



DYSLIPIDÉMIE MIXTE MAJEURE

F.Z. El Bouazzaoui, Ghizlane EL MGHARI, Nawal EI ANSARI
Service d'Endocrinologie Diabétologie Maladies Métaboliques et Nutrition
CHU Mohamed VI. Marrakech



INTRODUCTION:

Les hypertriglycéridémies mixtes majeures constituent un ensemble hétérogène de dyslipidémies. L'hyperlipidémie combinée familiale est la dyslipidémie génétique la plus fréquente. Nous rapportons le cas de deux patientes.

OBSERVATION 1

□ Patiente S K, 34ans, suivie pour Lithiase rénale droite, avec un terrain familial à très haut risque cardio-vasculaire, admise pour dyslipidémie mixte de découverte fortuite avec hypertriglycéridémie à 8g/l et obésité.

□ Interrogatoire: polyarthralgies chroniques, hirsutisme coté à 16 sans autres signes associés.

□ Examen clinique: hypotension orthostatique, pas d'aspect cushinoïde, ni arc cornéen ni xanthomes tendineux ni xanthélasma.

□ Bilan lipidique : HDL :0,45 LDL : 2 passé à 1,62g/l TG :8g/l passé à 2,8g/l sous traitement.

□ Bilan hormonal : TSH, FSH, LH, Testostérone, Oestradiol, prolactine: sans anomalies, freinage minute normal,

□ Echographie abdomino-pelvienne : stéatose hépatique.

□ Bilan phospho-calcique correct, déficit en vitamine D substitué, une ODM : normale, un prédiabète avec mise sous règles hygiéno-diététiques.

□ Bilan cardiovasculaire et polysomnographie sans anomalies.

□ La patiente a été mise sous régime hypocalorique hypolipidique et activité physique, sous fénofibrate à la dose de 160mg/jour avec une bonne évolution.

OBSERVATION 2

□ Patiente C F, 37ans, suivie pour diabète type 2 depuis 3 ans, sous insulinothérapie, hypertendue depuis 7ans, hospitalisée pour dyslipidémie mixte avec hypertriglycéridémie majeure et stéato-hépatite compliquée de cholestase biologique sans obstacle sur les voies biliaires.

□ L'interrogatoire retrouve un antécédent d'AIT suite à un pic hypertensif et d'angor d'effort.

□ L'examen trouve une patiente normotendue sous aucun traitement, aspect cushinoïde, sans arc cornéen ni xanthomes tendineux ni xanthélasma.

□ Bilan lipidique : Cholestérol total : 4,28g/l TG :7,59g/l, HDL :0,41g/l LDL : 2g/l, lipasémie normale, fonction hépatique correcte, cholestase biologique.

□ Echographie abdomino-pelvienne : stéatose hépatique hépatomégalie à 20cm.

□ Freinage minute : normal,

□ ETT : normale, holter tensionnel, ECG d'effort : normal

□ Bilan phospho-calcique correct, déficit en Vitamine D substitué, ODM normal

□ Une plasmaphérèse a été programmée mais non faite par manque de moyens.

□ La patiente a été mise sous régime hypocalorique hypolipidique et activité physique, sous : Fénofibrate 160mg, atorvastatine 10mg, méformine 2g avec bonne évolution.



Figure 1 : Xanthomes tendineux et tubéreux absent chez nos patientes, vu l'absence d'hypercholestérolémie familiale franche



Figure 2: Arc cornéen et Xanthelasma absente chez nos patientes, vu l'absence d'hypercholestérolémie familiale franche

DISCUSSION

□ Les hypertriglycéridémies majeures restent une urgence médicale avec un risque accru de pancréatite aiguë.

□ Les dyslipidémies mixtes majeures sont souvent d'origine génétique.

□ Les anomalies lipidiques apparaissent surtout au cours de la troisième décennie, ce qui est le cas pour nos patientes.

□ L'augmentation du risque d'événements cardio-vasculaires ischémiques précoces, est corrélée à la sévérité de la dyslipidémie et à l'existence d'un syndrome métabolique, qui aggrave le pronostic.

□ Les causes secondaires sont à évoquer ensuite, notamment un syndrome néphrotique, une insuffisance rénale chronique, une hypothyroïdie périphérique, un syndrome de cushing, une grossesse, des médicaments (corticoïdes et rétinoliques).

CONCLUSION:

Chez nos patientes, après avoir éliminé les causes secondaires de la dyslipidémie, on a évoqué une dyslipidémie mixte essentielle.

Conflits d'intérêt: aucun.