



## Qui dépister, à jeun ou non à jeun, avec TC, TG, HDL-C, LDL-C calculé et non-HDL-C avec ApoB le cas échéant et Lp(a) une fois:

- Hommes  $\geq 40$  ans; Femmes  $\geq 40$  ans ou ménopausées; à un plus jeune âge chez les Premières Nations et les personnes d'Asie du Sud**
- À tout âge chez les patients présentant:**
  - Maladie athérosclérotique clinique
  - Preuve préclinique d'athérosclérose (p. ex. score calcique élevé ou anomalies à l'échographie carotidienne)
  - Anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)
  - Diabète
  - Hypertension artérielle
  - Tabagisme actif
  - Stigmates de dyslipidémie: xanthomes tendineux (également arcs cornéens, xanthélasmas si  $< 45$  ans)
  - Antécédents familiaux (HFx) de MCV prématurée chez un parent au premier degré (homme  $< 55$  ans, femme  $< 65$  ans)
  - Antécédents familiaux de dyslipidémie (incluant Lp(a) élevée, en particulier  $\geq 50$  mg/dL ou  $\geq 100$  nmol/L)
  - Maladie rénale chronique (DFGe  $\leq 60$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> ou RAC  $\geq 3$  mg/mmol)
  - Obésité (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>)
  - Maladies inflammatoires (p. ex. PAR, LED, arthrite psoriasique, spondylite ankylosante, maladie inflammatoire intestinale)
  - Infection par le VIH
  - Dysfonction érectile
  - Maladie pulmonaire obstructive chronique
  - Complications liées à la grossesse (maladie hypertensive de la grossesse, diabète gestationnel, naissance prématurée, mortinaissance, nourrisson de faible poids à la naissance, décollement placentaire)

## Qui traiter en fonction de facteurs de risque cliniques (score de Framingham [SRF] non nécessaire):

- Conditions pour lesquelles les statines sont indiquées:**
  - Maladie athérosclérotique/AAA clinique
  - Diabète si  $> 40$  ans ou  $> 30$  ans avec une maladie microvasculaire ou durée  $> 15$  ans
  - Maladie rénale chronique (non dialysé, DFGe  $< 60$  mL/min ou RAC urinaire  $\geq 3$  mg/mmol)
  - HF ou LDL-C  $\geq 5,0$  ou non-HDL-C  $\geq 5,8$  mmol/L ou ApoB  $\geq 1,45$  g/L
- Patients avec TG très élevés  $\geq 10$  mmol/L et/ou avec antécédent de pancréatite liée aux TG**

## Qui traiter en fonction de SRF:

- SRF élevé ( $\geq 20\%/10$  ans)**
- SRF intermédiaire (10-19,9 %/10 ans) et LDL-C  $\geq 3,5$  mmol/L ou non-HDL-C  $\geq 4,2$  mmol/L ou ApoB  $\geq 1,05$  g/L**
- SRF intermédiaire (10-19,9 %/10 ans) et LDL-C  $< 3,5$  mmol/L ou non-HDL-C  $< 4,2$  mmol/L ou ApoB  $< 1,05$  g/L ou d'autres modificateurs de risque HFx, Lp(a)  $\geq 50$  mg/dL [ou  $\geq 100$  nmol/L] ou score calcique  $> 0$  UA)**
- Faible SRF (5-9,9 %/10 ans) avec LDL-C  $\geq 3,5$  mmol/L ou non-HDL-C  $\geq 4,2$  mmol/L ou ApoB  $\geq 1,05$  g/L ou d'autres modificateurs de risque HFx, Lp(a)  $\geq 50$  mg/dl [ou  $\geq 100$  nmol/L] ou score calcique  $> 0$  UA)**

