

Quelle cible de LDL-cholestérol selon le profil de risque ?



cardiologie-pratique.com/journal/article/0033471-quelle-cible-ldl-cholesterol-selon-profil-

[risque](#)

[Risque](#)

Publié le 15 avr 2022 Lecture 3 min

Étienne PUYMIRAT, département de cardiologie, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris

Les dernières recommandations de la Société européenne de cardiologie sur la prévention cardiovasculaire ont redéfini les cibles du LDL-cholestérol (LDL-C) selon les profils de risque des patients⁽¹⁾.

• Prévention primaire

Les pays européens et frontaliers ont été répartis en quatre zones de risque cardiovasculaire à partir de larges bases de données administratives. La France fait partie des pays à « bas risque » (figure 1).

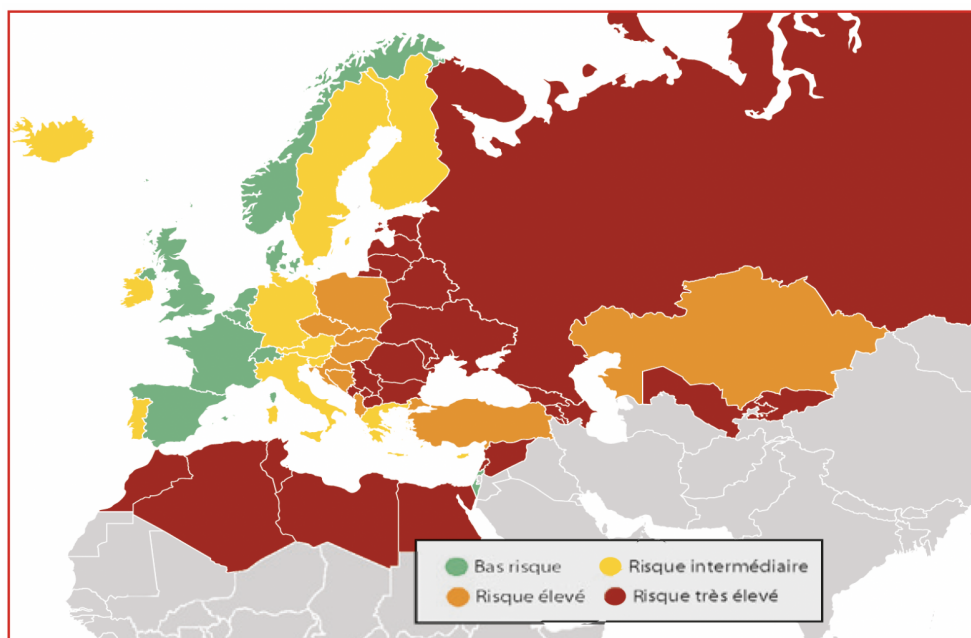


Figure 1. Répartition des pays européens et frontaliers selon le niveau de risque cardiovasculaire.

Un nouveau score a été proposé (SCORE-2) pour déterminer le risque de faire un événement cardiovasculaire majeur (décès, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) à 10 ans en prenant en compte cinq paramètres : l'âge (avec un score spécifique pour les patients de plus de 70 ans, le SCORE-OP), le sexe, le tabagisme actif, la pression artérielle systolique et le non-HDL-cholestérol (figure 2). Par rapport au score précédent, celui-ci ne se focalise plus que sur la mortalité et prend en compte le non-HDL-C (au lieu du LDL-C).

SCORE2 & SCORE2-OP

Risque à 10 ans (fatal ou non fatal) d'événement cardiovasculaire dans les populations avec bas risque de MCV

< 50 ans	50-69 ans	≥ 70 ans
● < 2,5 %	< 5 %	< 7,5 %
● 2,5 à < 7,5 %	5 à < 10 %	7,5 à < 15 %
● ≥ 7,5 %	≥ 10 %	≥ 15 %

