

Comment faire pour:  
ce patient avec  
**dyslipémie?**

Pr.Ag Salem ABDESSALEM



# Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

WE  
ARE THE  
ESC

- **42 ans cadre dans une banque**
- **Adressé au cardiologue par le médecin de travail pour hypercholestérolémie sur les différents bilans annuels.**
- **Fait beaucoup de sport.**
- **Stress professionnel**
- **Régime pauvre en cholestérol en raison de son cholestérol depuis 5 ans (sauf fromage).**
- **Aucun médicament pris.**



## Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

WE  
ARE THE  
ESC

Les bilans systématiques et en plus annuels chez ce patient et les fonctionnaires de banque ne sont-ils pas de trop ????

## Box 6 Key messages

WE  
ARE THE  
ESC

In apparently healthy persons, CVD risk is most frequently the result of multiple, interacting risk factors. This is the basis for total CV risk estimation and management.

Risk factor screening including the lipid profile should be considered in men >40 years old and in women >50 years of age or post-menopausal.

A risk estimation system such as SCORE can assist in making logical management decisions, and may help to avoid both under- or over-treatment.

Certain individuals declare themselves to be at high or very high CVD risk without needing risk scoring and require immediate attention to all risk factors.

This is true for patients with documented CVD, diabetes or CKD.

All risk estimation systems are relatively crude and require attention to qualifying statements.

Additional factors affecting risk can be accommodated in electronic risk estimation systems such as HeartScore ([www.heartscore.org](http://www.heartscore.org)).

The total risk approach allows flexibility—if perfection cannot be achieved with one risk factor, risk can still be reduced by trying harder with the others.



# Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

WE  
ARE THE  
ESC

- **Marié avec 2 enfants**
- **A fumé quelques cigarettes/j entre 20-30 ans**
- **Mère hypercholestérolémique morte à 52 ans suite à un IDM**
- **Père vivant 81 ans, hypertendu + démence sénile**
- **Une sœur diabétique et hypercholestérolémique amputée d'une jambe suite à une artérite à 49 ans.**
- **Fourmillements des extrémités la nuit et épigastralgies à l'effort depuis 6 mois**
- **Absence de dysfonction érectile**



# Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

WE  
ARE THE  
ESC

- Poids 92 kg pour 182 cm BMI=28.4
- Tour de taille = 88 cm
- TA = 117/75
- RCR
- Souffle systolique à peine audible au foyer aortique
- Bruits cardiaques normaux.
- SaO<sub>2</sub>=98%.
- Auscultation pulmonaire normale
- Pouls présents et symétriques
- IPS : G=1.2 et D=0.9



# Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

WE  
ARE THE  
ESC

- **IPS prend du temps. Serait-il utile dans une telle consultation ?**
- **Comment interpréter l'asymétrie entre les deux membres inférieurs?**



## Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

WE  
ARE THE  
ESC

	2010	2015	2016
CT	2.97	2.88	3.01 (7.8mmol/l)
HDL c	0.4	0.27	0.34 (0.88mmol/l)
LDLc	2.23	2.37	2.39
TG	1.7	1.2	1.4
Gie	0.98	0.87	0.9
HBA1c	5.4%	5.6%	6.1%
TSHus	3.21	0.7	1.6

\*Créatinine et transaminases normales

- Mr BJ, a perdu les analyses de 2011-2014 et ne savait pas qu'il fallait 12 heures de jeune avant le bilan. Le dernier fait après **8h de jeune seulement.**



# Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

WE  
ARE THE  
ESC

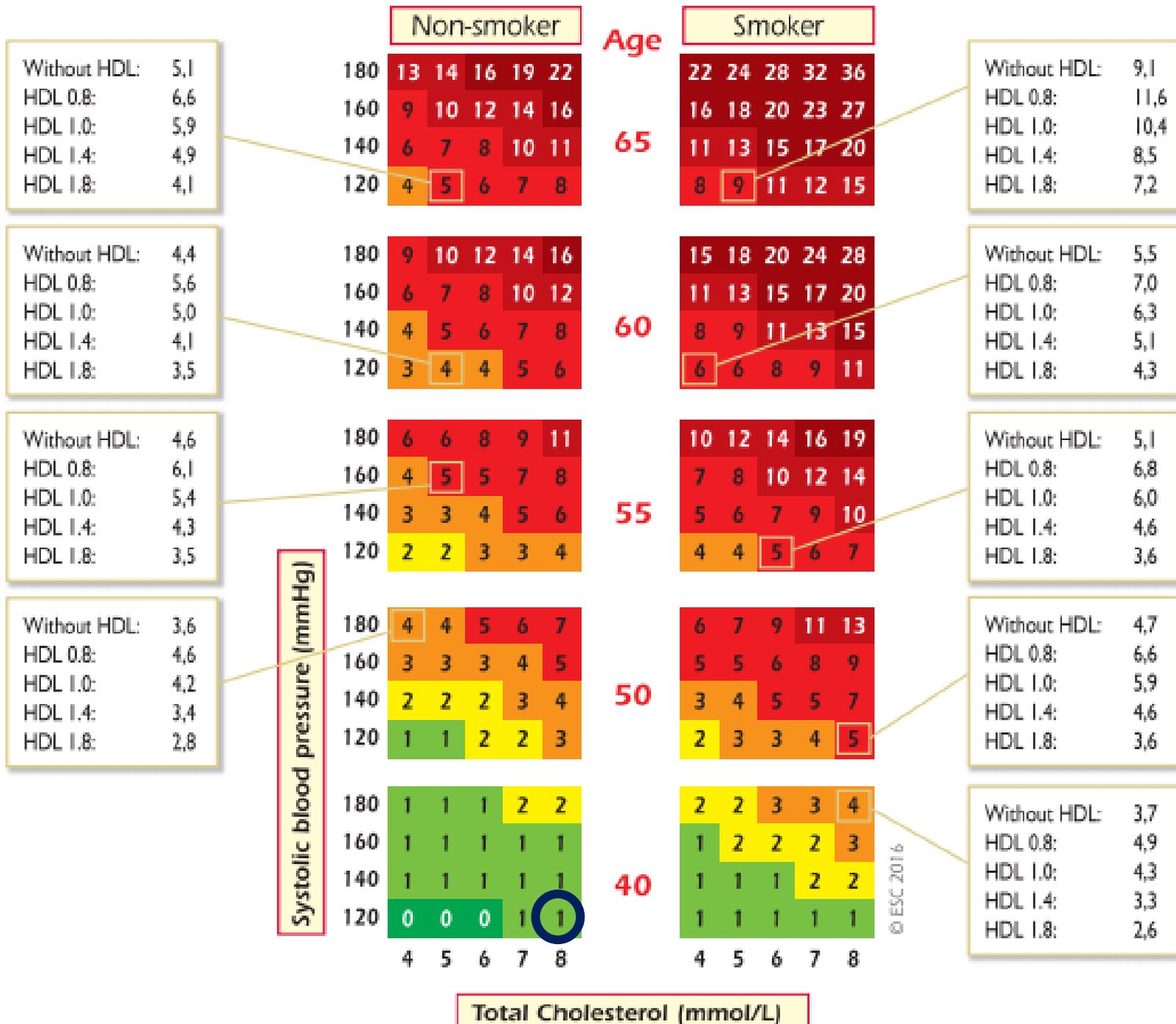
- **A priori aucune des analyses de sang n'a été faite après 12h de jeune!**
- **Faut-il en tenir compte ?**
- **Faut-il refaire un nouveau prélèvement après 8H de jeune?**



## Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

WE  
ARE THE  
ESC

Calculons son score de  
risque cardiovasculaire.





# Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

WE  
ARE THE  
ESC

- **1% de mortalité cardiovasculaire à 10 ans.**
- **Selon vous ce risque vous semble-t-il correct, surestimé ou sous-estimé?**
- **J'ai l'impression qu'il a un plus fort risque. Mais mon impression vaut-elle quelque chose?**

## Box 4 Qualifiers

The charts can assist in risk assessment and management but must be interpreted in light of the clinician's knowledge and experience and of the patient's pre-test likelihood of CVD.

