

Exploration d'une dyslipidémie : quelle place pour le dosage des apolipoprotéines A1 et B ?

L'exploration d'une dyslipidémie commence par l'exploration d'une anomalie lipidique (EAL). L'EAL fournit les informations suivantes : aspect du sérum et dosage du cholestérol total (CT), des triglycérides (Tg) et du cholestérol HDL (C-HDL), complété par le calcul du cholestérol LDL (C-LDL) par la **formule de Friedewald** : $C-LDL = CT - [C-HDL + Tg/5]$ (en g/L).

1. En cas de $C-HDL \geq 0,3$ g/L et de $Tg \leq 3,4$ g/L, le dosage des Apos A1 et B n'est pas indiqué

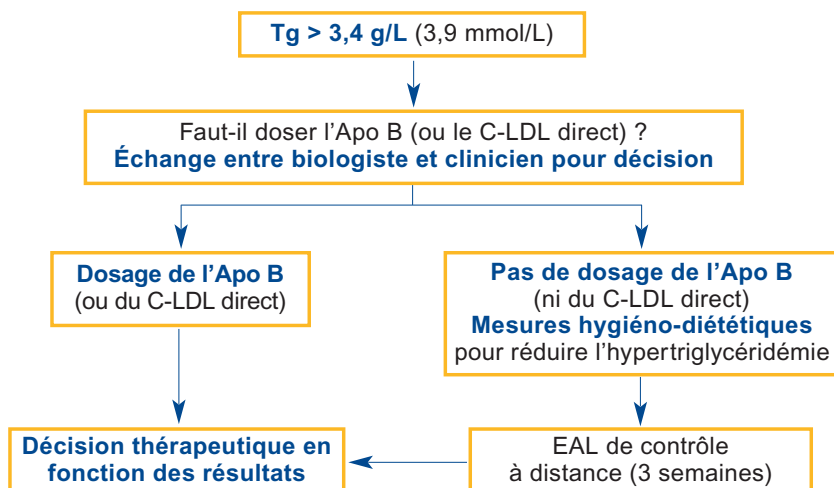
- Exception – Ce n'est que dans les rares cas de dyslipidémie complexe ou génétique qu'un éventuel dosage d'Apo A1 et/ou d'Apo B (ou de C-LDL direct) pourra, sur prescription du clinicien, aider à décider d'une thérapeutique.

2. En cas de $Tg > 3,4$ g/L, le dosage de l'Apo B peut être indiqué

- Lorsque la concentration en triglycérides (Tg) est supérieure à 3,4 g/L (3,9 mmol/L), la formule de Friedewald permettant le calcul du C-LDL devient inexacte.

Des mesures hygiéno-diététiques peuvent alors être mises en place pour réduire la concentration en Tg au-dessous de 3,4 g/L, avant une nouvelle EAL.

Alternativement, le dosage de l'Apo B ou la mesure directe du C-LDL peuvent être envisagés pour estimer la concentration en lipoprotéines pro-athérogènes.



3. En cas de C-HDL < 0,3 g/L, le dosage de l'Apo A1 peut être indiqué

- Le dosage du C-HDL est aujourd'hui fiable pour les valeurs supérieures ou égales à 0,3 g/L (0,77 mmol/L). **Dans ce cas, il n'y a donc pas lieu de le contrôler par un dosage de l'Apo A1.**
- Pour des valeurs plus basses, une interférence analytique est possible et peut justifier un dosage de l'Apo A1.

