



PREVALENCE DES DYSLIPIDEMIES AU LABORATOIRE DE BIOCHIMIE DU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA REFERENCE NATIONALE DE N'DJAMENA-TCHAD

Aboubakar A.M, Mahamat-Azaki O, Zakaria A.-M.Z, Mahamat Y.K., Ali A.A, Nelson N.L, Soha A.A., Lucien A, Temoua N.D,
Ibrahim T.A



INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires sont devenues les principales causes de décès dans le monde cette dernière décennie [1]. On estime à 17,5 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardiovasculaires (31 % de la mortalité mondiale totale) [2]. Parmi les facteurs de risque, la dyslipidémie joue un rôle majeur surtout dans la survenue de la maladie coronarienne notamment l'hyper-LDLémie reconnue comme étant une cause directe d'athérosclérose [3], [4], [5]. L'abaissement du Low Density Lipoprotein (LDL-C) réduit le risque de maladies cardiovasculaires athéromateuses et de mortalité de toutes causes [6].

Il existe en effet une relation directe entre le degré d'abaissement du LDL-Cholestérol et la diminution du risque de maladies cardiovasculaires [6,7].

Des études sur l'hypercholestérolémie ont été faites dans plusieurs pays, la prévalence dans la population adulte française est de 30 % notamment chez les 18–74 ans avec un LDL-C supérieur à 1,6 g/L ou prennent un médicament hypolipémiant selon l’Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS) de 2006–2007 [8]. Dans notre pays peu d’études ont été faites sur ce sujet en Afrique subsaharienne en général et dans notre pays en particulier.

OBJECTIFS

- **Objectif général**
- Contribuer à l’amélioration de la prise en charge des dyslipidémies au CHU la Référence Nationale de N’Djamena
- **Objectifs spécifiques :**
- Déterminer la prévalence de dyslipidémies et les facteurs de risque cardiovasculaire les plus associés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale d'une durée de 5 ans, allant de janvier 2015 à décembre 2020 au laboratoire de biochimie du Centre Hospitalier Universitaire la Référence Nationale de N'Djamena.

Nous avons inclus dans notre étude, tous les patients qui avaient un bilan lipidique perturbé.

Les méthodes enzymatiques sur un automate de biochimie de type Cobas Integra 400(Roche Diagnostics) ont été utilisées pour le dosage de bilan lipidique.

Les données ont été analysées par le logiciel SPSS et le seuil de signification statistique à été considéré pour $P < 0,005$.

RESULTATS

Au cours de notre période d’étude, nous avons enregistré 2038 patients dyslipidémies sur une population d’étude de 4616, soit une prévalence de **44,2%**.

L'âge moyen de nos patients était de 56,45±8,8 ans.

Au total, 1167 hommes et 871 femmes soit un pourcentage respectif de 57,26% et 42,73%, avec un sex ratio de 1,33.

La tranche d’âge la plus touchée était celle de **41-60 ans**,

Les différents types des dyslipidémies retrouvées étaient repartis comme suit : l'hypercholestérolémie (40,52%) ; l'hyper LDLémie (33,02%) ; l'hypoHDLémie (14,72%) ; l’hypertriglycéridémie (11,72%) et l'hyperlipidémie mixte (40,5%).

On notait une prédominance féminine en ce qui concerne l’hypercholestérolémie totale (40,64% & 40,44%) et l’hyper-LDLémie (25,14% & 19,1%). L’hyperglycémie était l’anomalie biologique le plus associée aux dyslipidémies avec une prévalence de 25,18% suivie de l’hyperuricémie à 19,18% des cas.

Tableau I: Répartition des patients selon le type de dyslipidémie

Type	(n=2038)	(%)
Hypercholestérolémie (>2g/L)	826	40,52
Hypertriglycéridémie (>1,5g/L)	239	11,72
hyperLDLémie (>1,6g/L)	673	33,02
hypoHDLémie (<0,4g/L)	300	14,72

Tableau II: Répartition des patients selon la glycémie et en fonction des lipides

	Lipides				
Glycémie(g/L)	CT(g/L)	HDL(g/L)	LDL(g/L)	TG (g/L)	
≤2 > 2	<0,4 ≥ 0,4	≤ 1,6 > 1,6	≤ 1,5 >1,5		
≤ 1,26	47,54	31,74	8,22	64,5	54,6
>1,26	11,92	8,78	6,5	20,78	12,38
	2038(100%)	2038(100%)	2038(100%)	2038(100%)	
	P=0,005	P=0,27	P=0,023	P= 0,0001	

Tableau II: Répartition de la population d’étude en fonction des facteurs de risque cardiovasculaire

Type	n	%
Homme ≥ 55 ans	330	16,19
Femme ≥ 65 ans	224	10,99
CT/HDL>4	200	9,81
Diabète	100	4,9

COMMENTAIRES:

Dans cette série, la prévalence des dyslipidémies était de 44,2 %. Ce résultat était quasi similaire à celui de Rabenjarison et al. [9] mais supérieur à celui de Dionadji et al. [10] au Tchad et de Cissé et al. [11] au Sénégal et Thiahou et al. [12] en Côte d'Ivoire. Ce résultat est également supérieur à ceux retrouvé dans les pays industrialisés [8].

CONCLUSION

La forte prévalence des dyslipidémies dans notre étude témoigne d'une situation préoccupante au Tchad, d’où l’intérêt d’effectuer des études approfondies à l’échelle nationale et des séances de sensibilisation sur la lutte contre les dyslipidémies et les autres facteurs de risque cardiovasculaire afin de prévenir la survenue des maladies cardiovasculaires.

REFERENCES

- 1. Mann D, Zipes D, Libby P, Bonow R.** Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. Single numero 10th edition.Boston: Saunders ; 2014-2040.
- 2. OMS,** Maladies cardiovasculaires. Aide-mémoire. Janvier 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>(consulté le 20/09/2020).
- 3. Scheen AJ, Radermecker R, De flines J.** Actualités thérapeutiques en lipidologie. Rev Med Liège 2007 ; 62 (4-5): 324-328.
- 4. Descamps OS, De Backer G, Annemans L.** Les nouvelles recommandations européennes pour le traitement des dyslipidémies en prévention cardiovasculaire. Rev Med Liège 2012 ; 67 (3) : 118-127.
- 5. Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, Ray KK, Packard CJ, Bruckert E, et al.** Low-density Lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Eur Heart J 2017; 38: 2459-2472.
- 6. Baigent C, Keech A, Kearney P, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al.** 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: 1267-1278.
- 7. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhala N, et al.** Efficacy and safety of more intensive lowering ofLDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. Lancet 2010; 376: 1670-1681 .
- 8. Attias D, Besse B, Lellouche N.** Cardiologie Vasculaire Vernazobres-Grego, 2013 .
- 9. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.** Eur Heart J 2016;37(29):2315-2381.
- 10. De Peretti C, Perel C, Chin F, Tuppin P, Iliou Mc, Vernay M, et al.**Cholestérol LDL moyen et prévalence de l’hypercholestérolémie LDL chez les adultes de 18 à 74 ans, étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007, France métropolitaine. BEH 2013 ;(31):378-85.
- 11. Ferrières J, Bongard V, Dallongeville J.** Trens in plasma lipids, lipoproteins and dyslipidemias in French adults, 1996-2007.Arch Cardiovasc Dis 2009 ;102 (4) :239-301.
- 12.** La prise en charge des pathologies cardiovasculaires en Europe, Rapports à la commission des comptes de sécurité sociale, Juin 2010,10-14.

Dr. Aboubakar Abdelkerim Mahamat.
Adresse : minawwar1@gmail.com

