

HYPERLIPIDEMIE (Cholestérol, HDL-C, LDL-C, Triglycérides)

Il n'y a pas de consensus international sur la définition de l'hypercholestérolémie totale : 2g/l ? (valeur souvent retenue) 2,20g/l ? 2,40g/l ? **Mais plus le taux est élevé, plus grand est le Risque Cardio-Vasculaire (RCV)**. Pour le LDL-C (le "mauvais" cholestérol), le seuil de normalité est généralement situé à 1g/l. Là aussi, **plus ce taux est élevé, plus grand est le RCV**. Si une valeur seuil de 1,60 g/l était retenue, un Français sur 5 serait concerné selon une étude de l'InVS.

S'il est habituel de pratiquer le « bilan lipidique » à jeun, certains recommandent de le prélever à n'importe quel moment, les différences dans les résultats étant faibles ; comme nous le verrons plus loin pour les triglycérides, les valeurs post prandiales ont peut-être même un plus grand intérêt prédictif de Maladies Cardio-Vasculaires.

L'hypercholestérolémie est souvent considérée comme l'ennemi public n°1, car cette association est facile à démontrer, rentable et elle retarde l'affrontement d'autres problèmes autrement plus complexes à solutionner (sédentarité, obésité, mauvaises habitudes alimentaires...). Pour Roberts WC, cardiologue américain, il n'y a pas lieu à controverse, l'hypercholestérolémie est certainement l'ennemi n°1 d'une partie de plus en plus importante des humains. « It's the cholesterol, stupid! » (Roberts WC).

Tout n'est cependant pas encore très clair et il y a de la place pour des débats ultérieurs. Mais, dans l'étude de la Framingham Offspring Cohort, l'exposition à une hypercholestérolémie prolongée depuis la jeunesse jusque vers la cinquantaine augmente le risque de MCV.

Au-delà de 70 ans, le cholestérol total et le LDL-C diminuent souvent, du fait de la fréquence des cancers, des maladies inflammatoires, de la malnutrition mais la relation avec les maladies cardiovasculaires liées à l'athérosclérose persiste.

En dehors du LDL-C, d'autres dosages sanguins sont utiles pour évaluer le RCV. Un taux bas du HDL-Cholestérol, inférieur à 0.50g/l chez les femmes (ce qui concerne 26% dans une étude française) et 0,40g/l chez les hommes (11% dans la même étude) et son corollaire rapport Cholestérol total/HDL-C élevé augmentent le risque. **Plus le taux de HDL-C est bas, plus grand est le risque cardiovasculaire.**

Des valeurs non optimales de LDL-C (>1g/l) et de HDL-C (<0,50g/l) chez les jeunes sont indépendamment associées à l'athérosclérose coronaire 20 ans plus tard. Le cholestérol non HDL (cholestérol total-cholestérol HDL) est plus facile à doser que le LDL-C puisqu'il ne nécessite pas un jeûne de 12 heures, dont l'intérêt est aujourd'hui discuté.

Vient ensuite l'hypertriglycéridémie déterminée à jeun mais aussi, peut-

être de façon plus prédictive du risque cardiovasculaire, en post prandial. Elle est définie par une valeur supérieure à 150 mg/dl, avec différents niveaux : limite jusqu'à 199 mg/dl, haut entre 200 et 499 et très haut à partir de 500. Les individus cumulant un taux élevé de LDL-C et de triglycérides sont à très haut risque de cardiopathie ischémique. L'absorption chronique de quantités importantes d'alcool et/ou de sucres surtout liquides est une cause fréquente d'hypertriglycéridémie et, pour diminuer celle-ci, il convient de réduire ces absorptions et de pratiquer une activité physique d'endurance.

Tous ces dosages (CT, LDL-C, HDL-C, Triglycérides, Cholesterol non HDL-C) doivent être répétés, hors nombreux cas particuliers, tous les 5 ans, compte tenu des modifications fréquentes avec le temps, liées aux modifications du mode de vie (sédentarité, alimentation différente), à la survenue de la ménopause voire de certaines maladies.