

COIN technipharm FC

LE PROGRAMME NATIONAL DE FORMATION CONTINUE DES ASSISTANTS TECHNIQUES EN PHARMACIE 1 UFC

GRATUIT

POUR OBTENIR INSTANTANÉMENT VOS RÉSULTATS, RÉPONDEZ EN LIGNE SUR WWW.PROFESSIONSANTE.CA

JUILLET 2014

DONNE DROIT À 1 UNITÉ DE FC



Leçon approuvée pour 1 UFC par le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie. N° de dossier: 1065-2014-1006-I-T. Accréditation valable jusqu'au 20 juin 2015

Pour obtenir instantanément vos résultats, répondez en ligne sur www.ProfessionSante.ca

UNE FC EXCLUSIVE AUX ATP

Coin technipharm FC est le seul programme national de formation continue conçu exclusivement pour les assistants techniques en pharmacie canadiens.

À mesure que le rôle des assistants techniques en pharmacie s'étend, utilisez régulièrement Coin technipharm FC pour parfaire vos connaissances. Veuillez noter qu'une note de passage minimale de 70 % est exigée pour obtenir l'UFC.

Coin technipharm FC est généreusement commandité par Teva. Les numéros précédents peuvent être téléchargés à partir des sites www.professionssante.ca ou www.tevacanada.com.

L'auteur n'a pas de conflit d'intérêts à déclarer.

POUR RÉPONDRE AU TEST

1. Obtenez instantanément vos résultats en répondant en ligne sur le site www.professionssante.ca.
2. Ou utilisez la carte réponse insérée dans cette leçon de FC. Imprimez la leçon, entourez les réponses sur la carte et envoyez-la par télécopieur à Mayra Ramos (416 764-3937).

Une note de passage de 70 % (11 sur 15) est exigée pour réussir cette leçon et obtenir 1 UFC. Coin technipharm vous enverra vos résultats par la poste dans un délai de 8 à 12 semaines.

COLLABORATEURS

Coordonnatrice de la FC:
Tasleen Adatia, MA

Rédactrice en chef clinique:
Lu-Ann Murdoch, B. Sc. Phm.

Auteur:
Arden Barry, B. Sc. (pharm), Pharm D, ACPR

Réviseur:
Don Ridley, R. Ph. T.

Dyslipidémie: Dépistage, prise en charge et rôle des ATP

Par Arden Barry, B. Sc. (pharm), Pharm D, ACPR



Objectifs d'apprentissage

Après avoir suivi cette leçon et répondu au test, les assistants techniques en pharmacie (ATP) seront en mesure de:

1. Repérer les personnes qui devraient être soumises à un dépistage de la dyslipidémie et d'évaluer leur risque à l'aide d'un outil standardisé.
2. Se familiariser avec les recommandations des plus récentes lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie pour le traitement de la dyslipidémie.
3. Mieux comprendre le traitement pharmacologique de la dyslipidémie, en particulier par les statines.

La dyslipidémie est un problème de santé courant et c'est un important facteur de risque de maladie cardiovasculaire (MCV). La MCV englobe toutes les maladies qui affectent l'appareil circulatoire (cœur ou vaisseaux

sanguins). Le terme « dyslipidémie » se traduit par « anomalie des taux de lipides dans le sang ». Il est aussi associé à un taux élevé de « mauvais cholestérol » (soit le cholestérol à lipoprotéines de faible densité ou LDL);

le terme peut aussi faire référence à un faible taux de « bon cholestérol » (soit le cholestérol à lipoprotéines de haute densité ou HDL). Un taux élevé de cholestérol LDL dans le sang peut entraîner la formation de plaques dans les artères, un processus appelé athérosclérose, qui peuvent finir par rétrécir ou bloquer les artères. Si un blocage se produit dans une artère du cœur (dans une coronaire), cela peut se traduire par une crise cardiaque; si le blocage se produit dans une artère du cerveau (dans une artère cérébrale), cela peut se traduire par un accident vasculaire cérébral (AVC).

On distingue deux différents types de dyslipidémies : l'une est génétique (on l'appelle dyslipidémie primaire) et l'autre est causée par un mode de vie malsain incluant mauvaise alimentation, manque d'exercice et tabagisme (on l'appelle dyslipidémie secondaire ou dyslipidémie acquise). La dyslipidémie acquise est la cause la plus fréquente de dyslipidémie chez les adultes. Certains médicaments, comme les antipsychotiques ou les agents utilisés pour traiter l'infection au VIH, sont connus pour causer ou aggraver la dyslipidémie.

