un «agent double» ?

- manger lentement et boire suffisamment (minimum 1,5l) ;
- varier son alimentation (pour éviter la monotonie et la redondance de certains aliments trop riches).

En ce qui concerne les conseils spécifiques à une alimentation limitée en cholestérol, il est stipulé de :
- privilégier les huiles de colza, noix ou soja pour les assaisonnements (toujours couper la vinaigrette à l'eau : moitié eau et moitié huile) ;
- privilégier l'huile d'olive pour les cuissons ;
- remplacer le beurre par la margarine ;
- privilégier les viandes maigres (poulet sans peau, dinde, veau, rumsteck...) ;
- privilégier les poissons (2 à 3 fois par semaine minimum) et les crustacés (1 fois par semaine) ;
- pas plus de deux œufs, deux fois par semaine en évitant le jaune ;
- favoriser les fruits (2 à 3 par jour maximum) et les légumes cuits ou crus.

Aussi, consommer plus de fibres est essentiel. En effet, les fibres sont essentielles à une saine alimentation, mais la plupart d'entre nous en consommons moins de la moitié de la quantité recommandée. Un adulte en bonne santé a besoin de 21 à 38 g de fibres par jour. Une alimentation saine pour le cœur comprend des aliments plus riches en fibres. Les bonnes sources de fibres se retrouvent dans des groupes d'aliments qui contiennent des glucides complexes tels que les produits de grains entiers comme le riz brun et la farine d'avoine ainsi que les légumes et fruits. On retrouve deux sortes de fibres : les fibres solubles et les fibres insolubles. Les fibres solubles peuvent contribuer à réduire le cholestérol et à contrôler le taux de sucre dans le sang.

Les meilleures sources de fibres solubles sont la farine d'avoine et le son d'avoine, les légumineuses comme les haricots, pois et lentilles séchés ainsi que les aliments riches en pectine comme les pommes, les fraises et les agrumes. On retrouve aussi des céréales et des produits en vente libre qui contiennent du psyllium, une fibre soluble.

Au moment des emplettes, il est recommandé de lire attentivement les étiquettes des aliments et rechercher les grains entiers à 100% ou le blé entier à 100% avec le germe au début de la liste des ingrédients et vérifier la teneur en fibres dans le tableau de valeur nutritive. Les produits contenant 2 g ou plus de fibres par portion sont des choix sains.

En modifiant simplement son alimentation, on peut faire déjà baisser son taux de cholestérol de 15%.

Que signifient les bilans de dyslipidémies ?

Dans la majorité des cas, un taux élevé de cholestérol ne se manifeste par aucun symptôme. La seule façon de savoir si notre cholestérol est élevé est de procéder à des analyses sanguines. On ne sait pas si notre taux de cholestérol devrait nous inquiéter ? On est tenu de consulter notre médecin.

Les lignes directrices des autorités sanitaires internationales recommandent d'évaluer les taux de cholestérol dans les cas suivants :
- si on est un homme âgé de 40 ans ou plus ;
- si on est une femme âgée de 50 ans ou plus ou ménopausée ;
- si on souffre d'une maladie du cœur, de diabète ou d'hypertension artérielle ;
- si le tour de taille dépasse les 102 cm chez les hommes et 88 cm chez les femmes ;
- si on fume ou si on fumait l'année passée ;
- si on souffre de troubles érectiles ;
- si on a des antécédents familiaux de maladies du cœur ou d'AVC.

Les taux de cholestérol peuvent être mesurés par une simple analyse sanguine qui ne nécessite qu'une prise de sang au bras. Ce test peut évaluer les quatre types de lipides contenus dans le sang, ainsi que le taux de cholestérol total.

Un test de cholestérol fournit habituellement les cinq catégories de résultats suivants : cholestérol total, cholestérol LDL, cholestérol HDL triglycérides, rapport cholestérol total/cholestérol HDL.

La mesure de ces différents taux de lipides permet aux médecins d'évaluer nos risques de maladies du cœur. Afin de contrôler notre état de santé, on devrait connaître nos taux de cholestérol et leur signification, à savoir :
- le cholestérol total qui représente la quantité totale de cholestérol que notre sang contient. Cette valeur comprend à la fois les cholestérols LDL et HDL ;
- le cholestérol LDL dont un taux élevé peut favoriser l'accumulation de plaques (dépôt de cholestérol) à l'intérieur des artères, entraînant éventuellement le rétrécissement des artères et une augmentation du risque de crise cardiaque ou d'AVC ;
- le cholestérol HDL dont les recherches semblent indiquer qu'il pourrait nous prémunir contre l'athérosclérose (l'obstruction graduelle des artères par la plaque), les maladies du cœur et les AVC.

