

## > Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette leçon, le pharmacien devrait être en mesure de répondre aux objectifs suivants :

1. Identifier, à l'aide d'outils objectifs, les patients exposés à la dyslipidémie et à la cardiopathie ischémique, et recommander un test de dépistage au besoin.
2. Sensibiliser les patients à l'importance de bien respecter leur traitement en parlant avec eux des causes et des répercussions de la dyslipidémie.
3. Recommander certaines stratégies de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques aux patients dont le profil lipidique ne cadre pas avec les valeurs cibles.
4. Recommander et mettre en œuvre des stratégies de suivi et de surveillance appropriées.
5. Mettre sur pied une clinique de prise en charge de la dyslipidémie en milieu communautaire.



www.novopharm.com

## LA DYSLIPIDÉMIE — UNE APPROCHE PRATIQUE DU TRAITEMENT, À L'INTENTION DES PHARMACIENS

Par Tom Smiley, BScPhm, Pharm D

## > Instructions

1. Après avoir lu cette leçon attentivement, étudiez chaque question, puis choisissez une seule réponse correcte. Encercler la lettre correspondante sur la carte-réponse ci-jointe.
2. Remplissez la carte-réponse et postez-la, ou télécopiez-la au (416) 764-3937.
3. Une note sera accordée à votre carte-réponse et vous serez informé(e) de vos résultats par une lettre des Éditions Rogers.
4. La note minimale pour recevoir les crédits est de 70 % (ou 14 réponses correctes sur 20). Si vous réussissez, vos crédits seront enregistrés auprès de l'Ordre provincial pertinent. (Remarque : dans certaines provinces, il incombe aux pharmaciens eux-mêmes de notifier l'Ordre).

## > Mention

L'auteur, les examinateurs experts et Pharmacy Practice ont statué qu'il n'existe aucun conflit d'intérêt réel ou apparent avec la compagnie commanditaire.



Le Canadian Council on Continuing Education in Pharmacy a accordé 1,5 unités de FC à cette leçon.

N° de dossier : 201-1204.

### INTRODUCTION

L'inégalité entre les soins que l'on considère comme optimaux et ceux que reçoit véritablement le patient constitue ce que les Anglo-Saxons appellent « care gap », expression que l'on peut traduire par « lacunes en matière de soins ». Or en ce qui a trait à la prise en charge de la dyslipidémie (c.-à-d. la prévention et le traitement), les faits ci-dessous montrent sans équivoque l'existence de telles lacunes au Canada.

- Parmi les Canadiens de 55 à 74 ans dont le profil lipidique est considéré comme anormal, environ 64 % ignorent leur état<sup>1</sup>.

*Conclusion 1 : Des stratégies sont nécessaires, afin de mieux sensibiliser la population à l'importance de faire surveiller régulièrement sa lipidémie. Les professionnels de la santé doivent instaurer des mécanismes permettant d'identifier les patients qui doivent subir un test de dépistage, conformément aux lignes directrices acceptées.*

- Selon un sondage mené auprès de plus de 140 000 patients de  $\geq 66$  ans recevant au moins une statine par l'entremise du programme de médicaments gratuits de l'Ontario, seuls 40,1 % des patients ayant subi un syndrome coronarien aigu (SCA) étaient encore fidèles à leur traitement après 2 ans. Dans le cas des patients souffrant de cardiopathie ischémique (CI) ou prenant des statines en prévention primaire, cette proportion n'était que de 36,1 % et 25,4 % respectivement<sup>2</sup>. Ces données sont particulièrement inquiétantes, car règle générale, les bienfaits des statines en matière de survie commencent après un ou deux ans de traitement<sup>2</sup>.

*Conclusion 2 : Les professionnels de la santé doivent s'attendre à des difficultés et user de diverses stratégies pour favoriser la fidélité des patients envers les traitements recommandés.*

- Selon l'enquête Canadian Heart Health Surveys, 36 % des Canadiens présentent un taux de C-LDL  $> 3,5$  mmol/L et(ou) un taux de C-total  $> 5,2$  mmol/L<sup>3</sup>.

*Conclusion 3 : Il est important d'identifier, de traiter et de surveiller adéquatement les patients qui souffrent de dyslipidémie, afin qu'ils puissent atteindre leurs valeurs cibles et les maintenir.*

L'objectif de cette leçon est de fournir aux pharmaciens des connaissances et des outils qui leur permettront de proposer des soins communautaires intégrés, de sorte que les lacunes identifiées ci-dessus puissent être comblées.

Des études récentes montrent que les pharmaciens **peuvent** jouer un rôle critique pour combler les lacunes entourant le traitement des dyslipidémies. Ainsi, dans l'étude SCRIP (Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists), menée dans 54 pharmacies communautaires, 57 % des patients sous intervention ont atteint le point d'aboutissement primaire (déterminer les taux de cholestérol à jeun et(ou) prescrire un hypocholestérolémiant ou en augmenter la dose), contre 31 % seulement chez les patients sous soins ordinaires. Les patients sous intervention ont reçu une éducation ainsi qu'une brochure sur les facteurs de risque, ont fait mesurer leur cholestérol sur place, ont été adressés à un médecin et ont été suivis régulièrement pendant 16 semaines<sup>4</sup>. Menée dans 42 pharmacies communautaires et comprenant la mesure sur place de la lipidémie ainsi qu'un suivi du groupe d'intervention, l'étude SCRIP-Plus a quant à elle rapporté une réduction statistiquement significative

de 0,53 mmol/L (15 % par rapport au groupe témoin) du C-LDL sur 6 mois<sup>5</sup>.

Cette leçon fournit aux pharmaciens les informations et les outils nécessaires pour identifier les patients exposés à la dyslipidémie et leur recommander un plan d'action comprenant à la fois des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques.

## LA DYSLIPIDÉMIE EN TANT QUE FACTEUR DE RISQUE DE CI

L'athérosclérose étant associée à de fortes concentrations plasmatiques de cholestérol, plusieurs croient que l'évolution de cette maladie procède simplement d'une consommation excessive de lipides, entraînant une accumulation au sein de la paroi artérielle. En fait, l'apport alimentaire ne représente que 40 % à 60 % du cholestérol sanguin, le reste étant synthétisé par le foie. Le processus athérosclérotique débute plutôt par une réponse inflammatoire à la dysfonction endothéliale, secondaire à une lésion vasculaire<sup>6</sup>. Plusieurs interactions métaboliques peuvent prendre place dans l'endothélium, cette couche de cellules qui bordent la paroi des artères. Dans le processus inflammatoire dont il est question ici, l'action conjuguée de molécules vasoactives, de cytokines et de facteurs de croissance contribue à faire croître les plaques associées à l'athérosclérose<sup>6</sup>. Les causes modifiables les plus courantes de la dysfonction endothéliale (et donc les facteurs de risques de CI) sont les suivantes<sup>6</sup>:

- la présence de taux élevés de particules de LDL modifiées;
- les radicaux libres causés par la fumée de cigarette;
- l'hypertension;
- le diabète sucré.

