



1

Divulgation de renseignements sur le conférencier

Présentateur - [nom du présentateur]

Relations avec des intérêts commerciaux :

- Subventions/Soutien à la recherche :
- Bureau des conférenciers/Honoraires :
- Frais de consultation :
- Brevets :
- Autres :



2

Divulgation sur le soutien commercial

Ce programme a reçu le soutien financier d'Amgen Canada sous la forme d'une subvention à l'éducation.

Ce programme a reçu un soutien non financier d'Amgen Canada sous la forme d'un soutien logistique.

Conflit(s) d'intérêt potentiel(s) :

[Nom du présentateur] a reçu des honoraires [paiement/financement, etc.] de [organisation soutenant ce programme ET/OU organisation dont le ou les produits font l'objet d'une discussion dans ledit programme].

Amgen Canada a développé un produit qui sera discuté dans ce programme; elle détient une licence pour ce produit et tire des bénéfices de sa vente.



3

Atténuation des biais potentiels

- Le Centre canadien de recherche en cardiologie (CCRC) évalue les conflits d'intérêts auprès de ses instructeurs, planificateurs et gestionnaires et de toute autre personne qui pourrait avoir un contrôle sur le contenu des activités de FMC. Tous les conflits d'intérêts pertinents sont minutieusement examinés par le CCRC en ce qui a trait au juste équilibre, à l'objectivité scientifique des études présentées dans le cadre du programme ainsi qu'aux recommandations sur les soins aux patients. Le CCRC s'est engagé à offrir à ses apprenants des activités de FMC et des documents connexes de grande qualité qui font la promotion des améliorations ou de la qualité dans le milieu des soins de santé, et non d'un produit exclusif présentant un intérêt commercial précis.
- Le conférencier a divulgué l'ensemble de ses conflits d'intérêts potentiels avant la mise en œuvre du programme. Le contenu scientifique présenté dans le cadre du présent programme est fondé sur des données probantes, et tout le contenu relatif à la pharmacothérapie est conforme à l'étiquette du produit. Le programme a été examiné par des pairs et est agréé à l'échelle nationale par le Collège des médecins de famille du Canada.
- [Nom du présentateur] a divulgué les renseignements sur ses conflits d'intérêts potentiels au début de la présentation.



4

Développement du programme

Ce programme a été planifié par le Centre canadien de recherche en cardiologie , un organisme universitaire sans but lucratif, afin d'assurer l'intégrité scientifique, l'objectivité et la modération.



Ce programme a bénéficié d'une subvention à l'éducation et d'un soutien non financier d'Amgen Canada.



5

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette activité, les participants pourront :

- 01** Reconnaître le rôle central du C-LDL et l'exposition cumulative des patients à un risque accru de MCVAS
- 02** Évaluer les limites des médicaments hypolipémiants actuels et les recommandations sur l'utilisation d'un traitement hypolipémiant au-delà ou en plus du traitement par statines chez les patients à haut risque
- 03** Identifier les patients qui bénéficieraient d'un traitement additionnel au-delà des statines pour réduire le risque CV
- 04** Expliquer les toutes dernières données sur les inhibiteurs de la PCSK9 et utiliser des stratégies efficaces pour intégrer ces données dans les soins cliniques afin de réduire le risque d'événements CV
- 05** Appliquer de façon appropriée les recommandations sur les meilleures pratiques dans la pratique clinique habituelle sur la base des caractéristiques spécifiques des patients

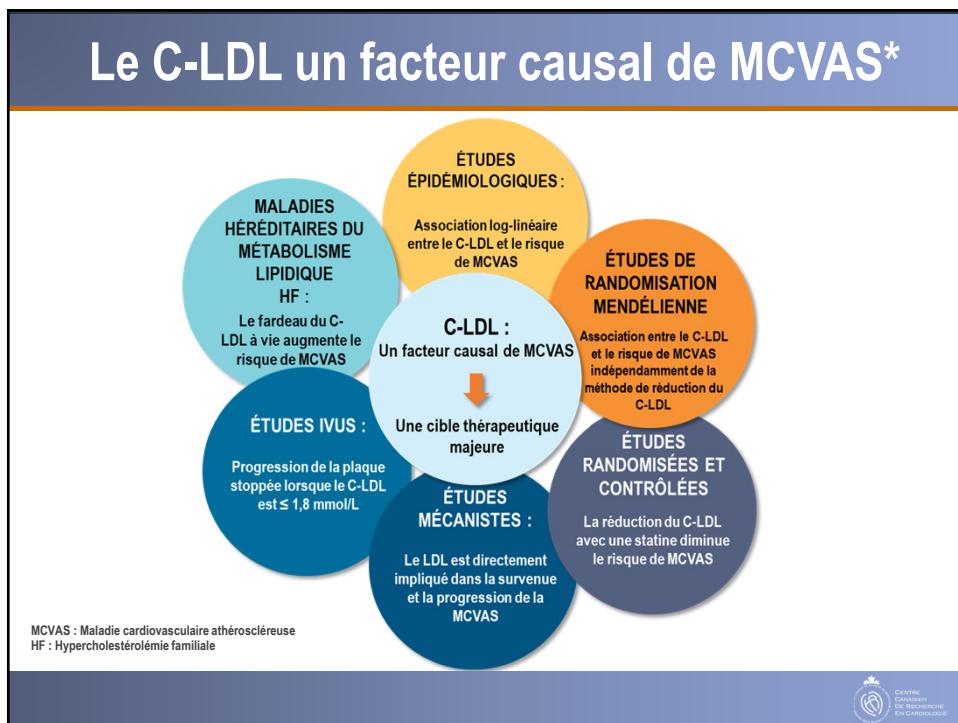
MCVAS : Maladie cardiovasculaire athéroscléreuse

6



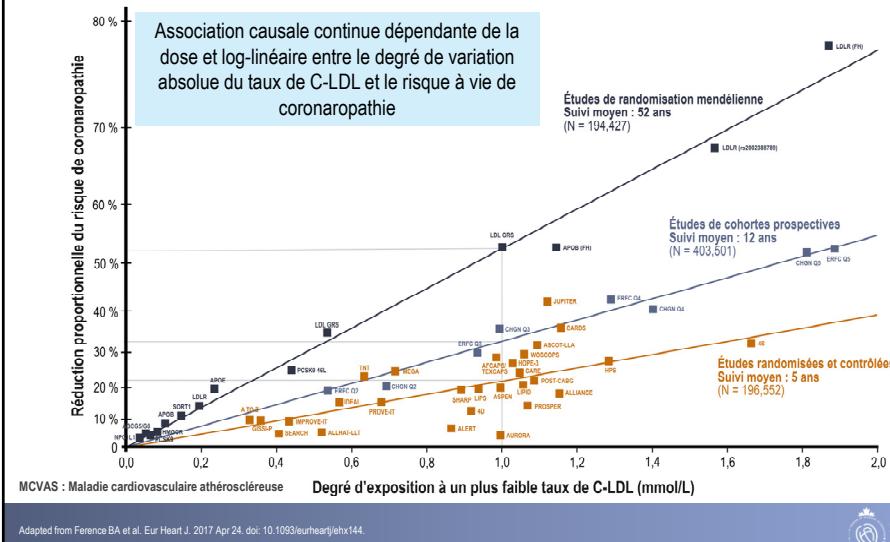


7



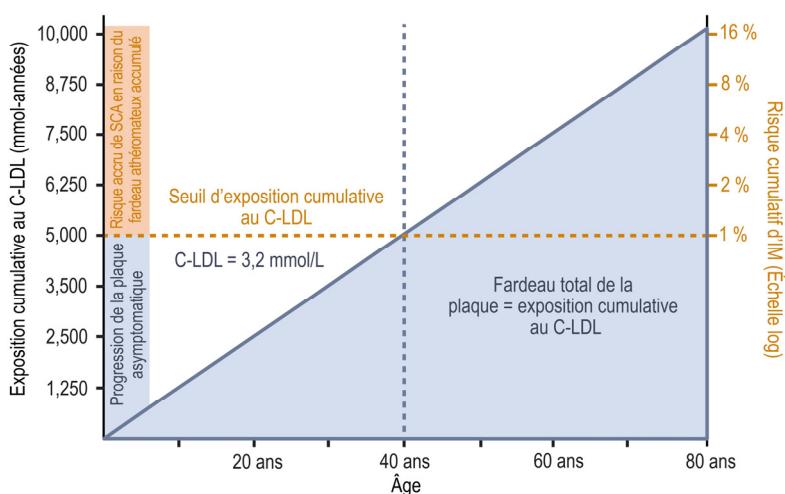
8

Le C-LDL circulant est fortement associé à une augmentation du risque de MCVAS



9

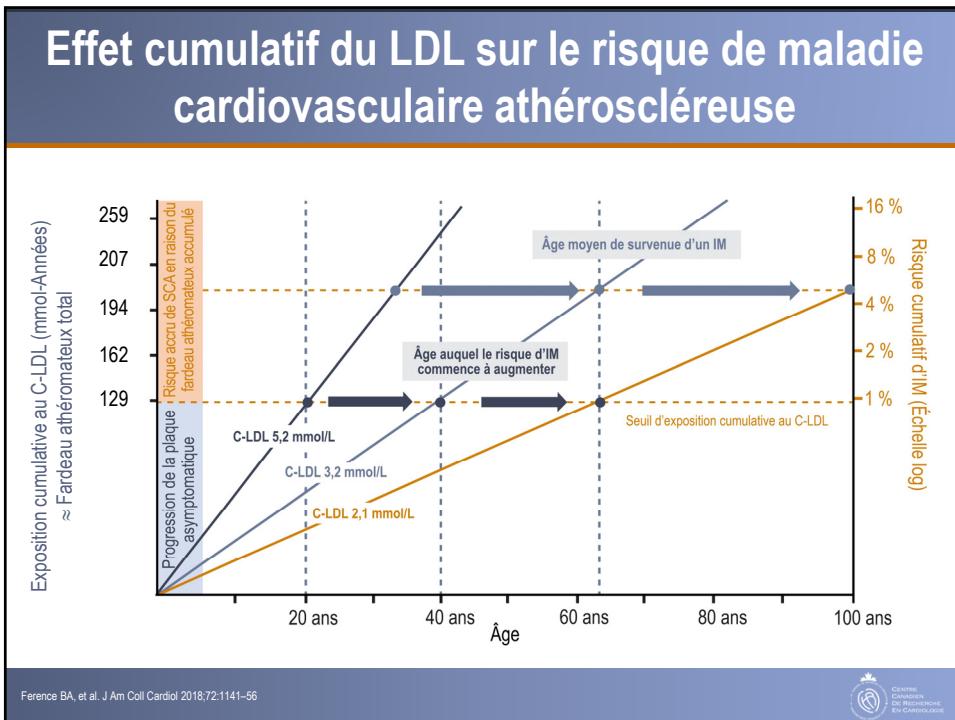
Effet de l'exposition cumulative au LDL sur le fardeau de la plaque et le risque de maladie cardiovasculaire



Ference BA, et al. J Am Coll Cardiol 2018;72:1141-56

CENTRE
CANADIEN
DE RECHERCHE
EN CARDIOLOGIE

10



11



12

La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides

Les lignes directrices sur les lipides de la SCC (2016) recommandent de viser un taux réduit de C-LDL afin de diminuer le risque d'événements CV



Société canadienne de cardiologie
Community. Connaissance. Leadership.

Canadian Cardiovascular Society
Leadership. Knowledge. Community.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- C-LDL constamment $< 2,0 \text{ mmol/L}$ ou réduction $> 50\%$
- Envisager un taux de C-LDL $< 1,8 \text{ mmol/L}$ chez les patients atteints d'athérosclérose clinique
- Des taux d'Apo B $\le 0,80 \text{ g/L}$ ou de cholestérol non-HDL $\le 2,6 \text{ mmol/L}$ peuvent être envisagés comme autres cibles thérapeutiques

AFFECTIONS POUR LESQUELLES UNE STATINE EST INDICUÉE

(ceux qui obtiendront le plus de bienfaits)

- Athérosclérose clinique*
- Anévrisme de l'aorte abdominale
- La plupart des diabètes sucrés
- IRC (âge > 50 ans)
- C-LDL $\ge 5,0 \text{ mmol/L}$

*Athérosclérose clinique, i.e., antécédents d'IM ou revascularisation coronarienne par ICP ou PAC, autres interventions de revascularisation artérielle, angine de poitrine, maladie vasculaire cérébrale incluant l'AIT ou artériopathie périphérique (claudication et/ou ICB $< 0,9$)
ICB, index cheville-bras; Apo B, apolipoprotéine B; PAC, pontage aorto-coronarien; SCC, Société canadienne de cardiologie; IRC, insuffisance rénale chronique; CV, cardiovasculaire; C-HDL, cholestérol des lipoprotéines de haute densité; C-LDL, cholestérol des lipoprotéines de basse densité; IM, infarctus du myocarde; ICP, intervention coronarienne percutanée; AIT, accident ischémique transitoire.

Anderson TJ et al. 2016;32:1263-1282

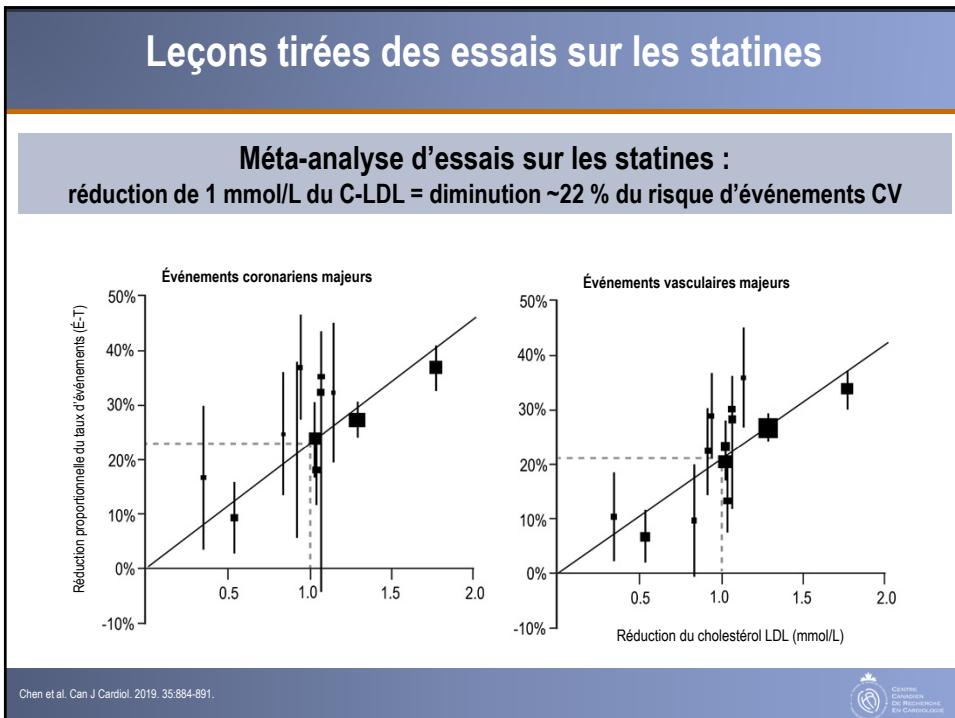


13

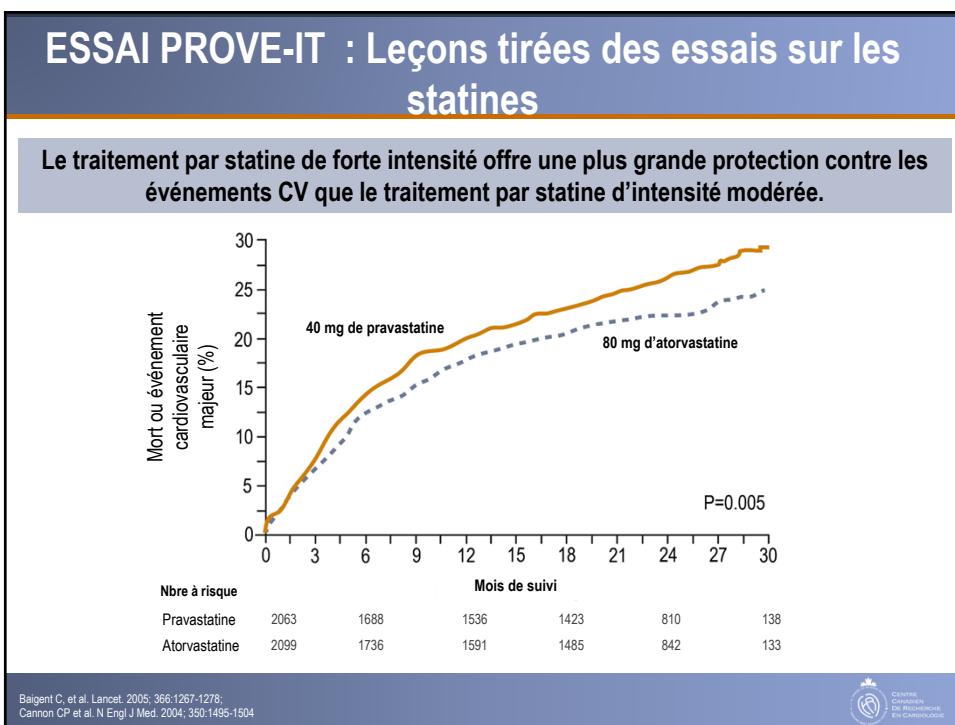
Dans quelle proportion une réduction de 1 mmol/L du C-LDL diminue le risque d'événements CV?

