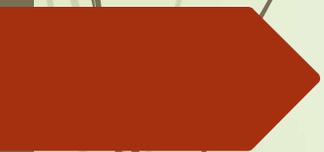


Printemps des EHPAD

l'Alimentation en EHPAD

Valpré - Ecully - 17 avril 2025.

Cholestérol et Triglycérides,
Quand les doser ?
Quand traiter ?
Comment traiter? place des Statines...



Dr Gilles ALBRAND - Gériatre

Service de Médecine du Vieillissement – Lyon-Sud

Co-coordonnateur : UCOG-IR AuRA Ouest

Cholestérol

► Un taux de cholestérol total :

- inférieur à 2 g/L (5.17 mmol/l) est considéré comme souhaitable pour les adultes.
- Un taux compris entre 2 et 2,39 g/L (5,17 – 6,18 mmol/l) est considéré comme limite élevée
- Un taux de 2,40 g/L (6,20 mmol/l) et plus est considéré comme élevé.

► Le taux de cholestérol LDL :

- Devrait être inférieur à 1g/L (2,59 mmol/l).
- Des niveaux de 1 à 1,29 g/l sont acceptables pour les personnes n'ayant pas de problèmes de santé.
Pour les seniors qui ne présentent pas de facteurs de risque CV, le taux doit être inférieur à 1,3 g/L (3,36 mmol/L).
- Un taux de 1,30 à 1,59 g/L est à la limite de l'acceptable et un taux de 1,60 à 1,89 g/L est élevé.
- Une valeur de 1,90 g/L (4,91 mmol/L) ou plus est considérée comme très élevée.

► Les niveaux de HDL devraient être maintenus à un niveau plus élevé :

- Un taux inférieur à 0,4 g/L (1,03 mmol/l) est considéré comme un facteur de risque majeur de maladie cardiaque.
- Une valeur comprise entre 0,41 g/l et 0,59 g/L est considérée comme limite basse.
- La lecture optimale des niveaux de HDL est de 0,6 g/L (1,55 mmol/l) ou plus.

TRIGLYCERIDES

- ▶ le taux de triglycérides est optimal quand il est inférieur à 1,7 g/L, soit 1,92 mmol/L.
- ▶ On parle d'hypertriglycéridémie quand, le taux sanguin :
 - ▶ chez l'homme, est supérieur à 2 mmol/L ou à 1,75 g/L ;
 - ▶ chez la femme, est supérieur à 1,60 mmol/L ou à 1,40 g/L.

Les DOSAGES selon AMELI

- ▶ **Indépendamment de l'âge, un bilan lipidique est prescrit chez toute personne dans une situation de risque cardiovasculaire élevé.**
- ▶ En cas de dyslipidémie :
 - ▶ En cas de résultats montrant une anomalie lipidique, un traitement est mis en place. Un bilan lipidique de contrôle s'ensuit afin de contrôler son efficacité et de l'ajuster jusqu'à obtention des valeurs cibles des lipides sanguins.
 - ▶ Une fois le traitement adapté, **un bilan lipidique annuel est généralement suffisant.**
- ▶ En cas de résultats normaux du bilan lipidique chez une personne sans FDCV :
 - ▶ Si les résultats du bilan lipidique ne montrent aucune anomalie, **un contrôle tous les 5 ans est suffisant.**
- ▶ Un nouveau bilan peut toutefois s'avérer nécessaire plus tôt si la personne :
 - ▶ subit un évènement cardiovasculaire (angine de poitrine, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, artérite des membres inférieurs) ;
 - ▶ prend du poids de façon conséquente ;
 - ▶ change son mode de vie : tabagisme, sédentarité, etc. ;
 - ▶ doit prendre un traitement qui peut modifier le taux de cholestérol ou des triglycérides, ou augmenter son risque cardiovasculaire

