



PRISE EN CHARGE LIPIDIQUE DU SCA

État des lieux et stratégies de traitement

Benoit LATTUCA

CHU Nîmes - Département de cardiologie
Groupe de recherche ACTION

benoit.lattuca@gmail.com

Liens d'intérêt

✓ **Bourses de recherche**: Biotronik, Daiichi Sankyo, Federation Française de Cardiologie, Institute of CardioMetabolism and Nutrition et Medtronic

✓ **Consulting et honoraires** : Abbott Vascular, Amarin, AstraZeneca, Bayer, Boston Scientific, Medtronic, Novartis, Daiichi Sankyo, Eli Lilly, Sanofi

Prise en charge lipidique du SCA

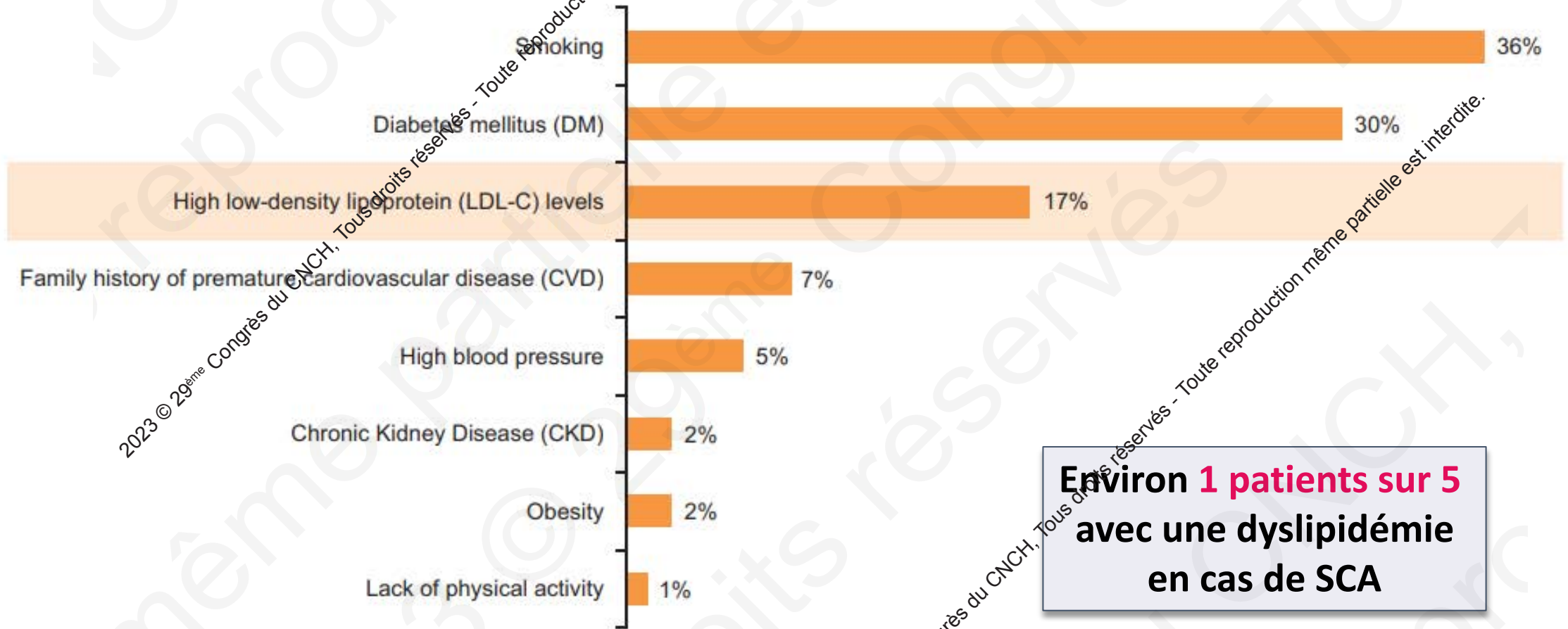
Evaluation du
risque

Admission

Bilan lipidique
Dosage LDL-C

Dosage Lp(a)

La dyslipidémie, un vrai facteur de risque ?



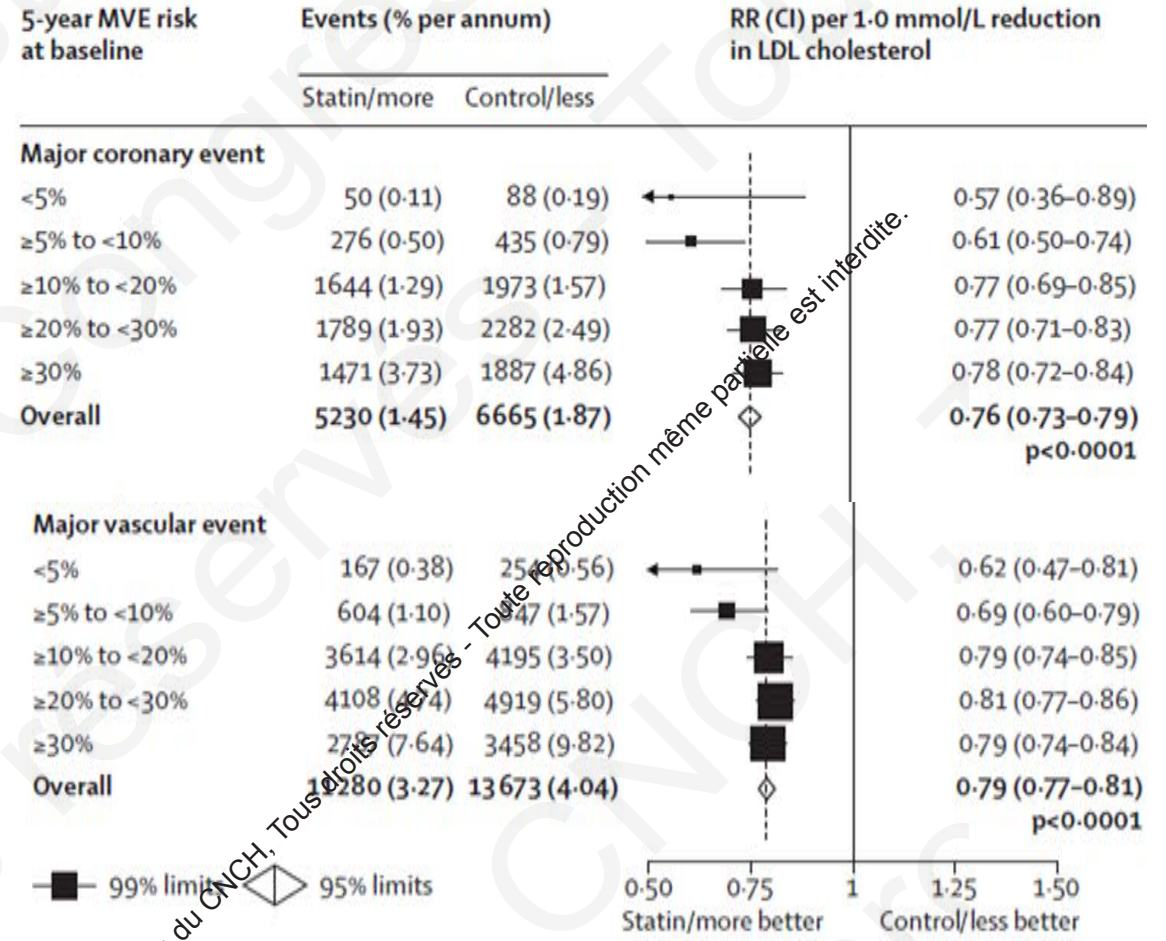
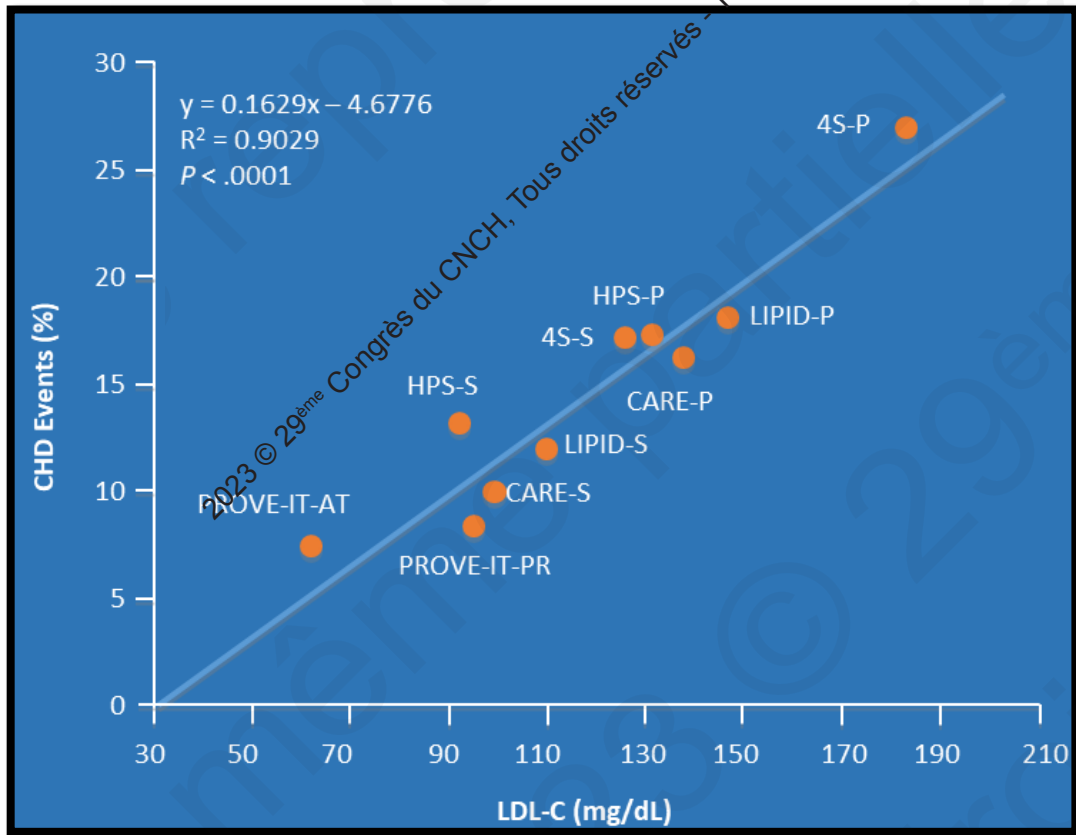
**Environ 1 patients sur 5
avec une dyslipidémie
en cas de SCA**