Femme

Homme

Non-fumeur Fumeur

Non-fumeur Fumeur

Non-HDL-cholestérol

Pression artérielle systolique (mmHg)
SCORE2-OP

SCORE2-OP	Non-fumeur				Fumeur				mmol/L mg/dL	Non-fumeur				Fumeur			
	Non-HDL-cholestérol				Non-HDL-cholestérol					Non-HDL-cholestérol				Non-HDL-cholestérol			
	3,0-3,9	4,0-4,9	5,0-5,9	6,0-6,9	3,0-3,9	4,0-4,9	5,0-5,9	6,0-6,9		3,0-3,9	4,0-4,9	5,0-5,9	6,0-6,9	3,0-3,9	4,0-4,9	5,0-5,9	6,0-6,9
160-179	28	29	30	31	31	32	33	34	29	35	42	49	29	35	42	49	
140-159	26	27	28	29	29	30	31	32	28	33	40	47	27	33	40	47	
120-139	24	25	26	27	27	28	29	30	26	32	38	45	26	32	38	45	
100-119	23	24	25	26	25	26	27	28	25	30	36	43	25	30	36	43	
160-179	20	21	22	23	25	26	28	29	23	27	32	37	26	31	36	41	
140-159	18	19	20	21	23	24	25	26	21	25	29	34	24	28	33	38	
120-139	16	17	18	19	20	21	22	23	19	22	26	31	22	25	30	34	
100-119	15	15	16	17	18	19	20	21	17	20	24	28	19	23	27	31	
160-179	15	15	16	17	21	22	23	24	19	21	24	27	24	27	31	34	
140-159	13	13	14	15	18	19	20	21	16	18	21	23	21	23	26	30	
120-139	11	11	12	13	15	16	17	18	14	15	18	20	18	20	23	26	
100-119	9	10	10	11	13	14	15	15	12	13	15	17	15	17	19	22	
160-179	10	11	12	12	17	18	19	20	15	16	18	19	22	24	26	28	
140-159	9	9	10	10	14	15	16	16	12	13	14	16	18	19	21	23	
120-139	7	7	8	8	11	12	13	14	10	11	12	13	14	16	17	19	
100-119	6	6	6	7	9	10	10	11	8	8	9	10	12	13	14	15	

SCORE2

160-179	8	8	9	9	12	12	13	13	11	12	12	13	15	16	17	19
140-159	7	7	7	7	10	10	11	11	9	10	11	11	13	14	15	16
120-139	5	6	6	6	8	9	9	9	8	8	9	10	11	12	13	13
100-119	5	5	5	5	7	7	7	8	6	7	7	8	9	10	11	11
160-179	6	6	7	7	10	10	11	11	8	9	10	11	13	14	15	17
140-159	5	5	5	6	8	8	9	9	7	8	8	9	10	11	13	14
120-139	4	4	4	5	6	7	7	8	6	6	7	8	9	10	10	11
100-119	3	3	4	4	5	6	6	6	5	5	6	6	7	8	9	10
160-179	4	5	5	5	8	8	9	10	7	7	8	9	10	12	13	15
140-159	3	4	4	4	6	7	7	8	5	6	7	8	9	10	11	12
120-139	3	3	3	3	5	6	6	6	4	5	5	6	7	8	9	10
100-119	2	2	3	3	4	4	5	5	4	4	4	5	6	6	7	8
160-179	3	4	4	4	6	7	7	8	5	6	7	8	9	10	11	13
140-159	3	3	3	3	5	5	6	6	4	5	5	6	7	8	9	10
120-139	2	2	2	3	4	4	5	5	3	4	4	5	6	6	7	8
100-119	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	3	4	4	5	6	7
160-179	2	3	3	3	5	5	6	7	4	5	6	6	7	8	10	11
140-159	2	2	2	3	4	4	5	5	3	4	4	5	6	7	8	9
120-139	1	2	2	2	3	3	4	4	2	3	3	4	4	5	6	7
100-119	1	1	1	1	2	2	3	3	2	2	3	3	3	4	5	5
160-179	2	2	2	3	4	4	5	6	3	4	5	5	6	7	8	10
140-159	1	2	2	2	3	3	4	4	2	3	3	4	5	5	6	8
120-139	1	1	1	1	2	3	3	3	2	2	3	3	3	4	5	6
100-119	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	4	5

Figure 2. SCORE-2 dans les pays à risque cardiovasculaire bas comme la France.

