



AOMI Nouveaux traitements en 2019



Samia Zekri, Jean Pierre Laroche
Alger / Avignon



Cardio

In patients with established assess glycated haemoglobin plus OGTT if the oth

Recommend evidence-b
GLP-1 receptor agon
newly diagnosed CV

Initiate evidence-base
GLP-1 receptor agonis
for CVD

Collaborate with endocrinolo
for T2DM and risk f



Euro
doit:

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

www.lequotidiendumedecin.fr

Quelles perspectives pour les patients Alzheimer?

Un article publié dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) en 2014 a permis de mieux connaître les perspectives de traitement de la maladie d'Alzheimer.



Règles à suivre pour la paie du personnel de cabinet

Les règles à suivre pour la paie du personnel de cabinet sont les suivantes. Elles sont à respecter pour éviter tout litige.

Les antidiabétiques, nouvel allié du cardiologue

et du MEDECIN VASCULAIRE

Les nouveaux antidiabétiques ont révolutionné la prise en charge du diabète de type 2. Ils offrent de nouvelles perspectives de traitement et de prévention cardiovasculaire.

● Hypoglycémiants et cardioprotecteurs à la fois

● Le liraglutide, un précurseur

● Dr Dupuy, endocrinologue : « L'avenir est au sur-mesure »



Éditorial

Du sur-mesure

Si les recommandations de l'European Society of Cardiology (ESC) et de l'American College of Cardiology (ACC) sont claires, il est difficile de les appliquer dans la pratique. C'est pourquoi nous avons voulu faire un état des lieux de la situation actuelle et proposer des solutions.

Appel de la CSMP à l'unité des médecins

La réponse pruden-
de des autres syndicats p. 4

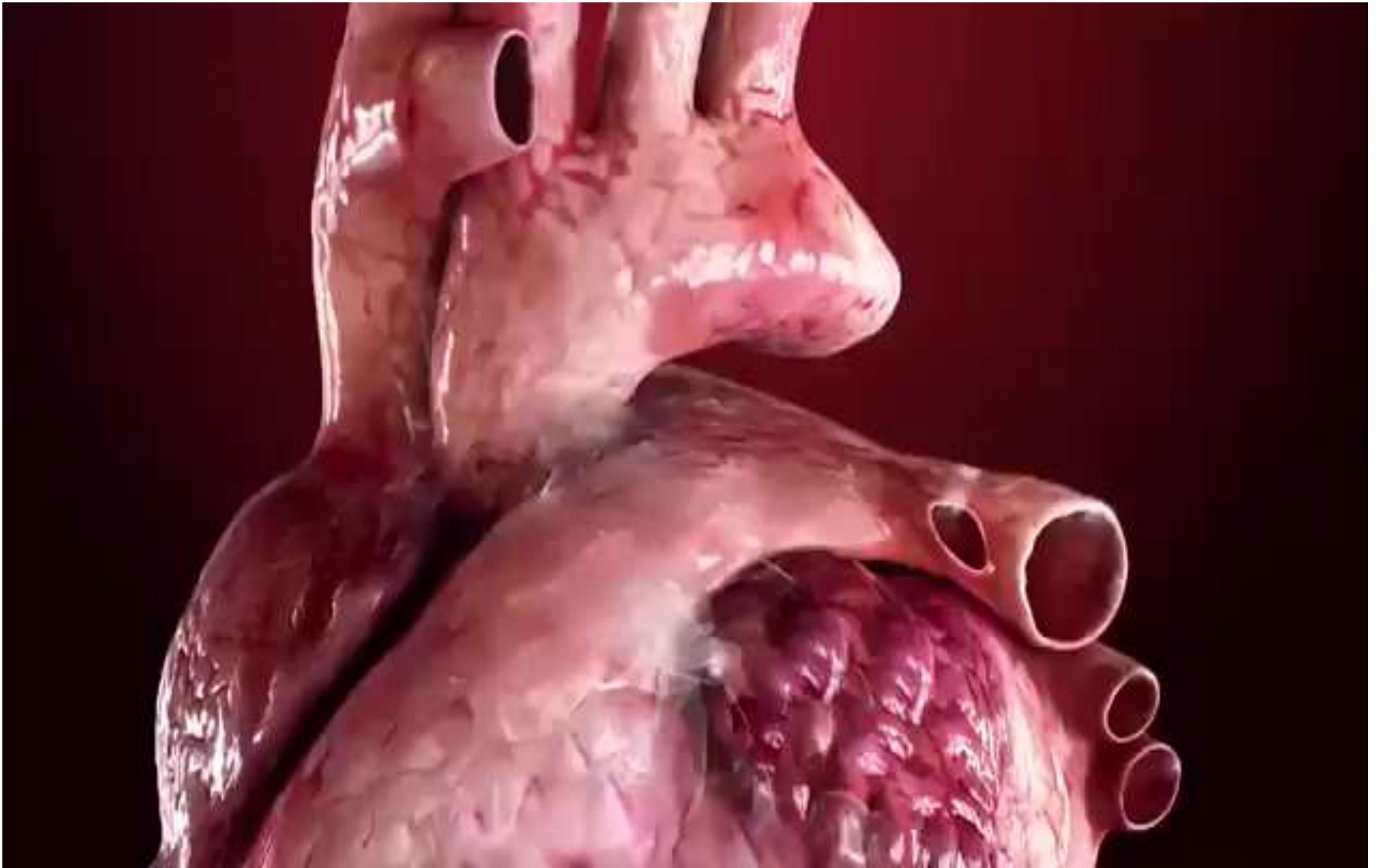


Droite et gauche critiquent le plan sur les urgences



No conflict\$ of int€r€\$t with my £ink\$.





L'APPRENTI SORCIER



1 patient sur 2

atteint d'une maladie chronique ne suit pas correctement son traitement.

Pourquoi ?



Difficulté à accepter sa maladie



Défaut d'explication et de justification du traitement



Conditions de vie de la personne (relations sociales, ressources...)



Difficulté à comprendre la prescription



Effets secondaires du traitement



Expériences négatives dans le système de soins





Désescalade thérapeutique Cardiologie





Escalade thérapeutique AOMI



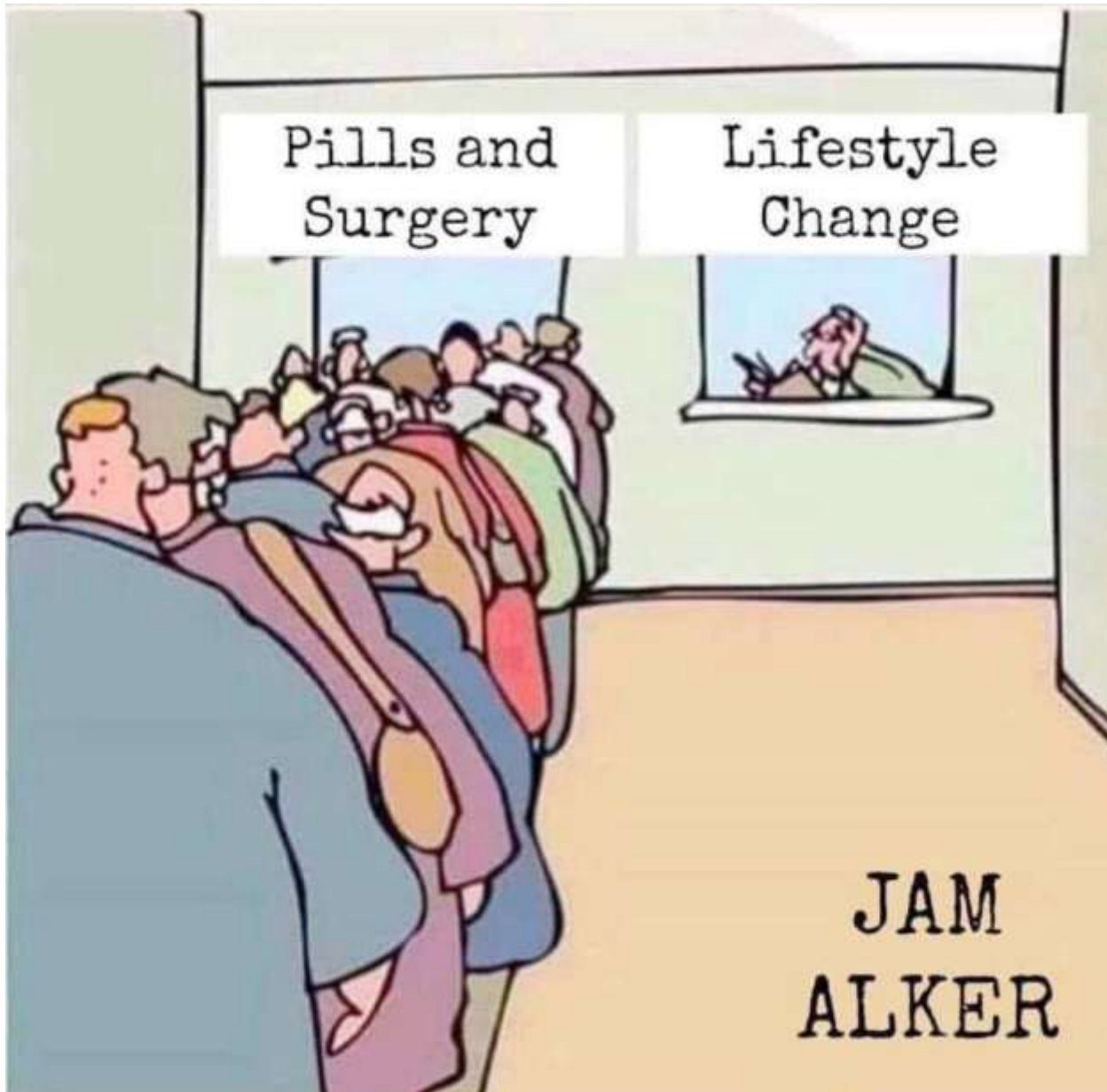
AOMI

ANTI
INFLAMMATOIRE



ASPIRINE





Pills and
Surgery

Lifestyle
Change

JAM
ALKER



2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS)



Victor Aboyans, MD, PhD, FESC
ESC/ESVS Guidelines Chairperson
Limoges University Hospital,
France



ESC

European Society
of Cardiology



Jean-Baptiste Ricco MD, PhD, FEBVS
ESC/ESVS Guidelines Co-Chairperson
Poitiers University Hospital, France
jean.baptiste.ricco@univ-poitiers.fr

RECOS AOMI SFMV2020



LETTERS



EVIDENCE BASE OF GUIDELINES

Guidelines are not perfect but provide safeguards for both patients and physicians

Peter A Andrews *consultant nephrologist*

South West Thames Renal and Transplantation Unit, St Helier Hospital, Carshalton SM5 1AA, UK

Guidelines are not perfect and are often based on imperfect evidence, but they underpin safe medical practice, are usually highly cost effective, and should be ignored at both the patient's and physician's peril.

How can rapid dissemination impact cardiac CT and cardiovascular medicine?

NUMBER OF YEARS IT TOOK FOR EACH PRODUCT TO GAIN 50 MILLION USERS:



It takes 10-20 years for new guidelines to permeate through clinical practice.

