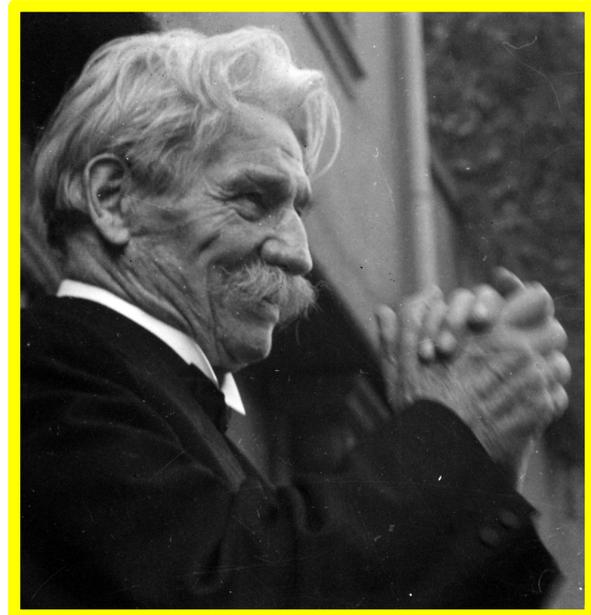


Statines et SCA !

Docteur JP Monassier
Hopital Albert Schweitzer
Colmar



APPAC 2018





◆ Akira ENDO - 1933

◆ Des Champignons aux Artères en Passant par les Antibiotiques

◆ ACTION PRECOCE

◆ ACTION LONG COURS



Effets PLEIOTROPES

Effets LIPIDIQUES

◆ SCA ST –

- DOSE DE CHARGE H12 puis dose complémentaire H4
- **Diminution des Infarctus Péri-Opératoires**
- **Amélioration du Pronostic à Distance**

◆ SCA ST +

- **Prétraitement au long cours ?**
- **Dose de Charge SAMU ?**
**(ex : Ator 80) puis dose complémentaire en Salle :
Ator 40)**

◆ STATINES ET « NO-REFLOW* »

- SCA ST +
- ACT Primaire
- **Prétraitement au Long Cours vs Naifs**

	population	Reflow	No-Reflow	p
n	293	200	93	
Statines	11 %	15 %	3 %	0,07
ST Ré- élévation	39 %	34 %	50 %	0,02

* > 25 % de la zone myocardique à risque

◆ Iwakura K et al Eur Heart J 2006 ; 27 : 534-9

◆ SCA ST +

- **Meilleure Perfusion (TFC , MBG).**
- **Protection Myocardique (IRM) .**
- **Mortalité Cardiovasculaire Diminuée à Court et Moyen Terme**

APRES !!!!!

◆ SIMPLE ?

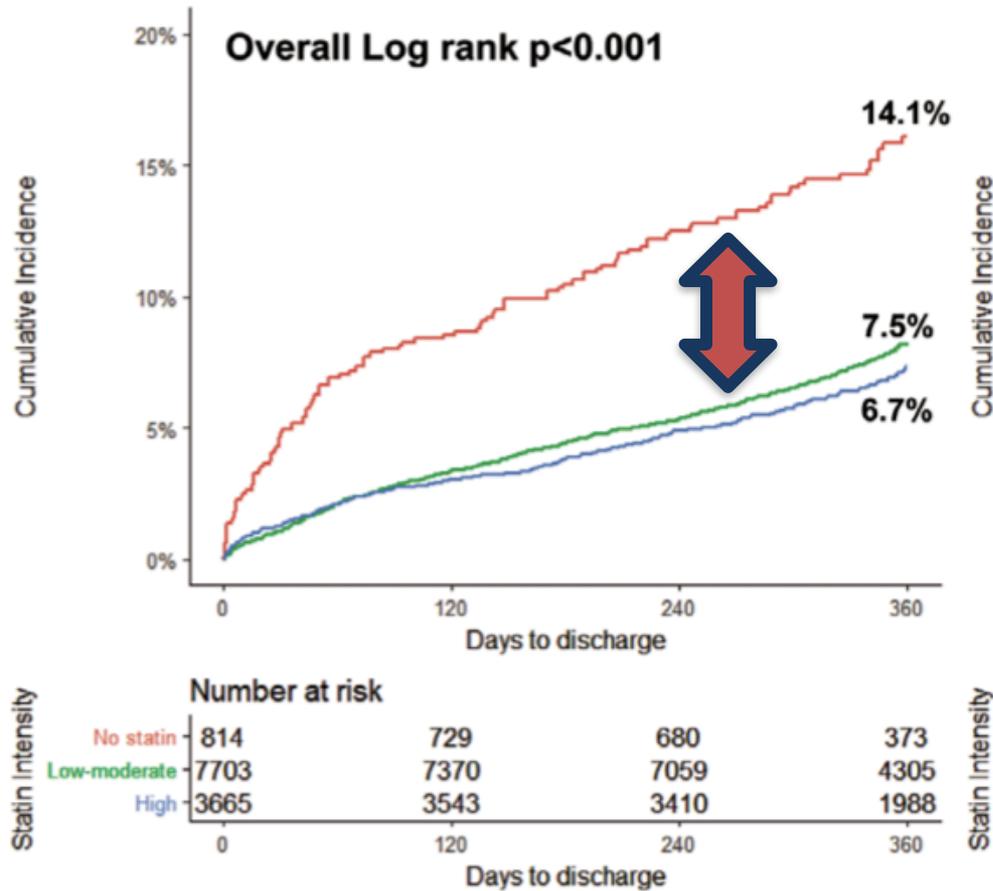
◆ Continuer ?

