



Vavulopathies. Quelles nouveautés ?

CIPEG 5-7 mai 2025. Montpellier

Pr Philippe Chassagne



Normandie University

Actions, obligations, rémunérations au long cours : néant

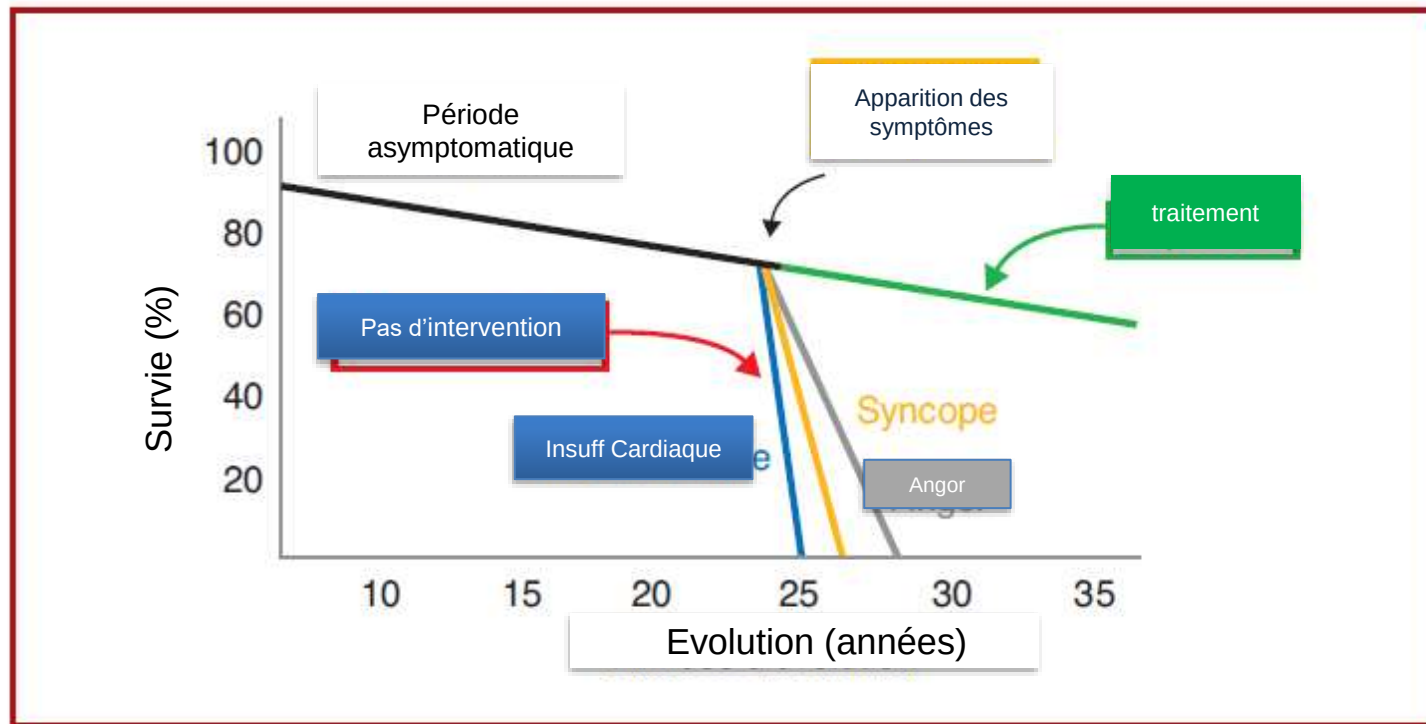
Liens d'intérêt (depuis 2010) : Amgen, bayer, BMS, Boehringer-Ingelheim, Edwards, Ipsen-Beaufour, Kyowa-Kirin, Lilly, Medtronic, Mundi-Pharma, Novartis, Pfizer, Sanofi-Aventis, Shire, Vifor-Pharma

En lien avec cette communication : non



**Sténose aortique
(Rétrécissement Aortique
Calcifié)....avant 2002.
Abstention chirurgicale ou SAVR**

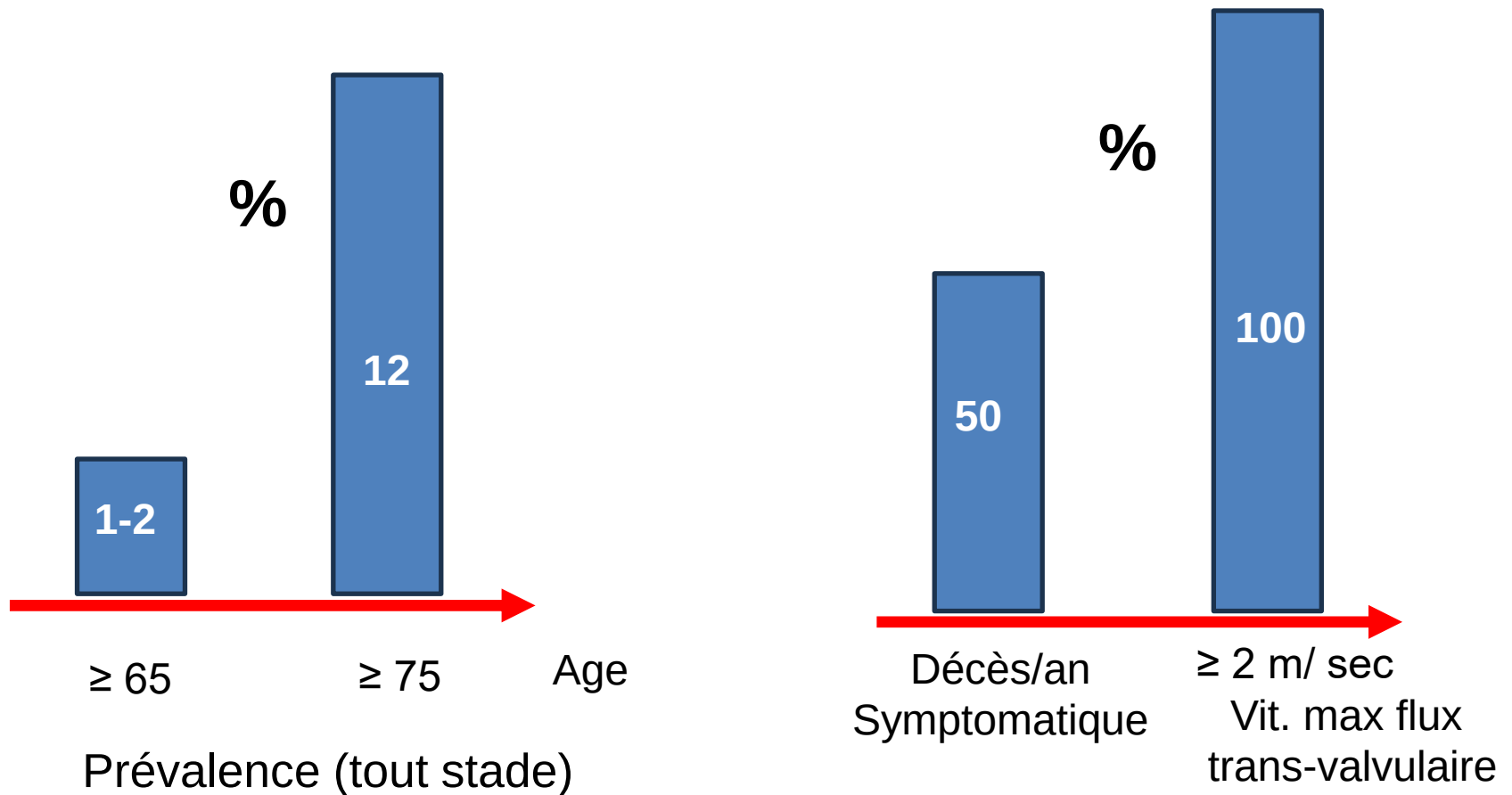
Sténose aortique : évolution naturelle





**Sténose aortique
(Rétrécissement Aortique
Calcifié)....+ 23 après TAVI**

Fréquence, évolution, pronostic



The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

OCTOBER 21, 2010

VOL. 363 NO. 17

Transcatheter Aortic-Valve Implantation for Aortic Stenosis in Patients Who Cannot Undergo Surgery

Martin B. Leon, M.D., Craig R. Smith, M.D., Michael Mack, M.D., D. Craig Miller, M.D., Jeffrey W. Moses, M.D.,
Lars G. Svensson, M.D., Ph.D., E. Murat Tuzcu, M.D., John G. Webb, M.D., Gregory P. Fontana, M.D.,
Raj R. Makkar, M.D., David L. Brown, M.D., Peter C. Block, M.D., Robert A. Guyton, M.D.,
Augusto D. Pichard, M.D., Joseph E. Bavaria, M.D., Howard C. Herrmann, M.D., Pamela S. Douglas, M.D.,
John L. Petersen, M.D., Jodi J. Akin, M.S., William N. Anderson, Ph.D., Duolao Wang, Ph.D.,
and Stuart Pocock, Ph.D., for the PARTNER Trial Investigators*

Sténose aortique : symptômes

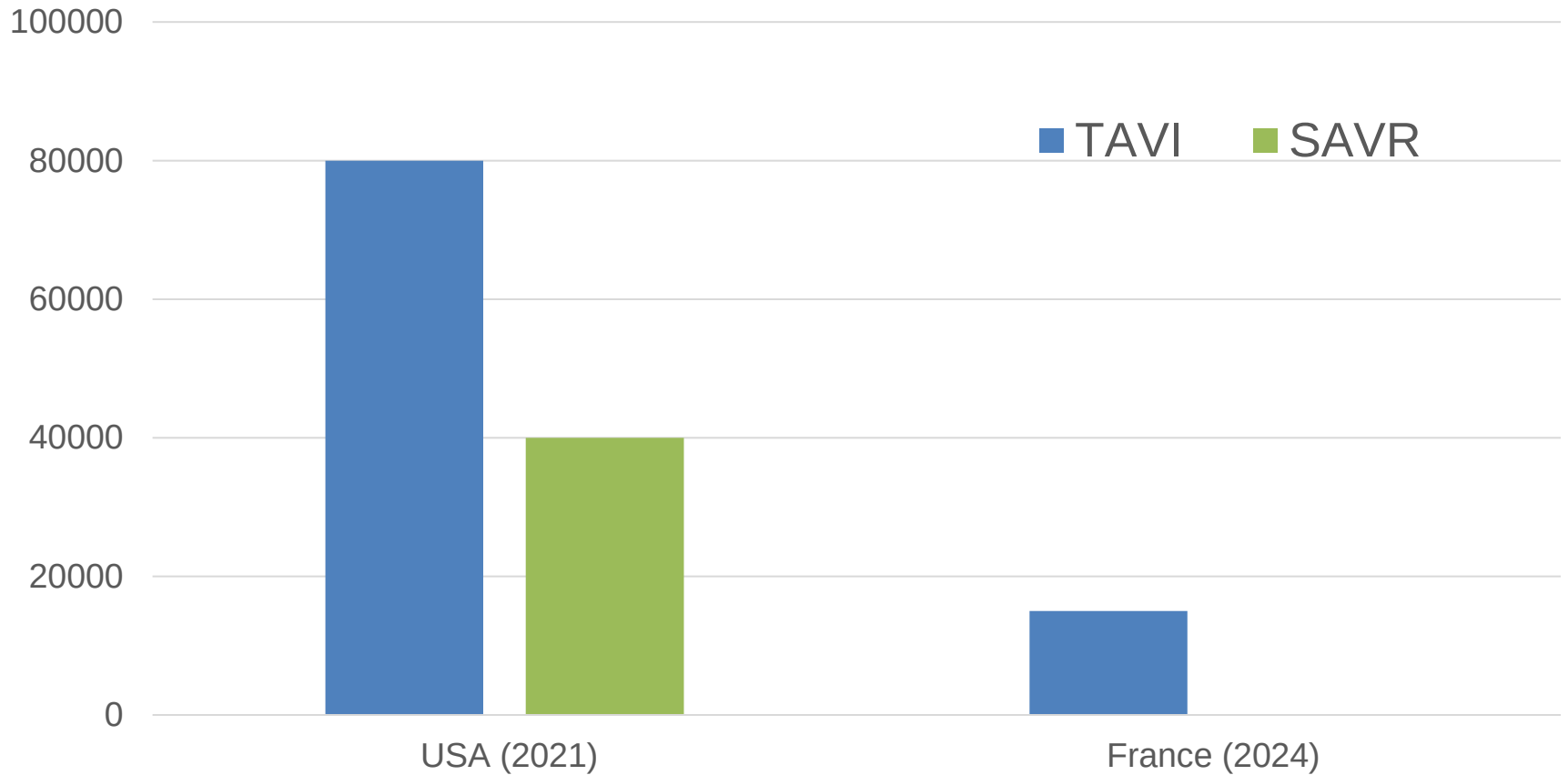
- Triade : syncope, angor, dyspnée en faveur d'une IC (tardive)
- Diagnostic opportuniste
- Auscultation...

Sténose aortique sévère.

