

L'essentiel de



Reportage réalisé par C Chapelon-Abric

SMHP, Septembre 2011

Un bouquet d'acronymes et abréviations





32 946 participants

- Plus de 10 800 abstracts soumis
- Plus de 5 500 présentations (communications ou posters)

Les points forts:

résultats d'études européennes réalisées grâce aux registres, mis en place surtout depuis 2 ans

EURObservational research programme



Recommandations européennes de valeur internationale



Cardiopathies ischémiques

- **GRACE et CRUSADE pour le bon choix thérapeutique**
- **PRODIGY vers une optimisation du traitement antiagregant plaquettaire**
- **Saga du stent: « actif or not actif ?? »**
- **L'infarctus n'est pas que thrombose !!**
- **Quand le stent se fracture !!**
- **Check liste d'entrée du syndrome coronaire, sans sus décalage ST**
- **Check liste de sortie du syndrome coronaire, sans sus décalage ST**

++ = /

Des scores pour bien choisir

GRACE: Evaluation du risque de mortalité hospitalière

Age,
Fréquence cardiaque,
PAS,
Créatinine,
NYHA,
Arrêt cardiaque,
Marqueurs élevés,
Modifications de ST



si > à 140

Mortalité hospitalière à 6 mois
entre 3 et 8%

CRUSADE: Evaluation du score hémorragique

Hématocrite,
Créatinine,
Sexe,
Insuffisance cardiaque,
Diabète,
PAS

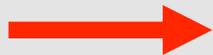
Répétitions: ECG, ECHO, TROPO



PRODIGY : 2000 patients

Randomisation à J+30 de l'implantation du stent
Aspirine - clopidogrel: 6 mois ou 24 mois

	6 mois	24 mois	
Critère principal d'évaluation décès , infarctus, AVC	10%	10.1%	
Hémorragies graves	3.5%	7.4%	} PS
Saignements très graves	0.6%	1.6%	
% de transfusions	1.6%	2.6%	



- 1- Pas de perte de bénéfice clinique,**
- 2- Diminution du risque de saignement**



Stent nu ou actif « Examination trial » > 10000 patients, suivi 4 ans

- Stent nu ou stent actif (évérolimus ou sirolimus) dans les 12 premières heures
- IDM avec ST+ , antiagrégants plaquettaires
- Critères de jugement: décès, re infarctus, revascularisation du vx cou

	Stent nu	Evérolimus	
Revascularisation vx	10%	4%	} P S
Taux de reprise	7%	4%	
Thrombose aigue	1.2%	0.3%	
Thrombose subaigüe	0.3%	0.1%	
Thrombose tardive	0.3%	0.1%	

- **1- Excellents résultats à long terme du stent actif**
2- Durée des tt antiplaquettaires non résolue



Quand le stent se facture

- **Fracture du stent: rupture des mailles durant l'implantation:**
 - **Sur risque de thrombose**
 - **Diagnostic: diffusion du produit de contraste intra pariétale**
- **Facteurs prédictifs:**
 - **stents de petite taille,**
 - **Sur dilatations,**
 - **implantations multiples**

Etude 1: 2400 patients

—————→ fracture dans 10%

Etude 2: 2656 lésions; à 8 et 36 mois:

—————→ fracture dans 15%



- 1- Dépistage par scanner coronaire**
- 2- Maintien d'une bithérapie pour la prévention de la thrombose**



L'infarctus n'est pas que thrombose

- Nouvelle complication de l'angioplastie,
- reflet de la reperfusion:
- l'hémorragie intra myocardique

Angioplastie dans les 12 premières heures chez 150 patients

IRM entre J2 et J4, séquence spécifique T2 pour différencier l'hémorragie, de l'œdème post IDM

Hémorragies intra-myocardiques chez 51% des patients

Forte corrélation avec l'étendue de l'infarctus,
une fraction d'éjection basse
une sévère obstruction micro vasculaire

-
- 1- Pondérer les tts anticoagulants et antiagrégants ??**
 - 2- A long terme: zones triggers de tr du rythme ??**

