

eCongrès du CNCH 2020

L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DYSLIPIDÉMIE EN POST SCA DÈS LA PHASE AIGÛE ?

« Quel accompagnement de la prise en charge du patient post SCA à la sortie de l'hôpital ? »



@AngoulvantD

Déclaration des liens d'intérêts 2020 - Pr D Angoulvant

1- Au cours des 3 années précédentes j'ai été rémunéré pour des actions de communication et/ou d'expertise par les sociétés suivantes :

Anylam, Amgen, Astra-Zeneca, Bayer, BMS, Pfizer, MSD, Mylan, Novartis, Novo Nordisk, Sanofi, Servier

2- Au cours des 3 années précédentes mon équipe de recherche a reçu des financements des sociétés suivantes :

Abbott, Boston Scientific, Medtronic

Quels sont les objectifs thérapeutiques à la sortie de l'hospitalisation pour SCA ?

Réduire le risque d'évènements (Décès, IDM, AVC) :

16 à 32% de récurrences d'infarctus

Registre/étude	Année, nombre de patients	Infarctus ancien	AVC	Mal artérielle périphérique	ref
CURE ¹	1998-2000, n=12562	32,2	4,1	ND	1
TRITON ²	2004-2007; 13608	18,0	4,1	ND	2
PLATO ³	2006-2008, n=18624	20,6	3,9	6,1	3
IMPROVE-IT ⁴	2005-2010, n=18144	20,7	3,8	5,7	4
GRACE Genetic ⁵	2001-2010, n=2942	27,3	5,9	7,4	5
Euro Heart Survey ACSIII ⁶	2006-2008, 16427	21,4	6,4	7,9	6
FAST-MI 2010 ⁷	2010, n=3079	16	4,5	8	7

Proportion de patients avec infarctus ancien inclus dans les études/registres.

Taux moyen autour de **20%**

Traiter, Réadapter, Surveiller



1. Aspirine 75 mg/j
2. Ticagrelor 90 mg matin et soir
3. Atorvastatine 80mg /j
4. Ramipril 5 mg/j
5. Metoprolol 100mg/j
6. TNT spray 0,3 si douleur angineuse



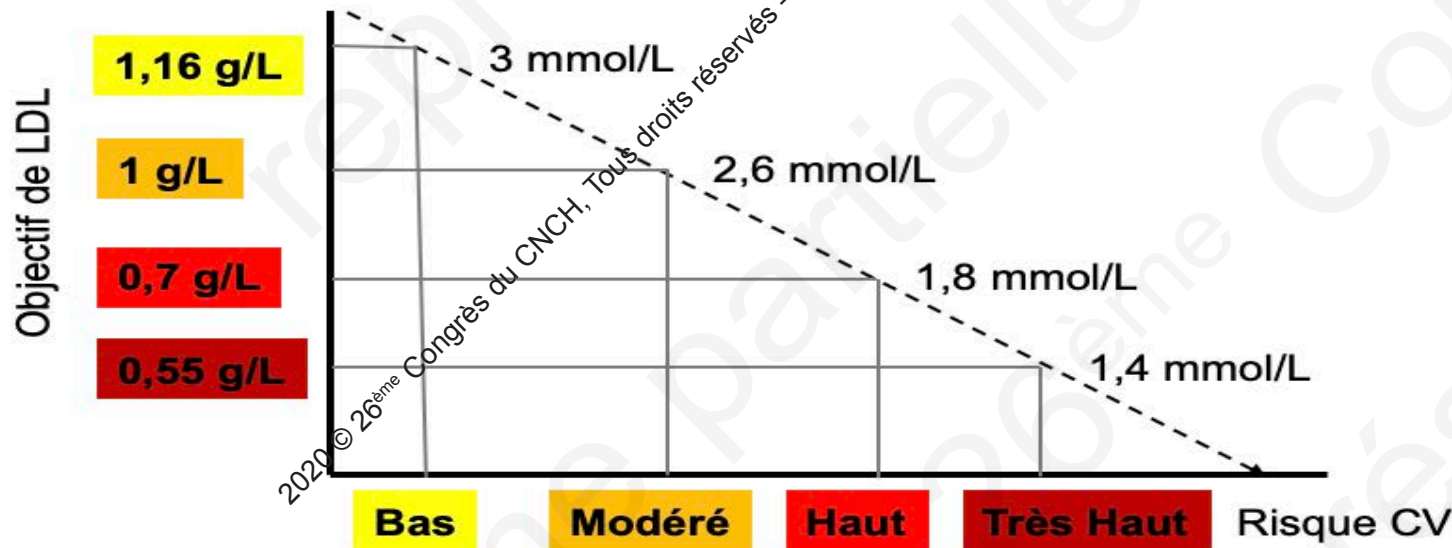
2020 © 26^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



