

Quoi de neuf sur le métabolisme et le diabète en 2025 ?

François Diévert
Dunkerque

Amicale des Cardiologues de la Côte d'Azur

Amicale des Cardiologues de la Côte d'Azur

Disclosures – Dr François Diévert

Consulting fees or fees for conferences – last 10 years

- Laboratoires pharmaceutiques : Alliance BMS-Pfizer, Amgen, Astra-Zeneca, Bayer Healthcare, Boehringer Ingelheim, BMS, Bouchara-Recordati, Hikma, Lily, MSD, Novartis, Novo Nordisk, Organon, Pfizer, Sanofi, Servier

Other

- Président du Collège national des cardiologues français (CNCF) 2024-2027
- Membre du bureau du CNP-CV
- Membre du conseil d'administration du Syndicat national des cardiologues (SNC), Vice-president du SNC
- Membre des comités de rédaction ou de lecture de Réalités Cardiologiques (rédacteur en chef), Le Cardiologue, Le Quotidien du Médecin, theHeart.org
- Membre (2019-2022 et 2024-2027) du Nucleus of the Council of cardiology practice de la Société européenne de cardiologie (ESC)
- Président du groupe Coeur, vaisseaux et métabolisme de la SFC (2022-2025), membre de la Société française d'HTA, du GACI, de l'ESC, de l'EAPCI, de la HFA,
- Membre du conseil d'administration de la Société française de cardiologie (SFC) : 2020-2024
- Président du groupe Pharmacologie Clinique et thérapeutique de la SFC (2011-2018)

Diabète en bref

- GLP1 et œil
- Que se passe-t-il à l'arrêt des GLP1 (et GIP)?
- SURPASS CVOT

Diabète en bref

- **GLP1 et œil**
- Que se passe-t-il à l'arrêt des GLP1 (et GIP)?
- SURPASS CVOT

Sémaglutide et oeil

Juillet 2025, mise en garde de l'Agence européenne des médicaments

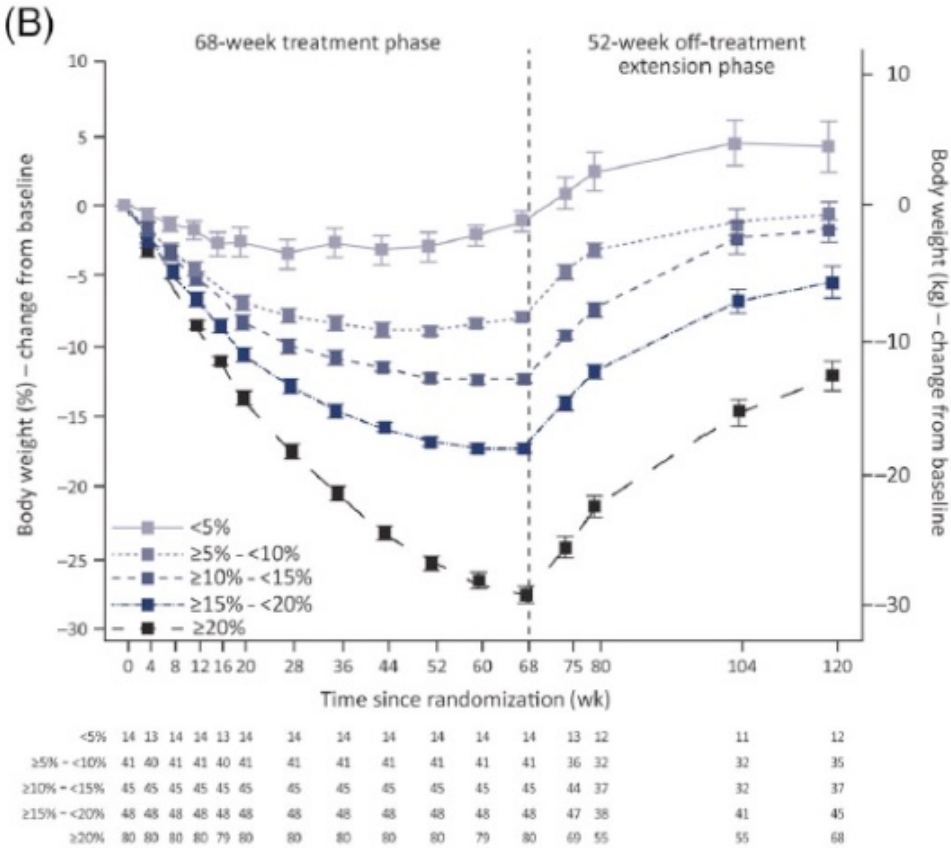
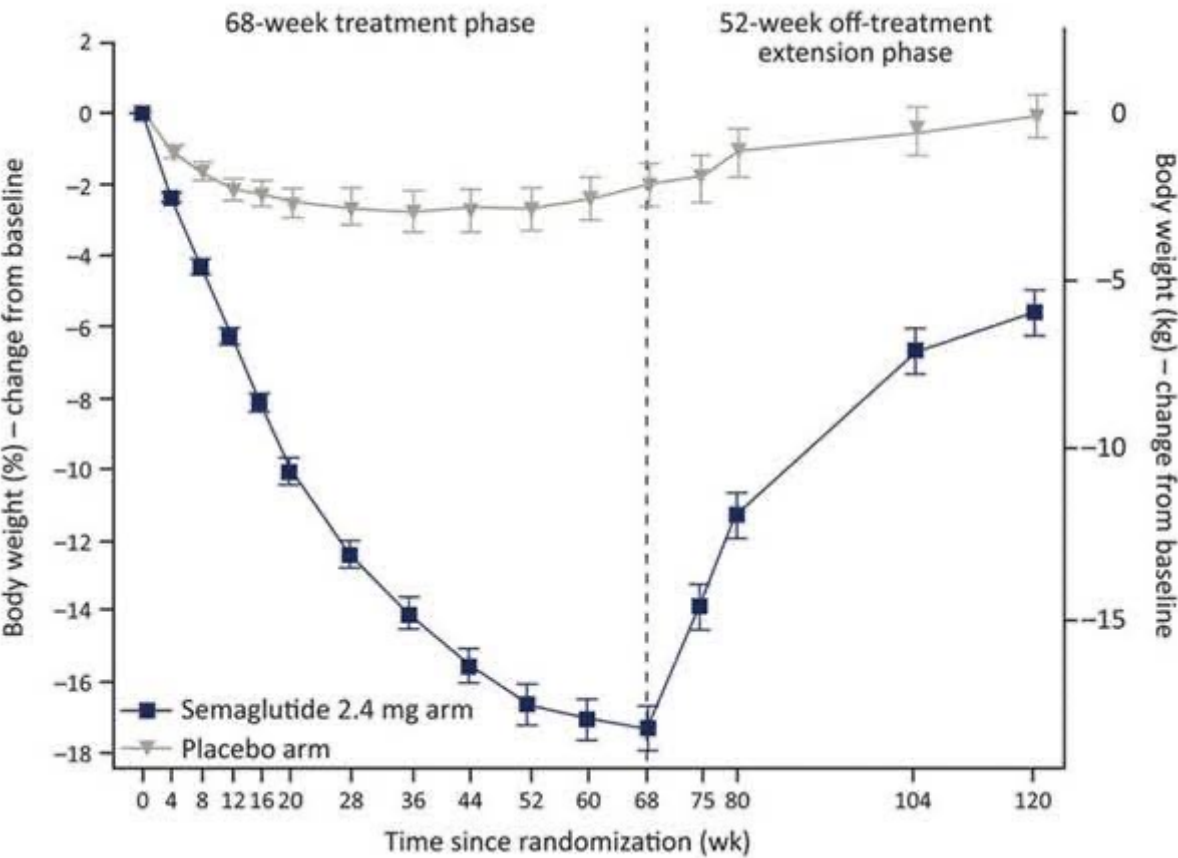
- Effet indésirable très rare des médicaments contenant du sémaglutide (Ozempic, Wegovy): la **neuropathie optique ischémique antérieure non artéritique (NOIA-NA)**, maladie sévère de l'œil qui peut conduire à une **perte soudaine de la vision**
- Pourrait toucher jusqu'à 1 patient sur 10 000
- Il est conseillé aux patients qui ont subitement des **troubles de la vision ou une aggravation rapide de la vision pendant le traitement**, de contacter immédiatement leur médecin. Si une NOIA-NA est diagnostiquée, il faut mettre fin au traitement à base de sémaglutide

