

AGISSEZ MAINTENANT!

**Optimisation de la prise
en charge des lipides
post-IM**



Comité de planification



Milan Gupta,
MD, FRCPC, FCCS

Co-président

Professeur adjoint
Université de Toronto
Directeur médical,
Réseau canadien de collaboration pour la recherche
Toronto, Ontario



Carl Fournier
MD, CCFP

Médecin de famille
Professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal
Membre associé
Médecin responsable, Clinique médicale Cadillac
Montréal, Québec



Jean Grégoire,
MD, FRCPC, FCCS, FACC, FACP

Co-président

Professeur agrégé,
Université de Montréal,
Cardiologue d'intervention,
Institut de cardiologie de Montréal
Montréal, Québec



Louise Frenette
MD

Médecin de famille
Mandataire de la FMOQ
Direction de santé publique du CIUSSS
de l'Estrie-CHUS
Sherbrooke, Québec



Vivien Brown
MDCM, CCFP, FCFP, MSCP

Professeure adjointe
Université de Toronto
Toronto, Ontario



Neil Naik
MB BCh, BAO, CCFP

Professeur clinique adjoint, Université McMaster – Campus
régional de Waterloo
Responsable régional du dépistage et de la prévention du
cancer en première ligne, région de Waterloo-Wellington
Directeur des première ligne
Waterloo, Ontario

Divulgations au comité de planification scientifique



Membres du comité	Milan Gupta (coprésident)	Jean Grégoire (co-président)	Vivien Brown	Carl Fournier	Neil Naik	Louise Frenette
Toute relation financière directe, y compris la réception d'honoraires	CCRN	CCRN	Amgen, Allergan, Biosyent, CCRN, Eisai, GSK, Merck, Moderna, Pfizer, Searchlight, Sunovium	AstraZeneca, Abbott, CCRN, Eli Lilly, Novo Nordisk, Otsuka	Syngli Inc, Baysil Inc, Inksmith, Inc, Amgen, Pfizer, Abbott, Novo Nordisk, Novartis, AZ, Servier, BI, Dexcom, Canada Health Infoway, eHealth Centre for Excellence, McMaster University, LMC Healthcare, OHIP, Kenota Health, Kitchener-Waterloo Academy of Medicine, Cancer Care in the Waterloo Wellington Region, Lush Woodcraft, CCRN	Aucune
Participation à des comités consultatifs ou à des bureaux de conférenciers	Amgen, Sanofi, HLS Therapeutics, Novartis	Abbvie, Amgen, Bayer, BI, HLS Therapeutics, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer, Pharma Science, Sanofi	Merck, Moderna, Pfizer	AstraZeneca, Abbott, Eli Lilly, Novo Nordisk, Otsuka	Amgen, Pfizer, Aralez, Abbott, Abbvie, AZ, BI, Eli Lilly, COVIS, eHealth Centre for Excellence, eHealth Ontario, Kenota Health, KW4 COVID-19 Assessment Centre, Conseil des première ligne KW4, Outil Navigateur KW4 avec InputHealth, Comité d'allocation des ressources pour la COVID-19 de Waterloo-Wellington, l'Alliance de la santé communautaire Canada-Afrique, Comité consultatif provincial de la prise de rendez-vous en ligne du Conseil du programme intégré de soins rénaux de Waterloo, Lupin Pharmaceutical, Comité d'endoscopie thérapeutique de Waterloo-Wellington, Laboratoires hospitaliers sans frontières, Conseil des première ligne de l'Ontario	Aucune
Subventions, recherches ou essais cliniques financés	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune	MacPherson Institute, AMC Joule	Aucune
Autres investissements ou relations	Aucune	Aucune	PeerVoice, MDB, Meducom, membre du conseil d'administration : Immunisation Canada	Aucune	Cloud Dx, AccessPPE, Alphabet, Apple, Qualcomm, J&J, Aetna Insurance, RGAX Insurance, Caribou Inc, LSK Technologies, HealthTii Inc, Communittech, KW4 Ontario Health Team, HaloHealth, Grand River Hospital Foundation, Équipe de distribution de vaccins pour les première ligne Waterloo-Wellington, Orion Biotechnology, Glucoin, Chillwall AI, Sunlife Insurance, SanctuaryAI, AloT	Aucune

Divulgations des présentateurs

Conférencier :

Ajouter un nom

- Toute relation financière directe, y compris la réception d'honoraires : **À confirmer**
- Participation à des comités consultatifs ou à des bureaux de conférenciers : **À confirmer**
- Brevets pour des médicaments ou des dispositifs :
À confirmer
- **Autre** : Liens et investissements financiers, employé de l'hôpital XXY, consultant pour la société X

Information relative au soutien financier



- Le Canadian Collaborative Research Network (CCRN) est une organisation de médecins à but non lucratif qui a reçu une subvention à l'éducation pour mettre au point ce programme. Le CCRN a engagé le comité scientifique et a participé à l'élaboration du contenu et du format de ce programme.
- Le comité scientifique a été entièrement et exclusivement responsable de l'élaboration du contenu et a participé à toutes les étapes de la production de cette activité de FMC, cherchant à atteindre l'intégrité, l'objectivité et l'équilibre scientifiques.
- Ce programme de formation a reçu un appui financier de Amgen Canada sous forme de subvention à visée éducative. Amgen Canada n'a participé à aucun aspect du processus d'élaboration du programme.
- Les conférenciers ont été formés sur les exigences de divulgation des conflits d'intérêts et doivent remplir tous les documents nécessaires conformément au mandat de la FMOQ. Tout conflit d'intérêts sera porté à l'attention du CCRN et le résultat dépendra de la nature du conflit. Tous les efforts seront également déployés pour atténuer toute perception de conflit d'intérêts.
- Les présentateurs doivent signaler au public toute discussion sur l'utilisation non indiquée d'un produit qui représente leurs opinions personnelles. Toute question doit être adressée aux présentateurs.

Information relative au soutien financier

Ce programme a reçu un soutien financier **d'Amgen Canada** sous la forme de **subvention à visée éducative** sans droit de regard.

Ce programme a reçu un soutien non financier de **Amgen Canada** sous forme de **soutien logistique**.

Conflit(s) d'intérêts éventuel(s) :

- Le mandataire a reçu des honoraires de la FMOQ.
- Le conférencier recevra des honoraires de l'association régionale de la FMOQ
- **Amgen Canada** commercialise les produits dont il sera question dans ce programme :
(Évolocumab/Repatha)

Atténuation des biais potentiels

Le comité de planification scientifique a effectué les étapes ci-dessous pour atténuer les biais éventuels dans le cadre de ce programme :

- Le contenu de ce programme a été élaboré de manière indépendante par le comité de planification scientifique et revu par des pairs experts.
- Les recommandations relatives à la médecine clinique sont fondées sur des données probantes reconnues au sein de la profession
- Toutes les recherches scientifiques mentionnées, rapportées ou utilisées dans le programme pour appuyer ou expliquer les recommandations relatives aux soins des patients sont conformes aux normes généralement acceptées, aux lignes directrices de pratique clinique et aux déclarations de consensus.

Déclaration d'accréditation de la FMOQ

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, organisme pleinement agréé en formation continue par le Collège des médecins du Québec, reconnaît **1 heure** d'activité de développement professionnel reconnue aux fins du Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins du CMQ.

Le code d'éthique du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) doit être respecté (www.cqdpcm.ca).

Objectifs d'apprentissage



01 **Discuter** du rôle du médecin de famille dans le suivi post-IM

02 **Appliquer** une approche fondée sur des données probantes pour atteindre les taux de LDL recommandés par les lignes directrices et réduire le risque cardiovasculaire

03 **Mettre en œuvre des stratégies** pour assurer une gestion optimale des facteurs de risque



Voici Angelo

Homme de 64 ans travaillant dans l'informatique

Antécédents médicaux

- Hypertension
- IMC 31
- Sédentaire

Antécédents familiaux

- Frère ayant subi un IM à l'âge de 56 ans

Médicaments antérieurs

- Périndopril 4 mg, 1x/j
- Amlodipine 5 mg, 1x/j
- Pantoprazole 40 mg, 1x/j (possède une assurance privée)

Hospitalisation récente

- NSTEMI il y a 16 jours
- Endoprothèses de l'IVA et de la coronaire droite, maladie non obstructive de la circonflexe
- Fraction d'éjection du VG 54 %
- C-LDL : 4,2 mmol/L à l'admission
- Sortie de l'hôpital il y a 12 jours avec atorvastatine 80 mg, 1x/j

IMC, indice de masse corporelle; ER, service des urgences; TI, technologies de l'information; IVA, artère interventriculaire antérieure; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; VG, ventricule gauche; IM, infarctus du myocarde; NSTEMI, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST; 1x/j, une fois par jour; ACD, artère coronaire droite; T2DM, diabète sucré de type 2

Que feriez-vous?



À quel taux de C-LDL une intensification du traitement serait-elle nécessaire?



- a) $\geq 1,0$ mmol/L
- b) $\geq 1,4$ mmol/L
- c) $\geq 1,8$ mmol/L
- d) $\geq 2,0$ mmol/L



Quelle est votre expérience?



Combien de temps après le début ou l'ajustement du traitement par statines faut-il mesurer à nouveau les lipides?



- a) < 4 semaines
- b) 4 à 8 semaines
- c) 8 à 12 semaines
- d) 12 à 16 semaines
- e) > 16 semaines

La continuité des soins pour les patients post-IM après leur sortie de l'hôpital est importante pour atteindre les taux de C-LDL recommandés et réduire au minimum le risque pour les patients



Les professionnels de la première ligne sont bien positionnés et bien préparés pour avoir un effet **positif sur les** taux de **réadmission pour IM**

- Le suivi des première ligne dans les 7 jours suivant l'hospitalisation a permis de réduire de manière significative le risque de réhospitalisation à 30 jours de 28 %¹

La communication et le transfert d'information entre les spécialistes et les professionnels de la première ligne sont **souvent sous-optimaux**

- Les résumés d'hospitalisation sont souvent reçus tardivement par le médecin de famille et sont parfois incomplets.²

IM, infarctus du myocarde; PCP, professionnels de la première ligne

1. Shen E, et coll. *JAMA Intern Med.* 2017;177(1):132-135; 2. Kripalani S et coll. *JAMA.* 2007;297(8):831-841.

Continuité des soins pour les patients post-IM après leur sortie de l'hôpital

Les éléments clés d'un résumé efficace suivant la sortie de l'hôpital post-IM comprennent*^{1,2} :

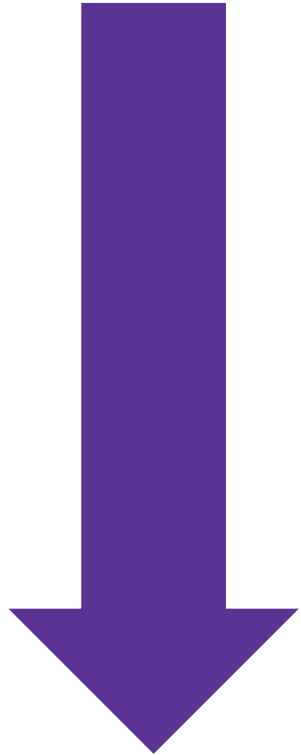
ÉLÉMENT	EXEMPLE
✓ Raison finale de l'hospitalisation	NSTEMI avec ICP sur l'IVA et la coronaire droite
✓ Principaux résultats biologiques	C-LDL à l'admission 4,2 mmol/L
✓ Traitements à la sortie de l'hôpital	Atorvastatine 80 mg, 1x/j
✓ Objectifs thérapeutiques adaptés	C-LDL recommandé par les lignes directrices < 1,8 mmol/L
✓ Intervalle recommandé pour les rendez-vous de suivi	Consulter un médecin de famille dans un délai de 2 semaines
✓ Résultats de laboratoire en attente ou principaux problèmes de suivi	Orientation vers la cardiologie, la réadaptation cardiaque

* Cela reflète la prise en charge des lipides.

IVA, artère interventriculaire antérieure; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; VG, ventricule gauche; NSTEMI, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST; 1x/j, une fois par jour; ACD, artère coronaire droite

1. Coleman, Eric. La visite de suivi après l'hospitalisation : Liste de vérification du médecin pour réduire les réadmissions. 12 octobre 2010. <https://www.chcf.org/publication/the-post-hospital-follow-up-visit-a-physician-checklist-to-reduce-readmissions/>; 2. Schiele F et coll. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020;9(7):788-801.

« Plus le niveau est bas, mieux c'est » : Seuil de LDL pour l'intensification au-delà du traitement par statines dans le cas de MCVAS



Seuil recommandé de taux de C-LDL pour l'intensification du traitement lipidique par des médicaments autres que les statines après avoir atteint la dose maximale tolérée de statines¹ :

≥1,8 mmol/L

En utilisant ce seuil, on s'attend à ce que la plupart des patients atteignent des taux de C-LDL bas et très bas, similaires à ceux atteints dans les essais FOURIER et ODYSSEY^{2,3}

MCVAS, maladie cardiovasculaire athéroscléreuse; Society; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité

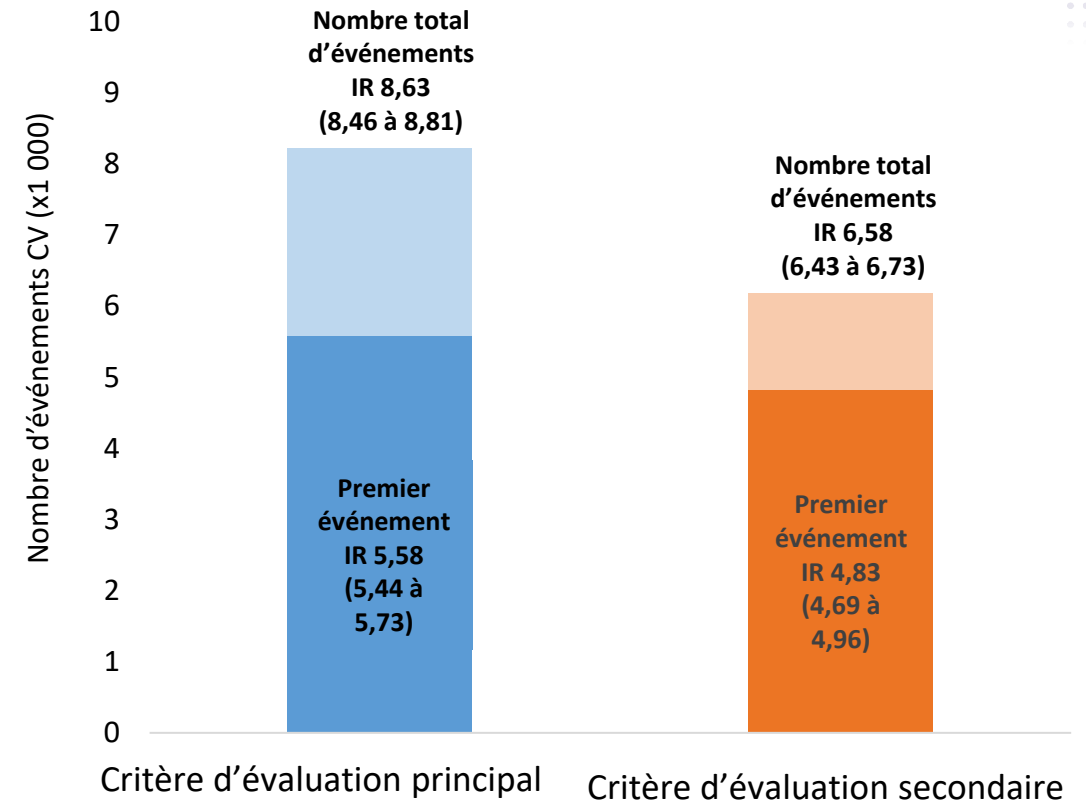
1. Pearson GJ et coll. *Can J Cardiol.* 2021;37:1129-1150; 2. Sabatine MS et coll. *N Engl J Med.* 2017;376:1713-1722; 3. Schwartz GG et coll. *N Engl J Med.* 2018;379:2097-2107.

