

Prévention du risque cardiovasculaire «Nouvel arsenal thérapeutique»

Après-midi de formation continue

Judi 11.04.2024

Pr. Pierre-Auguste Petignat. Chef du service de médecine interne, CHVR

Prévention du risque cardiovasculaire

- Conflits d'intérêt

Aucun, ni rémunération comme speaker

- Objectifs

- GUIDELINES ESC ET AGLA PRÉVENTION SECONDAIRE, DYSLIPIDÉMIE 05
- STATINES ET EZÉTIMIBE 08
- ACIDE BEMPÉDOÏQUE **NILEMDO®**, **NUSTENDI®** 14
- EVOLOCUMAB **REPATHA®**, ALIROCUMAB **PRALUENT®**, INKLISIRAN **LEQVIO®** 20
- ICOSAPENT ÉTHYL, **VAZKEPA®** 26
- MESSAGES CLÉS 31

Prévention de l'athérosclérose

✓ En CH, maladies cardiovasculaires
= 2^e cause de mortalité (1^{ère} = tumeurs malignes)

✓ Plus le LDL-C est bas, moins de crise cardiaque

✓ Plus la durée d'exposition au LDL-C est longue,
plus le risque est élevé

Notion de cholestérol –année (comme les UPA)

Donc, le plus tôt, le mieux

GRUPE DE TRAVAIL LIPIDES ET ATHÉROSCLÉROSE (**GSLA**) DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE CARDIOLOGIE (SSC)



JESFC 2024

17-19 janvier 2024

Palais des Congrès, Porte Maillot - Paris

Citius, Fortius, Altius!
Faster, higher, stronger!

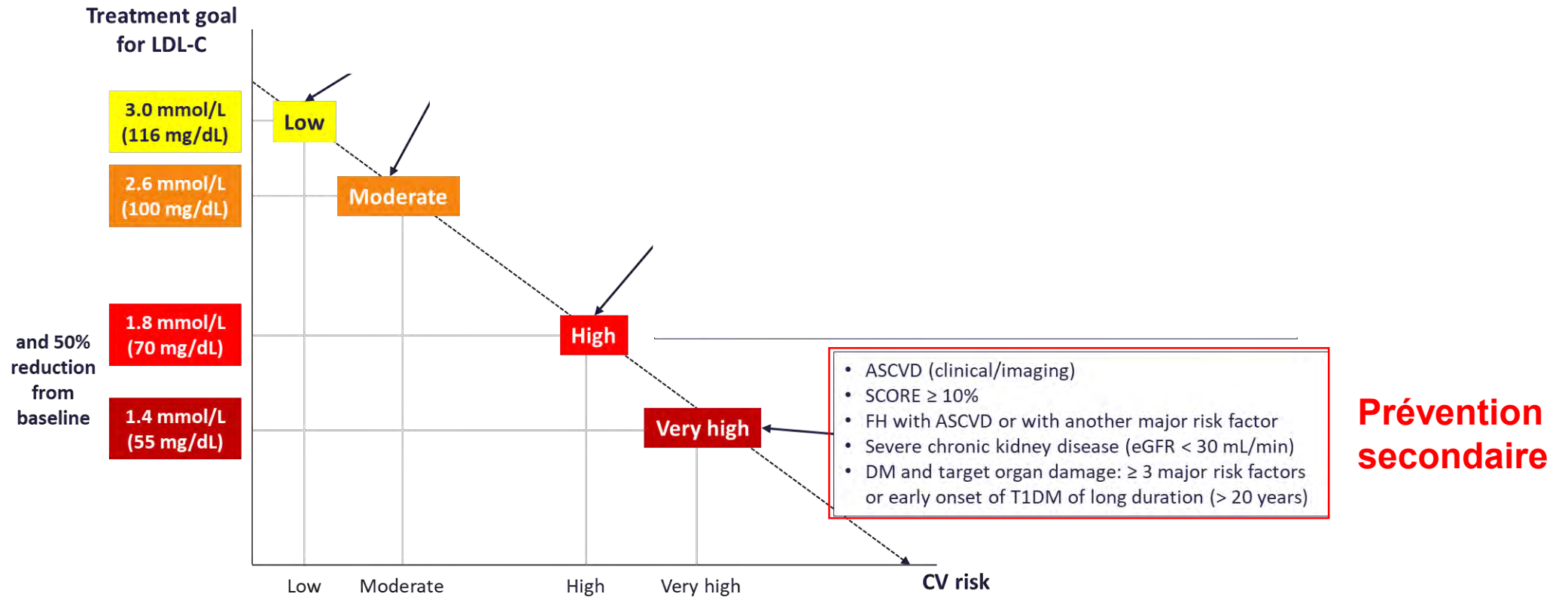
NILEMDO ou NUSTENDI (Acide bempédoïque)

