

AOMI : Prévention primaire - Cas de l'aspirine -

Dr Stéphane ZUILY, MCU-PH
Unité de Médecine Vasculaire – CHU de Nancy
Centre de compétence régional maladies vasculaires rares
Université de Lorraine – INSERM U1116
Défaillance cardiovasculaire aiguë et chronique

Marseille, Samedi 19 Octobre 2013

Liens d'intérêt

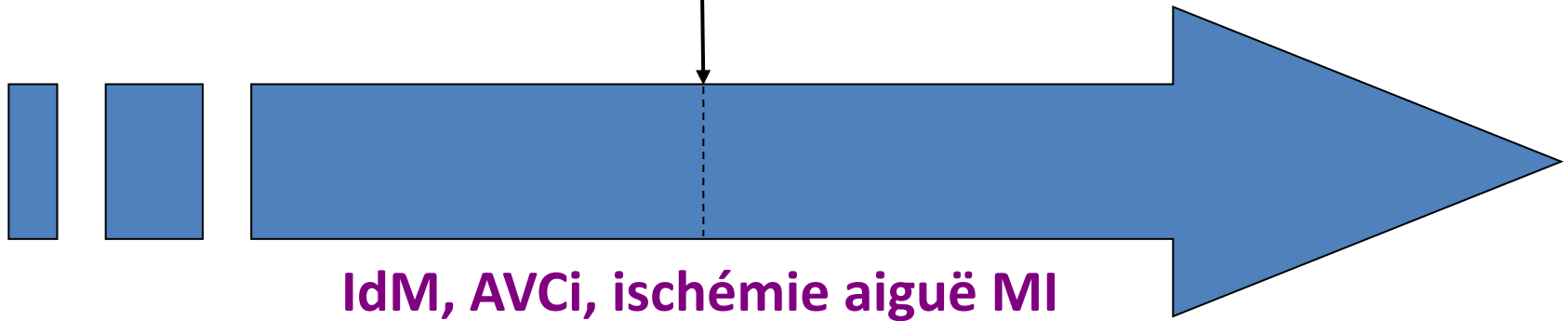
Aucun

Prévention primaire ?

Prévention
primaire

Prévention
secondaire

Événement CV
symptomatique



Prévention primaire et aspirine

Quand introduire de l'aspirine (ASA) ?

Découverte d'un IPS bas chez un patient asymptomatique ?

Découverte d'un athérome non significatif ?

En fonction du type de plaque (hypoéchogène / hyperéchogène)

En fonction du profil de risque ?

