La Fondation pour l'éducation médicale continue
Apprentissage basé sur la pratique pour les médecins de famille

Dyslipidémies chez l'adulte

Vol. 32 (13), novembre 2024

INTRODUCTION

Les cliniciens de soins primaires jouent un rôle déterminant dans le dépistage et la prise en charge des maladies cardiovasculaires dont le risque peut notamment être réduit par le traitement des dyslipidémies. Les lignes directrices actuelles divergent quant à certaines recommandations relatives à l'évaluation et au traitement des dyslipidémies, notamment en ce qui a trait à la décision d'adopter une stratégie de traitement visant des valeurs cibles après l'instauration d'une statine, et à la nécessité de revérifier les taux de lipides dans de tels cas. Il existe par ailleurs de nouvelles recommandations concernant les hypolipémiants différents des statines.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- d'évaluer et de stratifier adéquatement le risque de maladie cardiovasculaire dans le cadre de la prévention primaire, selon le contexte clinique du patient;
- de mettre en œuvre des stratégies de prévention primaire des dyslipidémies fondées sur des données probantes, en se basant sur l'évaluation du risque de maladie cardiovasculaire du patient;
- de prendre des décisions conjointes et de conseiller les patients à propos du rôle du traitement des dyslipidémies dans la prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires.

Encadré 1. Portée

Le présent module ne porte pas sur les dyslipidémies chez les enfants ou les adolescents ni chez les adultes pendant la grossesse. Il décrit plutôt une démarche pratique pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires chez un patient adulte présentant une dyslipidémie.
Veuillez consulter les modules suivants du PABP apparentés à ce sujet au members.fmpe.org:

- Maladie vasculaire : anévrisme de l'aorte abdominale et maladie artérielle périphérique (août 2022)
- Hypertension chez les adultes (août 2021)
- Néphropathie chronique (août 2020)
- Stéatose hépatique non alcoolique (août 2019)

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Dona, 59 ans

Dona consulte aujourd'hui à la clinique pour le suivi de son hypertension récemment diagnostiquée, pour laquelle elle a commencé à prendre 4 mg de périndopril par jour. Il s'agit d'une patiente relativement nouvelle à votre cabinet, qui se porte bien par ailleurs, n'a pas d'antécédents de maladie cardiovasculaire et ne fume pas. Elle ne prend aucun autre médicament et n'a aucune allergie connue à des médicaments. Son père est atteint d'hypertension et de diabète de type 2, et a subi une angioplastie à l'âge de 50 ans. Sa mère est atteinte de diabète de type 2, comme deux de ses trois frères et sœurs. Elle est mariée et a quatre enfants en bonne santé; elle est adjointe administrative dans une entreprise d'ingénierie locale.

Lors de sa dernière visite, vous avez demandé des analyses de sang pour évaluer ses organes cibles et son risque cardiovasculaire. Voici les résultats de ses analyses non à jeun :

- Cholestérol total : 6,4

Renseignements généraux	Commentaires des histoires de cas	Collaborateurs et déclarations	Références bibliographiques	Annexes
3	13	16	18	21

- C-HDL : 0,7
- C-LDL : 4,2
- Triglycérides : 3,4
- C-non-HDL : 5,7
- HbA1c : 6,2 %
- Sodium : 140, potassium : 4,0, créatinine : 72, azote uréique du sang normal et TFGe calculé : 79
- ECG normal
- L'analyse d'urine n'a pas révélé la présence de sang ou de protéines

Quels autres renseignements seraient utiles aux fins de votre évaluation clinique?

Deuxième partie

Dona précise qu'elle n'a pas d'autres antécédents médicaux significatifs comme l'apnée du sommeil ou le prédiabète, et qu'elle ne prend pas de médicaments en vente libre ou de produits à base de plantes. Elle boit rarement de l'alcool et ne consomme ni cannabis ni autres substances. Elle se sent bien dans l'ensemble et ne rapporte pas de douleurs thoraciques, d'essoufflement, de présyncope, de palpitations, d'œdème périphérique, de céphalées, de vision floue, de picotements, d'engourdissement ou de faiblesse. Dona n'a pas d'antécédents de ronflement, de fatigue ou de somnolence diurne excessive, et elle ne ressent pas de crampes aux jambes ou de douleur pendant la marche. Elle ne rapporte aucun effet secondaire du périndopril.

Dona admet que son alimentation est riche en lipides et en glucides. Elle est principalement sédentaire et sa taille vestimentaire a progressivement augmenté au cours des dernières années. Elle mesure 158 cm, pèse 70 kg (IMC de 28) et son tour de taille est de 102 cm. La moyenne des mesures de la tension artérielle à l'aide d'un tensiomètre automatisé à votre cabinet est de 138/79; les mesures qu'elle obtient avec son tensiomètre à domicile concordent avec ces chiffres. Sa fréquence cardiaque est de 78. Son examen physique est par ailleurs sans particularité. À l'aide de l'outil simplifié d'aide aux décisions sur les risques cardiovasculaires (Framingham pour la population canadienne) du groupe PEER (Patients Experience Evidence Research) disponible au https://decisionaid.ca/cvd, vous déterminez que son risque global estimé de MCV sur 10 ans est de 21,2 %.

Comment organiseriez-vous la prise en charge actuelle et le suivi de Dona?

Cas numéro 2 : Sami, 51 ans

Sami vous consulte à cause de douleurs musculaires aux jambes qui se sont intensifiées au cours des quatre dernières semaines. Ses douleurs aux jambes lui causent une certaine gêne pendant la marche lorsqu'il est sur son lieu de travail, une épicerie locale. Il se demande si ce serait dû à son nouvel antihypercholestérolémiant, car son pharmacien et vous lui aviez dit que l'un des effets secondaires de ce médicament pouvait être des douleurs. Il est marié et a deux enfants adolescents. Sami ne fume pas et ne boit que très rarement de l'alcool.

Il a reçu un diagnostic d'hypertension il y a trois mois et a commencé à prendre le ramipril à 5 mg par jour. Des analyses de sang non à jeun ont été effectuées à ce moment-là. Voici les résultats :

- Cholestérol total : 5,6
- C-HDL : 0,9
- C-LDL : 3,7
- Triglycérides : 2,2
- C-non-HDL : 4,7
- HbA1c : 5,4 %
- Les valeurs des électrolytes, de la créatinine et du TFGe (> 60) sont toutes normales

Sa tension artérielle est maintenant bien maîtrisée grâce aux médicaments qu'il prend; elle était de 130/76 sur le tensiomètre automatisé à votre cabinet lors de sa dernière visite. Son score de risque cardiovasculaire de Framingham sur 10 ans, calculé avec l'outil simplifié d'aide aux décisions sur les risques cardiovasculaires du groupe PEER, était élevé-

intermédiaire (17,9 %). Après discussion et prise de décisions conjointes, il a accepté de commencer à prendre 10 mg de rosuvastatine par jour.

L'analyse des antécédents familiaux révèle que le père de Sami est décédé d'un cancer du poumon à l'âge de 64 ans et qu'il avait des antécédents d'hypertension et d'hypercholestérolémie. Sa mère prend des médicaments pour l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète de type 2. Son frère est également atteint de diabète de type 2, mais il n'a pas d'antécédents familiaux de coronaropathie.

Quels autres renseignements seraient utiles?

Deuxième partie

Sami ne rapporte aucune chute ou blessure musculosquelettique récente, aucun état grippal récent ni douleur à d'autres articulations. Il ne rapporte pas de céphalées, de claudication de la mâchoire, de perte ou de trouble de la vision, de raideur matinale, de fatigue, de malaise, de perte pondérale ou d'antécédents de troubles neurologiques. Il fait peu d'activité physique sur une base régulière, hormis le fait de marcher au travail; son niveau d'activité physique n'a pas changé dernièrement. Il ne prend pas de médicaments en vente libre ou de remèdes à base de plantes. Il pense que ses douleurs musculaires sont apparues environ un mois après le début de son traitement par une statine.

Dans l'ensemble, il décrit sa douleur au muscle de la partie supérieure de la cuisse comme une courbature ou une crampe, mais il ne signale pas de picotement ou d'engourdissement et n'a jamais ressenti de troubles musculaires similaires auparavant. Sami ne se souvient pas de plaintes des membres de sa famille concernant des douleurs musculaires liées à des antihypercholestérolémiants. Hormis une certaine gêne pendant la marche lorsqu'il est au travail, causée par ses douleurs aux jambes, il ne se heurte à aucun autre problème significatif dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes.

Sami mesure 168 cm, pèse 77 kg (IMC de 27); son tour de taille est de 110 cm. Aujourd'hui, sa tension artérielle est de 131/80. L'examen de sa colonne lombaire, de ses hanches et de ses genoux, et les examens neurologiques des membres inférieurs sont sans particularité; tous ses pouls périphériques sont palpables. Sami demande aussi que l'on vérifie à nouveau son taux de cholestérol, car il prend le médicament depuis maintenant trois mois.

Quelle serait votre approche avec Sami? Que répondriez-vous à sa demande d'analyses de sang?

Cas numéro 3 : Michaël, 76 ans

Michaël est un patient autonome sur le plan fonctionnel, qui vous consulte régulièrement. Il a des antécédents de diabète de type 2, d'hypertension, de MPOC et, il y a plus longtemps, d'accident ischémique transitoire (AIT). Il a fumé un paquet de cigarettes par jour au cours des 55 dernières années. Il a essayé d'arrêter de fumer à plusieurs reprises, mais n'a pas réussi malgré du counselling pour le sevrage tabagique et des médicaments.

Voici les médicaments qu'il prend : clopidogrel à 75 mg par jour, rosuvastatine à 40 mg par jour, ramipril à 10 mg par jour, tiotropium en inhalation à 18 mcg par jour, metformine à 1000 mg 2 fois par jour et empagliflozine à 25 mg par jour. Il prend cette dose de statine depuis 10 ans.

