



Nouveaux parcours de soins

Suivi des cardiopathies ischémiques

LAROCHE Sarah, CLERMONT-FERRAND

Déclaration de liens d'intérêt

Je déclare avoir des liens d'intérêt avec les sociétés suivantes :

- ♥ PFIZER
- ♥ SANOFI
- ♥ ASTRAZENECA



Syndrome Coronarien

- ♥ STEMI / NSTEMI
- ♥ PEC en urgence
- ♥ DMS en diminution (3 à 5 jours moy) = progrès constants



CONSTAT

♥ Peu d'accompagnement et de suivi des **FDRCV** au long cours

< 30 %



à **3-6 mois** n'est pas toujours réalisée

♥ De - en - de **temps d'éducation** du patient

♥ Sous prise en charge de la **prévention secondaire** et du **dépistage** des autres **territoires artériels**

♥ Le **ressenti** et la **représentation** du patient face à sa **pathologie** est souvent sous-évaluée



+ 100 000 personnes sont victimes d'un SCA chaque année

De tout âge

De + en + de femme

+/- des FDRCV

**C'est un nouveau chapitre de vie qui commence
= MALADIE CORONARIENNE**



Pourquoi, moi ?

Puis je reprendre une activité sexuelle ?

A quoi servent tous ces médicaments ?

Quand dois-je revoir un médecin ?

Est-ce ça va revenir ?

Les effets secondaires ?

Mieux manger ?

Puis-je reprendre mon travail ?

Tous ces traitements mais pour combien de temps ?

Faire du sport ?

Quand dois-je revoir un cardiologue ?

Pourquoi je dois avoir un traitement contre le cholestérol ? Je n'en ai jamais eu.

Pourquoi faire des prises de sang ?

Est-ce génétique ?

Quoi faire et ne pas faire ?

Est-ce je vais retrouver une vie normale ?



Nécessité de proposer des parcours de soins
ADAPTÉS, PERSONNALISÉS et
PLURIPROFESSIONNELS.



RECOMMANDATIONS ET PRATIQUES

- ♥ De + en + de CH ou en libéral organisent des parcours de soin
- ♥ Recommandé +++
- ♥ Bénéfices prouvés – Etudes
- ♥ Téléréadaptation / Structures libérales légères



EXEMPLE CLERMONTOIS

Création d'un parcours sur la première année post SCA



OBJECTIFS

Lutte contre les **facteurs de risques cardiovasculaires** :
optimisation thérapeutique, cible LDLc <0,55g/L



S'assurer de l'organisation du **suivi**

Evaluer la **qualité de vie**

Bilan d'extension de la **maladie athéromateuse**
= Doppler TSA, aorte abdo...

