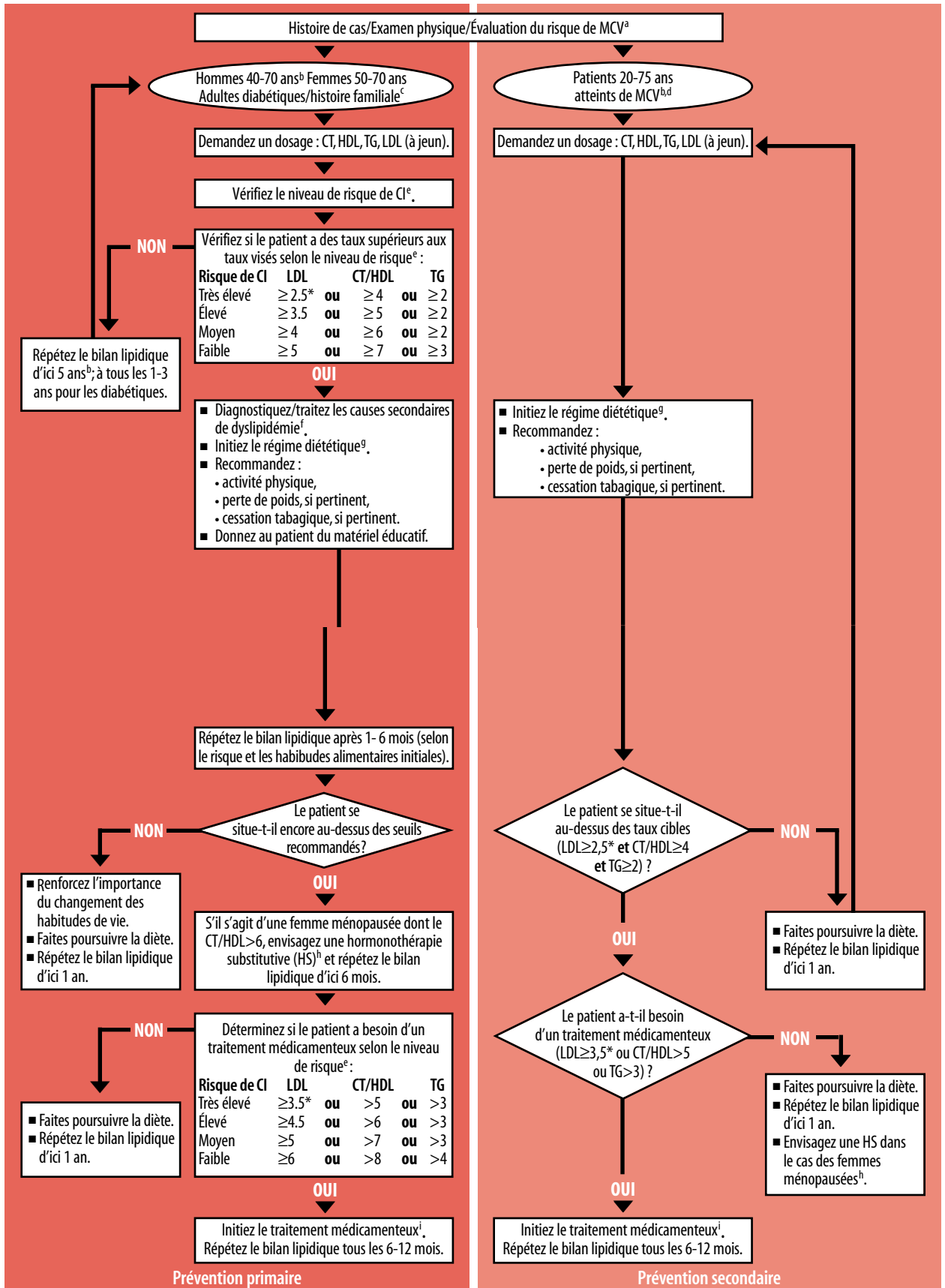




Approche clinique suggérée pour la détection
et la prise en charge de l'hypercholestérolémie

Approche clinique suggérée pour la détection et la prise en charge de l'hypercholestérolémie



*Toutes les valeurs sont exprimées en mmol/L

Notes d'accompagnement : hypercholestérolémie

- a) La prise en charge appropriée de l'hypercholestérolémie nécessite une évaluation clinique complète de l'appareil cardiovasculaire. L'algorithme devrait faciliter la prise de décisions cliniques. L'évaluation clinique comprend l'histoire de cas, l'examen physique et les tests de laboratoire. Elle a pour but d'écarter la présence de dyslipidémies familiales ou secondaires et de procéder à une évaluation cardiovasculaire complète.

