

Bilan lipidique en ville :

Chez qui ?

A quelle fréquence ?

Auteurs : Laura BOUTEVILLAIN

Mélanie BRUCHON

Sylvain CHARREYRE

Rémi DE L'ISLE

Responsables du certificat : Pr Cyrille COLLIN

Pr François DELAHAYE

Pr Isabelle DURIEU

Dr Pauline OCELLI

Table des matières	
Table des matières.....	2
Liste des abréviations.....	3
1-Introduction.....	4
1-1 <u>Rappels sur le cholestérol</u>	
1-2 <u>Méthode générale</u>	
2-Généralités	5
2-1 <u>Le bilan lipidique complet</u>	
2-2 <u>Les traitements hypolipémiants</u>	
2-3 <u>Les facteurs de risque cardiovasculaire</u>	
3-Indications du bilan lipidique pour un dépistage ciblé d'une dyslipidémie.....	7
3-1 <u>En prévention secondaire</u>	
3-1-1 Population concernée	
3-1-2 Suivi	
3-2 <u>En prévention primaire</u>	
3-2-1 Population concernée	
3-2-2 Suivi	
4-Indications du bilan lipidique pour un dépistage généralisé d'une dyslipidémie.....	9
4-1 <u>Recommandations françaises</u>	
4-2 <u>Enquête sur la prescription d'un bilan lipidique et le suivi de patients sans facteurs de risques cardio-vasculaires auprès de médecins généralistes de la région lyonnaise</u>	
4-2-1 Introduction	
4-2-2 Méthodes	
4-2-3 Résultats	
4-2-4 Discussion	
4-2-5 Conclusion	
4-3 <u>Recommandations étrangères sur la question du dépistage généralisé</u>	
5-Discussion.....	15
6-Conclusion.....	16
Références bibliographiques.....	17
Annexe 1 : Recommandations pour la prise en charge du patient dyslipidémique.....	19
Annexe 2 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes.....	20
Résumé.....	23
Mots-clés.....	24

Liste des abréviations

- AFSSAPS = Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- ANAES = Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- AOMI = Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
- AVC = Accident Vasculaire Cérébral
- EAL = Exploration d'une Anomalie Lipidique
- HAS = Haute Autorité de Santé
- HDL cholestérol = High Density Lipoprotein cholestérol
- IDM = Infarctus Du Myocarde
- LDL cholestérol = Low Density Lipoprotein cholestérol

1-Introduction

1-1 Rappels sur le cholestérol

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité et de handicap dans les pays développés [1][2]. L'athérosclérose est un phénomène inflammatoire vasculaire chronique qui est induit et entretenu par un excès en LDL-cholestérol circulant [3]. Les complications au long cours sont la maladie coronaire, l'accident vasculaire cérébral ischémique et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs [2]. L'hypercholestérolémie est associée au risque de maladie coronaire et ce risque est accru en présence de taux élevé de cholestérol même en l'absence d'autres facteurs de risque cardiovasculaire [4]. Les complications au long cours de l'athérosclérose représentent en France et dans le monde, un enjeu majeur de santé publique [2], et la prévention à la fois primaire et secondaire de cette maladie a pour objectif la diminution du risque cardiovasculaire global lié à chacun de ces facteurs [1].

Ainsi, le bilan lipidique est un des éléments de la première étape de la stratégie de prévention des maladies cardiovasculaires [1]. Le dépistage d'une dyslipidémie repose sur l'EAL, qui détermine, après douze heures de jeûne, l'aspect du sérum, les concentrations de cholestérol total, triglycérides, HDL-cholestérol et LDL-cholestérol [2][5].

L'intérêt de dépister une dyslipidémie repose sur l'existence de thérapeutiques, qui ont largement été évaluées par de nombreux essais d'intervention réalisés en prévention primaire et secondaire afin d'estimer les bénéfices d'un traitement hypolipémiant dans la prévention de la maladie cardiovasculaire en termes de morbi-mortalité [2]. La prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique intègre la correction de l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire [annexe 1]. Elle est fondée sur l'abaissement des concentrations sériques de LDL-cholestérol qui est le meilleur indicateur d'efficacité de la prévention cardiovasculaire par les hypolipémiants (Grade A) [2]. De plus, son objectif est de retarder l'apparition (prévention primaire) ou la récurrence (prévention secondaire) des complications cliniques de l'athérosclérose (Grade A) [2].

L'objectif principal de ce dossier est de faire une revue des recommandations des sociétés savantes en ce qui concerne le dépistage d'une dyslipidémie par un bilan lipidique, et à quelle fréquence renouveler ce bilan.

1-2 Méthode générale

Après avoir fait la recherche des recommandations qui existent sur ce sujet, nous avons décidé de diviser notre présentation en deux parties distinctes. En effet, devant l'abondance des textes des sociétés savantes [1][2] traitant du bilan lipidique dans le cadre d'un dépistage ciblé d'une dyslipidémie, nous avons décidé de les exposer dans la première partie. On entend par dépistage ciblé, le dépistage d'une dyslipidémie réalisé chez une population après l'apparition d'évènements cardiovasculaire (prévention secondaire) ou en absence d'évènements (prévention primaire) mais chez une population à risque de développer une telle anomalie biologique.

En revanche, devant la rareté des sources exposant les indications du bilan lipidique dans le cadre d'un dépistage généralisé d'une dyslipidémie, nous avons décidé d'élargir nos références bibliographiques. On entend par dépistage généralisé, le dépistage d'une dyslipidémie dans une population en prévention primaire et en l'absence de tout facteur de risque de développer une telle anomalie. Ainsi, nous avons intégré dans cette deuxième partie, une revue des recommandations existantes tout d'abord en France [2], puis dans des pays étrangers : en Europe [6][7], au Canada [8] et aux Etats-Unis [9]. Enfin, nous avons mené une enquête complémentaire visant à connaître les pratiques quotidiennes de plusieurs médecins généralistes dans la région lyonnaise.

