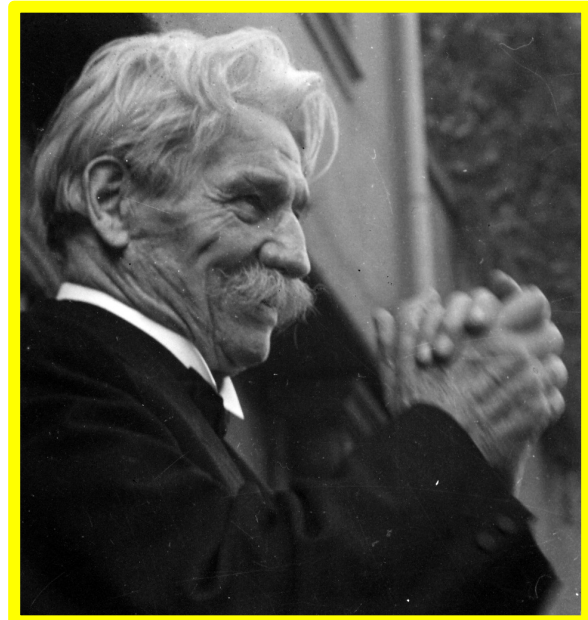


Quoi de Neuf ?

Depuis Un An

Docteur JP Monassier
Hopital Albert Schweitzer
Colmar



APPAC 2018




I . Les Anti-Plaquettaires : La SAGA continue !

II . SCA ST+ : Révision Complète ?

TRAITEMENT ANTI-THROMBOTIQUE

ANTICOAGULANTS	
TICLOPIDINE	
CLOPIDOGREL	
CLOPIDOGREL + ASPIRINE	
RESISTANCE AU CLOPIDOGREL	
NOUVEAUX ANTI-PLAQUETTAIRES	
DUREE	
TRI-THERAPIE	



1990-2010

- ◆ **Stents et Anti-Thrombotiques : Une Longue Histoire**

◆ SCA ST+

PRAGUE 18

N=1230
1 an

	Prasugrel	Ticagrelor	p
Critère Combiné	6,6 %	5,7 %	ns
DC CV	3,3 %	3,0 %	ns
IM non fatals	3,0 %	2,5 %	ns
AVC	1,1 %	0,7 %	ns
Thrombose Stent	1,1 %	1,5 %	ns
DC Globaux	4,7 %	4,2 %	ns
Hémorragies	10,9 %	11,1 %	ns



◆ Motovska Z et al JACC 2018 ; 71 : 371-81


◆ D'Où Part-On ?

- 0-12 mois : OK

- **Au-delà de 12 mois**
Thiénopyridine vs Placebo ?

Hermiller JB **2016** JACC Cardiovasc Interv ; 9 : 138-47

	Thrombose de Stents	Infarctus du Myocarde	Hémorragies
Thiénopyr.	0,3 %	2,1 %	2,5 %
Placebo	0,7 %	3,2 %	1,3 %



1

2

□ POST SCA

P₂Y₁₂ : Clopidogrel : 80 %

Evts	6 mois	12 mois	p	
n	1357	1355		
Critère Combiné	4,7%	4,2%	Non Inférieur	
DC	2,6%	2,9%	ns	
Infarctus	1,8%	0,8%	0,02	NNT=100
Thr. Stents.	1,1%	0,7%	ns	
Hémorragies	2,7%	3,9%	0,09	NNH=83

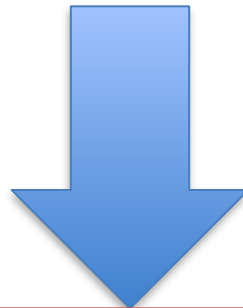
Hahn JY et al Lancet 2018 ; 391 : 1274-84 – SMART-DATE

MESSAGE I

PLUSIEURS ETUDES EN 2017 et 2018 le confirment



- ◆ **PLUS LE TRAITEMENT DAPT EST BREF PLUS LE RISQUE THROMBOTIQUE EST ELEVE (diminution avec les DES dernière génération ?)**
- ◆ **PLUS LE TRAITEMENT EST PROLONGE PLUS LE RISQUEHEMORRAGIQUE AUGMENTE**



◆ DILEMME ?