Prise en charge

- Aucun traitement médicamenteux
- Eliminer et traiter une sténose coronarienne associée
- Choix thérapeutique initialement fondé sur le risque chirurgical (SAVR) puis orientation vers une TAVI (malade âgé inopérable), puis TAVI >> SAVR
- Abstention thérapeutique :
 - TNCM sévère
 - Espérance de vie inférieure à 12 mois
 - Comorbidités (IRC)

Nb annuel d'actes



Clinical Review & Education

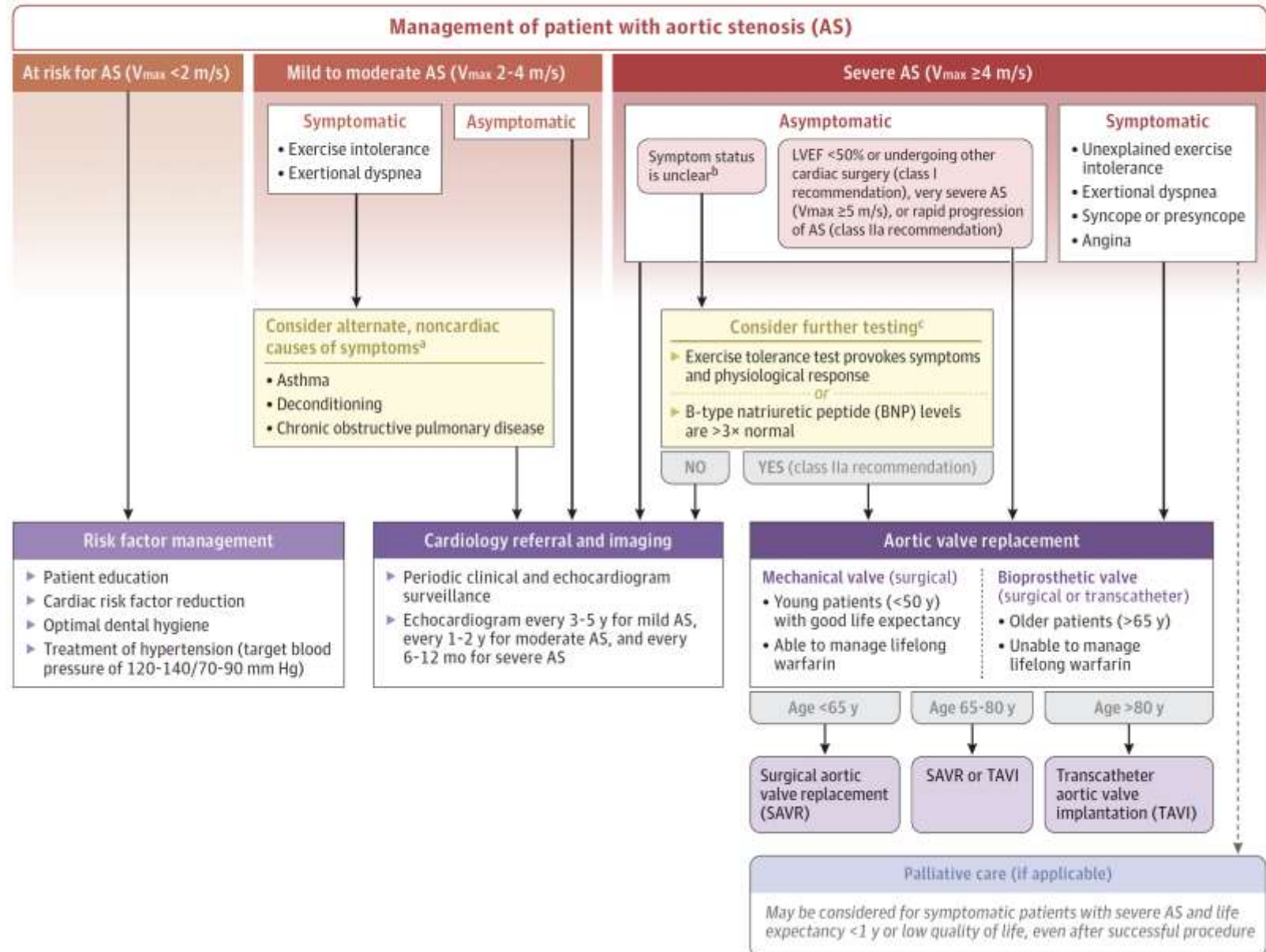
JAMA | Review

Calcific Aortic Stenosis A Review

Catherine M. Otto, MD; David E. Newby, MD; Graham S. Hillis, MBChB, PhD

JAMA. 2024;332(23):2014-2026. doi:[10.1001/jama.2024.16477](https://doi.org/10.1001/jama.2024.16477)
Published online November 11, 2024.

Figure 3. Flowchart for Management of Aortic Stenosis





The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

JANUARY 16, 2025

VOL. 392 NO. 3

Transcatheter Aortic-Valve Replacement for Asymptomatic Severe Aortic Stenosis

P. Généreux, A. Schwartz, J.B. Oldemeyer, P. Pibarot, D.J. Cohen, P. Blanke, B.R. Lindman, V. Babaliaros, W.F. Fearon, D.V. Daniels, A.K. Chhatiwalla, C. Kavinsky, H. Gada, P. Shah, M. Szerlip, T. Dahle, K. Goel, W. O'Neill, T. Sheth, C.J. Davidson, R.R. Makkar, H. Prince, Y. Zhao, R.T. Hahn, J. Leipsic, B. Redfors, S.J. Pocock, M. Mack, and M.B. Leon, for the **EARLY TAVR Trial Investigators***

TAVI précoce pour RAC asymptomatique (RAC serré sans symptômes dont « stress test » et FES < 50)

Table 1. Characteristics of the Patients at Baseline.*

Characteristic	TAVR (N=455)	Clinical Surveillance (N=446)
Age — yr	76.0±6.0	75.6±6.0
Female sex — no. (%)	131 (28.8)	147 (33.0)
Race — no. (%) [†]		
Echocardiographic core laboratory variables		
Aortic-valve peak velocity — m/sec ^{‡‡}	4.3±0.5	4.4±0.4
Mean transaortic gradient — mm Hg ^{‡‡}	46.5±10.1	47.3±10.6
Aortic-valve area — cm ² ^{§§}	0.9±0.2	0.8±0.2
Left ventricular ejection fraction — % ^{¶¶}	67.4±6.5	67.4±6.7

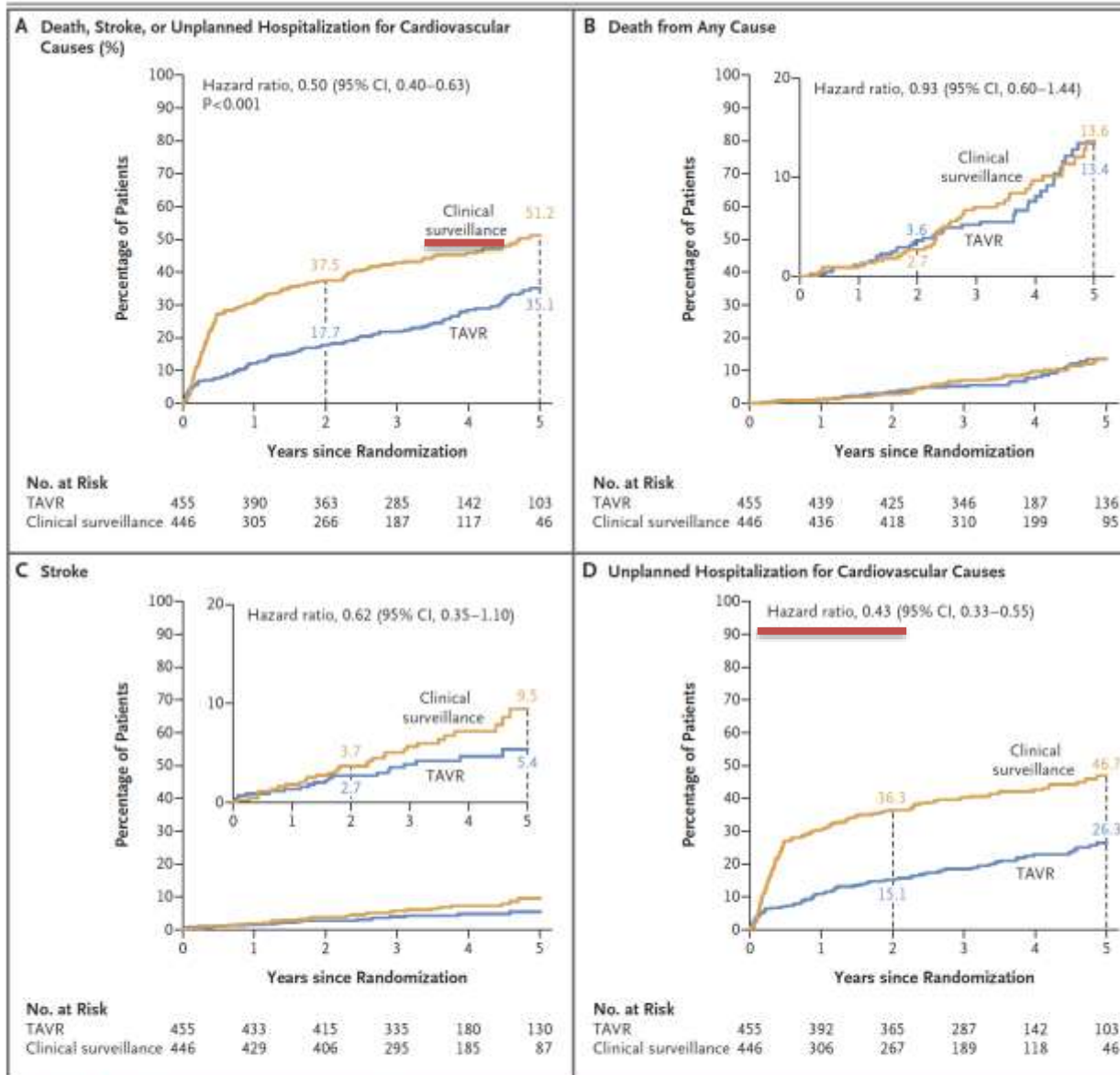


Figure 1. Time-to-Event Curves for the Composite Primary End Point and the Components of the Primary End Point.

Panel A shows Kaplan–Meier estimates of the incidence of death from any cause, stroke, or unplanned hospitalization for cardiovascular causes (the composite primary end point) in patients who underwent transcatheter aortic-valve replacement (TAVR) and in those who underwent clinical surveillance. Panels B through D show estimates of the incidence of the individual components of the primary end point. The insets show the same data on an expanded y axis. The median follow-up was 3.8 years; patients had a minimum follow-up of 2 years. The proportional-hazards assumption was tested with the use of a Cox proportional-hazards model that included an interaction term between treatment and time. The widths of the confidence intervals have not been adjusted for multiple comparisons and should not be used in place of a hypothesis test.



Depuis 2002...

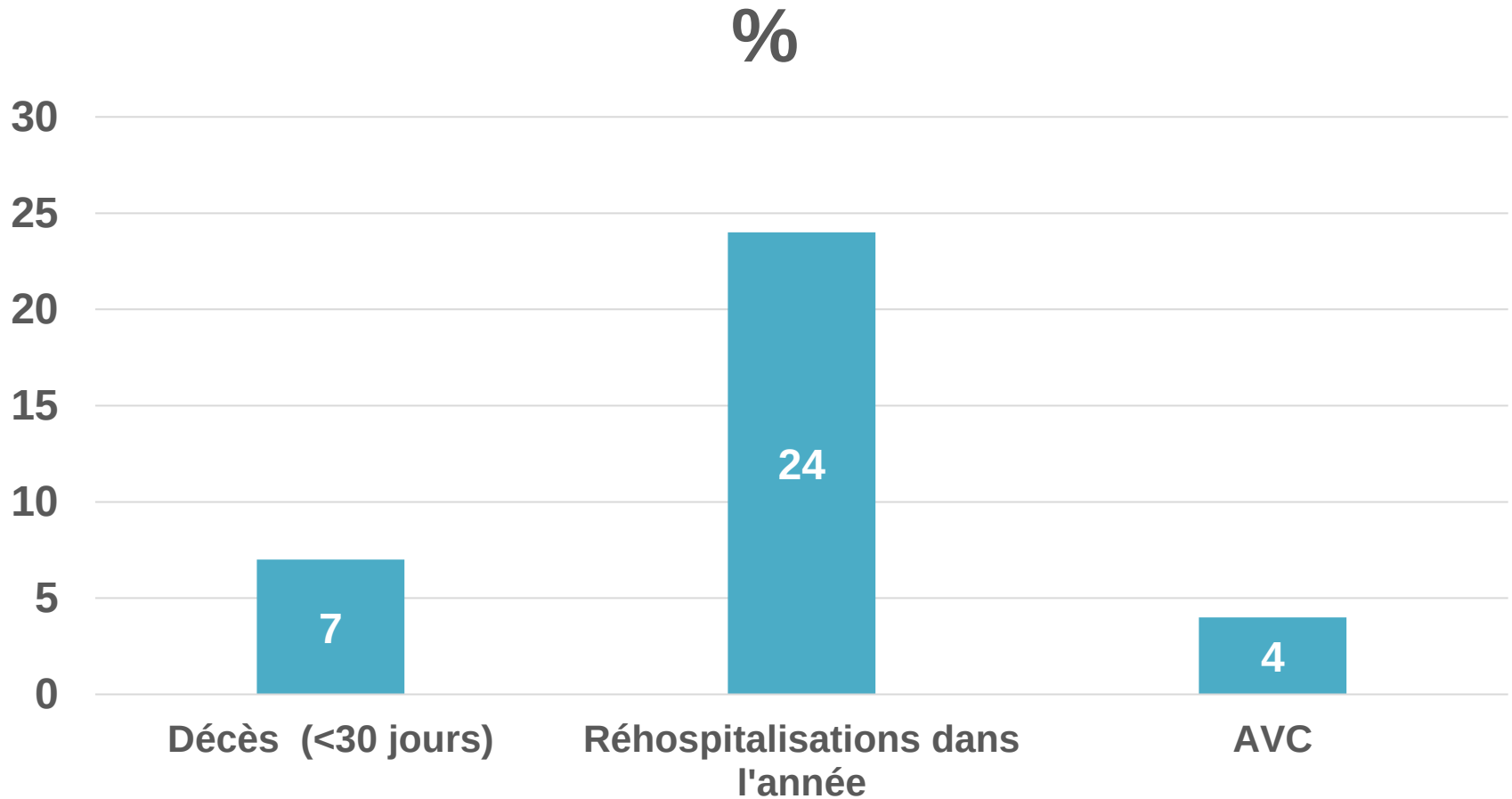
- Bioprothèse, technique, imagerie pré-implantation (TDM)
- Indications basées un score de sévérité (risque de décès à 30 jours au décours d'une SAVR)
Euroscore II, STS Prom, France-2 / ACC TAVi
- Taux de complications en diminution
- Critères hémodynamiques (gradient et « Flow ») d'implantation
- Caractère symptomatique ou non motivant l'acte
- Parcours de soins



Depuis 2002...