Les recommandations ESC 2019 classent les patients post SCA à très haut risque

Très haut risque	<ul style="list-style-type: none">• Prévention secondaire (IDM, angor, AVC, AOMI)• Plaques coronaires (Coro, TDM)• Plaque carotidienne (Echo)• Diabète avec atteinte d'organe, ou 3 FDRCV ou diabète de type 1 > 20 ans• Maladie rénale chronique (MRC) sévère (DFG<30 mL/min/1.73m²)• SCORE ≥ 10%• FH avec MCV ou 1 autre FDRCV
Haut risque	<ul style="list-style-type: none">• Cholestérol total>3.1 g/L, LDL>1.9 g/L, ou PA ≥180/110mmHg• Hypercholestérolémie familiale (FH)• Diabète > 10 ans ou avec 1 FDRCV• MRC modérée (DFG 30-59 mL/min/1.73m²)• SCORE ≥ 5 et <10%
Risque modéré	<ul style="list-style-type: none">• Patients jeunes (DT1<35, DT2<50) avec diabète < 10 ans sans autre FDRCV. SCORE ≥ 1 et <5%
Bas risque	<ul style="list-style-type: none">• SCORE < 1%

Objectifs de diminution du LDL cholestérol selon le niveau de risque



Le LDL est la **seule cible lipidique** recommandée actuellement pour réduire le risque résiduel

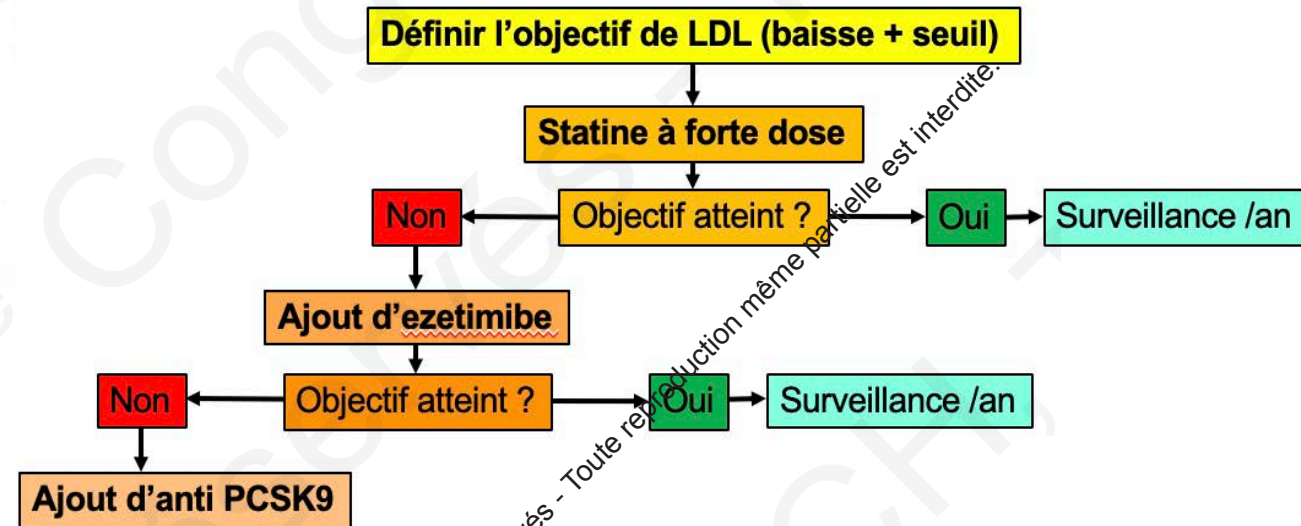
Réduction de 50% du LDL et concentration < 0,55 g/L chez les patients à très haut risque

Pour les sujets présentant une récurrence dans les deux ans malgré une statine à dose maximale tolérée une cible de **LDL < 0,4 g/L (1 mmol/L)** devrait être considérée

Comment obtenir ces baisses de LDL en post SCA ?

