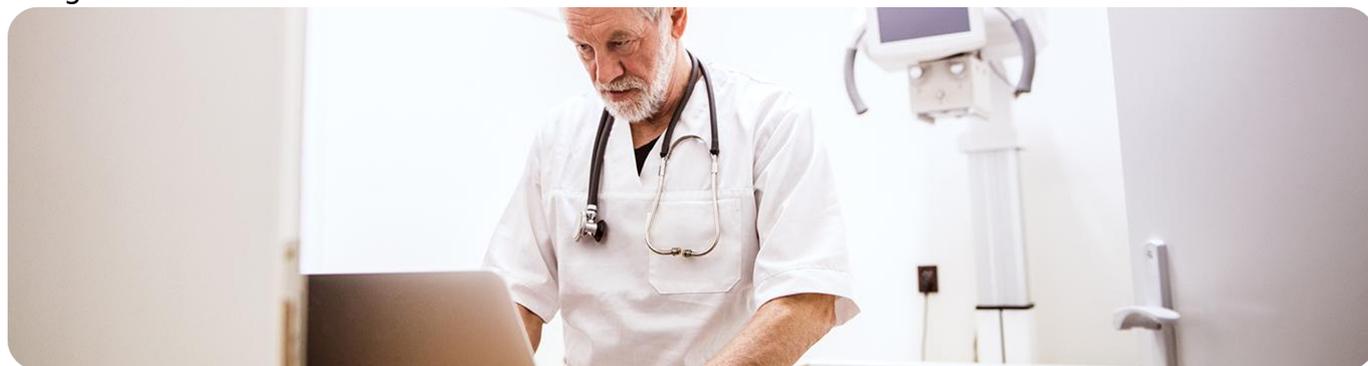


Les défis du traitement

Image



Les défis du traitement

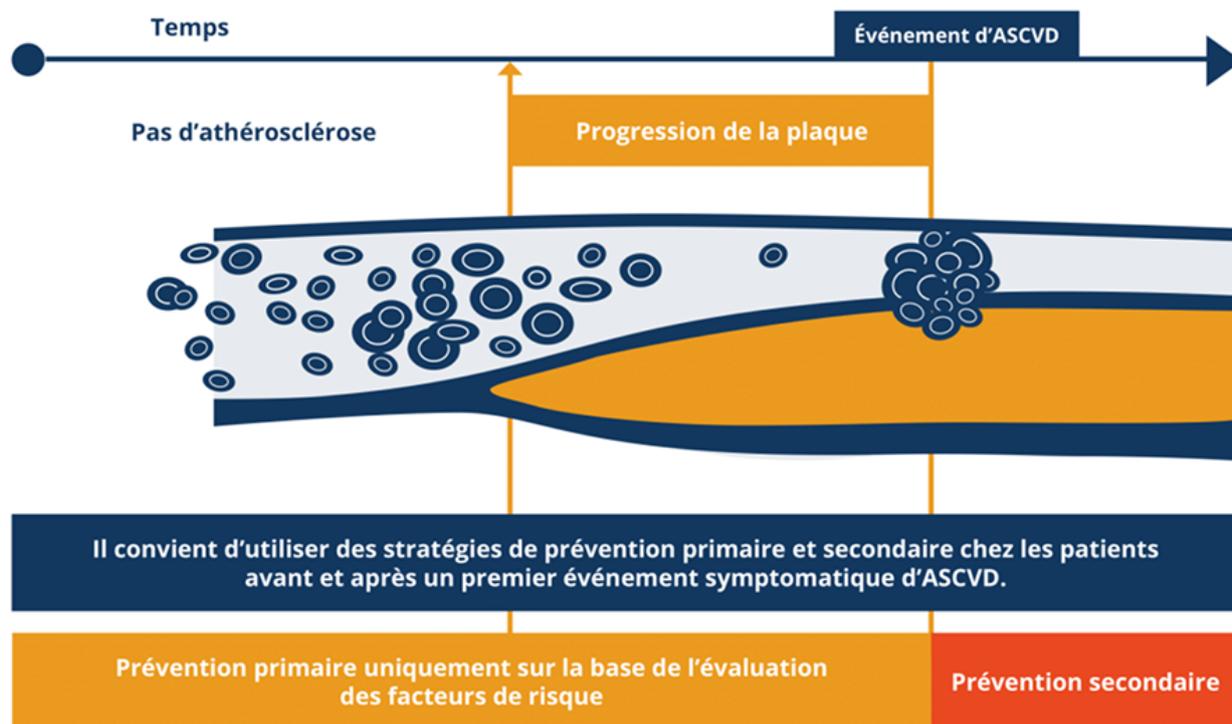
Prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires athérosclérotiques (ASCVD)

