

Astuces et trucs en lipidologie vue par le Cardiologue des patients à haut risque

CNCH 14 Septembre 2020

Pr Franck Boccara, MD, PhD

Cardiologie, INSERM UMRS938

CHU St Antoine, HUEP, Sorbonne Universités, Paris



Compte Twitter Orateur
@BoccaraFranck



Assistance Publique
Hôpitaux de Paris



**MÉDECINE
SORBONNE
UNIVERSITÉ**

Liens d'intérêts

- Board: *Amgen, Sanofi*
- Research grants: *Boeringher, Sanofi, Astra Zeneca*
- Lectures fees: *Abbott, ViiV Healthcare, MSD, Novartis, Gilead*
- Travel grants : *MSD, ViiV Healthcare, Amgen*

CAS CLINIQUE

- **Mme M. âgée de 45 ans** a présenté en 2005 un SCA ST- troponine+ mettant en évidence des lésions bitronculaires avec une sténose serrée Circonflexe proximale et CD2. Elle bénéficie à l'époque ATL Cx et CD2 + stents actifs.

Les FDRCV sont

- Tabagisme actif 30PA
- Dyslipidémie connue non traitée

Autres ATCD med ou Chir = 0

Marié, 1 enfant, auxiliaire de vie, orpheline

Bilan Lipidique en 2005

- Chol T 3,68 g/l
- LDLc 2,94 g/l
- HDLc 0,57g/l
- Triglycérides 0,84 g/L
- ApoB 1,82 g/L
- ApoA 1,20 g/L
- Sérum clair

Le reste du bilan biologique est normal
L'examen clinique est normal

Quel est votre diagnostic lipidique?

- Les causes secondaires de dyslipidémies sont éliminées:
Hypothyroïdie, Cushing, Cholestase, Sd néphrotique
- Probable dyslipidémie familiale de type IIa

Score de DUTCH

Catégorie	Points	Le score de votre patient
Antécédents familiaux		
Membre de la famille au premier degré avec maladie coronarienne précoce connue	1	
Membre de la famille au premier degré avec un taux de LDL-C connu > 200 mg/dl	1	
Membre de la famille au premier degré avec xanthome tendineux et/ou arc cornéen	2	
Enfant(s) <18 ans avec un taux de LDL-C > 135 mg/dl	2	
Antécédents cliniques		
Le sujet présente une maladie coronarienne précoce	2	
Le sujet a une maladie vasculaire cérébrale ou périphérique précoce	1	
Examen clinique		
Xanthome tendineux	6	
Arc cornéen chez une personne <45 ans	4	

Score total	Diagnostic
>8 points	HF avérée
6-8 points	HF probable
3-5 points	HF possible
0-2 points	HF peu probable
Mutation causale observée dans le gène du LDLR, de l'APOB ou du PCSK9	8
Le score total de votre patient	

LDLR = récepteur de LDL ; APOB = apolipoprotéine B ; PCSK9 = proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9

Le diagnostic de HF est à évoquer dans l'une des circonstances suivantes :

- ☑ Concentrations élevées de LDL-C**
 - > 1,9 g/l chez l'adulte**
 - > 1,6 g/l chez l'enfant/adolescent**} Sans traitement médicamenteux
- ☑ Parents porteurs de HF**
- ☑ Présence de dépôts extravasculaires de cholestérol (surtout xanthomes tendineux)**
- ☑ Notion d'accidents vasculaires précoces personnels ou familiaux**

Score de DUTCH

Catégorie	Points	Le score de votre patient
Antécédents familiaux		
Membre de la famille au premier degré avec maladie coronarienne précoce connue	1	
Membre de la famille au premier degré avec un taux de LDL-C connu > 200 mg/dl	1	
Membre de la famille au premier degré avec xanthome tendineux et/ou arc cornéen	2	
Enfant(s) <18 ans avec un taux de LDL-C > 135 mg/dl	2	
Antécédents cliniques		
Le sujet présente une maladie coronarienne précoce	2	
Le sujet a une maladie vasculaire cérébrale ou périphérique précoce	1	
Examen clinique		
Xanthome tendineux	6	
Arc cornéen chez une personne <45 ans	4	
Taux de LDL-C Non traité+++		
>325 mg/dl	8	
251-325 mg/dl	5	
191-250 mg/dl	3	
155-190 mg/dl	1	
Analyse génétique moléculaire (analyse ADN)		
Mutation causale observée dans le gène du LDLR, de l'APOB ou du PCSK9	8	
Le score total de votre patient		

LDLR = récepteur de LDL ; APOB = apolipoprotéine B ; PCSK9 = proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9

Score de DUTCH

Score total	Diagnostic
>8 points	HF avérée
6-8 points	HF probable
3-5 points	HF possible
0-2 points	HF peu probable

Recommandations de dépistage et d'investigations supplémentaires²

- **Les causes d'hypercholestérolémies secondaires** (comme entres autres l'hypothyroïdie, la cholestase, le syndrome néphrotique, le diabète) doivent toujours être exclues.
- **L'analyse génétique est vivement recommandée** chez les individus avec un diagnostic évident ou probable d'HF (score DLCN >5), et particulièrement chez ceux ayant un diagnostic clinique indiscutable avec xanthome et/ou cholestérol élevé plus antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce.
- Chez les patients avec un diagnostic avéré d'HF, **un dépistage en cascade des membres de la famille est recommandé** par détermination des taux de LDL-C ou analyse génétique si la mutation causale est trouvée, conjointement avec le système DLCN.
- **La plupart des patients HF auront besoin d'un traitement actif :**
 - Tous les patients atteints d'hypercholestérolémie familiale, ainsi que leurs familles, doivent recevoir une **information pertinente concernant l'adaptation nécessaire de leur mode de vie**, notamment des conseils au sujet de leur régime alimentaire et, au besoin, un accompagnement à l'arrêt du tabagisme.
 - **Les patients atteints d'hypercholestérolémie familiale nécessitent un traitement actif avec des médicaments hypocholestérolémiants, instauré chez l'adulte dès que le diagnostic est posé et, chez l'enfant, à partir de l'âge de 8 à 10 ans**, car leur risque de développer une maladie cardiovasculaire est nettement plus important que dans le reste de la population, en raison de l'exposition prolongée à des lipoprotéines athérogènes.
 - **La valeur cible du taux de cholestérol-LDL est < 135 mg/dl chez l'enfant, < 100 mg/dl chez l'adulte et < 70 mg/dl chez l'adulte atteint de maladie cardiovasculaire ou de diabète**, valeurs qu'il convient d'essayer d'atteindre au moyen d'une statine en monothérapie (souvent une dose élevée d'une statine puissante) ou au moyen d'une statine associée à de l'ézétimibe. Avec les inhibiteurs de la PCSK9, il est possible d'obtenir des diminutions plus importantes du taux de cholestérol-LDL (jusqu'à 60 %) mais leurs effets cliniques favorables doivent encore être démontrés.

