

PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA DYSLIPIDÉMIE

Maher Esper & Rosie Thibaudeau

Résidents 1 - UMF de Saint-Jérôme

2 juin 2017

MISE EN CONTEXTE

Mme Beaulieu, 45 ans: RDV de prise en charge

- ATCD : Nil
- HDV : Fumeuse
- RDS: Nil
- E/P : Embonpoint (IMC 28) sinon RAS

Quelle est votre prise en charge par rapport à la dyslipidémie ?

MISE EN CONTEXTE

MFC octobre 2015

- Dépistage DLP : **femmes** à partir de **50 ans** et hommes dès 40 ans
- **Aucun suivi lipidique ni valeur cible**

VS

SCC novembre 2016

- Dépistage dès **40 ans**, hommes et femmes
- **Suivi des lipides et diminution des LDL de 50 % ou < 2.0 mmol/L**

Que faire ?



OBJECTIFS

Analyser et comparer deux lignes directrices canadiennes

- Arriver à un consensus clair sur la gestion des dyslipidémies
 - Le dépistage
 - La prise en charge
 - Le suivi
- Faire le point sur des incertitudes fréquentes en bureau
 - Bilan spécifique avant statine ?
 - Bilan lipidique à jeun ?
 - Outil pour calcul du risque CV ?

MÉTHODOLOGIE

- **Sélection** des deux guides de pratique clinique
 - Publiés par organismes reconnus
 - Applicables en médecine de première ligne
 - Population cible adaptée (Canadienne)
 - Récents
- **PubMed**, Mesh utilisés : [lipid] + [dyslipidemia] + [canadian]+ [guidelines] + [canada]

Simplified lipid guidelines
Prevention and management of cardiovascular disease in primary care
Canadian Family Physician October 2015

**2016 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of
Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult**
Canadian Journal of Cardiology

MÉTHODOLOGIE

Analyse et comparaison des deux articles

- 1^{ère} lecture rapide générale
- 2^e lecture approfondie avec annexes et matériel supplémentaire
- Analyse de chaque article avec AGREE II
- Si recommandations divergentes : **analyse des études sources**

MÉTHODOLOGIE

AGREE II

- Grille conçue pour évaluer la qualité des lignes directrices
- Comporte 23 questions divisées en 6 domaines
 - Champs et objectifs (1 à 3)
 - Participation des groupes concernés (4 à 6)
 - Rigueur d'élaboration de la RPC (7 à 14)
 - Clarté et présentation (15 à 17)
 - Applicabilité (19 à 21)
 - Indépendance éditoriale (22 à 23)
- Chaque question est notée de 1 (faible) à 7 (fort)

CHAMP ET OBJECTIFS

1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Commentaires

Description du manuel d'utilisateur

Cet élément traite des répercussions potentielles d'une RPC sur la santé d'une population ou de groupes de patients ou d'individus. L'objectif global de la RPC devrait être décrit de façon détaillée et les bénéfices attendus en termes de santé devraient être propres à la situation clinique ou au problème de santé. Par exemple :

- prévention des complications (à long terme) chez les patients diabétiques;
- diminution du risque d'événements vasculaires ultérieurs chez les patients ayant eu un infarctus du myocarde;
- stratégies plus efficaces de dépistage en population du cancer colorectal;
- faciliter le choix des traitements les plus efficaces et la prise en charge des patients atteints de diabète.

Quoi regarder

Examiner les paragraphes et les chapitres d'introduction pour obtenir une description du champ et des objectifs de la RPC. Dans certains cas, la raison d'être ou la justification de la RPC est décrite dans un document distinct, notamment dans la proposition de la RPC. Voici quelques exemples de titre de sections ou de chapitres où l'on peut trouver ce genre d'information : introduction, champ, but, raison d'être, contexte et objectifs.

Comment évaluer

Cet élément comprend les **CRITÈRES** suivants :

- les objectifs de santé (prévention, dépistage, diagnostic, traitement, etc.);
 - les bénéfices ou résultats attendus;
- les cibles (population de patients, société, etc.);

CONSIDÉRATIONS supplémentaires :

- L'élément est-il bien écrit? Les descriptions sont-elles claires et concises?
 - L'élément est-il facile à trouver dans la RPC?

MÉTHODOLOGIE

Application de la grille AGREE II

- Analyse indépendante de chaque article
- Mise en commun & comparaison des scores

Compilation des résultats

- Élaboration d'un tableau commun final
- Moyenne cumulée par domaine par méthode Agree II
- Note finale par domaine pour comparer les guides

1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.