Risque en situation réelle d'événements CV récurrents chez les patients atteints de MCVAS avec un C-LDL supérieur au seuil recommandé par les lignes directrices

- Étude canadienne récente¹ utilisant les données administratives sur la santé de 32 984 patients atteints de MCVAS, suivi moyen d'environ 3,4 ans
- Tous les patients traités par statines avec un taux de C-LDL $\geq 1,8$ mmol/L ayant eu un IM, un accident vasculaire cérébral ischémique et/ou une MAP
- **Critère d'évaluation principal** : IM, accident vasculaire cérébral ischémique, hospitalisation due à une angine de poitrine instable, revascularisation coronarienne, décès d'origine CV
- **Critère d'évaluation secondaire** : IM, accident vasculaire cérébral ischémique, décès d'origine CV

Possibilité d'intensification du traitement hypolipémiant chez les patients atteints de MCVAS pour réduire le risque CV

Taux pour 100 années-patients du premier événement CV et du nombre total d'événements CV pendant le suivi pour la cohorte globale²



MCVAS, maladie cardiovasculaire athéroscléreuse; CV, cardiovasculaire; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; IM, infarctus du myocarde; MAP, maladie artérielle périphérique; IR, taux d'incidence
1. Mackinnon ES et coll. *Cardiol Ther.* 2024;13(1):205-220; 2. Pearson GJ et coll. *Can J Cardiol.* 2021;37:1129-1150



Voici Angelo

Homme de 64 ans travaillant dans l'informatique

Antécédents médicaux

- Hypertension
- IMC 31
- Sédentaire

Antécédents familiaux

- Frère ayant subi un IM à l'âge de 56 ans

Médicaments antérieurs

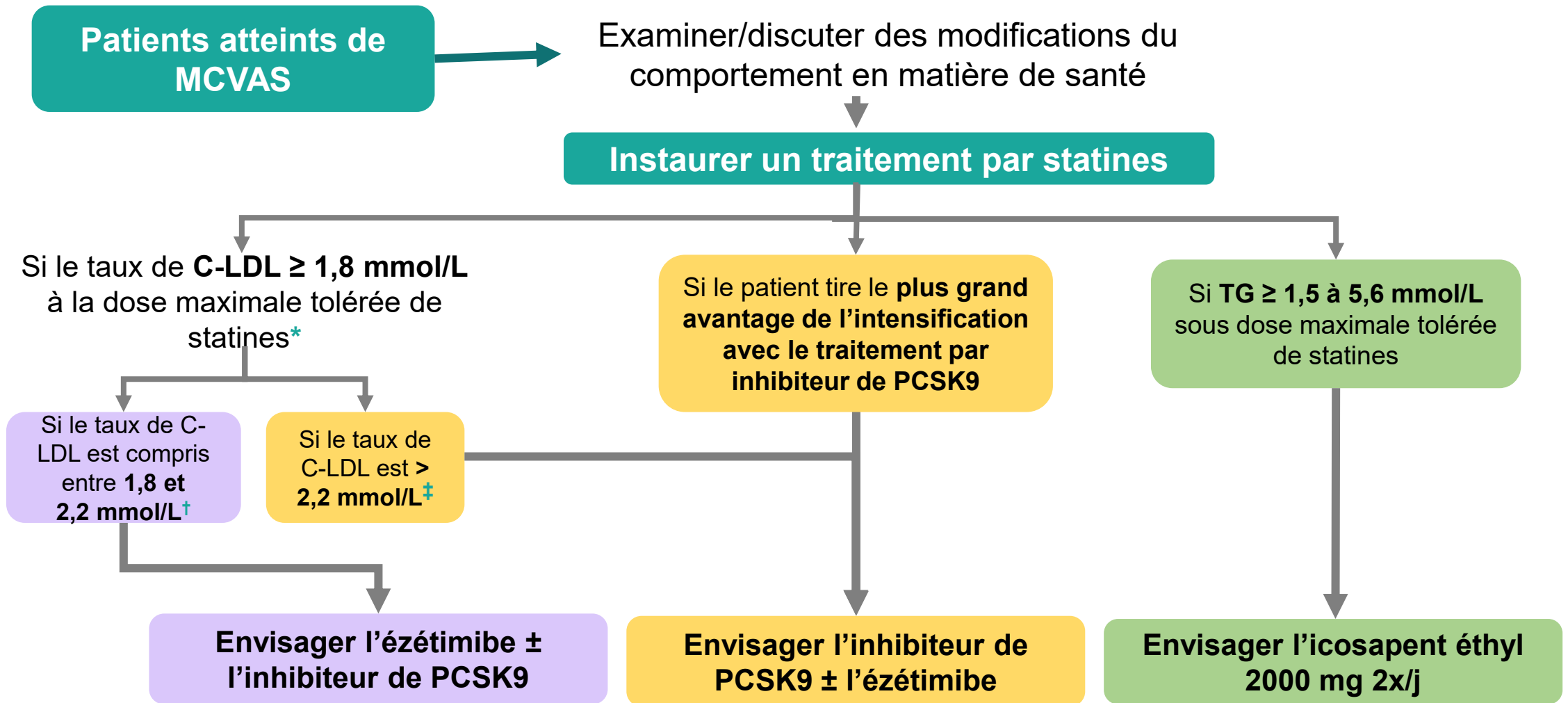
- Périndopril 4 mg, 1x/j
- Amlodipine 5 mg, 1x/j
- Pantoprazole 40 mg, 1x/j (possède une assurance privée)

Hospitalisation récente

- NSTEMI il y a 16 jours
- Endoprothèses de l'IVA et de la coronaire droite, maladie non obstructive dans la circonflexe
- Fraction d'éjection du VG 54 %
- C-LDL : 4,2 mmol/L à l'admission
- Sortie de l'hôpital il y a 12 jours sous atorvastatine 80 mg, 1x/j

IMC, indice de masse corporelle; ER, service des urgences; TI, technologies de l'information; IVA, artère interventriculaire antérieure; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; VG, ventricule gauche; IM, infarctus du myocarde; NSTEMI, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST; 1x/j, une fois par jour; ACD, artère coronaire droite; T2DM, diabète sucré de type 2

Lignes directrices de 2021 de la SCC pour la prévention secondaire

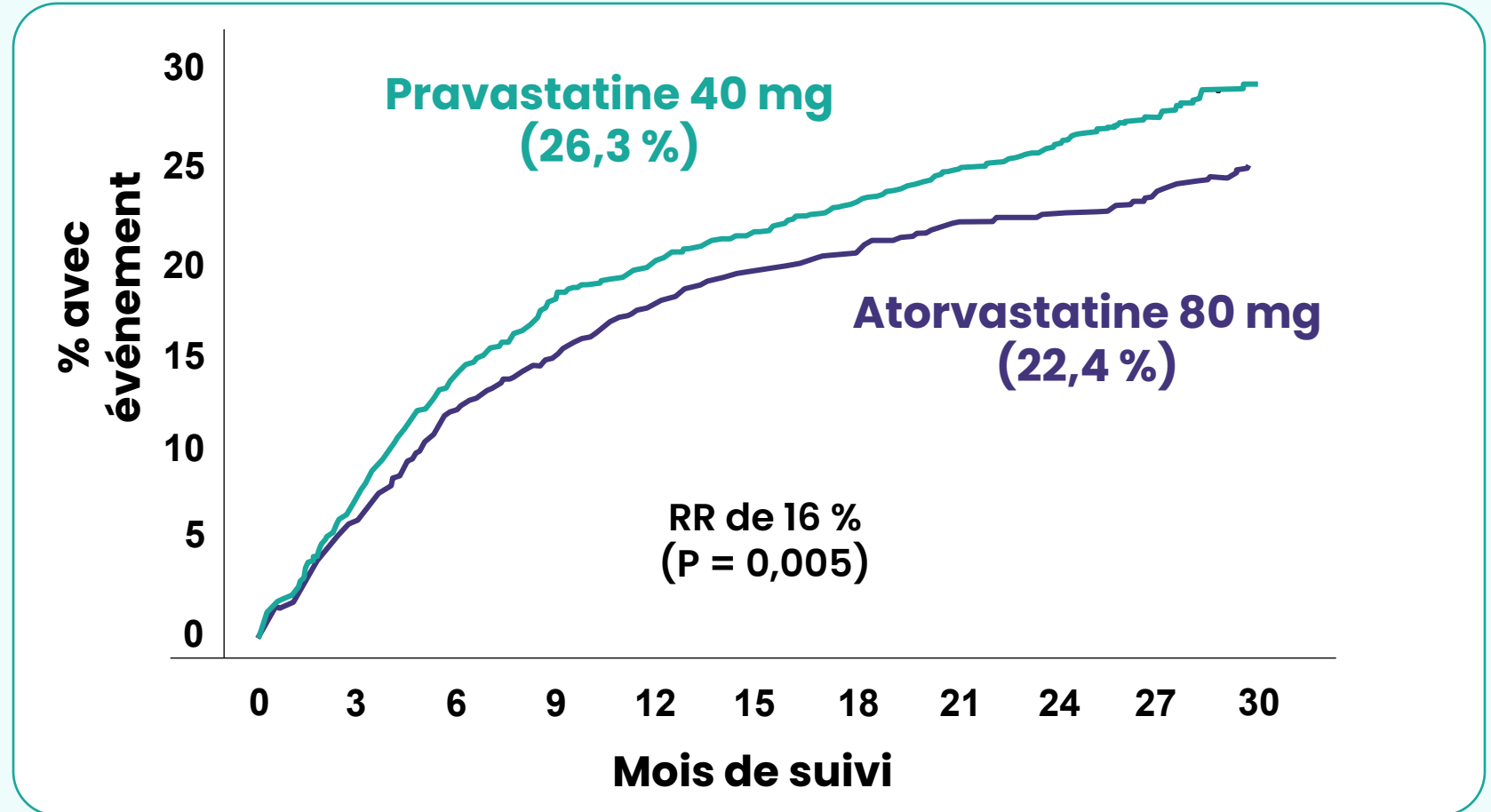


*ApoB $\geq 0,70$ g/L ou C non-HDL $\geq 2,4$ mmol/L. †ApoB 0,70-0,8 g/L ou C non-HDL 2,4-2,9 mmol/L. ‡ApoB $> 0,80$ g/L ou C non-HDL $> 2,9$ mmol/L.

ApoB, apolipoprotéine B; MCVAS, maladie cardiovasculaire athéroscléreuse; 2x/j, deux fois par jour; HDL-C, cholestérol à lipoprotéines de haute densité; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; TG, triglycérides
Pearson GJ et coll. *Can J Cardiol.* 2021;37:1129-1150.

Étude PROVE-IT

Décès toutes causes confondues ou événements CV majeurs chez tous les sujets randomisés



CV, cardiovasculaire; RR, risque relatif
Cannon CP et coll. New Eng J Med 2004;350(15):1495-1504.

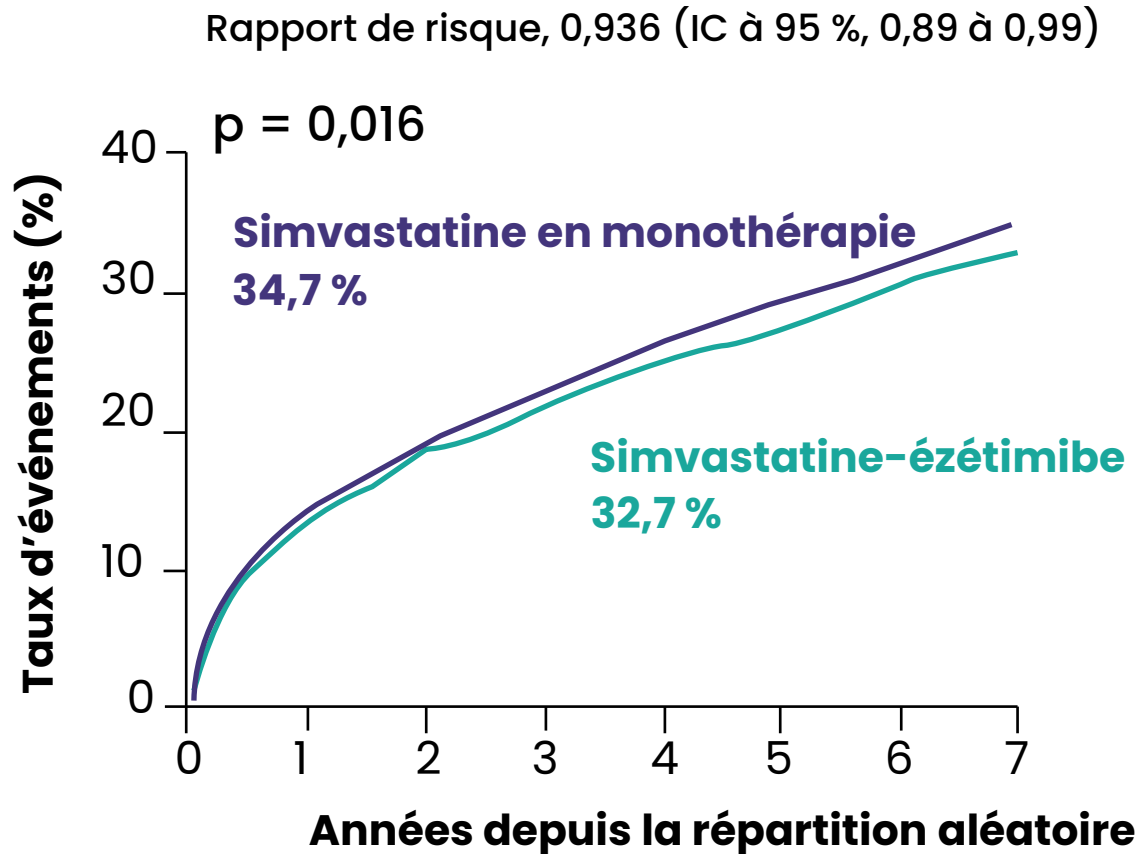
Posologie des statines et classification de l'intensité

Statine	Faible intensité (Diminution du C-LDL <30 %)	Intensité modérée (Diminution du C-LDL de 30 % à <50 %)	Forte intensité (Diminution du C-LDL ≥50 %)
Atorvastatine (Lipitor®)	S.O.	10 à 20 mg	40 à 80 mg
Fluvastatine (Lescol®)	20 à 40 mg	40 mg 2x/jour; XL 80 mg	S.O.
Lovastatine (Mevacor®)	20 mg	40 à 80 mg	S.O.
Pravastatine (Pravachol®)	10 à 20 mg	40 à 80 mg	S.O.
Rosuvastatine (Crestor®)	S.O.	5 à 10 mg	20 à 40 mg
Simvastatine (Zocor®)	10 mg	20 à 40 mg	S.O.