Check-list d'entrée

Σ coronaire sans sus décalage de ST

- **Troponine haute sensibilité dans les 3 heures**
 - Si pas de troponine HS: troponine, clinique, F de risque
- **Echocardiographie aux urgences classe Ic**
 - Etude de la fc systolique et diastolique (autant de valeur)
 - Diagnostics différentiels
- **Coroscanner classe II a: bonne valeur prédictive**
surtout si troponine et échocardiographie peu concluantes
- **Stratégie invasive dans les 72 heures**
 - **Angiographie dans les 24 heures:**
 - si patients à haut risque,
 - douleur thoracique en cours ou continue,
 - modifications ischémiques



Traitement médical

Σ coronaire sans sus décalage de ST

- Aspirine : 150- 300 mg/j
- IPP si:
 - Atcd d'hémorragie gastro intestinale
 - Risque élevé si hélicobacter +
 - Âge > à 65 ans
 - Patient recevant AVK ou corticoïdes
- Inhibiteurs des P2Y12: Ticagrelor 180 mg
Prasugrel si angioplastie programmée
- Béta bloquant: si tachycardie, HTA sans IVG
- AVK adapté à la stratégie

Check liste sortie

Σ coronaire sans sus décalage de ST

- Aspirine : 75-100 mg/j, ... a vie
- Inhibiteurs des P2Y12, 12 mois: ticagrelor 90 mgX2
(moins si risque de saignements)
- Bétabloquant que si dégradation de la fonction VG
- IEC ou ARA II que si dysfonction VG
- Antagoniste de l'aldostérone ou éplérénone,
si FE < à 35% et fonction rénale normale
- Statines systématiques: objectif LDL < à 0.7 g/l
- Programmes de réhabilitation cardiovasculaire+++



Hypertension artérielle

- HTA et AVC: qui commande ?
- HTA et grossesse: encore une reco
- HTA des urgentistes
- HTA résistantes
- HTA hyper résistantes
- HTA et les artères rénales
- L'hypertendu et la chirurgie: un patient comme les autres ???
- L'hypertendu et le sexe !!

HTA et AVC: qui commande

INVEST, ACCORD: le traitement chronique de l'HTA entraîne une réduction du nb total d'AVC à 5 ans de - 41%

Etude SCAST: traitement de l'HTA à la phase aigüe de l'AVC, Initiation du candesartan vs placebo dans les 7 j ; > 2000 AVC



- 1- pas de bénéfice sur la mortalité vasculaire, IDM, AVC**
- 2- pas de bénéfice sur la récupération à long terme**

En pratique : ETRE PRAGMATIQUE

Si thrombolyse envisagée: TT que si TA > à 185/110
labetalol, nitroprussiate, nicardipine IV

Si pas de thrombolyse: TT que si TAS > à 220; TAD > 120
Pas de recommandation thérapeutique
Objectif: diminution de 15-20% des chiffres



HTA et grossesse

Définition

**Lors de 2 mesures occasionnelles de la TA
TAS > 140 mmhg et/ou TAD > 90 mmhg**

- Plus simple que celle de l'ACOG*
 - Augmentation de la TAS de 30 mmHg
 - et/ou TAD de 15 mm Hg
- Plus simple que celle de l'ISSHP *
 - PAD > 90 lors de 2 examens à 4h d'intervalle
 - ou 1 fois > à 110 mmHg

* American College of Obstetricians and Gynecologists

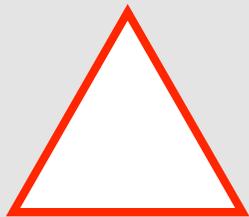
* International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy



CLASSIFICATION

- HTA préexistante à la grossesse
- HTA gestationnelle
- HTA préexistante à la grossesse + HTA gestationnelle (avec protéinurie)
- HTA anténatale non classifiable (1ere mesure à 20 SA et statut tensionnel antérieur inconnu)

**EXAMENS : NFS, bilan hépatique, créatinine, uricémie, urines des 24 H
ECHO-DOPPLER des artères utérines après 16 SA**



**Si prééclampsie
persistance possible de dysfonction vasculaire
avec risque accru de maladies cardio vasculaires
ref : M Lazdam**