>=2 : Risque Ischémique
< -2 : Risque Hémorragique

□ 12 à 36 mois

Age

Tabac

Diabète

Atcdt PCI

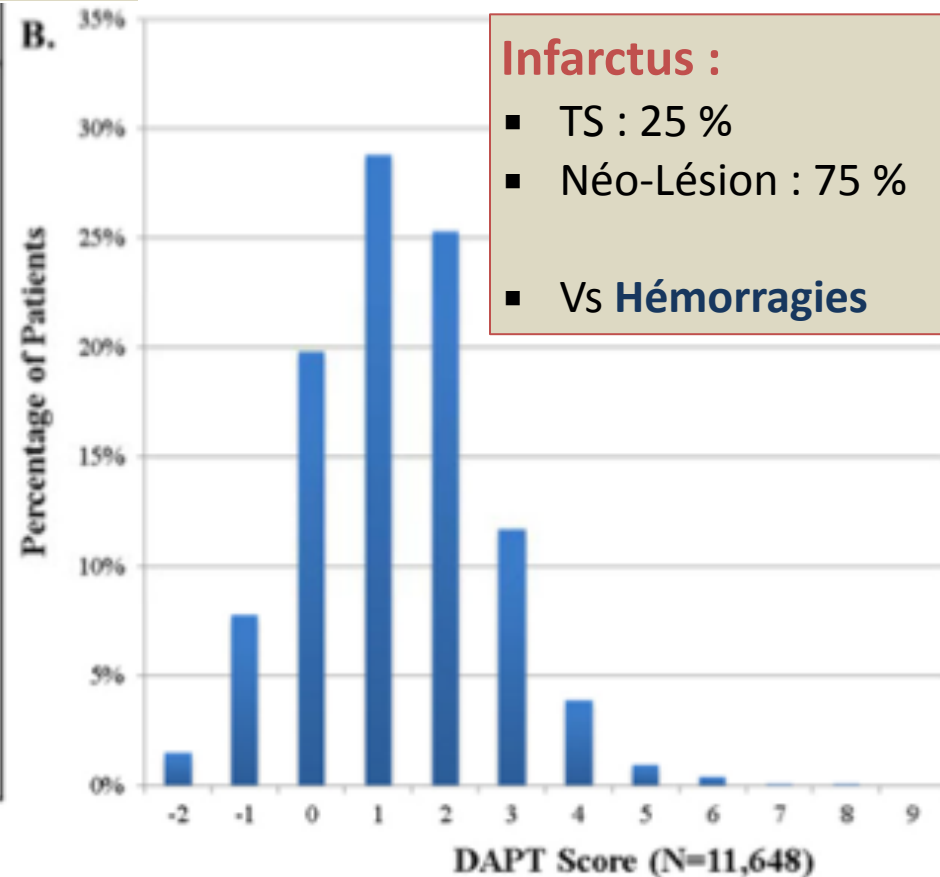
< 3 mm

FE < 30 %

Pont Veineux

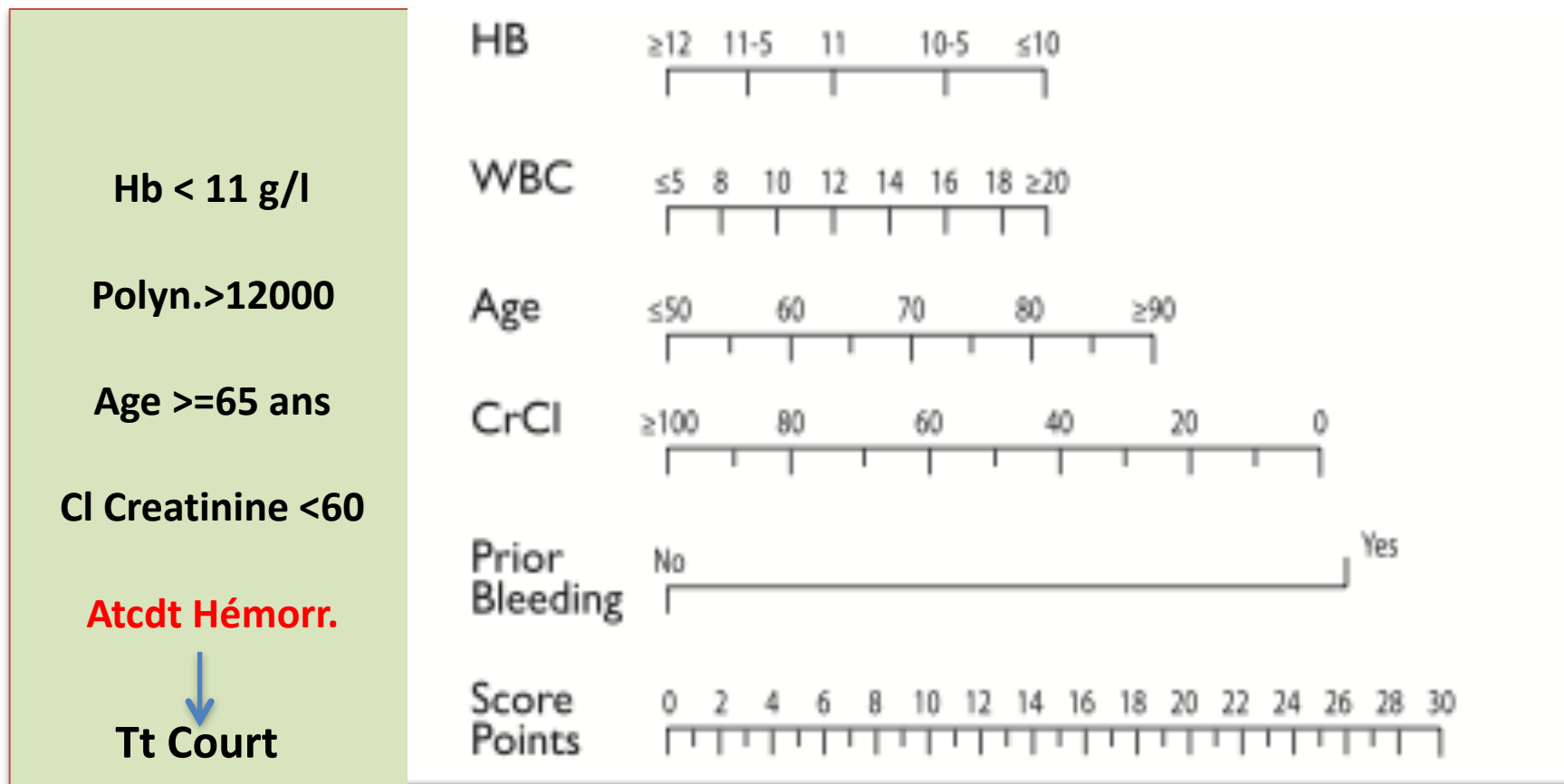
A.