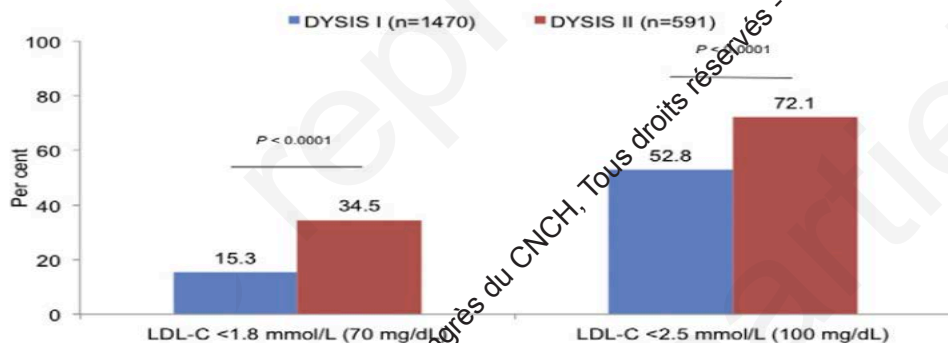
Intensité du traitement hypolipémiant

Traitement	Réduction moyenne du LDL-c
Statine à dose modérée	≈ 30%
Statine à forte dose	≈ 50%
Statine à forte dose + Ézétimibe	≈ 65%
Inhibiteur de PCSK9	≈ 60%
Inhibiteur de PCSK9 + statine à forte dose	≈ 75%
Inhibiteur de PCSK9 + statine à forte dose + Ézétimibe	≈ 85%

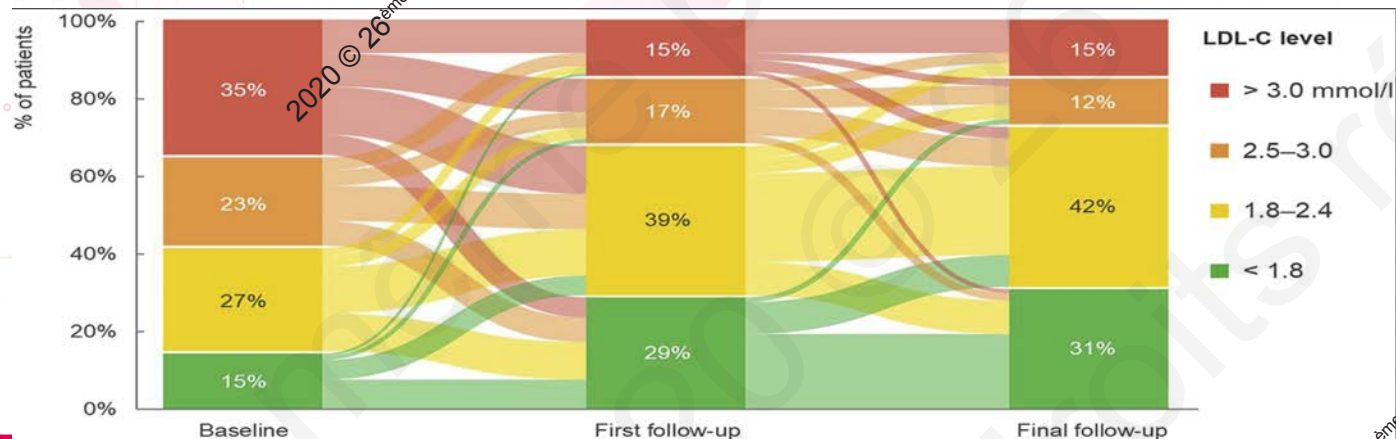


La lettre de sortie de l'hôpital doit préciser la cible de LDL et l'intensification thérapeutique proposée pour atteindre l'objectif

Quelle est la réalité du contrôle lipidique en post SCA ?



