

MEDI-SPHERE

est une publication
réservée aux généralistes
et gastro-entérologues.

HEBDOMADAIRE
24 numéros/an
Tirage: 10.500 exemplaires

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION (PRINT)
Vincent Claes

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION (DIGITAL)
Philippe Marchal

RÉDACTEUR EN CHEF:
Claude Leroy

RÉDACTION:
Jean-Yves Hindlet
Vincent Liévin
Martine Versonne
Laurent Zanella

ASSISTANTES DE RÉDACTION:
Elien Devillé
Julie Gueulette
redac@rmnet.be

SALES MANAGER:
Auriane Gueben-Bulteau
a.guebenbulteau@rmnet.be
Anne Piret
a.piret@rmnet.be

PRODUCTION:
Noémie Chevalier
Sophie Deleuze

MEDICAL DIRECTOR:
Dominique-Jean Bouilliez

ÉDITEUR RESPONSABLE:
Reflexion Medical Network

ABONNEMENT ANNUEL PAPIER:
€420 (Belgique)

ABONNEMENT ANNUEL DIGITAL:
€420

WEB:
www.medi-sphere.be

Tous droits réservés, y compris
la traduction, même partiellement.
Paraît également en néerlandais.

COPYRIGHT



Membre de l'Union
des Editeurs de
la Presse Périodique

L'éditeur ne pourra être tenu pour
responsable du contenu des articles
signés, qui engagent la responsabilité
de leurs auteurs. En raison de l'évolution
rapide de la science médicale,
l'éditeur recommande une vérification
extérieure des attitudes diagnostiques
ou thérapeutiques recommandées. Le
contenu des lectures rapides n'engage
pas la responsabilité des auteurs.

MS15681EV3263F



Pendant des décennies, la prévention cardiovasculaire s'est principalement concentrée sur le LDL-cholestérol. Pourtant, une autre lipoprotéine s'est progressivement imposée comme un déterminant majeur du risque cardiovasculaire: la lipoprotéine(a), ou Lp(a) (1, 2).

Aujourd'hui, la situation est claire: les preuves scientifiques sont solides, les recommandations internationales sont explicites et les tests de laboratoire sont disponibles et fiables. Pourtant, dans la pratique clinique, le dosage de la Lp(a) reste encore largement sous-utilisé (1, 2), illustrant un écart frappant entre la connaissance scientifique et sa mise en œuvre clinique en médecine cardiovasculaire.

La Lp(a) n'est pas simplement un biomarqueur supplémentaire: il s'agit d'un facteur de risque causal et indépendant, fortement associé à l'athérosclérose, à l'infarctus du myocarde et à la sténose aortique calcifiante. Des concentrations élevées sont observées chez environ 20% de la population mondiale, soit plus d'un milliard d'individus (3). Contrairement à la plupart des facteurs de risque cardiovasculaire, ses concentrations sont majoritairement déterminées génétiquement, avec une héritabilité très élevée. Les interventions sur le mode de vie ont peu d'impact sur elles, exposant les individus concernés à un risque accru dès les premières années de vie.

Des recommandations claires

Les recommandations internationales ont désormais clairement intégré cette réalité. Les guidelines ACC/AHA 2026 sur la prise en charge des dyslipidémies recommandent de mesurer la Lp(a) au moins une fois au cours de la vie adulte, afin d'améliorer l'évaluation du risque cardiovasculaire et d'identifier les patients à risque élevé ou prématuré (4). Les recommandations européennes vont dans la même direction. Les guidelines ESC/EAS soulignent également l'intérêt d'une mesure de la Lp(a) pour affiner la stratification du risque cardiovasculaire, notamment chez les patients présentant une maladie cardiovasculaire prématurée, une hypercholestérolémie familiale ou un risque cardiovasculaire intermédiaire (5).

Malgré ce consensus scientifique, l'implémentation reste encore limitée en pratique clinique.

Le rôle central de la biologie clinique: les dosages de Lp(a)

Du point de vue analytique, la biologie clinique a réalisé des progrès importants au cours des dernières années (6, 7). Les méthodes immunologiques automatisées permettent aujourd'hui un dosage fiable et reproductible de la Lp(a) dans la pratique quotidienne. Historiquement, la mesure de la Lp(a) a été compliquée par l'hétérogénéité structurelle de l'apolipoprotéine(a), liée à la variabilité du nombre de répétitions des domaines kringle IV, influençant certains immunodosages. Cependant, les efforts de standardisation internationaux ont amélioré la situation. La Lp(a) est aujourd'hui un biomarqueur accessible aux laboratoires de routine, ce qui ne constitue plus un obstacle à son implémentation clinique. Seul bémol: son dosage n'est (pour l'instant) pas remboursé par l'Inami. Cependant, il ne coûte au patient qu'une dizaine d'euros environ.

Un paysage thérapeutique en pleine transformation

Si la prise en charge actuelle repose encore principalement sur une optimisation intensive du risque cardiovasculaire global, de nouvelles thérapies ciblant spécifiquement la Lp(a) - dont les oligonucléotides antisens et les approches par ARN interférent - permettent d'obtenir des réductions spectaculaires des concentrations de Lp(a), souvent > 80-90% dans les essais cliniques (8). Les résultats des essais de phase III actuellement en cours pourraient profondément transformer la prévention cardiovasculaire dans les prochaines années.

Dans ce contexte, la question n'est plus de savoir si la Lp(a) est importante. La science a déjà répondu. La véritable question est désormais: sommes-nous prêts à l'intégrer pleinement dans la pratique clinique? La prévention cardiovasculaire entre dans une ère de médecine plus personnalisée. Identifier précocement les facteurs de risque invisibles est une étape essentielle pour prévenir les événements cardiovasculaires prématurés.

Mesurer la Lp(a), au moins une fois dans la vie, constitue un geste simple, accessible et fondé sur des preuves. Les preuves sont là. Les recommandations sont là. Les tests sont là. Il est maintenant temps de combler le fossé entre science et pratique.

Pr Damien Gruson^{1,2}

1. Department of Laboratory Medicine, Clin. univ. St-Luc, UCL, Bruxelles
2. Pôle de recherche en Endocrinologie, Diabète et Nutrition, Institut de Recherche Expérimentale et Clinique, Clin. univ. St-Luc, UCL, Bruxelles

Références sur demande