On appelle **prévention primaire** la prise en charge précoce des facteurs de risque d'ASCVD (p. ex. taux sérique élevé de cholestérol), avant même le premier événement d'ASCVD.^{1,2}

La **prévention secondaire** désigne la prise en charge des facteurs de risque d'ASCVD après un premier événement symptomatique d'ASCVD.^{1,2}

Image

Stratégies de prévention primaire et secondaire



Stratégies de prévention primaire et secondaire chez les patients avant et après un premier événement symptomatique d'ASCVD. Illustration modifiée selon la référence 3

Étude européenne DA VINCI sur les caractéristiques des patients sous traitement hypolipémiant⁴

Aperçu de l'étude DA VINCI :⁴



Étude transversale menée entre juin 2017 et novembre 2018 dans 18 pays européens chez des patients ayant reçu un traitement hypolipémiant



n = 5'888 (3'000 en prévention primaire et 2'888 en prévention secondaire)

Utilisation de traitements hypolipémifiants dans l'étude DA VINCI⁴

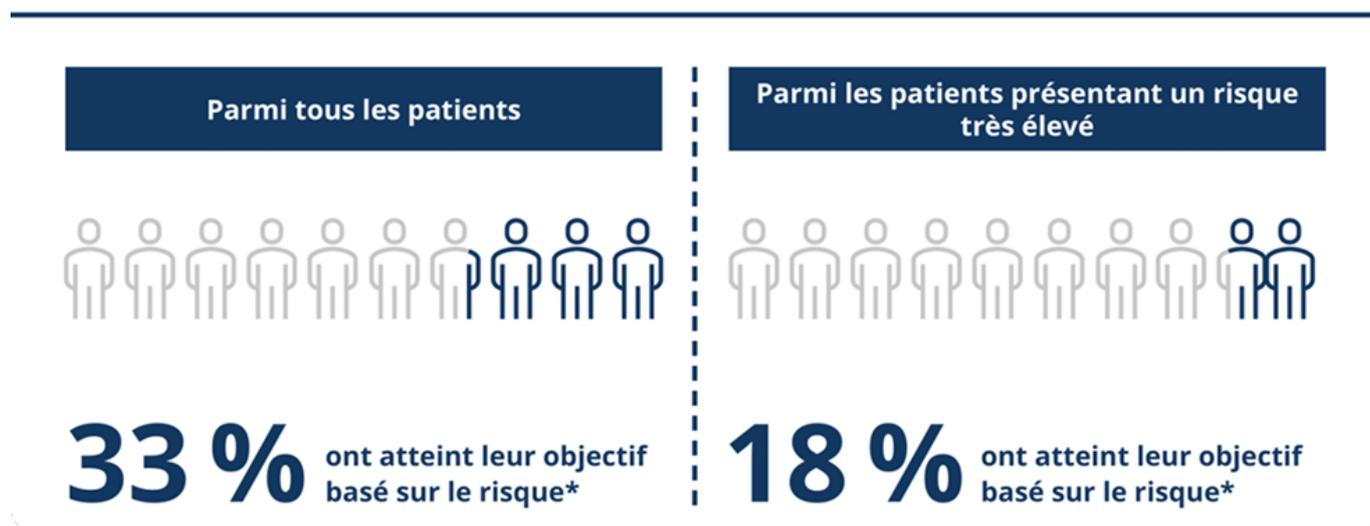
- Les statines étaient le pilier principal du traitement
- 94 % des patients bénéficiant d'une prévention primaire et 94 % des patients présentant une ASCVD ont reçu une statine
- Parmi toutes les catégories de risques, le traitement le plus fréquent étaient les statines à dose modérée en monothérapie
- Utilisation de statines à doses intensives : 22 % en prévention primaire et 42 % des patients atteints d'ASCVD
- Traitement combiné : ézétimibe chez 9 % des patients sous statines ; inhibiteurs de PCSK9 chez 1 % des patients sous statines et/ou ézétimibe