REPATHA (Evolocumab)

VAZKEPA (Isocapent éthyl)

JOURNÉES **E**UROPÉENNES DE LA **S**OCIÉTÉ **F**RANÇAISE DE **C**ARDIOLOGIE

2019 ESC/EAS Guidelines: More Intensive LDL-C Reduction



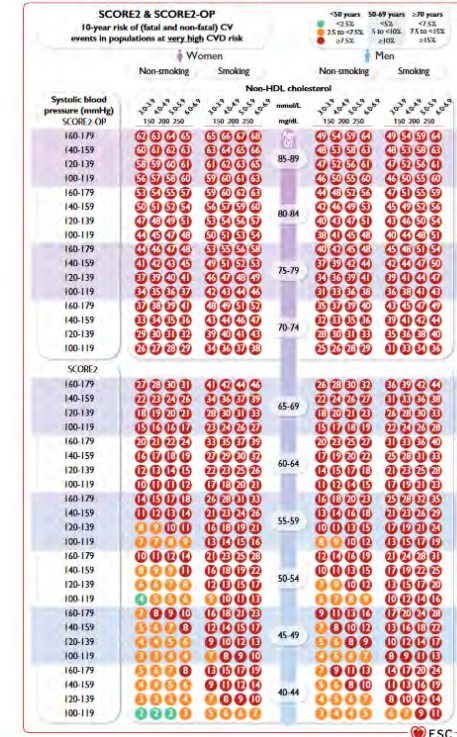
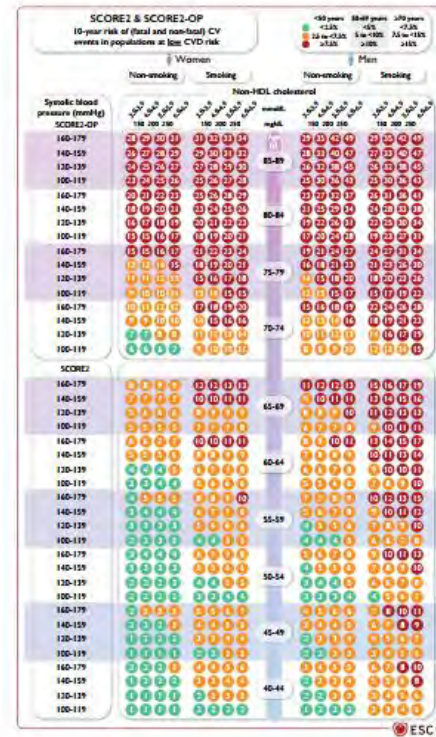
ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; BP, blood pressure; DM, diabetes mellitus; EAS, European Atherosclerosis Society; eGFR, estimated glomerular filtration rate; ESC, European Society of Cardiology; FH, familial hypercholesterolaemia; LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol; SCORE, Systematic COronary Risk Evaluation; T1DM, type 1 diabetes mellitus; T2DM, type 2 diabetes mellitus; TC, total cholesterol.

Adapted from Mach F, et al. *Eur Heart J* 2020;41(1):111-88.

