

Revue générale

Recommandations de l'ACC et de l'AHA sur la prise en charge de la cholestérolémie



F. DELAHAYE
Service de Cardiologie,
Hôpital Louis Pradel, BRON.

Ces recommandations ont été présentées et publiées durant le congrès de l'AHA en novembre 2018 (<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000625>). En voici les 10 points clés.

1 Chez tous les sujets, insister sur un mode de vie sain pendant toute la vie. Un mode de vie sain diminue le risque de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse (MCVAS) à tous les âges. Chez les sujets les plus jeunes, un mode de vie sain peut diminuer le développement de facteurs de risque et est la base de la réduction du risque de MCVAS. Chez les adultes âgés de 20 à 39 ans, une évaluation du risque pendant toute la vie facilite la discussion entre le médecin et le sujet sur le risque (**voir 6**) et insiste sur les efforts intensifs sur le mode de vie. À tous les âges, l'intervention sur le mode de vie est primordiale contre le syndrome métabolique.

2 Chez les sujets qui ont une MCVAS, diminuer la cholestérolémie des LDL avec un traitement par statine à forte dose ou à la dose maximale tolérée. Plus la cholestérolémie des LDL est diminuée par la statine, plus la réduction du risque subséquente est importante. Utiliser la dose maximale tolérée pour réduire la cholestérolémie des LDL d'au moins 50 %.

3 En cas de MCVAS à très haut risque, utiliser un seuil de cholestérolémie

des LDL de 0,7 g/L (1,8 mmol/L) pour envisager l'ajout d'un médicament non statine à la statine. Le très haut risque inclut l'antécédent de plusieurs événements MCVAS majeurs ou un événement MCVAS majeur avec plusieurs situations à haut risque. Chez les sujets à MCVAS à très haut risque, il est raisonnable d'ajouter de l'ézétimibe à la statine à dose maximale tolérée lorsque la cholestérolémie des LDL reste $\geq 0,7$ g/L (1,8 mmol/L). Chez les sujets à très haut risque dont la cholestérolémie des LDL reste $\geq 0,7$ g/L (1,8 mmol/L) sous traitement par une statine à dose maximale tolérée et par ézétimibe, ajouter un inhibiteur de la PCSK9 est raisonnable, bien que la sécurité à long terme (> 3 ans) soit incertaine et que le coût soit très élevé.

4 Chez les sujets qui ont une hypercholestérolémie primaire sévère (cholestérolémie des LDL $\geq 1,9$ g/L [4,9 mmol/L]), commencer un traitement par statine à forte dose sans calculer le risque de MCVAS à 10 ans. Si la cholestérolémie des LDL reste $\geq 1,0$ g/L (2,6 mmol/L), ajouter de l'ézétimibe est raisonnable. Si la cholestérolémie des LDL avec le traitement par statine et ézétimibe reste $\geq 1,0$ g/L ($\geq 2,6$ mmol/L) et si le sujet a plusieurs facteurs qui augmentent le risque d'événement MCVAS, un inhibiteur de la PCSK9 peut être envisagé, bien que la sécurité à long terme (> 3 ans) soit incertaine et que le coût soit très élevé.

5 Chez les sujets âgés de 40 à 75 ans, diabétiques et dont la cholestérolémie des LDL est $\geq 0,7$ g/L (1,8 mmol/L), commencer un traitement par une statine à dose modérée sans calculer le risque de MCVAS à 10 ans. Chez les sujets diabétiques ayant le risque le plus élevé, en particulier ceux qui ont de multiples facteurs de risque et ceux qui sont âgés de 50 à 75 ans, il est raisonnable d'utiliser une statine à forte dose pour réduire la cholestérolémie des LDL d'au moins 50 %.

6 Chez les sujets âgés de 40 à 75 ans évalués pour la prévention primaire d'une MCVAS, avoir une discussion entre le médecin et le sujet sur le risque avant de commencer un traitement par statine. La discussion sur le risque doit inclure :

- une revue des facteurs de risque majeurs (par exemple, tabagisme de cigarettes, pression artérielle augmentée, cholestérolémie des LDL, hémoglobine A1c [si indiqué] et calcul du risque de MCVAS à 10 ans) ;
- la présence de facteurs augmentant le risque (**voir 8**) ;
- les bénéfices potentiels du changement de mode de vie et d'un traitement par statine ;
- les possibles effets secondaires et interactions médicamenteuses ;
- la prise en compte du coût du traitement par statine ;
- les préférences et valeurs du sujet dans le processus de décision partagée.