La génétique peut également avoir une influence sur le risque de dysfonction endothéliale, et un taux plasmatique élevé d'homocystéine ou une infection par certains microorganismes, comme les virus de l'herpès ou *Chlamydia pneumoniae*, pourraient également avoir un effet.

Pour aider les patients à mieux comprendre le risque auquel ils sont exposés, consultez la liste des facteurs de risque de CI modifiables et non modifiables dans le tableau I.

### Influence du syndrome métabolique

Les personnes qui souffrent du syndrome métabolique sont également davantage exposées à la CI et au diabète de type II.

- Le syndrome métabolique fait référence à un ensemble de facteurs de risque de CI qui deviennent de plus en plus graves au fur et à mesure qu'augmente la résistance à l'insuline.
- Les éléments du syndrome métabolique comprennent la dyslipidémie (taux de triglycérides élevés, faibles taux de C-HDL et particules de LDL plus petites et plus facilement oxydables), l'obésité abdominale, la résistance à l'insuline, l'hypertension et des taux moins élevés d'inhibiteur de l'activateur du plasminogène, ce qui augmente la coagulabilité du sang (voir le tableau II)<sup>7</sup>.

Tableau I

### Facteurs de risque de CI17.

#### Modifiables

- Dyslipidémie (C-HDL faible, C-LDL élevé, triglycérides élevés)
- Hypertension
- Sédentarité
- Obésité
- Usage du tabac
- Consommation excessive d'alcool (> 2 verres standard/j)
- Mauvaise alimentation
- Glycémie élevée

#### Non modifiables

- Âge — Femmes >55 ans ; Hommes > 45 ans
- Origine ethnique — Personnes de l'Afrique, de l'Afrique du Sud et des Premières nations plus exposées
- Antécédents familiaux — IM ou AVC chez un membre de la famille du premier degré (parent, frère ou sœur de portée), chez un homme < 55 ans ou une femme < 65 ans
- Antécédents d'IM, d'AVC ou de MAP

Tableau II

### Définition du syndrome métabolique<sup>8</sup>.

Combinaison de n'importe quel des trois facteurs de risque suivants :

- Obésité abdominale (tour de taille > 102 cm chez l'homme ou > 88 cm chez la femme)
- Triglycérides  $\geq 1,7$  mmol/L
- C-HDL < 1,0 mmol/L chez l'homme ou < 1,3 mmol/L chez la femme
- Pression sanguine  $\geq 130/85$  mmHg
- Glycémie à jeun de 6,2 à 7,0 mmol/L

- Les *Recommandations canadiennes sur la prise en charge des dyslipidémies et la prévention des maladies cardiovasculaires* (mise à jour de 2003) (ci-après appelées *Lignes directrices canadiennes de 2003*) définissent les éléments cliniques du syndrome métabolique (voir le tableau II). En utilisant ce tableau, le pharmacien peut identifier les patients qui souffrent du syndrome métabolique et les aider à comprendre les risques associés à cette affection ainsi qu'à chaque élément de ce syndrome.

### ÉTABLISSEMENT DE VALEURS CIBLES EN FONCTION DE L'ÉVALUATION DU RISQUE DE CI

#### Évaluation du risque de CI

Selon les *Lignes directrices canadiennes de 2003*, le risque de tout individu sur 10 ans se range dans trois catégories : faible, modéré ou élevé<sup>8</sup>. Les données utilisées pour déterminer le risque de CI sur 10 ans sont calculées mathématiquement à partir d'un modèle basé sur la très importante étude Framingham. Ce modèle tient compte de l'âge du sujet, de son sexe, des taux de cholestérol total et de C-HDL ainsi que de la pression systolique et de la consommation ou non de tabac. Si une personne désire connaître son risque approximatif de CI, il lui suffit d'ajouter ses « points de risque » selon les facteurs décrits ci-dessus, comme l'indique le modèle. Le pourcentage de risque à 10 ans est établi d'après le nombre de points attribués. Il est possible de se procurer ce modèle en le téléchargeant à partir de la page 3 des *Lignes directrices canadiennes de 2003*, en ligne au [www.cmaj.ca/cgi/data/169/9/921/DC1/1](http://www.cmaj.ca/cgi/data/169/9/921/DC1/1).

Voici à présent ce qu'entendent les *Lignes directrices canadiennes de 2003* par risque faible, modéré ou élevé:

- Risque faible: Risque de CI sur 10 ans < 10 %
- Risque modéré: Risque de CI sur 10 ans entre 11 % et 19 %
- Risque élevé: Risque de CI sur 10 ans  $\geq 20$  %

Les patients qui présentent des signes cliniques manifestes de maladie athéroscléreuse (y compris la cardiopathie ischémique, la maladie artérielle périphérique et l'AVC) sont, selon la définition des Lignes directrices (risque d'IM non fatal ou de décès par CI après 10 ans  $\geq 20$  %), automatiquement considérées comme fortement exposées à la CI, de même que ceux qui souffrent de diabète sucré ou de néphropathie chronique.

#### Établissement de valeurs cibles en fonction du risque

Il est important d'évaluer les facteurs de risque ainsi que le risque de CI, afin d'aider les patients à bien comprendre pourquoi ils doivent entreprendre une stratégie de traitement et s'en tenir aux recommandations. L'évaluation du risque de CI est également importante, afin de recommander des valeurs cibles qui aideront les patients à réduire leur risque d'accident coronarien. Pour connaître les recommandations sur les taux de C-LDL ainsi que sur le rapport C-total/C-HDL en fonction du risque de CI, reportez-vous au tableau III.

Voici certains points importants à souligner lorsque le pharmacien recommande un traitement.

- Selon les Lignes directrices de 2003, le taux optimal de triglycérides est de 1,7 mmol/L, indépendamment de la catégorie de risque dans laquelle se trouve le patient.

- Il faut, pour une même catégorie de risque, que le patient atteigne les valeurs cibles et du C-LDL, et du rapport C-total/C-HDL.
- Bien que la valeur cible de C-LDL soit actuellement de 2,5 mmol/L pour les patients fortement exposés, de récentes données indiquent qu'une réduction supplémentaire de 0,7 mmol/L procure des bienfaits importants, même par comparaison avec les valeurs cibles actuelles<sup>9</sup>.

### TRAITEMENT DE LA DYSLIPIDÉMIE PAR LA MODIFICATION DU RÉGIME ALIMENTAIRE ET DU MODE DE VIE

Dès qu'il a été mis au courant de son problème de dyslipidémie, le patient doit entreprendre de modifier ses habitudes alimentaires et son mode de vie. Les patients souffrant d'hypertriglycéridémie sont particulièrement avantagés s'ils entreprennent un régime alimentaire et un programme d'activités physiques axés sur la restriction de l'alcool et des glucides raffinés et la perte de poids. Un surcroît d'exercice aérobie est particulièrement profitable dans le cas des patients qui ont de faibles taux de C-HDL, de même qu'une augmentation de l'apport de lipides mono-insaturés, une modération de la consommation d'alcool et la perte de poids<sup>8</sup>.

