

LYON 2012
Les vaisseaux de l'extrême

11^e Congrès
de la Société Française de Médecine Vasculaire
du 12 au 15 septembre 2012 - Centre de Congrès de Lyon
Organisé par l'ARMV Rhône-Alpes

Artériopathie Chronique Oblitérante des membres inférieurs Prévention primaire, Prévention secondaire Le point sur les Recommandations

Laroche JP (1), Khau Van Kien A (1), Galanaud JPh (1) Brisot D (1), Boge G (1), Tapon M (1), Zapulla C (1), Raczka V (1), Perez-Martin A (2) Schuster I (2) Dautat M (2), Quéré I (1)

(1) Médecine Vasculaire, Hôpital Saint Eloi, 80 Av Augustin Fliche, 34295 MONTPELLIER Cedex 5

(2) Equipe d'Accueil EA 2992, Dynamique des Incohérences Cardio Vasculaires, Université Montpellier 1, UFR Médecine Montpellier-Nîmes, site de Nîmes, Av Kennedy, 30907 Nîmes.

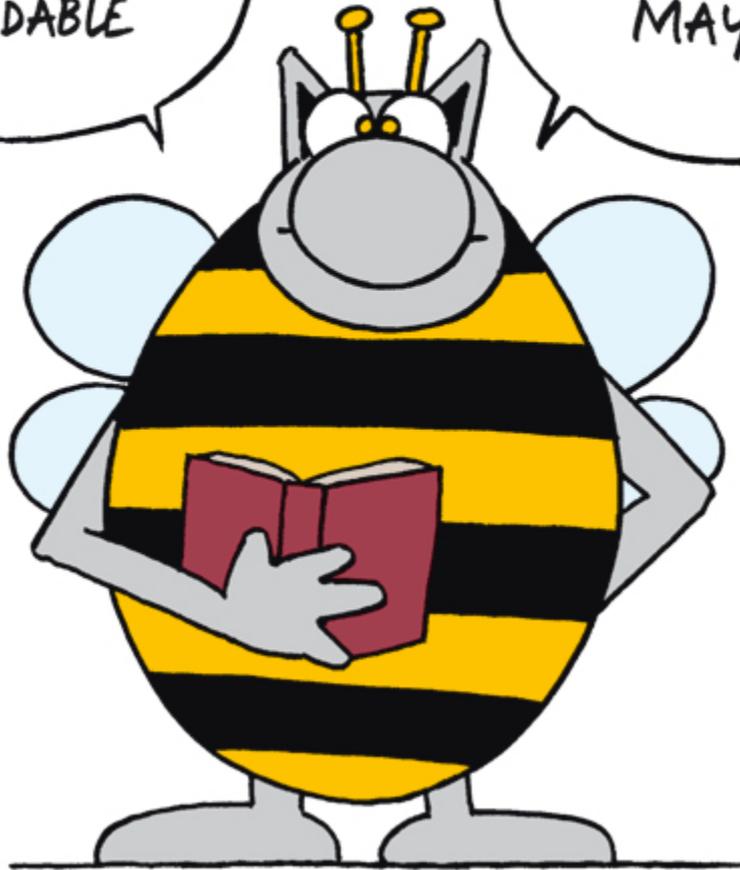


Pas de conflit
d'intérêts



JE LIS UN
BOUQUIN
FORMIDABLE

SUR
LES
MAYAS



Recommandations ? ... vous avez dit recommandations ?



2008 et 2012



**2011 et 2012
AOMI et Prévention
RCV**



**2012
Antiplaquettaires**



Prévention Primaire et AOMI

1. Prévention primaire

- A pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes
- Désigne l'action portant sur les facteurs de risque des maladies avant leur survenue.
- Elle peut être médicale et non médicale (exemple : prévention de la transmission ou de l'infection, éducation pour la santé, sécurité routière)

Prévention Secondaire et AOMI

2. Prévention secondaire

- Elle vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où l'on peut intervenir utilement.
- Elle vise à dépister les maladies et à éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques (ex : dépistage des cancers)
- **Dépistage** : Identification rapide d'une maladie ou d'un facteur de risque inconnu (par l'interrogatoire, l'examen clinique, les examens biologiques, ou autre).
Il s'agit d'un geste de prévention primaire et secondaire, **ce n'est pas un acte diagnostic.**



Prévention Primaire et AOMI

Est-ce que cela concerne
l'AOMI asymptomatique ?

1. Prévention primaire

- A pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes

**La prévention primaire ne concerne pas l'AOMI asymptomatique
Elle concerne la prévention de l'athérombose**



European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)