APRES !!!!!

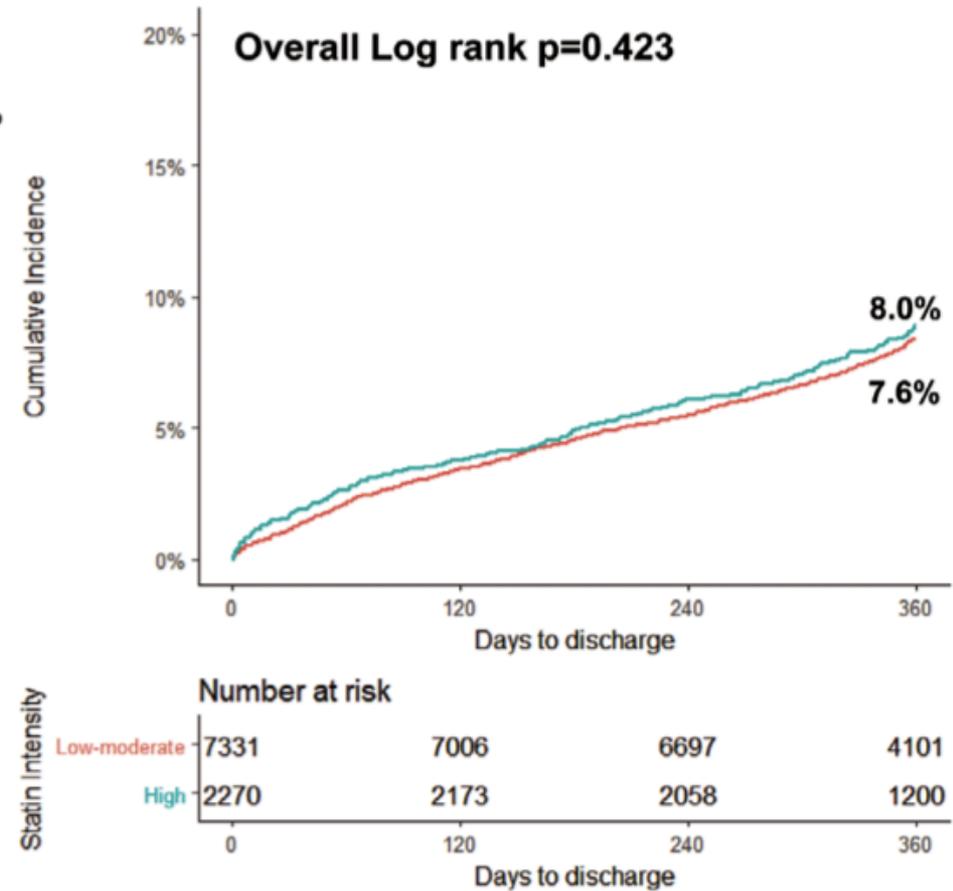
◆ SIMPLE ?

◆ Doses Elevées ?

(A) MACE



(B) MACE with Consistent Statin Intensity



SCA

Post-Hosp

- 0 Statine : 814
- Faible Dose : 7703
- Dose Elevée : 3665

Hwang D et al

Circ J 2018 ; 82 : 1112-20

◆ Mais Effets **Secondaires !!!!**

◆ **Conseil Personnel :**

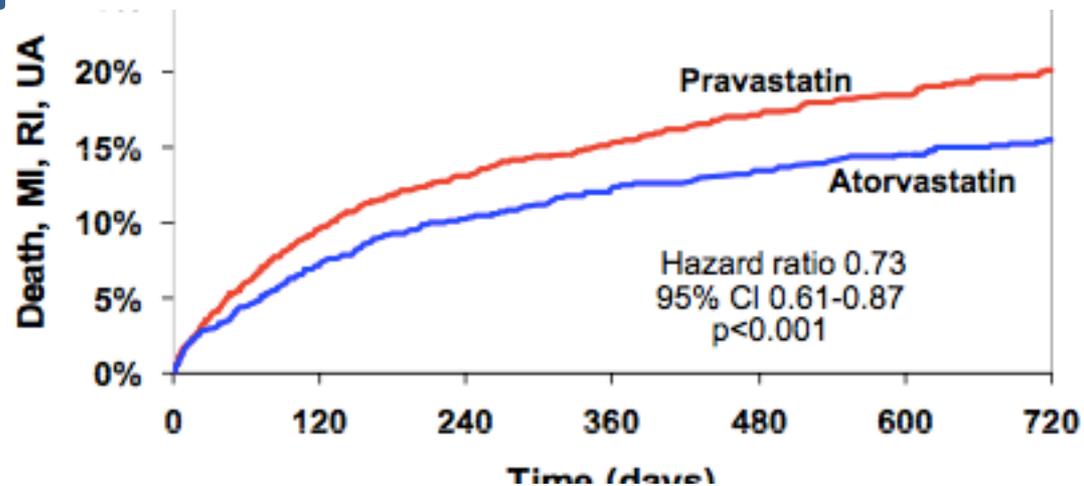
◆ Dose Elevée , Statine Puissante pendant 3 mois (CRP < 2)

