

Réalité de la prise en charge cardiovasculaire en 2021

Et demain : vers une prise en charge de plus en plus précoce ?

François SCHIELE,

Université Bourgogne-Franche-Comté
CHU de Besançon

Contrats de recherche: Amgen, Bayer, Sanofi-Aventis, Servier, Novonordisk, Lilly.

Orateur: Boehringer Ingelheim, Lilly, Novartis, Sanofi-Aventis, Servier, Astra Zeneca, Amgen, Mylan, Amgen

Conseil : Amgen, Sanofi, Bayer, Servier, Astra Zeneca, Lilly, Novonordisk

Prise en charge précoce: SCA, situation stable, FH

Recommendations

In all ACS patients without any contraindication or definite history of intolerance, it is recommended that high-dose statin therapy is initiated or continued as early as possible, regardless of initial LDL-C values. ^{438,440,442}

Mach ESC Guidelines dyslipidaemia Eur Heart J (2019) 00, 178

In children, testing for FH is recommended from the age of 5 years, or earlier if HoFH is suspected.

Children with FH should be educated to adopt a proper diet and treated with a statin from 8–10 years of age. Goals for treatment should be LDL-C <3.5 mmol/L (<135 mg/dL) at >10 years of age.

ge pré-
tielle est interdite

Class^a

1

Recommendations

Class^a

A stepwise treatment-intensification approach aiming at intensive risk factor treatment is recommended for apparently healthy people at high or very high CVD risk, as well as patients with established ASCVD and/or DM, with consideration of CVD risk, treatment benefit of risk factors, risk modifiers, comorbidities, and patient preferences.^{66,67}

Toute reproduction même partielle est interdite.

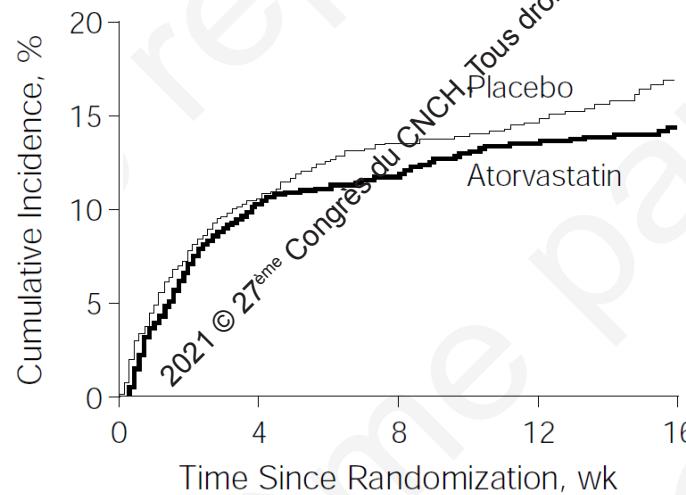
Visseren F, et al. *Euro Heart J*. 2021;00:1–107

Recommendations	Class ^a
<p>A stepwise treatment-intensification approach aiming at intensive risk factor treatment is recommended for apparently healthy people at high or very high CVD risk, as well as patients with established ASCVD and/or DM, with consideration of CVD risk, treatment benefit of risk factors, risk modifiers, comorbidities, and patient preferences.</p> <p>^{66,67}</p>	I

Pourquoi statines/ezetimibe/iPCSK9 précoce(s) dans les syndromes coronaires aigus (1) ?

MIRACL¹: High-intensity statins vs placebo
(1-4 days post-ACS)

LDL-C during study: **72 vs 135 mg/dL**



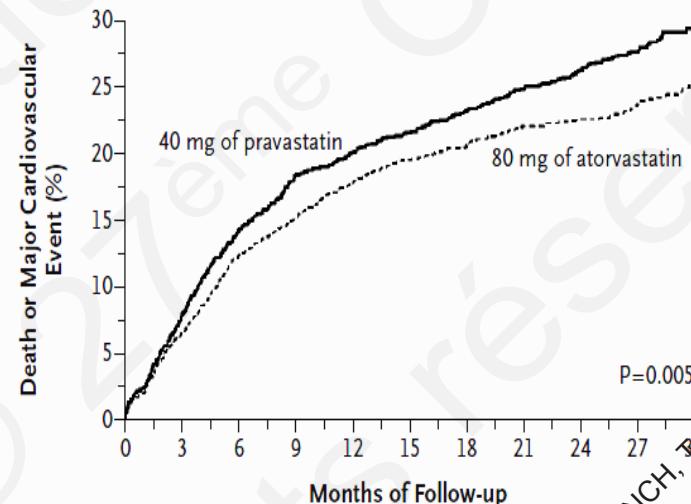
No. at Risk	Atorvastatin	Placebo
Atorvastatin	1538	1548
Placebo	1381	1384

