

> Objectifs d'apprentissage

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

1. Connaître la prévalence de la dyslipidémie au Canada.
2. Discuter de la relation entre l'augmentation de la résistance à l'insuline et toute une série d'anomalies métaboliques parmi lesquelles se range la dyslipidémie.
3. Aider les patients à établir leur risque de CI sur 10 ans, tel que défini dans les Recommandations canadiennes sur la prise en charge des dyslipidémies et la prévention des maladies cardiovasculaires (mise à jour de 2003), et à en comprendre la portée.
4. Discuter des bienfaits d'un traitement hypolipidémiant et des raisons (documentation à l'appui) qui justifient l'établissement de valeurs thérapeutiques cibles personnalisées.
5. Montrer aux patients pourquoi il faut respecter les stratégies visant à atteindre les cibles thérapeutiques et les habiliter à le faire.
6. Établir des stratégies de soin concertées qui aident à mieux identifier et à mieux traiter les patients dont les taux de lipides ne correspondent pas aux valeurs cibles personnalisées.
7. Recommander au patient une stratégie personnalisée optimale qui tienne compte de tous les facteurs de risque modifiables ainsi que des causes réversibles, afin de lui permettre de prendre en charge son problème de dyslipidémie.

> Instructions

1. Après avoir lu cette leçon attentivement, étudiez chaque question, puis choisissez une seule réponse correcte. Encercliez 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).



Le Canadian Council on Continuing Education in Pharmacy a accordé 1,25 unités de FC à cette leçon.

N° de dossier : 008-0803.



www.novopharm.com

STRATÉGIES CONCERTÉES ET RÔLE ACCRU DU PHARMACIEN DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSLIPIDÉMIE

par Tom Smiley, B. Sc. Phm, Pharm. D.

LE PROBLÈME DE LA DYSLIPIDÉMIE AU CANADA

LE CANADA COMPTE DE PLUS EN PLUS d'obèses, de diabétiques et de personnes sédentaires, aussi la prévention et le traitement de la dyslipidémie revêtent-ils une importance capitale. En effet, bien que le taux de mortalité due à la cardiopathie ischémique (CI) ait diminué au cours des 25 dernières années, cette maladie, responsable d'environ 37 % des décès, est toujours la première cause de mortalité au pays¹. Selon la *Canadian Heart Health Surveys Research Group*, chez 36 % et 45 % des Canadiens respectivement, les taux de LDL et de cholestérol total dépasseraient les 3,5 mmol/L et 5,2 mmol/L, respectivement². Ces chiffres montrent que la prévalence de la dyslipidémie est élevée au Canada et que, soit les malades ne reçoivent pas de traitement hypolipidémiant, soit celui-ci est sous-optimal. Cette situation donne au pharmacien une occasion unique d'intervenir. Plus loin dans cette leçon, nous verrons quelques-uns des éléments qui étayent l'idée selon laquelle la modification des taux de lipides réduit de manière substantielle le risque de CI. Comme l'ont si bien démontré les études SCRIP et SCRIP Plus, de nouvelles stratégies concertées permettent, avec la collaboration du pharmacien, de combler dans une certaine mesure les lacunes entourant le traitement de la dyslipidémie^{3,4}. Cette leçon a pour objectif d'aider les pharmaciens à mieux intervenir dans la stratégie de traitement du mala-

de, afin de favoriser l'obtention de résultats optimaux.

Facteurs de risque de CI et calcul du risque sur une période de 10 ans

Les facteurs de risque suivants sont ceux dont fait état la Fondation des maladies du cœur du Canada⁵.

Facteurs de risque modifiables

1. **Dyslipidémie** (faible taux de HDL, taux élevés de LDL, taux élevés de Tg)
2. **Hypertension**
3. Mode de vie
 - * Sédentarité
 - * Obésité
 - * Usage du tabac
 - * Consommation excessive d'alcool
4. **Diabète**

Les patients qui souffrent de diabète de type 2 sont 2 à 4 fois plus exposés à la CI que le reste de la population en général⁶. Ceci est en grande partie dû à un ensemble de facteurs de risque — connu sous le nom de « syndrome de résistance à l'insuline » ou « syndrome métabolique » —, qui se développent chez les personnes présentant une résistance élevée à l'insuline (diminution de la réponse des récepteurs tissulaires à l'action normale de l'insuline)⁷. Les facteurs de risque de CI que l'on considère généralement comme caractéristiques de ce syndrome comprennent entre autres :

- * l'obésité abdominale ;
- * la sédentarité ;
- * de faibles taux de HDL ;

- * des taux de Tg élevés ;
- * la présence de particules de LDL plus petites que d'habitude, donc plus facilement oxydables et, partant, plus athérogènes ;
- * l'hypertension ;
- * un état prothrombotique ;
- * un état pro-inflammatoire.

Facteurs de risque non modifiables

1. **Âge** – Femmes de plus de 55 ans ou hommes de plus de 45 ans.
2. **Appartenance ethnique** – (les Noirs, les habitants l'Asie du sud, les Hispaniques et les peuples des Premières Nations sont plus exposés).
3. **Antécédents familiaux** – infarctus du myocarde ou AVC avant l'âge de 65 ans, angine, tendance à l'hypertension ou à la dyslipidémie.

Les recommandations actuelles sur le traitement des dyslipidémies définissent le risque selon un modèle basé sur les résultats de l'étude Framingham⁸. Un nombre croissant de points sont attribués au sujet en fonction de son âge, son cholestérol total, la diminution de son taux de HDL, sa pression sanguine systolique et l'usage qu'il fait ou non du tabac. Le risque de CI sur 10 ans est ensuite calculé en fonction du nombre total de points accumulés⁸. Les patients qui ont des antécédents de maladie cardiovasculaire ou de diabète sont automatiquement classés dans le groupe des « personnes très fortement exposées » (risque sur 10 ans > 30 %)⁸. Pour calculer le risque de CI sur 10 ans des patients qui n'ont pas d'antécédents de maladie cardiovasculaire ou de diabète, utiliser le modèle disponible dans le site Internet de l'Association médicale du Canada au www.cmaj.ca/cgi/data/169/9/921/DC1/1.

Preuves à l'appui du traitement de la dyslipidémie

De nombreuses preuves appuient l'argument selon lequel l'emploi de traitements hypolipidémisants énergiques réduit la mortalité et la morbidité (p. ex., infarctus, nouvel infarctus, nécessité d'effectuer un pontage ou une angioplastie). Des travaux ont montré que la réduction des taux de lipides abaisse les taux de mortalité et de morbidité indépendamment des conditions préexistantes (i.e. peu importe s'il s'agit de prévention primaire ou secondaire)⁹. Le tableau I présente les résultats de plusieurs études contrôlées importantes avec répartition aléatoire des patients. Remarquer que dans tous les cas, on observe une réduction de la fréquence des accidents cardiaques.