Les décisions thérapeutiques dépendent de la classe d'âge (< 50 ans ; 50-69 ans ; ≥ 70 ans) et du niveau de risque des patients (risque bas à modéré ; risque élevé ; risque très élevé). L'introduction de thérapeutique est préconisée pour les patients à risque élevé ou très élevé (figure 3).

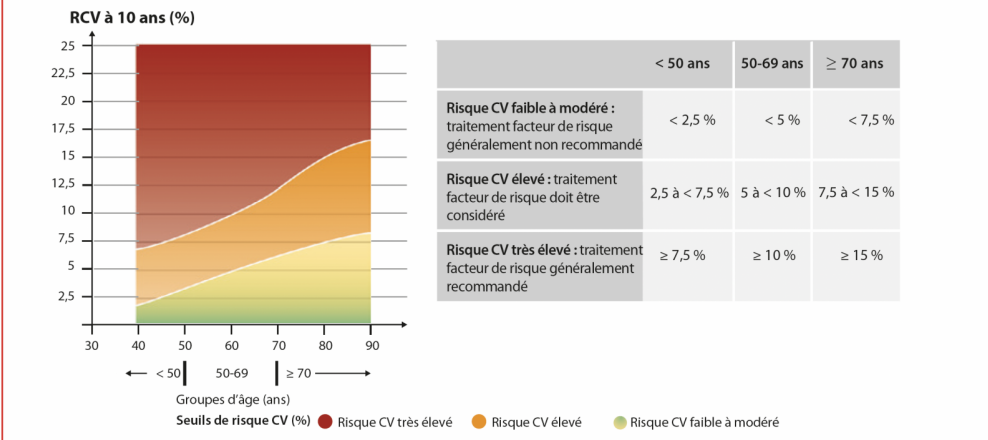


Figure 3. Décisions thérapeutiques selon le niveau de risque des patients.

L'algorithme thérapeutique est présenté dans la figure 4. La prise en charge de la dyslipidémie doit être faite étape par étape (« *step by step* »). La première étape est d'obtenir un LDL-C < 100 mg/dl. En fonction du SCORE-2, des facteurs de risque, des comorbidités et des préférences du patient, le traitement hypolipémiant peut être intensifié afin d'obtenir un LDL-C < 70 mg/dl (pour les patients à haut risque) et < 55 mg/dl (pour les patients à très haut risque).