L'histoire de cas doit inclure les antécédents personnels de MCV (âge de survenue, atteinte fonctionnelle et histoire de pontage aortocoronarien ou coronoplastie), antécédents familiaux de cardiopathie ischémique ou d'autres formes d'athérosclérose (nombre de membres de la famille touchés, degré de parenté avec le patient et âge de survenue), antécédents familiaux de diabète, tabagisme (nombre de cigarettes et durée), diabète, hypertension, évaluation des habitudes alimentaires (apport en matières grasses, fibres, etc.), évaluation des habitudes sur le plan de l'activité physique (fréquence, intensité, type et durée), ménopause, hormonothérapie et médication.

L'examen physique doit inclure la détermination de la taille et du poids et l'évaluation de la présence d'obésité abdominale*, la mesure de la pression artérielle (après 5 minutes en position assise), une inspection visant à déterminer la présence de xanthomes tendineux ou autres xanthomes et d'un arc cornéen ainsi que la présence d'une maladie vasculaire carotidienne ou périphérique ou d'une insuffisance cardiaque.

Les tests de laboratoire comprennent un bilan lipidique à jeun tel qu'indiqué (voir algorithme) et un dosage de la glycémie en présence de facteurs de risque cliniques. On peut envisager un dosage de la TSH si l'on soupçonne une hypothyroïdie.

*Voir note b en bas de page de l'algorithme *Approche clinique suggérée pour la détection et la prise en charge de l'obésité ou de l'embonpoint* pour plus de précision quant à la détermination de la présence d'obésité abdominale.

- b) Selon le groupe de travail canadien sur l'hypercholestérolémie et les autres dyslipidémies, un bilan lipidique devrait être effectué tous les 5 ans pour tous les hommes de 40 à 70 ans et pour toutes les femmes de 50 à 70 ans. Un jugement clinique doit être exercé auprès des patients présentant des facteurs de risque multiples et dont l'âge se rapproche de ces catégories. De plus, tous les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire connue et tous les adultes diabétiques devraient faire l'objet d'un bilan lipidique. Pour les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire, ce bilan devrait être effectué chaque année, et pour les diabétiques, à des intervalles de 1 à 3 ans.
- c) Dans le cas des patients présentant des xanthomes ou ceux ayant des antécédents de cardiopathie ischémique (CI) précoce combinés à une dyslipidémie génétique, il faudrait effectuer un bilan lipidique en jeune âge et le répéter à l'âge de 30 ans. Si rien n'indique qu'il s'agit d'une dyslipidémie génétique, des tests de dépistage doivent être réalisés régulièrement comme pour les autres adultes.
- d) MCV signifie cardiopathie ischémique (CI) ou toute maladie athérosclotique (p. ex. artérosclérose périphérique ou affection symptomatique de l'artère carotide).
- e) On peut déterminer la probabilité de CI sur 10 ans au moyen des équations de Framingham (Grille de prédiction des facteurs de risque de cardiopathie ischémique). On peut également évaluer cette probabilité selon le nombre de facteurs de risque (FR), tels que ceux indiqués ci-dessous. Mais il convient de souligner qu'il s'agit là d'une estimation et qu'il vaut mieux calculer la probabilité à l'aide de la grille.

