

# Dyslipidémies en 2014

## Recommandations

**Pr Jean Ferrières**

Secrétaire Général de la Société Française de Cardiologie  
Service de Cardiologie B, CHU de Toulouse



cet intervenant :

✓ a déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt

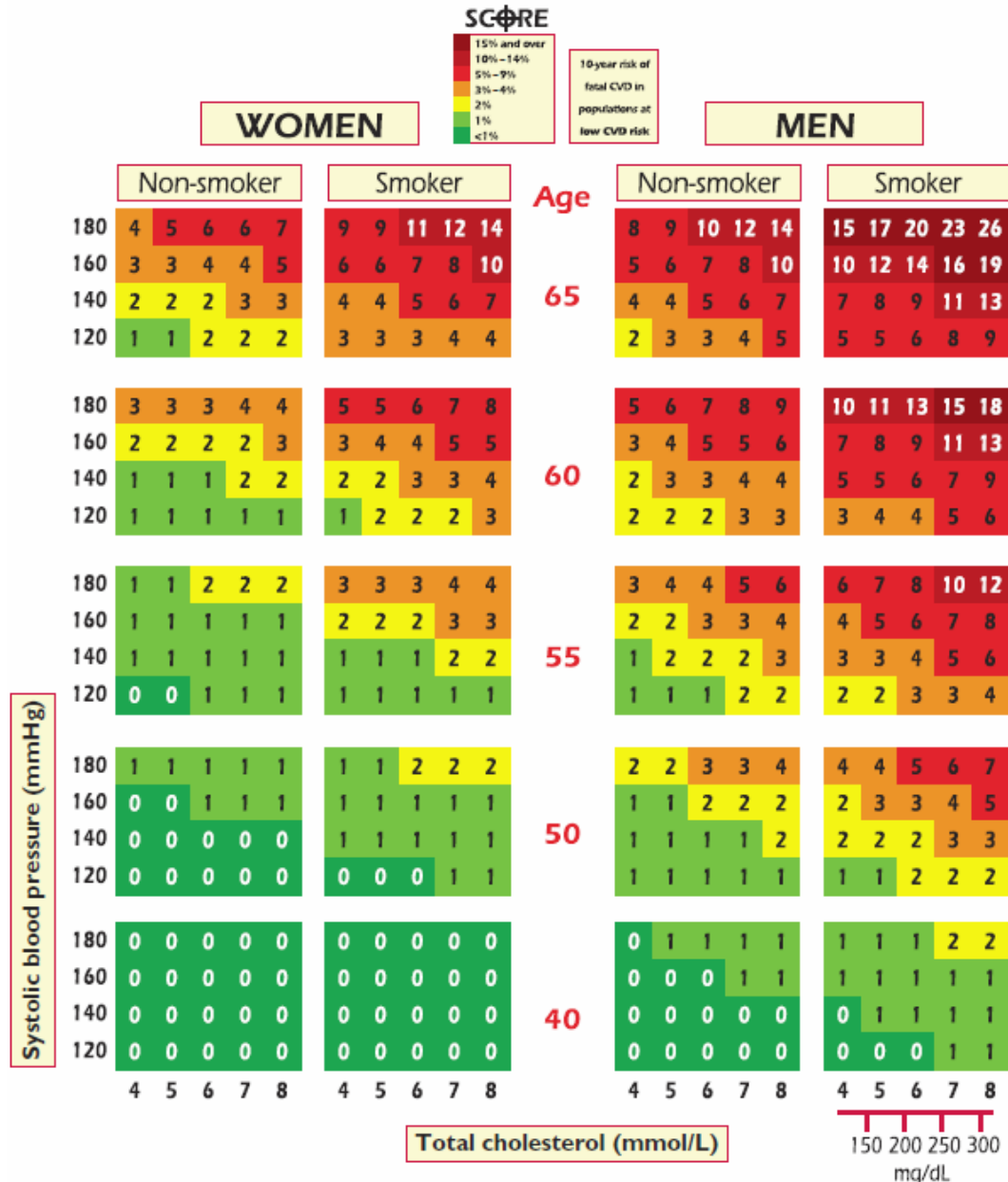
Tous les orateurs et experts ont reçu une déclaration de liens d'intérêt.  
Elles sont consultables sur le site <http://portailvasculaire.fr/espace-sfmv/sfmv/declarations-publiques-dinteret>