HTA, obésité, tabagisme, hypercholestérolémie, diabète

AOMI : Efficacité ASA en prévention primaire

Etude AAA

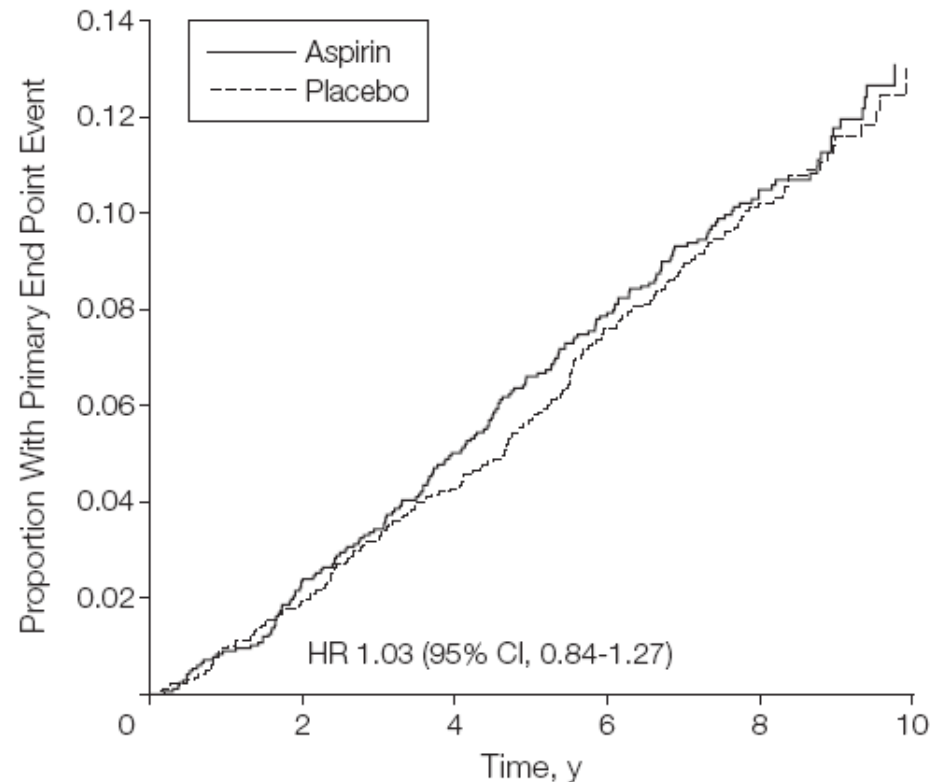
28 980 sujets

3350 sujets

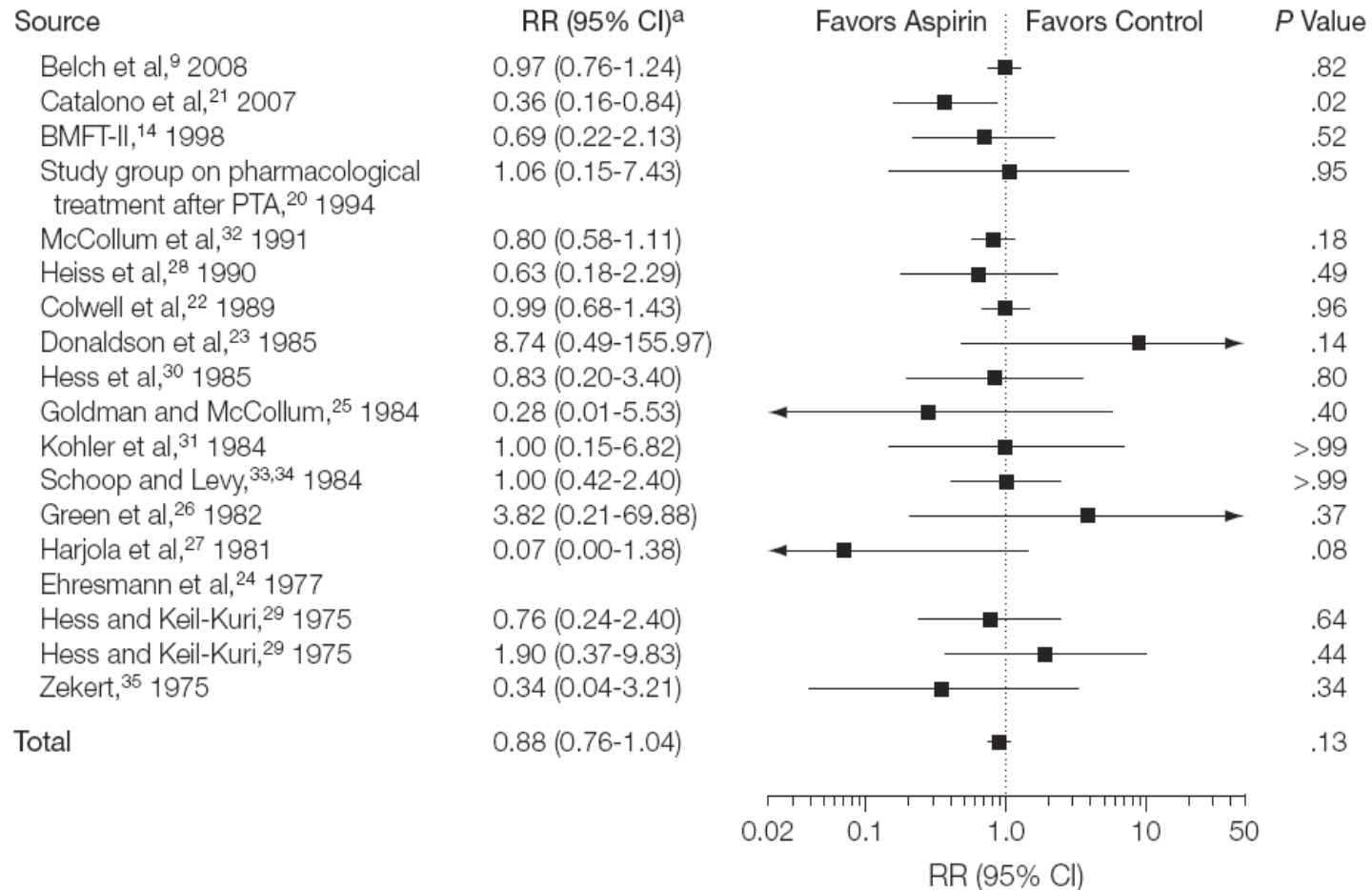
Asymptomatiques IPS < 0.95

Aspirine 100 mg/j vs placebo

Efficacité : événement CV,
revascularisation



AOMI : Efficacité ASA en prévention primaire

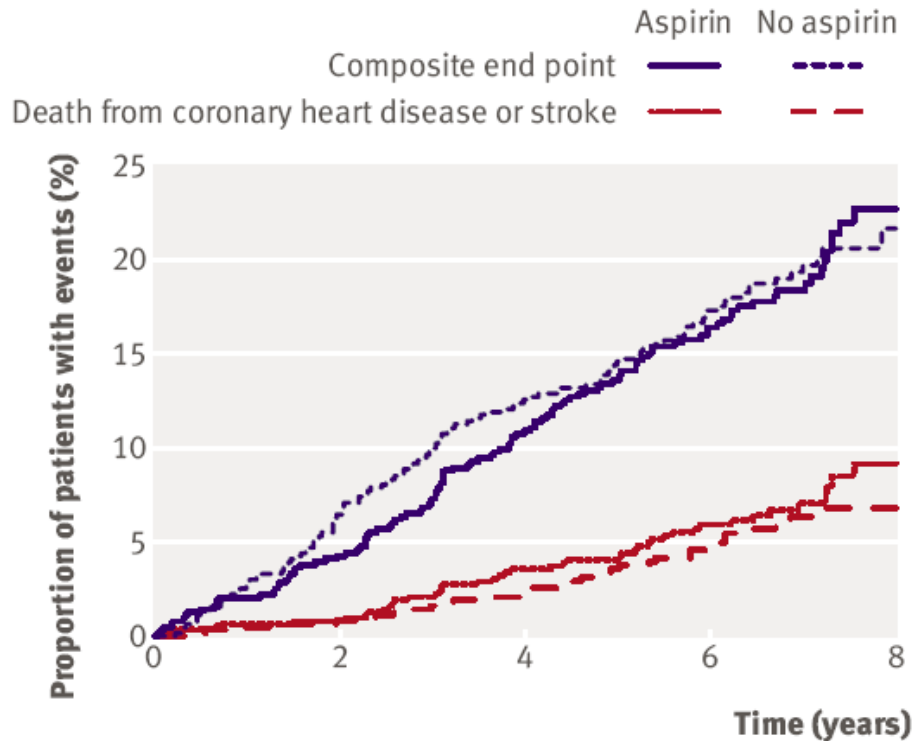


5269 patients (18 études) : aspirine (± dipyridamole) vs placebo ± symptomatiques (claudicants, préopératoire, IPS < 0.99)
Absence de diminution du risque cardiovasculaire global

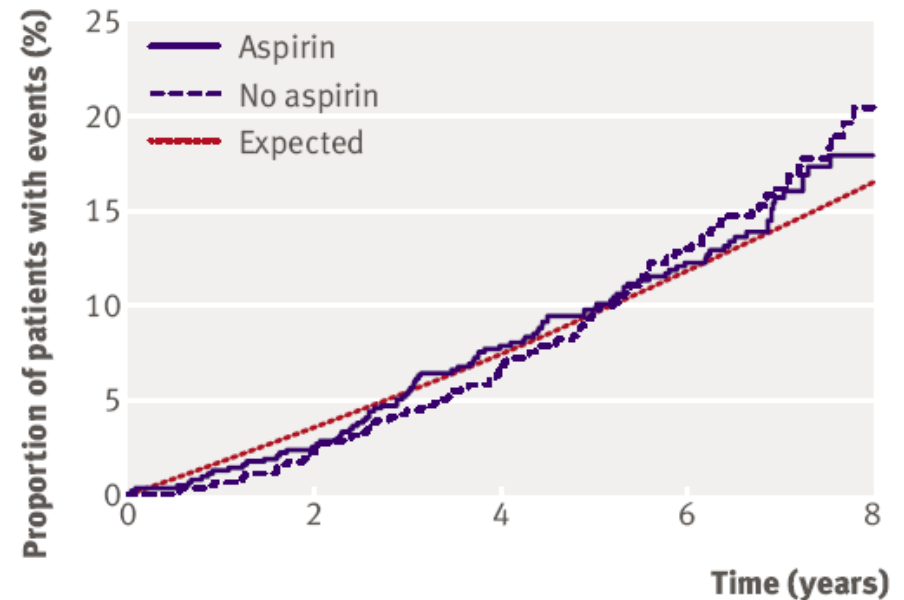
AOMI : Efficacité ASA en prévention primaire

Etude POPADAD

1276 adultes > 40 ans
Diabétiques de type 1 ou 2
IPS < 0.99



**Composite endpoint
(décès cardiovasculaire,
IDM, AVC, amputation)**



Décès toutes causes

AOMI : Efficacité ASA en prévention primaire

No of events/No in group

Aspirin **Control or placebo**

Relative risk (95% CI)

Relative risk (95% CI)

Major cardiovascular events

JPAD ¹⁰	68/1262	86/1277		0.80 (0.59 to 1.09)
POPADAD ⁹	105/638	108/638		0.97 (0.76 to 1.24)
WHS ⁸	58/514	62/513		0.90 (0.63 to 1.29)
PPP ²²	20/519	22/512		0.90 (0.50 to 1.62)
ETDRS ²¹	350/1856	379/1855		0.90 (0.78 to 1.04)
Total	601/4789	657/4795		0.90 (0.81 to 1.00)

