L) Si les taux de lipides sont exprimés en mmol/L, la

formule de Friedewald est :

$$\text{LDL-cholestérol} = \text{cholestérol total} - \text{HDL-cholestérol} - \text{TG} / 2,2.$$

> Si les triglycérides sont ≥ 4 g/L (4,6 mmol/L), quel que soit le niveau du cholestérol total, le LDL-cholestérol ne peut être calculé.

Un nouveau bilan doit être réalisé en s'assurant qu'une période de jeûne de 12 heures est respectée. Si l'élévation des triglycérides est confirmée au-delà de 4 g/L, on est en présence d'une hypertriglycéridémie (plus rarement d'une hyperlipidémie mixte) devant faire l'objet d'une prise en charge adaptée (se référer au document de l'AFSSAPS concernant la prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique).

> Si les triglycérides sont < 4 g/L (4,6 mmol/L), il est possible de calculer le taux de LDL-cholestérol par la formule de Friedewald.

- Si le LDL-cholestérol est $< 1,30$ g/L (3,4 mmol/L) et si les triglycérides sont < 2 g/L (2,3 mmol/L) le bilan doit être considéré comme normal.
Il n'est pas justifié de réaliser un contrôle avant 3 ans (excepté chez les diabétiques de type 2 chez lesquels la réalisation d'un bilan lipidique annuel est recommandée), sauf si entre-temps le sujet présente des signes cliniques d'athérosclérose, d'autres facteurs de risque ou en cas de pathologies ou de traitements interférant avec le métabolisme des lipoprotéines.
- Si le LDL-cholestérol est $< 1,30$ g/L (3,4 mmol/L) et si les triglycérides sont ≥ 2 g/L, l'augmentation des triglycérides devra être confirmée par un nouveau dosage des triglycérides en s'assurant qu'une période de jeûne de 12 heures est respectée. Si cette élévation est confirmée, on est en présence d'une hypertriglycéridémie devant faire l'objet d'une prise en charge adaptée (se référer au document de l'AFSSAPS concernant la prise en charge thérapeutique des dyslipidémies).

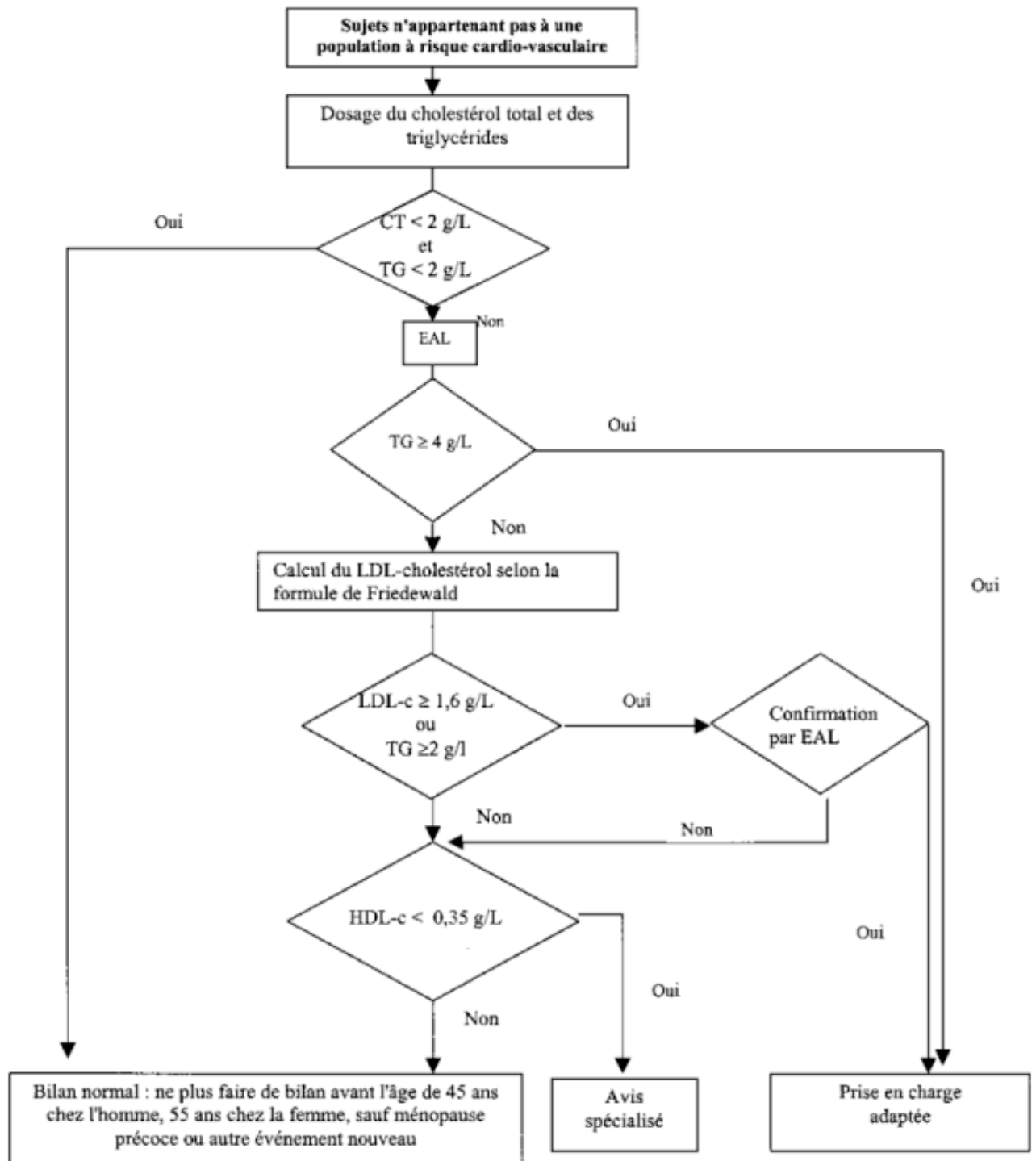
> Si le LDL-cholestérol est $\geq 1,30$ g/L (3,4 mmol/L), le diagnostic de dyslipidémie devra être confirmé par un nouveau bilan. En cas de discordance entre ces 2 bilans, un 3^e bilan pourra se révéler nécessaire. Lorsque de façon confirmée le LDL-cholestérol est $> 1,30$ g/L, une prise en charge thérapeutique pourra être indiquée (se référer au document de l'AFSSAPS concernant la prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique).