HYPERTRIGLYCÉRIDÉMIE et SUJET AGE

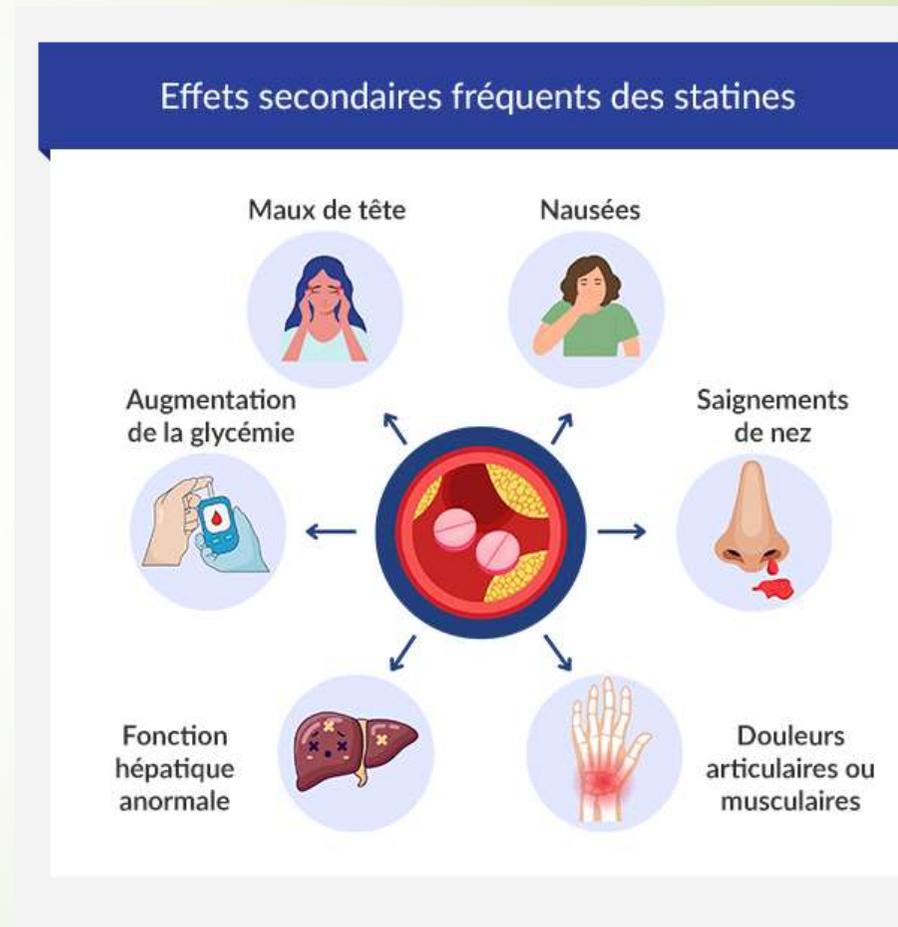
- ▶ Pas de littérature spécifique
- ▶ Le CHMP (comité des médicaments à usage humain de l'European Medicines Agency's (EMA) committee) estime que les fibrates restent une option sûre pour faire baisser les taux de lipides, mais leur utilisation en tant que **traitement de première ligne ne se justifie pas**. Les fibrates ne doivent être utilisés que lorsque les statines sont contre-indiquées ou ne sont pas tolérées. Cependant, le comité a noté que les **fibrates sont plus efficaces que les statines pour faire baisser les taux de triglycérides** et que par conséquent leur utilisation comme traitement de première ligne chez les patients présentant une hypertriglycémie sévère (taux très élevés de triglycérides dans le sang : > 10 mmol/l ou 8,8 g/l) reste appropriée,

PA et STATINES

- ▶ Le recours aux statines diminue avec l'âge. Cette tendance peut s'expliquer par l'incertitude quant aux effets des statines chez les personnes âgées, en raison du nombre relativement faible de personnes de plus de 75 ans qui ont participé à des essais avec statines.
- ▶ Une question qui est souvent posée concerne notamment les patients en prévention primaire : faut-il débiter un traitement chez un sujet âgé, ou bien si déjà en cours, faut-il le poursuivre ?
- ▶ L'âge a un poids relatif très important dans l'évaluation du risque chez les patients âgés : une personne de 75 ans sans facteurs de risque sera considérée à risque cardiovasculaire élevé. **Les cartes de risque SCORE, malgré qu'elles aient été adaptées dans les dernières recommandations, surestiment le risque chez les personnes âgées.**
- ▶ Avec le vieillissement, il y a **un potentiel d'augmentation des effets indésirables musculaires associés aux statines**, tels que la myalgie sans élévation des CPK, la myopathie avec élévation des CPK et la rhabdomyolyse, rare mais grave.