- Bioprothèse, technique, imagerie pré-implantation (TDM)
- Indications basées un score de sévérité (risque de décès à 30 jours au décours d'une SAVR)
Euroscore II, STS Prom, France-2 / ACC TAVi
- **Taux de complications en diminution**
- Critères hémodynamiques (gradient et « Flow ») d'implantation
- Caractère symptomatique ou non motivant l'acte
- Parcours de soins

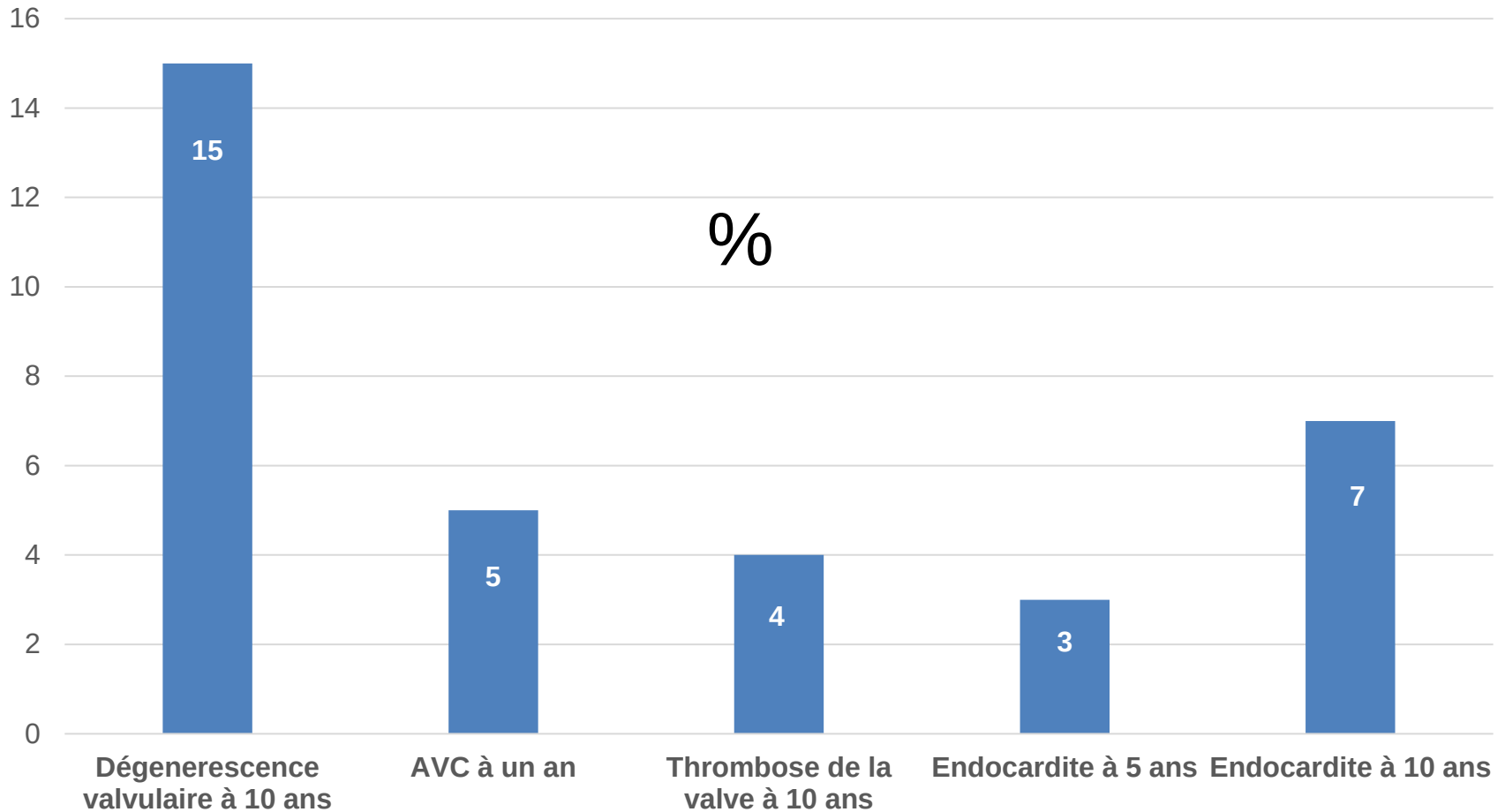
TAVi. Complications en 2015



TAVi. Complications en 2024

	SAVR (%)	TAVI (%)
Survie (délai)		
30 jours	97,5	97,8
12 mois	90,6	91,8
5 ans	56,8	52
Complications péri-procédurales	%	%
FA / PM	33 / 6	10/ 15
Hémorragies	20	11-15
Insuff. Rénale Aiguë	4	2-3
AVC	2-4	2-3
Insuffisance Aortique	-	2,5

Devenir à long terme. TAVi





Ce qui a changé depuis 2002

- Bioprothèse, technique, imagerie pré-implantation (TDM)
- Les indications basées un score de sévérité (risque de décès à 30 jours au décours d'une SAVR) Euroscore II, STS Prom, France-2 / ACC TAVi
- **Les taux de complications en diminution**
- Les critères hémodynamiques (gradient et « Flow ») d'implantation
- Le caractère symptomatique ou non motivant l'acte
- **Le parcours de soins**



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2024) **45**, 952–962
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae081>

CLINICAL RESEARCH

Valvular heart disease

Reducing length of stay after transfemoral transcatheter aortic valve implantation: the FAST-TAVI II trial

Eric Durand ^{1*}, Delphine Beziau-Gasnier^{1†}, Morgane Michel ^{2,3,4†}, Bernard Jung⁵, Didier Tchetché⁶, Guillaume Bonnet ⁷, Thibault Lhermusier ⁸, Martine Gilard⁹, Geraud Souteyrand¹⁰, Claire Bouleti¹¹, Patrick Ohlmann ¹², Thierry Lefevre¹³, Farzin Beygui ¹⁴, Stephan Chassaing¹⁵, Karine Chevreul^{2,3,4}, and Hélène Eltchaninoff¹; FAST-TAVI II and STOP-AS investigators

Méthodes

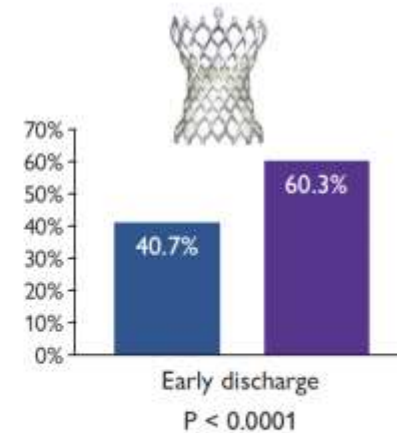
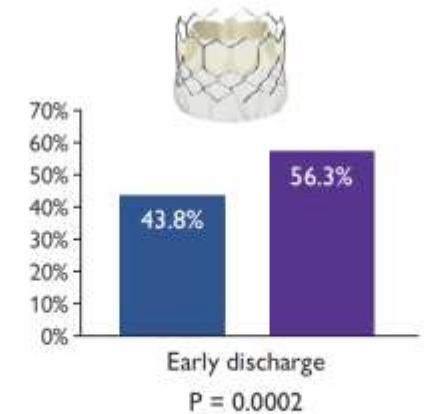
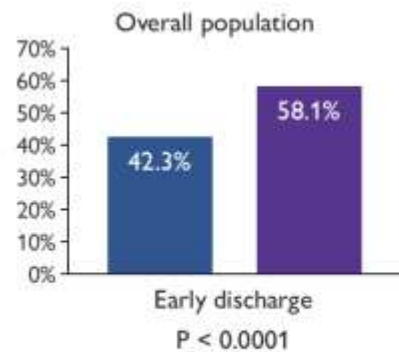
- Sténose aortique sévère et symptomatique, risque intermédiaire
- 969 malades, âge moyen : 81,9 ans comparés à 860 sujets contrôles
- Programme calibré versus soins habituels (randomisation en cluster)

Table 1 FAST-TAVI II quality of care measures

FAST-TAVI II quality of care measures	Implementation description
1. Patient and family education	The patient and if possible a family member are informed of early discharge home after the procedure in the absence of complications.
2. Education of medical and paramedical teams	At least one meeting before the start of the study to inform staff involved in procedural and post-procedural care of patients with severe aortic stenosis.
3. Daily monitoring of the patient by the operator and interaction with the rest of the team	Visit of the patient 4 to 6 h after the procedure and daily visit until discharge.
4. Anticipation of post-TAVI TTE on Day 0 or 1 before admission	TTE is scheduled on the same day or the day after the procedure.
5. Use of a decision tree for the management of conductive disturbances to reduce their impact on LOS	A decision tree is required according to local practices or by default the one proposed by Rodes-Cabau J <i>et al.</i> (J Am Coll Cardiol 2019;74:1086–106).
6. Echo-guided or angio-guided puncture of the common femoral artery (principal access)	Echo-guided or angio-guided femoral puncture is required to reduce vascular complications.
7. Echographic or angiographic control of principal femoral access at the end of the procedure	Echographic or angiographic control is required at the end of the procedure to confirm the correct closure of the access site and immediate management of vascular complications even minor.
8. Early mobilization of the patient after the procedure	Early mobilization by a nurse 4–6 h after the procedure in the absence of haemorrhagic or vascular complications.
9. Prevention of bleeding complications	Stop oral anticoagulant therapy at least 48 h before the procedure; prescription of single antiplatelet therapy in patients without indication of oral anticoagulant alone or VKA/DOAC alone in patients without recent percutaneous coronary intervention; contraindication of a loading dose of clopidogrel before TAVI.
10. Prevention of acute kidney injury	Stop nephrotoxic drugs 48 h before the procedure, hydrate the patient before and after the procedure and limit the amount of contrast, especially in patients with chronic renal failure.

LOS, length of stay; TAVI, transcatheter aortic valve implantation; TTE, transthoracic echocardiography; VKA/DOAC, vitamin k antagonist/direct oral anticoagulant.

FAST-TAVI II trial (cluster randomized control study)



● Control group ● Intervention group



Mais parfois

- Trop d'aisance conduit à des interventions « futiles »
- L'évaluation des caractéristiques gériatriques des malades âgés avant TAVI est aléatoire
- Des syndromes gériatriques sont cependant latents et pondèrent le pronostic

Clinical Investigations

Sarcopenia and frailty in patients undergoing transcatheter aortic valve replacement



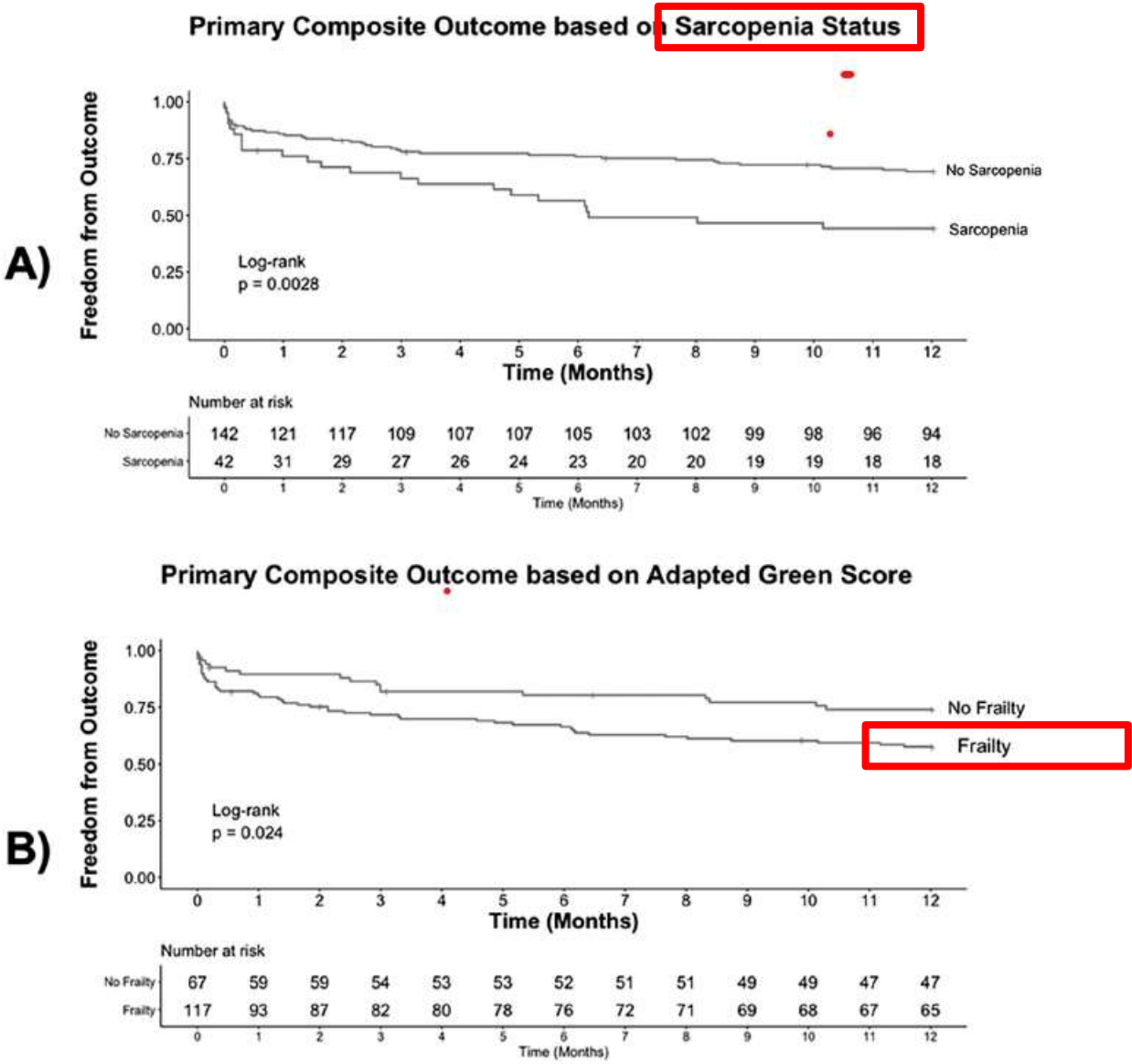
Ian Persits, DO^a, Saeid Mirzai, DO^{a,b}, Kunaal S. Sarnaik, BS^c, Maximilian C. Volk, DO^a, James Yun, MDPhD^d, Serge Harb, MD^d, Rishi Puri, MDPhD^d, Samir Kapadia, MD^d, Amar Krishnaswamy, MD^d, Po-Hao Chen, MDMBA^e, Grant Reed, MD^d, and W. H. Wilson Tang, MD FACC FAHA FHFA^d *Cleveland, OH; Winston-Salem, NC*

(Am Heart J 2024;276:49–59.)