2021 ESC Prevention Guidelines : nouveau SCORE-2 et SCORE2-OP (Older persons) pour la stratification du risque

SCORE-2 Systematic COronary Risk Evaluation

- 4 zones géographiques
- Seuil de risque selon l'âge chez les personnes apparemment saines
- Estimation du risque de maladie cardio-vasculaire mortelle ou non à 10 ans
- Approche "pas à pas" pour individualiser la prévention de la maladie cardio-vasculaire



BP, blood pressure; CVD, cardiovascular disease; TC, total cholesterol.

Emberson J, et al. Eur Heart J 2004;25:484-91.

Modern LDL-C management approaches for very high risk patients

Planned treatment approach

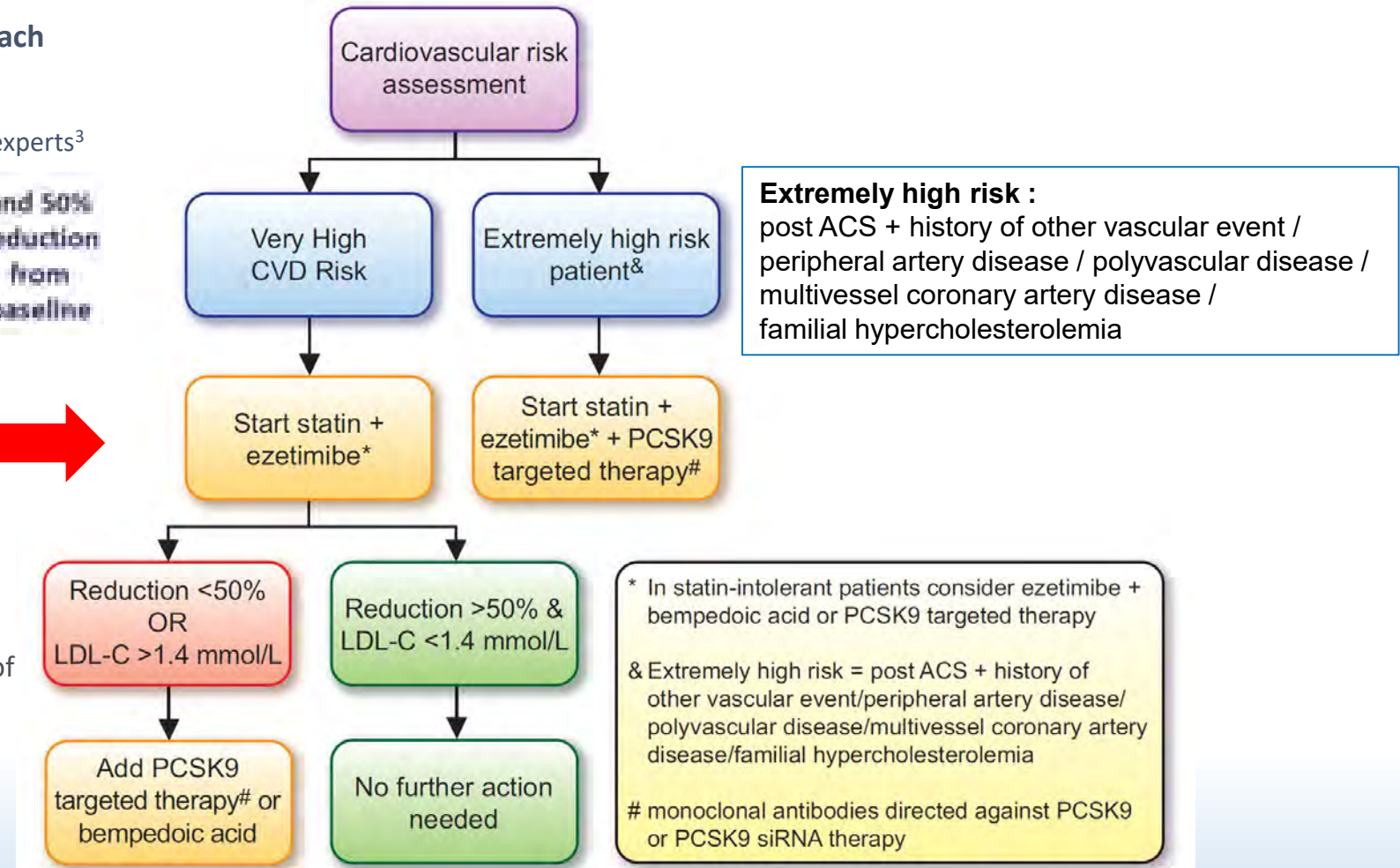
2021 EAS Task Force ^{1,2} and
2021 Viewpoint from leading experts³

