

**34^e CONGRÈS
DU CNCF**

LE CARDIOLOGUE

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

20-22 OCTOBRE 2022

Strasbourg

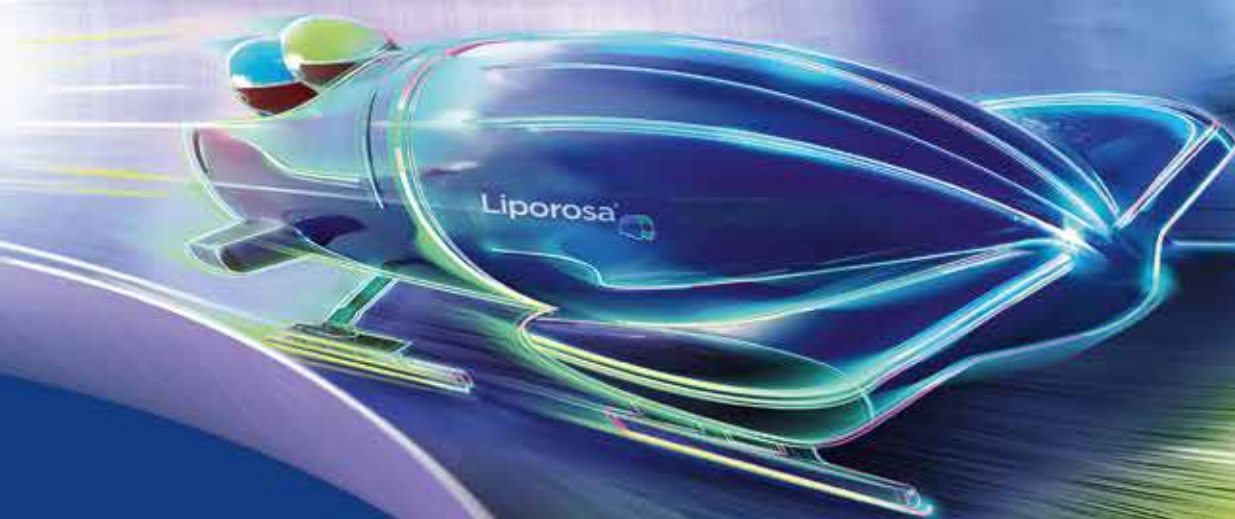


SYNOPSIS

ABSTRACTS

JEUDI 20 OCTOBRE
VENDREDI 21 OCTOBRE
SAMEDI 22 OCTOBRE

ASSOCIÉS POUR GAGNER



Liporosa[®] 1 gélule par jour
2 dosages : 10 mg/10 mg et 20 mg/10 mg

1^{re} association fixe* Rosuvastatine - Ezétimibe

Liporosa[®] est indiqué comme adjuvant à un régime alimentaire en traitement de substitution de l'hypercholestérolémie primaire chez des patients adultes contrôlés de manière adéquate par les deux substances actives individuelles administrées simultanément à la même posologie.



Pour une information complète sur LIPOROSA[®], consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament, en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Liste I / Agréé collectivités.
Remboursement Sécurité Sociale 65 %

* AMM en date du 2 Septembre 2014.



CARDIOLOGUE PRESSE

13 rue Niepce – 75014 Paris

Tél. : 01.45.43.70.76

E-mail : lecardiologue@lecardiologue.org

Directeur de la publication : Dr Jean-Pierre Binon

Rédacteur en chef : Dr Frédéric Fossati

Rubrique nomenclature :

Responsable – Dr Frédéric Fossati

Publicité : François Bondu

Tél. : 01.45.23.96.27 – Port : 06.47.65.14.01

e-mail : f.bondu@societeccc.fr

Editions CCC – 24 rue Saint-Victor - 75005 Paris

Direction artistique,

secrétariat de rédaction : Pascal Wolff

Réalisation : Tomcat

Crédits photo : Cardiologue Presse/Pascal Wolff/

Fotolia/Phovoir/depositphotos

ABONNEMENT

Gestion des abonnements :

Syndicat national des cardiologues

13, rue Niepce – 75014 Paris

Tél. : 01.45.43.70.76 – Fax : 01.45.43.08.10

Email : contact@sncardiologues.fr

TARIF 2022 – 1 an, 6 numéros

France : 160 €

CEE (hors France) : 180 €

Tout autre pays : 275 €

Prix « Spécial adhérent » au syndicat, à jour de

cotisation : 80 €

Prix unitaire : 20 €

Adhérent au SPEPS.

Mensuel réservé au corps médical

Impression : Imprimerie Tanghe

Boulevard Industriel 20

B-7780 Comines - Belgique

Dépôt légal : à parution

Commission paritaire : 0124 G 81182

ISSN : 0769-0819

Recommandations importantes (dépôts

des manuscrits) - les articles originaux, rédigés

en français, sont à adresser au rédacteur en chef de

la revue : Docteur Frédéric Fossati, Le Cardiologue,

13, rue Niepce, 75014 Paris - Présentation - Les

auteurs pourront s'en procurer les lignes générales

par simple demande auprès de la revue. Les

opinions émises dans la revue n'engagent que

leurs auteurs. Les indications éventuelles de

marques, adresses ou prix figurant dans les pages

réactionnelles sont soumises à titre d'information.

La reproduction des textes et illustrations imprimés

dans Le Cardiologue est soumise à autorisation

pour tous pays. La rédaction n'est pas tenue de

retourner les manuscrits, illustrations et photos non

sollicités.