Vous avez reçu un appel de Michaël qui vous demande s'il peut arrêter la rosuvastatine car son taux de lipides est normal et qu'il essaie de modifier ses comportements liés à la santé en étant plus actif et en adoptant une alimentation saine. Par ailleurs, un ami lui a dit récemment que la prise de statines est associée à de nombreux effets secondaires, notamment les troubles de la mémoire, ce qu'il a aussi lu sur Internet. Des analyses de sang ont été effectuées il y a un mois : son taux d'HbA1c était de 7,1 %; les résultats de ses autres analyses de sang, y compris les tests de la fonction rénale, étaient normaux. Sa tension artérielle est de 128/68 à domicile.

Que recommanderiez-vous?

En quoi votre prise en charge serait-elle différente s'il avait 85 ans?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

CONTEXTE

1. Au Canada, les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la deuxième cause de décès[1], la dyslipidémie étant un facteur de risque d'athérosclérose cardiovasculaire[2]. L'athérosclérose cardiovasculaire comprend les coronaropathies, les maladies artérielles périphériques, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et l'anévrisme de l'aorte abdominale[2].

2. Dans le cadre d'une étude rétrospective canadienne réalisée en 2024 sur la prévalence et la prise en charge de la dyslipidémie en soins primaires à partir des données du Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires, il a été montré que 50 % des patients de plus de 40 ans présentaient une dyslipidémie[3].
   a) Parmi ceux qui présentaient un risque élevé ou intermédiaire de MCV d'après la classification de Framingham, 65 % et 48,7 %, respectivement, se sont vu prescrire des hypolipémiants[3].
   b) Les patients de sexe masculin et ceux atteints d'obésité étaient significativement plus susceptibles de recevoir une ordonnance d'hypolipémiants que ceux de sexe féminin ou ceux dont le poids était normal malgré une dyslipidémie[3].

3. Les deux lignes directrices canadiennes actuelles sur la dyslipidémie sont : les Lignes directrices simplifiées sur les lipides de 2023 du groupe PEER (Patients Experience Evidence Research)[4], et les lignes directrices sur la dyslipidémie de 2021 de la Société canadienne de cardiologie (SCC)[2].
   a) Les recommandations des lignes directrices du groupe PEER sont axées sur la prévention primaire et « conçues en tenant compte des besoins des médecins de famille et des autres prestataires de soins primaires ». Elles font appel au concept de « temps nécessaire pour traiter », qui tient compte du temps requis par le clinicien pour se conformer aux recommandations, et du coût de substitution éventuel lié à leur mise en œuvre et des demandes concurrentes[5]. Bien que ce calcul n'ait pas été effectué systématiquement pour toutes les recommandations, le groupe a veillé à ce que celles-ci soient réalisables et pratiques du point de vue des cliniciens[4]. Aucun des membres du comité d'élaboration des lignes directrices du groupe PEER n'a fait état d'un conflit d'intérêts se rapportant au secteur pharmaceutique au cours des trois années précédentes[6].
   b) Les lignes directrices de la SCC s'adressent aux prestataires de soins primaires et aux spécialistes[2]. Des conflits d'intérêts ont été signalés par 18 des 26 membres du groupe d'experts de la SCC[7].
   c) Les tableaux 1 et 2 présentent les principales comparaisons entre ces recommandations.

ÉVALUATION DU RISQUE DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE

Candidats et méthode de dépistage

4. Le tableau 1 récapitule les similitudes et les différences entre les recommandations en matière de dépistage (candidats et méthodes) issues des lignes directrices du groupe PEER et de celles de la SCC concernant le bilan lipidique visant à estimer le risque de MCV chez les patients qui n'en sont pas atteints (prévention primaire).

Tableau 1. Résumé des recommandations des lignes directrices canadiennes sur la dyslipidémie concernant l'évaluation du risque de MCV

	2023, PEER[4]	2021, SCC[2]
Outil d'évaluation du risque	Outil simplifié d'aide aux décisions sur les risques cardiovasculaires du groupe PEER (https://decisionaid.ca/cvd)	Score de risque de Framingham (SRF) ou modèle Cardiovascular Life Expectancy
Bilan lipidique pour la prévention primaire	• Hommes de ≥ 40 ans et femmes de ≥ 50 ans • Plus tôt en cas de facteurs de risque de MCV* • Bilan lipidique non à jeun**	• Tous les patients de ≥ 40 ans • Plus tôt chez les personnes présentant des facteurs de risque de MCV, chez certains groupes de patients et chez les personnes présentant certaines affections, quel que soit l'âge (encadré 2) • Bilan lipidique non à jeun** sauf si le patient a déjà présenté un taux de triglycérides > 4,5 • Utiliser les valeurs cibles des taux de C-non-HDL ou d'ApoB chez les patients dont le taux de triglycérides est > 1,5
Mesure du taux d'ApoB	Déconseille son utilisation pour le calcul du risque de MCV	Facultative
Mesure du taux de Lp(a)	Déconseille son utilisation pour le calcul du risque de MCV	Une fois, au moment du bilan lipidique initial
Scores calciques coronariens	Déconseille son utilisation pour le calcul du risque de MCV	Non recommandés chez la plupart des patients À envisager chez certains patients présentant un risque intermédiaire
Nouvelle mesure des taux de lipides	Au maximum tous les 5 ans (10 ans de préférence) compte tenu des variations annuelles minimes des taux (env. 1 %) S'applique aux patients qui ne suivent pas de traitement hypolipémiant. Si les facteurs de risque changent, revoir la fréquence des évaluations	Tous les 5 ans chez les patients de 40 à 75 ans

* Hypertension, diabète, néphropathie chronique, antécédents familiaux de MCV précoce et tabagisme[4]
** Bilan lipidique standard : cholestérol total, C-HDL, C-LDL, C-non-HDL et triglycérides[2]
ApoB : apolipoprotéine B; Lp(a) : lipoprotéine a; MCV : maladie cardiovasculaire

Encadré 2. Recommandations de la SCC quant au bilan lipidique précoce, quel que soit l'âge[2]

- Anévrisme de l'aorte abdominale
- Hypertension
- Néphropathie chronique
- Maladie pulmonaire obstructive chronique
- Signes cliniques d'athérosclérose
- Diabète sucré
- Dysfonction érectile
- Antécédents familiaux de dyslipidémie ou de MCV précoce chez un proche au premier degré (≤ 55 ans chez les hommes ou ≤ 65 ans chez les femmes)
- Antécédents de trouble hypertensif pendant la grossesse
- Infection à VIH
- Maladies inflammatoires (p. ex. maladie inflammatoire de l'intestin, polyarthrite rhumatoïde)
- Obésité (IMC ≥ 30)
- Tabagisme actif
- Ascendance d'origine sud-asiatique ou autochtone
- Stigmates de la dyslipidémie (Renseignements généraux, point 6)

Remarque : Dans l'outil d'aide aux prises de décisions du groupe PEER (Framingham pour la population canadienne), l'âge minimal servant au calcul du risque est de 40 ans.

5. Les patients présentant une athérosclérose cardiovasculaire préexistante ou une affection pour laquelle des statines sont indiquées sont systématiquement considérés comme présentant un risque élevé et ne nécessitent pas une autre estimation du risque de MCV[2]. Les affections pour lesquelles des statines sont indiquées sont les suivantes[2] :
   - Néphropathie chronique
   - Diabète sucré associé à une maladie microvasculaire, âge ≥ 40 ans, ou âge ≥ 30 ans associé à un diabète sucré datant de ≥ 15 ans
   - Anévrisme de l'aorte abdominale de > 3 cm ou antécédents d'intervention chirurgicale pour réparer un anévrisme de l'aorte
   - C-LDL ≥ 5,0 (ou C-non-HDL ≥ 5,8) : indique une dyslipidémie probablement d'origine génétique (Renseignements généraux, point 34). Veuillez noter que les lignes directrices du groupe PEER sur les lipides ne se sont pas penchées sur ce cas clinique en particulier.

6. L'examen physique comprend un examen cardiovasculaire ciblé et une évaluation des stigmates de la dyslipidémie comme la xanthomatose tendineuse, le xanthélasma et l'arc cornéen chez les personnes âgées de moins de 65 ans. Bien que non spécifiques, ces observations dans le cadre d'un examen physique peuvent indiquer une hypercholestérolémie familiale[8].

7. Les lignes directrices du groupe PEER ne recommandent pas d'utiliser les dosages de la Lp(a) ou de l'ApoB, ou les scores calciques coronariens (statistique C), aux fins du dépistage en prévention primaire, car leur valeur prédictive d'un événement cardiovasculaire n'est pas significativement supérieure[4]. Une statistique C de 1,0 reflète une capacité parfaite de prévision du risque; une valeur comprise entre 0,6 et 0,7 est considérée comme acceptable; une valeur de 0,5 équivaut au hasard[6].
   - L'ajout du dosage de la Lp(a) et de l'ApoB, ou des scores calciques coronariens, au bilan lipidique habituel améliore de 0,0017, 0,0004 et 0,04, respectivement, la valeur prédictive du risque de MCV de la statistique C globale[4]. Notons que l'estimation des scores calciques coronariens n'est pas un examen facilement accessible en soins primaires[4].