Diabète en bref

- GLP1 et œil
- **Que se passe-t-il à l'arrêt des GLP1 (et GIP)?**
- SURPASS CVOT

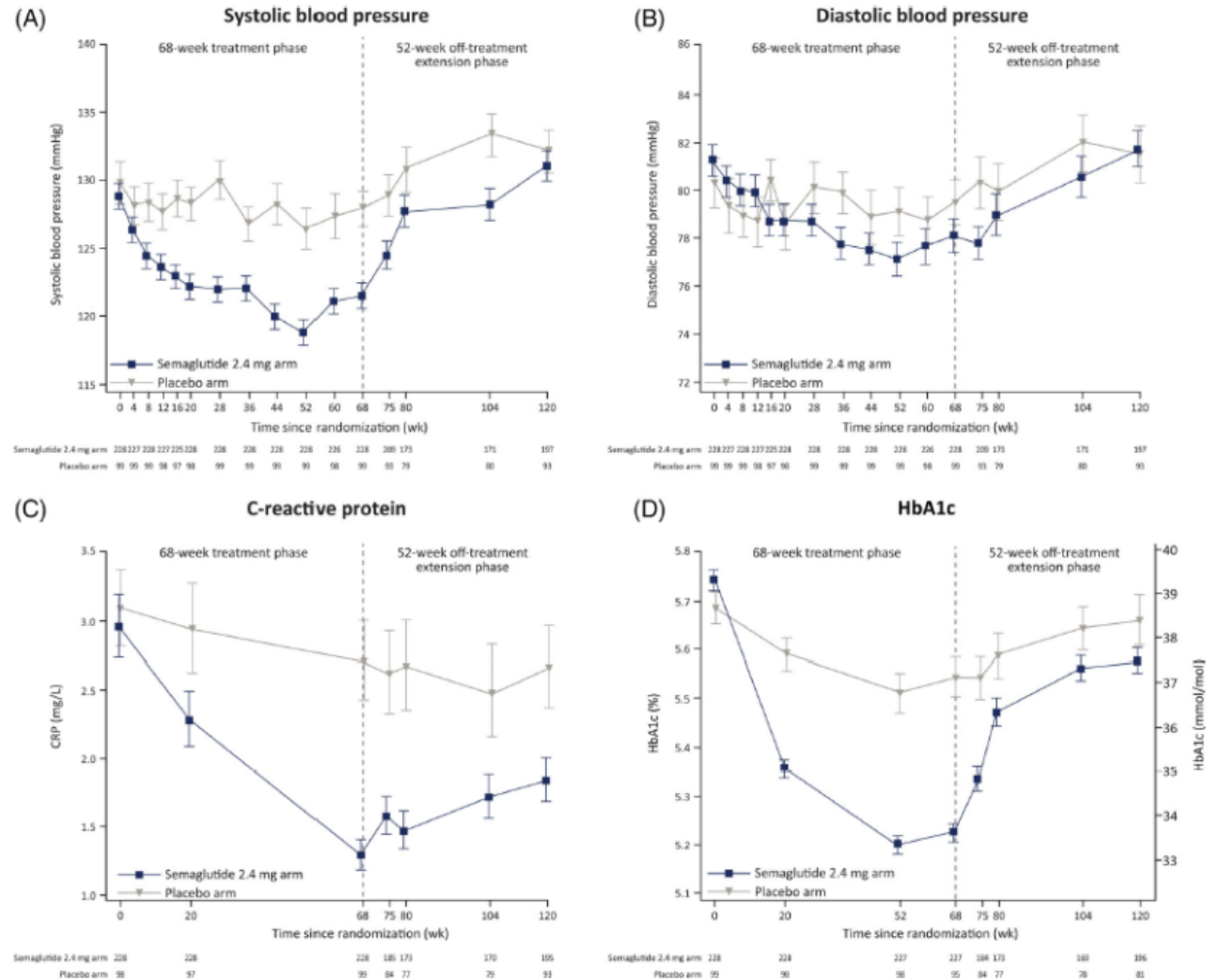
Reprise de poids après arrêt GLP1 (GIP)