> Si le bilan est normal [LDL-cholestérol $< 1,30$ g/L (3,4 mmol/L) et triglycérides < 2 g/L (2,3 mmol/L)] mais si le HDL-cholestérol est $< 0,35$ g/L (0,9 mmol/L), un avis spécialisé devra être demandé.

2. Sujets n'appartenant pas à une population à risque (figure 2)

Il n'y a pas à l'heure actuelle de preuve que le dépistage chez ces sujets ait apporté un bénéfice en terme de santé publique. Cependant, parce que l'hypercholestérolémie est une affection fréquente et que de nombreuses formes familiales restent méconnues, la réalisation d'un bilan lipidique peut être proposée à partir de l'âge de 20 ans, mais toujours à distance d'une affection aiguë (accord professionnel).

En première intention le bilan doit comporter une détermination des concentrations du cholestérol total et des triglycérides.



EAL (Exploration des anomalies lipidiques) = cholestérol total + triglycérides (TG) + HDL-cholestérol ; LDL-C : LDL-cholestérol.

Figure 2. Dépistage d'une dyslipidémie chez des sujets n'appartenant pas à une population à risque cardio-vasculaire.

> Si les triglycérides sont ≥ 4 g/L (4,6 mmol/L), quel que soit le niveau du cholestérol total, un nouveau dosage sera réalisé en s'assurant qu'une période de jeûne de 12 heures est respectée.

> Si l'élévation des triglycérides est confirmée au-delà de 4 g/L, on est en présence d'une hypertriglycéridémie (plus rarement d'une hyperlipidémie mixte) devant faire l'objet d'une prise en charge adaptée (se référer au document de

l'AFSSAPS concernant la prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique).

Si le cholestérol total est < 2 g/L (5,1 mmol/L) et si les triglycérides sont < 2 g/L (2,3 mmol/L), le bilan doit être considéré comme normal. Il n'est pas justifié de réaliser un nouveau bilan avant l'âge de 45 ans chez l'homme, 55 ans chez la femme, sauf si le sujet présente des signes cliniques d'athérosclérose ou d'autres facteurs de risque ou en cas de pathologies ou de traitements interférant avec le métabolisme des lipoprotéines.

> En cas d'anomalie lipidique (cholestérol total ≥ 2 g/L (5,1 mmol/L) et/ou triglycérides ≥ 2 g/L (2,3 mmol/L) mais < 4 g/L (4,6 mmol/L), il est nécessaire de réaliser une ÉAL. La conduite est donc superposable à celle proposée pour les populations à risque, mais en prenant comme seuil d'intervention un taux de LDL-cholestérol $\geq 1,60$ g/L (4,1 mmol/L).

> Si le bilan est normal [LDL-cholestérol $< 1,60$ g/L (4,1 mmol/L) et triglycérides < 2 g/L (2,3 mmol/L)] mais si le HDL-cholestérol est $< 0,35$ g/L (0,9 mmol/L), un avis spécialisé devra être demandé.

BILAN COMPLÉMENTAIRE

- La mesure de la glycémie à jeun doit être proposée de façon systématique en cas de dyslipidémie, car ce paramètre est un facteur de risque cardio-vasculaire important (grade C). Le diabète est par ailleurs une cause de dyslipidémie.
- En fonction du contexte clinique, d'autres examens complémentaires seront réalisés, notamment pour rechercher une cause à la dyslipidémie.
- Il n'existe actuellement aucune donnée dans la littérature permettant de recommander de façon systématique des explorations supplémentaires (ECG, ECG d'effort, imagerie carotidienne, mesure de l'épaisseur intima-média) chez les patients dyslipidémiques même en présence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire.