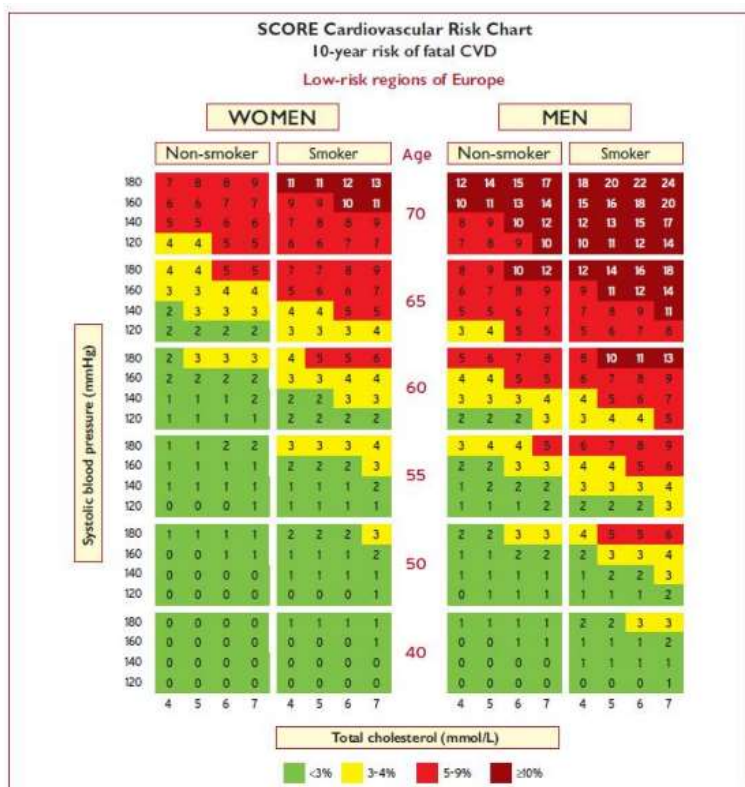


Avec 4 millions de décès par an en Europe, les maladies cardiovasculaires sont une des principales causes de décès. En 2019, l'ESC/EAS (European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Society) publiaient des recommandations sur la prise en charge des dyslipidémies.

## 1-Evaluation du 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. Voyez le Diagramme du score Cardiovascular Risk Chart :



Ce diagramme ne s'applique pas en prévention secondaire, chez le diabétique, chez l'insuffisant rénal ou en cas d'hypercholestérolémie familiale.

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.

Les catégories de risque cardiovasculaire (CV) sont définies dans le tableau ci-dessous :

Catégories de risque cardiovasculaire (CV)	
Très haut risque CV	*Prévention secondaire ; *Diabète avec atteinte d'organe ou > 3 facteurs de risque CV ou diabète de type 1 > 20 ans ; *Insuffisance rénale sévère DFG<30 mL/min ; *SCORE > 10% ; *Hypercholestérolémie familiale avec maladie CV ou un autre facteur de risque CV. *Une sous-catégorie, le très très haut risque, concerne les patients ayant présenté un SCA avec récurrence dans les deux ans.
Haut risque CV	*Un facteur de risque majeur (PA = 180/110 mm Hg, triglycérides > 3,1 g/L ou LDL-c > 1,9 g/L) ; *Hypercholestérolémie familiale sans autre facteur de risque ; *Diabète sans atteinte d'organe avec une durée > 10 ans ou avec autre facteur de risque ; *Insuffisance rénale modérée (DFG entre 30 et 59 mL/min) ; *Score entre 5 et 10 %.
Risque CV modéré	*Patients diabétiques jeunes (D type 1 < 35 ans, D type 2 < 50 ans) avec une durée du diabète < 10 ans sans autre facteur de risque CV, *1% = SCORE < 5%
Bas risque CV	*SCORE < 1%

## 2- Dépistage d'une dyslipidémie

Le dépistage d'une dyslipidémie repose toujours sur l'exploration d'une anomalie lipidique (EAL), éventuellement complétée par d'autres marqueurs lipidiques (évaluation du cholestérol total, LDL, HDL, TG et du non-HDLc). L'EAL est recommandée chez tous les adultes dès lors qu'ils ont un facteur de risque. En complément de l'EAL, le dosage de l'apolipoprotéine B est proposé en cas d'hypertriglycéridémie, d'obésité, de diabète ou de taux vraiment bas de LDL-c, afin de mieux affiner le risque. Il peut aussi être utilisé comme une alternative au LDL-c.

## 3- Objectifs de traitement

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 25kg/m<sup>2</sup>, un tour de taille <94cm pour les hommes et <80 cm pour les femmes

-Une PA<140/90mmHG

-Une HbA1c<7%

-TG<1.5g/L

-Cholestérol-LDL :

- < 0.55 g/L et baisse de plus de 50% du taux de base, en prévention secondaire ou chez les patients à très haut risque,
- C-LDL < 0.70 g/L et baisse de plus de 50% du taux de base chez les patients à haut risque
- C-LDL < 1.00 g/L chez les patients à risque modéré
- C-LDL < 1.16 g/L chez les patients à bas risque
- Cibles secondaires (chez les patients obèses, présentant un syndrome métabolique, un diabète de type 2, des TG > 1.75 g/L) :  
Non HDL-C < 0,85 g/L chez les patients à très haut risque / Non HDL-C < 1,00 g/L chez les patients à haut risque / Non HDL-C < 1,30 g/L chez les patients à risque modéré.

La stratégie est résumée page suivante :

**Table 5** Intervention strategies as a function of total cardiovascular risk and untreated low-density lipoprotein cholesterol levels

		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)	≥4.9 mmol/L (≥190 mg/dL)
Primary prevention	<1, low-risk	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
	Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	I/C	I/C	I/C	I/C	Ia/A	Ia/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	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
	Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	I/C	I/C	Ia/A	Ia/A	Ia/A	Ia/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	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
	Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	Ia/A	Ia/A	Ia/A	Ia/A	Ia/A	Ia/A
	≥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	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	Ia/B	Ia/A	Ia/A	Ia/A	Ia/A	Ia/A	
Secondary prevention	Very-high-risk	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	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
	Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	Ia/A	Ia/A	Ia/A	Ia/A	Ia/A	Ia/A

CV = cardiovascular; LDL-C = low-density lipoprotein cholesterol; SCORE = Systematic Coronary Risk Estimation.

<sup>a</sup>Class of recommendation.

<sup>b</sup>Level of evidence.

## 4- Traitement

Le traitement de base reste les statines en utilisant la plus forte dose tolérée. En cas d'intolérance ou d'objectif non atteint, l'association à l'ézétimibe est recommandée.

En prévention secondaire, ou dans le cas d'hypercholestérolémie familiale, possibilité d'utilisation des inhibiteurs de PCSK9 si les objectifs ne sont pas atteints.

\*2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias : lipid modification to reduce cardiovascular risk. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). [Eur Heart J (2019); doi:10.1093/eurheartj/ehz455].

\*Quantifying atherogenic lipoproteins for lipid-lowering strategies: consensus-based recommendations from EAS and EFLM.

Michel R. Langlois\* et al. for the European Atherosclerosis Society (EAS) and the European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) Joint Consensus Initiative. <https://doi.org/10.1515/cclm-2019-1253>