2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Place pronostique majeure du LDL-cholestérol

Relation directe entre réduction du LDL-C et événements cardiovasculaires



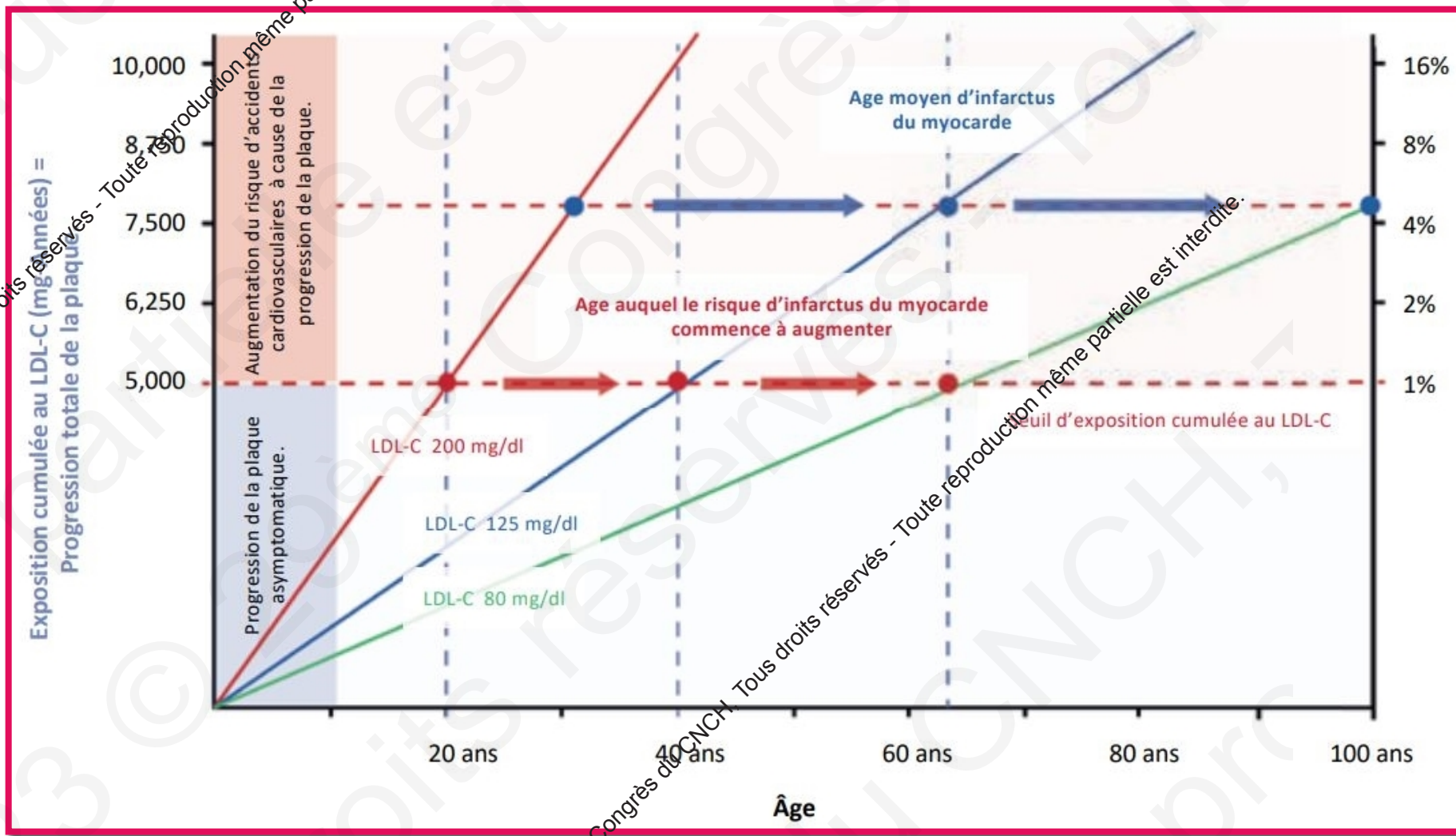
Traitement intensif

Place pronostique majeure du LDL-cholestérol

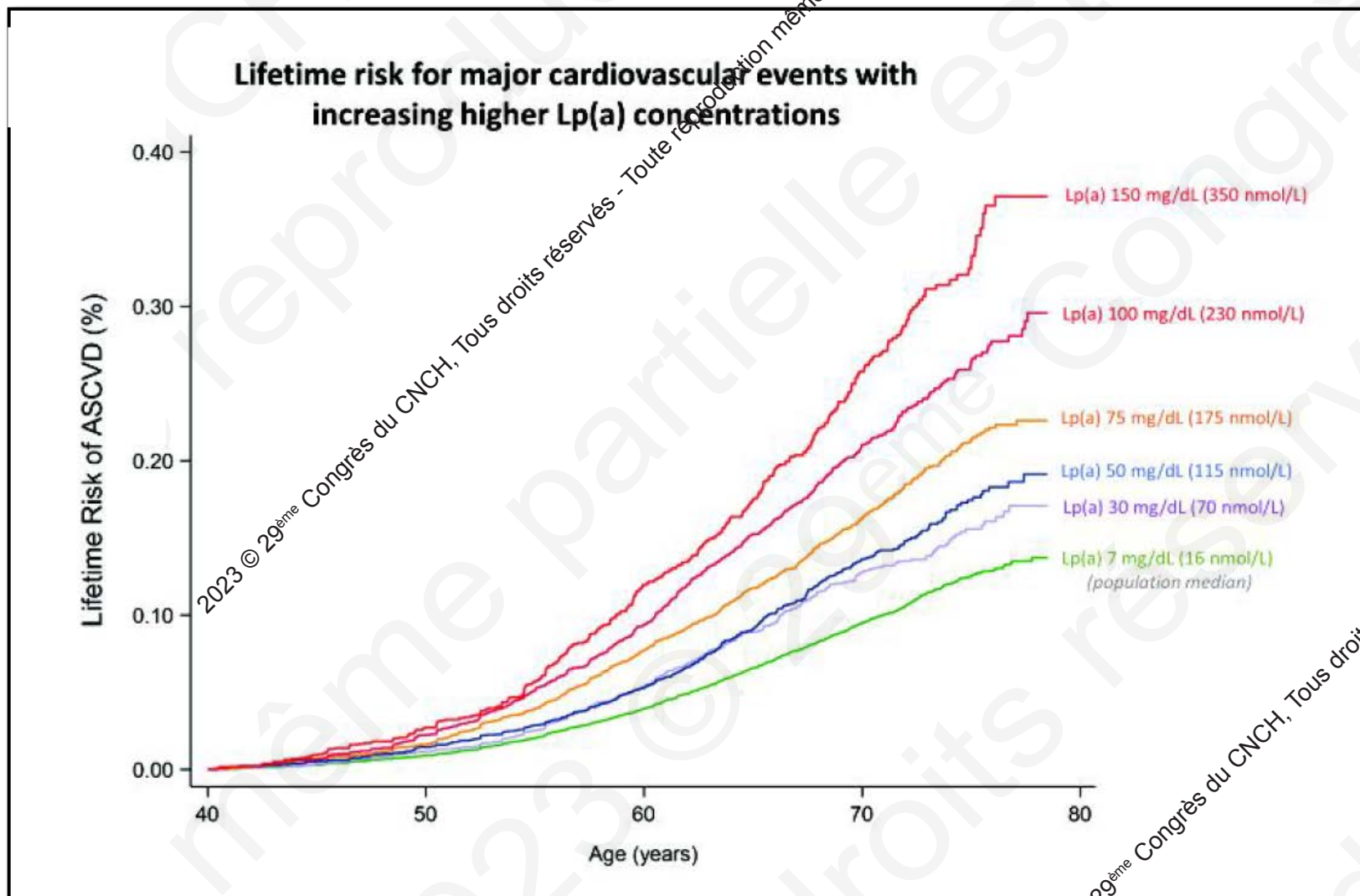
Importance du **LDL cumulé** tout au long de la vie !



Intérêt à un **traitement rapide et efficace** en cas d'événement



Et de la Lipoprotéine (a) !

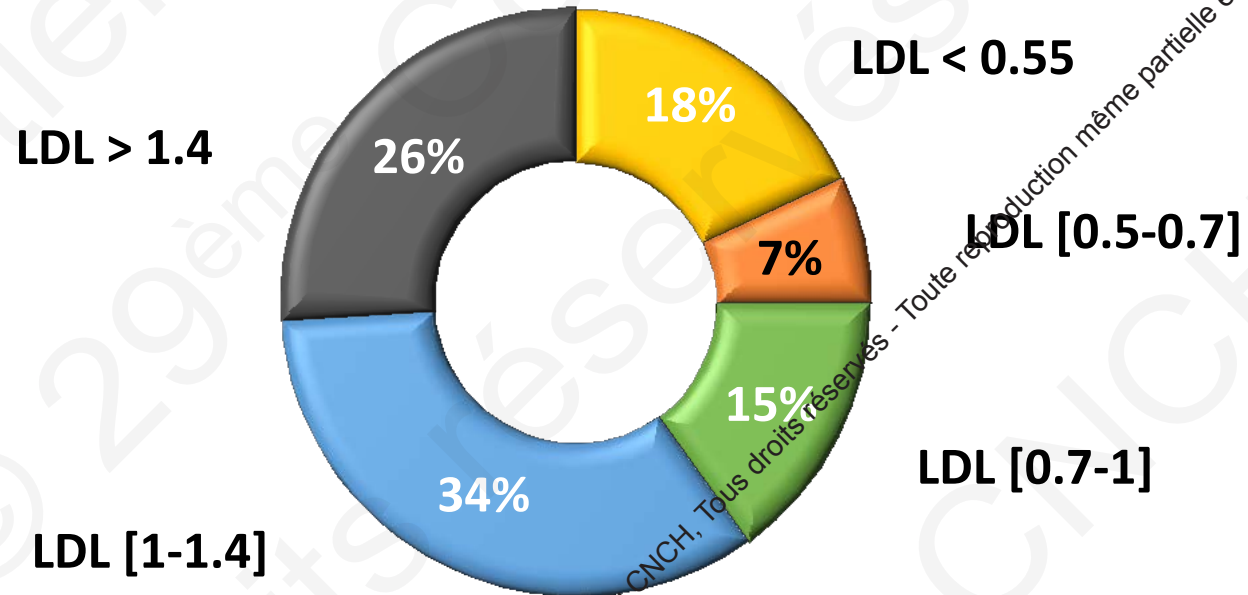