Grundy SM et al. Circulation. 2019;139(25):e1046–81.

Étude IMPROVE-IT

Ézétimibe vs placebo chez les patients ayant récemment subi un SCA



Critère d'évaluation principal

Composite de :

- Décès dû aux MCV
- IM non mortel
- Angine instable nécessitant une hospitalisation
- Revascularisation coronarienne \geq 30 jours après la répartition aléatoire
- Accident vasculaire cérébral non mortel

Réduction absolue du risque : **2,0 %**

Ézétimibe (Ezetrol®) : posologie, les effets secondaires et couverture par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Teneur et forme²	Comprimé 10 mg
Posologie¹	Une dose de 10 mg une fois par jour par voie orale, seule, avec une statine ou avec fénofibrate
Effets secondaires¹	Effets secondaires courants: <ul style="list-style-type: none">• douleur abdominale• diarrhée• flatulences• fatigue• infection virale• infection de la gorge (pharyngite)• infection nasale (sinusite)• Douleur articulaire (arthralgie)• douleur dorsale et toux Effets secondaires rares: <ul style="list-style-type: none">• augmentation des résultats de certaines analyses de laboratoire évaluant la fonction hépatique (transaminases) ou musculaire (créatine kinase)• indigestion• brûlures d'estomac• nausées• spasmes musculaires• douleur cervicale• diminution de l'appétit• bouffées de chaleur• tension artérielle élevée• douleur thoracique et douleur
Couverture par RAMQ²	Couvert

1. Monographie du produit Ezetimibe (Ezetrol®). Organon Canada In. Révisé le 27 avril 2021;

2. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/savoir-si-medicament-est-couvert?m=%C3%89z%C3%A9timibe+>

Lignes directrices de 2021 de la SCC pour la prévention secondaire : Patients pouvant bénéficier du traitement par inhibiteur de PCSK9

Il a été démontré que les patients en prévention secondaire^{1,2,3} tirent le plus grand avantage de l'intensification du traitement par statines avec l'utilisation supplémentaire d'un inhibiteur de PCSK9 :

Syndrome coronarien aigu récent (SCA)¹

Hospitalisation pour un SCA jusqu'à 52 semaines après le SCA index

MCVAS cliniquement évidente et l'un des éléments suivants :

- Diabète sucré ou syndrome métabolique
- Maladie polyvasculaire (maladie vasculaire dans ≥ 2 lits artériels)
- MAP symptomatique
- IM récurrent
- IM au cours des 2 dernières années
- Antécédent de chirurgie de pontage aortocoronarien
- C-LDL $\geq 2,6$ mmol/L ou FH hétérozygote
- Lp(a) ≥ 120 nmol/L

SCA, syndrome coronarien aigu; PAC, pontage aortocoronarien; DM, diabète sucré; HF, hypercholestérolémie familiale; Lp(a), lipoprotéines (a); MAP, maladie artérielle périphérique

1. Pearson GJ et coll. *Can J Cardiol.* 2021;37:1129-1150; 2. Sabatine MS et coll. *N Engl J Med.* 2017;376:1713-1722; 3. Schwartz GG et coll. *N Engl J Med.* 2018;379:2097-2107.

Détermination de la lipoprotéine (a) – Recommandations

Nous recommandons de mesurer le taux de Lp(a) une fois dans la vie d'une personne dans le cadre du dépistage initial des lipides.

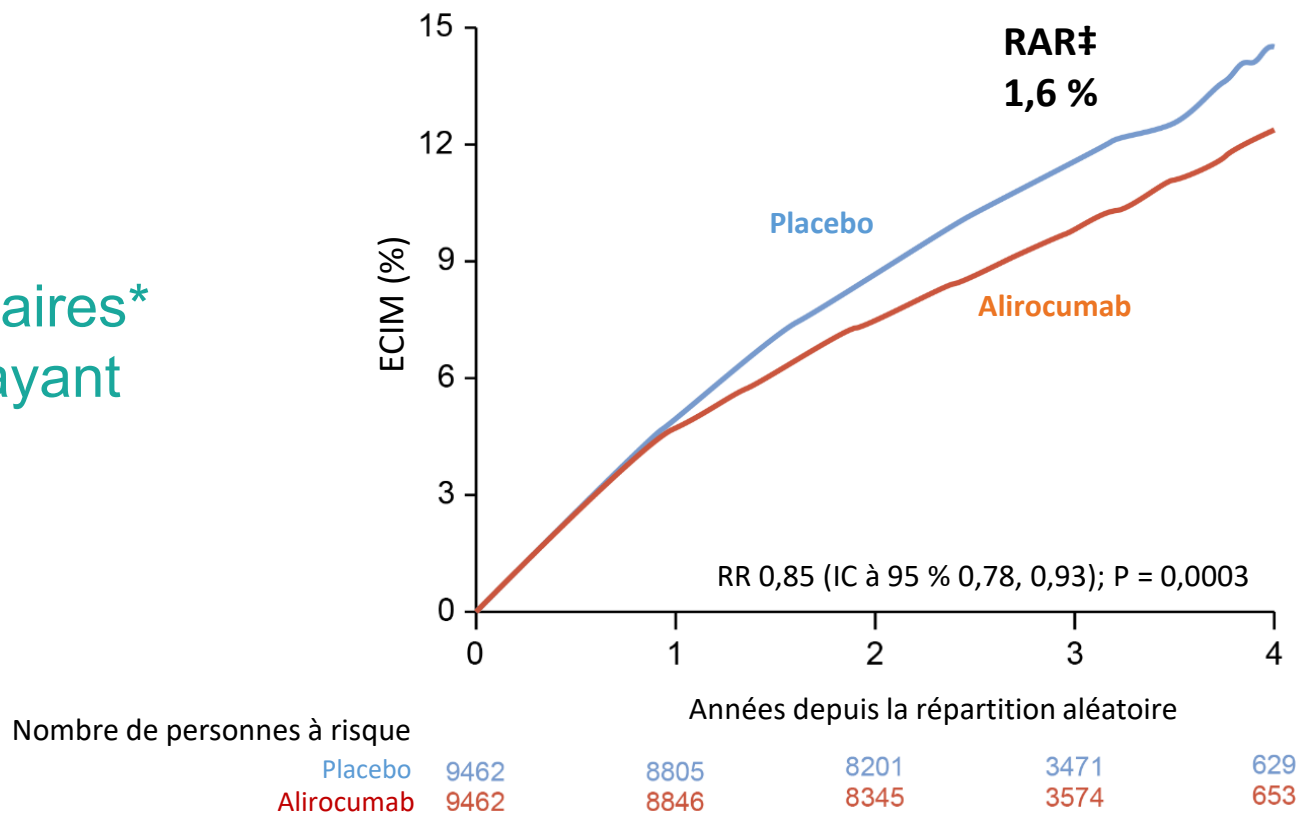
(Forte recommandation, données probantes de haute qualité)

Dans le cadre de la prévention secondaire, la présence d'un taux élevé de Lp(a) est fortement prédictive d'événements récurrents et suggère la nécessité d'intensifier le traitement hypolipidémiant, y compris l'utilisation d'inhibiteurs de la PCSK9. De plus, les données préliminaires suggèrent que le traitement par inhibiteurs de la PCSK9 à la suite d'un SCA chez des patients présentant un taux élevé de Lp(a) réduit la survenue d'ECIM indépendamment de la diminution du C-LDL. Lorsque les cliniciens ne sont pas certains des implications d'un taux élevé de Lp(a), ils peuvent envisager de consulter un spécialiste des lipides.

Étude ODYSSEY OUTCOMES

Alirocumab c. placebo chez les patients ayant récemment subi un SCA : Réduction des événements cardiovasculaires

Incidence cumulée des événements cardiovasculaires* au fil du temps (patients ayant récemment subi un SCA)



*Combinaison de décès dus à une coronaropathie, un IM non mortel, un AVC ischémique mortel ou non mortel ou à une angine instable nécessitant une hospitalisation. †Les largeurs de l'IC pour les critères d'évaluation secondaires n'ont pas été ajustées en fonction de la multiplicité; par conséquent, les intervalles pour les résultats énumérés ci-dessous ne doivent pas être utilisés pour déduire les effets définitifs du traitement. ‡L'analyse hiérarchique a été arrêtée après l'observation de la première valeur p non significative, conformément au plan de test hiérarchique.

SCA, syndrome coronarien aigu

1. Schwartz GG et coll. *N Engl J Med.* 2018;379:2097-2107.

Alirocumab (Praluent®) : posologie et les effets secondaires

Disponible en tant que¹	Solution en stylo prérempli (SPR)
Posologie¹	Démarrage : <ul style="list-style-type: none">• 75 mg une fois toutes les 2 semaines, ou• 300 mg une fois toutes les 4 semaines (mensuellement)• Si la réponse au C-LDL est inadéquate, la dose peut être ajustée à la dose maximale de 150 mg toutes les 2 semaines
Effets secondaires courants (jusqu'à 1 cas sur 10)¹	<ul style="list-style-type: none">• Rougeur, enflure, ecchymose, sensibilité ou bleu (hématome) au site d'injection (réactions locales au point d'injection)• Symptômes du rhume• Démangeaisons (prurit)
Effets secondaires rares (jusqu'à 1 cas sur 1 000)¹	<ul style="list-style-type: none">• Réactions allergiques• Vascularite d'hypersensibilité : forme particulière de réaction allergique avec des symptômes comme une éruption cutanée ou des taches violacées sur la peau, de la diarrhée.• Urticaire• Taches rougeâtres sur la peau, parfois accompagnées de cloques (eczéma nummulaire)

1. Monographie du produit Aliroc™ (Praluent®). Sanofi-aventis Canada. Mis à jour le 12 janvier 2022

Couverture d'Alirocumab (Praluent®) par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Indications reconnues pour leur paiement

Pour le traitement des adultes atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe) :

- définie par génotypage ou par phénotypage
- chez qui l'utilisation d'une statine à dose optimale en association avec l'ézétimibe n'a pas permis un contrôle adéquat de la cholestérolémie, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.

En prévention primaire des événements cardiovasculaires :

- un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par une **réduction de la concentration de C-LDL d'au moins 50 %** par rapport à la valeur de base, soit avant tout traitement hypolipémiant, **et par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 2,5 mmol/l.**

En prévention secondaire des événements cardiovasculaires :

- un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par l'atteinte d'une **concentration de C-LDL < 1,8 mmol/l.**

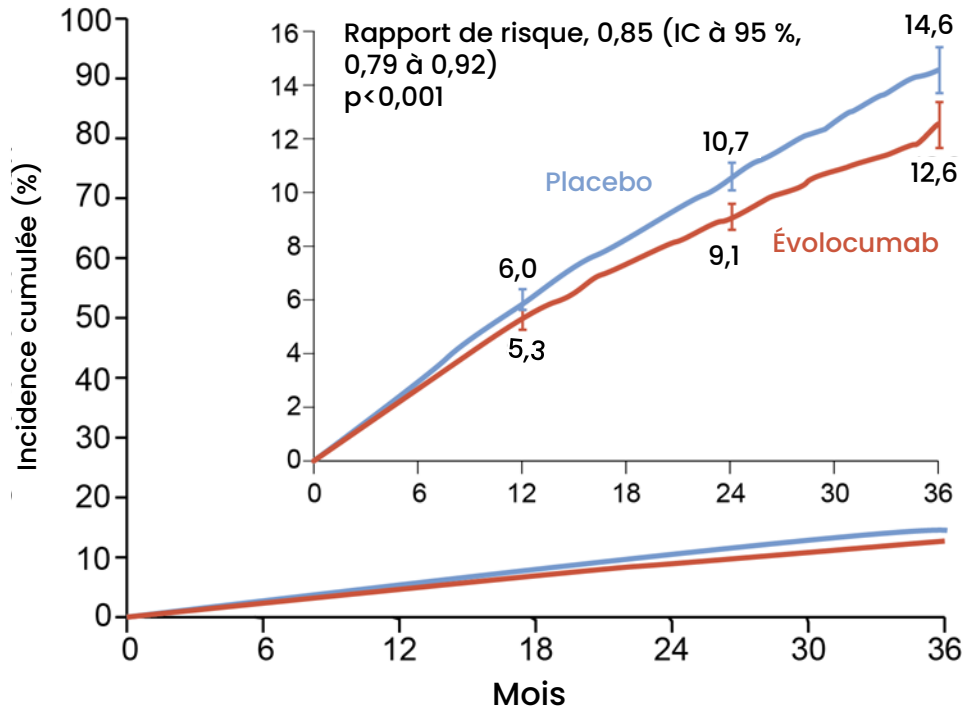
Couverture

- La demande initiale est autorisée pour une période maximale de **4 mois.**

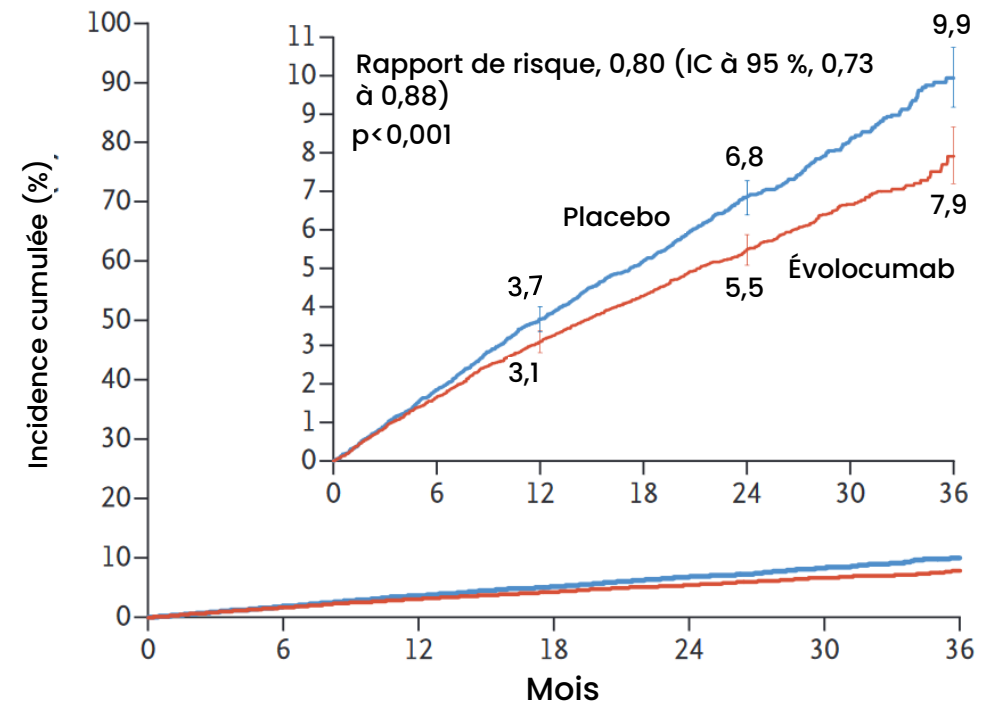
Étude FOURIER

Évolocumab c. placebo chez les patients à risque élevé de MCVAS Réduction des événements cardiovasculaires