La MCV est la principale cause de décès et d'hospitalisation au Canada¹. Heureusement, le nombre de patients décédés des suites d'une MCV a baissé de plus de 75 % au cours des 60 dernières années. Ce qui est principalement attribuable à un dépistage précoce, à des stratégies de traitement avancées (liées à la prise de médicaments ou à des interventions telles que l'implantation d'endoprothèses vasculaires ou les pontages aorto-coronariens) et à une plus grande sensibilisation du public. La dyslipidémie est un des quelques facteurs de risque de MCV qui peuvent être inversés en adoptant une saine alimentation, en faisant régulièrement de l'exercice et en prenant un traitement pharmacologique. Par conséquent, un dépistage et un traitement précoces de la dyslipidémie sont importants pour assurer des soins préventifs efficaces.

Dépistage

Il est essentiel de faire un dépistage de la dyslipidémie puisque la plupart des patients ne présentent aucun symptôme et ne les présenteront souvent que quand il sera trop tard, à savoir quand ils auront subi une crise cardiaque ou un AVC. Le dépistage consiste à mesurer les différents paramètres lipidiques dans le sang, dont les taux de cholestérol LDL et HDL. La Société canadienne de cardiologie (SCC) a publié en 2012 des lignes directrices pour le diagnostic et le traitement de la dyslipidémie². Ces lignes directrices recommandent de soumettre à un dépistage tous les hommes de 40 ans et plus et toutes les

femmes de 50 ans et plus, de même que toutes les femmes ménopausées. Elles recommandent aussi de faire un dépistage chez d'autres patients, quel que soit leur âge, qui présentent certains problèmes de santé tels que l'hypertension, le diabète, une maladie pulmonaire chronique, une maladie rénale chronique et l'obésité. Les fumeurs et tous les patients ayant des antécédents familiaux de dyslipidémie ou de maladie cardiaque précoce devraient aussi être soumis à un dépistage. On parle de maladie cardiaque précoce si un parent au premier degré (mère, père ou frères et sœurs) a subi une crise cardiaque ou un AVC relativement tôt dans sa vie (avant 55 ans pour les hommes ou 65 ans pour les femmes). Les lignes directrices recommandent aussi d'effectuer un dépistage chez les patients présentant des maladies inflammatoires (p. ex., polyarthrite rhumatoïde), une infection au VIH ou un dysfonctionnement érectile. Les patients issus de certains groupes ethniques, dont ceux d'origine sud-asiatique ou amérindienne, devraient être soumis à un dépistage quel que soit leur âge, car ils présentent un risque plus élevé de subir une crise cardiaque tôt dans leur vie.

Évaluation

On peut se servir des valeurs de cholestérol d'un patient pour calculer son risque de MCV. Ce calcul est une mesure importante que les ATP peuvent effectuer. La SCC recommande l'utilisation d'un calculateur de risque appelé « score de Framingham », qui permet d'estimer le risque cardiovasculaire global sur 10 ans (crise cardiaque, AVC, blocage des artères dans les jambes [connu sous le nom de maladie artérielle périphérique] et insuffisance cardiaque)². Le score de Framingham prend en compte les valeurs de cholestérol du patient, son âge, sa pression artérielle, le fait qu'il fume ou non et la présence ou non de diabète. Le score de Framingham ne s'applique qu'aux personnes qui n'ont jamais reçu de diagnostic de MCV. Un patient qui a des antécédents de MCV doit automatiquement être considéré comme étant à haut risque. Les diabétiques de plus de 40 ans sont également considérés comme étant à haut risque².

La SCC dispose de diverses ressources pour aider à calculer le score de Framingham, dont une version imprimable de l'outil (accessible sur le site www.ccs.ca) et une application pour téléphones intelligents ou pour tablettes électroniques. Cette application s'appelle « CCS Lipid Guidelines »; elle n'existe actuellement que pour les produits Apple (iPhone, iPad). L'avantage de l'application, c'est qu'il est possible de changer facilement certains paramètres (p. ex., taux de cholestérol ou tabagisme) pour montrer aux patients l'impact positif

que les modifications du mode de vie peuvent avoir sur le risque de MCV global. Il est important d'opter pour un score de Framingham qui utilise les unités du Système international (SI) pour le cholestérol (en mmol/L). En effet, comme le score de Framingham a été créé aux États-Unis, beaucoup de calculateurs utilisent les unités traditionnelles ou américaines de mesure des taux de cholestérol (en mg/dL), qui sont assez différentes des unités SI utilisées au Canada.