RISQUE	Très élevé	Élevé	Moyen	Faible
Probabilité sur 10 ans	≥ 40 %	20-39 %	10-19 %	< 10 %
Nbre de FR	≥ 4	3	2	≤ 1

Les facteurs de risque (FR) suivants doivent être considérés :

- âge (hommes ≥ 45 ans, femmes ≥ 55 ans ou femmes ménopausées qui ne suivent pas d'hormonothérapie);
- antécédents familiaux de CI précoce (infarctus du myocarde confirmé ou mort subite ≤ 55 ans d'un homme apparenté du premier degré ou ≤ 65 ans d'une femme apparentée du premier degré);
- tabagisme (≥ 1 cigarette par jour);
- HTA (TA $\geq 140/90$ - mesurée au moins à 2 reprises - ou prise d'antihypertenseurs);
- diabète;
- hypertrophie ventriculaire gauche.

Bien que l'obésité et la sédentarité soient également des facteurs importants, leur ajout dans l'équation aurait pour effet de surestimer le risque. Ces facteurs doivent toutefois être pris en considération lors de la décision clinique. Tous les patients atteints d'une cardiopathie ischémique connue ou d'une maladie vasculaire périphérique symptomatique sont considérés comme des personnes à risque élevé.

La conversion du risque de MCV sur 10 ans à partir du nombre de facteurs de risque n'est plus valable si l'on s'écarte des groupes d'âge cibles (voir b); il faut alors calculer directement le risque sur 10 ans à partir des équations de Framingham (Grille de prédiction des risques de CI).

- f) Les causes courantes comprennent : le diabète, l'hypothyroïdie, la prise de certains médicaments, la consommation excessive d'alcool, la néphropathie, l'obésité abdominale et la sédentarité.
- g) Pour la plupart des patients, sauf s'il s'agit de prévention secondaire, il est recommandé de prescrire une diète, sans médicament, pendant 6 mois. Si, après cette période, les taux de cholestérol total et de LDL demeurent élevés, un traitement médicamenteux peut être initié tout en recommandant au patient de poursuivre sa diète. Dans le cas des patients avec une hypercholestérolémie familiale, le traitement médicamenteux peut être amorcé sur-le-champ, en même temps qu'une diète. Lorsqu'il s'agit de prévention secondaire, le traitement médicamenteux peut être amorcé immédiatement ou une diète seule peut être tentée pendant 6 à 12 semaines.

h) Une hormonothérapie substitutive peut se révéler un traitement d'appoint utile chez les femmes atteintes ou à haut risque de cardiopathie ischémique (CI). Ce traitement est indiqué pour les femmes atteintes de CI et celles présentant des facteurs de risque ou ayant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote. Il est contre-indiqué en cas d'antécédents de thrombose, d'antécédents personnels de cancer du sein ou d'antécédents familiaux importants de cancer du sein. Si le taux de TG est supérieur à 3, il faut recourir aux timbres transdermiques d'œstrogènes.

i) Choix de médicaments

	BILAN LIPIDIQUE			
	LDL $\uparrow\uparrow$	LDL $\uparrow\uparrow$ et TG \uparrow	LDL \uparrow et TG $\uparrow\uparrow$	TG \uparrow et HDL \downarrow
1 ^{er}	Statines	Statines	Niacine ou fibrates	Niacine ou fibrates
2 ^e	Résines	Niacine ou fibrates	Association médicamenteuse	Association médicamenteuse

- Les statines sont très efficaces pour abaisser le LDL et pour réduire dans une certaine mesure les TG.
- Les fibrates sont efficaces pour abaisser les TG ainsi que pour réduire les LDL et augmenter les HDL. Ils sont utiles pour traiter des taux très élevés de TG ainsi que l'hyperlipidémie combinée.
- L'acide nicotinique (niacine) est utile pour le traitement d'une hypercholestérolémie accompagnée d'un taux faible de HDL ou d'un taux élevé de TG. Cependant, ce médicament ne devrait être administré qu'avec grande prudence aux personnes diabétiques présentant une dyslipidémie.
- Une association médicamenteuse consiste généralement à associer une statine ou une résine à de la niacine ou à des fibrates.

Pour les patients sous médication, il est recommandé de répéter le bilan lipidique tous les 6 à 12 mois. Les effets d'un nouveau médicament peuvent être évalués plus tôt (après 6 semaines). Le traitement médicamenteux doit avoir pour but de réduire le taux de LDL, le rapport CT/HDL et le taux de TG à des niveaux inférieurs aux valeurs cibles. En cas d'échec du traitement médicamenteux, il est indiqué de consulter un spécialiste en lipides.

