

Dyslipidémie au cabinet

Dyslipidémie 2024 – aperçu pratique

Bien que les taux de lipides soient souvent mesurés dans le quotidien médical, les incertitudes concernant le diagnostic et le traitement sont fréquentes. Les situations ne présentant aucune donnée claire, comme pour les patientes et patients ≥ 70 ans en prévention primaire, sont également discutées. Le présent article présente un aperçu pratique de cette thématique.

Anina Pless^a; Elisavet Moutzouri^{a,b}; Nicolas Rodondi^{a,b}
^a BIHAM Berner Institut für Hausarztmedizin, Universität Bern, Bern; ^b Lipidsprechstunde, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern

Détermination de la cause

L'identification de la cause de dyslipidémie est importante pour le processus diagnostique et thérapeutique [1]. Il convient d'abord d'exclure une cause secondaire (tab. 1). Ensuite, la probabilité de présence d'une dyslipidémie familiale doit être envisagée considérant les résultats anamnestiques, cliniques et biochimiques (tab. 2). Les scores d'évaluation du risque cardiovasculaire (CV) ne sont pas valables pour la dyslipidémie familiale. Le score du *Dutch Lipid Clinic Network* (DLCN) peut

être utile pour évaluer la probabilité d'une hypercholestérolémie familiale (HF): calculateur HF du GSLA / score DLCN [2], bien qu'aucun diagnostic ne puisse être établi uniquement sur la base de ce score. Dans ces cas, un autre traitement spécifique doit être mis en place, en collaboration avec des spécialistes lors d'une consultation des lipides [3]. L'hypercholestérolémie polygénique est la cause la plus fréquente de dyslipidémie. Des facteurs tant héréditaires que liés au mode de vie jouent un rôle dans son apparition [4]. Les scores de risque polygéniques peuvent être utiles pour le diagnostic, mais leur rôle dans la pratique clinique est actuellement encore incertain.

Stratification du risque

Lorsqu'une dyslipidémie secondaire ou familiale a été raisonnablement exclue, le risque CV peut être calculé au moyen du score du GSLA (Groupe de travail Suisse Lipides et Athérosclérose). Le calculateur de risque du GSLA est adapté aux rapports suisses sur la base des données de la PROCAM (Prospective Cardiovascular Münster Study) [2]. Le score PROCAM a été développé à partir de données de suivi recueillies sur 10 ans concernant 5389 hommes entre 35 et 65 ans, et validé pour la Suisse. Il est ainsi possible de calculer le risque absolu en pourcentage de développer un événement coronarien ou un infarctus myocardique mortel dans un délai de 10 ans

Tableau 1: Diagnostics différentiels des dyslipidémies secondaires

↑ LDL	
– Hypothyroïdie	
– Cholestase	
– Syndrome néphrotique	
– Anorexie mentale	
– Grossesse	
↑ Triglycérides	
– Consommation d'alcool	
– Diabète sucré de type 2	
– Insuffisance rénale	
– Obésité	
– Médicaments (thiazides, bêtabloquants, corticostéroïdes, estrogènes, inhibiteurs de la protéase, rétinoïdes, ciclosporine, etc.)	
↓ HDL	
– Consommation de nicotine	
– Médicaments	

Tableau 2: Signes de dyslipidémie familiale*

Suspicion de dyslipidémie familiale, si**	
Anamnestique:	– événements cardiovasculaires prématurés*** chez le patient / la patiente ou – événements cardiovasculaires prématurés chez les parents au 1 ^{er} degré
Clinique:	– arc cornéen chez les patients / patientes <45 ans ou – xanthomes cutanés ou tendineux
Biochimique:	– cholestérol total >7,5 mmol/l ou – taux de LDL >4,9 mmol/l ou – TG >5 mmol/l

* Les deux formes les plus fréquentes: hypercholestérolémie familiale, hyperlipidémie familiale combinée
** **Aucun** établissement de diagnostic uniquement sur la base de ces critères
*** (MCV ou autre maladie vasculaire périphérique ou centrale M: <55 A, F: <60 A)

Perfectionnement

[5]. Le calculateur du GSLA permet un calcul du risque jusqu'à 75 ans. Le SCORE2, qui présente pour la Suisse une valeur prédictive semblable à celle du score du GSLA concernant la survenue de maladies cardiovasculaires, peut également être utilisé [6, 7]. Le SCORE2-OP a été développé pour les personnes au-delà de 70 ans jusqu'à 89 ans [8], bien que les données sur un traitement par statines chez les plus de 70 ans soient contestées (cf. paragraphe «Traitement chez les patientes et patients âgés»). Selon la catégorie de risque, les taux cibles de lipides et la nécessité d'un traitement diffèrent.