Variable	Points
Age	
≥ 75	-2
65 - <75	-1
< 65	0
Current cigarette smoker	1
Diabetes mellitus	1
MI at presentation	1
Prior PCI or prior MI	1
Paclitaxel-eluting stent	1
Stent diameter < 3mm	1
CHF or LVEF < 30%	2
Vein graft PCI	2



PRECISE DAPT Score

- SCORE ≥ 25 risque hémorragique = Tt Court
- SCORE < 25 : risque acceptable : 12 à 24 mois



◆ Méfions nous des Statistiques !

- **40 %** des patients ont un score mixte :
- haut risque hémorragique et haut risque ischémique



◆ SENS CLINIQUE !



ALERTE ROUGE

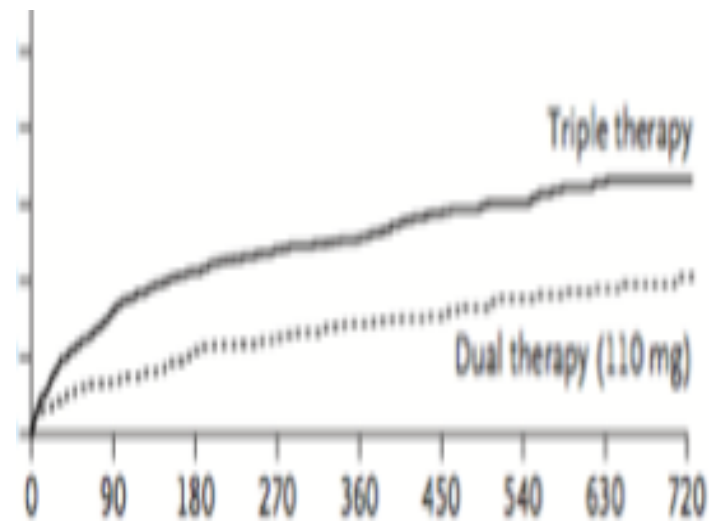
◆ **FIBRILLATION AURICULAIRE**

◆ **INCIDENCE CROISSANTE**

❖ RE-DUAL

Critère	Triple Th	DAT / Dabi 110	DAT / Dabi 150
Hémorragies*	27 %	15 %	20 %
Crit.Combiné**	13 %	13 %	13 %

- : *Toute Hémorragie majeure ou non - 14 mois
- : ** Evènements thromboemboliques : infarctus myocardiques , AVC , embolies systémiques
- DAT : Inh P2Y₁₂ - Aspirine : 0



MESSAGE II

- La Fibrillation Auriculaire est un Facteur de Haut Risque post-Angioplastie **même sous bithérapie !**
- Il n'existe pas de bonne solution !
- Tt anti P2Y₁₂ le plus court possible !
- Les Hémorragies sont souvent **précoces**

SCA ST+ : REVASCULARISATION COMPLETE ?

Van DIEPEN S Circulation 2017 ; 136 : e232 – e268

◆ RECOMMANDATIONS ESC



STRATEGIE DE REVASCULARISATION : **2 Pages sur 36**

**LA REVASCULARISATION COMPLETE EST
SOUHAITABLE EN UNE OU **PLUSIEURS** ETAPES**

**DECISION PLURI-PARAMETRIQUE (hémodynamique ,
créatinine , diabète , sténoses)**



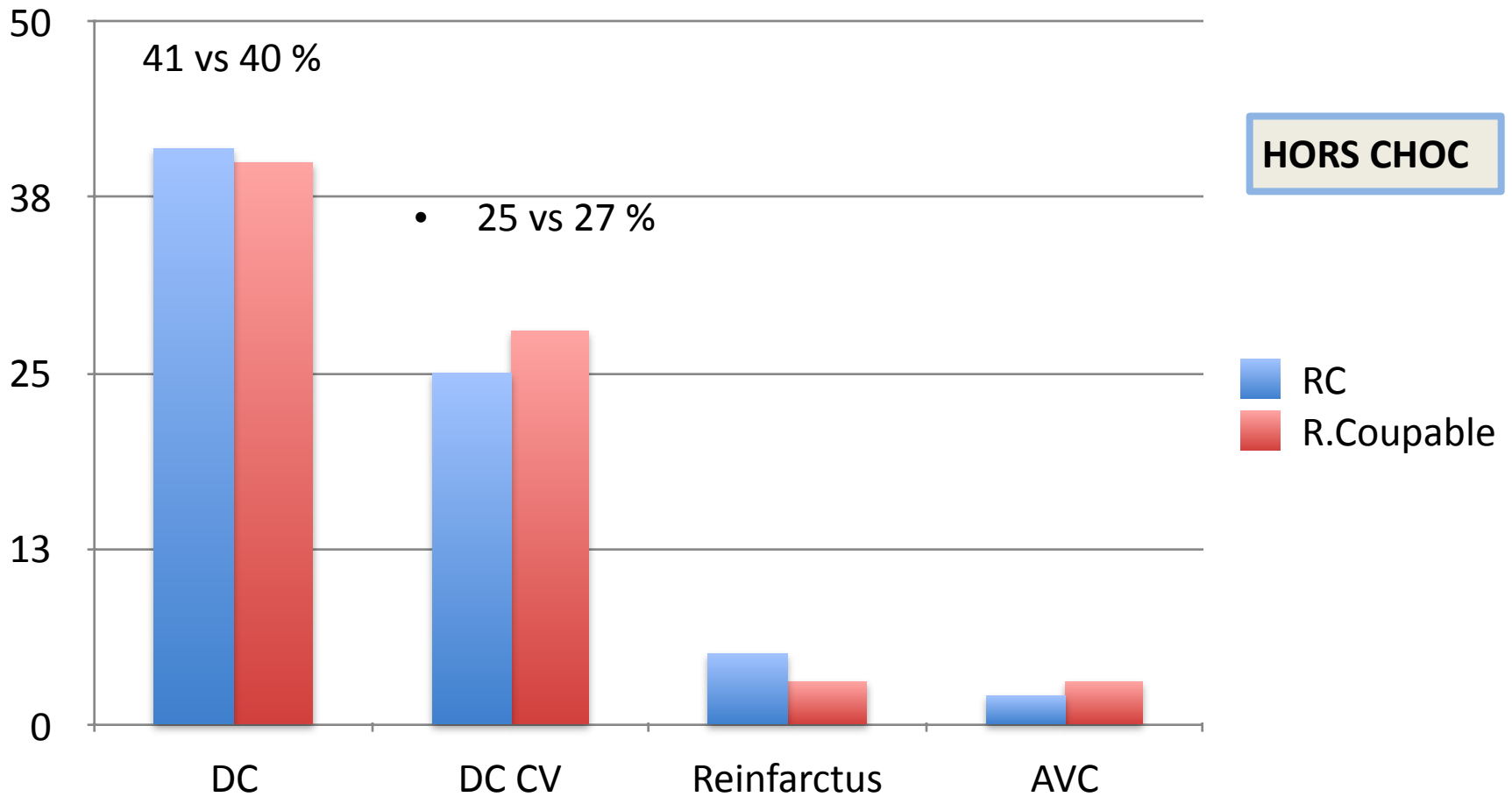
DIMINUTION DES REVASCULARISATIONS URGENTES

