

ETUDE DE L'ANPM POUR VALORIMER

PREVALENCE DES DIFFERENTES DYSLIPIDEMIES EN FRANCE

Autant les cardiologues nord-américains ont toujours été passionnés par les dyslipidémies, autant les cardiologues français ont longtemps laissé de côté ce facteur de risque majeur.

Il a fallu attendre le 19 Novembre 1994, date de la publication de l'étude 4S, pour que la communauté cardiologique française se préoccupe enfin des dyslipidémies. Pourtant, les conclusions des différentes études physiopathologiques disponibles depuis plus de 20 ans étaient concordantes pour montrer le rôle majeur des lipoprotéines dans la genèse de l'athérosclérose coronaire. D'autres travaux ont montré le rôle important de l'oxydation dans l'aggravation de l'athérosclérose et le rôle anti-athérogène des lipoprotéines HDL.

Probablement en raison de classifications complexes provenant du domaine de la lipidologie, la connaissance des différentes dyslipidémies a longtemps été pour le cardiologue un mystère. Les essais thérapeutiques récents sont venus clarifier la situation, mais ils ne doivent pas cacher la complexité du métabolisme des lipoprotéines que nous avons redécouvert récemment lors de la publication d'un essai thérapeutique négatif avec un inhibiteur de la CETP.

L'hypercholestérolémie pure reste une préoccupation majeure dans la mesure où plus de 30% des sujets adultes sont porteurs de ce facteur de risque majeur. Les autres dyslipidémies sont également à prendre en considération puisque chez les patients coronariens, ce sont aussi 30% environ des patients qui présentent un cholestérol HDL bas.

Vis-à-vis d'un patient à risque ou d'un patient vasculaire, la première étape sera donc toujours de demander un bilan biologique lipidique complet afin de caractériser et de traiter les dyslipidémies chez les sujets à haut risque.

Bien qu'il soit important de discuter des dyslipidémies de manière indépendante, il ne faut pas oublier le rôle conjoint des différents facteurs de risque dans la maladie athéroscléreuse. Nous avons assisté à la publication ces dernières années de nombreux travaux discutant du rôle des facteurs de risque majeurs dans la maladie cardiovasculaire.

Dans l'étude de cohorte PRIME, les auteurs ont étudié l'impact à dix ans des facteurs de risque classiques sur la survenue de la maladie coronaire alors qu'il s'agissait de sujets sains à l'inclusion dans l'étude. Dans ce travail qui a été présenté récemment.

Les auteurs ont montré qu'environ 80% des cas de maladie coronaire aiguë survenus dans le suivi sont imputables à la présence d'au moins un des facteurs de risque classiques présents à l'inclusion dans la cohorte.

En d'autres termes, dans la population française, environ huit cas d'événements coronaires sur dix sont expliqués entièrement par la présence d'un des facteurs de risque majeurs tels que le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le HDL-cholestérol bas, l'hypertension artérielle, l'hypertriglycéridémie ou l'obésité.

Sur le plan pratique, la découverte d'un facteur de risque impose la recherche de nouveaux facteurs de risque et le contrôle d'un facteur de risque impose l'équilibration parfaite d'un autre facteur de risque s'il est présent.

Dans les enquêtes de population réalisées en France dans le cadre du réseau MONICA France, les auteurs ont étudié l'évolution des facteurs de risque majeurs dans des échantillons représentatifs.

De 1985 à 1997, la prévalence du tabagisme a diminué chez l'homme ainsi que la prévalence de l'hypertension artérielle.

Par contre, la prévalence de l'hypercholestérolémie est restée stable.

Lorsque le diagnostic phénotypique se veut très précis, on doit s'appuyer sur une batterie complexe d'examens tels que l'électrophorèse des lipoprotéines, les apolipoprotéines ou éventuellement le dosage des lipases. Ce type d'exploration reste du domaine de la spécialité des lipidologues.

En pratique générale, on doit se satisfaire d'une approximation des dyslipidémies par la réalisation d'une exploration d'une anomalie lipidique, seul examen remboursé par l'Assurance Maladie.

Cet examen doit être réalisé à jeun et comporte **le dosage du cholestérol total, des triglycérides et du HDL-cholestérol**. Des seuils numériques très simples sont utilisés pour classer les différents types de dyslipidémies.

On distingue ainsi l'hypercholestérolémie pure, l'hyperlipidémie mixte, l'hypertriglycéridémie pure et la baisse isolée du HDL-cholestérol. Encore une fois, il s'agit là d'une classification assez caricaturale qui ne reflète pas les subtilités de la physiopathologie des dyslipidémies. Cependant, il s'agit d'une approche pragmatique permettant de prendre en charge au mieux en pratique quotidienne les différentes anomalies biologiques lipidiques.