Revue générale

7 Chez les sujets âgés de 40 à 75 ans, non diabétiques et dont la cholestérolémie des LDL est $\geq 0,7$ g/L (1,8 mmol/L), à risque de MCVAS à 10 ans $\geq 7,5$ %, commencer un traitement par une statine à dose modérée si la discussion des options thérapeutiques favorise un traitement par statine. Les facteurs qui augmentent le risque sont en faveur d'un traitement par statine (**voir 8**). Si le statut de risque est incertain, envisager de mesurer le score calcique coronaire pour améliorer la spécificité (**voir 9**). Si un traitement par statine est indiqué, diminuer la cholestérolémie des LDL d'au moins 30 %, et si le risque à 10 ans est ≥ 20 %, diminuer la cholestérolémie des LDL d'au moins 50 %.

8 Chez les sujets âgés de 40 à 75 ans, non diabétiques et à risque à 10 ans entre 7,5 et 19,9 % (risque intermédiaire), les facteurs qui augmentent le risque sont en faveur de l'initiation d'un traitement par statine (**voir 7**). Les facteurs qui augmentent le risque incluent :

- un antécédent familial de MCVAS prématurée ;
- une cholestérolémie des LDL augmentée de façon persistante $\geq 1,6$ g/L (4,1 mmol/L) ;
- un syndrome métabolique ;
- une néphropathie chronique ;

- un antécédent de prééclampsie ou de ménopause prématurée (avant 40 ans) ;
- les maladies inflammatoires chroniques (par exemple, polyarthrite rhumatoïde, psoriasis, infection chronique par le VIH) ;
- les groupes ethniques à haut risque (par exemple, Asie du Sud) ;
- une élévation persistante de la triglycéridémie $\geq 1,75$ g/L (1,97 mmol/L) ;
- s'il (ou si elle) est mesuré(e), chez certains sujets, une apolipoprotéine B $\geq 1,3$ g/L, une protéine C réactive ultrasensible $\geq 2,0$ mg/L, un index bras-cheville $< 0,9$, une lipoprotéine (a) $\geq 0,5$ g/L (125 nmol/L), en particulier pour les plus hautes valeurs de lipoprotéine (a). Les facteurs qui augmentent le risque peuvent favoriser un traitement par statine chez les sujets qui ont un risque à 10 ans à 5-7,5 % (risque limite).

9 Chez les sujets âgés de 40 à 75 ans, non diabétiques et dont la cholestérolémie des LDL est située entre 0,7 g/L et 1,89 g/L (1,8 - 4,9 mmol/L), à risque de MCVAS à 10 ans compris entre 7,5 et 19,9 %, si la décision concernant un traitement par statine est incertaine, envisager de mesurer le score calcique coronaire. S'il est à 0, un traitement par statine peut être repoussé, sauf chez les fumeurs, les diabétiques et ceux qui ont

des antécédents familiaux importants de MCVAS prématurée. Un score calcique compris entre 1 et 99 est en faveur d'un traitement par statine, en particulier chez les sujets âgés d'au moins 55 ans. Chez tous les sujets, si le score calcique est ≥ 100 unités Agatston ou $\geq 75^{\text{e}}$ percentile, un traitement par statine est indiqué.

10 Évaluer l'observance et le pourcentage de diminution de la cholestérolémie des LDL en faisant un nouveau bilan lipidique 4 à 12 semaines après le début du traitement par statine ou après une modification de dose, en répétant ensuite le bilan tous les 3 à 12 mois selon les besoins. Définir la réponse à une modification du mode de vie et à un traitement par statine par le pourcentage de réduction de la cholestérolémie des LDL par rapport à l'état de base. Chez les sujets qui ont une MCVAS à très haut risque, les déclencheurs de l'ajout d'un traitement non statine sont définis par un seuil de cholestérolémie des LDL $\geq 0,7$ g/L (1,8 mmol/L) sous traitement par statine à dose maximale (**voir 3**).

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.