▪ Elgendy IY et al

JACC Cardiovasc Interv 2017 ; 10 : 315-24

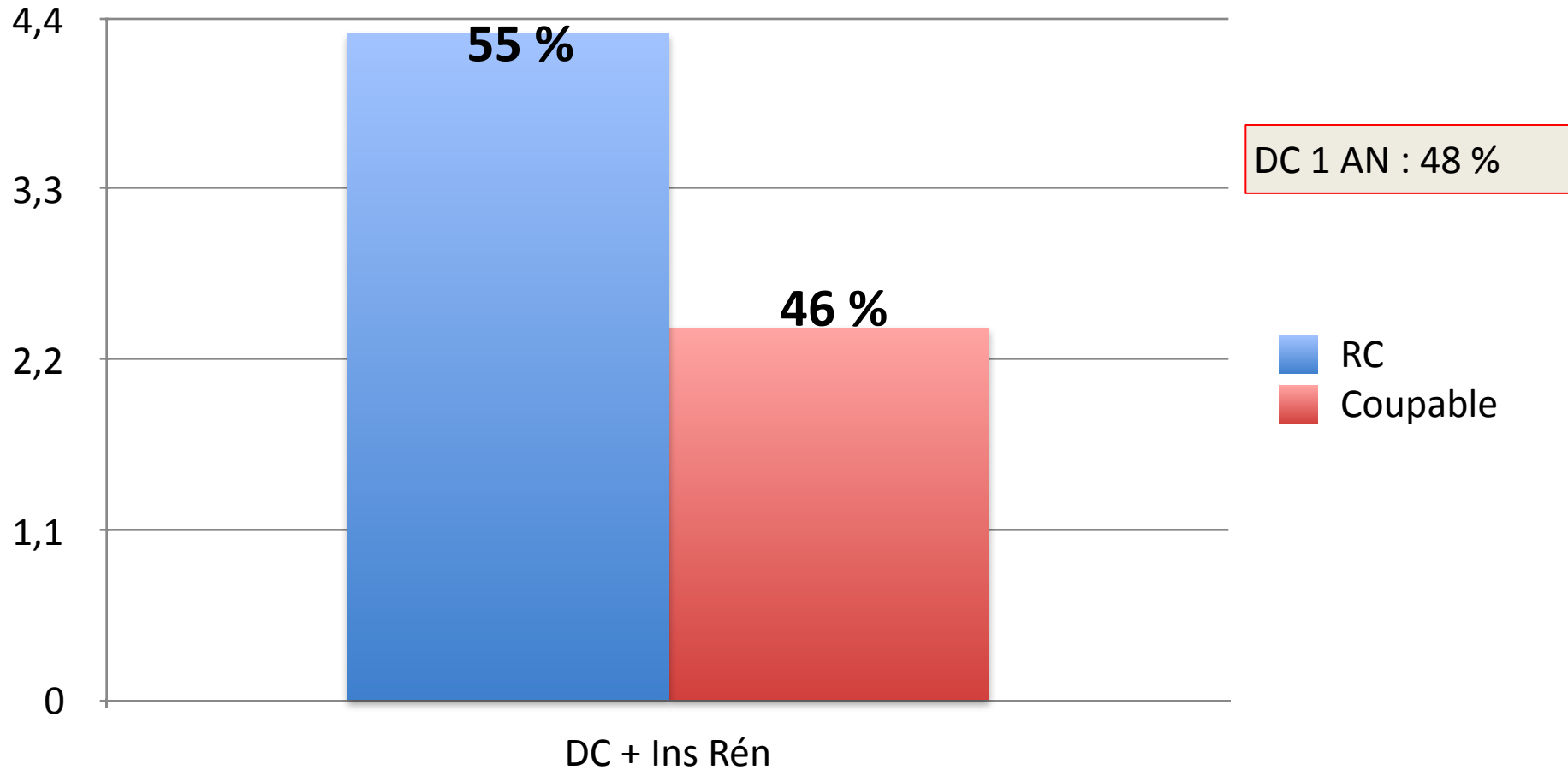
◆ SCA ST + : REVASULARISATION COMPLETE OU ARTERE COUPABLE

Meta-Analyse : n = 1157/ 4693



□ Kolte D Circ Cardiovasc Interv 2017 ; 10 e005582

CULPRIT-SHOCK : 344 / 341



■ Thiele H et al

N Engl J Med 2017 ; 377 : 2419- 32

- **CHOC CARDIOGENIQUE .**

ASSISTANCE PRE-ANGIOPLASTIE ++ (IMPELLA)

Survie = 66 % si délai < 1,25 hres*

Survie = 59 %**

***Basir MB et al Am J Cardiol 2017 ; 119 : 845-51 (287 pts)**

****O'Neill WW et al Am Heart J 2018 ; 202 : 33-38
(46949 issus de 1010 hopitaux)**

MESSAGE III

- ◆ LA **REVASCULARISATION COMPLETE** SYSTEMATIQUE D'EMBLEE EST INEFFICACE OU NUISIBLE AU COURS DU SCA ST+ Y COMPRIS AU COURS DU **CHOC CARDIOGENIQUE**

..... SAUF SI STENOSES PROXIMALES SERREES , « FACILEMENT ACCESSIBLES » , ETAT HEMODYNAMIQUE INSTABLE , ET ASSISTANCE EN PLACE .

APPAC 2019

Navigation à Vue Entre Deux Dangers :

- ◆ Thrombose(s)
- ◆ Hémorragie(s)

◆ APRES LE GESTE TECHNIQUE

Stratégie Anti-Plaquettaire :

Quelles Molécules ?

Posologie ?

- Combien de Temps ?
- PCI et Fibrillation Auriculaire !

Stratégie Anti-Plaquettaire :

Quelles Molécules ?

Posologie ?

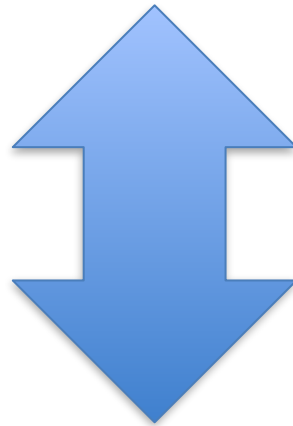
■ Combien de Temps ?

■ PCI et Fibrillation Auriculaire !

- ◆ THROMBOSES DE STENTS ET INFARCTUS MYOCARDIQUES PAR **EVOLUTION DE PLAQUE (75 %)** .



STENTS DE DERNIERE GENERATION ++



◆ **RISQUE HEMORRAGIQUE**

DAPT FAIBLE DOSE + NOAC > AVK + DAPT

TAUX ELEVE D'EVENTEMENTS :

- **25 % TRITHERAPIE avec AVK**
- **15 % TRITHERAPIE avec NOACS FAIBLE DOSE**

◆ ITALIC : DAPT - Clopidogrel - Aspirine

◆ 6 vs 12 puis 24 mois ?

N= 1850	MACE	Infarctus	TVR	AVC	Décès	Hémorr
6 mois	3,5 %	1,3 %	1,0 %	0,6 %	2,2 %	0
					?	
24 mois	3,7 %	1,0 %	0,3 %	0,8 %	1,2 %	0,4 %
	ns	ns	0,09	ns	ns	-

◆ LE HAUT RISQUE : Artéritiques !