1. Organisation Mondiale de la Santé. Hypercholestérolémie familiale Rapport d'une seconde consultation de l'OMS. Disponible sous : http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HGN_FH_CONS_99.2.pdf 2. Nordestgaard B et al. Eur Heart J. 2013;34:3478-90a 3. Goldberg et al. J Clin Lipidol. 2011;5(3 Suppl):S1-8

LDL-C correction factor table for patients on statins ± ezetimibe medication

Statin/dose (mg)	Correction factor	Statin/dose (mg)	Correction factor
Ezetimibe		Atorvastatin	
10	1.2	10	1.6
Pravastatin		20	1.8
10	1.2	40	2.0
20	1.3	80	2.2
40	1.5	Atorvastatin + Ezetemibe	
Pravastatin + Ezetimibe		10 + 10	2.0
10 + 10	1.5	20 + 10	2.2
20 + 10	1.6	40 + 10	2.2
40 + 10	1.7	80 + 10	2.5
Simvastatin		Rosuvastatin	
10	1.4	5	1.8
20	1.6	10	1.9
40	1.7	20	2.1
80	1.9	40	2.4
Simvastatin + Ezetemibe		Rosuvastatin + Ezetimibe	
10 + 10	1.9	10 + 10	2.5
20 + 10	2.0	20 + 10	2.7
40 + 10	2.3	40 + 10	3.3
80 + 10	2.4		

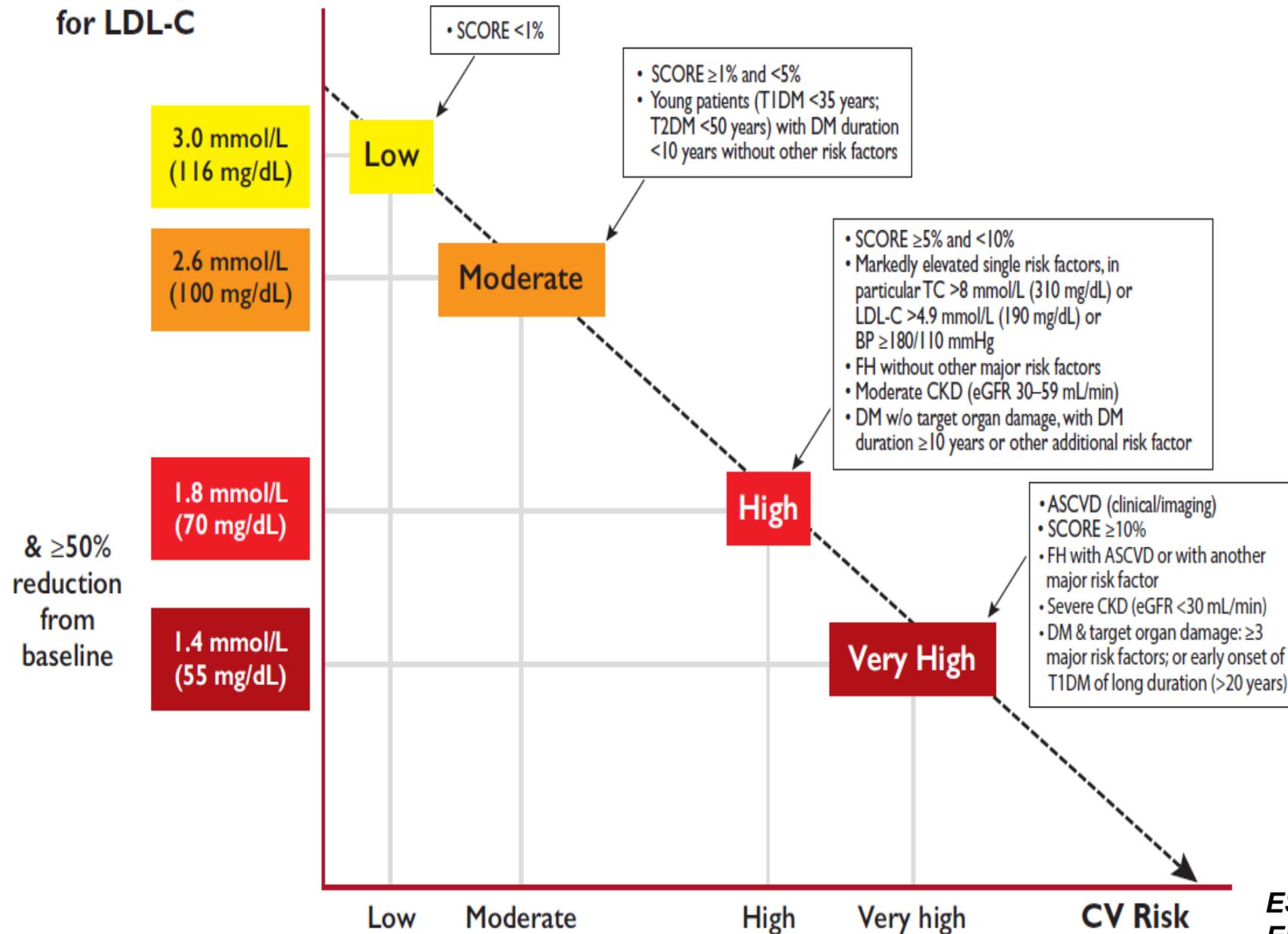
**Quelle prise en charge lipidique après
un SCA?**

Recommandations HAS 2017

Niveau de risque cardio-vasculaire		Objectif de C-LDL	Intervention de première intention*	Intervention de deuxième intention
Faible	SCORE < 1 %	< 1,9 g/L (4,9 mmol/L)		
Modéré	1 % ≤ SCORE < 5 %	< 1,3 g/L (3,4 mmol/L)	Modification du mode de vie	Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant
	Diabète de type 1 ou 2 < 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible			
Élevé	5 % ≤ SCORE < 10 %			
	Diabète de type 1 ou 2 : < 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible ; ≥ 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible	< 1,0 g/L (2,6 mmol/L)		
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique modérée		Modification du mode de vie +	Modification du mode de vie + Intensification du traitement hypolipémiant
	TA ≥ 180/110 mmHg			
Très élevé	SCORE ≥ 10 %		Traitement hypolipémiant	
	Diabète de type 1 ou 2 ≥ 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible	< 0,70 g/L (1,8 mmol/L)		
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique sévère			
	Maladie cardio-vasculaire documentée (prévention secondaire)			

Objectifs de LDLc en fonction du niveau de risque

Treatment goal
for LDL-C



Bilan lipidique 9 mois plus tard en 2006

- Chol Total 1,8 g/L
- LDLc 1,00 g/L
- HDL 0,48 g/l
- Triglycérides 1,2 g/L

Sous cette nouvelle statine forte intensité + IAC.

