

Je choisis un DES dans l'IVA proximale

Olivier Varenne
Hôpital Cochin
Paris, France

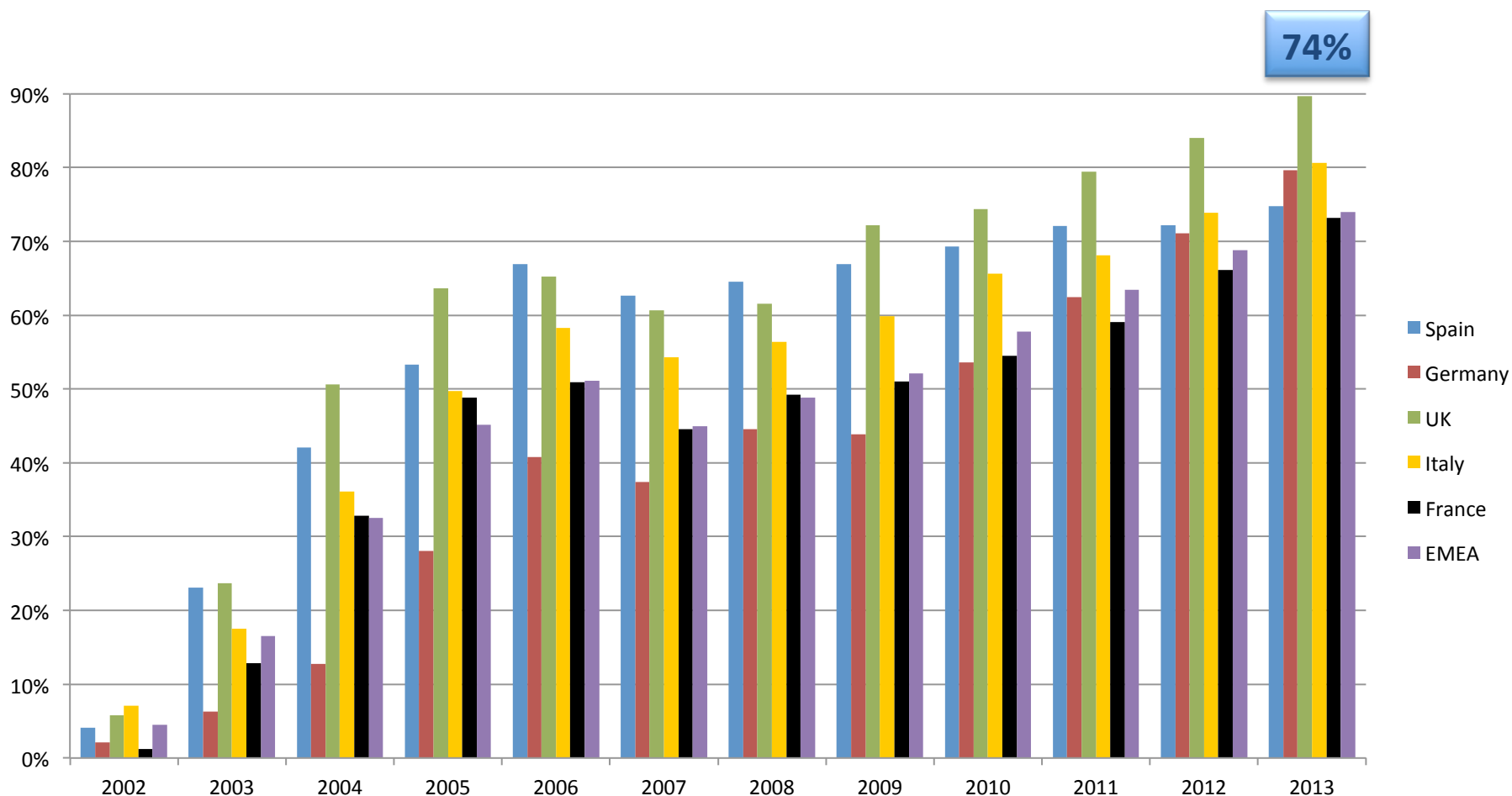
Conflits d'intérêt

Lectures rémunérées:

- Abbott
- Boston Scientific
- Hexacath
- Medtronic
- Astra Zeneca



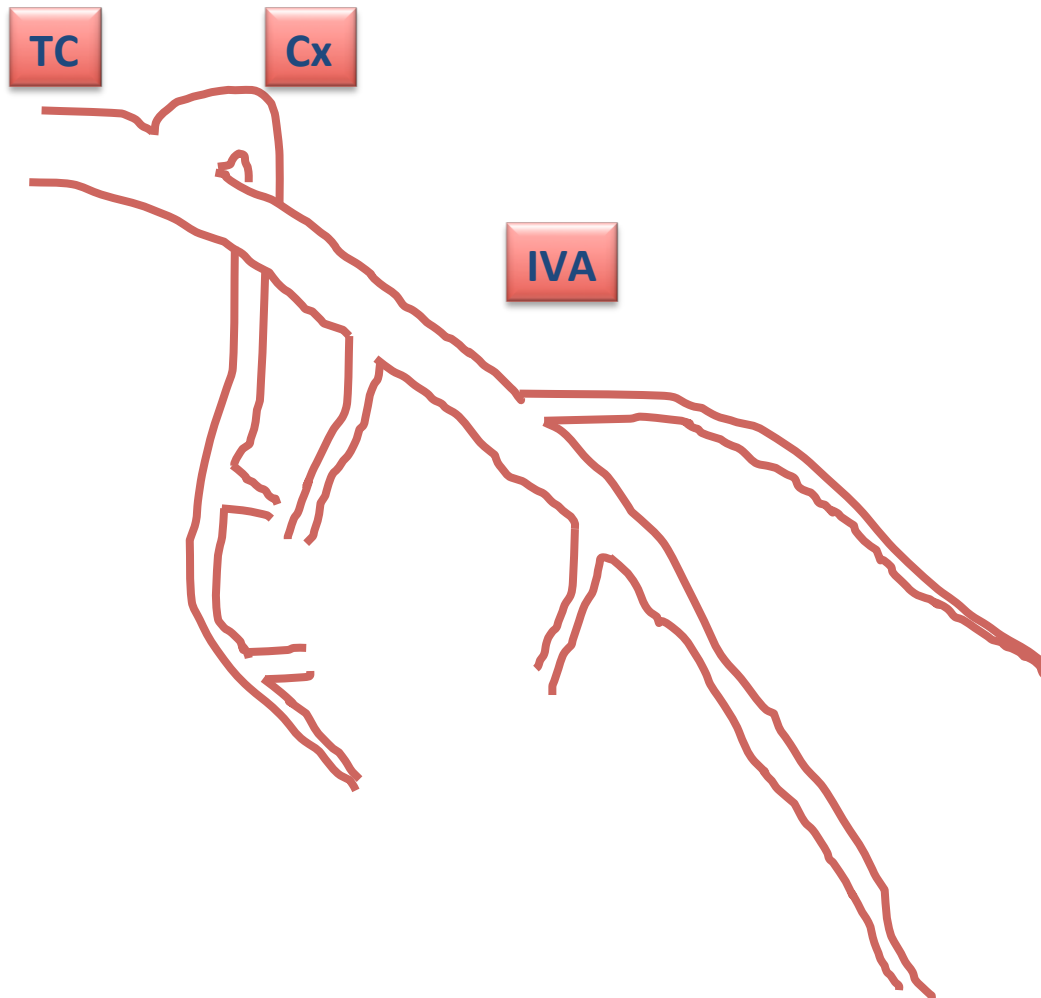
Pénétration DES France et EU



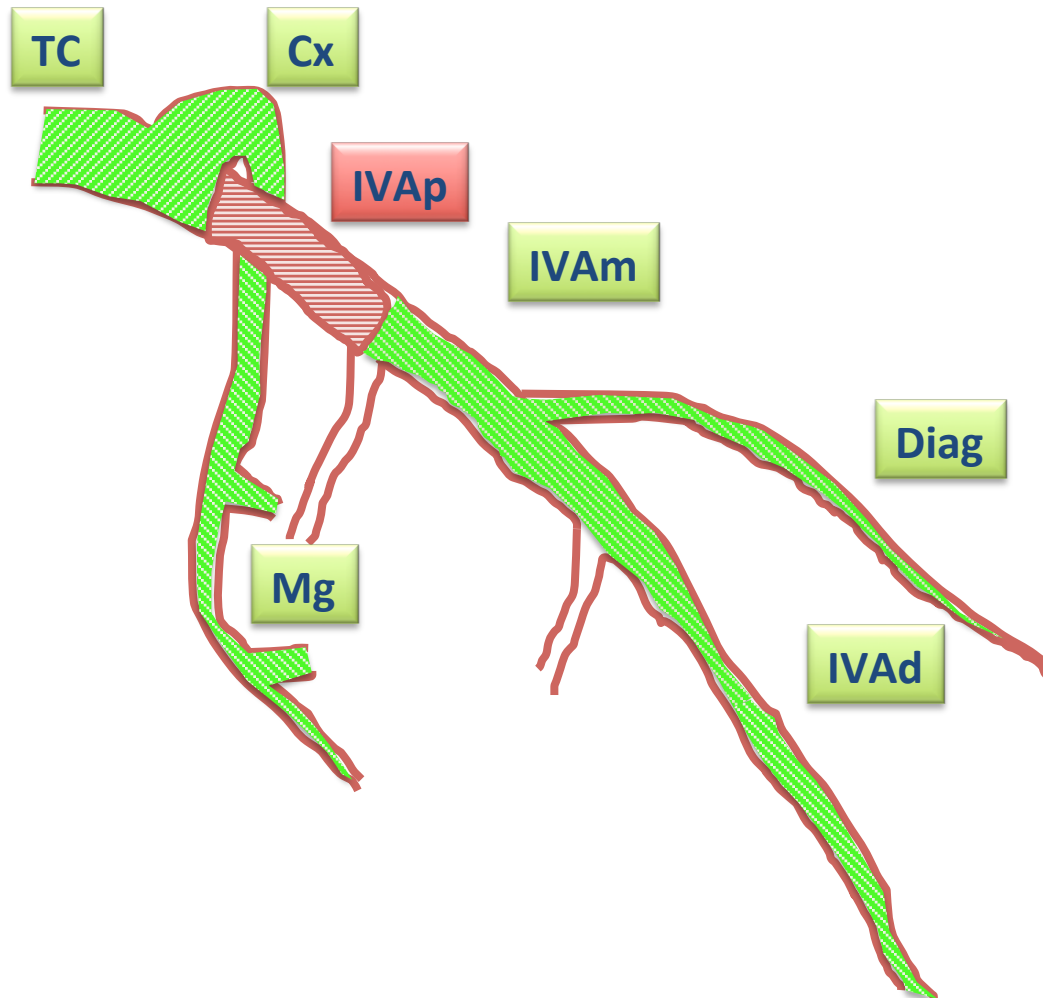
Non Utilisation DES dans IVA prox

- Particularisme anatomopathologique ?
- Potentielle dangerosité ?
- Manque de données scientifiques ?
- Absence d'inscription liste LPPR ?
- Cout trop important ?