**Evaluation individuelle
et unique du risque
cardiovasculaire
indépendamment du LDL
et de la diététique**

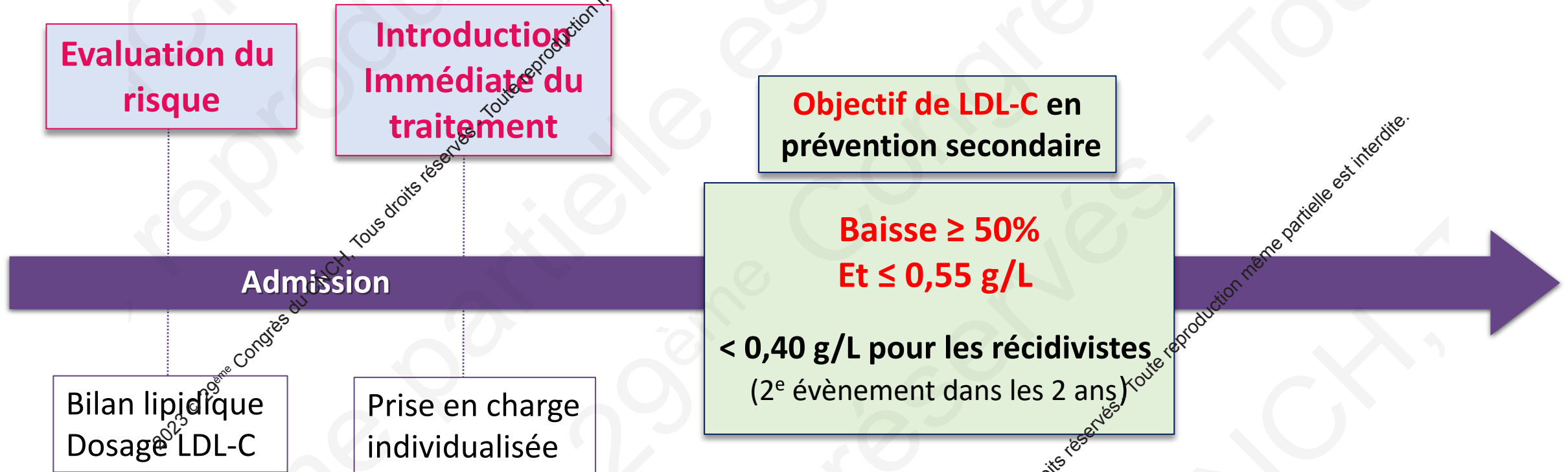
Quel niveau de LDL en France en cas de SCA ?

Europath Survey
2650 patients avec SCA
6 pays européens

LDL moyen en France à l'admission : 1.1 g/L



Prise en charge lipidique du SCA

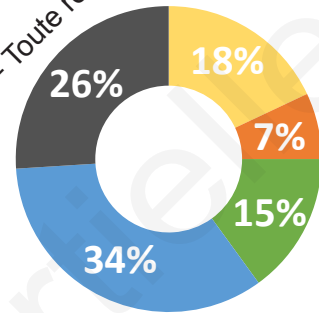


2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

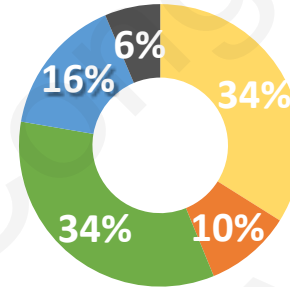
Quelle prise en charge du SCA en France ?