En 2016, dans l'étude DYSIS II 34,5% des patients avaient un LDL à la cible de 0,7 g/L en post SCA



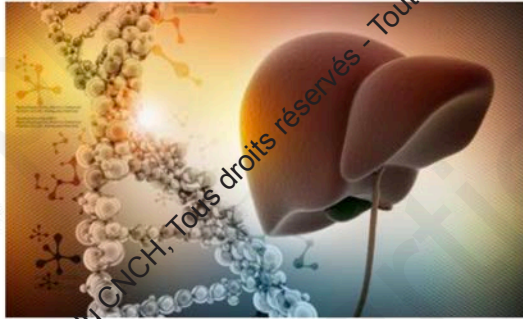
Dans cette cohorte finlandaise (2011-2015) 31% des patients avaient un LDL à la cible de 0,7 g/L en post SCA

Pourquoi les statines sont sous prescrites en post SCA ?

Perception du médecin

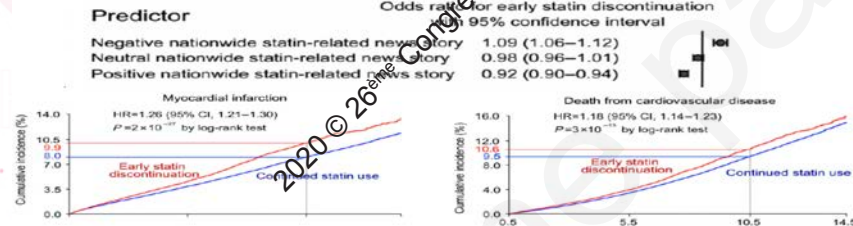
Complications musculaires

rarement sévères



Complications hépatiques

très rares



Les « **Negative stories** » ont eu un impact significative sur la compliance (+9% d'arrêt). Les arrêts précoces de statines ont entraîné 26% d'augmentation des IDM et 18% d'augmentation de la mortalité Nielsen Eur Heart J 2015

Inertie thérapeutique

Absence d'initiation ou d'intensification du traitement par les soignants malgré l'identification d'un défaut d'atteinte des objectifs thérapeutiques.

Perception du patient



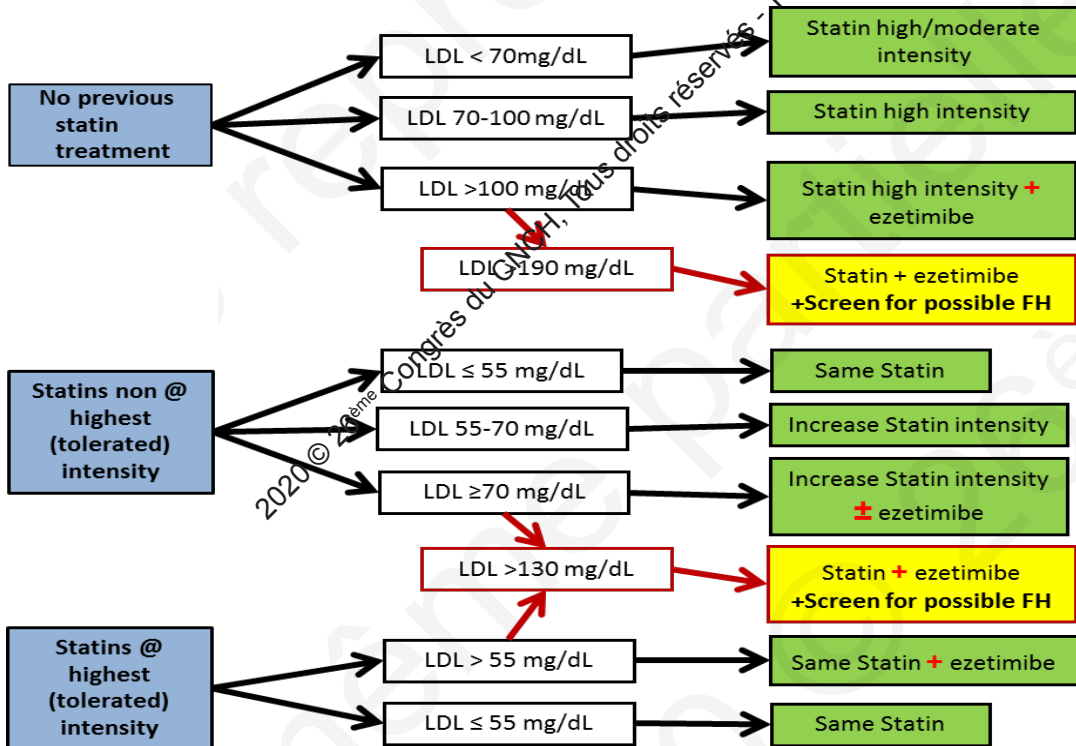
Table 3 Relative risk of statin discontinuation and all-cause mortality during follow-up between cohort.