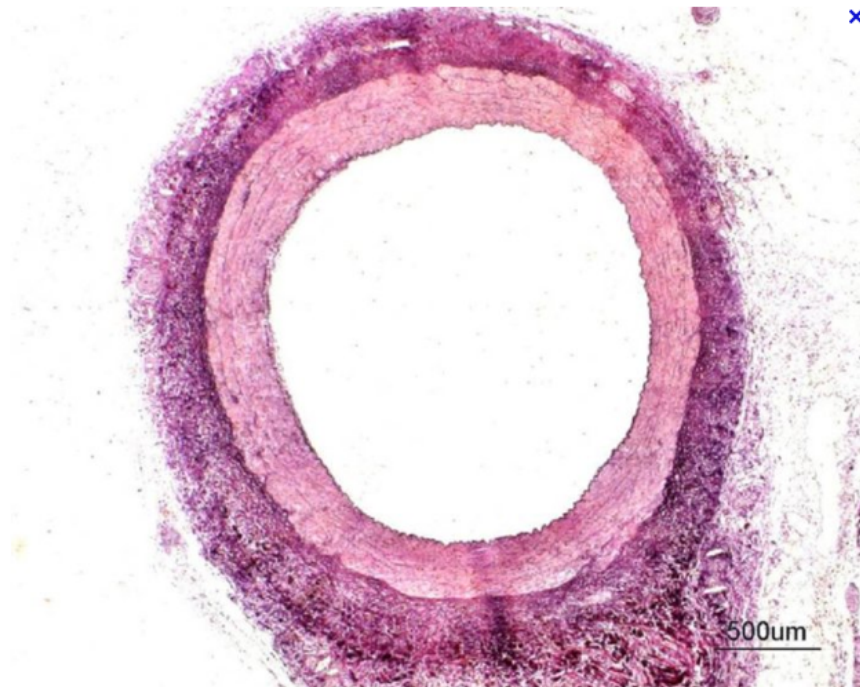
Anatomopathologie



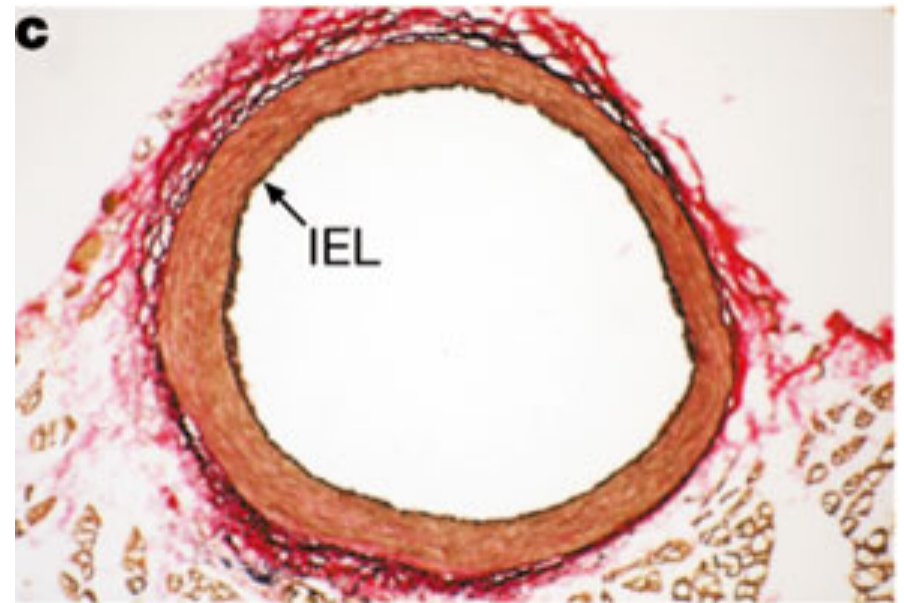
Anatomopathologie



Anatomopathologie IVA prox



Section IVA prox



Section IVA moyenne

Absence inscription liste LPPR

I.1.7.1. Sténose de l'interventriculaire antérieure proximale

EFFICACITE et SECURITE : 2 registres non comparatifs ont été identifiés (Lee *et al.* et German CYPHER).

EFFICIENCE : aucune donnée identifiée.

SITUATIONS PARTICULIERES : il n'y a pas de données justifiant le maintien de cette indication en tant que telle du stent actif au remboursement. Historiquement, cette indication avait été retenue car elle était un des critères d'inclusion de l'essai randomisé RAVEL.

Le groupe précise qu'en l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et la sténose de l'IVA proximale ne peuvent être considérées à elles seules comme des indications à l'utilisation des stents actifs. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des stents actifs.