- LDL-C < 0.55
- LDL-C [0.55 - 0.70]
- LDL-C [0.70 - 1]
- LDL-C [1 - 1.4]
- LDL-C > 1.40

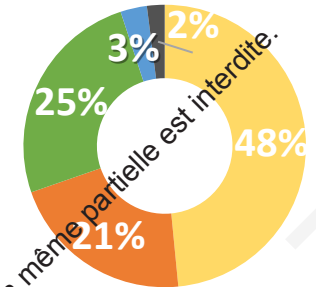
Acute phase
(n=122)



1st Follow-up
(n=122)



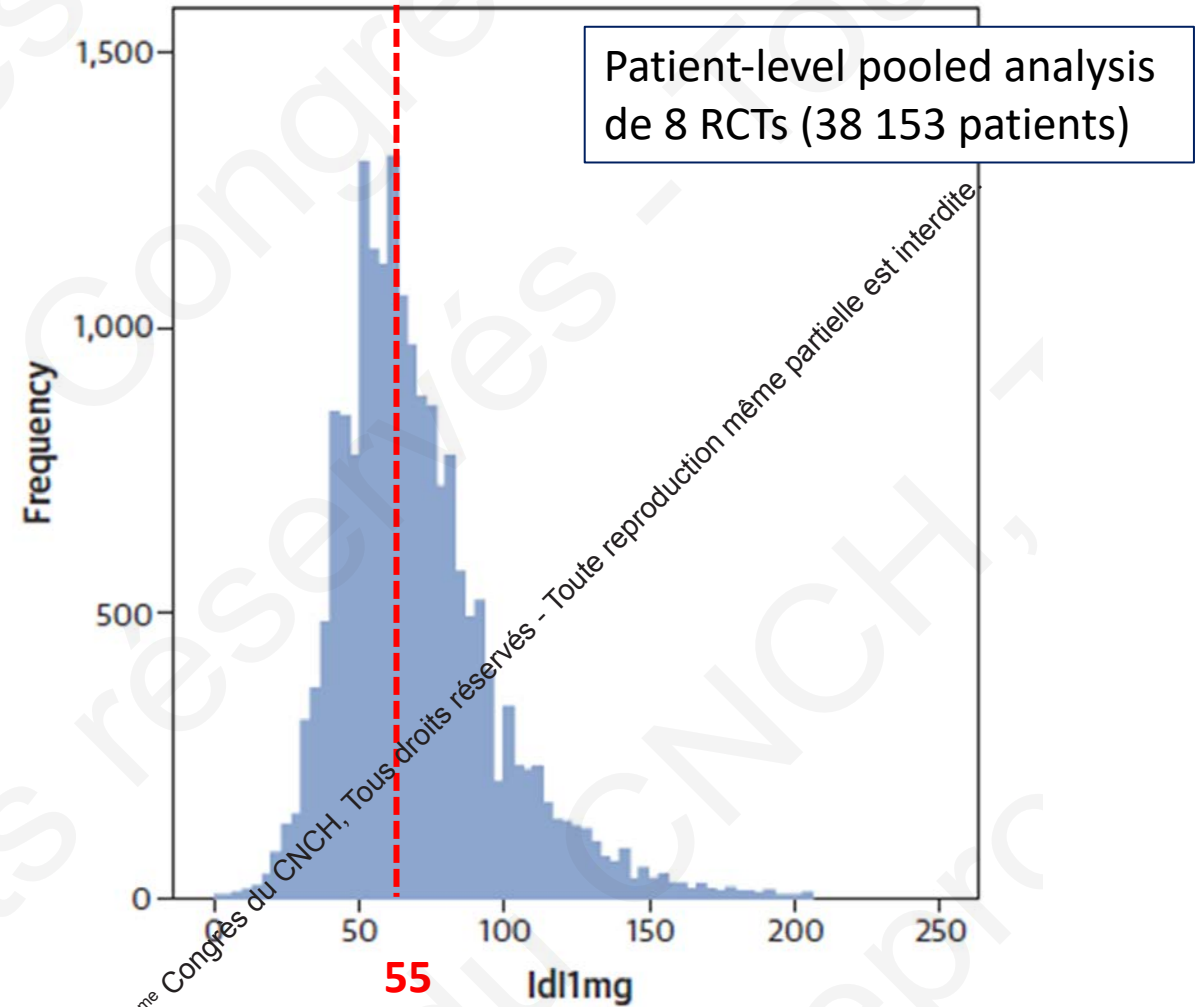
2nd Follow-up
(n=122)



Treatment	Acute phase (%)	1 st Follow-up (%)	2 nd Follow-up (%)
High intensity statin mono	56%	29%	21%
Low/moderate intensity statin mono	7%	5%	4%
Ezetimibe mono	0%	8%	7%
Statin + ezetimibe combi	27%	36%	38%
PCSK9i mono	2%	10%	15%
PCSK9i + Statin + ezetimibe combi	3%	8%	11%
Pas de traitement	2%	0%	0%

Est-ce que les patients atteignent vraiment l'objectif ?

>50% des patients
sous statines n'atteignent
pas l'objectif de LDL < 0.55g/L
à un an



Est-ce que les patients atteignent vraiment l'objectif en France ?



Objectif < 0.55 g/L : 55%

Objectif < 0.70 g/L : 82%

En moyenne : 1^{er} contrôle à **14 semaines**
Et le suivant 20 semaines plus tard



Environ **25% de modification de dose**
et 25% d'ajout lors du 1^{er} suivi

	< 70 mg/dl	< 55 mg/dl	< 70 mg/dl	< 55 mg/dl
Acute phase				
Admission	11%	6%	27%	18%
Chronic phase				
Follow-up 1	34%	18%	49%	37%
Follow-up 2	56%	34%	67%	48%
Follow-up 3	63%	37%	82%	55%

Quelles stratégies pour baisser le LDL-cholestérol après un SCA ?

**Objectif de LDL-C en
prévention secondaire**

**Baisse $\geq 50\%$
Et $\leq 0,55$ g/L**

< 0,40 g/L pour les récidivistes
(2^e évènement dans les 2 ans)

Règles hygiéno-diététiques / Réadaptation



Statines forte dose: atorvastatine (80mg) / rosuvastatine (20mg)
> réduction de 25 à 35%

Etude MIRACL : Statines forte dose vs placebo

LDL moyen 0.72 vs 1.35 et réduction significative des événements CV
Schwartz et al. JAMA 2001

Etude PROVE-IT : Statines forte dose vs faible dose

LDL moyen 0.62 vs 0.95 et réduction significative des événements CV
Cannon et al. NEJM 2004

Metaanalyse de 13 études - HR = 0.56, p<0.001

Prati et al. Circulation 2011

Quelles stratégies pour baisser le LDL-cholestérol après un SCA ?



**Strike Early
and
Strike Strong**

Tout reproduction même partielle est interdite.
2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

1

Règles hygiéno-diététiques / Réadaptation

I A



2

Statines fortes doses : atorvastatine (80mg) / rosuvastatine (20mg)
> réduction de 25 à 50%

I A



Ezetimibe (10mg) : réduction potentielle de 15% supplémentaire
→ Association chez patient déjà traité non à l'objectif
→ Association possible d'emblée

I A

IIb B



3

Réévaluation rapide pour **inhibiteurs du PCSK9** ou dès l'admission
chez patients non à l'objectifs et sous bithérapie
réduction jusqu'à 85%

I A

Anti PCSK9 : Grands essais randomisés



Programme ODYSSEY Alirocumab

- ODYSSEY ALTERNATIVE
- ODYSSEY CHOICE I et II
- ODYSSEY COMBO I et II
- ODYSSEY DM-DYSLIPIDEMIA
- ODYSSEY DM-INSULINE
- ODYSSEY ESCAPE
- ODYSSEY FH I et II
- ODYSSEY HIGH FH
- ODYSSEY JAPAN
- ODYSSEY KT
- ODYSSEY LONG TERM
- ODYSSEY MONO
- ODYSSEY OPTION I et II
- ODYSSEY OUTCOMES



Programme PROFICIO Evolocumab

- GAUSS I, II et III
- GLAGOV
- LAPLACE TIMI 57
- LAPLACE II
- MENDEL I et II
- OSLER I et II
- TESLA PART B
- RUTHERFORD I et II
- YUKAWA I et II
- DESCARTES
- FOURIER