8. La SCC recommande de mesurer la Lp(a) une fois au cours de la vie d'un patient, au moment du bilan lipidique initial [forte recommandation, preuves de qualité élevée][2]. Lorsque le taux de Lp(a) est ≥ 100 nmol/L (≥ 50 mg/dL), elle recommande « d'offrir très tôt des conseils sur les modifications des comportements liés à la santé et la prise en charge d'autres facteurs de risque d'athérosclérose cardiovasculaire » dans le cadre de la prévention primaire [forte recommandation, consensus d'experts][2]. Étant donné que dans le contexte de la prévention secondaire, « un taux élevé de Lp(a) est fortement prédictif d'événements récurrents, elle suggère d'intensifier le traitement diminuant les taux de C-LDL, notamment en ajoutant des inhibiteurs de la proprotéine convertase subtilisine-kexine de type 9 (PCSK9)[2] ».
   a) Le taux de Lp(a) est régulé par un seul gène, héréditaire à plus de 90 % et généralement stable tout au long de la vie[2]. Il est élevé (> 100 nmol/L) chez 20 % des personnes d'ascendance européenne et sud-asiatique, chez 40 % des personnes d'ascendance afro-américaine et chez < 10 % des personnes d'ascendance d'Asie orientale. Les taux élevés de Lp(a) augmentent le risque d'infarctus du myocarde : rapport de cotes (RC) de 1,48 (IC à 95 % : 1,43 à 1,67) indépendamment des autres facteurs de risque[2].
   b) Le dosage de la Lp(a) peut être utile dans le cadre des prises de décisions conjointes chez les jeunes patients ayant des antécédents familiaux significatifs d'athérosclérose cardiovasculaire précoce[2].
   c) Aucune étude comparative randomisée n'a montré que la réduction des taux de Lp(a) se traduit par une baisse des taux de MCV[2].

9. L'ApoB et le C-non-HDL étant considérés comme des marqueurs équivalents des lipoprotéines athérogènes, la SCC recommande le dosage du C-non-HDL ou de l'ApoB aux fins du dépistage et de l'établissement des valeurs cibles du traitement chez les patients dont le taux de triglycérides est > 1,5, car il arrive que les taux de C-LDL soient faussement bas et qu'ils ne soient pas fiables[2]. Étant donné que le taux de C-non HDL est systématiquement calculé dans le bilan lipidique (cholestérol total moins C-HDL), il s'agit de la mesure substitutive la plus pratique à envisager en soins primaires[2]. Les taux de cholestérol total et de C-HDL sont les valeurs lipidiques utilisées dans l'outil canadien simplifié d'aide aux décisions sur les risques cardiovasculaires du groupe PEER pour le calcul du risque[9].

10. Les mesures des scores calciques coronariens proposées par la SCC ne concernent que les personnes de ≥ 40 ans présentant un risque intermédiaire (SRF de 10-20 %) et en cas d'incertitude entourant les décisions sur leur traitement [forte recommandation, preuves de qualité modérée][2].

Calculateurs du risque

11. La SCC et le groupe PEER recommandent l'utilisation de calculateurs du risque[2,4].
    a) L'outil d'aide aux prises de décisions du groupe PEER (https://decisionaid.ca/cvd) renferme quatre calculateurs différents validés dans plusieurs pays (Canada, États-Unis, Europe et Nouvelle-Zélande), qui prévoient chacun des événements cardiovasculaires légèrement différents[10]. Pour le Canada, les événements évalués comprennent les coronaropathies (angine de poitrine, infarctus du myocarde et décès d'origine coronarienne), les maladies artérielles périphériques (claudication intermittente), les événements cérébrovasculaires et l'insuffisance cardiaque[10]. L'outil d'aide aux prises de décisions permet de recalculer le risque et en présente les résultats en fonction des traitements choisis (p. ex. suivre un régime méditerranéen, commencer un traitement par une statine), ce qui peut être utile pendant les discussions sur la prise en charge avec les patients. L'outil peut également illustrer l'effet de divers traitements (p. ex. association d'un régime alimentaire et de médicaments). Il s'agit d'un calculateur du risque sur 10 ans, disponible en anglais et en français, incluant un bouton « Note DMÉ/Partager[9] ».
    b) On sait généralement que le score de risque de Framingham (SRF) surestime le risque (jusqu'à 30 % dans certains cas)[4]; ce score a fait l'objet d'une mise à jour dans le cadre de publications canadiennes sur le risque à 5 ans mais pas à 10 ans. L'outil simplifié d'aide aux prises de décisions sera mis à jour lorsque les données sur 10 ans seront publiées[10].
    c) L'outil d'aide aux prises de décisions du groupe PEER ne doit pas servir à calculer le risque lorsque les taux de C-non-HDL sont ≥ 5,8, car il pourrait s'agir d'un cas d'hypercholestérolémie familiale[2] dont le risque cardiovasculaire serait considérablement sous-estimé par cette méthode[9].
    d) Les antécédents familiaux de coronaropathie précoce ne sont pas intégrés au calculateur du SRF du groupe PEER au Canada, car ils ne présentent pas de valeur prédictive accrue pour les MCV, en modifiant la statistique C de < 0,01 (Renseignements généraux, point 7), et peuvent surestimer le risque selon l'exactitude des antécédents[10]. En revanche, les lignes directrices de la SCC proposent de doubler le risque prédictif du SRF chez les patients âgés de 30 à 59 ans, non diabétiques et ayant des antécédents familiaux de MCV précoce[2].

12. Les trois catégories de risque de MCV établies par le groupe PEER et la SCC sont le risque faible (< 10 %), le risque intermédiaire (10 à 19,9 %) et le risque élevé (≥ 20 %)[2,4]. Il est admis que le risque cardiovasculaire est de nature continue et que les catégories de risque définies dans le cadre de la prévention primaire sont quelque peu arbitraires et ne reposent pas sur des données probantes spécifiques[4].

TRAITEMENT

Interventions comportementales

13. L'abandon du tabagisme est probablement le changement comportemental le plus significatif pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Notons que le tabagisme a également un effet négatif sur les taux de lipides[11].

Activité physique

14. L'activité physique est encouragée par le groupe PEER et la SCC[2,4]. Dans la plupart des lignes directrices en matière de prévention, il est recommandé de faire au moins 150 minutes d'activité aérobique modérée à vigoureuse par semaine[2,6].
    a) L'observance est probablement plus importante que le type, l'intensité ou la durée de l'exercice physique [preuves de faible qualité][4].
    b) Les exercices aérobiques diminuent généralement les taux de triglycérides et augmentent le taux de C-HDL[12].
    c) Vous trouverez un modèle d'ordonnance pour l'activité physique sur le site www.rxfiles.ca/RxFiles/uploads/documents/Exercise-RxFiles-Rx.pdf.

Nutrition

15. Le régime méditerranéen est recommandé pour diminuer le risque cardiovasculaire [preuves de qualité modérée][4].
    a) Ce régime est riche en fruits et en légumes (plusieurs portions quotidiennes), en poisson, en noix, en céréales complètes et en matières grasses non saturées provenant de l'huile d'olive (feuillet destiné aux patients)[13].
    b) Des études montrent invariablement que le régime méditerranéen réduit la morbidité et la mortalité d'origine cardiovasculaires[13]. « Comparativement aux régimes hypolipidiques, le régime méditerranéen entraîne une réduction relative de 25 à 30 % des taux d'événements cardiovasculaires futurs, que ce soit dans les populations bénéficiant

d'une prévention primaire ou secondaire, sur une période d'environ 5 à 7 ans[4] ».

c) Bien que la consommation modérée d'alcool soit citée dans le régime méditerranéen[13], le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a déconseillé, en 2023, de commencer à consommer de l'alcool ou d'en consommer plus dans l'objectif d'en tirer des bienfaits pour la santé, en se basant sur des données probantes concernant un continuum de risques[14].

d) Les facteurs culturels, le coût des aliments, les intolérances et les allergies font partie des obstacles à l'observance du régime, ce qu'il faudrait prendre en considération[11].

16. Les suppléments d'oméga-3 en vente libre ne sont pas recommandés aux fins de la réduction du risque de MCV [forte recommandation, preuves de qualité élevée][2]. Les mélanges d'acides gras oméga-3 dans les compléments alimentaires sont variables et non réglementés, et leur bienfait clinique non prouvé[15].

Pharmacothérapie

17. L'annexe 1 présente l'algorithme de traitement des lignes directrices du groupe PEER. L'annexe 2 décrit plus en détail les hypolipémiants, y compris la réduction estimée du risque de MCV, les effets secondaires et les coûts. Le tableau 2 dresse une comparaison des recommandations du groupe PEER et de la SCC en matière de pharmacothérapies.

18. Chez les patients en bonne santé et asymptomatiques, il est inutile de mesurer les taux de créatine kinase (CK) ou d'ALT avant d'instaurer un traitement par une statine, à moins que le patient présente certains facteurs de risque confirmés[4].

19. Il peut être utile de s'enquérir des antécédents familiaux d'intolérance à certaines statines, car ceux-ci peuvent indiquer une intolérance héréditaire à ces agents et justifier l'évitement de certaines statines ayant des propriétés pharmacocinétiques similaires[16].

20. Dans le cas des femmes en âge de procréer qui envisagent de prendre des statines, il est suggéré de prescrire des composés hydrophiles plutôt que des composés lipophiles, car ces derniers franchissent plus facilement la barrière placentaire[2]. Les statines hydrophiles comprennent la pravastatine et la rosuvastatine[17]. Quoi qu'il en soit, il est recommandé d'interrompre le traitement lorsqu'une grossesse est envisagée ou confirmée, et de le reprendre après la période d'allaitement[17].