Le score de Framingham donne un pourcentage qui correspond au risque du patient de développer une MCV au cours des 10 années suivantes. Par exemple, un score de 18,4 % signifie que le patient a 18,4 % de chances de développer une MCV au cours des 10 années suivantes. Si une personne a des antécédents de maladie cardiaque précoce dans sa famille, alors le score de Framingham doit être multiplié par deux – donc si un patient a un score de 5,6 %, celui-ci devient 11,2 % si, par exemple, son père a eu une crise cardiaque à 52 ans. De même, le score de Framingham inclut un « âge cardiovasculaire », qui est une estimation de l'âge du cœur du patient par rapport à celui d'un Canadien moyen du même âge et du même sexe. Une personne de 64 ans peut avoir un « âge cardiovasculaire » de 72 ans. Cela signifie que son risque de MCV raccourcit son espérance de vie d'environ huit ans. On utilise parfois l'âge cardiovasculaire pour inciter les patients à améliorer leur mode de vie.

Le score de Framingham permet ensuite de classer les patients en trois catégories de risque : faible, intermédiaire et élevé. Un faible risque est défini par un score inférieur à 10 % et un risque élevé par un score égal ou supérieur à 20 %. Un risque intermédiaire est défini par un score se situant entre 10 % et 19 %. Le niveau de risque aide à déterminer le type de traitement à recommander. Toutes les personnes à risque de MCV devraient être conseillées par leur médecin ou leur pharmacien sur les façons de réduire leur risque de MCV par des modifications du mode de vie, comme l'adoption d'une saine alimentation, la pratique régulière de l'exercice et l'abandon du tabac.

La décision d'entreprendre un traitement pharmacologique peut être difficile à prendre, car les médicaments hypolipémiants sont associés à des avantages et à des inconvénients. Les lignes directrices de la SCC recommandent de se baser sur le taux de cholestérol LDL pour déterminer quels patients devraient recevoir un traitement pharmacologique, à l'exception des patients à haut risque – dans leur cas, un traitement pharmacologique doit être systématiquement recommandé. La plupart des personnes à faible risque n'ont pas besoin

d'un traitement pharmacologique, sauf si leur taux de cholestérol LDL est très élevé (≥ 5 mmol/L). On ne recommande généralement un traitement pharmacologique aux patients à risque intermédiaire que si leur taux de cholestérol LDL est $\geq 3,5$ mmol/L. Une fois que la décision d'entreprendre un traitement pharmacologique a été prise, l'objectif est un taux de LDL ≤ 2 mmol/L ou une réduction d'au moins 50 % de la valeur de départ. Par exemple, si le taux de cholestérol LDL était de 6 mmol/L au départ, la valeur cible de LDL serait 3 mmol/L².

Recommandations concernant le mode de vie

Toutes les personnes à risque de MCV, qu'elles suivent ou non un traitement pharmacologique, devraient essayer d'améliorer leur mode de vie afin de réduire leur risque de MCV. Cela consiste à faire régulièrement de l'exercice, à avoir une alimentation favorisant la santé cardiaque, à limiter la consommation d'alcool et à cesser de fumer. Un moyen mnémotechnique simple pour les patients est la règle «0-5-30»: 0 cigarette par jour, 5 portions de fruits ou de légumes par jour et 30 minutes d'exercice par jour. Le plus important changement d'habitude pour les patients consiste à cesser de fumer, puisque c'est ce qui réduit le plus le risque de MCV comparati-

vement aux autres facteurs de risque. Les fumeurs devraient donc être adressés au pharmacien pour qu'il les conseille en matière de cessation tabagique. En ce qui concerne l'exercice, le plus simple est le mieux. Les lignes directrices recommandent 150 minutes d'activité aérobique vigoureuse par semaine à raison de 10 minutes à la fois au minimum.