2-Généralités

2-1 Le bilan lipidique complet [1][2][5][10]

Un bilan lipidique doit être effectué après 12 heures de jeûne, à distance de tout processus pathologique (2 à 3 mois après un épisode infectieux, chirurgical, ischémique...). Chez un patient victime d'un accident cardiovasculaire, ce bilan doit être fait dans les 24 heures qui suivent [1]. Il doit être répété en cas d'anomalies pour confirmation [2][10]. Le bilan en première intention doit consister en une EAL comportant la détermination de l'aspect du sérum à jeun (clair, opalescent ou lactescent) [5], des concentrations du cholestérol total, des triglycérides et du HDL-cholestérol par une méthode adéquate, afin de permettre le calcul du LDL-cholestérol par la formule de Friedewald, si la triglycéridémie est inférieure à 4 g/l [2] ou 3,4 g/l [1], soit 5 mmol/l [10] ou (4,6 mmol/l) [2]. La formule de Friedewald est, en g/l : $\text{LDL-cholestérol} = \text{cholestérol total} - \text{HDL-cholestérol} - \text{TG}/5$; soit en mmol/l : $\text{LDL-cholestérol} = \text{cholestérol total} - \text{HDL-cholestérol} - \text{TG}/2.19$ [10] ou 2.2 [2]. Le calcul du LDL-cholestérol est indispensable pour affirmer le caractère athérogène d'une hyperlipidémie [10].

Chez un patient sans facteur de risque, le bilan est considéré comme normal si [1][2][5] : LDL-cholestérol < 1,60 g/l et triglycérides (TG) < 1,50 g/l et HDL-cholestérol > 0,40 g/l ; soit, en mmol/l [2] LDL-cholestérol < 4,1 mmol/l et triglycérides < 1,7 mmol/l et HDL-cholestérol > 1 mmol/l.

2-2 Les traitements hypolipémiants

Tout sujet ayant un LDL-cholestérol > 1,60 g/l (4,1 mmol/l), ainsi que tout sujet ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire, doit bénéficier d'une prise en charge diététique, afin de modifier son mode de vie et son alimentation [2]. Le traitement diététique sera toujours associé à des conseils d'activité physique régulière, comme par exemple la marche rapide quotidienne pendant 30 minutes. Une prise en charge des facteurs de risque associés est nécessaire : tabagisme, diabète de type 2, HTA [2]. Les principales classes de médicaments utilisés dans la prise en charge des différentes dyslipidémies sont les statines, les résines, les inhibiteurs de l'absorption intestinale du cholestérol, les fibrates, l'acide nicotinique [2]. Quatre statines ont montré un bénéfice sur la morbi-mortalité cardiovasculaire avec le plus haut niveau de preuve (grade A) : atorvastatine, simvastatine, pravastatine et fluvastatine [2].

Les objectifs thérapeutiques résultent d'un accord professionnel en l'absence d'essais de prévention comparant une cible thérapeutique à une autre [2]. En fonction du nombre de facteurs de risque (cf. partie 2-3) présents, ces objectifs sont les suivants [annexe 1] : en l'absence de facteur de risque, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 2,20 g/l (5,7 mmol/l) ; en présence d'un facteur de risque, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1,90 g/l (4,9 mmol/l) ; en présence de deux facteurs de risque, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1,60 g/l (4,1 mmol/l) ; en présence de plus de deux facteurs de risque, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1,30 g/l (3,4 mmol/l) ; en présence d'antécédents de maladie cardiovasculaire avérée ou de risques équivalents (cf. partie 2-3), les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1 g/l (2,6 mmol/l).

2-3 Les facteurs de risque cardiovasculaire

La prise en charge d'une dyslipidémie fait partie de la prise en charge globale des facteurs de risque cardiovasculaire et du risque cardiovasculaire du patient [2]. Les facteurs de risque à prendre en compte pour le choix de l'objectif thérapeutique [annexe 1] selon les valeurs de LDL-cholestérol sont [2] : l'âge (homme de 50 ans ou plus, femme de 60 ans ou plus) ; les antécédents familiaux de maladie coronaire précoce (infarctus du myocarde ou mort

subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin ou infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du premier degré de sexe féminin) ; un tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans ; une hypertension artérielle permanente traitée ou non ; un diabète de type 2 traité ou non ; un HDL-cholestérol $< 0,40$ g/l (1,0 mmol/l) quel que soit le sexe.

Il y a trois catégories de patients à haut risque cardiovasculaire pour lesquels le LDL-cholestérol doit être inférieur à 1 g/l (2,6 mmol/l) [2] : tout d'abord les patients ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire avérée (angor, IDM, AVC, AOMI), puis les patients ayant un diabète de type 2, sans antécédent vasculaire mais ayant un haut risque cardiovasculaire (atteinte rénale avec microalbuminurie > 30 mg/24h ou tout autre facteur de risque précédemment décrit autre que le diabète de type 2), et enfin les patients ayant un risque supérieur à 20% de faire un événement coronarien dans les 10 ans (risque calculé à partir d'une équation de risque [1]).

3-Indications du bilan lipidique pour un dépistage ciblé d'une dyslipidémie.

3-1 En prévention secondaire

3-1-1 Population concernée [1]

Les patients en situation de prévention secondaire sont ceux ayant un ou plusieurs antécédents personnels de pathologie cardiovasculaire athéroscléreuse (atteinte coronaire, artériopathie des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral...). Un traitement hypolipémiant est mis en place systématiquement : le plus souvent, il s'agit d'un traitement par statines associées aux règles hygiéno-diététiques.

Les patients diabétiques de type 2 à haut risque cardio-vasculaire relèvent d'une prise en charge similaire à celle des patients en prévention secondaire, avec une prescription systématique d'un traitement hypolipémiant (ceci concerne les patients diabétiques de type 2 avec soit une atteinte rénale, soit l'association d'au moins deux facteurs de risque cardio-vasculaires en intégrant la micro-albuminurie).

3-1-2 Suivi

Un contrôle du bilan lipidique doit être effectué 1 à 3 mois après l'instauration du traitement, afin de vérifier si l'objectif thérapeutique est atteint. Lorsque cela est le cas, il est conseillé d'effectuer un contrôle annuel [2]. Lorsque l'objectif thérapeutique n'est pas atteint, il faudra à nouveau contrôler le bilan lipidique 1 à 3 mois après modifications thérapeutiques avant de mettre en place le suivi annuel.

3-2 En prévention primaire

3-2-1 Population concernée

Le dépistage ciblé d'une dyslipidémie en prévention primaire s'adresse aux populations à risque de développer une dyslipidémie.