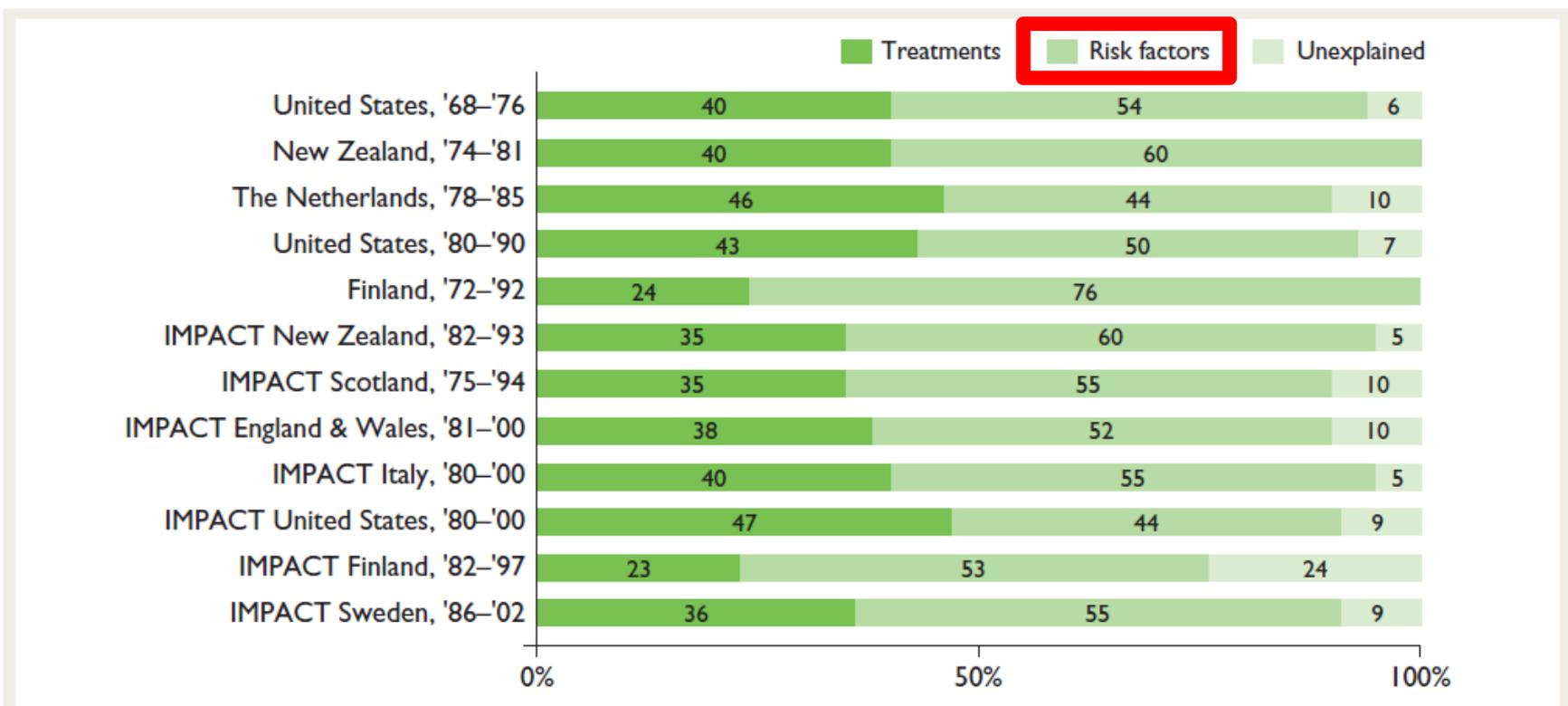


Figure 1 Percentage of the decrease in deaths from coronary heart disease attributed to treatments and risk factor changes in different populations (adapted from Di Chiara *et al.*³¹)

ESC 2012



Recommendations regarding risk estimation

Recommendations	Class ^a	Level ^b	GRADE	Ref ^c
Total risk estimation using multiple risk factors (such as SCORE) is recommended for asymptomatic adults without evidence of CVD.	I	C	Strong	36
High-risk individuals can be detected on the basis of established CVD, diabetes mellitus, moderate to severe renal disease, very high levels of individual risk factors, or a high SCORE risk, and are a high priority for intensive advice about all risk factors.	I	C	Strong	36,37

CVD = cardiovascular disease.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cReferences.

Advantages of using the risk chart

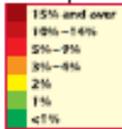
- Intuitive, easy-to-use tool.
- Takes account of the multifactorial nature of cardiovascular disease.
- Allows flexibility in management if an ideal risk factor level cannot be achieved; total risk can still be reduced by reducing other risk factors.
- Allows a more objective assessment of risk over time.
- Establishes a common language of risk for clinicians.
- Shows how risk increases with age.
- The new relative risk chart helps to illustrate how a young person with a low absolute risk may be at a substantially high and reducible relative risk.
- Calculation of an individual's 'risk age' may also be of use in this situation.