Établissement des valeurs thérapeutiques cibles et traitement

K. M. est un enseignant de 55 ans qui vient tout juste de passer son examen médical

Tableau I Résultats d'études cliniques sur l'emploi de statines pour diminuer les taux de lipides⁸.

Étude et détails	Médicament	Effet sur les lipides	Accidents cardiaques	P
WOSCOPS ¹⁰ Prévention primaire 6 595 patients Recul de 4,9 ans	Pravastatine 40 mg/j	↓ LDL 26 % HDL 5 % ↓ CT 20 %	↓ 31 % IM non mortel ou décès par CI	< 0,001
AFCAPS/TexCAPS ¹¹ Prévention primaire 6 605 patients Recul de 5,2 ans	Lovastatine 20 à 40 mg/j	↓ LDL 25 % HDL 6 % ↓ Tg 15 % ↓ CT 18 %	↓ 37 % du premier accident cardiaque majeur	< 0,001
ASCOT-LLA ¹² Prévention primaire 10 305 patients hypertendus Recul de 3,3 ans	Atorvastatine 10 mg/j	↓ CT 1,3 mmol/L 12 mois par comparaison avec le placebo	↓ 34 % IM non mortel ou décès par CI ↓ 27 % AVC mortel ou non ↓ 29 % de l'ensemble des accidents cardiaques	0,0005 0,024 0,0005
Étude 4S ¹³ Prévention secondaire 4 444 patients Recul de 5,4 ans	Simvastatine 20 à 40 mg/j	↓ LDL 35 % HDL 8 % ↓ Tg 10 % ↓ CT 25 %	↓ 37 % des accidents cardiaques ↓ 30 % de la mortalité totale	< 0,0001 0,003
CARE ¹⁴ Prévention secondaire 4 159 patients Recul de 5,0 ans	Pravastatine 40 mg/j	↓ LDL 32 %	↓ 24 % IM non mortel ou décès par CI	0,003
LIPID ¹⁵ Prévention secondaire 9 014 patients Recul de 6,1 ans	Pravastatine 40 mg/j	↓ CT 18 %	↓ 29 % des IM ↓ 20 % des revascularisations ↓ 29 % de la mortalité par CI	< 0,001 < 0,001 0,001
HPS ¹⁶ Prévention secondaire 20 535 patients Durée du traitement : 5 ans	Simvastatine 40 mg/j		↓ 26 % du premier accident, IM non mortel ou décès par CI ↓ 25 % des AVC mortels ou non ↓ 18 % de la mortalité par CI	< 0,0001 < 0,0001 0,0005

annuel. Son indice de masse corporelle (IMC) est de 26 (surpoids – IMC idéal = 20-25). K. M. a des antécédents d'angine stable et utilise un timbre de nitroglycérine de 0,4 mg qu'il applique une fois par jour de 8 h à 20 h. De plus, il prend chaque jour un comprimé enrobé de 325 mg d'AAS, un comprimé de 10 mg d'atorvastatine et une capsule de 10 mg de ramipril. Son dernier profil lipidique se lit comme suit :

LDL : 2,9 mmol/L
Tg : 2,2 mmol/L
CT/C-HDL : 4,0

Le profil lipidique de K. M. concorde-t-il avec

ses valeurs thérapeutiques cibles ?

Les valeurs qu'il faut cibler pour le traitement de la dyslipidémie sont basées sur la catégorie de risque de CI sur 10 ans. Le tableau II présente les recommandations actuelles du Groupe de travail canadien sur l'hypercholestérolémie et les autres dyslipidémies⁸.

Comme le montre le tableau II, les patients tels que K. M., dont le risque de CI est considéré comme élevé, devraient commencer un traitement hypolipidémiant sur-le-champ, sans attendre de voir s'ils peuvent atteindre leurs valeurs cibles par la seule modification de leur mode de vie.

Tableau II Valeurs cibles du cholestérol en fonction de l'ampleur du risque de CI⁶

Ampleur du risque	LDL (mmol/L)	CT/C-HDL
Élevé* (Risque de CI sur 10 ans > 20 %, ou antécédents de diabète sucré ou de toute autre maladie athéroscléreuse)	< 2,5	< 4,0
Modéré† (Risque sur 10 ans de 10 % à 20 %)	< 3,5	< 5,0
Faible‡ (Risque sur 10 ans < 10 %)	< 4,5	< 6,0

* Si les taux dépassent les valeurs cibles, commencer le traitement pharmacologique sans attendre de voir les effets de la modification du mode de vie.
† Commencer le traitement pharmacologique si la modification du mode de vie n'a pas permis d'atteindre les valeurs cibles après 3 mois.
‡ Commencer le traitement pharmacologique si la modification du mode de vie n'a pas permis d'atteindre les valeurs cibles après 6 mois.
À noter : Le taux optimal de triglycérides recommandé par les nouvelles lignes directrices est de < 1,7 mmol/L.

Pour collaborer efficacement à la prise en charge de la dyslipidémie, le pharmacien doit connaître les effets pharmacologiques des divers agents disponibles (voir le tableau III).

Au Canada, les stratégies de traitement actuellement recommandées pour le traitement des divers profils de dyslipidémie sont les suivantes⁸ :

* LDL élevés seulement : Statine avec ou sans résine, ou ezetimibe.

* LDL et Tg élevés : Statine ou statine plus ezetimibe seulement (car les résines font augmenter les Tg).

* LDL élevés et HDL faibles : Traitement combiné possiblement nécessaire (p. ex., statine plus fibrate ou statine plus niacine).

* LDL normales et Tg élevés : Niacine ou fibrate, ou traitement combiné.

* LDL normales et HDL faibles : Niacine ou fibrate, ou traitement combiné.

L'ezetimibe appartient à une nouvelle classe d'hypolipémiants, car il inhibe sélectivement l'absorption intestinale du cholestérol et des phytostérols apparentés¹⁸. Dans le cadre d'une étude multicentrique contrôlée par placebo, l'ajout d'ezetimibe au schéma thérapeutique de patients présentant des taux de C-LDL supérieurs aux valeurs cibles malgré la prise d'une statine a entraîné une réduction additionnelle de 25 % du C-LDL par rapport à l'effet observé avec l'ajout d'un placebo. Offert en comprimés de 10 mg à prendre avec ou sans nourriture, l'ezetimibe peut également être employé seul (en sus d'un régime alimentaire approprié) pour réduire les taux de cholestérol. Les effets secondaires observés jusqu'à présent dans les études sont semblables à ceux du placebo¹⁸.

