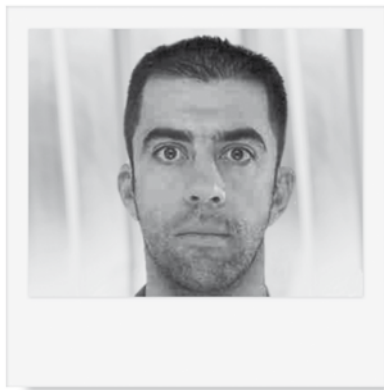


Pourquoi surveiller le cholestérol et les triglycérides en rhumatologie ?



→ S. MATHIEU
Service de
Rhumatologie,
CHU Gabriel Montpied,
CLERMONT-FERRAND.

Dans les rhumatismes inflammatoires

L'avènement des biothérapies a modifié radicalement la prise en charge des patients ayant un rhumatisme inflammatoire. Contrôler l'activité de la maladie n'est ainsi plus un problème dans la grande majorité des cas. Le rhumatologue doit prendre en charge le patient dans sa globalité en tenant compte de ses comorbidités, notamment du surrisque cardiovasculaire.

1. Polyarthrite rhumatoïde

La pathologie cardiovasculaire est la cause principale de l'augmentation de la mortalité dans la PR. La morbidité cardiovasculaire est également augmentée, et la PR est un facteur de risque cardiovasculaire aussi important que le diabète. Plusieurs études rapportent des modifications du bilan lipidique, apparaissant dès le début de la maladie, avec un profil athérogène caractérisé surtout par une diminution du cholestérol HDL [1] avec une augmentation de l'index athérogénique (cholestérol total/cholestérol HDL) qui s'améliore lorsque l'activité de la maladie est bien contrôlée.

En France, la cible est le LDL-cholestérol dont l'objectif dépend des autres facteurs de risque cardiovasculaires (**tableau I**). Il a

Facteurs de risque devant être pris en compte en dehors du cholestérol LDL

- Age
 - Homme de 50 ans et plus
 - Femme de 60 ans et plus ou en post-ménopause
- Antécédent familial de pathologies coronariennes précoces
 - Infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou un parent au 1^{er} degré de sexe masculin
 - Infarctus du myocarde ou mort subite avant 56 ans chez la mère ou un parent au 1^{er} degré de sexe féminin
- Tabagisme actif ou arrêt depuis moins de 3 ans
- Hypertension artérielle permanente traitée ou non
- Diabète de type 2 non traité ou mal contrôlé
- Cholestérol HDL inférieur à 0,4 g/L (1 mmol/L). Facteur protecteur : cholestérol HDL supérieur ou égal à 0,60 g/L (1,5 mmol/L) (soustraction d'un facteur de risque au score total)
- Patients à haut risque de pathologie cardiovasculaire
 - Antécédent personnel de pathologie cardiovasculaire
 - Diabète de type 2 à haut risque
 - Risque de survenue d'un événement coronarien dans les 10 ans $\geq 20\%$

Prise en charge des patients selon le taux de cholestérol LDL

	Objectif thérapeutique Cholestérol LDL	
	g/L	mmol/L
Aucun facteur de risque	< 2,20	< 5,7
1 seul facteur de risque	< 1,90	< 4,9
2 facteurs de risque	< 1,60	< 4,1
≥ 3 facteurs de risque	< 1,30	< 3,4
Patient à haut risque cardiovasculaire	< 1,0	< 2,6

TABLEAU I : Recommandations de l'Afssaps pour la prise en charge des patients présentant des risques cardiovasculaires.

été conseillé, en France, de considérer la PR comme un facteur de risque additionnel.

L'Eular conseille d'évaluer le risque cardiovasculaire en utilisant l'équation de SCORE (**fig. 1**) qui donne un risque de mortalité cardiovasculaire. Ce risque doit être multiplié par 1,5 si la PR a

