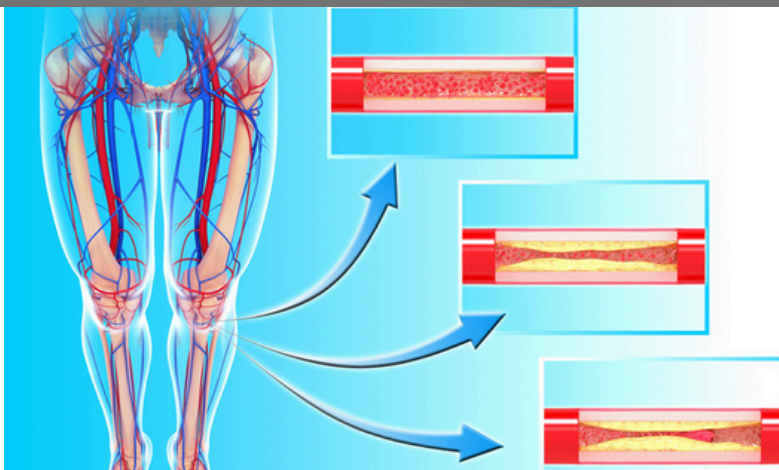


Septembre 2024



## Hypercholestérolémie, maladie et prévention

Un proverbe dit que « nous sommes ce que nous mangeons ». S'il peut s'appliquer dans le cas de l'hypercholestérolémie, d'autres facteurs doivent être pris en compte pour expliquer comment on en vient à souffrir de cette maladie et quelles sont les mesures à prendre pour la prévenir et la traiter.

**Le cholestérol** est une substance cireuse que notre corps crée pour fabriquer des vitamines et des hormones et construire des cellules. Il est nécessaire à la production des hormones stéroïdes et sexuelles, à la synthèse de la vitamine D et aide à la digestion des vitamines liposolubles telles que les vitamines A, D, E et K. Si notre corps produit du cholestérol dans le foie, nous pouvons également en trouver dans les aliments que nous consommons. Le cholestérol peut être mauvais pour l'organisme (LDL ou lipoprotéine de basse densité) ou bon (HDL ou lipoprotéine de haute densité). S'il y a trop de mauvaises LDL ou trop peu de HDL, le cholestérol peut affecter notre corps de manière négative, entraînant une perte de souplesse des artères et leur rétrécissement, ce que l'on appelle l'athérosclérose. Cette dernière peut à son tour entraîner des infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dus à la formation de caillots, ou encore des maladies vasculaires périphériques (MVP). Si vous avez suffisamment de HDL, elles sont considérées comme bonnes car elles ont une plus grande quantité de protéines, ce qui leur permet d'aspirer littéralement l'excès de cholestérol dans les cellules et de le transporter jusqu'au foie où il est éliminé.

### Statistiques :

- Selon le CDC, 7 % des enfants âgés de 6 à 19 ans ont un taux de cholestérol élevé, tandis que 93 millions d'adultes ont un taux de cholestérol supérieur à 200 mg/dL et 29 millions d'adultes un taux supérieur à 240 mg/dL. (CDC, 2021)

- L'hypercholestérolémie augmente non seulement le risque de maladie cardiaque, qui est la première cause de décès, mais elle expose également au risque d'accident vasculaire cérébral, qui est la cinquième cause de décès.

**Les facteurs de risque** peuvent être divisés en facteurs de risque modifiables (qui peuvent être changés) et non modifiables (qui ne peuvent pas être changés).

Les facteurs non modifiables comprennent l'origine ethnique. Les facteurs modifiables sont le diabète sucré, l'hypertension, l'obésité, le manque d'activité physique et le tabagisme.

**Signes d'alerte** d'un taux de cholestérol élevé : Prise de poids, distension de l'estomac, douleurs cardiaques, douleurs douloureuses, bosses autour des yeux, selles molles. Manque d'appétit, fatigue, dépression,

**Recommandations** : Indépendamment de l'âge, de l'origine ou du sexe, il convient d'encourager un mode de vie « sain pour le cœur ». Il est recommandé de promouvoir ce mode de vie dès le plus jeune âge, car il réduit les facteurs de risque d'hypercholestérolémie et, par conséquent, les maladies athérosclérotiques au fur et à mesure que l'individu vieillit, garantissant ainsi de meilleurs résultats pour l'avenir. Quel que soit l'âge, ce mode de vie constitue une prévention primaire du syndrome métabolique. Les changements de mode de vie comprennent une bonne alimentation, une activité physique régulière, le maintien d'un bon poids corporel, l'absence de tabagisme et d'alcoolisme.

**Dépistage** : Pour les adultes de 20 ans ou plus, un dépistage est recommandé au moins une fois tous les 5 ans. S'il n'y a pas de risque, il est recommandé aux hommes de 45 à 65 ans et aux femmes de 55 à 65 ans de se faire dépister tous les 1 à 2 ans. En cas de risques multiples, le dépistage doit être effectué plus souvent. Pour les adultes de plus de 65 ans, le dépistage doit être effectué tous les ans ou plus souvent si des facteurs de risque supplémentaires sont identifiés. Les situations dans lesquelles un dépistage ou une évaluation plus poussés sont nécessaires sont les suivantes : Prise de poids importante, difficulté à gérer le diabète, progression de la maladie athérotrombotique, changement ou ajout d'un médicament susceptible d'influer sur les taux de lipides. Les médicaments susceptibles d'augmenter le taux de cholestérol sont les inhibiteurs de protéase, les diurétiques, l'amiodarone, la cyclosporine, les bêta-bloquants, la prednisone et les stéroïdes anabolisants.

**Les objectifs de traitement** sont individualisés et dépendent du niveau de risque. Les objectifs généraux comprennent un taux de cholestérol total inférieur à 200 mg/dL et un taux de HDL supérieur à 60 mg/dL, ce qui permet de contrebalancer les dommages causés par le LDL, dont le taux doit rester inférieur à 100 mg/dL. D'autres objectifs comprennent des changements de mode de vie :

1. Régime alimentaire - Ce régime équilibré comprendrait l'utilisation de fibres, de stanol végétal, de fruits et de légumes frais, de viandes maigres, de poissons et de céréales complètes, ainsi que d'aliments contenant moins de graisses saturées, de graisses trans et de cholestérol. L'arrêt du tabac et de l'alcool doit être encouragé.
2. Il est recommandé de faire de l'exercice au moins trois fois par semaine, ce qui contribuera à réduire le taux de cholestérol, mais aussi à gérer les autres comorbidités.
3. L'utilisation de statines permet d'atteindre un taux de cholestérol sain, mais aussi de prendre en charge d'autres comorbidités telles que le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies rénales.

Si un diagnostic d'hypercholestérolémie est posé et qu'un plan de traitement est mis en œuvre, le patient doit être suivi toutes les 6 semaines jusqu'à ce que les objectifs lipidiques discutés soient atteints. Une fois les objectifs atteints, un suivi doit être effectué et les taux de lipides doivent être évalués tous les 6 mois à un an.