1. ~18 %
2. ~22 %
3. ~25 %
4. ~27 %

14



15



16

Quelle proportion de patients obtiennent un C-LDL cible < 2 mmol/L sous traitement par statine?

1. 50 % ou moins
2. 60 %
3. 70 %
4. Plus de 80 %

17

De nombreux patients canadiens à haut risque traités par statine n'ont pas atteint le taux ciblé de C-LDL

DYSIS¹
Les patients canadiens à haut risque n'ont PAS obtenu le taux ciblé de C-LDL* (< 2,0 mmol/L)
▪ 88 % des patients ont reçu une statine « puissante » à une dose sous-optimale
▪ 14 % des patients ont reçu un médicament hypolipémiant additionnel

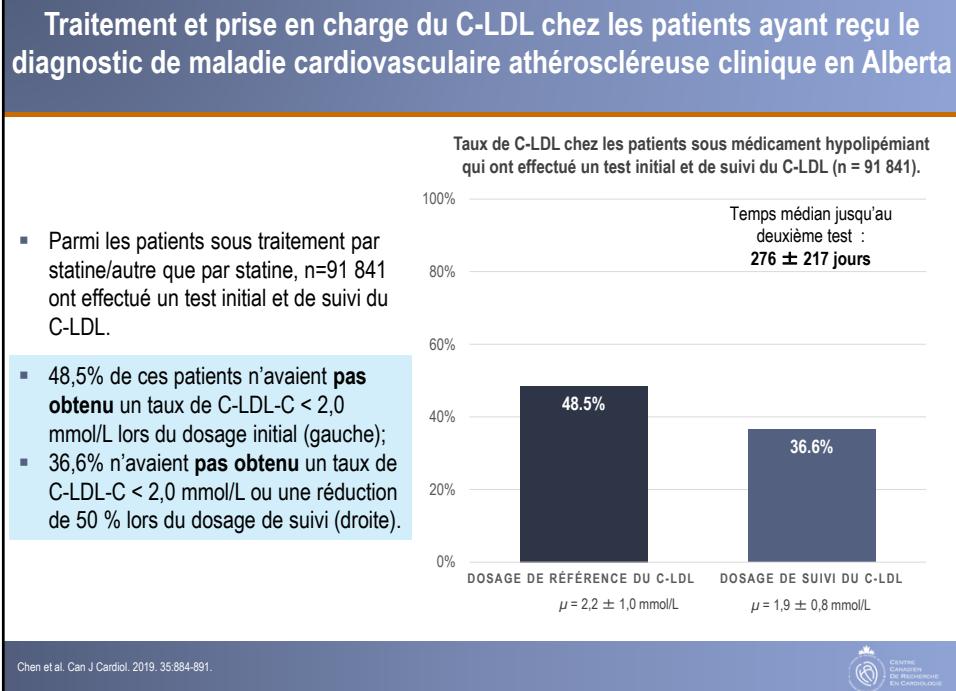
DM-SCAN²
Les patients canadiens atteints de diabète n'ont pas obtenu le taux ciblé de C-LDL† ($\leq 2,0$ mmol/L)
▪ 82 % des patients étaient sous médicament hypolipémiant

*Haut risque = coronaropathie, artériopathie périphérique, maladie vasculaire cérébrale, diabète sucré ou score de risque de Framingham à 10 ans $\geq 20\%$.
Étude DYSIS – 2 436 patients, 1913 patients à haut risque.
†N = 5 069

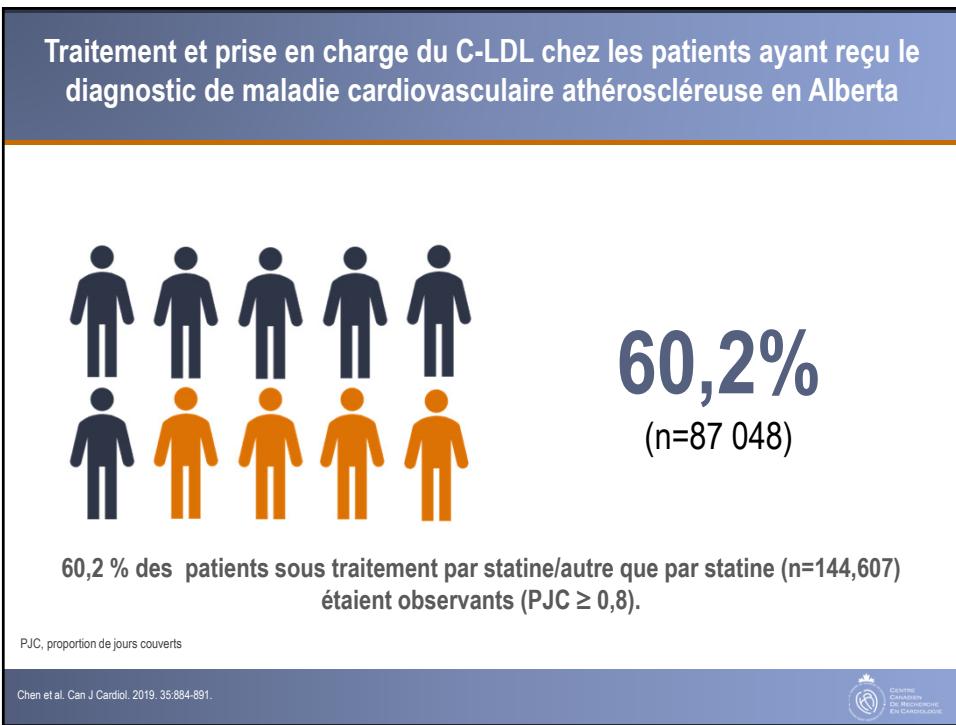
1. Goodman SG et al. on behalf of the DYSIS Canadian Investigators. Can J Cardiol. 2010;26:e330-e335.
2. Leiter LA et al. on behalf of the DM-SCAN investigators. Can J Diabetes. 2013;37:82-89.

18

La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides



19



20



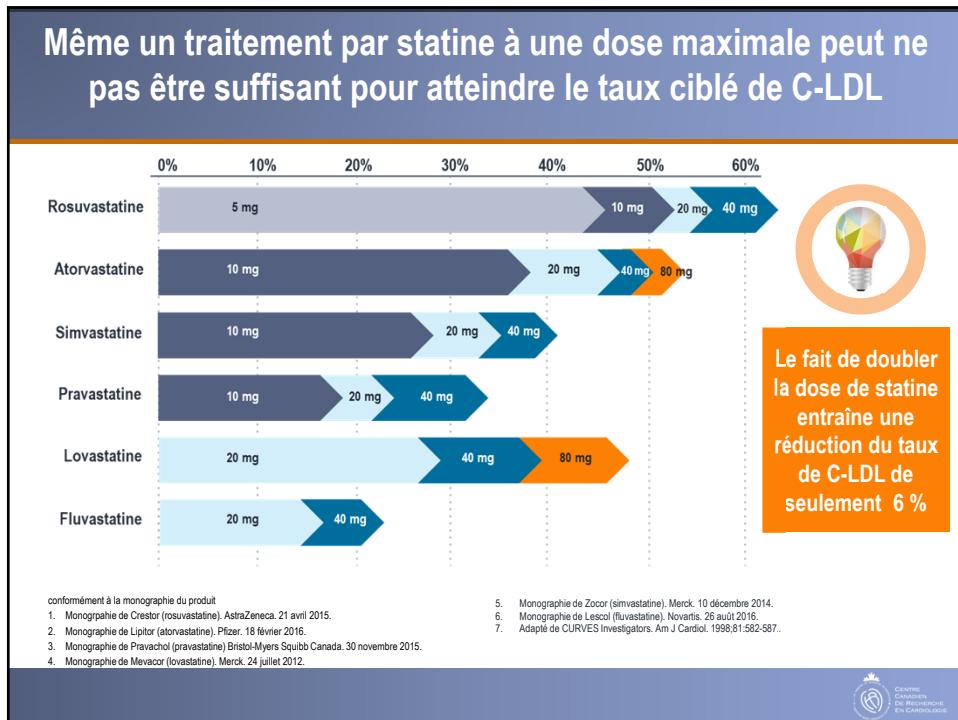
21

Si l'on double la dose de statine, dans quelle proportion le taux de C-LDL sera t-il réduit ?

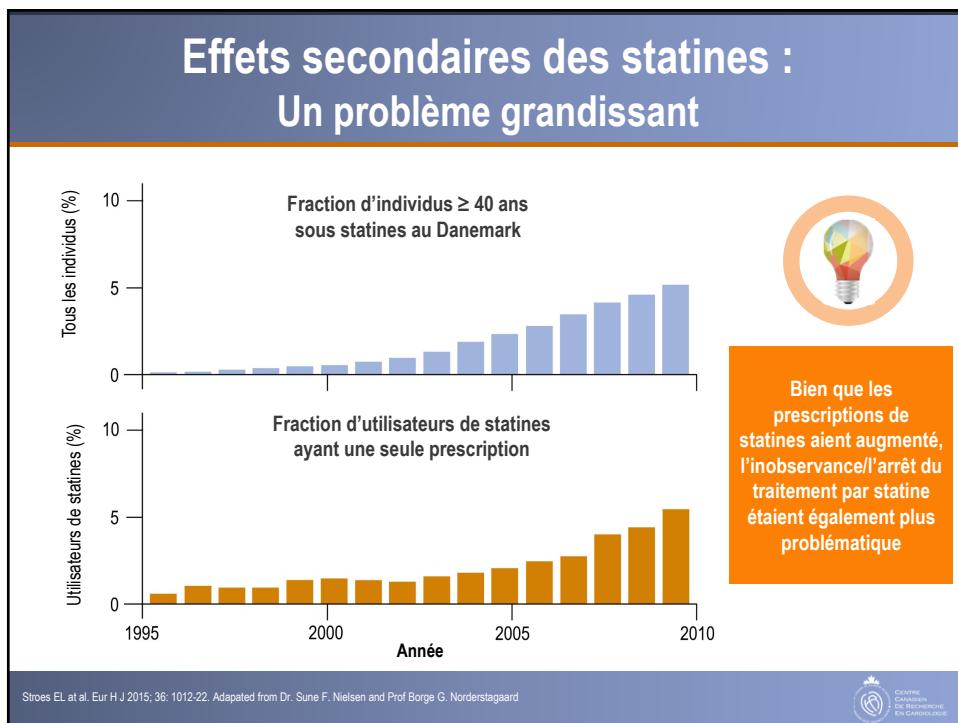
- 1. 6 %
- 2. 10 %
- 3. 12 %
- 4. 15 %
- 5. Selon la statine

22

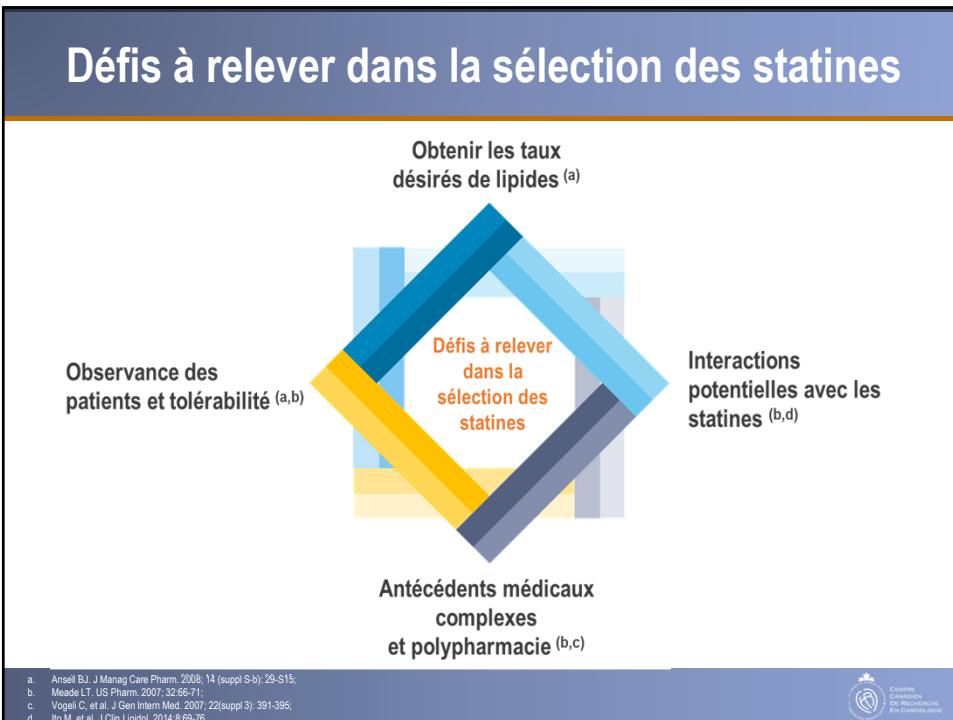
La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides



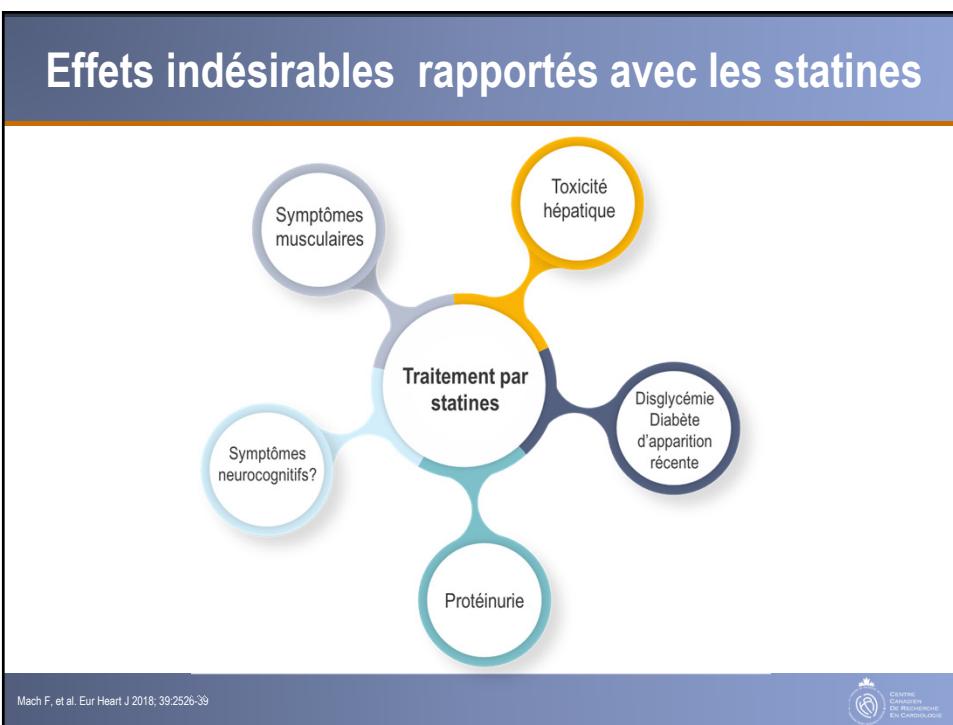
23



24



25



26

La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides

Impact des symptômes musculaires associés aux statines (SMAS)

Conséquences d'une mauvaise observance du traitement par statine : risque CV accru

Proportion de jours avec des statines (%)	Rapport de risque (IC à 95%) Prévention primaire	Rapport de risque (IC à 95%) Prévention secondaire
<10	1 (référence)	1 (référence)
10-19	1,35 (1,22-1,50)	1,28 (1,18-1,39)
50-59	0,77 (0,67-0,88)	0,69 (0,63-0,76)
>90	0,55 (0,49-0,61)	0,49 (0,46-0,53)

- 75% des patients ont arrêté leur traitement par statine au bout de 2 ans
- Les SMAS sont la raison dominante chez ~60 % des patients

Chodick G et al. Clin Ther 2008;30:2167-79.
Cohen J et al. Clin Lipidol 2012;6:208-15
Shalev. Arch. Int Med 2009

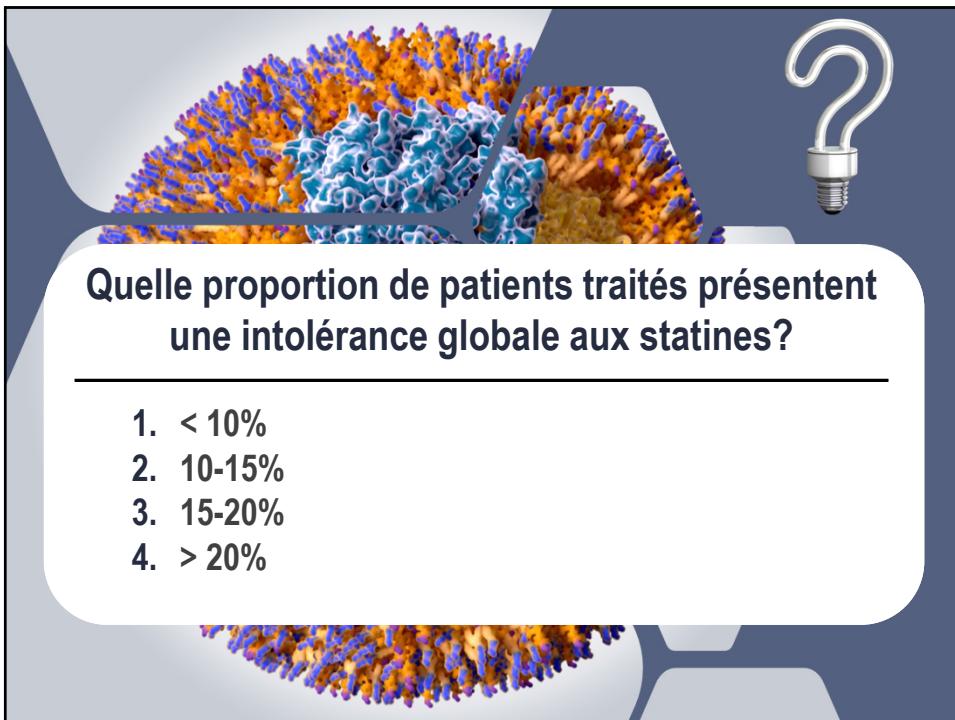


27

Chez les patients ayant présenté des effets secondaires liés aux statines, quelle proportion les ont présentés au cours des six premiers mois?

