

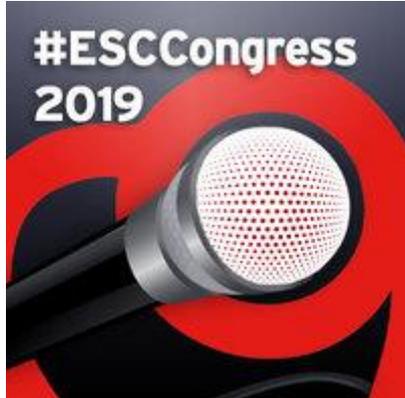
Recommandations ESC 2019 : Dyslipidémies

Mis à jour le mercredi 4 septembre 2019 dans Recommandations

Auteurs :

Serge Kownator, Cardiologue, Centre Cardiovasculaire Coeur de Lorraine, Thionville

Marine Kinnel, Membre du Collège des Cardiologues en Formation, Reims



En direct de l'ESC Congress 2019

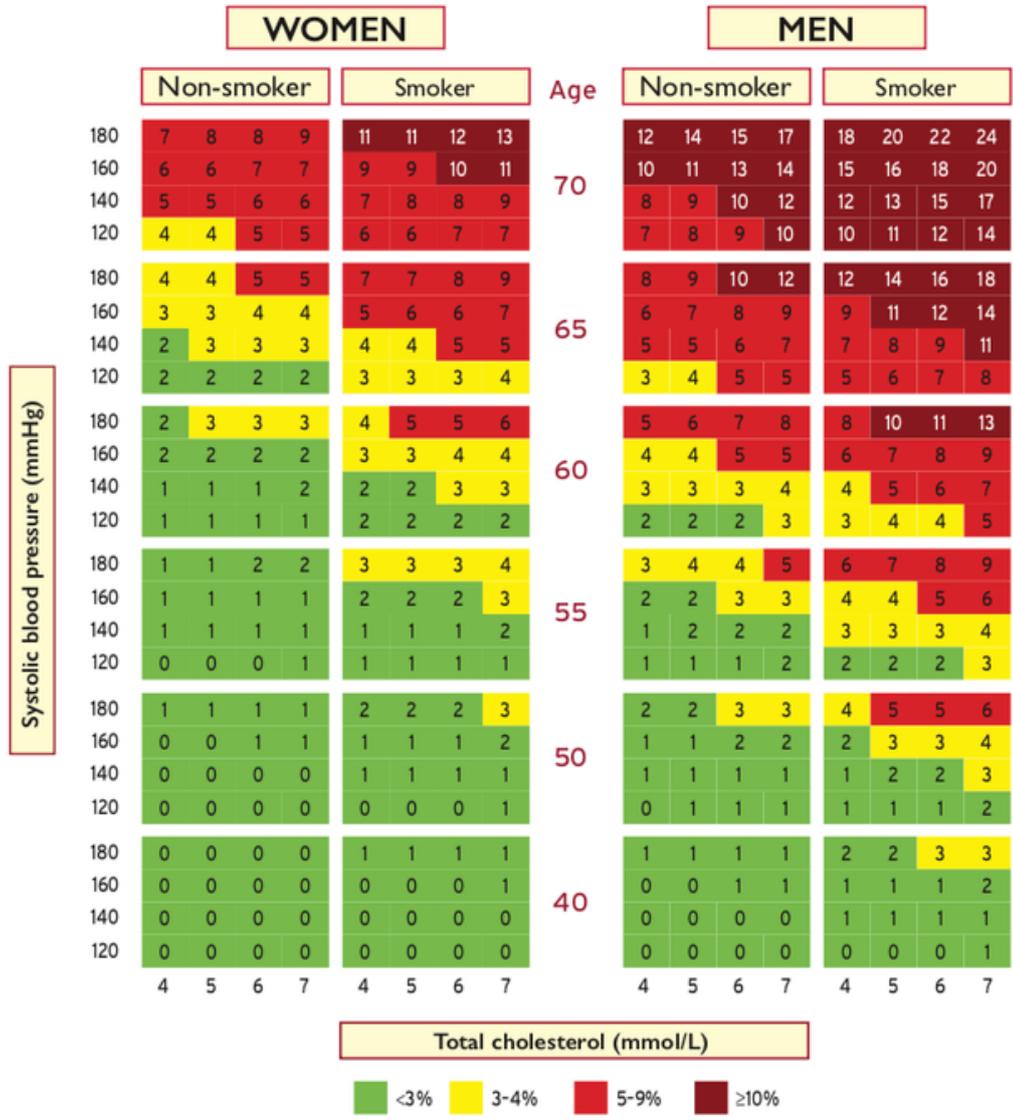
Risque Cardiovasculaire total

L'évaluation initiale du niveau de risque cardiovasculaire constitue le préalable indispensable à la prise en charge du risque lipidique.

Le risque cardiovasculaire total est évalué par le diagramme SCORE qui évalue la mortalité à 10 ans. Ce diagramme ne s'applique pas en prévention secondaire, chez le diabétique, insuffisant rénal, ou en cas d'hypercholestérolémie familiale, tout patient à très haut risque CV nécessitant une prise en charge intensive des facteurs de risque. Par rapport aux recommandations ESC 2016 les tranches d'âge 40 et 70 ans sont créées, une interaction entre âge et autres facteurs de risque apparaît.

SCORE Cardiovascular Risk Chart 10-year risk of fatal CVD

Low-risk regions of Europe



Très haut risque CV	Prévention secondaire Diabète avec atteinte d'organe ou >3 FDRCV ou diabète de type 1 (DT1) >20 ans Insuffisance rénale sévère DFG<30mL/min SCORE> 10% Hypercholestérolémie familiale avec maladie cardiovasculaire ou un autre FDRCV
Haut risque CV	Un FDRCV majeur : PA>180/110 ; TG>3.1g/L ou LDLc >1.9g/l Hypercholestérolémie familiale sans autre FDRCV Diabète sans atteinte d'organe, avec durée >10 ans ou avec autres FDRCV Insuffisance rénale modérée avec 30<DFG<59mL/min 5%<SCORE<10%
Risque CV modéré	Patients jeunes (DT1<35 ans ; DT2<50 ans avec durée du diabète<10 ans sans autre FDRCV 1%<SCORE< 5%
Bas risque CV	SCORE<1%

