

# Les recommandations ESC 2019 pour la prise en charge des dyslipidémies, Quoi de neuf ?

**Préparé par Dr Hedi BEN SLIMA, Service de Cardiologie,  
Hopital Menzel Bourguiba**

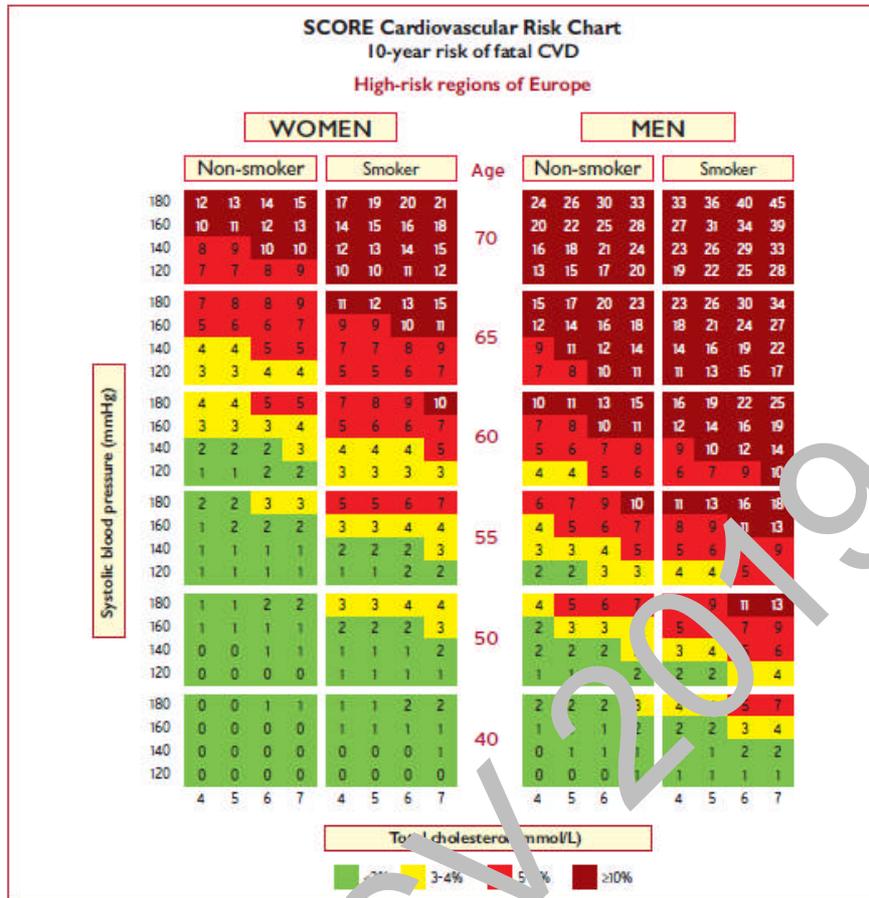
L'année 2019 est marquée par la publication de plusieurs recommandations majeures.

La recommandation sur la prise en charge des dyslipidémies a été présentée durant le congrès Européen de la Société Européenne de cardiologie à Paris. Le document écrit a été publié dans l'EHJ et comporte de nombreux chapitres.

Ces recommandations révisent certains concepts de 2016 et mettent en avant de nouveaux.

## **1-Evaluation du risque cardio-vasculaire**

Le risque cardiovasculaire total reste évalué par le diagramme SCORE qui évalue la mortalité à 10 ans Par rapport aux recommandations ESC 2016 la tranche d'âge de 70 ans est créée



Par ailleurs, une nouvelle section porte sur l'utilité de l'imagerie cardiovasculaire non invasive pour la classification du risque total de maladie cardio-vasculaire avec par voie de conséquence des implications pour les traitements lipidiques.

Chez les patients à risques cardio-vasculaire bas ou intermédiaire, ces recommandations mettent en avant l'intérêt de l'échographie des artères fémorales et des troncs supra aortiques ainsi que de l'ultrasonner sans injection de produit de contraste afin de déterminer la présence de lésions vasculaires athérosclérotiques (classe IIa niveau B)

## 2- Analyses lipidiques pour l'estimation du risque de maladie cardio-vasculaire

Ces recommandations mettent avant l'analyse de l'ApoB dans dépistage, le diagnostic et la prise en charge des dyslipidémies. Cette analyse est recommandée pour l'évaluation des risques, en particulier chez les personnes présentant des taux élevés de triglycérides, un diabète sucré une obésité ou de syndrome métabolique, ou un taux très faible taux de LDL-C. (Niveau IC).