1. 30 %
2. 65 %
3. 78 %
4. 90 %

28



29

Symptômes musculaires associés aux statines vs intolérance aux statines

Effets secondaires musculaires

- Dans 90% de tous les cas, les effets secondaires musculaires surviennent dans les 6 mois suivant l'instauration du traitement ou après l'augmentation de la dose
- Douleurs (myalgies), faiblesse, raideur et crampes musculaires
- Myopathie (myosite) : associée à un taux de CK 10 x LNS
 - Les patients ayant un taux normal de CK peuvent également avoir des symptômes de myopathie associés au traitement par statine
- Rhabdomyolyse : CK >50 x LNS, myoglobinémie, insuffisance rénale induite par une myoglobinurie; entraîne des lésions musculo-squelettiques; risque de mort de 10 % *

Intolérance aux statines

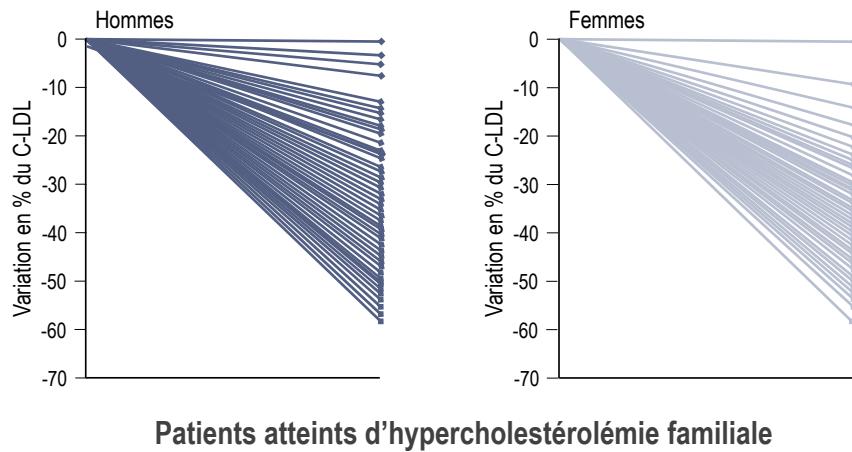
- Survient chez 10 à 15% des patients
- Définie par la NLA* comme l'incapacité à tolérer au moins 2 statines (une à la dose quotidienne la plus faible et une à n'importe quelle dose quotidienne) en raison de symptômes ou de résultats de laboratoire anormaux – liés temporairement au traitement par statine
 - Intolérance complète – intolérance à toutes les statines à toutes les doses
 - Intolérance partielle – intolérance à certaines statines et à certaines doses
- Pourrait résulter de : Symptômes musculaires, céphalées, troubles du sommeil, dyspepsie, nausée, éruption cutanée, alopecie, dysfonction érectile, gynécomastie et/ou arthrite

* NLA -National Lipid Association

* Mort due à une arythmie induite par une hyperkaliémie ou coagulation intravasculaire disséminée
Béach M, et al. Arch Med Sci. 2015;11:1-23

30

Variabilité interindividuelle importante de la réduction du C-LDL avec l'atorvastatine 10 mg

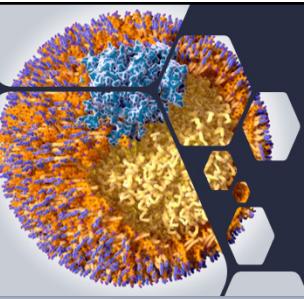


Patients atteints d'hypercholestérolémie familiale

Pedro-Botet J, et al. Atherosclerosis 2001; 158(1):183-93.

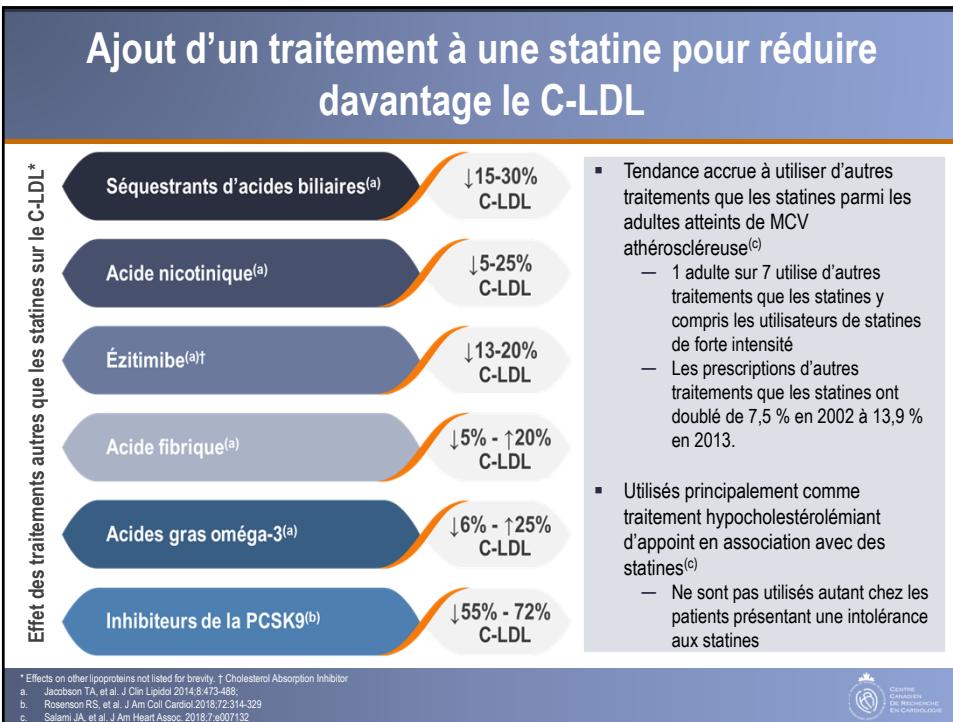


31



Stratégies relatives à l'ajout de traitements complémentaires aux statines pour réduire le taux de C-LDL

32



33

Les lignes directrices sur les lipides de la SCC (2016) recommandent : Au-delà d'un traitement par statines pour la prévention des MCVAS

Société canadienne de cardiologie
Communauté. Connaissances. Leadership.

Canadian Cardiovascular Society
Leadership. Knowledge. Community.

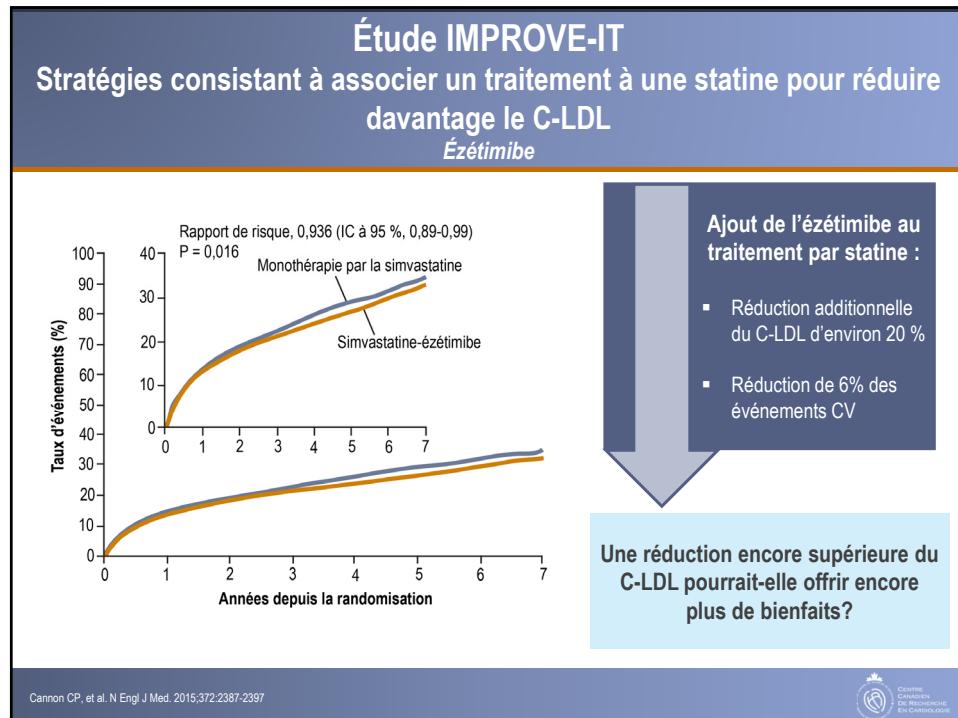
- 1. Nous recommandons l'ézétimibe comme traitement de deuxième intention pour abaisser les niveaux de C-LDL chez les patients atteints de MCV clinique si les cibles ne sont pas atteintes avec le traitement par statines aux doses maximales tolérées (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*)**
- 2. Nous recommandons de ne pas associer la niacine au traitement par statine pour la prévention des maladies cardiovasculaires chez les patients qui ont atteint les taux ciblés de C-LDL (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*)**
- 3. Nous recommandons de ne pas associer les fibrates au traitement par statine pour la prévention des MCV chez les patients qui ont atteint les taux ciblés de C-LDL (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*) Valeurs et préférences : Dans l'analyse des sous-groupes, les patients présentant des taux élevés de triglycérides et de faibles taux de C-HDL peuvent bénéficier d'une thérapie par les fibrates.**

Anderson et al. 2016 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult Canadian Journal of Cardiology 2016;32:1263-1282

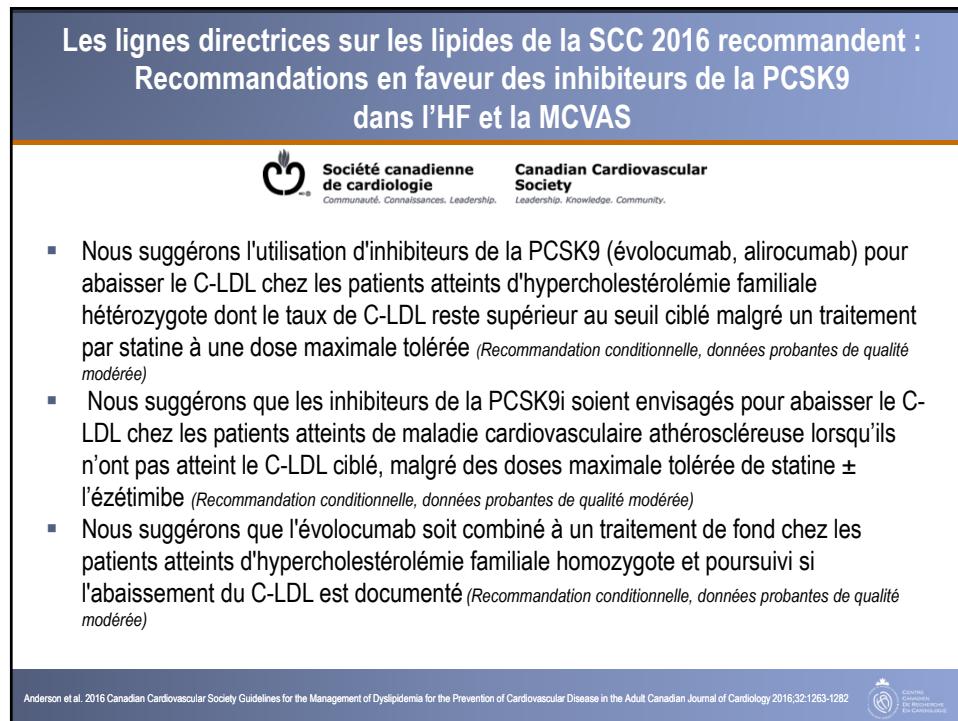
CENTRE CANADIEN DE RECHERCHE EN CARDIOLOGIE

34

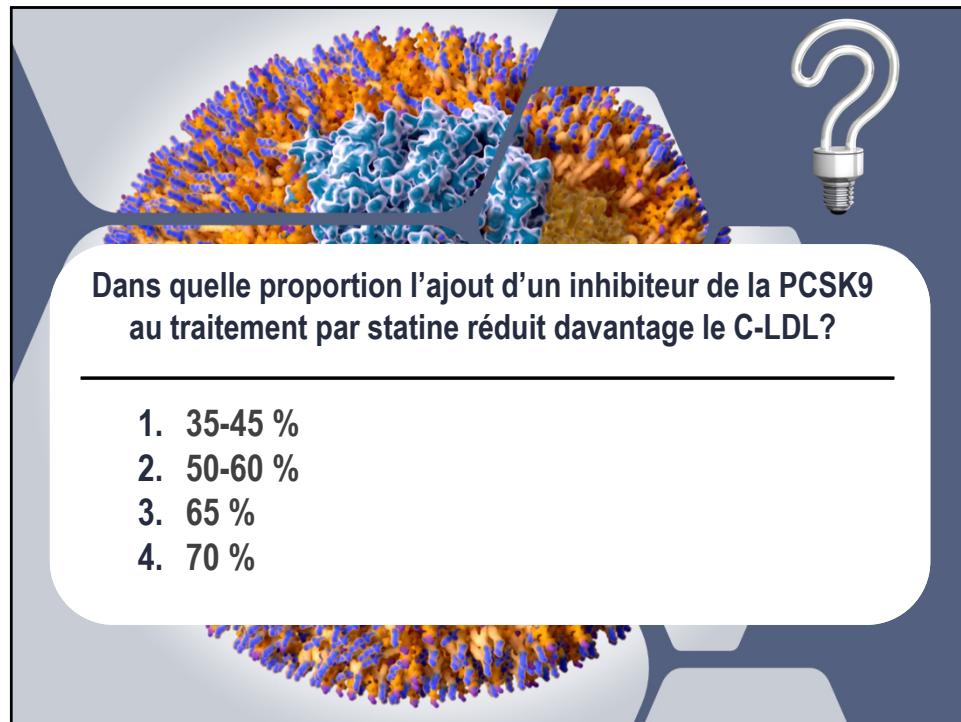
La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides



35



36



Dans quelle proportion l'ajout d'un inhibiteur de la PCSK9 au traitement par statine réduit davantage le C-LDL?