Il existe peu de données épidémiologiques sur la prévalence des dyslipidémies chez les sujets sains français. A notre connaissance, il existe seulement quatre publications concernant la distribution des lipides en France.

Les deux premières publications correspondent à des données obtenues à partir des résultats d'examens de santé réalisés soit en Guadeloupe soit dans le centre-ouest de la France. Il s'agit donc probablement d'un échantillon sélectionné de la population adulte.

Dans l'étude publiée en 2005 par les centres MONICA français, il s'agissait d'échantillons représentatifs de la population générale. Les sujets atteints d'une maladie cardiovasculaire ou traités par un médicament hypolipidémiant ont été exclus.

Les résultats présentés correspondent donc à la prévalence des différentes dyslipidémies de sujets n'ayant pas été en contact avec le système de santé, ce qui donne un très bon reflet de la prévalence des dyslipidémies en France.

On constate qu'en France l'hypercholestérolémie pure reste l'anomalie la plus souvent rencontrée avec 30% de la population adulte porteuse de ce type d'affection.

La deuxième anomalie la plus représentée correspond à la baisse isolée du HDL-cholestérol rencontrée dans 12% des cas. La faible prévalence de l'hyperlipidémie mixte et de l'hypertriglycéridémie pure provient probablement du fait que le traitement hypolipidémiant est préférentiellement donné en priorité par les médecins généralistes dans ce type d'affection.

Dans l'étude Nationale Nutrition Santé réalisée en 2006-2007, il s'agissait de sujets représentatifs de la population générale chez lesquels était réalisé un bilan biologique complet.

Les sujets porteurs d'une dyslipidémie ont été définis comme étant des sujets présentant une hypertriglycéridémie de plus de 1,50 g/l, des sujets porteurs d'une hypercholestérolémie avec un LDL-cholestérol supérieur à 1,60 g/l et des sujets porteurs d'un HDL-cholestérol bas avec des valeurs inférieures à 0,40 g/l.

Par ailleurs, les sujets traités pour une dyslipidémie par des traitements médicamenteux étaient également comptabilisés. Les résultats de l'Etude Nationale Nutrition Santé, bien que l'étude ENNS présente un amalgame des différents types de dyslipidémies, ce travail montre la grande prévalence des anomalies biologiques lipidiques en France, quelle que soit la classe d'âge. Dans la classe d'âge des sujets les plus exposés à la maladie cardiovasculaire, soit les sujets de 55 à 74 ans, la prévalence des dyslipidémies est chez l'homme d'environ 67%.

A la fin de l'année 2005, les cardiologues français ont inclus 3059 patients dans l'étude FAST-MI. Parmi les patients inclus dans l'étude FAST-MI 2203 ont eu un bilan biologique lipidique complet permettant ainsi de caractériser les différents types de dyslipidémies chez les patients non traités avec un hypolipidémiant avant l'hospitalisation.

Les différentes dyslipidémies chez les patients de l'étude FAST-MI. Chez ces patients se présentant pour un syndrome coronaire aigu dans des soins intensifs cardiologiques, il est remarquable de constater la très forte prévalence du cholestérol HDL bas chez environ 30% des patients. Il n'est pas étonnant de trouver une distribution des différentes dyslipidémies différente de ce que l'on peut trouver chez les sujets sains dans la mesure où les sujets les plus sévères, en particulier ceux porteurs d'une hypercholestérolémie, sont des gens traités avant l'hospitalisation.

Un travail récent montre par ailleurs qu'environ 60% des patients coronariens présentent une dyslipidémie nécessitant une prise en charge adaptée.

Les recommandations françaises ciblent le LDL-cholestérol comme critère intermédiaire ayant fait la preuve de son bénéfice sur le pronostic cardiovasculaire. Dans l'étude SPOT, chez les sujets à haut risque, uniquement 35% des patients sont en dessous de la valeur seuil de 1 g/l pour le LDL-cholestérol.

En d'autres termes, très peu de patients coronariens sont aux objectifs thérapeutiques recommandés.

Or, la Société Européenne de Cardiologie préconise depuis le mois d'août 2007 un seuil de LDL-cholestérol à 0,80 g/l pour les patients à haut risque.

Bien que le LDL-cholestérol soit la cible principale chez les patients à haut risque, il ne faut pas oublier le rôle majeur joué par les autres dyslipidémies, en particulier le cholestérol HDL bas ou l'association hypertriglycéridémie/HDL bas.

Pour ces dernières dyslipidémies, nous sommes dans l'attente d'essais thérapeutiques faisant la preuve d'une réversibilité du risque lorsque le traitement médicamenteux est mis en route.