Cela concerne les personnes présentant des facteurs de risques cardio-vasculaires [2] :

- Age : hommes > 50 ans ; femmes > à 60 ans ou ménopausées
- Tabagisme : en cours ou sevré depuis moins de 3 ans
- Hypertension artérielle
- Diabète de type 2
- Antécédents familiaux d'athérosclérose précoce : concernant des parents du 1^{er} degré : infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez un homme et avant 65 ans chez une femme ; accident vasculaire cérébral avant 45 ans

Les autres populations concernées sont les personnes présentant un ou plusieurs des signes suivants [1] :

- Obésité androïde
- Antécédents familiaux d'hyperlipidémie (concernant un parent du 1^{er} degré)
- Signes cliniques faisant suspecter une dyslipidémie : somnolence postprandiale, douleur abdominale récurrente, dépôts lipidiques extravasculaires
- Pathologies responsables d'une dyslipidémie secondaire : insuffisance rénale chronique, syndrome néphrotique, diabète, hypothyroïdie...
- Traitements potentiellement responsables d'une dyslipidémie iatrogène : pilule oestro-progestative, rétinoïdes, antiviraux pour le SIDA, corticoïdes...

Concernant les enfants, le dépistage d'une dyslipidémie est uniquement ciblé et est justifié devant une obésité, des antécédents d'hyperlipidémie familiale, ou des antécédents familiaux de problèmes cardio-vasculaires précoces [2].

Concernant le sujet âgé, il n'est pas justifié de réaliser un bilan lipidique au-delà de 80 ans en situation de prévention primaire [2].

3.2.2 Suivi

Si le bilan lipidique est normal, il n'est pas nécessaire de le répéter plus d'une fois tous les 5 ans, sauf si le patient acquiert un nouveau facteur de risque de développer une dyslipidémie (médicaments, apparition d'un facteur de risque cardio-vasculaire..) ou qu'il passe en situation de prévention secondaire [2].

Si le bilan lipidique de dépistage est anormal, il est indispensable de reconstrôler l'analyse une à deux semaines plus tard afin de confirmer la dyslipidémie avant la mise en place d'un éventuel traitement [1]. Les modalités de suivi du bilan lipidique après instauration d'un traitement hypolipémiant ou de règles hygiéno-diététiques sont identiques à celles concernant les patients en prévention secondaire.

4-Indications du bilan lipidique pour un dépistage généralisé d'une dyslipidémie.

4-1 Recommandations françaises

Les recommandations françaises actuelles sont contenues dans le document de l'AFSSAPS de mars 2005 : Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique [2]. Ce document est une actualisation des Recommandations de Bonne Pratique "Prise en charge des dyslipidémies" publiées par l'AFSSAPS en septembre 2000 et "Modalités de dépistage et de diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire"[4] publiées par l'ANAES en janvier 2000. Les conclusions sur le point qui nous intéresse sont très concises et peu précises : *"Tous les adultes doivent être dépistés mais il n'est pas justifié de répéter ce bilan, lorsqu'il est normal."* [2] Qu'en conclure ? Que le dépistage généralisé peut donc être réalisé dès 18 ans, mais cet âge n'est pas explicitement mentionné. Et qu'en cas de bilan normal, il est inutile de refaire le bilan en l'absence d'apparition de facteur de risque cardio-vasculaire (au plus tard, 50 ans chez l'homme et 60 ans chez la femme).

Il est intéressant de noter que le document de l'ANAES [4] répondait de manière beaucoup plus exhaustive à la question d'un dépistage généralisé. Les arguments avancés par les différentes parties étaient détaillés et étayés par les résultats d'études.

La conclusion sur le dépistage généralisé était beaucoup plus claire, à la fois sur le seuil d'âge, mais aussi sur la fréquence : *"la réalisation d'un bilan lipidique peut être proposée à partir de l'âge de 20 ans, mais toujours à distance d'une affection aiguë (accord professionnel) [...] [si bilan normal] il n'est pas justifié de réaliser un nouveau bilan avant l'âge de 45 ans chez l'homme, 55 ans chez la femme."* [4]. Il est notamment cité en faveur d'un dépistage généralisé la fréquence des dyslipidémies en population générale. A l'opposé, quel impact peut avoir l'annonce d'une dyslipidémie à 20 ans, que ce soit en terme de confort de vie (patient "se sachant malade") et en terme de dosage sanguin régulier alors que les événements cardio-vasculaires sont rares avant 40 ans et qu'une prise en charge quelques années auparavant serait suffisante [4].

Pour compléter le tableau des recommandations, nous avons étudié les textes du collège des enseignants en nutrition [5], ceux du collège des enseignants d'endocrinologie [10], et enfin ceux des enseignants de cardiologie [12]. Le premier collège précise que le dépistage doit concerner *"les adultes de moins de 80 ans dès lors qu'ils ont un facteur de risque"* [5]. Cela exclut à priori les patients sans facteurs de risque. Les recommandations des enseignants d'endocrinologie précisent que *"l'intérêt du bilan lipidique de dépistage systématique est controversé car c'est la stratégie de dépistage orienté qui est préconisée."* Toutefois, si ce bilan était réalisé et normal, *"il ne doit pas être répété avant l'âge de 45 ans chez un homme et avant la ménopause chez la femme"* [10]. Enfin, le collège des enseignants en cardiologie précise les fréquences, sans trancher sur le bien-fondé d'un dépistage chez une personne asymptomatique sans facteur de risque : *"chez une personne sans facteur de risque, si un premier bilan est normal, il n'est pas répété avant 45 ans chez l'homme et 55 ans chez la femme, sauf évènement nouveau"* [12].

4-2 Enquête sur la prescription d'un bilan lipidique dans le cadre de la prévention primaire des maladies cardio-vasculaires chez des médecins généralistes de la région lyonnaise en novembre 2011

4-2-1 Introduction

En France, les recommandations officielles sur la prescription d'un bilan lipidique dans le cadre de la prévention secondaire de patients athéromateux sont concises [2] et ne portent pas à discussion. Néanmoins, ces textes sont pris à défaut lorsqu'il s'agit de patients sans facteur de risque cardio-vasculaire ou sans terrain à risque de dyslipidémie. Les recommandations de l'HAS et de l'AFSSAPS [2] sont assez floues sur le sujet du bilan lipidique en prévention primaire et ne tranchent pas entre un dépistage généralisé ou ciblé.

Doit-on tout de même réaliser un dépistage généralisé d'une anomalie lipidique, lorsqu'on sait que les maladies cardio-vasculaires sont un problème de santé publique majeur, en étant la première cause de mortalité en France ? C'est la question que nous nous sommes posés au cours de notre étude qui nous a amené à réaliser une enquête auprès de médecins généralistes de la région lyonnaise, afin de connaître leurs pratiques en matière de prévention primaire des maladies cardio-vasculaires par le biais de la prescription d'un bilan lipidique.