Il semble bien que la pharmacothérapie que suit K. M. (LDL élevés et Tg légèrement élevés) soit appropriée, aussi est-il fort probable que son médecin lui prescrive une dose plus

élevée, ou encore que son pharmacien le lui conseille.

Quelle serait donc la dose d'atorvastatine la plus appropriée pour K. M. et quel type de suivi devrait-on effectuer ?

D'après le tableau I, K. M. devrait s'efforcer d'atteindre un taux de LDL de 2,5 mmol/L (étant donné qu'il souffre d'une maladie cardiovasculaire et qu'il entre donc dans la catégorie des personnes très exposées). Or actuellement son taux de LDL est de 2,9 mmol/L. Il lui faudrait donc le réduire de $(2,9 - 2,5) \times 100 / 2,9 = 13,8 \%$ pour atteindre la valeur cible.

Roberts a formulé une règle toute simple — dite règle des 5 ou des 7 — pour déterminer quelle dose de statine recommander¹⁹. Grosso modo, chaque fois que l'on double la dose de statine, le CT chute d'environ 5 % et les LDL, de 7 % environ (voir le tableau IV). Étant donné que K. M. prend déjà 10 mg d'atorvastatine et que son taux de LDL doit encore diminuer de 13,8 %, on pourrait recommander de porter sa dose à 40 mg par jour (ce qui entraînerait une réduction supplémentaire des LDL d'environ 14 %). Il nous faudrait ensuite savoir si K. M. prend son médicament depuis au moins 4 semaines (pour être sûr que la réponse soit maximale) et s'il est fidèle à son traitement, de telle sorte que l'effet thérapeutique maximal ait pu se produire. Comme on le verra plus loin dans cette leçon, la fidélité au traitement est un facteur crucial dans la prise en charge de la dyslipidémie. Il faudrait également demander à K. M. de signaler toutes douleurs musculaires, faiblesses ou endolorissement inexpliqués, qui, comme la coloration brune des urines, peuvent être signe de myopathie. En cas de myopathie ou de signes évocateurs de myopathie, il faut interrompre immédiatement la prise de statines et consulter un médecin. On doit soupçonner la

Tableau III Effets des agents pharmacologiques sur les diverses fractions lipidiques¹⁷

Agent	C-HDL	C-LDL	Tg
Statines	↑	↓↓↓	↓↔
Fibrates	↑↑	↓↔↑	↓↓↓
Niacine	↑↑	↓↓	↓↓
Résines	↑	↓↓	↑

présence de myopathie si, en plus des symptômes caractéristiques, le patient présente un taux de créatine-kinase 10 fois plus élevé que la limite supérieure de la normale. En outre, on mesurera les taux de transaminases hépatiques (ALT, AST) au début du traitement, puis environ 12 semaines après et enfin une fois l'an ou plus souvent si le patient est particulièrement exposé à la dysfonction hépatique.

MODIFICATIONS DU MODE DE VIE

ÂGÉE DE 66 ANS, M^{ME} T. F. EST UNE AGENTE d'assurance à la retraite qui revient tout juste d'un voyage de 4 mois dans le sud. D'après la mise à jour de 2003 des Recommandations canadiennes sur la prise en charge des dyslipidémies et la prévention des maladies cardiovasculaires, son risque de CI sur 10 ans est considéré comme étant modéré. Si son dernier bilan lipidique indique un taux de C-LDL de 4,3 mmol/L, en revanche, Tg et CT/C-HDL cadrent avec les valeurs cibles. M^{ME} T. F., qui n'a jamais pris d'hypolipémiants, présente un IMC de 29 kg/m².

Quel traitement lui recommanderiez-vous ?

Étant donné que M^{ME} T. F. présente seulement un risque modéré de CI, elle devrait d'abord essayer, pendant les trois prochains mois, de modifier son mode de vie avant de songer à prendre des médicaments (voir le tableau II).

Régime alimentaire et perte de poids

Quelle que soit la stratégie thérapeutique envisagée pour réduire les taux de lipides, il est important que celle-ci s'accompagne d'un régime alimentaire sain. À cet effet, le Guide alimentaire canadien²⁰ propose les recommandations suivantes.

1. Consommer 5 à 10 portions par jour de produits céréaliers, de préférence de grains entiers.
2. Consommer 5 à 10 portions par jour de fruits et légumes.
3. Consommer 2 à 4 portions par jour de produits laitiers faibles en gras.

Tableau IV Règle des 5 ou des 7 de Roberts¹⁹

Dose du médicament (mg)					Variation des taux de cholestérol		
Atorvastatine	Simvastatine	Lovastatine	Pravastatine	Fluvastatine	CT	C-LDL	C-HDL
5	10	20	20	40	↓ 22 %	↓ 27 %	
10	20	40	40	80	↓ 27 %	↓ 34 %	
20	40	80			↓ 32 %	↓ 41 %	7 %
40	80				↓ 37 %	↓ 48 %	
80	160				↓ 42 %	↓ 55 %	↓

* À noter : La rosuvastatine n'était pas disponible au moment où ce tableau a été publié. D'après les études dont on dispose actuellement, l'administration de 10 à 40 mg de rosuvastatine permettrait de réduire le C-LDL de 46 % à 55 % et ferait augmenter le C-HDL de 7,6 % à 9,6 %. (Statin Therapies for Elevated Lipid Levels compared Across doses to Rosuvastatin [étude STELLAR], présentée en avril 2003 au 52e congrès scientifique annuel de l'American College of Cardiology.)

4. Consommer 2 ou 3 portions par jour de viande ou d'autres aliments maigres.

Selon le nombre de portions consommées dans chaque catégorie, l'apport calorique fourni par ce type de régime se situe entre 1 800 et 3 200 calories²⁰. Si M^{me} T. F. veut perdre du poids, elle devrait consommer le nombre minimal de portions suggérées ci-dessus et entreprendre un programme d'activités physiques. En fait, il faut que le nombre de calories qu'elle dépense durant la journée dépasse la quantité que lui procure son régime alimentaire.

Chaque type de lipides a un effet particulier sur les taux de cholestérol.

1. Les gras saturés, que l'on retrouve dans la viande, les produits laitiers, le shortening, le lard, l'huile de palme et l'huile de coco tendent à faire augmenter le cholestérol sanguin.

2. Les acides gras trans, qui proviennent de l'hydrogénation partielle des lipides et que l'on retrouve dans les frites, les biscuits, les craquelins et les croustilles, ont également tendance à faire augmenter le cholestérol sanguin.

3. Les gras polyinsaturés, contenus dans l'huile de carthame, de tournesol, de maïs et de soya, de même que dans les huiles de poissons (acides gras oméga-3) et l'huile de lin peuvent aider à réduire les taux de cholestérol et de triglycérides sanguins si on les substitue aux gras saturés.