Effets secondaires des statines

- Effets secondaires fréquents des statines
 - Pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10
 - Maux de tête
 - Inflammation des voies nasales
 - Saignements de nez
 - Augmentation du taux de sucre dans le sang
 - Fatigue ou faiblesse physique
 - Problèmes gastriques (nausées, constipation, diarrhée)
 - Douleurs articulaires, musculaires ou dorsales
 - Fonction hépatique légèrement anormale
 - Pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 100
 - Problèmes de sommeil (cauchemars ou insomnie)
 - Vertiges
 - Engourdissement des doigts ou des orteils (picotements)
 - Vision trouble
 - Vomissements
 - Inflammation du pancréas (pancréatite)
 - Inflammation du foie (hépatite)
 - Perte de cheveux



PA et STATINES

- ▶ La question sur les > 75 ans a été récemment adressée par une étude française :
 - ▶ parmi plus de 120 000 sujets en prévention primaire traités par statines et suivis 2.4 ans après leur 75ème anniversaire,
 - ▶ ceux qui gardaient leur traitement avaient 33% moins de risque de faire un évènement cardiovasculaire, et plus précisément 46 % moins de risque d'évènement coronarien, et 26% moins de risque d'évènement cérébro-vasculaire.
- ▶ En conclusion, l'introduction d'un traitement chez la personne âgée est à définir au cas par cas, mais chez les patients déjà traités il semble logique de garder le traitement en cours, avec toutes les adaptations qu'il faudra.
- ▶ Par ailleurs, en prévention secondaire, il est recommandé de traiter les PA de 75 ans et plus comme les patients les plus jeunes.

PA et STATINES : mais

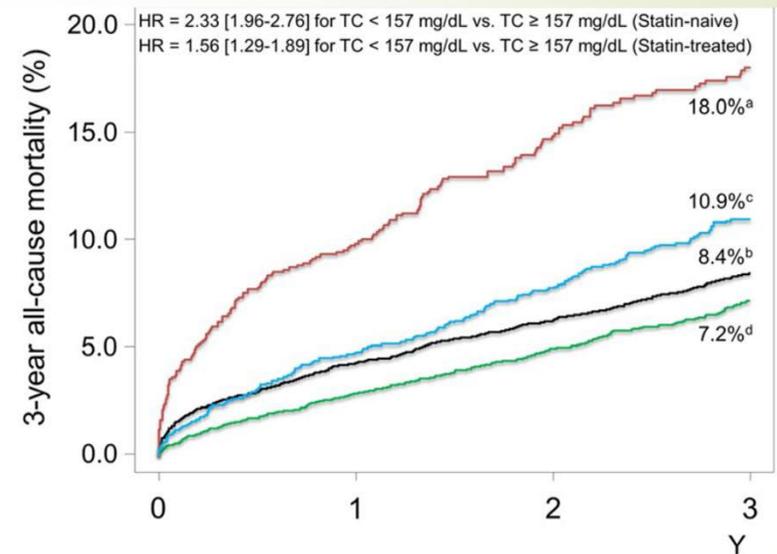
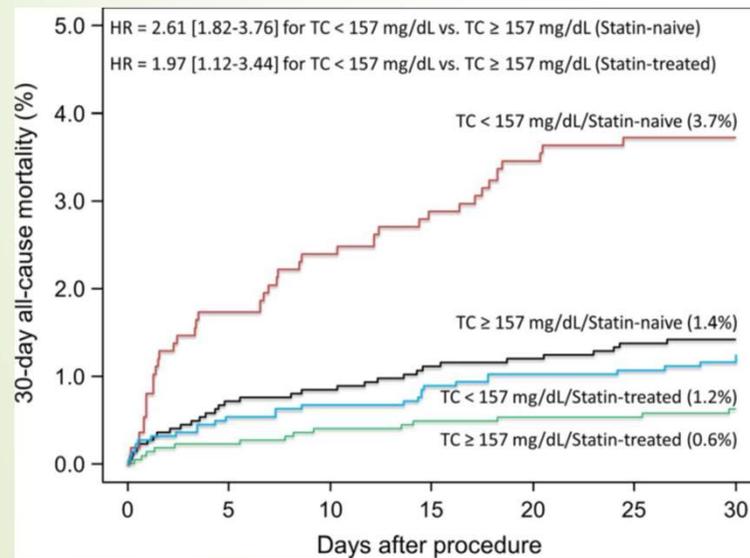
- ▶ Une étude espagnole sur une cohorte rétrospective a évalué l'efficacité des statines en **prévention primaire** chez près de 47 000 personnes âgées de 75 ans et plus en bonne santé, dont 16% ont commencé à prendre une statine.
 - ▶ Les statines n'étaient associées à **aucun bénéfice chez les patients de 85 ans ou plus**:
 - ▶ Pas de réduction de la mortalité ni des événements cardio-vasculaires.
 - ▶ **Chez les patients entre 75-84 ans non diabétiques**, le traitement par statine n'a pas été associé à une diminution du nombre d'événements cardio-vasculaires ni à une réduction de la mortalité toutes causes confondues.
 - ▶ En revanche, **chez les patients entre 75-84 ans diabétiques** traités par statines, l'étude rapporte une **réduction relative** du nombre d'événements cardio-vasculaires de 24% et de la mortalité toutes causes confondues de 16%.
 - ▶ Les auteurs n'ont pas observé d'augmentation du risque de myopathie, de toxicité hépatique ou de diabète de type 2 suite à l'utilisation de statines.
- ▶ **Il ressort ainsi de cette analyse que la prescription ou la déprescription de statines doit être décidée en fonction de chaque patient individuellement, en concertation avec celui-ci, mais que l'avantage prévisible est tout au plus limité.**

