

Le dépistage des dyslipidémies chez l'enfant et l'adolescent est un sujet controversé tant au Canada qu'aux États-Unis et les recommandations varient beaucoup d'un organisme public à l'autre. Le diagnostic de dyslipidémie est le plus souvent fait non pas dans le contexte de symptômes ou de signes d'appels cliniques, mais plutôt à la suite d'une découverte fortuite ou d'un dépistage axé sur des facteurs de risque.

Que retenir pour notre pratique ?

- ✓ Première observation : comme vous pourrez le constater dans le texte qui suit, deux groupes d'experts peuvent conclure à deux recommandations quasi opposées, et ce, en étudiant les mêmes données, ce qui nous indique la nécessité de la lecture critique concernant toutes informations médicales.
- ✓ Deuxième observation : il demeure justifié de prendre de saines habitudes de vie dès l'enfance, sans attendre un dépistage biologique.

Dépistage universel : NON

L'USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force¹) a reconduit en août 2016 la recommandation de 2007 qui concluait que les preuves sont insuffisantes pour recommander ou rejeter le dépistage de routine des dyslipidémies chez tous les enfants, les adolescents ou les jeunes adultes de moins de 20 ans (Recommandation I).

Concernant l'hypercholestérolémie familiale (HF)

1. L'USPSTF a relevé des preuves adéquates dans des études à court terme (moins de 2 ans) montrant que la pharmacothérapie diminue de façon substantielle les niveaux de LDL-C et de cholestérol total chez les enfants avec HF.
2. L'USPSTF a relevé des preuves inadéquates concernant la pharmacothérapie à court terme et une réduction de l'incidence prématurée de maladies cardiovasculaires.
3. L'USPSTF a relevé des preuves inadéquates concernant l'association des changements lipidiques ou autres mesures non invasives et l'incidence de mortalité chez les adultes concernés.

Concernant la dyslipidémie multifactorielle (non attribuable à HF)

L'USPSTF a relevé des preuves inadéquates concernant les bénéfices des modifications des habitudes de vie ou de la pharmacothérapie chez les enfants avec dyslipidémie multifactorielle en regard d'une diminution des taux lipidiques, des marqueurs d'athérosclérose ou de la maladie cardiovasculaire prématurée.

Donc, les données sont insuffisantes pour choisir entre bénéfices potentiels et préjudices d'un dépistage systématique de dyslipidémie chez les moins de 20 ans.

1 JAMA, 2016 ; 316(6) : 625-633.

Dépistage universel et dépistage sélectif : OUI

Deux autres organismes américains (le National Heart Lung and Blood Institute's Expert Panel² et l'American Academy of Pediatric's Bright Futures³) recommandent le dépistage universel lipidique non à jeun entre 9 et 11 ans et entre 17 et 21 ans (grade B : fortement recommandé). Ils recommandent également de poursuivre le dépistage sélectif chez les enfants de 2 à 8 ans dans les circonstances suivantes :

1. Si les parents ont une valeur de cholestérol total supérieure à 6.2 mmol/L ;
2. S'il y a une histoire familiale (parents ou grands-parents) de maladie athérosclérotique (infarctus du myocarde, angine, angioplastie, pontage coronarien, mort subite, accident vasculaire cérébral) précoce, soit avant 55 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes ;
3. Si les enfants présentent des facteurs de risque tels que le diabète, des anévrismes coronariens à la suite d'une maladie de Kawasaki, le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'obésité et la sédentarité ;
4. Si les enfants ont une histoire familiale inconnue.

Selon ces organismes, la principale question, à l'heure actuelle, n'est plus de savoir s'il faut dépister l'hypercholestérolémie chez l'enfant, mais plutôt de déterminer quelle est la meilleure stratégie pour dépister les enfants à haut risque de cardiopathie ischémique, c'est-à-dire ceux qui sont atteints d'hypercholestérolémie familiale.