La patiente se plaint de douleurs musculaires fréquentes mais supportables

Le tabagisme a été arrêté depuis 2005

SURVEILLANCE ENZYMES HEPATIQUES ET MUSCULAIRES

Surveillance des enzymes hépatiques

Il est recommandé de mesurer systématiquement les enzymes hépatiques (alanine-amino-transférase : ALAT) chez les patients traités par hypolipémiant :

- avant le traitement ;
- 8 semaines après le début du traitement médicamenteux ou après toute augmentation de la posologie ;
- ensuite tous les ans si les enzymes hépatiques sont $< 3 \times N$ (normale).

Si les enzymes hépatiques sont élevées mais $< 3 \times N$, il est recommandé de :

- poursuivre le traitement ;
- contrôler les enzymes hépatiques après 4 à 6 semaines.

Si les enzymes hépatiques sont $\geq 3 \times N$, il est recommandé :

- d'arrêter la statine ou réduire sa posologie ;
- de contrôler les enzymes hépatiques après 4 à 6 semaines ;
- de réintroduire prudemment le traitement lorsque les ALAT sont revenues à une valeur normale.

Surveillance des enzymes musculaires

Il n'est pas nécessaire de mesurer la créatine phosphokinase (CK) chez les patients traités par hypolipémiant avant le début du traitement, sauf dans les situations à risque suivantes :

- douleurs musculaires préexistantes avec ou sans traitement avec un fibraté ou une statine ;
- insuffisance rénale modérée à sévère ;
- hypothyroïdie ;
- antécédents personnels ou familiaux de maladie musculaire génétique ;
- abus d'alcool ;
- âge supérieur à 70 ans, d'autant plus qu'il existe d'autres facteurs de risque musculaire.

Dans ces cas, si le taux de créatine kinase (CK) initial est $> 5 \times N$, il est recommandé de ne pas instaurer de traitement médicamenteux et de contrôler de nouveau les enzymes musculaires.

Une surveillance régulière de la CK n'est pas nécessaire, mais il est recommandé de vérifier la CK si le patient développe une myalgie.

Il est recommandé de renforcer la vigilance relative à la myopathie et à l'augmentation du taux de CK chez les patients à risque tels que : patients âgés, association statine/fibraté, traitement concomitant interférant, polymédication, insuffisance hépatique ou rénale.

Si la CK est $> 5 \times N$, il est recommandé :

- d'envisager la possibilité d'une augmentation temporaire de la CK pour d'autres raisons, telles que l'effort musculaire dans les 48 h précédentes ;
- d'arrêter le traitement, contrôler la fonction rénale et surveiller la CK toutes les 2 semaines ;
- d'envisager des causes secondaires de myopathie si le taux de CK reste élevé.

Si la CK est $\leq 5 \times N$, il est recommandé de continuer le traitement et de doser la CK régulièrement.

En 2007 récurrence de SCA ST- tropo+

- Nouvelle coronarographie et sténose IVA2 90% avec angioplastie IVA2 + stent actif

- Bilan lipidique

Cholestérol 1,75 g/L, LDL 1,05 g/L, HDL 0,45, TG 1,1 g/L

Sevrage tabagique complet

Pas d'autre anomalie clinique ou biologique

Enquête familiale : dépistage négatif chez la fille

Pourquoi récidive-t-elle?

- Non observance du traitement par statine: NON car LDL stable et nettement diminué par rapport à LDL initial

- Autre facteur ?

- Tabac sevré

Et pourquoi pas la Lpa?

Le dosage revient à 0,99 g/L (normale < à 0,30g/L)

En pratique , principaux éléments qui font placer un patient avec HF dans la catégorie « *très haut risque cardiovasculaire* »

- ✓ **Prévention secondaire**
- ✓ **Diabète**
- ✓ **Tabagisme**
- ✓ **HDL-C < 0,40 g/l**
- ✓ **Lp(a) > 50 mg/dl**
- ✓ **Présence de xanthomes tendineux**
- ✓ **Absence de traitement jusqu'à l'âge de 40 ans**

Intensité des statines

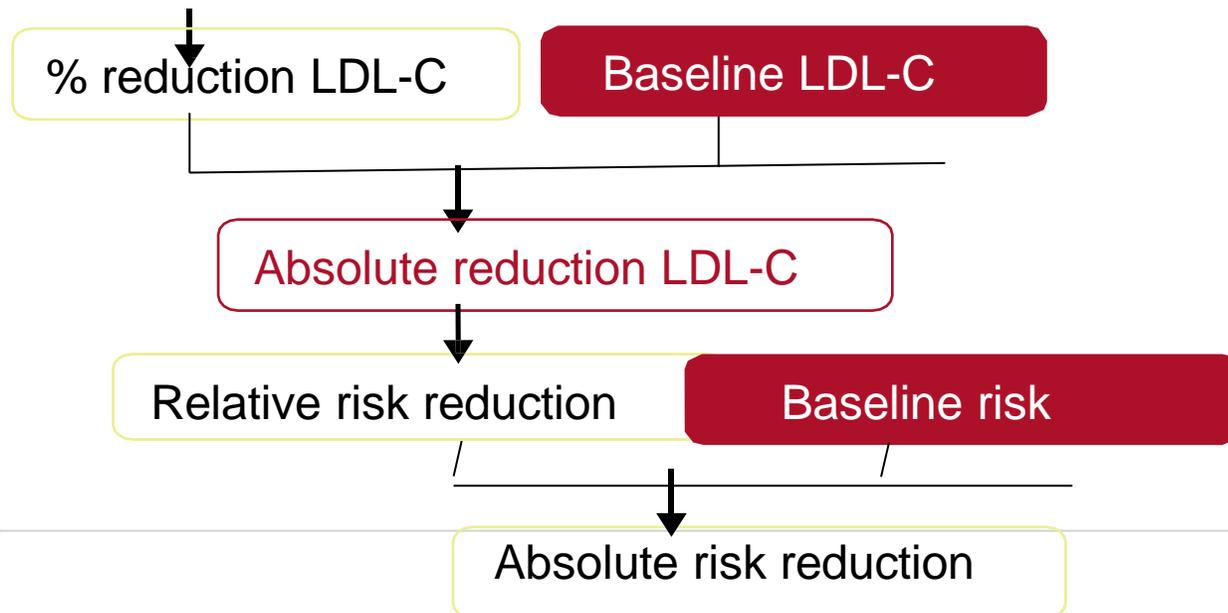
High-Intensity Statin Therapy	Moderate-Intensity Statin Therapy	Low-Intensity Statin Therapy
Diminution du LDL de >50%	Diminution du LDL de 30 à 50%	Diminution du LDL de < 30%
<p>Atorvastatin (40[†])–80 mg Rosuvastatin 20 (40) mg</p>	<p>Atorvastatin 10 (20) mg Rosuvastatin (5) 10 mg Simvastatin 20–40 mg[‡] Pravastatin 40 (80) mg Lovastatin 40 mg <i>Fluvastatin XL 80 mg</i> Fluvastatin 40 mg bid <i>Pitavastatin 2–4 mg</i></p>	<p><i>Simvastatin 10 mg</i> Pravastatin 10–20 mg Lovastatin 20 mg <i>Fluvastatin 20–40 mg</i> <i>Pitavastatin 1 mg</i></p>