Chez les jeunes patientes et patients, le risque calculé au vu de l'âge est presque toujours très faible malgré l'éventuelle présence de facteurs de risque supplémentaires. Les avantages à long terme des modifications du mode de vie, notamment l'arrêt du tabagisme, sont ainsi insuffisamment identifiables. La détermination du «lifetime-risk» au moyen du calculateur U-Prevent pourrait alors être indiquée [9]. À l'avenir, les scores polygénétiques pourraient peut-être améliorer la précision de l'évaluation du risque CV [10].

Un taux de LDL >4,9 mmol/l constitue un signe d'alarme (mais ne permet pas de diagnostic à lui seul!) et il convient d'envisager des investigations supplémentaires auprès d'une

ou d'un spécialiste des lipides [4]. En effet, seule une faible part (2–10%) des personnes avec un taux de LDL >4,9 mmol/l présentent une HF [11, 12]. Nous recommandons d'orienter les personnes avec un taux de LDL >4,9 mmol/l vers une ou un spécialiste des lipides en présence d'un score DLCN >5 et lorsque les critères de Simon-Broome sont remplis (xanthome tendineux chez la personne concernée ou chez des parents au premier / deuxième degré ou anamnèse familiale positive concernant un infarctus myocardique prématuré et / ou anamnèse familiale positive concernant un taux de cholestérol total accru >7,5 mmol/l chez des parents au premier / deuxième degré [13, 14]. Orienter la patiente ou le patient vers une ou un spécialiste peut aussi être pertinent en cas d'incertitude de la part de la médecin traitante ou du médecin traitant.

En cas de risque intermédiaire, d'autres procédures diagnostiques telles que le Coronary Artery Calcium (CAC) Scoring peuvent être utiles pour évaluer le risque plus précisément. Cependant, il existe actuellement peu d'évidence concernant l'utilisation du CAC Scoring dans les situations de risques intermédiaires, ainsi que sur son utilisation dans la médecine de premier recours. Il existe en effet actuellement aucune étude randomisée sur

l'utilisation du CAC scoring en prévention primaire. L'identification de plaques au niveau des carotides par échographie peut probablement aussi être considérée comme un facteur modificateur du risque, mais il n'existe aucune évidence de qualité issue d'études contrôlées randomisées concernant tout examens d'imagerie supplémentaires [15]. La *U.S. Preventive Services Task Force* ne recommande pas ce type d'investigations. La mesure de l'épaisseur intima-média (IMT) à l'échographie carotidienne visant une meilleure évaluation du risque n'est pas préconisée dans la population générale, en raison de limitations méthodologiques [3]. L'IMT peut être utile pour le bilan des patientes et patients atteints d'HF [16].

Analyses biochimiques

En prévention primaire, le moment et l'intervalle de mesure des valeurs lipidiques dépend de l'âge de la patiente ou du patient [17, 18]. La *U.S. Preventive Services Task Force* recommande un dépistage environ tous les 2–5 ans chez les personnes entre 40 et 75 ans. Pour les adultes entre 21 et 39 ans, elle déconseille un dépistage. Les patientes et patients présentant une anamnèse familiale suggestive ou des facteurs de risque CV peuvent faire exception [17].