Programme SPIRE Bococizumab

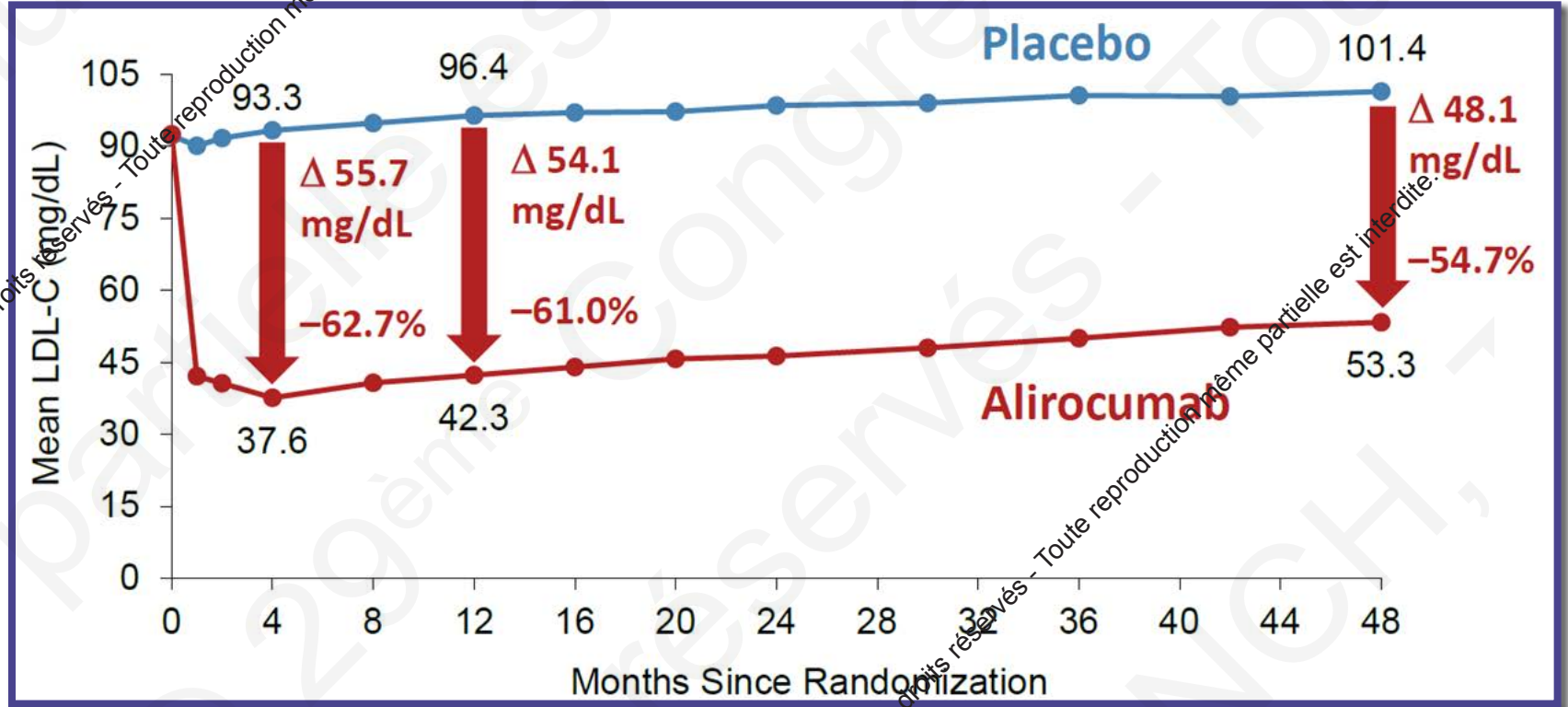
- SPIRE HR
- SPIRE LDL
- SPIRE FH
- SPIRE LL
- SPIRE SI
- SPIRE AI
- SPIRE I et II

> 85 000 patients inclus

2023 © 29^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Alirocumab : efficacité sur la baisse du LDL

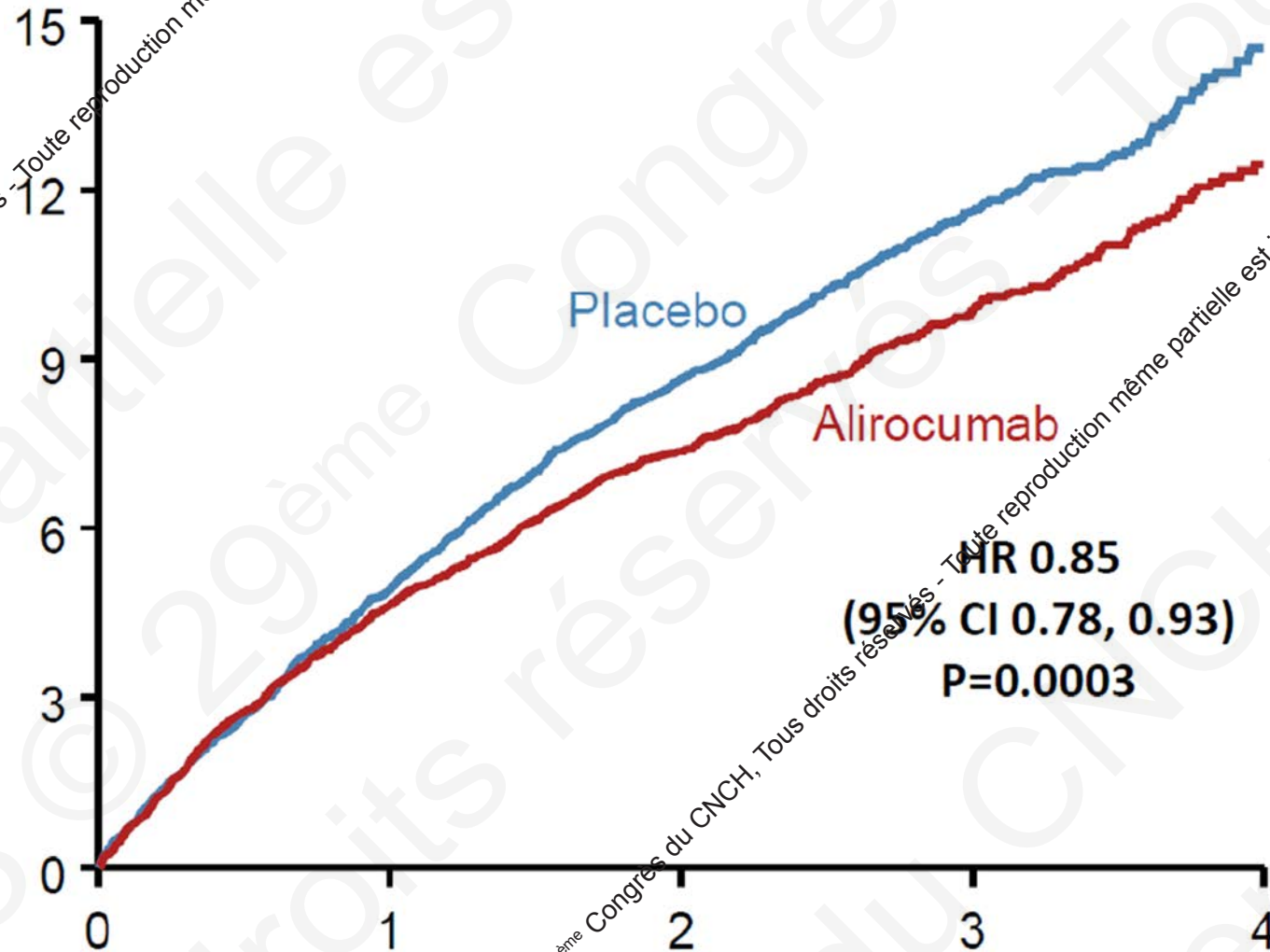
Essai ODYSSEY Outcomes
N = 18 924 patients
LDL > 0.7
Suivi jusqu'à 5ans