L'étude DA-VINCI montre les failles dans l'obtention des valeurs cible de LDL-C⁴

Avec les lignes directrice ESC/EAS de 2019, environ la moitié des patients atteints d'ASCVD ont réussi à atteindre leur objectif qu'avec les lignes directrices ESC/EAS de 2016 (18 % vs 39 %). Environ 80 % des patients présentant des ASCVD et recevant des statines n'ont pas atteint leurs objectifs thérapeutiques.⁴

Image

Dans l'étude DA VINCI



Patients atteignant leurs objectifs dans l'étude DA VINCI⁴

* Objectifs de LDL-C fondés sur le risque selon l'ESC/EAS en 2019 : risque faible : < 3,0 mmol/l (116 mg/dl) ; risque modéré : < 2,6 mmol/l (100 mg/dl) ; risque élevé : < 1,8 mmol/l (70 mg/dl) ; risque très élevé : < 1,4 mmol/l (55 mg/dl).

Les auteurs en sont venus à la conclusion suivante : « Même avec des statines à une dose optimisée, il est probable qu'il soit nécessaire d'utiliser un traitement hypolipémiant non statinique plus fort afin de combler ces failles chez les patients présentant le risque le plus élevé ».⁴

De nombreux patients atteints d'ASCVD n'atteignent pas leurs objectifs de LDL-C^{5,6}

Image

Environ 80 % des patients atteints d'ASCVD et recevant des statines n'atteignent pas leur objectif thérapeutique, qui est un LDL-C < 1,8 mmol/l (70 mg/dl)

Pourcentage de patients qui n'atteignent pas l'objectif de LDL-C malgré un traitement par statine

80,5 % >

Étude rétrospective de cohorte, menée en Allemagne de 2012 à 2014, chez des personnes sous statines atteintes d'ASCVD. Plus de > 14.000 personnes/an ont été évaluées pendant 3 ans.⁵

79,7 % >

Analyse menée en utilisant les données de l'étude NHANES* (2011-2012) pour l'évaluation de personnes atteintes d'ASCVD, qui ont été traitées par statines : représentative pour 10,8 millions de personnes aux États-Unis⁶

Environ 80 % des participants à l'étude n'ont pas atteint les objectifs thérapeutiques de LDL-C^{5,6}

*NHANES : National Health and Nutrition Examination Survey 2011-2012

ASCVD: atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen; **EAS**: Europäische Gesellschaft für Atherosklerose; **ECS**: Europäische Gesellschaft für Kardiologie; **LDL-C**: Low Density Lipoprotein Cholesterin; **NHANES**: National Health and Nutrition Examination Survey; **PCSK9**: Proproteinkonvertase Subtilisin/Kexin Typ 9

Références

1. Mach, F., et al., 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*, 2020. 41(1): p. 111-188.
2. Grundy, S.M., et al., 2018
AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 2019. 73(24): p. e285-e350.
3. Ahmadi, A., et al., From Subclinical Atherosclerosis to Plaque Progression and Acute Coronary Events: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*, 2019. 74(12): p. 1608-17.
4. Ray, K.K., et al., EU-Wide Cross-Sectional Observational Study of Lipid-Modifying Therapy Use in Secondary and Primary Care: the DA VINCI study. *Eur J Prev Cardiol*, 2020.
5. Fox, K.M., et al., Treatment patterns and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) goal attainment among patients receiving high- or moderate-intensity statins. *Clinical*

Research in Cardiology, 2018. 107(5): p. 380-88.

6. Wong, N.D., et al., Prevalence of the American College of Cardiology / American Heart Association statin eligibility groups, statin use, and low-density lipoprotein cholesterol control in US adults using the National Health and Nutrition Examination Survey 2011-2012. J Clin Lipidol, 2016. 10(5): p. 1109-18.

Novartis fournit les références listées sur demande.

Source URL:

<https://www.pro.novartis.com/ch-fr/node/1281/atherosclerose/les-defis-du-traitement>