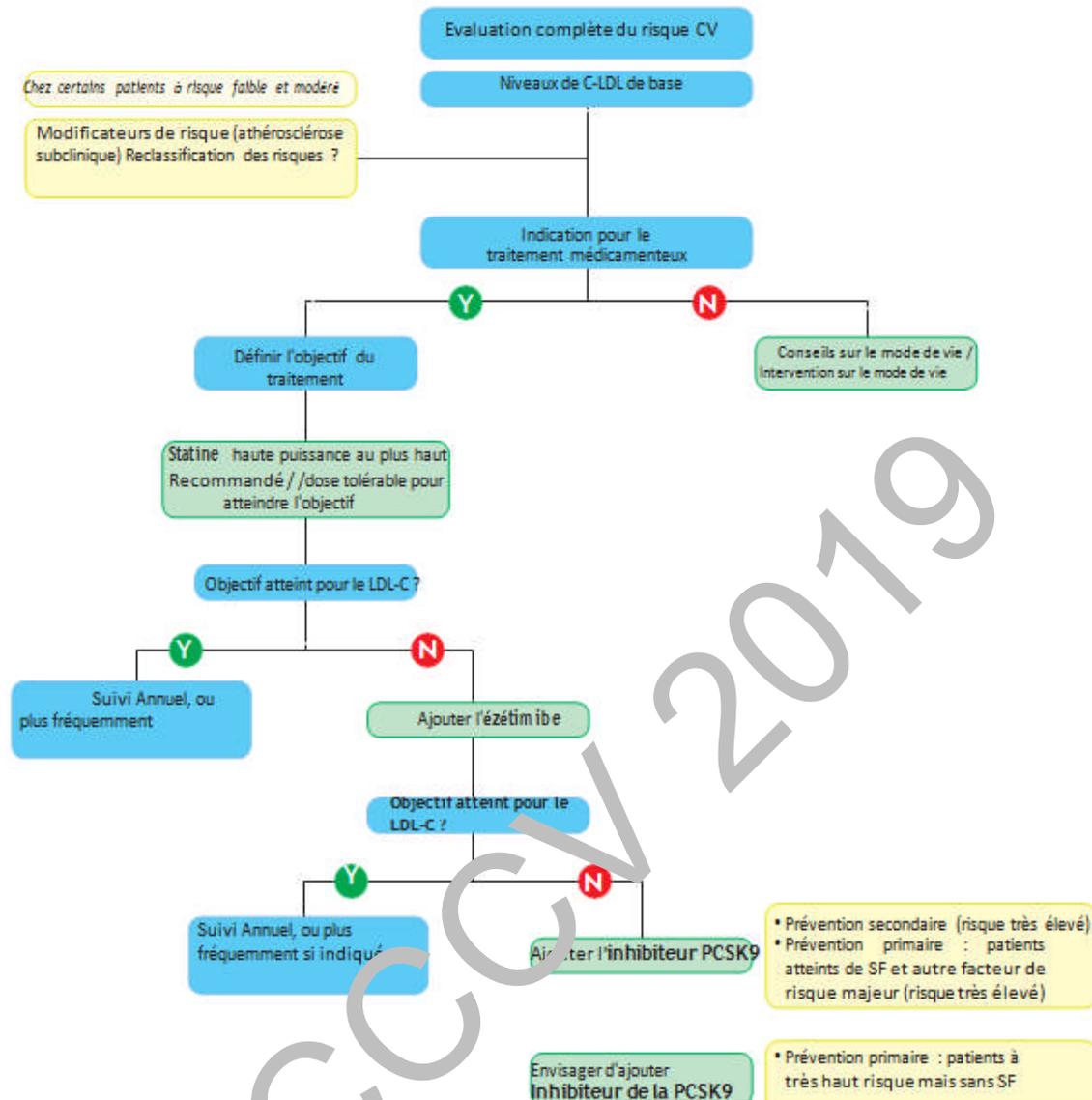
### 3 – Stratégies thérapeutiques

L'utilisation de statines est recommandée à dose maximale tolérée afin d'atteindre l'objectif de LDLc (classe IA). Bien que la monothérapie atteigne les objectifs en LDL-cholestérol chez de nombreux patients, une proportion significative des patients à risque élevé ou présentant des taux très élevés de LDL-c, nécessitent un traitement supplémentaire. Dans ce cas, les recommandations mettent en avant la combinaison de thérapies.

Chez les patients n'ayant pas atteint les objectifs en dépit de doses maximales tolérées de statines, l'ézétimibe est désormais clairement recommandée (classe I B)

La PCSK9 récemment introduite pour la diminution du taux de LDL-cholestérol n'est pas en reste. En effet, les auteurs recommandent cette molécule pour être administrée en association aux statines et à l'ézétimibe en prévention secondaire chez les patients n'ayant pas atteint les objectifs thérapeutiques (Classe IA). La PCSK9 peut être directement associée à une statine.