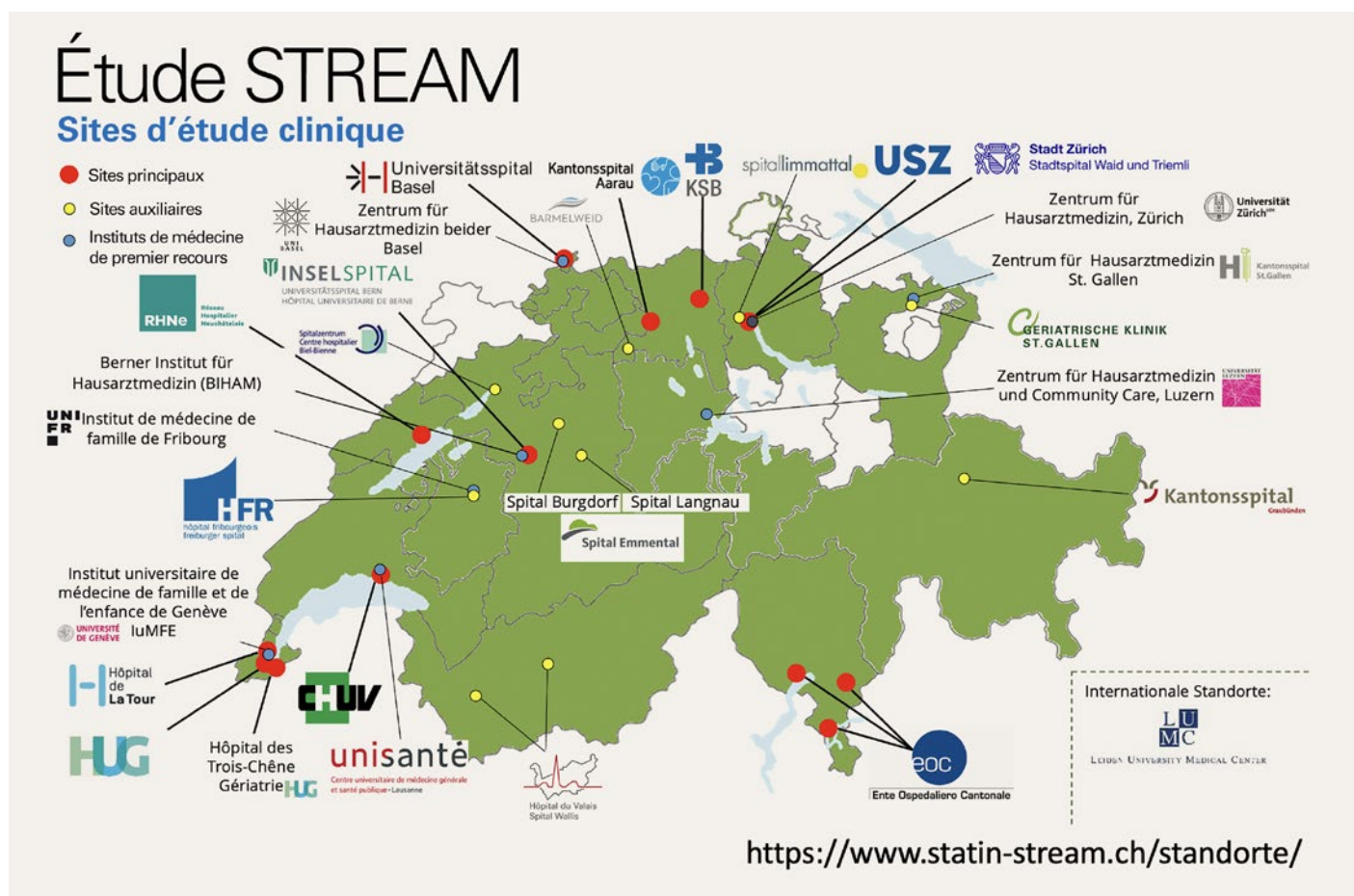


Figure 1: Étude STREAM – sites d'étude clinique et nombre de médecins de famille intéressé-e-s par un recrutement.

Le tableau 3 fournit un aperçu des autres analyses biochimiques pertinentes lors de la première consultation. Selon de récentes directives, la détermination du statut lipidique peut aussi avoir lieu chez des patientes et patients qui ne sont pas à jeun. Un prélèvement sanguin à jeun est toutefois recommandé dans les cas suivants:

1. triglycérides (non à jeun) >5 mmol/l;
2. hypertriglycéridémie connue;
3. avant le début d'un traitement médicamenteux en présence d'hypertriglycéridémie;
4. chez les diabétiques car le taux de LDL peut être sous-estimé lorsque ces personnes ne sont pas à jeun [3].