Tableau 2. Recommandations des lignes directrices pour les discussions sur le traitement pharmacologique des dyslipidémies

Catégorie	2023, PEER	2021, SCC
Statines		
Faible risque (< 10 %)	Non recommandées	À n'envisager que chez les patients : • dont le taux de C-LDL est ≥ 5,0 ou le taux de C-non-HDL ≥ 5,8 ou le taux d'ApoB ≥ 1,45 g/L (il s'agit probablement d'une dyslipidémie d'origine génétique) **OU** • dont le SRF est compris entre 5 et 9 % et le taux de C-LDL ≥ 3,5 (ou le taux de C-non-HDL ≥ 4,2 ou le taux d'ApoB ≥ 1,05 g/L), notamment en présence d'autres facteurs de risque de MCV (p. ex. antécédents familiaux, taux de Lp(a) ≥ 100 nmol/L, ou scores calciques coronariens > 0 unité Agatston ou UA)
Risque intermédiaire (10 à 19,9 %)	Statine à dose modérée	Risque intermédiaire **ET :** • taux de C-LDL ≥ 3,5 ou taux de C-non-HDL ≥ 4,2 ou taux d'ApoB ≥ 1,05 g/L **OU** • homme de ≥ 50 ans ou femme de ≥ 60 ans présentant 1 autre facteur de risque (hypertension, tabagisme, faible taux de C-HDL, tour de taille élevé, hyperglycémie à jeun) **OU** • présence d'autres modificateurs du risque (scores calciques coronariens > 0 UA, Lp(a) ≥ 100 nmol/L, antécédents familiaux de coronaropathie précoce)
Risque élevé (≥ 20 %)	Statine à forte dose	Statine à forte dose ou à la dose maximale tolérée
Prévention secondaire	Statine à forte dose	Statine à forte dose ou à la dose maximale tolérée
Agents autres que les statines		
Prévention primaire	Les médicaments autres que les statines ne sont pas recommandés Une fois qu'un patient commence un traitement hypolipémiant, prescrire la dose adaptée au risque et déconseiller l'atteinte des valeurs cibles des taux de cholestérol (prévention primaire et secondaire)	Si le patient reçoit déjà la dose maximale tolérée de statine : • En cas d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote : taux de C-LDL ≥ 2,5 (ou réduction < 50 % du taux de C-LDL) ou taux de C-non-HDL ≥ 3,2 ou taux d'ApoB ≥ 0,85 g/L, discuter de l'ajout d'un inhibiteur de la PCSK9 ± ézétimibe. • Tous les autres cas : taux de C-LDL ≥ 2,0 (ou réduction < 50 % du taux de C-LDL) ou taux de C-non-HDL ≥ 2,6 ou taux d'ApoB ≥ 0,8 g/L, discuter de la prise d'ézétimibe ou d'un chélateur des acides biliaires Envisager l'icosapent éthyl chez les patients diabétiques qui doivent prendre un médicament, qui sont âgés de ≥ 50 ans et présentent ≥ 1 facteur de risque de MCV et un taux de triglycérides à jeun compris entre 1,5 et 5,6 malgré la prise de la dose maximale tolérée de statine.
Prévention secondaire	• Traitement d'appoint aux statines : ézétimibe ou inhibiteurs de la PCSK9 si une réduction supplémentaire du risque s'impose (événements cardiovasculaires récurrents ou récents, facteurs de risque significatifs permanents tels que le tabagisme, le diabète sucré, une néphropathie chronique) • En cas d'intolérance aux statines, les fibrates peuvent également être envisagés. L'association des statines aux fibrates pour la prévention des ÉCIM n'est appuyée par aucune donnée probante. • Icosapent éthyl, seulement après avoir envisagé d'autres options, en raison du risque de fibrillation auriculaire et de saignement (Renseignements généraux, point 22c)	Si le patient reçoit déjà la dose maximale tolérée de statine **ET :** • le taux de C-LDL est de 1,8-2,2 (ou taux de C-non-HDL de 2,4-2,9 ou taux d'ApoB de 0,7-0,8 g/L), envisager l'ézétimibe ± un inhibiteur de la PCSK9; • le taux de C-LDL est > 2,2 (ou taux de C-non-HDL > 2,9 ou taux d'ApoB > 0,8 g/L) ou le risque est très élevé (Renseignements généraux, point 23b), le premier choix est un inhibiteur de la PCSK9 (± ézétimibe). Si le taux de triglycérides est ≥ 1,5-5,6 et que le patient reçoit déjà la dose maximale tolérée de statine, envisager l'icosapent éthyl.

Remarque : La SCC définit la prévention secondaire comme « des efforts visant à traiter une athérosclérose cardiovasculaire avérée et d'importance clinique, et à prévenir ou à retarder la survenue des manifestations de la maladie[2] ».
ÉCIM : événements cardiovasculaires indésirables majeurs

Tableau 3. Raison d'être des recommandations de traitement jusqu'aux valeurs cibles*

2023, PEER[4]	2021, SCC[2]
Les deux stratégies – traitement jusqu'aux valeurs cibles ou prise de statines aux doses éprouvées – sont d'une efficacité similaire quant à la réduction du risque de MCV. Lors d'une étude récente de non-infériorité, l'utilisation de statines à fortes doses ne s'est pas avérée inférieure à une stratégie de traitement jusqu'aux valeurs cibles chez des patients présentant une coronaropathie sous-jacente[18]. Notons par ailleurs que les résultats des tests de dosage des lipides varient au cours du temps (de 10 à 20 %), que les tests et les discussions des résultats exigent du temps et des ressources, et que les valeurs cibles sont difficiles à atteindre.	Les données probantes font état d'une association entre les taux inférieurs de C-LDL et le risque moindre d'événements liés à l'athérosclérose cardiovasculaire. Les données issues d'études comparatives randomisées étayent un bienfait absolu supérieur du traitement chez les patients qui présentaient un risque absolu accru. Pour la prévention secondaire, aucune valeur cible claire du taux de C-LDL (ou de C-non-HDL ou d'ApoB) n'a pu être établie à la suite des études comparatives randomisées, car des valeurs seuils ont été utilisées pour l'instauration ou l'intensification du traitement, et les doses de statines ou des autres agents étaient fixes. Les cibles lipidiques peuvent faciliter l'optimisation du traitement hypolipémiant par les cliniciens, servir à prouver l'efficacité du traitement chez les patients et les encourager à observer leur traitement[11].

* Le concept des « valeurs seuils du traitement pour la phase d'intensification » a été introduit dans les lignes directrices de la SCC de 2021.

21. Seules les statines font l'objet de données probantes substantielles étayant leur bienfait pour la prévention primaire et secondaire des événements cardiovasculaires indésirables majeurs (ÉCIM), et de la mortalité d'origine cardiovasculaire ou toutes causes confondues[19].
    - Les risques relatifs de ces issues dans le cadre de la prévention cardiovasculaire primaire étaient respectivement de 0,75 (IIQ : 0,73 à 0,78), 0,83 (IIQ : 0,81 à 0,90) et 0,91 (IIQ : 0,87 à 0,91) d'après une revue systématique de 76 revues systématiques portant sur les traitements hypolipémiants utilisés pour la prévention des MCV en soins primaires[19]. L'intervalle interquartile (IIQ) est une mesure de la dispersion des données entre les 25e et 75e percentiles de la variable[20].

Données probantes en faveur des traitements autres que les statines

22. Les données probantes à l'appui de l'utilisation d'agents différents des statines pour la prévention primaire portent sur les agents suivants :
    a) L'ézétimibe : une revue systématique portant précisément sur des patients atteints d'hypercholestérolémie familiale n'a pas montré d'amélioration des taux d'ÉCIM[19].
    b) Les inhibiteurs de la PCSK9 : aucune étude comparative randomisée n'appuie leur utilisation dans l'objectif de réduire les événements de l'athérosclérose cardiovasculaire dans cette population[6].
    c) L'ester éthylique d'acide eicosapentaénoïque purifié (icosapent éthyl) : une réduction des taux d'ÉCIM et de mortalité d'origine cardiovasculaire a été notée chez les patients atteints de diabète, présentant ≥ 1 facteur de risque d'athérosclérose cardiovasculaire et un taux de triglycérides compris entre 1,5 et 5,6, et prenant une statine; toutefois, un risque accru de fibrillation auriculaire et d'hémorragie a été rapporté[15].
    d) Les chélateurs des acides biliaires : l'association de ces agents à des statines n'a fait l'objet d'aucune étude comparative randomisée; par ailleurs, nous ne disposons pas de données probantes uniformes faisant état des avantages de leur utilisation en monothérapie pour la prévention des ÉCIM, de la mortalité cardiovasculaire ou toutes causes confondues d'après des études menées avant la commercialisation des statines[19]. Les chélateurs des acides biliaires réduisent le taux de C-LDL[11].
    e) Les fibrates : les résultats d'une revue systématique englobant 3 revues systématiques (n = 16 112 à 46 099 participants) ont montré dans l'ensemble une réduction des taux d'ÉCIM, mais n'ont fait état d'aucun avantage quant à la mortalité cardiovasculaire ou toutes causes confondues. L'association de fibrates à une statine ne s'est avérée bénéfique pour aucun des événements évalués[19].

23. Les données probantes à l'appui de l'utilisation d'agents différents des statines pour la prévention secondaire portent sur les agents suivants :

a) L'ézétimibe : une étude comparative randomisée a montré une réduction de 2 % des taux d'ÉCIM et de mortalité cardiovasculaire comparativement à un placebo lorsque l'ézétimibe a été associé à une statine chez des patients ayant récemment subi un syndrome coronarien aigu (32,7 % vs 34,7 %) : nombre de sujets à traiter (NNT) de 50 sur 7 ans[2].
b) Les inhibiteurs de la PCSK9 : une méta-analyse (n = 23 études) a montré une réduction du taux d'ÉCIM (risque relatif [RR] de 0,83; IC à 95 % : 0,78 à 0,88), mais non du taux de mortalité toutes causes confondues lorsque les inhibiteurs de la PCSK9 étaient associés à une statine[2]. Les patients exposés au risque le plus élevé sont ceux qui bénéficient le plus des inhibiteurs de la PCSK9. Il s'agirait des patients ayant récemment subi un événement coronarien aigu ou présentant une athérosclérose cardiovasculaire associée à d'autres facteurs qui augmentent le risque de MCV, notamment : diabète sucré ou syndrome métabolique, antécédents d'infarctus du myocarde ou de pontage aortocoronarien, maladie polyvasculaire, maladie artérielle périphérique symptomatique, taux de Lp(a) ≥ 60 mg/dL, taux de C-LDL ≥ 2,6 ou hypercholestérolémie familiale hétérozygote[2].
c) Il existe peu de données probantes en faveur de l'une ou l'autre classe thérapeutique en monothérapie pour les personnes intolérantes aux statines[4].

OBSTACLES AU TRAITEMENT PAR UNE STATINE

24. Les seuls effets indésirables associés au traitement par une statine, appuyés par des données probantes fiables, sont les myopathies, le diabète sucré et un taux excédentaire probable d'AVC hémorragiques. Les risques sont plus élevés dans certaines circonstances, mais comparativement aux avantages absolus, ces risques restent négligeables[21].