HYPOCHOLESTEROLEMIE : RISQUE ?

- ▶ **L'hypocholestérolémie constitue un facteur de risque de mortalité et de morbidité chez les sujets âgés.** Une telle association a en particulier été retrouvée chez des **sujets âgés en institution ou hospitalisés à la suite d'un épisode aigu**. L'excès de mortalité semble lié au fait que l'hypocholestérolémie est le reflet d'une mauvaise régulation du métabolisme lipidique dans un contexte de pathologie chronique.
- ▶ L'étude Honolulu Heart Program publiée dans The Lancet en 2001 :
 - ▶ Common causes of death in patients with falling TC levels were **malignancies of hematopoietic system, oesophagus and prostate and non-malignant liver disease**
 - ▶ « Nos données concordent avec les résultats antérieurs d'une augmentation de la mortalité chez les personnes âgées présentant un faible taux de cholestérol sérique et montrent que la persistance à long terme d'une faible concentration de cholestérol augmente en fait le risque de décès. »
- ▶ Un **faible taux de cholestérol** (1,80 g/l et moins) et la violence chez les patients psychiatriques ont été associés. Lorsque les patients de longue durée d'un hôpital psychiatrique avec des antécédents d'isolement ou de contention furent comparés à d'autres patients, il y avait une « **association hautement significative et forte entre un taux de cholestérol plus faible et un comportement violent** ». Les auteurs ont toutefois averti que les taux de cholestérol ne devraient pas être utilisés pour prédire la violence.
- ▶ Le **cholestérol peut protéger contre les infections et l'athérosclérose**, car « les nombreuses observations en contradiction avec l'hypothèse du récepteur LDL peuvent s'expliquer par l'idée qu'un taux élevé de cholestérol sérique et/ou un taux élevé de LDL protège contre l'infection et l'athérosclérose ».

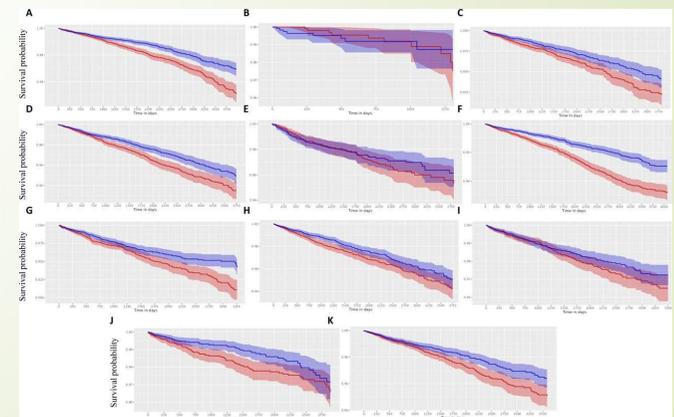
HYPOCHOLESTEROLEMIE : RISQUE ?