(Step 1 extension trial)



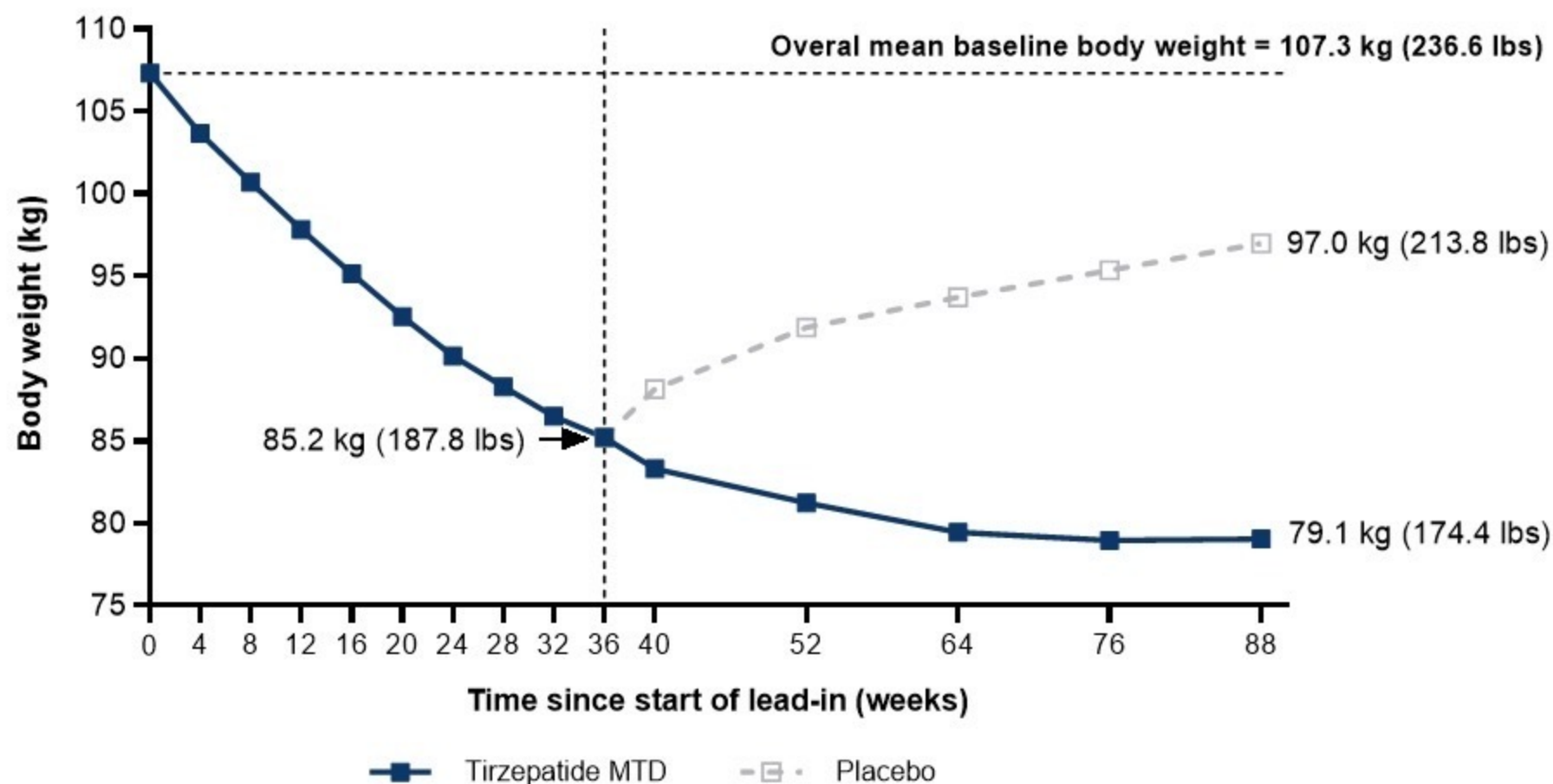
Reprise de poids après arrêt GLP1 (GIP)

(Step 1 extension trial)



Weight Change Over 88 Weeks

Observed



Data over time are observed mean values. Efficacy estimand: mITT population (efficacy analysis set), MMRM analysis. Data are LS means $\pm$ SE. Tirzepatide vs. placebo at 88 weeks: *** $p < 0.001$.