Symptômes musculaires associés aux statines (SMAS)

25. Les plaintes de nature musculaire sont les effets secondaires le plus rapportés par les patients prenant des statines[22]. Sur 100 patients sous statine, 15 % signalent des symptômes musculaires comparativement à 14 % de ceux sous placebo. Après un an, la différence n'est pas statistiquement significative[23].

26. Lorsque des patients signalent des troubles musculaires non graves dans le cadre de leur traitement par une statine, il est préférable de leur prescrire une statine à n'importe quelle dose plutôt qu'un traitement hypolipémiant autre qu'une statine, dans la mesure du possible[4]. Les options, fondées sur une prise de décision conjointe, comprennent : poursuivre le traitement par la même statine prise à une dose différente; prendre la statine un jour sur deux; changer de statine [preuves de qualité élevée][4].
    - Pendant les communications avec les patients, il importe de souligner le fait que la prise d'une nouvelle statine n'entraînera pas forcément les mêmes symptômes, en particulier si la statine a été remplacée ou que sa dose a été réduite[16].

27. Plusieurs descripteurs peuvent être employés pour désigner les myalgies, notamment des douleurs musculaires, la fatigue, des crampes ou une faiblesse[24].
    a) Il est souvent difficile de prouver un lien de causalité, car les troubles myopathiques peuvent également être provoqués par divers facteurs, notamment l'alcool, les opioïdes (y compris le sevrage), les anti-inflammatoires, les analgésiques et les fibrates, ainsi que par des affections médicales telles que l'hypothyroïdie et la carence en vitamine D[25].
    b) Les patients atteints de SMAS ne présentent généralement pas des taux accrus de CK[25]. Le spectre des symptômes musculaires associés aux statines peut aller de la myalgie, avec taux de CK normaux, à la myonécrose, qui s'accompagne de taux élevés de CK, dont les cas les plus graves sont la rhabdomyolyse[22]. La rhabdomyolyse peut entraîner une atteinte rénale aiguë[22]. La prévalence estimée de la rhabdomyolyse clinique due aux statines est de moins de 1 personne sur 10 000 traitées, et ce, sur une période de 5 ans[16].
    c) Bien que rare, la myopathie auto-immune associée aux statines peut être déclenchée par la prise de statines; par ailleurs, les statines peuvent aggraver des troubles neuromusculaires intrinsèques (p. ex. les affections du neurone moteur)[25].

Intolérance aux statines

28. D'après la National Lipid Association (É.-U.), « avant de considérer qu'un patient est intolérant aux statines, il faut avoir essayé au moins deux statines, dont au moins une à raison de la dose quotidienne la plus faible approuvée[24] ». Selon la population étudiée, « la fréquence de l'intolérance aux statines (partielle ou complète) varie entre 5 % et 30 %[24] ».
    a) Pour les patients ayant pris des statines dans le cadre de la prévention primaire, chez qui la reprise d'une statine

n'est pas tolérée, les lignes directrices du groupe PEER déconseillent les pharmacothérapies sans statines étant donné le manque de données probantes en faveur des médicaments autres que des statines pour la prévention primaire[4].

b) Dans le cadre de la prévention secondaire, les patients qui ne tolèrent pas une statine à forte dose doivent prendre la dose la plus élevée qu'ils tolèrent [forte recommandation, preuves de qualité élevée][2]. Si le patient est intolérant aux statines, compte tenu du risque accru de maladie récurrente, il convient de discuter de l'utilisation de l'ézétimibe, des fibrates ou des inhibiteurs de la PCSK9 [preuves de faible qualité][4].
   - L'icosapent éthyl ne doit être envisagé que dans le cadre de la prévention secondaire, après l'essai des options précitées en raison de ses effets indésirables possibles (tableau 2)[4].
   - Aucun de ces médicaments différents des statines n'a été adéquatement étudié en monothérapie auprès de personnes intolérantes aux statines[4].
   - Même lorsqu'un patient a commencé à prendre un autre médicament qu'une statine, il faut continuer d'essayer de trouver une statine qu'il pourra tolérer[24].

CONSIDÉRATIONS CONCERNANT LES POPULATIONS PARTICULIÈRES

Adultes de plus de 75 ans

29. Dans le cadre de la prévention primaire, le bilan lipidique et le calcul du risque de MCV ne sont pas recommandés chez les patients de plus de 75 ans, car les avantages de l'instauration d'un traitement par une statine ne sont pas clairs dans cette population [preuves de qualité modérée][4]. En outre, les calculateurs de risque sont moins précis quant à la prévision du risque chez les adultes de plus de 75 ans[26].
    a) Il n'est pas suggéré d'instaurer un traitement par une statine en prévention primaire chez les patients de plus de 75 ans. Toutefois, il pourrait être raisonnable de discuter des risques et des avantages du recours aux statines chez certains patients en bonne santé générale [preuves de qualité modérée][4].
    b) Les données d'une vaste revue systématique ont montré que l'instauration d'un traitement par une statine chez les patients âgés de plus de 75 ans n'avait pas d'effet significatif sur la réduction du risque d'événements cardiovasculaires futurs[6].

30. Chez les patients de plus de 75 ans qui ont des antécédents d'événements cardiovasculaires, il est recommandé d'instaurer un traitement par une statine en discutant de ses risques et de ses avantages [preuves de qualité élevée][4].
    - Les données d'une vaste revue systématique ont montré que, dans le cadre de la prévention secondaire chez les personnes âgées de plus de 75 ans, les statines entraînaient une réduction relative de 20 % des ÉCIM[6]. Les revues systématiques portant sur des participants de plus de 75 ans prenant une statine dans le cadre de la prévention secondaire ont fait état d'une réduction relative de ≥ 20 % des taux de mortalité cardiovasculaire et toutes causes confondues[6].

31. Il n'est pas recommandé d'arrêter une statine ou de réduire sa dose lorsque ce traitement est toléré, pour le simple motif que le patient a plus de 75 ans, et ce, tant en prévention primaire que secondaire[4]. En outre, il n'est pas recommandé de modifier la prescription de statines seulement en raison d'inquiétudes liées à la cognition [preuves de faible qualité][4].

Hypertriglycéridémie

32. L'hypertriglycéridémie légère à modérée, un aspect courant du syndrome métabolique, peut être due à « de multiples variants génétiques à faible effet » ou être secondaire à plusieurs maladies, notamment une insuffisance rénale chronique, le diabète sucré ou l'hypothyroïdie, ou encore à la prise de certains médicaments (p. ex. glucocorticoïdes, diurétiques et bêtabloquants)[27].

33. Les taux de triglycérides en soi ne suscitent pas d'inquiétudes, à moins qu'ils ne soient très élevés. Chez les patients dont les taux de triglycérides sont compris entre 10,1 et 20,0, le risque de pancréatite aiguë est d'environ 1,5 % sur 5 ans[28].
    a) Aucun consensus n'a été établi quant au taux de triglycérides à atteindre (compris entre ≥ 5,6 et ≥ 11,2) avant d'envisager un traitement[28].
    b) Les fibrates sont les hypotriglycéridémiants les plus puissants[29]; toutefois, aucune étude comparative randomisée n'a évalué leur effet sur la réduction du risque de pancréatite chez les patients dont les taux de triglycérides sont ≥ 5,6[28]. En ce qui concerne les issues de l'athérosclérose cardiovasculaire, les fibrates n'ont eu des effets bénéfiques

que sur les ÉCIM lorsqu'ils étaient pris en monothérapie, et non sur la mortalité cardiovasculaire ou toutes causes confondues (Renseignements généraux, point 22e)[19].

c) Il est recommandé d'orienter les patients présentant une hypertriglycéridémie vers un diététiste afin qu'ils reçoivent des conseils nutritionnels personnalisés[29], et qu'ils soient encouragés à accroître leur niveau d'activité physique et à réduire leur consommation d'alcool[28].

Dyslipidémies héréditaires

34. La fréquence des principales dyslipidémies héréditaires au Canada est de 1 sur 40 selon des estimations prudentes, mais leur taux est plus élevé au sein de la population québécoise[8]. La dyslipidémie héréditaire la plus courante est l'hyperlipidémie familiale mixte[8].
    a) Un taux de C-LDL ≥ 5,0 (ou un taux de C-non-HDL ≥ 5,8 ou un taux d'ApoB ≥ 1,45 g/L) indique probablement une dyslipidémie d'origine génétique. De telles valeurs lipémiques sont considérées par la SCC comme une « affection pour laquelle des statines sont indiquées[2] ».
    b) D'autres indicateurs puissants sont les antécédents familiaux de MCV précoce et la présence d'un arc cornéen avant l'âge de 65 ans, ou encore de xanthomatose tendineuse[8]. Le calculateur CardioRisk (https://www.circl.ubc.ca/english/web_fh.html) propose des critères de diagnostic de l'hypercholestérolémie familiale.
    c) Lorsqu'une dyslipidémie héréditaire est avérée, les patients doivent comprendre leur risque, être encouragés à discuter de leur diagnostic avec les membres de leur famille et de recommander à ces derniers de se faire également tester[8].
    d) Une discussion approfondie sur les différents types de dyslipidémies héréditaires et leur traitement dépasse le cadre de ce module. Les patients qui en sont atteints pourraient bénéficier de l'orientation chez un spécialiste si cela est possible.