Baisse du LDL jusqu'à 85% en association à une statine et ezetimibe

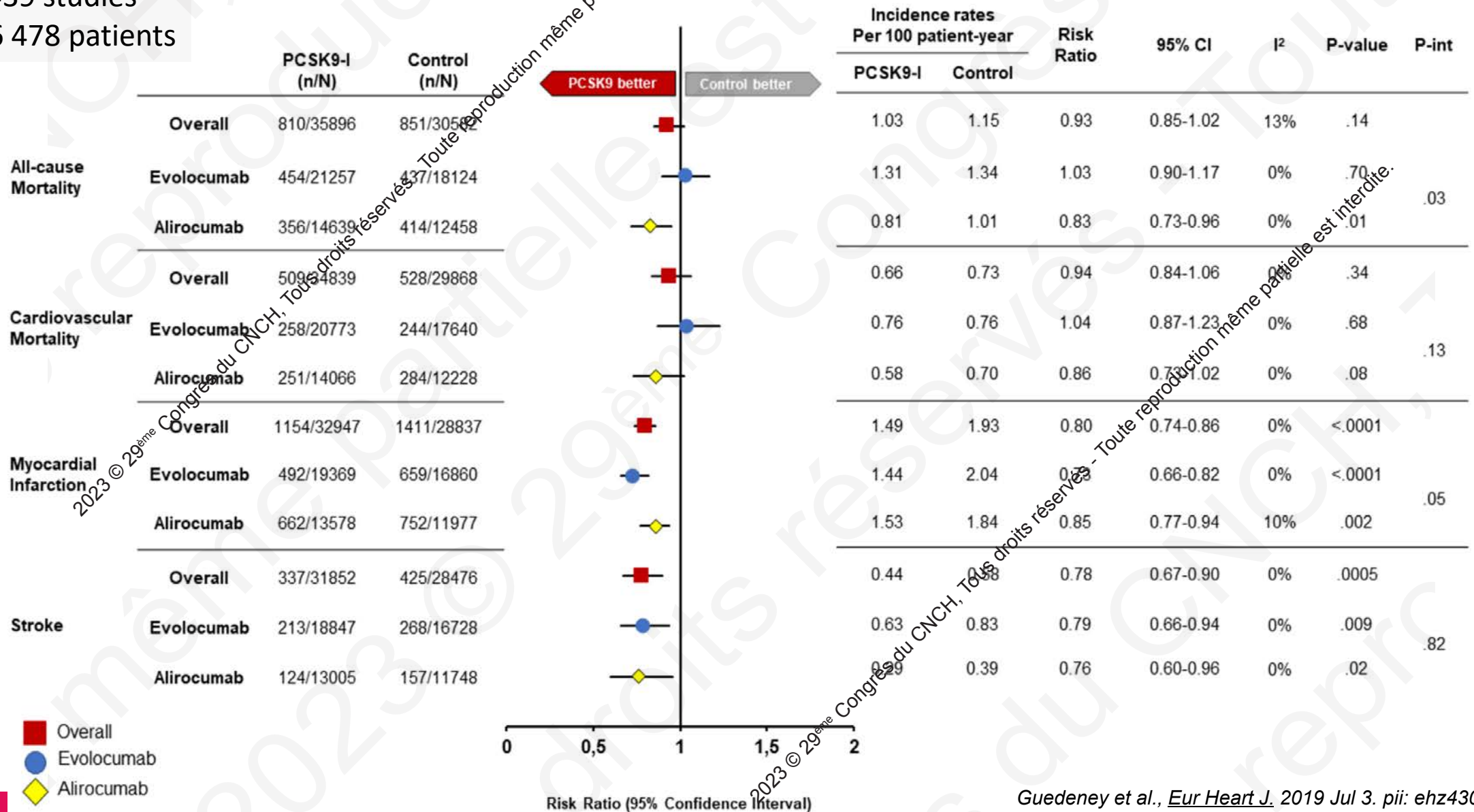
Alirocumab : efficacité sur les événements cliniques

Décès, IDM, AVC, angor instable nécessitant une hospitalisation



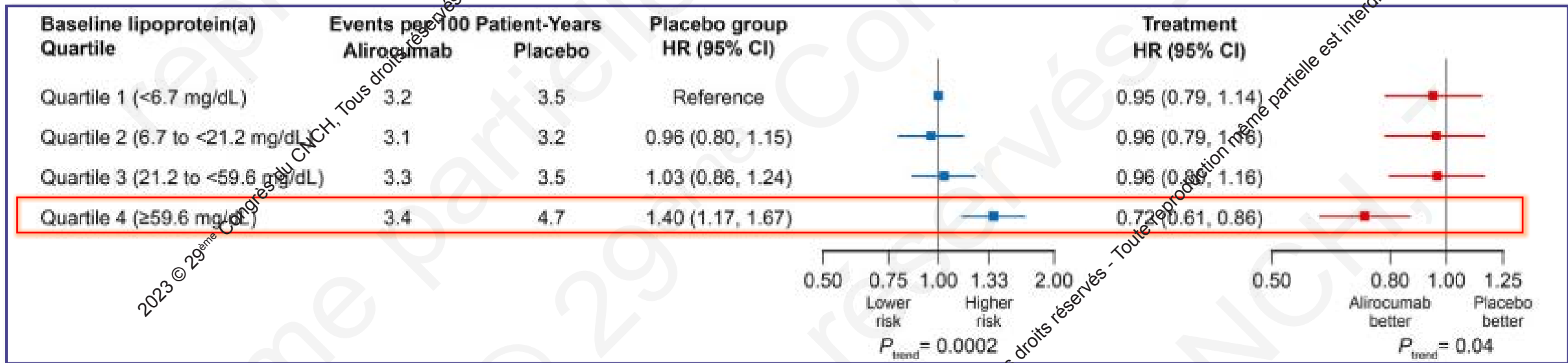
Anti-PCSK9 : impact sur les événements cliniques

N=39 studies
N= 66 478 patients



Efficacité chez les patients les plus à risque !

Analyse ancillaire de ODYSSEY Outcomes
Efficacité de l'alirocumab selon les quartiles de Lp(a)