Diabète en bref

- GLP1 et œil
- Que se passe-t-il à l'arrêt des GLP1 (et GIP)?
- **SURPASS CVOT**

SURPASS-CVOT: tirzepatide vs dulaglutide dans DT2 en prévention CV secondaire

	ELIXA ^{31, 32} <i>Lixisenatide</i>	LEADER ¹ <i>Liraglutide</i>	SUSTAIN-6 ⁴ <i>Semaglutide</i>	EXSCEL ³³ <i>Exenatide-ER</i>	HARMONY OUTCOMES ^{2,34} <i>Albiglutide</i>	REWIND ^{3,35} <i>Dulaglutide</i>	PIONEER-6 ³⁶ <i>Semaglutide</i>	AMPLITUDE- O ⁵ <i>Efpeglenatide</i>
N	6,068	9,340	3,297	14,752	9,463	9,901	3,183	4,076
Median follow-up, years	2.1	3.8	2.1	3.2	1.6	5.4	1.3	1.8
Patient study exposure, years*	~12,700	35,563	6,809	~45,300	~14,500	51,832	4,182	~7,300
HbA1c, %	7.7	8.7	8.7	8.0	8.7	7.3	8.2	8.9
History of CV disease	100 ^b	81.3	83.0	73.1	100	31.5	84.7	89.6
History of myocardial infarction	>83 [†]	30.7	32.5	-	47.1	16.2	51.4	-
eGFR <60 mL/Min/1.73 m ²	23.2	23.1	28.5	21.7	22.6	22.2	26.9	31.6
MACE rate in placebo arm, events/100 patient Y	6.3 [‡]	3.9	4.4	4.0	5.9	2.7	3.7	5.3

N = Number of patients; * = Patient-years; ^b = 100% of patients; [†] = 83% of patients; [‡] = 6.3% of patients.

SURPASS-CVOT: tirzepatide vs dulaglutide dans DT2 en prévention CV secondaire

Primary and Select Secondary Endpoints:

	Mounjaro (tirzepatide)	Trulicity (dulaglutide)
Primary Endpoint		
Time-to-first occurrence of MACE-3 ⁱ	Hazard ratio = 0.92 95.3% ⁱⁱ CI: 0.83 to 1.01 ⁱⁱⁱ p = 0.086	
Secondary Endpoints		
Time to all-cause death ^j	Hazard ratio = 0.84 95.0% CI: 0.75 to 0.94 p = 0.002 ^{iv}	
Change in eGFR in chronic kidney disease population from mean baseline of 53.4 mL/min/1.73 m ² at 36 months ^v	-4.97 mL/min/1.73 m ²	-8.51 mL/min/1.73 m ²
	Estimated treatment difference: 3.54 mL/min/1.73 m ² (95.0% CI: 2.57 to 4.50) p < 0.001 ^{iv}	
A1C reduction from mean baseline of 8.39% at 36 months ^{v,vi}	1.73 %	0.90 %
	Estimated treatment difference: -0.83% (95.0% CI: -0.88 to -0.78) p < 0.001 ^{iv}	
Change from mean baseline of 92.6 kg (204.15 lbs) in body weight at 36 months ^{v,vi}	-12.06% (-11.43 kg / -25.20 lbs)	-4.95% (-4.65 kg / -10.25 lbs)
	Estimated treatment difference: -7.1% (95.0% CI: -7.4 to -6.8) p < 0.001 ^{iv}	



Lilly's Mounjaro (tirzepatide), a GIP/GLP-1 dual agonist, demonstrated cardiovascular protection in landmark head-to-head trial, reinforcing its benefit in patients with type 2 diabetes and heart disease

July 31, 2025

Mounjaro met the primary objective of non-inferiority vs. Trulicity with an 8% lower rate of MACE-3 events, while delivering greater reductions in A1C and weight

In the trial, Mounjaro was associated with a 16% lower rate of all-cause death compared to Trulicity, suggesting more comprehensive health benefits

Results from the largest and longest Mounjaro trial to date reaffirm its established safety and tolerability profile

Lipides

Des recommandations pragmatiques

Actualisation des recommandations pour la prise en charge des dyslipidémies



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2025) 00, 1–20
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190>

ESC GUIDELINES

2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

Developed by the task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS)

Authors/Task Force Members: François Mach  ^{*,†}, (ESC Chairperson) (Switzerland), Konstantinos C. Koskinas ^{*,†}, (ESC Chairperson) (Switzerland), Jeanine E. Roeters van Lennep  ^{*,†}, (EAS Chairperson) (Netherlands), Lale Tokgözoğlu , (Task Force Co-ordinator) (Türkiye), Lina Badimon  (Spain), Colin Baigent  (United Kingdom), Marianne Benn  (Denmark), Christoph J. Binder  (Austria), Alberico L. Catapano  (Italy), Guy G. De Backer  (Belgium), Victoria Delgado  (Spain), Natalia Fabin  (Italy), Brian A. Ference (United Kingdom), Ian M. Graham  (Ireland), Ulf Landmesser (Germany), Ulrich Laufs  (Germany), Borislava Mihaylova  (United Kingdom), Børge Grønne Nordestgaard  (Denmark), Dimitrios J. Richter  (Greece), Marc S. Sabatine  (United States of America), and ESC/EAS Scientific Document Group

Forme

- Société européenne de cardiologie (ESC) et Société européenne d'athérosclérose (EAS)
- mise à jour de 20 pages des recommandations de 2019 pour la prise en charge des dyslipidémies
- apports spécifiques commencent à la page 5
- 139 références bibliographiques débutant à la page 17

sa lecture peut se résumer à 13 pages.