POINTS CLÉS

- Les taux de lipides non à jeun sont plus pratiques et conviennent au calcul du risque global de MCV. Si les taux de triglycérides sont > 4,5, il faudrait envisager de les remesurer à jeun car les taux de C-LDL ne sont pas fiables.
- Pour la prévention primaire, utiliser l'outil simplifié d'aide aux décisions sur les risques cardiovasculaires du groupe PEER (https://decisionaid.ca/cvd) pour estimer le risque, sauf si le patient présente un taux de C-non-HDL ≥ 5,8 (ce qui peut indiquer une hypercholestérolémie familiale), auquel cas le calculateur sous-estime le risque.
- Les statines sont les seuls hypolipémiants qui réduisent les taux d'ÉCIM, de mortalité d'origine cardiovasculaire et de mortalité toutes causes confondues dans le cadre de la prévention primaire et secondaire.
- Il convient de discuter des statines à dose modérée avec les personnes présentant un risque intermédiaire, et des statines à forte dose avec les personnes présentant un risque élevé.
- Les affections pour lesquelles des statines sont indiquées dans le cadre de la prévention primaire sont l'insuffisance rénale chronique, le diabète sucré (en cas de maladie microvasculaire, si le patient a ≥ 40 ans, ou si le patient a ≥ 30 ans et est diabétique depuis ≥ 15 ans), un anévrisme de l'aorte abdominale de > 3 cm, et un taux de C-LDL ≥ 5,0 (ou un taux de C-non-HDL ≥ 5,8).
- La véritable intolérance aux statines est rare. En cas d'intolérance, il est recommandé de reprendre le traitement à raison d'une dose inférieure, de prendre une statine tous les deux jours ou de changer de statine. Les traitements hypolipémiants autres que les statines ne sont pas recommandés dans le cadre de la prévention primaire.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Dona, 59 ans

Quels autres renseignements seraient utiles aux fins de votre évaluation clinique?

Il conviendrait de vérifier que Dona n'a pas d'autres antécédents médicaux significatifs, et de vérifier si ses taux d'HbA1c ont déjà été mesurés ou si elle a des antécédents de prédiabète. Vous pourriez demander à Dona :

- si elle mesure sa tension artérielle en dehors du cabinet médical (p. ex., à domicile), et si le périndopril lui cause des effets secondaires;
- si elle présente un symptôme évoquant l'atteinte d'un organe cible d'origine hypertensive;
- si elle prend des médicaments en vente libre, des médicaments à base de plantes ou des médicaments classiques;
- si elle consomme de l'alcool, du cannabis ou toute autre substance;
- de vous décrire son alimentation (y compris sa consommation de sel) et son niveau d'activité physique, et si son poids a changé récemment.

L'examen physique inclurait la mesure de la tension artérielle, du poids, de la taille et du tour de taille. Vous effectueriez un examen cardiovasculaire en notant tout stigmate d'une dyslipidémie tel que la xanthomatose ou l'arc cornéen (Renseignements généraux, point 6), et lui feriez passer tout autre examen pertinent en fonction de ses antécédents médicaux.

Deuxième partie

Comment organiseriez-vous la prise en charge actuelle et le suivi de Dona?

Il serait essentiel que la prise de décisions soit conjointe et éclairée. Il serait utile de faire part à Dona de l'évaluation de son risque de MCV sur 10 ans (Renseignements généraux, points 11, 12) pour entamer la conversation sur la réduction et la prise en charge du risque. À l'aide de l'outil simplifié d'aide aux décisions sur les risques cardiovasculaires du groupe PEER, il serait possible de montrer à Dona que l'adoption d'un régime méditerranéen et la pratique d'activité physique peuvent réduire son risque sur 10 ans de 21,2 % à 11,1 %, la faisant passer d'un risque élevé à un risque intermédiaire (Renseignements généraux, points 11, 12, 15). Vous l'encourageriez à augmenter son niveau d'activité physique et insisteriez sur le fait que l'observance est probablement plus importante que d'autres aspects du programme d'exercice comme le type ou l'intensité des exercices (Renseignements généraux, point 14). Vous passeriez en revue avec Dona le feuillet destiné aux patients (« Patients en bonne santé et prise en charge du cholestérol »), ainsi que les ressources à sa disposition pour l'aider à prendre en charge son hypertension. Vous envisageriez d'orienter Dona vers un diététiste si cela est possible.

Le groupe PEER et la Société canadienne de cardiologie (SCC) recommanderaient à Dona d'envisager de commencer à prendre une statine, de préférence à forte dose (tableau 2; annexe 1). Vous discuteriez des avantages et des risques éventuels de la prise de statines, y compris leurs effets secondaires possibles et les obstacles à l'observance du traitement (Renseignements généraux, point 24; annexe 2). L'ajout d'une statine à forte dose au régime méditerranéen et à l'activité physique réduirait davantage le risque de Dona à 7,2 %. Si Dona accepte de suivre une pharmacothérapie, il serait raisonnable de commencer par une dose inférieure et de l'augmenter selon la tolérance. Il conviendrait de lui expliquer qu'une fois qu'elle commence à prendre une statine, ses taux de lipides n'ont plus besoin d'être mesurés et qu'aucune autre analyse de sang ne sera nécessaire comme point de référence (Renseignements généraux, point 18; tableau 3). Vous insisteriez sur le fait que la prise du médicament (statine) vise avant tout à réduire son risque cardiovasculaire et pas seulement son taux de cholestérol. Vous envisageriez une autre consultation (par téléphone ou en personne) dans un mois pour évaluer la tolérabilité et l'observance du traitement, et pourriez augmenter sa dose, à moins qu'elle ait commencé par une forte dose de statine.

Si Dona opte pour des modifications du régime alimentaire et de l'activité physique plutôt que pour la prise d'un médicament, et compte tenu de son âge, de ses affections médicales actuelles et de sa catégorie de risque élevé, il conviendrait de réévaluer régulièrement les variations de ses facteurs de risque cardiovasculaire (tension artérielle, HbA1c, tabagisme et lipides éventuellement) en vous basant sur votre jugement clinique quant à savoir si ces résultats modifieraient la prise en charge (p. ex. la patiente veut connaître les effets des modifications du mode de vie avant d'accepter de commencer à prendre un médicament). Si les taux de lipides sont remesurés, ces analyses doivent s'inscrire dans le cadre d'une réévaluation complète du risque cardiovasculaire.

Cas numéro 2 : Sami, 51 ans

Quels autres renseignements seraient utiles?

Vous pourriez interroger Sami sur ses symptômes de douleur musculaire en recueillant notamment des précisions sur le moment de leur apparition par rapport à l'instauration de la statine, leur intensité, leur fréquence, leurs changements au fil du temps et l'incidence de la douleur sur sa vie quotidienne. Vous prendriez également en considération tout antécédent de blessure, d'affection récente, tout changement dans ses niveaux d'activité et toute autre plainte musculosquelettique ou rhumatologique.

Vous vérifieriez si Sami prend des médicaments en vente libre ou des suppléments à base de plantes et s'il a connaissance d'antécédents familiaux de plaintes de nature musculaire liées à la prise de statines (Renseignements généraux, point 19).

L'examen physique comprend la mesure de sa tension artérielle, de son poids/IMC et de son tour de taille, selon la date à laquelle les dernières mesures ont été effectuées (Renseignements généraux, point 6). Vous effectueriez un examen du

dos, des genoux et des hanches, ainsi qu'un bref examen neurologique et vasculaire des membres inférieurs.

Deuxième partie

Quelle serait votre approche avec Sami? Que répondriez-vous à sa demande d'analyses de sang?

Vous commenceriez par expliquer à Sami que la probabilité réelle que ses troubles musculaires soient liés à la statine est faible (Renseignements généraux, point 25). Vous discuteriez ensuite des options possibles, à savoir la prise de la statine à une dose inférieure ou un jour sur deux (Renseignements généraux, point 26). S'il s'avère que Sami présente une véritable intolérance aux statines ou s'il refuse de continuer à prendre une statine ou à essayer d'en ajuster la dose, un médicament d'une autre classe ne serait pas recommandé dans le cadre de la prévention primaire (Renseignements généraux, point 22; tableau 2).

Il n'est pas nécessaire de mesurer les taux de créatine kinase car ses symptômes musculaires sont légers et n'entravent pas ses activités quotidiennes (Renseignements généraux, point 27b). Ce serait l'occasion de discuter de ses habitudes alimentaires et de son activité physique (Renseignements généraux, points 14, 15) en réexaminant tout obstacle à l'intégration de l'activité physique dans sa vie quotidienne, après avoir pris en charge les symptômes musculaires présents à ce moment-là.

Vous lui expliqueriez qu'une fois qu'il commence à prendre une statine, il n'est pas recommandé de refaire des analyses, car les taux de cholestérol changent lentement et peuvent varier jusqu'à 20 % entre deux analyses rapprochées (tableaux 1 et 3). Toutefois, une prise de décision conjointe serait importante au moment d'envisager cette demande.

Cas numéro 3 : Michaël, 76 ans

Que recommanderiez-vous?

Vous pourriez apaiser les inquiétudes de Michaël concernant la poursuite du traitement par une statine, sauf pour ce qui est des troubles de la mémoire. Vous lui demanderiez s'il présente des troubles de la mémoire à l'origine de ses inquiétudes. Vous lui expliqueriez les risques et les avantages globaux de la poursuite du traitement par une statine malgré son âge et en dépit des résultats normaux de ses analyses de sang récentes (Renseignements généraux, points 24, 30; annexe 2), en tenant compte de ses antécédents médicaux et de ses objectifs de soins. Bien que le lien entre la prise des statines et la perte de mémoire ne soit pas étayé par des données probantes (Renseignements généraux, point 31), une évaluation plus approfondie s'imposerait si Michaël constate des changements significatifs.

Il serait important de relancer la discussion sur ses efforts d'abandon du tabagisme (Renseignements généraux, point 13; feuillet destiné aux patients). Vous discuteriez de l'incidence du tabagisme sur sa santé et ses objectifs. Vous feriez le point sur ses tentatives d'arrêter de fumer et tout obstacle rencontré. Pour obtenir des conseils sur l'abandon du tabagisme, consultez le module du PABP intitulé « Abandon du tabagisme et réduction des effets nocifs liés au tabac » (août 2018) disponible au https://members.fmpe.org.

En quoi votre prise en charge serait-elle différente s'il avait 85 ans?