- Etude portant sur 14 952 patients coronariens ayant bénéficié d'une pose de stent sont classés en 4 catégories : Hypocholestérolémie totale (<1.57 g/L) avec ou sans statines versus « normocholestérolémie » avec ou sans statines.
- Chez les patients coronariens, l'hypocholestérolémie à l'admission était indépendamment associée à un risque accru de mortalité toutes causes confondues à 30 jours et 3 ans après la pose de stent.



HYPOCHOLESTEROLEMIE : RISQUE ?

- ▶ Le lien entre LDL-cholestérol (LDL-C) et risque cardiovasculaire est clairement établi, mais ses implications sur le risque de démence demeurent controversées.
- ▶ Une étude récente menée sur une vaste cohorte issue de 11 hôpitaux universitaires coréen apporte des éléments plus clairs :
 - ▶ de faibles niveaux de LDL-C (<70 mg/dL ou 1,8 mmol/L) sont associés à une diminution significative du risque de démence, incluant la démence de type Alzheimer (ADRD), avec des réductions respectives de 26 % et 28 % par rapport à des niveaux supérieurs à 130 mg/dL .



HYPOCHOLESTEROLEMIE : RISQUE ?

- Forette a montré que chez 92 femmes de plus de 60 ans **suivies 5 ans en institution** dont 53 décèdent, la mortalité est 5,2 fois plus élevée chez celles ayant un cholestérol bas (1,55 g/l) à l'entrée.
- Grant a montré également chez des **sujets âgés vivant en institution** que, comparativement à des sujets ayant un cholestérol stable, le risque de décès était 2 fois plus élevé pour une baisse du cholestérol de moins de 45 mg/an et 6,2 fois plus élevé pour une baisse de plus de 45 mg/an.
- Bonnefoy démontre chez des patients âgés hospitalisés la présence d'une association entre malnutrition et hypocholestérolémie et suggère une responsabilité de l'inflammation.
- **Devant toute hypocholestérolémie il faut chercher une cause.**

Forette B, Tortrat D, Wolmark Y. Cholesterol as risk factor for mortality in elderly women. Lancet april 22 1989:868-70.

Grant MD, Piotrowski ZH, Miles TP. Declining cholesterol and mortality in a sample of older nursing home residents. J Am Geriatr Soc 1996;44:31-6.