Recommandations lipides : plan

- Évaluation du risque
- Traitements
- Situations cliniques
- Situations biologiques
- Aux frontières de la diététique

Recommandations lipides : plan

- **Évaluation du risque**
- Traitements
- Situations cliniques
- Situations biologiques
- Aux frontières de la diététique

Evaluation du risque CV

Prendre en compte des données quantitatives (SCORE2 et SCORE2-OP) et des données qualitatives

Puis passer à la classification (données qualitatives)

Very high risk	People with any of the following: • Documented ASCVD, either clinical or unequivocal on imaging. Documented ASCVD includes previous ACS (MI or unstable angina), chronic coronary syndromes, coronary revascularization (PCI, CABG, and other arterial revascularization procedures), stroke and TIA, and peripheral arterial disease. Unequivocally documented ASCVD on imaging includes those findings that are known to be predictive of clinical events, such as significant plaque^a on coronary angiography or CT scan or on carotid or femoral ultrasound or markedly elevated CAC score by CT^b • DM with target organ damage,^c or at least three major risk factors, or early onset of T1DM of long duration (>20 years) • Severe CKD (eGFR <30 mL/min/1.73 m²) • A calculated SCORE2 or SCORE2-OP ≥20% for 10 year risk of fatal or non-fatal CVD • FH with ASCVD or with another major risk factor
High risk	People with any of the following: • Markedly elevated single risk factors, in particular TC >8 mmol/L (>310 mg/dL), LDL-C >4.9 mmol/L (>190 mg/dL), or BP ≥180/110 mmHg • Patients with FH without other major risk factors • Patients with DM without target organ damage,^c with DM duration ≥10 years or another additional risk factor • Moderate CKD (eGFR 30–59 mL/min/1.73 m²) • A calculated SCORE2 or SCORE2-OP ≥10% and <20% for 10 year risk of fatal or non-fatal CVD
Moderate risk	People with any of the following: • Young patients (T1DM <35 years; T2DM <50 years) with DM duration <10 years, without other risk factors • Calculated SCORE2 or SCORE2-OP ≥2% and <10% for 10 year risk of fatal or non-fatal CVD
Low risk	• Calculated SCORE2 or SCORE2-OP <2% for 10 year risk of fatal or non-fatal CVD

Chez ne pas utiliser SCORE2 et SCORE2-OP

- Grilles SCORE2 et SCORE2-OP établies à partir de cohortes en prévention CV primaire chez des sujets ne prenant pas de traitement hypolipémiant

Donc ne pas utiliser

- chez les patients ayant une maladie CV avérée
- chez les patients recevant un traitement hypolipémiant
- pour ré-évaluer le risque après mise en place d'un traitement hypolipémiant

Catégories de risque

Classification – données qualitatives

Très haut risque : n'importe lequel des éléments suivants

- **maladie CV documentée, clinique ou sans équivoque en imagerie :**
 - antécédent de SCA (IDM ou angor instable), syndrome coronaire chronique, revascularisation coronaire ou artérielle, AVC ou AIT et maladie artérielle périphérique;
 - maladie CV sans équivoque en imagerie = éléments prédictifs d'événements cliniques comme des plaques significatives en coronarographie ou coroscanner ou en échodoppler carotide ou des artères fémorales ou une élévation marquée du score calcique coronaire
- **diabète sucré**
 - avec atteinte d'un organe cible ou au moins 3 autres facteurs de risque CV majeurs
 - ou diabète de type 1 ayant débuté précocement ou dont la durée est d'au moins 20 ans
- **maladie rénale chronique sévère** (DFGe < 30 ml/min/1,73 m²)
- risque calculé avec le SCORE2 ou le SCORE2-OP à **au moins 20 %**
- **hypercholestérolémie familiale** avec une maladie CV ou un autre facteur de risque majeur

Catégories de risque

Classification – données qualitatives

Très haut risque : n'importe lequel des éléments suivants

- **maladie CV documentée, clinique ou sans équivoque en imagerie :**
 - antécédent de SCA (IDM ou angor instable), syndrome coronaire chronique, revascularisation coronaire ou artérielle, AVC ou AIT et maladie artérielle périphérique;
 - maladie CV sans équivoque en imagerie = éléments prédictifs d'événements cliniques comme des plaques significatives en coronarographie ou coroscanner ou en échodoppler carotide ou des artères fémorales ou une **élévation marquée du score calcique coronaire**
- **diabète sucré**
 - avec atteinte d'un organe cible ou au moins 3 autres facteurs de risque CV majeurs
 - ou diabète de type 1 ayant débuté précocement ou dont la durée est d'au moins 20 ans
- **maladie rénale chronique sévère** (DFGe < 30 ml/min/1,73 m²)
- risque calculé avec le SCORE2 ou le SCORE2-OP à **au moins 20 %**
- **hypercholestérolémie familiale** avec une maladie CV ou un autre facteur de risque majeur

Le score calcique coronaire

1. **pas d'essais cliniques** randomisés démontrant que l'utilisation du score calcique coronaire (SCC) pour classer le risque et guider le traitement améliore le pronostic
2. mais son utilisation **améliore** le pouvoir discriminant de la classification du risque
3. l'élévation du SCC est associée de façon graduelle au risque d'événements CV en **prévention primaire**
4. un SSC nettement élevé (**au moins égal à 300**) est associé à un risque similaire et parfois plus élevé que le risque des patients en prévention secondaire
5. inversement, un **SCC à zéro** est associé à un risque très faible d'événement CV et de mortalité chez les **personnes à risque CV bas ou modéré**

Catégories de risque

Classification – données qualitatives

Haut risque : n'importe lequel des éléments suivants

- **un seul facteur de risque CV nettement élevé**, notamment un cholestérol total (CT) supérieur à 3,10 g/l ou un LDL-c supérieur à 1,90 g/l ou une pression artérielle supérieure à 180/110 mm Hg
- **hypercholestérolémie familiale** sans autre facteur de risque majeur
- **diabète sucré** sans atteinte d'un organe cible dont la durée est **d'au moins 10 ans** ou ayant un autre facteur de risque CV additionnel
- **maladie rénale chronique modérée** (DFGe entre 30 et 59 ml/min/1,73 m²)
- risque calculé avec le SCORE2 ou le SCORE2-OP compris entre **au moins 10 % et moins de 20%**

Catégories de risque

Classification – données qualitatives

Risque intermédiaire ou modéré : n'importe lequel des éléments suivants

- patient jeune (diabète de type 1 avant 35 ans ; diabète de type 2 avant 50 ans) et dont la durée du diabète est inférieure à 10 ans, sans autre facteur de risque CV majeur
- risque calculé avec le SCORE2 ou le SCORE2-OP compris entre au moins 2 % et moins de 10 %