Incidence cumulée du critère d'évaluation principal au fil du temps



Incidence cumulée du critère d'évaluation secondaire[‡] au fil du temps



† Compte tenu de la nature hiérarchique des tests statistiques, les valeurs p pour les critères d'évaluation principaux et secondaires doivent être considérées comme significatives, tandis que toutes les autres valeurs p doivent être considérées comme exploratoires. ‡ Le critère d'évaluation secondaire était la combinaison de décès d'origine CV, d'IM ou d'AVC; IC, intervalle de confiance; CV, cardiovasculaire; RR, rapport de risque; IM, infarctus du myocarde

1. Sabatine MS et coll. *N Engl J Med.* 2017;376:1713-1722.

Évolocumab (Repatha®) : posologie et les effets secondaires

Disponible en tant que¹	Seringue préremplie et auto-injecteur
Posologie¹	Hyperlipidémie primaire : <ul style="list-style-type: none">• 140 mg toutes les 2 semaines ou 420 mg une fois par mois; les deux doses sont cliniquement équivalentes
Effets secondaires¹	<ul style="list-style-type: none">• Grippe ou symptômes rappelant les symptômes de la grippe (fièvre, mal de gorge, écoulement nasal, toux et frissons)• Rhume (comme un écoulement nasal), mal de gorge ou infection des sinus (rhinopharyngite ou infection des voies respiratoires supérieures)• Nausées• Douleur au dos• Douleur aux articulations (arthralgie)• Douleur musculaire (myalgie) s'accompagnant ou non de faiblesse musculaire• Taux élevé de sucre dans le sang (diabète)• Réaction au point d'injection (rougeur, ecchymose, douleur, enflure ou saignement)• Réactions allergiques, y compris éruption cutanée, urticaire (petits boutons rouges accompagnés de démangeaisons) et dans de rares cas, enflure du visage, de la bouche, de la langue ou de la gorge (oedème de Quincke)

1. Monographie du produit Évolucumab (Repatha®). Amgen Canada Inc. Mis à jour le 11 juin 2019

Couverture d'Évolocumab (Repatha®) par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Indication reconnue pour son paiement	<p>Pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) :</p> <ul style="list-style-type: none">• dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou par phénotypage;• dont les concentrations de C-LDL sont élevées malgré un traitement optimisé.
Durée de la couverture	<ul style="list-style-type: none">• La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.• Les autorisations pour l'évolocumab sont données à raison d'une dose maximale de 420 mg toutes les 2 semaines.
Indication reconnue pour son paiement	<p>Pour le traitement des adultes atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe) :</p> <ul style="list-style-type: none">• confirmée par génotypage ou par phénotypage,• chez qui l'utilisation d'une statine à dose optimale en association avec l'ézétimibe n'a pas permis un contrôle adéquat de la cholestérolémie, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication. <p>En prévention primaire des événements cardiovasculaires :</p> <ul style="list-style-type: none">• un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par une réduction de la concentration de C-LDL d'au moins 50 % par rapport à la valeur de base, soit avant tout traitement hypolipémiant, et par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 2,5 mmol/l. <p>En prévention secondaire des événements cardiovasculaires :</p> <ul style="list-style-type: none">• un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 1,8 mmol/l.
Couverture	<ul style="list-style-type: none">• La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Évolocumab (Repatha®): critères de Médicament d'Exception RAMQ pour les patients ayant subi un syndrome coronarien aigu au cours des 24 derniers mois (en vigueur le 4 février 2026)

Indication reconnue pour le paiement, en accord avec la recommandation issue de INESSS¹

Pour la prévention des événements cardiovasculaires, chez les patients:

- ayant subi un **syndrome coronarien aigu au cours des 24 derniers mois**; et
- ayant des taux de **C-LDL $\geq 1,8$ mmol/l**; et
- dont le **contrôle de la cholestérolémie n'est pas adéquat**:
 - malgré 3 mois d'utilisation concomitante d'une statine à dose optimale et d'ézétimibe; ou
 - malgré 3 mois d'utilisation d'une statine à dose optimale ou d'ézétimibe en raison de contre-indication ou d'intolérance sérieuse à l'un ou l'autre de ces médicaments; ou
 - parce que ni une statine ni l'ézétimibe ne peuvent être utilisés en raison de contre-indication ou d'intolérance sérieuse.

L'essai de 2 statines est exigé pour conclure à une intolérance aux statines.

Couverture

- La durée maximale de l'autorisation initiale est de **4 mois**.
- Lors des demandes de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique défini par:
 - **une diminution d'au moins 40% de la concentration de C-LDL** par rapport à la valeur précédant le début du traitement à l'évolocumab; ou
 - l'atteinte de la **cible des taux de C-LDL**.
- Les demandes subséquentes sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

1. INESSS. Repatha: Prévention secondaire des événements cardiovasculaires. Avis transmis au ministre en juillet 2020

2. Liste des médicaments 4 février 2026

« Il vaut mieux s’y prendre plus tôt » : Directives pour le moment du suivi post-IM

Patients ayant récemment subi un IM (< 12 mois) présentent un risque plus élevé d'événements CV et ont présenté une réduction du risque absolu plus importante avec l'inhibiteur de PCSK9 que ceux ayant subi un infarctus du myocarde à distance (> 12 mois)¹

Échéancier recommandé par les lignes directrices de l'ESC/EAS de 2019*2 :	Classe	Niveau
Chez tous les patients atteints d'un SCA sans contre-indication ou antécédents définitifs d'intolérance, il est recommandé d'instaurer ou de continuer à prendre des doses élevées de statines le plus tôt possible, indépendamment des valeurs initiales de C-LDL.	I	A
Les taux de lipides doivent être réévalués 4 à 6 semaines après le SCA afin de déterminer si une réduction d'au moins 50 % par rapport à la référence et aux taux cibles de C-LDL < 1,4 mmol/L a été obtenue. Les problèmes d'innocuité doivent être évalués à ce stade et les doses de traitement par statines doivent être adaptées en conséquence.	IIa	C
Si l' objectif de taux de C-LDL n'est pas atteint après 4 à 6 semaines avec la dose maximale tolérée de statines, l'association avec l'ézétimibe est recommandée.	I	B
Si l' objectif de taux de C-LDL n'est pas atteint après 4 à 6 semaines malgré un traitement par statines à tolérance maximale et l'ézétimibe, il est recommandé d'ajouter un inhibiteur de la PCSK9.	I	B

*Seules les lignes directrices de l'ESC comprennent des recommandations sur le moment de la prise en charge des lipides post-IM.

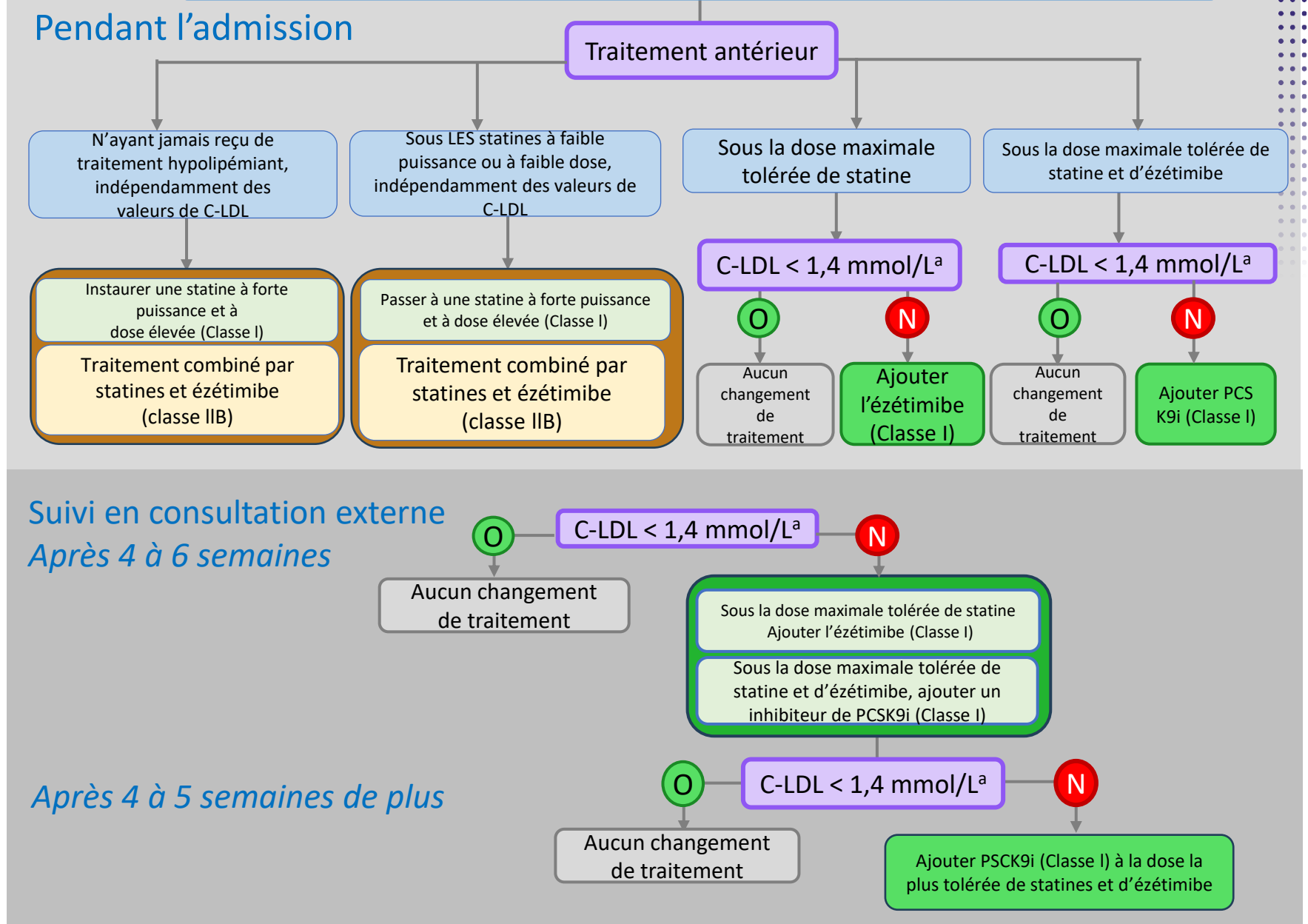
SCA, syndrome coronarien aigu; CV, cardiovasculaire; ESC, Société Européenne de Cardiologie; EAS, Société Européenne d'athérosclérose; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; IM, infarctus du myocarde

1. Gencer B et coll. *JAMA Cardiol.* 2020;5(8):952-957. 2. Mach F et coll. *Eur Heart J.* 2020;41:111-188.

Lignes directrices de l'ESC concernant le moment de la prise en charge des lipides post-IM

O = Oui
N = Non

Traitement hypolipémiant chez les patients atteints par le SCA



SCA, syndrome coronarien aigu; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; LLT, thérapie hypolipémiante;
^aEn cas d'événement récurrent, envisager un taux de C-LDL < 1,0 mmol/L
 Adapté de Byrne RA et coll. *Eur Heart J.* 2023;44:3720-3826.

Seuils d'intensification du C-LDL : Recommandations

SCC¹

- Seuil de C-LDL de 1,8 mmol/L pour l'intensification du traitement hypolipémiant par des médicaments autres que les statines chez les patients atteints de MCVAS recevant une dose maximale tolérée de statines

ESC²

- Réduction du taux de C-LDL de $\geq 50\%$ par rapport aux valeurs de référence et cible de traitement $< 1,4$ mmol/L chez les patients à très haut risque
- Envisager une réduction du taux de C-LDL $< 1,0$ mmol/L chez les patients atteints de MCVAS et d'un deuxième événement vasculaire dans les deux ans suivant la prise d'un traitement maximal toléré à base de statines

AHA/ACC/ ACCP/ ASPC/NLA/ PCNA³

- Réduction du taux de C-LDL de $\geq 50\%$ et du taux de C-LDL $< 1,40$ mmol/L (ou du taux de C non-HDL $< 2,2$ mmol/L) sous traitement par statines à la tolérance maximale

ACC, American College of Cardiology; ACCP, American College of Clinical Pharmacy; AHA, American Heart Association; MCVAS, maladie cardiovasculaire athéroscléreuse; ASPC, American Society for Preventive Cardiology; SCC, Société canadienne de cardiologie; CCD, coronaropathie chronique; DFGe, débit de filtration glomérulaire estimé; ESC, Société européenne de cardiologie; EAS, Société européenne d'athérosclérose; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; ECIM, événements indésirables cardiaques majeurs; NLA, National Lipid Association; PCNA, Preventive Cardiovascular Nurses Association

1. Pearson GJ et coll. *Can J Cardiol.* 2021;37:1129-1150; 2. Byrne RA et coll. *Eur Heart J.* 2023;44:3720-3826; 3. Comité de rédaction et al. *J Am Coll Cardiol* 2022;80(14):1366-1418.

Deux lignes directrices canadiennes pour la prise en charge des lipides

Lignes directrices de la SCC¹ : destinées à tous les médecins

Lignes directrices simplifiées de PEER² : destinées aux médecins de première ligne

- La discordance entre les lignes directrices est la plus importante en ce qui concerne ce qui suit³ :
 - interprétation du profil lipidique
 - implication d'un taux élevé de TG
 - utilité d'apoB, non-HDL et Lp(a)
 - rôle des médicaments autres que les statines
 - besoin de mesures de suivi des profils lipidiques une fois traités

HDL, lipoprotéine de haute densité; Lp(a), lipoprotéine a; PEER, Patients, Experience, Evidence, Research; TG, triglycérides

1. Pearson GJ et coll. *Can J Cardiol.* 2021;37:1129-1150; 2. Kolber MR et coll. *Can Fam Physician.* 2023;69(10):e189-e201; 3. Mancini GBJ, et al. *CJC Open* 2024;doi.org/10.1016/j.cjco.2024.06.006.