Méthodes

- 184 personnes âgées (41 % de femmes, 77 ans)
- Recueil :
 - statut de sarcopénie observé chez 23 % des participants (TDM) et vitesse de marche ralentie ou force (grip) diminué
 - Fragilité (« Green score »), fréquence : 63,6 %
- CJP : ré-hospitalisations ou décès dans les 12 mois si sarcopénie ou fragilité intégrant une sarcopénie (« Green SMI »)

Figure 3. Kaplan-Meier survival analysis stratified by sarcopenia and frailty subgroups. caption: Kaplan-Meier analyses for the primary composite outcome stratified by: A, Sarcopenia status, B, Adapted green frailty, and C, Green-SMI frailty



Primary Composite Outcome based on Green-SMI Score

**Insuffisance mitrale (IM).
Mitra clip**

Insuffisance mitrale organique

Causes

- rupture de piliers +/- cordage (ischémie)
- calcifications
- dégénérescence myxoïde, prolapsus mitral (60 %)
- endocardite

IM secondaire (fonctionnelle)

Causes

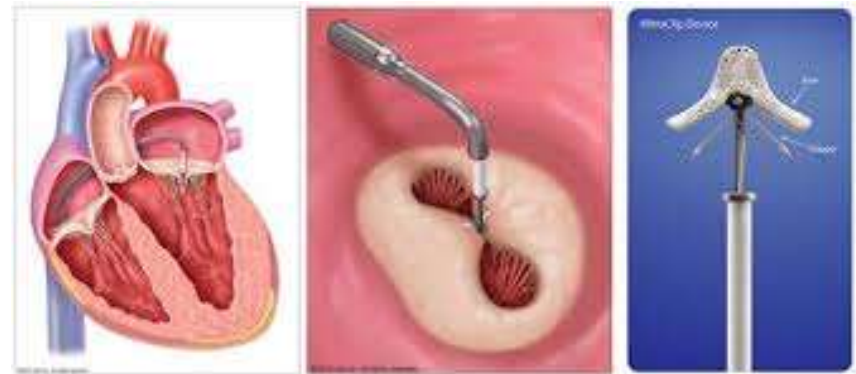
- Cardiopathie dilatée
- Structure valvulaire déformée
- Dysfonction VG

Conséquence

- 50 % des malades avec IC ont une IM fct (stade variable)
- Hospitalisations multiples
- Surmortalité

Traitement

- Chirurgie : plastie mitrale, RVM (CEC), Alfieri
- Echographie +++
- Mitraclip (TEER)



Mitraclip

Indications

- IM fonctionnelle :
 - Grade 3-4 (critères écho)
 - Symptômes +++ (IC non contrôlée)
 - Non opérables ou Ht risque, hospitalisation récente, $20 < \text{FES} < 50$
 - Surface valvulaire augmentée
- Prolapsus mitral

Résultats

- Amélioration du pronostic vitale et réduction de l'intensité de l'IC et du nb de réhospitalisations
- Complications : FA, hémorragie (ponction), hémopéricarde, AVC (inférieur à RVM), IM résiduelle

Maladie coronaire du sujet âgé: diagnostic et prise en charge

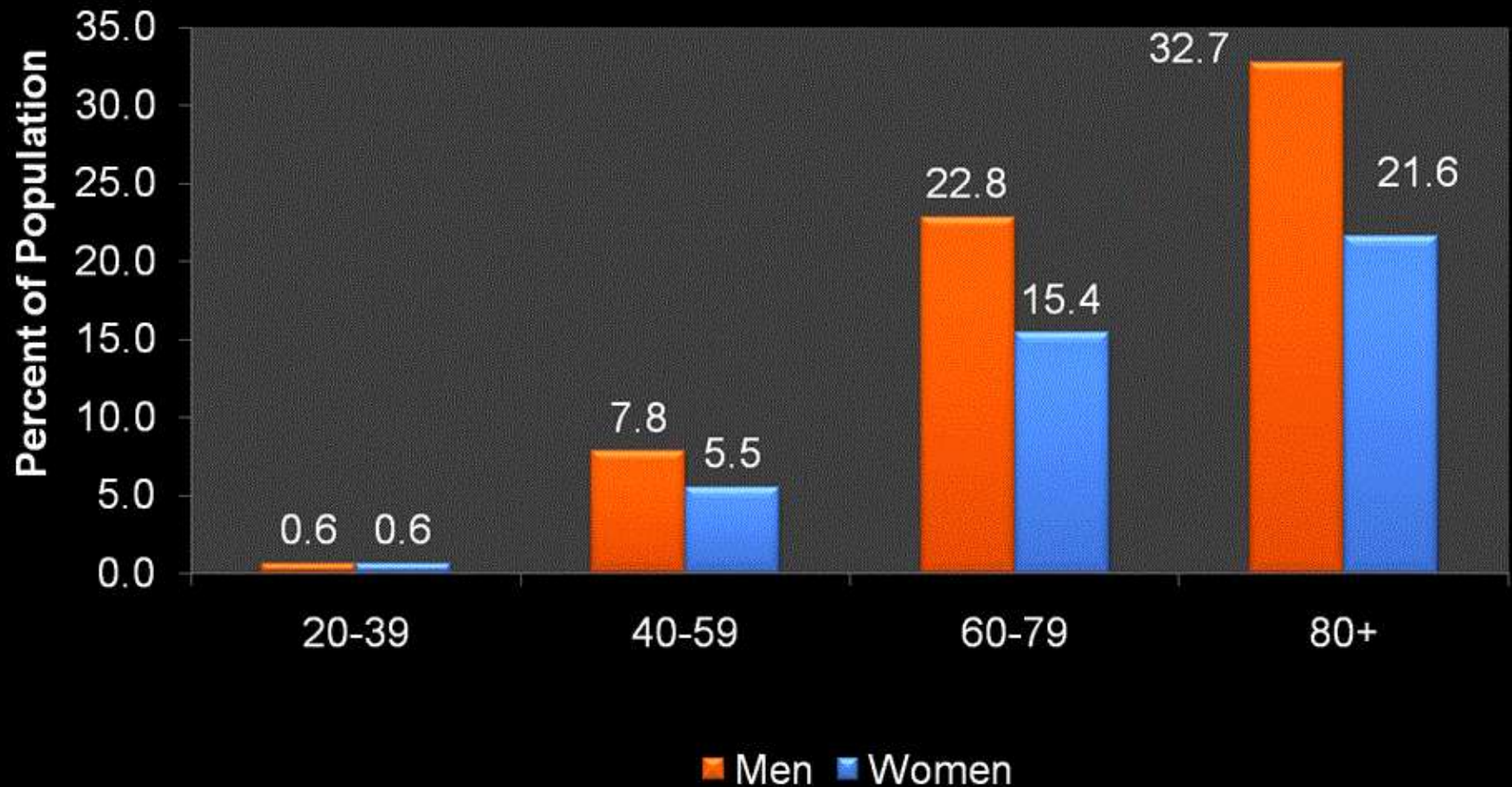
Florence LECLERCQ

Département de cardiologie

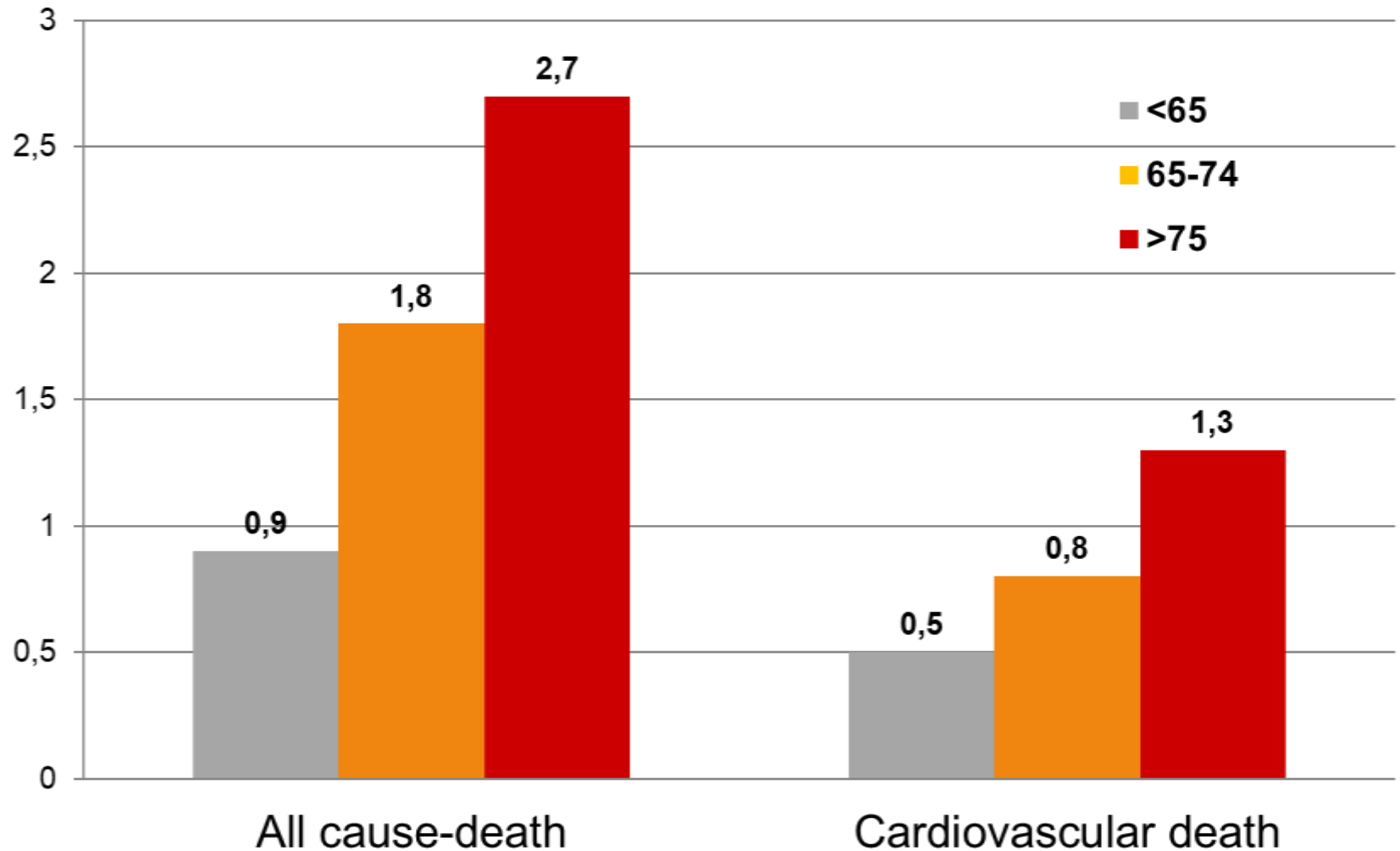
CHU Montpellier



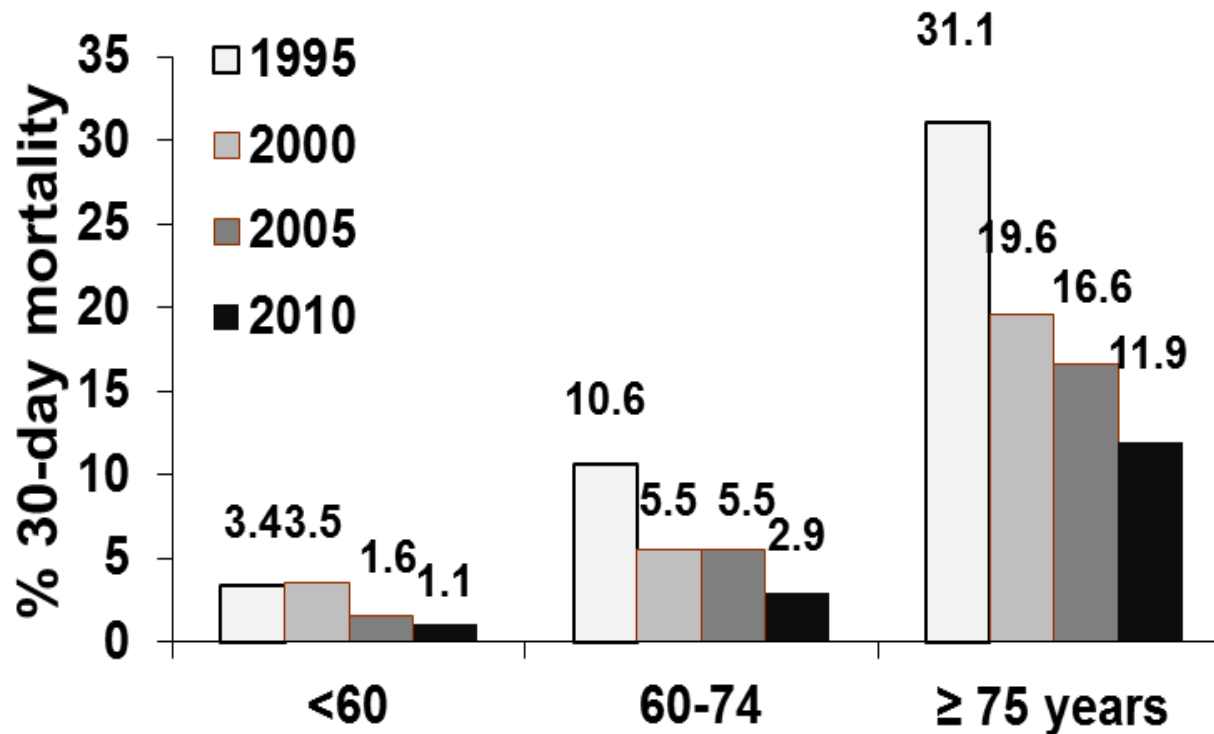
Prevalence of Coronary Heart Disease by Age and Sex in the U.S. from 1999-2004