34^e CONGRÈS DU CNCF

Strasbourg 20-22 octobre 2022

SYNOPSIS

IV

ABSTRACTS

VII

JEUDI 20 OCTOBRE

VENDREDI 21 OCTOBRE

SAMEDI 22 OCTOBRE



JEUDI 20 OCTOBRE

9h45-10h00	Ouverture du congrès Auditorium Cassin			
10h00-11h00	LECTURE 45 ans d'angioplastie coronaire Auditorium Cassin		Cardiologie préventive Session commune CNCF-GERS-P Salle Marie Curie A	
11h00-12h00	Évaluation du risque rythmique Session commune CNCF-SFC Auditorium Cassin Salle Londres 1 DPC2		Cardiopathie congénitale... de l'adulte Salle Marie Curie A	
12h00	Pause déjeuner et visite de l'exposition			
12h40-14h00	SESSION-DÉBAT Prise en charge de l'insuffisance cardiaque : de l'aigu au chronique et de la FEVG réduite à la FEVG préservée En partenariat avec l'Alliance BOEHRINGER-INGELHEIM - LILLY Auditorium Cassin	SESSION-DÉBAT Le patient « au cœur » du SCA En partenariat avec le laboratoire SANOFI Salle Marie Curie A	SESSION-DÉBAT Quel bilan lipidique en 2022 ? En partenariat avec le laboratoire NOVARTIS Salle Marie Curie B	
14h00-15h00	Insuffisance cardiaque : les fondamentaux du traitement et même plus... En partenariat avec le laboratoire BAYER Auditorium Cassin	LDL-c le plus bas, le plus tôt, le plus longtemps. Objectifs de la prise en charge des dyslipidémies en prévention secondaire des événements cardiovasculaires en 2022 En partenariat avec le laboratoire AMGEN Salle Marie Curie A	Avancées en rythmologie : le point pour le cardiologue clinicien Salle Marie Curie B Salle Londres 1 DPC2	ATELIER Lecture d'ECG Salle Bruxelles
15h00-16h00	Prévention cardiovasculaire : des études jusqu'à mon patient En partenariat avec le laboratoire ORGANON Auditorium Cassin			
16h00	Pause et visite de l'exposition			
16h30-17h30	Bilan préopératoire : apport des recommandations ESC 2022 Auditorium Cassin Salle Londres 2 DPC3	L'HTA au cours de la vie Session commune CNCF-SFHTA Salle Marie Curie A Salle Londres 1 DPC4	Innovations sur l'amylose Salle Marie Curie B Salle Londres 3 DPC5	ATELIER Zoom sur les GLP-1 AR : des molécules pour le cardiologue ? En partenariat avec le laboratoire NOVO NORDISK Salle Bruxelles
17h30-18h30	Antithrombotiques : stop ou encore ? Auditorium Cassin Salle Londres 2 DPC3	Toxicité cardiaque des immunothérapies et des chimiothérapies Salle Marie Curie A Salle Londres 1 DPC5	Pathologie du sommeil Salle Marie Curie B	ATELIER Angor réfractaire : enfin un traitement ! En partenariat avec le laboratoire NEOVASC Salle Bruxelles

<p>8h30-9h30</p>	<p>La mort subite : prévention et traitement Session commune CNCF-CNCH Auditorium Cassin Salle Londres 1 DPC2</p>	<p>Les grands enjeux de l'HTA en pratique Salle Marie Curie A Salle Londres 2 DPC4</p>	<p>Comment intégrer les nouveaux outils numériques au quotidien ? Salle Marie Curie B</p>	
<p>9h30-10h30</p>	<p>De la plaque à la pratique En partenariat avec LES LABORATOIRES SERVIER Auditorium Cassin</p>			
<p>10h30</p>	<p>Pause et visite de l'exposition</p>			
<p>11h00-12h00</p>	<p>Les traitements à effet bénéfique cardiaque chez le diabétique de type 2 : ce que le cardiologue doit savoir Session commune CNCF-SFD Auditorium Cassin</p>	<p>Prise en charge d'une sténose carotide asymptomatique en 2022 Salle Marie Curie A Salle Londres 1 DPC1</p>	<p>Les 20 ans du TAVI Salle Marie Curie B Salle Londres 2 DPC6</p>	<p>ATELIER En partenariat avec la MACSF Salle Bruxelles</p>
<p>12h00</p>	<p>Pause déjeuner et visite de l'exposition</p>			
<p>12h40 -14h00</p>	<p>SESSION-DÉBAT L'insuffisance cardiaque au-delà de la fraction d'éjection : pour une meilleure prise en charge des patients En partenariat avec le laboratoire ASTRAZENECA Auditorium Cassin</p>	<p>SESSION-DÉBAT L'HTA : enjeu majeur de la cardiologie libérale En partenariat avec LES LABORATOIRES SERVIER Salle Marie Curie A</p>	<p>SESSION-DÉBAT Nouvelles pratiques de gestion du risque CV : c'est simple et cela se fait simplement En partenariat avec le laboratoire BAYER Salle Marie Curie B</p>	
<p>14h00-15h00</p>	<p>Conseils et astuces sur les sujets chauds de votre pratique En partenariat avec le laboratoire VIATRIS Auditorium Cassin</p>	<p>Score calcique coronaire pourquoi ? Pour qui ? Salle Marie Curie A Salle Londres 1 DPC3</p>	<p>ATELIER Prévenir les décompensations cardiaques En partenariat avec le laboratoire PFIZER VACCINS Salle Marie Curie B</p>	<p>ATELIER Insuffisance cardiaque et sténose aortique : la place du TAVI En partenariat avec MEDTRONIC Salle Bruxelles</p>
<p>15h00-16h00</p>	<p>Le cardiologue libéral face aux enjeux d'aujourd'hui Session commune CNCF- SNC Auditorium Cassin</p>	<p>Fibrillation atriale, les défis de la consultation En partenariat avec l'ALLIANCE BMS-PFIZER Salle Marie Curie A</p>	<p>Traitement non médicamenteux de l'insuffisance cardiaque chronique Salle Marie Curie B Salle Londres 1 DPC5</p>	<p>ATELIER Ablation de la fibrillation atriale : une position renforcée, une technique maîtrisée En partenariat avec BIOSENSE WEBSTER Salle Bruxelles</p>
<p>16h00</p>	<p>Pause et visite de l'exposition</p>			
<p>16h30-17h30</p>	<p>Gestion du patient insuffisant cardiaque : parcours de soin et prise en charge En partenariat avec le laboratoire NOVARTIS Auditorium Cassin</p>			
<p>17h30-18h30</p>	<p>Questions autour de l'hypertension artérielle Auditorium Cassin Salle Londres 2 DPC4</p>	<p>Prise en charge des dyslipidémies : quelle recommandation prendre en compte ? Session commune CNCF-EAS Salle Marie Curie A</p>	<p>Speed data imagerie Salle Marie Curie B Salle Londres 1 DPC6</p>	

SAMEDI 22 OCTOBRE

9h00-10h00	Thrombose veineuse périphérique à tous les étages Auditorium Cassin Salle Londres 1 DPC1	Le petit remplacement - Imagerie nouvelle vs imagerie usuelle Session commune CNCF-CCF Salle Marie Curie A	Prenons bien la mesure de la fuite valvulaire Salle Marie Curie B Salle Londres 2 DPC6
10h00-11h00	Les recommandations ESC 2022 : les points clés Auditorium Cassin	Sport sur ordonnance Session commune CNCF-CCS Salle Marie Curie A	Embolie pulmonaire en ambulatoire Session commune CNCF-CCP/ESC Salle Marie Curie B Salle Londres 1 DPC1
11h00	Pause et visite de l'exposition		
11h30-12h30	Conférence de clôture - Formation médicale, un succès régional devenu mondial Auditorium Cassin		
12h30	Déjeuner		

SESSIONS DE DPC

CES SESSIONS AURONT LIEU DANS UNE SALLE DÉDIÉE AUX DPC

DPC 1

n° 35 52 22 00109
Les sténoses carotides asymptomatiques et les thromboses veineuses de A à Z

DPC 2

n° 35 52 22 00108
Actualité en rythmologie 2022, partie 2

DPC 3

n° 35 52 22 00104
Actualités sur la prise en charge des pathologies vasculaires lors du bilan préopératoire, pertinence du traitement antithrombotique et intérêt du score calcique