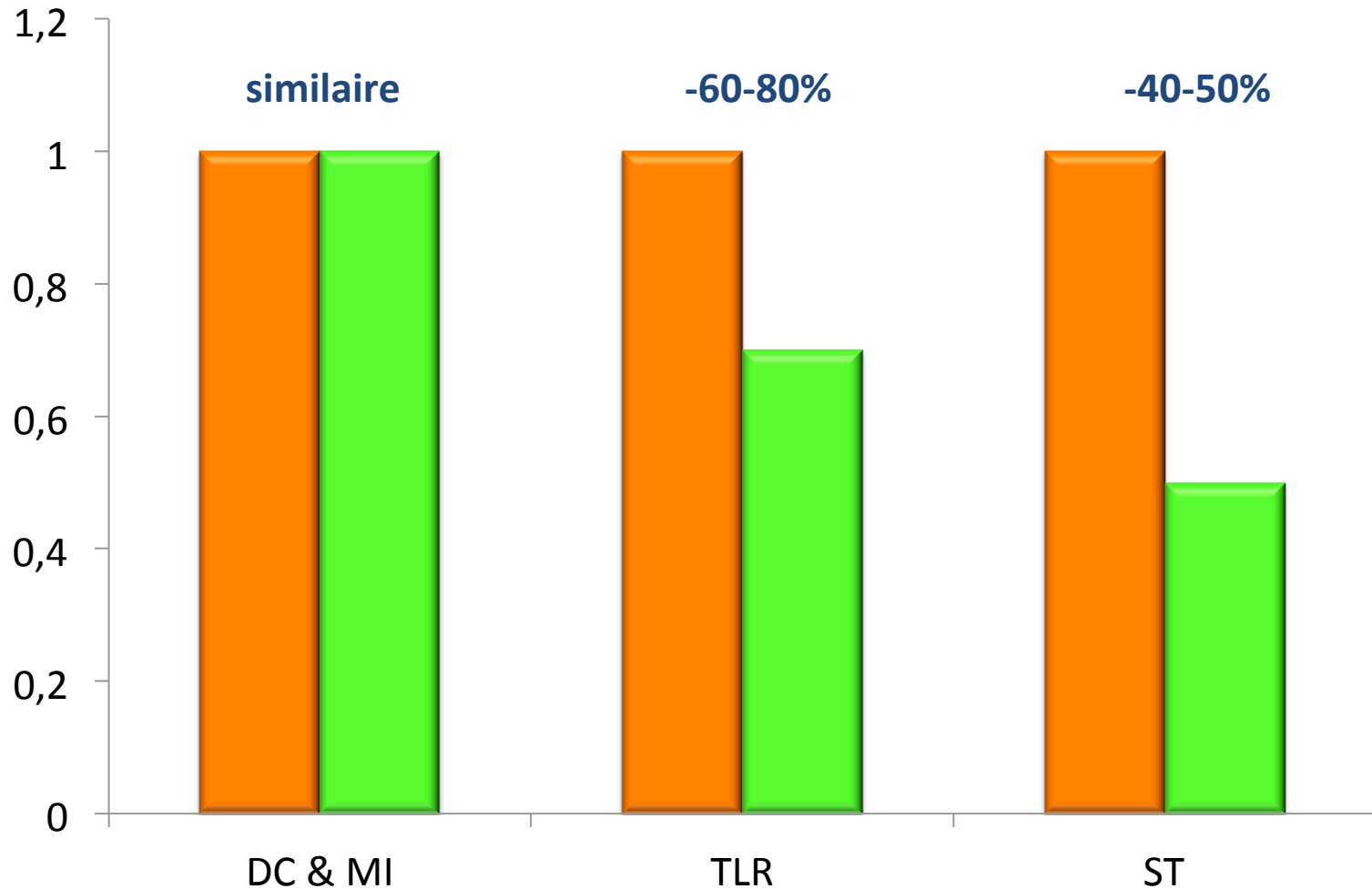
Efficacité des DES: TLR



DES dans IVA

essais	stent	Patients (n)	IVA
COMPARE	EES/PES	1800	40%
DEDICATION	DES/BMS	626	40%
LEADERS	BES/SES	1707	39%
RESOLUTE AC	ZES/EES	2292	52%
PLATINUM	EES/EES	1530	42%
SPIRIT IV	EES/PES	3687	40%
SPIRIT III	EES/PES	1002	41%
SYNTAX	PES/CABG	1600	66%
BASE ACS	EES/BAS	964	45%
...		>13000	≈40%

