

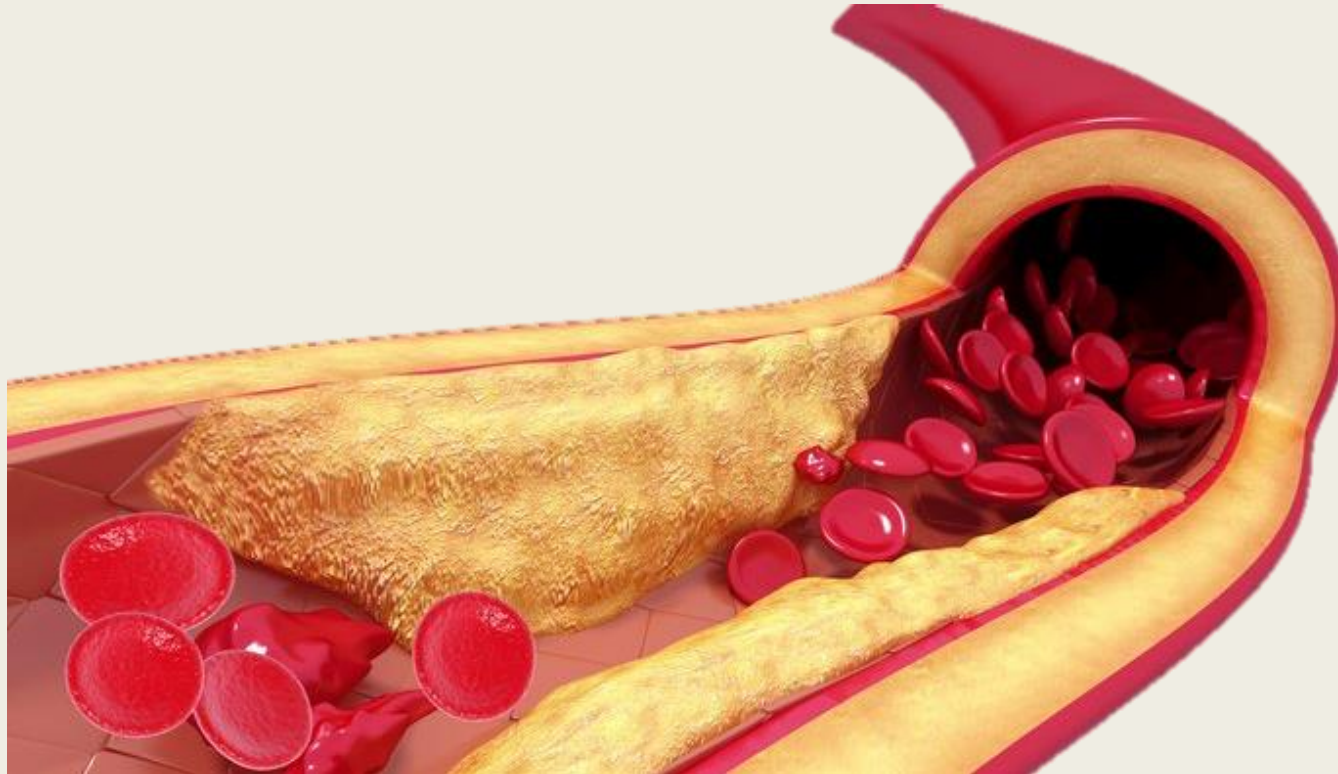
# LE DÉPISTAGE, LE TRAITEMENT ET LE SUIVI DE LA DYSLIPIDÉMIE : COMMENT S'Y RETROUVER?