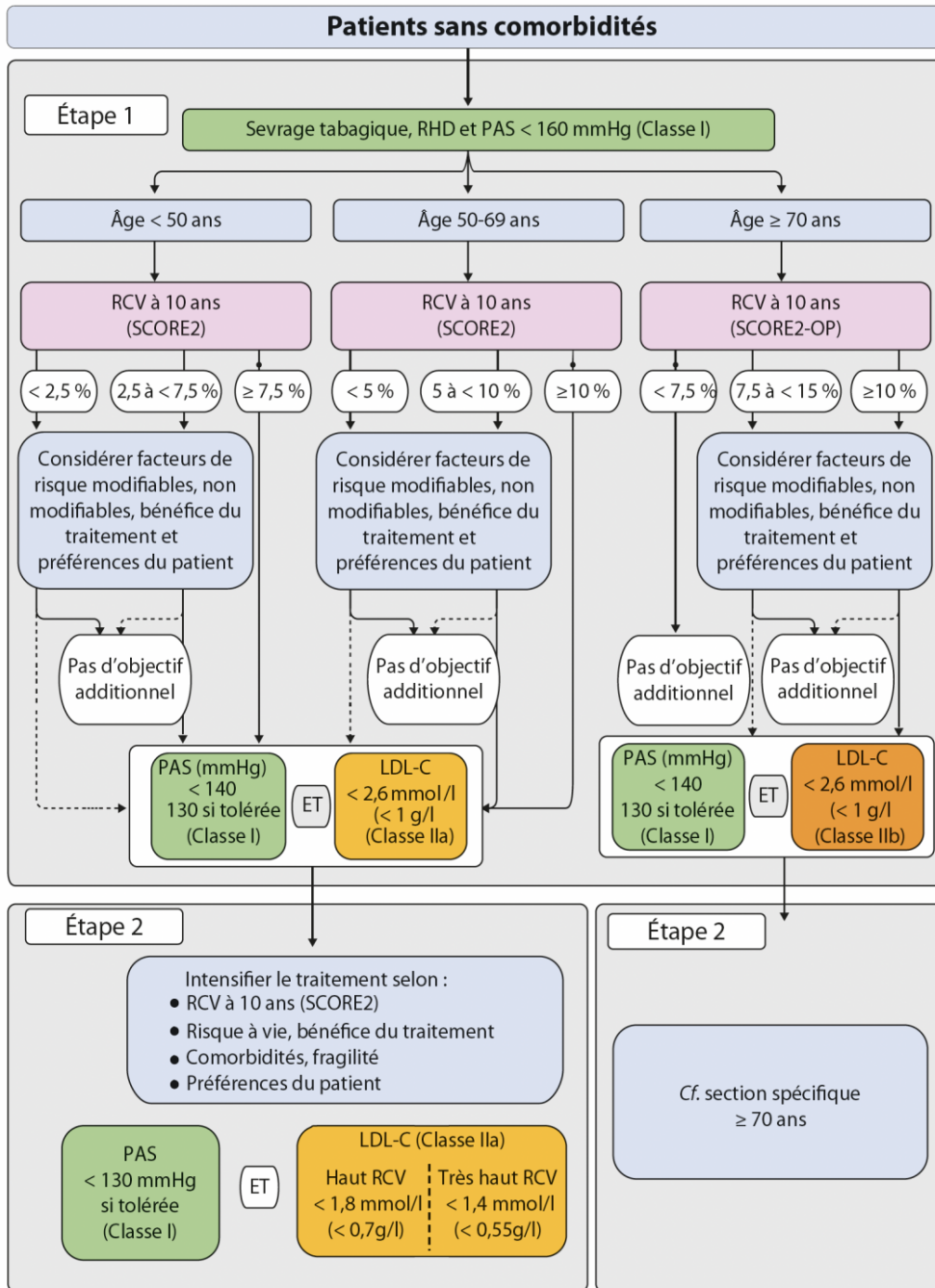


Figure 4. Algorithme thérapeutique chez les patients en prévention primaire (non diabétiques).

Les patients diabétiques de type 2 sont considérés à très haut risque CV et ont leur propre algorithme thérapeutique (figure 5). En l'absence d'événement CV, l'objectif est d'avoir un LDL-C < 100 mg/dl qui pourra également être réduit à < 70 mg/dl selon les mêmes critères que les patients non diabétiques.