M. Bonnefoy et al. La revue de médecine interne 23 (2002) 991-998.

Marshall B. Elam JAGS 43:312-313,1995

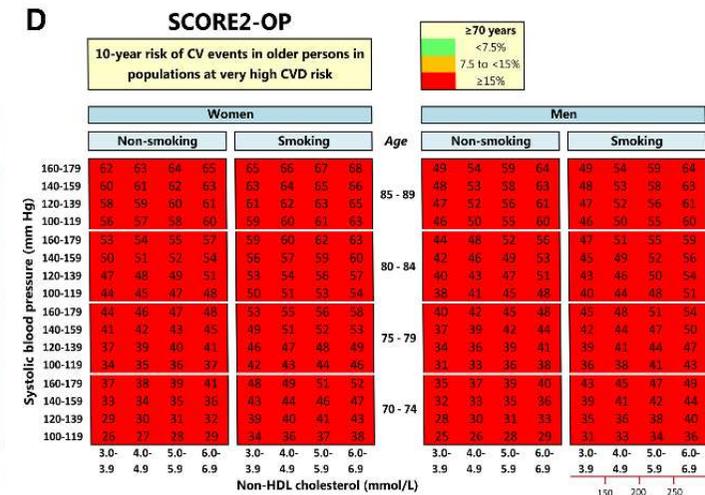
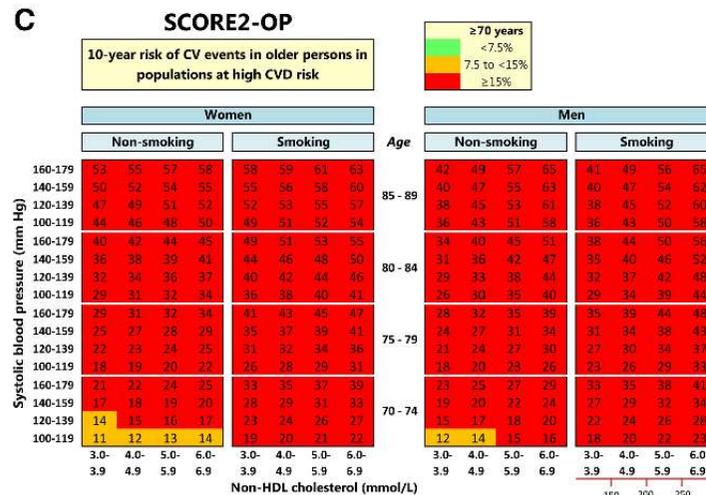
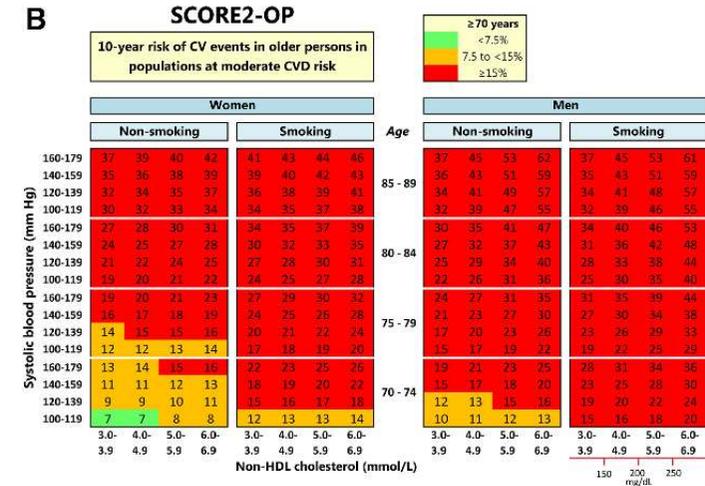
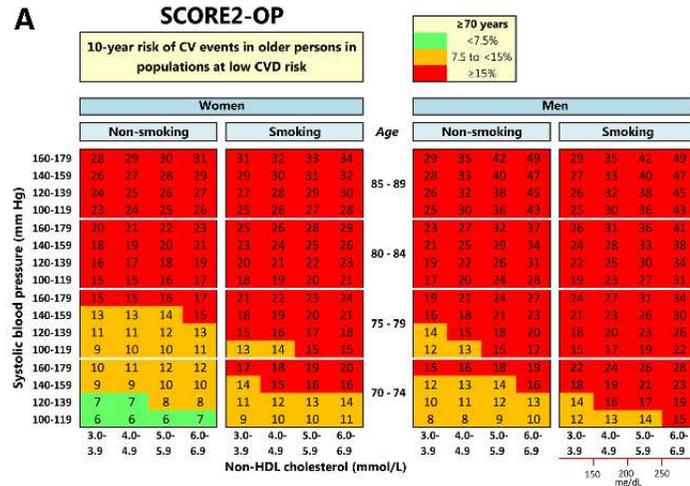
Que faire chez une PA de 80 ans et plus ?



SCORE2-OP

- A : Risque CV faible
- B : Risque CV modéré
- C : Risque CV élevé
- D : Risque CV très élevé

Très haut risque CV	Prévention secondaire Diabète avec atteinte d'organe ou >3 FDRCV ou diabète de type 1 (DT1) >20 ans Insuffisance rénale sévère DFG<30mL/min SCORE> 10% Hypercholestérolémie familiale avec maladie cardiovasculaire ou un autre FDRCV
Haut risque CV	Un FDRCV majeur : PA>180/110 ; TG>3.1g/L ou LDLc >1.9g/l Hypercholestérolémie familiale sans autre FDRCV Diabète sans atteinte d'organe, avec durée >10 ans ou avec autres FDRCV Insuffisance rénale modérée avec 30<DFG<59mL/min 5%<SCORE<10%
Risque CV modéré	Patients jeunes (DT1<35 ans ; DT2<50 ans avec durée du diabète<10 ans sans autre FDRCV 1%<SCORE<5%
Bas risque CV	SCORE<1%