Par Erika Michaud

Travail supervisé par Dre Nancy McLaughlin

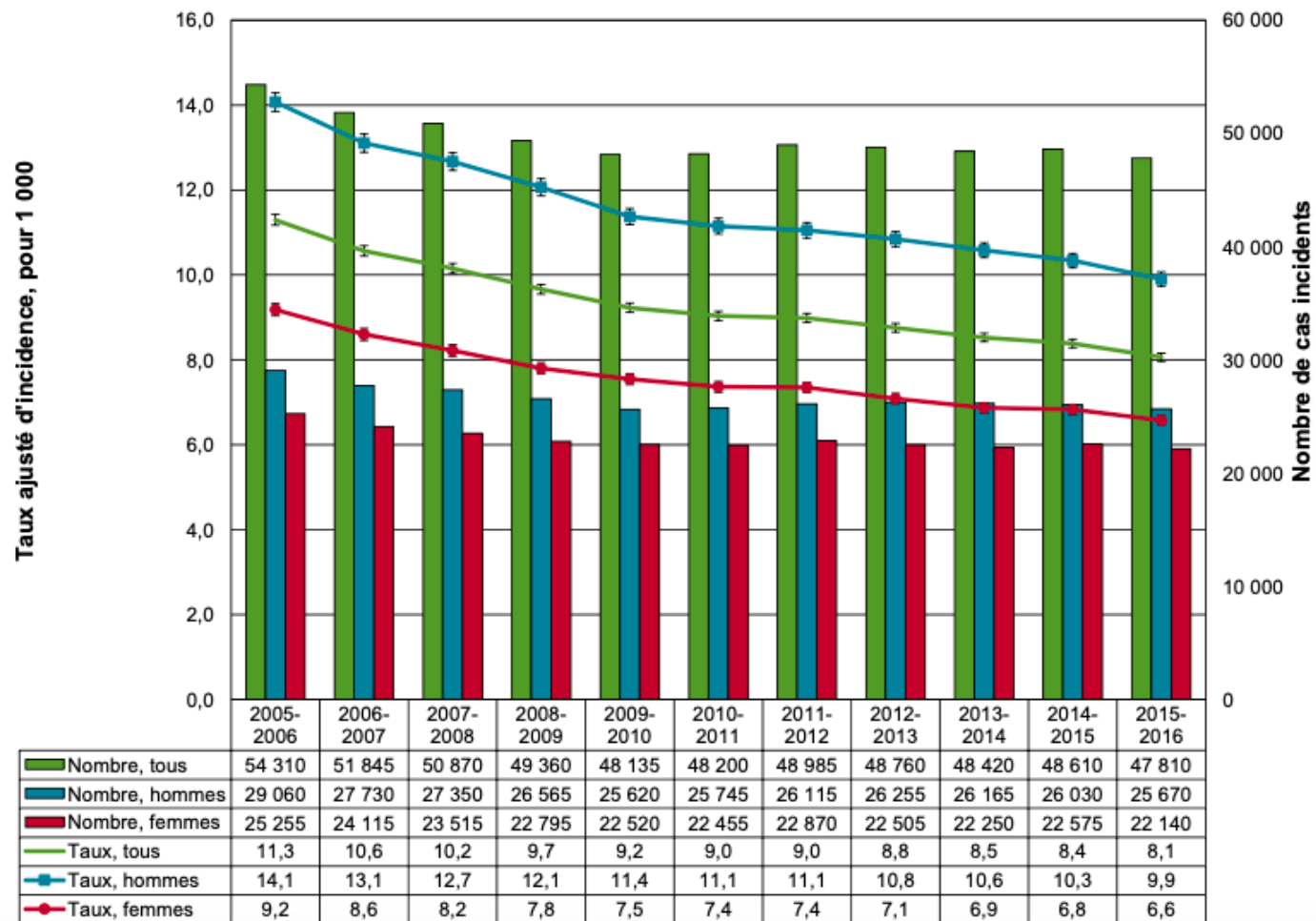


# Contexte



- Maladies du cœur et maladies cérébrovasculaires → 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> cause de décès chez les Canadiens en 2019 respectivement
- Lourd fardeau d'hospitalisation → troisième cause d'hospitalisation au Canada tous âges confondus
- Coûts directs et indirects importants associés

**Figure 6 Taux ajusté\* d'incidence et nombre de cas incidents des maladies vasculaires† chez les hommes et les femmes âgés de 20 ans et plus au Québec, 2005-2006 à 2015-2016**



L'INSPQ suggère dans son rapport de 2018 que la diminution des cas incidents pourrait s'expliquer par une prévention primaire efficace des maladies vasculaires