Si Michaël tolérait la statine et que son fonctionnement n'en était pas affecté, il conviendrait de poursuivre le traitement par la statine (Renseignements généraux, point 31) si cette stratégie concorde avec ses objectifs de soins, ses valeurs et ses préférences. Vous pourriez lui reparler des méfaits de la poursuite du tabagisme et lui offrir du soutien.

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **https://members.fmpe.org/modulefeedback.**

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

Auteure : **Rejina Kamrul, M.D., CCMF, FCMF**
Médecin de famille
Regina, Saskatchewan

Réviseurs : **Rahul Jain, M.D., CCMF, M. Sc. en santé communautaire, FCMF**
Professeur agrégé, département de médecine familiale et communautaire, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto
Toronto, Ontario

Michael Kolber, M.D., CCMF, M. Sc.
Professeur, département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta
Edmonton, Alberta

Rédactrice médicale en chef :
Elizabeth Shaw, M.D., CCMF (médecine des toxicomanies), FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules :
Maryam Fereig, M. Sc. S.
Hamilton, Ontario

Réviseure : **Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Karen Burgess (St. Clements, Ontario), Laura Jewell (Peterborough, Ontario) et Marina Malak (Mississauga, Ontario), qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes du PABP facilités par Andrea Mok (London, Ontario), Bart Steele (Winchester, Ontario) et Ehab Wassif (Niagara Falls, Ontario), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Rejina Kamrul, Rahul Jain, Michael Kolber, Elizabeth Shaw et Maryam Fereig n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni les programmes d'apprentissage basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en novembre 2024.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes : https://members.fmpe.org.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modérés Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les preuves provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas. • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des données probantes appuyant une question précise est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé.

Sources :

1) Canadian Task Force on Preventive Health Care Quality of Evidence. https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/

2) US Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

GRADE DES RECOMMANDATIONS

Force de la recommandation*	Formulation habituelle dans la ligne directrice	Pour le clinicien	À l'intention du patient
Forte	« L'organisme recommande… »	La plupart des personnes devraient bénéficier du plan d'action de la recommandation.	La plupart des patients dans cette situation souhaiteraient bénéficier du plan d'action de la recommandation.
Conditionnelle	« L'organisme suggère… »	Des choix différents conviendraient à différents patients, selon leur situation clinique, leurs valeurs/préférences et la qualité des données probantes disponibles. Des facteurs contextuels comme le statut du remboursement des médicaments, le soutien financier et le soutien personnel, etc. entreront également en ligne de compte. Les outils d'aide aux prises de décisions peuvent être utiles dans ces situations.	La plupart des patients dans cette situation souhaiteraient bénéficier du plan d'action suggéré, mais de nombreux patients ne le souhaiteraient pas. Les cliniciens peuvent aider les patients à prendre des décisions en fonction de leurs valeurs, de leurs préférences et d'autres facteurs. Un outil officiel d'aide aux prises de décisions peut être utilisé.
Absence de recommandation	« L'organisme n'émet aucune recommandation… »	La confiance à l'égard de l'estimation de l'effet est trop faible pour permettre à l'organisme d'émettre une recommandation.	La décision de poursuivre un certain plan d'action peut être fondée uniquement sur les valeurs et les préférences du patient, notamment si le plan d'action entraîne peu d'effets secondaires et n'occasionne pas une utilisation peu judicieuse des ressources.
Déclarations en matière de bonnes pratiques • Il s'agit de déclarations étayées par des données indirectes et dont la mise en œuvre devrait avoir des effets favorables. • La collecte de données probantes visant à étayer ces déclarations ne constituerait pas une utilisation judicieuse des ressources.			
*** Remarque :** La force des recommandations d'un organisme dépend généralement de la qualité des données probantes à l'appui, du juste équilibre entre les effets souhaitables et indésirables, des valeurs et préférences des patients et de l'utilisation judicieuse des ressources nécessaires à l'intervention.			

Sources :

1) Canadian Task Force on Preventive Health Care Quality of Evidence. https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/

2) *AGA clinical practice guidelines on the management of mild-to-moderate ulcerative colitis*. 2019. https://www.gastrojournal.org/article/s0016-5085(18)35407-6/fulltext

3) Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, et al. Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance. *BMJ Evid Based Med* 2023;28(3):189-196. http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2022-111962.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Statistics Canada. *Leading causes of death, total population, by age group*. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039401.
2. Pearson GJ, Thanassoulis G, Anderson TJ, et al. 2021 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in adults. *Canadian Journal of Cardiology.* 2021;37:1129-50. PMID 33781847
3. Spohn O, Morkem R, Singer AG, Barber D. Prevalence and management of dyslipidemia in primary care practices in Canada. *Canadian Family Physician.* 2024;70:187-96. PMID 38499368

4. Kolber MR, Klarenbach S, Cauchon M, et al. PEER simplified lipid guideline 2023 update: prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Canadian Family Physician.* 2023;69:675-86. PMID 37833089

5. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ.* 2023;380:e072953-e. PMID 36596571

6. *PEER simplified lipid guideline 2023 update: Appendix 1.* https://www.cfp.ca/content/cfp/suppl/2023/10/10/69.10.675.DC1/Appendix_1_COI_recommendation_details_supplemental_questions.pdf.

7. Wittmer R, Theriault G, Lafortune FD, et al. Modified tool designed to ease guideline choices: simplified version of Guideline Trustworthiness, Relevance, and Utility Scoring Tool (G-TRUST) for physicians in practice. *Canadian Family Physician.* 2024;70:372-6. PMID 38886079

8. Hamata BM, Francis GA. When are your patients' abnormal lipid levels not their fault? *BC Medical Journal.* 2015;57(1):18-22. https://bcmj.org/sites/default/files/BCMJ_57_Vol1_lipid_levels.pdf.

9. *Peer simplified cardiovascular decision aid.* https://decisionaid.ca/cvd/.

10. *Peer Simplified Cardiovascular Decision Aid: Faq.* https://decisionaid.ca/cvd/faq.html.

11. Anderson TJMD, Grégoire JMD, Pearson GJP, et al. 2016 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Canadian Journal of Cardiology.* 2016;32:1263-82. PMID 27712954

12. Barone Gibbs B, Hivert M-F, Jerome GJ, et al. Physical activity as a critical component of first-line treatment for elevated blood pressure or cholesterol: who, what, and how?: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension.* 2021;78. PMID 34074137

13. Widmer RJ, Flammer AJ, Lerman LO, Lerman A. The Mediterranean diet, its components, and cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine.* 2015;128:229-38. PMID 25447615

14. Paradis C, Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sherk, A., & the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. *Canada's guidance on alcohol and health: final report.* Ottawa, Ontario: Canadian Centre on Substance Use and Addiction;2023.

15. Bhatt DL, Steg PG, Miller M, et al. Cardiovascular risk reduction with icosapent ethyl for hypertriglyceridemia. *New England Journal of Medicine.* 2019;380:11-22. PMID 30415628

16. Warden BA, Guyton JR, Kovacs AC, et al. Assessment and management of statin-associated muscle symptoms (SAMS): a clinical perspective from the National Lipid Association. *Journal of Clinical Lipidology.* 2023;17:19-39. PMID 36115813

17. Regier L, Kosar L, Jensen B. *Lipid lowering therapy: drug comparison chart*. April 2024. https://www.rxfiles.ca/rxfiles/.

18. Hong S-J, Lee Y-J, Lee S-J, et al. Treat-to-target or high-intensity statin in patients with coronary artery disease. *JAMA.* 2023;329:1078. PMID 36877807

19. Dugré N, Lindblad AJ, Perry D, et al. Lipid-lowering therapies for cardiovascular disease prevention and management in primary care. *Canadian Family Physician.* 2023;69:701-11. PMID 37833094

20. Bensken WP, Pieracci FM, Ho VP. Basic Introduction to statistics in medicine, part 1: describing data. *Surgical Infections.* 2021;22:590-6. PMID 34270357

21. Collins R, Reith C, Emberson J, et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *The Lancet.* 2016;388:2532-61. PMID 27616593

22. Rosenson RS, Baker SK, Jacobson TA, Kopecky SL, Parker BA. An assessment by the Statin Muscle Safety Task Force: 2014 update. *Journal of Clinical Lipidology.* 2014;8:S58-S71. PMID 24793443

23. Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Effect of statin therapy on muscle symptoms: an individual participant data meta-analysis of large-scale, randomised, double-blind trials. *The Lancet.* 2022;400:832-45. PMID 36049498

24. Cheeley MK, Saseen JJ, Agarwala A, et al. NLA scientific statement on statin intolerance: a new definition and key considerations for ASCVD risk reduction in the statin intolerant patient. *Journal of Clinical Lipidology.* 2022;16:361-75. PMID 35718660

25. Iatan I, Mancini GBJ, Yeoh E, Hegele RA. Statin associated muscle symptoms (SAMS): strategies for prevention, assessment and management. *Expert Review of Cardiovascular Therapy.* 2023;21:423-35. PMID 37212306

26. Nanna MG, Peterson ED, Wojdyla D, Navar AM. The accuracy of cardiovascular pooled cohort risk estimates in u.s. older adults. *Journal of General Internal Medicine.* 2020;35:1701-8. PMID 31667745

27. Chait A. Hypertriglyceridemia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America.* 2022;51:539-55. PMID 35963627

28. MacDonald BJ, Garrison SR, Turgeon RD. Reducing pancreatitis risk in patients with hypertriglyceridemia. *Canadian Family Physician.* 2023;69:849. PMID 38092449

29. Mszar R, Bart S, Sakers A, Soffer D, Karalis DG. Current and emerging therapies for atherosclerotic cardiovascular disease risk reduction in hypertriglyceridemia. *Journal of Clinical Medicine.* 2023;12. PMID 36835917

ANNEXE 1. Algorithme de traitement

Lignes directrices simplifiées du groupe PEER sur les lipides, 2023 : Résumé

Démarche simplifiée Prise de décisions conjointe Réduire le nombre de tests inutiles

Algorithme de traitement

(sauf l'hypercholestérolémie familiale)

Prévention primaire (aucun antécédent de MCV)

Hommes de 40 à 75 ans
Femmes de 50 à 75 ans

ou

Facteur de risque majeur
(exemples : antécédents familiaux, diabète, tabagisme)

Prévention secondaire
(antécédents de MCV)

Calculer le risque cardiovasculaire sur 10 ans du patient*

Risque < 10 %	Risque de 10 à 19 %	Risque ≥ 20 %
Encourager un mode de vie sain†. Proposer de réévaluer le risque cardiovasculaire dans 5 à 10 ans.	Encourager un mode de vie sain†. Proposer de discuter des statines (de préférence à dose modérée).	Encourager un mode de vie sain†. Recommander de discuter des statines (de préférence à forte dose).

