

Newsletter #26

Rédaction : Dr G. JACOB
Médecin biologiste
geraldine.jacob@bioexcel.fr

Dyslipidémies : recommandations ESC 2025

Les dyslipidémies représentent un facteur majeur de risque cardiovasculaire. Suite à l'évolution des recommandations datant de 2019 de la Société européenne de cardiologie (ESC) en 2025, le laboratoire a fait évoluer le tableau d'interprétation des LDL cibles en fonction du risque cardio-vasculaire individuel.

En l'absence de haut risque cardiovasculaire (HTA sévère $\geq 180/110$ mmHg, maladie cardiovasculaire, IRC...) et en l'absence de statine, le risque cardiovasculaire d'un patient peut être évalué en prévention primaire par le calcul du **SCORE2** (Systematic COronary Risk Estimation, **SCORE2-OP** après 70 ans, **SCORE2-Diabetes** si diabète), estimant le risque à 10 ans d'accident cardiovasculaire fatal et non fatal.

Sont pris en compte : les valeurs de cholestérol total et HDL-c, le niveau de pression artérielle (avant traitement anti-hypertenseur éventuel) ainsi que le statut tabagique.

Ce résultat détermine la cible de LDL-C et les prises en charge correspondantes au niveau de risque (contrôle des autres facteurs de risque, règles hygiéno- diététiques, statine).

SCORE DE RISQUE CARDIO VASCULAIRE SCORE2, 2-OP,...	RISQUE FAIBLE SCORE < 2%	RISQUE MODERE 2% ≤ SCORE < 10%	RISQUE ELEVE 10% ≤ SCORE < 20%	RISQUE TRES ELEVE SCORE ≥ 20%
LDL-C cible	≤ 1.16 g/L	≤ 1 g/L	≤ 0.7 g/L	≤ 0.55 g/L

A noter que d'autres facteurs de risque peuvent être pris en considération pour reclassifier le niveau de risque (hérédité, stress chronique, maladie inflammatoire, ...).

En prévention secondaire, la cible de LDL-C est < 0.55g/L.

En cas de LDL-c > 1.9 g/L, le risque est d'emblée à considérer comme élevé, une hypercholestérolémie familiale peut être évoquée (critères diagnostiques Dutch (DLCN)).

	LDL-c sans traitement (en g/L/en mmol/L)					
Risque CV	< 0,55 g/L < 1,4 mmol/L	0,55-0,7 g/L 1,4-1,8 mmol/L	0,7- 1,0 g/L 1,8-2,6 mmol/L	1,0- 1,16 g/L 2,6-3,0 mmol/L	1,16-1,9 g/L 3,0-4,9 mmol/L	≥ 1,9 g/L ≥ 4,9 mmol/L
Prévention primaire						
Bas risque						
Risque modéré						
Haut risque						
Très haut risque						
Prévention secondaire						
Très haut risque						
Traitement						
	Information sur les facteurs de risque cardiovasculaire					
	- RHD 3 mois. - Si échec : RHD + statines.					
	RHD + statines					

Place de la Lipoprotéine Lp(a) selon ESC 2025

- **Risque indépendant d'athérosclérose**
- **Génétiquement déterminé** (grande variabilité inter individuelle), **non modifiable** par le mode de vie ou les traitements hypolipémiants.
- **Intérêt d'une identification précoce** (prise en charge plus intensive des autres FDR cardiovasculaire modifiables).
- Dosage **non remboursé** en ville (26 euros)

Indications :

- o Pathologie coronaire précoce (< 55 ans chez l'homme, < 60 ans chez la femme),
- o Antécédent familial de pathologie cardiovasculaire précoce (< 55 ans chez l'homme, < 60 ans chez la femme),
- o Hypercholestérolémie familiale
- o Diabète
- o Insuffisance rénale

Interprétation :

- ≥ 125 nmol/L (≥ 0.5 g/L) : suggère une majoration du risque cardiovasculaire
- **> 250 nmol/L (> 1 g/L)** : indication à une intensification du traitement hypolipémiant et à effectuer un score calcique ou un doppler des TSA.