Hyper HTA ou HTA maligne

PAD >140 + atteinte aigue des organes cibles

HTA maligne non traitée: 50% de mortalité à 1 an

urgence IV

Labetalol, nicardipine, urapidil, nitroprussiate, β bloquant

**Objectif: dans les 24 heures
obtenir une PAD de 100 mm Hg
(sauf IVG ou anévrisme aortique)**

Poussées tensionnelles
sans atteinte des organes cibles,
mais TA > 180/120 mm Hg

Traitement per os pour un contrôle dans les 6 mois
(résultats étude VALUE)

Captopril, labétalol, furosemide, nicardipine, prazosine
Eviter la nifédipine en sublingual

EDUCATION

Rechercher un défaut d'observance
Vérifier l'absence d'HTA secondaire passée inaperçue

HTA résistante

Définition:

HTA > 140/90 mmHg

malgré 3 anti antihypertenseurs dont un thiazidique

Prévalence: 12%

Etude de Vaclavik: Intérêt de l'adjonction de la spironolactone

Par rapport au placebo,
la spironolactone a une efficacité supérieure

Si  aldostérone / rénine élevé
ou rénine basse

HTA hyper résistante vers une thérapie du baroreflexe

Définition

HTA résistante à 5 classes thérapeutiques

Dénervation rénale percutanée
ou barostimulation

Loge thérapeutique

Risques infectieux + risque d'hypertension orthostatique

Etudes SIMPLICIY, DEBuT, RHEOS



HTA et artères rénales

- Pas d'artériographie rénale systématique lors de la coronarographie.
- Echo-doppler de première intention si suspicion de sténose (Classe 1 B): moins de produit iodé; moins d'irradiations; moins d'euros
- Angioscanner de deuxième intention: si clearance de la créatinine > 60 ml/mm (classe 1 B)
ou angio-IRM si clearance de la créatinine > 30 ml/mm (classe 1B)
Si KT programmé et forte suspicion de sténose à l'écho ou mauvaise échogénicité et créatinine normale: artériographie rénale dans le même temps

Angioplastie avec stent si sténose $> 60\%$ due à l'athérome et symptomatique

L'hypertendu et la chirurgie

- 7 millions de procédure chirurgicale en Europe /an
- Prévalence: HTA dans 20-25% des cas
- 1ere cause de report
- Evaluer le risque de chirurgie
 - Vasculaire > digestive
 - « ciel ouvert » = coelioscopie
- Si chirurgie non urgente et TA > 180/110 mm Hg;
Retarder et optimiser le TT pré et opératoire (TT IV)
- ECG, échocardiographie et écho de stress

- **β bloquant:**
 - à introduire au moins 30 j avant la chirurgie et à maintenir en période opératoire
 - de préférence sélectif, longue $\frac{1}{2}$ vie et pas d'activité sympathomimétique intrinsèque
- **IEC**
 - à arrêter 24h avant la chirurgie
 - reprendre dès que la volémie est stabilisée
- **Statines**
 - à initier au moins 8 j avant la chirurgie, chez les patients à haut risque

Aspirine:

- arrêt que si haut risque de saignement
- son maintien entraine un risque hémorragique x 1.5
- son arrêt provoque un risque d'événement cardiaque majeur x 3

- **Délai si stent :** nu: 3 mois actif : 12 mois

HTA et le sexe

- Plus de 50% des hommes hypertendus présentent un certain degré de dysfonction érectile (DE)
 - Diminution du flux pénien
 - Dysfonction endothéliale
 - Rôle des médicaments ?,

Etude SILVESTRI : DE sous β bloquant /placebo

- En double aveugle, DE dans 5%
- Quand ils connaissent la classe thérapeutique: DE dans 15%
- Quand ils savent que le β bloquant est néfaste, DE dans 30%

Moralité: c'est un peu, beaucoup dans la tête

Biais de recrutement:

Etude italienne !!

Ayant exclu les politiques franco-italiens !!



ARISTOTLE

- Apixaban a une efficacité supérieure à l'aspirine dans la prévention de l'AVC chez les patients en AC/FA avec contre-indications des AVK.
- Etude ARISTOTLE
 - 18 000 patients, suivis 2 ans
 - Double aveugle, Double placebo:
 - Objectifs: évaluer l'incidence des AVC et des embolies systémiques chez des patients en AC/FA
 - Apixaban 5 mg x 2 contre warfarine

APIXABAN

**Réduit de manière significative
les AVC et embolies systémiques : - 21%,
surtout les AVC hémorragiques
et la mortalité totale :- 11%**

Apixaban pour tous ?????