Can we accelerate and expand this?

Lee G, Choi AD, Michos ED. *Current Cardiology Reviews, 2019 in press*



J'ai mal au mollet à la marche...

Questionnaire d'Édimbourg

Les deux éléments centraux au questionnaire sont la présence d'une douleur au membre inférieur à la marche disparaissant en moins de 10 minutes à l'arrêt. Les réponses en gras sont celles du patient présentant une claudication typique.

1. Ressentez-vous une douleur ou une gêne dans les jambes lorsque vous marchez?
 Oui Non Incapable de marcher
Si la réponse est non, cessez le questionnaire.

2. Cette douleur commence-t-elle parfois à se manifester lorsque vous êtes debout immobile ou assis? **Non**

3. Ressentez-vous cette douleur quand vous montez une côte ou quand vous marchez vite? **Oui**

4. La ressentez-vous quand vous marchez d'un pas normal sur un terrain plat ? **Oui** (il se peut que la réponse soit non en présence d'une claudication légère)

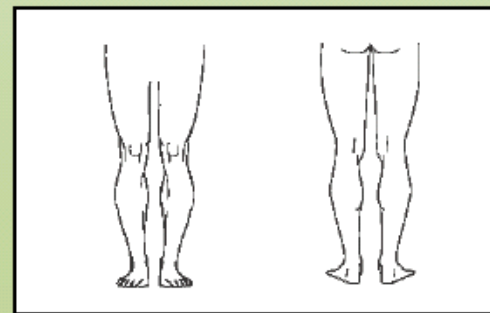
5. Si vous vous arrêtez?
• La douleur dure habituellement plus de 10 minutes. **Non**

Une douleur qui persiste pendant plus de 10 minutes après l'arrêt n'est pas due à une maladie artérielle périphérique.

• La douleur disparaît habituellement en 10 minutes ou moins. **Oui**



6. Où ressentez-vous cette douleur ou cette gêne?
(voir le schéma)



La claudication à la marche

- Douleur fessière, cuisse,
- mollet, uni- bilatérale

IPS < 0.9

L'ischémie critique

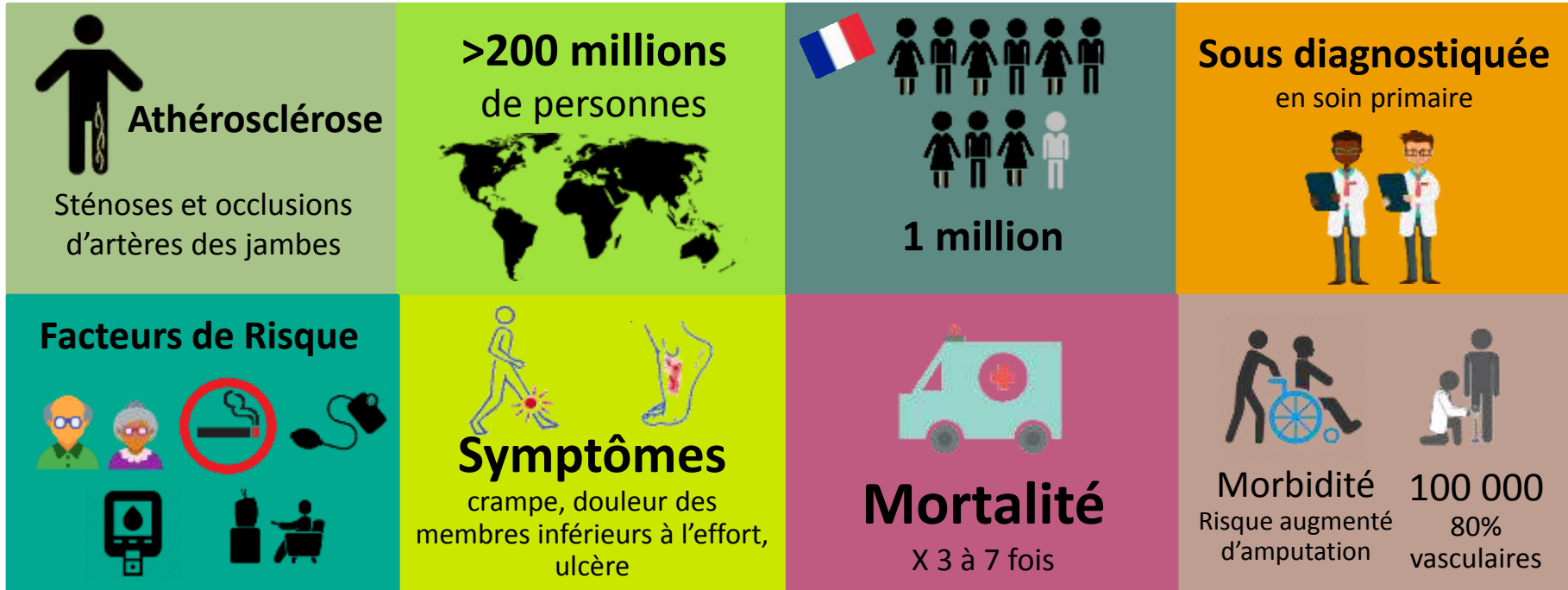
Douleur de repos, jambe pendante hors du lit,

Plus ou moins: ulcère, nécrose





Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

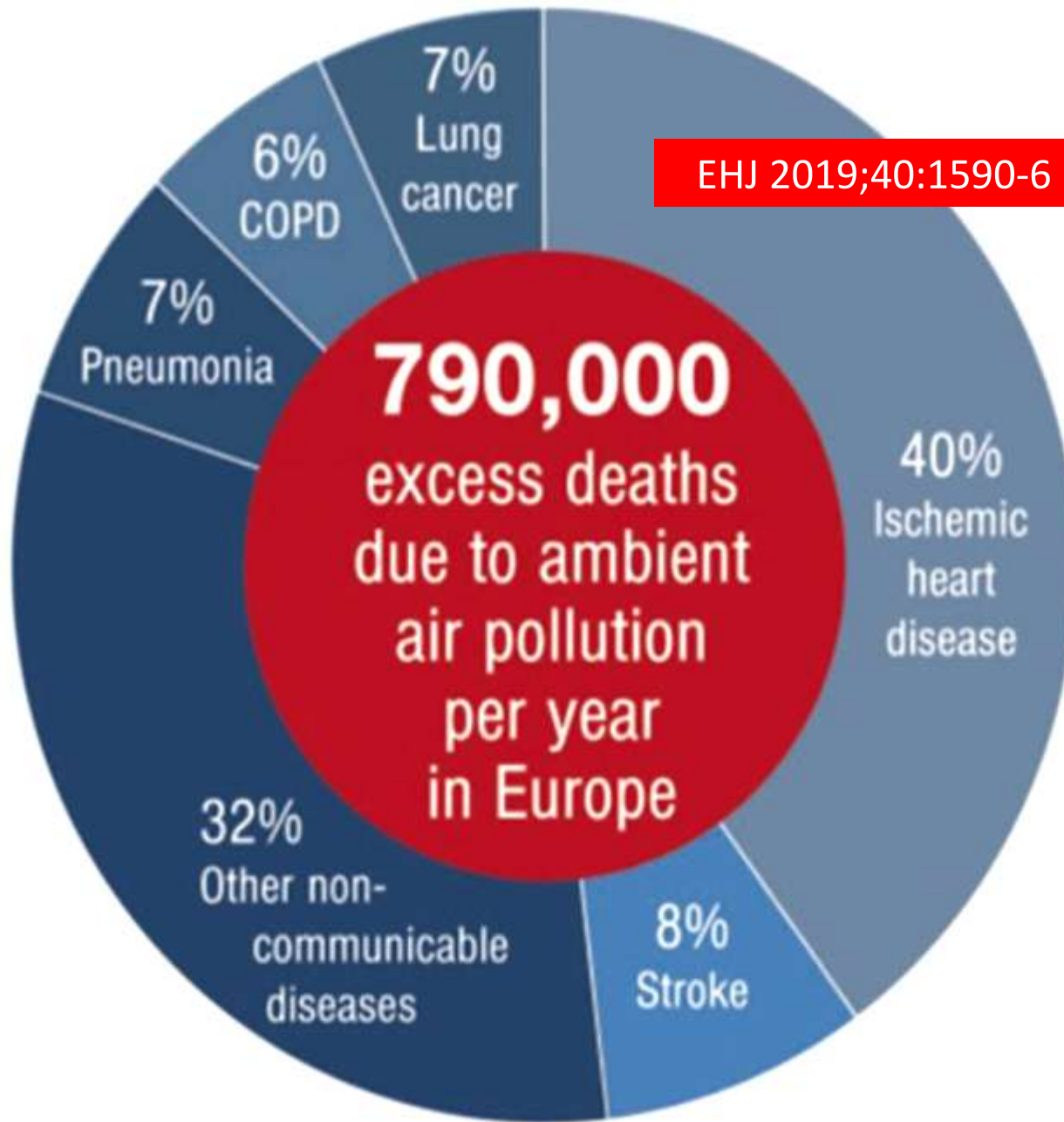


4% de décès / an

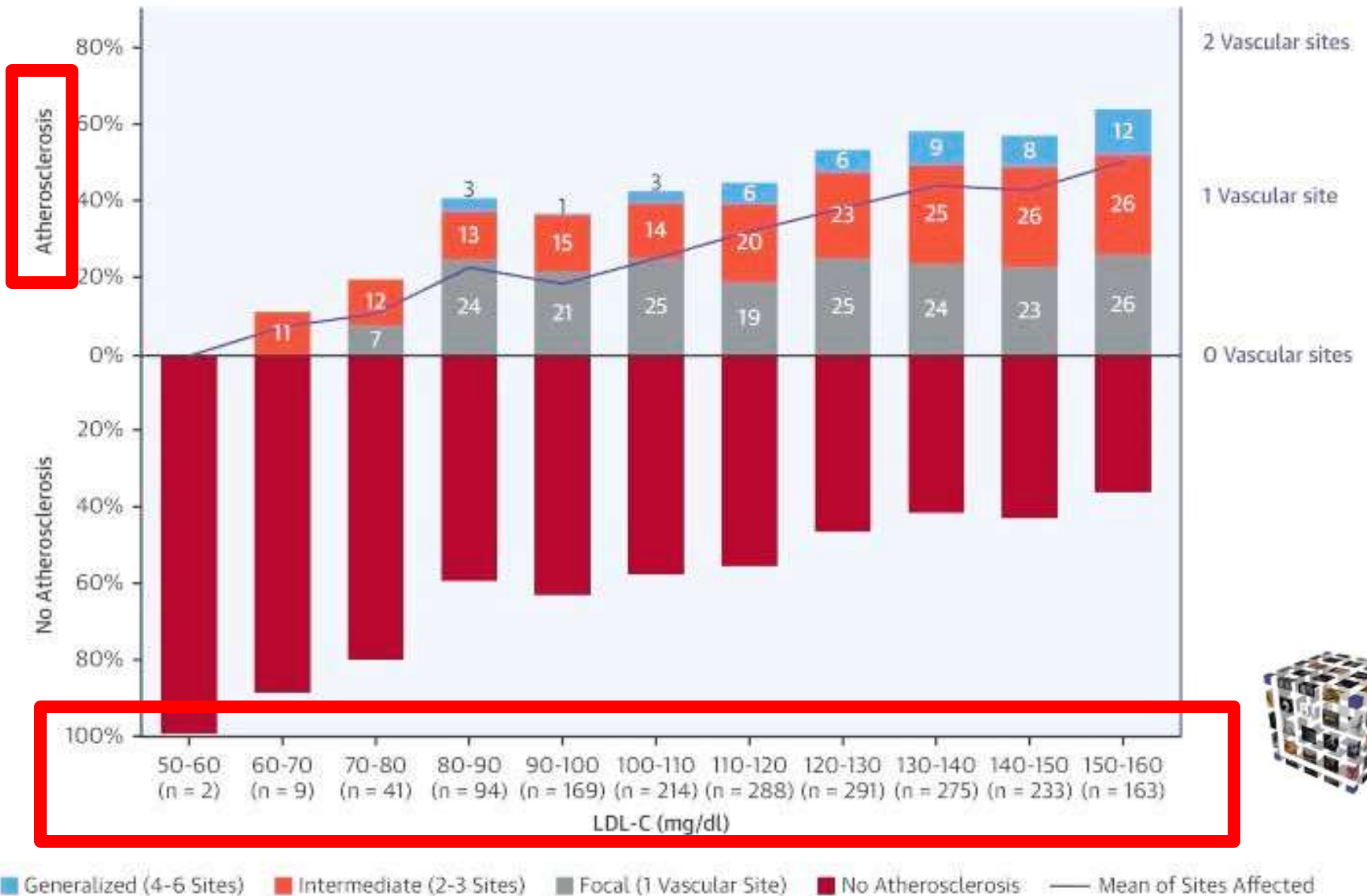
1% d'ischémie aiguë /an avec amputation majeure