Prise en charge de l'hypercholestérolémie : difficultés à prévoir et pistes de solution

Observance du traitement

La maîtrise de l'hypercholestérolémie n'est possible que dans la mesure où le patient observe le traitement prescrit. Afin d'accroître l'observance, les principes proposés à la section de l'hypertension quant à la non-observance du traitement - généralités, non-observance du traitement médicamenteux et non-respect des rendez-vous chez le médecin - s'appliquent également aux patients hypercholestérolémiques.

Respect de la diète

Il est recommandé d'encourager le patient à :

- **S'assurer d'un apport suffisant en fibres solubles, vitamines, minéraux et antioxydants en consommant une grande variété de légumes, de fruits, de céréales à grains entiers, de légumineuses, de noix et de graines.** Bien que les recommandations sur la nutrition aient été axées sur les constituants alimentaires (p. ex. protéines, acides gras essentiels, glucides, vitamines, minéraux) et bien que ces recommandations soient encore pertinentes, les spécialistes sont de plus en plus convaincus qu'il est préférable d'obtenir ces constituants à partir d'aliments entiers ou d'aliments ayant subi une transformation minimale.
- **Choisir de préférence le poisson, la volaille sans la peau, les viandes maigres ou les repas sans viande à base de légumineuses.** Limiter sa consommation de viande maigre et de volaille et leurs équivalents à moins de 180 grammes (6 onces) par jour.
- **Choisir du lait écrémé, du fromage cottage à 1 % de M.G. et du yogourt à moins de 1 % de M.G..** Réduire sa consommation de fromage à pâte dure et de beurre.

- **Cuire les aliments à la vapeur, au four, au four micro-ondes ou dans une poêle à revêtement anti-adhésif, ou les faire griller. Éviter la friture.**
- **Inclure, dans le régime, de petites quantités de noix, de graines et d'huiles** qui fourniront les acides gras essentiels.
- **Limiter sa consommation de graisses saturées, d'huiles végétales partiellement hydrogénées, d'aliments frits, d'autres aliments riches en graisses, de glucides raffinés et d'aliments à faible densité nutritive. Ne pas manger plus d'un œuf par semaine.**
- **S'assurer d'un apport équilibré en acides gras oméga-6 et oméga-3** en incluant dans son régime des sources d'acides gras oméga-3, comme les poissons riches en graisses vivant en eau froide (tels que le saumon, le maquereau et les sardines), les graines de lin, les légumes à feuilles vert foncé, le soja et les noix.

Manque de soutien de la part de la famille et des amis

Certains patients peuvent se sentir seuls aux prises avec leur problème et peuvent être pessimistes quant à leurs chances de succès. Vous pouvez les aider en les encourageant à :

- impliquer leur famille, en invitant le conjoint au prochain rendez-vous ou en incitant la famille à prendre connaissance du matériel éducatif destiné au patient;
- essayer de nouvelles recettes faibles en matières grasses avec les membres de la famille;
- essayer de résoudre les problèmes en en discutant avec les membres de la famille et les amis;
- pratiquer des activités physiques en famille.

Repas pris à l'extérieur

Il peut arriver que votre patient se voit offrir des repas riches en matières grasses lorsqu'il est invité pour affaires ou pour le plaisir. Il est important que le patient puisse prévoir des moyens de faire face à ces situations potentiellement difficiles.

Voici quelques suggestions

Au restaurant :

- Demander que les sauces et les vinaigrettes soient servies à part.
- Choisir des aliments cuits au four ou à la vapeur, ou grillés plutôt que frits ou sautés.
- Choisir des fruits frais ou des sorbets au lieu de pâtisseries et des desserts à la crème.
- Utiliser du lait écrémé dans les boissons chaudes, à la place de la crème ou d'un colorant à café.

Chez des amis ou dans la famille :

- Prévenir les hôtes.
- Éviter les amuse-gueule avant le repas.
- Limiter la taille des portions.
- Demander que les sauces et les vinaigrettes soient servies à part.