DPC 4

n° 35 52 22 00106
Actualités en HTA

DPC 5

n° 35 52 22 00107
Insuffisance cardiaque au vu des dernières recommandations

DPC 6

n° 35 52 22 00105
Actualités en imagerie Tavi et fuites valvulaires

LES SESSIONS DÉFINIES POUR LES DPC NE SONT ACCESSIBLES QU'ÀUX CARDIOLOGUES INSCRITS À CES DPC

CES 6 DPC SONT PROPOSÉS PAR L'ODP2C DANS LE CADRE DU CONGRÈS DU CNCF

AYANT UNE CARDIOMYOPATHIE DILATÉE PRIMITIVE ? JÉRÔME SCHWARTZ (NANCY)

La mise en place d'un défibrillateur automatique implantable (DAI) en prévention primaire dans les cardiopathies non ischémiques avec FEVG < à 35 % est passé d'un niveau de classe I à IIA dans les dernières recommandations européennes de 2021. Les progrès des traitements médicaux et le recours à la resynchronisation cardiaque ont réduit l'incidence de la mort subite et il est bien établi que le taux de mortalité est plus faible dans les cardiopathies non ischémiques.

Depuis l'étude **DANISH** en 2016 qui n'a pas pu montrer de bénéfice du DAI sur la mortalité totale pour les cardiopathies non ischémiques avec FEVG < 35 %, les résultats récents des données à long terme de **DANISH** et de **SCD Heft** sont venus confirmer l'absence de bénéfice du DAI sur la mortalité totale pour les cardiopathies non ischémiques avec FEVG < 35 %.

Pour les patients les jeunes (< 70 ans) un bénéfice reste probable alors qu'au-delà la mortalité non subite prédomine, et l'implantation sera à discuter dans des cas particuliers. Des études complémentaires restent nécessaires pour définir d'autres marqueurs que la FEVG pour mieux stratifier le risque de mort subite et la place de l'IRM pour la recherche de zone de fibrose devient prépondérante dans la prise de décision. La recherche de variants génétiques à plus haut risque rythmique (LMNA) devrait également se renforcer.

S'il n'y a pas d'indication à une resynchronisation associée, le défibrillateur sous cutané est à privilégier chez les patients les plus jeunes pour limiter les complications.

MON PATIENT EST UNE PATIENTE : QU'EST-CE QUE CELA CHANGE ?

STÉPHANE MANZO-SILBERMAN (PARIS)

Les maladies cardiovasculaires (MCV) ont longtemps été considérées comme relevant principalement du sexe masculin. Les données épidémiologiques les plus récentes nous forcent à revoir ce paradigme. En effet, ces MCV sont devenues la première cause de mortalité chez les femmes, dépassant ainsi les cancers.

Les dernières recommandations européennes de prévention s'attachent à mettre en lumière les différences entre hommes et femmes pouvant exister non seulement en terme d'estimation du risque cardiovasculaire et des moyens d'affiner cette évaluation, mais également d'impact des différents facteurs de risque.

Car d'une part les facteurs de risque traditionnels tels que tabac, diabète, hypertension, dyslipidémie, vont avoir un risque relatif de MCV plus élevé chez les femmes.

D'autre part il est à présent clairement démontré que des fac-

teurs de risque dit spécifiques augmentent le risque d'événements cardiovasculaires.

Parmi ces risques participent les complications de grossesse, du diabète gestationnel à l'éclampsie, le syndrome des ovaires polykystiques, la privation œstrogénique prématurée, la contraception œstroprogestative, etc. De plus, des pathologies à forte représentation féminine, figurent dorénavant comme « multiplicateurs » du risque cardiovasculaire (RCV) : comme les atteintes inflammatoires chroniques et la migraine avec aura.

Ainsi, devant une patiente, les facteurs à rechercher devront être adaptés et pris en compte dans la modulation de l'estimation globale du RCV. En revanche, concernant les traitements, leurs efficacités restent bien démontrées, quelque soit le sexe du patient. Ainsi, le sexe et genre vont avoir un impact dans l'estimation du RCV, le retentissement de la plupart des FDR, mais n'influence pas le bénéfice de la stratégie thérapeutique.

COMMENT ÉVALUER LE RISQUE CARDIAQUE PRÉ-OPÉRATOIRE ? PHILIPPE GUERCI (NANCY)

Les recommandations sur l'évaluation cardiologique avant chirurgie non cardiaque ont évolué et ont été présentées lors du congrès de l'*European Society of Cardiology 2022*. Ces recommandations, à destination principalement des Anesthésistes-Réanimateurs et Cardiologues, ont pour vocation de hiérarchiser et de rationaliser la demande de consultation et d'examen complémentaires cardiologiques en fonction du niveau de risque à la fois lié à la chirurgie envisagée et terrain du patient. La dernière recommandation datait de 2014.

Parmi les révisions apportées, une borne d'âge supérieure à 65 ans est proposée dans nombre de facteurs décisionnels et les scores prédictifs disparaissent à l'exception du RCRI. L'échocardiographie ne doit plus être systématique et les tests d'effort simples, ne permettant pas de

stratification du risque, ne sont plus recommandés. De fait l'imagerie de stress est à privilégier, là encore chez des patients ciblés. Une partie des recommandations est axée sur le management des traitements chroniques, notamment AOD qui dans la plupart des cas, ne nécessite pas de relais du fait du surrisque hémorragique.

Le changement de paradigme vient du dosage de biomarqueurs cardiaques proposé en préopératoire pour les patients sans facteur de risque cardiovasculaire devant subir une chirurgie majeure ou pour les patients > 65 ans avec facteurs de risque pour une chirurgie de risque intermédiaire. Avec un niveau de preuve faible, la déviance majeure serait que cela conduise à la réalisation de plus d'examen d'imagerie avec revascularisation, qui allongeraient des délais opératoires, causant une problématique

JEUDI 20 OCTOBRE

SESSION

BILAN PRÉOPÉRATEUR (SUITE)

16H30-17H30

► pour les patients cancéreux par exemple avec un bénéfice incertain. Paradoxalement, cette stratégie « biomarqueurs » va à l'encontre de la proposition d'absence de dépistage des patients asymptomatiques ainsi

que d'une prise en charge interventionnelle. A l'exception du NT-proBNP dans des populations très ciblées, les biomarqueurs préopératoires doivent faire preuve de leur intérêt.

SESSION

L'HTA AU COURS DE LA VIE

16H30-17H30

HTA GESTATIONNELLE MARILUCY LOPEZ-SUBLET (PARIS)

Les troubles hypertensifs de la grossesse (THG) touchent environ 5 à 10 % des grossesses et constituent l'une des principales causes de morbi-mortalité materno-fœtale dans le monde.

