



SAVOIR

Mots clés : Mauvais, LDL, Bon, HDL, Cholestérol, Facteurs de risque, Athérosclérose, Artériosclérose

Ce qu'il faut comprendre et savoir

L'hyperlipidémie se définit principalement par un taux élevé de cholestérol dans le sang.

Elle est un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire. Or la notion de risque évoque la possibilité de complications. C'est vrai pour tous les individus comme pour tous les voyageurs. C'est pourquoi une question essentielle se pose à tous les séniors... et globe-trotters en particulier. : Faut-il traiter son cholestérol avant, pendant et après un voyage ? La réponse est oui si votre « cholestérol » est à traiter !

Artériosclérose ou athérosclérose ?

La diminution du calibre d'une artère est due aux dépôts de graisses éparses qui s'insinuent dans la tunique interne de la paroi vasculaire. Leur accumulation crée au fil du temps les plaques d'athérome. Il s'ensuit une sclérose des parois vasculaires que l'on dénomme **athérosclérose**. Il ne faut pas la confondre avec l'**artériosclérose** qui désigne le seul vieillissement artériel avec son altération progressive des fibres de collagène et d'élastine des parois vasculaires. Une évolution inéluctable et immuable comme le genre et l'hérédité, et l'âge, à un moindre degré.

L'athérosclérose est une maladie multifactorielle. Ses principaux facteurs de risque sont le tabac, une dyslipidémie avec C-T et LDL-C augmentés et HDL-C bas, l'Hypertension artérielle (HTA), le diabète (DNID et DID). Il existe d'autres facteurs aussi puissants que ceux déjà cités dont l'importance est insuffisamment précisée chez le séniors. Il s'agit de l'obésité, l'obésité abdominale, la sédentarité, les antécédents familiaux de cardiopathie ischémique (angor, infarctus), l'élévation des triglycérides, de l'homocystéine, de la lipoprotéine(a) et l'existence d'une inflammation. Un dernier facteur qui caractérise tout événement médical au cours du vieillissement.

Conduite à tenir

La recherche d'une anomalie lipidique prescrite par votre médecin traitant dose le cholestérol total ou C-T, l'HDL-C (« le bon » cholestérol), le LDL-C (« le mauvais » cholestérol) et les Triglycérides.

Le LDL-C peut se calculer à partir d'une formule intégrant le C-T, le HDL-C et les Triglycérides (s'ils sont inférieurs à 4 g/l). Votre médecin peut le calculer si le laboratoire ne le fait pas.

Un cholestérol C-T élevé peut être liée à la seule augmentation du HDL-C. Le dosage isolé du cholestérol n'a donc aucun intérêt, ce d'autant plus qu'il faut pouvoir éliminer une dyslipidémie secondaire, hypothyroïdie, diabète, maladie du foie ou des reins etc.

Les deux entités "élévation du LDL-C ou mauvais cholestérol et cardiopathie ischémique" sont liées quel que soit l'âge.

L'hypercholestérolémie est associée à une augmentation du risque de sténose carotidienne et d'accident vasculaire cérébral (AVC) thrombo-embolique surtout en cas d'HTA ou de fibrillation auriculaire (maladie rythmique du cœur). Notons qu'un taux élevé d'HDL-C diminue le risque d'AVC ischémique.

Impact du traitement

La baisse du cholestérol diminue l'artériosclérose et semble inhiber la rupture de plaque responsable d'un infarctus du myocarde.

Le traitement hypocholestérolémiant diminue le risque coronarien et apparaît plus rapide sous statine (le plein effet demande environ 1 an) par rapport à la seule baisse du cholestérol (plein effet 5 ans). De plus, elle diminue le risque d'AVC chez le coronarien.