Étude ODYSSEY OUTCOMES

portant sur l'alirocumab par rapport au placebo chez des patients post-SCA

Conception de l'étude

- Étude à répartition aléatoire, à double insu et contrôlée par placebo
- 18 924 patients dans 1 315 centres, dans 57 pays
- Rapport de 1:1 d'alirocumab (Praluent®) 75 mg par voie s.-c. toutes les 2 semaines ou placebo
- Répartition aléatoire stratifiée selon le pays

Admissibilité

- > 40 ans
- Hospitalisé pour un SCA (IM ou angine instable) 1 à 12 mois avant la répartition aléatoire
- Taux de C-LDL >1,8 mmol/L ou de C non-HDL > 2,6 mmol/L ou ApoB > 0,8 g/L
- Stable à une dose de 40 à 80 mg d'atorvastatin ou de 20 à 40 mg de rosuvastatine ou à des doses maximales tolérées de l'une ou de l'autre de ces substances

Critère principal d'évaluation de l'efficacité : combinaison de décès dus à une coronaropathie, un IM non mortel, un AVC ischémique mortel ou non mortel ou une angine instable nécessitant une hospitalisation

Critères d'évaluation secondaires prédéfinis : tout événement coronarien (décès dû à une coronaropathie, angine instable nécessitant une hospitalisation ou procédure de revascularisation coronarienne guidée par l'ischémie); événement coronarien majeur (décès dû à une maladie coronarienne ou IM non mortel); tout événement CV (décès d'origine CV, accident vasculaire cérébral ischémique non mortel, IM non mortel, angine instable nécessitant une hospitalisation ou procédure de revascularisation coronarienne guidée par l'ischémie); un combinaison du décès toutes causes confondues, IM non mortel ou accident vasculaire cérébral ischémique non mortel; décès dû à une coronaropathie; décès d'origine CV; et décès toutes causes confondues

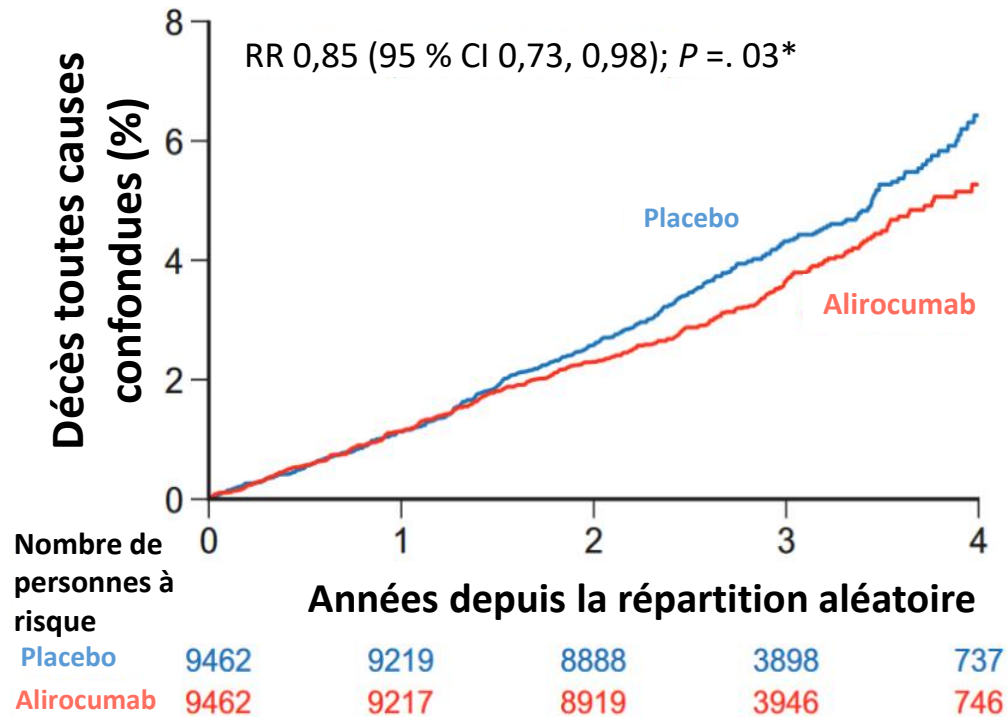
SCA, syndrome cardiovasculaire aigu; CHD, coronaropathie; CV, cardiovasculaire; HDL-C, cholestérol à lipoprotéines de haute densité; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; IM, infarctus du myocarde; s.-c., sous-cutané

1. Schwartz GG et coll. *N Engl J Med.* 2018;379:2097-2107.

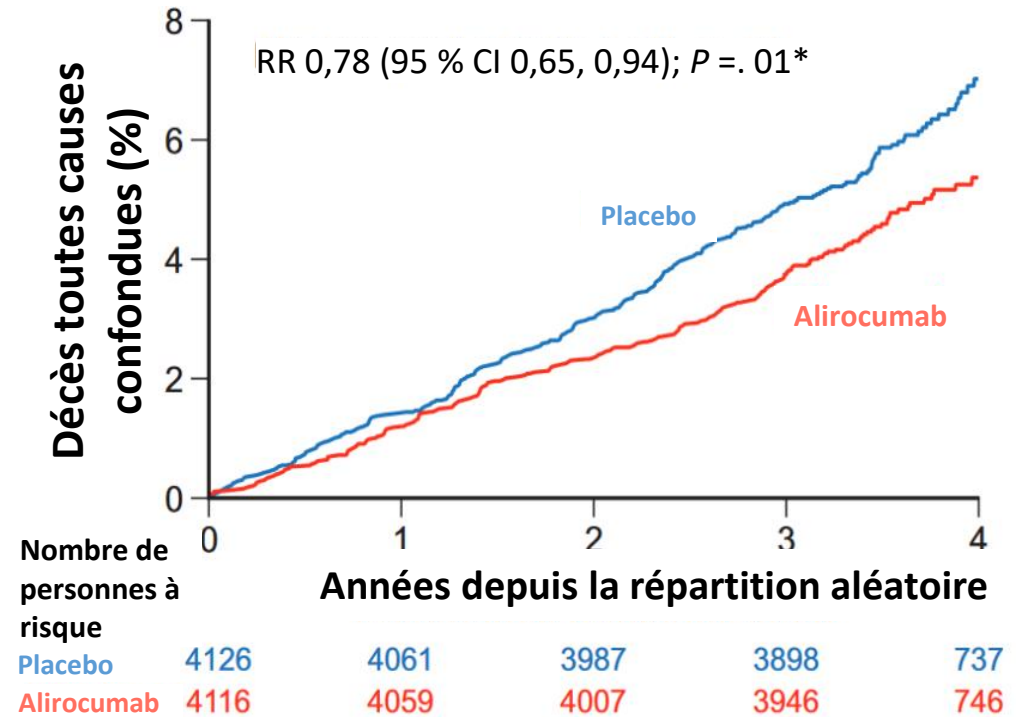
ODYSSEY Outcomes

Décès toutes causes confondues

Tous les patients



Patients admissibles à un suivi > 3 ans



NNT = 87

*Valeur p nominale due à la position hiérarchique des décès toutes causes confondues parmi les critères d'évaluation secondaires

IC, intervalle de confiance; RR, rapport de risque; NNT, nombre nécessaire pour traiter

1. Steg PG, et coll., *Circulation*. 2019;140:103-112.

Étude de prolongation ouverte FOURIER-OLE¹

Résultats cardiovasculaires

Patients présentant une MCVAS stable et un taux de C-LDL $\geq 1,8$ mmol/L ou un taux de C non-HDL $\geq 2,6$ mmol/L sous traitement optimisé par statines

R

Évolocumab
toutes les 2 ou
4 semaines

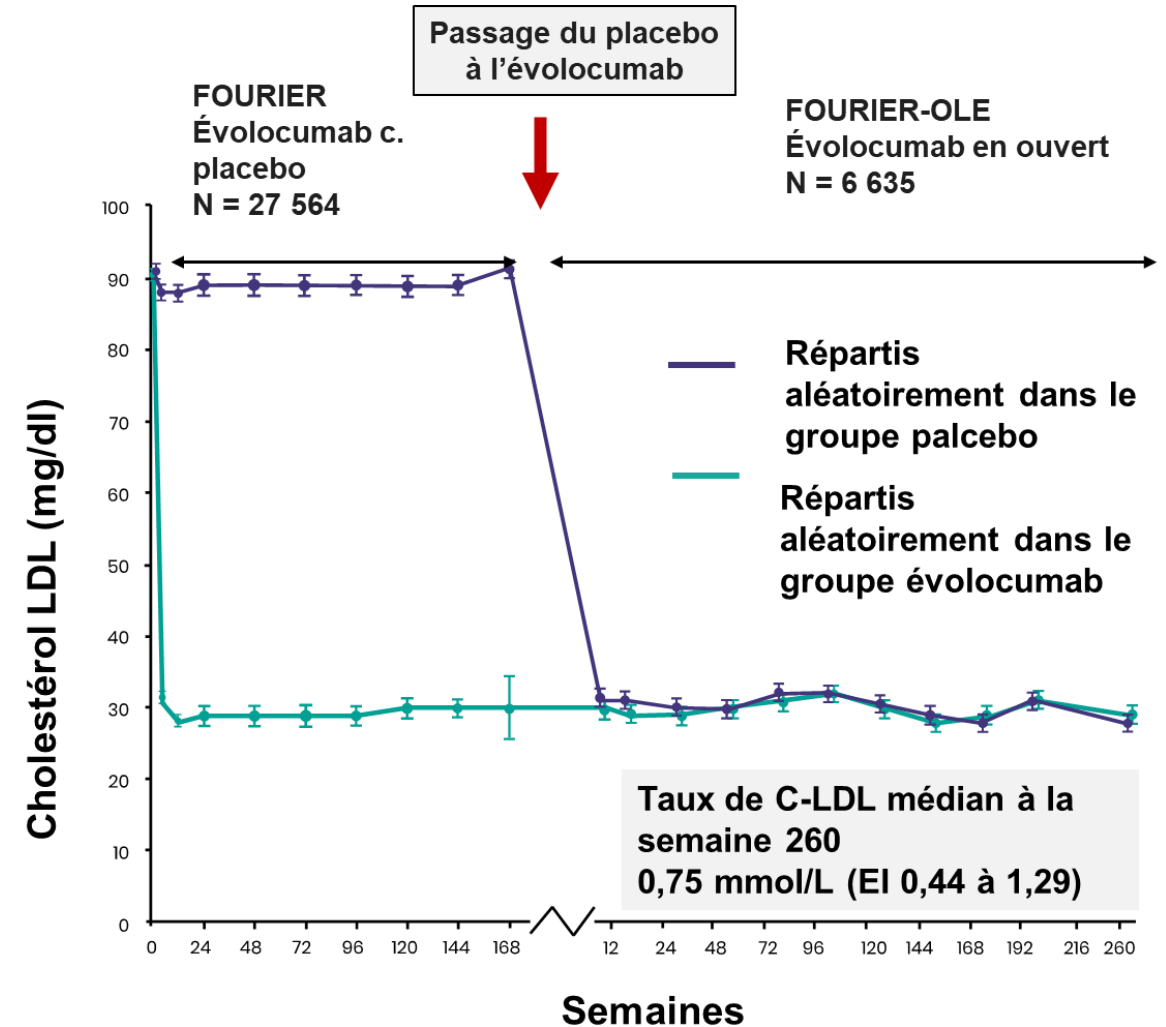
Placebo
correspondant

Essai FOURIER
Suivi médian de 2,2 ans
N = 27 564

Évolocumab en ouvert
toutes les 2 ou 4 semaines

Programme FOURIER-OLE
Suivi médian de 5,0 ans
N = 6 635

Concentration médiane (IC à 95 %) du taux de C-LDL selon le groupe de traitement aléatoire lors des essais FOURIER et FOURIER-OLE



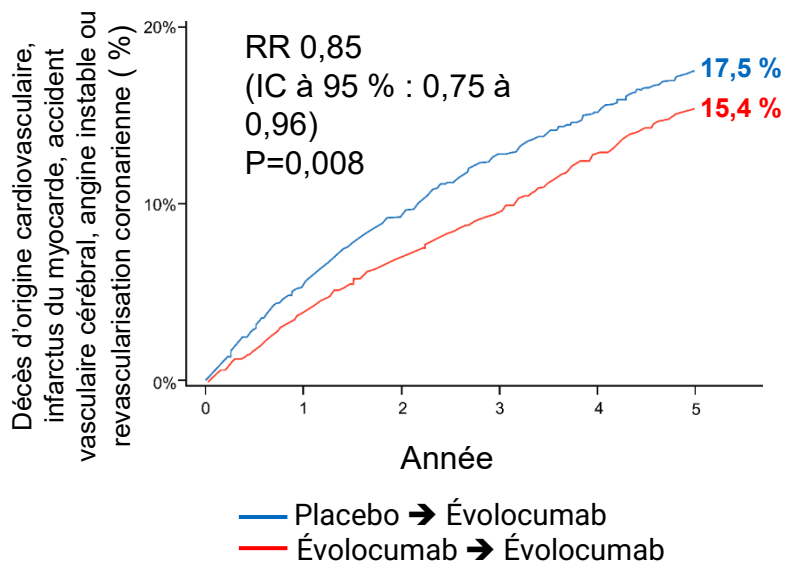
MCVAS, maladie cardiovasculaire athéroscléreuse; IC, intervalle de confiance; HDL-C, cholestérol à lipoprotéines de haute densité;

EI, écart interquartile; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; OLE, prolongation ouverte; 1. O'Donoghue ML et coll. Circulation. 2022;146:1109-1119.