Critères	MFC	SCC
Objectif de santé	<p><i>“To develop clinical practice guidelines for a simplified approach to primary prevention of cardiovascular disease (CVD), concentrating on CVD risk estimation and lipid management for primary care clinicians and their teams (...) sought increased contribution from primary care professionals with little or no conflict of interest (...)”</i> [Abrégé, sous titre Objectif] et [Introduction]</p>	<p><i>“The overall goal of the process was to produce a document on the basis of the best available evidence that would allow clinicians and patients to make collaborative treatment decisions.”</i> [Introduction and Process]</p>
Bénéfices ou résultats attendus	<p><i>“primary prevention of cardiovascular disease (CVD)”</i> [Abrégé, sous titre objectif]</p>	<p><i>“Because dyslipidemia is an important risk factor for CVD, these guidelines will allow appropriate risk assessment, treatment, and surveillance options of our at-risk population.”</i> [Introduction and Process]</p>
Cibles (population, société, etc.)	<p>L'article mentionne qu'il s'agit d'un guide pour la prévention primaire donc il laisse sous-entendre que la population cible est les gens sans MCV. Dans les recommandations, il est annoncé à quel groupe de personne ceux-ci s'appliquent. Toutefois ce n'est pas décrit de façon explicite dans l'introduction.</p> <p>On mentionne que l'hypercholestérolémie familiale est exclue. [Introduction]</p>	<p><i>“Risk assessment and lipid determination should be considered in individuals older than 40 years of age or in those at increased risk regardless of age.”</i> [Abstract]</p> <p>Dans le titre : “(...) in the Adult” donc laisse sous-entendre que population 18+ ans.</p>
Considérations supplémentaires		
Bien décrit	✓	✓
Clair et concis	✓	±
Facile à trouver	±	✓
Pointage		
Mahe Esper	5	6
Rosie Thibaudeau	6	6
Moyenne	5,5	6

RÉSULTATS

	MFC	SCC
DOMAINE 1 Champs et objectifs	72 %	89 %
DOMAINE 2 Participation groupes concernés	67 %	22 %
DOMAINE 3 Rigueur d'élaboration de la RPC	53 %	64 %
DOMAINE 4 Clarté et présentation	92 %	92 %
DOMAINE 5 Applicabilité	42 %	23 %
DOMAINE 6 Indépendance éditoriale	71 %	71 %

DISCUSSION

Domaine 1 : Champs et objectifs MFC 72% < SCC 89%

- SCC : meilleure description des comorbidités CV
- MFC : préciser populations comorbides n'est pas un objectif
- MFC : objectifs secondaires à prendre en compte

Domaine 2 : Participation groupes concernés MFC 67% > SCC 22%

- MFC : équipe constituée de professionnels de 1e ligne
- SCC : presque uniquement des cardiologues
- MFC : avis des patients recherché

DISCUSSION

Domaine 3 : Rigueur d'élaboration SCC 64% > MFC 53%

- Méthodologie rigoureuse pour les 2 guides
- Pas de **procédure d'actualisation** ni de **révision d'experts**

Domaine 4: Clarté et présentation MFC 92% = SCC 92%

- Algorithmes et recommandations clairs
- MFC : Tableau résumé

DISCUSSION

Domaine 5 : Applicabilité MFC 42% > SCC 23%

- Obstacles, facilitateurs et outils de mise en pratique non décrits
 - Peu applicables dans ce contexte
- MFC :
 - Réduction des ressources nécessaires
 - Outils pour médecins et patients

Domaine 6 : Indépendance éditoriale MFC 71% = SCC 71%

- Organismes impartiaux
- MFC : Financement non mentionné
- SCC : Collaborateurs avec conflits d'intérêt

CONCLUSION

- **Scores globaux à égalité**
- **Méthodologies de qualité**
- MFC remporte 2 domaines plus importants en 1^{ère} ligne:
 - Participation des groupes concernés
 - Applicabilité
- MFC : Avantage au niveau de l'indépendance éditoriale

MFC mieux adapté pour le médecin de famille !

CONCLUSION

Complémenter le MFC par certaines recommandations de la SCC

1. Suivi et valeurs cibles des lipides

- **SCC:** Études sources de 2015-2016, après publication du MFC
 - European Society of Cardiology, 2016
 - American College of Cardiology, 2016
 - Diminution MCV proportionnelle à valeur absolue LDL
- **MFC:** RCT avec doses fixes de statines, sans valeur cible de lipides

2. Pour les patients complexes avec comorbidités CV

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE

Framingham ou QRISK2

Cible à viser après début statine :