10 117 patients

Aspirine vs placebo chez les patients diabétiques sans antécédent CV

Idem pour IDM, AVC, décès cardiovasculaires, mortalité toute cause

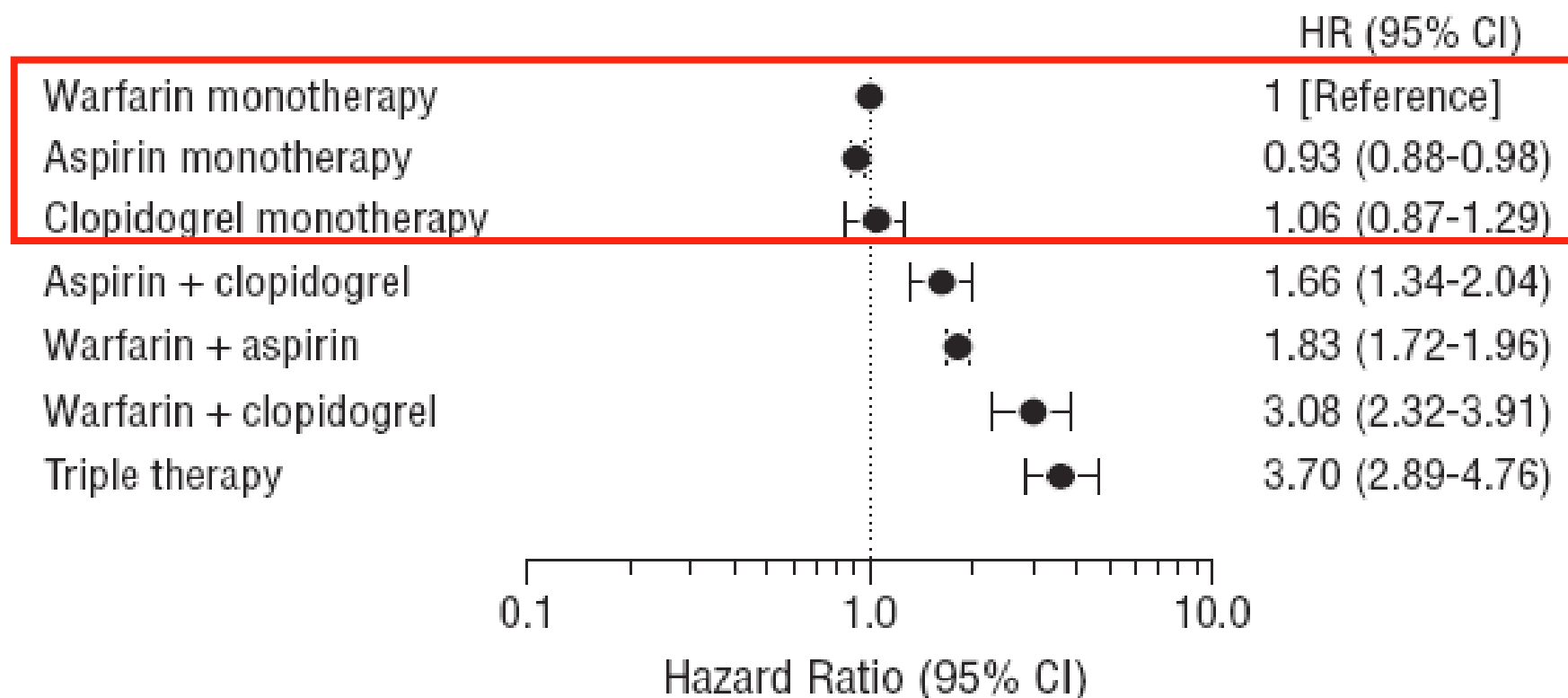
Réduction de 43% du risque d'IDM chez les hommes diabétiques

Tolérance : ASA et risque hémorragique

Registre Danois (1997-2006)

82 854 patients

AVK / Aspirine / Clopidogrel : hémorragies fatales ou non: 11.6%



Que disent les recos (jusqu'en 2010) ?

		ESC (2004)	ACC/AHA (2005)	TASC II (2006)	HAS (2006)	Chest (2008)	ADA/AHA/ACCF (2010)
AOMI asymptomatique	Risque CV +++	AAP HTA (2A) Diabète (2B)	AAP (C)	-	Aspirine (accord pro)	-	(IIa, B) AAP raisonnable
	Risque CV +						(IIIb, C) AAP à considérer
	Risque CV –						AAP contre-indiqué

Au final ?

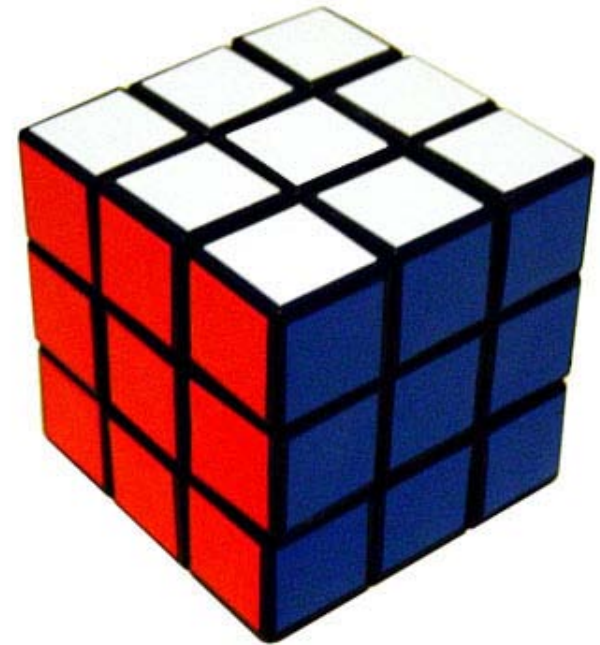
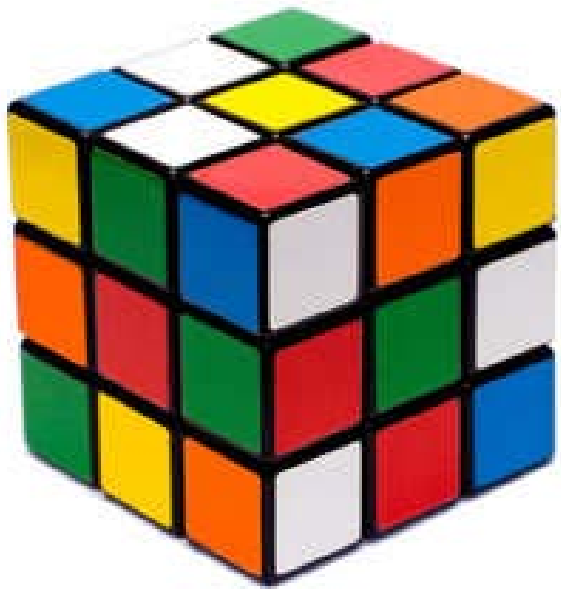
		ESC (2004)	ACC/AHA (2005)	TASC II (2006)	HAS (2006)	Chest (2008)	ADA/AHA/ACCF (2010)
AOMI asymptomatique	Risque CV +++	AAP HTA (2A) Diabète (2B)	AAP (C)	-	Aspirine (accord pro)	-	(IIa, B) AAP raisonnable
	Risque CV +						(IIIb, C) AAP à considérer
	Risque CV –						AAP contre-indiqué

Don't use aspirin for primary prevention of cardiovascular disease

???

Helen Barnett,¹ Peter Burrill,² Ike Iheanacho¹

Comment s'en sortir ?



Bon usage des AAP – ANSM 2012



Constat : ASA en prévention laire

Que retenir des études ?

Efficacité : pas de réel bénéfice, diabétique ?

Tolérance : attention au risque hémorragique

Constat : ASA en prévention primaire

Que retenir des études ?

Efficacité : pas de réel bénéfice, diabétique ?

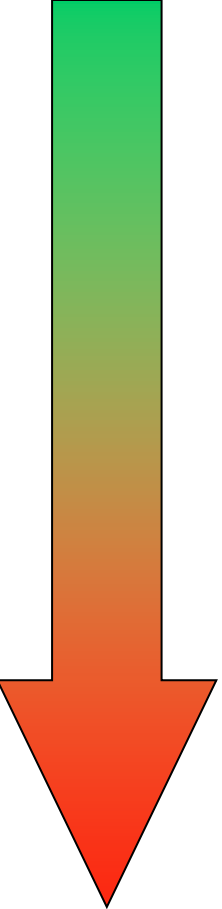
Tolérance : attention au risque hémorragique

Chez quels patients, l'ASA peut-elle être bénéfique ?