Dans une première partie, nous avons voulu savoir quelles étaient leurs pratiques en matière de prescription d'un bilan lipidique devant un patient se présentant à leur cabinet sans facteur de risque cardio-vasculaire ni terrain à risque connu. Dans un second temps, nous avons voulu évaluer le suivi en ville de ces mêmes patients, chez qui on a retrouvé, ou non, une anomalie lipidique.

4-2-2 Méthodes

L'étude réalisée sur la prescription d'un bilan lipidique en prévention primaire en ville s'est déroulée du 23 novembre au 30 novembre 2011. Elle se présente sous la forme d'un questionnaire de 14 questions [\[annexe 2\]](#), réparties en 2 paragraphes : le premier sur la prescription d'un premier bilan lipidique chez un patient en prévention primaire (avec 9 questions fermées à choix unique, 1 question ouverte) et le second sur le suivi de ces patients une fois dépistés (avec 3 questions fermées à choix unique et une question ouverte).

Cette enquête, anonyme, a été envoyée par mail à 84 médecins généralistes de la région lyonnaise, tous maîtres de stage à l'année dans le cadre de l'enseignement universitaire.

Il s'agissait pour les médecins interrogés de cliquer sur un lien leur permettant d'accéder au questionnaire, d'y répondre pour ensuite valider leurs réponses. Nous avons enregistré l'ensemble de ces réponses par date, sous la forme d'un tableau Excel®.

4-2-3 Résultats

Sur l'ensemble des médecins sollicités, 26 d'entre eux ont répondu à notre questionnaire. Nous appellerons dans la suite de notre discussion ces médecins, "les sondés". Malgré un taux de réponse faible (31%), nous avons relevé nos résultats sous la forme de pourcentage du nombre de personnes ayant répondu, qui, pour la plupart des questions, semble significatif aux vues des réponses récoltées.

Ainsi, pour un patient sans facteur de risque cardio-vasculaire, inconnu du médecin, seuls 23% des sondés réalisent un bilan lipidique dans le cadre d'un bilan paraclinique plus complet de ce patient. Moins d'un quart de la population de médecins ayant participé au questionnaire réaliseraient donc un bilan lipidique en première intention, de façon généralisée.

Dans le cas où les sondés prescriraient tout de même un bilan lipidique dans ce cadre, 80,8% d'entre eux le feraient sans distinction de sexe, et moins de 20% des sondés auraient plus tendance à le réaliser uniquement chez un homme.

En ce qui concerne l'âge du patient, les avis sont partagés : si plus de la moitié d'entre eux le réaliseraient chez une personne à partir de 40 ans (57,7%), 15 à 20% des autres sondés le feraient soit plus tôt (15,4% à 30 ans), soit plus tard (19,2% à 50 ans). Seuls 7,7% des médecins le feraient à partir de 20 ans (soit 2 médecins sur les 26 sondés).

En considérant les facteurs prédisposant à la maladie athéromateuse, qui sont l'obésité et la sédentarité (à bien dissocier des facteurs de risque cardiovasculaires), les sondés tranchent uniquement sur l'obésité. Pour eux, un patient obèse est considéré comme plus à risque qu'un patient sédentaire. En effet, 88,5% des médecins réaliseraient un bilan lipidique chez un patient ayant une obésité isolée contre 61,5% chez un patient essentiellement

sédentaire ; mais moins d'1/3 d'entre eux réaliserait une enquête alimentaire afin d'estimer la qualité de l'alimentation de leur patient. A noter que chez un patient qui ne présenterait comme facteur de risque cardio-vasculaire qu'un tabagisme actif, 84,6% des sondés auraient tendance à lui prescrire un bilan lipidique.

Les médecins sont cependant unanimes sur un point : ils prescrivent tous un bilan lipidique chez une femme sous contraception orale, s'ils ne connaissent pas le dernier résultat de cet examen réalisé pour cette patiente.

Par contre, ils sont plus partagés sur la fréquence du suivi en fonction des résultats du bilan lipidique. Ainsi, pour un patient chez qui le bilan est normal, les sondés se répartissent en 3 groupes : 46,2% (12 médecins sondés) recontrôle à 1 an ; 30,8% (8 sondés) le font 3 ans après, tandis que 23% (6 sondés) le font après 5 années écoulées.

En cas de découverte d'une anomalie (LDL cholestérol ou triglycérides élevés), 77% des sondés s'accordent pour mettre en place des règles hygiéno-diététiques, le restant faisant un nouveau contrôle biologique. La plupart recontrôle le bilan lipidique de leur patient à 3 mois (65,4%) et 26,9% à 6 mois.

4-2-4 Discussion

D'après le peu d'informations dont nous disposons dans les dernières recommandations officielles françaises [1][2][4], un dépistage d'une anomalie lipidique pourrait être réalisé chez tout patient à l'âge adulte, à partir de 18 ans, ou chez une personne présentant un facteur de risque cardio-vasculaire avant l'âge de 80 ans. Si ce bilan s'avérait normal, un suivi ne semble pas pertinent devant l'apparition tardive de la maladie (en général après 40 ans) et l'absence de risque cardio-vasculaire associé. Un simple contrôle pourrait être fait à 50 ans chez les hommes et 60 ans chez les femmes.

La discussion d'un véritable dépistage généralisé ne semble pas se poser malgré la gravité des symptômes et la morbi-mortalité associée dans les maladies cardio-vasculaires.

En pratique, d'après les résultats de notre enquête, les médecins généralistes suivent ces recommandations plutôt floues. En effet, plus de ¾ d'entre eux ne réalisent pas de bilan lipidique en première intention, dans le cadre d'une prévention primaire des maladies cardio-vasculaires. D'après l'ensemble des remarques recueillies (**question 10 de l'enquête**), les médecins axent leur prescription d'un bilan lipidique en fonction d'un point d'appel clinique chez leur patient : un ou des facteurs de risque cardio-vasculaires (antécédents familiaux, âge du patient et notion de diabète le plus souvent cités) ou encore une obésité mais paradoxalement ils ne prennent pas en compte le régime alimentaire de leur patient (moins d'1/3 d'entre eux réaliserait une enquête alimentaire), alors que celle-ci peut fortement agir

sur la morphologie et le métabolisme de leur patient, et que le traitement de première intention devant une anomalie lipidique consiste en des règles hygiéno-diététiques. On pourrait alors réfléchir quand à une prévention primaire des maladies cardio-vasculaires par le renforcement d'une information claire sur l'importance d'une alimentation en quantité raisonnable et surtout équilibrée, pour ainsi éviter des désordres biologiques pouvant provoquer des accidents cardio-vasculaires.