**1.4 mmol/L
(55 mg/dL)** and 50%
reduction from
baseline

**Recommandation d'une bi-
thérapie en 1^{ère} intention** →

Bempedoic acid is indicated in Switzerland only in ASCVD and / or heFH patients on top of max. tolerated dose of statin ± additional LLT

Fachinformation Nilemdo / Nustendi Schweiz. Stand Dez. 2020

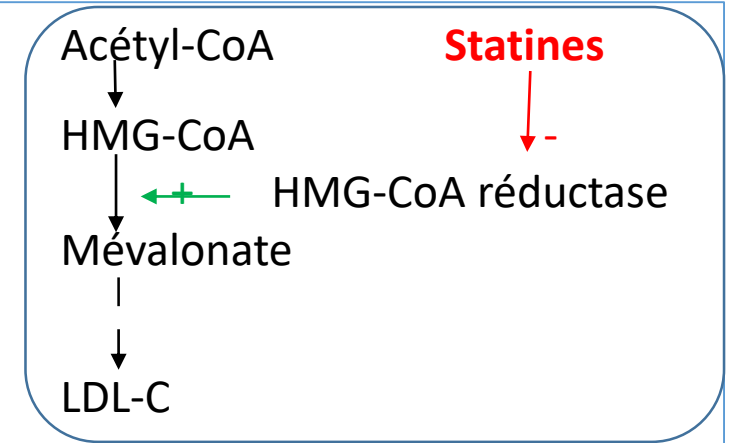


Ray et al., *EJH*, 2021; 00, 1–4

STATINES

- Inhibiteur de la HMG-CoA réductase
- STATINES dites hautement efficaces
 - ❑ Atorvastatine, 10 – 20 – 40 – 80 mg et en association avec Ezétimibe
 - ❑ Rosuvastatine, 5 – 10 – 20 mg et en association avec Ezétimibe
- Autres STATINES disponibles en CH :

❑ Fluvastatine, 20 – 40 – 80 mg	❑ Pitavastatine, 1 – 2 – 4 mg
❑ Pravastatine, 20 – 40 mg	❑ Simvastatine, 10 – 20 – 40 – 80 mg et en association avec Ezétimibe