Au sein de ces THG, on distingue classiquement 4 catégories : l'HTA chronique, l'HTA gestationnelle et du post-partum immédiat, la pré-éclampsie et l'éclampsie.

L'HTA gestationnelle est le plus fréquent des THG et survient pendant ou après la 20^e SA. Elle est déterminée par une pression artérielle (PA) systolique ≥ 140 mmHg ou une PA diastolique ≥ 90 mmHg sans protéinurie. Encore peu connue, la physiopathologie de l'HTA de la grossesse témoigne d'une atteinte vasculaire et placentaire complexe, permettant de

nos jours une meilleure compréhension de l'hypertension et de l'atteinte endothéliale.

Si le diagnostic de l'HTA gestationnelle est souvent posé à posteriori devant le risque variable d'évolution vers une pré-éclampsie, les paramètres cliniques associés à l'utilisation des biomarqueurs angiogéniques, des mesures vasculaires et de la PA, peuvent permettre de guider le clinicien à identifier les formes graves de ces THG.

Plusieurs recommandations publiées récemment permettent d'aborder la prise en charge globale de façon relativement encadrée, tentant de s'appuyer sur la balance bénéfice/risque liée aux complications maternelles et fœtales.

SESSION

INNOVATIONS SUR L'AMYLOSE

16H30-17H30

APPORTS DE L'IMAGERIE AU-DELÀ DE L'ECHOCARDIOGRAPHIE PHILIPPE GERMAIN (STRASBOURG)

L'échodoppler cardiaque constitue l'examen de base qui permet de suspecter une amylose cardiaque chez un patient avec insuffisance cardiaque, ayant habituellement un épaississement des parois myocardiques et un profil de remplissage restrictif.

A partir de ces éléments d'orientation, les schémas diagnostiques proposés par les sociétés savantes, incluant l'IRM cardiaque, comportent deux branches décisionnelles principales orientées par la recherche

d'une dysglobulinémie monoclonale d'une part (amylose AL) et par la scintigraphie osseuse d'autre part (amylose TTR).

Nous résumerons ici l'apport de l'IRM cardiaque et de la médecine nucléaire dans le diagnostic de l'amylose cardiaque, en décrivant également la place nouvelle mais prometteuse des méthodes d'intelligence artificielle dans ce domaine.

ATELIER

ZOOM SUR LES GLP1 - AR

16H30-17H30

DES MOLÉCULES POUR LE CARDIOLOGUE ? PIERRE SABOURET (PARIS)

La prise en charge des patients diabétiques de type 2 a été profondément transformée par l'avènement de deux classes thérapeutiques : les inhibiteurs des SGLT2 (iSGLT2) et les agonistes des récepteurs du GLP1 (ARGLP1).

De nombreuses études randomisées ont démontré l'intérêt de ces classes versus le traitement médical optimal (TMO) avec plusieurs méta-analyses démontrant une réduction des événements cardiovasculaires majeurs, de la mortalité cardiovasculaire versus le TMO.

Les recommandations européennes et américaines recommandent donc de prescrire une des 2 classes, seule ou le plus souvent en complément de la Metformine chez les patients diabétiques en prévention secondaire et/ou à risque cardiovasculaire élevé en prévention primaire.

Les iSGLT2 sont préférentiellement prescrits en cas d'insuffisance car-

diaque (à fonction systolique altérée ou préservée), d'insuffisance rénale, avec une baisse associée de l'hémoglobine glyquée de 0,4 à 0,7 %, alors que les AR-GLP1 sont préférentiellement initiés chez les patients ayant une complication athérothrombotique et/ou avec des lésions athéromateuses en prévention primaire, une HbA1c loin de l'objectif (baisse obtenue de 1 à 1,2 %), et patients obèses ou en net surpoids (diminution pondérale habituellement obtenue de 10 %). Le choix est une décision partagée avec le patient avec un accompagnement indispensable à l'initiation. L'association des iSGLT2 et AR-GLP1 est probablement une stratégie thérapeutique d'avenir compte tenu des actions synergiques notamment sur la protection rénale. Une implémentation des recommandations est indispensable pour diminuer le risque cardiovasculaire des patients diabétique de type 2.

APRÈS UNE EMBOLIE PULMONAIRE OU UNE THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE

STÉPHANE ZUILY (NANCY)

En cas de premier épisode de MTEV (EP ou TVP proximale) en présence d'un facteur de risque de MTEV persistant majeur (cancer actif, déficit en antithrombine, syndrome des antiphospholipides), le traitement anticoagulant doit être poursuivi à dose pleine tant que le facteur de risque persiste.

En cas de premier épisode de MTEV en présence d'un facteur de risque de MTEV transitoire majeur (chirurgie/fracture d'un membre inférieur/alitement prolongé ≥ 3 jours pour une affection médicale aiguë dans

les 3 derniers mois ou une imprégnation œstrogénique uniquement, un traitement de la ménopause, une grossesse/post-partum), l'épisode de MTEV est considéré comme « provoqué par un facteur de risque majeur transitoire » et le traitement peut être arrêté dès lors que le facteur a disparu.

Enfin, en cas de premier épisode de MTEV « non provoqué par un facteur de risque majeur », le traitement pourra être poursuivi de manière prolongée chez les hommes et chez les femmes ayant un score **HERDOO2** ≥ 2 .

APRÈS UN AVC HÉMORRAGIQUE IGOR SIBON (BORDEAUX)

Environ 50 % des hémorragies intracérébrales spontanées surviennent chez des patients traités au long cours par un antithrombotique, antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant.

Chez les patients à haut risque thrombotique en raison d'une maladie athéroscléreuse symptomatique ou d'une fibrillation atriale l'importance du risque ischémique en l'absence de traitement antithrombotique pose la question de la balance bénéfice/risque de la réintroduction de ces traitements.

L'identification du mécanisme étiologique de l'hémorragie cérébrale et notamment la distinction entre microangiopathie hypertensive et angiopathie amyloïde sera une étape clé de la décision thérapeutique au même titre que l'évaluation individuelle du risque thrombotique. Si l'étude **RESTART** suggère le bénéfice de la réintroduction d'un traitement antiagrégant plaquettaire chez les patients justifiant d'une pré-

vention secondaire de maladie athéroscléreuse ; la prise en charge des patients présentant une hémorragie intracérébrale et une fibrillation atriale reste incertaine.

Les données observationnelles rétrospectives dans cette population suggèrent un risque ischémique en l'absence de traitement anticoagulant supérieur à celui d'une récurrence d'hémorragie cérébrale après reprise d'un traitement anticoagulant. En outre, la place de l'exclusion de l'auricule gauche dans cette population à haut risque thrombotique doit être précisée.

L'inclusion des patients dans des protocoles de recherche visant à évaluer les différentes approches que sont l'abstention thérapeutique, la reprise de traitement anticoagulant ou exclusion de l'auricule gauche, permettra de mieux préciser leur place respective et une individualisation des prises en charge thérapeutiques.