Un taux élevé de cholestérol HDL est généralement associé à de faibles risques de maladies du cœur et d'AVC. De façon générale, le taux de HDL devrait être supérieur à 1,0 mmol/litre chez les hommes et supérieur à 1,3 mmol/litre chez les femmes.

Les triglycérides ne sont pas du cholestérol. Par contre, ce sont les matières grasses les plus répandues dans l'organisme, et ils semblent associés à une augmentation des risques de maladies du cœur, bien que le lien exact reste à établir. Un taux élevé de triglycérides dans le sang semble associé à une tendance à la formation de caillots sanguins. Plus la tendance à former des caillots est élevée, plus les risques de crise cardiaque ou d'AVC sont élevés.

- les triglycérides dont un taux élevé est relié à un faible taux de cholestérol HDL («bon» cholestérol), à l'embonpoint et à un diabète mal contrôlé. De façon générale, le taux de triglycérides devrait se situer sous les 1,7 mmol/litre ;
- rapport cholestérol total/cholestérol HDL qui indique la proportion de cholestérol HDL dans notre cholestérol total. Le rapport cholestérol total/cholestérol HDL qui nous est fourni avec nos résultats d'analyses de cholestérol est obtenu en divisant notre taux de cholestérol total par celui du cholestérol HDL. Un faible taux est associé à de faibles risques de maladies du cœur.

En examinant nos résultats de tests de cholestérol, il est important de nous rappeler qu'il n'existe aucune valeur «idéale» pour aucun type de cholestérol. Les résultats doivent être considérés dans leur ensemble, en tenant compte des facteurs de risque, des antécédents médicaux et de l'état de santé actuel. Par exemple, des résultats qui seraient normaux pour un jeune adulte pourraient indiquer des risques élevés chez une personne âgée et diabétique. Notre médecin est la personne la plus habilitée pour interpréter nos résultats et nous conseiller quant aux mesures à prendre.

Les résultats des tests de cholestérol sont indiqués en millimoles par litre (mmol/l).

Ce bilan associe l'étude de l'aspect du sérum à jeun et les dosages respectifs du cholestérol total et des triglycérides (ce qui permet de déduire par un calcul le taux de LDL-cholestérol). Ce bilan est utile pour affiner le diagnostic de dyslipidémie, lorsqu'une anomalie est détectée au bilan lipidique de base (cholestérol total et triglycérides).

Ces analyses sont aussi demandées dans une démarche de prévention des maladies cardiovasculaires. Elles permettent de mieux évaluer le risque cardiovasculaire d'un individu et ainsi de décider de la mise en œuvre d'un traitement diététique et médicamenteux visant à normaliser les taux de lipides ou graisses dans le sang (hypolipémiant). Elles en assurent ensuite le contrôle de l'efficacité.

Des triglycérides élevés sont également reconnus comme un facteur indépendant de risque de maladie cardiovasculaire.

En ce qui concerne certaines précautions, il est impératif d'effectuer le prélèvement après 12 heures de jeûne, en période d'alimentation habituelle, à distance d'une grossesse, d'une maladie aiguë (notamment une infection ou un accident cardiaque) et en dehors de toute médication récente.

Penser à signaler d'éventuels traitements en cours car certains médicaments peuvent modifier les concentrations LDL-cholestérol dans le sang, notamment l'insuline, la vitamine C, les anti-épileptiques, les œstro-progestatifs (contraceptifs) et les médicaments hypolipémiants.

Ces analyses sont aussi demandées dans une démarche de prévention des maladies cardiovasculaires. Elles permettent de mieux évaluer le risque cardiovasculaire d'un individu et ainsi de décider de la mise en œuvre d'un traitement diététique et médicamenteux visant à normaliser les taux de lipides ou graisses dans le sang (hypolipémiant). Elles en assurent ensuite le contrôle de l'efficacité.

En ce qui concerne les valeurs normales et l'interprétation des résultats, les recommandations internationales (exemple de l'agence française AFSSAPS mars 2005) indiquent que chez un patient sans facteurs de risque, le bilan lipidique sera considéré comme normal si LDL est inférieur à 1,60 g/l, triglycérides inférieurs à 1,50 g/l et HDL supérieur à 0,40 g/l.

Aussi, des taux sanguins élevés de cholestérol total, de triglycérides et de LDL-cholestérol sont des facteurs majeurs de risque de maladie cardiovasculaire, notamment de maladie coronarienne.

Une alimentation riche en graisses favorise l'augmentation du taux de cholestérol dans le sang.

Il en est de même concernant la baisse du HDL-cholestérol. Elle est considérée comme un facteur de risque de maladie cardiovasculaire, et souvent observée au cours de certaines dyslipidémies, dans le diabète sucré et chez les obèses.