Une alimentation favorisant la santé cardiaque peut également avoir un impact sur la réduction du risque de MCV. Il est recommandé de réduire l'apport calorique pour maintenir un poids santé, d'adopter un régime alimentaire riche en fruits, légumes, grains entiers et acides gras oméga 3, d'éviter les gras trans et d'accroître l'apport quotidien de fibres alimentaires. Il a été démontré que certains régimes ont un impact important sur la réduction des MCV, dont le régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) composé de fruits et légumes, produits laitiers faibles en matières grasses, grains entiers, volaille, poisson et noix, et le régime méditerranéen (riche en huile d'olive, légumes, noix et poisson, et pauvre en viande). Une récente étude a montré que le régime méditerranéen, comparativement à un régime faible en matières grasses, réduit de 30 % l'incidence des crises cardiaques et des AVC³. La consommation d'alcool devrait être limitée à un ou deux verres standards par jour.

Traitement pharmacologique

Il existe divers médicaments pour traiter la dyslipidémie, dont les inhibiteurs de la 3-hydroxy-3-méthylglutaryl-coenzyme A (abrégé en HMG-CoA) réductase (statines), les inhibiteurs de l'absorption du cholestérol, les fibrates, la niacine et les chélateurs de l'acide biliaire (**Tableau 1**). Tous ces agents permettent de réduire le taux de cholestérol LDL; toutefois, ce sont les statines qui ont l'effet le plus marqué en matière de réduction du cholestérol LDL.

Les statines

Les statines sont les médicaments de première intention pour le traitement de la dyslipidémie, non seulement parce qu'elles ont un effet hypocholestérolémiant, mais aussi parce que beaucoup d'études ont montré qu'elles réduisent l'incidence des crises cardiaques et des AVC. Une analyse de plusieurs études sur les statines a montré une réduction de 21 % de l'incidence des crises cardiaques et des AVC pour chaque réduction de 1 mmol/L du taux de cholestérol LDL⁴. Au Canada, nous disposons actuellement de six statines (**Tableau 1**). Ces médicaments peuvent réduire de 35 % à 65 % le taux de cholestérol LDL selon l'agent utilisé. Les statines les plus puissantes sont l'atorvastatine et la rosuvastatine – on peut les prendre à tout moment

de la journée. Les autres statines doivent être prises avec le repas du soir ou au coucher⁵.

Dans la plupart des cas, les statines sont généralement sans danger et bien tolérées, et elles sont associées à peu d'effets indésirables. Les plus courants sont des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhées), des crampes musculaires ou une légère inflammation du foie⁶. Jusqu'à 5 % des personnes qui prennent une statine vont avoir des crampes musculaires (appelées myalgies), qui peuvent se produire avec n'importe laquelle des statines⁷. En général, cet effet indésirable se produit dans les six premiers mois de traitement et affecte principalement le groupe des grands muscles (jambes, bras et épaules). La plupart des patients présentant des symptômes musculaires causés par les statines toléreront mieux une autre statine ou la même statine à dose réduite⁸. Un rare effet indésirable affectant les muscles (appelé rhabdomyolyse) se produit chez environ 1 ou 2 patients sur 10 000 qui sont traités par une statine pendant un an⁹. Une légère inflammation du foie (appelée transaminite) peut se produire chez jusqu'à 3 % des patients traités par une statine⁶. Comme avec les crampes musculaires, cela se produit habituellement dans les six premiers mois du traitement, mais n'est généralement pas associé à des symptômes. Si ces effets indésirables se produisent, ils sont généralement bénins et peuvent être corrigés en réduisant la dose ou en passant à une autre statine. Tout patient qui s'inquiète des effets indésirables associés aux statines doit être adressé au pharmacien pour une évaluation appropriée.

Adhésion au traitement

S'assurer que les patients prennent leurs médicaments tous les jours constitue un aspect important du traitement des affections chroniques. Comme la dyslipidémie ne provoque habituellement pas de symptômes, des patients peuvent facilement oublier de prendre leur médicament hypolipémiant. D'autres vont cesser leur traitement parce qu'ils estiment ne plus en avoir besoin ou qu'il n'a pas d'effet sur eux. Une étude canadienne portant sur des personnes âgées sur une période de deux ans a montré que l'adhésion à un traitement par les statines diminue rapidement au fil du temps⁸. Dans cette étude, seuls 40 % des patients continuaient à prendre une statine deux ans après avoir subi une crise cardiaque. Parmi les patients ne présentant pas de MCV, seuls 25 % continuaient à prendre leurs statines après deux ans. Une autre revue récente a montré que la façon la plus efficace de s'assurer que les patients continuent leur traitement par les statines passe par des rappels et des