4. Les gras mono-insaturés, contenus dans l'huile d'olive, de canola et d'arachide peuvent également réduire les taux de cholestérol sanguin si on les substitue aux gras saturés.

Il faut donc encourager M^{me} T. F. à adopter un régime alimentaire faible en gras dont :

1. le contenu lipidique ne fournit pas plus de 30 % des calories totales consommées chaque jour (quoique la Fondation des maladies du cœur du Canada recommande de ne pas dépasser 25 % en cas de dyslipidémie). Cinq grammes de gras fournissent environ 45 Cal.
2. les gras saturés et les acides gras trans ne

représentent pas plus de 10 % des calories totales.

3. la teneur en cholestérol ne dépasse pas 300 mg par jour.

En ce qui a trait à la meilleure stratégie pour perdre du poids, il faut attirer l'attention de M^{me} T. F. sur les points suivants :

1. La meilleure façon de maigrir est d'employer une stratégie qui favorise une perte de poids graduelle (environ 0,25 à 1 kg par semaine) et de se fixer un objectif à long terme (p. ex., 7 kg en 3 mois).

2. M^{me} T. F. devrait utiliser le Guide alimentaire canadien pour élaborer son régime alimentaire. Elle devrait s'en tenir au nombre minimum de portions suggérées et s'assurer que son apport lipidique respecte les limites recommandées.

3. Enfin, elle devrait entreprendre un programme d'activités physiques (section suivante).

Prise en charge de la dyslipidémie et réduction du risque de CI grâce à un programme d'activités physiques

Le Guide d'activité physique de la SCPE, que l'on peut trouver au www.hc-sc.gc.ca/hppb/guideap/index.html, devrait être porté à l'attention de M^{me} T. F. Ce guide recommande de faire 60 minutes d'exercices légers chaque jour, en plusieurs séances d'au moins 10 minutes chacune²¹. Il insiste aussi sur l'importance de pratiquer différents types d'activités, par exemple²¹ :

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 (ratisser et ramasser les feuilles mortes, monter les marches, transporter les sacs d'épicerie, etc.) ;

On recommande une fréquence 4 à 7 jours par semaine pour les activités qui requièrent endurance et souplesse, et de 2 à 4 jours par

semaine pour les exercices requérant de la force.

Le temps nécessaire pour obtenir des résultats positifs dépend de l'effort requis pour accomplir l'activité (voir le tableau V).

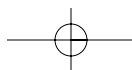
Selon une étude dans laquelle on a comparé les effets de diverses stratégies (régime alimentaire pauvre en gras + exercices ; régime alimentaire faible en gras seulement ; programme d'exercices seulement ; groupe témoin) sur les taux de cholestérol, il semble que l'adoption d'un régime alimentaire pauvre en gras ne soit efficace qu'à condition d'être jumelé à un programme d'exercices physiques. Cette étude insiste sur l'importance d'inclure la pratique d'activités physiques dans toute stratégie de réduction des taux de C-LDL basée sur la modification du mode de vie²².

DES RÉSULTATS OPTIMAUX GRÂCE À DES STRATÉGIES CONCERTÉES

La fidélité au traitement : une affaire de conscientisation

L'INFIDÉLITÉ AU TRAITEMENT CONSTITUE UN obstacle majeur à l'obtention de résultats optimaux. Or on estime que seulement 50 % des patients environ prennent leurs médicaments conformément aux directives du médecin²³. De plus, lorsque la prescription s'étend sur 2 semaines ou plus, moins de 50 % des patients prennent suffisamment de médicament pour que le traitement soit efficace^{23,24}.

Si l'on tient compte du fait que les bienfaits des statines pour la survie des patients ne se font généralement pas sentir avant 1 ou 2 ans, ceux qui interrompent leur traitement tôt risquent de ne jamais en profiter. Or une analyse récente menée en Ontario auprès de plus de 140 000 patients de plus de 66 ans à qui l'on a prescrit des statines entre janvier 1994 et décembre 1998 révèle qu'après 2 ans de traitement, seuls 40,1 % des patients ayant un syndrome coronarien aigu sont demeurés fidèles à leur traitement. Dans le cas des patients souffrant de CI

**Tableau V** Temps nécessaire pour obtenir des résultats positifs en fonction de l'effort physique²¹

Effort très léger	Effort léger (60 minutes)*	Effort moyen (30 à 60 minutes) *	Effort intense (20 à 30 minutes) *	Effort maximal
Marcher lentement Épousseter	Jouer au volley-ball Faire de légers travaux de jardinage Faire des exercices d'étirement Se promener	Marcher d'un bon pas Faire du vélo Ratisser les feuilles mortes Nager Danser	Danse aérobique Course à pied Hockey Balle au panier Nage intense Danse rapide	Sprint Course

* À noter : Pour demeurer en bonne santé, il faut que l'intensité de l'activité soit légère ou modérée pendant la période quotidienne recommandée.

chronique, cette proportion était de 36,1 %, et en ce qui a trait aux patients traités en prévention primaire, elle chutait à 25,4 %²⁵. Ces statistiques montrent à quel point il est important d'éduquer et de suivre les patients qui prennent des hypolipémiants.

Le professeur Bruce Berger, de la faculté de pharmacie de l'Auburn University, a passé en revue la documentation médicale traitant de la fidélité au traitement et a dégagé certaines conditions préalables qui favorisent ce respect²⁶. Adhèrent ainsi plus volontiers au traitement les patients qui :

1. se soucient de leur santé ;
2. reconnaissent et comprennent leur diagnostic ;
3. comprennent bien la portée potentielle de leur diagnostic ;
4. croient à l'efficacité du traitement qu'on leur a prescrit ;
5. font en sorte que leur traitement ne soit pas plus gênant que la maladie elle-même (en se rappelant par exemple quand prendre leurs doses et en gardant à l'esprit que certains effets secondaires peuvent être plus éprouvants que la maladie comme telle) ;
6. savent exactement comment prendre leur médicament et pendant combien de temps le prendre ;
7. se soucient davantage de l'efficacité du traitement que de son coût ;
8. croient que ce dernier peut les aider à surmonter la maladie (soit en soulageant leurs symptômes, soit en les guérissant) ;
9. sentent que les professionnels de la santé qui s'occupent d'eux les traitent comme des personnes à part entière et non pas simplement comme des « cas ».

Il ressort de cette liste que l'éducation des patients joue un rôle critique dans la fidélité au traitement, de même que la relation entre ceux-ci et les prestataires de soins. Le pharmacien est parmi les mieux placés pour voir à ce que le patient comprenne l'importance de prendre ses médicaments adéquatement, pour identifier ceux qui sont susceptibles de ne pas respecter leur traitement et enfin pour conseiller tout un chacun sur la meilleure façon d'y arriver.