Normalement, les taux de cholestérol total, HDL-C et triglycérides sont mesurés. Le taux de LDL-C est calculé selon la formule de Friedewald (cholestérol LDL = cholestérol total – cholestérol HDL – triglycérides ÷ 5). Un taux de triglycérides >4,5 mmol/l nécessite une

mesure directe du LDL-C. Le non-HDL-C est calculé par cholestérol total – HDL-C. Une mesure unique de la Lp(a) peut être envisagée, particulièrement en cas d'antécédents familiaux ou de dyslipidémie familiale, pour identifier les personnes présentant des valeurs fortement élevées (>430 nmol/l), car des concentrations accrues sont également considérées comme un facteur de risque indépendant. Chez les personnes pour lesquelles la stratification du risque se situe à la limite entre modéré et élevé, la mesure de la Lp(a) facilite l'assignation à une catégorie de risque [4]. Dans tous les cas, elle doit être déterminée chez les patientes et patients présentant une HF ou des événements CV précoces. Les autres analyses (ApoB, ApoA1, électrophorèse des lipoprotéines) ne sont pas recommandées et sont réservées à des problématiques spécifiques. Les taux de cholestérol ne sont pas fiables 24 heures et jusqu'à trois mois après un

événement CV aigu (cholestérol faussement bas et triglycérides faussement élevé) et ne doivent pas être mesurés durant cette période. Après un événement CV, la première mesure est souvent réalisée à l'hôpital et, après avoir débuté un traitement par statines au moment de la sortie, la recommandation d'un contrôle de suivi est émise. Cela est malheureusement incorrect et les taux lipidiques ne sont en réalité fiables qu'au bout de trois mois. De même, une mesure des taux lipidiques pendant et un mois après une maladie aiguë n'est pas conseillée car les valeurs peuvent être faussement faibles.

Valeurs cibles

Le calculateur de risque permet un classement dans les catégories de risque, à partir desquelles sont déduites les valeurs cibles et recommandations thérapeutiques [2] (tab. 4). Toutes ces recommandations ne reposent pas sur un degré d'évidence élevé et le bénéfice thérapeutique pour les patientes et patients est uniquement certain lorsqu'une réduction des événements CV a été prouvée dans des études randomisées. Il manque une évidence de qualité concernant la position de l'ESC, qui a été reprise par la GSLA, selon laquelle toute personne présentant un taux de cholestérol LDL >4,9 mmol/l doit directement être classée dans la catégorie «risque élevé» [1]. De même, l'assignation des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique dans le groupe «risque élevé» (clairance <60ml/min/1,73 m²) ou «risque très élevé» (clairance <30 ml/min/1,73 m²) avec les taux cibles de LDL correspondants, est contestée [1]. La majorité des grandes études ont exclu ce groupe de patients ainsi que d'autres [19].

Tableau 3: Analyses biochimiques pertinentes lors de la première consultation

Glucose/HbA1c	Diabète sucré comme facteur supplémentaire de risque cardiovasculaire ou cause d'une dyslipidémie secondaire?
Paramètres cholestériques et hépatiques	Hépatopathie avec cholestase comme cause d'une dyslipidémie secondaire? Avant de débuter un traitement par statines , surtout en cas de suspicion d'hépatopathie ou de consommation d'alcool
Créatine kinase	Avant de débuter un traitement par statines en cas d'intolérance préalable ou de douleurs musculaires
Paramètres rénaux	Insuffisance rénale comme facteur supplémentaire de risque cardiovasculaire ou cause d'une dyslipidémie secondaire?
TSH	Hypothyroïdie comme cause d'une dyslipidémie secondaire?
Statut urinaire	Syndrome néphrotique comme cause d'une dyslipidémie secondaire?