Bénéfice biologique attendu de la réduction du LDLc

Intensity of lipid lowering treatment

Average LDL-C reduction

Treatment	
Moderate intensity statin	≈ 30%
High intensity statin	≈ 50%
High intensity statin plus ezetimibe	≈ 65%
PCSK9 inhibitor	≈ 60%
PCSK9 inhibitor plus high intensity statin	≈ 75%
PCSK9 inhibitor plus high intensity statin plus ezetimibe	≈ 85%

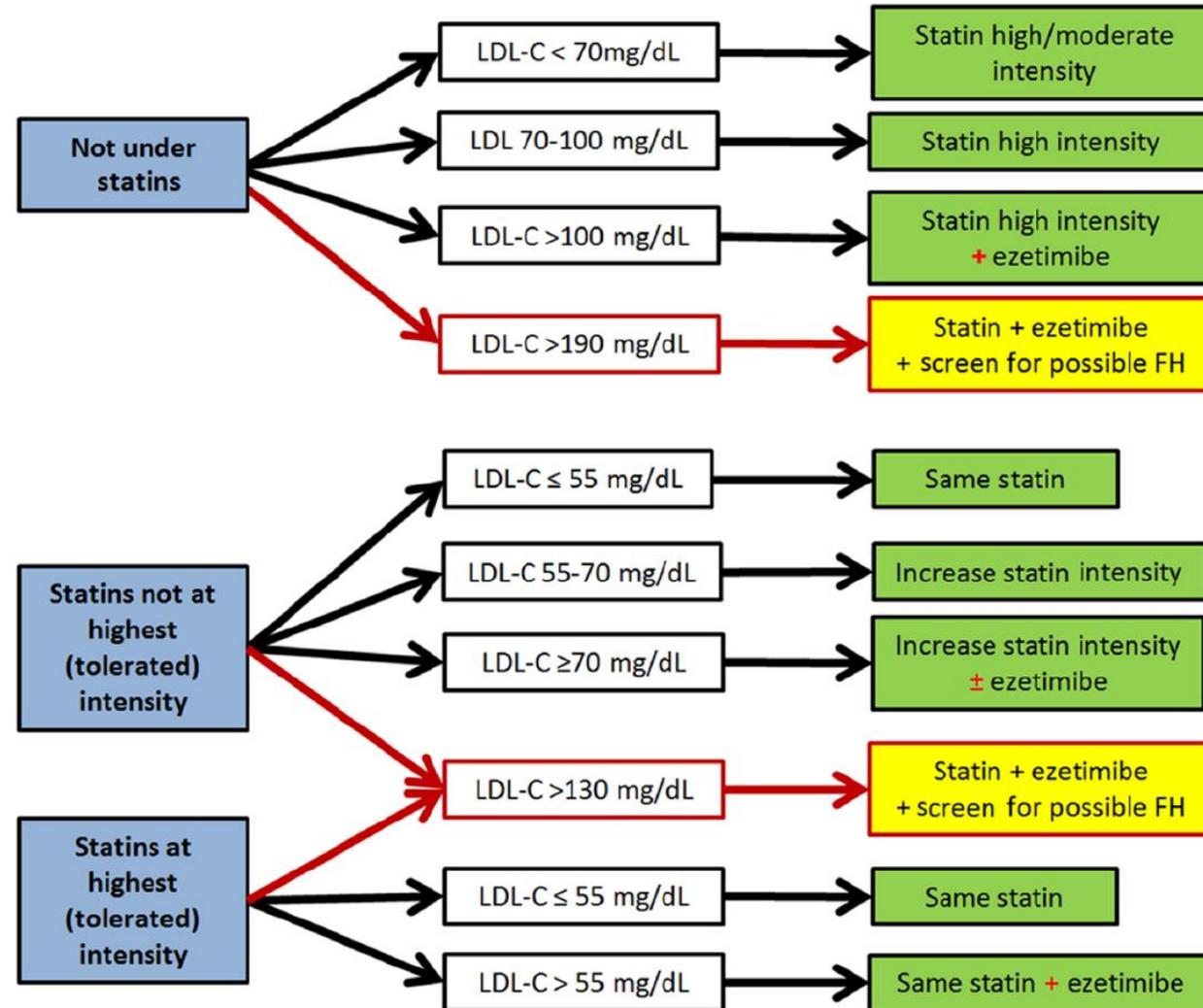


LDL-C = low-density lipoprotein cholesterol;
PCSK9 = proprotein convertase subtilisin/kexin type 9.