## Facteurs qui ne figurent pas dans le SRF suggérant que le risque calculé peut être sous-estimé:

- D'après les ECRs:**
  - JUPITER: CRP  $> 2,0$  mg/L
  - HOPE-3: Rapport taille/hanches  $\geq 0,85$  (femmes) ou  $\geq 0,90$  (hommes), Anomalie de la glycémie à jeun et intolérance au glucose (prédiabète, syndrome métabolique)
  - ASCOT: HVG/autres anomalies à l'ECG
- Des données épidémiologiques (considérez l'ethnicité et les facteurs g – p Étape 1)**

## Facteurs qui ne figurent pas dans le SRF suggérant que le risque calculé peut être surestimé:

Score calcique = 0 UA chez les patients avec un SRF modéré

## Ce qu'il faut surveiller:

- Si TG  $< 1,5$  mmol/L, surveiller le traitement à l'aide des LDL-C, non-HDL-C ou ApoB (à jeun ou non à jeun)**
- Si TG  $\geq 1,5$  mmol/L, surveiller le traitement à l'aide des non-HDL-C ou de l'ApoB (à jeun ou non à jeun)**

## Quoi utiliser:

- Comportements bénéfiques à la santé incluant une alimentation saine (et consommation modérée d'alcool), gestion du poids, activité physique régulière, promotion de l'arrêt tabagique (y compris pharmacothérapie spécifique au besoin)**
- Statine à dose maximale tolérée décrite dans les Tableaux 2 et 3**
- En prévention CV primaire des patients avec HF, utiliser le seuil de LDL-C  $\geq 2,5$  mmol/L, non HDL-C  $\geq 3,2$  mmol/L, ApoB  $\geq 0,85$  g/L, ou abaissement  $< 50\%$  des LDL-C, envisager ajouter inhibiteur de PCSK9, avec/sans ézétimibe**
- Dans d'autres contextes de prévention CV primaire, utiliser le seuil de LDL-C  $\geq 2,0$  mmol/L, non HDL-C  $\geq 2,6$ , ApoB  $\geq 0,80$  g/L ou abaissement  $< 50\%$  des LDL-C, envisager l'utilisation d'ézétimibe (ou un agent séquestrant des acides biliaires)**
- Ajouter un traitement en prévention CV secondaire, utiliser des seuils de LDL-C  $\geq 1,8$  mmol/L, non HDL-C  $\geq 2,4$ , ApoB  $\geq 0,70$  g/L**
  - Ézétimibe  $\pm$  inhibiteurs de PCSK9 (si LDL-C 1,8-2,2 mmol/L, non-HDL-C 2,4-2,9 mmol/L, ou ApoB 0,7-0,8 g/L, l'ézétimibe peut suffire)
  - Inhibiteurs de PCSK9  $\pm$  ézétimibe (inhibiteurs de PCSK9 particulièrement si LDL-C  $> 2,2$  mmol/L, non-HDL-C  $> 2,9$  mmol/L ou ApoB  $> 0,8$  g/L) ou chez les patients à très haut risque ayant le plus grand bénéfice de l'ajout d'un inhibiteur de PCSK9, par exemple SCA dans la dernière année, diabète ou syndrome métabolique, maladie polyvasculaire, IM dans les 2 ans, IM récurrent, pontage aorto-coronarien ancien, maladie artérielle périphérique symptomatique, HF ou LDL-C résiduel  $\geq 2,6$  mmol/L avec statine dose maximale tolérée, Lp(a)  $\geq 60$  mg/dL)
- Icosapent éthyl chez les patients diabétiques en prévention primaire et de  $\geq 1$  facteur de risque ou chez les patients en prévention secondaire lorsque, dans les deux cas, TG  $\geq 1,5$  et  $\leq 5,6$  mmol/L, sous statine à dose maximale tolérée**
- Lorsque l'icosapent éthyl n'est pas indiqué, mais que TG nécessitent une prise en charge (p. ex., TG très élevés  $\geq 10$  mmol/L ou préoccupation concernant une pancréatite liée aux TG), utiliser le fénofibrate micronisé**