Part mortalité CV dans mortalité globale : 50%

EHJ 2019;40:1590-6



CENTRAL ILLUSTRATION: Relation Between LDL-Cholesterol Levels and Atherosclerosis



TRAITEMENT MEDICAL AOMI



↓
↓
Mortalité
Mortalité

cardiovasculaire
↓
Mortalité par
cancer
↓
Amputations

- **Contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires +++**
 - Sevrage impératif du tabac +++
 - Contrôle du surpoids (IMC < 25 kg/m²)
 - Lutte contre la sédentarité, le déconditionnement à l'effort
- **Statine systématique**
 - Objectif de LDL-cholestérol < 1,4mmol/L (0,55g/L)
- **Contrôle HTA**
 - Privilégier IEC ou ARA2
- **Antiagrégant plaquettaire**





GET YOUR

150



TRAITEMENT MEDICAL DE L'AOMI

**“STOP SMOKING, KEEP WALKING AND
TAKE ASPIRIN ...”**

(Housley. BMJ 1988; 296 : 1483)

“ OR CLOPIDOGREL ... ”

(CAPRIE Steering Committee. Lancet. 1996; 348: 1329-39)



TRAITEMENT MEDICAL DE L'AOMI

**“STOP SMOKING, KEEP WALKING AND
TAKE CLOPIDOGREL ... ”**

(ESC 2017)



ANTIPLAQUETTAIRES



Lower Extremity Artery Disease (LEAD)

- Statins to improve walking distance^{30,278}
- LEAD + AF: Anticoagulation if CHADS-VASc >2
- Angiography in CLTI with below-the-knee lesions
- Duplex screening for AAA^{258, 259}
- In case of CABG: screen LEAD with ABI, limit vein harvesting if LEAD
- Screening for LEAD in CAD patients^{366–368, 375–379}
- Screening for LEAD in HF patients
- Clopidogrel preferred over aspirin^a
- Antiplatelet therapy in isolated^b asymptomatic LEAD^{66, 67}



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

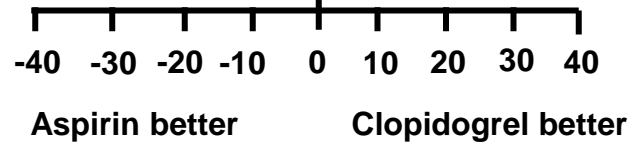
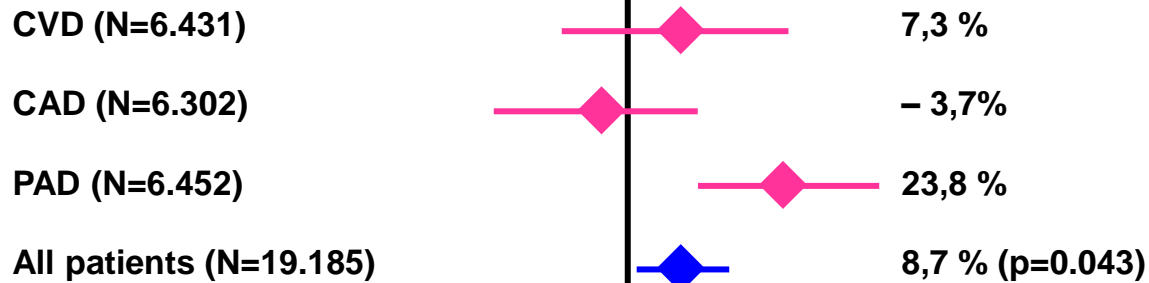
2017



Clopidogrel

CAPRIE (Efficacy of Clopidogrel vs. ASA in MI, stroke or vascular death)

CAPRIE risk reduction in subgroups:



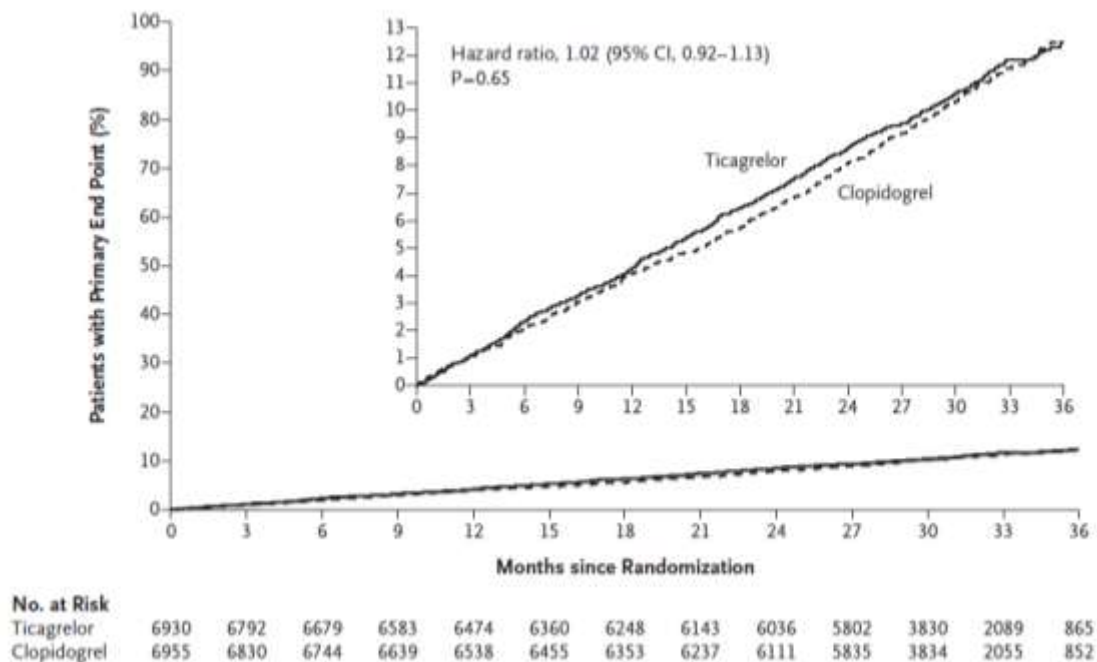
CAPRIE Lancet 1996; 348: 1329–39.



Ticagrelor

EUCLID Effects of Ticagrelor vs. Clopidogrel in patients with LEAD

Primary endpoint: cv death, MI, stroke

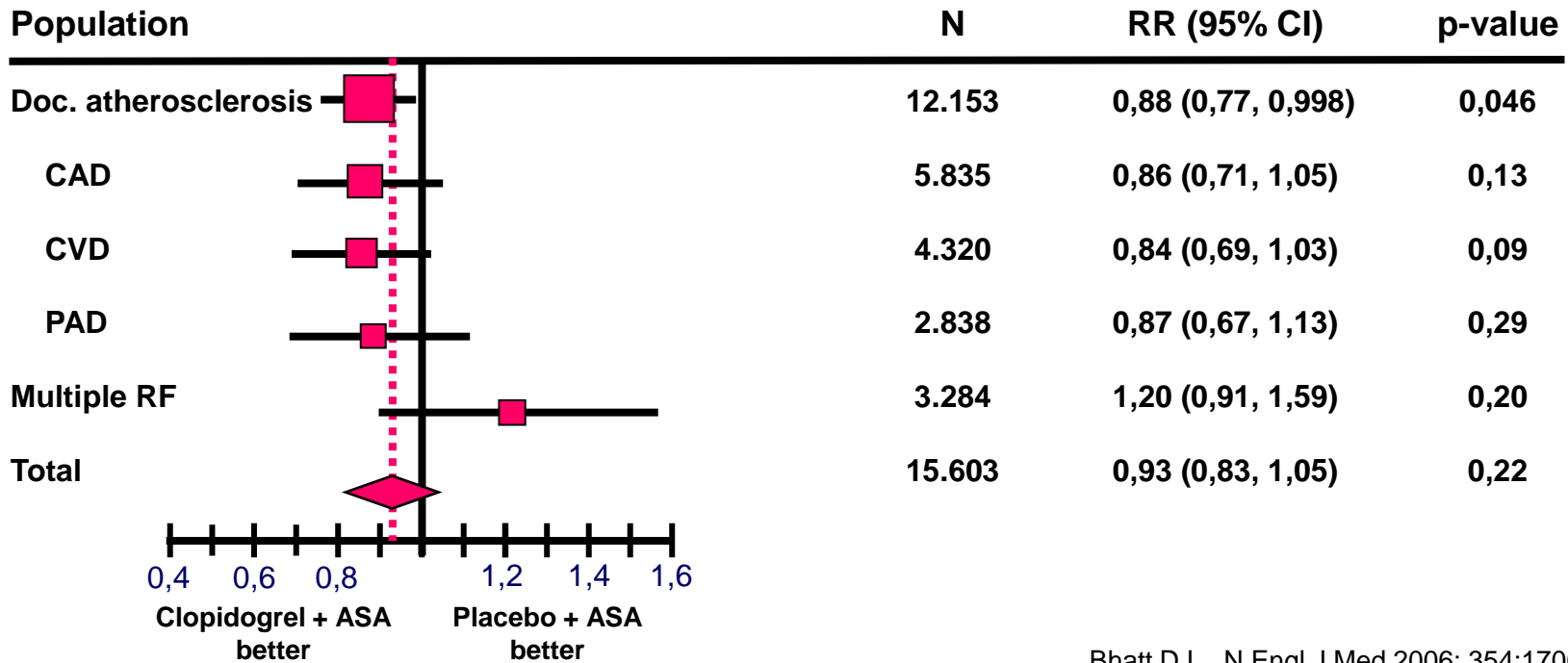


Hiatt WR et al., N Engl J Med. 2017; 376: 32-40.