L'étude SCRIP : un exemple à suivre

L'étude SCRIP (*Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists*) a montré qu'en éduquant leurs patients, en les suivant et en les adressant aux professionnels appropriés, les pharmaciens peuvent jusqu'à un certain point combler les lacunes entourant le traitement de l'hyperlipidémie³. Dans cette étude, 54 pharmacies communautaires de l'Alberta et de la Saskatchewan ont été divisées aléatoirement en deux groupes. Le premier était chargé d'éduquer les patients, de leur remettre une brochure sur les facteurs de risque, de mesurer sur place leur taux de cholestérol, de les adresser à leur médecin au besoin et enfin de les suivre régulièrement pendant 16 semaines. Le deuxième, constitué de pharmacies témoins, ne devait dispenser que quelques conseils (« soins ordinaires »), remettre la brochure aux patients et assurer un suivi minimal. Le point d'aboutissement primaire consistait à déterminer les taux de cholestérol à jeun et(ou) de prescrire un hypolipémiant ou d'en augmenter la dose. Menée auprès de 675 patients, cette étude a pris fin rapidement, car le point d'aboutissement primaire a été atteint chez 57 % des patients du premier groupe, comparativement à 31 % dans le second ($p < 0,001$)³.

L'objectif de l'étude SCRIP Plus était de déterminer les effets d'un programme d'interventions en pharmacie communautaire sur les taux de C-LDL de patients fortement exposés aux maladies cardiovasculaires⁴. Le point d'aboutissement primaire était la différence entre le C-LDL au début de l'étude et à la fin (après 6 mois). Les points d'aboutissement secondaires étaient la satisfaction des patients à l'égard des services pharmaceutiques, la fidélité au traitement hypolipémiant, le nombre de patients ayant atteint les valeurs cibles pour le C-LDL et le rapport CT/C-HDL et l'analyse des coûts d'une telle consultation. Cette étude a été menée en partenariat avec 42 pharmacies Pharmasave en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, à l'Î.-P.-É. et en Nouvelle-Écosse. Les résultats ont été présentés à l'*American Heart Association* en novembre 2002

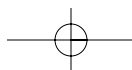
(l'étude n'était pas encore publiée au moment d'aller sous presse)²⁷. Une réduction statistiquement significative de 0,53 mmol/L (15 %) du C-LDL a été observée au cours des 6 mois de l'étude²⁷. Les études SCRIP et SCRIP Plus prouvent donc hors de tout doute que l'intervention du pharmacien dans le traitement de l'hyperlipidémie aide à réduire les lacunes entourant les soins, réduisant ainsi le risque associé à la présence de taux de cholestérol supérieurs aux valeurs cibles.

Mise sur pied d'un kiosque d'information sur la dyslipidémie : questions pratiques

Pour pouvoir aider vos patients à comprendre la dyslipidémie et son traitement, il est essentiel que ceux-ci connaissent leur bilan lipidique. En effet, ces renseignements sont tout aussi importants que les chiffres tensionnels et doivent être considérés comme tels. Commencez donc par fournir à vos patients une fiche ou un carnet dans lequel ils pourront consigner les résultats de leur bilan lipidique une fois celui-ci établi.

Avant de recevoir un patient en consultation, munissez-vous de documents de référence qui ajouteront à vos propos sur le traitement de la dyslipidémie. Vous pourriez par exemple vous procurer les documents ci-dessous.

- Un formulaire personnalisé pour la collecte de renseignements comprenant les données démographiques, les médicaments que prend le patient (sur ordonnance ou en vente libre) et un outil d'évaluation du risque cardiaque (p. ex., calculateur de risque publié dans le JAMC — disponible au www.cmaj.ca/cgi/data/169/9/921/DC1/1). Le formulaire « Just Checking » de l'Association des pharmaciens du Canada est un autre outil utile pour recueillir des informations et identifier les problèmes associés aux médicaments. Pour savoir comment obtenir ce formulaire, consultez le site de l'Association au www.pharmacists.ca.
- Des documents sur l'importance d'une saine alimentation (p. ex., le Guide alimentaire de la Fondation des maladies du cœur du Canada



6

**STRATÉGIES CONCERTÉES ET RÔLE ACCRU DU PHARMACIEN
DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSLIPIDÉMIE**
CENTRE DE FC SUR L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE
DÉCEMBRE 2003

disponible au www.heartandstroke.ca, la trousse Cœur en santé de Santé Canada, au www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/cddpccpcmc/hhk-tcs/, sur l'activité physique (p. ex., le Guide d'activité physique, disponible au www.hc-sc.gc.ca/hppb/guideap/index.html) et sur l'importance d'atteindre son poids-santé (p. ex., la trousse Cœur en santé de Santé Canada, *vide supra*).

- De la documentation destinée aux patients et portant sur le rôle des lipides dans les risques pour la santé et les bienfaits d'un bilan lipidique qui cadre avec les valeurs cibles (documents que l'on peut obtenir auprès d'organismes comme la Fondation des maladies du cœur du Canada).
- Des outils permettant de créer un plan d'action comprenant :
 - des objectifs précis ;
 - la surveillance des paramètres ;

- des recommandations sur un plan de traitement concerté ;
- des stratégies de mise en application et de la documentation s'y rapportant ;
- des stratégies de suivi et de la documentation s'y rapportant.

Pour favoriser une communication optimale et obtenir la collaboration des autres intervenants, discutez avec les médecins des cliniques environnantes ou utilisez des feuillets d'information. Les études SCRIP et SCRIP Plus, quant à elles, peuvent être utilisées pour appuyer le bien-fondé d'une approche concertée. Partie également importante de cette stratégie consiste à identifier les patients qui ont fait preuve d'infidélité au traitement par le passé.

Pour que votre service de consultation connaisse un franc succès, annoncez-le :

- Faites-en par exemple la promotion sur des affiches géantes ou sur du matériel publicitaire d'accompagnement, ou encore approchez directement les patients qui pourraient en bénéficier.

• Établissez un partenariat avec les employeurs locaux en collaboration avec des organismes de promotion du mieux-être.

- Publiez une annonce dans le journal du quartier, envoyez des prospectus par la poste ou faites passer un message à la radio locale.

Les interventions régulières du pharmacien auprès de ses patients profitent à la santé publique^{3,4}. Grâce à elles, les patients peuvent mieux saisir l'importance de respecter leur traitement et de consulter régulièrement les professionnels de la santé. En outre, ces services complémentaires sont fort appréciés du public et des autres membres du corps médical.

