

LES HYPERLIPIDEMIES

EPU du 16/10/02
D TSIRTSIKOLOU

DIAGNOSTIC DES HYPERLIPIDEMIES

Le diagnostic des hyperlipidémies repose sur cinq données importantes

- l'analyse des antécédents familiaux : l'enquête génétique doit être systématique et elle permet de dépister d'autres membres de la famille.
- l'interrogatoire recherche les symptômes de l'hyperlipidémie mais aussi des arguments pour une hyperlipidémie secondaire et pour une complication de la dyslipidémie
- l'examen clinique recherche les dépôts intra et extravasculaires (arc cornéen, xanthome xanthélasma)
- le bilan biologique doit être réalisé après 12 heures de jeûne , loin d' une affection aiguë pouvant le modifier (virose , hépatite virale , infarctus intervention chirurgicale) et répété 3 fois à 3 ou 4 semaines d' intervalle avant de poser un diagnostic final . **Il faut avoir un regard critique sur les résultats , vérifier la concordance des bilans , faire les dosages dans le même laboratoire et ne jamais débiter un traitement sur un seul chiffre**
- la recherche d' une affection connue pour provoquer une dyslipidémie .

On peut ainsi séparer les hyperlipidémies primaires , des hyperlipidémies secondaires .

Les dyslipidémies secondaires

- Le diabète.

L' association entre une obésité abdominale ou viscérale , un diabète de type 2 , une HTA essentielle , une hypertriglycéridémie une diminution du HDL-cholestérol constitue le syndrome X ou syndrome d' insulino-résistance . L' association entre les différents composants du syndrome X et le risque cardiovasculaire a été mis en évidence dans plusieurs études. Le diabétique a le même risque cardiovasculaire qu' un patient , non diabétique , qui a déjà fait un infarctus du myocarde .

Il doit donc être pris en charge comme en prévention secondaire. L' HTA doit être inférieure à 140/80 , HbA1c doit tendre le plus possible vers 6.5% et le bilan lipidique doit être normalisé avec un LDLC le plus bas possible , en dessous de 1 g/l. Quel traitement choisir ? La question n' est pas résolue.

Dans le diabète de type 1 très déséquilibré , on peut voir une hypertriglycéridémie majeure avec hyperchylomicronémie .

- La goutte.

Au cours de la maladie goutteuse l' exploration du métabolisme des lipides montre une augmentation significative des taux de cholestérol total et de triglycérides . Au cours des hyperlipidémies idiopathiques familiales , on trouve une fréquence insolite de crises de goutte, d' hyperuricémie , de coliques néphrétiques .

- L' hypothyroïdie primaire.

La carence en hormones thyroïdiennes va entraîner une diminution de la synthèse du cholestérol mais une diminution, encore plus importante de son catabolisme , d' où une hypercholestérolémie en général pure de type II a

- La cholestase .

Qu' elle soit d'origine intra ou extrahépatique , l' obstruction biliaire entraîne des modifications lipidiques et lipoprotéiques importantes. Il s'agit d' une augmentation du cholestérol total et des phospholipides. Chez l' alcoolique chronique on trouve l' association d' une hyperlipidémie , d' une anémie hémolytique , d' une stéatose hépatique et d' un ictère .

- Le syndrome néphrotique et l' insuffisance rénale chronique.

L' augmentation du cholestérol total et surtout des triglycérides , est responsable de l' accroissement de la fréquence des complications cardiovasculaires.

- La corticothérapie.

Les glucocorticoïdes ont un effet permissif sur la lipolyse . Une corticothérapie importante et prolongée provoquera une hypertriglycéridémie endogène , expliquant les complications athéromateuses .

- L'oestrogénothérapie .

Les pilules normodosées multiplient par 6 le risque d' accident veineux thromboembolique et par 9 le risque d' accident vasculaire cérébral . Les microprogestatifs et les pilules minidosées contenant un progestatif non androgénique n' entraînent pas ce genre de complication.

La grossesse s' accompagne d' une augmentation du cholestérol et des triglycérides surtout pendant le 3^o trimestre , du fait de l' hyperestrogénie gravidique .

Le THS semble bénéfique , sur le risque cardiovasculaire , si on utilise de oestrogènes naturels de la progestérone naturelle ou les dérivés de la 17OH ou de la 19 Norprogestérone .

- Au cours des traitements anti- hypertenseurs .

Certains diurétiques et bêta-bloquants entraînent une augmentation des triglycérides, et une diminution du HDL-C.

CLASSIFICATION DES HYPERLIPIDEMIES

99% des hyperlipidémies entrent dans une des trois catégories suivantes

Les hypercholestérolémies pures (type II a) peuvent se présenter sous deux formes

- La forme polygénique,

en principe non familiale , probablement en rapport avec des erreurs de régime (trop riche en cholestérol et en graisses saturées)

- La forme familiale

à transmission autosomique dominante avec trois gradations : la forme mineure , la xanthomatose tendineuse (forme hétérozygote) , la forme homozygote avec la xanthomatose cutanéotendineuse . Mais quelque soit la variété, la formule lipidique est toujours la même

sérum clair à jeûn

Augmentation du cholestérol total par augmentation des LDL

Triglycérides normaux

HDL-C normal ou diminué

Les hypercholestérolémies mixtes ou combinées(type II b)

sérum trouble à jeun

augmentation du CT : LDL et ApoB sont élevées

augmentation des triglycérides : HDL et apoA sont en général diminuées sauf en cas de pilule

oestrogénique , d' exogénose , de corticothérapie , ou d' hypothyroïdie .