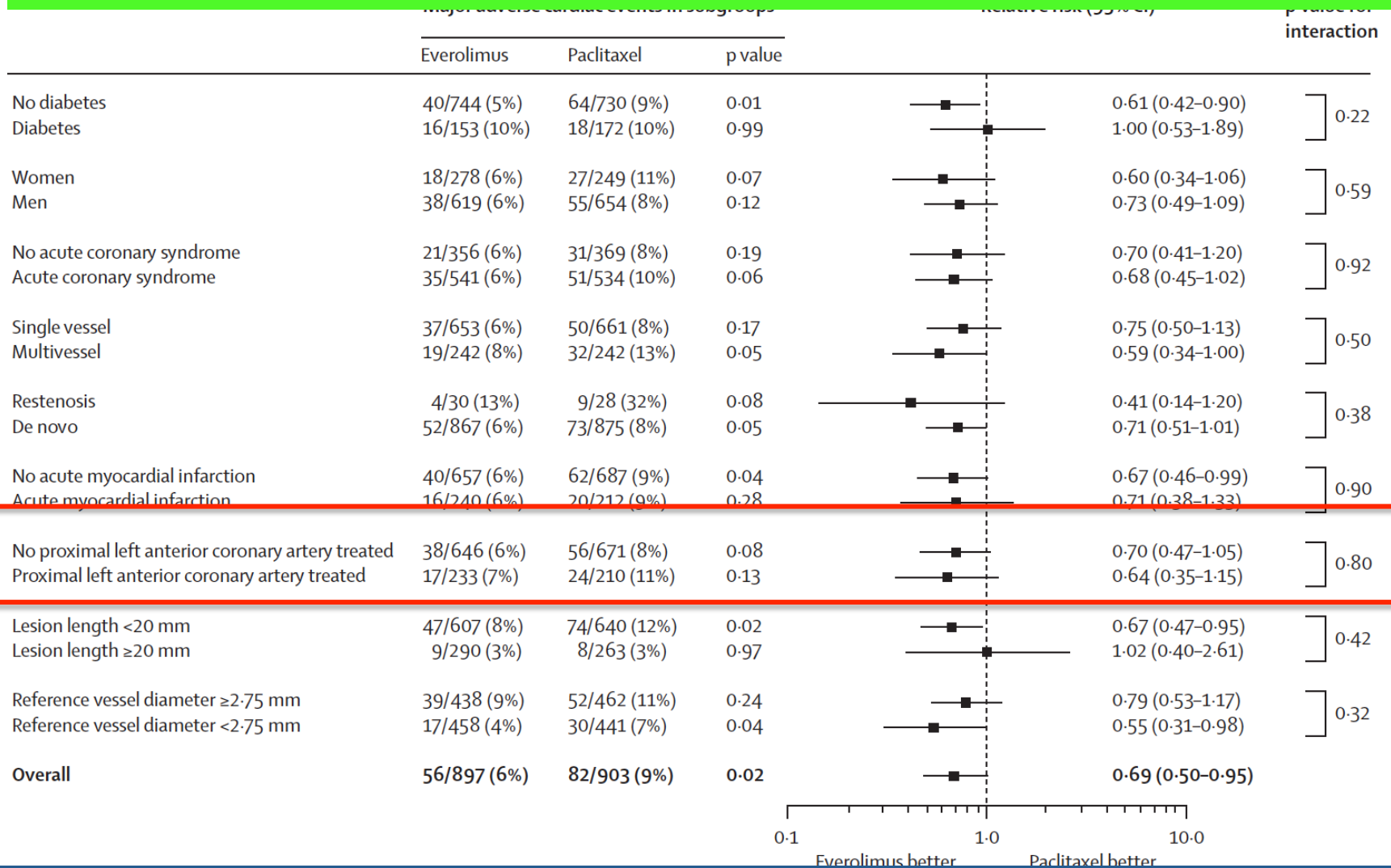
EES vs. BMS



SPIRIT IV

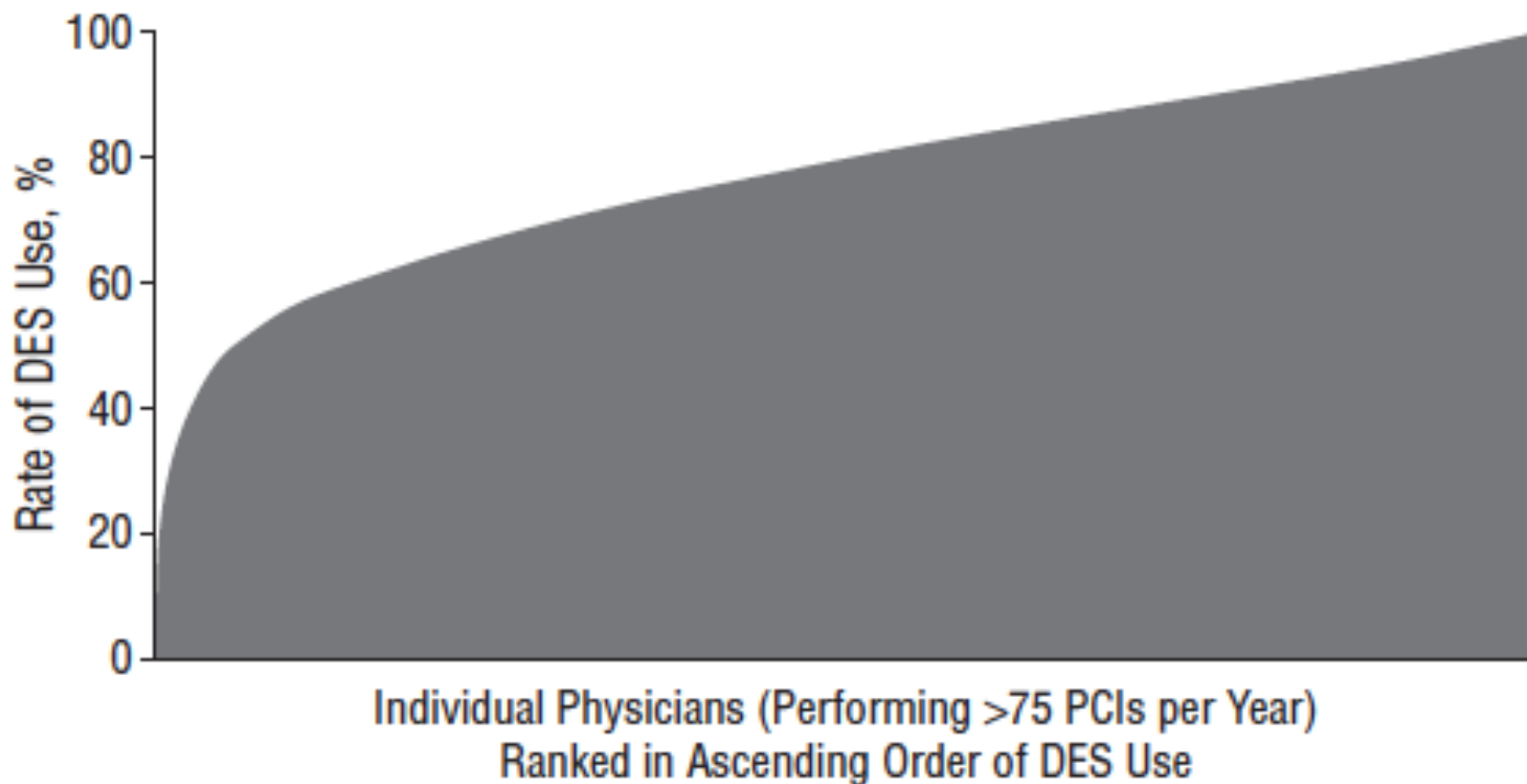
Characteristic	Everolimus-Eluting Stents	Paclitaxel-Eluting Stents	P Value
Patients			
Total no.	2458	1229	
Age — yr	63.3±10.5	63.3±10.2	0.79
Male sex — no. (%)	1665 (67.7)	833 (67.8)	1.00
Hypertension — no./total no. (%)	1899/2454 (77.4)	935/1228 (76.1)	0.41
Hypercholesterolemia — no./total no. (%)	1834/2411 (76.1)	917/1214 (75.5)	0.74
Diabetes mellitus — no./total no. (%)			
Any	786/2455 (32.0)	399/1228 (32.5)	0.79
Requiring insulin	209/2455 (8.5)	119/1228 (9.7)	0.24
Current smoker — no./total no. (%)	527/2411 (21.9)	269/1200 (22.4)	0.70
Previous myocardial infarction — no./total no. (%)	504/2388 (21.1)	239/1202 (19.9)	0.41
Unstable angina — no./total no. (%)	669/2416 (27.7)	347/1202 (28.9)	0.46
Target lesions to be treated			
One — no. (%)	1849 (75.2)	918 (74.7)	0.75
Two — no. (%)	534 (21.7)	266 (21.6)	0.97
Three — no. (%)	75 (3.1)	45 (3.7)	0.33
No. per patient	1.3±0.5	1.3±0.5	0.53
≥1 Complex lesions — no. (%)†	272 (11.1)	133 (10.8)	0.87
Target lesions			
Total no.	2142	1585	
Coronary artery — no. of lesions (%)			
Left anterior descending	1271 (40.5)	631 (39.8)	0.68
Left circumflex	759 (24.2)	403 (25.4)	0.35
Right	1112 (35.4)	551 (34.8)	0.68