RÉFÉRENCES

1. Fondation des maladies du cœur du Canada. *The changing face of heart disease and stroke in Canada 2000*. Ottawa: Laboratoire de lutte contre les maladies, Santé Canada, Statistiques Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Société canadienne de cardiologie, Canadian Stroke Society, Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999.
2. Wilson E. Dyslipidemia prevention and control in Canada: The national lipid strategy. *Can J Cardiol* 2002;18:23-4.
3. Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK et coll. A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management. *Arch Intern Med* 2002;162:1149-55.
4. Tsuyuki RT, Olson KL, Schindel T et coll. SCRIP Plus. An evaluation of the impact of a comprehensive community pharmacist intervention program on the management of patients at high-risk for coronary heart disease. Disponible au www.epicore.ualberta.ca/ScripPlus.htm. Visité le 30 mai 2003.
5. Fondation des maladies du cœur du Canada. Disponible au www.heartandstroke.ca.
6. Meltzer S, Leiter L, Daneman D et coll. 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. *CMAJ* 1998;159(8 Suppl):S1-29.
7. Smiley T, Oh P, Shane LG. The relationship of insulin resistance measured by reliable indexes to coronary artery disease risk factors and outcomes - A systematic review. *Can J Cardiol* 2001;17:797-808.
8. Genest J, Frohlich J, Fodor G, McPherson R (Groupe de travail sur l'hypercholestérolémie et les autres dyslipidémies). *Recommandations canadiennes sur la prise en charge des dyslipidémies et la prévention des maladies cardiovasculaires (mise à jour de 2003)*. *CMAJ* 2003; 169:921-4. En ligne au : www.cmaj.ca/cgi/data/169/9/921/DC1/1. Visité le 28 octobre 2003.
9. Lousberg TR, Denham AM, Rasmussen JR.

A comparison of clinical outcome studies among cholesterol-lowering agents. *Ann Pharmacother* 2001;35:1599-1607.

10. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I et coll., pour le West of Scotland Coronary Prevention Study Group. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995;333:1301-7.

11. Downs JR, Clearfield M, Weis S et coll., pour le AFCAPS/TexCAPS Research Group. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: Results of AFCAPS/TexCAPS. *JAMA* 1998;279: 1615-1622.

12. Sever PS, Dahlof B, Foulter NR et coll. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): A multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361(9364):1149-58

13. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4,444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994;344:1383-9.

14. Flaker GC, Warnica JW, Sacks FM et coll., pour les Cholesterol and Recurrent Events CARE Investigators. Pravastatin prevents clinical events in revascularized patients with average cholesterol concentrations. *J Am Coll Cardiol* 1999;34:106-12.

15. Long-term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 1998;339:1349-57.

16. Collins R, Armitage J, Parish S et coll. article pour le Heart Protection Study Collaborative Group. *MRC/BHF Heart Protection*

Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: A randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002;360:7-22.

17. Roederer GO. *Dyslipidemias*. In: Gray J. éd. *Therapeutic Choices 3rd ed*. Association des pharmaciens du Canada. 2000:191-201.

18. *Monographie de Zetia*, Merck Frosst Canada Ltée, 2003.

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

20. *Guide alimentaire canadien*. Disponible au http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpa/onpp-bppn/food_guide_rainbow_f.html. Visité le 25 septembre 2003.

21. *Guide d'activités physiques*. Disponible au <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/guideap/> Visité le 22 septembre 2003.

22. Stefanick ML, Mackey S, Sheehan M et coll. Effects of diet and exercise in men and postmenopausal women with low levels of HDL cholesterol and high levels of LDL cholesterol. *N Engl J Med* 1998;339:12-20.

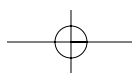
23. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet* 1996;348 (9024): 383-6.

24. Berg JS, Dischler J, Wagner DJ, Raia JJ, Palmer-Shevlin N. Medication compliance: A healthcare problem. *Ann Pharmacother* 1993;27(9 Suppl.):S1-24.

25. Jacevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA* 2002;288:462-7.

26. Berger BA. Patient compliance: A realistic approach. *Auburn Pharmacy Education Course work*, 2000.

27. Tsuyuki R (lettre à l'éditeur). *Right Conclusions, Wrong Study*. *CPJ/RPC* 2003; 136(4):8.



QUESTIONS

Étude de cas

M^{me} L. S., une femme de 52 ans chez qui on a diagnostiqué un diabète de type 2 il y a deux ans, vient de se faire dire par son médecin que son « mauvais cholestérol » était plus élevé qu'il ne le devrait. Son IMC, quant à lui, est de 29 kg/m² (surpoids). Elle vous présente son bilan lipidique, qu'elle a noté sur une fiche :
LDL : 3,4 mmol/L
HDL : 1,3 mmol/L
CT : 5,7 mmol/L
Tg : 2,3 mmol/L
M^{me} L. S. vient faire exécuter son ordonnance de pravastatine, mais elle aimerait d'abord vous poser quelques questions.

1. M^{me} L. S. affirme avoir toujours suivi un régime faible en gras saturés et ne comprend pas pourquoi son C-LDL est élevé. Quelle est l'explication la plus probable ?

- Il se peut que vous consommiez plus de cholestérol que vous ne le croyez. Essayez de remplacer l'huile de maïs par de l'huile de coco.
- Vous pourriez peut-être réduire votre apport de gras saturés en faisant cuire vos aliments dans de l'huile de palme plutôt que dans de l'huile de canola.
- L'élévation des taux de LDL est souvent due à l'appartenance ethnique ou à des facteurs génétiques.
- Mieux vaut oublier votre régime alimentaire, car cela ne changera rien à votre état de toute façon.

2. Lequel des énoncés suivant est VRAI ?

- Le pourcentage de décès dus à la CI a augmenté depuis les 25 dernières années.
- La CI est toujours la première cause de mortalité au Canada.
- Environ 15 % des Canadiens ont un taux de C-LDL supérieur à 3,5 mmol/L.
- b et c

3. M^{me} L. S. vous dit avoir entendu dire qu'elle devrait tenter de faire de l'exercice et de modifier son régime alimentaire avant de prendre des médicaments. Que répondre à cela ?

- Elle a tout à fait raison. Vous lui parlez donc des possibilités qui s'offrent à elle, de sorte qu'elle puisse s'y mettre dès maintenant.
- Son médecin a probablement décidé de prescrire un traitement dès maintenant, car l'apport de cholestérol de M^{me} L. S. est déjà faible.
- Elle a raison, mais dans son cas, son médecin ne devrait attendre que trois mois avant de prescrire un traitement.
- Étant donné que M^{me} L. S. est diabétique, elle est très exposée à la CI. En pareilles

circonstances, on recommande de commencer immédiatement une pharmacothérapie si les taux de cholestérol sont supérieurs aux valeurs cibles.