Cette formule peut être variable d' un examen à l' autre , sous l' influence de la diététique par exemple, c' est pourquoi, il est recommandé de ne pas commencer un traitement avant de faire deux ou trois contrôles .

L' hypertriglycéridémie type IV

sérum trouble à jeun

CT toujours normal

TG élevées entre 2 et 10 g/l

En principe , les facteurs d' environnement peuvent créer une hypertriglycéridémie de type IV. Mais lorsque l' on retrouve des TG supérieurs à 4 g/l , il existe , en général un facteur familial . Sous l' influence des facteurs d' environnement , un type IV mineur peut se transformer en type IV majeur avec un sérum lactescent et des TG très élevés.

PRISE EN CHARGE HYGIENODIETETIQUE

Combattre les facteurs de risques -

Arrêt du tabac

Perte de poids en cas d'obésité surtout quand elle est androïde (TT supérieur à 100 cm chez l'homme et à 90 cm chez la femme)

Combattre la sédentarité L'enquête de MORRIS , sur des fonctionnaires britanniques , montre que les sujets qui, durant le week-end , ont une activité physique notable(type marche rapide, vélo) ont environ 30% d'accidents coronariens de moins que les sujets non actifs pendant les week-ends.

- **Traiter le diabète** : l'espérance de vie du diabétique est réduite d'environ 30% , 50% des diabétiques meurent de complications cardiovasculaires et 30% des hospitalisations en USIC concernent des diabétiques

La diététique des hyperlipidémies

Les modifications de l'alimentation sont la base du traitement de toute hyperlipidémie . Il n'y a jamais d'urgence à prescrire un hypolipémiant , en revanche il peut être urgent de mettre en place une diététique appropriée quand les TG sont à 10 g/l, par exemple

Les effets de l'alimentation sur la régression de l'athérosclérose

- Dans une étude d'intervention en FINLANDE , pendant 12 ans, un régime visant à faire baisser le cholestérol global, ne s'accompagne pas d'une diminution de la mortalité globale

Dans l'étude de la vétérans administration de Los Angeles , une diminution du cholestérol et une augmentation des AG polyinsaturés entraîne une diminution de l'incidence des infarctus non mortels et des décès par coronaropathie de 20% .

Le régime lyonnais . Partant du principe qu'un régime draconien est difficile à suivre et que la cuisine méditerranéenne est particulièrement riche en saveur , l'équipe de RENAUD a essayé d'adapter un régime crétois à une population de sujets ayant eu un infarctus du myocarde. Ils ont comparé ce régime au régime prudent défini par l'AMERICAN HEART . L'étude a été interrompue après deux ans en raison d'une baisse de 70 à 80% de la mortalité par événement cardiovasculaire .

Le régime CRETOIS

La majeure partie de l'alimentation est représentée par les végétaux , les légumes frais ou secs , les oléagineux , les céréales sous forme diverses . Ce cocktail végétal apporte des antioxydants (Vit C et E) , des fibres , des caroténoïdes , des flavonoïdes , des protéines végétales , des minéraux.

- L'huile d'olive est la principale source de MG,. Son intérêt ne semble pas résider seulement dans sa richesse en AG monoinsaturés mais également , en phytostérols , caroténoïdes , tocophérols, antioxydants.
- Le lait est peu consommé sous forme liquide, mais sous forme de yaourt ou de fromage .

- Poissons, poulet, oeufs (4 par semaines)viandes rouges, ne sont pas consommées tous les jours en quantités importantes.
- Le vin est consommé par tous les habitants du pourtour méditerranéen , hormis les musulmans

Propositions pratiques

Diminuer l' ensembles des graisses animales d' origine laitière ou apportées par la viande s' impose : viande ou poisson, une fois par jour au maximum, enlever le gras visible dans l' assiette éviter les charcuteries .

Manger du poisson deux à trois fois par semaine est à encourager, à condition de ne pas le surcharger en graisse , surtout d' origine animale .

Eviter d' associer viande et fromage au cours du même repas .

Privilégier les formes écrémées , partiellement ou totalement du lait et des produits laitiers . Eviter le beurre au profit des MG végétales apportant des AG monoinsaturés (huile d' olive d' arachide ou avocat) et surtout l' acide linoléique (huile de colza et soja)

Encourager la consommation de fruits et de légumes. Tout particulièrement celle d' ail , d' oignon de fruits rouges, ou de légumes à feuilles vertes. Chaque repas doit comporter au moins une ration de légumes.

Réhabiliter les légumineuses .

La consommation modérée d' alcool n' est pas à décourager sauf en cas d' hypertriglycéridémie

Quand le poids est normal, l' apport de glucides complexes est libre , celui en glucides simples limité en cas d' hypertriglycéridémie