En ce qui concerne la fréquence du suivi des patients ainsi bilantés, les médecins sont partagés entre tous les ans, tous les 3 ans ou tous les 5 ans. Ce résultat peut ainsi refléter le manque de précision que nous avons souligné plus haut dans les recommandations officielles, qui ne donnent aucune précision sur la question [4].

Ces résultats sont néanmoins à prendre avec du recul, devant le faible nombre de médecins généralistes sondés et qui sont tous installés dans la même région ; notre étude a donc une puissance très faible qui ne peut s'enquérir de refléter les pratiques médicales de ville au niveau national, ni même régional.

De plus, un questionnaire restreint ne peut mettre en évidence toutes les subtilités de la pratique médicale en ville, comme le souligne un des médecins interrogés dans son questionnaire : *"En médecine générale, il n'y a rien de systématique, tout est question de connaissance du patient."* Cette enquête peut juste donner un ordre d'idées de ce que se fait sur le terrain aujourd'hui sur la prescription du bilan lipidique.

4-2-5 Conclusion

Malgré ces résultats concordant de façon générale avec les avis des sociétés savantes, il nous semble important de réfléchir sur la question d'un dépistage généralisé dans le cadre d'une prévention primaire. Il pourrait s'appliquer à partir d'un certain âge, comme par exemple celui retenu par certains médecins sondés comme facteur de risque cardio-vasculaire ou encore chez les patients présentant seulement des facteurs prédisposants (obésité et sédentarité) afin de dépister précocement des patients à risque d'accidents cardio-vasculaires. Ceci pourrait permettre d'assurer une prévention de l'apparition des symptômes par le biais d'une information renforcée sur les règles hygiéno-diététiques et l'importance d'une activité physique régulière lors de chaque consultation. Enfin, le suivi lipidique régulier d'un patient sans facteur de risque cardio-vasculaire semble fortement discutable, devant le manque d'intérêt porté sur ce sujet par les sociétés savantes, et par le désaccord des médecins soulevé par l'enquête que nous avons réalisé.

4-3 Recommandations étrangères sur la question du dépistage généralisé

Au moins trois pays européens (Allemagne, Autriche et Slovaquie) ont mis en place un dépistage généralisé [6]. A noter qu'en Autriche, la société prend en charge le coût du dépistage pour tous les engagés à partir de 18 ans, avec une fréquence de 3 ans (tous les 2 ans à partir de 40 ans) [6]. La société européenne de cardiologie n'est pas vraiment plus précise puisque qu'elle indique qu'en présence d'un patient asymptomatique et sans facteur de risque, le dosage (entre autres examens) ne sera effectué que si le patient le demande. Un bilan normal – patient considéré comme à risque faible après la réalisation des examens – sera refait à "intervalles réguliers". Le patient étant invité dans l'intervalle à conserver une bonne hygiène de vie (alimentation, activité sportive) [7].

Au Canada, la question est tranchée puisqu'un document officiel de recommandations "*Lignes directrices 2009 de la société canadienne de cardiologie pour diagnostiquer et traiter la dyslipidémie et prévenir la maladie cardiovasculaire chez l'adulte*" [8] stipule clairement que "*les hommes âgés de 40 ans ou plus et les femmes âgées de 50 ans ou plus ou ménopausées*" sont concernés par le dépistage. Cette recommandation est de classe 1, niveau C. La classe 1 correspond à des "*données probantes ou consensus général, ou les deux, voulant qu'une intervention diagnostique ou un traitement donné soit bénéfique, utile et efficace*". Le niveau C concerne des "*données probantes fondées sur un consensus d'opinion des experts, ou sur des études de petite envergure, des études rétrospectives ou des registres*" [8].

Par contre, la fréquence du dosage de cholestérol n'est pas indiquée, que ce soit dans le cadre du suivi d'un patient avec facteur de risques, ou en prévention secondaire, ou celui du patient asymptomatique sans facteur de risque.

Enfin, l'American Heart Association dans le cadre de son programme national d'éducation au cholestérol (National Cholesterol Education Program : NCEP) a produit un rapport "*Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III ou ATP III)*" qui a le mérite de donner des lignes directrices claires puisque tous les adultes âgés de 20 ans et plus doivent avoir un bilan lipidique, tous les 5 ans [9]. Ce test étant fait après 9 à 12h de jeûne complet (liquides, solides et cachets). Ce document précise aussi que ce ne sont que des lignes directrices qui ne doivent pas remplacer l'évaluation clinique du praticien [9]. Le document précise également dans les annexes le calcul du risque d'évènement cardio-vasculaire à 10 ans selon le score de Framingham.

5-Discussion

Plusieurs points importants ont été mis en évidence dans notre recherche concernant les indications et la fréquence du bilan lipidique. Il faut dans un premier temps noter que les indications concernant un dépistage ciblé d'une dyslipidémie sont assez bien définies. Nous n'avons pas retrouvé de discordance majeure au sein de la littérature. Il est cependant intéressant de noter qu'un article de La Revue du Praticien [3] concernant l'efficacité des statines sur la protection cardio-vasculaire chez des patients à haut risque en prévention primaire souligne que *"cette protection ne s'est pas révélée statistiquement significative dans la population féminine"*.

Dans un second temps, il ressort de notre recherche l'absence de recommandation claire concernant un dépistage généralisé en France. En effet, aucun des textes rédigés par les sociétés savantes françaises que nous avons étudié ne mentionne précisément l'âge auquel doit être effectué un premier bilan lipidique.

La fréquence de répétition du bilan lipidique fait elle aussi l'objet de controverse, les sociétés savantes se prononcent, mais toutes ne sont pas en accord. Après l'étude des recommandations étrangères, on note également que l'indication et la fréquence de répétition du bilan lipidique sont rarement déterminées de façon précise. Ainsi, lorsqu'un pays comme le Canada a fixé des indications précises du bilan lipidique, on remarque que la question de la fréquence de répétition du bilan reste floue. Par contre, aux Etats-Unis, les recommandations sont très claires. Cette discordance au niveau mondial témoigne donc de la difficulté de la question. La question de l'efficacité des traitements hypolipémians en prévention primaire doit également être prise en compte.