4. Quelle(s) caractéristique(s) du syndrome de résistance à l'insuline (syndrome métabolique) fait (font) augmenter le risque de CI ?

- Un excès de poids au niveau des hanches plutôt qu'au niveau de l'abdomen.
- Des particules de LDL plus volumineuses que dans le reste de la population.
- De faibles taux de HDL.
- Toutes ces réponses.

5. M^{me} L. S. vous demande de lui expliquer ce que signifie être « exposée » à la CI. Que lui répondez-vous ?

- La probabilité qu'elle souffre de CI d'ici dix ans est supérieure à 20 %.
- M^{me} L. S. court six fois plus de risque que le reste de la population de souffrir de CI d'ici 10 ans.
- La probabilité qu'elle souffre de CI d'ici dix ans est de 40 %.
- La probabilité qu'elle souffre de CI d'ici dix ans est de 50 %.

6. M^{me} L. S. vous demande jusqu'à quel point elle devrait réduire son « mauvais cholestérol ». Que lui répondez-vous ?

- Les lignes directrices recommandent de ramener le C-LDL à 2,5 mmol/L et les Tg à $\leq 3,0$ mmol/L.
- Les lignes directrices recommandent de ramener le C-LDL à 3,0 mmol/L et les Tg à 2,0 mmol/L.
- Les lignes directrices recommandent de ramener le C-LDL à 2,5 mmol/L et les Tg à $\leq 2,5$ mmol/L.
- Les lignes directrices recommandent de ramener le C-LDL à $< 2,5$ mmol/L et les Tg à 2,0 mmol/L.

7. M^{me} L. S. se demande si la pravastatine est un bon choix pour elle. Que lui répondre ?

- Il vaudrait probablement mieux utiliser d'abord de la cholestyramine, étant donné que ses Tg ne sont pas optimaux.
- On ne devrait pas entreprendre de traitement pharmacologique avant de voir si la modification du mode de vie peut améliorer son état.
- La pravastatine est un bon choix pour commencer, car les taux de LDL de M^{me} L. S. sont élevés et ses Tg sont à peine supérieurs aux valeurs cibles.
- La simvastatine serait un meilleur choix, car elle permettrait d'atteindre plus facilement les valeurs cibles de LDL.

8. Que répondriez-vous au médecin qui vous demanderait s'il est possible de ramener les taux de LDL de M^{me} L. S. aux valeurs cibles avec une posologie de 20 mg par jour de pravastatine ?

- La réduction nécessaire étant de 0,9 mmol/L, 20 mg seraient suffisants.
- La réduction nécessaire étant de 0,9 mmol/L, il vaudrait mieux prescrire 40 mg.
- La réduction nécessaire étant de 0,9 mmol/L, l'idéal serait de prescrire 40 mg d'atorvastatine ou 80 mg de simvastatine.
- La réduction nécessaire étant de 0,9 mmol/L, l'idéal serait de prescrire 80 mg d'atorvastatine ou 160 mg de simvastatine.

9. Lequel des énoncés suivants est VRAI ?

- Les personnes dont le risque de CI sur 10 ans est considéré comme modéré devraient s'efforcer de ramener leurs Tg à < 2 mmol/L.
- Les Tg ne devraient pas dépasser 1,7 mmol/L chez tous les patients.
- Les personnes dont le risque de CI sur 10 ans est considéré comme faible devraient s'efforcer de ramener leurs Tg à < 2 mmol/L.
- a et c

10. Quel traitement recommanderiez-vous à un patient qui doit réduire ses LDL de 50 % ?

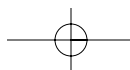
- Pravastatine, lovastatine ou rosuvastatine
- Atorvastatine, simvastatine ou rosuvastatine
- Fluvastatine, simvastatine ou rosuvastatine
- Aucun de ces traitements

11. M^{me} L. S. voudrait inclure la perte de poids dans sa stratégie de réduction du risque de CI. Quelle serait la recommandation la plus appropriée au sujet des lipides alimentaires ?

- Comme elle souffre de dyslipidémie, la Fondation des maladies du cœur du Canada recommande que sa consommation quotidienne de lipides se limite à 35 % des calories ingérées.
- Sa consommation de gras saturés et de gras trans devrait se limiter à moins de 10 % du total des calories ingérées.
- M^{me} L. S. ne devrait pas consommer plus de 700 mg de cholestérol par jour.
- Sa consommation de lipides ne devrait pas dépasser 1000 calories par jour.

12. Combien de calories par jour M^{me} L. S. absorbera-t-elle si, afin de perdre du poids, elle consomme le plus petit nombre de portions recommandées pour chaque groupe du Guide alimentaire canadien ?

- ≈ 1800
- ≈ 2500



8

**STRATÉGIES CONCERTÉES ET RÔLE ACCRU DU PHARMACIEN
DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSLIPIDÉMIE**
CENTRE DE FC SUR L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE
DÉCEMBRE 2003

- c) \approx 3 200
d) \approx 4 000

13. Vous informez M^{me} L. S. que tout programme de réduction du poids devrait comprendre la pratique d'une activité physique appropriée. Or compte tenu qu'une exception faite de la dyslipidémie, M^{me} L. S. n'a pas de problème de santé, quel type d'activité lui conviendrait le mieux d'après le Guide d'activité physique de Santé Canada ?

- a) Marcher d'un pas modéré pendant 30 minutes trois fois par semaine.
b) Marcher d'un bon pas pendant 20 minutes trois fois par semaine.
c) Faire chaque jour 60 minutes d'exercices légers en une seule séance.
d) Faire chaque jour 60 minutes d'exercices légers en plusieurs séances d'au moins 10 minutes chacune.

14. M^{me} L. S. vous dit vouloir perdre du poids une fois pour toutes. Elle vous demande combien elle devrait perdre par semaine. Que lui répondez-vous ?

- a) Il est préférable de maigrir rapidement (p. ex., 2 kg par semaine).
b) Elle devrait tenter d'atteindre le poids qu'elle s'est fixé en moins d'un mois.
c) Elle devrait se fixer un objectif de 0,25 à 1 kg par semaine sur une période d'environ 3 mois.
d) Elle doit perdre tout au plus 1 kg par mois.

15. M^{me} L. S. revient vous voir après 6 semaines. Son taux de LDL est maintenant de 2,7 mmol/L et ses Tg, de 2,1 mmol/L. Si son médecin désire augmenter la dose de pravastatine, que lui recommanderiez-vous (après vous être assuré que la patiente respecte bien le traitement) ?