-

Risque faible : SCORE2 ou SCORE2-OP inférieur à 2%

Facteurs de modulation

- Laissés à l'appréciation du médecin
- Essentiellement quand **patient dans une zone intermédiaire ou à risque intermédiaire** pour aider à la prise de décision

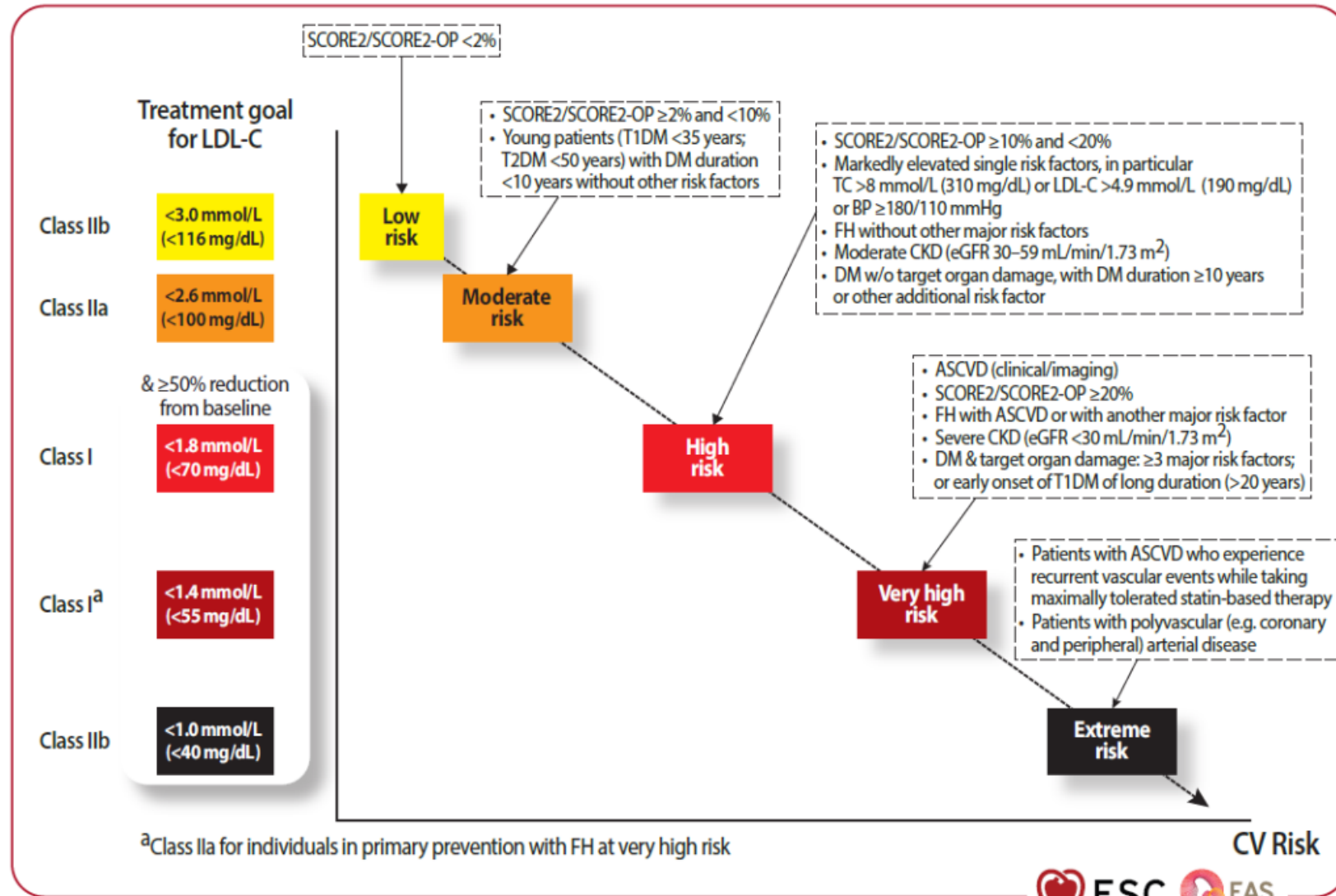
Données démographiques ou cliniques

- Antécédents familiaux de maladie CV précoce (hommes < 55 ans, femmes < 60 ans)
- Origine ethnique à haut risque (par exemple, Asie du sud)
- Symptômes de stress ou stress psychosocial
- Faible niveau socio-économique
- Obésité
- Inactivité physique
- Maladie chronique auto-immune ou inflammatoire
- Troubles psychiatriques majeurs
- Ménopause précoce
- Pré-éclampsie ou autre désordre hypertensif pendant la grossesse
- Infection par le VIH
- Syndrome d'apnées obstructives du sommeil

Biomarqueurs

- élévation persistante de la hs-CRP (> 2 mg/l)
- Lp(a) élevé (> 50 mg/dl ou > 105 nmol/l)

Les cibles



Total CV risk	Untreated LDL-C levels					
	<1.4 mmol/L (<55 mg/dL)	1.4 to <1.8 mmol/L (55 to <70 mg/dL)	1.8 to <2.6 mmol/L (70 to <100 mg/dL)	2.6 to <3.0 mmol/L (100 to <116 mg/ dL)	3.0 to <4.9 mmol/L (116 to <190 mg/ dL)	≥4.9 mmol/L (≥190 mg/dL) ^a
Low	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle modification, consider adding drug if uncontrolled	N/A ^a
Moderate	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle modification, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle modification, consider adding drug if uncontrolled	N/A ^a
High	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle modification, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention
Very high: primary prevention	Lifestyle modification, consider adding drug	Lifestyle modification, consider adding drug	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention
Very high: secondary prevention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention

© ESC/EAS 2025

- Pas de traitement
- Traitement possible
- Traitement tout de suite

CV, cardiovascular; LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol; N/A, not applicable.