**Outil intuitif
FDRCV
Cinétique
Objectif
Langage commun
Risque Age
Pédagogique**

ESC 2012



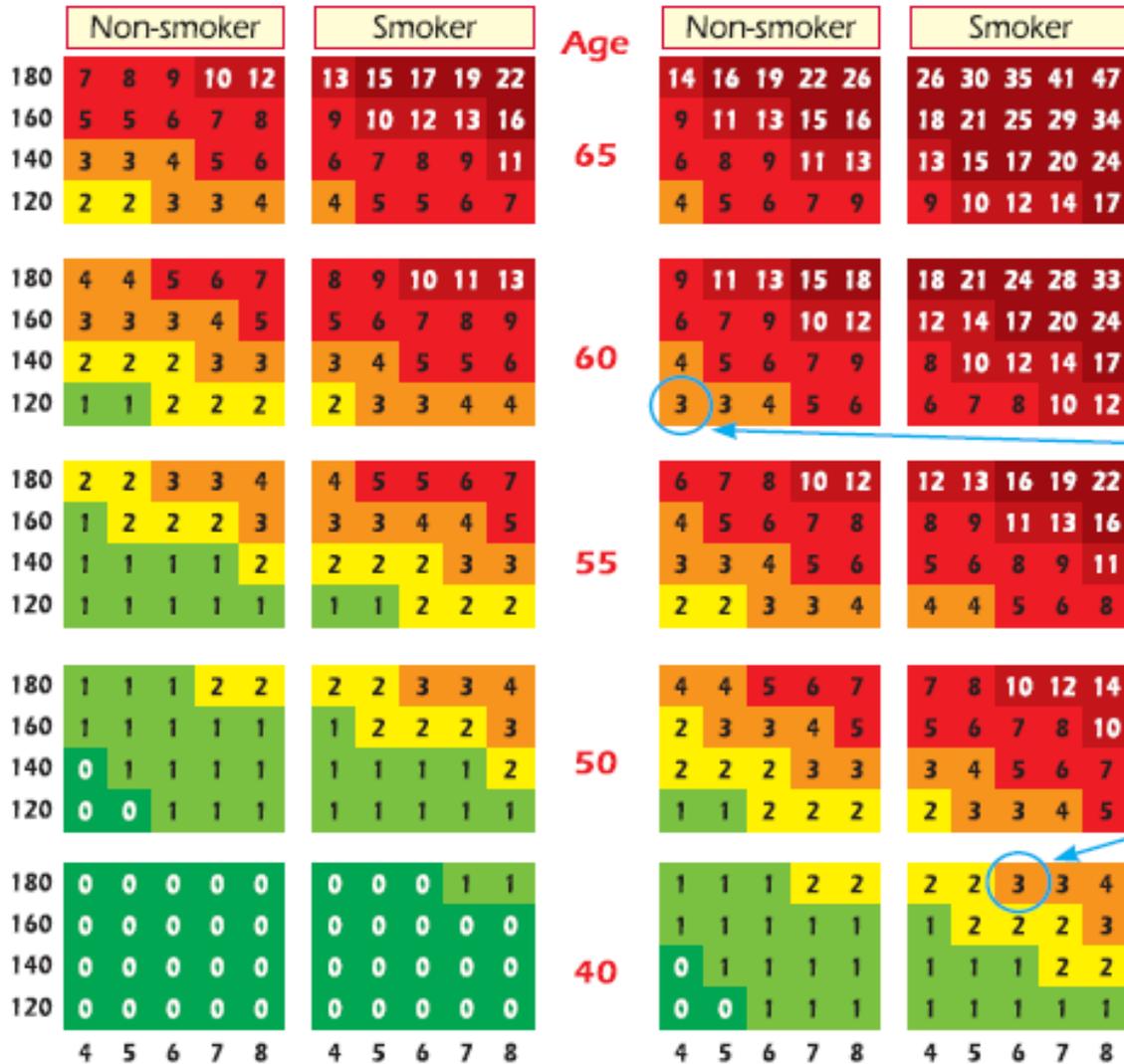
SCORE



10-year risk of fatal CVD in populations at high CVD risk

WOMEN

MEN



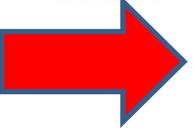
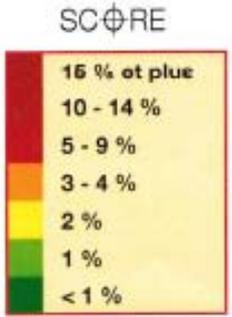
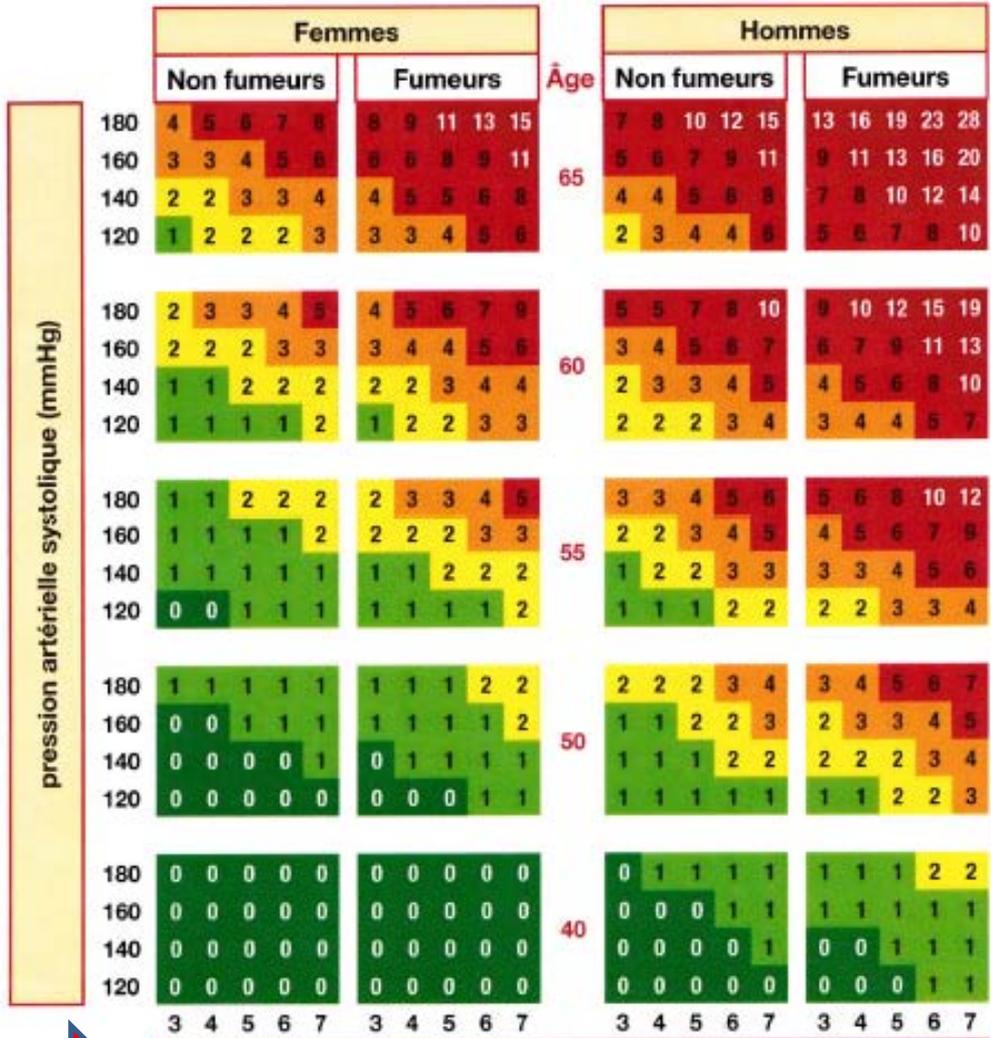
Systolic blood pressure (mmHg)

Total cholesterol (mmol/L)

150 200 250 300 mg/dL

The risk of this 40 year old male smoker with risk factors is the same (3%) as that of a 60 year old man with ideal risk factor levels—therefore his risk age is 60 years.





Ratio cholestérol total / HDL cholestérol

© ESC 2007



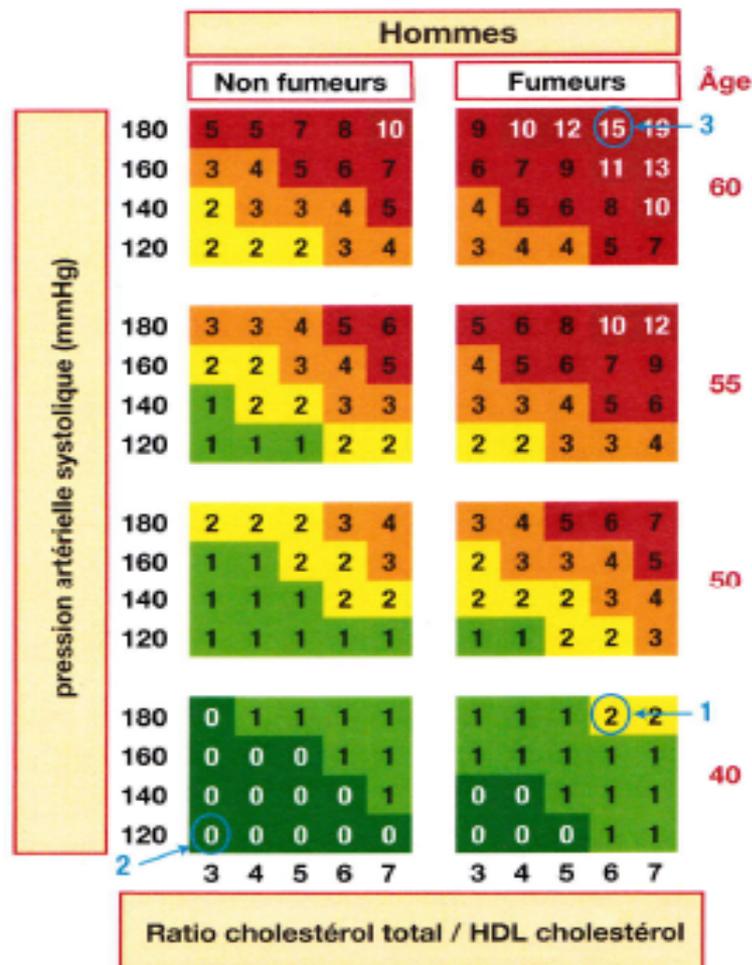
Monsieur Y est âgé de 40 ans.