#### Maintien du poids-santé

Les personnes obèses ou qui ont un excès de poids peuvent améliorer leur profil lipidique en adoptant un régime alimentaire plus sain et en perdant ne fût-ce que 5 % à 10 % de leur poids. Le pharmacien peut de son côté utiliser le tableau IV pour montrer au patient dans quelle mesure l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) augmente les risques pour la santé. L'indice de masse corporelle est le rapport du poids au carré de la taille et s'exprime en kilogrammes par mètre carré (kg/m<sup>2</sup>). On peut soit le calculer mathématiquement, soit l'obtenir à l'aide d'un nomogramme, comme celui des *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, disponibles [www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/bmi\\_chart\\_java\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/bmi_chart_java_f.html). Ce document de deux pages peut également servir de feuillet d'information pour expliquer au patient les risques que posent le surpoids et l'obésité, et les avantages que procure la perte de poids.

Les principes de maintien du poids-santé qui figurent ci-dessous sont ceux que recommande le National Institutes of Health dans son guide intitulé *The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*, et que l'on peut se procurer au [www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/practg.de.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/practg.de.htm)<sup>10</sup>.

- Fixez-vous comme objectif une perte de poids initiale de 10 % sur une période de 6 mois, à raison de 0,5 à 1,0 kg par semaine.
- Cet objectif peut généralement être atteint grâce à un régime alimentaire restrictif (fournissant moins de calories que la quantité utilisée) de 500 à 1000 calories par jour.
- Règle générale, la plupart des femmes devraient choisir une diète de 1000 à 1200

**Tableau III**

Valeurs cibles de la lipidémie en fonction du risque de CI sur 10 ans<sup>8</sup>.

Catégorie de risque	C-LDL (mmol/L)	C-total/C-HDL	Apolipoprotéine B* (g/L)
<b>Élevé</b> (Risque de CI sur 10 ans ≥ 20 % ou diabète ou toute autre maladie athéroscléreuse ou néphropathie)	< 2,5	< 4,0	< 0,9
<b>Modéré</b> (Risque de CI sur 10 ans de 11 % à 19 %)	< 3,5	< 5,0	< 1,05
<b>Faible</b> <sup>†</sup> (Risque de CI sur 10 ans ≤ 10 %)	< 4,5	< 6,0	< 1,2

\* L'apolipoprotéine B n'est pas mesurée systématiquement à l'heure actuelle, mais elle pourrait être de plus en plus utilisée, en particulier pour le suivi des patients sous statines. Chaque particule athérogène contient une molécule d'apolipoprotéine B<sup>9</sup>. De récentes études montrent que l'estimation du risque d'accident cardiovasculaire est meilleure avec la mesure des taux d'apolipoprotéine B qu'avec celle des taux de C-LDL, car le syndrome métabolique est associé à de petites particules de C-LDL, rendant la mesure du volume des LDL moins fiable pour estimer le risque de CI.

† Le traitement peut être retardé dans la catégorie de risque faible si le risque de CI sur 10 ans est < 5 % et que le taux de C-LDL est < 5,0 mmol/L.

- Les patients doivent atteindre les valeurs cibles de C-LDL et de C-total/C-HDL dans chaque catégorie de risque.

- Les taux optimaux de triglycérides sont < 1,7 mmol/L.

- Les personnes qui présentent un risque élevé de CI doivent recevoir un traitement pharmacologique immédiat — soit 40 mg de simvastatine une fois par jour ou l'équivalent (c.-à-d. 20 mg d'atorvastatine ou 10 mg de rosuvastatine) — et entreprendre un régime alimentaire accompagné d'une modification de leur mode de vie.

#### Formule pour déterminer le taux de cholestérol

Cholestérol total = C-LDL + C-HDL + Tg/2 (Tous en mmol/L). Formule inexacte si Tg > 4,5 mmol/L.

#### Évaluation du risque global — Recommandations canadiennes sur la prise en charge des dyslipidémies

— Évaluation en ligne du risque de CI sur 10 ans au [www.cmaj.ca/cgi/data/169/9/921/DC1/1](http://www.cmaj.ca/cgi/data/169/9/921/DC1/1)

calories par jour, et la plupart des hommes (et peut-être aussi les femmes de ≥ 75 kg et celles qui s'entraînent), une diète de 1200 à 1600 calories par jour.

- L'apport de glucides et d'hydrates de carbone raffinés doit être réduit<sup>8</sup>.
- La consommation de lipides doit être réduite pour des raisons de santé, mais pareille restriction ne produit aucune perte de poids sans réduction des calories.
- Les patients ont davantage tendance à respecter leur programme de perte de poids s'ils sont suivis par un professionnel de la santé.
- On peut envisager l'administration d'orlistat ou de sibutramine chez les patients qui ont un IMC ≥ 30 ou chez ceux qui ont un IMC ≥ 27 et qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque additionnels de maladie cardiovasculaire. Toutefois, si le patient n'a pas perdu 2 kg après 4 semaines, il faut, règle générale, interrompre ce traitement, car il est peu probable qu'il soit utile.
- La chirurgie est envisageable chez les patients qui souffrent d'obésité grave (IMC ≥ 40 ou IMC ≥ 35 + affections comorbides graves).

Chez la plupart des patients, ce type d'intervention permet généralement la perte d'une quantité importante de poids pendant plus de 5 ans.

#### Considérations diététiques

Les régimes alimentaires riches en gras saturés et en cholestérol augmentent les taux de C-LDL<sup>11</sup>.

- *Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, que l'on peut se procurer au [www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food\\_guide\\_rainbow\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food_guide_rainbow_f.html), recommande un régime alimentaire dont l'apport énergétique est fourni à ≤ 30 % par les lipides (dont ≤ 10 % de gras saturés), à 55 % par les glucides et à 15 % par les protéines<sup>12</sup>.
- On peut réduire le risque de dyslipidémie en remplaçant les gras saturés par des lipides mono-insaturés ou poly-insaturés en quantités recommandées (c.-à-d. énergie totale provenant des lipides ≤ 25 %-30 %)<sup>13</sup>. Le tableau V présente les divers types de lipides contenus dans les aliments.
- La consommation de gras *trans* doit être réduite au minimum, car les études laissent



**Tableau IV** Risque de problèmes de santé en fonction de l'IMC<sup>10</sup>.

Classification	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Risque de problèmes de santé
Poids insuffisant	< 18,5	Augmentation
Poids normal	18,5 - 24,9	Peu de risque
Poids excessif	25,0 - 29,9	Augmentation
Obésité		
Classe I	30,0 - 34,9	Élevé
Classe II	35,0 - 39,9	Très élevé
Classe III	≥ 40,0	Extrêmement élevé

Les Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes sont disponibles au [www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/bmi\\_chart\\_java\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/bmi_chart_java_f.html).

Le guide intitulé *The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults* est disponible au [www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/practgde.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/practgde.htm) (National Institutes of Health).

