

Le dossier – Comment le HDL n’est plus devenu un objectif thérapeutique ?

Éditorial

C’est essentiellement à partir de la deuxième moitié des années 1970 qu’il a été admis, par les médecins et chercheurs en sciences de la vie, que le HDL cholestérol était un “bon cholestérol”, car plus son taux plasmatique est élevé, plus le risque d’avoir un infarctus du myocarde est faible.

Cette constatation a été renforcée par un modèle théorique – construit à partir des données de la recherche fondamentale – indiquant que le HDL cholestérol permet de faire circuler le cholestérol depuis les artères vers le foie. En d’autres termes, ces données ont créé le concept selon lequel le HDL cholestérol joue le rôle d’épurateur des artères.

En conséquence, il a été jugé utile de proposer une hygiène de vie et des médicaments qui augmentent les taux plasmatiques de HDL cholestérol pour diminuer le risque de survenue d’un infarctus du myocarde, et ce notamment chez les patients dont le HDL est bas, *a fortiori* si les triglycérides sont élevés, et quelle que soit la valeur du LDL. Le plus souvent, l’objectif des recommandations était d’augmenter le HDL plasmatique au-dessus de 0,40 voire 0,50 g/L, et le recours aux fibrates et/ou à l’acide nicotinique était préconisé en priorité.

Mais, depuis le milieu des années 2000-2010, presque plus aucun des éléments de ce modèle n’est admis comme valide, au point qu’il n’est plus proposé de tenter d’augmenter le HDL par un traitement quelconque. C’est d’ailleurs une des recommandations conjointes de la Société européenne de cardiologie et de la Société européenne d’athérosclérose de 2016 : le HDL n’est plus une cible thérapeutique, même lorsqu’il est bas, même chez le diabétique.

Les chapitres qui suivent ont comme objectif de présenter les grandes étapes qui ont conduit à la construction d’un modèle faisant du HDL cholestérol un “bon cholestérol” puis les étapes ayant contribué à déconstruire ce modèle. Ils s’appuieront principalement sur l’épidémiologie et sur les études d’intervention, plus proches de la pratique et moins complexes que les données physiopathologiques.

Ces chapitres permettront par ailleurs d’illustrer quelques-uns des modes de pensée et d’action des médecins.

Par simplification, l’expression “risque d’infarctus du myocarde”, qu’il soit ou non mortel, sera remplacée par celle de “risque coronaire” et, lorsque l’expression HDL-c sera utilisée, elle signifiera “taux plasmatique de HDL cholestérol”.



F. DIÉVART
Clinique Villette, DUNKERQUE.

L’auteur a déclaré les conflits d’intérêts suivants: honoraires pour conférence ou conseils pour les laboratoires Alliance BMS-Pfizer, AstraZeneca, BMS, Boehringer-Ingelheim, Daiichi-Sankyo, Menarini, Novartis, Pfizer, Sanofi-Aventis France, Servier.