SPIRIT IV

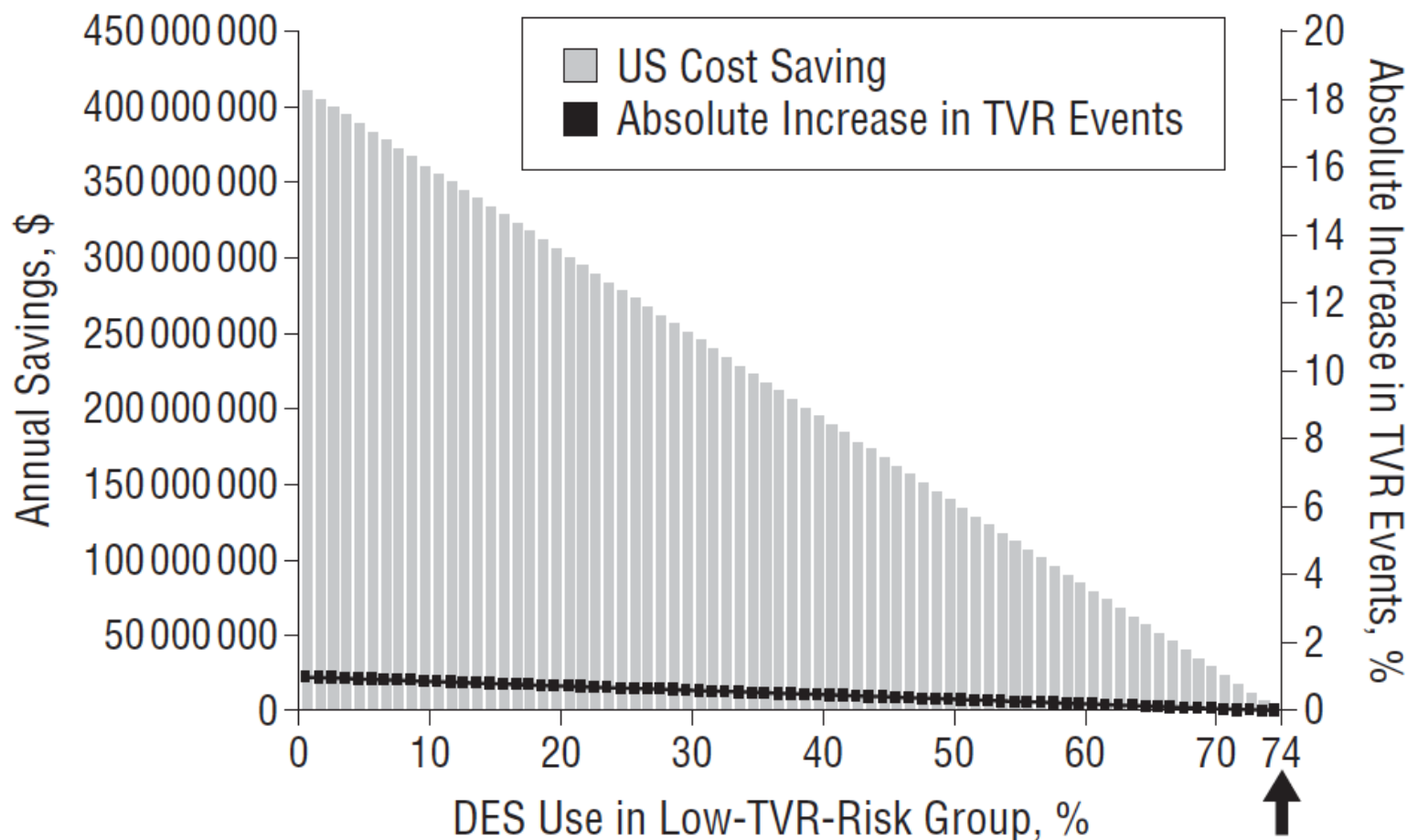


Rapport coût efficacité

1,5M PCI 2004-2010



Rapport coût efficacité



Rapport coût efficacité

Équation 1 : Relation entre le prix des stents actifs et la réduction du risque absolu de la TLR

$$\begin{aligned}
 n \times \hat{p} &= n \times p + RRA [prob_{AS} \times (C_{AS} + n \times \hat{p}) + prob_A \times C_A + prob_P \times C_P] \\
 \Leftrightarrow n \times \hat{p} - (RRA \times prob_{AS} \times n \times \hat{p}) &= n \times p + RRA [prob_{AS} \times C_{AS} + prob_A \times C_A + prob_P \times C_P] \\
 \Leftrightarrow \hat{p} &= \frac{1}{1 - (RRA \times prob_{AS})} \left[p + \frac{RRA}{n} (prob_{AS} C_{AS} + prob_A C_A + prob_P C_P) \right]
 \end{aligned}$$

Tableau 79 : Valeurs des variables du modèle de base

Variable	Libellé	Valeur	Source
Prob _A	Probabilité d'une revascularisation par angioplastie	0,1	Expert