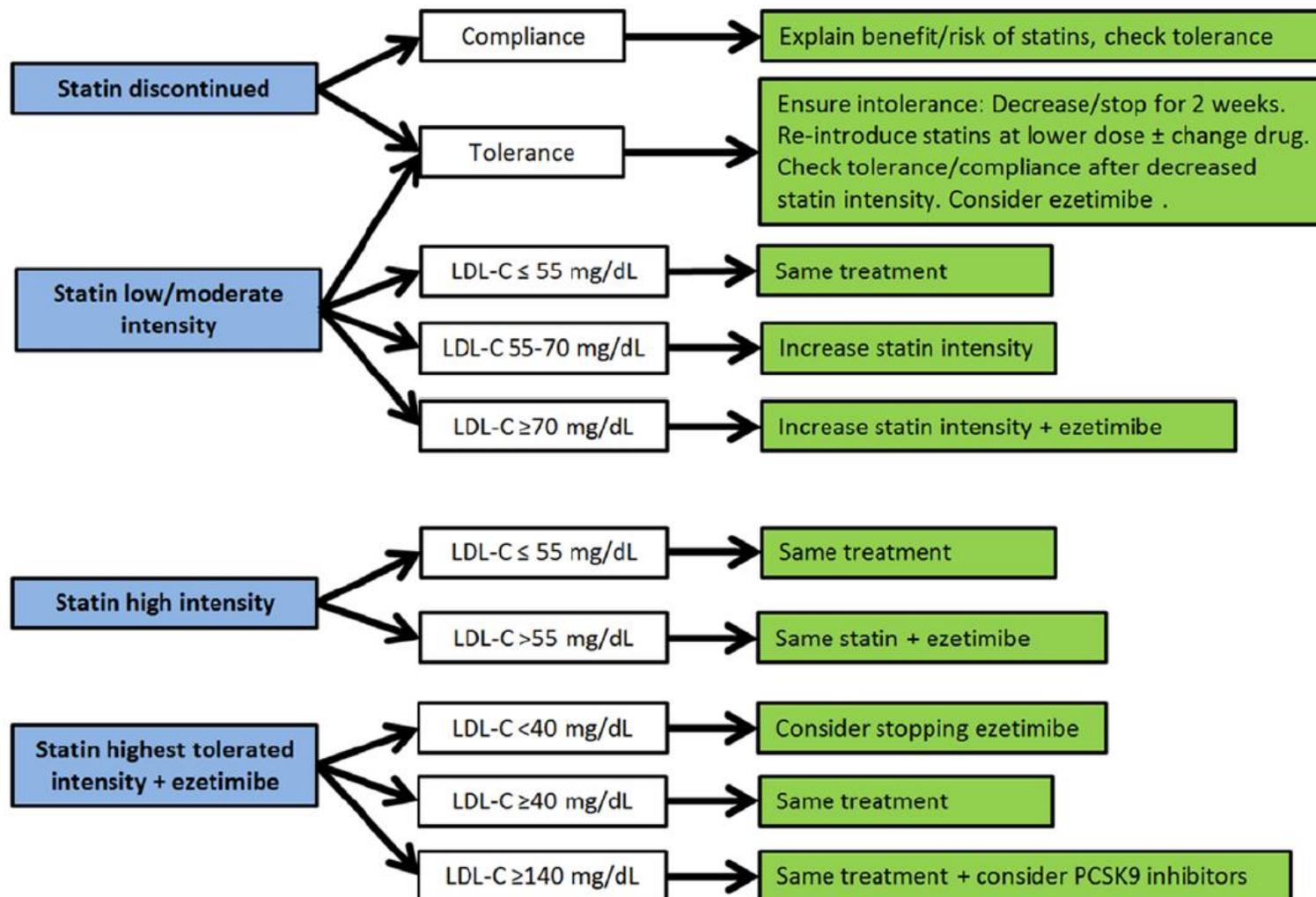
Consensus français de prise en charge lipidique postSCA



Algorithme à l'admission



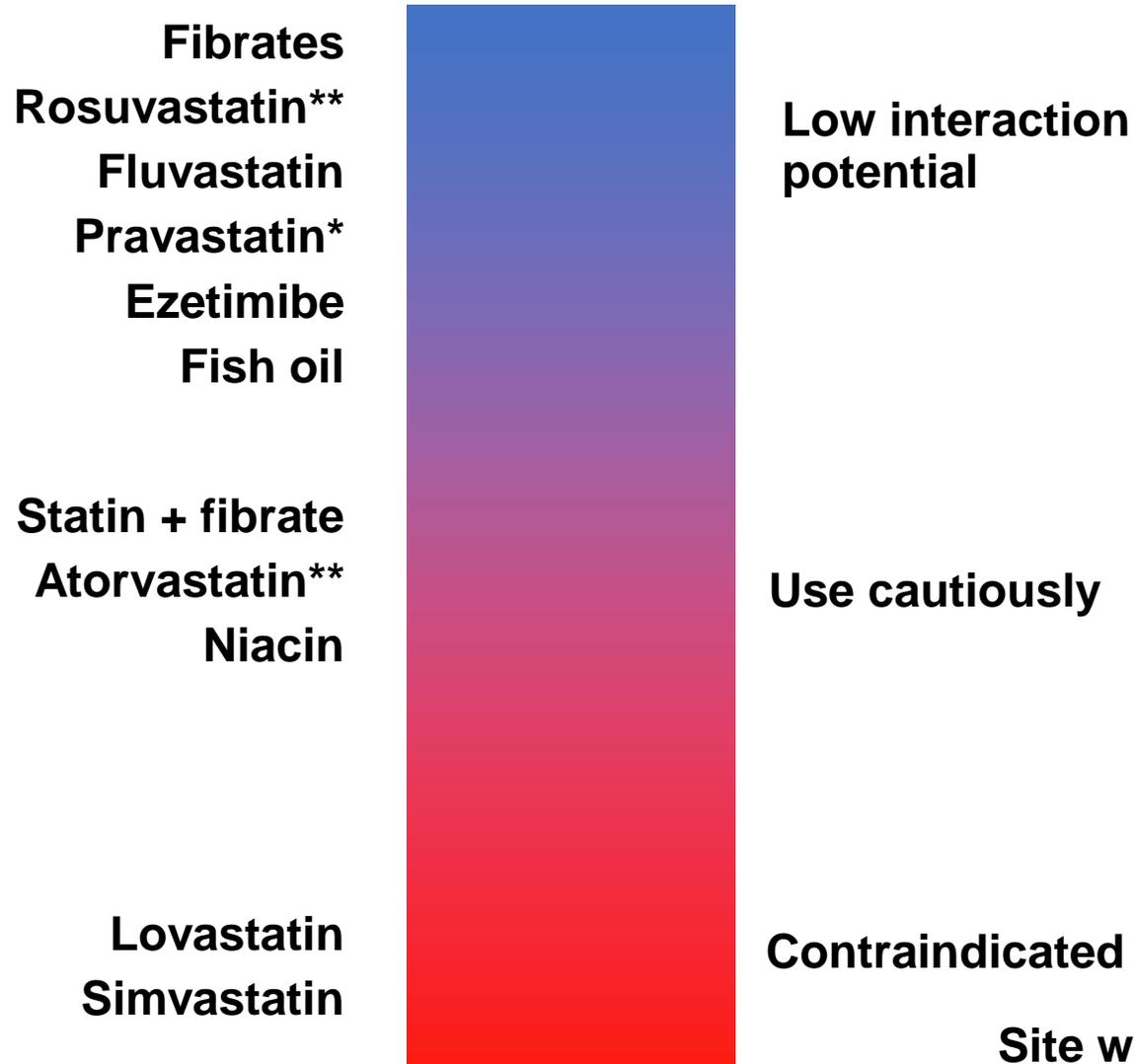
Algorithme au cours du suivi



Cas particuliers

- **Patient VIH**
- **Patient insuffisant rénale chronique**
- **HyperTG**
- **Patient âgé**