- 6 % des patients Dilatés

	Infarctus *	MACCE	Hémorragies
DAPT – 30 mois	3 %	4 %	5 %
Placebo	6 %	12 %	2 %

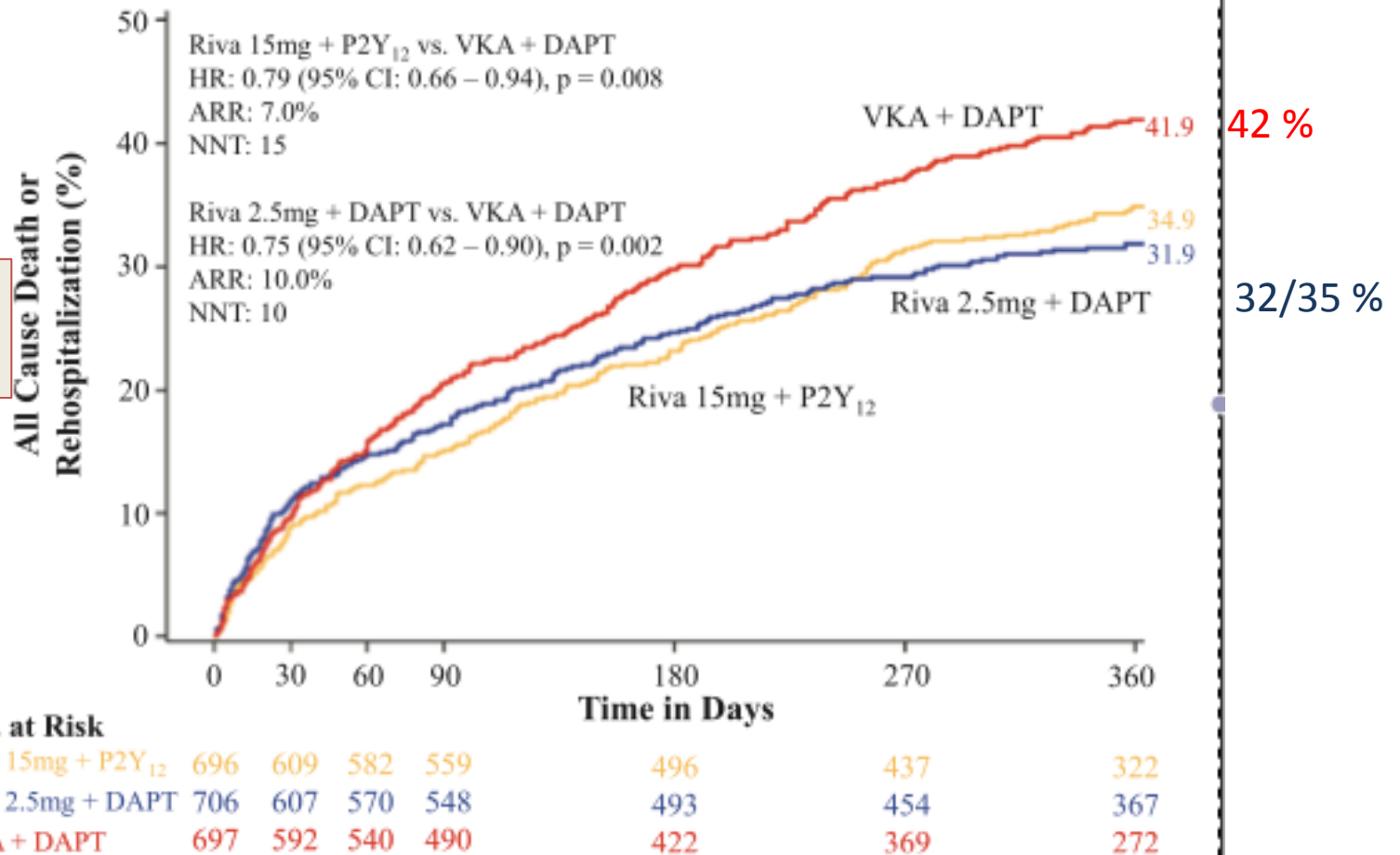
• :
incluant Thr Sts

- Secemsky EA et al JACC Cardiovasc Interv 2017 ; 10 : 942-54

◆ **COMMENT CHOISIR ?**

- Gibson CM Circulation 2017 ;133 : 323-33

	RIVA 2,5	Riva 15	AVK
DC et Rehosp.	32 %	35 %	42 %



3^{ème} Génération DES

STENTS **DONNEURS DE NO vs **DONNEURS**
D'INHIBITEURS DE LA CROISSANCE
CELLULAIRE ?**

◆ D'Où Part-On ?

- PCI Infarct Related Only < Staged MV PCI
- PCI Infarct Related Only > MV PCI ONE STEP
- Staged MV PCI > MV PCI ONE STEP

Tarantini G et al JACC Cardiovasc Interv **2016** ; 9 : 1765-76



◆ **SHORT and LONG-TERM DEATHS**

◆ CHOC CARADIOGENIQUE ?

◆ Hémodynamique Instable