Tableau 4: Stratification du risque et valeurs cibles du LDL selon des études randomisées actuelles et limitations [1, 2]

Catégorie de risque	Valeur thérapeutique cible pour le cholestérol LDL	Limitations / recommandations
Très élevé Maladie(s) cardiovasculaire(s) connue(s) (manifestation clinique)	<1,4 mmol/l ou min. 50% ↓	L'évidence pour la valeur cible en cas d'AVC est actuellement <1,8 mmol/l
Élevé Au vu du calcul d'un score du GSLA >20% sur 10 ans ou DS avec lésion d'organes cibles ou DS1 depuis >20 ans ou avec facteur de risque supplémentaire	<1,8 mmol/l ou min. 50% ↓	– L'évidence pour le début d'un traitement médicamenteux en cas de LDL-C >4,9 mmol/l est insuffisante – cette valeur seuil seule a une valeur prédictive positive faible (10%). Recommandation d'une évaluation individuelle y compris examen clinique précis et anamnèse familiale. – Chez les personnes présentant une pression artérielle fortement accrue, recommandation primaire d'un traitement antihypertenseur et pas nécessairement traitement par statines.
Modéré Au vu du calcul d'un score du GSLA 10-20%, jeunes patientes et patients avec DS (type 1<35 A, type 2 <50 A) et durée <10 ans	<2,6 mmol/l	
Site Web du GSLA: https://www.agla.ch/		
Faible Score du GSLA <10%	aucune	

Traitement

Modification du mode de vie

Pour tous les groupes de risque, le traitement repose sur des modifications du mode de vie telles que l'arrêt du tabagisme, une consommation modérée d'alcool, suffisamment d'activité physique, une alimentation saine (régime méditerranéen) et la prévention du surpoids [3].

Traitement médicamenteux

Statines: Lorsqu'un traitement médicamenteux est indiqué, les statines sont la substance de premier choix [4]. Toutes les statines préviennent les événements CV. Dans les cas où la valeur cible n'est pas atteinte malgré un traitement maximal avec la statine, il convient de débiter un traitement combiné surtout chez les patientes en prévention secondaire ou en cas d'HF [3]. L'ézétimibe peut être administré en plus d'une statine. Les inhibiteurs de la PCSK9 sont principalement destinés aux patientes et patients dont le risque est très élevé, qui n'atteignent pas l'objectif thérapeutique malgré le traitement par statine et ézétimibe [20, 21]. Jusqu'à présent, une amélioration du pronostic due à l'administration d'un inhibiteur de la PCSK9 n'a pu être mise en évidence que chez les patientes et patients présentant une maladie CV ou un risque CV très élevé $\geq 30\%$ sur dix ans [20, 21]. L'évidence en faveur d'une utilisation chez d'autres patientes et patients, notamment en présence d'une suspicion d'HF, est encore insuffisante [1, 20, 21]. Désormais, de nouvelles classes de substances sont également autorisées en Suisse: l'inclisiran inhibe la synthèse de la PCSK9 et a montré une nette baisse du taux de LDL dans des études. L'administration s'effectue par voie sous-cutanée deux fois par an. Un traitement combiné avec une statine, mais aussi une monothérapie sont possibles [3]. L'acide bempédoïque est administré 1x/jour par voie orale. Ce médicament agit de manière hépatospecifique et peut être administré seul ou en association avec l'ézétimibe en cas d'intolérance aux statines, ainsi qu'en supplément du traitement par statines lorsque la valeur cible de LDL n'est pas atteinte [3]. Toutefois, tous les nouveaux médicaments ne peuvent être prescrits que par des spécialistes en angiologie, diabétologie / endocrinologie, cardiologie, néphrologie, neurologie ou des spécialistes des lipides. Le lien suivant permet de consulter la «Liste des experts reconnus dans le domaine de l'hypercholestérolémie» sur le site Web de l'OFSP:

<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/arzneimittel/liste-ausgewiesener-hypercholesterinaemie-experten.pdf.download.pdf/Liste%20ausgewiesener%20Hypercholesterin%C3%A4mie%20Experten%201.7.2017.pdf>

Étude STREAM et participation des médecins de famille

L'étude randomisée contrôlée STREAM (www.statin-stream.ch), qui recrute actuellement dans toute la Suisse, se penche sur cette question et examine l'influence d'un arrêt de statine par rapport à la poursuite du traitement chez les patientes et patients âgés ≥ 70 ans sur la qualité de vie, la masse musculaire, le risque de chute et le risque d'infarctus myocardique ou d'AVC [25]. Le recrutement pour l'étude est encore en cours et les patientes et patients éligibles peuvent être adressés dans l'un des sites d'étude pour participer à cette étude. La figure 1 montre le nombre des médecins de famille intéressé-e-s à participer ainsi qu'un aperçu des associations et centres participants.