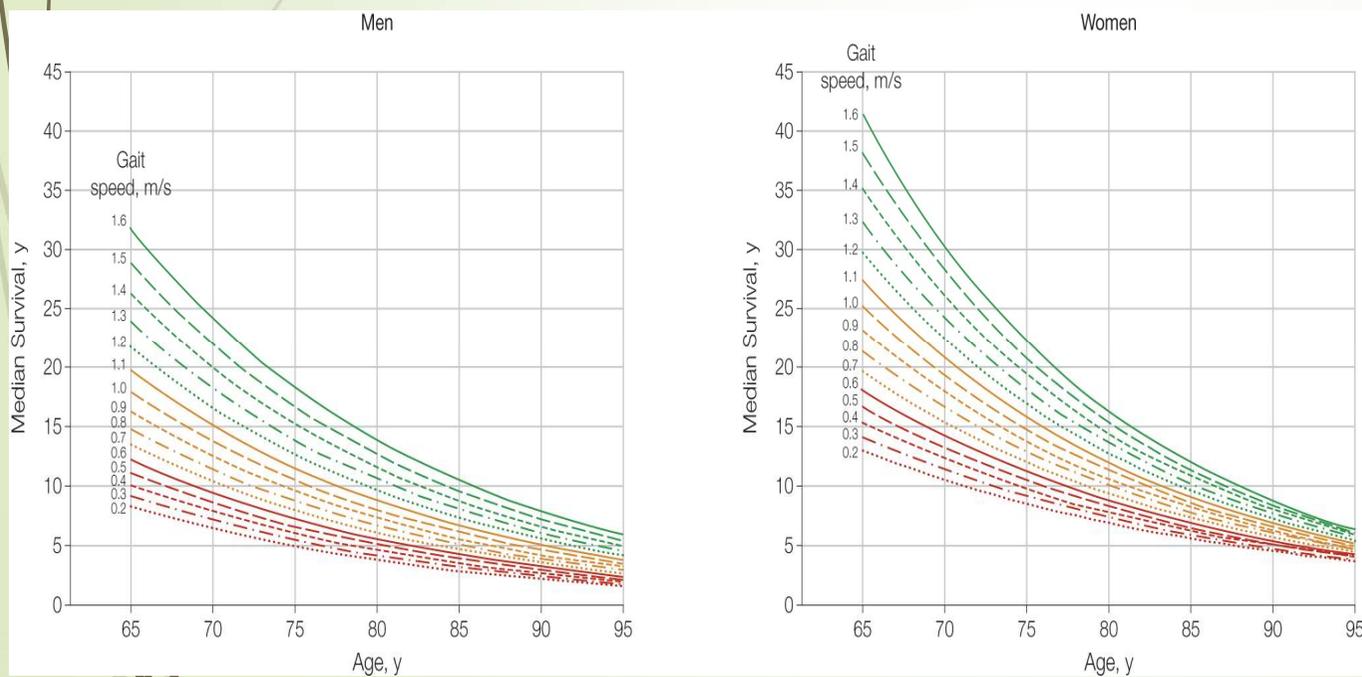


Objectifs thérapeutiques

- ▶ TG < 1.5g/L (< 1,69 mmol/L)
- ▶ Un LDLc
 - ▶ < 0.55g/L (< 1,42 mmol/L) en prévention secondaire ou chez les patients à très haut risque
 - ▶ < 0.7g/L (< 1,81 mmol/L) chez les patients à haut risque
 - ▶ < 1g/L (< 2,58 mmol/L) chez les patients à risque modéré
 - ▶ < 1.16g/L (< 2,99 mmol/L) chez les patients à bas risque
- ▶ Chez des patients en prévention secondaire
 - ▶ à très haut risque, la réduction du LDLc doit être de plus de 50% et atteindre < 0.55g/L,
 - ▶ il en est de même pour les patients à très haut risque en prévention primaire (hors hypercholestérolémie familiale) (classe I).
 - ▶ Quant aux patients à haut risque, la réduction du LDLc doit être de plus de 50% et atteindre < 0.7g/L (classe IA).