Risk will be overestimated in countries with a decreasing CVD mortality, and underestimated in countries in which mortality is increasing. This is dealt with by recalibration ([www.heartscore.org](http://www.heartscore.org)).

Risk estimates appear lower in women than in men. However, risk is only deferred in women; the risk of a 60-year-old woman is similar to that of a 50-year-old man. Ultimately more women die from CVD than men.

Relative risks may be unexpectedly high in young persons, even if absolute risk levels are low. The relative risk chart (**Figure 4**) and the estimated risk age (**Figure 5**) may be helpful in identifying and counselling such persons.

## Box 5 Factors modifying SCORE risks

Social deprivation—the origin of many of the causes of CVD.

Obesity and central obesity as measured by the body mass index and waist circumference, respectively.

Physical inactivity.

● Psychosocial stress including vital exhaustion.

● Family history of premature CVD (men: <55 years; women: <60 years).

Autoimmune and other inflammatory disorders.

Major psychiatric disorders.

Treatment for human immunodeficiency virus (HIV) infection.

Atrial fibrillation.

Left ventricular hypertrophy.

Chronic kidney disease.

Obstructive sleep apnoea syndrome.



# Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

WE  
ARE THE  
ESC

- **Jusqu'à quelle proportion ces facteurs modifieraient-ils le score de risque?**
- **Faut-il proposer un traitement à ce jeune?**
- **Si oui, quand, Lequel et à quelle dose?**

Total CV risk (SCORE) %	LDL-C levels				
	<70 mg/dL <1.8 mmol/L	70 to <100 mg/dL 1.8 to <2.6 mmol/L	100 to <155 mg/dL 2.6 to <4.0 mmol/L	155 to <190 mg/dL 4.0 to <4.9 mmol/L	≥190 mg/dL ≥4.9 mmol/L
<1	No lipid intervention	No lipid intervention	No lipid intervention	No lipid intervention	Lifestyle intervention, consider drug if uncontrolled
Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A
≥1 to <5	No lipid intervention	No lipid intervention	Lifestyle intervention, consider drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, consider drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, consider drug if uncontrolled
Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	I/A
≥5 to <10, or high-risk	No lipid intervention	Lifestyle intervention, consider drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A
≥10 or very high-risk	Lifestyle intervention, consider drug <sup>c</sup>	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention			
Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A



# 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias

JAMA | US Preventive Services Task Force | **RECOMMENDATION STATEMENT**

**Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults**

JAMA November 15, 2016 Vol 316, 19

**US Preventive Services Task Force Recommendation Statement**



2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines  
Neil J. Stone, Jennifer G. Robinson, Alice H. Lichtenstein, C. Noel Bairey Merz, Conrad B. Blum, Robert H. Eckel, Anne C. Goldberg, David Gordon, Daniel Levy, Donald M. Lloyd-Jones, Patrick McBride, J. Sanford Schwartz, Susan T. Shero, Sidney C. Smith, Jr, Karol Watson and Peter W. F. Wilson

Journal of Clinical Lipidology (2014) 8, 473-486



Original Articles

**National Lipid Association recommendations for patient-centered management of dyslipidemia: Part 1 – executive summary<sup>☆</sup>**



Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease

Issued: July 2014 last modified: January 2015

NICE clinical guideline 181  
guidance.nice.org.uk/cg181

**An International Atherosclerosis Society  
Position Paper:  
Global Recommendations for the  
Management of Dyslipidemia**

l'émission du samedi 19 septembre 2015

# Statines bonnes ou mauvaises ?

WE ARE THE ESC

du 14 septembre 2015 à 23h sur France 2

**(ré)écouter cette émission**  
disponible jusqu'au 14/06/2018 06h14

**(ré)écouter cette émission**  
disponible jusqu'au 14/06/2018 06h14



Aujourd'hui En direct ARTE+7 Emissions A-Z

## Débat - Cholestérol : le grand bluff ?



[www.escardio.org](http://www.escardio.org)

## Statines : après une émission polémique, 60 000 patients arrêtent leur traitement

par Suzanne Tellier

Plus de 60 000 personnes auraient interrompu leur traitement après la diffusion d'une émission polémique qui présente les statines comme toxiques. Les scientifiques s'alarment des risques liés à cette chute de la consommation.