TABLEAU 1 – Médicaments utilisés dans le traitement de la dyslipidémie

	Nom générique
Statines	Atorvastatine
	Fluvastatine
	Lovastatine
	Pravastatine
	Rosuvastatine
	Simvastatine
Inhibiteurs de l'absorption du cholestérol	Ézétimibe
Fibrates	Bézafigrate
	Fénofibrate
	Gemfibrozil
Niacine	Niacine à libération prolongée
Chélateurs de l'acide biliaire	Cholestyramine
	Colestipol
	Colesevelam



renforcements⁹. Les ATP peuvent jouer un rôle important en repérant les patients qui n'adhèrent pas à leur traitement par les statines.

Autres médicaments hypolipémiants

Parmi les autres médicaments hypocholestérolémiants, seuls les fibrates et la niacine ont été associés à une réduction de l'incidence des crises cardiaques et des AVC, mais les données ne sont pas aussi solides qu'avec les statines. Les fibrates et la niacine ont un effet modeste sur la réduction du taux de LDL, mais ils affectent principalement les autres valeurs lipidiques. Les fibrates abaissent principalement le taux de triglycérides et on les utilise pour prévenir la pancréatite. On peut aussi les utiliser comme solution de rechange pour réduire le taux de cholestérol LDL quand les statines provoquent des effets indésirables. Dans la plupart des cas, il faut éviter d'associer une statine et un fibrate, car cela accroît le risque de problèmes musculaires. La niacine est recommandée chez les patients présentant un taux de LDL élevé et un taux de HDL bas puisqu'elle élève le taux de HDL tout en abaissant le taux de LDL. Cependant, deux études récentes ont montré que la niacine ne permet pas de réduire l'incidence des crises cardiaques et des AVC quand on l'ajoute à un traitement par les statines^{10,11}.

La plupart des patients qui prennent de la niacine éprouvent de désagréables réactions vasomotrices (de la rougeur) qui limitent l'utilisation de ce médicament. On finit par tolérer cette réaction avec le temps, mais cette tolérance s'estompe rapidement si on cesse de prendre le médicament pendant deux ou trois jours. Une version sur ordonnance de niacine à libération prolongée est généralement mieux tolérée que les versions en vente libre. La rougeur n'est pas due à une allergie, mais plutôt à la prostaglandine. Un pharmacien peut recommander à un patient de prendre de l'acide acétylsalicylique – qui inhibe la prostaglandine – avant la niacine. On trouve dans certaines phar-

macies une version de niacine contenant de l'inositol qui ne provoque pas de rougeur. Mais ce produit ne devrait pas être recommandé, car il est mal absorbé et n'a que peu ou pas d'effet sur les valeurs de cholestérol^{12,13}.

L'ézétimibe est le seul inhibiteur de l'absorption du cholestérol que l'on trouve au Canada. Il est recommandé pour le traitement de la dyslipidémie en appoint à une statine ou comme solution de rechange quand les statines provoquent des effets indésirables. L'ézétimibe est généralement bien toléré, mais des signalements d'effets indésirables musculaires ou hépatiques commencent à apparaître¹⁴. Les chélateurs de l'acide biliaire sont aussi des solutions de rechange potentielles pour les patients qui ne tolèrent pas les statines; cependant, ils sont associés à de multiples effets indésirables désagréables (nausées, douleurs abdominales, crampes) et à des interactions médicamenteuses¹⁵.

Rôle de l'ATP

Les ATP peuvent jouer un rôle important dans le traitement pluridisciplinaire de la dyslipidémie. Une des tâches essentielles des ATP consiste à repérer les patients qui devraient être soumis à un dépistage de la dyslipidémie conformément aux lignes directrices de la SCC. Voici d'autres importantes tâches que les ATP peuvent effectuer :

- Calculer le score de Framingham à l'aide des outils recommandés (sous forme de version sur papier ou d'application électronique).
- Repérer les patients qui prennent des médicaments hypocholestérolémiants, mais qui n'ont pas fait vérifier leurs taux de cholestérol au cours de l'année précédente.
- Repérer les patients qui ne respectent pas leur traitement, ou qui risquent de ne pas le respecter, en vérifiant les renouvellements d'ordonnance et les dates de renouvellement.
- Repérer les patients qui s'inquiètent des effets indésirables des médicaments,

particulièrement en ce qui concerne les statines.