Chronic CAD: Impact of age on outcomes



USIK et FAST MI french registries

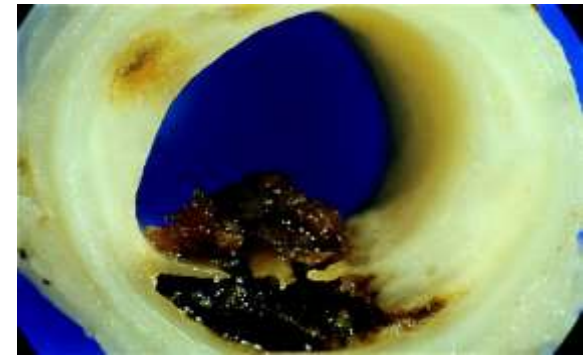
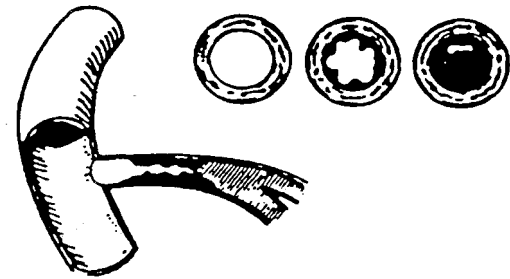
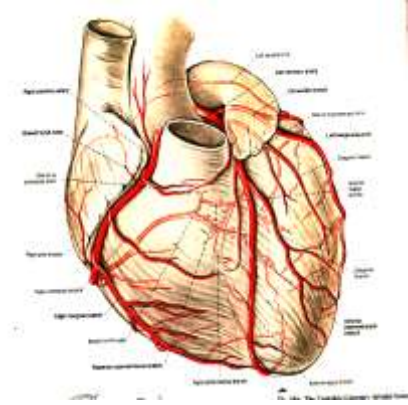


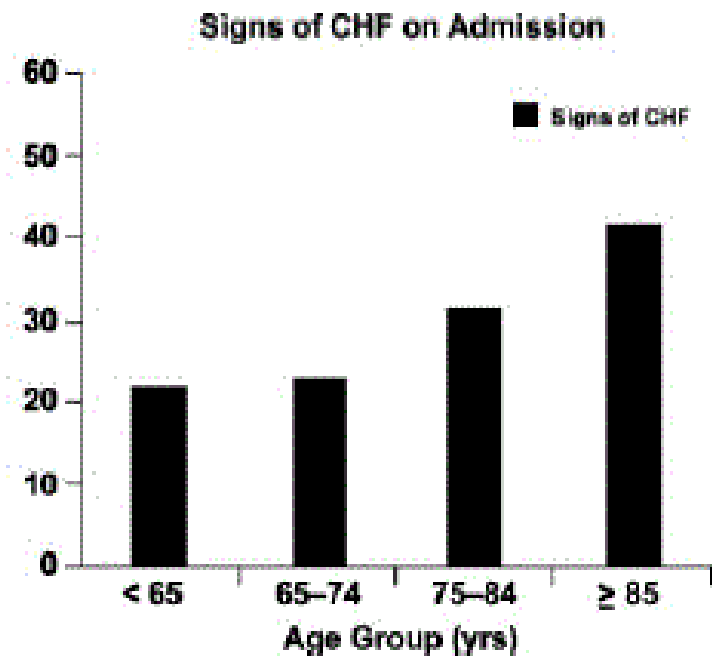
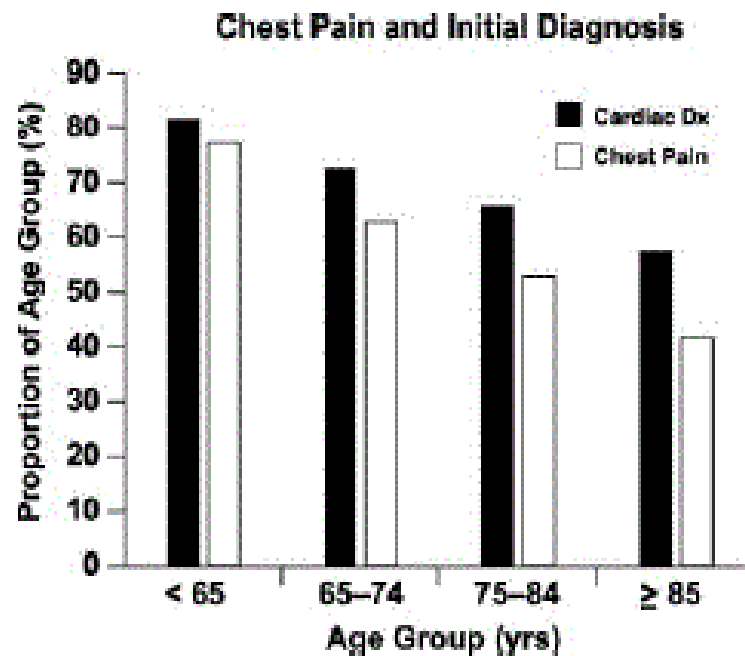
: Changes in 30-day mortality according to age

2 situations distinctes

- **Syndromes coronaires chroniques** (maladie coronaire stable ou « stabilisée ») : maladie chronique, prise en charge surtout médicale
- **Syndromes coronaires aigus (STEMI et NSTEMI)** : complications brutales, rôle important de la thrombose, prise en charge interventionnelle

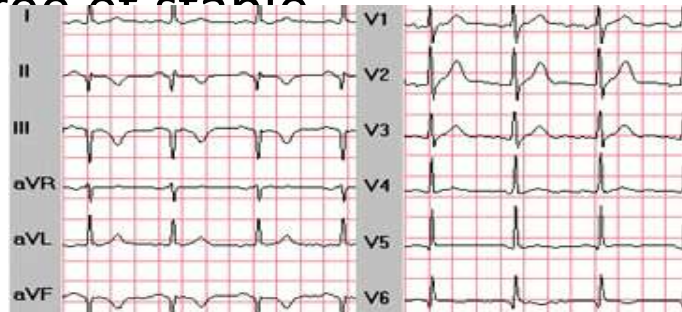
**Symptômes souvent atypiques,
diagnostic parfois difficile**





Cas clinique

- Homme de 88 ans
- Bon état général; vit à domicile avec son épouse, quelques aides, autonome vie quotidienne
- Cardiopathie ischémique connue: STEMI inférieur il y a 2 ans
- Dyspnée d'effort modérée et stable
- ECG

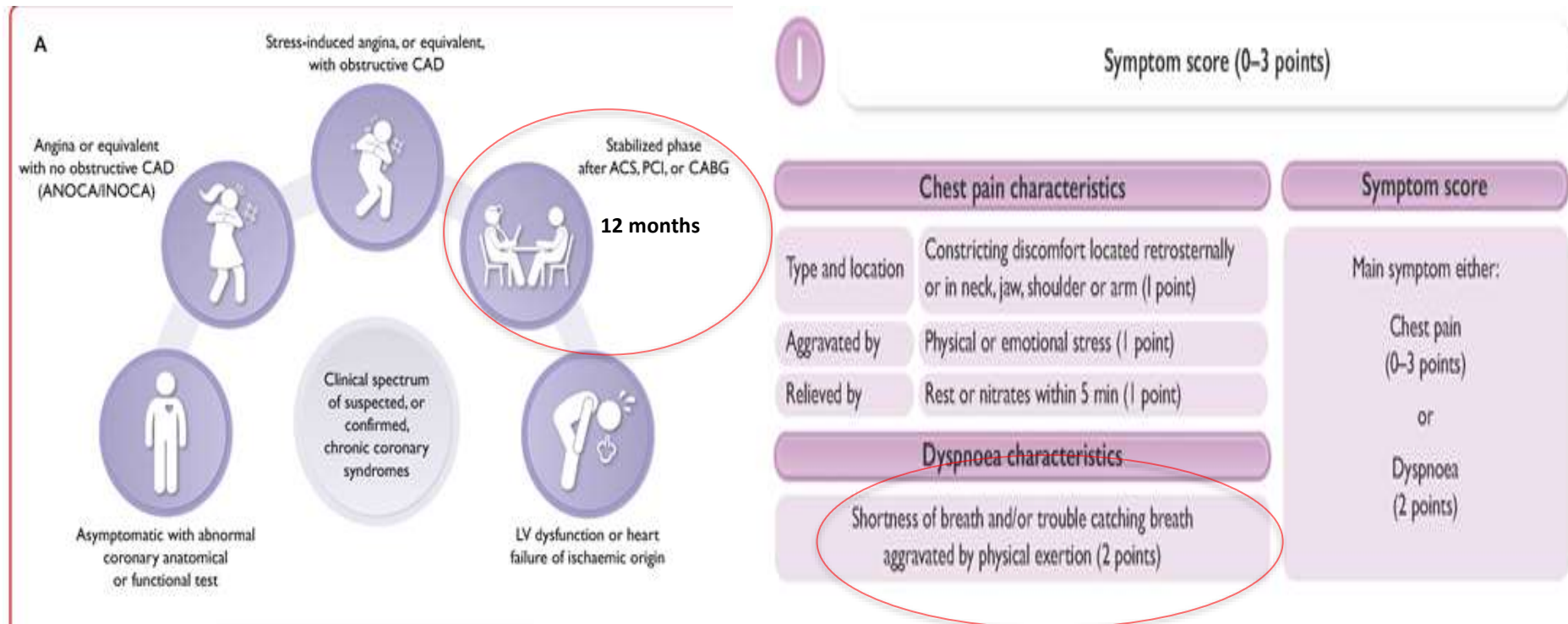


- Echographie (2024): FEVG 55%; hypokinésie postérobasale
- Biologie: créatinine 95 μ moles, DFG: 50 ml/min, LDL:1,3g/l, BNP: 600 ng/l
- Traitement: bisoprolol 2,5mg, perindopril 4 mg, aspirine 75 mg, rosuvastatine 5 mg

Quelles sont les affirmations vraies à propos de ce patient ?

- A- Il a une maladie coronaire qui peut être considérée comme stable
- B- Le traitement anti agrégant plaquettaire est obligatoire
- C- Les statines sont inutiles à cet âge
- D- Une épreuve d'effort est souhaitable
- E- La poursuite du traitement B bloquant est obligatoire
- F- Une scintigraphie myocardique est à réaliser tous les deux ans selon les recommandations
- G- Une consultation de cardiologie tous les ans est souhaitable

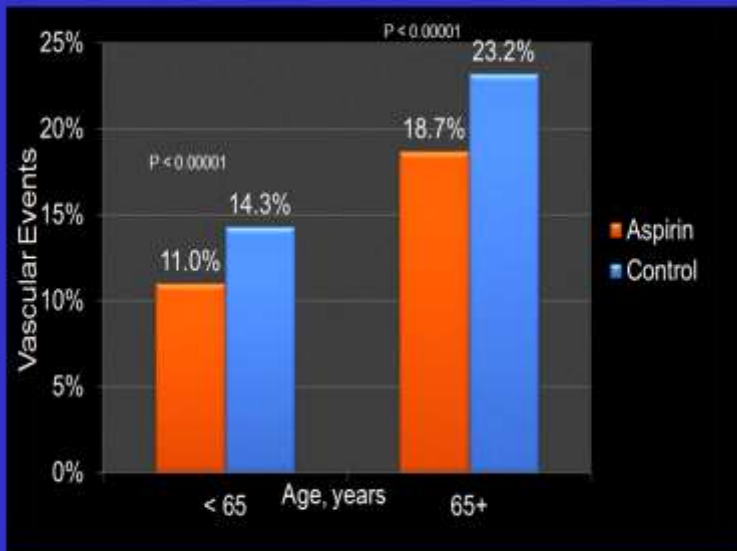
Syndrome coronaire chronique: ESC guidelines 2024



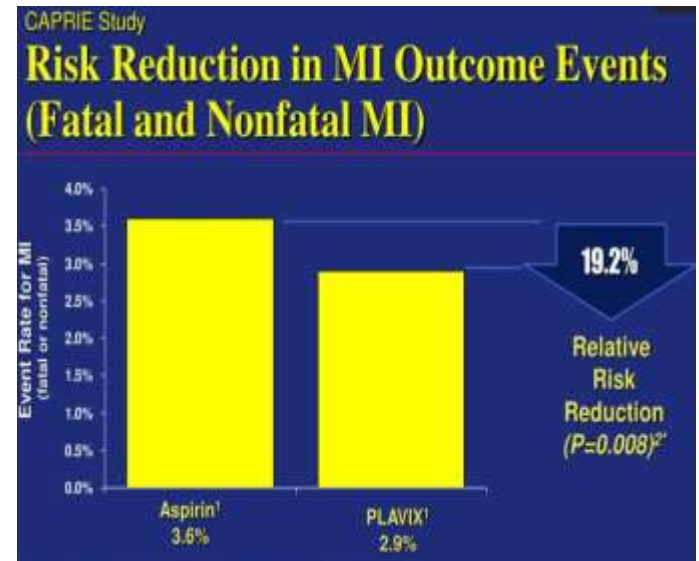
Pathologie coronaire connue sans aggravation récente des symptômes

Traitement anti agrégant et maladie coronaire stable: non discutable

Long-term Benefits of Aspirin



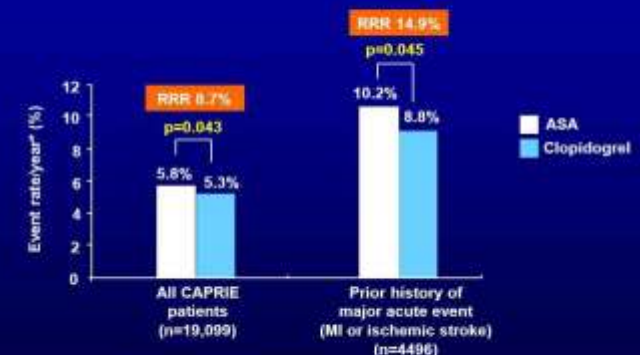
REF: Antiplatelet Trialists' Collaboration. BMJ 1994;308:81-106



The Lancet,

Volume 348, Issue 9038, P1329-1339, November 16, 1996

CAPRIE: Clopidogrel Provides Amplified Benefit in Patients with High Vascular Risk¹



¹MI, ischemic stroke or vascular death; mean duration of treatment was 1.6 years.

