



## Dyslipidémies en prévention primaire : où en est la prise en charge aujourd'hui ?

Il est maintenant bien reconnu que les maladies cardiovasculaires sont multifactorielles et que leur prévention doit se fonder sur l'ensemble des facteurs de risque (FRCV). Les dyslipidémies sont l'un des quatre principaux FRCV avec l'HTA, le tabagisme, le diabète. Leur dépistage systématique en prévention primaire n'est consensuel que chez les patients « à risque », du fait de leur âge et leur sexe (homme >45 ans, femme >55 ans ou ménopausée), de FRCV associés ou d'antécédents familiaux de maladie coronaire précoce<sup>1</sup>. La sommation de plusieurs de ces FRCV (quelle qu'en soit la méthode de calcul) aggrave le risque individuel et renforce d'autant l'importance de la prise en charge de chacun d'eux. Dans ce contexte, les dyslipidémies ont pris une place particulière, en partie justifiée par de nombreuses études épidémiologiques et d'intervention<sup>2</sup>, mais aussi sous la pression des promoteurs de nouveaux médicaments efficaces à court terme, qu'il s'agisse de professionnels de santé ou de l'industrie. Les mesures nutritionnelles et médicamenteuses, les seuils d'intervention, ont été définis dans différentes recommandations. Pourtant, il y a loin de la théorie à son application<sup>3</sup> : il existe des prescriptions « par excès », avec leurs risques d'effets délétères et de problèmes de choix budgétaires<sup>4</sup> ; il existe aussi une compliance variable des patients face à des projets thérapeutiques à très long terme<sup>3</sup> ; les résultats de la prise en charge sont souvent décevants<sup>5</sup>.

**Les prescriptions « à problème ».** Une enquête de la CNAMTS a été faite en mars 2002 sur un échantillon national jugé représentatif de 4083 assurés (âge moyen 59 ans, 51,7% de femmes) ayant débuté un traitement hypolipémiant sur conseil de leur généraliste ou de leur cardiologue<sup>4</sup>. Le recueil des données était effectué par les médecins conseils en consultation (2 cas sur 3) ou par appel téléphonique (1 sur 3). Il s'agissait pour 89% des cas de prévention primaire, sans FRCV pour 27% des assurés, avec 1 pour 34%, 2 et plus pour 39%.

Les auteurs ont relevé les insuffisances des prescriptions : non dosage du **LDL-cholestérol** 1 fois sur 3 ; prescription en dessous des **seuils d'intervention** 1 fois sur 2 (presque 9 fois sur 10 chez 655 patients sans FRCV déclaré) ; **pas de régime préalable** 1 fois sur 2 ; **régime mal suivi** par 3 patients sur 10 ; **tabagisme persistant** (9 fois sur 10 en prévention primaire), parfois sans même que la question ait été abordée par le médecin, alors que le sevrage était plus fréquent lorsque celui-ci l'avait conseillé (19% vs 8%). Malgré les nombreux biais de cette étude (18,7% de non répondants, questionnaires insuffisants, contacts indirects), les réponses apportées méritent réflexion.

**Une observance difficile.** Dans les conditions optimales des essais thérapeutiques, 1/4 à 1/3 des sujets diminuent ou interrompent leur traitement dans des délais de 1 à 5 ans, aussi bien le traitement actif que le placebo. Ce n'est donc pas une mauvaise tolérance qui est en cause<sup>3</sup>. Cette mauvaise observance est considérée comme liée à la nature préventive du traitement, à l'absence de symptômes, à la

durée illimitée du traitement. Une étude française a analysé 1595 dossiers de patients hypercholestérolémiques suivis en ville par 603 généralistes. Les patients qui pensaient que leur traitement devait avoir une durée limitée étaient plus jeunes, moins souvent hypertendus, avaient un niveau culturel et de connaissances sanitaires moins élevé, moins d'antécédents familiaux. Ces données confirment d'autres études montrant que l'observance thérapeutique est meilleure chez les sujets plus âgés, ayant des comorbidités, des antécédents familiaux, ou prenant déjà des médicaments cardiovasculaires.

**Un médiocre contrôle des FRCV chez les américains diabétiques de type 2.** Le NHANES (National Health and Nutrition Survey, structure publique américaine) évalue régulièrement le niveau de contrôle des FRCV des diabétiques de type 2. Entre les deux derniers bilans (1988-94 et 1999-2000), il y a eu peu d'amélioration<sup>2</sup> :

- **contrôle glycémique** : le taux d'HbA1c est resté > 8 pour 37% des patients dans les deux bilans ;
  - **chiffres tensionnels** : 43% puis 40% ont gardé une TA > 140 /90 ;
  - **cholestérolémie** : 66% puis 52% un cholestérol >2g/l ;
  - **tabagisme** : stable à 16% ;
  - **obésité** : le nombre d'obèses est passé de 42% à 55%.
- Au total, moins de 10% des diabétiques avaient atteint les objectifs recommandés dans les 2 bilans. Il est frappant de constater que seul, le contrôle de la cholestérolémie s'est amélioré significativement.

Prescription de médicaments hypolipémiants non conforme aux recommandations, parfois surprescription, observance imparfaite, plus encore lorsqu'il s'agit de règles hygiéno-diététiques, résultats insatisfaisants de ces prescriptions. Tout ceci nous conduit à nous interroger sur les facteurs qui déterminent nos comportements et ceux de nos patients. Ils sont sans doute multiples ? Facteurs scientifiques et modes d'apport des informations à leur sujet ? Connaissances et représentations des médecins et des patients face à ces données ? Difficultés de mise en œuvre de mesures au long cours, hygiéno-diététiques ou médicamenteuses ?

La prise en charge des dyslipidémies en prévention primaire ne peut avoir comme seul objectif la baisse des chiffres du cholestérol, ni être considérée comme une fin en soi. Il est essentiel que le problème se situe bien pour nous comme pour nos patients à sa juste place dans la prise en charge globale des facteurs de risque cardiovasculaire. Nous verrons ce qu'il en est dans un prochain Bibliomed.

1 - ANAES. Modalités de dépistage et diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire. ANAES 2000. [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

2 - Collectif. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique en prévention primaire. Bibliomed 2001 : 210.

3 - Consoli SM et al. Facteurs associés à l'opinion des patients hypercholestérolémiques sur la durée de leur traitement. Résultats de l'enquête FRACTION. Presse Med 2002 ; 28 : 1302-8.

4 - Saba G et al. Instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France en 2002. Rev Med Ass Maladie 2003 ; 4 : 221-31.

5 - Saydah SH et al. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. JAMA 2004 ; 291 : 335-42.

**Mots-clé** : étude qualitative, épidémiologie, hypercholestérolémie, représentation, risque cardiovasculaire