Il est certain qu'un certain nombre d'enfants atteints de dyslipidémie ne sera pas reconnu par le dépistage ciblé. « Nous disposons de preuves solides pour dire que le dépistage ciblé des enfants basé sur les antécédents familiaux d'accidents coronariens précoces ou d'autres pathologies vasculaires secondaires à une dyslipidémie nous fait passer à côté de 30 à 60 % des enfants dyslipidémiques. Il est en outre souvent difficile d'obtenir des renseignements fiables concernant les antécédents familiaux. Dans ces conditions, l'identification des enfants à risque de développer des complications cliniques de l'athérosclérose consiste à mettre en place un bilan lipidique systématique », expliquent les experts de l'AAP.

Plusieurs experts ont exprimé leur désaccord à propos de ces recommandations, en l'absence d'études randomisées, contrôlées, montrant que le dépistage du cholestérol élevé chez les enfants avait un impact sur la santé cardiovasculaire. Ces experts insistent sur le fait que le problème, en l'absence de maladie génétique, est davantage lié à un problème d'obésité et de sédentarité qu'à un problème de dyslipidémie.

Enfin, il existe peu d'études de qualité qui ont évalué les conséquences négatives du dépistage de dyslipidémie chez l'enfant. Il existe des risques potentiels, surtout en regard des fonctions hépatiques et gastro-intestinales associées à la prise de médicaments hypolipémiants. On se questionne aussi sur la pertinence d'étiqueter des enfants avec dyslipidémie, alors que près de la moitié de ceux-ci auront des lipides normaux à l'âge adulte. Il n'existe donc aucun essai à long terme ni sur les modifications des habitudes de vie ni sur l'utilisation de statines, et nous ne savons pas quelle minorité d'enfants ayant une dyslipidémie précoce est réellement à risque de développer tôt une maladie cardiovasculaire.

2. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents; National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics*, 2011 ; 128 (soppl 5) : S213-S256.

3. American Academy of Pediatrics (AAP). Recommendations for preventive pediatric health care. https://www.aap.org/enus/professional/ressources/practice/support/Periodicity/Periodicity%20Schedule_FINAL.pdf. 2015. Updated December 15, 2015.

Les organismes canadiens, pour leur part, n'ont pas modifié les indications de dépistage chez les enfants

Il est à noter que la présence d'HF dans la population québécoise est élevée et atteint 1/290 personnes (porteur hétérozygote) et 6/1000 personnes (patients homozygotes) à cause de notre patrimoine génétique. Elle est de 1/167 en Gaspésie, 1/122 au Saguenay-Lac St-Jean et 1/81 sur la Côte-Nord. Plus de 90 % de ces personnes n'ont pas été diagnostiquées et suivies. En fait, elles ignorent que leur vie est menacée, car les complications cardiovasculaires sont tardives et ne surviennent qu'après l'âge de 30 ou 40 ans chez les hétérozygotes, tandis que chez les sujets homozygotes, la survenue d'une maladie coronarienne est quasi inéluctable avant l'âge de 20 ans. Si cette pathologie familiale n'est pas dépistée et traitée, 50 % des hommes et 15 % des femmes hétérozygotes décéderont avant l'âge de 60 ans.

TABLEAU D'INTERPRÉTATION DES VALEURS SELON LES RECOMMANDATIONS NCEP ET AAP

| Valeurs en mol/L | Cholestérol total | Cholestérol LDL |
|-------------------|-------------------|-----------------|
| Souhaitables | < 4,4 | < 2,8 |
| Limites | 4.4 à 5.2 | 2.8 à 3.4 |
| Élevées (< 95eP)* | > 5,2 | > 3,4 |

*Il faut deux mesures distinctes pour s'assurer que le résultat est élevé

Intervention

Si le résultat lipidique est anormal, l'intervention appropriée demeure controversée, variant d'interventions pour une saine alimentation et un programme d'activité physique à une clinique spécialisée pour la prise en charge, surtout si une médication est jugée nécessaire (à partir de 8 ans).