# **Evaluation du risque cardio-vasculaire**

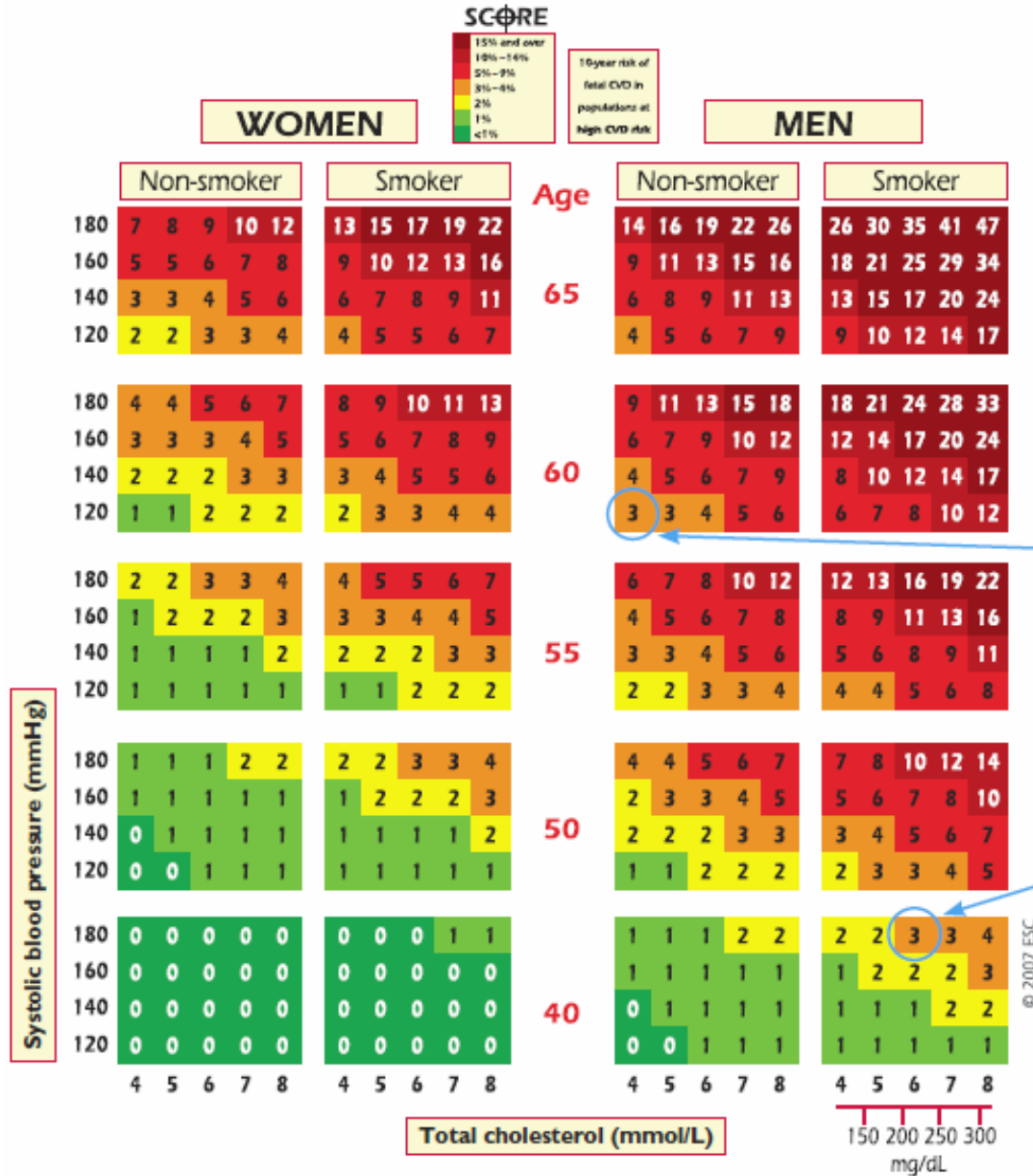
# Diagramme SCORE : risque à 10 ans de décès cardiovasculaire dans les pays à bas risque cardiovasculaire basé sur les facteurs de risque suivants : âge, sexe, tabagisme, pression artérielle systolique et cholestérol total

A noter que le risque d'événements cardiovasculaires totaux (fatals + non-fatals) va être approximativement 3 fois supérieur aux chiffres donnés



Les pays à **bas risque** sont l'Andorre, l'Autriche, la Belgique, Chypre, le Danemark, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, l'Islande, l'Irlande, Israël, l'Italie, le Luxembourg, Malte, Monaco, les Pays Bas, la Norvège, le Portugal, la république de Saint Marin, la Slovénie, l'Espagne, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni.

