

L'actualisation de 2025 des recommandations pour la prise en charge des dyslipidémies



F. Diévert
DUNKERQUE

RÉSUMÉ : Des experts de la Société européenne de cardiologie (ESC) et de la Société européenne d'athérosclérose (EAS) ont proposé une actualisation des recommandations pour la prise en charge des dyslipidémies, les précédentes datant de 2019.

Ce texte est très pragmatique en ce sens qu'il fournit de nombreux éléments clairs sur la conduite à tenir : par exemple, le délai entre le début d'un traitement et le premier contrôle du bilan lipidique, les valeurs seuils, de la Lp(a) et de la hs-CRP, une classe III pour les suppléments alimentaires, les vitamines, la levure de riz rouge et les phytostérols en matière de protection cardiovasculaire...

Il comporte cependant quelques zones d'incertitude, comme le poids à accorder à divers marqueurs dans l'évaluation du risque, et quelques zones plus discutables, telles que, notamment, le fait de proposer un dosage de la Lp(a) à tous, au moins une fois, ou le fait d'éventuellement pouvoir proposer des fibrates en cas d'hypertriglycéridémie, même si la classe de recommandation est IIb.



POINTS FORTS

- Les recommandations pour la prise en charge des dyslipidémies sont pratiques, car elles comportent de nombreuses précisions utiles dans l'exercice quotidien.
- La première étape de la prise en charge, hors syndrome coronaire aigu, est l'évaluation du risque CV pour classer les patients en niveaux de risque avec des paramètres cliniques ou biologiques simples et, si nécessaire, en utilisant les grilles de risque SCORE2 et SCORE2-OP.
- Des marqueurs additionnels peuvent aider à la décision si le patient est dans une zone intermédiaire de niveau de prise en charge. Cette approche est laissée à l'appréciation du médecin.
- Le niveau de risque fixe la cible de LDL-c.
- Parmi les points pratiques, citons :
 - le fait de contrôler le bilan lipidique quatre à six semaines après le début du traitement ;
 - les valeurs seuils de divers paramètres : 50 mg/dL ou 105 nmol/L pour la Lp(a), 2 mg/dL pour la hs-CRP par exemple ;
 - le fait de proposer une statine à tout patient d'au moins 40 ans, infecté par le VIH et ce, indépendamment de son taux de LDL-c et de son niveau de risque CV ;
 - la possibilité d'associer aussi diversement que possible (en prenant en compte la baisse attendue du LDL-c et la tolérance) les divers traitements diminuant le LDL-c et dont le bénéfice clinique est démontré : statines, ézétimibe, acide bempédoïque et anticorps monoclonaux anti-PCSK9.

Retrouvez cette fiche en flashant
le QR code ci-dessous