SAFETY

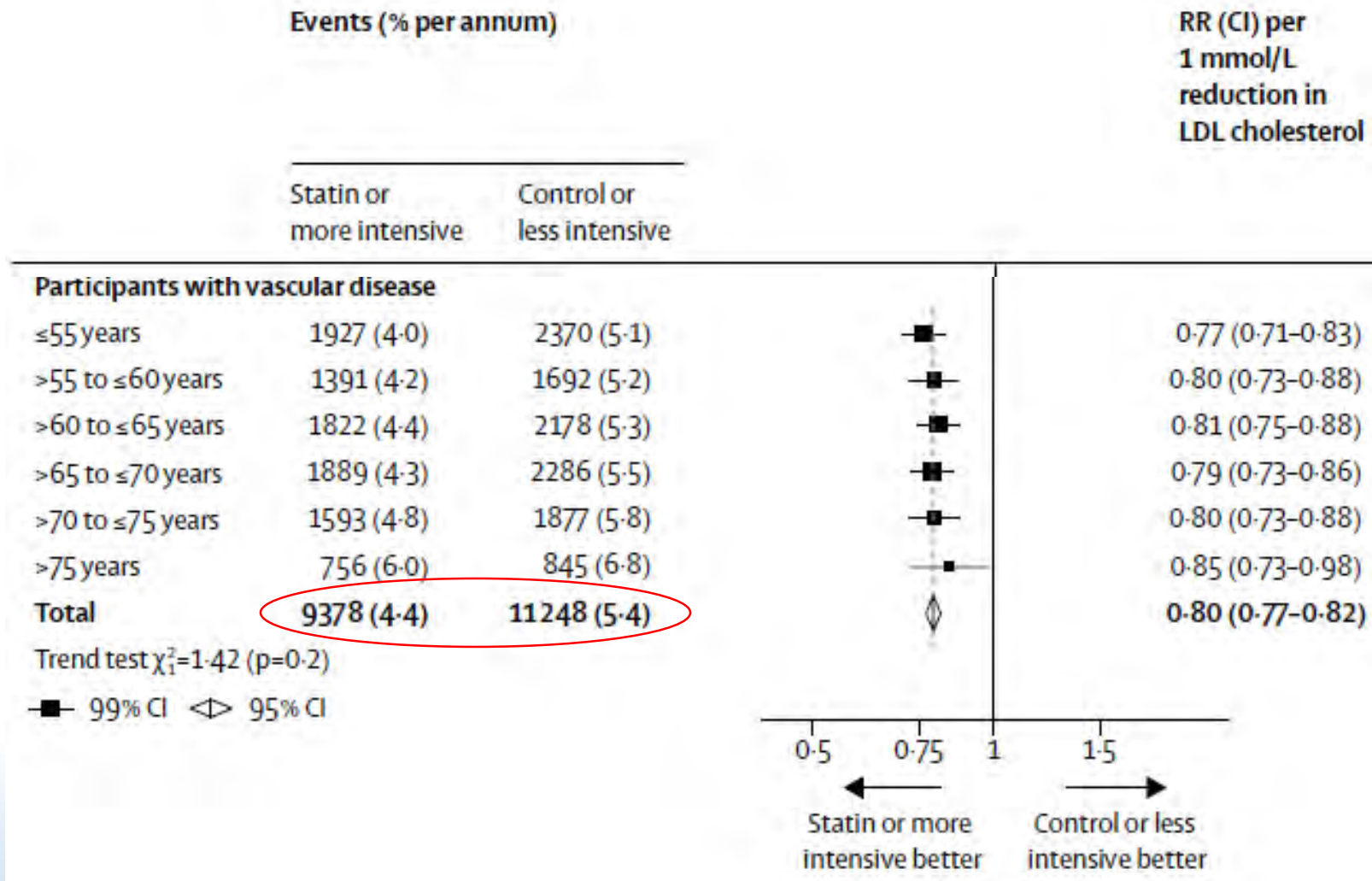
- ❖ Myopathies, rhabdomyolyse (1-3 cas/100'000 pts)

Law M et al.. Statin safety: a systematic review. Am J Cardiol. 2006;97(8A):52C–60C.

ATT : administration tous les 2 j ou 2x/sem. avec réduction pertinente des LDL-C
- ❖ Risque d'hyperglycémie et diabète de type 2

Dose-dépendant et particulièrement si âgé, obésité **MAIS** bénéfice l'emporte sur risque de diabète
- ❖ Augmentation des ALAT sans association à des lésions hépatotoxiques **SANS** nécessité de surveillance
- ❖ Risque augmenté d'AVC hémorragique **MAIS** résultats contradictoires et bénéfice l'emporte

Statines: Réduction des évènements cardiovasculaires chez les patients avec maladie cardiovasculaire