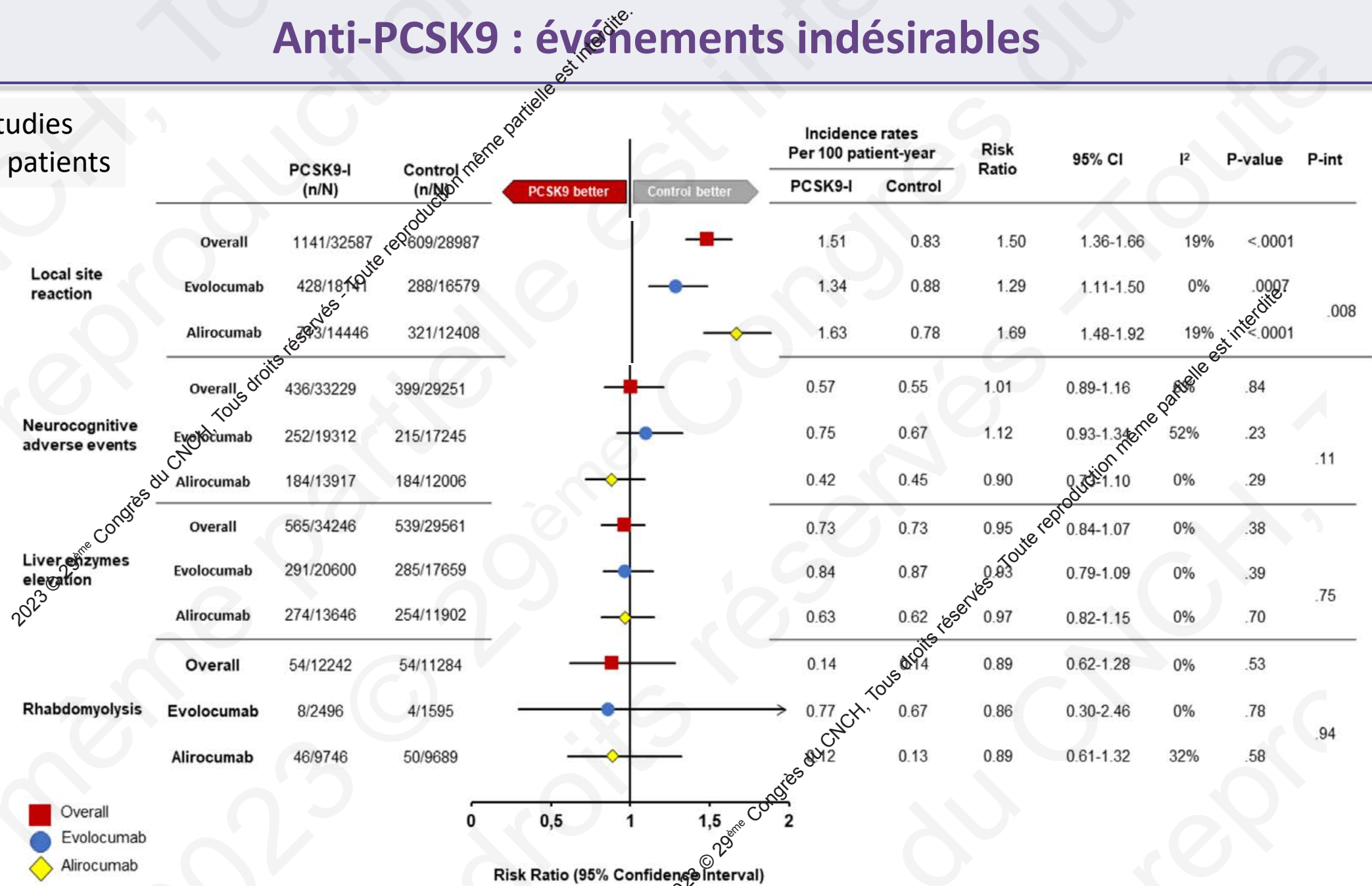


Réduction des revascularisations coronaires et périphériques chez les patients traités par alirocumab

Efficacité en particulier chez les patients avec le niveau de Lp(a) le plus élevé

Anti-PCSK9 : événements indésirables

N=39 studies
N= 66 478 patients



Anti-PCSK9 : Synthèse

Diminution drastique du LDL-cholestérol > 50%

Réduction significative des événements cardiovasculaires majeurs : IDM & AVC
Et tendance très favorable sur la mortalité toute cause en particulier pour l'alirocumab

Efficacité en particulier chez **les patients les plus à risque** : Lp(a) élevée

Réactions cutanées fréquentes au site d'injection mais bénignes dans la grande majorité et **bonne tolérance globale**

Indication en prévention secondaire :

RHD + traitement **hypolipémiant optimisé** (statines + ezetimibe à la dose maximale tolérée) + **LDL-c $\geq 0,7$ g/L**

Quand introduire le traitement ?

Le plus rapidement possible !

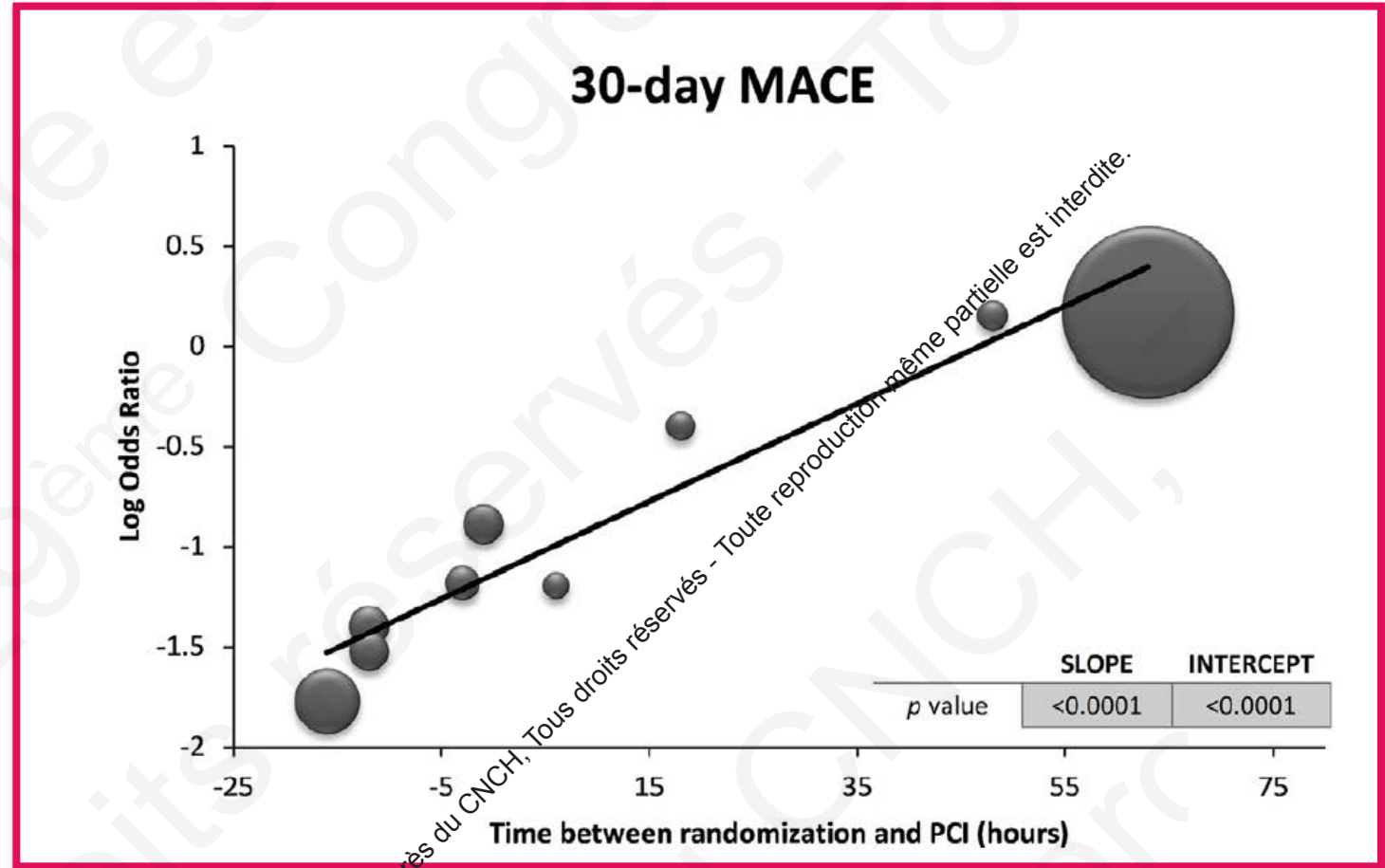
Réduction des événements

Effet anti-inflammatoire

Effet sur la vulnérabilité de plaque

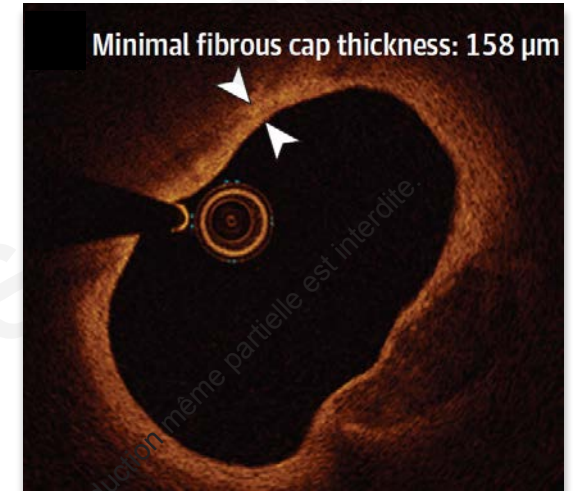
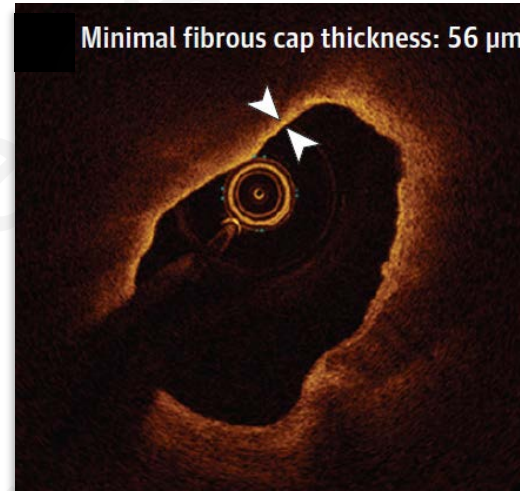
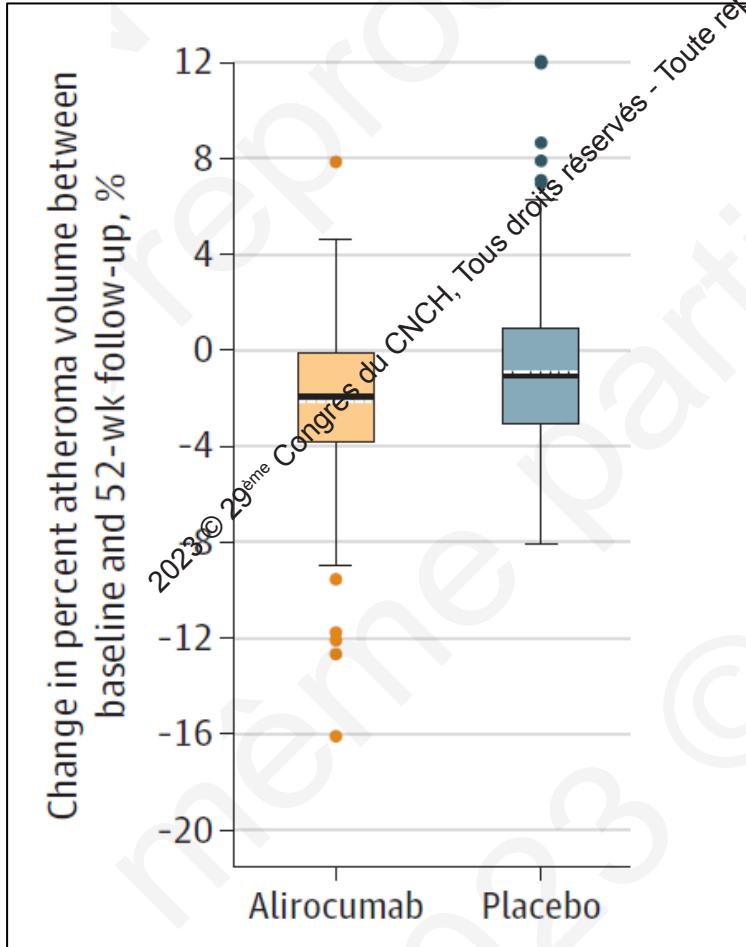
Meta-analyse de 29 RCT (N=8750)