**Tableau V** Lipides de sources alimentaires.

Type de lipides	Sources alimentaires	Effet sur le risque de CI
Mono-insaturés	Huiles d'olive, de Canola, d'arachide	↓ en remplacement des graisses saturées
Poly-insaturés	Huiles végétales liquides, huiles de poisson	↓
Oméga-6 (acide linoléique)	Huiles de carthame, de tournesol, de maïs, de soya, d'arachide	↓
Oméga-3 (acide alpha-linolénique)	Huiles de Canola, de soya, de noix	↓
AEP et ADH (acides eicosapentaénoïque et docosahexaénoïque)	Poissons (p. ex., maquereau, saumon, thon, tassergal), huiles de poisson	↓
Saturés	Graisses animales, produits laitiers entiers (p. ex., beurre), huiles de coco, de palme, de coton, beurre de cacao	↑
Acides gras trans	Shortening végétal, margarines diverses, craquelins, biscuits	↑

Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement est disponible en ligne au [www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food\\_guide\\_rainbow\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food_guide_rainbow_f.html).

croire que ce type de lipides augmentent le rapport C-total/C-HDL. La proportion totale des acides gras saturés et trans ne devrait pas dépasser 7 % des calories totales consommées<sup>8</sup>.

- Les acides linoléique et alpha-linolénique (c.-à-d. oméga-6 et oméga-3) sont dits « essentiels », car ils ne sont pas synthétisés dans l'organisme humain. Il est donc souhaitable de remplacer les acides gras saturés par ces acides poly-insaturés, car cela diminue le risque de CI<sup>14</sup>.
- Les régimes méditerranéens, qui comprennent davantage d'acides gras oméga-3 et d'acide oléique, mais moins de cholestérol, de gras saturés et de gras poly-insaturés, semblent avoir un effet cardioprotecteur pendant au moins 4 ans après un premier infarctus<sup>15</sup>.

#### Activité physique

Le Guide d'activité physique canadien recommande de faire 60 minutes d'exercices légers ou modérés chaque jour, en plusieurs séances d'au moins 10 minutes chacune<sup>16</sup>. Il insiste aussi sur l'importance de varier les types d'activités et de faire, par exemple :

1. des exercices d'endurance (marche, golf, vélo, patin, etc.) ;
2. des exercices de souplesse (jardinage, étirements, tai-chi, quilles, curling, etc.) ;
3. des exercices requérant de la force (ratissier et ramasser les feuilles mortes, monter les marches, transporter les sacs d'épicerie, etc.) ;
4. Les exercices d'endurance et de souplesse doivent être effectués 4 à 7 jours par semaine et les exercices requérant de la force, 2 à 4 jours par semaine.

Le Guide d'activité physique canadien est un guide pratique complet pour augmenter l'activité

physique. Comprenant des sections consacrées aux besoins spécifiques des personnes âgées, des jeunes gens et des enfants, cet outil très utile pour le patient peut être téléchargé au [www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/index.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/index.html).

#### TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE LA DYSLIPIDÉMIE

Les patients très exposés à la CI doivent se voir offrir un traitement pharmacologique immédiat<sup>8</sup>. Ceux qui présentent un risque faible ou modéré devraient d'abord tenter de modifier leur mode de vie pendant 3 à 6 mois, ou moins selon les circonstances. Le tableau VI présente la portée des effets hypolipidémiques des agents offerts actuellement sur le marché.

#### Établissement de niveaux cibles de LDL

Le tableau VII présente les stratégies de traitement générales en fonction du type de profil lipidique anormal.

- Dans la plupart des cas, l'administration d'une seule statine aide les patients à atteindre leurs valeurs cibles (voir le tableau VI)<sup>8</sup>.
- Les personnes qui présentent un risque élevé de CI doivent recevoir un traitement pharmacologique immédiat — soit 40 mg de simvastatine une fois par jour ou l'équivalent (c.-à-d. 20 mg d'atorvastatine ou 10 mg de rosuvastatine) — et entreprendre un régime alimentaire accompagné d'une modification de leur mode de vie.
- Les statines sont généralement très bien tolérées. Pour en savoir davantage sur leurs effets secondaires et sur la surveillance des patients, reportez-vous au tableau VIII.
- Ézétimibe et chélateurs des acides biliaires (c.-à-d. cholestyramine et colestipol) peuvent être administrés chez la minorité de patients qui ont besoin d'un traitement supplémentaire.
- L'ézétimibe est mieux toléré que les chélateurs des acides biliaires et peut réduire jusqu'à 20 % de plus le C-LDL. Si un patient ne tolère pas les statines, l'ézétimibe en monothérapie peut réduire le C-LDL jusqu'à 20 %<sup>8</sup>.

#### Établissement de niveaux cibles du rapport C-total/C-HDL

La diminution du rapport C-total/C-HDL implique que le C-HDL doit augmenter et que le C-total doit diminuer (ce qui signifie une diminution des triglycérides et du C-LDL). Les patients très exposés à la CI peuvent avoir plus de difficulté à atteindre les niveaux cibles de C-total/C-HDL que ceux de C-LDL.

- Pour les patients qui souffrent d'hypertriglycéridémie ou qui ont un faible taux de C-HDL, le traitement de premier recours consiste en une modification du mode de vie (voir Traitement pharmacologique de la dyslipidémie).
- La niacine est l'agent le plus efficace pour augmenter les taux de C-HDL, mais ses effets secondaires — bouffées vasomotrices, sécheresse de la peau et irritation gastro-intestinale entre autre — entravent la fidélité au traitement de plusieurs patients. La niacine doit être prise

**Tableau VI** Effet approximatif des hypolipémiants<sup>19</sup>.

Agent	Dose quotidienne	C-LDL	C-HDL	Tg
<b>Chélateurs des acides biliaires</b>				
Cholestyramine	4 - 16 g	↓ 10 % - 20 %	↑ 3 % - 5 %	↑ potentielle
Chlorhydrate de colestipol	5 - 20 g	↓ 10 % - 20 %	↑ 3 % - 5 %	↑ potentielle
<b>Inhibiteur de l'absorption du cholestérol</b>				
Ézétimibe	10 mg	↓ 18 % - 20 %	↑ 1 %	↓ 7 % - 9
<b>Fibrates</b>				
Fénofibrate	160 mg	↓ 17 % - 29 %	↑ 0 % - 40 %	↓ 38 % - 57 %
Gemfibrozil	1200 mg	↓ 10 % - 15 %	↑ 10 % - 15 %	↓ 20 % - 50 %
<b>Niacine</b>				
Libération prolongée	1 - 2 g	↓ 7 % - 16 %	↑ 14 % - 22 %	↓ 16 % - 38 %
<b>Statines</b>				
Rosuvastatine	10 - 40 mg	↓ 47 % - 57 %	↑ 6 % - 12 %	↓ 22 % - 26 %
Atorvastatine	10 - 80 mg	↓ 39 % - 60 %	↑ 5 % - 9 %	↓ 19 % - 37 %
Simvastatine	5 - 80 mg	↓ 26 % - 47 %	↑ 7 % - 12 %	↓ 10 % - 24 %
Pravastatine	10 - 80 mg	↓ 22 % - 37 %	↑ 7 % - 12 %	↓ 15 % - 24 %
Fluvastatine	20 - 80 mg	↓ 22 % - 24 %	↑ faible	↓ faible
Lovastatine	20 - 80 mg	↓ 20 % - 40 %	↑ 6 % - 10	↓ 7 % - 12 %

**Règle des 5 ou des 7<sup>20</sup>**: Chaque fois que l'on double la dose de statine, le C-total chute d'environ 5 % et le C-LDL, d'environ 7 %. Il se peut que cette règle ne s'applique pas dans le cas de la rosuvastatine. Les données actuelles laissent penser que l'administration de 10 mg ou de 40 mg de rosuvastatine pourrait abaisser légèrement plus le C-LDL que l'administration de 40 mg ou de 80 mg d'atorvastatine, respectivement.