L'évaluation par échographie carotidienne et/ou fémorale de la charge athéromateuse et la mesure au scanner du score calcique sont recommandés pour estimer le risque chez les patients à risque bas ou intermédiaire (classe IIA niveau B). Les dosages du cholestérol total, LDL, HDL, TG et du non-HDLc (utilisé plus particulièrement chez les patients obèses, diabétiques, avec hypertriglycéridémie ou taux très bas de LDL) sont recommandés en pratique courante (classe I, niveau C) pour l'estimation du risque, et la prise en charge de la dyslipidémie. Le dosage d'apolipoprotéine B est recommandé chez les patients obèses ou avec syndrome métabolique, diabétiques, avec hypertriglycéridémie ou taux très bas de LDLc ; il peut aussi être utilisé comme une alternative au LDL (classe I niveau B).

	Total CV risk (SCORE) %	Untreated LDL-C levels				
		<1.4 mmol/L (55 mg/dL)	1.4 to <1.8 mmol/L (55 to <70 mg/dL)	1.8 to <2.6 mmol/L (70 to <100 mg/dL)	2.6 to <3.0 mmol/L (100 to <116 mg/dL)	3.0 to <4.9 mmol/L (116 to <190 mg/dL)
Primary prevention	<1, low-risk	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled
	Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A
	≥1 to <5, or moderate risk (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled
	Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	IIa/A
	≥5 to <10, or high-risk (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
	Class ^a /Level ^b	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A
Secondary prevention	≥10, or at very-high risk due to a risk condition (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
	Class ^a /Level ^b	IIa/B	IIa/A	I/A	I/A	I/A
	Very-high-risk	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention			
	Class ^a /Level ^b	IIa/A	I/A	I/A	I/A	I/A

Figure 2 : Stratégies d'intervention en fonction du risque cardiovasculaire total et selon le taux de LDLc

Objectifs de traitement

En matière de facteurs de risque cardiovasculaire, l'ESC recommande :