Prédiction de la mortalité

- Utilisation d'outil d'aide sur le site e-prognosis (<https://eprognosis.ucsf.edu/>)
- Utiliser la vitesse de marche



<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/644554>

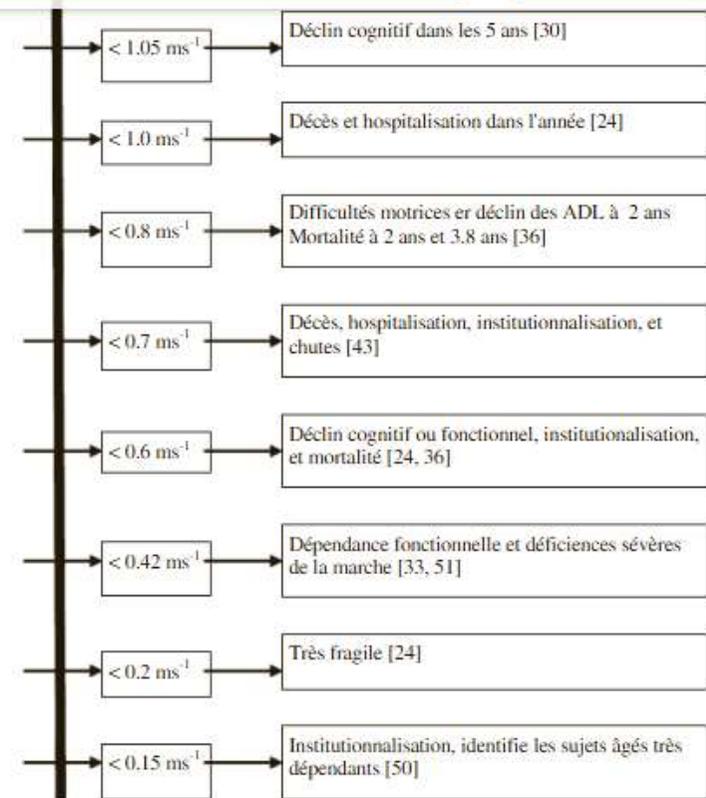
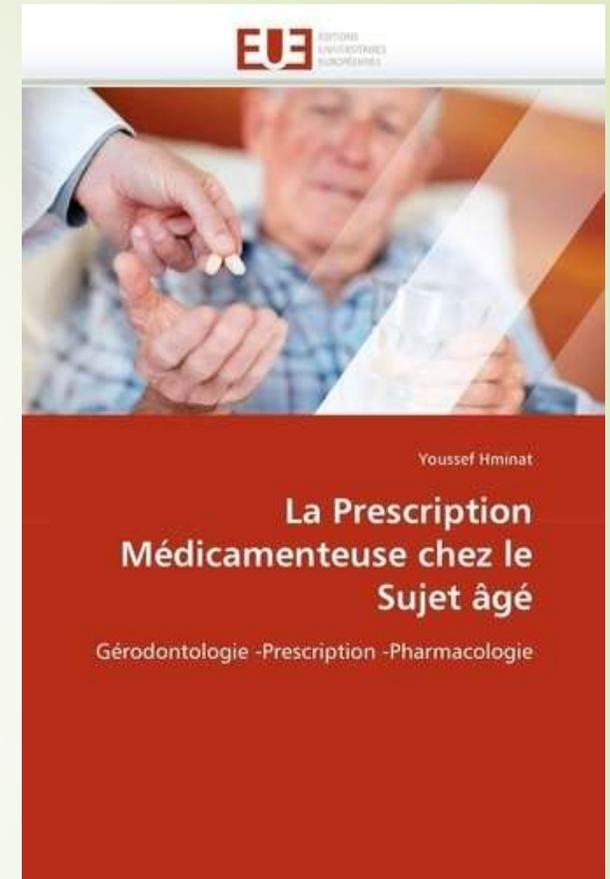


Fig. 2 Valeurs seuils de vitesse de marche à allure normale et risque d'événements péjoratifs trouvés dans la littérature

Cah. Année Gérontol. (2010) 2:13-23

Messages en EHPAD

- Prévention primaire :
 - Peut utile sauf possiblement chez les diabétiques
- Prévention secondaire :
 - Maintien des statines si FRCV +++
 - Surveiller les effets secondaires surtout ceux affectant la marche
 - Éviter l'hypocholestérolémie , adaptation de dose
 - Si pronostic vital engagé à court terme : discussion d'arrêt
 - Réflexion au cas par cas,
- Si hypocholestérolémie
 - Rechercher la cause



[PMSA Brochure finale CC](#)