L'une des nouveautés de ces recommandations 2019 est l'organigramme de prise en charge suivant dans la prescription des thérapies anti-lipémiantes



En cas de syndrome coronarien aigu et en absence d'atteinte de l'objectif 4 à 6 semaines par une dose maximale tolérée de statines, il est nécessaire d'introduire un traitement par ézétimibe (classe I niveau B) ; et 4 à 6 semaines plus tard, un inhibiteur de PCSK9 doit être introduit en cas de non pas d'atteinte de l'objectif de LDLc (classe I niveau B)

Par ailleurs, les statines sont désormais recommandées en première intention dans les hypertriglycéridémies (TG >2g/L) (classe I niveau B).

- Hypercholestérolémie familiale

L'hypercholestérolémie familiale est d'une maladie pouvant être responsable d'évènements cardiovasculaires précoces. Le diagnostic est fait si le score Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) est supérieur à 8.

Les patients présentant une hypercholestérolémie familiale avec une atteinte cardio-vasculaire ou présentant un autre facteur de risque majeur sont classés comme étant, et ceux ne présentant pas d'atteinte cardio-vasculaire connue sans autres facteurs de risque sont classés à haut risque. Les objectifs de traitement recommandés sont définis en conséquence.

Le PCSK9 est indiqué en prévention secondaire en cas Hypercholestérolémie familiale à très haut risque en cas de non atteinte des objectifs de LDLc avec une dose maximale tolérée de statines et d'ézétimibe (classe I).

#### **4- Objectifs thérapeutiques : Le taux cible de LDL cholestérol.**

Un des changements majeurs des recommandations 2019, est sans nul doute le LDL-c cible réduit pour l'ensemble des catégories de risques.

Le LDLc cible est désormais

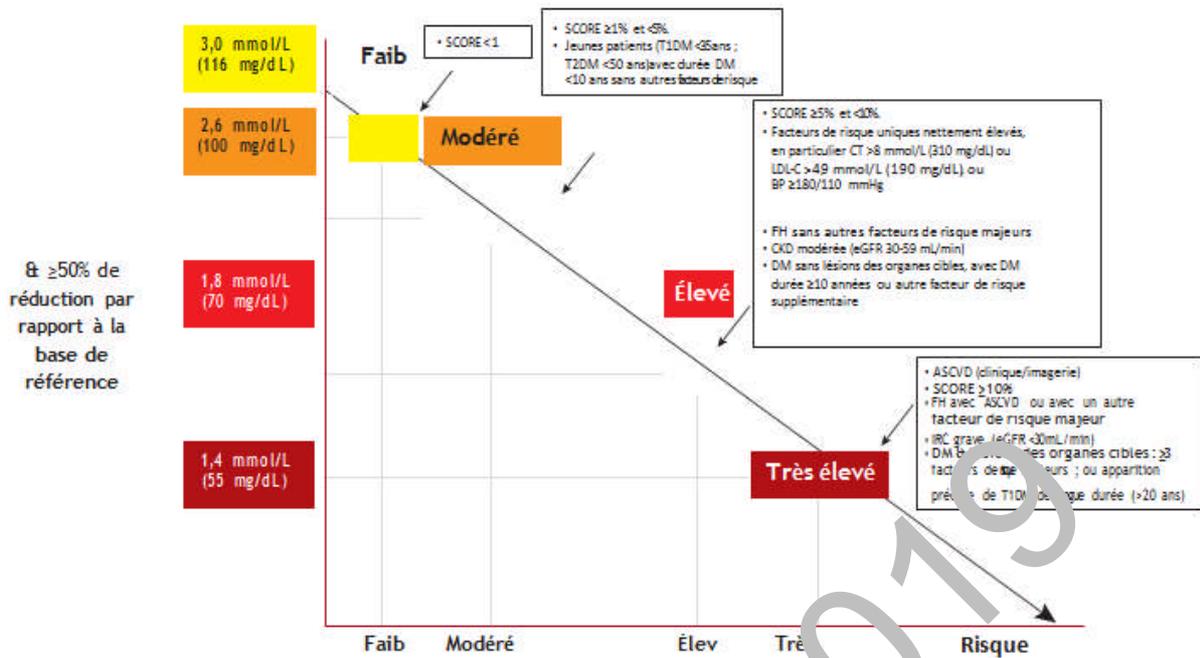
\*inférieur à 0.55g/L en prévention secondaire ou chez les patients à très haut inférieur à risque,

\*inférieur à 0.7g/L chez les patients à haut risque

\*inférieur à 1g/L chez les patients à risque modéré

\*inférieur à 1.16g/L chez les patients à bas risque

Ces différents objectifs cibles sont schématisés par la figure suivante



La raison d'être des objectifs révisés de réduction du C-LDL-C pour toutes les catégories de risque est secondaire à une évidence que les interventions de modification des lipides entraînent une réduction du risque cardiovasculaire

### 5- Evolution de la recherche

Les recommandations présentent une nouvelle section présentant les données actualisées probantes issues d'étude d'observation, d'essais contrôlés randomisés et d'études génétiques montrant sans équivoque un effet causal du LDL-C dans le développement de maladies cardio-vasculaires athérosclérotiques.

Dr Hédi Ben Slima