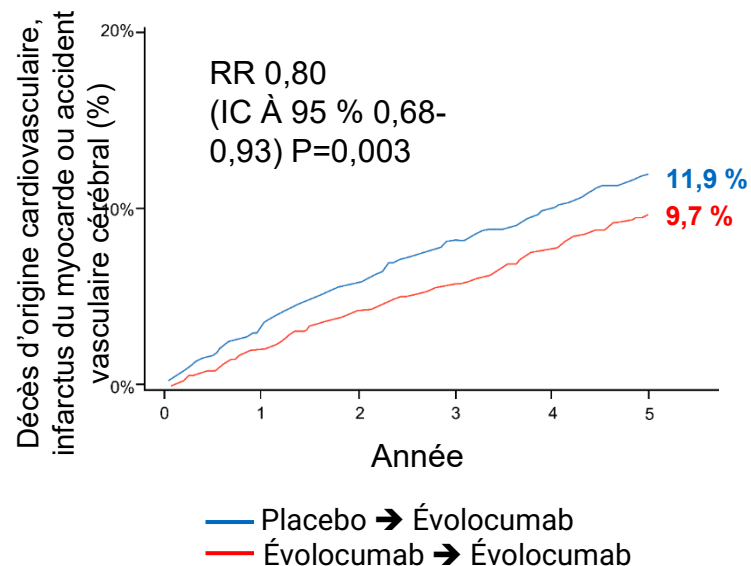
FOURIER OLE¹

Résultats cardiovasculaires

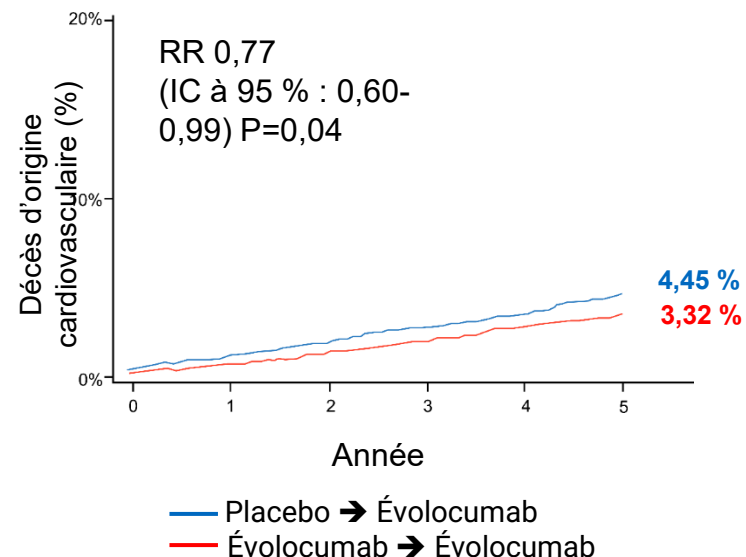
Critère d'évaluation principal de l'efficacité de l'étude FOURIER OLE



Critère d'évaluation secondaire de l'efficacité de l'étude FOURIER OLE



Décès d'origine CV FOURIER OLE

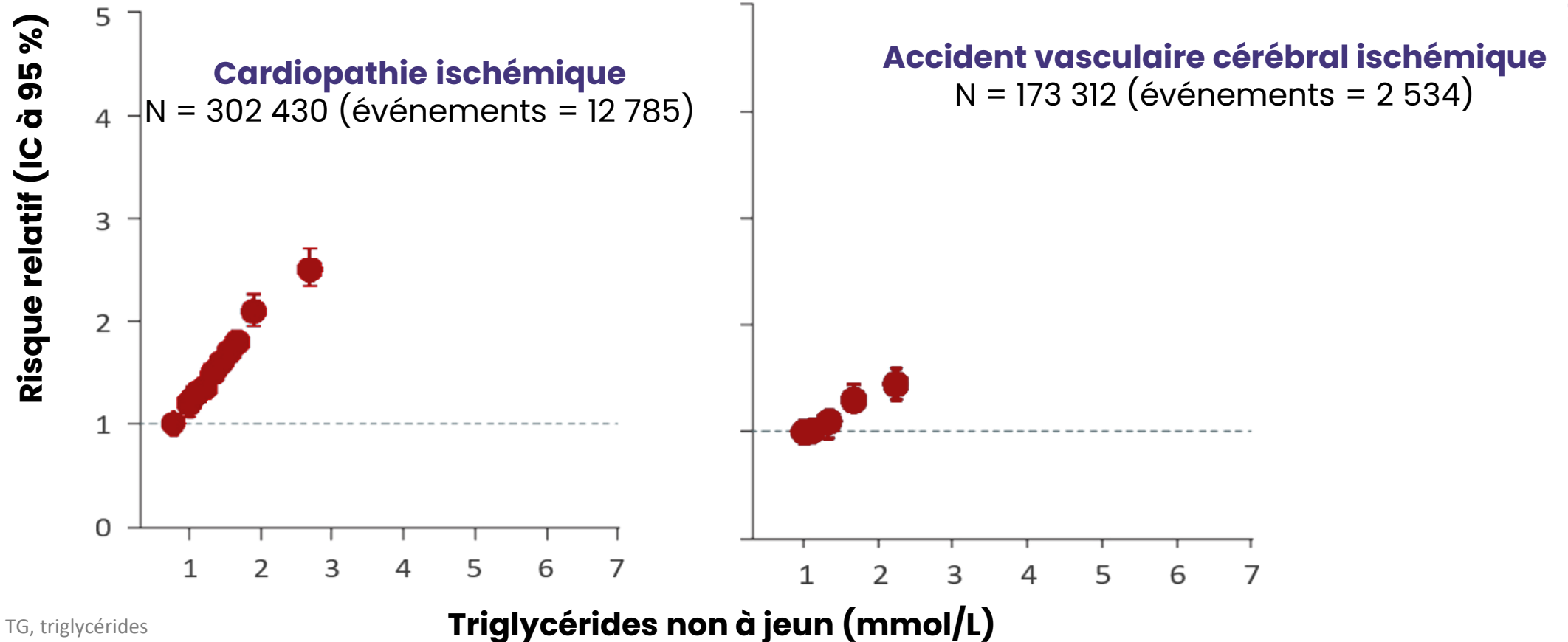


CV, cardiovasculaire; RR, rapport de risque; IM, infarctus du myocarde; OLE, prolongation ouverte; UA, angine instable

1. O'Donoghue ML et coll. *Circulation*. 2022;146:1109–1119.

Association observationnelle entre les taux élevés de TG et le risque cardiovasculaire

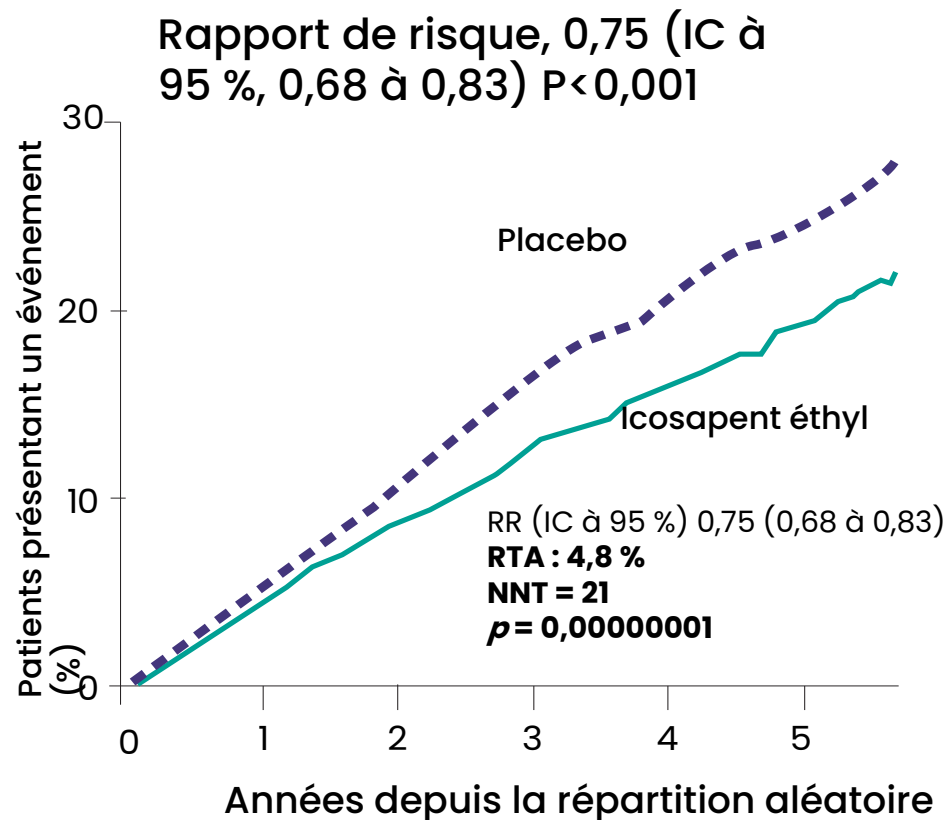
Collaboration sur les facteurs de risque émergents



IC, intervalle de confiance; TG, triglycérides
Nordestgaard BG, Varbo A. *Lancet*. 2014;384:626-635.

Étude REDUCE-IT

Critère d'évaluation principal



Éléments individuels du critère d'évaluation principal

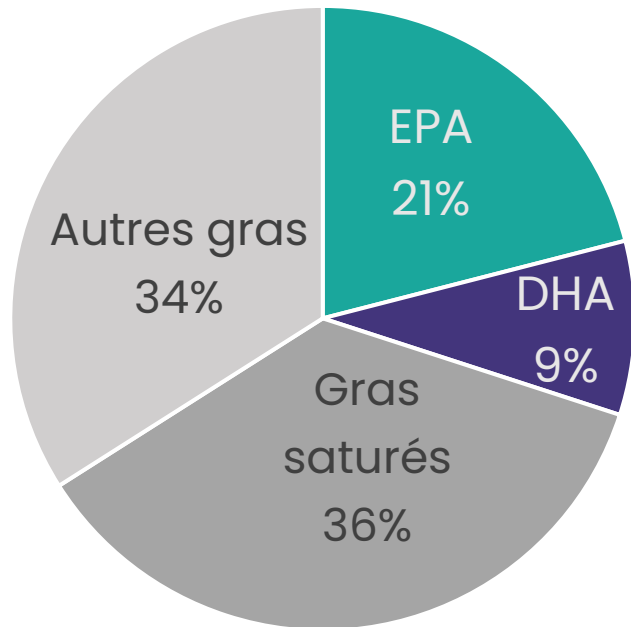
Critère d'évaluation	Rapport de risque (IC à 95 %)	Icosapent éthyl	Placebo	Rapport de risque (IC à 95 %)*
		n/N (%)	n/N (%)	
Paramètre primaire (ITT)		705/4 089 (17,2 %)	901/4 090 (22,0 %)	0,75 (0,68 à 0,83)
Décès d'origine cardiovasculaire		174/4 089 (4,3 %)	213/4 090 (5,2 %)	0,80 (0,66 à 0,98)
Infarctus du myocarde non mortel		237/4 089 (5,8 %)	332/4 090 (8,1 %)	0,70 (0,59 à 0,82)
Accident vasculaire cérébral non mortel		85/4 089 (2,1 %)	118/4 090 (2,9 %)	0,71 (0,54 à 0,94)
Revascularisation coronarienne		376/4 089 (9,2 %)	544/4 090 (13,3 %)	0,66 (0,58 à 0,76)
Hospitalisation pour angine instable		108/4 089 (2,6 %)	157/4 090 (3,8 %)	0,68 (0,53 à 0,87)

Icosapent éthyl supérieur Placebo supérieur

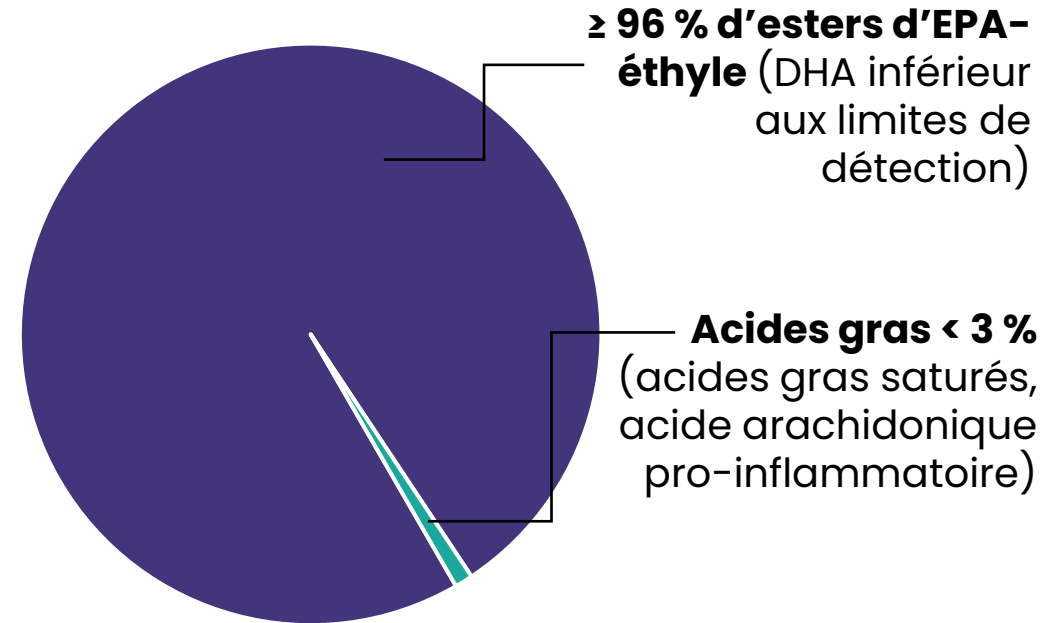
CV, cardiovasculaire; RR, rapport de risque; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de basse densité; IM, infarctus du myocarde; NNT, nombre nécessaire pour traiter; RAR, réduction absolue du risque;
 1. Bhatt DL et coll. *N Engl J Med.* 2019;380:11-22

L'icosapent éthyl est distinct des huiles de poisson Omega 3 en vente libre

Huile de poisson courante (mélange d'acides gras oméga-3)



Icosapent éthyl



DHA, acide docosahexaénoïque; AEP, acide eicosapentaénoïque; OTC, en vente libre;

Mason RP, Sherratt SCR. *Biochem Biophys Res Commun.* 2017;483 :425-429; Hilleman DE et coll. *Adv Ther.* 2020;37:656-670. Amarin – Données internes.

Icosapent éthyl (Vascepa®) : posologie, les effets secondaires et couverture par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Teneur et forme²	Capsule 1 g
Posologie¹	4 g par jour, pris sous forme de deux gélules de 1 g 2 fois par jour avec de la nourriture
Effets secondaires¹	<ul style="list-style-type: none">• constipation• goutte• douleurs musculaires et articulaires
RAMQ: Indications reconnues pour leur paiement²	<p>Pour la prévention secondaire des événements cardiovasculaires, en concomitance avec une statine, chez les patients :</p> <ul style="list-style-type: none">• ayant un taux de triglycérides sériques à 2,26 mmol/l ou plus; et <ul style="list-style-type: none">• dont l'utilisation d'une statine à dose optimale, en association ou non avec l'ézétimibe, pendant au moins 3 mois, a permis un contrôle adéquat des taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL).