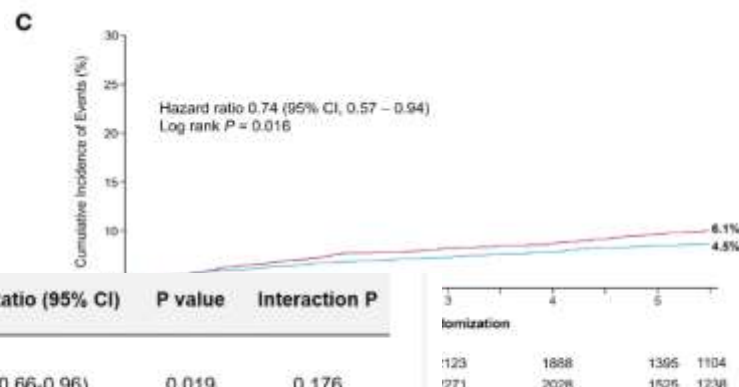
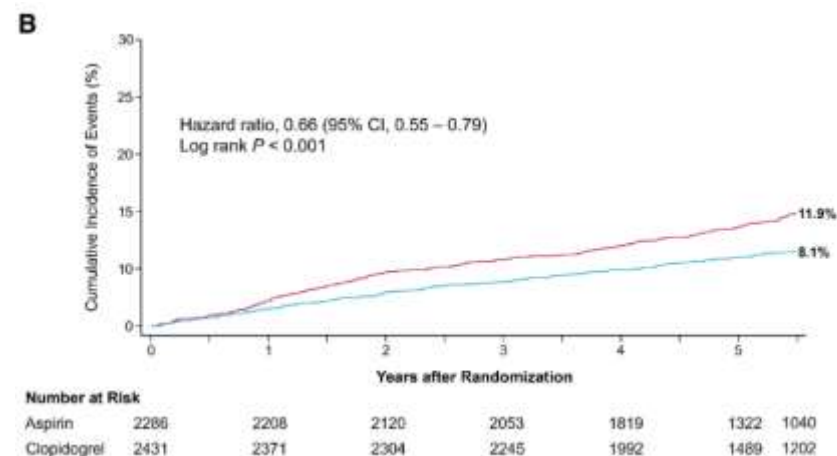
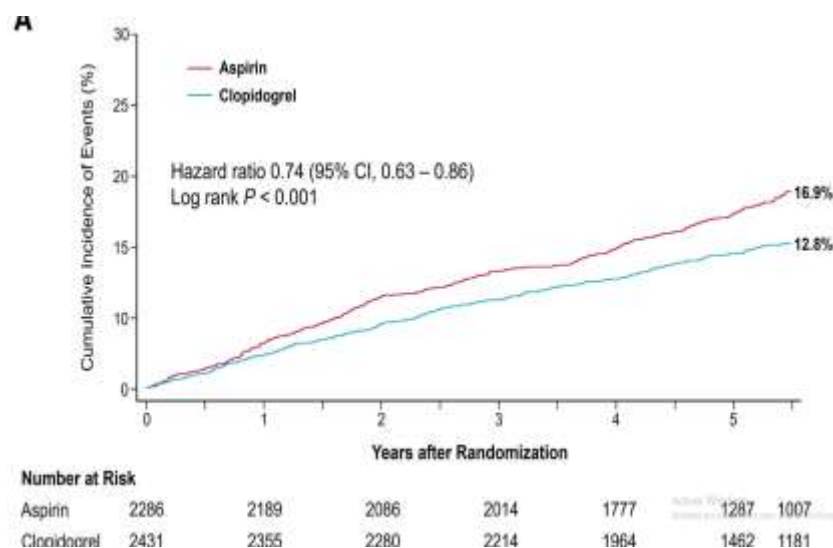
¹ Rongchun PA et al. Stroke 2004; 35: 528-532

HARISMA

Aspirin Versus Clopidogrel for Long-Term Maintenance Monotherapy After Percutaneous Coronary Intervention: The HOST-EXAM Extended Study

Circulation

Volume 147, Issue 2, 10 January 2023; Pages 108-117
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.062770>



Cumulative incidence of the primary end point, consisting of all-cause death, nonfatal myocardial infarction, stroke, readmission attributable to acute coronary syndrome, and major bleeding

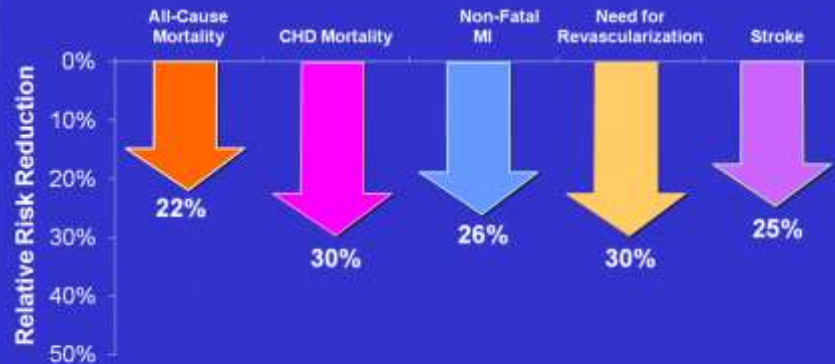
	Clopidogrel group (events/patients)	Aspirin group (events/patients)		Hazard Ratio (95% CI)	P value	Interaction P
Age (years)						
≥65	200/1040	232/992		0.80 (0.66-0.96)	0.019	0.176
<65	110/1390	155/1294		0.65 (0.51-0.83)	<0.001	

Statines ?

- Non discutables en prévention secondaire quelque soit l' âge

Statin Therapy Meta-Analysis

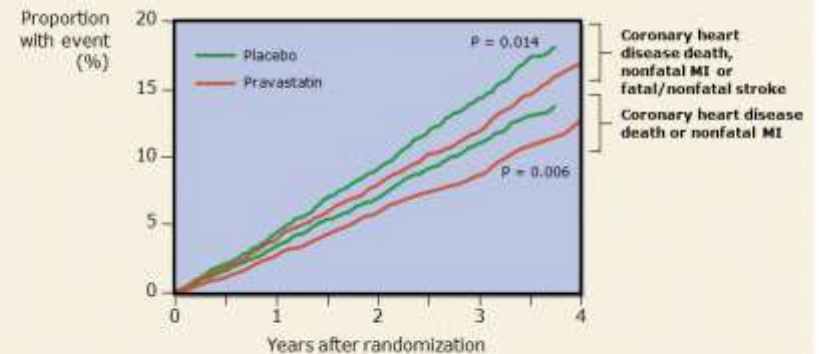
Relative Risk Reduction in Outcomes in Patients ≥ 65 Years
n = 19,569 after mean follow-up of 4.9 years



Afilalo J, et al. J Am Coll Cardiol. 2008 Jan 1;51(1):37-45.

PROSPER: PROSpective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk - RESULTS continued -

Primary and secondary outcomes



Shepherd et al. Lancet 2002; 360:1623-30.

Statin Discontinuation and Cardiovascular Events Among Older People in Denmark

Wade Thompson, PharmD, PhD; Lucas Morin, PhD; Dorte Ejg Jarbøl, MD, PhD; Jacob Harbo Andersen, MSc; Martin Thomsen Ernst, MSc; Jesper Bo Nielsen, PhD; Peter Haastrup, MD, PhD; Morten Schmidt, MD, PhD; Anton Pottegård, MScPhm, PhD, DMSc

Figure 2. Cumulative Incidence Curve for the Outcome of Major Adverse Cardiovascular Events in the Secondary Prevention Cohort

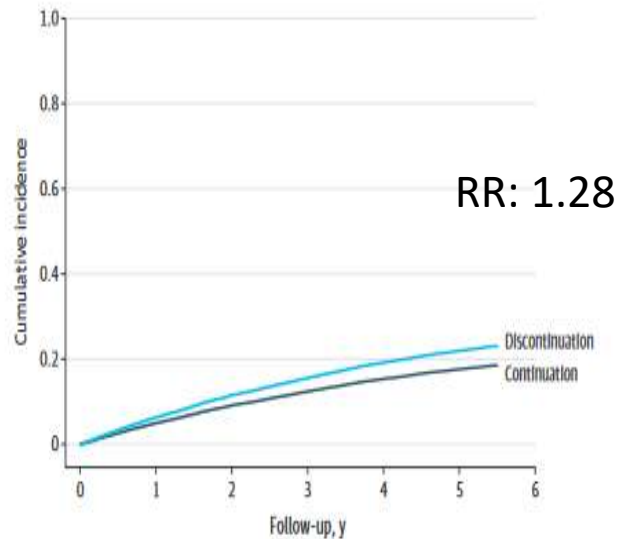
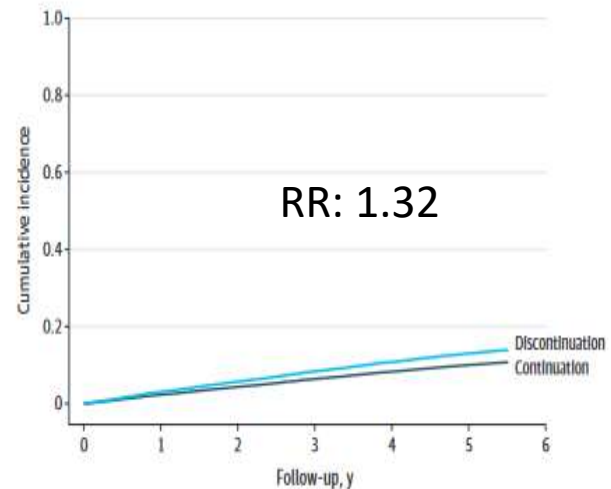


Figure 1. Cumulative Incidence Curve for the Outcome of Major Adverse Cardiovascular Events in the Primary Prevention Cohort



67400 patients dont 27000 en prévention primaire
Age moyen 79 ans

Traitement B bloquant et maladie coronaire

- **Essais en post infarctus très anciens** avant l'ère de la thrombolyse ou de l'angioplastie et de l'environnement pharmacologique actuel
- **Remise en question de leur intérêt** chez les patients sans dysfonction VG (FE>40%)

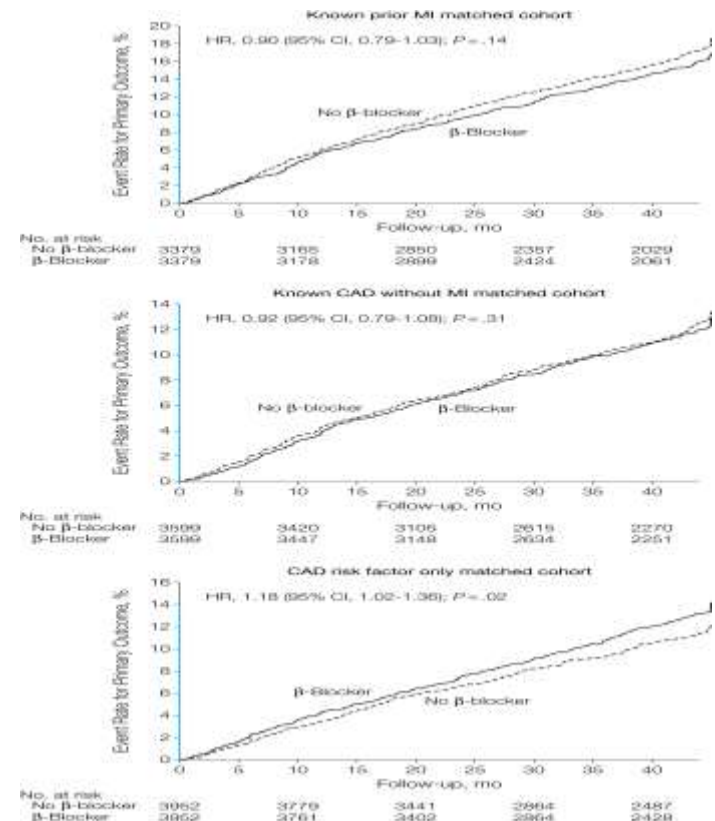
Incidence du critère primaire (décès cardiovasculaire, IDM, AVC) en fonction de la prise ou non de bêtabloquant dans REACH

Groupe	décès/IDM/AVC (bras BB+ vs bras BB-)	RR (IC 95%)
Post-IDM (n=6700)	16,9% vs 18,6%	0,90 (0,79-1,03)
Coronarien sans ATCD d'IDM (n=7000)	12,9% vs 13,5%	0,92 (0,79-1,08)
Haut risque cardiovasculaire (n=18000)	14,2% vs 12,1%	1,18 (1,02-1,36)

44 708 patients, suivi 44 mois

- Post idm (31%) dont 67 % sous B bloquants
- coronariens stables (27%) dont 57 % sous B bloquants
- Atheromateux à risque (42%) dont 26% sous B bloquants

JAMA. 2012;308(13):1340-1349. doi:10.1001/jama.2012.12559



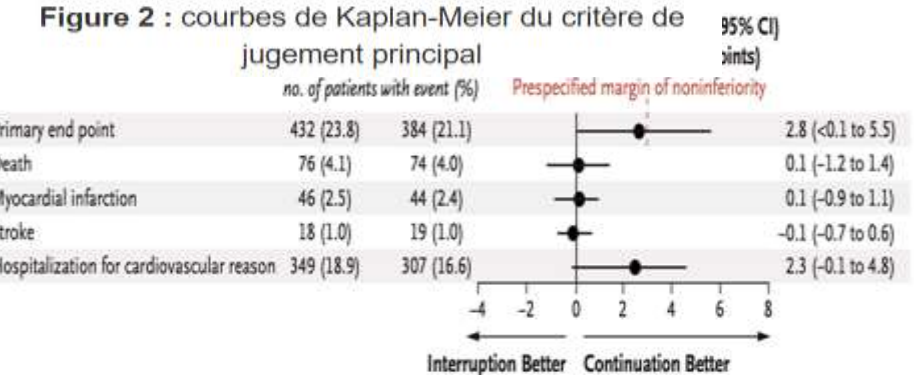
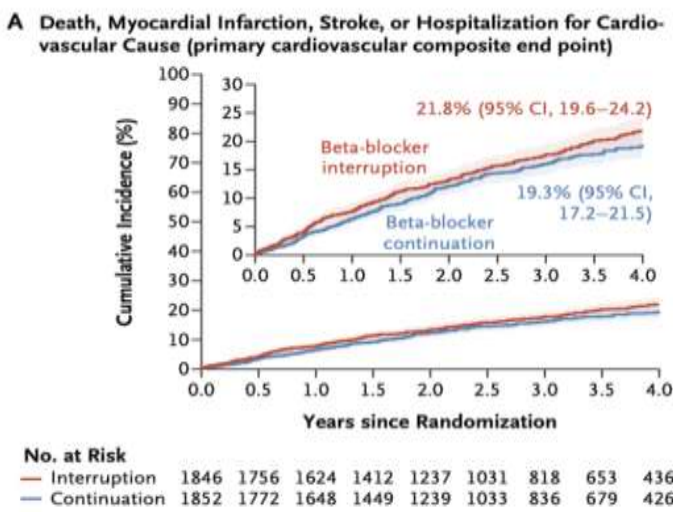
ABYSS

Beta-Blocker Interruption or Continuation after Myocardial Infarction

J. Silvain, G. Cayla, E. Ferrari, G. Range, E. Puymirat, N. Delarche, P. Guedeney, T. Cuisset, F. Ivanès, T. Lhermusier, T. Petroni, G. Lemesle, F. Bresoles, J.-N. Labeque, T. Pommier, J.-G. Dillinger, F. Leclercq, F. Boccard, P. Lim, T. Besseyre des Horts, T. Fourme, F. Jourda, A. Furber, B. Lattuca, N. Redjimi, C. Thuair, P. Deharo, N. Procopi, R. Dumaine, M. Slama, L. Payot, M. El Kasty, K. Aacha, A. Diallo, E. Vicaut, and G. Montalescot, for the ABYSS Investigators of the ACTION Study Group*

DOI: 10.1056/NEJMoa2404204
Copyright © 2024 Massachusetts Medical Society.