1. 35-45 %
2. 50-60 %
3. 65 %
4. 70 %

37

Stratégies consistant à ajouter un traitement à une statine pour réduire davantage le C-LDL

Inhibiteurs de la PCSK9

Les inhibiteurs de la PCSK9 réduisent le C-LDL d'un taux additionnel moyen de 50 à 60 %

- Réduisent davantage le risque d'événements CV
- Les bienfaits CV sont proportionnels à la réduction absolue du C-LDL et à la durée du traitement
- Maximum de bienfaits rapportés chez les patients présentant des facteurs de risque élevé additionnels tels qu'un IM récent, une atteinte polyvasculaire, des événements CV antérieurs



Le réel défi actuellement est d'identifier les patients qui obtiendraient le plus de bénéfice des inhibiteurs de la PCSK9

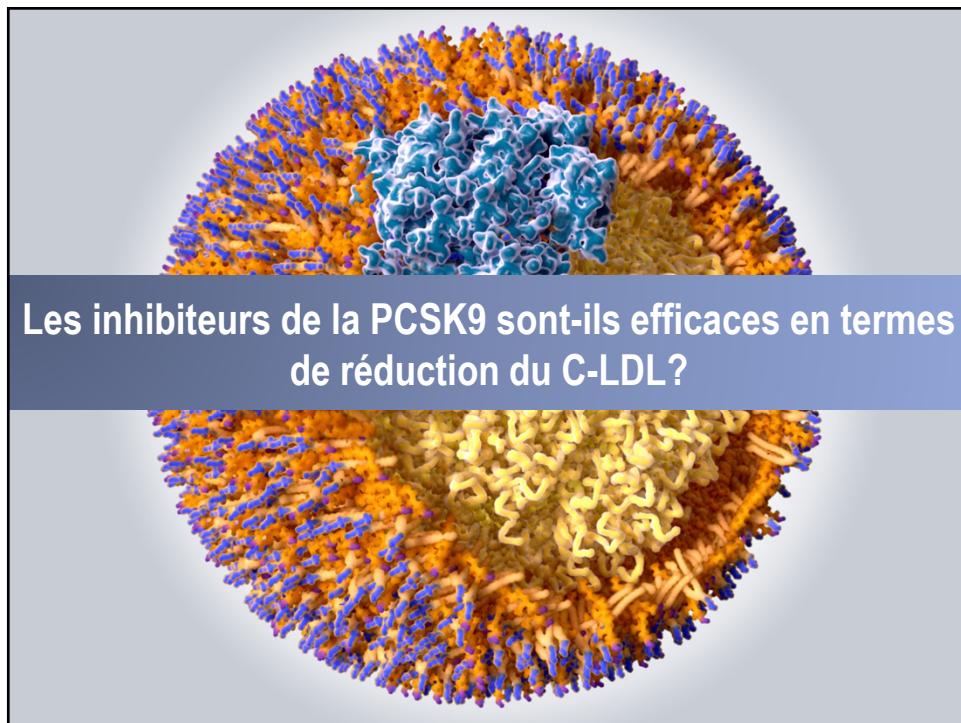
Sebastien MS, N Engl J Med. 2017;376:1713-1722;
Schwartz GG, et al. N Engl J Med. 2018;379:2097-2107



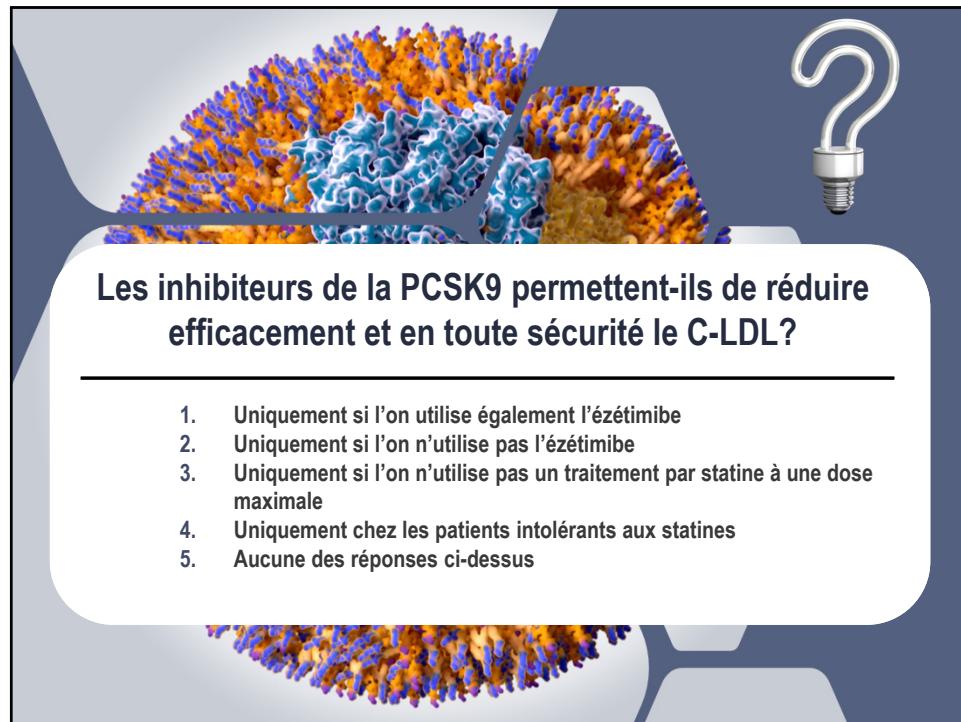
38



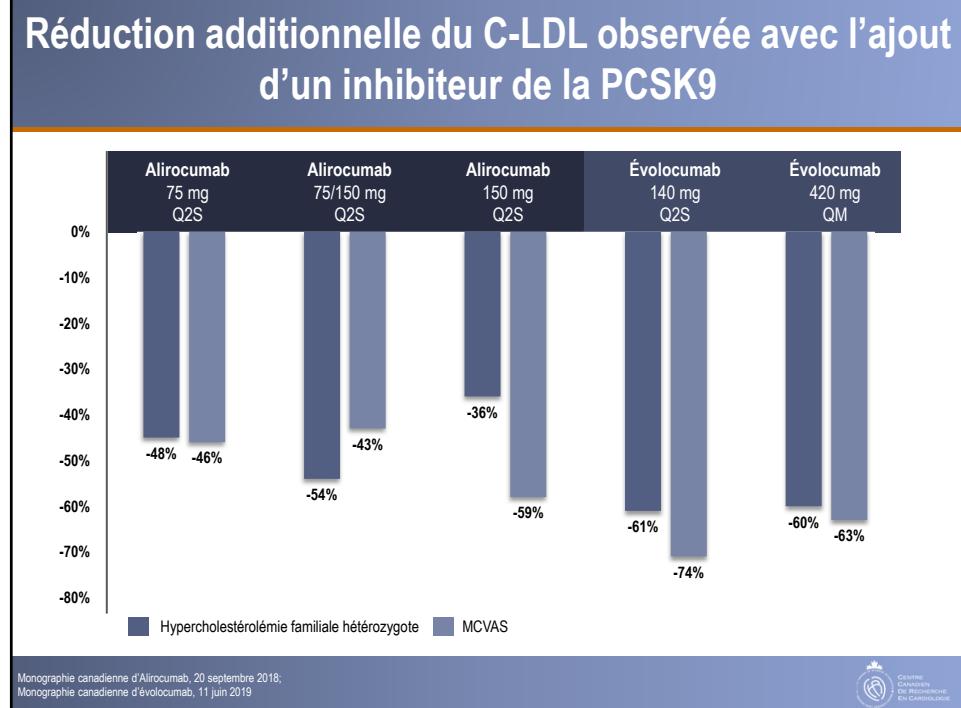
39



40

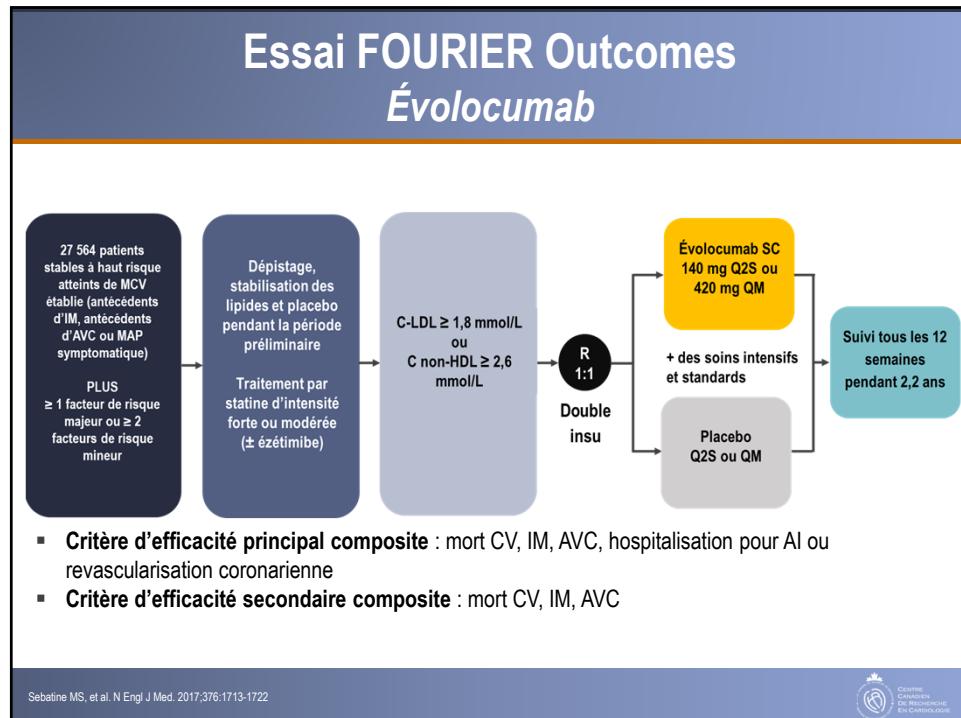


41

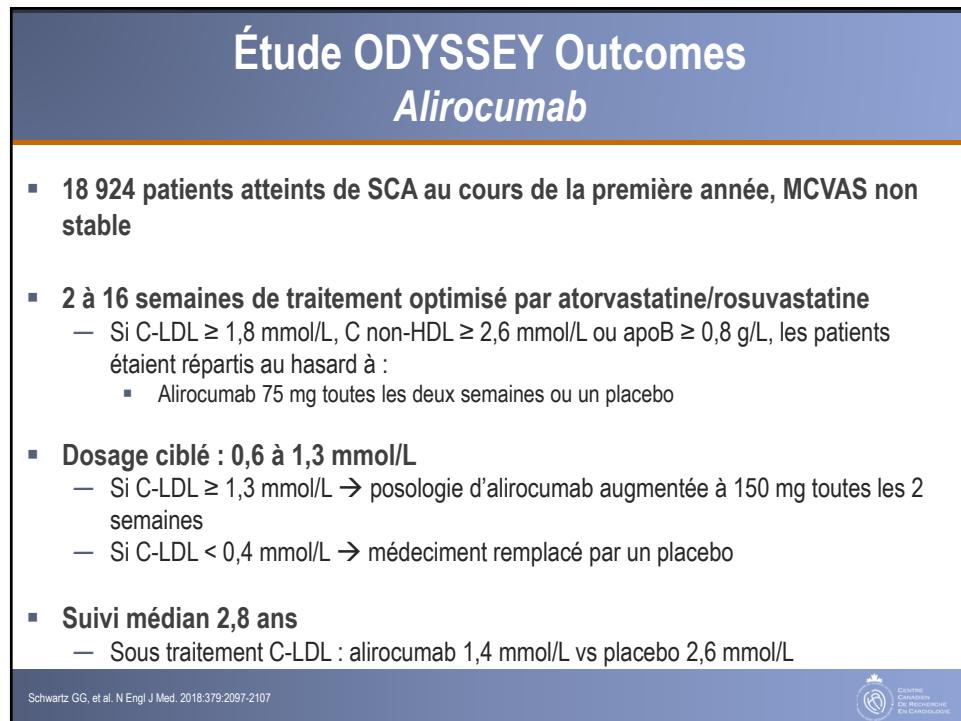


42

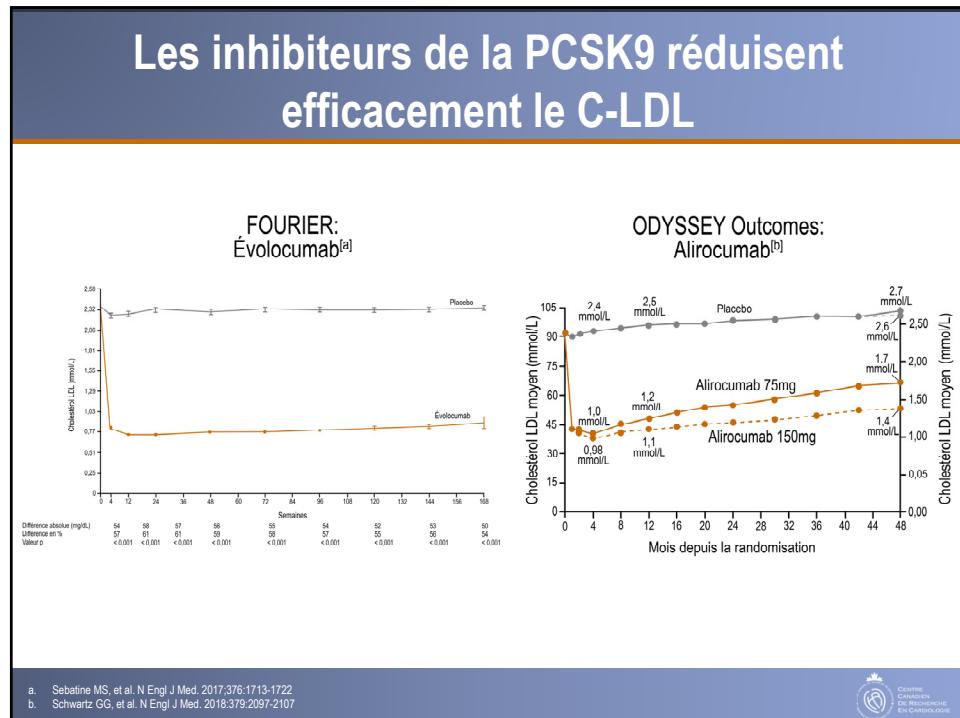
La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides



43



44



45

Guideline Oriented Approach to Lipid lowering in Canada (GOAL)

- Le programme GOAL est conçu pour s'appliquer dans le monde réel et il est coordonné par le Centre canadien de recherche en cardiologie
- Le programme GOAL évalue la prise en charge des patients exposés à un risque élevé, définis comme ceux atteints de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse clinique et ayant un taux de C-LDL > 2,0 mmol/L, malgré un traitement par statine à une dose maximale tolérée
- Le programme vise à soutenir la prise de décisions et le choix du traitement, afin d'aider les médecins à atteindre les taux cibles de C-LDL recommandés par la Société canadienne de cardiologie pour les patients à haut risque.

Le programme interactif comprend 3 composantes distinctes :

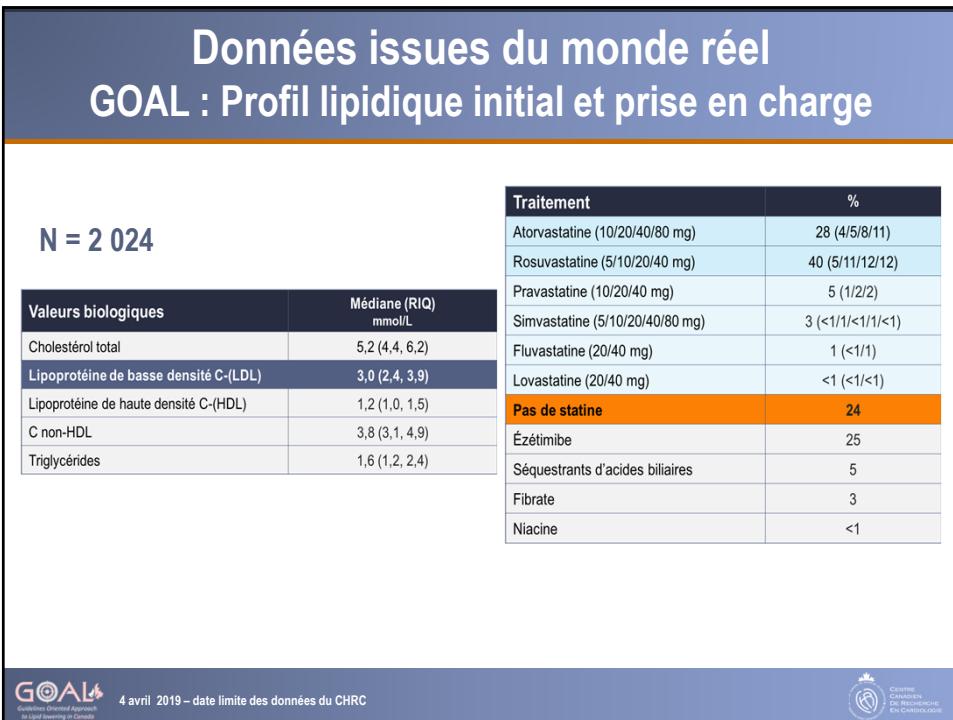
1. Saisie des données rapportées par le médecin sur les stratégies de réduction du taux de C-LDL à chaque visite .
2. Commentaires sur les possibilités de réduction du taux de C-LDL sur la base des lignes directrices de la SCC.
3. Identification des difficultés auxquelles font face les médecins et des raisons de ces difficultés (les lacunes dans les soins subsistent).