Prob _{AS}	Probabilité d'une angioplastie avec pose de stent	0,8	Expert
Prob _P	Probabilité de pontage	0,1	Expert
n	Nombre stents implantés par intervention	1,4	GACI (2007)
C _A	Coût d'une angioplastie	3 279 €	PMSI (2007)
C _{AS}	Coût d'une angioplastie avec pose de stent	4 717 €	PMSI (2007)
C _P	Coût d'un pontage	13 757 €	PMSI (2007)
p	Prix d'un stent nu	550 € 390 €	Tarif LPP (2007) Prix PMSI (2007)
Traitement	Tarif remboursé (65 %) de 28 jours de clopidogrel (75 mg/j)	36,05 €	Tarif BdM_IT (2007)

LPPR

LPPR	
BMS	550€
DES	925€

Recommandations ESC

Table 30 Stenting and peri-procedural antiplatelet strategies in stable coronary artery disease patients

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
DES is recommended in SCAD patients undergoing stenting if there is no contraindication to prolonged DAPT.	I	A	172

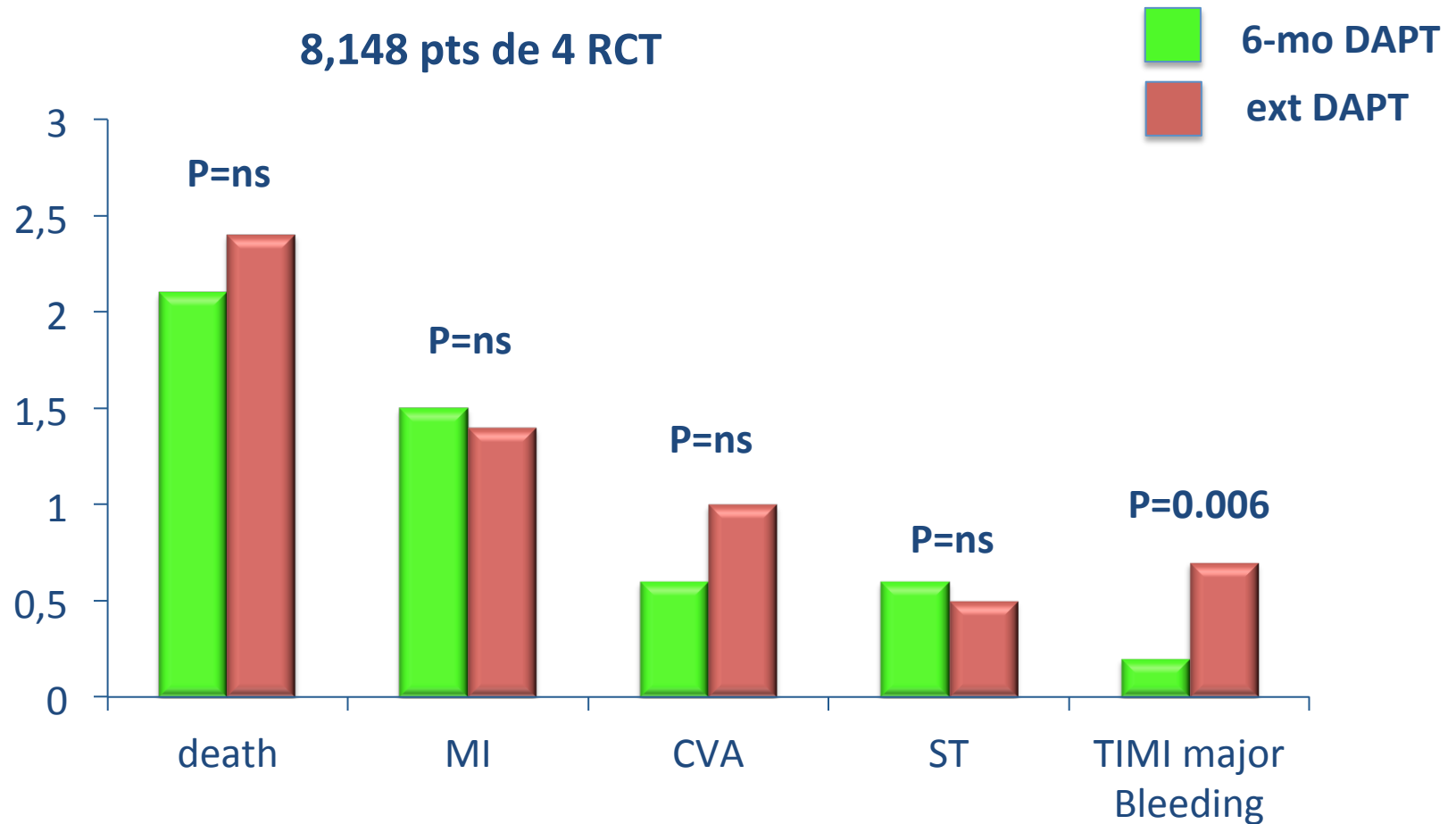
Table 11 Primary PCI: indications and procedural aspects