- a) Ne rien changer à la posologie, 2,7 mmol/L étant suffisamment proche de la valeur cible.
b) Porter la dose de pravastatine à 40 mg par jour, ce qui réduirait d'encre 7 % le taux de LDL, l'amenant ainsi à l'intérieur de l'intervalle cible.

c) Administrer plutôt de la simvastatine, car la pravastatine ne semble pas donner de résultats.

d) Ajouter de la cholestyramine au schéma thérapeutique plutôt que d'augmenter la dose de pravastatine.

16. M^{me} L. S. vous dit avoir une amie qui s'est fait dire par son médecin qu'avec un taux de C-LDL de 3,7 mmol/L, sa situation était bonne. Comment expliquez-vous les commentaires du médecin ?

- a) Peut-être le médecin ignore-t-il les recommandations des lignes directrices actuelles.
b) Plus une personne est exposée à la CI, plus il faut être exigeant en matière des valeurs cibles. Il est possible que l'amie de M^{me} L. S. ne soit pas aussi exposée qu'elle.
c) La plupart des médecins ne s'en remettent pas aux lignes directrices et utilisent la limite supérieure de 5 mmol/L pour tous leurs patients.
d) Seuls les diabétiques doivent diminuer leur LDL au plus bas niveau cible.

17. M^{me} L. S. se demande si elle devra prendre ce médicament pendant plus d'un an, car elle en prend déjà beaucoup. Qu'allez-vous lui répondre ?

- a) Hélas, il faut au moins un an avant que les bienfaits des hypolipémiants sur le taux de mortalité ne se fassent sentir. Comme il semble que son organisme fabrique trop de cholestérol, il est fort probable qu'elle doive suivre ce traitement à vie pour maintenir ses taux de lipides aux valeurs cibles.
b) Le médecin vérifiera son taux de cholestérol dans 4 à 6 semaines. Si elle a atteint les valeurs cibles, il lui indiquera d'interrompre le traitement, afin de voir comment son état évoluera.
c) La plupart des patients prennent ce genre de médicaments pendant 6 mois. Si les valeurs cibles sont atteintes, le traitement peut alors être interrompu sur avis du médecin.
d) Étant donné qu'après 1 ou 2 ans le risque

de CI a diminué, le traitement est habituellement interrompu après cette période.

18. Quel est le pourcentage de patients qui, après 2 semaines ou plus, prennent assez de médicament pour que le traitement soit efficace ?

- a) < 30 %
b) \approx 60 %
c) 20 %
d) < 50 %

19. Quels sont les éléments importants pour évaluer la fidélité d'un patient envers son traitement ?

- a) Vérifier si le patient reconnaît et comprend le diagnostic.
b) Vérifier si le patient se soucie davantage de l'efficacité du traitement que de son coût.
c) Vérifier si le patient sait exactement comment prendre son médicament et pendant combien de temps il doit le prendre.
d) Toutes ces réponses.

20. D'après les résultats d'études randomisées sur les effets de la modification du bilan lipidique, laquelle des conclusions suivantes est EXACTE ?

- a) Le traitement hypolipémiant entraîne une réduction significative de la morbidité et de la mortalité associées à la CI uniquement dans le cas de la prévention secondaire.
b) Le traitement hypolipémiant entraîne une réduction significative de la morbidité et de la mortalité associées à la CI dans le cas de la prévention primaire et secondaire.
c) Le traitement hypolipémiant entraîne une réduction significative de la morbidité et de la mortalité associées à la CI que si le bilan lipidique est très élevé.
d) Le traitement hypolipémiant entraîne une réduction significative de la morbidité et de la mortalité associées à la CI que chez les obèses ou les personnes qui ont un excès de poids.

Comité de rédaction
**STRATÉGIES CONCERTÉES ET RÔLE ACCRU DU PHARMACIEN
DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSLIPIDÉMIE**
À PROPOS DE L'AUTEUR

Tom Smiley est pharmacien-conseil et président de Pharmavision Health Consulting à Brantford en Ontario. Monsieur Smiley a contribué à la tenue d'ateliers sur les maladies cardiovasculaires et la dyslipidémie, et a écrit plusieurs leçons de formation continue sur ce sujet, à l'intention des pharmaciens. Récemment, il a publié un article de recherche dans la revue *Canadian Journal of Cardiology*, article qui portait sur la relation entre

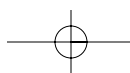
la résistance à l'insuline d'une part et les facteurs de risque de coronaropathie (tels que la dyslipidémie) et les résultats d'autre part.

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, veuillez communiquer avec Debi Raymond au (416) 764-3861 ou par courriel au draymond@rmpublishing.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 au kwelds@rmpublishing.com.



CANADA POST	POSTES CANADA
Postage paid if mailed in Canada Business Reply Mail	Port payé si posté au Canada Correspondance- réponse d'affaires
7039198	01



1000012316-M5W1A7-BR01

PHARMACY CONTINUING EDUCATION
 ROGERS MEDIA HEALTHCARE
 AND FINANCIAL SERVICES
 PO BOX 80054 STN BRM B
 TORONTO ON M7Y 5C8


**STRATÉGIES CONCERTÉES ET RÔLE ACCRU DU
PHARMACIEN DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSLIPIDÉMIE**

1,25 UFC

1,25 UNITÉS DE FC AU QUÉBEC

N° de dossier CCCEP : 008-0803

DÉCEMBRE 2003

Non valable pour unités de FC après le 31 août 2006

- | | | | |
|------------|-------------|-------------|-------------|
| 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 _____
Province octroyant le permis d'exercer _____	N° du permis _____
Province octroyant le permis d'exercer _____	N° du permis _____
Adresse électronique _____	
Adresse (<input type="checkbox"/> Domicile) (<input type="checkbox"/> Bureau) _____	Ville _____ Province _____
Code postal _____	Téléphone _____

Cadre d'exercice professionnel

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pharmacie (chaîne) | <input type="checkbox"/> Propriétaire |
| <input type="checkbox"/> Pharmacie (indépendant) | <input type="checkbox"/> Employé à temps plein |
| <input type="checkbox"/> Magasin | <input type="checkbox"/> Employé à temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ | Diplôme obtenu en l'an _____ |

Commentaires sur cette leçon de formation continue

- Êtes-vous mieux préparé à dispenser des soins pharmaceutiques aux patients qui souffrent de dyslipidémie ? Oui Non
- L'information contenue dans cette leçon était-elle pertinente pour votre pratique ? Oui Non
- Croyez-vous que cette information pourra être intégrée à votre pratique ? Oui Non
- Comment jugez-vous l'information contenue dans cette leçon ?
 Trop élémentaire Appropriée Trop difficile
- Cette leçon répondait-elle aux objectifs d'apprentissage établis ? Oui Non
- Quel thème aimeriez-vous que nous abordions dans un autre numéro ? _____



Offert par:

Veuillez compter 6 à 8 semaines pour l'obtention des résultats