REPÈRES PRATIQUES

Métabolisme

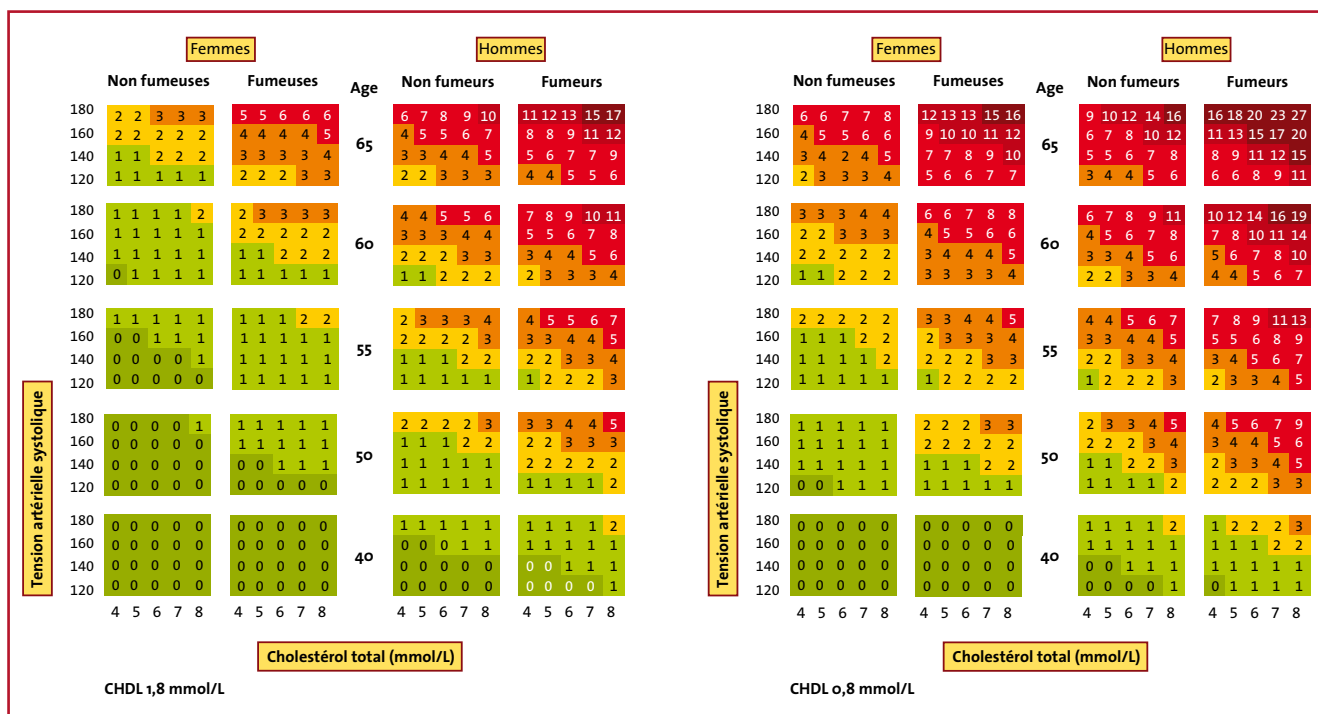


FIG. 1: Équation de SCORE selon la valeur de la cholestérolémie totale.

deux des trois caractéristiques suivantes :

- évolution depuis plus dix ans,
- FR ou anti-CCP positifs,
- manifestations extra-articulaires.

L'objectif chez les patients à très haut risque vasculaire (SCORE > 10 %, maladie vasculaire prouvée, diabète de type 1 ou 2 avec atteinte viscérale, insuffisance rénale modérée à sévère (clairance de la créatinine entre 30 et 60 mL/minutes/1,73 m² de surface corporelle), la cible du LDL-cholestérol est inférieure à 1,8 mmol/L (0,7 g/L). En cas de haut risque cardiovasculaire (SCORE > 5 % et < 10 %, augmentation importante d'un seul facteur de risque cardiovasculaire [HTA, dyslipidémie familiale, diabète de type 2]), la cible du LDL-cholestérol est inférieure à 2,5 mmol/L (1 g/L), et lorsque le risque est modéré (SCORE > 1 % et < 5 %) la cible est inférieure à 3 mmol/L (1,15 g/L).

2. Spondylarthropathies

Les données dans le rhumatisme psoriasique et la spondylarthrite ankylosante (SA) sont plus limitées. Une augmentation de la mortalité cardiovasculaire avait été documentée dans des études anciennes, bien qu'il n'existe pas d'augmentation significative du risque d'IDM, ni d'accident vasculaire cérébral dans une récente méta-analyse. Toutefois, il existe une augmentation de l'épaisseur intima-média, facteur prédictif

d'infarctus du myocarde et de mortalité cardiovasculaire [2]. Les données sont plus homogènes dans le rhumatisme psoriasique où il existe une augmentation de la morbidité et mortalité d'origine cardiovasculaire et d'athérome infraclinique (dysfonction endothéliale, épaisseur intima-média).

Les données sur le profil lipidique dans la SA sont moins nombreuses [3]. Un profil lipidique athérogénique (augmentation du cholestérol total, du cholestérol LDL, et baisse de cholestérol HDL) a été rapporté.

Comme la PR, le rhumatisme psoriasique et la SA semblent devoir être également considérés comme des facteurs de risque cardiaques additionnels afin de déterminer le cholestérol LDL cible (**tableau I**).

3. Lupus érythémateux disséminé

Une augmentation de la mortalité cardiovasculaire a été bien documentée dans le lupus érythémateux disséminé (LED). L'excès de risque cardiovasculaire au cours du LED est de 2,7 à 50 fois plus élevé selon les auteurs, par rapport aux témoins sains. Cet excès de risque est en grande partie lié à la dyslipidémie retrouvée dans cette pathologie : augmentation des triglycérides, du cholestérol LDL, du cholestérol total et une diminution du cholestérol HDL.