NON, si le patient est stable sous warfarine

Les recommandations :

Apixaban de novo

ou effets indésirables sous warfarine

Les points négatifs: médicament cher

pas d'antidote

RAC: place du TAVI

transcatheter aortic valve implantation

- Registre de 3050 patients sur 33 centres
- Patients souvent contre indiqués à la chirurgie cardiaque
- Evaluation à J 30, 6 mois 12 mois
- 97.1% de taux de succès
- Mortalité fonction des co morbidités
- Risque AVC (4%), mais aussi de complications infectieuses, vasculaires périphériques etc
- Pace maker dans 15 à 20% (en fct du type de valve)

Résultats à long terme??, resténose ??
Durée de vie des prothèses ??

Prévenir la mort CV prématurée ..

C'est possible

- A condition de
 - Ne pas fumer
 - Ne pas boire
 - Ne pas se droguer
 - Ne pas stresser
 - Manger sainement
 - Faire du sport
 - Et voir son médecin qui ajoutera quelques contraintes

La vie va forcément paraître plus longue

Adhérences aux traitements

Un défi: la non adhérence augmente la morbi mortalité et le cout de santé

82 000 patients

Traitement anti HTA de novo

Evaluation des  v nements cardiovasculaires
sur 5 ans

Si les doses prises sont < à 80% de la dose prescrite

- +10% de coronaropathies
- + 11% d'insuffisance cardiaque
- + 22% d'AVC

18 800 patients suivis 5 ans

- Pour une prise entre 40% et 80% des doses prescrites
 - Réduction de 13% d'événements CV
- Pour une prise \geq à 80% des doses prescrites
 - Réduction de 50% d'événements CV

240 000 patients suivis 6 ans

Critère : Poursuite ou arrêt du traitement

Différence de risque CV

entre adhérents et non adhérents de 37%

Les facteurs de risque de non adhérence en dehors des molécules

- Age > à 65 ans
- Sédentarité
- Plus de 3 verres d'alcool par jour
- Plus de 3 médicaments par jour
- Compréhension modérée de l'hypertension artérielle

- Degré de motivation du médecin, sur le taux de contrôle et le niveau de contrôle
 - **Influence motivation médecin généraliste ou cardiologue: contrôle dans 32% contre 40%**

 - **Influence du niveau de contrôle**
 - **MG motivé – 2 mm Hg contre - 6 mm Hg pour cardiologue motivé**

MICROALBUMINURIE : facteur de risque majeur

Etude PREVEND population générale (825 cas)
Dès 20 µg/ml mais surtout au-delà de 200µg/ml,
Impact majeur sur la mortalité cardiovasculaire

Etudes ONTARGET et TRANSET (<25000 cas)
La réduction de la MAU entraîne une réduction
significative des événements cardiovasculaires et
surtout rénaux

LIFE study: 9193 patients

HTA + HVG; 60 mois de suivi

Critère combiné: décès CV, AVC, IDM.

Meilleur pronostic chez les patients sans MAU
mais aussi diminution du risque si la MAU a régressé

Intérêt de bloquer le système rénine angiotensine

ASCOT-lipides

- 4605 patients suivi 11 ans après la randomisation placebo / atorvastatine
 - A 3.3 ans, mortalité < dans le groupe atorvastatine, mais différence NS
 - A 11 ans, diminution significative de la mortalité totale de 14%
 - Surtout pour les décès non cardio-vasculaires

Ne pas négliger la MVP la maladie vasculaire périphérique

- Motiver l'arrêt du tabac (classe I, B)
- Faire baisser le LDL chol: < 1g/l,
idéalement < 0.70 g/l (classe I, C)
- TA inférieure à 140/90 (classe I, A)
- Si diabète sucré, Hba1c < à 6.5% (classe I,C)
- Antiagrégants plaquettaires si MVP
symptomatique (classe I, C)
- B bloquant non contre indiqué et à prescrire si
coronaropathie et/ou insuffisance cardiaque
(classe IIa, B)