**Tableau VII** Traitement pharmacologique personnalisé de la dyslipidémie<sup>8</sup>.

Profil lipidique	Traitement
↑ C-LDL seulement	Statine avec ou sans résine ou ézétimibe
↑ C-LDL et Tg modérément élevés	Statine avec ou sans résine ou ézétimibe et(ou) huile de saumon
↑ C-LDL et C-HDL faibles	Possible nécessité d'un traitement combiné (p. ex., statine + niacine ou statine + fibrate)
Tg élevés seulement	Niacine ou fibrate, et(ou) huile de saumon ou traitement combiné
Tg élevés et C-HDL faible	Niacine ou fibrate ou traitement combiné

3 fois par jour après les repas et la dose doit être augmentée lentement, afin de réduire ces effets indésirables. Les bouffées vasomotrices peuvent également être réduites par l'administration quotidienne de faibles doses d'AAS au cours des premières semaines du traitement. Pour en savoir davantage sur la surveillance des patients, reportez-vous au tableau VIII.

- Les fibrates peuvent être une option chez les patients qui présentent des taux élevés de triglycérides et(ou) de faibles taux de C-HDL. On peut les employer seuls ou en association avec une statine, auquel cas on recommande d'administrer la plus petite dose de chacun des agents au début du traitement<sup>8</sup>. Le gemfibrozil a été associé à un risque plus

élevé de myotoxicité que le fénofibrate, aussi ne devrait-il pas être utilisé en association avec les statines<sup>8</sup>. Pour en savoir davantage sur la surveillance des patients, reportez-vous au tableau VIII.

- L'hypertriglycéridémie modérée peut être traitée par l'ajout d'huile de saumon (1 à 3 grammes 3 fois par jour) au traitement par les statines<sup>8</sup>.
- La modification du mode de vie convient mieux comme traitement de l'hypertriglycéridémie isolée (voir Traitement pharmacologique de la dyslipidémie). Toutefois, si la triglycéridémie atteint 6,0 mmol/L ou plus, un traitement pharmacologique doit être administré (p. ex., fibrate ou niacine plus huile de saumon comme

complément alimentaire), car le patient devient alors particulièrement exposé à la pancréatite.

### TRAITEMENT DE LA DYSLIPIDÉMIE ET INTERVENTIONS POSSIBLES DU PHARMACIEN

Les études canadiennes SCRIP et SCRIP-Plus (voir l'Introduction) illustrent de manière exemplaire les interventions que peut faire le pharmacien pour combler les lacunes entourant le traitement des dyslipidémies. La première étape pour optimiser le traitement consiste à sensibiliser les patients à la nécessité de faire vérifier leur bilan lipidique. Il suffit, pour ce faire, de prendre l'habitude de demander aux hommes de 40 ans et aux femmes ménopausées ou de plus de 50 ans s'ils connaissent leur profil lipidique, en particulier s'il s'agit de personnes qui présentent des facteurs de risque additionnels, comme l'hypertension, le tabagisme ou l'obésité abdominale.

La mise sur pied d'une clinique ponctuelle de prise en charge de l'hypercholestérolémie peut aider à sensibiliser les patients et à identifier ceux qui ont besoin d'une intervention. Pour préparer une telle journée, suivez les étapes ci-dessous :

- Enseignez au personnel les bienfaits et la logistique de la clinique.
  - Faites connaître cet événement en plaçant des affiches dans votre pharmacie et dans d'autres établissements locaux, en remettant une brochure aux patients à la caisse (en particulier s'il s'agit de patients exposés), en leur en parlant de vive voix, voire en plaçant une annonce dans le journal ou à la radio.
  - Faites prendre un rendez-vous aux patients. Expliquez-leur les bienfaits qu'ils en retireront en connaissant leur taux de cholestérol.
  - Organisez une zone de confidentialité pour la prise de rendez-vous et assurez-vous d'avoir suffisamment de personnel pour la tenue de cette journée.
  - Veillez à ce qu'un employé téléphone aux patients la veille, afin de leur rappeler leur rendez-vous.
- Assurez-vous d'avoir bien défini les critères de l'entrevue, par exemple :
- Inscrivez les renseignements sur l'état de santé de vos patients dans un formulaire d'antécédents médicaux standard (p. ex., problèmes de santé, allergies, consommation de tabac, d'alcool ou de drogues récréatives, antécédents familiaux) ou demandez-leur de le remplir eux-mêmes avant l'entrevue.
  - Si possible, envisagez un dépistage sur place du cholestérol. Veillez à ce que les épreuves utilisées répondent à vos attentes, certaines d'entre elles ne mesurant par exemple que le cholestérol total.
  - Effectuez une évaluation du risque global avec le patient, en déterminant son risque de CI sur 10 ans. Pour ce faire, servez-vous des *Lignes directrices canadiennes de 2003*<sup>8</sup>.
  - Enseignez au patient les facteurs de risque et déterminez quels sont les siens. Fournissez du matériel didactique au patient pour son usage personnel.