Il fume, présente une HTA avec une PAS à 180mmHg et le bilan biologique suivant :

- Cholestérol total : 2,10 g/l (5,42 mmol/l)
- HDL-chol : 0,35 g/l (0,90 mmol/l)
- LDL-chol : 1,55 g/l (4,00 mmol/l)
- ratio cholestérol total/HDL-chol : $2,10/0,35 = 6$

Lecture de la table SCORE :

- 1 **Actuellement** son risque d'accident cardiovasculaire fatal à 10 ans est de 2%.
- 2 **A titre de comparaison, un patient « à profil idéal », non tabagique, avec une PAS = 120 mmHg et un ratio cholestérol total/HDL cholestérol = 3, le risque d'accident cardiovasculaire fatal à 10 ans est proche de 0 %.**
- 3 **A 60 ans, en l'absence de modification de son profil, Monsieur Y sera exposé à un risque d'au moins 15% de décès par accident coronarien ou cérébral c'est-à-dire 7 fois celui du patient « à profil idéal ».**



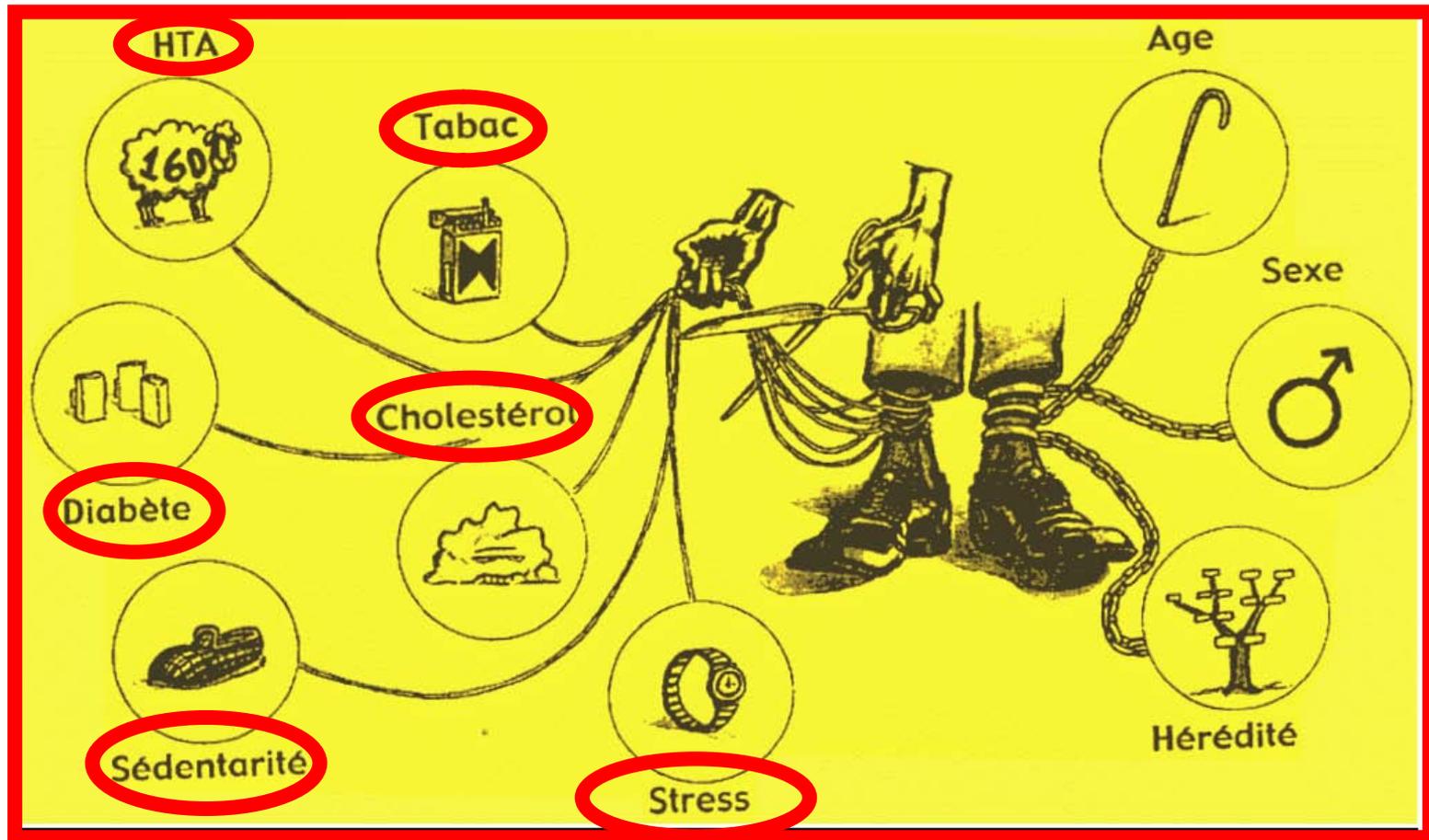
Octobre 2009 - SG/DGM/Diag 1

* cette évaluation, extrapolée à partir des populations de différents pays européens dont la France, est proposée à titre indicatif.