LE SYNDROME D'APNÉES DU SOMMEIL CENTRAL PHILIPPE MEURIN (NOISY-LE-GRAND)

Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est une pathologie fréquente, probablement encore sous diagnostiquée. Il s'agit dans l'immense majorité des cas d'un SAS obstructif (SAOS).

Le SAS central (SASC) est plus rare. Son mécanisme est différent de celui de l'apnée obstructive : Il s'agit ici d'un trouble de la commande ventilatoire et non pas d'un collapsus pharyngé ; par ailleurs, la symptomatologie est elle aussi différente, les patients étant plus souvent paucisymptomatiques.

La recherche de la cause est fondamentale car le traitement est essentiellement étiologique. On distingue les SASC avec hypoventilation (avec hypercapnie au réveil) des SASC normo- ou hypocapniques. En cas d'hypercapnie, on s'oriente vers une lésion traumatique ou tumorale bulbaire, la prise de médicaments responsables d'une hypoventilation (essentiellement opiacés et Baclofène), ou encore une malformation de

type Arnold-Chiari ou de rares maladie génétiques. Plus fréquents, les syndrome obésité/hypoventilation, les cyphoscolioses et les pathologies neuromusculaires.

En cas de normo ou d'hypocapnie, on évoque dans un premier temps une insuffisance cardiaque (systolique ou diastolique) une origine iatrogénique (ticagrélor), des séquelles d'accident vasculaire cérébral.

À noter le syndrome d'apnée du sommeil central émergent : Il s'agit de l'apparition de nombreuses apnées centrales authentiques après mise en place d'un traitement par pression positive continue (PPC) pour un syndrome d'apnées du sommeil obstructif.

En dehors du traitement étiologique, la ventilation nocturne servo adaptée est bien efficace. Il faut cependant insister sur le fait que, depuis les résultats de l'étude **SERVE HF**, elle est contre indiquée en cas d'insuffisance cardiaque à fonction systolique altérée.

VENREDI 21 OCTOBRE

SESSION

LA MORT SUBITE : PRÉVENTION ET TRAITEMENT

8H30-9H30

DE NOMBREUX PATIENTS PRÉSENTENT UN RISQUE ÉLEVÉ DE MORT SUBITE EN PRATIQUE CLINIQUE WALID AMARA

Dans cette présentation, la prise en charge d'un patient à risque de mort subite sera présenté. On y discutera notamment les traitements médi-

camenteux, le défibrillateur implantable transveineux, le défibrillateur sous-cutané, le gilet défibrillateur portable et l'ablation.

SESSION

LES GRANDS ENJEUX DE L'HTA EN PRATIQUE

8H30-9H30

LES OBJECTIFS TENSIONNELS DES RECOMMANDATIONS SONT-ILS RÉALISTES EN PRATIQUE ? MARILUCY LOPEZ-SUBLET (PARIS)

L'hypertension artérielle (HTA) est la première maladie chronique touchant entre 25 et 30 % de la population adulte mondiale et la plus grande cause de morbidité et de mortalité cardiovasculaire évitable dans le monde. En France, le contrôle tensionnel des patients hypertendus reste complètement insuffisant, voir inquiétant car aucune diminution de la prévalence de l'HTA n'a été possible à atteindre ces dernières décennies.

D'après l'étude **ESTEBAN** (2018), au moins une personne sur deux ne reçoit pas un traitement et seulement une personne sur deux traitée arrive à avoir une pression artérielle (PA) contrôlée.

Dès lors, toutes les recommandations, nationales et internationales s'accordent à dire que les objectifs tensionnels en HTA doivent être plus stricts afin d'arriver au meilleur contrôle tensionnel et diminuer cette surmortalité.

Evaluer le bon niveau tensionnel d'un patient doit être une étape rigoureuse où l'évaluation du risque cardiovasculaire individuel doit être associée à une bonne mesure de la PA, qui ne peut pas être obtenue en cabinet. L'automesure tensionnelle est donc le partenaire et guide clef dans la prise en charge de tout hypertendu.

Un mauvais contrôle tensionnel ne peut pas être mis sous le compte d'une recommandation « stricte » en terme d'objectif tensionnel, mais s'expliquera souvent par une dette thérapeutique, la non adhérence au traitement (accentué par un nombre de comprimés croissant) et l'absence des objectifs thérapeutiques ambitieux. Renforcer la confiance du patient (principal intéressé à attendre ses objectifs tensionnels), passe par une thérapeutique efficace d'une médecine personnalisée basée sur les recommandations.

SESSION

INTÉGRER LES NOUVEAUX OUTILS NUMÉRIQUES AU QUOTIDIEN

8H30-9H30

LE PROBLÈME DES OBJETS CONNECTÉS (MONTRES, KARDIA...) CHARLES GUÉNANCIA (DIJON)

La santé est l'un des domaines phares de développement des objets connectés avec de nombreux dispositifs disponibles pour enregistrer l'activité électrique cardiaque (montre, bracelet, vêtements, accessoires dédiés). Cependant, l'essor de ces enregistrements dans la population générale, disponibles pour tout un chacun et sans prescription médicale, pose de nombreuses questions :

- Validité des enregistrements ?
- Peut-on se fier à ceux-ci pour débiter un traitement ?

- Qui est responsable de leur lecture et de leur interprétation ?
- Comment valoriser cette activité pour le médecin ou le technicien en charge de la lecture ?
- Positionnement de ces enregistrements dans l'arsenal diagnostique médical ?
- Conséquences médico-légales de ces enregistrements et de leur transmission par voie électronique ?

Nous aborderons ces questions brûlantes lors de cette session.

SESSION

INTÉGRER LES NOUVEAUX OUTILS NUMÉRIQUES AU QUOTIDIEN

8H30-9H30

COMMENT INTÉGRER LE CARDIOLOGUE TRAITANT DANS LE TÉLÉSUIVI DES DISPOSITIFS IMPLANTABLES ? MICHEL CHAUVIN (STRASBOURG)

Actuellement, le télé suivi des dispositifs implantables effectué en cardiologie concerne avant tout les stimulateurs cardiaques, les défibrillateurs automatiques et les holters implantables.

Les dispositions réglementaires ont établi que des centres de référence sont les plus adaptés pour ce télé suivi, mais chaque cardiologue peut se connecter sur la chaîne de surveillance. Certes, des données techniques fournies par le télé suivi et certaines interprétations de troubles rythmiques requièrent les compétences d'un spécialiste, mais le suivi d'un traitement et la recherche d'une rechute d'arythmie peuvent parfaitement relever des compétences d'un cardiologue traitant.

C'est surtout dans un futur presque immédiat que ces compétences

pourront trouver une importante application. Le développement de l'intelligence artificielle (IA) va très rapidement permettre de simplifier le nombre toujours croissant de données fournies par les dispositifs implantables.