Tableau VIII

## Suivi du traitement et surveillance.

Classe médicamenteuse et contre-indications (CI)	Paramètres à surveiller et suivi	Effets indésirables
Statines CI = hépatopathie active, consommation élevée d'alcool, grossesse	Surveiller les signes de douleur et de faiblesse musculaires ainsi que la présence d'urines foncées — surveiller la créatine-kinase (CK) au besoin (patients présentant des symptômes inexplicables de faiblesse, de douleur, de myalgie et patients recevant un traitement combiné comprenant un agent susceptible d'interactions, comme les fibrates). Effectuer des épreuves de la fonction hépatique après 0, 3, 6 et 12 mois, puis une fois l'an par la suite. À noter : Interaction intéressant le CYP3A4 avec le jus de pamplemousse dans le cas de toutes les statines, sauf la pravastatine, la fluvastatine et la rosuvastatine.	Troubles des voies digestives supérieures, douleurs musculaires, céphalées, éruptions cutanées, troubles du sommeil sont des manifestations fréquentes. Rares cas de neuropathie périphérique, de symptômes lupiques et d'impuissance.
Fibrates CI = hépatopathie ou néphropathie graves	Surveiller les signes de douleur et de faiblesse musculaires ainsi que la présence d'urines foncées — surveiller la créatine-kinase (CK) au besoin. Surveiller la numération globulaire, la créatinine sérique (diminuer la dose en cas d'augmentation de la créatinine sérique), le glucose et les enzymes hépatiques périodiquement, en particulier durant les premiers mois du traitement.	Dérangements gastro-intestinaux, éruptions cutanées et douleurs abdominales sont des manifestations fréquentes. Cas moins fréquents de céphalées, de prurit, de diminution de la libido, d'étourdissements, de somnolence, d'arthralgie, d'augmentation de la glycémie, de modifications du sommeil ou de la vue. Rares cas de diminution de la fonction rénale, d'anémie, d'augmentation des enzymes hépatiques, de myopathie, de dysfonction érectile et de calculs biliaires.
Niacine CI = ulcère gastro-duodénal grave, hépatopathie chronique, diabète clinique, goutte grave	Surveiller les enzymes hépatiques (0, 6 à 8 semaines après l'atteinte d'une dose quotidienne de 1500 mg ou 6 à 8 semaines après l'atteinte de la dose maximale, puis une fois l'an après ou au besoin), le glucose et l'acide urique.	Bouffées vasomotrices, sécheresse oculaire, prurit, céphalées, malaises gastro-intestinaux, augmentation de la glycémie, de l'acide urique et des enzymes hépatiques sont des manifestations fréquentes.
Chélateurs des acides biliaires CI = obstruction biliaire, dysbétalipoprotéïnémie, T <sub>g</sub> > 4,6 mmol/L, phénylcétonurie	Surveiller les triglycérides périodiquement. Évaluer les antécédents de cholé lithiase et les symptômes initialement, puis au besoin par la suite.	Constipation, nausées et ballonnements sont des manifestations fréquentes. Rares cas d'acidose hyperchlorémique chez les enfants et de diminution de la fonction rénale.
Ézétimibe	Surveiller les enzymes hépatiques en cas d'administration concomitante avec une statine.	Effets secondaires similaires à ceux observés avec le placebo en monothérapie.

- Passez en revue les médicaments du patient, afin d'identifier les problèmes potentiels. Le cas échéant, renseignez-le sur les hypolipémiants qu'il prend. Faites-lui prendre conscience de l'importance de connaître à

la fois sa pression sanguine et son taux de cholestérol.

- Établissez un plan de traitement de l'hyperlipidémie en collaboration avec le patient et son médecin.

- Au besoin, adressez-vous au médecin du patient pour obtenir le bilan lipidique de ce dernier ou pour effectuer un suivi. Si vous devez lui faire des recommandations directement, assurez-vous au préalable d'avoir l'autorisation du patient. Veillez à ce que vos recommandations spécifiques soient conformes aux plus récentes *Lignes directrices canadiennes sur le traitement des dyslipidémies*.
- Il est important d'assurer un suivi, afin d'éliminer les obstacles qui peuvent entraver la fidélité du patient à son traitement. L'évaluation des objectifs du traitement et de l'atteinte des valeurs cibles doit avoir lieu à intervalles appropriés (p. ex., 6 semaines après toute modification de la dose de statine).
- Demandez aux patients de répondre à un sondage sur votre clinique ponctuelle, afin de savoir s'ils l'ont appréciée et ce que vous pourriez améliorer à l'avenir.  
Le traitement optimal de la dyslipidémie passe par une approche concertée entre le professionnel de la santé et le patient. En tant que praticien de premier recours et professionnel de la santé le plus consulté par les patients, le pharmacien a l'occasion de jouer un rôle central lorsqu'il s'agit d'identifier les patients qui ont un taux de lipides anormal, de leur recommander un traitement et de suivre leur évolution. L'utilité de telles interventions de la part des pharmaciens canadiens a été démontrée.

## RÉFÉRENCES

1. Kirkland SA, MacLean DR, Langille DB, Joffres MR, MacPherson KM, Andreou P. Knowledge and awareness of risk factors for cardiovascular disease among Canadians 55 to 74 years of age: Résultats de l'enquête Canadian Heart Health Surveys, 1986-1992. *CMAJ* 1999; 161(8 Suppl):S10-6.
2. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA* 2002; 288(4):462-7.
3. Wilson E. Dyslipidemia prevention and control in Canada: The national lipid strategy. *Can J Cardiol* 2002; 18(1):23-5.
4. Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK, Simpson SH, Ackman ML, Biggs RS et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management: The Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Arch Intern Med* 2002; 162(10):1149-55.
5. Tsuyuki RT, Olson KL, Dubyk AM, Schindel TJ, Johnson JA. Effect of community pharmacist intervention on cholesterol levels in patients at high risk of cardiovascular events: The Second Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP-plus). *Am J Med* 2004; 116(2):130-3.
6. Ross R. Atherosclerosis -- An inflammatory disease. *N Engl J Med* 1999; 340(2):115-26.
7. Scott CL. Diagnosis, prevention, and intervention for the metabolic syndrome. *Am J Cardiol* 2003; 92(1A):35i-42i.

8. Genest J, Frohlich J, Fodor G, McPherson R. Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease: Sommaire de la mise à jour de 2003. CMAJ 2003; 169(9):921-4.

9. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB, Jr., Clark LT, Hunninghake DB et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. Circulation 2004; 110(2):227-39.

10. National Heart and Lung Institute. The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. National Institutes of Health 2003. www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/practgde.htm.

11. Linton MF, Fazio S. A practical approach to risk assessment to prevent coronary artery disease

and its complications. Am J Cardiol 2003; 92(1A):191-201.

12. Health Canada. Canada's Food Guide to Healthy Eating 2003. [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food\\_guide\\_rainbow\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food_guide_rainbow_e.html).

13. National Institute of Nutrition. Dietary Fat and Cholesterol Lessons from the Past Decade. NIN Review 2000; No. 30.

14. National Institute of Nutrition. Nutritional significance of n-6 and n-3 essential fatty acids. 1999;1-7. [www.nin.ca/public\\_html/Publications/NinReview/fall99.html](http://www.nin.ca/public_html/Publications/NinReview/fall99.html).

15. de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: Final report of the Lyon Diet Heart Study. Circulation 1999; 99(6):779-85.

16. Health Canada. Canada's Physical Activity Guide to Healthy Active Living 2003. [www.paguid.com](http://www.paguid.com).

17. Heart and Stroke Foundation of Canada. [www.heartandstroke.ca](http://www.heartandstroke.ca). Consulté le 3 octobre 2004.

18. Health Canada: Office of Nutrition Policy and Promotion. Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults - Quick Reference Tool for Professionals. [www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/cq\\_quick\\_reference\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/cq_quick_reference_e.html), 1-2. 2003.

19. Morgan JM, Capuzzi DM. Hypercholesterolemia. The NCEP Adult Treatment Panel III Guidelines. Geriatrics 2003; 58(8):33-8.

20. Roberts WC. The rule of 5 and the rule of 7 in lipid-lowering by statin drugs. Am J Cardiol 1997; 80(1):106-7.

## QUESTIONS

### CAS n° 1

Luc P., 42 ans, vient tout juste de recevoir les résultats de son bilan lipidique, à savoir Tg : 3,0 mmol/L, C-HDL : 0,9 mmol/L et C-LDL : 4,9 mmol/L. Sa pression sanguine moyenne est de 142/90 mmHg et son IMC de 30,4 kg/m<sup>2</sup>.