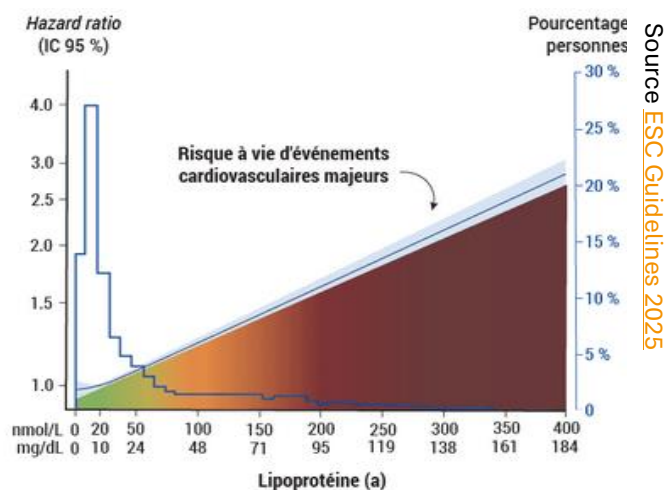


Figure 2 : Association entre les niveaux de Lp(a) et le risque d'événements cardiovasculaires majeurs à vie. IC, intervalle de confiance ; Lp(a), lipoprotéine (a). Le risque d'événements cardiovasculaires majeurs commence à augmenter légèrement chez les personnes ayant des niveaux de Lp(a) > 62 nmol/L (30 mg/dL) et l'augmentation du risque devient plus marquée chez les personnes ayant des niveaux de Lp(a) ≥ 105 nmol/L (50 mg/dL). Les lignes grises indiquent le *hazard ratio* ajusté lissé et l'intervalle de confiance à 95 % (axe des ordonnées à gauche) pour le risque d'événements cardiovasculaires majeurs à vie pour une concentration donnée de Lp(a) par rapport à la médiane de Lp(a) dans la population (données provenant de la Biobank du Royaume-Uni, sous-analyse incluant 415 274 individus d'origine caucasienne).

*La ligne bleue montre la distribution en fréquence des niveaux de Lp(a), avec les pourcentages respectifs indiqués sur l'axe des ordonnées à droite (données provenant de la Biobank du Royaume-Uni, incluant 443 180 individus sans antécédents de MCVAS athéroscléreuse).

Place de la hs-CRP ou CRP us (ultrasensible) selon ESC 2025

- **Marqueur de l'inflammation de bas grade associée à l'athérosclérose**, pouvant être utile pour affiner la stratification d'un risque individuel SCORE, notamment lorsque proche d'un seuil décisionnel
- **Taux constamment > 2 mg/L** (au moins 2 dosages) = en faveur d'une augmentation du risque d'évènement cardio-vasculaire (en l'absence de toute situation d'inflammation/infection)
- **Domaine de mesure de la CRP de routine à 3 mg/L, envoi laboratoire extérieur nécessaire, si prescription justifiée type « évaluation risque cardio vasculaire »** (NB : attention, une seule mesure de CRP ou CRP us est remboursée par jour car code NABM identique).

A RETENIR

- **LDL = Apolipoprotéine-B (ApoB) participant massivement à la constitution silencieuse de la plaque artérielle au cours de l'athérosclérose. Dosage ApoB non remboursé en 1^{ère} intention à ce jour.**
- **Outil puissant de prévention : dosage recommandé au moins une fois dans la vie, en cas de facteur de risque cardiovasculaire et dès 40 ans pour l'évaluation du risque cardiovasculaire, puis surveillé selon le niveau de risque.**
- Recherche systématique d'une **cause secondaire d'hypercholestérolémie** (hypothyroïdie, IRC, iatrogène, cholestase...)
- **L'utilisation des calculateurs de risque** permet de visualiser à la fois le risque individuel et l'impact potentiel d'une intervention thérapeutique pour des sujets à risque amenés à bénéficier d'une réduction significative du LDL c et autres facteurs de risque modifiables d'athérome (hypertension artérielle, tabac, diabète, hérédité...)
- **La réduction du LDL-C est bénéfique sur les risques d'IDM, AVC ischémique, accidents ischémiques artériels périphériques.**
- Le bénéfice dépend du **niveau relatif de cette réduction du LDL-C**, et doit être d'autant plus forte que le cholestérol est élevé. Ce bénéfice est d'autant plus fort que **débuté tôt**.

REFERENCES

Application de l'ESC :

- [lien de téléchargement Apple](#),
- [lien de téléchargement Google Play](#)

Article de référence ESC 2025 : Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias ([article](#) en libre accès)

[RecoMédicales.fr / dyslipidémie](#)

[Ordotype.fr / dyslipidémie](#) / [Fiche à imprimer](#) « recommandation hygiéno-diététique patients »