

Cholestérol et maladies cardiovasculaires

Document d'information

Le cholestérol

- Le cholestérol est l'une des graisses présentes dans le sang. Il intervient dans la fabrication des membranes cellulaires, et dans la production de la vitamine D et de certaines hormones, et sans lui, votre organisme ne pourrait pas fonctionner¹.
- Il existe deux types principaux de cholestérol² :
 - le cholestérol lié aux lipoprotéines de basse densité (LDL), qu'on appelle souvent le « mauvais » cholestérol, parce qu'un taux élevé de LDL-cholestérol favorise la formation de plaque sur les parois artérielles
 - le cholestérol lié aux lipoprotéines de haute densité (HDL) — qu'on appelle souvent le « bon » cholestérol, parce qu'il aide à déloger le LDL-cholestérol des parois artérielles
- Environ 80 % du cholestérol est produit naturellement dans l'organisme; les 20 % restants proviennent des aliments³.
- L'accumulation de la plaque, formée de cholestérol, de composés gras, de calcium et de fibrine, est à l'origine de la coronaropathie, la forme de cardiopathie la plus courante⁴.
- En 2006, la Société canadienne de cardiologie a élaboré des lignes directrices désormais plus rigoureuses pour les patients présentant un risque élevé de maladies cardiovasculaires, établissant le taux cible de LDL-cholestérol à moins de 2,0 mmol/L plutôt qu'à moins de 2,5 mmol/L⁵. Cela signifie que 70 % des Canadiens à risque élevé qui prennent une statine en monothérapie n'atteignent probablement pas les taux cibles de LDL-cholestérol et pourraient en conséquence avoir besoin d'un traitement supplémentaire⁶.

Niveau de risque	Risque de maladie coronarienne sur 10 ans	Recommandations
Élevé	≥ 20 %	Objectifs thérapeutiques : Objectif principal : LDL-C < 2,0 mmol/L Objectif secondaire : CT/HDL-C < 4,0
Modéré	10 % – 19 %	Amorcer un traitement si : LDL-C ≥ 3,5 mmol/L ou CT/HDL-C ≥ 5,0
Faible	< 10 %	Amorcer un traitement si : LDL-C ≥ 5,0 mmol/L ou CT/HDL-C ≥ 6,0

Légende : Un risque élevé est défini par la présence de maladie coronarienne, de maladie artérielle périphérique et de maladie vasculaire cérébrale, et dans la plupart des cas, de diabète. HDL-C = cholestérol lié aux lipoprotéines de haute densité; LDL-C = cholestérol lié aux lipoprotéines de basse densité; CT = cholestérol total⁷

- Au nombre des facteurs de risque contribuant à un taux de cholestérol élevé, mentionnons les suivants^{8,9}.
 - *Âge et sexe* : le taux de cholestérol augmente avec l'âge. De plus, après la ménopause, les femmes ont tendance à présenter un taux de LDL-cholestérol plus élevé que chez les hommes
 - *Antécédents familiaux* : un taux de cholestérol élevé peut être héréditaire
 - *Origine ethnique* : les personnes d'origine autochtone, africaine et sud-asiatique présentent un risque accru de cardiopathie
 - *Régime alimentaire* : une alimentation à teneur élevée en gras saturés est un facteur de risque
 - *Obésité* : l'obésité est un facteur de risque de cardiopathie et elle contribue à l'augmentation du taux de cholestérol
 - *Mode de vie* : l'inactivité physique accroît le risque de cardiopathie
- Afin d'aider à diminuer le taux de cholestérol, il faut apporter des modifications à l'alimentation et au mode de vie, notamment manger des aliments faibles en gras saturés, en gras trans et en cholestérol, demeurer actif et ne pas fumer¹⁰.
- Plus de 30 années d'études épidémiologiques, cliniques et expérimentales ont confirmé qu'un taux élevé de LDL-cholestérol constitue un important facteur de risque indépendant et modifiable de la maladie cardiovasculaire¹¹.
- Une étude visant des patients à risque élevé (Heart Protection Study) a révélé qu'une réduction de 1 mmol/L du taux de LDL-cholestérol correspond à une diminution de 25 % du risque de maladie cardiovasculaire¹².
- Le risque à vie d'être atteint d'une maladie coronarienne à l'âge de 40 ans est environ de un sur deux pour les hommes et de un sur trois pour les femmes¹³.