Il semblerait assez logique de considérer le LED comme un facteur de risque additionnel, au même titre que la PR. En France, la prise en charge de toute dyslipidémie au cours du LED est nécessaire, selon les recommandations de l'Afssaps (**tableau I**). Pour les nouvelles recommandations européennes de prise en charge des dyslipidémies, le seuil cible du LDL-cholestérol est encore plus bas [4]. Dès à présent, certains auteurs anglosaxons proposent que pour tous les patients lupiques, la cible du LDL-cholestérol soit de 2,6 mmol/L (1 g/L) et de 0,7 g/L en prévention secondaire.

Dans l'ostéoporose

Des études récentes ont rapporté une augmentation du risque cardiovasculaire (infarctus de myocarde et accident vasculaire cérébral) chez les patients ostéoporotiques. La perte osseuse pourrait ainsi, pour certains auteurs, constituer un nouveau facteur de risque de mortalité cardiovasculaire, mais cela reste à confirmer. Il est maintenant admis qu'il existe des facteurs physiopathologiques communs entre ostéoporose et pathologie cardiovasculaire (tabac, activité physique insuffisante, carence en vitamine D). D'autres études rapportent en plus la possibilité d'un déterminisme génétique commun [5]. Connaître le profil lipidique des patients ostéoporotiques et traiter éventuellement leur dyslipidémie selon le cholestérol LDL cible (**tableau I**) prend ainsi tout son sens dans l'ostéoporose.

Dans l'arthrose

A ma connaissance, il n'y a de dyslipidémie causée directement par la pathologie arthrosique. Toutefois, il s'agit la plupart du temps de sujets âgés avec d'autres facteurs de risque cardiovasculaires (hypertension artérielle, antécédents cardiovasculaires...), pour lesquels il est important de savoir si la cible de cholestérol LDL est atteinte.

Conclusion

Un dosage du bilan lipidique, au moins annuel, par le rhumatologue s'avère nécessaire dans le suivi des patients ayant un rhumatisme inflammatoire, clairement dans la PR et le LED mais également dans les spondylarthropathies. Le surrisque cardiovasculaire présent chez les patients ostéoporotiques et arthrosiques rend également importante la prescription d'un bilan lipidique dans ces deux pathologies. La mise en évidence d'une dyslipidémie avec un cholestérol LDL cible non atteint doit aboutir à la prise en charge de ce facteur de risque cardiaque traditionnel afin de limiter au mieux la surmorbidity cardiovasculaire.

POINTS FORTS

- ➞ Il existe un surrisque cardiovasculaire dans les rhumatismes inflammatoires. Le rhumatologue doit prendre en charge les facteurs de risque cardiaques modifiables (hypertension artérielle, dyslipidémie, sédentarité, surpoids, tabagisme).
- ➞ Un dosage du bilan lipidique, au moins annuel, par le rhumatologue s'avère nécessaire dans le suivi des patients ayant un rhumatisme inflammatoire, mais aussi en cas d'ostéoporose ou chez les sujets arthrosiques.
- ➞ La cible du cholestérol LDL dépend du nombre de facteurs de risque cardiaques en France. La polyarthrite rhumatoïde est considérée comme un facteur de risque cardiaque à part entière, au même titre que le diabète. Il en est de même du rhumatisme psoriasique, des spondylarthropathies et du lupus.
- ➞ Dans le lupus, la cible du cholestérol LDL est plus basse, et certains auteurs anglo-saxons recommandent un cholestérol LDL inférieur à 0,7 g/L (2,6 mmol/L).

Bibliographie

1. CHOY E, SATTAR N. Interpreting lipid levels in the context of high-grade inflammatory states with a focus on rheumatoid arthritis: a challenge to conventional cardiovascular risk actions. *Ann Rheum Dis*, 2009; 68: 460-469.
2. MATHIEU S, GOSSEC L, DOUGADOS M *et al*. Cardiovascular profile in ankylosing spondylitis. A systematic review and metaanalysis. *Arthritis Care Res*, 2011; 63: 557-63.
3. PETERS MJ, VAN DER HORST-BRUIJNSMA IE, DIJKMANS BA *et al*. Cardiovascular risk profile of patients with spondylarthropathies, particularly ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. *Sem Arthritis Rheum*, 2004; 34: 585-592.
4. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Atherosclerosis*, 2011; 217 Suppl 1: 1-44.
5. MARINI F, BRANDI ML. Genetic Determinants of Osteoporosis: Common Bases to Cardiovascular Diseases? *Int J Hypertens*, 2010; 25: 2010.

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