Orientation vers des centres de
réadaptation cardiaque
Téléadaptation



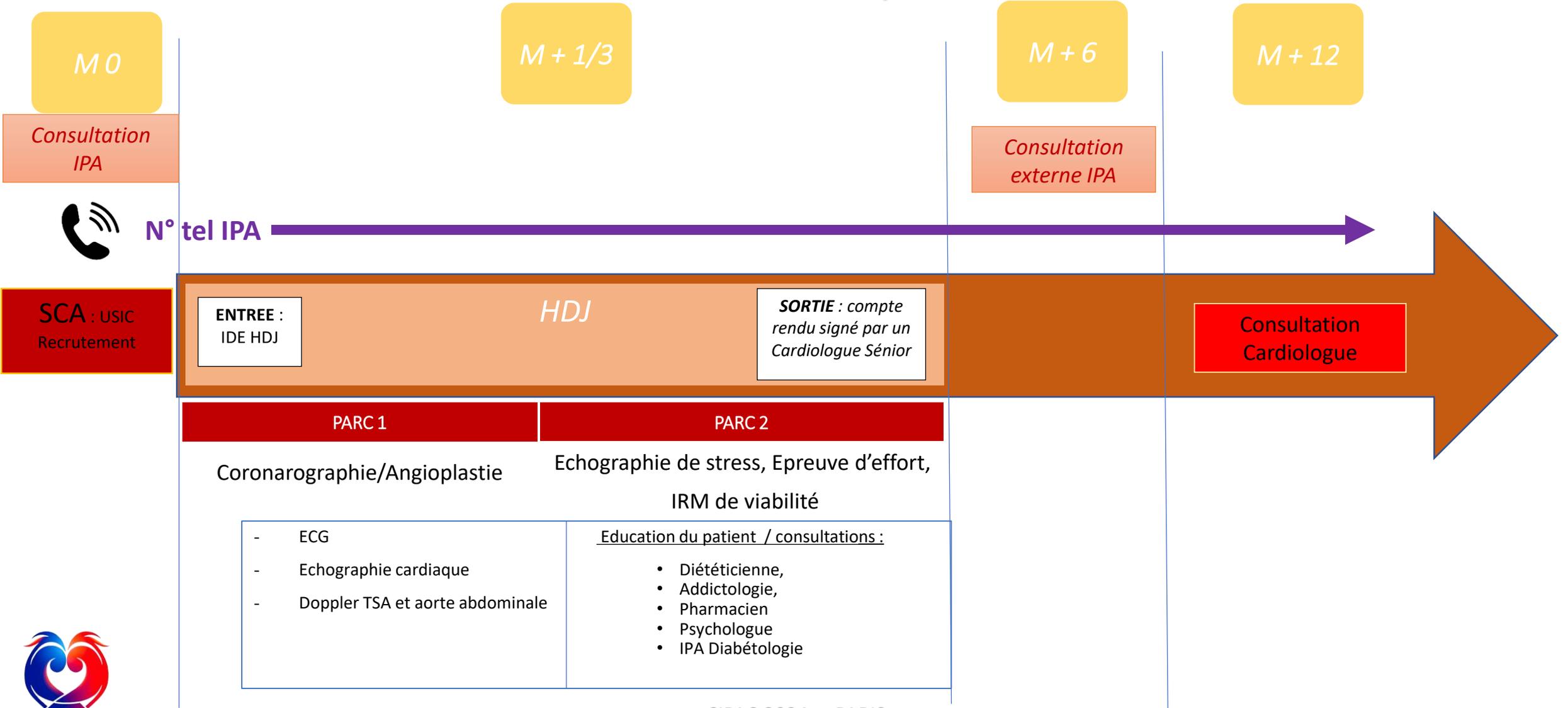
Séances éducatives avec des consultations
pluriprofessionnelles : pharmacien, diététicienne,
addictologue, diabétologue, psychologue



Utilisation de Tablettes **d'information**,
casques à réalité virtuelle

PARC

Prévention Ambulatoire du Risque Cardiovasculaire



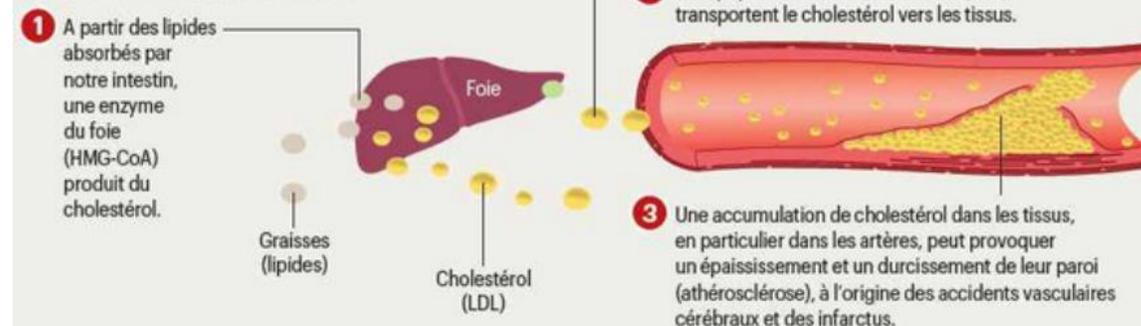
FOCUS SUR LE LDLc

Les lipoprotéines de faible densité Dit **LDL** mais aussi « **Mauvais Cholestérol** » transportent le cholestérol vers les **tissus**

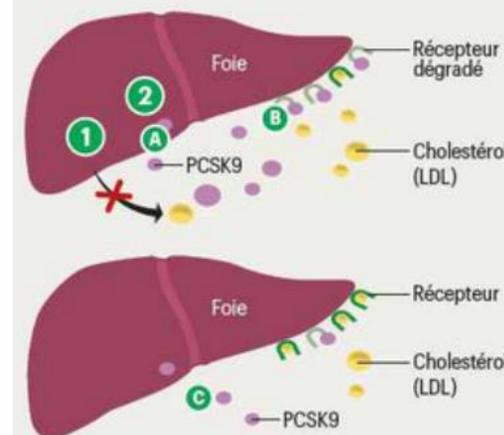
Les molécules traitant le cholestérol

Les statines et les anti-PCSK9 sont des molécules qui régulent le taux de cholestérol dans l'organisme.