GOAL
Guideline Oriented Approach

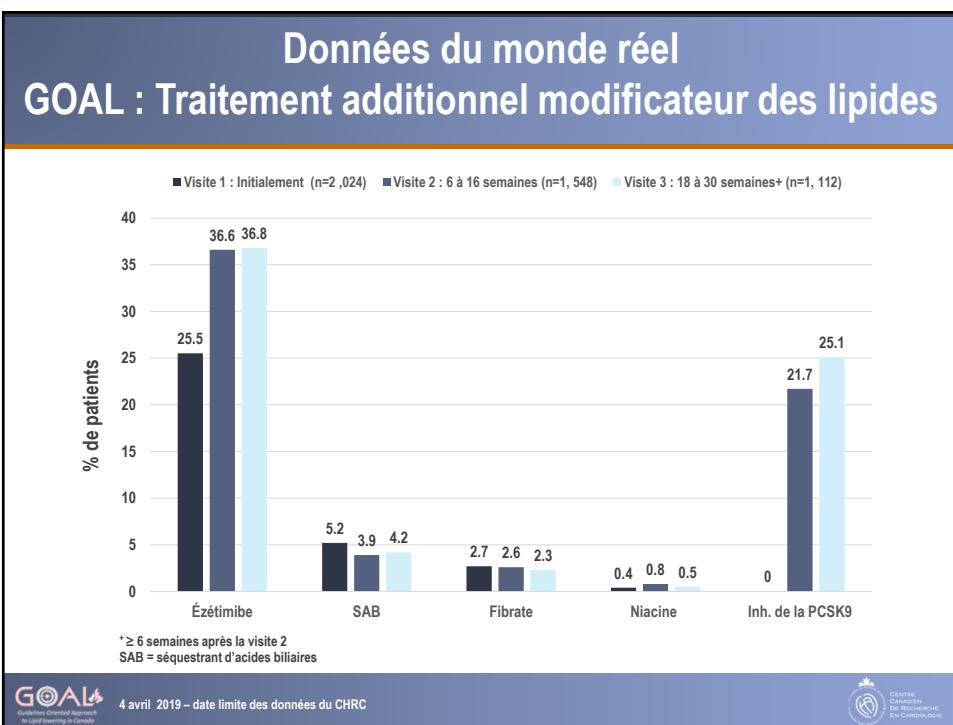
CENTRE CANADIEN DE RECHERCHE EN CARDIOLOGIE

46

La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides

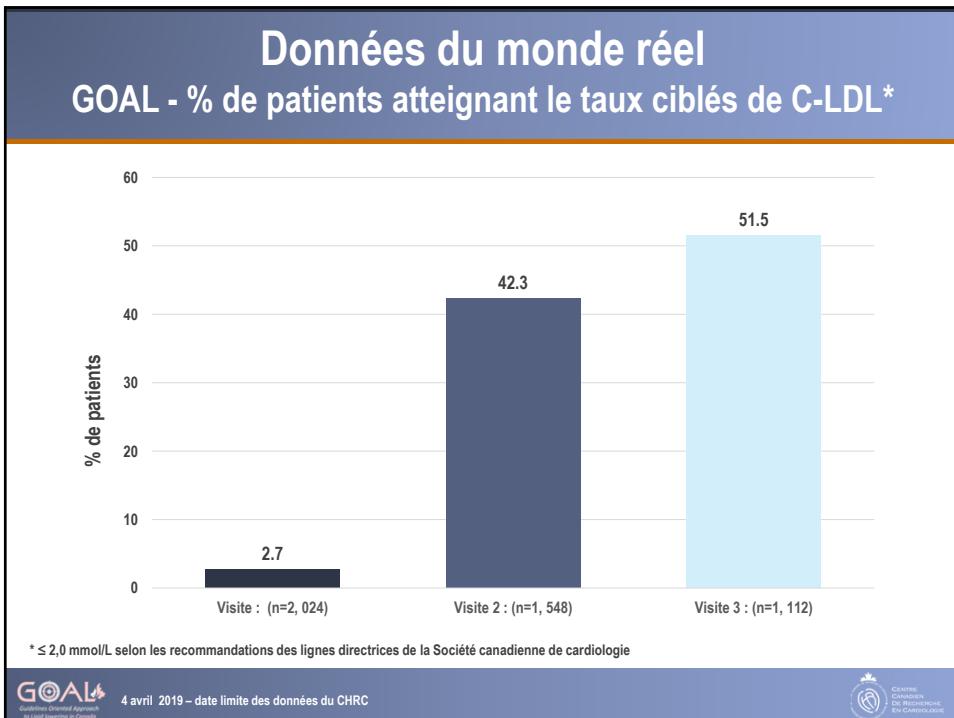


47

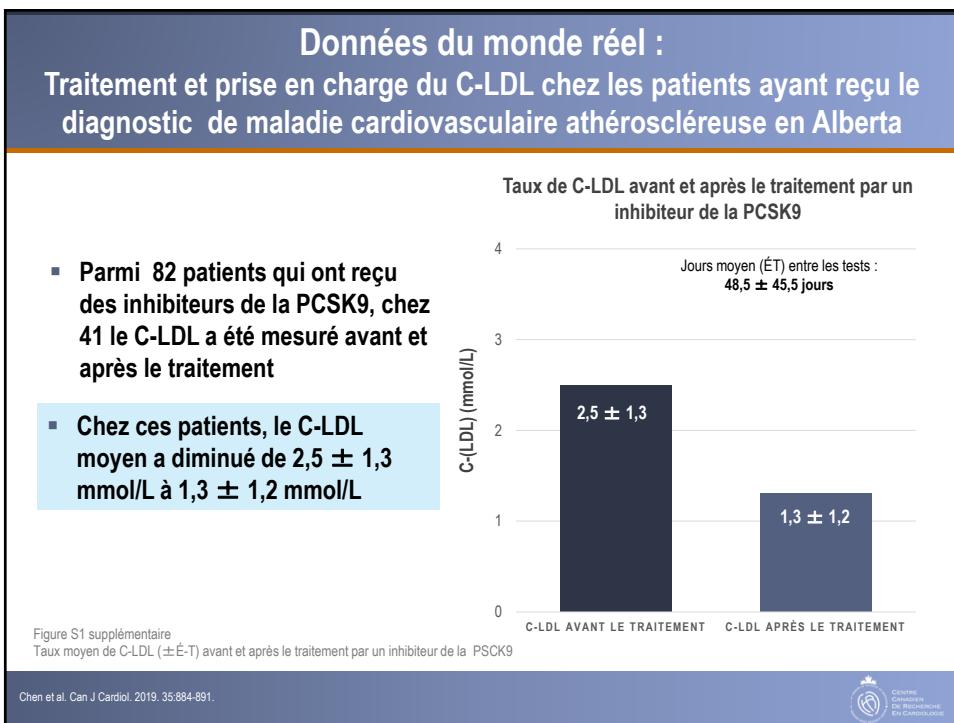


48

La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides

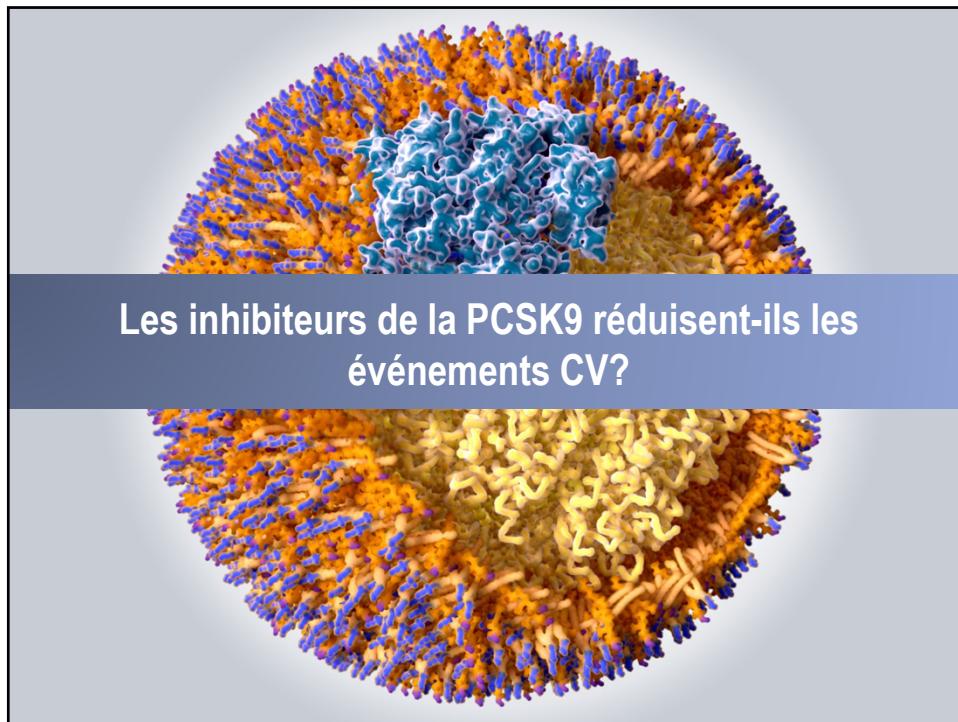


49

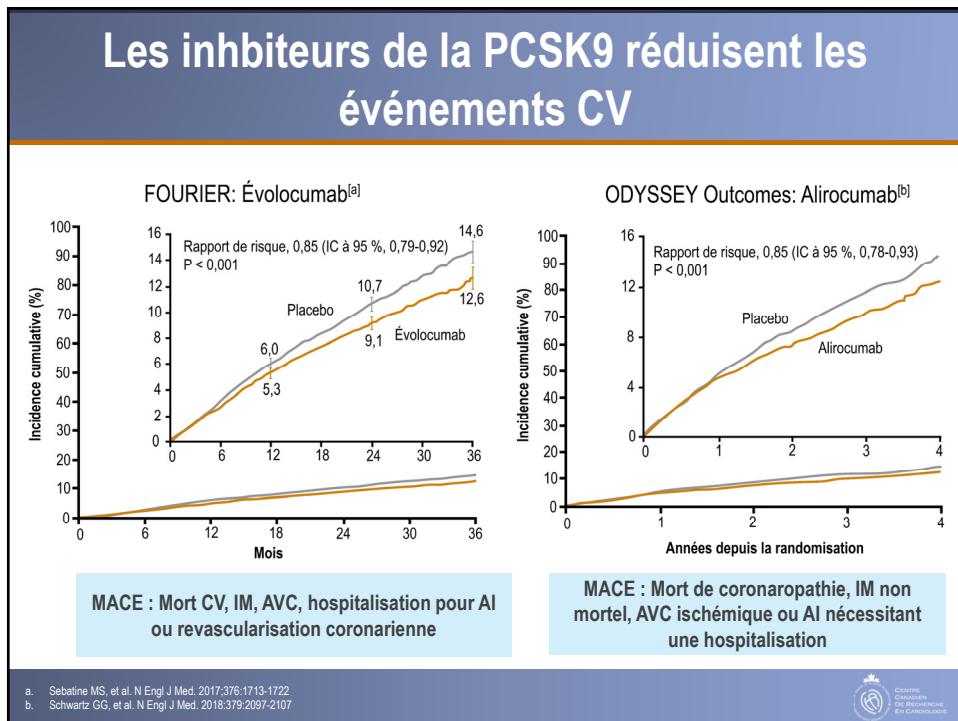


50

La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides



51



52



53

A 3D molecular model of the PCSK9 protein, partially cut away to reveal its internal structure. A lightbulb icon is positioned to the right, symbolizing a question or idea.

En ce qui concerne l'innocuité des inhibiteurs de la PCSK9, lequel des énoncés ci-dessous est vrai?

- 1. On peut craindre les EI neurocognitifs
- 2. On peut craindre les myalgies
- 3. Aucun événement indésirable significatif n'a été démontré
- 4. L'utilisation d'une supplémentation en vitamine D est recommandée

A third 3D molecular model of the PCSK9 protein, shown at the bottom of the slide.

54

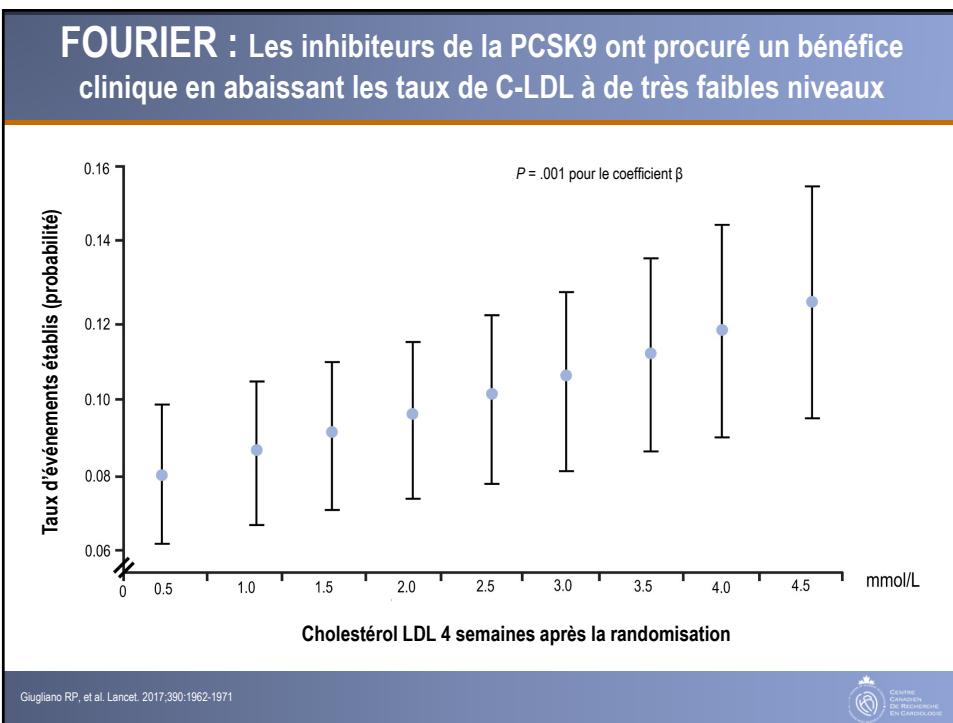
Les inhibiteurs de la PCSK9 sont sûrs

FOURIER : Évolocumab ^(a)		ODYSSEY Outcomes : Alirocumab ^(b)			
Critère d'évaluation	Évolocumab (N = 13,769)	Placebo (N = 13,756)	Variable	Alirocumab (N = 9,451)	Placebo (N = 9,443)
Événements indésirables – Nbre de patients, %					
Tous	77.4	77.4	Tous	75.8	77.1
Graves	24.8	24.7	Graves	23.3	24.9
On pense qu'ils sont liés au médicament à l'étude et entraînent l'arrêt du traitement	1.6	1.5	Événement indésirable qui entraîne la mort	1.9	2.4
Réaction au point d'injection	2.1	1.6	Événement indésirable qui a entraîné l'arrêt du traitement à l'étude	3.6	3.4
Réaction allergique	3.1	2.9	Réaction locale au point d'injection	3.8	2.1
Événement d'origine musculaire	5.0	4.8	Réaction allergique générale	7.9	7.8
Rhabdomolyse	0.1	0.1	Aggravation du diabète ou complication diabétique parmi les patients atteints de diabète initialement, %	18.8	21.2
Cataracte	1.7	1.8	Diabète d'apparition nouvelle parmi les patients non diabétiques initialement, %	9.6	10.1
Cas établi de diabète d'apparition nouvelle	8.1	7.7	Trouble neurocognitif	1.5	1.8
Événement neurocognitif	1.6	1.5	Maladie hépatique	5.3	5.7
			Cataracte	1.3	1.4
			AVC hémorragique, établi	< 0.1	0.2

a. Sebatine MS, et al. N Engl J Med. 2017;376:1713-1722.
b. Schwartz GG, et al. N Engl J Med. 2018;379:2097-2107.