LDL < 2,0 mmol/L ou ↓ > 50% LDL

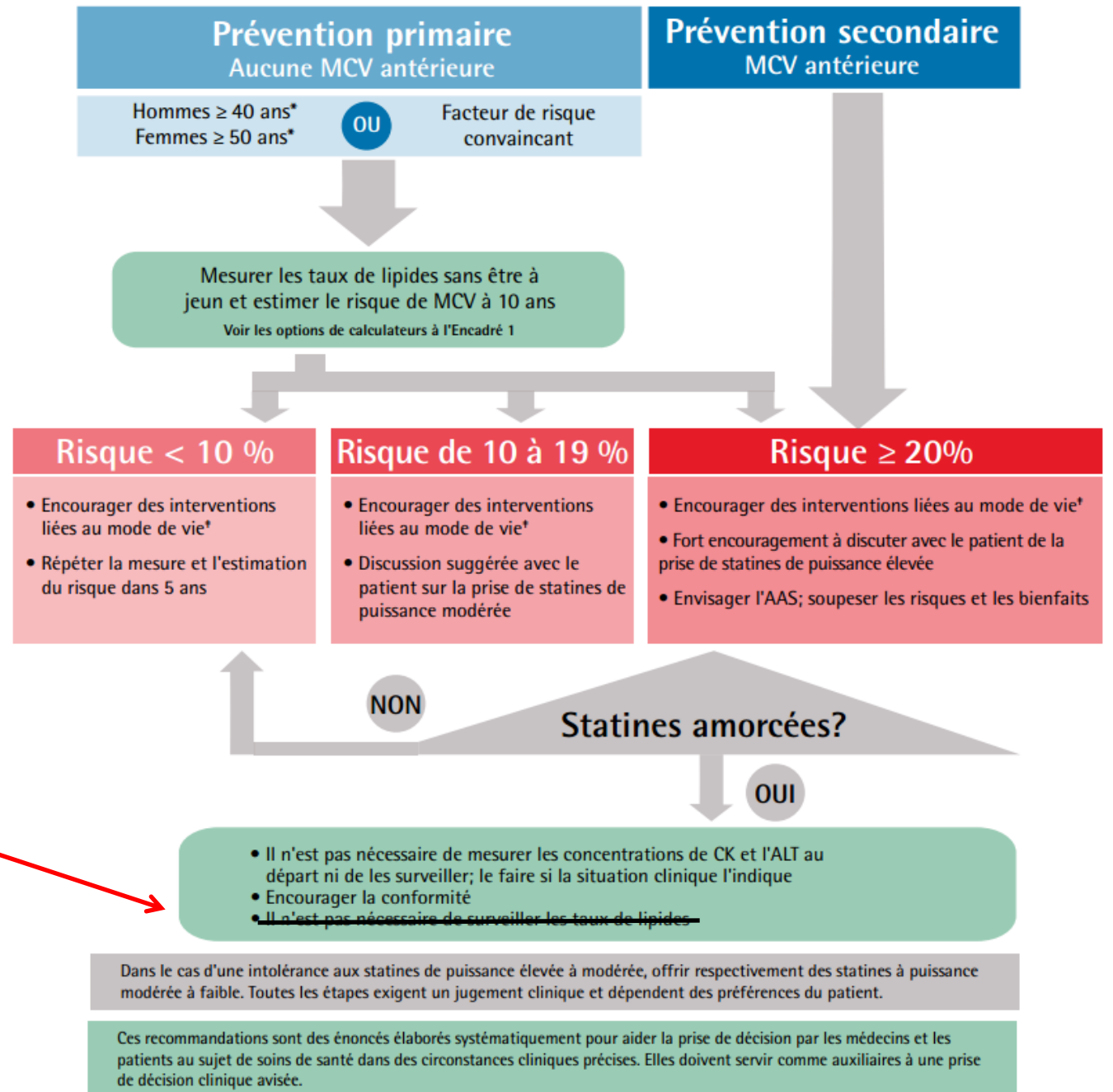
ApoB < 0,8 g/L

Non-HDL < 2,6 mmol/L

Fréquence:

Q 3 mois ad cible atteinte

Puis Q 1 an



RECOMMANDATIONS FINALES

- Dépistage **non recommandé** > 75 ans.
- Envisager **plus tôt** si **facteurs de risque** de MCV
- Répéter aux **5 ans**, sauf si nouveaux FDR
- **Pas nécessaire d'être à jeun** pour doser les lipides
- HDV : tabac, régime méditerranéen et exercice
- CK et ALT **au besoin** seulement

ET L'AVENIR...

- Recommandations canadiennes pas encore consensuelles
- Guide québécois de l'INESSS prochainement

BIBLIOGRAPHIE

Simplified lipid guidelines

Prevention and management of cardiovascular disease in primary care

G. Michael Allan & al.

Canadian Family Physician October 2015, 61 (10) 857-867

Accessible sur <http://www.cfp.ca/content/cfp/61/10/857.full.pdf>

En date du 19 mai 2017.

Documents supplémentaires complémentaires à l'article également disponible en ligne.

2016 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult

Anderson, Todd J. & al.

Canadian Journal of Cardiology, Volume 32, Issue 11, 1263 – 1282

Accessible sur [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(16\)30732-2/pdf](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(16)30732-2/pdf)

En date du 19 mai 2017.

Documents supplémentaires complémentaires à l'article également disponible en ligne.

AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare

Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium.

Can Med Assoc J. 2010. Available online July 5, 2010. doi:10.1503/cmaj.090449

Accessible sur <http://www.agreetrust.org/agree-ii/>

En date du 19 mai 2017.

Treatment of lipids (including hypercholesterolemia) in primary prevention

Michael Pignone, MD, MPH, In: UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2017, last revised April 2017.

Accessible sur <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-lipids-including-hypercholesterolemia-in-primary-prevention>

En date du 19 mai 2017. Nécessite un abonnement à UpToDate.

REMERCIEMENTS

- Antoine Marsan MD (UMF St-Jérôme)
- Dominique Jolicoeur MD (UMF St-Jérôme)
- Mehrdad Razmpoosh MD (UMF St-Jérôme)