	Relative risk (95% CI)	
	2013 vs. 2012	2012 vs. 2011
Statin discontinuation		
All patients	1.40 (1.33–1.48)	1.00 (0.94–1.06)
High-risk patients	1.25 (1.08–1.46)	0.95 (0.81–1.12)
Moderate-risk patients	1.40 (1.31–1.49)	0.99 (0.92–1.06)
Low-risk patients	1.53 (1.36–1.72)	1.09 (0.96–1.25)
All-cause mortality		
All patients	1.17 (1.02–1.33)	1.03 (0.90–1.18)
High-risk patients	1.26 (0.98–1.61)	0.94 (0.73–1.22)
Moderate-risk patients	1.13 (0.96–1.31)	1.09 (0.92–1.28)
Low-risk patients	1.00 (0.42–2.41)	0.70 (0.31–1.57)

Il faut optimiser dès que possible la baisse du LDL, et surveiller

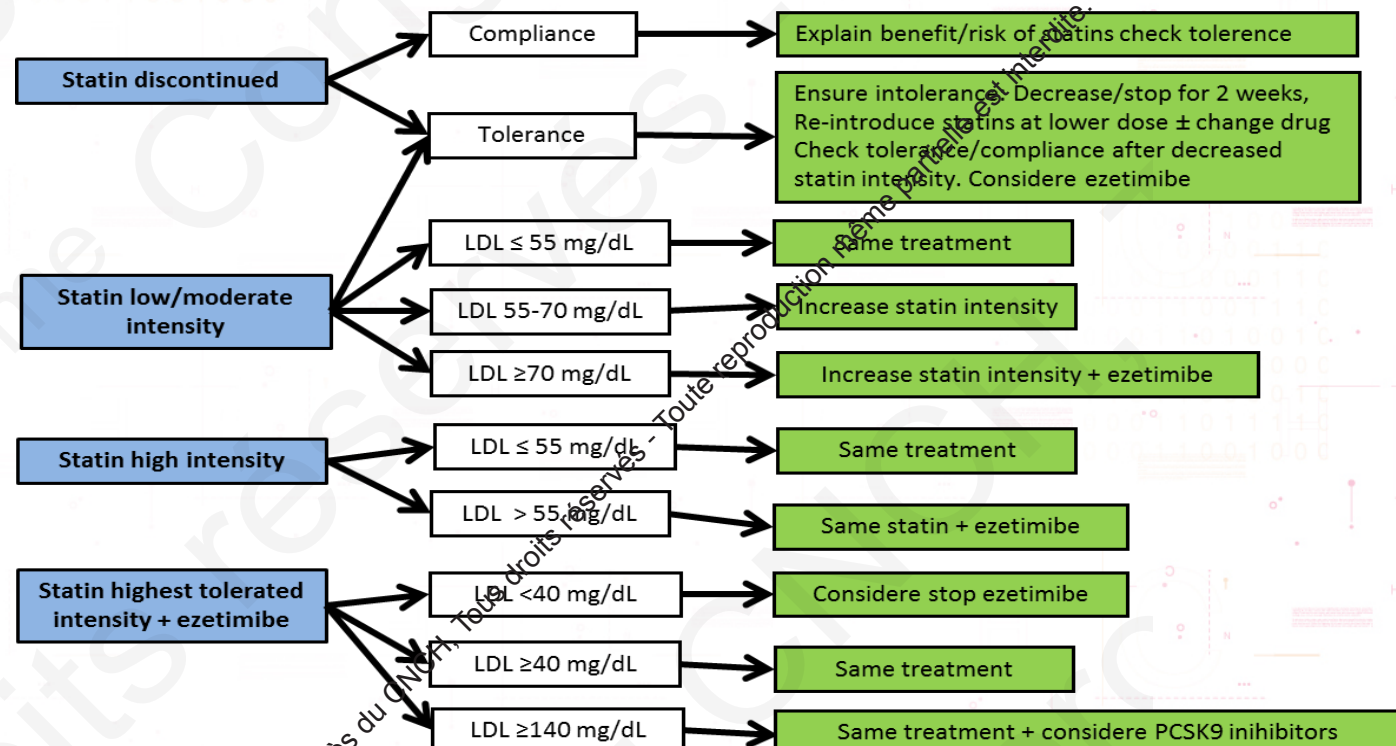
Algorithme décisionnel à l'admission

1) Traitements antérieurs, 2) LDL-C, 3) alternatives

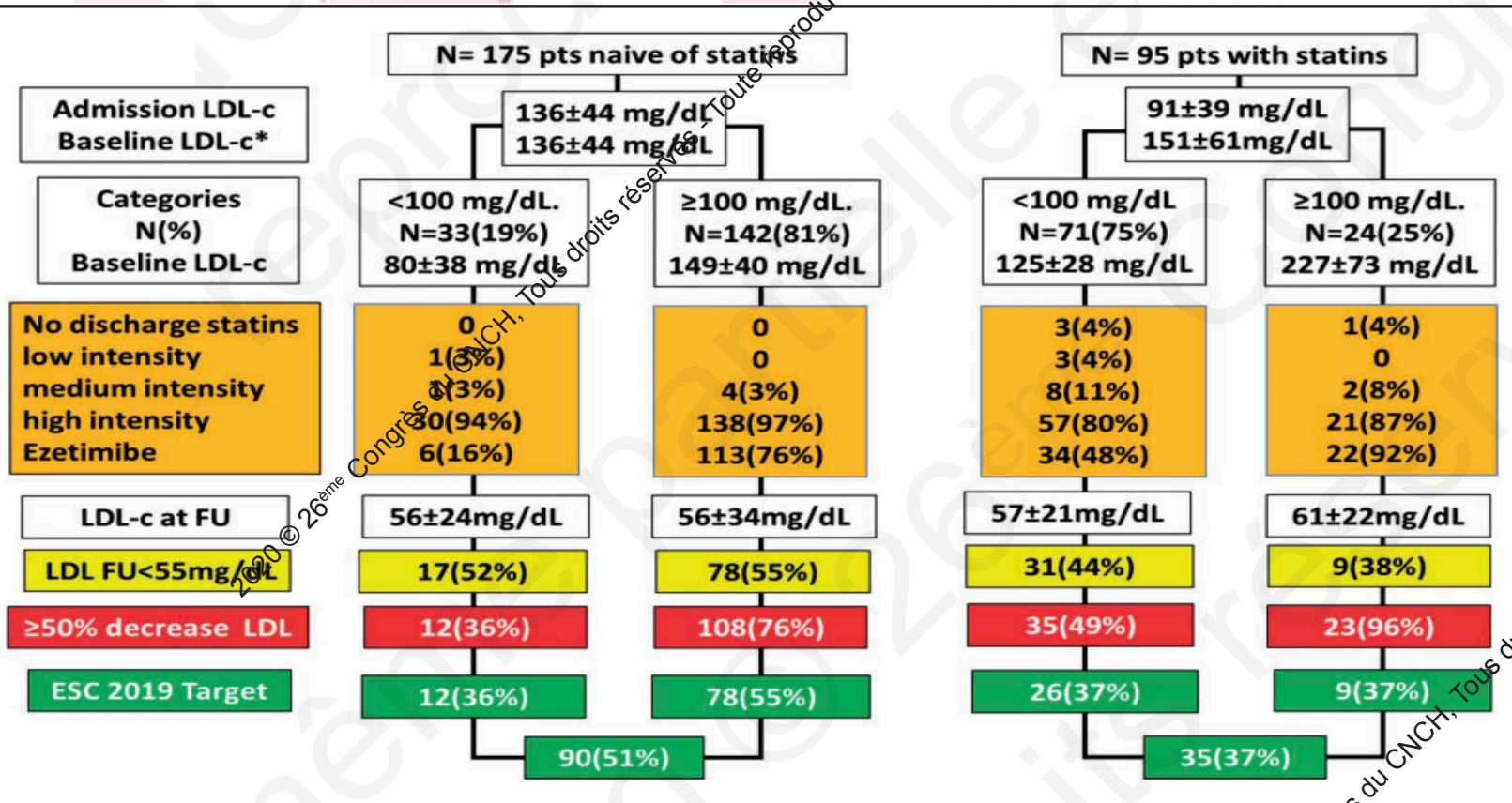


Algorithme décisionnel au cours du suivi

1) Traitements antérieurs, 2) LDL-C, 3) alternatives