^aIn individuals with untreated LDL-C levels ≥4.9 mmol/L, total CV risk is already at least high (Table 3).

Recommandations lipides : plan

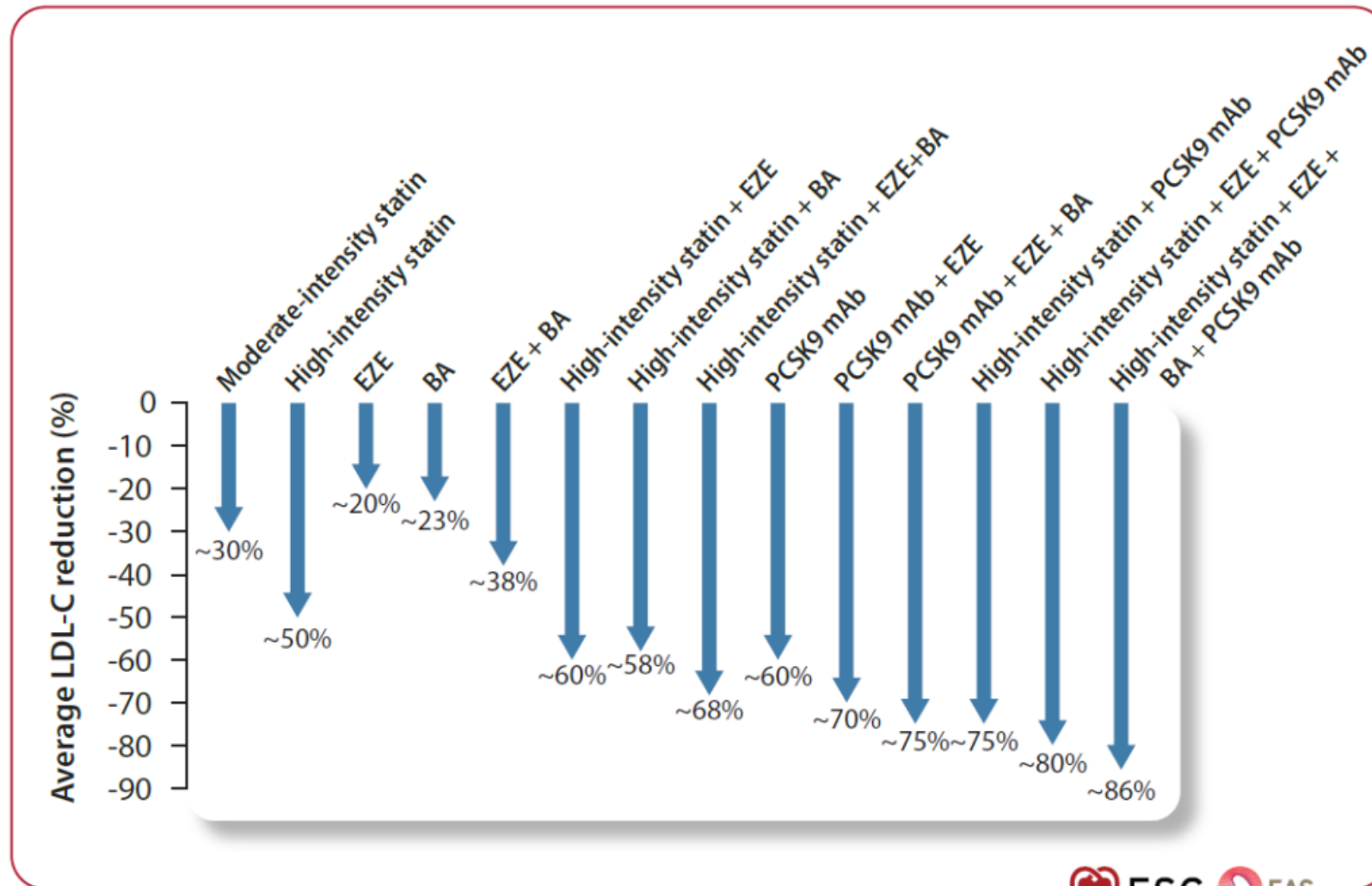
- Évaluation du risque
- **Traitements**
- Situations cliniques
- Situations biologiques
- Aux frontières de la diététique

Traitements: préambule

Les traitements diminuant le LDL-c peuvent apporter un bénéfice clinique même s'ils sont utilisés **sans statine**

- **Ajouter des traitements** qui ne sont pas des statines, mais dont le bénéfice clinique est prouvé (ézétimibe, anti-PCSK9 mab et acide bempédoïque) **seuls ou en association**, quand l'objectif de LDL-c n'est pas atteint avec la dose maximale tolérée de statine
 - choix guidé par l'ampleur de diminution additionnelle du LDL-c souhaitée
 - « dose maximale tolérée de statine » = même si égale à zéro = traitements à utiliser **en cas d'intolérance aux statines**

Diminution relative moyenne du LDL-c selon les traitements et leurs associations



Traitements: préambule

- importantes variations interindividuelles de réduction moyenne du LDL-c
 - quel que soit le traitement
 - quelles que soient les associations de traitements
- nécessaire de surveiller l'effet lipidique du traitement après l'avoir débuté
 - dans un **délai de 4 à 6 semaines** afin de juger de la conduite à tenir.