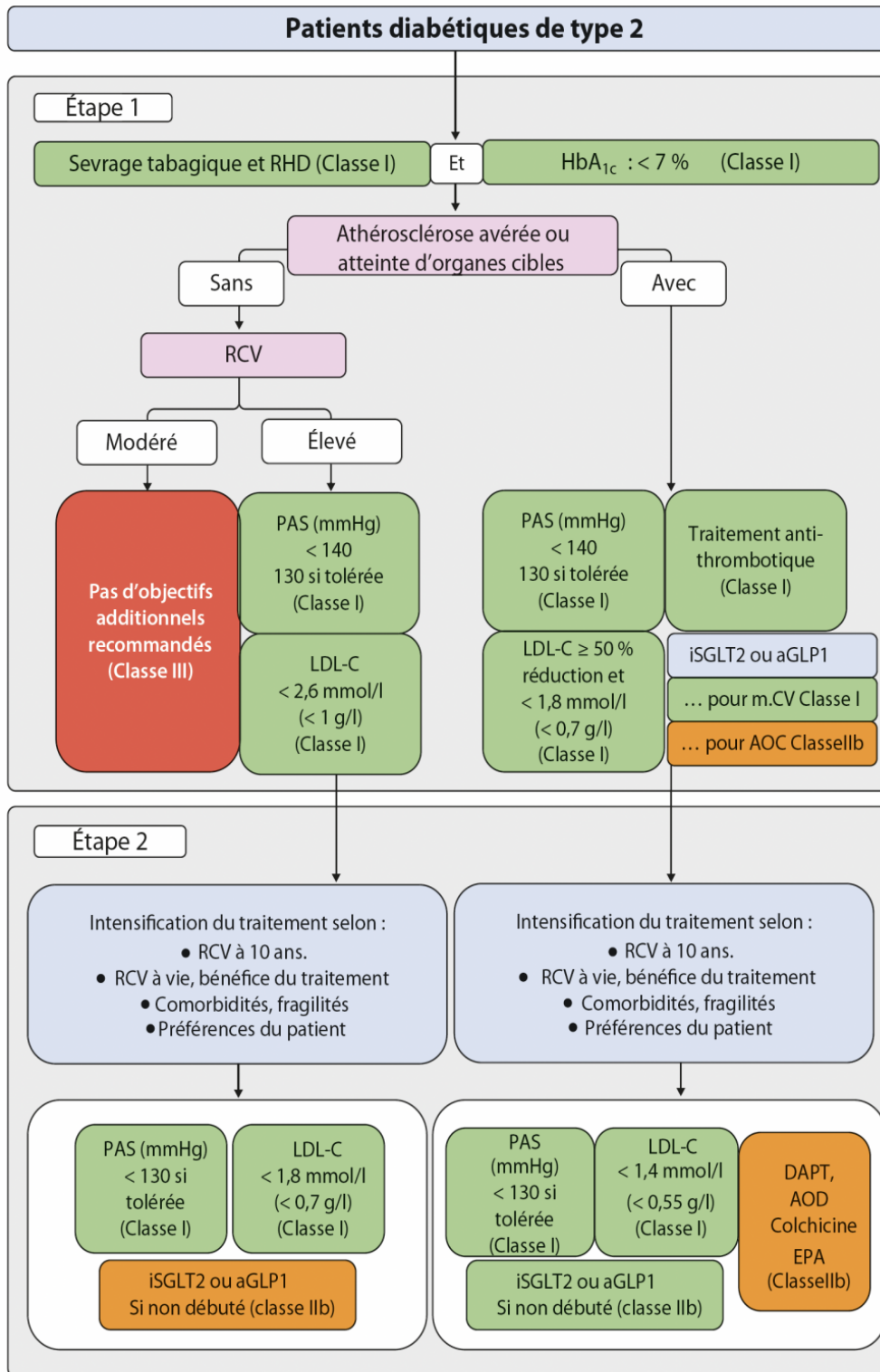


Figure 5. Algorithme thérapeutique chez les patients diabétiques de type 2.

• Prévention secondaire

Chez les patients en prévention secondaire, c'est-à-dire avec une maladie athéromateuse documentée, les nouvelles recommandations préconisent là encore une stratégie d'identification par étapes avec un LDL-C cible initial < 70 mg/dl pouvant être réduit à < 55 mg/dl selon le risque

résiduel d'événements CV à 10 ans, la durée et l'évolution de la maladie athéromateuse, des facteurs de risque, des comorbidités et des préférences du patient (figure 6).