Clopidogrel + Aspirine ?

CHARISMA (Clopidogrel for High Atherothrombotic Risk and Ischemic Stabilization, Management and Avoidance)

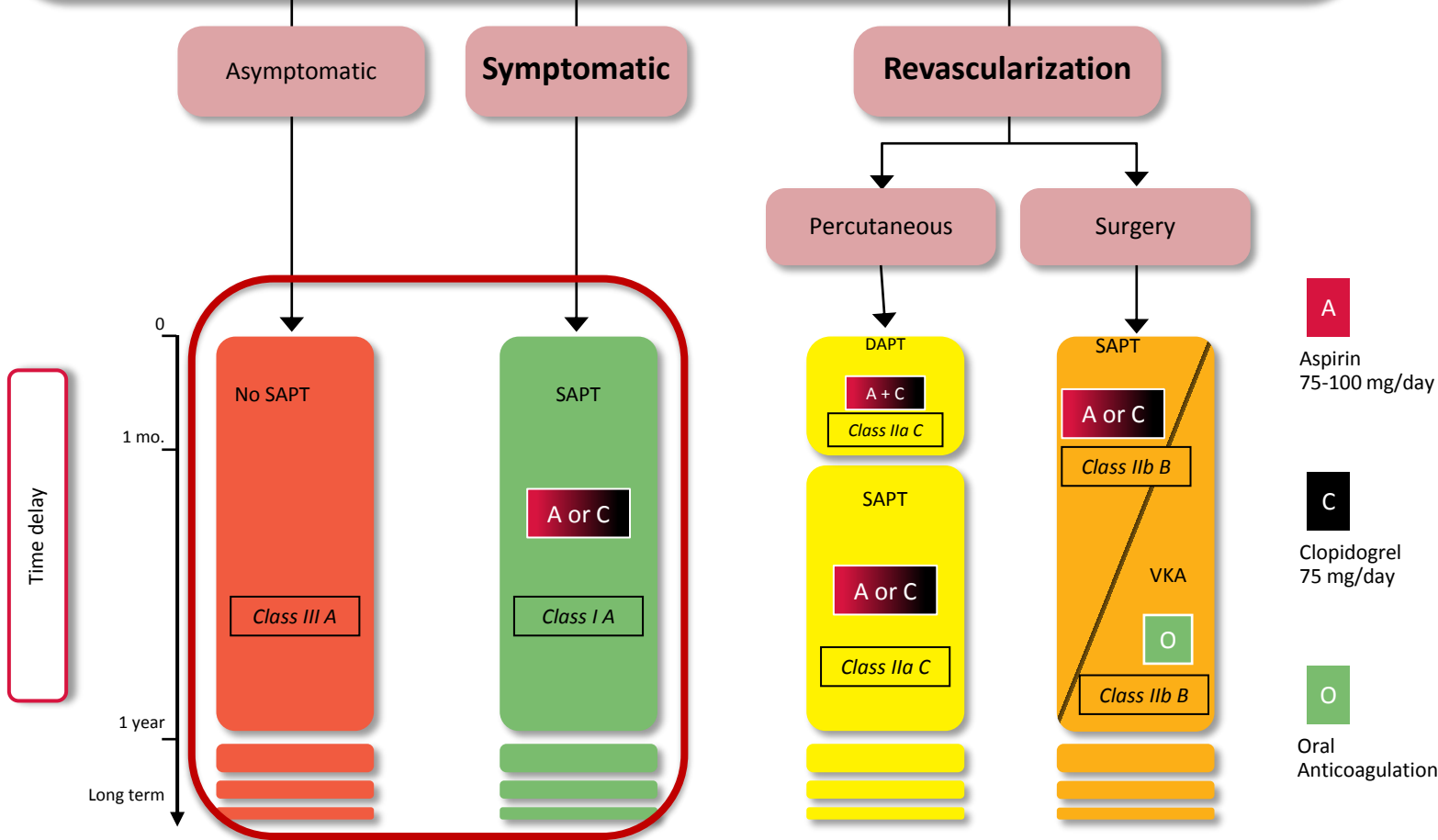


Bhatt D.L., N Engl J Med 2006; 354:1706-17



2017 ESC Guidelines Peripheral Arterial Diseases

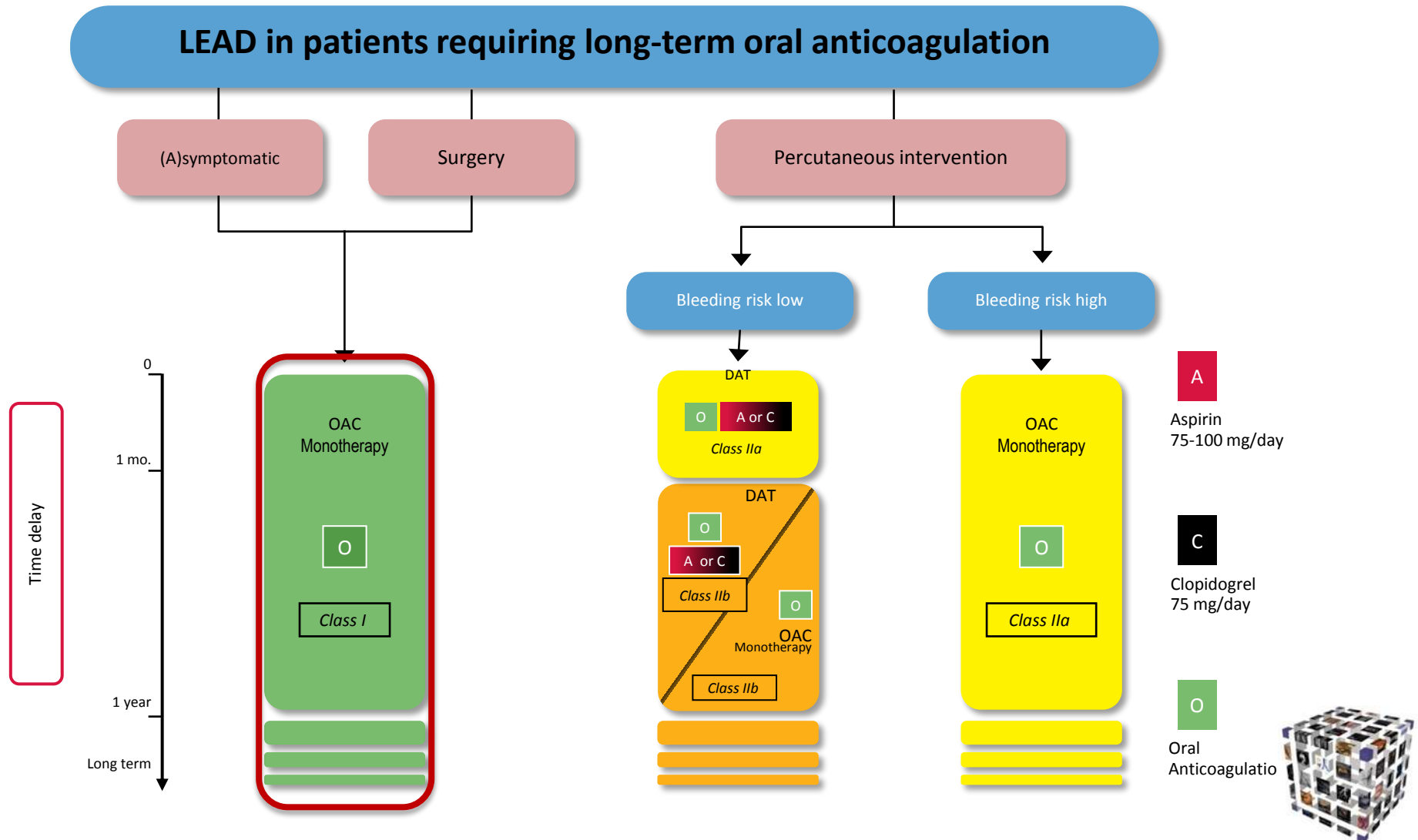
Management of antiplatelet therapy in patients with LEAD not requiring anticoagulation



Aboyans V. et al. European Heart Journal 2017, ehx095, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx095>



2017 ESC Guidelines Peripheral Arterial Diseases



Les ANTI THROMBOTIQUES



Vascular Medicine

Acute Limb Ischemia and Outcomes With Vorapaxar in Patients With Peripheral Artery Disease

Results From the Trial to Assess the Effects of Vorapaxar in Preventing Heart Attack and Stroke in Patients With Atherosclerosis–Thrombolysis in Myocardial Infarction 50 (TRA2°P-TIMI 50)

Marc P. Bonaca, MD, MPH; J. Antonio Gutierrez, MD, MHS; Mark A. Creager, MD; Benjamin M. Scirica, MD; Jeffrey Olin, MD; Sabina A. Murphy, MPH; Eugene Braunwald, MD; David A. Morrow, MD, MPH

VOROXAPAR (Zontivity 2 mg[®], cp)

Il inhibe l'action de la thrombine sur le récepteur activé de la protéase 1 (PAR-1),

Zontivity, administré en association avec de l'acide acétylsalicylique (AAS) et, si nécessaire, avec du clopidogrel est indiqué dans la réduction des événements athérothrombotiques chez les patients adultes ayant des antécédents d'infarctus du myocarde (IDM).

Clinical Trial Registration—URL: <http://www.clinicaltrials.gov>. Unique identifier: NCT00526474.
(*Circulation*. 2016;133:997-1005. 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019355.)