Intéractions importantes entre certaines statines et inhibiteurs de protéases et Cobicistat antiVIH contenu dans [Tybost®, Stribild®, Genvoya®]



Site web de Liverpool

<https://www.hiv-druginteractions.org/>

*AUC ↑↑↑ with DRV. **AUC Atorva x 5 avec DRV/Cobicistat et x10 avec ATV/cobicistat

IRC

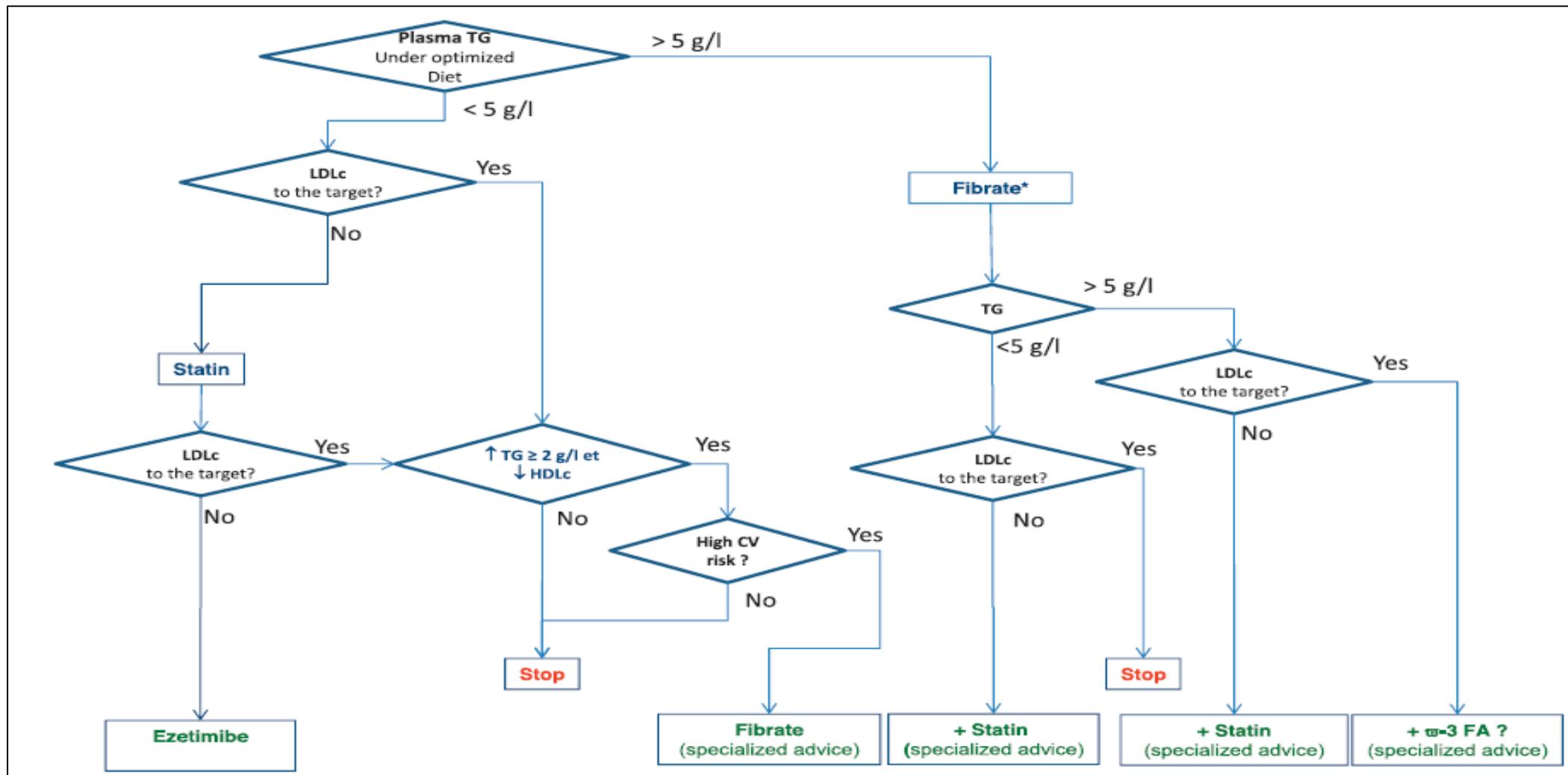
Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that patients with Kidney Disease Outcomes Quality Initiative stage 3–5 ^c CKD are considered to be at high or very-high risk of ASCVD. ^{489–493}	I	A
The use of statins or statin/ezetimibe combination is recommended in patients with non-dialysis-dependent stage 3–5 CKD. ^{214,222,495,496}	I	A
In patients already on statins, ezetimibe, or a statin/ezetimibe combination at the time of dialysis initiation, continuation of these drugs should be considered, particularly in patients with ASCVD.	IIa	C
In patients with dialysis-dependent CKD who are free of ASCVD, commencement of statin therapy is not recommended. ^{220,221}	III	A

HyperTG

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Statin treatment is recommended as the first drug of choice to reduce CVD risk in high-risk individuals with hypertriglyceridaemia [TG levels >2.3 mmol/L (>200 mg/dL)]. ³⁵⁵	I	B
In high-risk (or above) patients with TG levels between 1.5–5.6 mmol/L (135–499 mg/dL) despite statin treatment, n-3 PUFAs (icosapent ethyl 2×2 g/day) should be considered in combination with a statin. ¹⁹⁴	IIa	B
In primary prevention patients who are at LDL-C goal with TG levels >2.3 mmol/L (>200 mg/dL), fenofibrate or bezafibrate may be considered in combination with statins. ^{305–307,356}	IIb	B
In high-risk patients who are at LDL-C goal with TG levels >2.3 mmol/L (>200 mg/dL), fenofibrate or bezafibrate may be considered in combination with statins. ^{305–307,356}	IIb	C

Consensus statement on the management of dyslipidaemias in adults[☆]