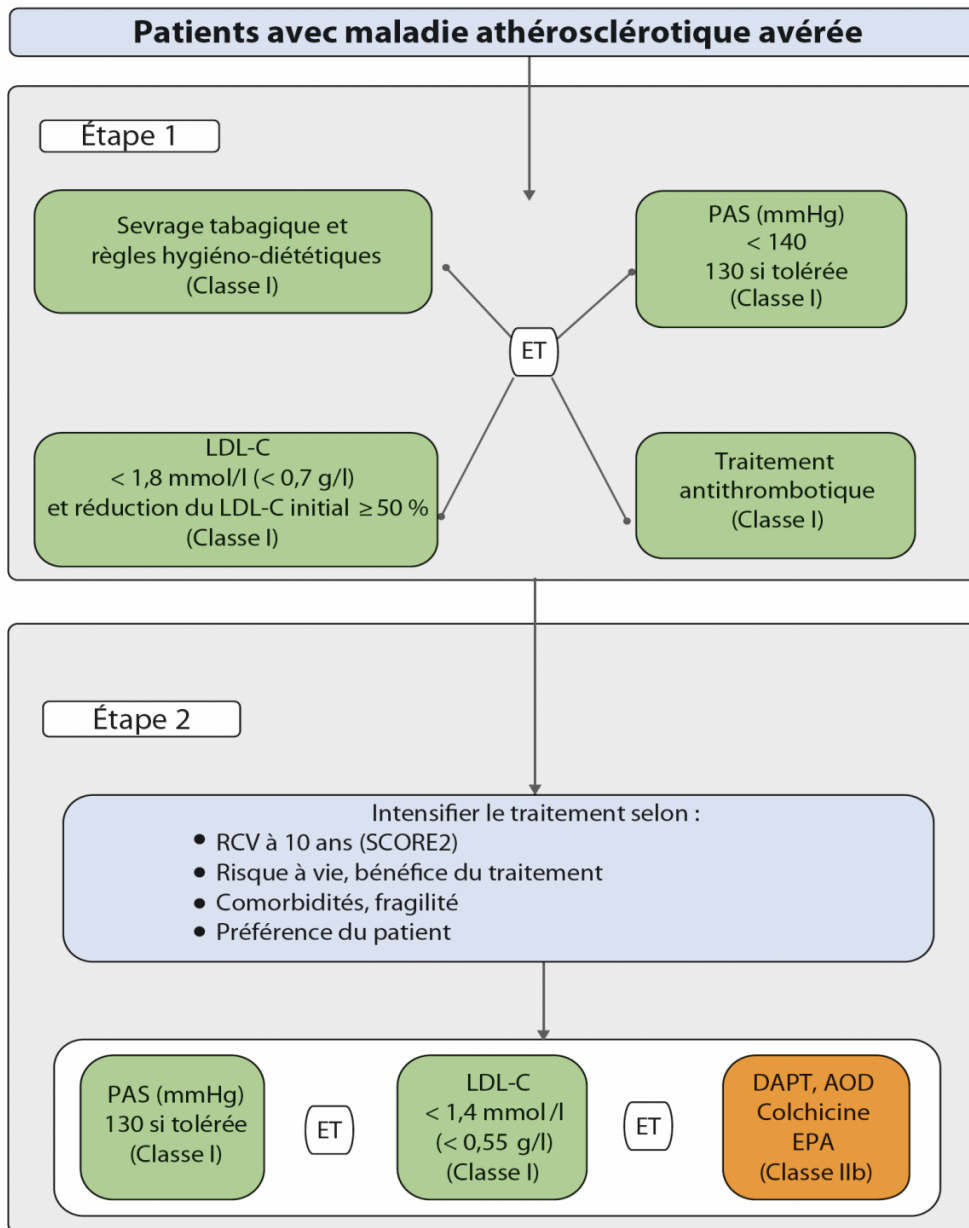


Figure 6. Algorithme thérapeutique chez les patients en prévention secondaire.

Prise en charge de la dyslipidémie après un syndrome coronarien aigu

Chez les patients présentant un syndrome coronarien aigu, les statines doivent être initiées à fortes doses (sauf contre-indication) entre le 1^{er} et le 4^e jour quel que soit le niveau de LDL-C initial de façon à obtenir une réduction du LDL-C < 50 % par rapport au LDL-C initial et un LDL-C cible < 55 mg/dl (voire 40 mg/dl chez les patients avec un athérome rapidement évolutif ou extensif).

Les statines considérées à forte intensité sont : atorvastatine 80 mg ou 40 mg et la rosuvastatine 20 mg. Lorsque le LDL-C n'atteint pas la cible souhaitée, l'ajout de l'ézétimibe peut être envisagé afin de réduire d'environ 20 % le LDL-C.