Vorapaxar and Acute Limb Ischemia by Etiology

N=3,787 with Symptomatic PAD

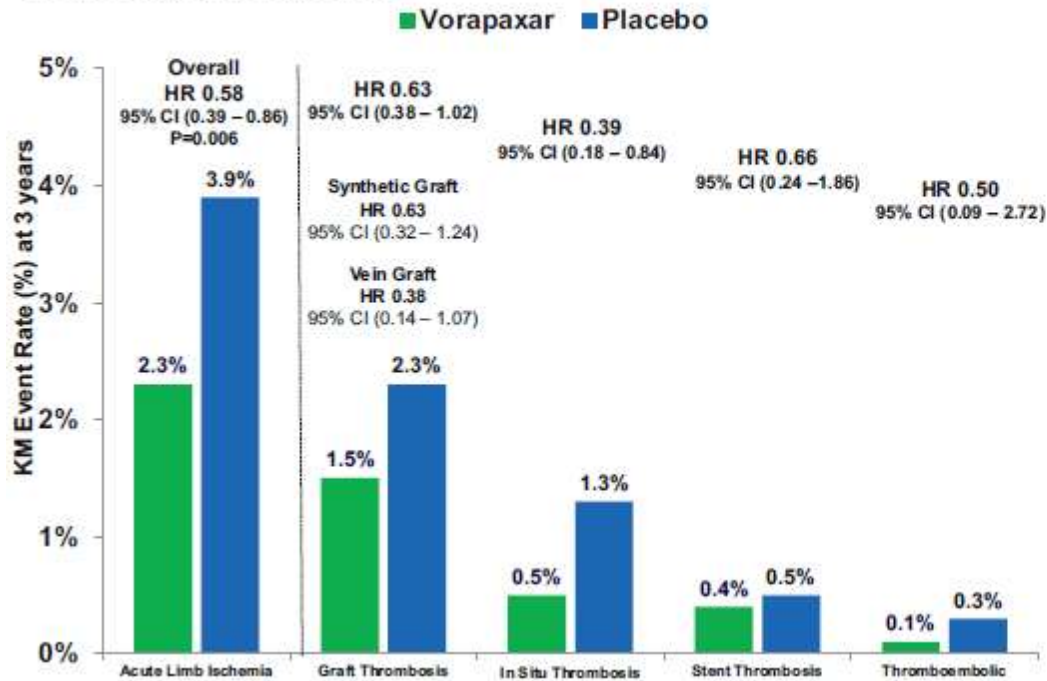
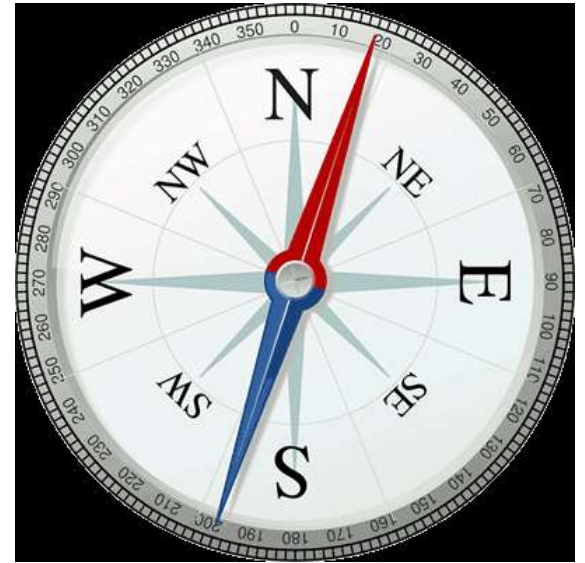


Figure 5. Vorapaxar and acute limb ischemia by type. CI indicates confidence interval; HR, hazard ratio; KM, Kaplan-Meier, and PAD, peripheral artery disease.

Conclusions—In selected patients with symptomatic PAD and without atrial fibrillation, ALI occurs at a rate of 1.3%/y, is most frequently caused by acute bypass graft thrombosis or in situ thrombosis of a diseased vessel, and often results in limb loss. Vorapaxar reduces ALI in patients with symptomatic PAD with consistency across type, including PAD resulting from surgical graft thrombosis and in-situ thrombosis.

Chez l'artérite, il ne diminue pas significativement le risque cardiaque mais celui d'une ischémie aiguë de membre, avec un risque hémorragique également majoré, intéressant chez le diabétique





AOD et AOMI

COMPASS 



**AOD dans l'AOMI : est-ce
Compass ou pas ?**



Dual Pathway Inhibition with Rivaroxaban 2.5 mg bid + Aspirin Significantly Reduced MACE by 28% and MALE by 46% Versus Aspirin

Outcome	Rivaroxaban 2.5 mg bid + aspirin N=2492	Rivaroxaban 5 mg bid N=2474	Aspirin N=2,504	Rivaroxaban 2.5 mg bid + aspirin vs. aspirin		Rivaroxaban 5 mg bid vs. aspirin	
	N (%)	N (%)	N (%)	HR (95% CI)	p-value	HR (95% CI)	p-value
MACE	126 (5.1)	149 (6.0)	174 (6.9)	0.72 (0.57–0.90)	0.005	0.86 (0.69–1.08)	0.19
CV death	64 (2.6)	66 (2.7)	78 (3.1)	0.82 (0.59–1.14)	-	0.86 (0.62–1.19)	-
Stroke	25 (1.0)	43 (1.7)	47 (1.9)	0.54 (0.33–0.87)	-	0.93 (0.61–1.40)	-
MI	51 (2.0)	56 (2.3)	67 (2.7)	0.76 (0.53–1.09)	-	0.84 (0.59–1.20)	-
MALE	30 (1.2)	35 (1.4)	56 (2.2)	0.54 (0.35–0.84)	0.005	0.63 (0.41–0.96)	0.03
Major amputation	5 (0.2)	8 (0.3)	17 (0.7)	0.30 (0.11–0.80)	0.01	0.46 (0.20–1.08)	0.07

*Anand SS et al. ESC 2017, Abs 1157; Available at:
<http://spo.escardio.org/SessionDetails.aspx?eevtid=1220&sessId=22247&subSessId=0;>
Anand SS et al. Lancet 2017;In Press*



Low Overall Incidence of Major Bleeding with Rivaroxaban 2.5 mg bid + Aspirin Versus Aspirin Alone, with Similar Fatal and Intracranial Bleeding

Outcome	Rivaroxaban 2.5 mg bid + aspirin N=2492	Rivaroxaban 5 mg bid N=2474	Aspirin N=2504	Rivaroxaban 2.5 mg bid + aspirin vs. aspirin		Rivaroxaban 5 mg bid vs. aspirin	
	N (%)	N (%)	N (%)	HR (95% CI)	p-value	HR (95% CI)	p-value
Major bleeding	77 (3.1)	79 (3.2)	48 (1.9)	1.61 (1.1–2.31)	0.009	1.68 (1.17–2.40)	0.004
Fatal	4 (0.2)	5 (0.2)	3 (0.1)	-	-	-	-
Non-fatal ICH*	4 (0.2)	5 (0.2)	8 (0.3)	-	-	-	-
Non-fatal other critical organ*	13 (0.5)	18 (0.7)	8 (0.3)	1.55 (0.64–3.74)	0.33	2.15 (0.94–4.96)	0.06

**Symptomatic*

Anand SS et al. ESC 2017, Abs 1157; Available at:

<http://spo.escardio.org/SessionDetails.aspx?eevtid=1220&sessId=22247&subSessId=0;>

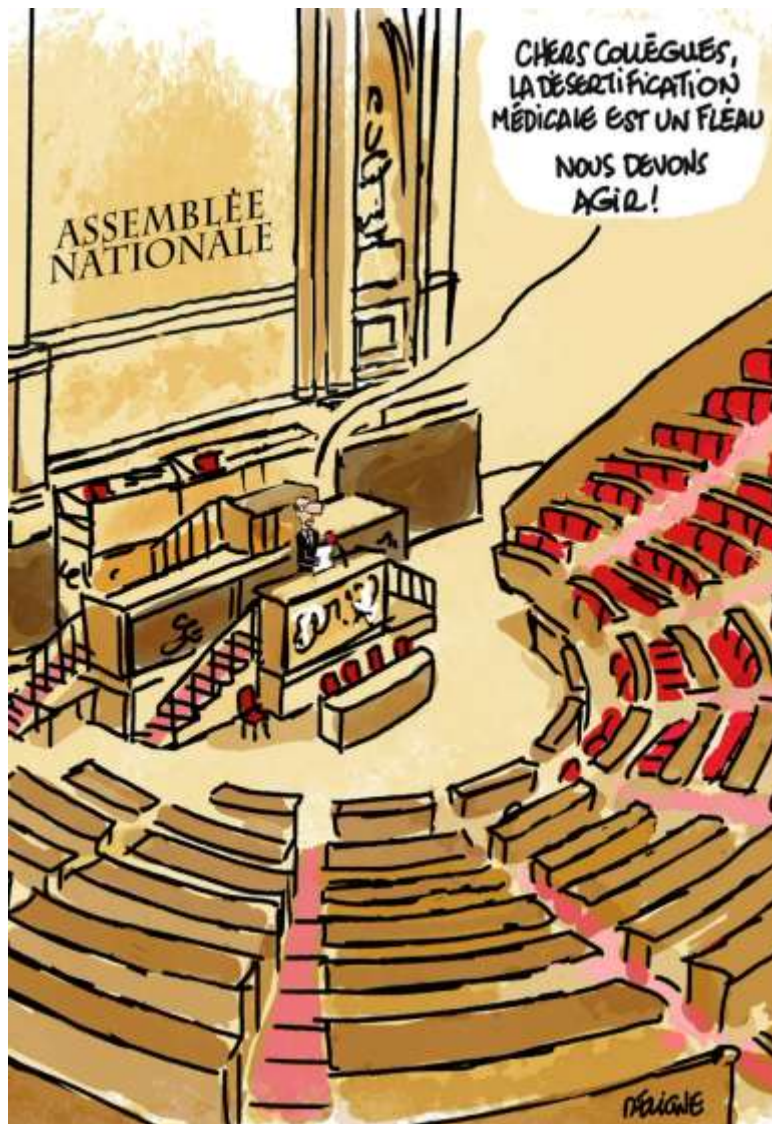
Anand SS et al. Lancet 2017;In Press



COMPASS

- Pas de comparaison direct avec le clopidogrel, pas de comparaison direct avec une double anti agrégation plaquettaire
- La double anti agrégation serait peut être moins efficace que COMPASS ,à confirmer par une étude comparative
- Compass semble être associée avec plus de saignements que la DAPT mais à confirmé par une étude comparative
- IL est difficile d'avoir aujourd'hui une conclusion définitive et pratique sur COMPASS, il faut définir quelle est la population qui présente une AOMI justifiant de cette association (DIABETE ???)
- Il serait intéressant d'essayer de définir une population bénéficiant de COMPASS sur APT et / ou DAPT.