Grâce à l'IA, le cardiologue traitant va être en mesure de suivre notamment ses patients insuffisants cardiaques, de vérifier l'efficacité des traitements et, le cas échéant, de les ajuster. L'IA sera également en mesure d'analyser une somme de data pour prévoir et prévenir une évolution et/ou établir un pronostic.

Comme on le voit, le cardiologue traitant va devenir un acteur essentiel dans la chaîne du télé suivi.

COMMENT PRESCRIRE UN AR GLP-1 ? PATRICE DARMON (MARSEILLE)

Les agonistes des récepteurs du GLP-1 (AR GLP-1) occupent une place privilégiée dans les stratégies de prise en charge du diabète de type 2 (DT2). Au-delà de leur impact positif sur l'équilibre glycémique et le poids (généralement bien supérieur à celui des antidiabétiques oraux), le bénéfice démontré sur le MACE chez les patients à très haut risque cardiovasculaire (CV) avec certaines molécules de la classe constitue un argument majeur pour leur utilisation.

Chez les patients DT2 avec maladie athéromateuse avérée, il est ainsi aujourd'hui préconisé de prescrire au choix un inhibiteur de SGLT2 ou un AR GLP-1 ayant démontré un bénéfice CV (parmi les molécules sur le marché en France : liraglutide 1,8 mg 1 inj sc/j, dulaglutide 1,5 mg 1 inj sc/sem, et, avec un niveau de preuve moins élevé, sémaglutide 1 mg 1 inj sc/sem) et ce, quelque soit le taux d'HbA1c. Les AR GLP-1 peuvent être associés à tous les autres anti-hyperglycémifiants, à l'exception des inhibiteurs de la DPP4 ; lorsqu'ils sont prescrits avec un sulfamide ou de l'insuline, il faudra diminuer la posologie de ces traite-

ments en raison du risque d'hypoglycémie.

Les AR GLP-1 cités ci-dessus peuvent être utilisés sans modification de dose jusqu'à un DFGe de 15 ml/mn/1,73 m². Les effets indésirables les plus fréquents des AR GLP-1 sont gastro-intestinaux (nausées, vomissements...), le plus souvent légers et transitoires, conduisant rarement à l'arrêt du traitement. Ils induisent aussi une majoration de l'incidence des lithiases biliaires. Il n'existe pas d'argument formel en faveur d'un risque de pancréatite aiguë et de cancer du pancréas sous AR GLP-1 mais la prudence est suggérée en cas d'antécédents de pathologies pancréatiques.

Après 75 ans, les AR GLP-1 doivent être réservés à une minorité de patients, idéalement après avis spécialisé : si la protection CV peut constituer un argument en leur faveur, ils peuvent induire des troubles digestifs et une perte de poids pouvant aggraver un état de dénutrition. Dans tous les cas, l'efficacité, la tolérance et l'observance des AR GLP-1 doivent être régulièrement réévaluées.

PLACE DE L'IMAGERIE EN COUPE DANS LE TAVI : PRONOSTIC ET SUIVI

MARINE KINNEL (MULHOUSE)

Depuis le premier cas de remplacement valvulaire aortique percutané décrit en 2002, le TAVI s'est imposé comme traitement de première intention pour les patients à haut risque, et figure désormais dans les recommandations comme une des options thérapeutiques possibles pour les patients à risque intermédiaire voire à bas risque.

Toutefois, devant les résultats satisfaisants de la chirurgie conventionnelle dans cette population, la survenue de complications procédurales graves en rapport avec le TAVI est inacceptable et doit être réduite *a minima*.

L'imagerie en coupe et en particulier le scanner est une pierre angulaire dans la sélection des patients pour le TAVI, la planification de la procédure, et la prédiction des complications post-procédure.

L'IRM peut également être utilisée à ces mêmes fins dans de rares cas, notamment l'insuffisance rénale sévère ou l'allergie sévère au produit de contraste iodé. Ce type d'imagerie permet en outre de mettre en évidence de la fibrose myocardique qui est un facteur indépendant de mortalité chez ces patients porteurs de rétrécissement aortique serré.

Le suivi en imagerie en coupe de ces patients après le TAVI n'est pas réalisé en routine clinique de façon systématique, mais peut être réalisé dans le cadre de suspicion de thrombose de valve ou de découverte de perte de mobilité d'une cusp à l'échocardiographie. L'IRM est surtout utilisée en post-procédure pour la quantification des fuites intra ou périprothétiques ainsi que pour évaluer les paramètres ventriculaires gauches.

UNE CAUSE CROISSANTE DE PLAINTES CHEZ LES CARDIOLOGUES ? CÉDRIC GAULTIER (PARIS)

Dans un contexte d'une démographie en déclin avec une segmentation des tâches, un élargissement du nombre d'explorations (imagerie en coupes) et une demande croissante, on constate un allongement progressif des délais pour obtenir des explorations cardiologiques.

L'enquête du Syndicat national des cardiologues d'août 2022 rapporte un délai moyen allant de 26 à 66 jours selon les différents tests d'ischémie.

Au-delà de cette première difficulté, il est également difficile pour les cardiologues de revoir rapidement leurs patients après réalisation des examens prescrits. Enfin, prenant connaissance des résultats, ils peuvent être en difficulté pour programmer les actes invasifs ou chirurgicaux.

C'est donc confrontés à cette quadrature du cercle que les cardiologues se voient poursuivis suite à des accidents parfois tragiques qui peuvent survenir dans ces différentes attentes.

A partir de cas cliniques basés sur des faits authentiques, il est proposé d'étudier les stratégies pour hiérarchiser l'urgence des actes prescrits, afin de se prémunir de plaintes judiciaires

Cela passera aussi par une priorité donnée au travail en réseau, entre praticiens qui se connaissent, afin de faciliter la programmation des examens, mais également la transmission rapide des résultats et la programmation des soins. Lorsque les délais sont incompressibles, il sera souligné l'importance d'expliquer aux patients la conduite à tenir, s'il existe une évolution des symptômes.

Une attention particulière doit enfin être portée sur les préconisations durant cette période d'attente (sport, contrainte professionnelle, conduite...). Venez rapporter vos expériences et débattre des solutions d'optimisation de nos soins !

MÉCANISMES DE PROTECTION CARDIOVASCULAIRE DES INHIBITEURS DU SRAA

BERNARD LÉVY (PARIS)

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA2) ont des effets anti-hypertenseurs similaires ; cependant, plusieurs essais cliniques et métaanalyses ont rapporté une mortalité cardiovasculaire plus élevée et une moindre protection contre les infarctus du myocarde chez les patients traités par ARA2 par rapport à ceux recevant un IEC. Les directives européennes pour la prise en charge des syndromes coronariens et du diabète recommandent d'ailleurs l'utilisation des ARA2 chez les patients qui ne tolèrent pas les IEC.

Nous détaillons ici les principales différences pharmacologiques entre les IEC et les ARA2 qui contribuent à une meilleure protection cardiaque offerte par les IEC.