- Adresser les fumeurs au pharmacien pour qu'il les conseille et les soutienne en matière de cessation tabagique.
- S'assurer que la pharmacie dispose de documentation éducative à remettre aux patients en ce qui concerne les choix de mode de vie positifs, comme cesser de fumer, adopter une saine alimentation (p. ex., Guide alimentaire canadien) et faire de l'exercice.
- Retirer la niacine « sans rougeur » si la pharmacie en a encore en stock. ■

RÉFÉRENCES

1. Heart and Stroke Foundation of Canada. Statistics. [http:// www.heartandstroke.com/site/c/iklQLcMWJtE/b.3483991/k.34A8/Statistics.htm](http://www.heartandstroke.com/site/c/iklQLcMWJtE/b.3483991/k.34A8/Statistics.htm) (consulté le 1er janvier 2014).
2. Anderson TJ, Grégoire J, Hegele RA et coll. 2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Can J Cardiol*. 2013;29:151-67.
3. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J et coll. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013;368:1279-90.
4. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*. 2005;366:1267-78.
5. Repchinsky C, editor. HMG-CoA reductase inhibitors. *Compendium of pharmaceuticals and specialties*. 2013. 48th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2013.
6. Mancini GB, Baker S, Bergeron J et coll. Diagnosis, prevention and management of statin adverse effects and intolerance: proceedings of a Canadian Working Group Consensus Conference. *Can J Cardiol*. 2011;27:635-62.
7. Thompson PD, Clarkson PM, Rosenson RS. An assessment of statin safety by muscle experts. *Am Heart J*. 2006;97[suppl]:69C-76C.
8. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA*. 2002;288:462-7.
9. Schedlbauer A, Davies P, Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;3:CD004371.
10. The AIM-HIGH Investigators. Niacin in patients with low HDL cholesterol levels receiving intensive statin therapy. *N Engl J Med*. 2011;365:225-67.
11. HPS2-THRIVE Collaborative Group. HPS2-THRIVE randomized placebo-controlled trial in 25 673 high-risk patients of ER niacin/loropirant: trial design, pre-specified muscle and liver outcomes, and reasons for stopping study treatment. *Eur Heart J*. 2013;34:1279-91.
12. Varying cost and free nicotinic content of over-the-counter niacin preparations for dyslipidemia. *Ann Intern Med*. 2003;139:996-1002.
13. Norris RB. "Flush-free niacin": dietary supplement may be "benefit-free." *Prev Cardiol*. 2006;9(1):64-5.
14. Association of Ezetrol (ezetimibe) with myalgia, rhabdomyolysis, hepatitis, pancreatitis, and thrombocytopenia—Merck Frosst/Schering Pharmaceuticals—for health professionals. Ottawa, ON: Health Canada; 2005. <http://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2005/14324a-eng.php> (consulté le 6 mars 2014).
15. Repchinsky C, editor. Cholestyramine. *Compendium of pharmaceuticals and specialties*. 2013. 48th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2013.

QUESTIONS

Veillez sélectionner la meilleure réponse à chaque question ou répondre en ligne sur le site www.professionssante.ca pour recevoir instantanément vos résultats.