STATINE



**2 modes de pensée pour la
réduction du LDL
50% ou Valeur du LDL**





LDL-C
Objectif
personnalisé



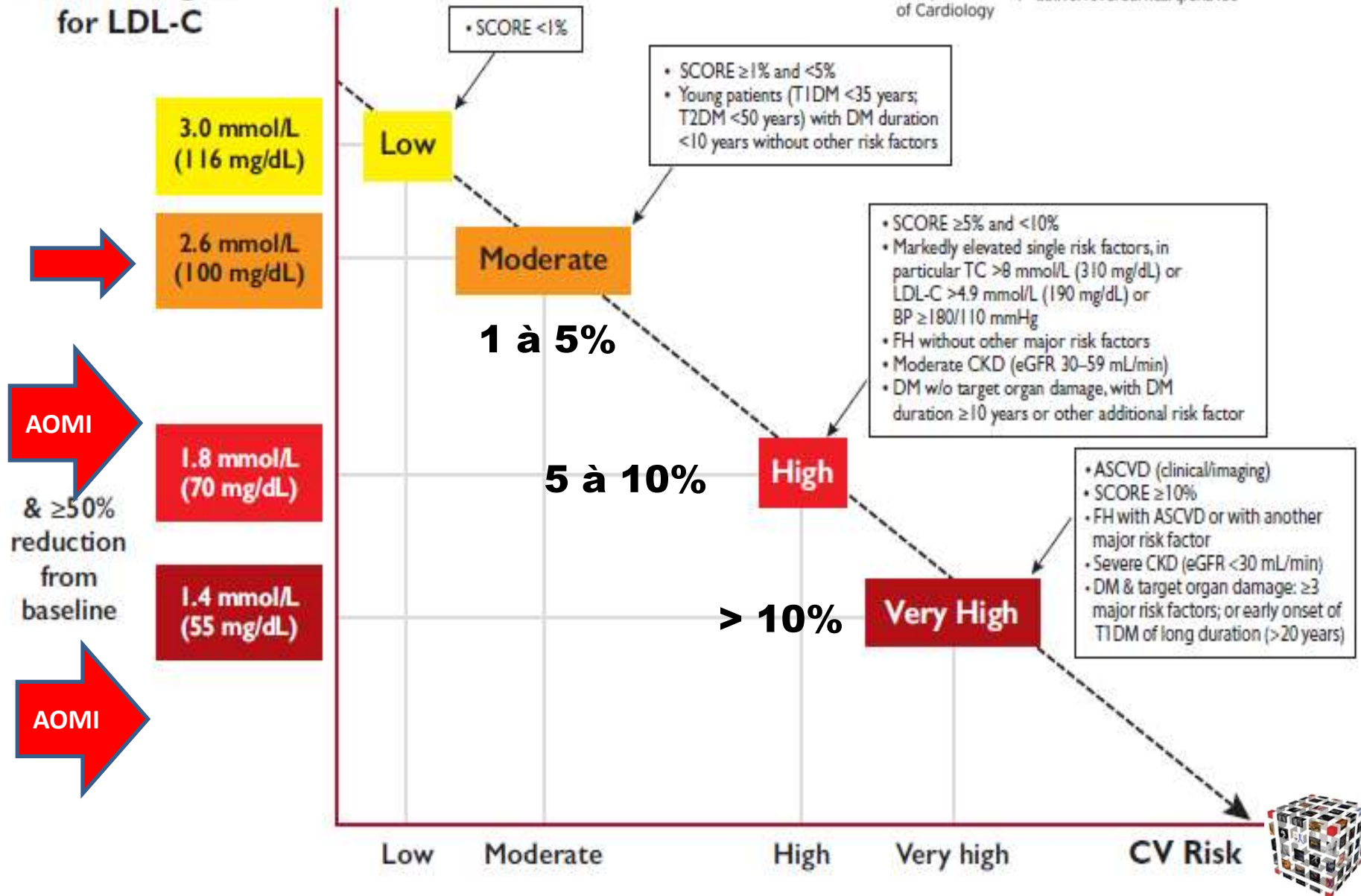
2013 Prevention Guidelines Tools
CV RISK CALCULATOR

**Surestimation du
risque
de 78%**

**Celui qui n'a pas d'objectif
ne risque pas de l'atteindre**



Treatment goal for LDL-C



ORIGINAL RESEARCH ARTICLE



Association of Statin Dose With Amputation and Survival in Patients With Peripheral Artery Disease

N= 155647 patients, AOMI, 28% sans statine, statine forte dose 6,4%,

CONCLUSIONS: Statins, especially high-intensity formulations, are underused in patients with PAD. This is the first population-based study to show that high-intensity statin use at the time of PAD diagnosis is associated with a significant reduction in limb loss and mortality in comparison with low-to-moderate-intensity statin users, and patients treated only with antiplatelet medications but not with statins, as well.



NEWS 29/07/2016 : publication française J BEZIN, Archives of Cardiovascular Disease sur les arrêts intempestifs de traitements par statine : **53% d'arrêt chez les patients à bas risques, 40% chez les patients à risque moyen et 25% pour les patients à haut risque : résultats extrapolés au niveau national 9000 décès indus par arrêt des statines** , Merci Pr EVEN et Pr DEBRE !

NEWS Septembre 2016 : publiée dans le Lancet, les STATINES diminuent le risque cardio vasculaire en prévention secondaire de **10% en risque absolu** ce qui est majeur et 5% en prévention risque primaire





Evolocumab

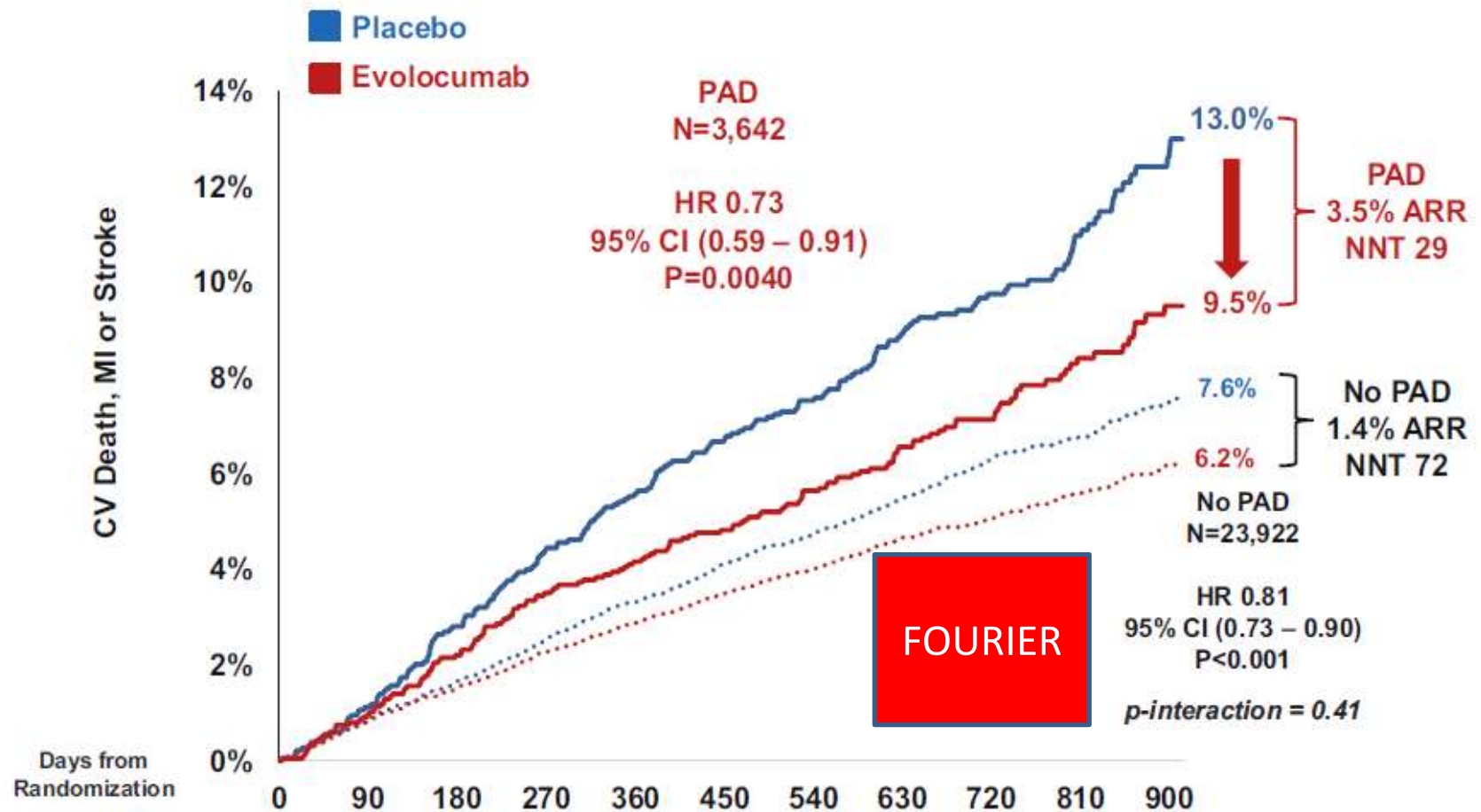
Inhibiteur PCSK9

Praluent[®] Repatha[®] et L'inclisiran

280 € / mois



B CV Death, MI or Stroke in Patients with and without PAD



Number at risk

Placebo PAD	1784	1756	1721	1685	1654	1632	1587	1332	1014	729	452
Evolocumab PAD	1858	1834	1806	1774	1758	1740	1692	1427	1091	779	480
Placebo no PAD	11996	11861	11732	11606	11494	11375	10767	9099	7167	5429	3636
Evolocumab no PAD	11926	11802	11699	11583	11490	11397	10828	9138	7258	5474	3649