En effet, quel serait l'intérêt de mettre en évidence une dyslipidémie chez une personne si aucun traitement efficace en terme de protection cardio-vasculaire ne peut lui être proposé ? Une absence de preuve d'efficacité de traitement hypolipémiant chez la femme et les personnes de plus de 73 ans a été retrouvée par La Revue Prescrire [13]. Elle met également l'accent sur l'inégalité d'efficacité de certains traitements en fonction du contexte (prévention primaire ou secondaire), ainsi que de disparités concernant la prévention de la mortalité totale. Enfin, elle rappelle l'importance de la considération de la balance bénéfice/risque, nécessitant d'être attentif aux effets indésirables des traitements hypolipémians pris au long cours.

Ces discordances concernant les recommandations se répercutent sur la pratique quotidienne. Ceci a été mis en évidence à travers l'étude effectuée auprès de médecins généralistes de la région, dont aucun, d'après l'enquête (question 1 du suivi) ne prescrit de traitement hypolipémiant à la découverte d'une anomalie lipidique isolée.

Néanmoins, on remarque dans cette étude que les praticiens mettent bien en pratique les recommandations officielles, c'est-à-dire en ne prenant en compte que les patients présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires dans le cadre d'une prévention secondaire. Un bilan lipidique ne sera prescrit que devant ces facteurs, éventuellement devant des facteurs prédisposants à la maladie athéromateuse, ou même parfois à la demande du patient (cf. résultats détaillés de l'étude).

6-Conclusion

Les recommandations des sociétés savantes sur les indications d'un bilan lipidique en ville nous dictent la conduite à tenir dans le cadre d'un dépistage ciblé d'une dyslipidémie. (cf. parties 3-1 et 3-2). On entend par dépistage ciblé, le dépistage d'une dyslipidémie réalisé chez une population après l'apparition d'évènements cardiovasculaires (prévention secondaire) ou en l'absence d'évènements (prévention primaire) mais chez une population à risque de développer une telle anomalie biologique. Cependant, il n'existe aucune recommandation précise en ce qui concerne le dépistage généralisé d'une dyslipidémie en France (cf. partie 4-2). On entend par dépistage généralisé, le dépistage d'une dyslipidémie dans une population en prévention primaire et en l'absence de tout facteur de risque de développer une telle anomalie. Par conséquent, il nous semble indispensable, compte-tenu du problème de santé publique majeur que sont les maladies cardiovasculaires, de mettre en œuvre des études cliniques qui mesureraient l'efficacité d'un dépistage généralisé sur la morbidité et mortalité cardiovasculaire au long terme, afin d'établir des recommandations internationales sur les caractéristiques des sujets à dépister. En effet, nous avons vu que l'absence de ces recommandations entraîne des disparités dans la pratique médicale quotidienne, chez des médecins généralistes de la région lyonnaise.

Enfin, les recommandations fixent la durée à laquelle doit être répété un bilan lipidique retrouvé anormal (cf. partie 3-1-2). En effet, il doit être effectué 1 à 3 mois après l'instauration du traitement, afin de vérifier si l'objectif thérapeutique est atteint. Lorsque cela est le cas, il est conseillé d'effectuer un contrôle annuel. Elles fixent également la durée à laquelle doit être répété un bilan lipidique retrouvé normal (cf. partie 3-2-2). En effet, il n'est pas nécessaire de le répéter plus d'une fois tous les 5 ans.

Références bibliographiques

[1] Bruckert E, Bonnet J., Luc G, Bayer P, Farnier M. Les recommandations de la NSFA. Les examens à pratiquer devant une dyslipidémie. Nouvelle société française d'athérosclérose. 2005.

<http://www.nsfa.asso.fr/spip.php?article1055>

[2] Bruckert E et al. Prise en charge du patient dyslipidémique. Argumentaire & recommandations. AFSSAPS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. 2005.

<http://www.afssaps.fr/content/download/3968/39202/version/4/file/dysarg.pdf>

<http://www.afssaps.fr/content/download/3967/39194/version/6/file/dysreco.pdf>

[3] Cariou B et al. Dyslipidémies – Nouvelles frontières, nouvelles cibles - La revue du praticien. 2011, 61 : 1104-1126.

[4] Berthezène F. et al. Modalités de dépistage et diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire. Service recommandations et références professionnelles. ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. 2000.

[5] Collège des enseignants en nutrition. Polycopié national des enseignants en nutrition. Items 129, 129 bis : Dyslipidémies. 2011.

http://umvf.univ-nantes.fr/nutrition/enseignement/nutrition_28/site/html/2.html

[6] Hockley T, Gemmill M. European Cholesterol Guidelines Report. 2007.

<http://www.policy-centre.com/downloads/European-Cholesterol-Guidelines07.pdf>

[7] European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Graham I. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European journal of cardiovascular prevention & rehabilitation 2007;14 : supplement 2

[http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-](http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-CVD-prevention-ES-FT.pdf)

[guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-CVD-prevention-ES-FT.pdf](http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-CVD-prevention-ES-FT.pdf)

[8] Genest et al. Société canadienne de cardiologie. Lignes directrices 2009 de la Société canadienne de cardiologie pour diagnostiquer et traiter la dyslipidémie et prévenir la maladie cardiovasculaire chez l'adulte. Recommandations de 2009.

http://www.ccs.ca/download/consensus_conference/consensus_conference_archives/2009_Dyslipidemia-Guidelines-FR.pdf

[9] M. Grundy S. et al. Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (ATP III Final Report). National Cholesterol Education Program National Heart, Lung, and Blood Institute National Institutes of Health NIH Publication No. 01-3670. 2001.

<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3full.pdf>

[10] Collège des enseignants d'endocrinologie. Polycopié national des enseignants d'endocrinologie. Item 129 : Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention. 2010.