Schwartz *JAMA* 2001;285:1711-18

PROVE-IT¹: High- vs low-intensity statins

(10 days post-ACS)

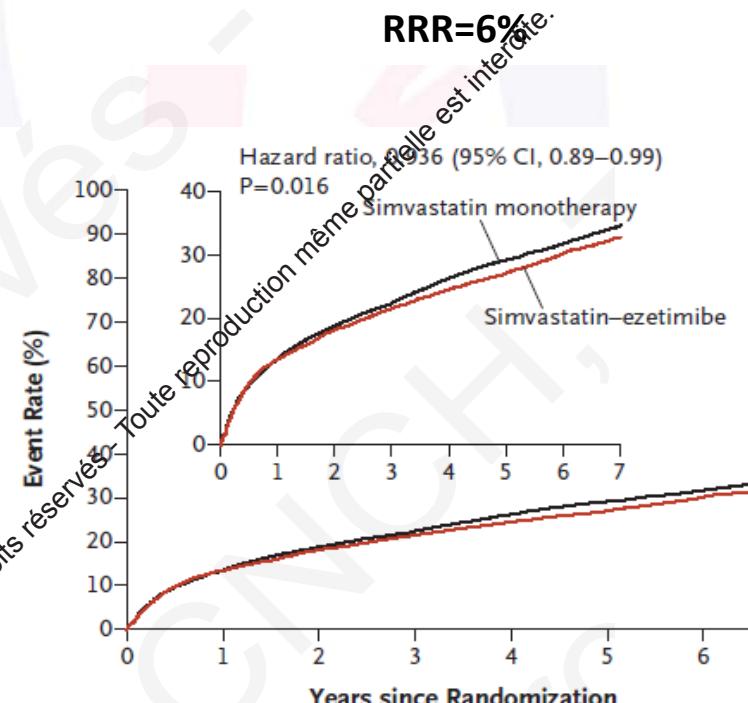
LDL-C during study: **62 vs 95 mg/dL**
RRR=16%



Cannon *NEJM* 2004;350(15):1495-504;

IMPROVE-IT: Simvastatin moderate intensity vs +ezetimibe **(10 days post-ACS)**

LDL-C during study: **54 vs 69 mg/dL**
RRR=6%



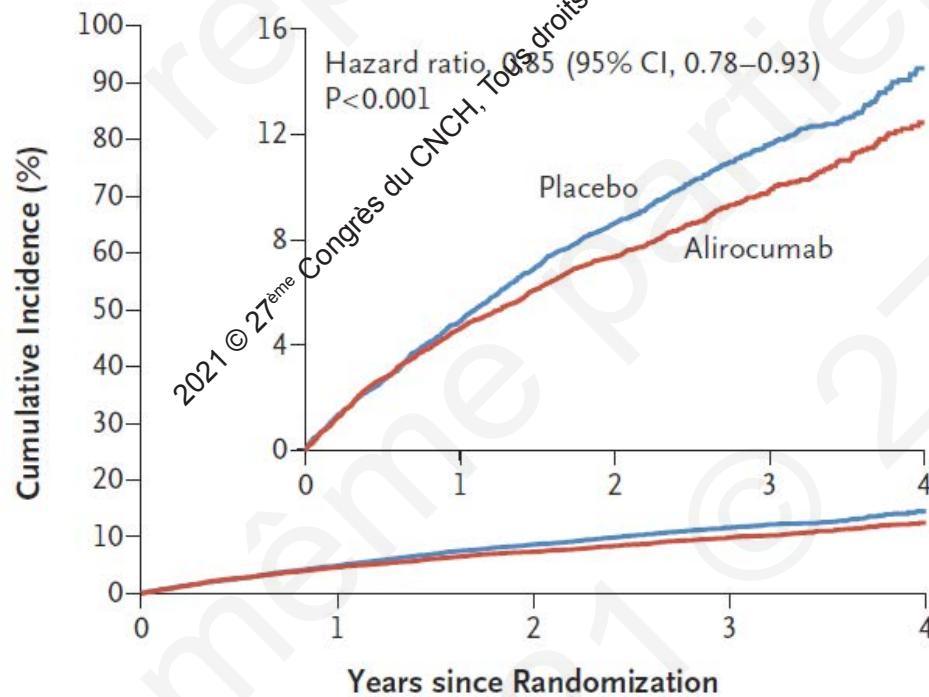
Cannon *NEJM*. 2015;372:2387-97;

Pourquoi statines/ezetimibe/iPCSK9 précoce dans les syndromes coronaires aigus (2) ?