Cette optimisation permet d'atteindre l'objectif dans 50% des cas



L'association statine à forte dose + ézétimibe débutée

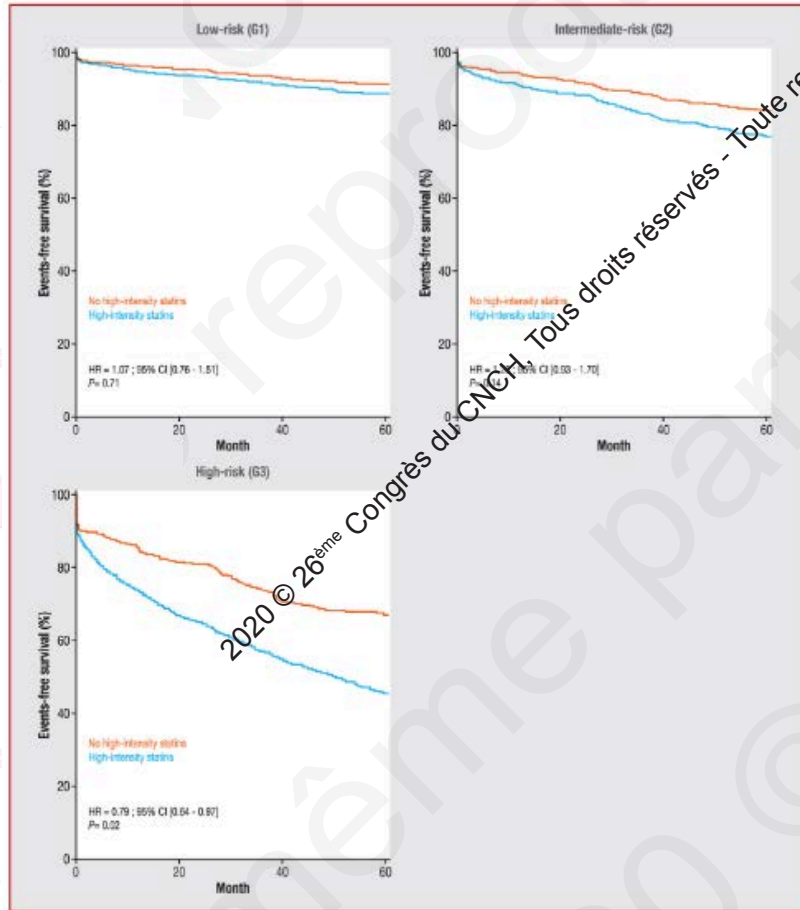
- si LDL > 1g/L en l'absence de statine
- si LDL > 0,7 g/L sous statine

Permet d'obtenir un LDL < 0,55 g/L chez 50% des patients

Permet d'atteindre les objectifs de l'ESC chez 46% des patients

Figure 1. Attainment of the European Society of Cardiology guidelines targets, according to pre-treatment and baseline low-density lipoprotein cholesterol. LDL-c: low-density lipoprotein cholesterol; pts: patients; FU: follow-up.*Back-calculated based on admission LDL-c and intensity of prior treatment in patients under statin therapy at admission.

Bénéfice clinique d'une prise en charge optimale



Réduction des événements à 5 ans chez les patients post SCA à haut risque athérothrombotique recevant une statine à forte dose dans la cohorte FAST-MI

Pourquoi et comment proposer une prise en charge intensive du risque lipidique en post SCA ?

- La réduction du LDL s'accompagne d'une réduction des événements
- Le traitement instauré à la sortie de l'hospitalisation est rarement augmenté (inertie)
- Les stratégies d'intensifications précoces permettent d'atteindre les objectifs de réduction du LDL
- L'association statine à forte dose + ézétimibe si le LDL est $> 1\text{g/L}$ permet d'obtenir une diminution de 50% du LDL et une concentration $< 0,55\text{ g/L}$ dans près de la moitié des cas
- Une réévaluation du LDL et de la tolérance du traitement à 4-6 semaines est proposée pour optimiser cette prise en charge (gestion des intolérances/inobservances, optimisation thérapeutique par anti PCSK9)

Suivez le CNCH sur le Social Média !

#CNCHcongres



@CNCHcollege



@CNCHcollege