<http://www.fascicules.fr/data/consulter/endocrino-polycopie-facteurs-risque-cardiovasculaire.pdf>

[11] Delaveyne R, Colombet I, Xerri B et al. Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global. Anaes juin 2004. Service évaluation en santé publique.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Risque_cardio_vasculaire_rap.pdf

[12] Collège National des Enseignants de Cardiologie et Société Française de Cardiologie. Cardiologie. Abrégés Connaissances et pratique Masson. 2010.

http://www.sfcardio.fr/enseignement/cardiologues-en-formation/documents-de-travail/enseignement/cardiologues-en-formation/documents-de-travail/cardiologie/files/cardiologie_texte3.pdf

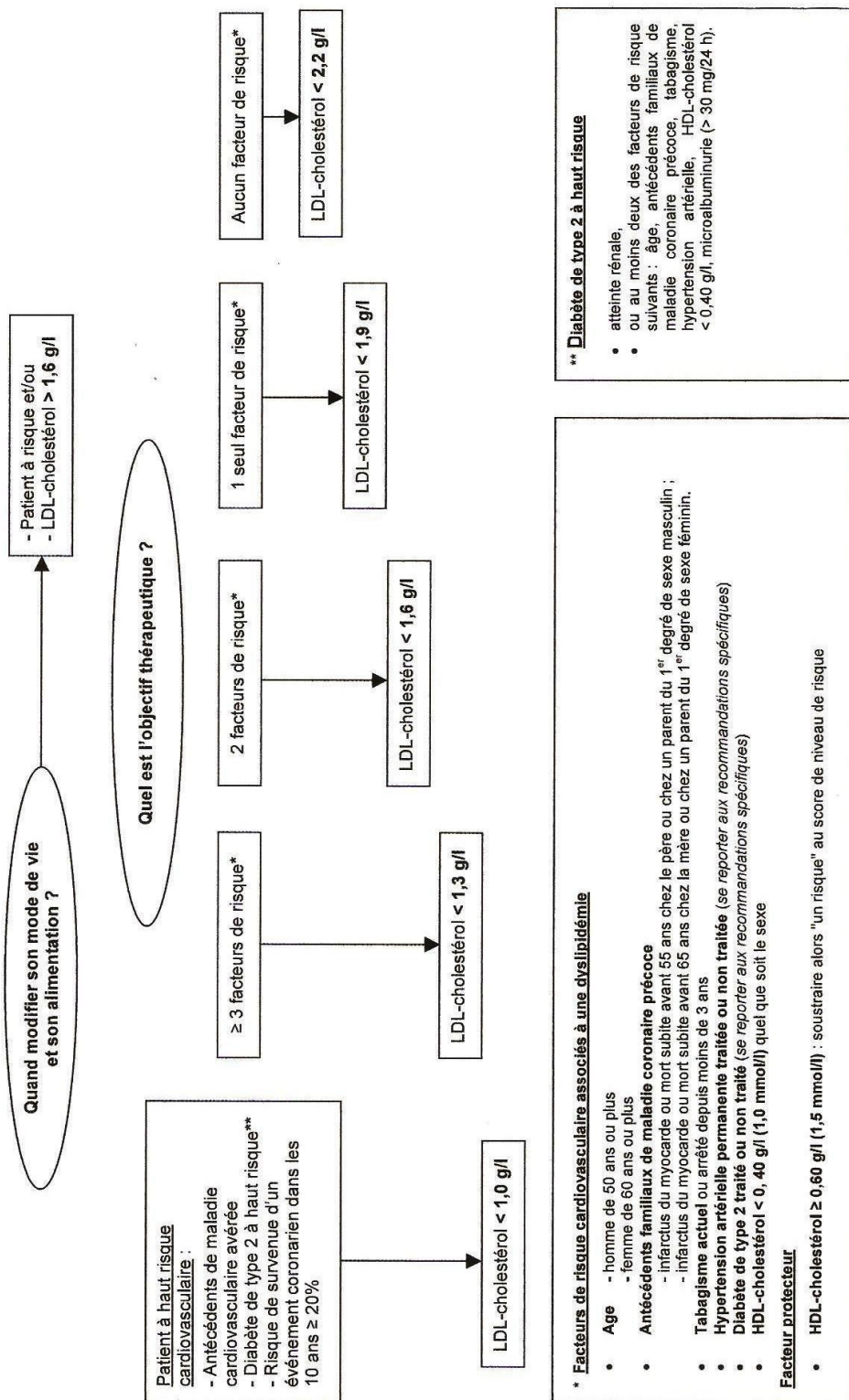
[13] Dumont E et al. Dossier : Prévention cardiovasculaire primaire et secondaire. Première partie : choisir les médicaments hypocholestérolémiants et antihypertenseurs les mieux adaptés. La revue Prescrire. Tome 19. N°194 : 281-296. 1999.

Annexe n°1 :

Recommandations pour la prise en charge du patient dyslipidémique

Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique

PRISE EN CHARGE DU PATIENT DYSLIPIDEMIQUE



Annexe n°2 :

Questionnaire adressé aux médecins généralistes et résultats associés

Bilan Lipidique

I) Prescription d'un premier bilan lipidique

1) Chez un patient que vous voyez pour la première fois, sans facteur de risque cardio vasculaire connu, quelque soit son terrain ou ses antécédents, réalisez-vous un bilan biologique comprenant un bilan lipidique ?

- | | | |
|-------------------------------------|-----|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | oui | 6 sondés soit 23% |
| <input checked="" type="checkbox"/> | non | 20 sondés soit 77% |

2) Avez-vous tendance à le faire plutôt :

- | | | |
|-------------------------------------|----------------|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Chez un homme | 5 sondés soit 19,2% |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Chez une femme | 0 sondé |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Les deux | 21 sondés soit 80,8% |

3) A partir de quel âge ?

- | | | |
|-------------------------------------|--------|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 20 ans | 2 sondés soit 7,7% |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 30 ans | 4 sondés soit 15,4% |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 40 ans | 15 sondés soit 57,7% |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 50 ans | 5 sondés soit 19,2% |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 60 ans | 0 sondés |

4) Si le patient présente une obésité isolée

- | | | |
|-------------------------------------|-----|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | oui | 23 sondés soit 88,5% |
| <input checked="" type="checkbox"/> | non | 3 sondés soit 11,5% |

5) Réalisez-vous une enquête pour connaître son régime alimentaire pour orienter votre choix vers un bilan lipidique

- | | | |
|-------------------------------------|-----|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | oui | 8 sondés soit 30,8% |
| <input checked="" type="checkbox"/> | non | 18 sondés soit 69,2% |

6) Si le patient est fumeur

- | | | |
|-------------------------------------|-----|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | oui | 22 sondés soit 84,6% |
| <input checked="" type="checkbox"/> | non | 4 sondés soit 15,4% |

7) Si le patient est sédentaire

- | | | |
|-------------------------------------|-----|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | oui | 16 sondés soit 61,5% |
| <input checked="" type="checkbox"/> | non | 10 sondés soit 38,5% |

Stratégie des examens complémentaires - Année 2011/2012 - Bilan lipidique

8) Si c'est une femme qui prend une contraception orale par oestroprogestatifs et que vous ne connaissez pas les résultats de son dernier bilan lipidique



oui

26 sondés soit 100%



non

0 sondé

9) Chez un patient que vous avez rarement, lui prescrivez-vous un bilan biologique ou un bilan lipidique de contrôle lors de ses consultations ?



bilan biologique

14 sondés soit 53,8%



bilan lipidique

4 sondés soit 15,4%

Aucune réponse :

8 sondés soit 30,8%

10) Question libre. En résumé, quand réalisez-vous un bilan lipidique en prévention primaire ?