ODYSSEY OUTCOMES:

High-intensity statin vs +alirocumab
(1–12 months post-ACS)

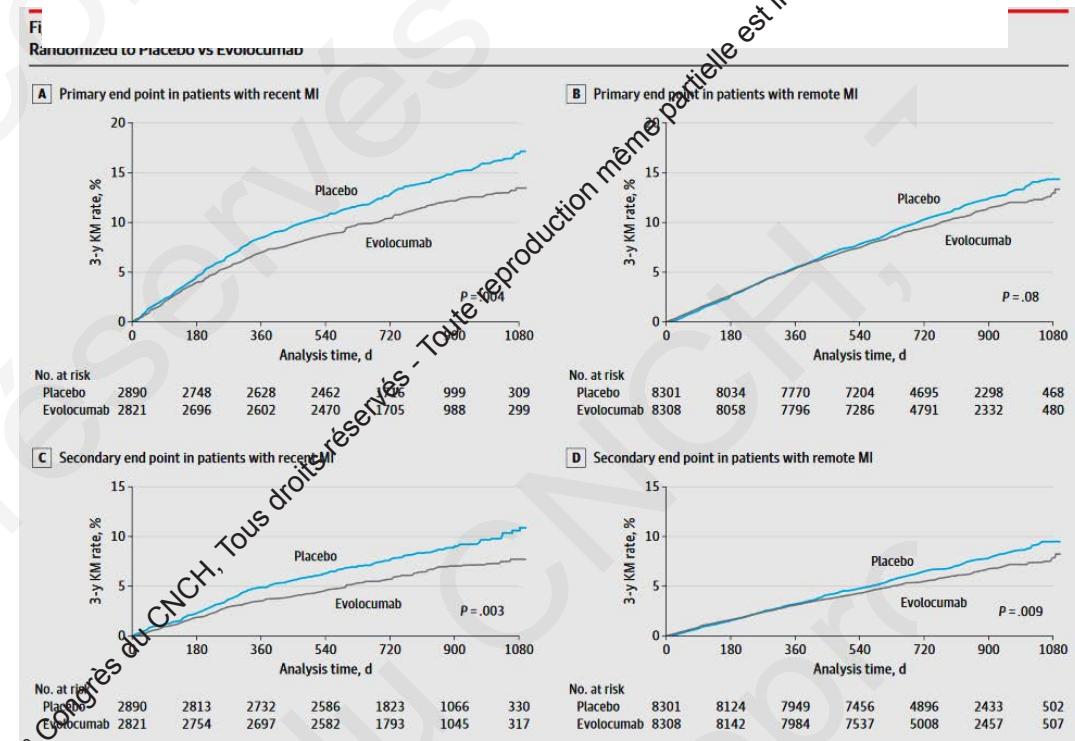
LDL-C during study: **48 vs 96 mg/dL RRR=15%**



Schwartz *NEJM*. 2018;379:2097–107

FOURIER:

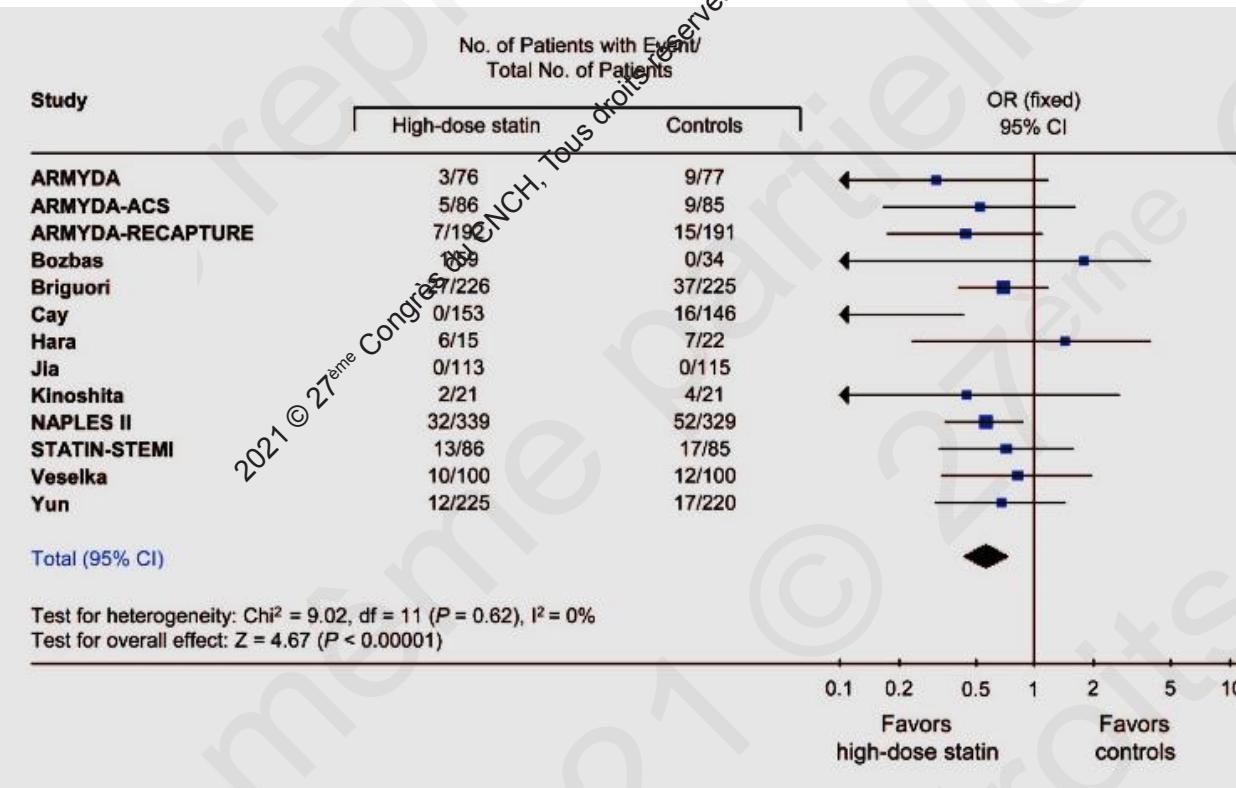
High-intensity statin vs +evolocumab
16 609 pts IdM > 1 an et 5711 pts IdM <1an
Plus de bénéfice si iPCSK9 est donné <1 an



Gencer *JAMA Cardiology* May 2020

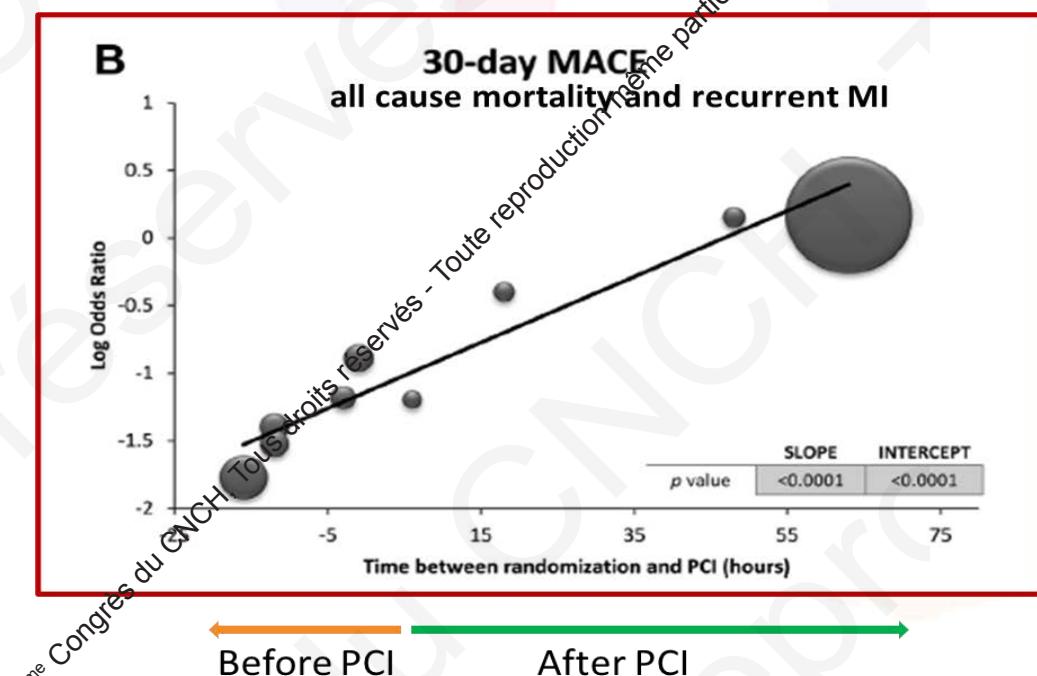
Pourquoi statines/ezetimibe/iPCSK9 précoce(s) dans les syndromes coronaires aigus (3) ?