1. On définit la dyslipidémie comme :
 - a) Un taux élevé de mauvais cholestérol
 - b) Un taux faible de bon cholestérol
 - c) Un taux élevé de triglycérides
 - d) Un taux anormal de lipides dans le sang
 - e) Tout ce qui précède
2. La dyslipidémie est souvent associée aux symptômes suivants :
 - a) Douleurs thoraciques
 - b) Crampes musculaires
 - c) Nausées ou vomissements
 - d) La plupart des patients ne présentent aucun symptôme
3. Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès et d'hospitalisation au Canada.
 - a) Vrai
 - b) Faux
4. Conformément aux plus récentes lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie, le groupe de personnes suivant devrait être soumis à un dépistage de la dyslipidémie :
 - a) Tous les hommes quel que soit leur âge
 - b) Les hommes de 30 ans et plus
 - c) Les hommes de 40 ans et plus
 - d) Les hommes de 50 ans et plus
5. Conformément aux plus récentes lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie, le groupe de personnes suivant devrait être soumis à un dépistage de la dyslipidémie :
 - a) Toutes les femmes quel que soit leur âge
 - b) Les femmes de 50 ans et plus et les femmes ménopausées
 - c) Les femmes de 50 ans et plus et les femmes en préménopause
 - d) Les femmes de 40 ans et plus et les femmes ménopausées
6. Conformément aux plus récentes lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie, les patients présentant le ou les problèmes médicaux suivants devraient être soumis à un dépistage de la dyslipidémie quel que soit leur âge :
 - a) Diabète
 - b) Tabagisme
 - c) Hypertension
 - d) Tout ce qui précède
7. Le score de Framingham permet d'estimer ce qui suit :
 - a) Le risque sur 10 ans de développer une maladie cardiovasculaire
 - b) Le risque sur 20 ans de développer une maladie cardiovasculaire
 - c) Le risque sur 10 ans de subir une crise cardiaque
 - d) Le risque de subir une crise cardiaque ou un AVC au cours de sa vie
8. Les patients à risque intermédiaire de maladies cardiovasculaires ont un score de Framingham de :
 - a) 5 % à 15 %
 - b) 10 % à 19 %
 - c) 20 % à 30 %
 - d) 30 % à 40 %
9. Les groupes de patients présentant la ou les situations suivantes sont considérés comme étant à risque élevé de maladie cardiovasculaire :
 - a) Antécédents familiaux de maladie cardiaque précoce
 - b) Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire
 - c) Fumeurs
 - d) Tout ce qui précède.
10. La règle «0-5-30» pour les modifications du mode de vie visant à réduire le risque de maladie cardiovasculaire fait référence à :
 - a) 0 gras trans, 5 verres de boissons alcoolisées par semaine, 30 portions de fruits et légumes par semaine
 - b) 0 boisson alcoolisée, 5 portions de noix par semaine, 30 g de fibres par jour
 - c) 0 cigarette, 5 portions de fruits ou de légumes par jour, 30 minutes d'exercice par jour
 - d) 0 repas de restauration rapide, 5 jours d'exercice aérobique par semaine, 30 minutes d'entraînement musculaire par semaine
11. Le traitement de première intention pour la dyslipidémie est :
 - a) une statine
 - b) un fibrate
 - c) la niacine
 - d) Tout ce qui précède
12. Les effets indésirables courants des statines sont :
 - a) La dégradation musculaire
 - b) Un dysfonctionnement du foie
 - c) Des nausées ou des vomissements
 - d) Une éruption cutanée
13. Toutes les statines doivent être prises avec le repas du soir ou au coucher.
 - a) Vrai
 - b) Faux
14. Pour les patients qui ne tolèrent pas les statines, tous les agents suivants sont des solutions de rechange potentielles, SAUF :
 - a) les fénofibrates
 - b) l'ézétimibe
 - c) la cholestyramine
 - d) la niacine « sans rougeur »
15. Le rôle des ATP dans le traitement pluridisciplinaire de la dyslipidémie comprend :
 - a) Calculer le score de Framingham
 - b) Repérer les patients qui ne respectent pas leur traitement par les statines en fonction des renouvellements d'ordonnance ou des dates de renouvellement
 - c) Adresser les fumeurs au pharmacien enfin qu'il les conseille en matière de cessation tabagique
 - d) Tout ce qui précède

Présenté par :

Commandité par :

COIN technipharm FC



Dyslipidémie:
Dépistage, prise en charge et rôle des ATP
1 UFC • juillet 2014
CCEPP n° 1065-2014-1006-I-T Tech.
Accréditation valable jusqu'au 20 juin 2015.

Maintenant accrédité par le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie

1. a b c d	4. a b c d	7. a b c d	10. a b c d	13. a b
2. a b c d	5. a b c d	8. a b c d	11. a b c d	14. a b c d
3. a b	6. a b c d	9. a b c d	12. a b c d	15. a b c d

Prénom _____ Nom _____

Nom de la pharmacie _____

Adresse (Domicile) _____ Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Année d'obtention de diplôme (s'il y a lieu) _____

Type de pharmacie

Chaîne ou franchise
 Bannière
 Indépendante
 Autre (veuillez préciser): _____

Grande surface
 Supermarché
 Hôpital

ATP à plein temps
 ATP à temps partiel

Aidez-nous à nous assurer que ce programme vous soit utile en répondant aux questions suivantes:

- Avez-vous le sentiment d'être mieux informé(e) sur la dyslipidémie ?
 Oui Non
- L'information contenue dans cette leçon était-elle pertinente pour vous en tant qu'ATP ? Oui Non
- Allez-vous pouvoir intégrer l'information acquise grâce à cette leçon dans votre travail d'ATP ? Oui Non S.O.
- L'information contenue dans cette leçon était-elle...
 Trop élémentaire Adaptée Trop difficile
- Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de cette leçon ?
 Très Assez Pas du tout
- Quel sujet aimeriez-vous que nous traitions dans un prochain numéro ?