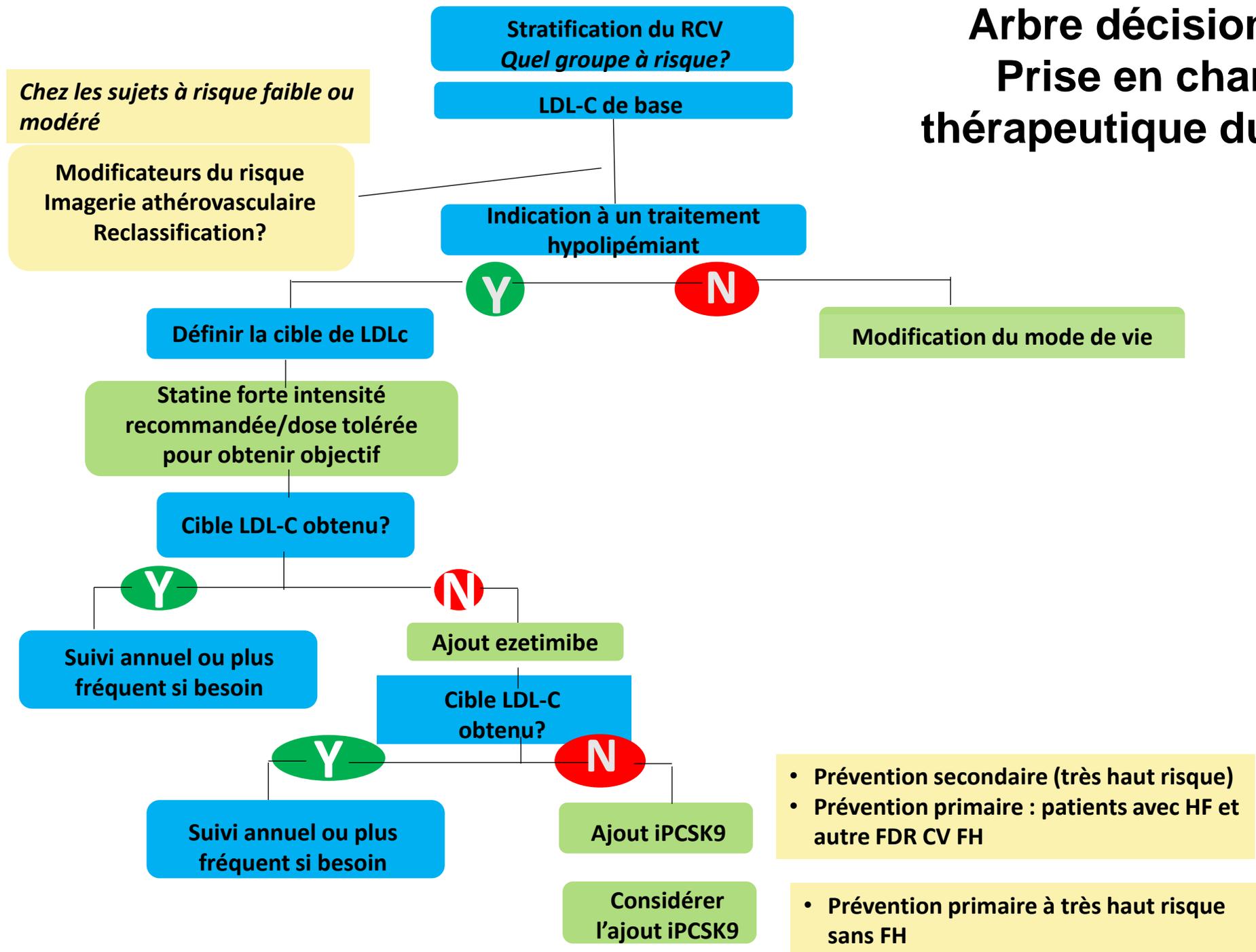
Working group commissioned by the the French Society of Endocrinology (SFE) Francophone Society of Diabetes (SFD), The New French Society of Atherosclerosis (NSFA), S. Béliard^a, F. Bonnet^b, B. Bouhanick^c, E. Bruckert^d, B. Cariou^e, S. Charrière^f, V. Durlach^g, P. Moulin^{f,*}, R. Valéro^a, B. Vergès^{g,h}



Personnes âgées de plus de 65 ans

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Treatment with statins is recommended for older people with ASCVD in the same way as for younger patients. ²¹⁷	I	A
Treatment with statins is recommended for primary prevention, according to the level of risk, in older people aged ≤75 years. ²¹⁷	I	A
Initiation of statin treatment for primary prevention in older people aged >75 years may be considered, if at high-risk or above. ²¹⁷	IIb	B
It is recommended that the statin is started at a low dose if there is significant renal impairment and/or the potential for drug interactions, and then titrated upwards to achieve LDL-C treatment goals.	I	C

Arbre décisionnel Prise en charge thérapeutique du LDLc



Quand mettre en route un traitement par antiPCSK9?

Alirocumab (Praluent®) *Médicament d'exception*

JO 27/07/2020

Indications remboursables (cf Annexe 2 Fiche d'Information Thérapeutique parue au JO du 28/07/2020) :

- en association à un traitement hypolipémiant optimisé chez les patients adultes ayant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote, insuffisamment contrôlée et nécessitant un traitement par LDL-aphérèse.
- en association à un traitement hypolipémiant optimisé chez les patients adultes ayant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie par un antécédent de SCA récent (1) (prévention secondaire) et qui ne sont pas contrôlés (LDL-c \geq 0,7 g/L) malgré un traitement hypolipémiant optimisé comprenant au moins une statine à la dose maximale tolérée.
(1) Défini comme \leq 1 an d'après les critères d'inclusion et non-inclusion de l'étude de morbi-mortalité ODYSSEY OUTCOMES.

Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes en cardiologie, endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques ou en médecine interne.

Renouvellement non restreint.

Vous souhaitant bonne réception de cette information, je vous prie d'agréer, Chère Consœur, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Dr Nadjib REBAH
Directeur Médical Sanofi France

Indication Maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie

Praluent® est indiqué chez les adultes avec une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie pour réduire le risque cardiovasculaire en diminuant les taux de LDL-C, en complément de la correction des autres facteurs de risque :

- en association avec une statine à la dose maximale tolérée avec ou sans autres thérapies hypolipémiantes ou,
- seul ou en association avec d'autres thérapies hypolipémiantes chez les patients intolérants aux statines, ou chez qui les statines sont contre-indiquées.