Facteurs de Risque CV Prévention Primaire et AOMI

FR modifiables

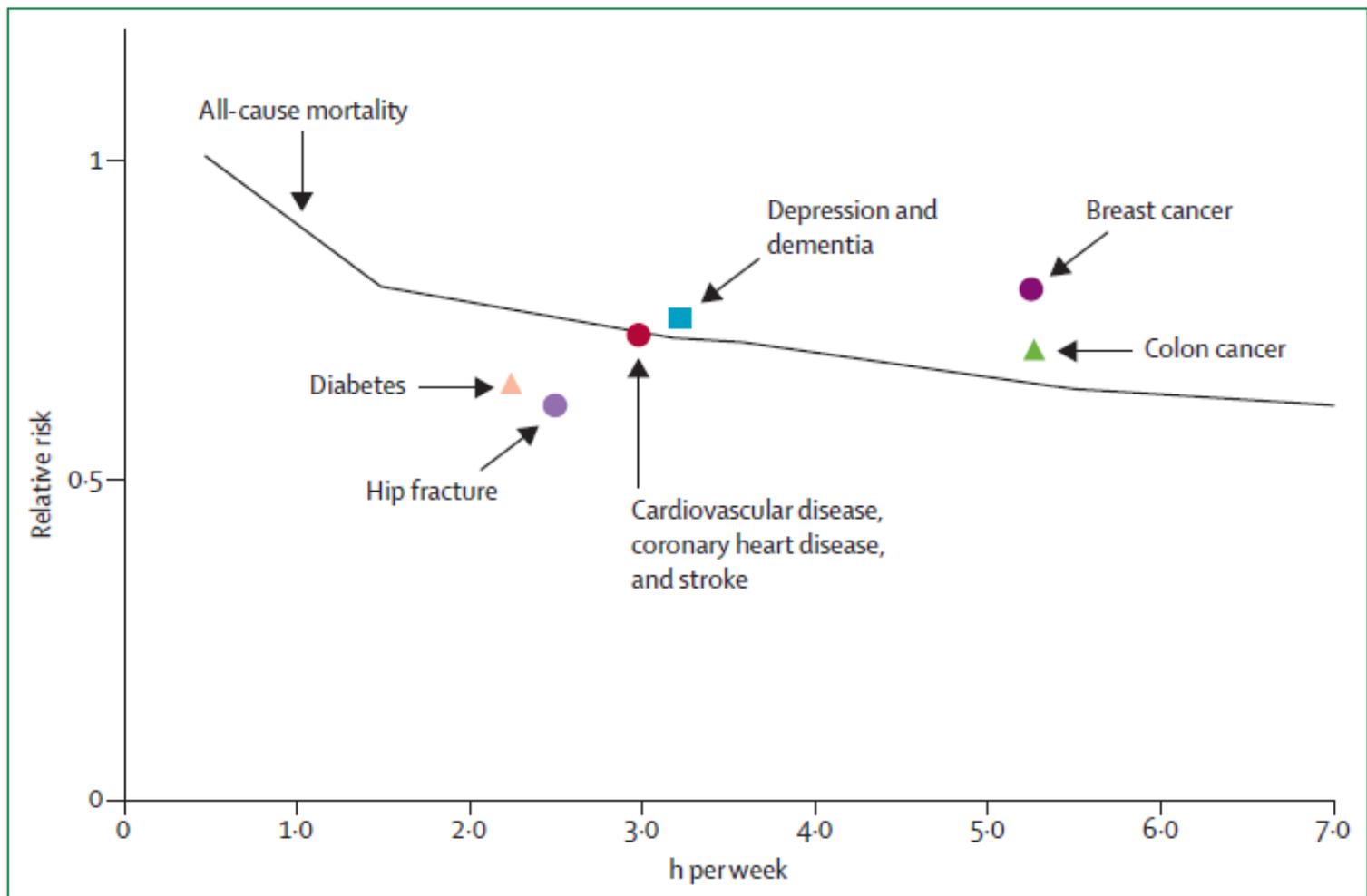
FR non modifiables



+ iatrogénie

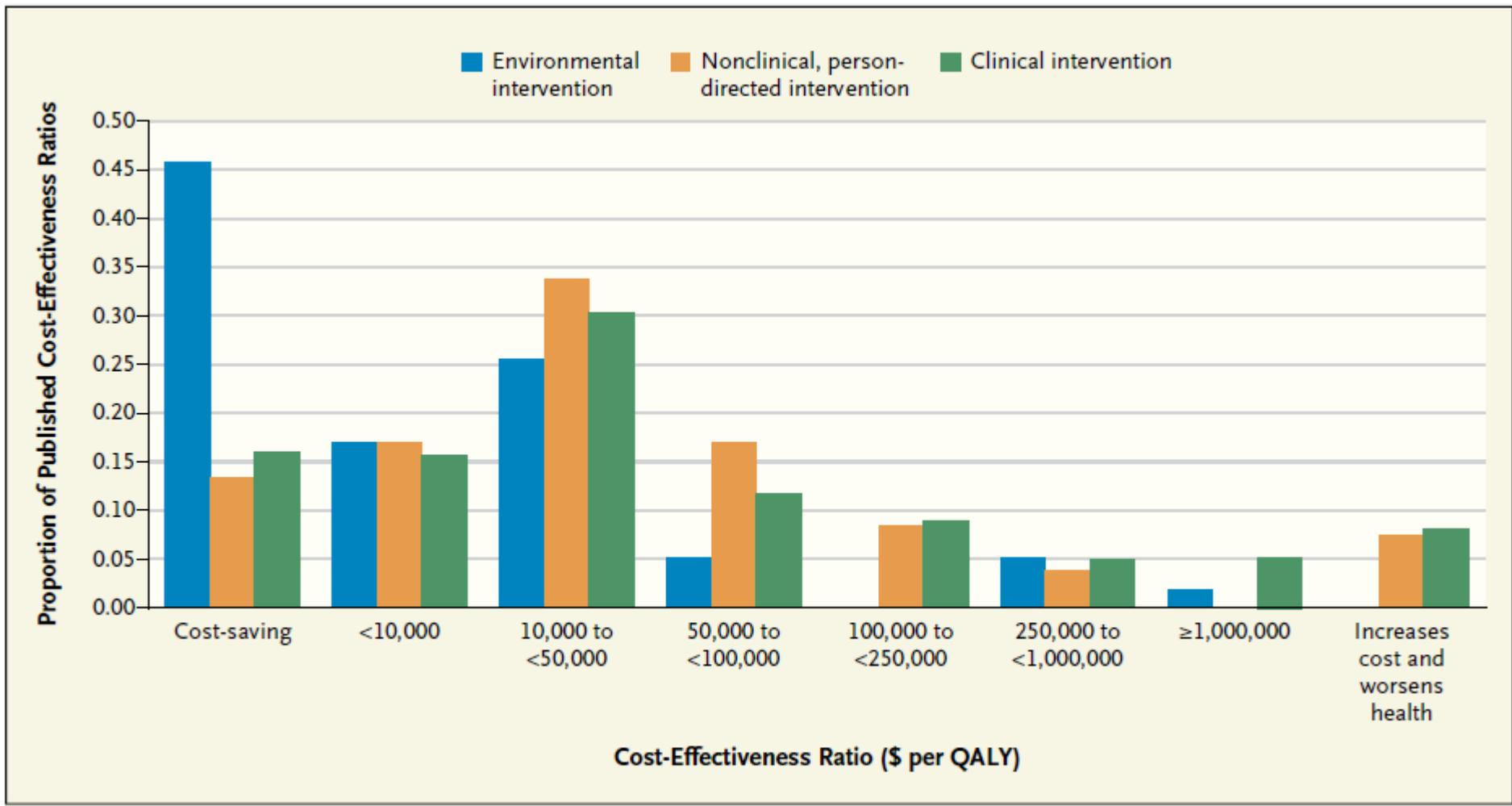
Doc F Becker





Lancet 2012; 380: 59-64





Cost-Effectiveness of Categories of Preventive Interventions.