12/03/2018

https://francais.medscape.com/voirarticle/3603993_print

francais.medscape.com

ODYSSEY Outcomes : l'anti-PCSK9 alirocumab diminue aussi la mortalité globale

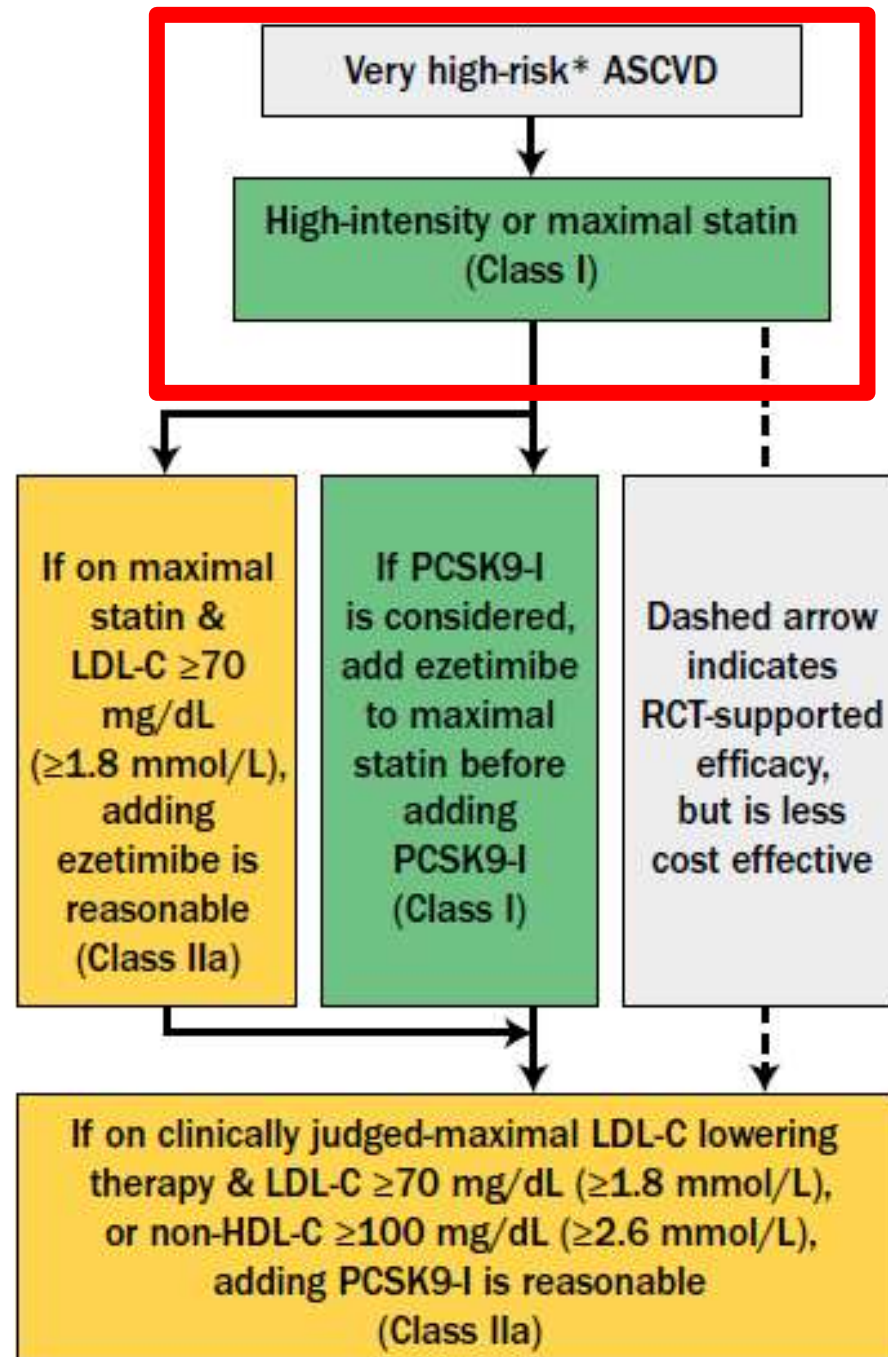
Aude Lecrubier, Patrice Wendling

12 mars 2018

**Le force des anti PCSK9, la COMPLIANCE,
1 inj sous cut, tous les 15 j ou 1 / mois ou 1 /6 mois**



AOMI



1

• **STATINE**

2

• **STATINE + EZETIMIDE**

3

• **STATINE + AntiPCSK₉**





IEC et AOMI



The New England Journal of Medicine

© Copyright, 2000, by the Massachusetts Medical Society

VOLUME 342

JANUARY 20, 2000

NUMBER 3



EFFECTS OF AN ANGIOTENSIN-CONVERTING-ENZYME INHIBITOR, RAMIPRIL,
ON CARDIOVASCULAR EVENTS IN HIGH-RISK PATIENTS

THE HEART OUTCOMES PREVENTION EVALUATION STUDY INVESTIGATORS*

The NEW ENGLAND
JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

APRIL 10, 2008

VOL. 358 NO. 15

Telmisartan, Ramipril, or Both in Patients at High Risk
for Vascular Events

The ONTARGET Investigators*





ANTI INFLAMMATOIRES



CRP Ultrasensible

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

SEPTEMBER 21, 2017

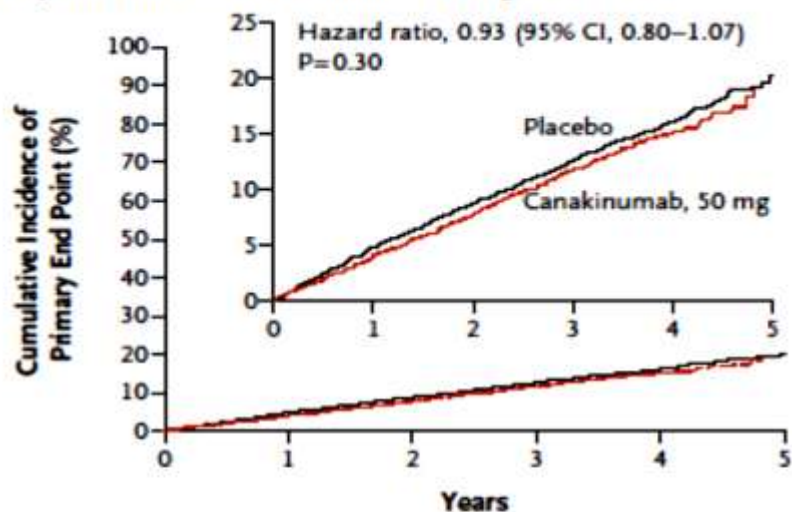
VOL. 377 NO. 12

Antiinflammatory Therapy with Canakinumab for Atherosclerotic Disease

P.M. Ridker, B.M. Everett, T. Thuren, J.G. MacFadyen, W.H. Chang, C. Ballantyne, F. Fonseca, J. Nicolau, W. Koenig, S.D. Anker, J.J.P. Kastelein, J.H. Cornel, P. Pais, D. Pella, J. Genest, R. Cifkova, A. Lorenzatti, T. Forster, Z. Kopalava, L. Vida-Simiti, M. Flather, H. Shimokawa, H. Ogawa, M. Dellborg, P.R.F. Rossi, R.P.T. Troquay, P. Libby, and R.J. Glynn, for the CANTOS Trial Group*



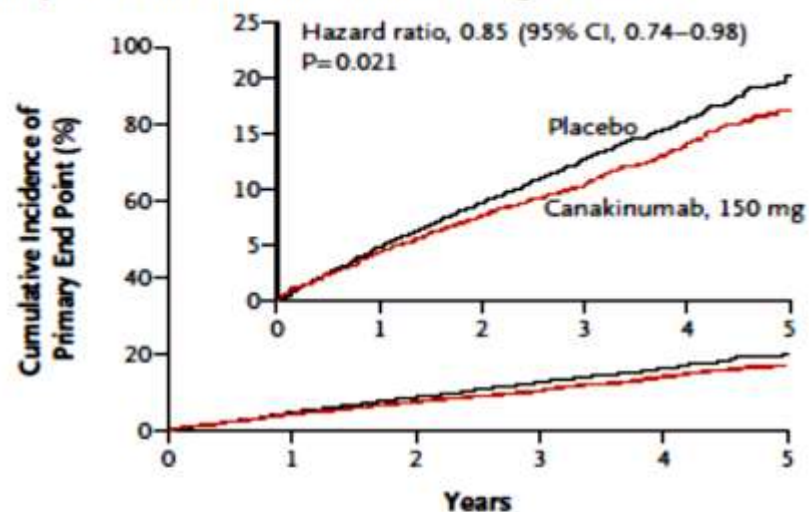
A Primary End Point with Canakinumab, 50 mg, vs. Placebo



No. at Risk

Placebo	3344	3141	2973	2632	1266	210
Canakinumab	2170	2057	1950	1713	762	47

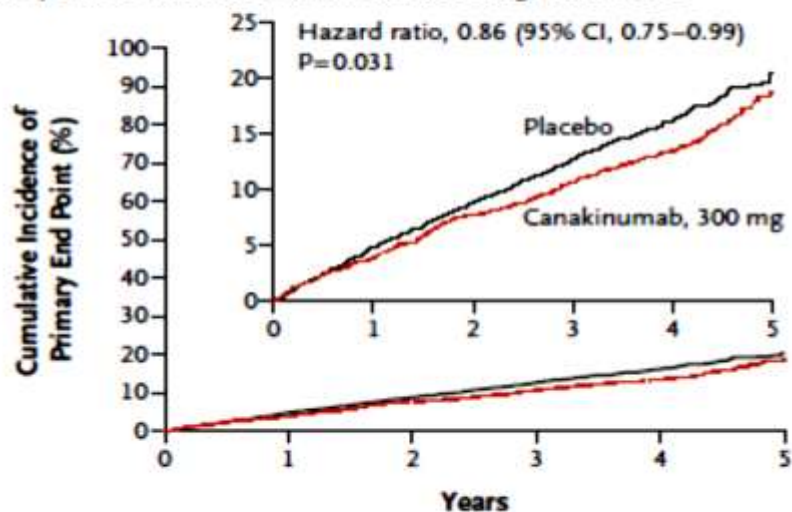
B Primary End Point with Canakinumab, 150 mg, vs. Placebo



No. at Risk

Placebo	3344	3141	2973	2632	1266	210
Canakinumab	2284	2151	2057	1849	907	207

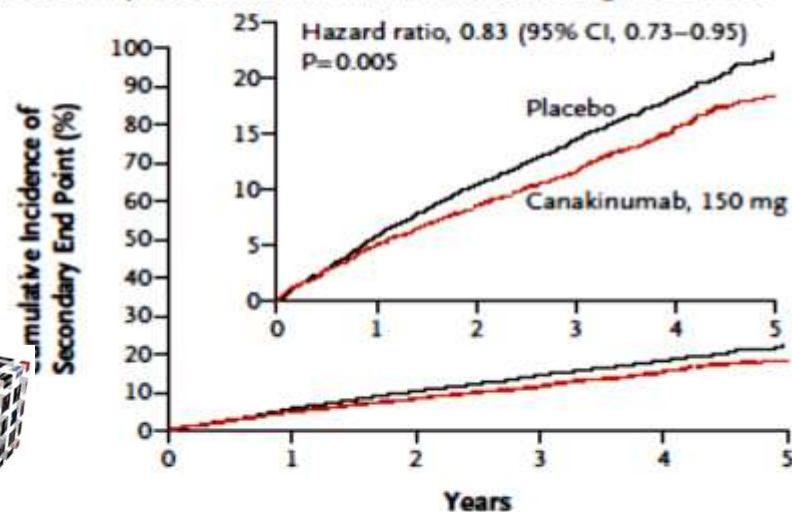
C Primary End Point with Canakinumab, 300 mg, vs. Placebo



No. at Risk

Placebo	3344	3141	2973	2632	1266	210
Canakinumab	2263	2149	2038	1819	938	199

D Key Secondary End Point with Canakinumab, 150 mg, vs. Placebo



No. at Risk

Placebo	3344	3107	2921	2578	1238	206
Canakinumab	2284	2135	2039	1824	892	201



ORIGINAL ARTICLE

Low-Dose Methotrexate for the Prevention of Atherosclerotic Events

Paul M Ridker, M.D., Brendan M. Everett, M.D., Aruna Pradhan, M.D.,
Jean G. MacFarland, B.A., Daniel H. Solomon, M.D., Elaine Zaharris, B.A.,
Virak Mam, B.S., Ahmed Hasan, M.D., Yves Rosenberg, M.D.,
Erin Iturriaga, M.S.N., Milan Gupta, M.D., Michelle Tsigoulis,
Subodh Verma, M.D., Michael Clearfield, D.O., Peter Libby, M.D.,
Samuel Z. Goldhaber, M.D., Roger Seagle, M.D., Cyril Ofori, M.D.,
Mohammad Saklayen, M.D., Samuel Butman, M.D., Narendra Singh, M.D.,
Michel Le May, M.D., Olivier Bertrand, M.D., James Johnston, M.D.,
Nina P. Paynter, Ph.D., and Robert J. Glynn, Sc.D., for the CIRT Investigators*

N Engl J Med 2019;380:752-62.

DOI: 10.1056/NEJMoa1809798

Copyright © 2018 Massachusetts Medical Society.



**Retombons sur
terre !**



Low-Dose Aspirin Discontinuation and Risk of Cardiovascular Events

A Swedish Nationwide, Population-Based Cohort Study

Johan Sundström, MD, PhD
Jakob Hedberg, MD, PhD
Marcus Thuresson, PhD
Pernilla Aarskog, MSc
Kasper Munk Johannesen, MSc*
Jonas Oldgren, MD, PhD*

Circulation. 2017;136:1183–1192. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.028321

Clinical Perspective

What Is New?