3700 patients plus de 6 mois après infarctus FE > 40%



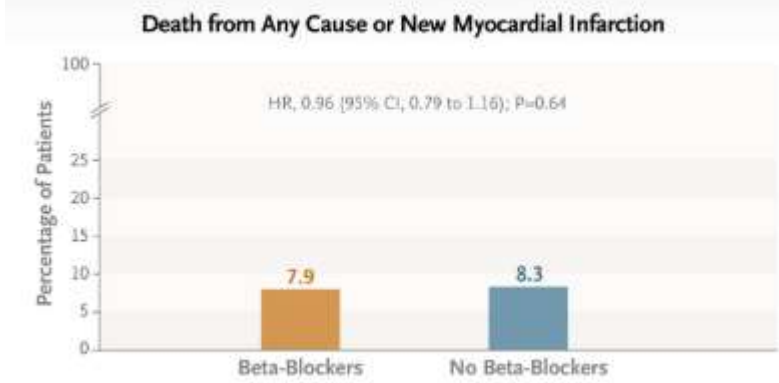
REDUCE-MI

Beta-Blockers after Myocardial Infarction and Preserved Ejection Fraction

Authors: Troels Yndeggen, M.D., Bertil Lindahl, Ph.D., Katarina Mars, M.D., Joakim Alfredsson, Ph.D., Jocelyne Benatar, Ph.D., Lisa Brandin, Ph.D., David Erlinge, Ph.D., +12, for the REDUCE-AMI Investigators* [Author Info & Affiliations](#)

Published April 7, 2024 | N Engl J Med 2024;390:1372-1381 | DOI: 10.1056/NEJMoa2401479 | VOL. 390 NO. 15

5020 patients, infarctus récent FE > 50 %



Suivi du coronarien stable et âgé ?

- **Test fonctionnels**

- **Aucune recommandation** sur indication et fréquence des tests

Recommendations for diagnosis of disease progression in patients with established chronic coronary syndrome

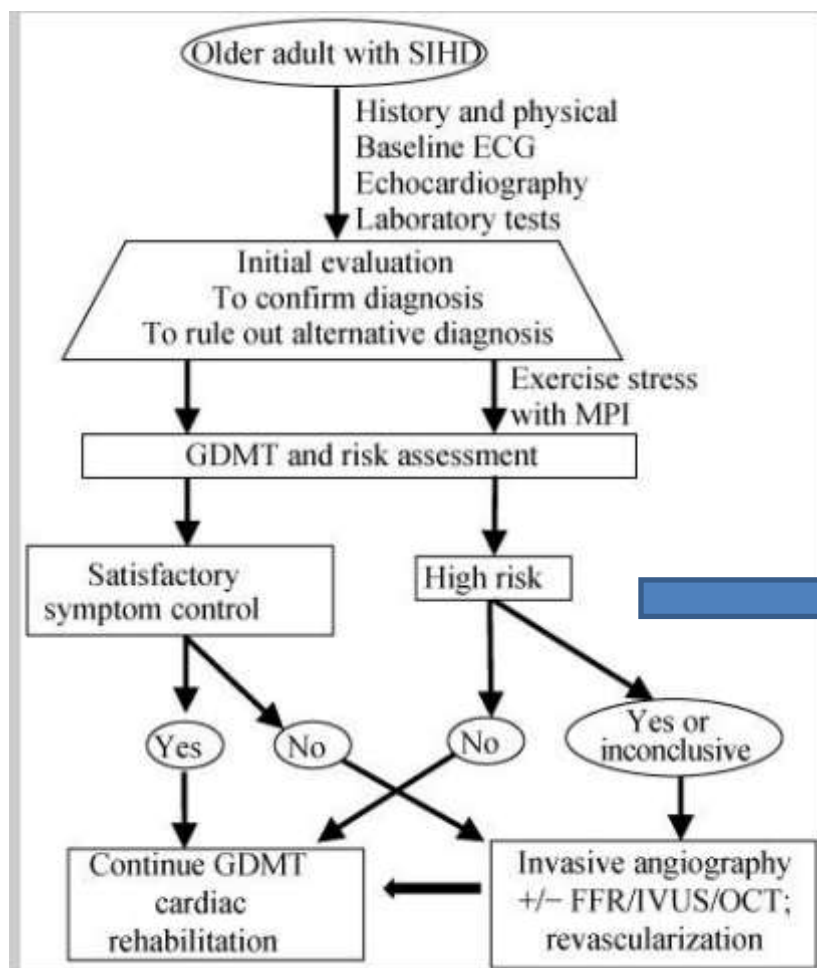


Recommendations	Class	Level
<i>Asymptomatic patients with established chronic coronary syndromes</i>		
<u>Regardless of symptoms, periodic visits (e.g. annual) to a general practitioner or cardiovascular healthcare professional are recommended to evaluate cardiovascular risk factor control and to assess changes in risk status, disease status, and comorbidities that may require lifestyle, medical, or procedural interventions.</u>	I	C
<i>Symptomatic patients with established chronic coronary syndromes</i>		
<u>Reassessment of CAD status is recommended in patients with deteriorating LV systolic function that cannot be attributed to a reversible cause (e.g. longstanding tachycardia or myocarditis).</u>	I	C
<u>Risk stratification is recommended in patients with new or worsening symptoms, preferably using stress imaging.</u>	I	C

Stable ischemic heart disease in the older adults

Xuming Dai,¹ Jan Busby-Whitehead,² Daniel E Forman,³ and Karen P Alexander⁴

J Geriatr Cardiol. 2016 Feb; 13(2): 109–114.



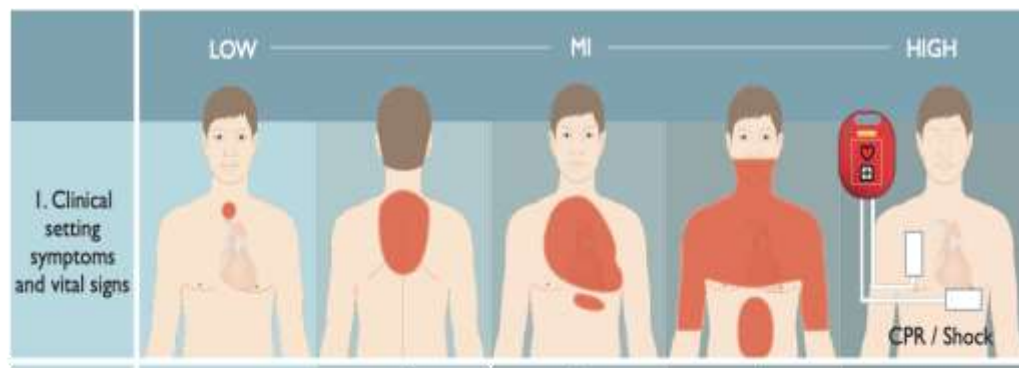
- LV dysfunction (FE<40%)
- Large or early ischemia (> 15%)
- Ventricular arrhythmia
- Severe angina

Quelles sont les affirmations vraies à propos de ce patient ?

- Il a une maladie coronaire qui peut être considérée comme stable
- Le traitement anti agrégant plaquettaire est obligatoire
- Les statines sont inutiles à cet âge
- Une épreuve d'effort est souhaitable
- La poursuite du traitement B bloquant est obligatoire
- Une scintigraphie myocardique est à réaliser tous les deux ans selon les recommandations
- Une consultation de cardiologie tous les ans est souhaitable

Le patient vous reconsulte quelques semaines plus tard car il se plaint désormais de douleurs thoraciques au moindre effort ; il signale même une douleur nocturne qui l'a réveillé la nuit dernière et qui a cédé une demi heure après la prise de trinitrine sublinguale

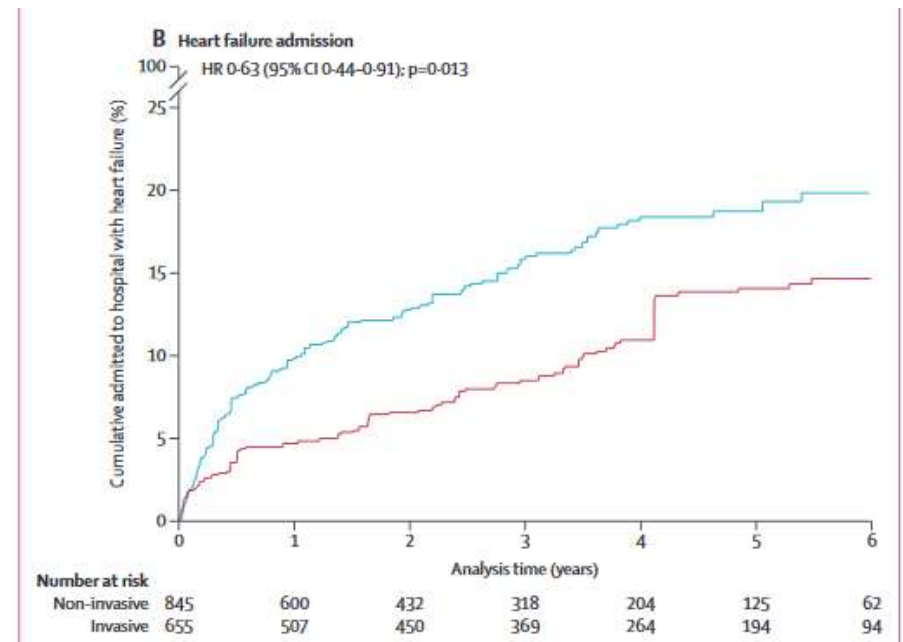
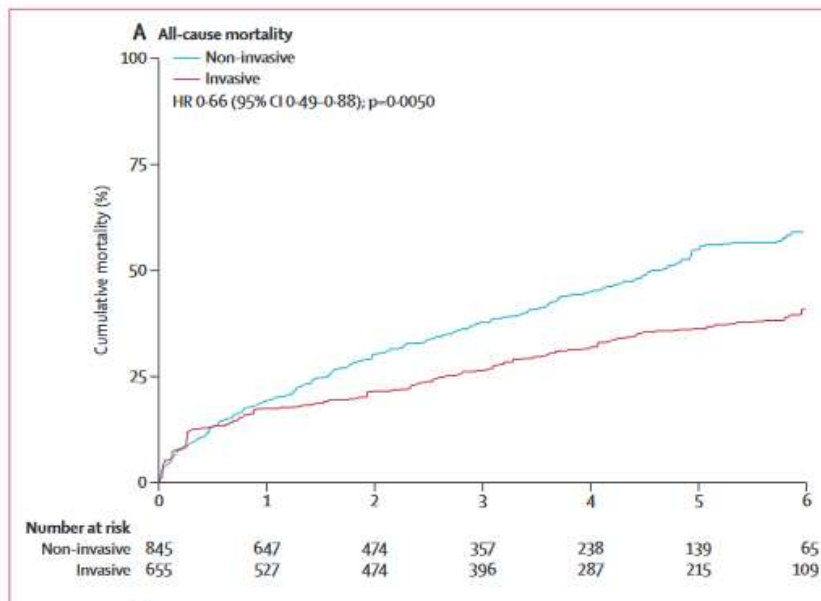
- A- Vous évoquez un syndrome coronaire aigu
- B- Vous décidez d'hospitaliser le patient
- C- Le dosage de troponine est obligatoire pour poser le diagnostic de syndrome coronaire aigu ST moins (NSTEMI)
- D- Une scintigraphie myocardique sera nécessaire si le diagnostic est confirmé
- E- Une coronarographie est recommandée dans ce contexte
- F- Une double anti agrégation plaquettaire sera obligatoire si le diagnostic de NSTEMI est confirmé



Invasive versus non-invasive management of older patients with non-ST elevation myocardial infarction (SENIOR-NSTEMI): a cohort study based on routine clinical data

Amit Kaura, Jonathan A C Sterne, Adam Trickey, Sam Abbott, Abdulrahim Mulla, Benjamin Glampson, Vasileios Panoulas, Jim Davies, Kerrie Woods, Joe Omigie, Anoop D Shah, Keith M Channon, Jonathan N Weber, Mark R Thursz, Paul Elliott, Harry Hemingway, Bryan Williams, Folkert W Asselbergs, Michael O'Sullivan, Graham M Lord, Narbeh Melikian, Thomas Johnson, Darrel P Francis, Ajay M Shah, Divaka Perera, Rajesh Kharbanda, Riyaz S Patel, Jamil Mayet