Impact du délai d'introduction du traitement hypolipémiant sur les événements CV

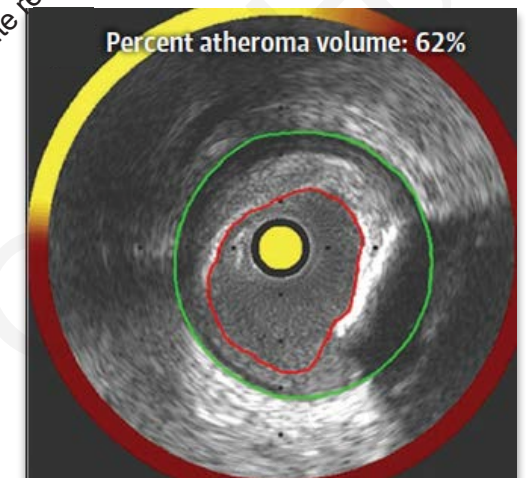


Quand introduire le traitement ?

Un traitement le plus rapide possible pour une **régression de plaque** !



Introduction post SCA d'alirocumab associée à une **réduction significative** du volume d'athérome et de plaques instables



Comment optimiser en pratique le traitement post SCA ?

Durant l'hospitalisation

Suivi à 4-6 semaines

Patient non traité

Statines forte dose

Et si LDL > 1 : association statines + **ezetimibe** d'emblée

Evaluation **tolérance**

Patient sous statines

LDL 0.55-0.70 : augmentation dose

Ezetimibe si pas prescrit

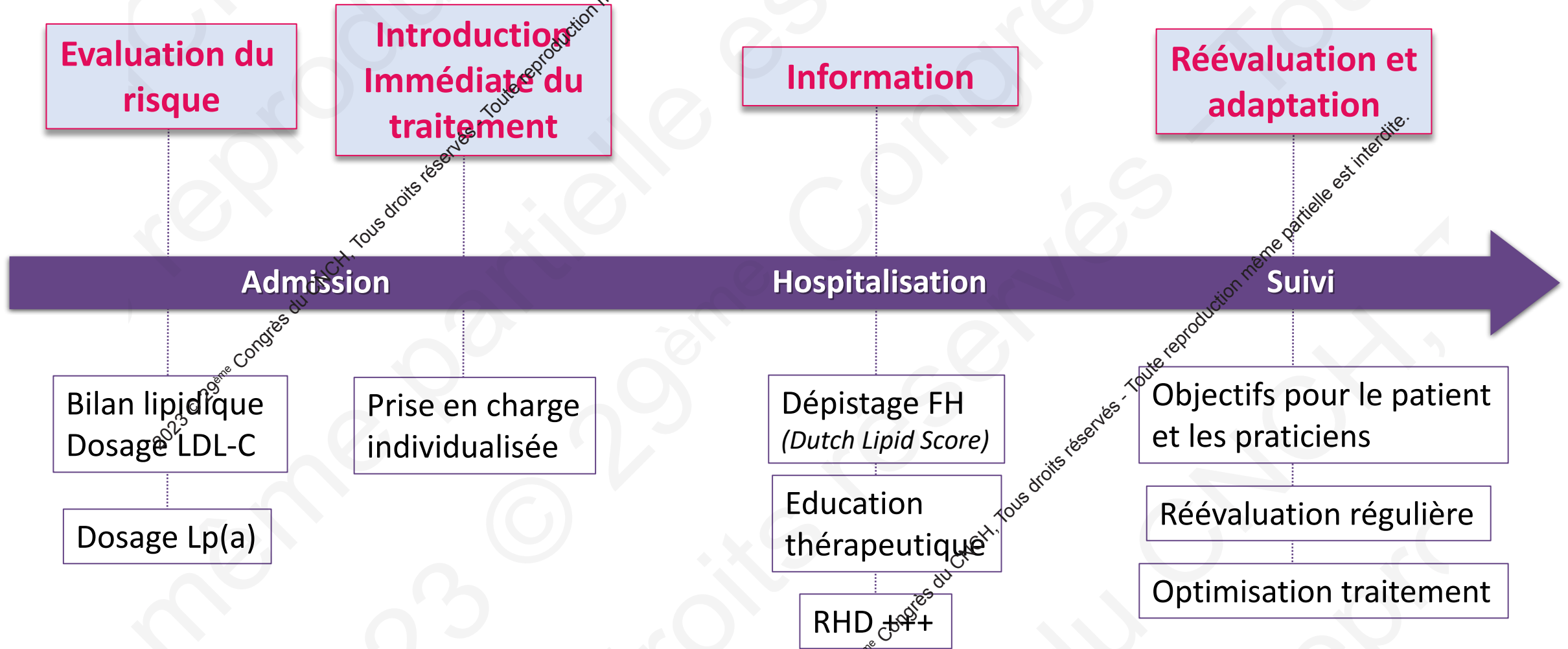
LDL > 0.70 : augmentation dose + ezetimibe

PCSK9i si **LDL > 0.70** malgré ezetimibe

Patient avec statines dose max + ezetimibe

LDL > 0.70 : Inhibiteur PCSK9

Prise en charge lipidique du SCA



Prise en charge lipidique du SCA

- Place pronostique centrale du **LDL-cholestérol et de la Lp(a)**
- Objectifs de prévention secondaire non atteints :
 - **50% de patients insuffisamment traités**
- **Traitement intense** avec introduction la plus rapide possible
 - **Strike early and strong** : statines + ezetimibe d'emblée en cas de **réurrences d'évènements** ou **LDL > 1** ou Lp(a) augmentée
- **Supériorité** biologique et clinique des **anti-PCSK9** avec **bonne tolérance**
- **Nombreuses perspectives**
 - ARN messenger interférants (inclisiran)
 - Stimulation de l'efflux de cholestérol - Apolipoprotéine recombinante
 - Inhibiteur spécifique de Lp(a) : siARN, muvalapline
 - Acide bempédoïque
 - PCSK9i à durée de vie longue (Pecaticimab) ou oral

29^{EME}
CONGRES
CNCH



Collège
National des
Cardiologues des
Hôpitaux

Suivez le CNCH sur le Social Média !

#CNCHcongres



@CNCHcollege



@CNCHcollege



@CNCHcollege



Si vous voulez devenir Ambassadeur social média CNCH adressez-nous un email à cnch@sfcadio.fr