

Optimisations dans le diagnostic des troubles du métabolisme des lipides

Pour améliorer continuellement nos analyses et y inclure les progrès actuels de la médecine, nous avons adapté les analyses du métabolisme des lipides à l'échelle du groupe entier. Nous avons procédé pour vous à d'importantes adaptations en accord avec les recommandations du Groupe de travail suisse Lipides et Athérosclérose (AGLA/GSLA) de la Société Suisse de Cardiologie et conformément aux directives actuelles de l'ESC (European Society of Cardiology) et de l'EAS (European Atherosclerosis Society).

L'ESSENTIEL EN UN COUP D'ŒIL

- Nouvelles valeurs de référence, commentaires et recommandations.
- Les échantillons postprandiaux et les échantillons à jeun sont équivalents pour la plupart des paramètres.
- Certains paramètres calculés sont abandonnés.

QU'Y AURA-T-IL DE CHANGÉ ?

Adaptation des valeurs de référence indiquées dans nos rapports pour les analyses suivantes :

Triglycérides	
– À jeun	< 1.7 mmol/l
– Postprandiaux	< 2.0 mmol/l
Cholestérol	
– À jeun et postprandial	< 5.0 mmol/l
ApoA	
– À jeun et postprandiale	> 1.25 g/l
Lipoprotéine (a)	
– À jeun et postprandiale	< 75 nmol/l

Aucune valeur de référence ne sera indiquée désormais pour le **LDL-cholestérol**, le **HDL-cholestérol**, le **non-HDL-cholestérol** et l'**apoB**. Ces paramètres doivent être considérés dans le cadre de l'évaluation du risque conformément aux directives du GSLA. Au lieu de valeurs de référence, il y aura maintenant la remarque suivante :

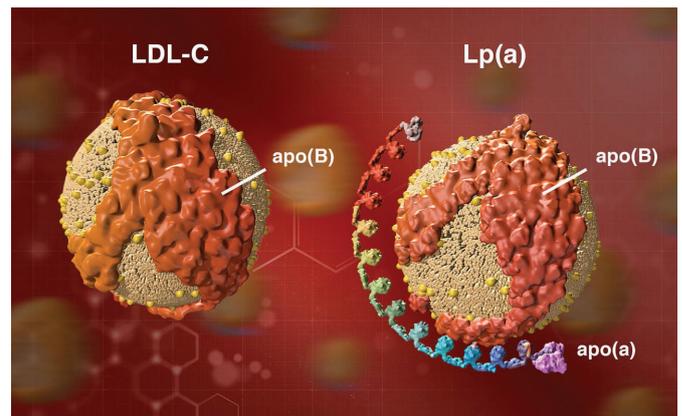


Illustration 1: Fixation de l'apolipoprotéine B (apo (B)) et de l'apolipoprotéine (a) (apo (a)) au LDL-cholestérol et à la lipoprotéine (a).¹

- La valeur cible est basée sur l'évaluation du risque cardiovasculaire conformément aux directives du GSLA (voir le **RiBook**).

Vous trouverez dans notre **RiBook** des informations sur l'évaluation du risque cardiovasculaire et un renvoi vers les directives du GSLA.

Lors de taux de LDL-cholestérol ≥ 5.0 mmol/l ou de taux de cholestérol total ≥ 8.0 mmol/l, nous indiquerons désormais la possibilité d'une hypercholestérolémie familiale et recommanderons une clarification par test génétique si un tel test n'a pas déjà été fait ou si les valeurs ne sont pas explicables autrement. L'hypercholestérolémie familiale est fortement sous-diagnostiquée et a une influence décisive sur le traitement ultérieur du patient ou de la patiente.

Le taux de lipoprotéine (a) étant fortement influencé par l'hérédité, il est conseillé de le faire déterminer au moins une fois au cours de la vie, surtout pour identifier les patients et patientes qui ont des taux extrêmement élevés de lipoprotéine (a) ≥ 430 nmol/l, associés à un risque très élevé de maladies cardiovasculaires (analogue à celui observé lors d'hypercholestérolémie familiale). Déjà des élévations moins extrêmes de la lipoprotéine (a) indiquent un risque cardiovasculaire accru qui ne peut pas être mis en évidence de façon adéquate par les scores standard ou par la détermination d'autres paramètres lipidiques.

Puisqu'ils ne sont pas en rapport avec les directives actuelles, les quotients suivants ne seront désormais plus calculés :

- Cholestérol/HDL
- Quotient LDL/HDL
- ApoA/ApoB
- Pré-β + β-lipoprotéines/a-lipoprotéines

PRÉANALYTIQUE

Conformément aux directives actuelles, la force probante d'échantillons prélevés à jeun est équivalente à celle d'échantillons postprandiaux. Il n'existe que peu d'exceptions pour lesquelles un prélèvement sanguin (supplémentaire) à jeun est recommandé :

- Triglycérides postprandiaux > 5 mmol/l
- Contrôle de l'évolution d'une hypertriglycéridémie connue
- Pour le diagnostic d'un syndrome métabolique

INDICATION D'UNE CLARIFICATION DU RISQUE

- Chez les personnes présentant un facteur de risque important :
 - Antécédents familiaux de maladies cardiovasculaire prématurées (hommes < 55 ans, femmes < 60 ans) chez des parents au premier degré
 - Tabagisme
 - Hypertension
 - Diabète
 - Hyperlipidémie
 - Obésité
 - Maladies concomitantes augmentant le risque cardiovasculaire
- Hommes de > 40 ans et femmes de > 50 ans (ou ménopausées), même sans symptômes et sans facteurs de risque connus

FACTURATION

CLARIFICATION DU RISQUE (65 PT)	Points de taxe (PT)	Position LA
Triglycérides	2.5	1731.00
Cholestérol (total)	2.3	1230.00
LDL-cholestérol	3.6	1521.00
HDL-cholestérol	2.9	1410.10
Apolipoprotéine A (ApoA)	17.9	1087.00
Apolipoprotéine B (ApoB)	17.9	1089.00
Lipoprotéine(a) (nécessaire une fois dans la vie)	17.9	1539.00

HYPERCHOLESTÉROLÉMIE FAMILIALE (2979.9 PT)

Rares maladies métaboliques et endocriniennes	2610.0	6237.60
Modification post-amplification (MLPA)	315.0	6237.55
Extraction d'ADN	54.9	6001.03

Responsable du contenu

- Jörg Oliver Thumfart, Dr rer. nat., EuSpLM, FAMH chimie clinique, microbiologie médicale (BS)
- Andreas Hemmerle, Dr sc. nat., candidat FAMH chimie clinique

Littérature

- 1 https://www.amgen.com/stories/2023/02/-/media/Themes/CorporateAffairs/amgen-com/amgen-com/images/amgencommigration/stories/2022/11-4-8-things-to-know-about-lipoproteina/01_lipoprotein_1400x800.jpg

GSLA, Prévention de l'athérosclérose 2023, <https://www.gsla.ch/>

Authors/Task Force Members; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG); ESC National Cardiac Societies. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Atherosclerosis*. 2019 Nov; 290: 140-205. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2019.08.014. Epub 2019 Aug 31. Erratum in: *Atherosclerosis*. 2020 Jan; 292: 160-162. Erratum in: *Atherosclerosis*. 2020 Feb; 294: 80-82. PMID: 31591002