Place dans la stratégie thérapeutique

Praluent® doit être utilisé en 3^{ème} intention en complément des mesures hygiéno-diététiques et en association à un traitement hypolipémiant optimisé (statine + ézétimibe) uniquement chez les patients adultes ayant un antécédent de SCA récent et non contrôlés (LDL-C \geq 0,7 g/L) malgré un traitement hypolipémiant optimisé comprenant au moins une statine à la dose maximale tolérée.

La place de Praluent® ne peut pas être établie chez les patients de plus de 75 ans. Dans les autres situations, Praluent® n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique.
(Avis de la CT du 17 juillet 2019)

Quand mettre en route un traitement par antiPCSK9?

Evolocumab (Repatha©) *Médicament d'exception*

JO 27/07/2020

1. Indications remboursables (*)

- Chez l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans présentant une **hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo)** en association avec d'autres thérapies hypolipémiantes.
- En association à un traitement hypolipémiant optimisé chez les patients adultes présentant une **hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe)**, insuffisamment contrôlée par un traitement optimisé et nécessitant une prise en charge par LDL-aphérèse.
- En association à un traitement hypolipémiant optimisé chez les patients adultes à très haut risque cardiovasculaire, avec hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte, présentant **une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie** par un antécédent d'infarctus du myocarde (IDM), d'accident vasculaire cérébral (AVC) non hémorragique et/ou d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique (prévention secondaire), et **non contrôlés (LDL-c \geq 0,7 g/L)** malgré un traitement optimisé comprenant au moins une statine à dose maximale tolérée.

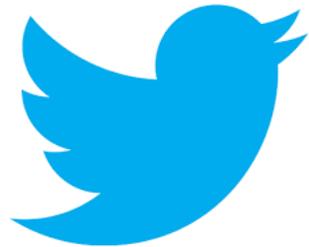
-

Messages

- Eliminer causes secondaires
- Connaitre la puissance statine forte intensité -50%
- S'aider de l'algorithme postSCA
- Que faire si intolérance musculaire ou hépatique
- Pas besoin d'être à jeun
- Reconnaître FH (LDL > 1,9g/L, ATCD fx MC précoce, Dutch, génétique, dépistage familial)
- Interactions médicamenteuses statines (VIH IP RTV)



Suivez le CNCH sur le Social Média!
#CNCHcongres



@CNCHcollege



shutterstock.com • 278925056

@CNCHcollege

Praluent® est désormais inscrit sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités dans l'indication suivante :

En association à un traitement hypolipémiant optimisé chez les patients adultes ayant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote insuffisamment contrôlée et nécessitant un traitement par LDL-aphérèse

Les indications de la LDL-aphérèse selon les recommandations de la NSFA sont :

LDLc > 3 g/l en prévention primaire sous traitement oral maximal

LDLc > 2 g/l en prévention secondaire sous traitement oral maximal

Praluent® est un médicament d'exception (ordonnance de médicament d'exception à utiliser) dont la prescription initiale annuelle est réservée aux spécialistes en cardiologie, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ou en médecine interne.

Journal officiel de la République Française n°0036 du 13 février 2018

Sont inscrites sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux les spécialités suivantes.

La seule indication thérapeutique ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement par l'assurance maladie est, pour les spécialités visées ci-dessous :

REPATHA est indiqué chez l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans présentant une hypercholestérolémie héréditaire homozygote en association avec d'autres thérapies hypolipémiantes.

Code CIP	Présentation
34009 300 285 7 5	REPATHA 140 mg (evolocumab), solution injectable en seringue préremplie (B/1) (laboratoires AMGEN SAS)
34009 300 285 8 2	REPATHA 140 mg (evolocumab), solution injectable en stylo prérempli (B/1) (laboratoires AMGEN SAS)
34009 300 285 9 9	REPATHA 140 mg (evolocumab), solution injectable en stylos préremplis (B/2) (laboratoires AMGEN SAS)
34009 300 286 0 5	REPATHA 140 mg (evolocumab), solution injectable en stylos préremplis (B/3) (laboratoires AMGEN SAS)
34009 300 286 1 2	REPATHA 140 mg (evolocumab), solution injectable en stylos préremplis (B/8) (laboratoires AMGEN SAS)

Ces spécialités sont prescrites conformément à la fiche d'information thérapeutique figurant à l'annexe II.

Ce n'est pas de la science fiction. L'expérience a déjà été faite en Angleterre pour HF chez des enfants de un à deux ans à l'occasion de consultations obligatoires pour des vaccinations(9).

Le dépistage se faisait vers les frères et soeurs et vers les parents.

Que faire en pratique et comment s'organiser ?

Quelles peuvent être les solutions pour améliorer le diagnostic et le dépistage de HF(10) ?

Ni le statu quo car HF est un vrai problème de prévention cardiovasculaire, ni la position extrême du conseil génétique qui n'est pas réaliste dans nos hôpitaux.

Dans le questionnaire qui vous avait été adressé en octobre 2017, vous étiez 80% à répondre que le CNCH devrait s'impliquer dans ce problème même si la question du sondage était un peu biaisée.

Quelques pistes :

- Sensibiliser les équipes à HF,
- Bilan lipidique à l'admission à tous les SCA même non à jeun.
- Voir avec le laboratoire de biologie pour une alerte si le LDL est > 1,9 gramme par litre pour les malades de cardiologie.
- Le score de risque DUTCH quand on suspecte une HF ; ce score doit être facile d'accès (USIC, salle de consultation).

- L'information au patient : orale bien sur ; lettre type remise au patient destinée aux frères et soeurs ; ordonnance de bilan lipidique pour les enfants ?

- L'information au médecin traitant (lettre type ? dans le CRH ?).

- Ne pas faire de blocage sur les tests génétiques. Si on fait un test génétique, cela doit être simple : procédure à définir avec le laboratoire de génétique moléculaire, feuille de consentement et de renseignements cliniques facilement accessibles, collaboration avec le service de biochimie de l'hôpital.

- Organisation en réseau : cardiologue, médecin traitant, patient, endocrinologue, centre expert en lipidologie, pédiatre.

- Mettre les patients en contact avec AHNET (Association Nationale des patients touchés par l'Hypercholestérolémie familiale). <http://www.anhet.fr>

Conclusion

Les cardiologues doivent s'intéresser à l'hypercholestérolémie familiale.

Ce désordre génétique nous rappelle que la maladie coronaire est en partie déterminée génétiquement et que les patients doivent le savoir pour en informer leurs enfants qui sont les cibles privilégiées de la prévention cardiovasculaire.

C'est un sujet de réflexion pour le CNCH.