Etude PURE 2012 ESC Munich

N ENGL J MED 367;4 NEJM.ORG JULY 26, 2012



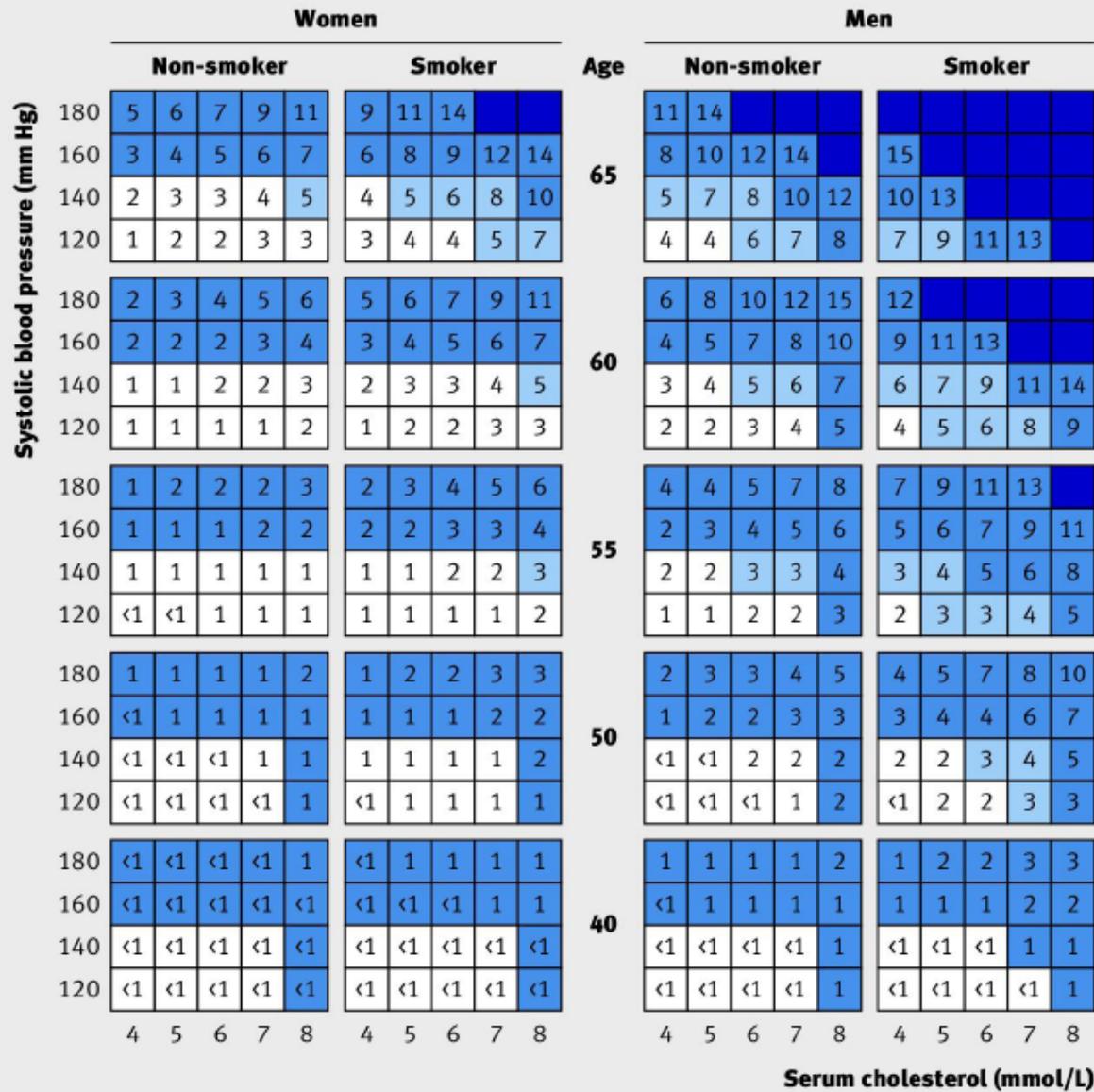
Prévention Primaire et AOMI

Prévention médicamenteuse



Norway's cardiovascular threshold

A mishap during editing of each item of a bulleted interpretation of Norwegian drug treatment in this article and colleagues (*BMJ* 2011;343). The correct age groups



- High priority: medical prevention and frequent follow-ups
- Normal priority: medical prevention and regular follow-ups
- Low priority: medication is not given priority, but advice on lifestyle changes
- Advice on lifestyle changes

on of
K

vascular death is $\geq 1\%$
vascular death is $\geq 5\%$
vascular death is



RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Bon usage des agents antiplaquettaires

Juin 2012

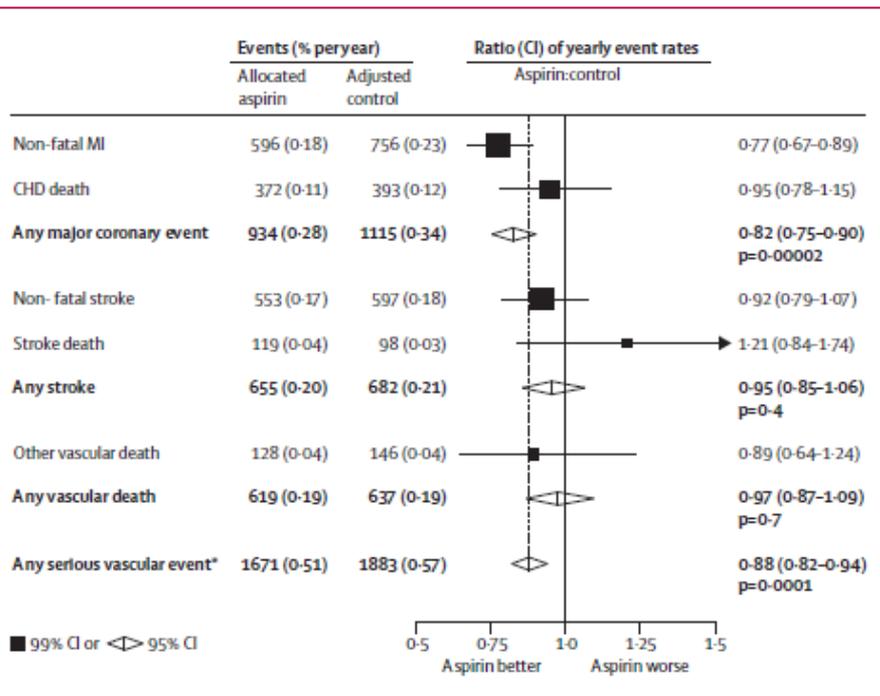
RECOMMANDATIONS



Artériopathie oblitérante des membres inférieurs asymptomatique, anévrisme aortique non chirurgical asymptomatique, et lésions non symptomatiques des branches aortiques
 Il n'y a pas d'indication à la prescription d'un antiplaquettaire en première intention.



2012.....2006 !



KEY POINTS

- When used for the primary prevention of cardiovascular disease, aspirin produces a nominally significant 6% reduction in all-cause mortality without reducing cardiovascular mortality.
- When used for the primary prevention of cardiovascular disease, aspirin reduces nonfatal myocardial infarction.
- When used for the primary prevention of cardiovascular disease, aspirin does not provide a net benefit in stroke.
- When used for the primary prevention of cardiovascular disease, aspirin increases major and intracranial bleeding.