November 15, 2016

# – Statins for Primary Prevention

## The Debate Is Intense, but the Data Are Weak

Rita F. Redberg, MD, MSc<sup>1,2</sup>; Mitchell H. Katz, MD<sup>3,4</sup>

» [Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA. 2016;316(19):1979-1981. doi:10.1001/jama.2016.15085

Documents

Pr Philippe EVEN  
Pr Bernard DEBRÉ

AU SERVICE  
DES MALADES  
ET DES PRATICIENS

GUIDE DES  
**4 000**  
MÉDICAMENTS  
UTILES, INUTILES  
OU DANGEREUX

LE SEUL GUIDE QUI RÉPERTORIE  
ET CLASSE LES MÉDICAMENTS  
UTILES ET DANGEREUX

cherche  
midi



# Cholestérol : première AMM d'un anti-PCSK9 dans le monde

Vincent Bargoin

Auteurs et déclarations | 21 juillet 2015

WE  
ARE THE  
ESC

2 Commentaires



Imprimer



Envoyer

**REACTUALISATION - THOUSAND OAKS, Etats-Unis** – [Amgen annonce](#) l'approbation de l'evolocumab (Repatha®) en Europe dans le traitement de l'hypercholestérolémie non contrôlée par les statines. En mai dernier, l'**European Medicines Agency** s'était prononcée en faveur de cette approbation. Cet avis a été entériné par la Commission Européenne, et vaut dorénavant dans les 28 pays de l'UE, ainsi qu'en Norvège, en Islande et au Lichtenstein. L'inhibiteur de la proprotéine convertase subtilisine/kexine type 9 (PCSK9) devient ainsi la première molécule de cette classe à recevoir une autorisation.

L'evolocumab est autorisé dans deux indications.

Premièrement, en complément d'un régime alimentaire dans le traitement des adultes atteints d'hypercholestérolémie primitive, familiale hétérozygote ou non familiale, ainsi que dans les dyslipidémies mixtes,

- en association avec une statine ou d'une statine et d'autres hypolipémiants chez les patients qui n'atteignent pas le LDL-c cible à la dose maximale de statine tolérée ;
- ou seul ou associé à d'autres hypolipémiants chez les patients intolérants ou présentant une contre-indication aux statines.

# Statin Safety in Perspective

Number needed to treat for 1 year to:

	Cause a GI Bleed <sup>1</sup>	Cause a Fatal GI Bleed <sup>1</sup>
Aspirin	<b>248</b>	<b>2066</b>
	Cause Severe Myositis <sup>2</sup>	Cause Fatal Myositis <sup>2</sup>
Statins	<b>100,000</b>	<b>1,000,000</b>