Meta-analyse de 13 études randomisées: high-dose statin (n=1692) vs no statin/low-dose statin (n=1649)
HR: 0.56 [0.44; 0.71]



Prati *Circulation*. 2011;123:1622-1632..

Meta-analysis de 29 RCT (8750 pts) statins avant vs après PCI: “A time-related impact of statin therapy on clinical outcomes of patients with ACS undergoing PCI: the earlier the administration before PCI, the greater the benefits”



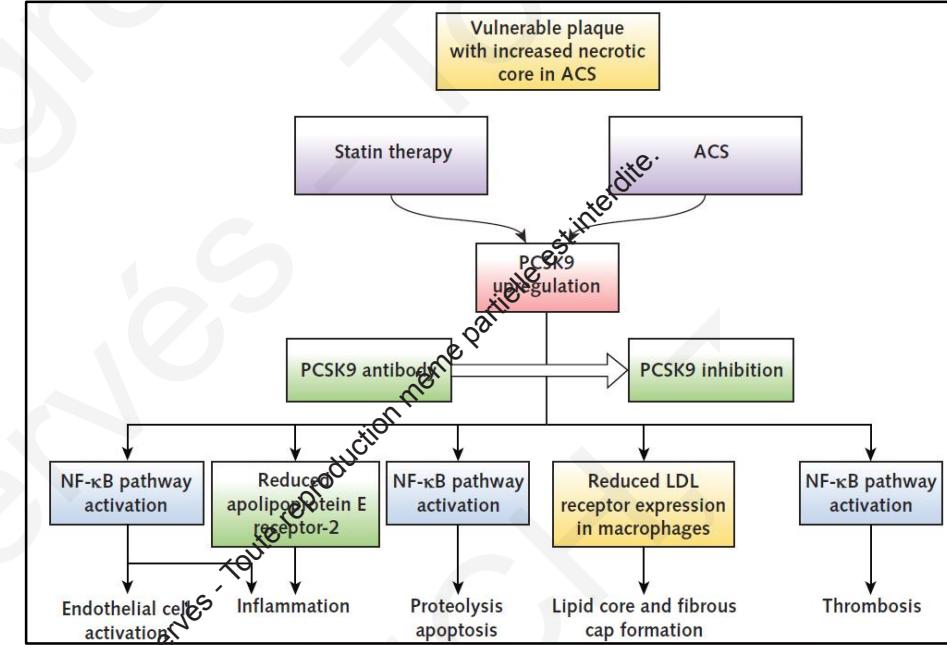
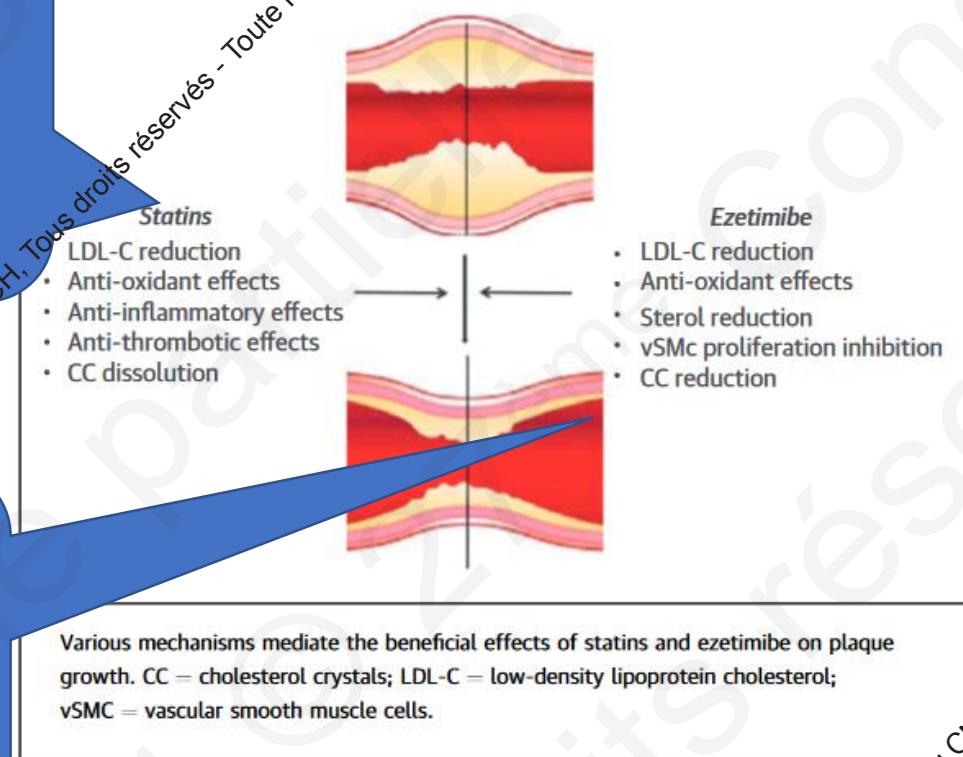
Navarese, *Am J Cardiology* 2014;113:1753-1764

Pourquoi statines/ezetimibe/iPCSK9 précoce dans les syndromes coronaires aigus (5) ?