- Discontinuing long-term low-dose aspirin treatment in the absence of major surgery or bleeding may be hazardous.
- We investigated that question among 601527 users of low-dose aspirin for primary or secondary prevention identified in the Swedish drug prescription register.
- Patients who discontinued aspirin had a 37% higher rate of cardiovascular events than those who continued, corresponding to an additional cardiovascular event observed per year in 1 of every 74 patients who discontinue aspirin.
- The risk increased shortly after discontinuation and did not appear to diminish over time.



L'arrêt de l'ASPIRINE non justifiée est dangereux (CV)

601 527 patients investigués

Patients qui stoppent sans raison : 37% de sur risque CV : RCV surajouté

Risque augmente rapidement

ASPIRINE et POIDS



« Ce qui est important [dans l'étude suédoise], c'est que le résultat va à l'encontre d'une logique industrielle qui rajoute des médicaments sans se préoccuper des comportements des patients », insiste le Pr Collet. « Dans COMPASS, les patients prenaient déjà quatre médicaments en moyenne, et on en a rajouté un alors que le tiers de ces patients continuaient à fumer ».

La santé publique et les dépenses publiques ont plus à gagner à éviter un arrêt de traitement par l'aspirine qu'à ajouter un traitement par rivaroxaban.

Dans le cas particulier de l'aspirine, un autre élément va intervenir : « en 2018, plusieurs études importantes sur la prévention du cancer, ou du déclin cognitif, vont être publiées », relève le Pr Collet.

« On va avoir des études avec 15 000 patients et 10 ans de recul. Ces études pourraient montrer un bénéfice de l'aspirine en prévention des cancers, ou du déclin cognitif. Compte-tenu de leur taille, elles pourraient même montrer un bénéfice sur le plan CV. Ces preuves allongeront encore le cahier des charges de l'aspirine, ce qui favorisera probablement l'observance des traitements et l'attention portée à cette observance ».



Statine, Antiplaquettaire, AC, AOD AntiPCSK9 Où est la vérité ?

AOMI : ISCHEMIE d'EFFORT

1 territoire atteint ++++

**STATINE forte dose , CLOPIDOGREL (ASPIRINE) IEC, Correction FDRCV,
Marche**

AOMI : ISCHEMIE d'EFFORT

POLYVASCULAIRE +++++

**STATINE forte dose + Ezetrol (AntiPCSK9 ?) , CLOPIDOGREL , IEC
Compass ?**



Statine, Antiplaquettaire, AC, AOD AntiPCSK9 Où est la vérité ?

AOMI : ISCHEMIE d'EFFORT

POLYVASCULAIRE +++++ et **DIABETE**

**STATINE forte dose, Ezetrol, (AntiPCSK9 ?) , CLOPIDOGREL ,
IEC, **DAPT** ou **ADO** à effet CV ou **COMPASS** ?**



AOMI traitée et MTEV

- Relais anti plaquettaire par AVK (TTR+) ou AVK + AP : **OUI**
- Relais anti plaquettaire par AOD : **OUI**

European Journal of Internal Medicine 25 (2014) 821–825

Original Article

Clinical outcome in patients with venous thromboembolism receiving concomitant anticoagulant and antiplatelet therapy

Inna Tzoran ^{a,*}, Benjamin Brenner ^{a,b}, Gleb Sakharov ^a, Javier Trujillo-Santos ^c, Alicia Lorenzo ^d, Olga Madridano ^e, Juan Bosco López-Sáez ^f, Manuel Monreal ^g, RIETE investigators

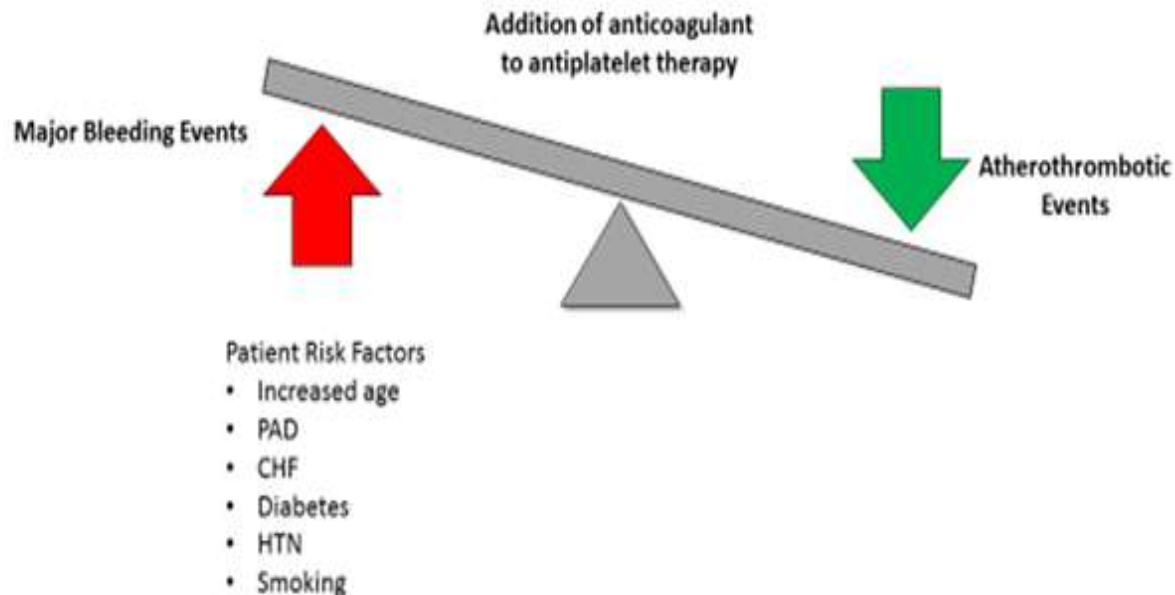
N=1178 patients, 62% des patient ont stoppé l'AP

Based on our results, the combination of antiplatelet drugs with anticoagulants used for a short-term treatment of VTE does not increase the risk for bleeding.



L'IMPORTANT

Anticoagulation, PAD, and Bleeding



Un constat

CENTRAL ILLUSTRATION Cardiovascular Prevention in PAD

Peripheral artery disease (PAD)

Patients are at risk for impaired quality of life and significant morbidity and mortality

Medical therapy (any antiplatelet therapy, statin, ACEI/ARB, cilostazol) and Lifestyle counseling (exercise or diet and smoking cessation) reduce incident cardiovascular events in PAD

These prevention strategies are underused: (percentage of PAD patients)



Antiplatelet therapy (38%)

Statin (35%)

ACEI/ARB (31%)

Cilostazol (5%)



Exercise or diet counseling (20%)



Smoking cessation counseling or medication (36%)

Berger, J.S. et al. J Am Coll Cardiol. 2017;69(18):2293-300.

Underuse of cardiovascular prevention in patients with peripheral artery disease. ACEI = angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB = angiotensin receptor blocker; PAD = peripheral artery disease.



Antiplatelets or anticoagulants	73.2%
Statins	55.5%
IEC	26.7%
ARA 2	24.2%
Triple therapy	29.3%

costs of peripheral artery

ouée, MD, MSc,^b Caroline Laurendeau, MSc,^b
 and Florence Thomas-Delecourt, PharmD, MSc,^d Toulouse.



Conclusions

Our study shows that the risk of de cardiovascular events is high in France with PAD in France.

This may be explained by inadequate uptake of recommended secondary preventive medications. Further efforts are required to ensure that all patients at risk receive optimal secondary prevention.

PAD drug treatment guidelines are not fully implemented in France



Sur une base de 500 000 patients en ALD pour AMI pour AOMI le coût cumulé annuel actuel atteint la somme astronomique de 5,5 milliards d'euros à la condition que les patients prennent leur traitement et que celui-ci soit optimal !



Comme l'a rappelé récemment

Fiona Godlee dans un [éditorial du British Journal of Medicine \(2018\)](#) : « *Pills are not the answer to unhealthy lifestyles!* »

Et d'ajouter : « *Plutôt que de vouloir prescrire des médicaments investissons nos précieuses ressources dans le changement de mode de vie, de santé publique et de prévention* ».

La première solution relève d'un choix de politique car c'est un enjeu de santé publique. Ce n'est pas parce qu'une molécule serait plus efficace que le patient deviendrait plus compliant, sans compter le coût médico économique de plus en plus prohibitif.

Une solution à la COMPLIANCE
POLYPILL : ASPIRINE, STATINE, SARTAN



Antiplaquettaires/ AVK / AOD et AOMI (Chirurgie/Angioplastie) Eléments modulateurs décisionnels

- Age
- Facteurs de Co Morbidité (IRC++++, cancer...)
- **Type d'intervention** : angioplastie / chirurgie
stent actif, longueur de la revascularisation
(proximale/distale, pré- et post-stent)
- **Stade de l'AOMI** (repos)
- Nombre de stents
- **Facteurs de risque** (TCPO2, SYSTOE)

PERSONNALISATION

**1 AP+AVK, 2 AP + AVK, AOD +
Aspirine , Cas par cas**



Q.Q.O.Q.C.C.P.

Comment?

Qui? Où?

Quand? Quoi?

Combien? Pourquoi?



Maladie artérielle périphérique : vers une optimisation de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire

Prise en charge du patient avec AOMI en 2020

Si diabète:

- Privilégier analogues de GLP1 ou inhibiteurs de SGLT2
- Plus de Metformine en 1^{ère} intention, sauf pour les patients en surpoids ou obèses

Si HTA:

- Privilégier IEC/ARA2 en 1^{ère} intention en association à un inhibiteur calcique ou diurétique thiazidique
- Objectif < 130/80mmHg (<65 ans) sinon < 140/80mmHg

Dyslipidémies

- Modification des objectifs (Très haut risque) : – 50% et dans tous les cas < 1,4 mmol/L (0,55 g/L)
- Ajout Ezetimibe si Statine insuffisante
- Ajout Anti-PCSK9 si Ezetimibe et Statine insuffisante





Réfléchissons et Agissons, afin d'atteindre ce qui est réalisable



- Le problème NUMERO 1 est l'adhésion au traitement = **EDUCATION THERAPEUTIQUE**
- Le problème NUMERO 2 : **CHANGEMENT de VIE des PATIENTS**
- Attention à l'escalade thérapeutique injustifiée qui existe déjà = une crampe sous statine = Anti PCSK9
- S'il on veut augmenter la compliance il ne faut pas multiplier les médicaments à prendre, **l'alternative la POLYPILL +++++**
- Une nouvelle **molécule merveilleuse** ne résous rien
- **Iatrogénicité des AOD** dans l'AOMI (hémorragie) d'autant plus que les facteurs de CO MORBIDITE sont multiples
- **La lutte contre le tabac doit être efficace**, elle ne l'est pas en France (cf SUEDE et AAA)
- La **POLLUTION** est un facteur CV de risque majeur dont il faut tenir compte.

« Le bonheur est la seule chose qui se double si on le partage. » Albert Schweitzer

HUMANITE / MEDECINE et HUMANISME

Partage des médicaments : F (salaire moyen)

Lutter contre le prix des médicaments

Lutter contre la contrefaçon

**Lutter contre la pénurie des
médicaments(organisée)**

Du BON SENS +++++ et de l'esprit CRITIQUE !