* Niveaux de risque basés sur le score de Framingham, le seul calculateur du risque sur 10 ans validé au Canada.

† Les modifications du mode de vie se rapportent à l'abandon du tabagisme, à l'activité physique et à l'adoption du régime méditerranéen.

MCV : maladie cardiovasculaire
AEP : acide eicosapentaénoïque
PCSK9 : proprotéine convertase subtilisine-kexine de type 9

Statine instaurée?

Non

- Suggérer de réévaluer le risque cardiovasculaire dans 5 à 10 ans, ou plus tôt si les facteurs de risque changent.

Oui

- Pas d'autre bilan lipidique.
- Pas de dosage initial de la créatine kinase ou de l'alanine transaminase, sauf s'il est indiqué sur le plan clinique.

En prévention secondaire, si une réduction supplémentaire du risque cardiovasculaire est souhaitée au-delà de la dose maximale de statine :

- Recommander de discuter de l'ézétimibe ou des inhibiteurs de la PCSK9.
  - ° En raison des effets indésirables, ne suggérer l'ester éthylique d'AEP (icosapent) qu'après avoir envisagé l'ézétimibe ou un inhibiteur de la PCSK9.

Dose de la statine

Statine (mg)	Faible	Modérée	Forte
Atorvastatine	5	10-20	40-80
Pravastatine	10-20	40-80	-
Rosuvastatine	2,5	5-10	20-40
Simvastatine	5-10	20-40	-

Avantages du traitement par une statine

Exemple de patient, risque de MCV sur 10 ans	Traitement par une statine	Réduction du risque relatif	Réduction du risque absolu	Nouveau risque à 10 ans pendant le traitement
20 %	À dose modérée	25 %	5 %	15 %
	À forte dose	35 %	7 %	13 %

Reproduit avec la permission de : Kolber MR, Klarenbach S, Cauchon M, et al. Lignes directrices simplifiées de PEER sur les lipides : actualisation 2023 – Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins primaires. *Le Médecin de famille canadien.* 2023;69:675-86. https://www.cfp.ca/content/69/10/675/tab-cfplus.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2024

ANNEXE 2. Médicaments hypolipémiants

Médicament*	Posologie usuelle			Coût mensuel	Réduction du risque relatif de MCV	Aspects à prendre en considération pour la prescription
Statines	Faible	Modérée	Forte			
Atorvastatine (Lipitor)	5 mg	10–20 mg	40–80 mg	15 $	25 % – 35 %	• Seuls agents hypolipémiants qui réduisent la mortalité toutes causes confondues (d'env. 10 %) • Symptômes musculaires au cours de la première année : 15 % vs 14 % pour le placebo • Peut entraîner un taux accru de troubles hépatiques et de diabète • N'aggravent pas la cognition ou la démence
Fluvastatine (Lescol)	20–40 mg	80 mg	-	35 $ – 75 $		
Lovastatine (Mevacor)	10–20 mg	40–80 mg	-	45 $ – 140 $		
Pravastatine (Pravachol)	10–20 mg	40–80 mg	-	20 $		
Rosuvastatine (Crestor)	2,5 mg	5–10 mg	20–40 mg	15 $		
Simvastatine (Zocor)	5–10 mg	20–40 mg	-	20 $		
Agents autres que les statines						
Ézétimibe (Ezetrol)	Comprimé à 10 mg par jour			15 $	7 %	• Études portant principalement sur son association à des statines dans le cadre de la prévention secondaire • Bien toléré
Inhibiteurs de PCSK9					Env. 15 %	• Études portant principalement sur son association à des statines dans le cadre de la prévention secondaire • Réactions au point d'injection : 3,5 % vs 2,1 % pour le placebo
Alirocumab (Praluent)	Injections sous-cutanées 75 à 150 mg toutes les 2 semaines 300 mg toutes les 4 semaines			565 $		
Évolucumab (Repatha)	Injections sous-cutanées 140 mg toutes les 2 semaines 420 mg toutes les 4 semaines			620 $ – 845 $		
Fibrates					0 %-14 %**	• Augmentation du taux de créatinine sérique (2 à 11 % de plus que le placebo), pancréatite (env. 0,1 % de plus), anomalies dans les tests de la fonction hépatique (env. 5 % de plus) • Diminution des taux d'ÉCIM, mais aucune incidence sur la mortalité d'origine cardiovasculaire ou toutes causes confondues
Bezafibrate (Bezalip)	Comprimé à libération prolongée, 400 mg par jour par voie orale			70 $		
Fénofibrate (Lipidil)	MICRO, formule micronisée, capsule à 200 mg par jour; SUPRA, formule microenrobée, comprimé à 160 mg par jour; EZ, comprimé à 48-145 mg par jour par voie orale			20 $ – 55 $		
Gemfibrozil (Lopid)	Capsule à 300 mg 2 f.p.j. par voie orale Comprimé à 600 mg 2 f.p.j.			30 $ – 70 $		
Icosapent éthyl (Vascepa)	2 g 2 f.p.j. par voie orale			325 $	~Env. 20 %	• Études portant principalement sur son association à des statines • Fibrillation auriculaire (5,3 % vs 3,9 % pour le placebo), saignements graves (2,7 % vs 2,1 % pour le placebo)

*Dénomination commune (marque de commerce); ** 0 % s'il est associé à une statine; jusqu'à 14 % en l'absence de statine; ÉCIM : événements cardiovasculaires indésirables majeurs

Sources : 1) Jensen B, Regier L. *Lipid lowering therapy: drug comparison chart*. 2024; www.RxFiles.ca; **2)** Kolber MR, Klarenbach S, Cauchon M, et al. Lignes directrices simplifiées de PEER sur les lipides : actualisation 2023 – Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins primaires. *Le Médecin de famille canadien*. 2023;69:675-86; **3)** Dugré N, Lindblad AJ, Perry D, et al. Thérapies hypolipidémiantes pour la prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins primaires. *Le Médecin de famille canadien*. 2023;69:701-11; **4)** Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;139:e1046-e81.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2024

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS. N'hésitez pas à reproduire et à faire circuler ce feuillet.

Prise en charge du cholestérol chez les patients en bonne santé

Personnes n'ayant pas subi de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral (AVC)

Votre taux de cholestérol est l'un des nombreux facteurs de risque connus de crise cardiaque ou d'AVC. Les autres facteurs de risque sont l'âge, le sexe, le tabagisme, la tension artérielle et d'autres maladies telles que le diabète.

À quelle fréquence devrais-je faire vérifier mon taux de cholestérol?

Les prestataires de soins de santé vérifiaient autrefois les taux de cholestérol une fois par an. Ils s'en servent aujourd'hui pour évaluer votre risque global de crise cardiaque ou d'AVC.

Comme le taux de cholestérol change lentement, au rythme d'environ 1 % par an, il suffit de le vérifier tous les 5 à 10 ans. Si vous prenez un médicament appelé statine, vous n'avez pas besoin de le faire revérifier. Les statines contribuent à prévenir les crises cardiaques et les AVC, quel que soit votre taux de cholestérol.

Quel est mon risque de crise cardiaque ou d'AVC?

Utilisez le lien https://decisionaid.ca/cvd/ pour consulter l'outil d'aide aux décisions sur les risques cardiovasculaires du groupe PEER et parlez-en à votre prestataire de soins de santé.

Que puis-je faire pour réduire mon risque?

Arrêtez de fumer : c'est probablement la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé. Si vous avez besoin d'aide, parlez-en à un prestataire de soins de santé.

Adoptez un régime méditerranéen : ce régime comprend généralement beaucoup de légumes, de fruits, de poissons, de noix et d'huile d'olive*.

Faites plus d'exercice physique : trouvez une activité que vous aimez et que vous continuerez à pratiquer. Aucun type d'activité physique n'est supérieur à un autre.

Envisagez la prise de médicaments : selon votre risque, votre prestataire de soins de santé pourrait suggérer une statine (p. ex. atorvastatine et rosuvastatine).

Quelle est l'efficacité des statines?

Les statines peuvent réduire de 25 % votre risque de crise cardiaque et d'AVC. Par exemple, si votre risque de crise cardiaque ou d'AVC sur 10 ans est de 20 %, une statine peut le réduire à 15 %. Les statines sont les seuls médicaments contre le cholestérol qui peuvent réduire le risque de décès. Elles sont généralement bien tolérées. Certains patients rapportent des douleurs musculaires, mais celles-ci surviennent aussi souvent avec un placebo (comprimé ne contenant aucun médicament) qu'avec les statines.

Si vous avez des questions sur ces renseignements, consultez l'outil simplifié d'aide aux décisions sur les risques cardiovasculaires du groupe PEER ou parlez à votre prestataire de soins de santé.

* Régime méditerranéen au www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/lipids/DyslipidemiaMedDietTrifoldFINAL508c11Dec2020.pdf

Les renseignements fournis dans cette brochure sont basés sur les recommandations contenues dans la mise à jour de 2023 des Lignes directrices simplifiées de PEER sur les lipides.

Reproduit avec la permission de : Kolber MR, Klarenbach S, Cauchon M, et al. Lignes directrices simplifiées de PEER sur les lipides : actualisation 2023 – Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins primaires. *Le Médecin de famille canadien.* 2023;69:675-86. https://www.cfp.ca/content/69/10/675/tab-cfplus.

Novembre 2024

La Fondation pour l'éducation médicale continue