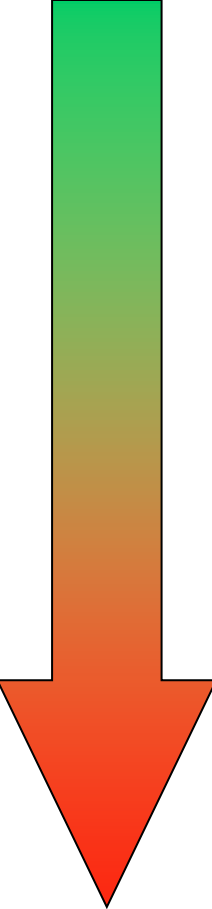
« Le traitement de 1000 sujets par ASA en prévention primaire évite 2,9 événements CV majeurs au prix de 2,8 hémorragies sévères »

Illustration : Balance bénéfice-risque



Patient de 50 ans, HTA traitée et contrôlée, hypercholestérolémie nécessitant un régime seul, IPS=0.8, athérome NS fémoral bilatéral. UGD récent.

Illustration : Balance bénéfice-risque



Patient de 50 ans, HTA traitée et contrôlée, hypercholestérolémie nécessitant un régime seul, IPS=0.8, athérome NS fémoral bilatéral. UGD récent.

Patient de 65 ans, tabagique, diabète type 2, hypercholestérolémie traitée, HTA contrôlée, IPS=0.8, athérome NS fémoral bilatéral. Absence de FdR hémorragique.

Illustration : Balance bénéfice-risque

Patient de 50 ans, HTA traitée et contrôlée, hypercholestérolémie nécessitant un régime

Prendre en compte le niveau de risque CV ainsi que le risque hémorragique propre à chaque patient

Patient de 65 ans, tabagique, diabète type 2, hypercholestérolémie traitée, HTA contrôlée, IPS=0.8, athérome NS fémoral bilatéral. Absence de FdR hémorragique.

Risque hémorragique : Score HAS-BLED

Lettre	Caractéristique	Score
H	Hypertension	1
A	Anomalie hépatique / rénale	1 ou 2
S	AVC (Stroke)	1
B	Hémorragie (Bleeding)	1
L	INR instables (Labile)	1
E	Age > 65 ans (Elderly)	1
D	Drogues ou alcool	1 ou 2

Risque hémorragique élevé : Score HAS-BLED ≥ 3

Risque hémorragique : Score HAS-BLED

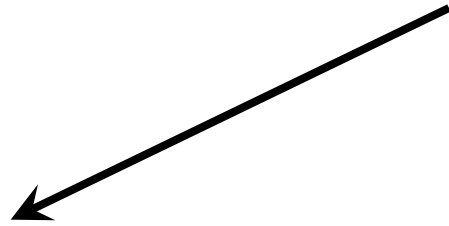
Lettre	Caractéristique	Score
H	Hypertension	1
A	Anomalie hépatique / rénale	1 ou 2
S	AVC (Stroke)	1
B	Hémorragie (Bleeding)	1
L	INR instables (Labile)	1
E	Age > 65 ans (Elderly)	1
D	Drogues ou alcool	1 ou 2

Risque hémorragique élevé : Score HAS-BLED ≥ 3

A prendre en compte également : UGD, AVK, AINS...

Risque cardiovasculaire à 10 ans

Risque cardiovasculaire à 10 ans



Patient non diabétique



Echelle SCORE (ESC)

Risque élevé si $> 5\%$

(ECV fatals)

Grade A

Risque cardiovasculaire à 10 ans

```
graph TD; A[Risque cardiovasculaire à 10 ans] --> B[Patient non diabétique]; A --> C[Patient diabétique type 2]; B --> D["Echelle SCORE (ESC)  
Risque élevé si > 5%  
(ECV fatals)  
Grade A"]; C --> E["Echelle UKPDS  
Risque élevé si > 10%  
(ECV ± fatals)  
Grade B"];
```

Patient non diabétique

Echelle SCORE (ESC)

Risque élevé si $> 5\%$

(ECV fatals)

Grade A

Patient diabétique
type 2

Echelle UKPDS

Risque élevé si $> 10\%$

(ECV \pm fatals)

Grade B

Risque cardiovasculaire à 10 ans

```
graph TD; A[Risque cardiovasculaire à 10 ans] --> B[Patient non diabétique]; A --> C[Patient diabétique type 1]; B --> D["Echelle SCORE (ESC)  
Risque élevé si > 5%  
(ECV fatals)  
Grade A"]; C --> E["Evolution > 15 ans  
Facteur d'aggravation"];
```

Patient non diabétique

Patient diabétique
type 1

Echelle SCORE (ESC)
Risque élevé si $> 5\%$
(ECV fatals)
Grade A

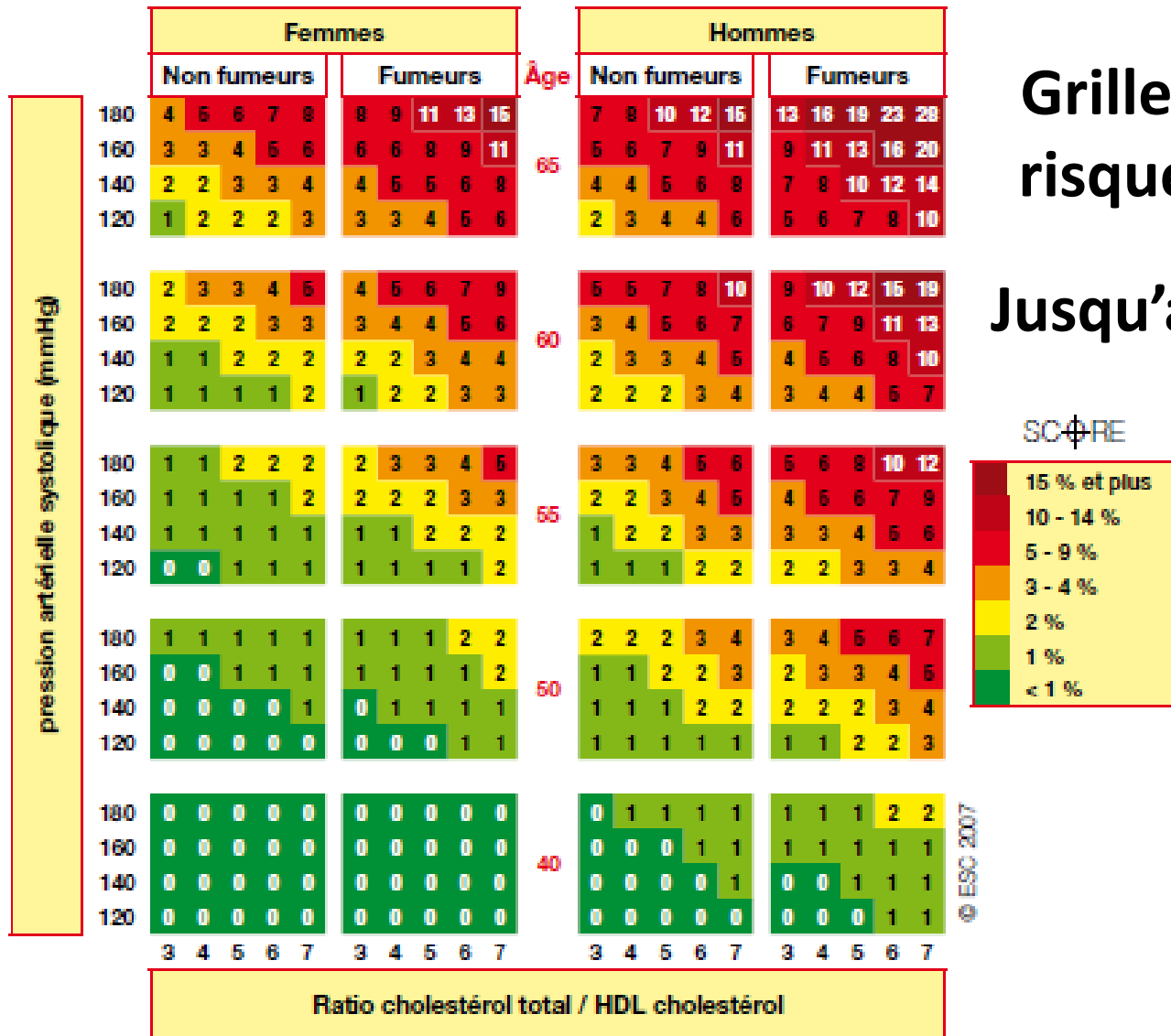
Evolution > 15 ans
Facteur d'aggravation