- EVALUATION **ECHO** et BIO
- CAUSE MECANIQUE
- « DON'T WORRY ! »



REPERFUSION

STABILISATION
RESPIRATOIRE ET
ANALGESIQUE

DEGRADATION

SUPPLEANCE

ASSISTANCE

« BAZARD »

REPERFUSION

AMELIORATION d'UNE
FOIS SUR DEUX A 6
FOIS SUR 10

◆ Place de la Chirurgie ?

◆ ANGOR STABLE

L'Année 2019 sera agitée autour d'ORBITA mais surtout d' ISCHAEMIA

D'où l'intérêt de ce concentrer sur la clinique et l'ISCHEMIE Pré-Coro et Per-Angioplastie!

« THE SMOKER'S PARADOX »

◆ LE HAUT RISQUE : FUMEURS ?

- 37 % des patients Dilatés-ACS
CURRENT – OASIS 7

• :
incluant
Thr Stents

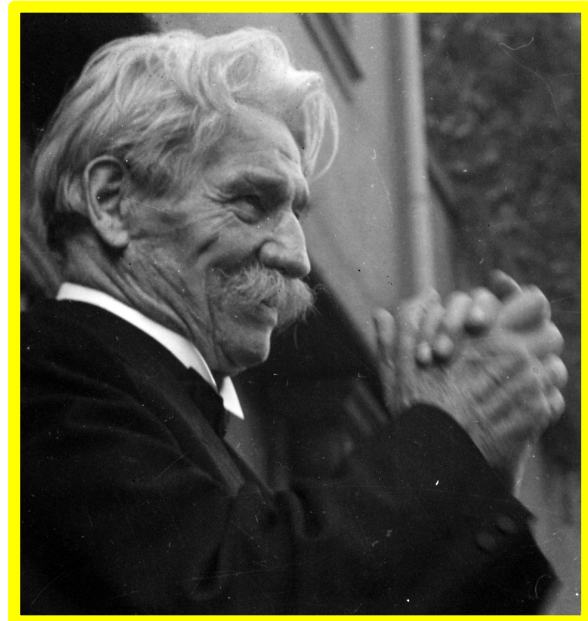
	Infarctus *	MACCE	Hémorragies
Clopidogrel 75	3 %	4 %	5 %
Clopidogrel 150	6 %	12 %	2 %

- Bossard JAHA 2017 ; 6 : e006577

SCA ST+ et Antiplaquettaires

Une Enigme ?