**1. L. P. affirme avoir essayé de suivre un régime alimentaire sain et dit ne pas comprendre pourquoi son taux de C-LDL est si élevé. Quelle est approximativement la proportion de son cholestérol sanguin qui provient de son alimentation ?**

- a) 10 % à 20 %
- b) 20 % à 40 %
- c) 40 % à 60 %
- d) 60 % à 80 %

**2. Laquelle des combinaisons de facteurs suivantes donne à penser que L. P. souffre du syndrome métabolique, tel que défini par les Recommandations canadiennes de 2003 sur la prise en charge des dyslipidémies ?**

- a) Taux de Tg et C-LDL élevés et de C-HDL faibles
- b) Taux de Tg et de C-LDL élevés et PS élevée
- c. Taux de C-LDL et PS élevés et taux de C-HDL faibles
- d) Taux de Tg et PS élevés et taux de C-HDL faibles

**3. L. P. vous dit que son médecin s'inquiète de ses taux de C-LDL et de C-total. Quel est approximativement le taux de C-total de L. P. ?**

- a) 6,5 mmol/L
- b) 7,3 mmol/L
- c) 8,1 mmol/L
- d) 8,9 mmol/L

**4. L. P. s'est également fait dire par son médecin qu'il se peut que ses résultats ne reflètent pas tout à fait son taux de C-LDL réel. Que signifie cette affirmation du médecin ?**

- a) Lorsque le cholestérol total est élevé, la mesure du C-LDL est généralement plus faible que ne sont les taux en réalité.
- b) Le médecin confond probablement avec certaines considérations concernant la mesure de la lipidémie en présence de Tg élevés.
- c) Les particules de LDL sont plus petites en présence de syndrome métabolique, aussi observe-t-on plus de particules pour un volume donné de LDL.
- d) Il est généralement plus difficile de mesurer le C-LDL avec exactitude passé la quarantaine.

**5. Se rendant compte que son poids contribue à son problème de dyslipidémie, L. P. voudrait perdre quelques kilos. Combien devrait-il en perdre par semaine (d'après les Lignes directrices du National Institutes of Health sur l'excédent de poids et l'obésité) ?**

- a) 1 à 2 kg par semaine, avec pour objectif une perte de 20 % sur 3 mois.
- b) 0,5 à 1 kg par semaine, avec pour objectif une perte de 20 % sur 6 mois.
- c) 0,5 à 1 kg par semaine, avec pour objectif une perte de 10 % sur 6 mois.
- d) 3 à 5 kg par mois, avec pour objectif une perte de 10 % sur 2 mois.

**6. L. P. se propose d'essayer un régime alimentaire qui fournit 900 calories par jour et vous demande ce que vous en pensez. Compte tenu des Lignes directrices du National Institutes of Health sur l'excédent de poids et l'obésité, quel est le choix le plus approprié ?**

- a) Bien qu'il s'agisse du choix de L. P., un régime alimentaire de 1200 à 1600 calories par jour combiné à un programme d'activités physiques serait probablement mieux.

b) Bien qu'il s'agisse du choix de L. P., un régime alimentaire de 1000 à 1200 calories par jour combiné à un programme d'activités physiques serait probablement mieux.

c) Le choix de L. P. est quelque peu draconien, mais il devrait être relativement facile de suivre ce régime alimentaire sur une période prolongée.

d) Si L. P. a déjà réduit sa consommation de lipides, il ne devrait pas avoir à se soucier des calories pour traiter sa dyslipidémie.

**7. L. P. a entendu dire que les acides gras oméga-3 et oméga-6 sont meilleurs pour la santé que les acides gras trans et les gras saturés. Parmi les sources d'acides oméga-3 ou oméga-6 suivantes, laquelle est la meilleure ?**

- a) L'huile de palme
- b) L'huile de coton
- c) L'huile de Canola
- d) L'huile d'olive

**8. Vous voulez aider L. P. à déterminer son risque de CI sur 10 ans. Quelle information additionnelle devez-vous avoir pour utiliser l'outil d'évaluation du risque recommandé dans les Lignes directrices canadiennes de 2003 ?**

- a) Vous devez savoir si un membre de sa famille au premier degré souffre de CI.
- b) Vous devez connaître le tour de taille de L. P.
- c) Vous devez connaître la consommation d'alcool de L. P.
- d) Vous devez savoir si L. P. fume ou non.



**CAS n° 2**

Rita T., 55 ans, a reçu un diagnostic de diabète de type II. Son taux de C-LDL est de 4,2 mmol/L, ses Tg s'élevaient à 3,2 mmol/L et son C-HDL, à 1,0 mmol/L. Son IMC est de 28,9 kg/m<sup>2</sup>.

**9. Quel rapport C-total/C-HDL madame R. T. devrait-elle viser ?**

- a) < 3,0
- b) < 4,0
- c) < 5,0
- d) < 6,0

**10. Quel serait, selon les Lignes directrices de 2003, le médicament le plus approprié pour l'aider à atteindre cet objectif ?**

- a) Simvastatine, 20 mg
- b) Atorvastatine, 10 mg
- c) Atorvastatine, 20 mg
- d) Atorvastatine, 40 mg

**11. Si après 6 semaines de traitement à la dose initiale R. T. n'a toujours pas atteint son taux cible, quel effet devrait avoir l'administration de doses de statine deux fois plus élevées ?**

- a) Réduction supplémentaire de 7% de son taux de C-LDL.
- b) Réduction supplémentaire de 15% de son taux de C-LDL.
- c) Réduction supplémentaire de 22% de son taux de C-LDL.
- d) Réduction supplémentaire de 39% de son taux de C-LDL.

**12. Quel serait approximativement l'effet de l'ézétimibe sur le taux de C-LDL de R. T. ?**

- a) Réduction supplémentaire de 7% en cas d'administration avec une statine ou de 20% initialement en cas de monothérapie.
- b) Réduction supplémentaire de 20% en cas d'administration avec une statine ou de 35% initialement en cas de monothérapie.
- c) Réduction supplémentaire de 5% en cas d'administration avec une statine ou de

39% initialement en cas de monothérapie.  
d) Réduction supplémentaire de 20% en cas d'administration avec une statine ou de 20% initialement en cas de monothérapie.

**13. Quelle serait la meilleure statine à administrer si R. T. consomme 240 mL de jus de pamplemousse 2 ou 3 fois par semaine ?**

- a) Atorvastatine
- b) Simvastatine
- c) Pravastatine
- d) Lovastatine

**14. R. T. souhaite entreprendre un programme d'activités physiques pour améliorer sa santé générale et l'aider à traiter sa dyslipidémie. Quelle serait, d'après le Guide d'activité physique canadien, la recommandation la plus appropriée ?**

- a) Faire 60 minutes d'exercices modérés continus chaque jour.
- b) Faire au moins deux fois par semaine 60 minutes d'exercices continus d'intensité légère à modérée.
- c) Faire 60 minutes d'exercices modérés 2 à 4 fois par semaine (réparties si l'on veut sur 6 périodes de 10 minutes).
- d) Faire 60 minutes d'exercices légers ou modérés chaque jour (réparties si l'on veut sur 6 périodes de 10 minutes).