Taux de cholestérol élevé et maladies cardiovasculaires

- Près de 40 % des adultes canadiens, ce qui représente environ 12 millions de personnes, sont considérés comme ayant des taux de cholestérol élevés¹⁴.
- L'année dernière, environ 17 millions de personnes sont décédées de maladies cardiovasculaires, faisant de ces maladies la principale cause de décès au monde¹⁵.
- En 2002, les maladies cardiovasculaires ont entraîné la mort de 74 626 Canadiens; c'est plus qu'aucune autre maladie¹⁶.
- Entre les exercices 1997-1998 et 1999-2000, au Canada, 83 406 patients au total ont été hospitalisés pour une insuffisance cardiaque¹⁷.
- En 2002, au Canada, 32 % de tous les décès recensés dans la population masculine et 34 % des décès recensés dans la population féminine étaient dus à une maladie cardiaque, à une maladie vasculaire ou à un accident vasculaire cérébral¹⁸.
- En 1993, les maladies cardiovasculaires figuraient en tête des motifs d'hospitalisation, et c'était aussi le cas en 2000¹⁹.

- En 2000, on estimait à 20,1 milliards de dollars les coûts liés aux maladies cardiovasculaires, soit les coûts directs des traitements et les coûts indirects, y compris la perte de productivité attribuable aux décès prématurés²⁰.
- Le taux de mortalité associé aux maladies cardiovasculaires au Canada progresse d'ouest en est : en effet, la Colombie-Britannique présente le taux de mortalité le plus faible et Terre-Neuve et Labrador, le taux le plus élevé²¹.

Références

¹ Heart and Stroke Foundation, livre intitulé *Living with Cholesterol, Cholesterol and healthy living*, page 3.

² Heart and Stroke Foundation, livre intitulé *Living with Cholesterol, Cholesterol and healthy living*, page 5

³ Heart and Stroke Foundation, livre intitulé *Living with Cholesterol, Cholesterol and healthy living*, page 3

⁴ Site Web du Texas Heart Institute, consulté à l'adresse <http://texasheart.org/HIC/Topics/Cond/CoronaryArteryDisease.cfm>.

⁵ McPherson, R et al. Canadian Cardiovascular Society position statement – Recommendations for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease. *Can J Cardiol* 2006;22(11):913-927.

⁶ Données tirées de Bourgault, C et al. Statin therapy in Canadian patients with hypercholesterolemia: The Canadian Lipid Study – Observational (CALIPSO), *Can J Cardiol*, 2005;21(13):1187-1193.

⁷ McPherson, R et al. Canadian Cardiovascular Society position statement – Recommendations for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease. *Can J Cardiol* 2006;22(11):913-927.

⁸ Fodor J, Frohlich J, Genest J, McPherson P. Recommendations for the Management and Treatment of Dyslipidemia, Report of the Working Group on Hypercholesterolemia and other Dyslipidemias. *CMAJ* 2000; 162-10, 1441-1447.

⁹ Heart and Stroke Foundation, livre intitulé *Living with Cholesterol, Cholesterol and healthy living*, page 9

¹⁰ Heart and Stroke Foundation, livre intitulé *Living with Cholesterol, Cholesterol and healthy living*, page 3

¹¹ MacLean D, Chockaligam A. Elevated Blood Cholesterol and the Prevention of Heart Disease. *Can J Cardiol*. 1999; 15-4.

¹² The HPS Group, HPS of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7-22.

¹³ McPherson, R et al. Canadian Cardiovascular Society position statement – Recommendations for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease. *Can J Cardiol* 2006;22(11):913-927.

¹⁴ Heart and Stroke Foundation, livre intitulé *Living with Cholesterol, Cholesterol and healthy living*, page 3

¹⁵ World Heart Federation, 2005 Annual Report, consulté à l'adresse http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/documents/About-annual-report-2005.pdf.

¹⁶ Statistique Canada. *Causes de décès 2002*, Publication 2004.

¹⁷ Lee, DS et al. Regional outcomes of heart failure in Canada. Published in the *Canadian Journal of Cardiology*. 2004;20(6):599-607.

¹⁸ Site Web de la Fondation des maladies du cœur, <http://ww2.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=33&ArticleID=1077&Src=news&From=SubCategory>, consulté le 2 septembre 2006.

¹⁹ Hall, RE and Tu, JV. Hospitalization rates and length of stay for cardiovascular conditions in Canada, 1994 to 1999. Published in the *Canadian Journal of Cardiology*. 2003;19(10):1123-1131.

²⁰ Bourgault, C et al. Statin therapy in Canadian patients with hypercholesterolemia: The Canadian Lipid Study – Observational (CALIPSO). *Can J Cardiol* 2005;21(13):1187-1193.

²¹ Manuel, Douglas G. et al. Burden of cardiovascular disease in Canada. Published in the *Canadian Journal of Cardiology*. 2003;19(9):997-1004.