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
Indications for primary PCI			
Primary PCI is the recommended reperfusion therapy over fibrinolysis if performed by an experienced team within 120 min of FMC.	I	A	69, 99
Primary PCI is indicated for patients with severe acute heart failure or cardiogenic shock, unless the expected PCI related delay is excessive and the patient presents early after symptom onset.	I	B	100
Procedural aspects			
Stenting is recommended in patients with prolonged DAPT (indication for oral anticoagulation, or estimated high long-term bleeding risk), DES should be preferred over BMS.		A	101, 102
Primary PCI is recommended after PCI of the supposed culprit lesion.		B	75, 103–105
If performed by an experienced radial operator, radial access should be preferred over femoral access.	IIa	B	78, 79
If the patient has no contraindications to prolonged DAPT (indication for oral anticoagulation, or estimated high long-term bleeding risk) and is likely to be compliant, DES should be preferred over BMS.	IIa	A	80, 82, 106, 107

Raisons pour implanter BMS ou BAS

Localisation segment proximale IVA	☐
Age ≥ 75 ans	☒
Risque hémorragique élevé	☒
Comorbidités	☒
Chirurgie programmée	☒
Traitement anticoagulant	☒
Doute sur adhérence patient au traitement	☒
Impossibilité DAPT prolongée	☒

Metanalysis: durée DAPT

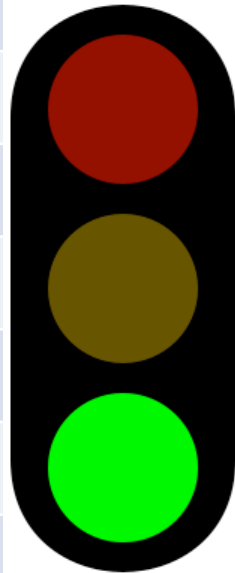


DES dans IVA proximale

Données scientifiques	OUI
Différences anatomiques IVA proximale	NON
Éléments de dangerosité	NON
Éléments pour moindre efficacité	NON
Absence d'inscription liste LPPR	OUI
Exclusion des recommandations ESC	NON
Surcout économique	OUI

DES dans IVA proximale

Données scientifiques	OUI
Différences anatomiques IVA proximale	NON
Éléments de dangerosité	NON
Éléments pour moindre efficacité	NON
Absence d'inscription liste LPPR	OUI
Exclusion des recommandations ESC	NON
Surcout économique	OUI



Conclusion

- Les DES sont **plus efficaces** que les BMS (TLR)

Conclusion

- Les DES sont plus efficaces que les BMS (TLR)
- Les essais n'identifient pas **l'IVA prox** à part

Conclusion

- Les DES sont plus efficaces que les BMS (TLR)
- Les essais n'identifient pas l'IVA prox à part
- **L'écart de prix DES/BMS s'est resserré**

Conclusion

- Les DES sont plus efficaces que les BMS (TLR)
- Les essais n'identifient pas l'IVA prox à part
 - L'écart de prix DES/BMS s'est resserré
- Non inscription de l'IVAp sur LPPR **injustifiée**

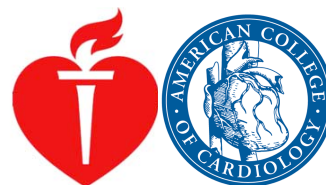
Conclusion

- Les DES sont plus efficaces que les BMS (TLR)
- Les essais n'identifient pas l'IVA prox à part
 - L'écart de prix DES/BMS s'est resserré
- Non inscription de l'IVAp sur LPPR injustifiée
 - La vraie question est la **durée DAPT!!**

DAPT: guidelines



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®



BMS Stable patients	1 month	1 month (minimum) Ideally 12 months if not at high bleeding risk (2weeks)
BMS ACS patients	12 months (1 month)	12 months
DES Stable patients	6-12 months	12 months (not at high bleeding risk)
DES ACS patients	12 months (6 months)	12 months