Statines: effets anti inflammatoires, anti oxydants, anti thrombotiques

Ezetimibe: effets anti oxydants, anti inflammatoire sans impact sur la CRP

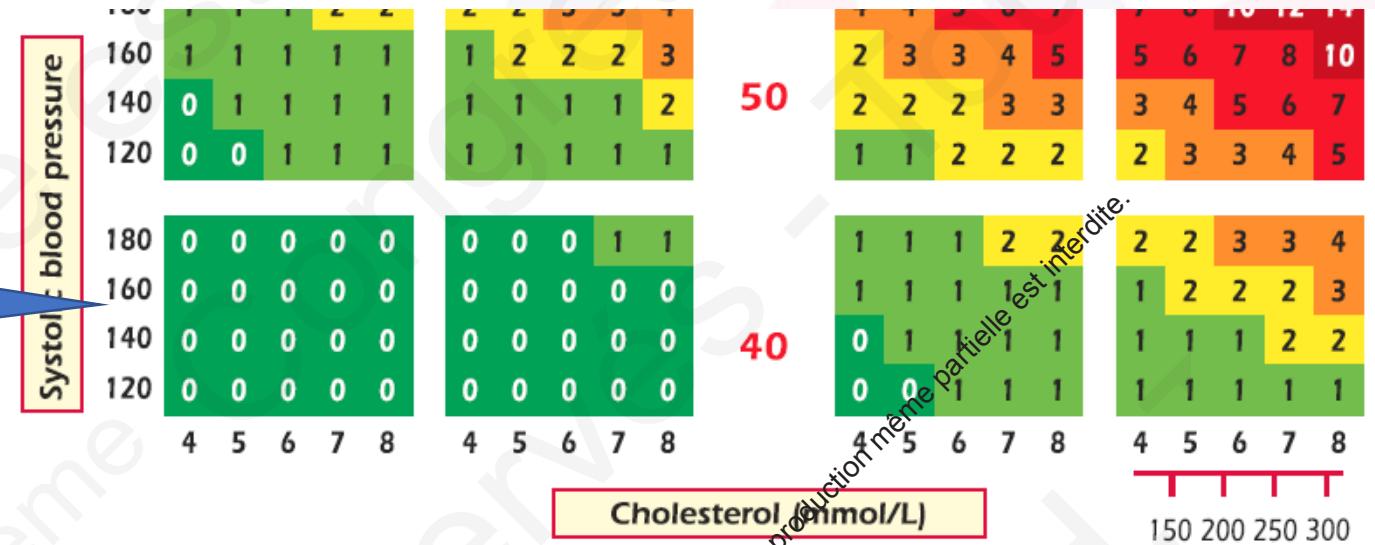
FIGURE 1 Effects of Statins and Ezetimibe



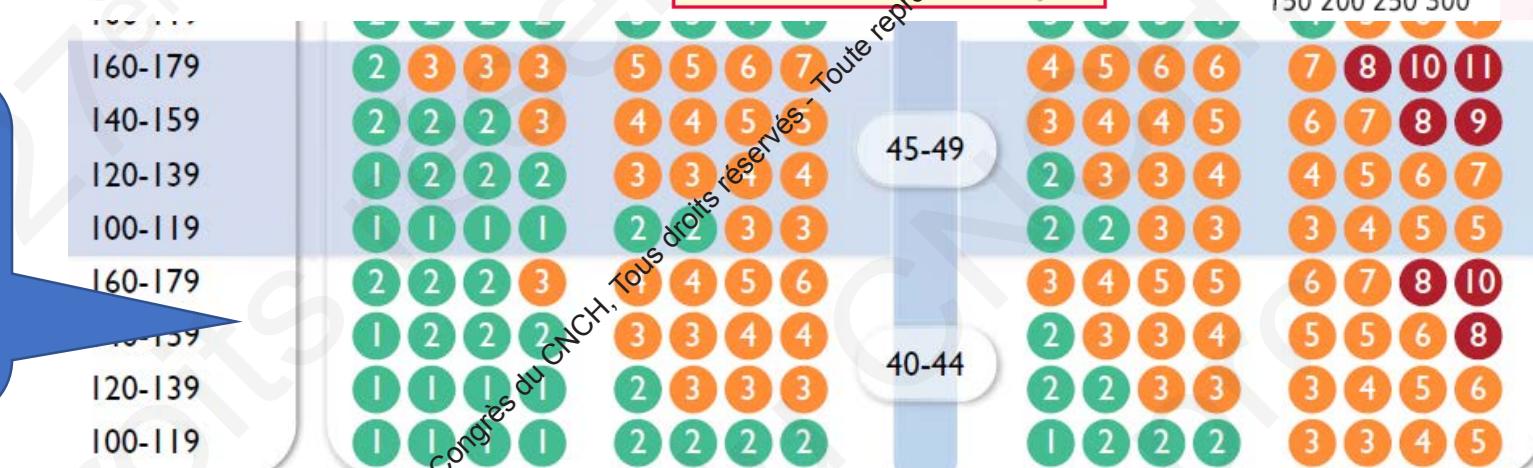
Boost de PCSK9 en cas de SCA responsable d'activation de la plaque, inflammation, thrombose