Prévention primaire : Bénéfice de l'ASA

Situations cliniques	Spécialités (mg/j)	Grade
Patient non diabétique, RCV élevé (SCORE > 5%)	Aspirine 75-160	A
Patient diabétique à RCV élevé en l'absence de risque hémorragique (UKPDS > 10%)	Aspirine 75-160	B
Patient diabétique à RCV intermédiaire (UKPDS 2.5-10%) sans risque hémorragique élevé	Aspirine 75-160	C
Pas d'indication à un traitement en cas de patient diabétique à RCV faible (UKPDS < 2.5%)	Aucune	B

RCV élevé chez le diabétique prend en compte également la notion de microalbuminurie / protéinurie / coronaropathie silencieuse documentée;

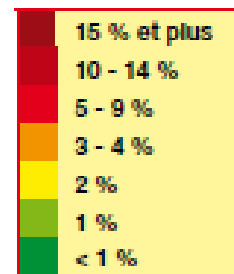
Comment utiliser l'échelle SCORE ?



Grille pays à risque faible

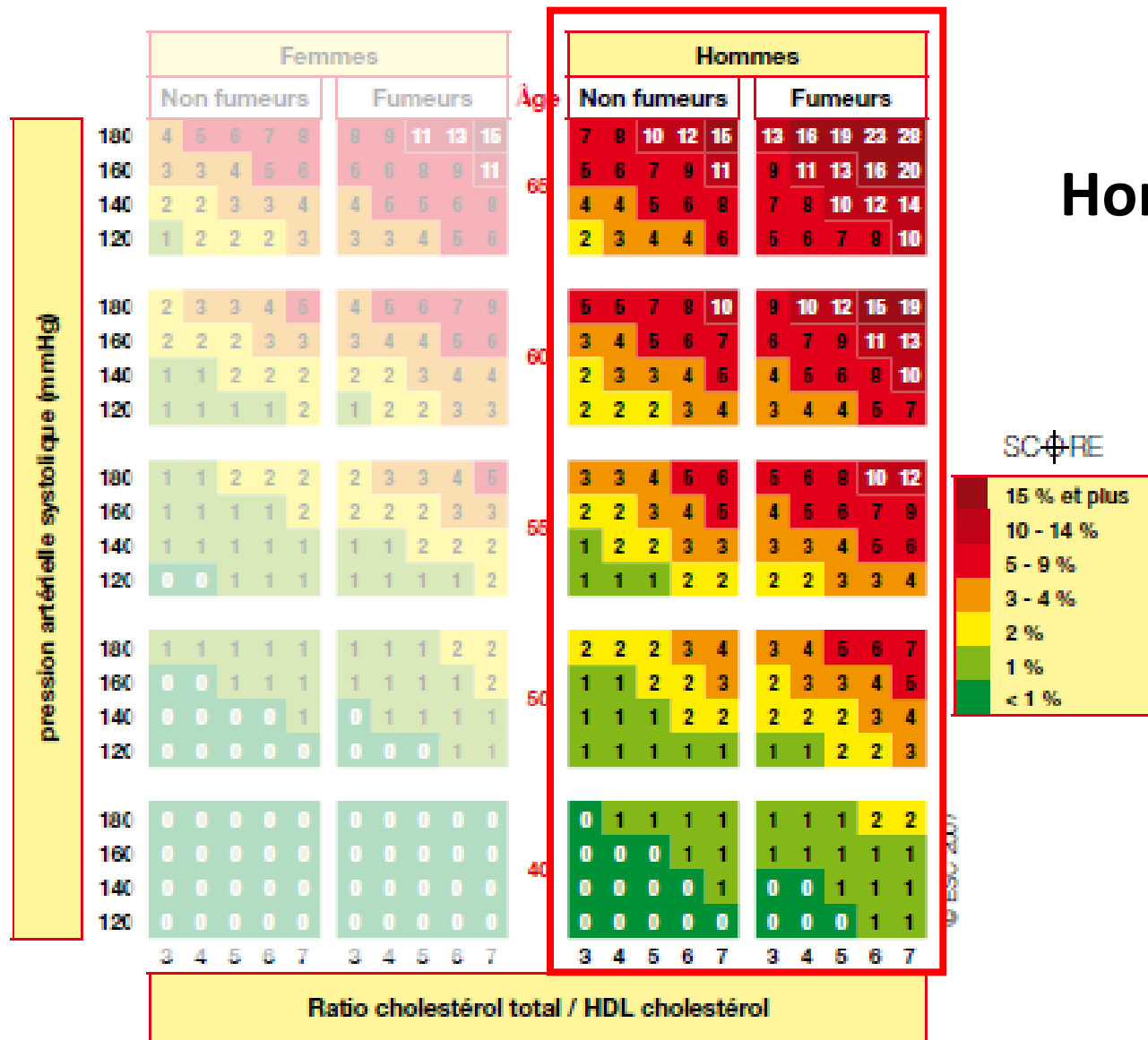
Jusqu'à 65 ans

SCORE



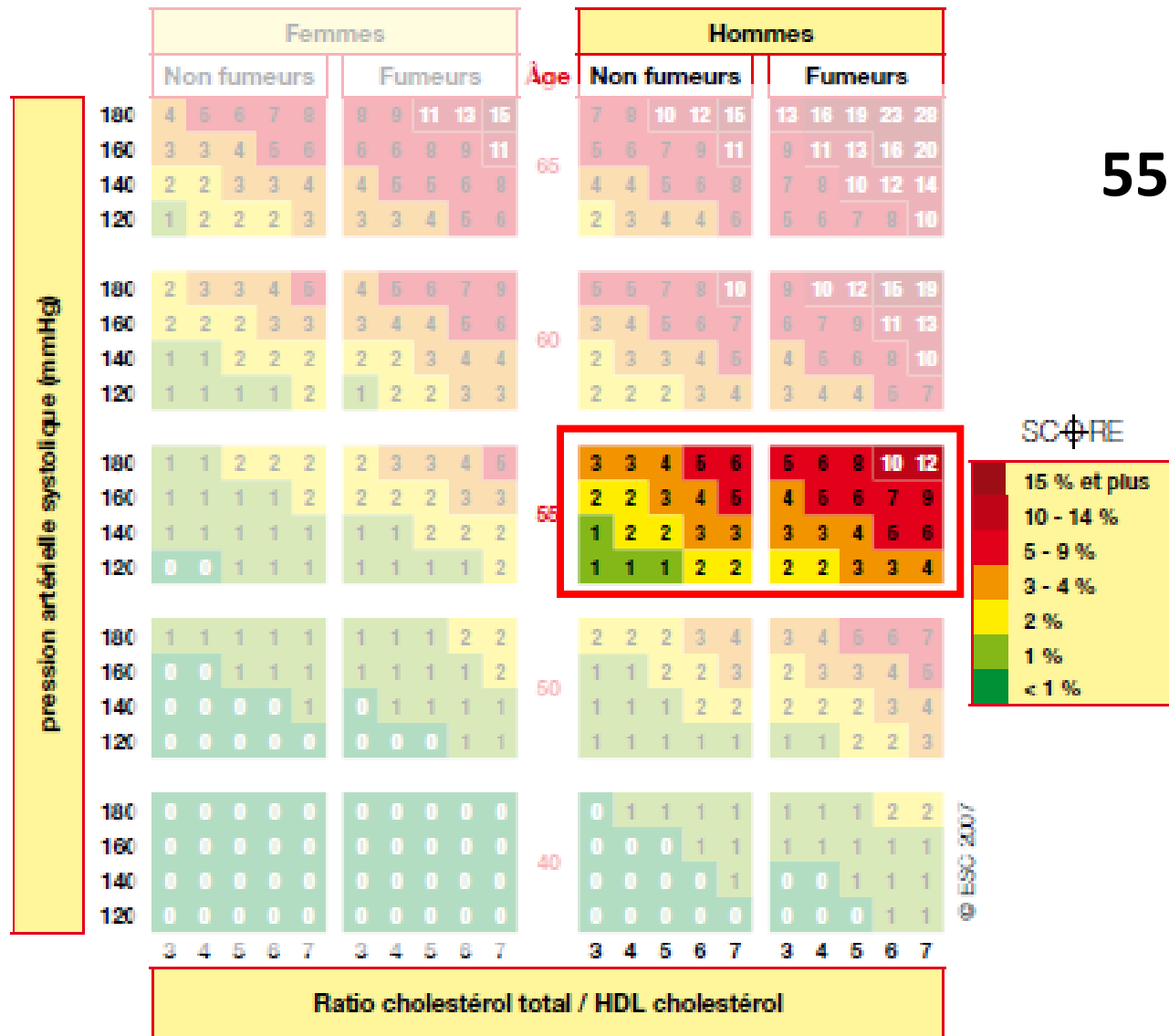
© ESC 2007

Comment utiliser l'échelle SCORE ?



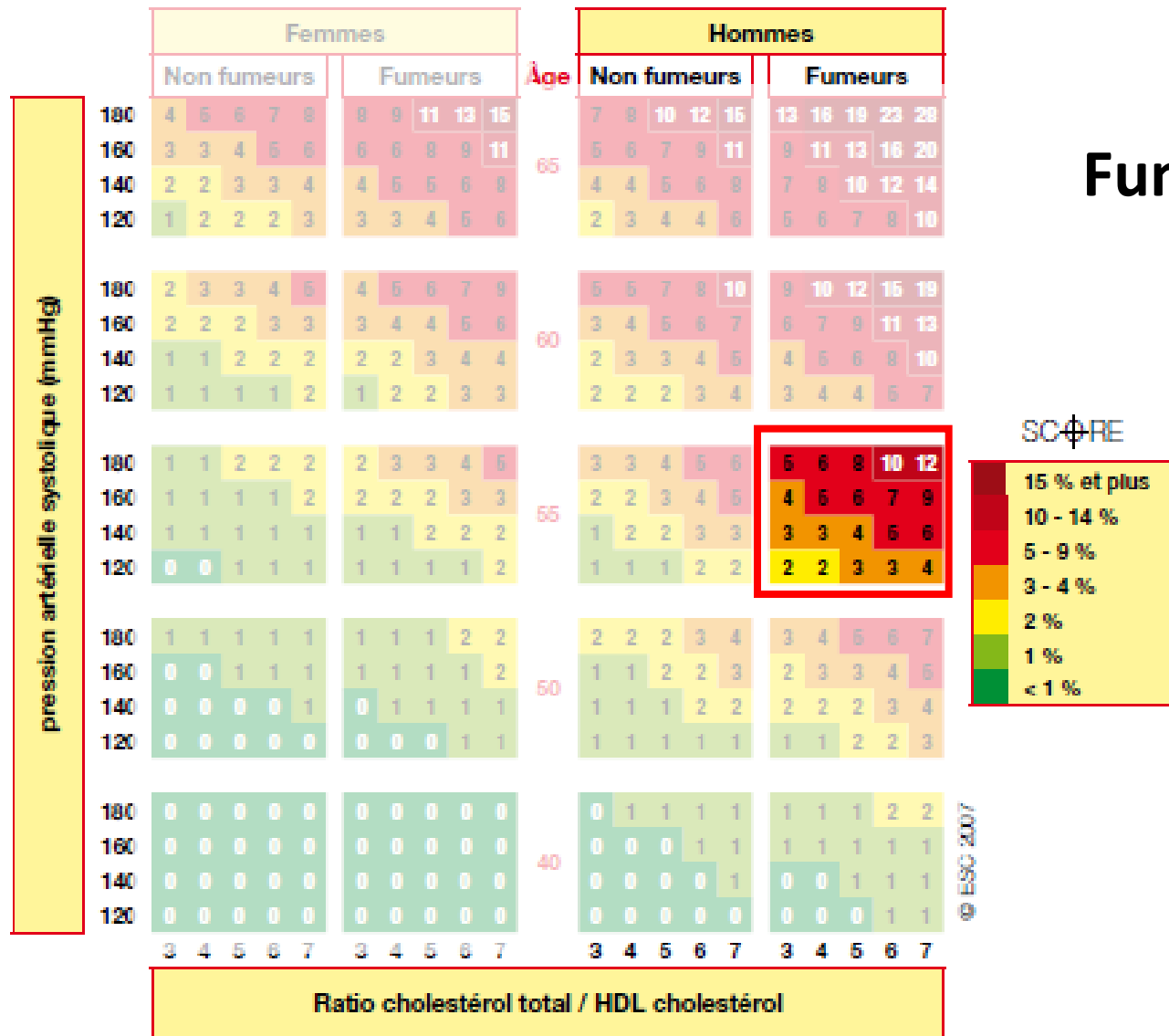
Homme

Comment utiliser l'échelle SCORE ?