1. Monographie de l'icosapent éthyl (Vascepa®). HSL Therapeutics Inc. 30 décembre 2019; 2. Liste des médicaments 25 septembre 2025



Retour à Angelo

Homme de 64 ans travaillant dans l'informatique

Antécédents médicaux

- Hypertension
- IMC 31
- Sédentaire

Antécédents familiaux

- Frère ayant subi un IM à l'âge de 56 ans

Médicaments antérieurs

- Périndopril 4 mg, 1x/j
- Amlodipine 5 mg, 1x/j
- Pantoprazole 40 mg, 1x/j (possède une assurance privée)

Hospitalisation récente

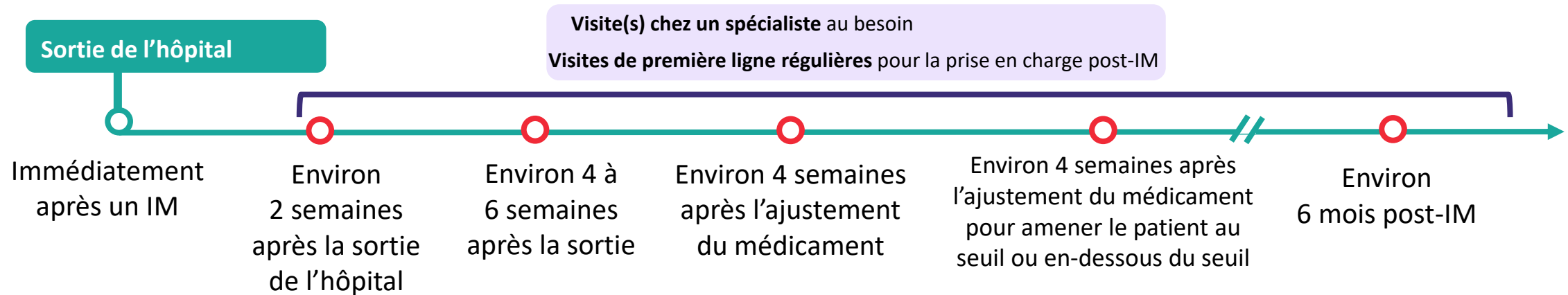
- NSTEMI il y a 16 jours
- Endoprothèses de l'IVA et de la coronaire droite, maladie non obstructive dans la circonflexe
- Fraction d'éjection du VG 54 %
- C-LDL : 4,2 mmol/L à l'admission
- Sortie de l'hôpital il y a 12 jours sous atorvastatine 80 mg, 1x/j

IMC, indice de masse corporelle; TI, technologies de l'information; IVA, artère interventriculaire antérieure; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; VG, ventricule gauche; IM, infarctus du myocarde; NSTEMI, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST; 1x/j, une fois par jour; ACD, artère coronaire droite; T2DM, diabète sucré de type 2

Post-IM : Calendrier de suivi

Le moment des visites est basé sur

- Les lignes directrices de l'ESC/EAS
- Orienter les professionnels de la première ligne vers la mise en place du suivi régulier avec le patient
- Permettre de modifier le traitement en temps opportun pour amener le patient à suivre les recommandations de taux de C-LDL dans les 6 mois suivant le SCA



Angelo : environ 2 semaines après la sortie de l'hôpital post-IM

Première visite de première ligne post-IM



- 64 ans lors du premier IM; n'ayant jamais reçu de traitement par statines; antécédents familiaux d'HTA positifs traités
- **NSTEMI il y a 16 jours**
 - Endoprothèses de l'IVA et de la coronaire droite, maladie non obstructive dans la circonflexe

Médicaments à la sortie de l'hôpital

- ASA 81 mg 1x/j
- Ticagrelor 90 mg 2x/j
- Atorvastatine 80 mg 1x/j
- Périndopril 8 mg 1x/j
- Amlodipine 5 mg, 1x/j
- Pantoprazole 40 mg, 1x/j

À l'examen

- Poids : 97 kg
- Hauteur : 176 cm
- IMC : 31,3
- Tour de taille : 112 cm
- Non-fumeur

Conseil sur

- Régime méditerranéen¹
- Activité physique

Effectuez un suivi à chaque visite pour optimiser la santé CV et réduire le risque :

- **Statut tabagique**
- **IMC/tour de taille (cm)**
- **Alimentation**
- **Activité physique**

IMC, indice de masse corporelle; TI, technologies de l'information; IVA, artère interventriculaire antérieure; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; VG, ventricule gauche; IM, infarctus du myocarde; NSTEMI, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST; 1x/j, une fois par jour; ACD, artère coronaire droite; T2DM, diabète sucré de type 2

1. Pearson GJ et coll. Can J Cardiol. 2021; Appendice supplémentaire S5

Angelo : environ 2 semaines depuis la sortie de l'hôpital post-IM

Première visite de première ligne post-IM



- 64 ans lors du premier IM; n'ayant jamais reçu de traitement par statines; antécédents familiaux d'HTA positifs traités
- **NSTEMI il y a 16 jours**
 - Endoprothèses de l'IVA et de la coronaire droite, maladie non obstructive dans la circonflexe

Médicaments à la sortie de l'hôpital

- ASA 81 mg 1x/j
- Ticagrelor 90 mg 2x/j
- **Atorvastatine 80 mg 1x/j**
- Périndopril 8 mg 1x/j
- Amlodipine 5 mg, 1x/j
- Pantoprazole 40 mg, 1x/j

C-LDL

À l'admission : 4,2 mmol/L

Objectif < 1,8 mmol/L

Traitement hypolipémiant avant l'infarctus du myocarde : Aucune
Atorvastatine 80 mg 1x/j ajouté à la sortie de l'hôpital

Requête de laboratoire :

- C-LDL
- ALT

Fait le suivi des modifications du traitement et du taux de C-LDL toutes les 4 à 8 semaines, ce qui aide à déterminer si une intervention supplémentaire est nécessaire pour que le patient atteigne les lignes directrices recommandées des taux de C-LDL

Angelo : **environ 2 semaines** depuis la sortie de l'hôpital post-IM

Première visite de première ligne post-IM



- 64 ans lors du premier IM; n'ayant jamais reçu de traitement par statines; antécédents familiaux d'HTA positifs traités
- **NSTEMI il y a 16 jours**
 - Endoprothèses de l'IVA et de la coronaire droite, maladie non obstructive dans la circonflexe

Médicaments à la sortie de l'hôpital

- **ASA 81 mg 1x/j**
- **Ticagrelor 90 mg 2x/j**
- Atorvastatine 80 mg 1x/j
- **Périndopril 8 mg 1x/j**
- **Amlodipine à 5 mg 1x/j**
- Pantoprazole 40 mg, 1x/j

Évaluation

TA : 130/78
Pouls : 64 bpm

Mesure : Continuer

- Périndopril
- Amlodipine
- ASA
- Ticagrelor

ASA, acide acétylsalicylique; 2x/j, deux fois par jour; IMC, indice de masse corporelle; HTA, hypertension; AIAD, artère interventriculaire antérieure droite; AIAG, artère interventriculaire antérieure gauche; IM, infarctus du myocarde; NSTEMI, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST; TA, tension artérielle; 1x/j, une fois par jour; ACR, artère coronaire droite



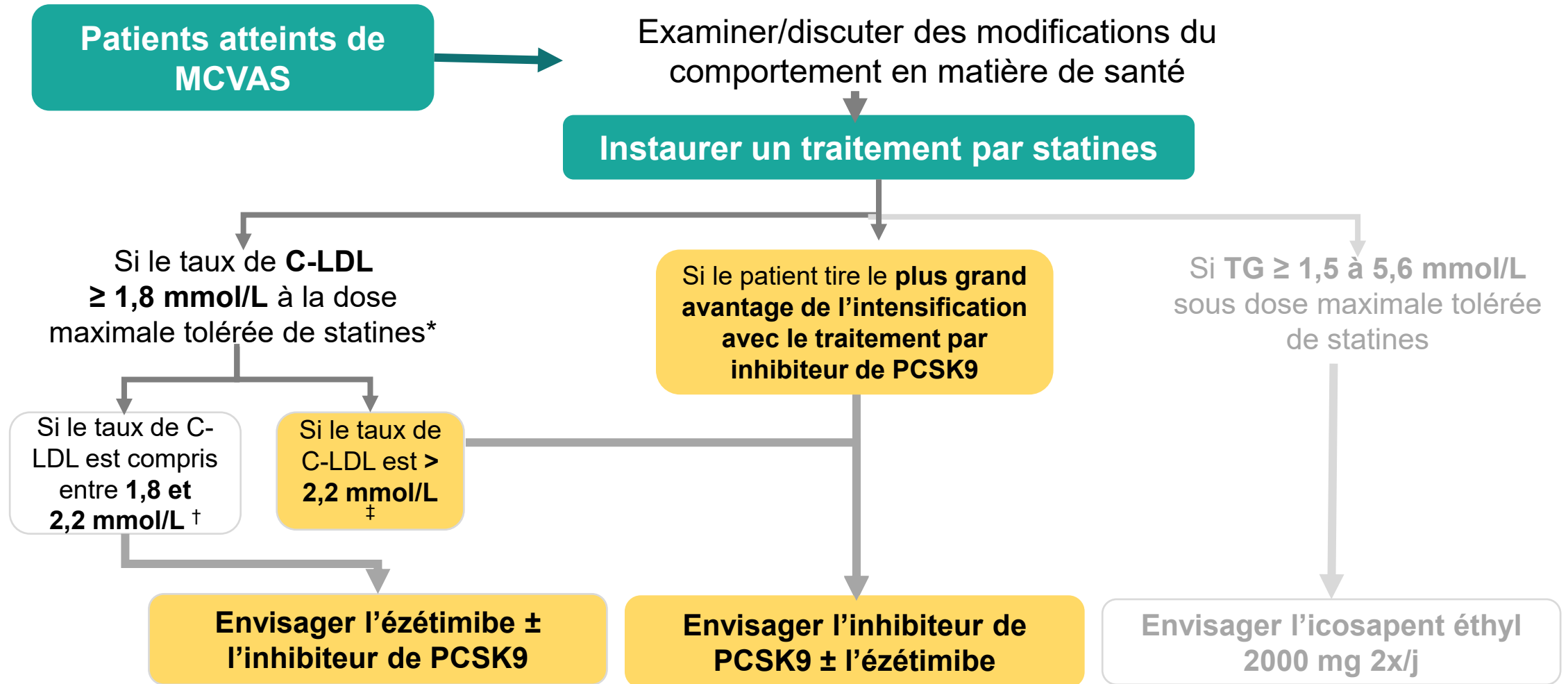
Angelo : 6 semaines après l'IM

- Angelo prend de l'atorvastatine 80 mg 1x/j depuis 6 semaines
- Taux actuel de C-LDL 2,4 mmol/L
- C-LDL au moment de l'IM 4,2 mmol/L

Quelle serait votre prochaine étape?

- a) Aucune modification
- b) Changer de statine
- c) Ajouter de l'ézétimibe
- d) Ajouter un inhibiteur de PCSK9

Lignes directrices de 2021 de la SCC pour la prévention secondaire



*ApoB $\geq 0,70$ g/L ou C non-HDL $\geq 2,4$ mmol/L. †ApoB 0,70-0,8 g/L ou C non-HDL 2,4-2,9 mmol/L. ‡ApoB $> 0,80$ g/L ou C non-HDL. ApoB, apolipoprotéine B; MCVAS, maladie cardiovasculaire athéroscléreuse; 2x/j, deux fois par jour; HDL-C, cholestérol à lipoprotéines de haute densité; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; TG, triglycérides
1. Pearson GJ et coll. *Can J Cardiol.* 2021;37:1129-1150.

Angelo : 6 semaines après l'IM

Prise en charge des lipides



- 64 ans lors du premier IM; n'ayant jamais reçu de traitement par statines; antécédents familiaux d'HTA positifs traités
- **NSTEMI il y a 16 jours**
 - Endoprothèses de l'IVA et de la coronaire droite, maladie non obstructive dans la circonflexe

Mesures :

Envisager l'inhibiteur de PCSK9 ± l'ézétimibe

Dans le contexte de remboursement :

ajoutez ézétimibe 10 mg

Réévaluer dans 4 semaines

Médicaments actuels

- ASA 81 mg 1x/j
- Ticagrelor 90 mg 2x/j
- **Atorvastatine 80 mg 1x/j**
- Périndopril 8 mg 1x/j
- Amlodipine 5 mg, 1x/j
- Pantoprazole 40 mg, 1x/j

C-LDL

À l'admission : 4,2 mmol/L

6 semaines après l'IM : 2,4 mmol/L

Objectif < 1,8 mmol/L

ALT : 56 UI/L

CK : 148 U/L

ALT, alanine transaminase; ASA, acide acétylsalicylique; 2x/j, deux fois par jour; CK, créatinine kinase; HTA, hypertension; AIAD, artère interventriculaire antérieure droite; AIAG, artère interventriculaire antérieure gauche; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de basse densité; IM, infarctus du myocarde; NSTEMI, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST;

Angelo : 10 semaines après l'IM

Prise en charge des lipides



- 64 ans lors du premier IM; n'ayant jamais reçu de traitement par statines; antécédents familiaux d'HTA positifs traités
- **NSTEMI il y a 16 jours**
 - Endoprothèses de l'IVA et de la coronaire droite, maladie non obstructive dans la circonflexe

Médicaments actuels

- ASA 81 mg 1x/j
- Ticagrelor 90 mg 2x/j
- **Atorvastatine 80 mg 1x/j**
- **Ézétimibe 10 mg 1x/j**
- Périndopril 8 mg 1x/j
- Amlodipine 5 mg, 1x/j
- Pantoprazole 40 mg, 1x/j