◆ Puis SWITCH : Molécule **puissance modérée** ou puissante à demi-dose au long cours = ADHERENCE +++

◆ CONCLUSION

- ◆ Statine **le plus tôt possible** à dose élevée en phase aigue puis au-delà du SCA pendant plusieurs mois et éventuellement si nécessaire **SWITCH** pour une molécule bien tolérée au long cours .

PCI-PROVE IT



End Point for Patients With PCI for Index Event	Hazard Ratio (95% CI)	2-Yr Event Rates (%)		Log-Rank p Value
		Atorvastatin	Pravastatin	
Primary end point	0.78 (0.67-0.91)	21.5	26.5	0.001
Death/MI/RI/UA with rehospitalization	0.73 (0.61-0.87)	15.4	20.1	<0.001
Death	0.62 (0.37-1.02)	1.5	2.5	0.057
MI	0.75 (0.56-1.00)	5.8	7.7	0.052
Stroke	1.24 (0.49-3.14)	0.66	0.62	0.648
Recurrent ischemia	0.71 (0.58-0.86)	13.0	17.1	<0.001
UA with rehospitalization	0.65 (0.45-0.96)	3.3	4.7	0.029
Revascularization after 30 days	0.76 (0.64-0.90)	16.6	21.0	0.002

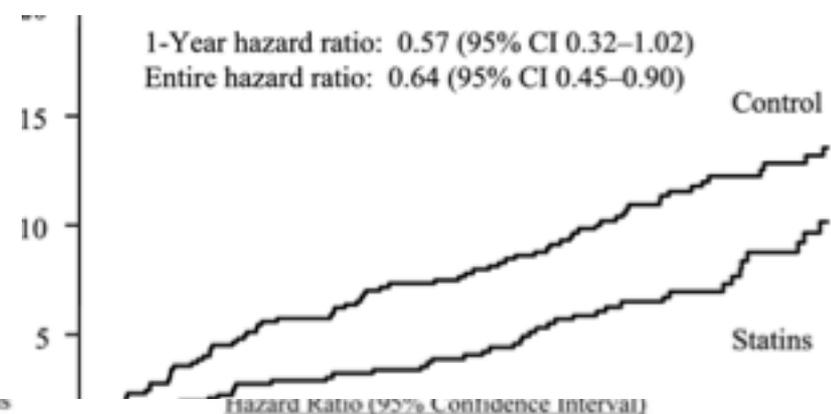
Effets PLEIOTROPES

◆ INDEPENDANTS DE LEUR ACTION SUR LES LIPIDES

- ANTI-INFLAMMATOIRES
- FONCTION ENDOTHELIALE
- ANTI-OXYDANTS
- SYNTHÈSE DE NO
- THROMBOSE

.....

- ◆ **Un Patient de 50 ans est Admis pour un SCA inaugural .**
- ◆ **Il prend une Statine depuis 5 ans .**
- ◆ **Ne Pas Interrompre le Traitement !**



	Control (N=702)		Statins (n=702)		Hazard Ratio (95% Confidence Interval)	Statins Better	Control Better
	No. (%) of Events	Rate per 1000 Patient-Years	No. (%) of Events	Rate per 1000 Patient-Years			
Primary Endpoint							
Total Death	87 (12.4)	32	52 (7.4)	20	0.64 (0.45–0.90)	■	
Secondary Endpoint							
Death from CVD	52 (7.4)	19	23 (3.3)	9	0.47 (0.29–0.76)	■	
Death from non-CVD	35 (5.0)	13	29 (4.1)	11	0.90 (0.55–1.48)		■
Death from CHD or Nonfatal MI	77 (11.0)	28	37 (5.3)	14	0.49 (0.33–0.73)	■	
Major Adverse Cardiac Event	221 (31.5)	80	157 (22.4)	60	0.71 (0.58–0.87)	■	
Fatal MI or Nonfatal MI	49 (22.2)	18	21 (3.0)	8	0.44 (0.26–0.73)	■	
Hospitalization for Ischemia	106 (15.1)	39	86 (12.3)	33	0.83 (0.62–1.10)		■
Hospitalization for Heart Failure	67 (9.5)	24	44 (6.3)	17	0.66 (0.45–0.97)	■	
PCI or CABG	220 (31.3)	80	173 (24.6)	66	0.75 (0.62–0.92)	■	

AVIS PERSONNEL

- EXPLIQUE L'INVERSION DU RAPPORT SCA ST+ / SCA ST-
- EXPLIQUE LE PLUS GRAND NOMBRE DE SCA ST + AVEC FLUX RETABLI SPONTANEMENT