-En principe tout les 5 ans sauf apparition d'un diabète entre temps ou prise de poids importante depuis le dernier bilan, à partir de 30 ans environ (plus tôt chez les femmes sous pilule)et généralement associé à un bilan plus complet, lui aussi réalisé tout les 5 ans environ

-En fonction des autres facteurs de risque et de l'âge du patient

-A titre systématique au moins une fois après 35 ans, chaque fois que j'y pense ...

-Si le patient le demande et que cela semble pertinent, pour la prescription de pilule,chez l'obèse

-Homme de plus de 50 ans , ou avec fdrcv ; femme de plus de 60 ans ou avec fdrv

-Homme ou femme après 50 ans (1er facteur de risque CV) surtout si ant fam de pb CV, et si présence d'autres FRCV

-selon FRCV et selon âge, jamais chez patient \"de passage\", pas forcément à la 1^{re} consultation

-en fonction des facteurs de risques cardio vasculaires : hypertension artérielle, tabagisme, notion familiale de dyslipidémie, diabète, obésité, surveillance d'une patiente sous contraception oestro progestative , notion familiale d'accident coronarien ou de pathologie cardio vasculaire.

->40 ans si bilan Ok le prochain à 45 ans puis si Ok prochain à 50 ans et puis tous les ans/ voir 2 ans.

-Devant un patient porteur de FRCV personnels, systématiquement chez une patiente sous CO (avant instauration, 6 mois après le début du ttt et tous les 5 ans si absence d'anomalie), en cas d'antécédents familiaux de dyslipidémies

-Une fois après 20 ans, puis tous les 5 ans après 40 ans.

-Avant tout des hommes, entre 30 et 40 ans selon, les autres FRCV , les femmes , un peu plus tard et surtt si fumeuses

-Je ne prescris pas en 1^{ère} intention ce genre de bilan sauf si mon interrogatoire(Antécédents..) m'oriente. En médecine générale, il n'y a rien de systématique, tout est question de connaissance du patient.

-uniquement en cas de facteurs de risque avant 50ans

-quand FRCV: antécédents familiaux CV ou d'hypercholestérolémie,diabète, HTA,tabac, obésité à 40 ans, 50 ans

II) Suivi

1) Lorsque vous découvrez une anomalie lipidique chez un patient en bonne santé (LDL ou triglycérides élevés) et sans risques cardio vasculaires, que faites vous :

<input checked="" type="checkbox"/>	règles hygiéno-diététiques	20 sondés soit 77%
<input type="checkbox"/>	traitement par statine d'emblée	0 sondé
<input type="checkbox"/>	nouveau contrôle biologique	6 sondés soit 23%
<input type="checkbox"/>	demande d'emblée d'un avis spécialisé	0 sondé

2) Si vous réalisez un nouveau contrôle lipidique, dans quel délai le réalisez-vous ?

<input type="checkbox"/>	2 semaines	0 sondé
<input type="checkbox"/>	1 mois	0 sondé
<input type="checkbox"/>	3 mois	17 sondés soit 65,4%
<input type="checkbox"/>	6 mois	7 sondés soit 26,9%

Aucune réponse 2 sondés soit 7,7%

3) En cas de normalité du bilan lipidique (HDL, LDL, tryglycérides), à quelle fréquence recontrôlez-vous votre patient ?

<input type="checkbox"/>	3 mois	0 sondé
<input type="checkbox"/>	6 mois	0 sondé
<input type="checkbox"/>	1 an	12 sondés soit 46,2%
<input type="checkbox"/>	3 ans	8 sondés soit 30,8%
<input type="checkbox"/>	5 ans	6 sondés soit 23%

Résumé

L'athérosclérose est source de nombreuses maladies cardio-vasculaires. C'est un véritable problème de santé publique en France. Elle est liée au taux de LDL-cholestérol, donc aux dyslipidémies. Le bilan lipidique apparaît ainsi comme un examen utile dans la prévention des maladies cardio-vasculaires.

Notre recherche vise à étudier les recommandations officielles et autres sources bibliographiques afin de connaître les populations concernées et les fréquences de réalisation du bilan lipidique. Deux situations cliniques se sont différenciées : d'une part, le dépistage de dyslipidémie chez des patients à risque (dépistage ciblé) ; d'autre part, le dépistage généralisé chez des patients indemnes de tout facteur de risque de dyslipidémie. Concernant le dépistage ciblé, les recommandations de prescription du bilan lipidique sont assez bien définies, notamment par la Nouvelle Société Française d'Athérosclérose [1] et l'AFSSAPS [2]. La question du dépistage généralisé apparaît comme une source de discordance. Les textes des sociétés savantes à ce sujet sont peu nombreux et ne donnent pas de lignes directrices claires, que ce soit pour l'âge du premier bilan lipidique ou la fréquence de répétition de celui-ci.

Nous nous sommes alors intéressés aux recommandations officielles d'autres pays, qui se sont révélées parfois floues. Ces divergences en France ainsi qu'à l'étranger nous ont amenés à effectuer une enquête auprès de médecins généralistes de la région lyonnaise afin d'évaluer la répercussion de ces discordances dans la pratique quotidienne. Les résultats de cette enquête ont mis en évidence l'absence de réel dépistage généralisé. Cette recherche a permis de mettre en exergue des disparités entre les sociétés savantes et la pratique quotidienne concernant la stratégie de prescription du bilan lipidique, notamment en terme de dépistage généralisé. Ce sujet mériterait de faire l'objet d'étude supplémentaire.

Mots-clés

Bilan lipidique

Dépistage ciblé / généralisé

Prévention

Suivi