Docteur JP Monassier
Hopital Albert Schweitzer
Colmar



APPAC 2017



BRAVO CA et al 2017 – Cochrane Data Base – n = 2633

Revascularisation complète : 1381

Lésion Coupable : 1252

	RVC	Coupable	p
DC Ttes Causes*	5,1 %	6,3 %	< 0,05
DC CV*	2,4 %	4,7 %	< 0,05
Infarctus*	4,3 %	4,7 %	< 0,05

* = Long Terme

- ◆ **La Fibrillation Auriculaire doit faire retarder une angioplastie chez un patient stable et doit être traitée préalablement .**
- ◆ **Après une Urgence : quel que soit le protocole choisi : nombre élevé d'évènements graves !!**

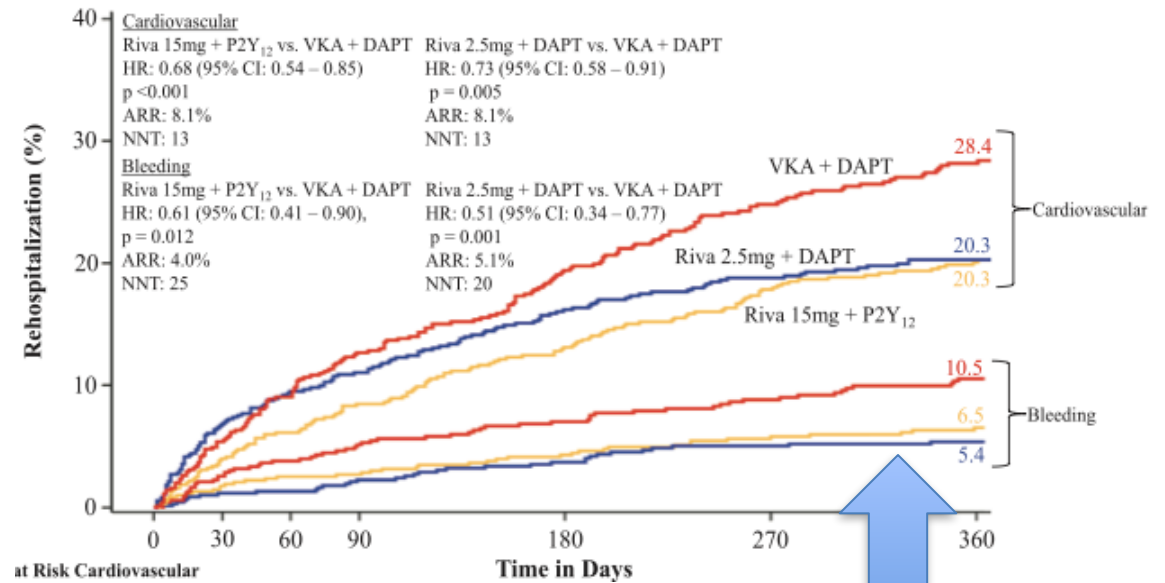
- **La Fibrillation Auriculaire est un Facteur de Haut Risque post-Angioplastie même sous bithérapie !**
- **Il n'existe pas de bonne solution !**
- **Tt anti P2Y₁₂ le plus court possible !**
- **Les Hémorragies sont souvent précoces**

