



Moins on en fait, mieux c'est (sauf pour le sommeil ou le papier de toilette): les lipoprotéines non traditionnelles pour le risque cardiovasculaire

QUESTION CLINIQUE

Chez les patients sans maladie cardiovasculaire (MCV) établie, la lipoprotéine(a) ou l'apolipoprotéine B peut-elle améliorer de façon significative l'estimation standard du risque de MCV?

CONCLUSION

L'ajout de la lipoprotéine(a) ou de l'apolipoprotéine B n'améliore pas significativement la prédiction du risque cardiovasculaire au-delà des facteurs de risque standard (âge, sexe, tension artérielle, rapport cholestérol total/HDL, diabète, tabagisme). Il faut évaluer le risque de MCV avec des calculateurs et offrir des traitements éprouvés selon le cas.

DONNÉES PROBANTES

- Toutes les données probantes proviennent d'études de cohorte et sont statistiquement significatives, sauf indication contraire.
- La recherche s'est concentrée sur la valeur additive des lipoprotéines au-delà des facteurs de risque traditionnels lors de l'estimation du risque de maladie cardiovasculaire. La statistique C

mesure l'exactitude prédictive d'un modèle statistique lorsqu'il s'agit de distinguer les personnes dont les issues sont positives de celles dont les issues sont négatives¹.

- Changements de la statistique C : $\geq 0,1$ = important, 0,05-0,1 = modéré, 0,025-0,05 = petit et $< 0,025$ = très petit².
- Lipoprotéine(a) [Lp(a)]
 - Revue systématique de 24 études prospectives (n = 133 052, durée moyenne du suivi : 10,6 ans)³.
 - Amélioration de la statistique C = 0,0016.
 - Données probantes depuis :
 - Adultes au Royaume-Uni (n = 340 339) sans MCV et n'étant pas sous statines, durée du suivi : 8,9 ans⁴.
 - Amélioration de la statistique C = 0,0017.
 - Adultes suisses (n = 4 829), durée du suivi : 9,9 ans⁵.
 - Amélioration de la statistique C = 0,004.
- Apolipoprotéine B (apo B)
 - Revue systématique de 26 études prospectives (n = 139 581, durée moyenne du suivi : 10,5 ans)³.
 - Amélioration de la statistique C = 0,0001 (statistiquement non significatif).
 - Données probantes depuis :
 - Adultes au Royaume-Uni (n = 346 686) sans MCV et n'étant pas sous statines, durée du suivi : 8,9 ans⁶.
 - Amélioration de la statistique C = 0,0004.
 - Adultes danois (n = 8 476) sans MCV ou diabète, durée du suivi : 18 ans⁷.
 - Amélioration de la statistique C : aucune différence statistique.
 - D'autres études de cohorte ont constaté des résultats semblables⁸⁻⁹.

CONTEXTE

- La Lp(a) et l'apo B sont associés aux MCV avec des risques relatifs de 1,00 à 2,21 et de 1,03 à 2,87, respectivement. D'autres marqueurs de risque non traditionnels ont des associations semblables (risque relatif pour la numération leucocytaire = 1,45; l'albumine = 1,55; la proinsuline = 2,23), mais apportent peu de valeur supplémentaire lorsqu'on les combine avec des facteurs de risque traditionnels (p. ex., la statistique C de la valeur additive de la numération leucocytaire est de 0,0036)¹⁰.
- D'autres mesures de l'utilité diagnostique, y compris l'indice de reclassification nette, laissent entendre qu'en général, la Lp(a) et l'apo B n'apportent aucune valeur significative au-delà de la prédiction du risque traditionnelle³⁻⁶.
- Les lignes directrices simplifiées découragent le dosage des lipoprotéines¹⁰.
- La Société cardiovasculaire du Canada¹¹ recommande le dosage
 - de la Lp(a) une fois dans la vie d'un patient dans le cadre du dépistage initial.
 - de l'apo B (ou du C-non-HDL) comme paramètre de dépistage privilégié si le taux de triglycérides $> 1,5$ mmol/L.

RÉFÉRENCES

1. Allan GM, Garrison S, McCormack J. Curr Opin Lipidol. 2014;25(4): 254-265.
2. Lin JS, Evans CV, Johnson E, et al. JAMA. 2018;320:281297.
3. Emerging Risk Factors Collaboration; Di Angelantonio E, Gao P, Pennells L, et al. JAMA. 2012 Jun 20;307(23):2499-2506.
4. Welsh P, Welsh C, Celis-Morales CA, et al. Eur J Prev Cardiol. 2022 Feb 9;28(18):1991-2000.
5. Delabays B, Marques-Vidal P, Kronenberg F, et al. Eur J Prev Cardiol. 2021 Jul 23;28(8):e18-e20.
6. Welsh C, Celis-Morales CA, Brown R, et al. Circulation. 2019;140:542-552.
7. Graversen P, Abildstrom SZ, Jespersen L, et al. Eur J Prev Cardiol. 2016;23(14):1546-1556.
8. Pencina MJ, D'Agostino RB, Zdrojewski T, et al. Eur J Prev Cardiol. 2015;22(10):1321-1327.
9. Vasquez-Oliva G, Zamora A, Ramos R, et al. Rev Exp Cardiol. 2018;71(11):910-916.
10. Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A, et al. Can Fam Physician. 2015 Oct;61(10):e439-e450.
11. Pearson GJ, Thanassoulis G, Anderson TJ, et al. Can J Cardiol. 2021;37:1129-1150.

AUTEURS

Betsy Thomas, B. Sc. Pharm., **Jen Potter**, M. D., CCMF, **Allison Paige**, M. D., CCMF, **G Michael Allan**, M. D., CCMF

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

OUTILS DE LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.