Comment contribuer en tant que médecin de famille?

1. Option: Recruter

– Présenter l'étude et adresser les patientes et patients à l'un des 23 centres d'étude (indemnisation: 100.–/ personne randomisée, durée: env. 10 min). Première visite par le centre d'étude souhaité (possible par téléphone), suivi par l'équipe d'étude de Berne.

2. Option: Recruter Plus

– Expliquer l'étude et recueillir la signature (Informed Consent) en plus de présenter l'étude. (Indemnisation: 200.–/ personne randomisée, durée: env. 20 min). Première visite (possible par téléphone) et suivi (uniquement par téléphone) par l'équipe d'étude de Berne.

Digression sur le traitement par statines: effets indésirables, surveillance au laboratoire et contre-indications

Un premier contrôle de la tolérance, de l'observance et des taux de lipides doit être effectué six semaines après le début du traitement. Par la suite, un contrôle annuel est suffisant si le traitement est bien toléré et adapté. Les effets indésirables les plus fréquents du traitement par statines sont les symptômes musculaires; 5–10% des patientes et patients se plaignent de douleurs musculaires [3], les grands muscles proximaux sont généralement touchés pendant ou après une activité physique. Les symptômes surviennent surtout durant les premières semaines après le début du traitement et sont régressifs. Une réduction de la dose de statine ou une posologie adaptée (tous les deux jours) peuvent atténuer cet effet indésirable. Un contrôle du taux de CK doit être réalisé en cas de survenue de troubles musculaires ainsi que chez certains patients à risque (âge avancé, médicaments avec risque d'interaction, polypharmacie, insuffisance rénale ou hépatique).

Un contrôle régulier des taux de CK et des enzymes hépatiques n'est pas recommandé (sauf avant le début du traitement par statines). En cas d'élévation des enzymes hépatiques accrues avant le traitement, de NASH, de cirrhose hépatique compensée, d'insuffisance rénale chronique et de comédication par des inhibiteurs du cytochrome P450 3A4, l'administration concomitante de statines exige de la prudence. Dans ces cas, il convient de contrôler l'ALAT. Le traitement par statines est contre-indiqué en présence d'insuffisance hé-

patique aiguë, de cirrhose hépatique décompensée ou de cholestase. En cas d'insuffisance rénale, des adaptations de la dose sont nécessaires en fonction du degré de sévérité. Si les statines ne sont pas tolérées, il est possible de tenter l'administration d'ézétimibe ou d'un inhibiteur de la PCSK9 chez les patientes en prévention secondaire, bien qu'il n'existe aucune étude sans statine pour la prévention de maladies CV [4, 20, 21]. Des avantages cliniques dus à l'administration complémentaire d'un inhibiteur de la PCSK9 n'ont pu être mis en évidence que pour des patientes et patients présentant une maladie CV ou un risque CV très élevé $\geq 30\%$ sur dix ans [20, 21].

Traitement chez les patientes et patients âgés

Chez les patientes et patients ≥ 70 ans, l'état actuel des données ne montre aucun avantage clair d'un traitement par statines en prévention primaire [22]. Le risque d'effets indésirables liés aux statines augmente avec l'âge [23]. Une étude randomisée a permis de mettre en évidence une légère amélioration de la qualité de vie après arrêt du traitement par statines [24]. Le bénéfice d'un traitement par statines en prévention primaire doit donc être examiné plus en détail dans ce groupe de population.