Les IEC inhibent la dégradation de la bradykinine et augmentent donc sa concentration tissulaire et plasmatique de bradykinine. Celle-ci, après activation des récepteurs de la bradykinine, augmente la production et la biodisponibilité de l'oxyde nitrique. Cet effet sur le métabolisme de la bradykinine est spécifique à la classe des IEC ; il pourrait expliquer les effets différents des IEC et des ARA2 sur la fonction endothéliale, l'athérogenèse, l'évolution de la plaque d'athérome et la fibrinolyse.

De plus, le blocage des récepteurs AT1 par les ARA2 induit une aug-

mentation significative et permanente de l'angiotensine II plasmatique qui stimule des récepteurs de l'angiotensine II « non AT1 » libres et disponibles.

Dans des modèles animaux, plusieurs de ces récepteurs, en particulier les récepteurs AT4, ont des effets vasoconstricteurs, prolifératifs et pro-inflammatoires. De plus, alors que les récepteurs AT2 ont, dans les conditions physiologiques, des effets vasodilatateurs, anti-fibrosants et anti-inflammatoires. Dans des modèles animaux présentant des lésions rénales, un diabète ou une atteinte athéromateuse, ces mêmes récepteurs AT2 pourraient avoir des effets délétères inverses : profibrosants, vasoconstricteurs, hypertrophiques et pro-inflammatoires.

Enfin, une étude récente a démontré dans le rein de patients hypertendus une augmentation de l'activité des récepteurs du facteur de croissance (FGFR1) dans les cellules épithéliales tubulaires rénales. Ces cellules, activées, initient une fibrose rénale en réponse à l'Ang II, indépendante des récepteurs AT1 et AT2 de l'angiotensine. Cet effet échapperait, bien entendu, à l'action des bloqueurs des récepteurs AT1.

En fonction de tous ces éléments, il semble prudent et raisonnable de réserver l'utilisation des ARA2 aux patients qui ont présenté une intolérance aux IEC.

CHEZ QUEL PATIENT NON DIABÉTIQUE FAUT-IL PRESCRIRE UN SCORE CALCIQUE CORONAIRE ? PIERRE SABOURET (PARIS)

Le score calcique coronaire (SCC) est une technique d'imagerie faiblement irradiante et sans nécessité d'injection de produit iodé qui a connu un essor important ces dernières décennies chez les individus en prévention primaire.

Cet examen est utile pour mieux affiner le risque cardiovasculaire en prévention primaire chez les patients de plus de 40 ans à « risque intermédiaire » et asymptomatiques pour mieux définir le risque cardiovasculaire des individus.

Le score doit s'exprimer en valeur absolue en unités Agaston (UA), mais aussi en percentile par rapport à l'âge. Il est important de voir la localisation des dépôts calciques (tronc commun ou circonflexe distale), la densité, la surface, les éventuelles localisations extra-coronaires (arche aortique, anneau mitral, valves aortiques, etc.). La stratégie thérapeu-

tique reste discutée et sera mieux définie par les études randomisées en cours. Il est habituellement conseillé de débiter un traitement par statine puissante pour un score > 100 UA et/ou > 75^e percentile pour l'âge, et d'autant plus si ce score est > 400 UA.

Les patients ayant un score > 1000 UA ont un risque équivalent aux patients coronariens, et des tests d'ischémie sont conseillés alors que l'indication d'une coronarographie reste très débattue. Les statines de forte intensité sont particulièrement conseillées chez ces patients à très haut risque, alors que l'indication de l'aspirine est incertaine, faute de données sur le rapport risques-bénéfices.

Toutes ces incertitudes plaident pour la réalisation d'études randomisées qui manquent cruellement actuellement pour mieux guider les traitements et la prise en charge optimale.

LE CARDIOLOGUE FACE AUX NOUVELLES ORGANISATIONS TERRITORIALES

THIERRY GARBAN (CARQUEFOU)

Les constats sur les soins de santé en cardiologie actuel sont les suivants :

- des besoins de santé insuffisamment couverts,
- une inégalité d'accès aux soins selon les territoires et les lieux de vie des patients,
- une coordination insuffisante des professionnels,
- l'isolement des usagers peu ou non mobilisables,
- une démographie cardiologique déclinante,
- une hausse des maladies chroniques cardiovasculaires de 3,5 % par an.

Les enjeux des nouvelles organisations territoriales sont :

- répondre à la responsabilité populationnelle,
- améliorer les conditions d'exercice des cardiologues,
- renforcer l'accès aux soins,
- fluidifier et sécuriser le parcours de soins.

La démarche de prise en charge coordonnée des soins est désormais une nécessité mais également un indicateur socle de la rémunération des médecins. Elle fait partie du volet 1 du forfait structure avec une rémunération qui peut atteindre 9 695 euros (avenant 7 à la convention médicale signé le 20 juin 2019). Les cardiologues sont bien entendus concernés.

Ce nouvel indicateur valorise donc le médecin engagé dans une démarche de prise en charge coordonnée telle que décrite ci-dessous :

- participation du médecin à une équipe de soins primaires (ESP),
- participation à une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP),
- participation à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS),
- participation à des réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires régulières protocolisées dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées ou de patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes,
- participation à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Issue de la loi relative à la stratégie de transformation du système de santé (loi 2019-774 du 24 juillet 2019), l'équipe de soins spécialisés (ESS), composée de professionnels de santé autour de médecins spécialistes hors médecine générale, a pour objectif de contribuer à la structuration de l'offre globale de soins spécialisés sur le territoire.

Les ESS sont probablement la nouvelle organisation territoriale qui correspond le mieux à la prise en charge des pathologies cardiovasculaires. Les ESS de cardiologie sont définies par un ensemble de professionnels de santé constitué autour de cardiologues, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un

territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.

L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins à la structuration des parcours de santé.

Les ESS de cardiologie s'inscrivent dans une approche territoriale et n'ont pas vocation à se substituer aux CPTS ou aux autres organisations territoriales existantes. Elles viennent en appui des médecins généralistes et ont vocation à coordonner les acteurs et à faire le lien avec les établissements de santé pour assurer une prise en charge pertinente et proactive des patients avec des besoins spécifiques.

Les ESSC auront pour objectif de structurer et de participer à la prise en charge coordonnée entre les acteurs de soins des premier, second et troisième recours, des parcours de soins et de santé des pathologies cardiovasculaires, et ce afin entre autres de diminuer les inégalités d'accès aux soins et « d'optimiser l'efficacité et la qualité des prises en charge ». A titre d'exemple, l'ARS Ile-de-France soutient le projet d'expérimentation d'ESSC initié en janvier 2022 dans les départements de Paris et du Val-de-Marne. Un travail de développement des ESS pour les consultations avancées pour les médecins généralistes et la prise en charge des soins non programmés.