◆ Gibson CM Circulation 2017 ;133 : 323-33

	AVK	Riv 15	Riv 2,5
Hémorragies	10 %	6 %	6 %

NNT : 15 : **15**

NNT : 2,5 : **10**



◆ **ETAT HEMODYNAMIQUE INSTABLE**



TERRITOIRE ETENDU

ISCHEMIE DIFFUSE

FE EFFONDREE



TERRITOIRE ETENDU

ISCHEMIE DIFFUSE

CHOC DE REPERFUSION

◆ **SUPPLEANCE AVANT REPERFUSION**

◆ GIBSON CM et CANNON CP

DAT	DABI 110	AVK	RIVA 2,5	AVK
Hémorragies	15 %	27 %	6 %	10 %

◆ GOLWALA HB Eur Heart J 2018 ; 39 : 1726-35

	DAT ts protocoles	DAT /AVK
Hémorragies	4 %	9 %



■

Méta-Analyse

◆ LES OUTILS

Inhibiteurs P_2Y_{12}

Aspirine

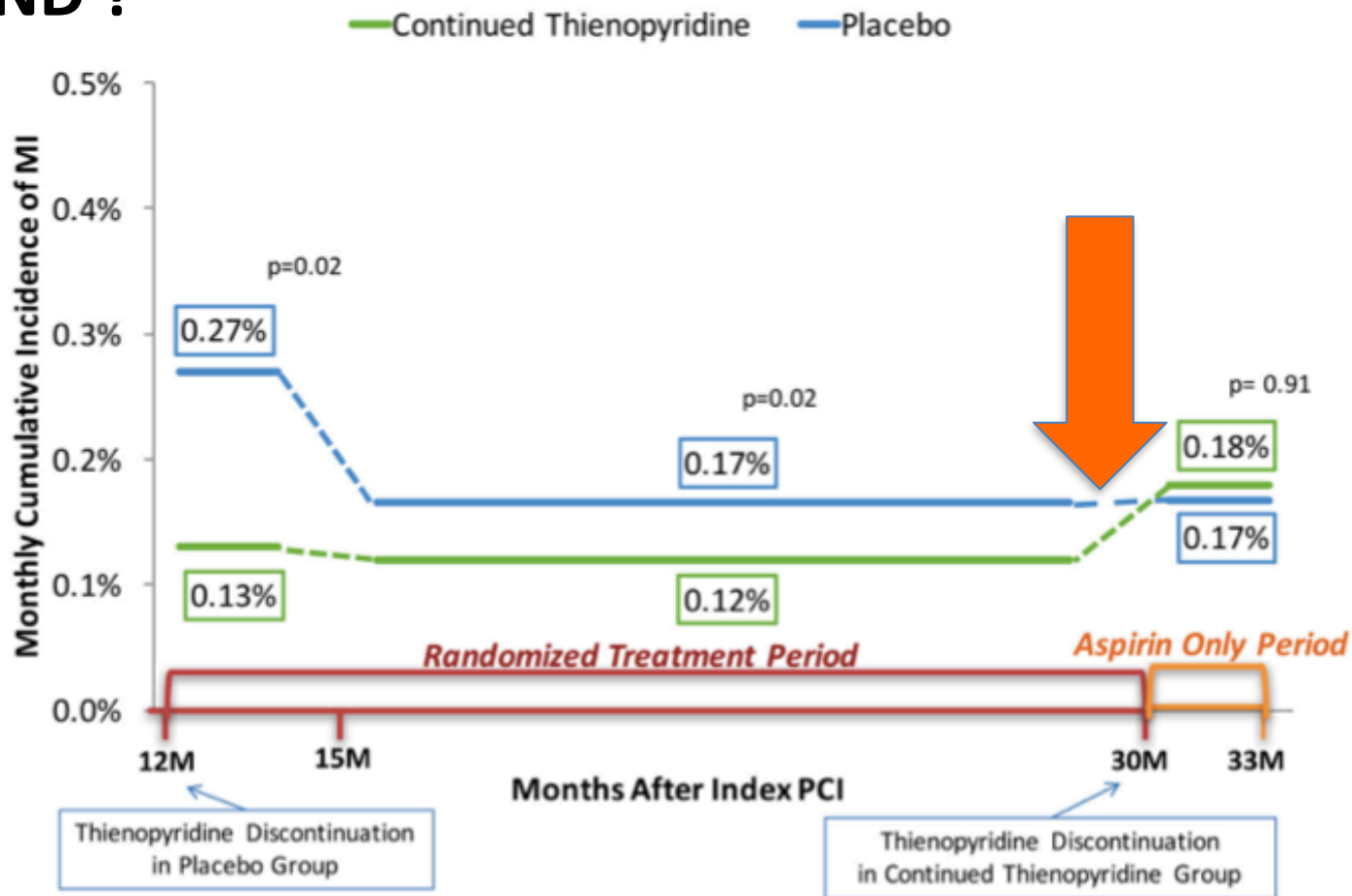
Anticoagulants

Statines (effets pléiotropes)

- ❑ Registre **ORBI** : SCA ST+ Revascularisation Complète
- ❑ 3412 multitronculaires / 9325 patients
- ❑ 98 revascularisations complètes
- ❑ **Mortalité : inchangée (?)**
- ❑ **Majoration des thromboses de stents et des hémorragies majeures**

■ Pimor A et al Arch Cardiovasc Dis 2017

◆ REBOND ?



◆ Si DAPT : Arrêt progressif !!!!

◆ DUREE

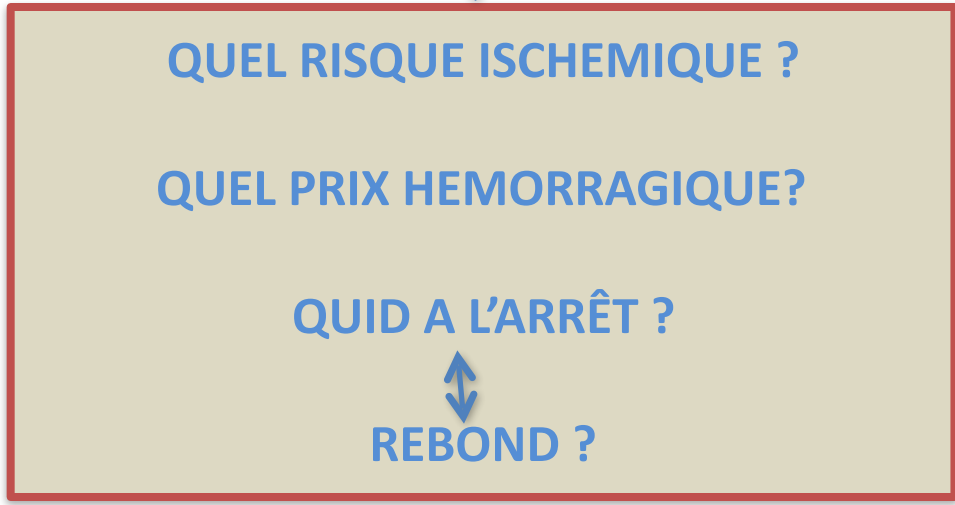
☐ 30 j à 6 mois Angioplastie Réglée

☐ 12 mois Angioplastie post SCA

☐ Au-Delà de 12 mois :



II B



◆ RECOMMANDATIONS : 1 AN : IA