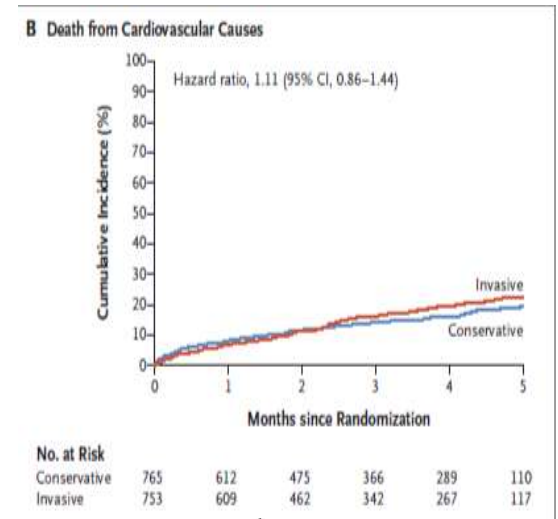
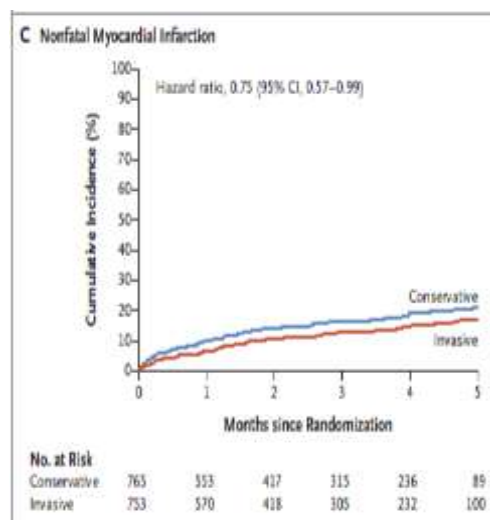
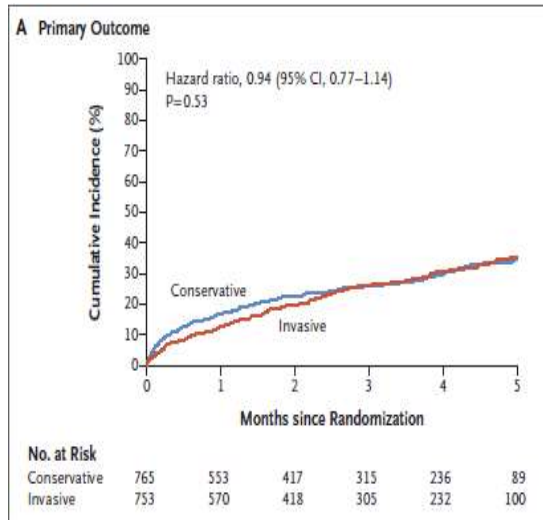
www.thelancet.com Vol 396 August 29, 2020



SENIOR RITA

N Engl J Med 2024;391:1673-1684 | DOI: 10.1056/NEJMoa2407791

- Étude randomisée anglaise publiée dans le **NEJM Septembre 2024**
- Population : patient **>75ans avec un diagnostic clinique de NSTEMI**
- Comparaison d'un **traitement médical optimal** versus **traitement invasif** par coronarographie et revascularisation + traitement médical optimal



Subgroup	Invasive Management no. of events/total no. (%)	Conservative Management no. of events/total no. (%)	Hazard Ratio (95% CI)
Frailty status (Rockwood criteria)			
Nonfrail	130/600 (22)	136/601 (23)	0.93 (0.73-1.19)
Frail	63/153 (41)	65/164 (40)	0.95 (0.67-1.35)
Cognitive impairment (MoCA <26)			
Not impaired	64/291 (22)	48/255 (19)	1.18 (0.81-1.72)
Impaired	116/433 (27)	142/476 (30)	0.85 (0.67-1.09)
Charlson Comorbidity Index score			
≤5	85/435 (20)	92/449 (20)	0.92 (0.69-1.24)
>5	108/318 (34)	109/315 (35)	0.93 (0.71-1.22)
Age			
<80	37/211 (18)	54/246 (22)	0.70 (0.46-1.07)
≥80	156/542 (29)	147/519 (28)	1.01 (0.81-1.27)
Sex			
Male	111/416 (27)	123/423 (29)	0.91 (0.70-1.17)
Female	82/337 (24)	78/342 (23)	1.00 (0.73-1.37)

Recommendations for older persons with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome

Recommendations	Class	Level
It is recommended to apply the same diagnostic strategies in older patients as for younger patients.	I	B
It is recommended to apply the same interventional strategies in older patients as for younger patients.	I	B
The choice of antithrombotic agent and dosage, as well as secondary preventions, should be adapted to renal function, as well as specific contraindications.	I	B

La double anti agrégation plaquettaire (DAPT)

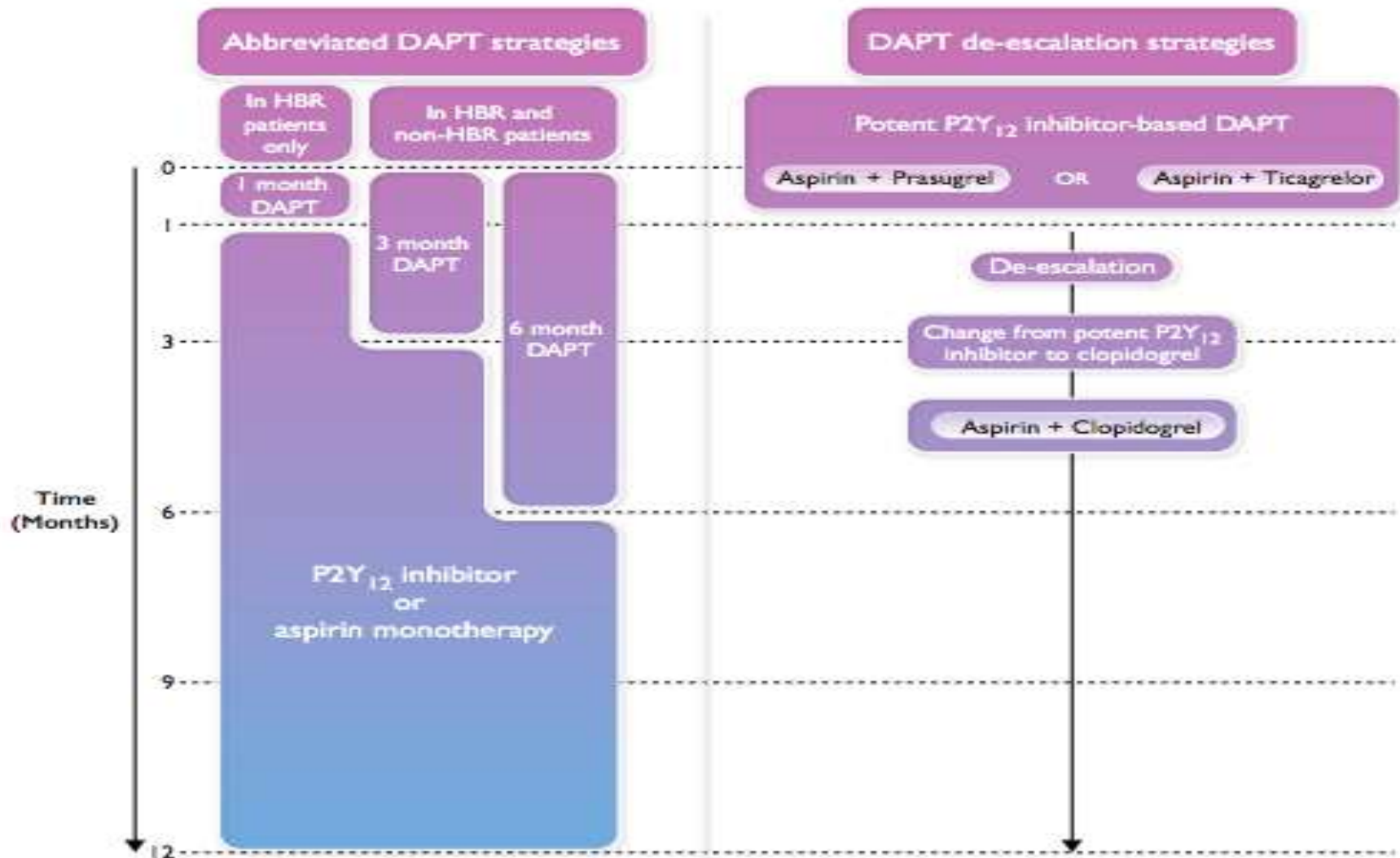
Recommendations for post-interventional and maintenance treatment in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome (1)



Recommendations	Class	Level
In patients with NSTEMI-ACS treated with coronary stent implantation, DAPT with a P2Y ₁₂ receptor inhibitor on top of aspirin is recommended for 12 months unless there are contraindications such as excessive risk of bleeding.	I	A
In older ACS patients, especially if HBR, clopidogrel as the P2Y ₁₂ receptor inhibitor may be considered.	IIb	B

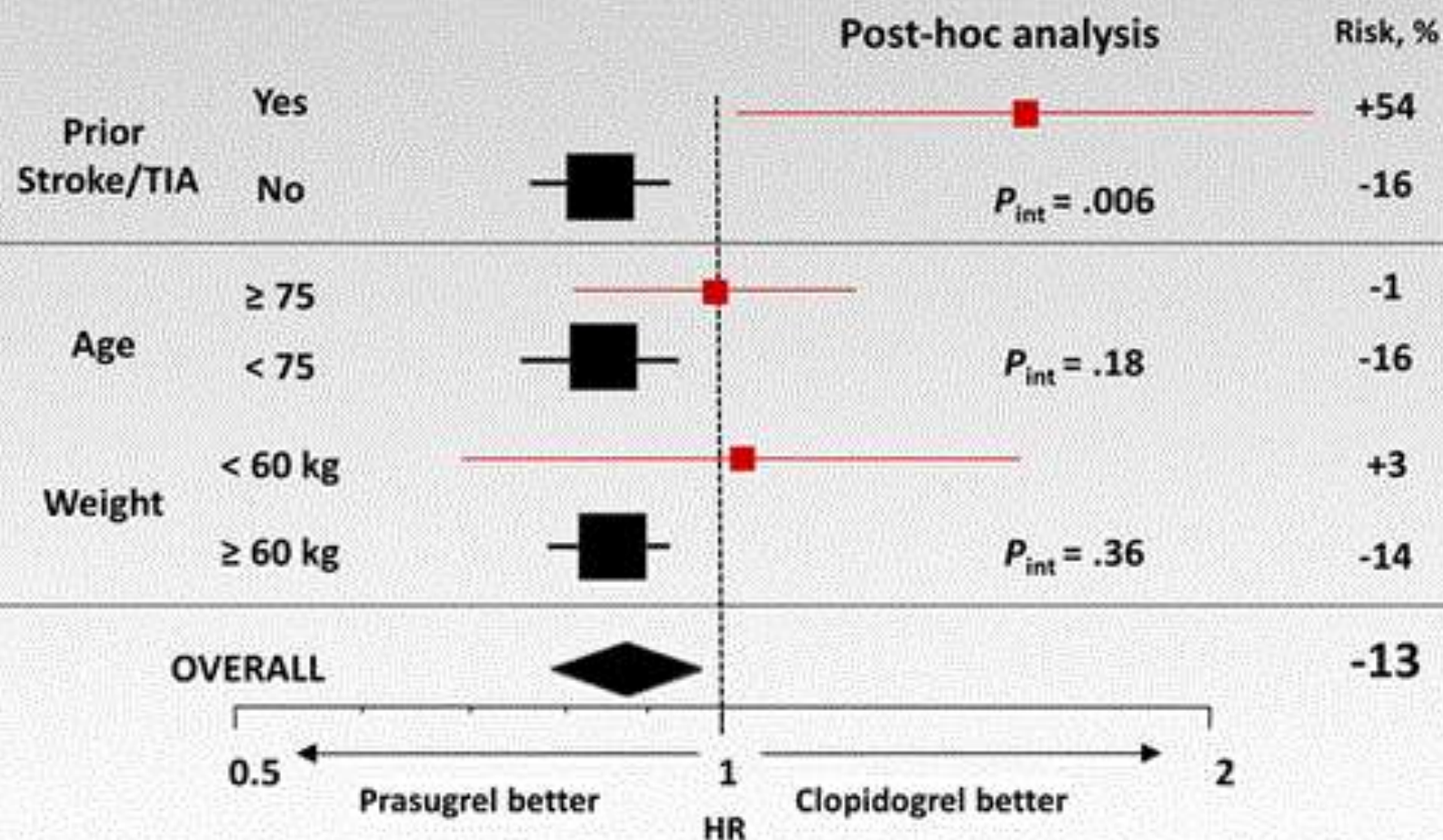
Nouvelles recommandations 2023 : Durées plus courte de DAPT et « désescalade » pour diminuer le risque hémorragique

Antiplatelet strategies to reduce bleeding risk in the first 12 months after ACS



TRITON-TIMI 38

Net Clinical Benefit Bleeding Risk Subgroups



Le patient vous reconsulte quelques semaines plus tard car il se plaint désormais de douleurs thoraciques au moindre effort ; il signale même une douleur nocturne qui l'a réveillé la nuit dernière et qui a cédé une demi heure après la prise de trinitrine sublinguale

- Vous évoquez un syndrome coronaire aigu
- Vous décidez d'hospitaliser le patient
- Le dosage de troponine est obligatoire pour poser le diagnostic de syndrome coronaire aigu ST moins (NSTEMI)
- Une scintigraphie myocardique sera nécessaire si le diagnostic est confirmé
- Une coronarographie est recommandée dans ce contexte
- Une double anti agrégation plaquettaire sera obligatoire si le diagnostic de NSTEMI est confirmé

Conclusion

- Maladie coronaire fréquente et grave chez le sujet âgé
- Forme chronique:
 - traitement médical, suivi des symptômes, dépistage des effets secondaires, traitement antiagrégant et statines essentiels, B bloquant utiles mais non obligatoires si pas de dysfonction VG
- Syndromes coronaires aigus:
 - gravité++, y penser (ECG et troponine), stratégie interventionnelle à toujours discuter
 - Intérêt pronostique et fonctionnel de l'angioplastie même incomplète
 - Risque hémorragique de la DAPT: adaptation type et durée