Production de cholestérol



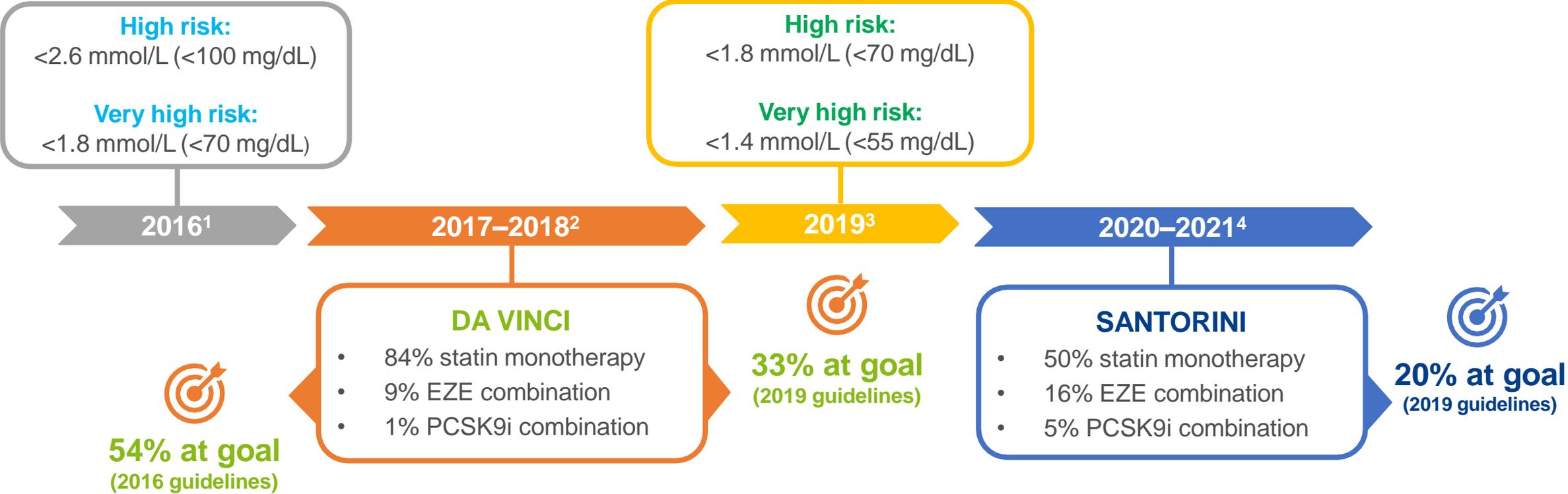
Traitements



- 1 Les statines**
Cette classe de médicament bloque l'enzyme qui produit le cholestérol (HMG-CoA).
- 2 Les anti-PCSK9**
 - A** L'enzyme PCSK9 est produite par le foie.
 - B** Elle dégrade les récepteurs hépatiques qui captent le cholestérol (LDL) circulant dans l'organisme, ce qui entraîne un ralentissement du «nettoyage» du cholestérol.
 - C** Les nouveaux médicaments diminuent l'activité de cette enzyme, ce qui augmente la quantité des récepteurs et favorise ainsi la recapture du cholestérol.
Le taux de cholestérol dans le sang baisse d'environ 60%.



2016–2019 ESC/EAS LDL-C Goals and Lipid Management in Clinical Practice



- ESC/EAS, European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society;
- EZE, ezetimibe; LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol; PCSK9i, proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 inhibitor
- 1. Catapano AL, et al. Eur Heart J. 2016;37:2999–3058; 2. Ray KK, et al. Eur J Prev Cardiol. 2021;28:1279–1289; 3. Mach F, et al. Eur Heart J. 2020;41:111–188; 3. 4. Ray KK, et al. Lancet Reg Health Eur. 2023;29:100624

Très haut risque CV	Prévention secondaire Diabète avec atteinte d'organe ou >3 FDRCV ou diabète de type 1 (DT1) >20 ans Insuffisance rénale sévère DFG<30mL/min SCORE> 10% Hypercholestérolémie familiale avec maladie cardiovasculaire ou un autre FDRCV
Haut risque CV	Un FDRCV majeur : PA>180/110 ; TG>3.1g/L ou LDLc >1.9g/l Hypercholestérolémie familiale sans autre FDRCV Diabète sans atteinte d'organe, avec durée >10 ans ou avec autres FDRCV Insuffisance rénale modérée avec 30<DFG<59mL/min 5%<SCORE<10%
Risque CV modéré	Patients jeunes (DT1<35 ans ; DT2<50 ans avec durée du diabète<10 ans sans autre FDRCV 1%<SCORE< 5%
Bas risque CV	SCORE<1%