Figure 1: Serious vascular events in primary prevention trials—proportional effects of aspirin allocation



The aspirin controversy in primary prevention

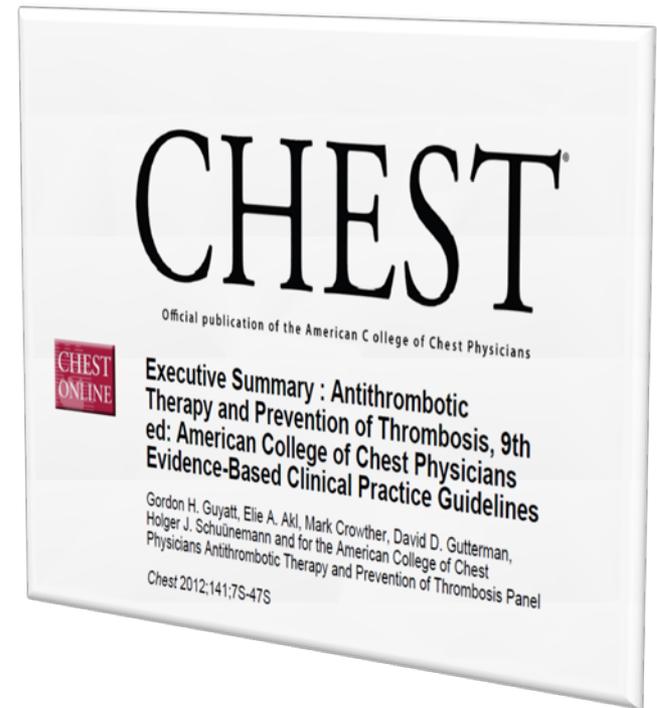
Curr Opin Cardiol 2012, 27:499–507

Nina C. Raju^a and John W. Eikelboom^{b,c}



2012

SCOOP



2.1. For persons aged 50 years or older without symptomatic cardiovascular disease, we suggest low-dose aspirin 75 to 100 mg daily over no aspirin therapy (Grade 2B).



The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials



Lancet 2012

Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators*

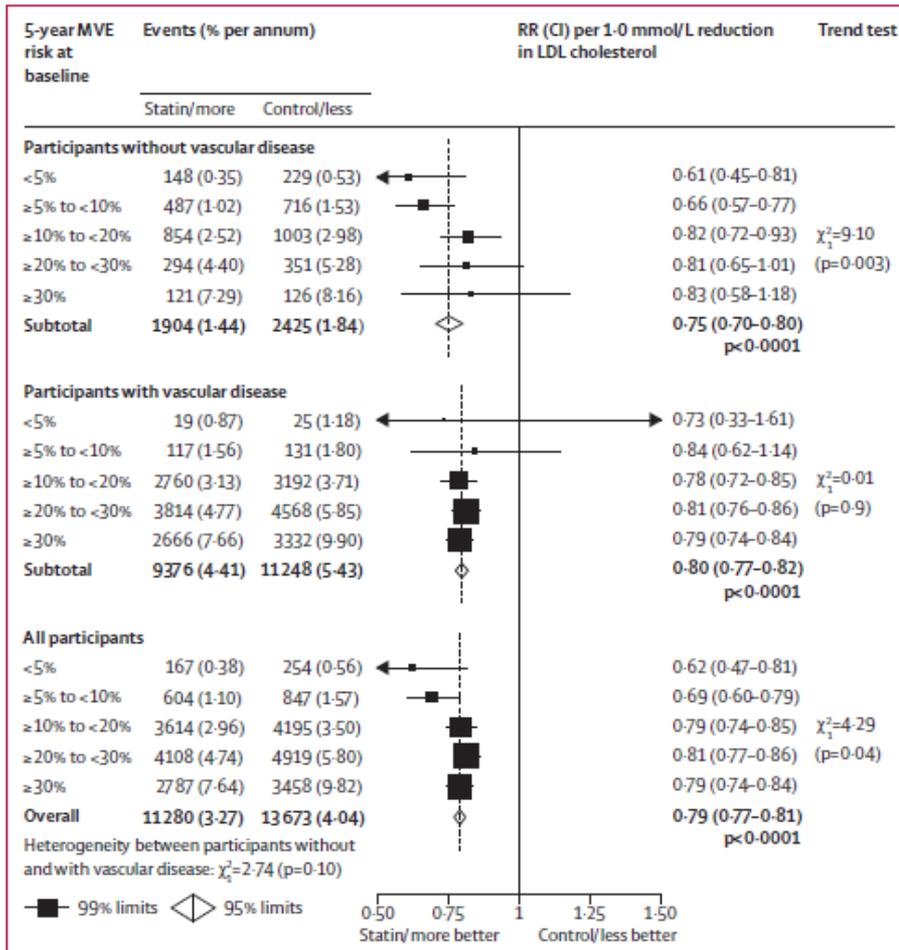


Figure 2: Effects on major vascular events per 1.0 mmol/L reduction in LDL cholesterol at different levels of risk, by history of vascular disease

Il est apparu, qu'en valeur relative, le bénéfice des statines était au moins aussi important pour **les 2 niveaux de risque les plus faibles que pour les plus élevés.**

Si une telle décision d'abaissement du seuil d'intervention était prise, elle aurait des conséquences importantes en termes de santé publique et d'économie de la santé. En effet, dans un pays développé comme la Grande Bretagne on estime que 83 % des hommes de plus de 50 ans et 56 % des femmes de plus de 60 ans ont un niveau de risque vasculaire supérieur à 10 % à 5 ans.



Prévention Primaire et AOMI

Utilisation de l'échelle
SCORE + + + +



Prévention Secondaire et AOMI Asymptomatique



AOMI Asymptomatique

2005 Recommendations

2011 Focused Update Recommendations

Comments

Class I

The resting ABI should be used to establish the lower extremity PAD diagnosis in patients with suspected lower extremity PAD, defined as individuals with exertional leg symptoms, with nonhealing wounds, who are 70 years and older or who are 50 years and older with a history of smoking or diabetes. *(Level of Evidence: C)*

1. The resting ABI should be used to establish the lower extremity PAD diagnosis in patients with suspected lower extremity PAD, defined as individuals with 1 or more of the following: exertional leg symptoms, nonhealing wounds, age 65 years and older, or 50 years and older with a history of smoking or diabetes.⁹⁻¹¹ *(Level of Evidence: B)*

Modified recommendation (age modified and level of evidence changed from C to B).



2011

Measurement of ankle-brachial index should be considered for cardiovascular risk assessment in asymptomatic adults at moderate risk.