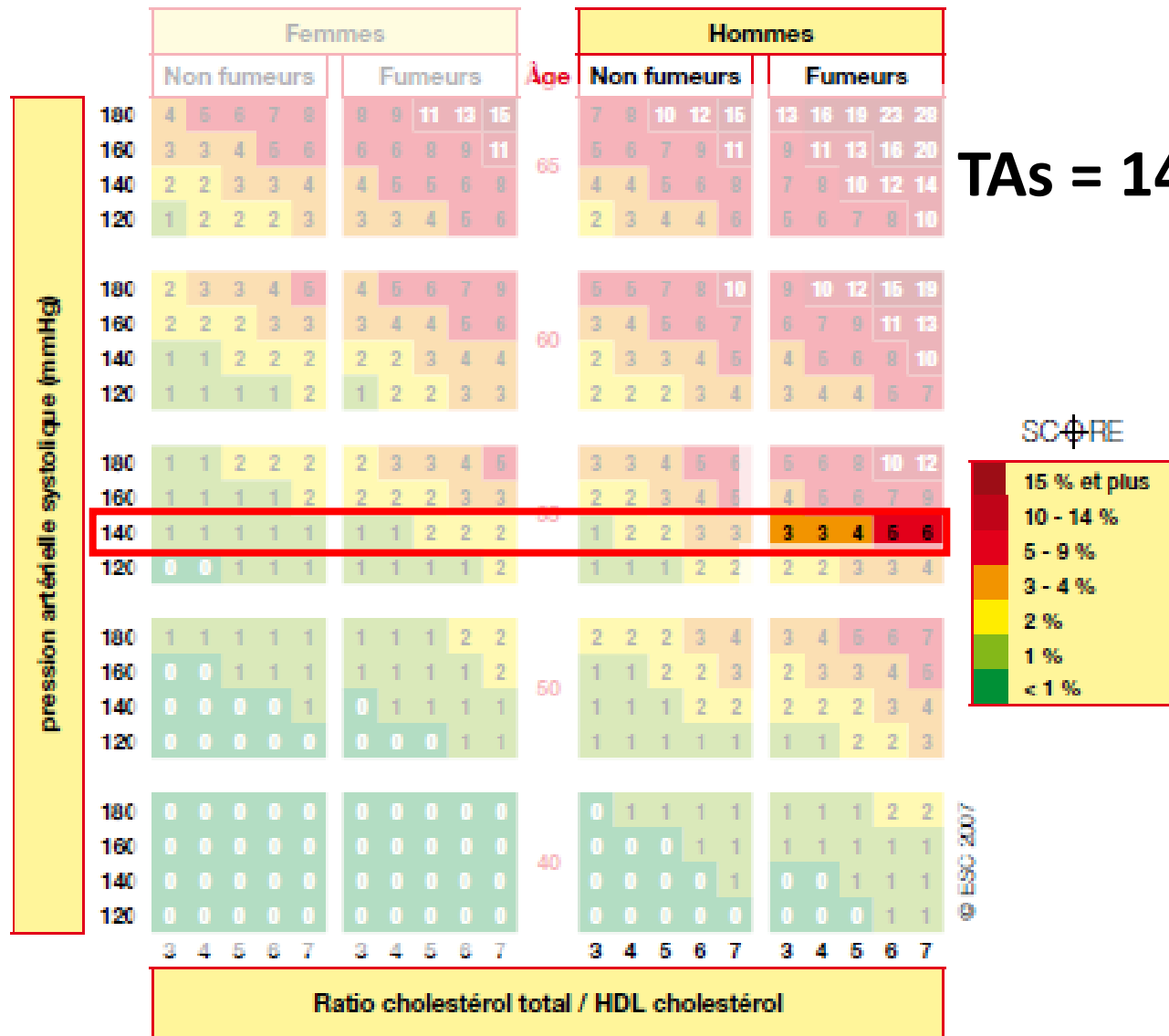
55 ans

Comment utiliser l'échelle SCORE ?



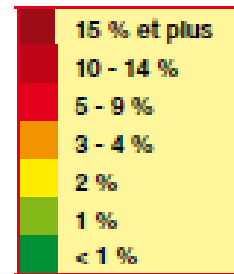
Fumeur

Comment utiliser l'échelle SCORE ?



TAs = 140 mmHg

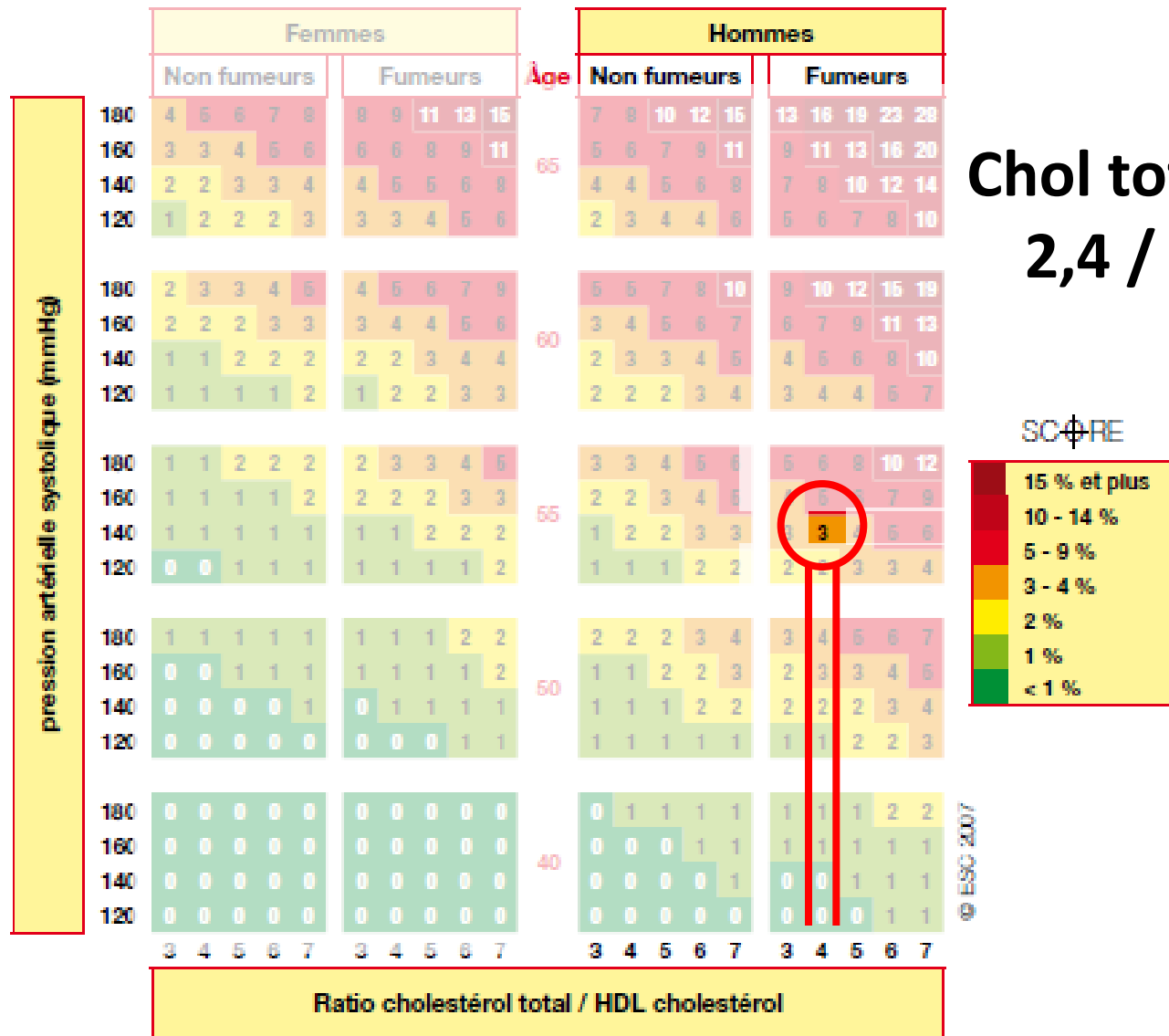
SCORE



© ESC 2007

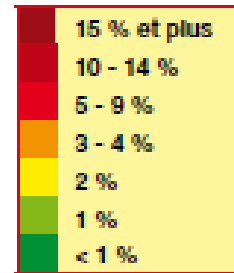
Ratio cholestérol total / HDL cholestérol

Comment utiliser l'échelle SCORE ?