- L'arrêt du tabac
- Une alimentation saine et équilibrée comportant notamment des légumes, des fruits, du poisson, et des céréales complètes
- Une activité physique de 30-60 min par jour
- Un IMC entre 20 et 25 kg/m², un tour de taille < 94 cm pour les hommes et < 80 cm pour les femmes
- Une PA < 140 / 90 mm HG
- Une Hba1c < 7%
- TG < 1,5 g/L
- Un LDL c :
 - < 0,55 g/L en prévention secondaire ou chez les patients à très haut risque
 - < 0,7 g/L chez les patients à haut risque
 - < 1 g/L chez les patients à risque modéré
 - < 1,16 g/L chez les patients à bas risque
-

Chez des patients en prévention secondaire à très haut risque, la réduction du LDL c doit être de plus de 50% et atteindre < 0,55 g/L, il en est de même pour les patients à très haut risque en prévention primaire (hors hypercholestérolémie familiale) (classe I). Quant aux patients à haut risque, la réduction du LDL c doit être de plus de 50% et atteindre < 0,7 g/L (classe IA).

Quels traitements ?

Sous statine on observe, pour chaque diminution de 1mmol/L de LDLc, une réduction des événements cardiovasculaires majeurs de 22%, des événements coronariens de 23%, des décès cardiovasculaires de 20%, des AVC de 17%, et de la mortalité totale de 10% sur 5 ans. L'utilisation de statines de forte intensité est recommandée jusqu'à dose maximale tolérée afin d'atteindre l'objectif de LDLc (classe IA). Elles sont aussi recommandées en première intention dans les hypertriglycémies (TG >2g/L) (classe I niveau B).

L'ézétimibe est utilisé en seconde ligne en association avec les statines si l'objectif n'est pas atteint (classe I B) ou en cas d'intolérance à ces dernières. Il peut être associé dans de très rares cas à une insuffisance hépatique sévère.

Depuis peu, les inhibiteurs des PCSK9 sont rentrés dans la pharmacopée des traitements permettant de diminuer, chez des patients à haut risque, le taux de LDL et donc les événements cardiovasculaires selon l'étude FOURIER où *l'evolocumab* réduit de 15% les événements cardiovasculaires majeurs à 2.2 ans. Après un SCA l'étude ODYSSEY Outcomes montre une efficacité du même ordre de *l'alirocumab*.

Il est indiqué en prévention secondaire et chez les hypercholestérolémies familiales en cas de non atteinte des objectifs de LDLc avec une dose maximale tolérée de statines et d'ézétimibe (classe I).

A noter chez des patients sous statines ayant une hypertriglycémie entre 135 et 499 mg/dl, l'efficacité de *l'icosapent éthyl* démontrée dans l'étude REDUCE IT.

Cas particuliers

- Hypercholestérolémie familiale

Il s'agit d'une maladie pouvant être responsable d'événements cardiovasculaires précoces, le diagnostic est fait si le score Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) est supérieur à 8. En prévention primaire, une diminution du LDLc de plus de 50% et un objectif de LDLc < 0.55g/L doit être discuté (classe IIa, niveau C).

- Patients âgés

Un traitement par statine est recommandé dans la maladie cardiovasculaire au même titre que les patients jeunes (classe I niveau A) et en prévention primaire chez les patients de moins de 75 ans (classe I niveau A).

- SCA

En l'absence de contre-indication, ou d'antécédent d'intolérance, il est recommandé de débiter ou de poursuivre un traitement par statine forte dose, peu importe le niveau du LDLc de base (classe I niveau A). En l'absence d'atteinte de l'objectif 4 à 6 semaines après l'infarctus grâce à la dose maximale tolérée de statines, il est nécessaire d'introduire un traitement par ézétimibe (classe I niveau B) ; et 4 à 6 semaines plus tard si pas d'atteinte de l'objectif de LDLc, un inhibiteur de PCSK9 doit être introduit (classe I niveau B).

Surveillance

Le bilan lipidique doit être contrôlé tous les 3 mois jusqu'à atteinte de l'objectif de LDLc cible. Une fois cet objectif atteint, un contrôle annuel suffit. Par contre, après un syndrome coronarien aigu ou chez les patients à très haut risque, ce contrôle doit être plus rapproché afin de pouvoir adapter plus rapidement le traitement.