Traitement des dyslipidémies secondaires

Concernant les dyslipidémies secondaires, le traitement de la maladie sous-jacente occupe le premier plan. Chez les personnes atteintes de diabète, il convient – comme dans les autres

cas – de toujours viser des modifications du mode de vie. Chez les patientes et patients présentant un diabète sucré de type 2, <40 ans et sans autre facteur risque, ni complication, ayant un taux de LDL-C <2,6 mmol/l et principalement un taux de triglycérides élevé, il est possible de renoncer dans un premier temps à un traitement médicamenteux de la dyslipidémie et de réaliser un nouveau contrôle des triglycérides après trois mois après modifications du mode de vie et / ou traitement antidiabétique [3].

Traitement de l'hypertriglycéridémie

Les statines sont inefficaces en présence d'une hausse isolée des triglycérides. Les modifications du mode de vie sont alors plus importantes. Chez les patientes et patients présentant un score de risque élevé et une hypertriglycéridémie à jeun >2,3 mmol/l, l'administration de statines constitue le traitement de choix, en plus des adaptations du mode de vie. L'évidence en faveur de l'emploi de fibrates pour faire baisser le risque CV en cas d'hypertriglycéridémie est limitée. L'administration seule de fibrates n'est donc pas recommandée. Afin de minimiser le risque d'une pancréatite aiguë, les fibrates et les oméga 3 peuvent être envisagés en cas de taux de triglycérides très élevé >8–10 mmol/l. Il s'agit d'une recommandation de classe d'évidence IIb car l'état des données est incertain. L'utilisation d'acides gras oméga 3 est controversée en raison du bénéfice contestable et des implications écologiques [26, 27]. Une consommation d'alcool restreinte, un meilleur ajustement du diabète sucré sous-jacent, l'arrêt de l'estrogénothérapie et d'autres mesures liées au mode de vie doivent impérativement avoir lieu dans ces cas [3].

L'association des fibrates avec les statines doit être évitée en raison du risque de rhabdomyolyse. L'association d'anciennes fibrates telles

que le gemfibrozil avec une statine est contre-indiquée. Dans le cas du fénofibrate combiné à une statine, le risque de rhabdomyolyse est également présent, toutefois plus faible [28].

Correspondance

PD Dr med. Elisavet Moutzouri
Lipidsprechstunde Inselspital & Universität Bern
Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM
Mittelstrasse 43
CH-3012 Bern
[elisavet.moutzouri\[at\]unibe.ch](mailto:elisavet.moutzouri[at]unibe.ch)

Conflict of Interest Statement

Die Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Author Contribution

AP: Concept, rédaction, relecture, édition; EM: Relecture, édition, supervision; NR: Supervision. L'ensemble des auteurs et autrices ont lu le manuscrit soumis et partagent la responsabilité de tous les aspects de l'ouvrage.

Les cinq références principales

- 1 Rodondi N, Waeber G. Dyslipidémies: comment utiliser les nouvelles recommandations au cabinet médical? *Forum Med Suisse*. 2018;18(47):973–4.
- 3 Visseren FL, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, et al.; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021 Sep;42(34):3227–337.
- 4 Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al.; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk [Internet]. *Eur Heart J*. 2020 Jan;41(1):111–88.
- 21 Hao Q, Aertgeerts B, Guyatt G, Bekkering GE, Vandvik PO, Khan SU, et al. PCSK9 inhibitors and ezetimibe for the reduction of cardiovascular events: a clinical practice guideline with risk-stratified recommendations [Internet]. *BMJ*. 2022 May;377:e069066.
- 24 Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH Jr, Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: a randomized clinical trial [Internet]. *JAMA Intern Med*. 2015 May;175(5):691–700.

Résumé pour la pratique

En cas de dyslipidémie, une cause secondaire doit d'abord être examinée. Toute suspicion de dyslipidémie familiale requiert l'établissement d'un diagnostic spécifique. Dans les autres cas, le calculateur de risque du GSKA permet de réaliser une stratification du risque. Le traitement se base sur l'adaptation du mode de vie. La décision de débuter un traitement hypolipémiant dépend du risque. L'état des données sur le rapport bénéfice-risque d'une prévention primaire par statines chez les personnes âgées est incertain. L'étude STREAM en cours dans toute la Suisse examine actuellement cette question.



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse <https://phc.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/phc-f.2024.1422039135/>