**15. Quel énoncé décrit le mieux l'athérosclérose ?**

- a) État d'accumulation de lipides presque exclusivement dépendant de l'apport alimentaire.
- b) État inflammatoire déclenché par une dysfonction endothéliale.
- c) État associé au vieillissement, inévitable chez les personnes âgées.
- d) État d'accumulation de lipides associé uniquement à la présence d'un syndrome métabolique.

**16. Si le régime alimentaire et l'activité physique ne permettent pas à R. T.**

**d'atteindre son poids-santé, peut-on alors la considérer comme justiciable d'un traitement par orlistat ?**

- a) Non, car son IMC est inférieur à 30 kg/m<sup>2</sup>.
- b) Oui, car son IMC est supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>.
- c) Oui, car son IMC est  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> et elle présente des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire.
- d. Non, car l'orlistat cause des effets secondaires intolérables lorsqu'on l'administre avec des statines.

**17. Ses triglycérides n'étant que modérément élevés, quel agent n'ajouterez-vous pas au schéma thérapeutique de R. T. ?**

- a) Colestipol
- b) Fénofibrate
- c) Niacine
- d) Huile de saumon

**18. Quelle monothérapie ne requiert pas la surveillance des enzymes hépatiques ?**

- a) Niacine
- b) Rosuvastatine
- c) Ézétimibe
- d) Simvastatine

**19. À quel moment recommanderiez-vous de commencer un traitement dans le cas d'un patient qui souffre d'hypertriglycéridémie isolée (c.-à-d. que tous les autres lipides sont aux valeurs cibles) ?**

- a) Tg > 1,7 mmol/L
- b) Tg > 3,0 mmol/L
- c) Tg > 4,5 mmol/L
- d) Tg > 6,0 mmol/L

**20. Parmi les Canadiens de 55 à 74 ans qui présentent des taux de lipides considérés comme anormaux, combien environ ignorent leur état ?**

- a) 24%
- b) 44%
- c) 64%
- d) 84%

**Comité de rédaction****La dyslipidémie — Une approche pratique du traitement, à l'intention des pharmaciens****À PROPOS DE L'AUTEUR**

M. Smiley est pharmacien consultant pour la firme Pharmavision Health Consulting à Brantford en Ontario. En plus de son expérience clinique auprès des patients, monsieur Smiley a écrit plusieurs leçons de FC et a tenu divers ateliers adressés aux pharmaciens sur les maladies cardiovasculaires et la dyslipidémie. Il est également l'auteur principal d'un article de recherche publié en juillet 2001 dans Canadian Journal of Cardiology, lequel porte sur la relation entre la résistance à l'insuline et la cardiopathie ischémique.

**RÉVISEURS**

Toutes les leçons sont révisées par des pharmaciens pour assurer la précision, l'intégralité et la pertinence du contenu conformément à l'exercice actuel de la pharmacie.

**COORDONNATRICE DE LA FC**  
Heather Howie, Toronto (Ontario)

Pour connaître les barèmes de la FC, communiquez avec Mayra Ramos au (416) 764-3879, par télécopie au (416) 764-3937 ou par courriel à mayra.ramos@rci.rogers.com. Pour toute autre demande d'information à propos du

Centre de FC sur l'observance thérapeutique, veuillez vous adresser directement à Karen Welds au (416) 764-3922 ou karen.welds@pharmacygroup.rogers.com.

Cette leçon de FC est publiée par Rogers Media Healthcare/Santé, 1 Mount Pleasant Rd., Toronto (Ont.) M4Y 2Y5. Tél. (416) 764-3916 Tél. (416) 764-3931. Son contenu, en totalité ou en partie, ne peut être reproduit sans autorisation écrite de l'éditeur.







CANADA	POSTES
POST	CANADA
Postage paid if mailed in Canada	Port payé si posté au Canada
Business Reply Mail	Correspondance- réponse d'affaires
7187514	01



1000062557-M4Y3G3-BR01

PHARMACY CONTINUING EDUCATION  
ROGERS MEDIA, HEALTHCARE & FINANCIAL SERVICES  
PO BOX 22002 STN BRM B  
TORONTO ON M7Y 4A2



LA DYSLIPIDÉMIE — UNE APPROCHE PRATIQUE DU TRAITEMENT,  
À L'INTENTION DES PHARMACIENS

1,5 UFC

1,5 UNITÉ DE FC AU QUÉBEC

N° de dossier CCEP : 201-1204

AVRIL 2005

Non valable pour unités de FC après le 31 août 2007

- |            |             |             |             |
|------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. a b c d | 6. a b c d  | 11. a b c d | 16. a b c d |
| 2. a b c d | 7. a b c d  | 12. a b c d | 17. a b c d |
| 3. a b c d | 8. a b c d  | 13. a b c d | 18. a b c d |
| 4. a b c d | 9. a b c d  | 14. a b c d | 19. a b c d |
| 5. a b c d | 10. a b c d | 15. a b c d | 20. a b c d |

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Adresse électronique \_\_\_\_\_

Prov. octroyant le permis d'exercer / N° du permis \_\_\_\_\_ Prov. octroyant le permis d'exercer / N° du permis \_\_\_\_\_

Nom de la pharmacie \_\_\_\_\_ Téléphone au travail \_\_\_\_\_

Adresse  Domicile)  Bureau) \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

**Cadre d'exercice professionnel**

- Pharmacie (chaîne)  Propriétaire  
 Pharmacie (indépendante)  Employé à temps plein  
 Magasin  Employé à temps partiel  
 Autre (préciser) \_\_\_\_\_ Diplôme obtenu en l'an \_\_\_\_\_

**Commentaires sur cette leçon de formation continue**

1. La notion de dyslipidémie est-elle mieux comprise?  Oui  Non  
2. L'information contenue dans cette leçon était-elle pertinente pour votre pratique?  Oui  Non  
3. Croyez-vous que cette information pourra être intégrée à votre pratique?  Oui  Non  
4. Comment jugez-vous l'information contenue dans cette leçon?  
 Trop élémentaire  Appropriée  Trop difficile  
5. Cette leçon répondait-elle aux objectifs d'apprentissage établis?  Oui  Non  
6. Quel thème aimeriez-vous que nous abordions dans un autre numéro? \_\_\_\_\_

Offert par:  **novopharm**<sup>®</sup>

Veillez compter de 6 à 8 semaines pour l'obtention des résultats.  
Télécopiez : Mayra Ramos au (416) 764-3937

Pharmacy Practice et Novopharm reconnaissent l'importance d'utiliser de manière responsable les informations fournies dans leur programme de formation continue. Si vous ne désirez pas recevoir ces informations, ou si ne souhaitez pas que Novopharm vous envoie des renseignements sur ses produits et programmes, veuillez nous en faire part en cochant la case ci-dessous, et Pharmacy Practice respectera votre désir.

- Je ne désire pas recevoir d'informations de la part de Novopharm.