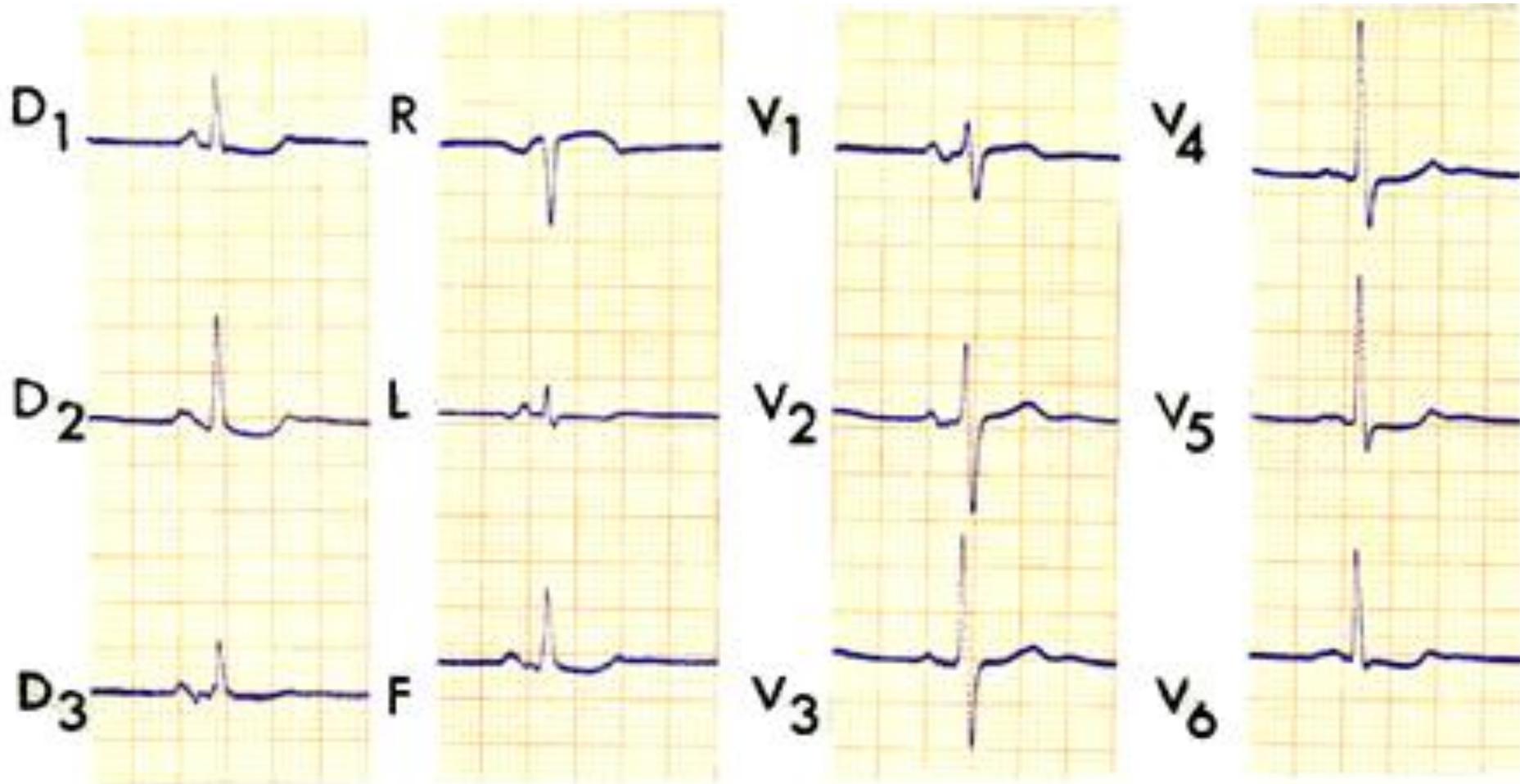


<sup>1</sup>Derry S, Loke YK. 2000  
<sup>2</sup>Thompson PD, et al. 2003



# Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

**J'ai oublié de vous montrer L'ECG de Mr BJ**





## Comment faire pour Mr BJ avec dyslipémie?

WE  
ARE THE  
ESC

- **Pensez-vous comme moi que les épigastralgies d'effort seraient probablement de l'angor?**
- **Sportif avec seulement une hypercholestérolémie sous régime. Est-ce suffisant pour faire de l'insuffisance coronaire à 42 ans ???**