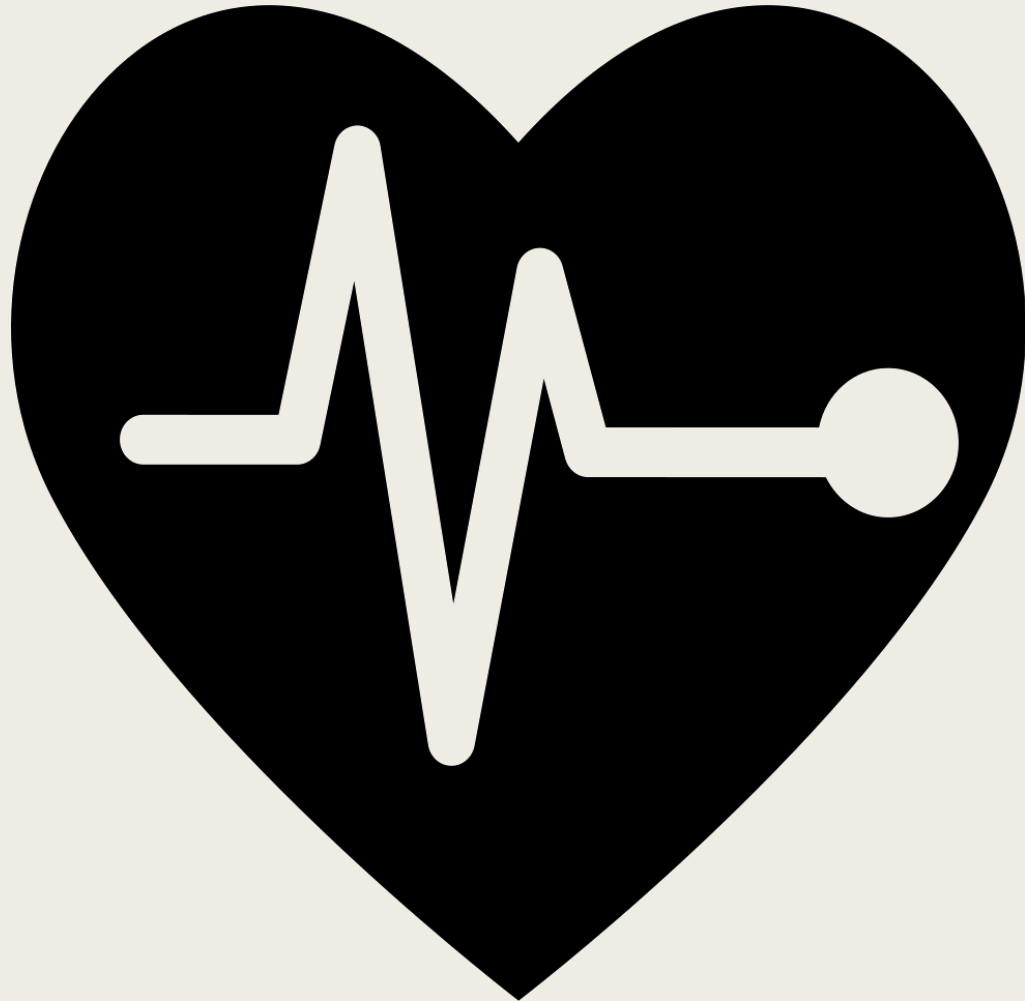
# Variations dans la gestion de la dyslipidémie

- Comme médecins de famille, nous sommes au centre de la stratégie de prévention des maladies cardiovasculaires
- De NOMBREUX outils existent pour aider à la prise de décision
- À quoi devrait-on se fier?

## Dyslipidémie

Pour les patients de 40 à 75 ans et ceux de moins de 40 ans présentant au moins un facteur de risque cardiovasculaire:

- Appliquer les recommandations de l'INESSS (démarche décrite dans le Guide des bonnes pratiques en prévention clinique). Ce sont celles que privilégie le directeur national de santé publique. Les recommandations de la Société canadienne de cardiologie sont également acceptables (INESSS 2017 et Société canadienne de cardiologie 2016)



## Question clinique

- Quelle conduite le médecin de famille devrait-il appliquer quant au dépistage, au traitement en prévention primaire et au suivi de la dyslipidémie dans la population adulte?

# Méthodologie

- Recherche des lignes directrices les plus récentes
- Critères d'inclusion
  - Population adulte
  - Traitant de dépistage, traitement et suivi de la dyslipidémie
  - Prévention primaire et/ou secondaire
  - Lignes directrices réalisées par des organisations canadiennes ou américaines
  - Publication entre 2010 et 2021
- Critères d'exclusion
  - Causes secondaires de dyslipidémie (dont maladies génétiques)
  - Hypercholestérolémie sévère

# Choix des lignes directrices à l'étude

## Canadiennes

- Lignes directrices simplifiées sur les lipides par *Le Médecin de famille canadien*, 2015
- Statines, hypolipémiants et diminution du risque cardiovasculaire par l'*INESSS*, 2017
- Peer Simplified Guideline : Prevention and Management of Cardiovascular Disease Risk in Primary Care par *Toward Optimized Practice*, 2015
- Lignes directrices de la *Société canadienne de cardiologie* sur la dyslipidémie, 2016

## Américaines

- Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults par US Preventive Services Task Force , 2016
- AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, 2018