Recommandations par consensus plus que par niveaux de preuve

Etude PURE

- Plus de 150 000 participants sur 5 continents; âge de 35 à 70 ans
 - Hauts revenus (Canada, Suède ..)
 - Revenus intermédiaires + (Argentine, Turquie..)
 - Revenus intermédiaires – (Chine, Colombie..)
 - Bas revenus (Inde, Bangladesh ...)
- 5650 événements coronariens (en moyenne dans les 5 ans)
- 2292 AVC (en moyenne dans les 4 ans)

Taux d'utilisation des différents traitements en prévention secondaire, après un AVC ou événement coronarien

	Global N= 7519	Hauts revenus N=841	Revenus interméd + N=1967	Revenus interméd - N=3669	Bas revenus N= 1042	P
Antiplaquettaires	25.3	62	24.6	21.9	8.8	<0.0001
Bétabloquants	17.4	40	25.4	10.2	9.7	<0.0001
IEC/ARA II	19.5	49.8	30	11.1	5.2	<0.0001
Diurétiques	13.7	16.4	17.8	13.8	3.6	<0.0001
Anti calciques	13.4	20.7	11.8	14.6	6.1	<0.0001
Anti HTA	41.8	73.8	48.4	37.4	19.2	<0.0001
Statines	41.8	66.5	17.6	4.3	3.3	<0.0001
Aucun		11	45	70	80	<0.0001

Echec collectif dans l'utilisation de traitements peu coûteux, à efficacité prouvée

Sont montrés du doigt

1- l'état: le statut économique est responsable des 2/3 de la variabilité de l'utilisation des médicaments dans la prévention secondaire ; 1/3 étant attribué aux facteurs individuels

2- l'industrie du tabac: diffusion du poison dans les pays sous développés, le coût des conséquences du tabac qui peut réduire le budget attribué aux autres traitements

3- les médecins: qui privilégient la réduction des facteurs de risque sur la réduction du risque individuel du patient

Les patients hypertendus recevaient 6 fois plus de IEC ARA II, que les patients cardiovasculaires équivalents normotendus

Après l'événement, apprécier le profil de risque individuel

- Sensibiliser les médecins
- Informer les patients
- Utiliser des médicaments peu chers; même s'ils sont moins efficaces c'est mieux que pas du tout
- Prendre le patient dans sa globalité

.....juste se donner les moyens

Parc des expositions de Villepinte

242 000 m² pour accueillir 1.5 millions de visiteurs !!!

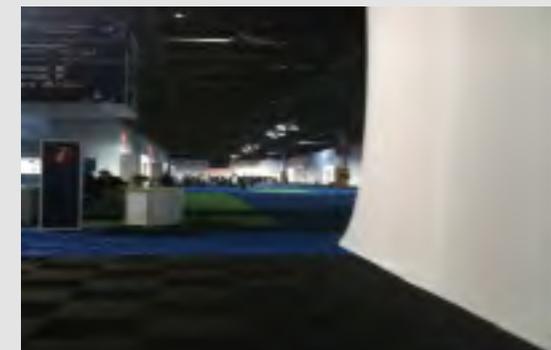
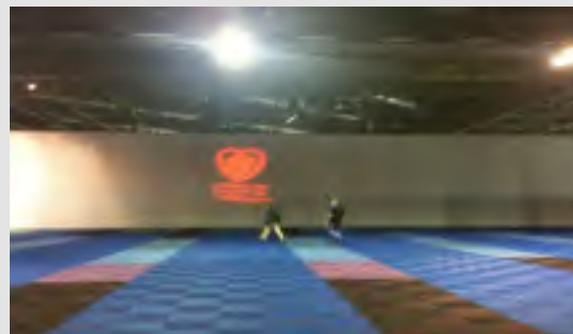
Ses oiseaux



Ses parcs



Son intimité





Colchicine

pour péricardites aiguës récidivantes

- Étude CORP
- 120 patients ayant eu une première récurrence de péricardite
- colchicine contre placebo chez des patients recevant soit aspirine soit corticoïdes
- Colchicine 1 mg/j x 2 J1
 0.5 mg/j x 2 pour 6 mois

Critères d'évaluation: taux de récurrence à 18 mois

24% groupe colchicine

55% groupe placebo

Délai de survenue

1 mois groupe placebo

contre

2.5 mois groupe colchicine