Par ailleurs, Le Syndicat national des Cardiologues, soutenu par l'ensemble des composantes de la cardiologie française, a déposé un projet d'article 51 (actuellement en construction) : « Equipes de soins spécialisés en cardiologie et télémédecine »

L'article 51 vient favoriser l'émergence de nouvelles organisations professionnelles et permet de les tester pendant une durée de 3 à 5 ans ; le but est ensuite de généraliser l'expérimentation ensuite.

Ce travail a été initié il y a 2 ans et comprend 2 volets : la création d'ESS en cardiologie et la création d'un nouvel acte la « télécardiologie augmentée » dont le but est d'amener la cardiologie chez les patients qui ne peuvent se rendre chez leur cardiologue sans l'assistance d'un tiers ou qui sont en zones sous-denses.

Le principe est de collecter sur le lieu de vie du patient toutes les données dont le cardiologue a besoin pour prendre une décision médicale. Cette collecte est effectuée par des infirmiers ayant reçu une formation spécifique. Le but est d'améliorer l'accès aux soins.

Ce modèle sera déployé dans quatre régions dans le cadre de cette expérimentation : Pays de la Loire, Centre Val de Loire, Nouvelle Aquitaine et Auvergne Rhône-Alpes.

Typiquement, un patient en EPHAD pourra ainsi sans se déplacer bénéficier rapidement d'une expertise et d'un suivi cardiologique en s'appuyant sur une équipe de cardiologie pouvant être mobile et disposant d'outils connectés pour faciliter les échanges. Grâce à un guichet unique privé public, tout patient rentrant dans les critères d'éligibilité de ce projet pourra être adressé facilement par le médecin traitant à l'ESSC.

Le SNC invite tous les cardiologues des régions concernées à participer à cette expérimentation.

VENREDI 21 OCTOBRE

SESSION

TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX DE L'INSUFFISANCE
CARDIAQUE CHRONIQUE

15H00-16H00

LE TRICLIP POUR QUI ? JULIEN DREYFUS (SAINT-DENIS)

L'insuffisance tricuspide est une pathologie fréquente avec l'âge, le plus souvent fonctionnelle, grave avec un pronostic corrélé à sa sévérité. Les patients sont le plus souvent traités uniquement de façon médicale, par diurétiques, afin de soulager leurs symptômes. A l'inverse, un traitement curatif chirurgical n'est que rarement réalisé en pratique.

Chez les patients considérés à haut risque opératoire selon la Heart Team et l'évaluation individuelle de ce risque par le **TRI-SCORE** (tri-score.com), une alternative percutanée peut être envisagée, comme suggéré dans les dernières recommandations de la société européenne de cardiologie. Il s'agit le plus souvent d'une réparation valvulaire percutanée bord-à-bord.

Plusieurs études randomisées sont en cours (**TRI-FR** en France et **TRILUMINATE** aux Etats-Unis) pour évaluer le bénéfice de cette intervention comparativement au traitement médical seul.

A noter que cette procédure ne peut actuellement être réalisée en France que dans des centres experts et dans le cadre d'études chez des patients dont l'anatomie est considérée favorable (bonne visualisation des feuillets valvulaires en échocardiographie transœsophagienne, fuite fonctionnelle, petit défaut de coaptation, pas de sonde de pacemaker ou de défibrillateur centrale ou antéro-septale...).

En fonction des résultats de ces études, les recommandations pourraient être amenées à évoluer dans les prochaines années.

SESSION

PRISE EN CHARGE DES DYSLIPIDÉMIES

17H30-18H30

POINTS-CLÉS DES RECOMMANDATIONS EAS-ESC DE 2019 SUR LES LIPIDES

PIERRE SABOURET (PARIS)

Les récentes recommandations européennes et les positions d'experts divergent sur la stratégie optimale.

Les recommandations de l'ESC/EAS de 2019 préconisent des fortes doses de statines puissantes d'emblée basée sur les données notamment des études **MIRACL** et **PROVE IT**, puis d'associer rapidement de l'Ezetimibe compte tenu des bénéfices cardiovasculaires à long terme rapportés dans l'étude **IMPROVE-IT**, puis enfin d'ajouter un inhibiteur des récepteurs PCSK9 (iPCSK9) pour les patients en prévention secondaire ayant un taux de LDL-C supérieur à 70 mg/dL malgré les traitements hypolipémiants précédents.

Les positions d'experts récentes plaident pour une approche *all in* consistant en une association d'emblée statines puissantes et ézéti-

mibe avant la sortie de l'hôpital suivi de l'initiation d'un iPCSK9 à J30 pour les patients coronariens dont les taux de LDL-C > 70 mg/dL. Cette approche est conforme aux données qui valident le concept *The earlier, the deeper, the longer, the better* et permet d'éviter l'inertie thérapeutique fréquemment observée dans les grands registres comme **DaVinci** ou **Europath-ACS**.

Cette approche est différente des recommandations de l'ESC 2021 sur le risque cardiovasculaire qui plaide pour une approche graduelle par étapes y compris en prévention secondaire.

La session commune EAS-CNCF sera l'occasion de débattre sur les avantages et inconvénients des deux approches.

Les
prochains
congrès
du CNCF

Ateliers
d'imagerie
du CNCF



AVIGNON 24-25 mars
2023

35^e
Congrès
du CNCF



MARSEILLE
du 19 au 21
octobre 2023

PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE SECONDAIRE

Indications chez l'adulte ⁽¹⁾ :

- Prévention secondaire de l'infarctus du myocarde, des accidents ischémiques transitoires et des accidents vasculaires cérébraux
- Prévention de la morbidité cardiovasculaire chez les patients atteints d'angor stable
- Prévention de la morbidité cardiovasculaire chez les patients ayant des antécédents d'angor instable, en dehors de la phase aiguë
- Prévention de l'occlusion du greffon après un pontage aorto-coronarien (PAC) ou un pontage infra-inguinal
- Angioplastie coronaire, en dehors de la phase aiguë

Stratégie thérapeutique ⁽²⁾ :

Prévention secondaire en dehors de la prise en charge de la phase aiguë du fait de sa formulation gastro-résistante induisant une libération différée de l'aspirine



RESITUNE® 75 mg
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Le seul
comprimé
d'aspirine
en 75 mg ^{(1)*}

75 mg



Médicament non soumis à prescription médicale. Remb. Séc. Soc. à 65 % - Collect.

Pour plus d'information, reportez-vous au Résumé de Caractéristiques du Produit, ainsi qu'aux recommandations de bonne pratique de l'ANSM et de la HAS de juin 2012 sur le bon usage des agents antiplaquettaires (disponibles sur www.ansm.sante.fr et sur www.has-sante.fr).



Pour une information complète, consultez le Résumé des caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

* AMM à la date du 28/04/2015.

1. Résumé des Caractéristiques du Produit Résitune® en vigueur, 2. Avis de la Commission de la Transparence Résitune®, 4 novembre 2015.