Estimation du risque avant 40 ans en P1

Estimation du risque avec
SCORE: estime le risque de
décès CV à 10 ans



Estimation du risque avec
SCORE2: estime le risque de
décès/infarctus/AVC/revasculari-
sation CV à 10 ans



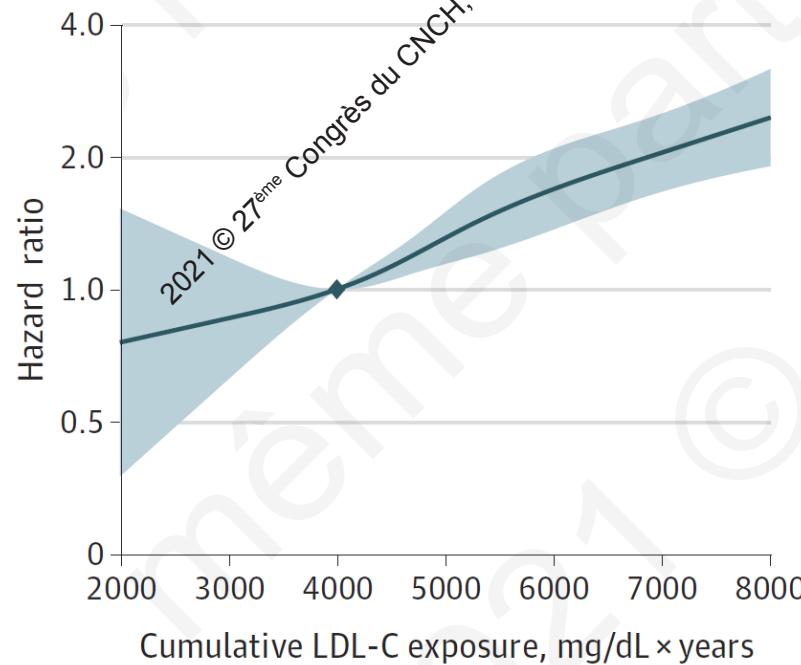
Traiter précocement en prévention primaire ?

Mesures de prévention déclenchées **à partir d'un risque plus faible chez les <50 ans**

	<50 years	50 – 69 years	≥ 70 years ^a
Low-to-moderate CVD risk: risk factor treatment generally not recommended	<2.5%	<5%	<7.5%
High CVD risk: risk factor treatment should be considered	2.5 to <7.5%	5 to <10%	7.5 to <15%
Very high CVD risk: risk factor treatment generally recommended ^a	≥7.5%	≥10%	≥15%