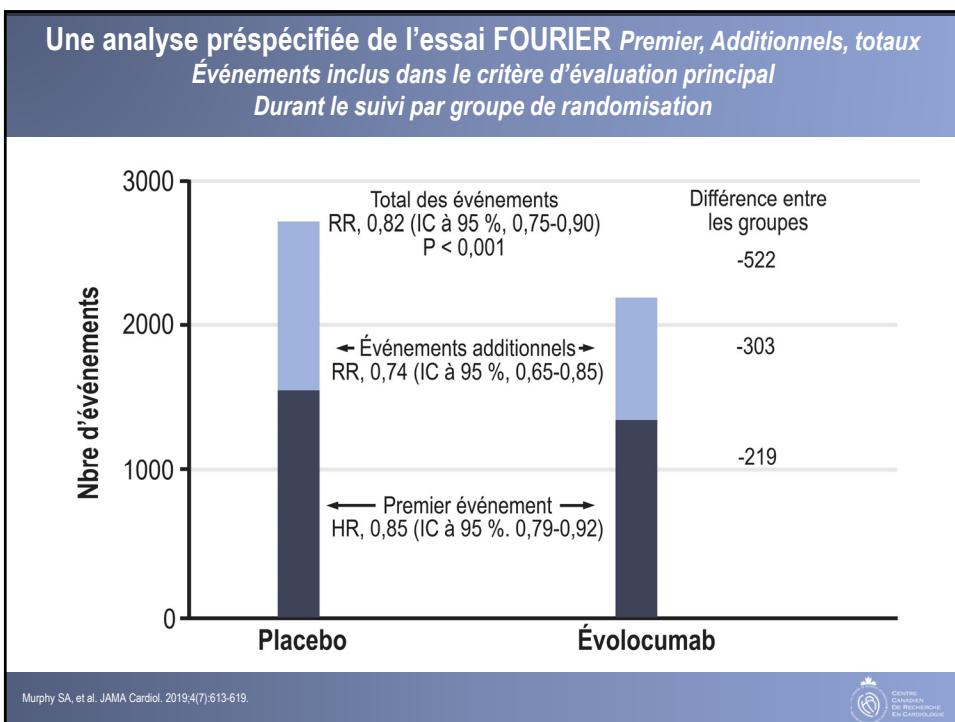
CENTRE CANADIEN DE RECHERCHE EN CARDIOLOGIE

55

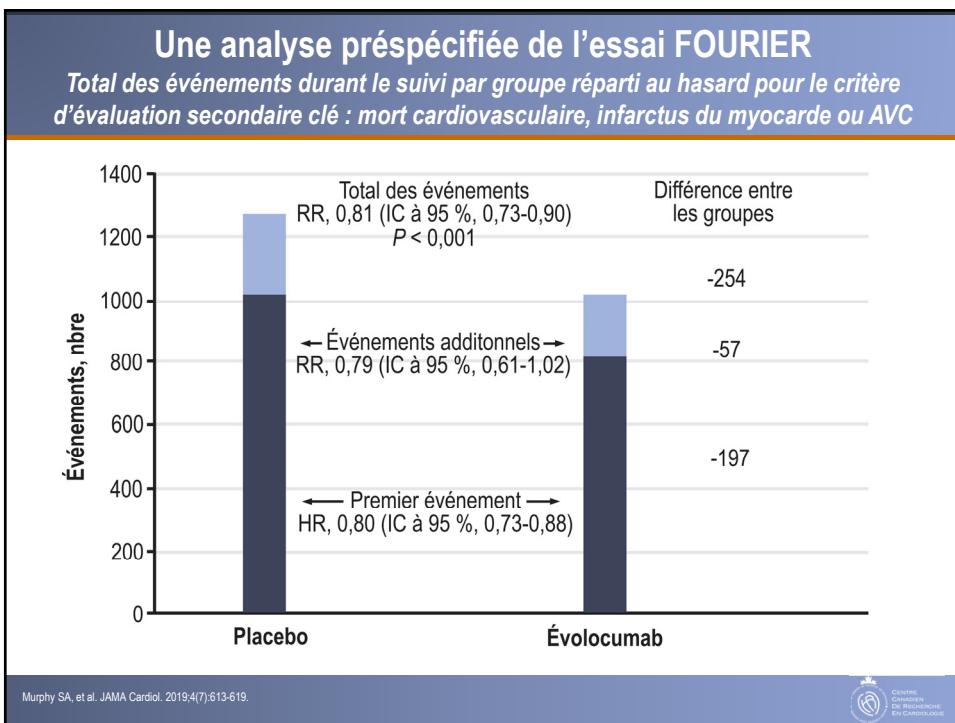


56

La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides



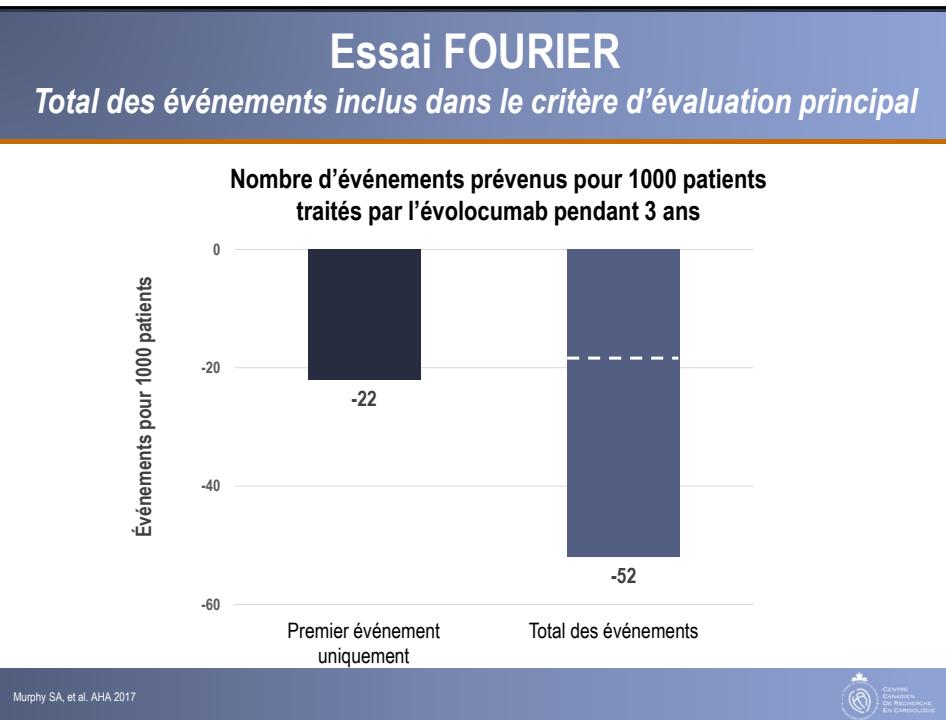
57



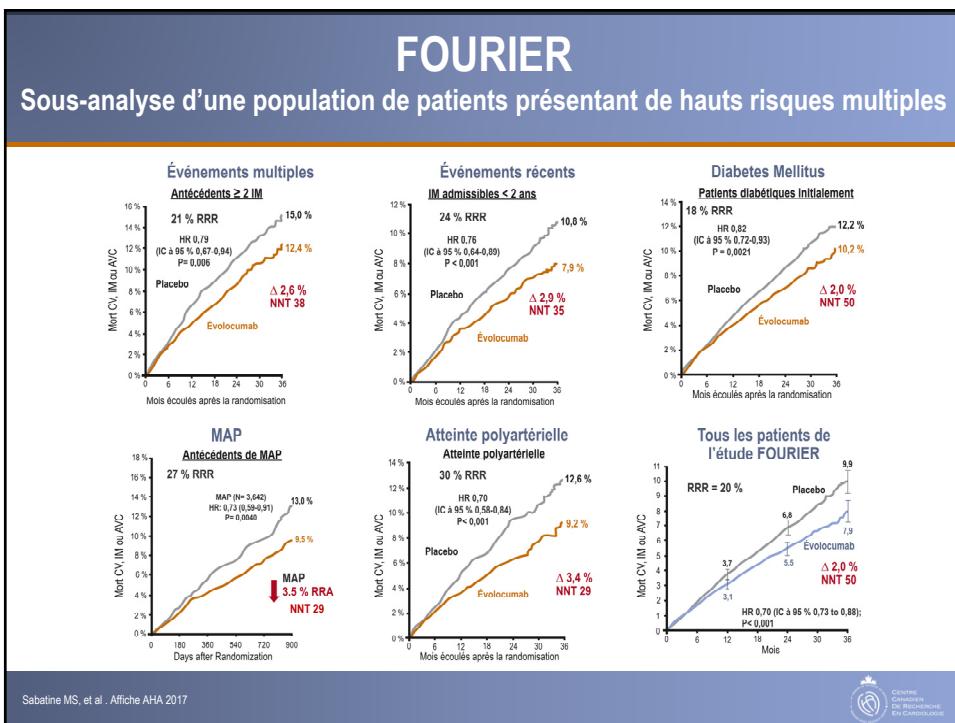
58

29

La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides

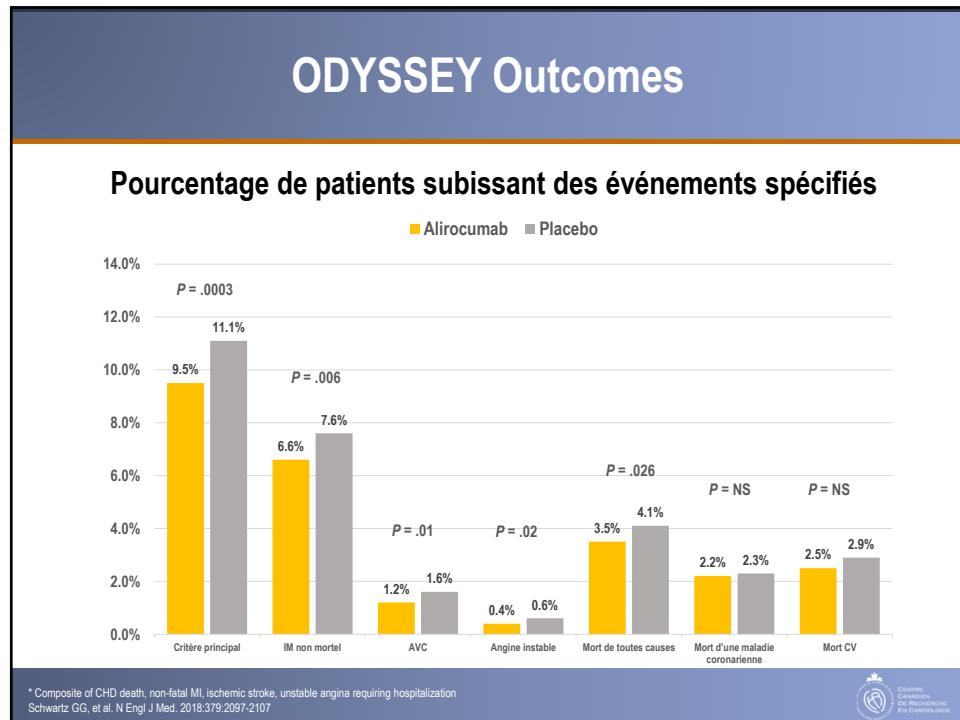


59

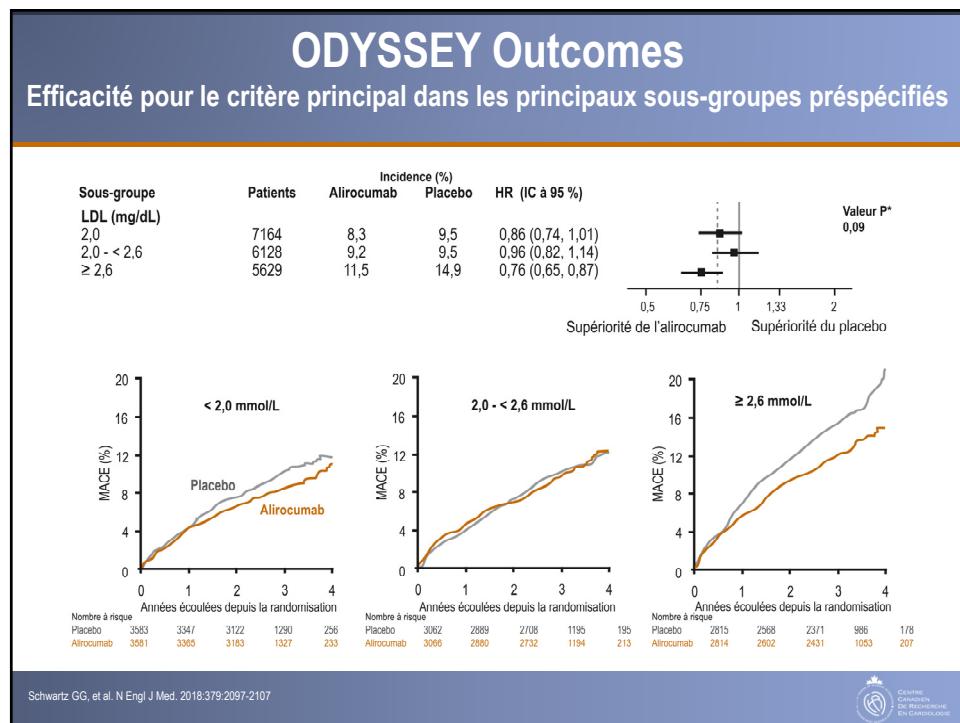


60

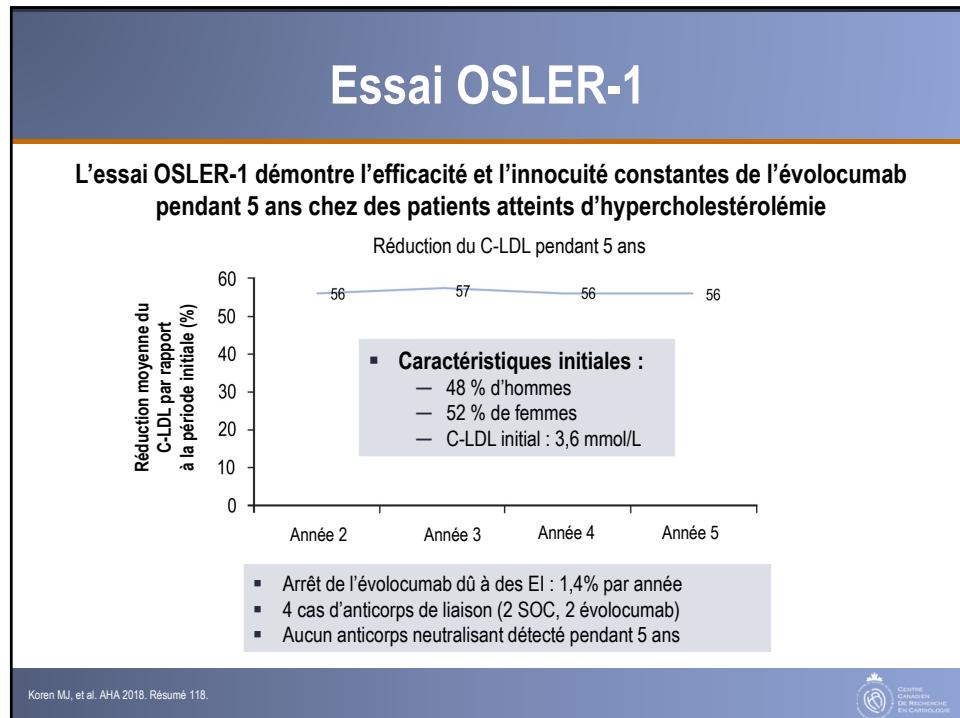
La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides



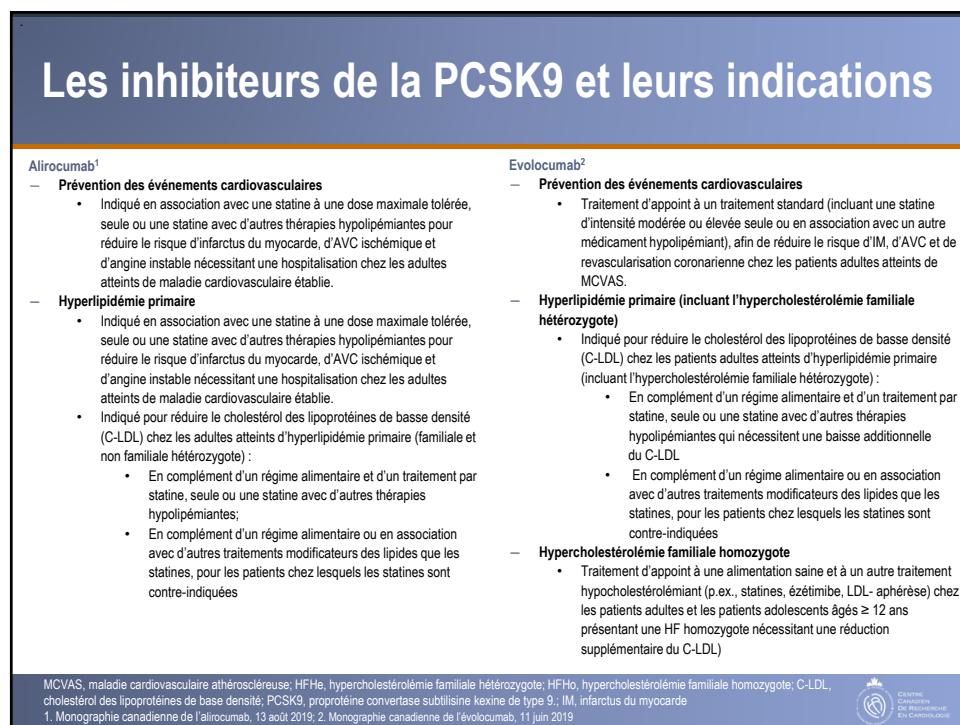
61



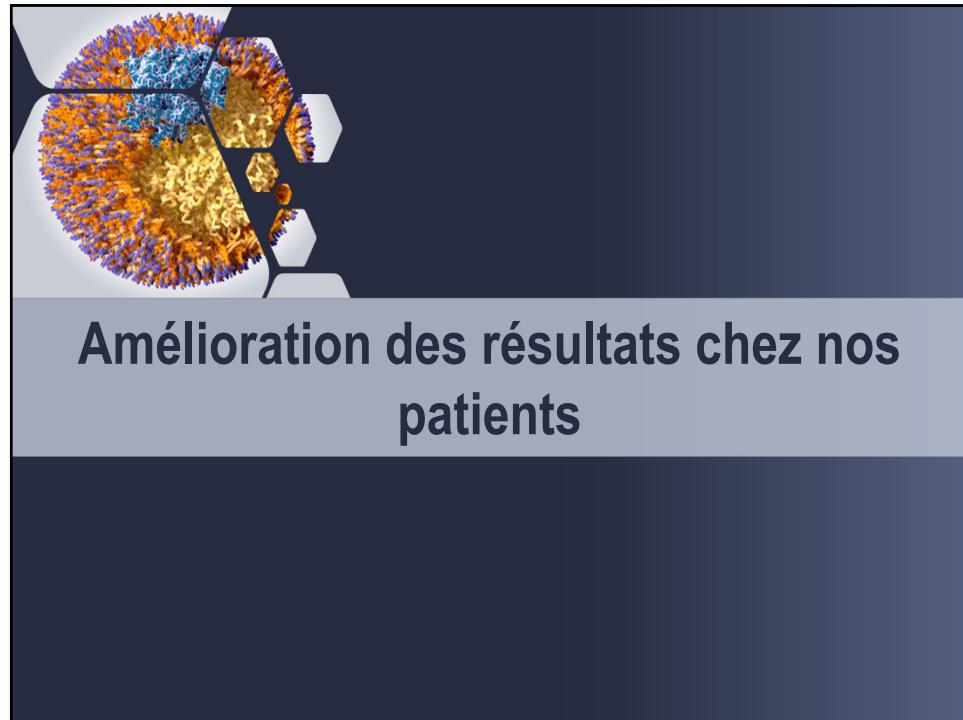
62



63



64



65

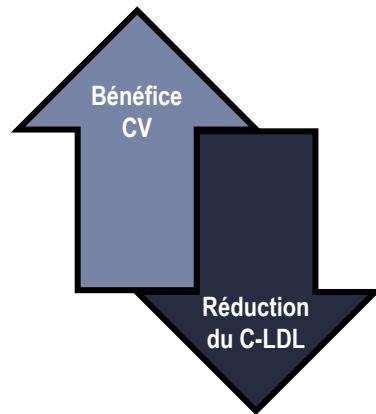
Quand envisager un traitement hypolipémiant additionnel

- **Le C-LDL s'écarte de moins de 15-20 % du taux cible :**
 - L'ajout de l'ézétimibe permettra vraisemblablement d'atteindre le taux cible
- **Le C-LDL s'écarte de plus de 20 % du taux cible :**
 - Aucun médicament d'appoint autre qu'un inhibiteur de la PCSK9 permettra vraisemblablement d'atteindre le taux cible
- **Utiliser le jugement du clinicien et une approche centrée sur le patient pour ajouter un médicament autre qu'une statine (i.e. l'ézétimibe tout d'abord, inhibiteurs de la PCSK9, les deux).**

66

Réévaluation des taux ciblés de C-LDL

- Plus on abaisse le C-LDL, plus le risque CV est réduit
- Les cliniciens doivent réévaluer les taux de C-LDL ciblés pour les patients atteints de MCVAS connu et d'autres facteurs de risque
 - Nécessité de réduire les taux de C-LDL < 1,0 mmol/L lorsque les données montrent un bénéfice CV à ces niveaux



67

DISCUSSION

Selon vous, quels patients obtiennent le plus de bénéfice de l'inhibition de la PCSK9?



68

Identification des patients qui obtiendront le plus de bénéfices de l'inhibition de la PCSK9

Il faut dépasser l'approche qui consiste à déterminer si un patient est atteint ou non de MCV établie

Il est important d'identifier les facteurs de risque accru, afin de déterminer quels patients obtiendraient le plus de bénéfice des inhibiteurs de la PCSK9

Événement récent?

Fardeau accru de l'athérosclérose i.e. plusieurs événements

Comorbidités additionnelles telles que le diabète?



69

DISCUSSION

Selon vous, quels patients obtiendraient le plus de bénéfice de la stratégie « Plus le C-LDL est bas, mieux c'est »?



70

Qui bénéficiera le plus de la stratégie “Plus le C-LDL est bas, mieux c'est »

Étude	RRA (%)
FOURIER^(a)	
Patients ayant subi > 2 IM	2.6
Patients présentant une atteinte polyvasculaire	3.4
Patients atteints de MAP	3.5
Patients ayant subi un IM récent (< 2 ans)	2.9
ODYSSEY^(b)	
Patients ayant un C-LDL > 2,6 mmol/L	3.4
Patients ayant un taux de Lp(a) élevé	2.3
IMPROVE-IT^(c)	
Score TIMI à haut risque Prév 2	6.3
Patients ayant subi un PAC	8.8

a. Murphy SA, et al. The FOURIER Trial. AHA Scientific Sessions 2017
 b. ODYSSEY; Bays H, et al. J Am Heart Assoc. 2017;6:e005639
 c. IMPROVE-IT; Cannon C, et al. N Engl J Med. 2015;372:2387-2397



Inhibiteurs de la PCSK9 – Coût et accès

- **Protection privée :**
 - L'alirocumab et l'évalocumab sont remboursés chez > 90 % des patients atteints de MCVAS et d'HF
- **Options concernant l'accès aux médicaments :**
 - L'alirocumab et l'évalocumab sont appuyés par les programmes de soutien aux patients, My Praluent et RepathaREADY
 - Ces programmes de soutien aux patients aideront à assurer le remboursement, à offrir des conseils aux patients et des informations sur les traitements et à gérer les renouvellements d'ordonnance/l'observance.
 - Des options de co-paiement sont également offertes par ces programmes de soutien aux patients



Comment surmonter les obstacles à l'accès aux inhibiteurs de la PCSK9

-
- 01 Communiquer les informations nécessaires pour que nos patients soient correctement remboursés
 - 02 Documenter les antécédents relatifs au C-LDL et d'une possible intolérance aux statines
 - 03 Documenter les caractéristiques à haut risque et les comorbidités

Baum SJ, et al. Clin Cardiol. 2017;40:243-254



73

Résumé

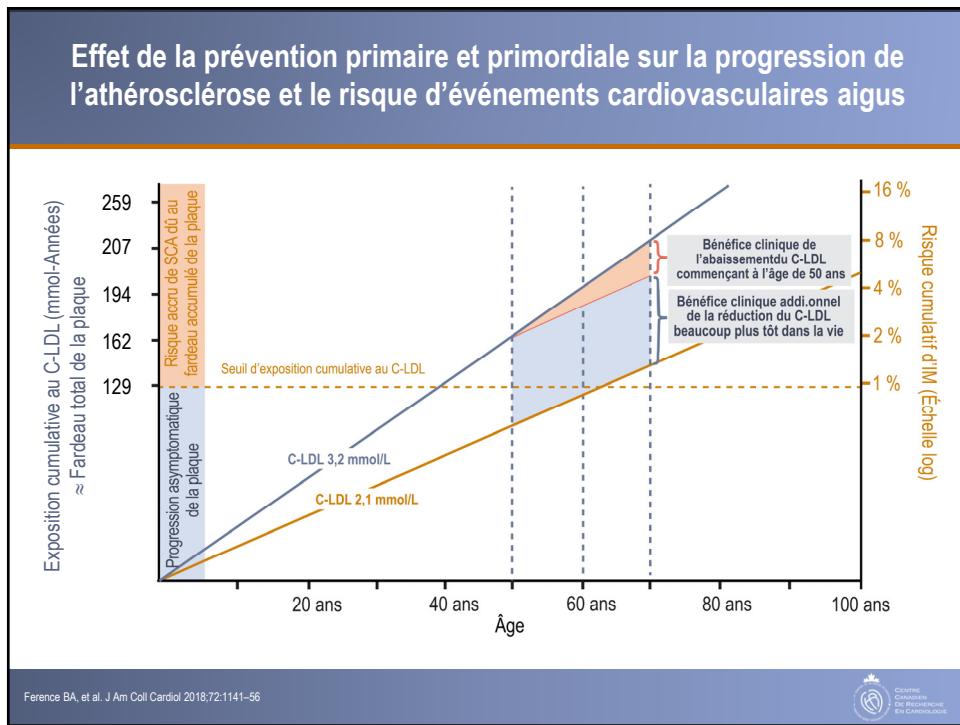
- Malgré les traitements fondés sur les meilleures données probantes, les patients à haut risque et à très haut risque continuent de présenter des événements cardiovasculaires
- Les difficultés pour atteindre les taux cibles de C-LDL recommandés dans les lignes directrices sont une composante importante de ce risque résiduel de MCV
- D'autres options pour abaisser davantage le C-LDL sont nécessaires pour répondre à ce besoin clinique non satisfait
- Les données d'essais cliniques sur l'inhibition de la PCSK9 démontrent l'efficacité et l'innocuité de l'abaissement du C-LDL d'un taux supplémentaire de 60 % en plus du traitement par une statine ± ézétimibe, entraînant une réduction supplémentaire des MACE



74



75



76

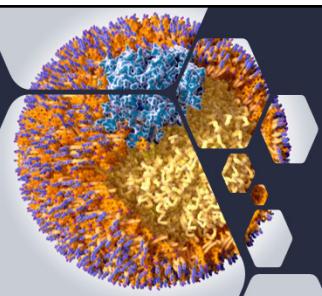
Conseils cliniques pour la gestion thérapeutique des inhibiteurs de la PCSK9

- La première injection administrée par le patient doit être administrée au cabinet du médecin après éducation
 - Suggérer que la deuxième injection soit administrée au cabinet du médecin également si le patient émet des réserves
 - Prudence concernant l'allergie au latex (évolocumab)
- Erreurs courantes durant l'injection
 - A laissé la seringue se réchauffer pendant une période trop courte (ne pas utiliser les micro-ondes)
 - Entreposage inappropriate
 - N'a pas éliminé le stylo
 - A frotté le point d'injection après avoir administré l'injection
 - A retiré le stylo avant que l'injection soit effectuée (15-20 secondes)
 - N'a pas enfoncé le piston suffisamment fermement si bien que l'embout jaune est encore visible
 - Si C-LDL < 0,4 mmol/L → médicament remplacé par un placebo

Monographie canadienne de l'alirocumab, 20 septembre 2018;
Monographie de l'évolocumab, 11 juin 2019

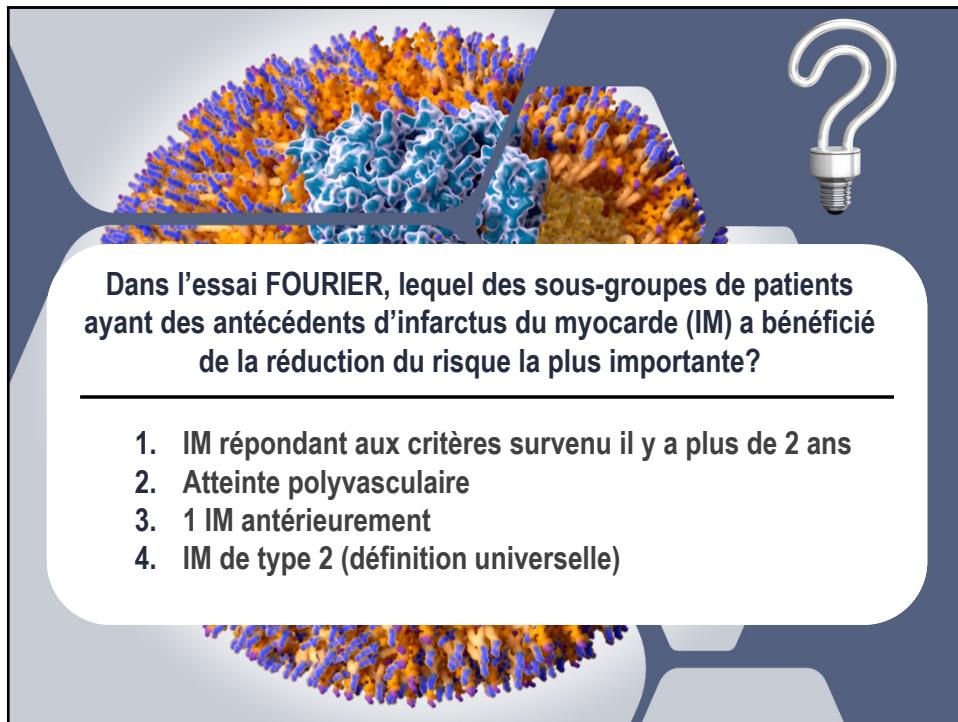


77

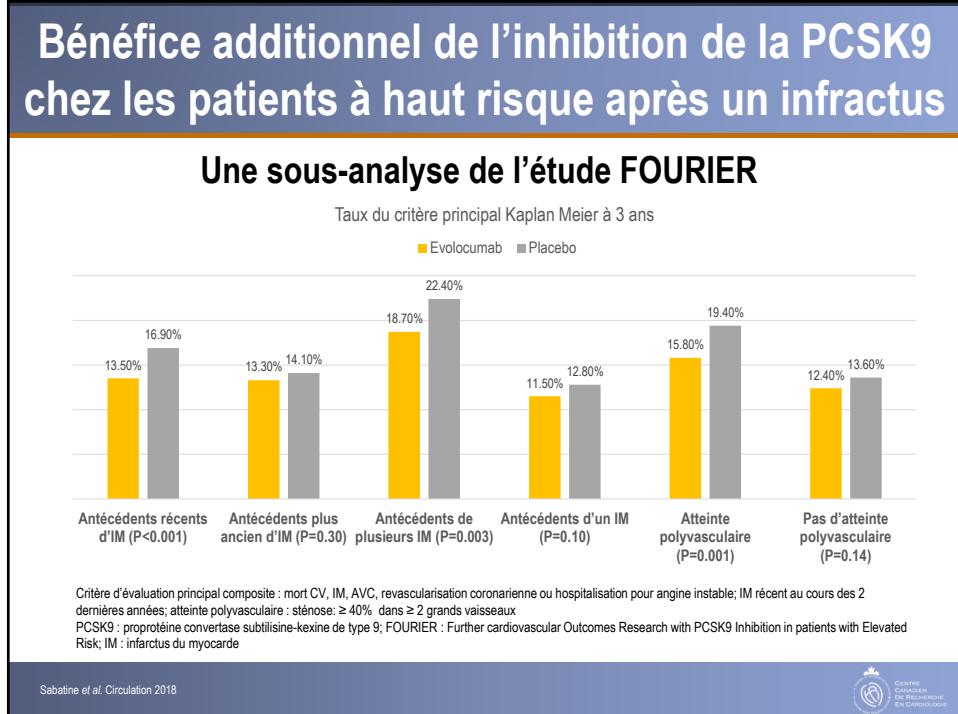


Le coin du clinicien :
L'inhibition de la PCSK9 offre un bénéfice additionnel chez les patients à haut risque après un infarctus du myocarde

78



79



80

DISCUSSION

Quelles sont les implications pour la pratique clinique?