Appétit

Les patients ont souvent tendance à associer les matières grasses, une source concentrée d'énergie, à une sensation accrue de satiété. Or, les aliments à forte densité calorique, comme ceux riches en matières grasses, sont certes fort agréables au goût mais ils contribuent peu à la satiété. De plus, un apport élevé en graisses n'induit pas un signal de satiété aussi marqué que celui transmis par une diète riche en protéines ou en glucides. Il a aussi été démontré que d'autres facteurs, comme les fibres alimentaires, ont la capacité d'accroître la sensation de satiété et de plénitude. Vous pouvez expliquer à vos patients que pour toutes ces raisons, il serait étonnant qu'ils aient plus faim avec un régime alimentaire mettant l'accent sur un apport réduit en graisses et une consommation accrue de fibres. Dans l'éventualité où un patient ressent plus la faim, celui-ci pourra être encouragé à consommer plus de légumes, de fruits, de légumineuses et de produits céréaliers à grains entiers.

Manque de conviction par rapport à la diète

Les patients ne sont pas toujours convaincus de l'importance que revêt l'amélioration des habitudes alimentaires dans la maîtrise du taux de cholestérol sanguin. Ils ont souvent l'occasion de lire ou d'entendre que jusqu'à 75-80% de ce taux résulte de ce que leur « organisme fabrique » (synthèse endogène) et que seulement 20-25% provient de ce qu'ils mangent.

Expliquez à votre patient que pour la grande majorité des individus ayant un taux élevé de cholestérol, ce taux est grandement affecté par leur apport en graisses, graisses saturées, graisses d'origine animale et en cholestérol alimentaire. Il peut être utile d'ajouter que bien qu'il soit vrai qu'environ 20-25% de notre cholestérol sanguin résulte de ce que l'on mange (**effet direct** des aliments sur le cholestérol sanguin), les graisses saturées et le cholestérol alimentaire peuvent accroître la quantité que notre organisme fabrique (**effet indirect** au niveau de la synthèse endogène).

En outre, le médecin peut réexpliquer les étapes du traitement hypocholestérolémiant (voir algorithme). Le traitement diététique seul devrait continuer pendant 6 mois pour la plupart des patients (voir note g). Si, après cette période, les taux de cholestérol total et des LDL demeurent élevés, un traitement médicamenteux peut être instauré, mais le patient doit poursuivre son régime. Si le patient est atteint d'hypercholestérolémie familiale, le traitement médicamenteux peut être amorcé sur-le-champ, en même temps que la diète.

Révisé par J. George Fodor, MD, Ph.D., FRCPC, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, et Jean Davignon, OC, MD, FRCPC, FACP, FRSC et Robert Dufour, MD, MSc, tous deux de l'Institut de recherches cliniques de Montréal.

Le rapport du LDL/HDL ou, de façon plus pratique bien qu'un peu moins significatif, le rapport cholestérol total/HDL, constitue le meilleur prédicteur d'événements coronariens futurs.

Il est très bénéfique d'adjoindre une diététiste-nutritionniste au traitement des patients hyperlipidémiques, particulièrement lorsqu'un traitement diététique plus intense est indiqué.

LISTE ABRÉGÉE DES RÉFÉRENCES

1. Frohlich, J. et al. Rationale for and Outline of the Recommendations of the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias (Interim Report). *Can J Cardiol* 1998; 14 (suppl.A): 17A-21A.
2. Grundy, S.M. et al. When to Start Cholesterol-Lowering Therapy in Patients with Coronary Heart Disease. *Circulation* 1997; 95: 1683-1685.
3. Van Horn, L. Fiber, Lipids and Coronary Heart Disease: A Statement for Health Care Professionals from the Nutrition Committee, American Heart Association. *Circulation* 1997; 95: 2701-2704.
4. Stone, N.J. et al. Summary of the Scientific Conference on the Efficacy of Hypocholesterolemia Dietary Interventions. *Circulation* 1996; 94: 3388-3391.
5. Health Canada. *Canada's Food Guide to Healthy Eating*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada 1992.