WE  
ARE THE  
ESC

**Que feront mes  
collègues pour ce  
patient ?**



EUROPEAN  
SOCIETY OF  
CARDIOLOGY®

**Table 21** Dutch Lipid Clinic Network diagnostic criteria for familial hypercholesterolaemia<sup>301</sup>

Criteria	Points
<b>1) Family history</b>	
First-degree relative with known premature (men: <55 years; women: <60 years) coronary or vascular disease, or	
First-degree relative with known LDL-C above the 95th percentile	1
First-degree relative with tendinous xanthomata and/or arcus cornealis, or	
children <18 years of age with LDL-C above the 95th percentile (see 9.1.2.3)	2
<b>2) Clinical history</b>	
Patient with premature (men: <55 years; women: <60 years) coronary artery disease	2
Patient with premature (men: <55 years; women: <60 years) cerebral or peripheral vascular disease	1
<b>3) Physical examination</b>	
Tendinous xanthomata	6
Arcus cornealis before age 45 years	4
<b>4) LDL-C levels</b>	
LDL-C $\geq$ 8.5 mmol/L (325 mg/dL)	8
LDL-C 6.5–8.4 mmol/L (251–325 mg/dL)	5
LDL-C 5.0–6.4 mmol/L (191–250 mg/dL)	3
LDL-C 4.0–4.9 mmol/L (155–190 mg/dL)	1
<b>5) DNA analysis</b>	
Functional mutation in the LDLR, apoB or PCSK9 gene	8
Choose only one score per group, the highest applicable	
Diagnosis (diagnosis is based on the total number of points obtained)	
A 'definite' FH diagnosis requires >8 points	
A 'probable' FH diagnosis requires 6–8 points	
A 'possible' FH diagnosis requires 3–5 points	

**Table 22** Recommendations for the detection and treatment of patients with heterozygous familial hypercholesterolaemia

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
FH is recommended to be suspected in patients with CHD before the age of 55 years for men and 60 years for women, in subjects with relatives with premature fatal or non-fatal CVD, in subjects with relatives having tendon xanthomas, and in subjects with severely elevated LDL-C [in adults >5 mmol/L (190 mg/dL), in children >4 mmol/L (150 mg/dL)].	I	C
Diagnosis is recommended to be confirmed with clinical criteria and, when available, with DNA analysis.	I	C
Family cascade screening is recommended to be performed when an index case of FH is diagnosed.	I	C
FH patients are recommended to be treated with intense-dose statin, often in combination with ezetimibe.	I	C

<p>Treatment should be considered to aim at reaching an LDL-C &lt;2.6 mmol/L (100 mg/dL) or in the presence of CVD &lt;1.8 mmol/L (70 mg/dL). If targets cannot be reached, maximal reduction of LDL-C should be considered using appropriate drug combinations.</p>	<b>IIa</b>	<b>C</b>
<p>Treatment with a PCSK9 antibody should be considered in FH patients with CVD or with other factors putting them at very high-risk for CHD, such as other CV risk factors, family history, high Lp(a) or statin intolerance.</p>	<b>IIa</b>	<b>C</b>
<p>In children, testing is recommended from age 5 years, or earlier if homozygous FH is suspected.</p>	<b>I</b>	<b>C</b>
<p>Children with FH should be educated to adopt a proper diet and treated with statin from 8–10 years of age. Targets for treatment should be LDL-C &lt;3.5 mmol/L (135 mg/dL) at &gt;10 years of age.</p>	<b>IIa</b>	<b>C</b>

**Table 23** Genetic disorders of lipoprotein metabolism

Disorder	Prevalence	Gene(s)	Effect on lipoproteins
HeFH	1 in 200–250	LDLR APO B PCSK9	↑LDL-C
HoFH	1 in 160 000–320 000	LDLR APO B PCSK9	↑↑LDL-C
FCH	1 in 100/200	USF1 + modifying genes	↑LDL-C ↑VLDL-C ↑apoB
Familial dysbetalipoproteinaemia	1 in 5000	APO E	↑↑ IDL and chylomicron remnants (βVLDL)
Familial lipoprotein lipase deficiency	1 in 10 <sup>6</sup>	LPL APO C2	↑↑ chylomicrons and VLDL-C
Tangier disease (analphalipoproteinaemia)	1 in 10 <sup>6</sup>	ABCA1	↓↓HDL-C
Familial LCAT deficiency	1 in 10 <sup>6</sup>	LCAT	↓HDL-C

apo = apolipoprotein; FCH = familial combined hyperlipidaemia; HeFH = heterozygous familial hypercholesterolaemia; HoFH = homozygous familial hypercholesterolaemia; HDL-C = high-density lipoprotein-cholesterol; IDL = intermediate-density lipoprotein; LCAT = lecithin cholesterol acyltransferase; LDL-C = low-density lipoproteincholesterol; VLDL = very low-density lipoprotein-cholesterol.