# Dépistage en prévention primaire

	MD de famille canadien	TOP (Alberta)	INESSS	SCC	USPSTF	AHA/ACC
Quand commencer?	♀ □ 50 ans ♂ □ 40 ans Plus tôt si Fx de risque	♀ □ 50 ans (optionnel 40 ans) ♂ □ 40 ans *Plus tôt si Fx de risque	40 ans pour tous (avant si ménopause ou Fx de risque)	40 ans pour tous (avant si ménopause)	40 ans pour tous	40 ans pour tous
À quelle fréquence?	5 ans*	5 ans*		5 ans si risque < 5% 1 an si risque > 5%	5 ans	Non spécifié (4 à 6 ans édition de 2013)
Quel calculateur de risque	Framingham* (QRISK2 si IRC)	Aucun spécifiquement recommandé QRISK2 si IRC	Framingham et autres Fx de risque	Framingham ou CLEM	<i>Pooled Cohort Equations</i>	<i>Pooled Cohort Equations</i>
Quand cesser?	75 ans	75 ans	75 ans*	75 ans	75 ans	75 ans



# Aperçu du ASCVD Risk Estimator Plus

<b>Current Age</b> ⓘ *	<b>Sex</b> *	<b>Race</b> *
<input type="text"/>	<input type="button" value="Male"/> <input type="button" value="Female"/>	<input type="button" value="White"/> <input type="button" value="African American"/> <input type="button" value="Other"/>
<small>Age must be between 20-79</small>		
<b>Systolic Blood Pressure (mm Hg)</b> *	<b>Diastolic Blood Pressure (mm Hg)</b> ○	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<small>Value must be between 90-200</small>	<small>Value must be between 60-130</small>	
<b>Total Cholesterol (mg/dL)</b> *	<b>HDL Cholesterol (mg/dL)</b> *	<b>LDL Cholesterol (mg/dL)</b> ⓘ ○
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Value must be between 130 - 320</small>	<small>Value must be between 20 - 100</small>	<small>Value must be between 30-300</small>
<b>History of Diabetes?</b> *	<b>Smoker?</b> ⓘ *	
<input type="button" value="Yes"/> <input type="button" value="No"/>	<input type="button" value="Current ⓘ"/> <input type="button" value="Former ⓘ"/> <input type="button" value="Never ⓘ"/>	
<b>On Hypertension Treatment?</b> *	<b>On a Statin?</b> ⓘ ○	<b>On Aspirin Therapy?</b> ⓘ ○
<input type="button" value="Yes"/> <input type="button" value="No"/>	<input type="button" value="Yes"/> <input type="button" value="No"/>	<input type="button" value="Yes"/> <input type="button" value="No"/>

# RAPPEL DE L'INTENSITÉ DU TX SELON CHAQUE STATINE

**Table 3. Statin dosing ranges and intensity**

INTENSITY	STATIN OPTIONS
Low	Pravastatin 10-20 mg; lovastatin 10-20 mg; simvastatin 5-10 mg; atorvastatin 5 mg; rosuvastatin 2.5 mg
Moderate	Pravastatin 40-80 mg; lovastatin 40-80 mg; simvastatin 20-40 mg; atorvastatin 10-20 mg; rosuvastatin 5-10 mg
High	Atorvastatin 40-80 mg; rosuvastatin 20-40 mg

Adapted from Stone et al.<sup>2</sup>

\*Pravastatine à éviter chez les patients de 65 ans et plus en raison d'une incertitude concernant le risque de cancer dans ce groupe d'âge

# Traitement pharmacologique en prévention primaire

	MD de famille canadien	TOP	INESSS	SCC	USPSTF	AHA/ACC
Quelle classe?	Statines en première ligne					
Seuil pour risque intermédiaire	10%	10%		10% (critère si 10-19%)	10%* ET 1 Fx de risque CV	7,5%
Cible	Non	Non	Suivi ou pas de suivi du bilan lipidique pour ajustement	Oui	Non	↘ 30% risque intermédiaire, ↘ 50% risque élevé
Intensité du tx	Modérée à élevée selon le risque	Modérée à élevée selon le risque	Pas d'intensité élevée (modérée)	À moduler pour atteindre la cible	Faible à modérée	Modérée à élevée pour atteinte de la cible

\*Fx de risque CV → dyslipidémie (LDL > 3,37 mmol/L ou HDL < 1,04 mmol/L), HTA, diabète et tabagisme