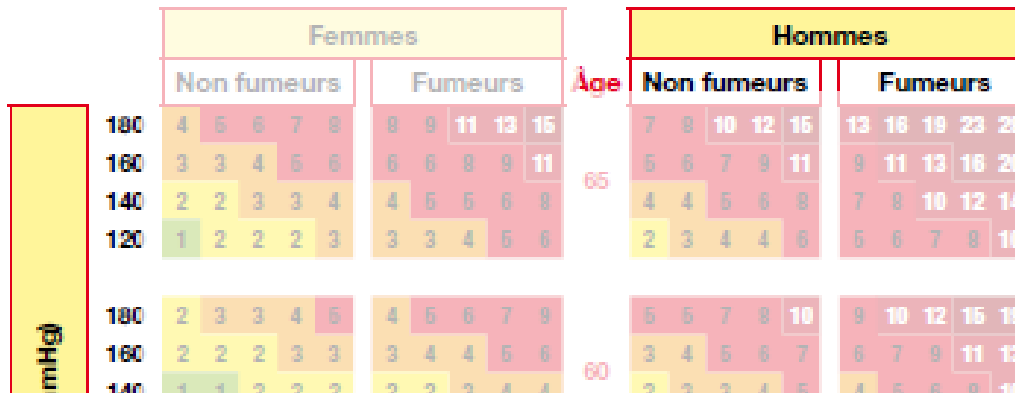
Chol total / HDL
 $2,4 / 0,6 = 4$

SCORE



© ESC 2007

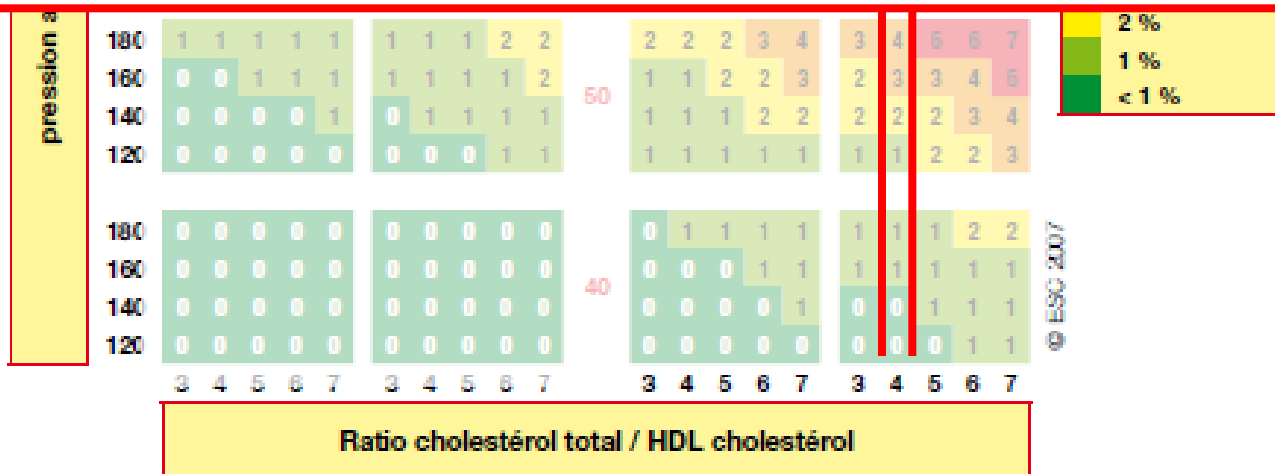
Comment utiliser l'échelle SCORE ?



Chol total / HDL
 $2,4 / 0,6 = 4$

Risque d'événement CV fatal à 10 ans = 3% < 5%

Balance bénéfique / risque défavorable



Ratio cholestérol total / HDL cholestérol

Comment utiliser l'échelle UKPDS ?

UKPDS Risk Engine v2.0

Input

Age now : years HbA1c : %

Diabetes duration : years Systolic BP : mm Hg

Sex : Male Female Total cholesterol : mg/dl

Atrial fibrillation : No Yes HDL cholesterol : mg/dl

Ethnicity : ▼

Smoking : ▼

Output

	10 year risk	0	15	30	100
CHD :	<input type="text"/>				
Fatal CHD :	<input type="text"/>				
Stroke :	<input type="text"/>				
Fatal stroke :	<input type="text"/>				

Comment utiliser l'échelle UKPDS ?

UKPDS Risk Engine v2.0

Input

Age now : years HbA1c : %
Diabetes duration : years Systolic BP : mm Hg
Sex : Male Female Total cholesterol : mg/dl
Atrial fibrillation : No Yes HDL cholesterol : mg/dl
Ethnicity :
Smoking :

Output

	10 year risk	0	15	30	100
CHD :	<input type="text" value="16,9%"/>				
Fatal CHD :	<input type="text" value="8,8%"/>				
Stroke :	<input type="text" value="6,4%"/>				
Fatal stroke :	<input type="text" value="1,0%"/>				

Adjusted for regression dilution

Comment utiliser l'échelle UKPDS ?

UKPDS Risk Engine v2.0

Input

Age now : years HbA1c : %
Diabetes duration : years Systolic BP : mm Hg
Sex : Male Female Total cholesterol : mg/dl
Atrial fibrillation : No Yes HDL cholesterol : mg/dl
Ethnicity :
Smoking :

Output

	10 year risk	0	15	30	100
CHD :	<input type="text" value="16,9%"/>				
Fatal CHD :	<input type="text" value="8,8%"/>				
Stroke :	<input type="text" value="6,4%"/>				
Fatal stroke :	<input type="text" value="1,0%"/>				

Adjusted for regression dilution

Conclusion

L'ère du traitement systématique d'ASA devant tout athéromatose asymptomatique est révolue !

Prise en compte du risque hémorragique

Prise en compte du risque d'ECV

**Patient non diabétique : échelle SCORE
(jusqu'à 65 ans)**

Patient diabétique : échelle UKPDS

→ Evaluation de la balance bénéfice-risque

Intérêt dans la démarche de soins

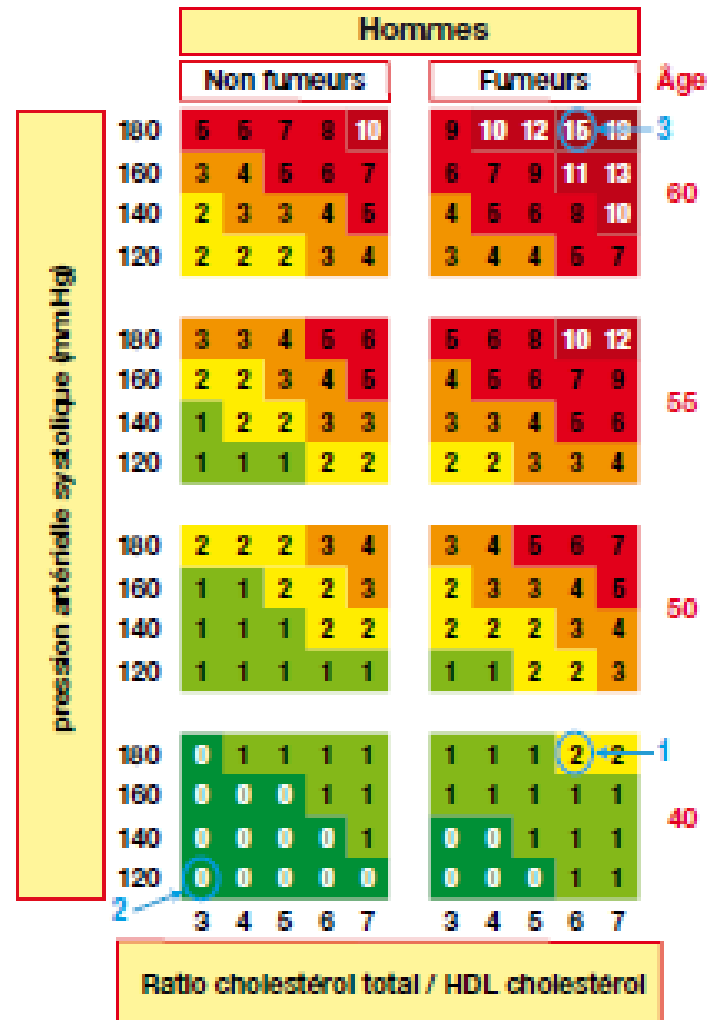
Monsieur Y est âgé de 40 ans.

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 ».



Merci de votre attention

