

CONSENSUS CANADIEN 2006 SUR LES LIPIDES*

Nouvelles valeurs cibles selon l'échelle de Framingham

VALEURS CIBLES VISÉES

RISQUE À 10 ANS	AUTRES CONDITIONS DE RISQUE	RISQUE	LDL-C mmol/L	Chol T / HDL-C
≥ 20%	<ul style="list-style-type: none"> Maladie cardiaque Maladie artérielle périphérique Maladies cérébrovasculaire ou carotidienne documentée avec un index AB élevé Majorité des diabètes (types 1 et 2) saufs pour les jeunes, les diabétiques nouveaux ou sans complication ou sans aucun autre facteur de risque pour maladie cardiaque (tour de taille élevé, HTA, lipémie, tabac) Majorité des insuffisants rénaux (filtration glomérulaire < 30 mL/min/1,73m²) 	Élevé	< 2,0 (2,0 à 2,5 accepté chez le coronarien stable)	< 4
10 à 19%		Moyen	< 3,5	< 5
< 10%	<ul style="list-style-type: none"> Histoire familiale de maladie cardiaque précoce chez un membre de la famille au premier degré : DOUBLE LE RISQUE. Facteurs de risque : tour de taille élevé, intolérance au glucose, hyperglycémie provoquée anormale, hsCRP > 3,0 mg/L, Lp(a) > 0,3 g/dL 	Faible	< 5,0	< 6

FAITS PERTINENTS

La maladie cardiaque est une cause importante de mortalité et de morbidité (1 homme sur 2 et 1 femme sur 3 après 40 ans). Nous savons que la diminution du taux de mortalité ajusté pour l'âge découle de la prévention primaire dans 50 % à 75 % de cas et des traitements dans 25 % à 50 % de cas. De 80 % à 90 % de la population atteinte de maladie cardiovasculaire possède des facteurs de risque comme un taux de cholestérol élevé, de l'hypertension, un tour de taille important, du diabète, ou du tabagisme.

DÉPISTAGE

Profil lipidique complet

- Cholestérol total, triglycérides, LDL-C, HDL-C (le meilleur indicateur de risque à long terme: ratio Chol Total / HDL-C)
- Après un jeûne de 9 à 12 heures, répété à un intervalle de un à trois ans

Population cible

- Homme: > 40 ans
- Femme: lorsque ménopausée ou > 50 ans
- Toute personne avec une histoire familiale de désordre lipidique
- Tout adulte avec facteur de risque: diabète, tabagisme actuel ou dans l'année précédente, HTA, obésité abdominale (tour de taille > 102 cm pour l'homme, > 88 cm pour la femme, 5 cm de moins si d'origine asiatique)
- Tout adulte avec histoire de maladie cardiaque familiale précoce, i.e. touchant un membre de la famille au premier degré soit un homme < 55 ans ou une femme < 65 ans
- Tout adulte avec des signes d'hyperlipidémie (xanthome, xanthélasma, arc cornéen), de la dyspnée, une dysfonction érectile, de la douleur rétrosternale à l'effort, de l'insuffisance rénale chronique, du lupus érythémateux systémique ou avec évidence de maladie athérosclérotique
- Toute autre personne avec facteur de risque de maladie cardiaque

*adapté de Can J Cardiol Vol 22 No 11, pp 913-927, Septembre 2006

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Pour un risque faible

- Aucune investigation supplémentaire s'il n'y a aucun signe athérosclérotique subclinique et s'il n'y a pas d'histoire familiale de maladie cardiaque précoce ou de troubles dyslipidémiques familiaux.

Pour un risque modéré

- **apoB** : valeur cible de < 1,2 g/L si risque faible, < 1,05 g/L si risque modéré et < 0,85 g/L si risque élevé. Le risque est considéré élevé en présence de apoB > 1,2 g/L avec un triglycéride >1,5 mmol/L.
- **hsCRP** : marqueur d'inflammation, associé au syndrome métabolique et à l'obésité abdominale, utile pour mieux définir le risque de maladie cardiaque dans les catégories de risque allant de 5% à 19%.
- **Lp(a)** : indicateur d'athérosclérose. Une Lp(a) > 0,3 g/dL avec soit un facteur de risque majeur ou un ratio CholT/HDL-C > 5 indique la nécessité d'adopter une thérapie plus agressive envers les LDL.
- Si la **glycémie** est élevée (> 6 mmol/L), ajouter HbA1c (hémoglobine glycosylée)
 - une élévation chronique de glycémie est associée à une athérosclérose prématurée chez les diabétiques et les intolérants au glucose.
 - la glycémie se mesure aux ans ou aux trois ans chez toute personne > 40 ans et à tout âge s'il y a présence de facteurs de risque pour le diabète (tour de taille élevé, histoire familiale de diabète type 2).
- Faire un **test à l'effort** : positif en présence d'une dépression du segment ST de ≥ 1 mm en dedans de 6 minutes, négatif si le patient fait plus de 8 METS (la quantité de calories brûlées par minute en position de repos).
- Évaluer l'**athérosclérose**
 - échographie carotidienne chez les plus de 50 ans (une média de > 1mm multiplie par 5 le risque d'événements à 10 ans)
 - ABI (ankle brachial index) : ratio des pression systoliques tibiale/humérale. Si < 0,9: révèle une maladie vasculaire périphérique).

CONDUITE À TENIR

Viser l'atteinte des valeurs cibles

- Rechercher une diminution des **LDL-C** de 40% dans les cas de risque faible à modéré et de 50% dans ceux à risque élevé
- Abandonner le **tabac** augmente les HDL. La cessation tabagique diminue la mortalité par maladie cardiovasculaire de 36%
- Améliorer la **nutrition**
 - diminuer les acides gras saturés et les acides gras trans
 - diminuer les sucres simples (diminution des TG)
 - diminuer les glucides complexes (diminution des TG)
 - augmenter l'apport en fruits, légumes et grains entiers
 - augmenter les huiles insaturées – les gras mono et polyinsaturés (augmentation des HDL)
 - augmenter les acides gras oméga-3 (diminution des TG)
- Garder un **poids santé**
 - tour de taille < 102 cm (40 po) pour l'homme et < 88 cm (35po) pour la femme
 - IMC idéal à 25, toléré jusqu'à 27 en l'absence de facteur de risque
- Pratiquer un **exercice physique** 4 à 7 fois par semaine (diminue TG et augmente HDL)
 - durée de 60 minutes si effort léger
 - durée de 30 à 60 minutes si intensité modérée
 - durée de 20 à 30 minutes pour un exercice vigoureux
- Traitements **pharmacologiques** au besoin



Une réalisation de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dans le cadre du programme Prévention en pratique médicale (PPM).
Décembre 2006. Références : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/index.html>
ISSN : 1481-3734 (version imprimée); ISSN : 1712-2937 (version en ligne)