# Critères à considérer selon la SCC pour un risque 10-19%



Au moins 1 parmi les critères suivants pour initier un tx pharmacologique

- C-LDL 3,5 mmol/L ou plus
- C-non-HDL 4,3 mmol/L ou plus
- ApoB 1,2 g/L ou plus
- Hommes de 50 ans ou plus et femmes de 60 ans ou plus avec un facteur de risque supplémentaire (C-HDL faible, glucose à jeun anormal, tour de taille élevé, tabagisme, HTA)

# Cibles selon la SCC

## Principale

- C-LDL < 2,0 mmol/L ou diminution de 50%

## Alternatives

- ApoB < 0,8 g/L
- C-non-HDL < 2,6 mmol/L

# En cas de diabète...

MD famille canadien	Intégration Framingham
TOP	Intégration calculateur de risque
INESSS	Cité comme autre Fx de risque à prendre en compte
SCC	Tx si type 2 et âge de de 40 ans ou + OU type 1, âge de 30 ou + et évolution depuis au moins 15 ans OU atteinte microvasculaire
USPSTF	Cité dans Fx de risque de MCV
AHA/ACC	Pour diabète de type 2 et âge 40-75 ans, tx d'emblée d'intensité modérée (à élevée) Raisnable entre 20 et 39 ans si longue durée (> 10 ans pour type 2 ou > 20 ans pour type 1) ou atteinte des organes cibles (albuminurie, DFG < 60, neuropathie, rétinopathie, ITB < 0,9)

# Suivi

	MD de famille canadien	TOP	INESSS	SCC	USPSTF	AHA/ACC
ALT avant le tx	Pas de routine	À réserver aux patients à haut risque ou symptomatiques		Analyse transaminases durant les 3 premiers mois*		Pas de routine (à réserver à certains patients à risque ou symptomatiques)
ALT pendant le tx			Selon Sx			
CK avant et pendant le tx			Selon Sx	Possibilité de tester si myalgies		

# Ce que je compte intégrer à ma pratique



- Dépistage universel de 40 ans à 75 ans avec un bilan lipidique non à jeun et un calcul du risque (Framingham avec prise en compte du diabète le cas échéant et QRISK 2 pour patients avec IRC)
  - Intérêt du calculateur *ASCVD Risk Estimator Plus* pour âge en dehors des lignes directrices ou ethnie à risque + élevé
    - Validité population canadienne?
    - Quel seuil utiliser pour initier le tx?
- Seuil à garder en tête pour initier le tx → 10%
- Intensité du tx selon le risque versus avec suivi du bilan lipidique en décision partagée
- Suivi ALT et CK  $\emptyset$  de routine, seulement pour patients symptomatiques ou à risque



Merci pour votre écoute!

# Bibliographie

- Statistique Canada. Tableau 13-10-0394-01 Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge. 2019. Consulté le 4 mai 2021 (en ligne). Disponible : <https://doi.org/10.25318/1310039401-fra>
- Institut canadien d'information sur la santé. Indicateurs sur les hospitalisations, les chirurgies et les nouveaux-nés. 2015-2016. Consulté le 4 mai 2021 (en ligne). Disponible : [https://www.cihi.ca/fr/access-data-reports/results?fs3%5B0%5D=primary\\_theme%3A674&fs3%5B1%5D=types\\_of\\_care%3A730](https://www.cihi.ca/fr/access-data-reports/results?fs3%5B0%5D=primary_theme%3A674&fs3%5B1%5D=types_of_care%3A730)
- Institut national de santé publique du Québec. Portrait de l'ensemble des maladies vasculaires au Québec : prévalence, incidence et mortalité. 2018. Consulté le 4 mai 2021 (en ligne). Disponible : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2446\\_portrait\\_maladies\\_vasculaires.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2446_portrait_maladies_vasculaires.pdf)
- Collège des médecins du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux. Fiche de prévention clinique. 2020. Consulté le 4 mai 2021 (en ligne). Disponible : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-05-29-fr-fiche-de-prevention-clinique-adultes.pdf>
- Prémont A, Lejeune K, Rossignol M et coll. Statines, hypolipémiants et diminution du risque cardiovasculaire. Québec : INESSS ; 2017. 125 pages.
- Société canadienne de cardiologie. Lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie sur la dyslipidémie. Ottawa : la Société ; 2016. 28 pages.
- Collège des médecins du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. Fiche de prévention clinique. Montréal, Québec : le Collège, le Ministère ; 2018. 1 page.
- Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A et coll. Lignes directrices simplifiées sur les lipides. Can Fam Physician 2015 ; 61 : e439-e450.
- Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL et coll. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2018 ; S0735-S1097 (18) : 39035-1.