Les données observationnelles sur le suivi des patients après un syndrome coronarien aigu montrent que le traitement est rarement intensifié lorsque le LDL-C n'est pas aux objectifs thérapeutiques et que moins de 40 % des patients auraient un LDL-C < 55 mg/dl. Ceci est lié à une certaine inertie thérapeutique. Aussi certaines équipes proposent d'associer d'emblée après un syndrome coronarien aigu, une forte dose de statine avec de l'ézétimibe de façon à obtenir une forte réduction du LDL-C (figure 7). Cette réduction importante et précoce a été associée récemment à un meilleur pronostic avec une réduction de plus de 20 % sur la survenue d'événements CV majeurs⁽²⁾. Ce nouveau protocole permet en outre de dépister précocement les patients avec un LDL-C > 70 mg/dl (sous association statine et ézétimibe) et donc éligibles aux inhibiteurs de PCSK9.

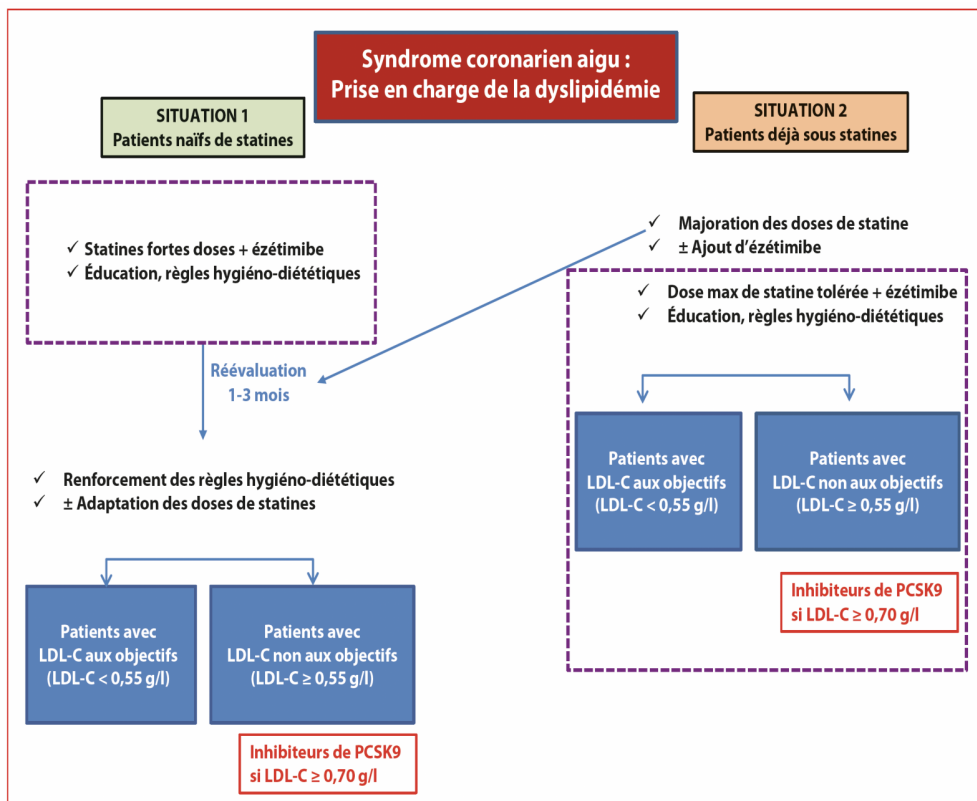


Figure 7. Protocole de prise en charge de la dyslipidémie après un syndrome coronarien aigu (SCA) associant d'emblée une bithérapie hypolipémiante.

EN PRATIQUE

- ▶ La cible du LDL-C dépend du niveau de risque des patients (prévention primaire ou secondaire notamment).
- ▶ En prévention primaire, la cible du LDL-C est d'être en dessous de 100 mg/dl puis de 70 mg/dl selon le profil du patient.
- ▶ En prévention secondaire, la cible du LDL-C est d'être en dessous de 70 mg/dl puis de 55 mg/dl selon le profil du patient.
- ▶ Dans le cadre du syndrome coronarien aigu, la prescription de statine à forte intensité est recommandée précocement (avant J4) et l'association à de l'ézétimibe d'emblée pourrait permettre d'obtenir plus rapidement le LDL-C et de définir les patients éligibles aux inhibiteurs de PCSK9 (LDL-C > 70 mg/dl + statines à doses max tolérées + ézétimibe). ❤️

Copyright 2010-2023 - AXIS SANTÉ - Tous droits réservés