C-LDL

À l'admission : 4,2 mmol/L

6 semaines après l'IM : 2,4 mmol/L

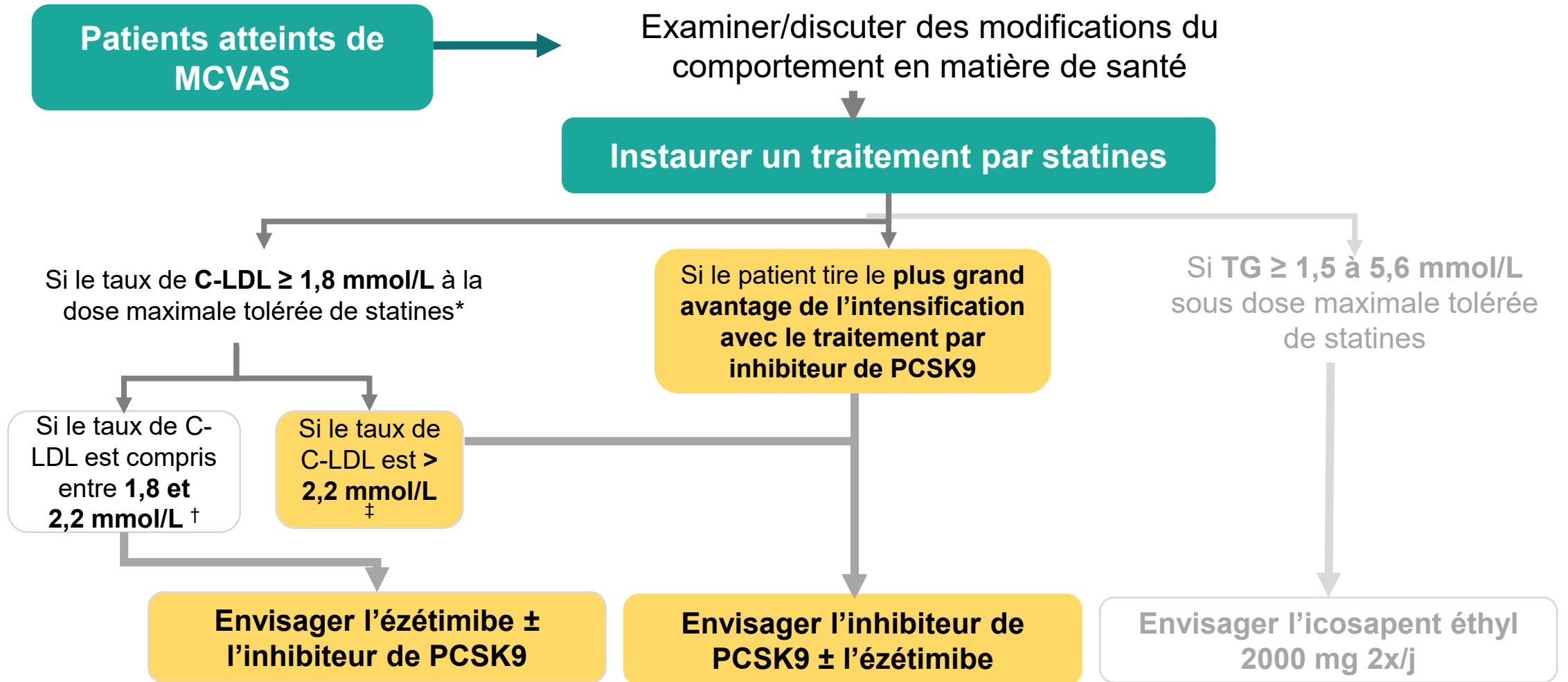
10 semaines après l'IM : 2,1 mmol/L

Objectif < 1,8 mmol/L

C-LDL 4 semaines après le début de l'ézétimibe
2,1 mmol/L

ASA, acide acétylsalicylique; 2x/j, deux fois par jour; HTA, hypertension; AIAD, artère interventriculaire antérieure droite; AIAG, artère interventriculaire antérieure gauche C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de basse densité; IM, infarctus du myocarde; NSTEMI, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST; OD, une fois par jour;

Lignes directrices de 2021 de la SCC pour la prévention secondaire



*ApoB $\geq 0,70$ g/L ou C non-HDL $\geq 2,4$ mmol/L. †ApoB 0,70-0,8 g/L ou C non-HDL 2,4-2,9 mmol/L. ‡ApoB $> 0,80$ g/L ou C non-HDL. ApoB, apolipoprotéine B; MCVAS, maladie cardiovasculaire athéroscléreuse; 2x/j, deux fois par jour; HDL-C, cholestérol à lipoprotéines de haute densité; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; TG, triglycérides
1. Pearson GJ et coll. *Can J Cardiol.* 2021;37:1129-1150.

Angelo : 10 semaines après l'IM, 4 semaines après l'ajustement du médicament



- 64 ans lors du premier IM; n'ayant jamais reçu de traitement par statines; antécédents familiaux d'HTA positifs traités
- **NSTEMI il y a 16 jours**
 - Endoprothèses de l'IVA et de la coronaire droite, maladie non obstructive dans la circonflexe

Mesures : Ajouter

- Évolocumab 140 mg par voie sc toutes les 2 semaines
- ou
- Alirocumab 75 ou 150 mg par voie SC toutes les 2 semaines

Réévaluer dans 4 semaines

Médicaments actuels

- ASA 81 mg 1x/j
- Ticagrelor 90 mg 2x/j
- **Atorvastatine 80 mg 1x/j**
- **Ézétimibe 10 mg 1x/j**
- Périndopril 8 mg 1x/j
- Amlodipine 5 mg, 1x/j
- Pantoprazole 40 mg, 1x/j

C-LDL

À l'admission : 4,2 mmol/L

5 semaines après l'IM : 2,4 mmol/L

10 semaines après l'IM : 2,1 mmol/L

Objectif < 1,8 mmol/L

C-LDL 4 semaines après le début de l'ézétimibe
2,1 mmol/L

ASA, acide acétylsalicylique; 2x/j, deux fois par jour; HTA, hypertension; AIAG, artère interventriculaire antérieure gauche; AIAD, artère interventriculaire antérieure droite; C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de basse densité; IM, infarctus du myocarde; NSTEMI, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST; OD, une fois par jour; SC, sous-cutané

Angelo : 14 semaines après l'IM, 4 semaines après l'ajustement du médicament



- 64 ans lors du premier IM; n'ayant jamais reçu de traitement par statines; antécédents familiaux d'HTA positifs traités
- **NSTEMI il y a 16 jours**
 - Endoprothèses de l'IVA et de la coronaire droite, maladie non obstructive dans la circonflexe

Médicaments actuels

- ASA 81 mg 1x/j
- Ticagrelor 90 mg 2x/j
- **Atorvastatine 80 mg 1x/j**
- **Ézétimibe 10 mg 1x/j**
- **Évolocumab 140 mg par voie sc toutes les 2 semaines**
- Périndopril 8 mg 1x/j
- Amlodipine 5 mg, 1x/j
- Pantoprazole 40 mg, 1x/j

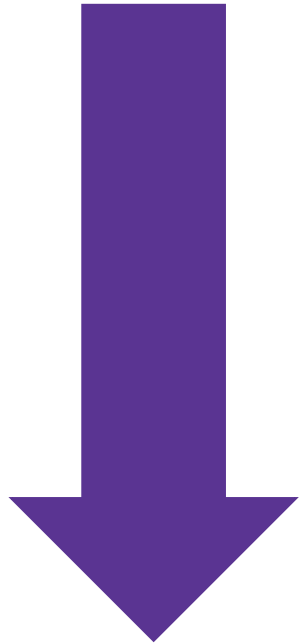
C-LDL

À l'admission : 4,2 mmol/L
5 semaines après l'IM : 2,4 mmol/L
10 semaines après l'IM : 2,1 mmol/L
14 semaines après l'IM : 0,7 mmol/L
Objectif < 1,8 mmol/L

C-LDL
4 semaines
après le début
du traitement
par évoloc™
140 mg par voie
SC toutes les 2
semaines

ASA, acide acétylsalicylique; 2x/j, deux fois par jour; HTA, hypertension; AIAG, artère interventriculaire antérieure gauche; AIAD, artère interventriculaire antérieure droite; IM, infarctus du myocarde; NSTEMI, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST; OD, une fois par jour; SC, sous-cutané


« Plus le niveau est bas, mieux c'est » : Seuil de C-LDL pour l'intensification au-delà du traitement par statines dans le cas de MCVAS



Seuil recommandé de taux de C-LDL pour l'intensification du traitement lipidique par des médicaments autres que les statines après avoir atteint la dose maximale tolérée de statines² :

≥1,8 mmol/L

En utilisant ce seuil, on s'attend à ce que la plupart des patients atteignent des taux de C-LDL bas et très bas, similaires à ceux atteints dans les essais FOURIER et ODYSSEY^{3,4}



Le taux de C-LDL d'Angelo est à 0,7 mmol/L avec une combinaison d'atorvastatine 80 mg 1x/j, d'ézétimibe 10 mg 1x/j et d'évolocumab 140 mg par voie s.-c. toutes les 2 semaines.

Que feriez-vous?

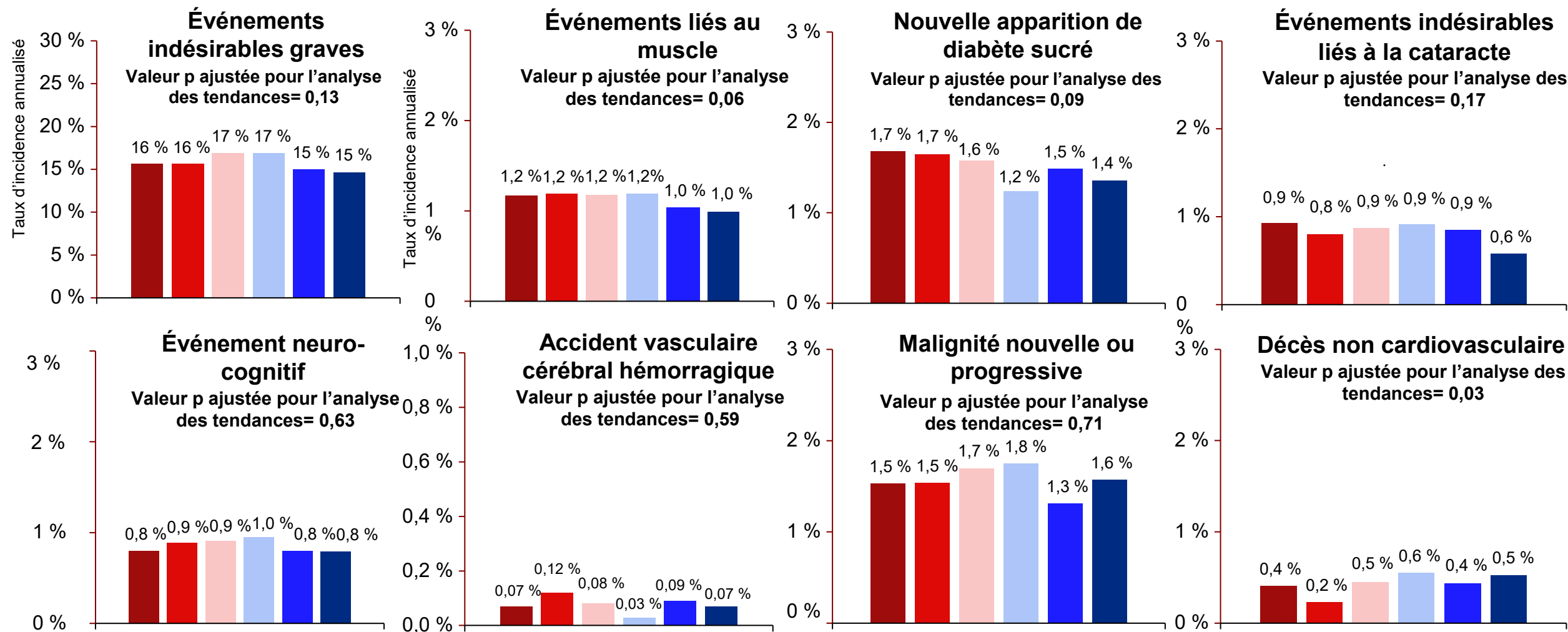
- a) Aucune modification
- b) Arrêter l'ézétimibe
- c) Réduire la dose de statines
- d) Arrêter les statines
- e) Arrêter l'inhibiteur de PCSK9

FOURIER-OLE : Données de sécurité

Catégories de C-LDL (mmol/L) :

- < 0,5
- 0,5 - < 1
- 1 - < 1,4
- 1,4 - < 1,8
- 1,8 - < 2,6
- ≥ 2,6

Innocuité et taux de C-LDL atteint



C-LDL, cholestérol à lipoprotéines de faible densité; OLE, prolongation ouverte;

1. O'Donoghue ML et coll. *Circulation*. 2022;146:1109-1119.

Résumé et recommandations

- La période post-IM/SCA immédiatement après l'événement représente une période à risque élevé de récurrence d'ECIM, en particulier chez les patients présentant une plaque résiduelle dans leurs artères coronaires.
- Il existe un grand nombre de données probantes qui démontrent non seulement que « **plus le taux de C-LDL est bas, mieux c'est** » après l'IM, mais aussi qu'il faut « **agir vite et efficacement** ».
- Afin d'optimiser les résultats chez les patients post-IM, les lignes directrices recommandent d'atteindre rapidement un faible taux de LDL. Chez les patients dont le taux de LDL est $\geq 1,8$ mmol/L malgré une dose maximale de statine tolérée, l'ajout d'un inhibiteur de la PCSK9 et/ou l'ézétimibe est fortement recommandé.
- Une meilleure compréhension et une meilleure connaissance des lignes directrices aideront à appliquer une approche intégrée dans le choix des médicaments et permettront de savoir quand vérifier les taux de lipides et modifier le traitement hypolipémiant en temps opportun.

OPTIMAL CARE FOR MANAGEMENT OF THE INFLUENZA PATIENT

Form to be completed by the clinician responsible for the patient's care. To be completed by the patient or caregiver if the patient is unable to complete it.

<p>Demographic/Identifying Information</p> <p>First Name: _____ Last Name: _____</p> <p>DOB: _____</p> <p>Sex: _____</p> <p>Address: _____</p>	<p>Reason for office visit:</p> <p>_____</p>
<p>Current/Recent Infections</p> <p>Upper Respiratory Infection (URI) _____</p> <p>Lower Respiratory Infection (LRI) _____</p> <p>Other _____</p>	<p>Test name: _____</p> <p>Test result: _____</p> <p>Test date: _____</p> <p>Test location: _____</p>
<p>Current/Recent Medications</p> <p>Antiviral _____</p> <p>Other _____</p>	<p>Test name: _____</p> <p>Test result: _____</p> <p>Test date: _____</p> <p>Test location: _____</p>
<p>Current/Recent Symptoms</p> <p>Fever _____</p> <p>Cough _____</p> <p>Sore throat _____</p> <p>Other _____</p>	<p>Test name: _____</p> <p>Test result: _____</p> <p>Test date: _____</p> <p>Test location: _____</p>
<p>Current/Recent Test Results</p> <p>_____</p>	<p>Test name: _____</p> <p>Test result: _____</p> <p>Test date: _____</p> <p>Test location: _____</p>
<p>Current/Recent Test Results</p> <p>_____</p>	<p>Test name: _____</p> <p>Test result: _____</p> <p>Test date: _____</p> <p>Test location: _____</p>
<p>Current/Recent Test Results</p> <p>_____</p>	<p>Test name: _____</p> <p>Test result: _____</p> <p>Test date: _____</p> <p>Test location: _____</p>
<p>Current/Recent Test Results</p> <p>_____</p>	<p>Test name: _____</p> <p>Test result: _____</p> <p>Test date: _____</p> <p>Test location: _____</p>
<p>Current/Recent Test Results</p> <p>_____</p>	<p>Test name: _____</p> <p>Test result: _____</p> <p>Test date: _____</p> <p>Test location: _____</p>

MERCI!
Veillez remplir l'évaluation



Évaluation :

Veillez remplir le formulaire d'évaluation qui se trouve sur le site d'évaluation de la FMOQ :

<http://evaluation.fmoq.org/>

Attestation :

Vous pouvez télécharger votre certificat de la FMOQ officiel en accédant à votre compte PADPC à l'adresse :

www.padpc.fmoq.org.