81

Résumé

■ Les patients

- (1) dont l'IM est le plus récent
- (2) ayant des antécédents de plusieurs IM ou
- (3) avec une atteinte polyvasculaire

présentent un risque de 34-90% plus élevé d'événements vasculaires majeurs

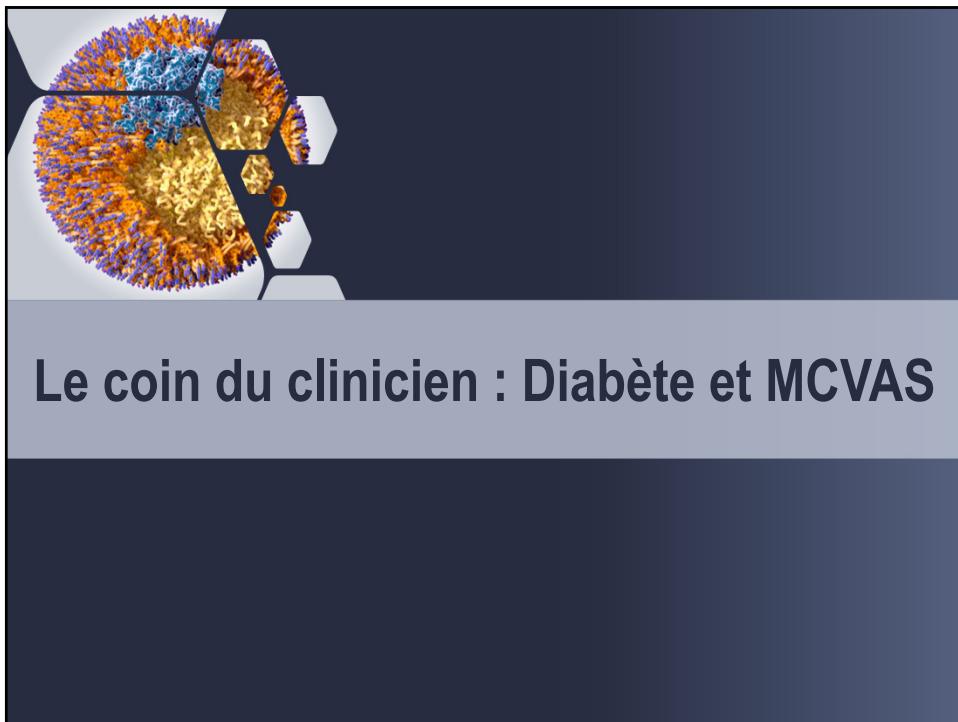
■ **Ces patients ont présenté :**

- une importante réduction du risque relatif (21-30%) et
- une importante réduction du risque absolu (2,6-3,4% sur 3 ans) avec un abaissement intensif du C-LDL avec l'inhibiteur de la PCSK9

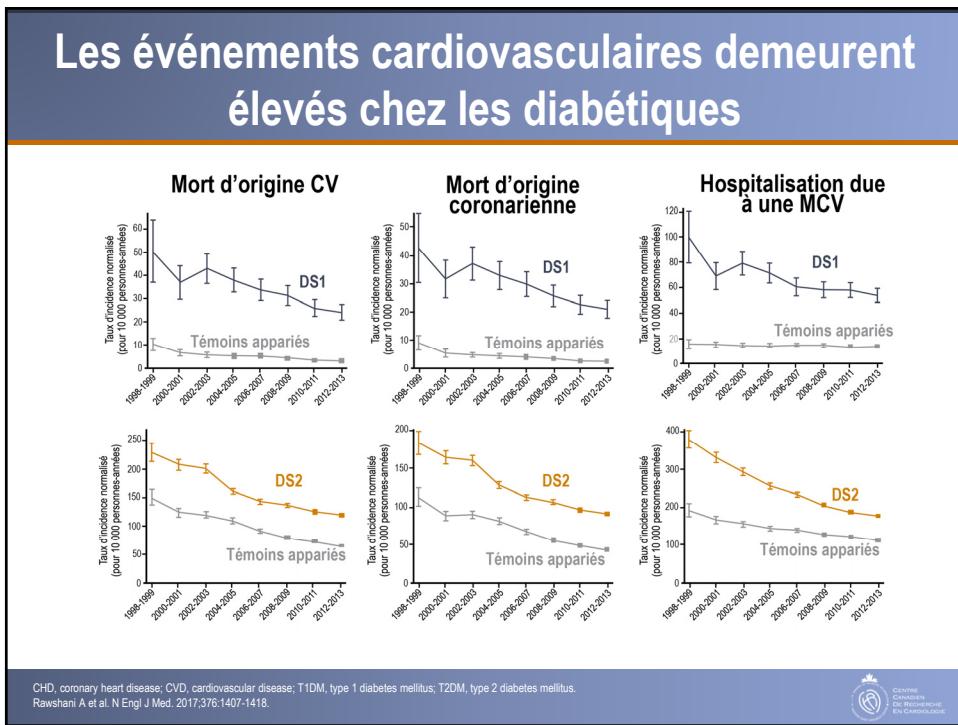
Ces caractéristiques cliniques facilement vérifiables offrent une approche pour individualiser le traitement



82

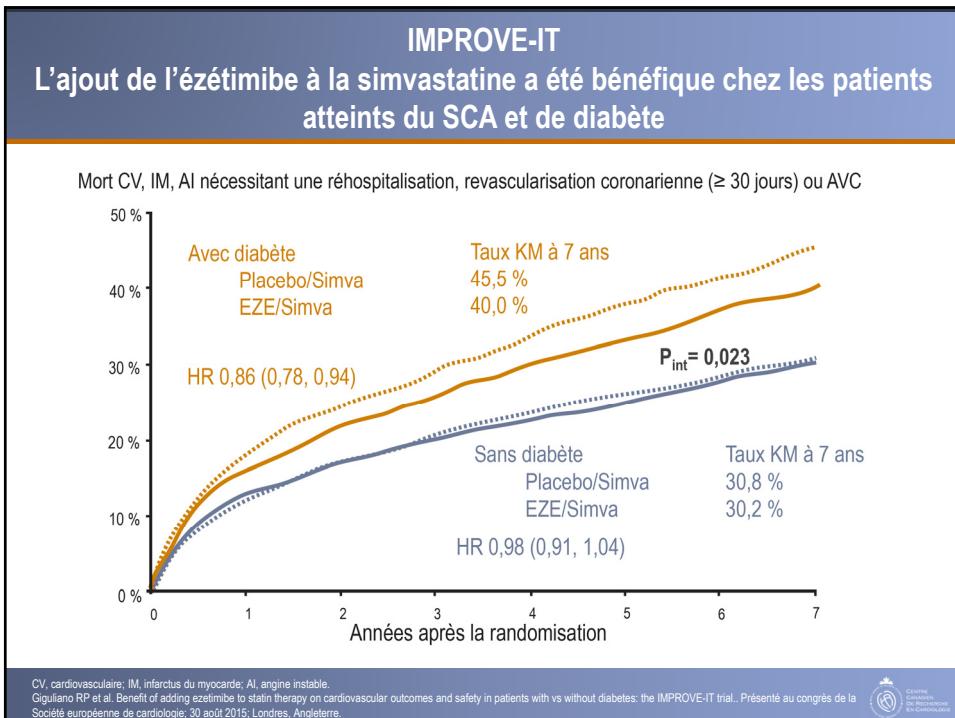


83

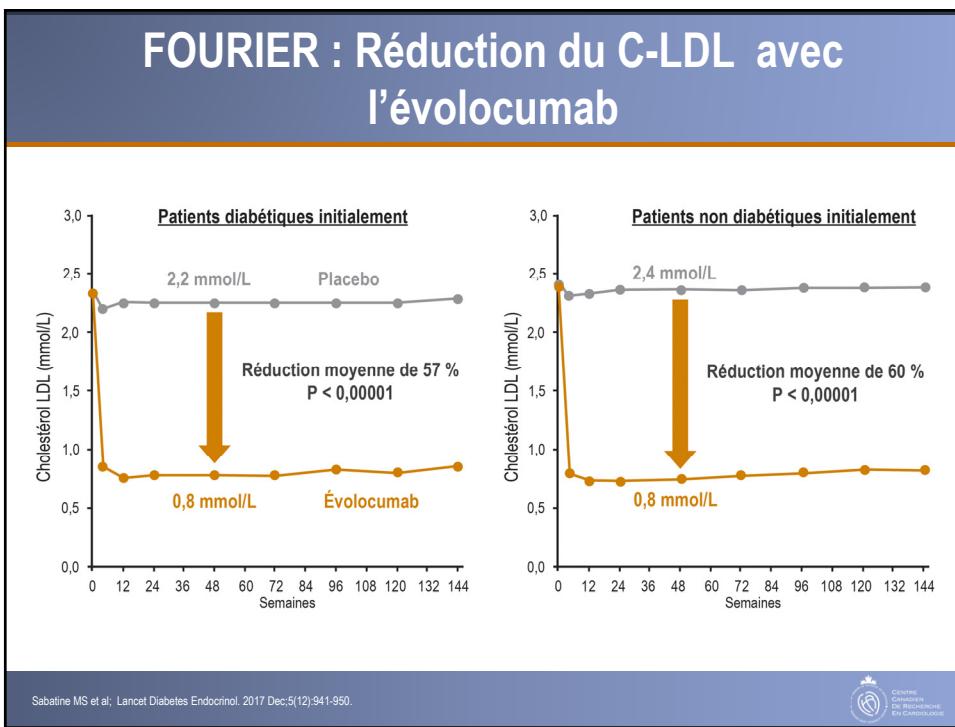


84

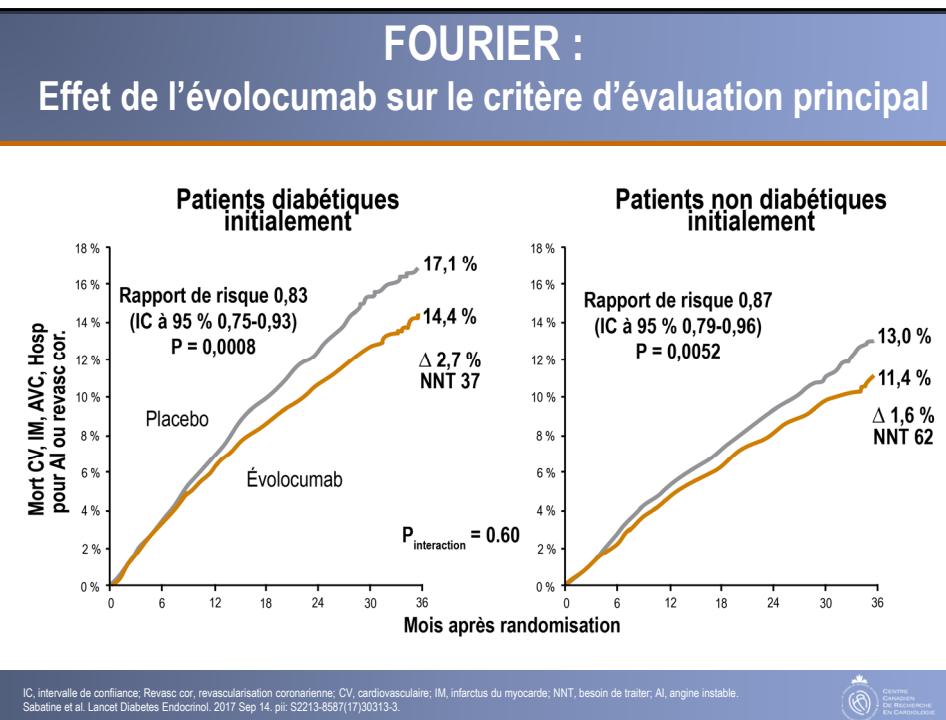
La dyslipidémie en soins primaires : Surmonter les obstacles à la prise en charge optimale des lipides



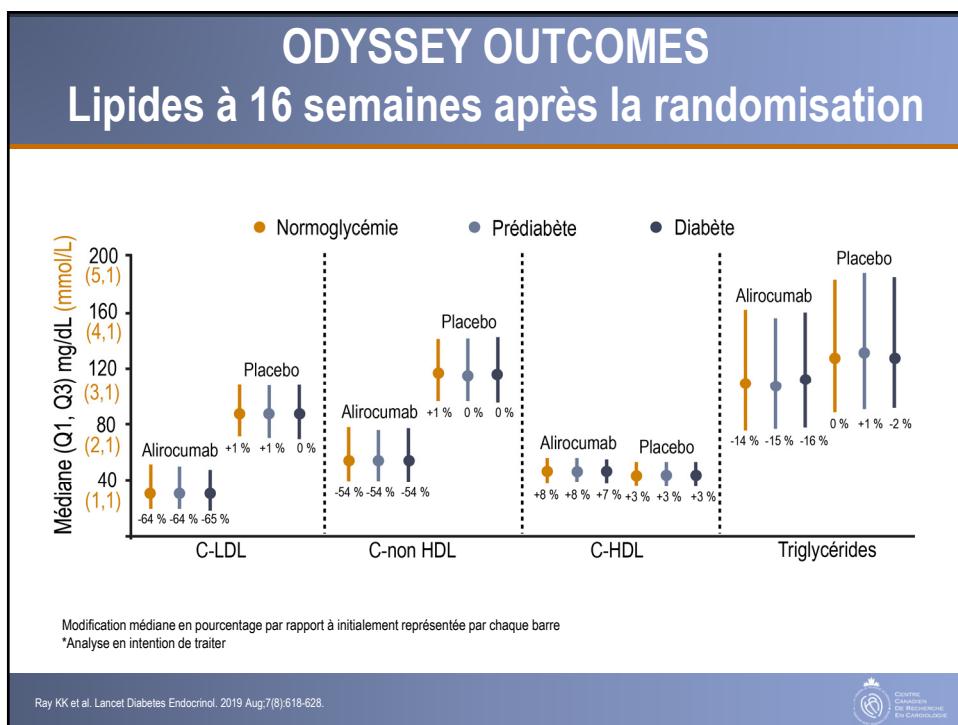
85



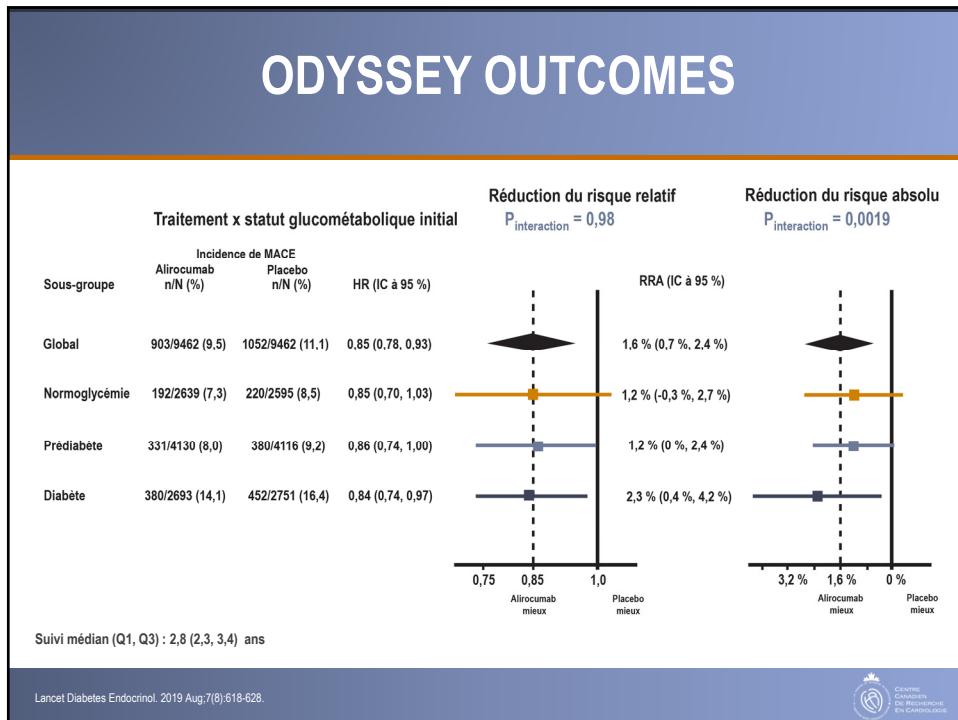
86



87



88



89

Recommandations pour la prise en charge des lipides dans le diabète

- Pour les diabétiques, chez qui un traitement hypolipémiant est indiqué, un traitement par statine¹ devrait être instauré pour obtenir un taux constant de C-LDL < 2,0 mmol/L² ou une réduction > 50 % du C-LDL par rapport à la valeur initiale³.
 - D'autres valeurs cibles et objectifs respectifs sont apo B < 0,8 g/L et C non-HDL < 2,6 mmol/L⁴.

¹ [Grade A, Niveau 1]

² [Grade C, Niveau 3]

³ [Grade D, Consensus]

⁴ [Grade C, Niveau 3]

90

Résumé

- Une monothérapie par statine ne permet pas d'atteindre les valeurs cibles chez tous les patients
- Les traitements d'appoint aux statines administrés antérieurement sont sous-optimaux
- Les inhibiteurs de la PCSK9 semblent avoir une efficacité et une innocuité similaires chez les diabétiques et non diabétiques (avec une réduction plus importante du risque absolu) et sans effets indésirables apparents sur la glycémie