A l'inverse, une élévation de taux de HDL-cholestérol semble être un facteur de protection contre les maladies cardiovasculaires. Les facteurs de risque cliniques sont : hypertension artérielle, diabète, tabagisme, obésité, sédentarité, âge de l'homme supérieur à 50 ans, âge de la femme supérieur à 55 ans. Les antécédents familiaux sont importants à évoquer. En cas de doute, posez la question au laboratoire, la qualité des résultats en dépend.

Les objectifs thérapeutiques

En fonction du nombre de facteurs de risque présents énumérés ci-dessus, ces objectifs sont les suivants :
- en l'absence de facteur de risque, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 2,20 g/l (5,7 mmol/l) ;
- en présence d'un facteur de risque, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1,90 g/l (4,9 mmol/l) ;
- en présence de deux facteurs de risque, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1,60 g/l (4,1 mmol/l) ;
- en présence de plus de deux facteurs de risque, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1,30 g/l (3,4 mmol/l) ;
- en présence d'antécédents de maladie cardiovasculaie avérée ou de risques équivalents, les concentrations de LDL-cholestérol doivent être inférieures à 1 g/l (2,6 mmol/l).

A titre d'information, les valeurs sont exprimées en unités dont les coefficients de conversion en mmol/ ou g/l (en millimoles/litre ou en grammes/litre) sont les suivants:
- Cholestérol : g/l x 2,58 = mmol/l ; mmol/l x 0,387 = g/l
- Triglycérides : g/l x 1,14 = mmol/l ; mmol/l x 0,875 = g/l

Ces objectifs thérapeutiques ne s'appliquent pas à l'hypercholestérolémie familiale. En effet, le risque vasculaire élevé de cette pathologie peut justifier un traitement plus précoce.

L'obtention de l'objectif thérapeutique ne doit pas se faire au prix d'un traitement hypolipémiant excessif ou mal toléré. Chez les patients ayant initialement une concentration très élevée de LDL-cholestérol, et notamment chez les patients à haut risque dont la cible thérapeutique est basse (inférieure à 1g/l), le prescripteur doit garder à l'esprit que la prescription de statines à fortes doses ou en association nécessite une prise en compte au cas par cas du rapport bénéfice/risque et ne doit jamais être systématique.

En effet, les fortes doses de statines et les bithérapies n'ont pas fait l'objet à ce jour d'une évaluation suffisante dans ces situations. Lorsqu'un traitement médicamenteux est nécessaire, les principales classes de médicaments indiquées dans la prise en charge des différentes dyslipidémies sont les statines, les fibrates, les résines, l'inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol et l'acide nicotinique.

Il est recommandé de prescrire des traitements ayant démontré leur efficacité sur des événements cliniques, par rapport à ceux n'ayant démontré qu'une efficacité biologique. Ainsi, hormis la rosuvastatine, disponible récemment, et dont les études de morbi-mortalité sont en cours, toutes les statines ont montré un bénéfice sur la morbi-mortalité cardiovasculaire avec le plus haut niveau de preuve. Il s'agit d'atorvastatine, de fluvastatine, de pravastatine et de simvastatine. D'autres hypolipémiants ont également montré un bénéfice en prévention primaire ou secondaire (gemfibrozil, colestyramine). Les fibrates (clofibrate, fénofibrate, lipanthyl…) ne doivent pas être utilisés en première intention dans les hypercholestérolémies primaires à cause de certains effets indésirables (nausées, démangeaison, urticaire, photosensibilité…). En résumé et comme nous l'avons vu, tout le monde a du cholestérol dans l'organisme et dans le sang. La mesure de son taux doit s'accompagner du dosage des lipoprotéines (LDL et HDL). Le résultat doit s'interpréter en fonction de l'âge, des facteurs de risque (tabac, hypertension artérielle, hérédité, maladies concomitantes). Le taux de ces lipoprotéines se calcule en intégrant le dosage d'autres graisses (les triglycérides dont l'apport se fait par les sucres et/ou l'alcool). Dans tous les cas de figure, une alimentation saine (diversifiée, à base de fruits et légumes, sans excès de viande ni fromages), accompagnée d'un exercice physique adapté à chacun, régulier mais soutenu, améliore le taux sanguin de cholestérol, augmente le HDL (le «bon» cholestérol) et baisse le LDL (le «mauvais» cholestérol). Le maintien d'un poids normal y contribue également. Le traitement médicamenteux ne doit être réservé qu'aux patients en échec de ces règles d'hygiène de vie ou qui ont des facteurs de risques associés ou déjà hélas des complications.

K. S.
(*) Professeur des universités, directeur de recherches, service d'immunologie des transplantations, CHU de Lyon, France.