COMMENT RÉPONDRE ? Répondez EN LIGNE sur www.ProfessionSante.ca pour obtenir vos résultats instantanément.

Pour connaître les barèmes de notation de la FC,
 veuillez communiquer avec Mayra Ramos par téléphone, au 416 764-3879,
 ou par courriel à mayra.ramos@rci.rogers.com.

Pour répondre en ligne à cette leçon de FC

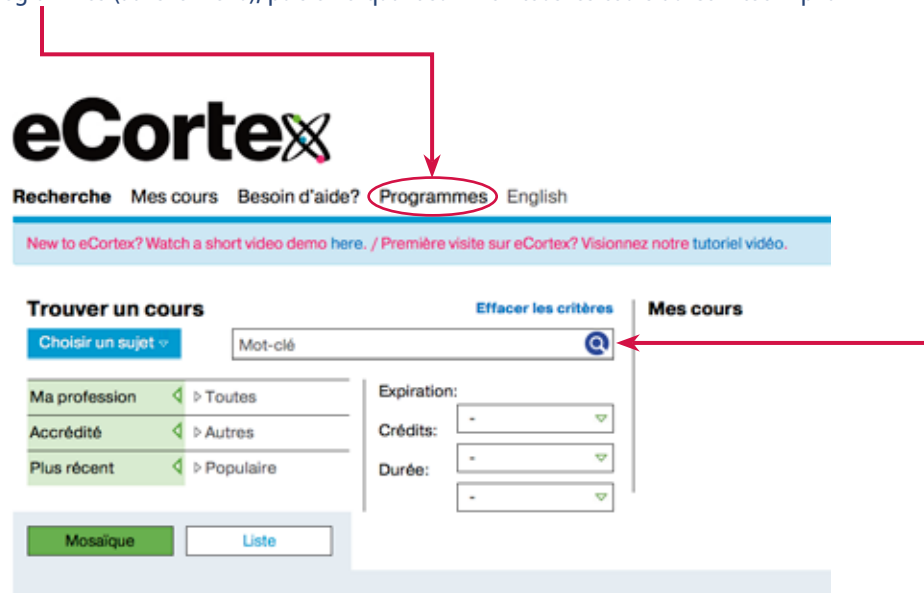
Nos leçons de FC sont hébergées sur **ProfessionSanté.ca**, le site en ligne de *L'actualité pharmaceutique, Québec Pharmacie, L'actualité médicale et infoInfirmières*

Pour accéder aux leçons de FC en ligne, connectez-vous à **ProfessionSanté.ca** et cliquez sur le logo « eCortex » sur la page d'accueil de la section pharmaciens.



Pour trouver cette leçon dans **eCortex**, entrer le mot clé « **dyslipidémie** » dans la barre de recherche

Vous pouvez également retrouver toutes les leçons du Coin technipharm en cliquant sur Programmes (dans le menu), puis en cliquant sur « Voir tous les cours du Coin technipharm »



Vous n'êtes pas encore inscrit(e) à ProfessionSanté.ca ?

Le processus est simple et rapide. Allez dès maintenant sur le site **www.professionssante.ca**

Après avoir procédé à l'inscription, vous recevrez immédiatement un courriel de vérification de notre part. Cliquez sur le lien indiqué dans le courriel et vos identifiants vous seront expédiés.

En vous inscrivant, vous aurez accès à des centaines de leçons de FC de pharmacie, à des tests en ligne, à vos certificats, à votre bulletin de notes et bien plus.

Pour toute question, veuillez communiquer avec:

POUR LES LEÇONS EN FRANÇAIS

Francine Beauchamp

formationcontinue@professionssante.ca

FOR ENGLISH LESSONS

Mayra Ramos

education@canadianhealthcarenetwork.ca