Indications des nouveaux traitements diminuant le LDL

Recommandations	Classe de recommandation	Niveau de preuve
Les traitements qui ne sont pas des statines et dont le bénéfice CV est prouvé, pris seuls ou en association , sont recommandés pour les patients qui sont incapables de prendre une statine pour diminuer leur niveau de LDL-c et diminuer leur risque d'événement CV. Le choix de ces traitements repose sur l'ampleur nécessaire de LDL-c pour atteindre la cible	I	A
L'acide bempédoïque est recommandé chez les patients qui sont incapables de prendre une statine pour atteindre la cible de LDL-c	I	B
L'ajout d'acide bempédoïque à la dose maximale de statine tolérée, avec ou sans ézétimibe doit être envisagée chez les patients à haut ou très haut risque dans l'objectif d'atteindre la cible de LDL-c	IIa	C
L'évinacumab doit être envisagé chez les patients ayant une hypercholestérolémie familiale homozygote âgés d'au moins 5 ans et qui ne sont pas à l'objectif de LDL-c alors qu'ils reçoivent les doses maximales tolérées de traitements diminuant le LDL-c	IIa	B

Recommandations lipides : plan

- Évaluation du risque
- Traitements
- **Situations cliniques**
- Situations biologiques
- Aux frontières de la diététique

SCA

- **Intensification du traitement dès l'hospitalisation initiale** recommandée pour les patients qui recevaient n'importe quel traitement hypolipémiant avant l'hospitalisation pour diminuer plus encore leur LDL-c (Classe I, Niveau C)
- **débuter une association** comprenant une statine fortement puissante et de l'ézétimibe durant l'hospitalisation initiale pour SCA doit être envisagé chez les patients ne recevant pas antérieurement d'hypolipémiant et dont il est envisageable que la cible lipidique ne sera pas atteinte sous une monothérapie (Classe IIa, Niveau B)

Patients infectés par le VIH

- **Etude REPRIEVE** : la pitavastatine réduit significativement et précocement le risque CV de patients infectés par le VIH
- **un traitement par statine est recommandé en prévention primaire chez les patients âgés d'au moins 40 ans, infectés par le VIH, indépendamment de leur niveau de risque CV et de leur taux de LDL-c**, pour réduire le risque d'événements CV ; le choix de la statine doit reposer sur l'étude des interactions potentielles avec les autres traitements de ces patients (Classe I, Niveau B).
- En sus: bien que des essais thérapeutiques d'autres hypolipémiants n'ont pas été conduits chez des patients infectés par le VIH, des données sur la réduction du LDL-c et la tolérance de l'ézétimibe et des antiPCSK9 (mAb) sont disponibles, permettant leur utilisation.

Cancer

- étude STOP-CA, seule étude parmi quatre, à avoir démontré qu'une statine (l'atorvastatine à 40 mg/j) peut diminuer la cardiotoxicité d'un traitement par anthracyclines, chez des patients ayant un lymphome
- Pour être en accord avec les recommandations européennes de cardio-oncologie de 2022:
- les statines puissent être envisagées chez les adultes à haut ou très haut risque de développer une toxicité cardiaque de la chimiothérapie pour réduire le risque de dysfonction cardiaque induit par les anthracyclines (Classe IIb, Niveau C).

Recommandations lipides : plan

- Évaluation du risque
- Traitements
- Situations cliniques
- **Situations biologiques**
- Aux frontières de la diététique

Lp(a)

- Dosage de la Lp(a) : à envisager **au moins une fois dans la vie** d'un adulte, soit lors du premier profil lipidique, soit lors du suivant si un profil lipidique a déjà été réalisé.
- **Particulièrement si:**
 - sujets jeunes ayant une hypercholestérolémie familiale
 - ou une maladie CV précoce et pas d'autres facteurs de risque CV identifiables
 - ou une histoire familiale de maladie CV précoce ou d'élévation de la Lp(a)
 - ou chez les personnes à risque intermédiaire ou autour des zones pouvant conduire à un traitement pour améliorer la classification du risque.
- Si élévation importante de la Lp(a) : encourager à recevoir de façon continue une **statine puissante** si le risque est suffisamment élevé.

Triglycérides

- **Triglycérides** : associés au risque CV indépendamment des niveaux de LDL-c
- **Hypertriglycéridémie** : statine en 1^{ère} intention pour réduire le risque CV des patients à haut risque.
- **Echec des fibrates** à réduire le risque CV : Classe IIb pour leur utilisation
- **Echec des oméga-3** à réduire le risque CV **mais des doses élevées d'icosapent ethyl (2 g x 2/j)** peuvent être envisagées en association avec une statine chez les patients à risque élevé ou très élevé qui ont une hypertriglycéridémie (triglycéridémie à jeun entre 1,35 et 4,99 g/l) pour réduire leur risque d'événements CV (Classe IIa, Niveau B) ;
- **Volanesorsen** (300 mg/semaine) : à envisager chez patients avec hypertriglycéridémie sévère (supérieure à 7,5 g/l) due à un syndrome familial de chylomicronémie pour diminuer leur taux de triglycérides et leur risque de pancréatite (Classe IIa, Niveau B)

Recommandations lipides : plan

- Évaluation du risque
- Traitements
- Situations cliniques
- Situations biologiques
- **Aux frontières de la diététique**

Diététique

- Alimentation saine :
 - permet de diminuer les taux de lipides athérogènes et le risque CV
 - pauvre en graisses saturées, riches en graines, légumes, fruits et poissons
- Aucune preuve solide que **les suppléments** diététiques ou alimentaires, que **la levure de riz rouge**, que des supplémentations en **acide gras oméga-3** (en dehors de fortes doses d'icosapent ethyl en cas d'hypertriglycéridémie), que **les phytostérols**, que les **vitamines**, seuls ou ensemble, réduisent le risque CV.
- De ce fait, ces recommandations déconseillent (**Classe III**, Niveau B) l'utilisation de tous ces produits pour réduire le risque CV.

En synthèse



- SCORE2
- Acide bempédoïque
- Associer
- Agir intensément dès l'hospitalisation pour SCA
- VIH +: statines quel que soit le risque et le LDL
- Pas de suppléments, levure de riz rouge, vitamines, oméga3...