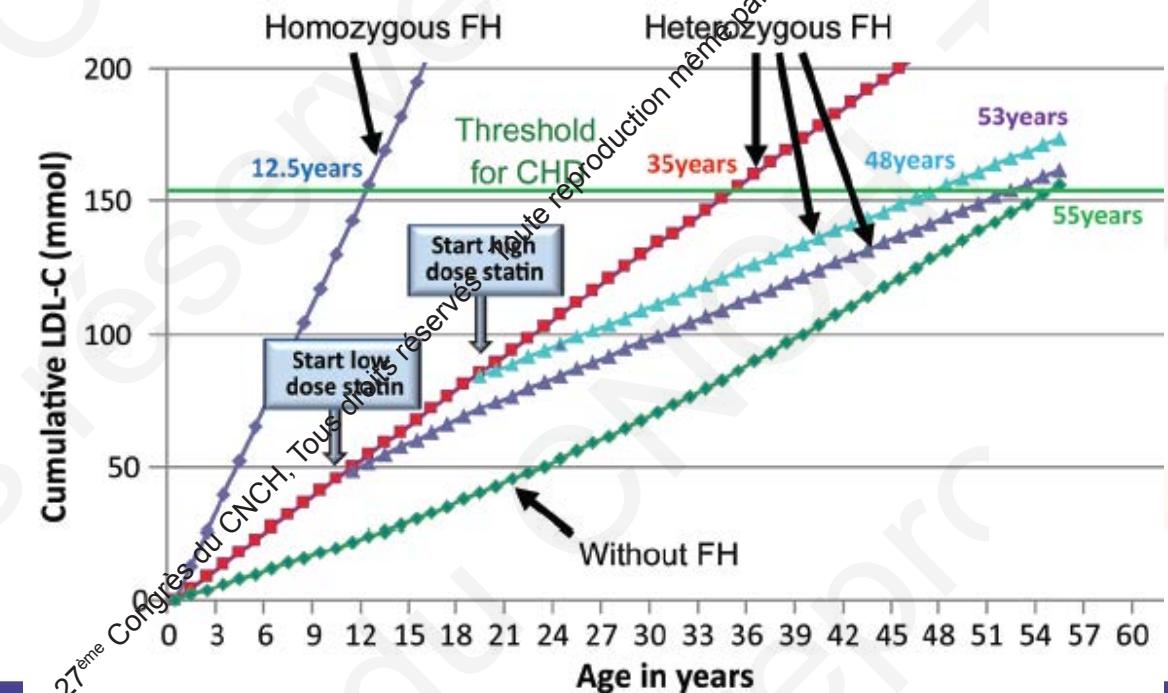
Considérer le cumul de LDL-c

Etude sur 18 288 individus, suivis 16 ans, pour établir le lien entre la dose cumulée du LDL-c et le risque d'événement CV. **Cumul au-delà de 4000 mg/dL-année** (soit **40 g-année**) expose à un sur-risque. **Cumul LDL-c > 65 g-année**, risque multiplié par 2.



Traiter un enfant HF qui a un LDL-c de 3g/L entre 10 et 20 ans par statine forte intensité:

- **Réduit de 15 g/année le cumul du LDL-c**
- **Décale de 13 ans la survenue d'un premier accident CV**



Traiter précocement en cas d'HF ?

Patient FH , suspecté ou connu/identifié lors d'un SCA

It is recommended that a diagnosis of FH is considered in patients with CHD aged <55 years for men and <60 years for women, in people with relatively non-fatal CVD, in patients who have tendon xanthomas, severely elevated LDL cholesterol (>190 mg/dL), in children [LDL cholesterol >160 mg/dL], and in first-degree relatives of patients.

It is recommended that FH is diagnosed using clinical history and physical examination when possible, via family history. Once the index case has been identified, cascade screening is recommended.

In children, testing for FH is recommended from the age of 5 years, or earlier if HoFH is suspected.

Children with FH should be educated to adopt a proper diet and treated with a statin from 8–10 years of age. Goals for treatment should be LDL-C <3.5 mmol/L (<135 mg/dL) at >10 years of age.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Cher Monsieur,

Je vous adresse une ordonnance pour votre fils Julien avec la prescription de PCSK9i à la dose de 20 mg par jour.

En effet le PCSK9i à 10 mg a permis une réduction de 50% du LDL cholestérol et étant donné une diminution significative mais non optimale et une tolérance à priori correcte de la molécule je propose la simple majoration à 20 mg par jour.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

P1=LDL>**300** mg/dL
 P2 (stent)=LDL>**200** mg/dL
 ASCVD=LDL>**70** mg/dL

PCSK9i

Consultation Famille

1 1 1 1 1

Vers une prise en charge de plus en plus précoce ? OUI !

SCA:

1. *Admission= Statines forte intensité*
2. *Durant hospitalisation = optimiser par ezétimibe*
3. *6-8 semaines = vérifier la tolérance-efficacité, décider si iPCSK9*

Prévention Primaire-patient stable:

1. *Estimer le risque d'événement CV avant 40 ans*
2. *Traitement par étapes ne signifie pas traitement retardé*
3. *Considérer le cumul du LDL-c : bilan biologique précoce et répétés*

Patient porteur d'une FH

1. *Suspecter la FH dès que le LDL-c basal est >190 mg/dL*
2. *Dépister les enfants dès 5 ans par simple bilan lipidique*
3. *Traitement par statines dès 8-10 ans*

Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés

Suivez le CNCH sur le Social Média !

#CNCHcongres



@CNCHcollege



@CNCHcollege