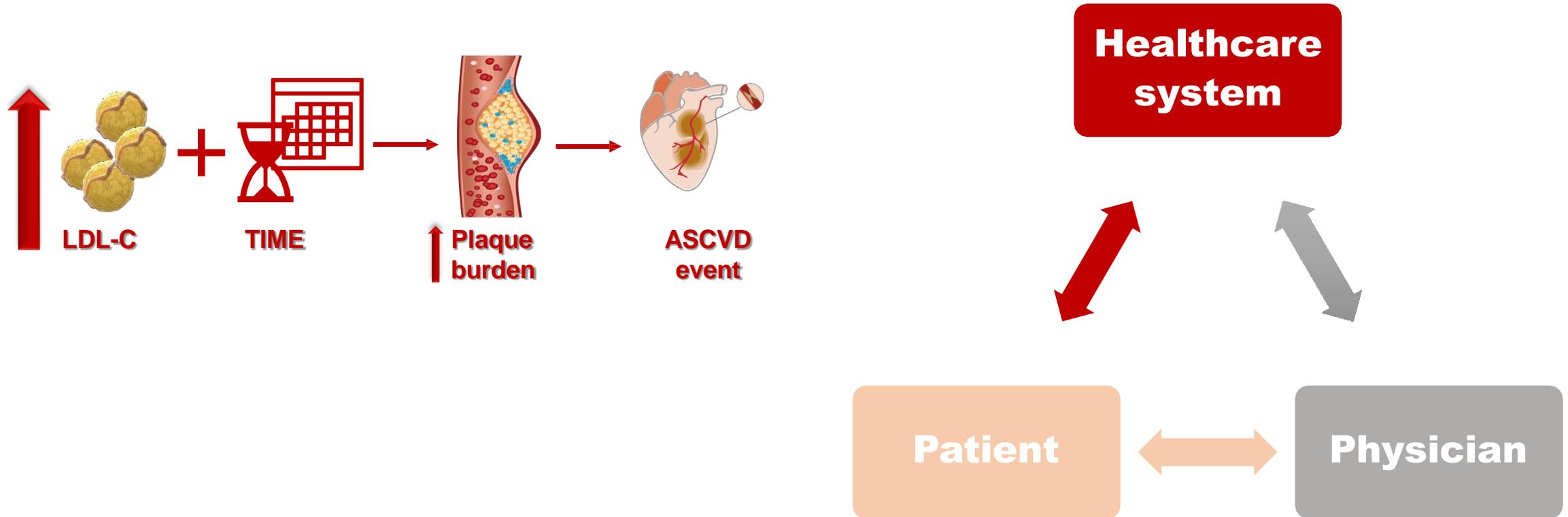
cible LDLc

+ 50% et atteindre <0.55g/L classe I

Post SCA



Le contrôle du cholestérol est fondamental



ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; LDL-C, low-density-lipoprotein cholesterol.
1. Ference BA, et al. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(10):1141-1156; 2. Ray KK, et al. *Global Heart.* 2022;17(1):75.

Stratégie thérapeutique : *ESC

Statine forte dose,

*peu importe le niveau du
LDLc de base*

(classe I niveau A).

+ Ezétimibe
(classe I niveau B)

+ antiPCSK9
(classe I niveau B)

SCA

Entrée

hospitalisation

Sortie

4 à 6 semaines

2 à 4 mois

12 mois

Adhésion - Tolérance – Efficacité – Hygiène de vie



TAKE HOME MESSAGE

- ♥ Intérêt d'un PARCOURS DE SOIN PERSONNALISE
- ♥ Travailler en COLLABORATION
- ♥ Intérêt d'un parcours coordonné ville-hôpital
- ♥ Valoriser l'Empowerment
- ♥ Place des nouveaux professionnels : IPA, interlocuteur privilégié
- ♥ Associer les traitements



= Le bon traitement au bon patient au bon moment

THANK YOU!

Collège des Paramédicaux de la Société Française de Cardiologie, rendez-vous sur :



paramed-cardiologie.fr - [@sfcparamedicaux](https://www.facebook.com/sfcparamedicaux) - [Collège des Paramédicaux](https://www.linkedin.com/company/collège-des-paramédicaux) - SFC