IIa

B

Strong



2012



Estimation du risque cardiovasculaire/SCORE

Faible	RCV < 1% à 10 ans
Modéré	RCV entre 1 et 5 % à 10 ans
Moyen	RCV entre 5 et 9 % à 10 ans
Elevé	RCV > 10 % à 10 ans



Synthèse AHA, HAS, TASC II, Traitement Médical Asymptomatique et IPS < 0,90

	HAS 2006	HAS 2012	AHA 2005	AHA 2011	TASC II 2007	ESC 2011	CHEST 2012
IPS<0.90	+		+	+	+	+	
AOMI Asy.	+++		+/-	-	-	-	-
Aspirine	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	OUI
Clopidogrel	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	NON
Satine	OUI		?	?	?	?	
IEC	OUI		NON	NON	NON	NON	

Tout ceci pouvant être modifié s'il on fait référence aux échelles de risque CV type SCORE

Et en plus vous vous voulez avoir les idées claires !





2.0 Primary Prevention of Cardiovascular Events in Patients with Asymptomatic PAD

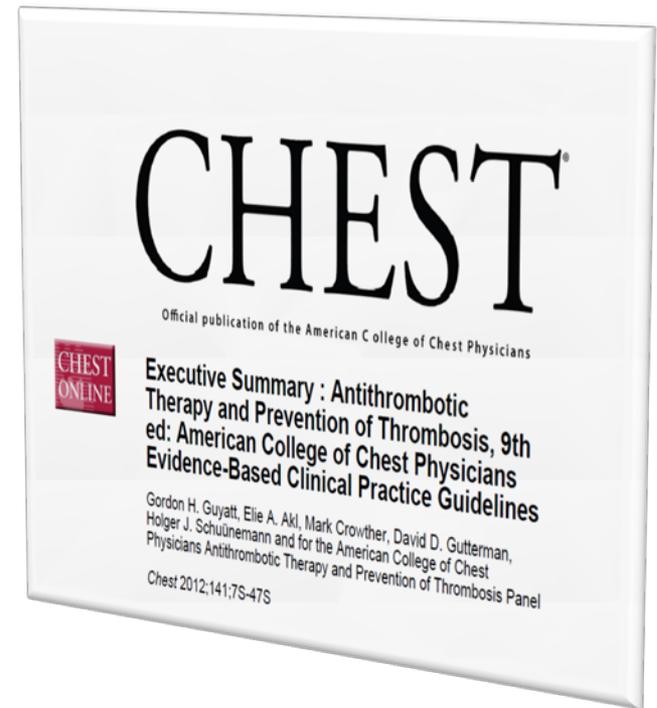
2.1. For persons with asymptomatic peripheral arterial disease (PAD), we suggest aspirin 75 to 100 mg daily over no aspirin therapy (Grade 2B).

**AOMI ASYMPTOMATIQUE
définie par l'IPS < 0.90**



2012

SCOOP



2.1. For persons aged 50 years or older without symptomatic cardiovascular disease, we suggest low-dose aspirin 75 to 100 mg daily over no aspirin therapy (Grade 2B).



Prévention Secondaire et AOMI Symptomatique



Estimation du risque cardiovasculaire/SCORE

Faible	RCV < 1% à 10 ans
Modéré	RCV entre 1 et 5 % à 10 ans
Moyen	RCV entre 5 et 9 % à 10 ans
Elevé	RCV > 10 % à 10 ans



Recommendations in patients with PAD: general treatment

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
All patients with PAD who smoke should be advised to stop smoking.	I	B	48
All patients with PAD should have their LDL cholesterol lowered to <2.5 mmol/L (100 mg/dL), and optimally to <1.8 mmol/L (70 mg/dL), or ≥ 50% when the target level cannot be reached.	I	C ^d	-
All patients with PAD should have their blood pressure controlled to ≤140/90 mmHg.	I	A	41
β-Blockers are not contraindicated in patients with LEAD, and should be considered in the case of concomitant coronary artery disease and/or heart failure.	IIa	B	46,47
Antiplatelet therapy is recommended in patients with symptomatic PAD.	I	C ^d	37
In patients with PAD and diabetes, the HbA1c level should be kept at ≤6.5%.	I	C ^d	-
In patients with PAD, a multidisciplinary approach is recommended to establish a management strategy.	I	C	-

Stop TABAC

LDL < 1 gr
LDL < 0.70
STATINE

TA <140/90
IEC

B Bloquant
non CI

Antiplaquettaire

HBA1C < 6.5%

ESC 2011



3.0 Secondary Prevention of Cardiovascular Events in Patients with Symptomatic PAD

3.1-3.4. For secondary prevention patients with symptomatic PAD, we recommend one of the two following antithrombotic regimens to be continued long term over no antithrombotic treatment: aspirin 75 to 100 mg daily or clopidogrel 75 mg daily (all Grade 1A). We suggest *not to use* dual antiplatelet therapy with aspirin plus clopidogrel (Grade 2B). We recommend *not to use* an antiplatelet agent with moderate-intensity warfarin (Grade 1B).

Aspirine

Clopidogrel

Pas d'association



Take Home Message

- ➡ **Prévention PRIMAIRE AOMI = Prévention PRIMAIRE athérothrombose** . Rôle +++ des échelles de risque notamment SCORE et rôle majeur du changement des habitudes de vie.
- ➡ **Prévention SECONDAIRE AOMI** : idem ce qui précède + BEST MEDICAL TREATMENT ++++
- ➡ **Controverses** : Aspirine, statine en prévention primaire





***« La perfection des moyens et la confusion des buts
semblent caractériser notre époque » Albert Einstein***



« Les prévisions sont difficiles, surtout lorsqu'elles concernent l'avenir » Pierre Dac

LYON 2012
Les vaisseaux de l'extrême

11^e Congrès
de la Société Française de Médecine Vasculaire
du 12 au 15 septembre 2012 - Centre de Congrès de Lyon
Organisé par l'ARMV Rhône-Alpes

Artériopathie Chronique Oblitérante des membres inférieurs

Prévention primaire, Prévention secondaire

Le point sur les recommandations

Laroche JP (1), Khau Van Kien A (1), Galanaud JPh (1) Brisot D (1), Boge G (1), Tapon M (1), Zapulla C (1), Raczka V (1), Perez-Martin A (2) Schuster I (2) Dautat M (2), Quéré I (1)

(1) Médecine Vasculaire, Hôpital Saint Eloi, 80 Av Augustin Fliche, 34295 MONTPELLIER Cedex 5

(2) Equipe d'Accueil EA 2992, Dynamique des Incohérences Cardio Vasculaires, Université Montpellier 1, UFR Médecine Montpellier-Nîmes, site de Nîmes, Av Kennedy, 30907 Nîmes.