# Illustration du concept « âge de risque »



Le risque de cet homme de 40 ans, fumeur, avec facteurs de risque est le même (3%) que celui d'un homme âgé de 60 ans sans facteurs de risque – son « âge de risque » est donc de 60 ans

## Priorités

**Plus élevé est le risque, plus grands sont les bénéfices des efforts de prévention selon les priorités ci-dessous :**

### **1. Très haut risque**

Sujet avec l'une des caractéristiques suivantes:

- **Maladie cardiovasculaire documentée par un test invasif ou non** (tel qu'angiographie coronaire, imagerie nucléaire, échocardiographie de stress, doppler carotidien), antécédents d'infarctus du myocarde, syndrome coronaire aigu, revascularisation coronaire (angioplastie, pontage), ou toute autre procédure de revascularisation artérielle, accident vasculaire cérébral ischémique, artériopathie périphérique.
- **Diabète sucré (type 1 ou type 2) avec un facteur de risque cardiovasculaire ou plus et/ou atteinte d'un organe cible** (tel que microalbuminurie: 30–300 mg/24 h).
  - **Insuffisance rénale chronique sévère** (débit de filtration glomérulaire < 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>).
  - **Un SCORE calculé ≥10%.**

## Priorités

**Plus élevé est le risque, plus grands sont les bénéfices des efforts de prévention selon les priorités ci-dessous :**

### **2. Haut risque**

Sujet avec l'une des caractéristiques suivantes:

- Un seul facteur de risque relativement élevé tel que dyslipidémie familiale ou hypertension sévère**
- Diabète sucré (type 1 ou type 2) sans autre facteur de risque cardiovasculaire et sans atteinte d'un organe cible**
- Insuffisance rénale chronique modérée (débit de filtration glomérulaire 30–59 mL/min/1.73m<sup>2</sup>).**
- Un SCORE calculé  $\geq 5\%$  et  $< 10\%$  pour un risque de décès cardiovasculaire à 10 ans**

## Priorités

**Plus élevé est le risque, plus grands sont les bénéfices des efforts de prévention selon les priorités ci-dessous :**

### **3. Risque modéré**

Les sujets sont considérés à risque modéré quand **leur SCORE est  $\geq 1$  et  $< 5\%$  à 10 ans.**

La plupart des sujets d'âge moyen appartiennent à cette catégorie. Ce risque est encore modulé par les facteurs mentionnés précédemment.



## Priorités

**Plus élevé est le risque, plus grands sont les bénéfices des efforts de prévention selon les priorités ci-dessous :**

### **4. Bas risque**

La catégorie à bas risque s'applique aux individus avec **un SCORE < 1%** et indemnes des caractéristiques qui les mettraient à risque modéré.

# ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidemias

## Catégories de risque cardiovasculaire

```
graph TD; A[Catégories de risque cardiovasculaire] --> B[Très haut risque]; A --> C[Haut risque]; A --> D[Modéré]; B --- B1[LDL-C <0,70 g/l]; B --- B2[ou]; B --- B3[Baisse de plus de 50%]; B --- B4["(classe I)"]; C --- C1[LDL-C <1 g/l]; C --- C2["(classe IIa)"]; D --- D1[LDL-C <1,15 g/l]; D --- D2["(classe IIa)"];
```

**Très haut risque**

**LDL-C <0,70 g/l**

**ou**

**Baisse de plus de 50%**

**(classe I)**

**Haut risque**

**LDL-C <1 g/l**

**(classe IIa)**

**Modéré**

**LDL-C <1,15 g/l**

**(classe IIa)**

Atherosclerosis 2011;217 Suppl 1:1-44

Eur Heart J 2011;32(14):1769-818

# Recommandations 2013 ACC / AHA

## 4 Groupes de patients qui bénéficient des statines

1. Maladie CV athérosclérotique documentée  
(SCA ou antécédents d'IDM, d'angor stable ou instable, de revascularisation, d'AVC ou AIT, ou maladie artérielle périphérique d'origine athérosclérotique)
2. LDL-C  $\geq 1,90$  g/L
3. Diabétiques de 40-75 ans avec le LDL-C 0,7-1,89 g/L
4. Risque de développer une maladie athérosclérotique à 10-ans  $\geq 7,5$  % avec un LDL-C 0,7-1,89 g/L (et âge 40-75 ans)

# Recommandations 2013 ACC / AHA

## *Intensité du traitement par statine*

### Forte

---

↓ LDL-C  $\geq$  50 %

Atorva (40) - 80 mg  
Rosuva 20 (40) mg

### Moderée

---

↓ LDL-C 30 - 50 %

Atorva 10-(20) mg  
Rosuva 5 (10) mg  
Simva 20 - 40 mg  
Prava 40 (80) mg  
Fluva 80 mg

### Faible

---

↓ LDL-C < 30 %

Simva 10 mg  
Prava 10 - 20 mg  
Fluva 20 - 40 mg

# Recommandation 2013 ACC / AHA

## Réponse insuffisante sous statine

- Les niveaux de LDL-C et le % de réduction doivent seulement être utilisés pour mesurer la réponse au traitement et l'adhérence.
- Chez les patients à niveau de risque plus élevé recevant le traitement maximal toléré et qui continuent à avoir une réponse moins importante que prévue, l'association des traitements hypolipémifiants "non statine" peut être considérée si le rapport bénéfice-risque est favorable