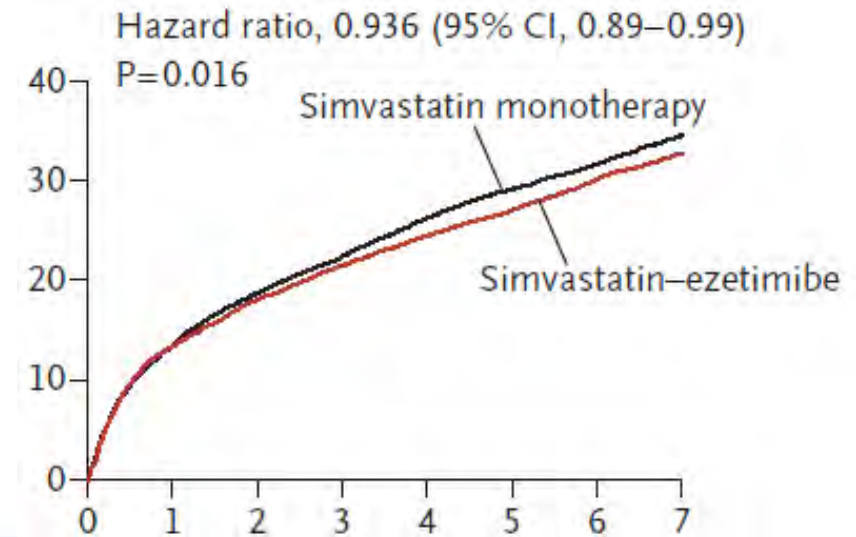
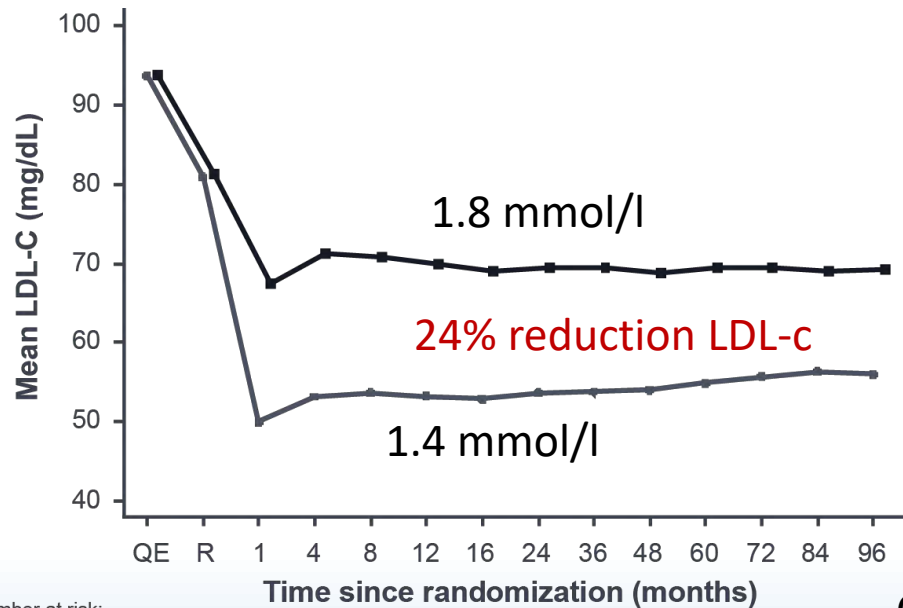
Nombre de patient à traiter pendant 1 an pour éviter un infarctus = 100

CTT collaboration, Lancet 2019

Bénéfices de l'ézetimibe en plus de la simvastatine en prévention secondaire

N= 18,144 patients, syndrome coronarien aigu suivi de 7 ans

Death from cardiovascular disease, a major coronary event or nonfatal stroke



Cannon et al. NEJM 2015

Cible LDL-C non atteinte > 1.4 mmol/L ou réduction de > 50%

Immédiatement après l'événement,
une «super-statine» est instaurée
(atorvastatine ou rosuvastatine)

Ajout systématique de l'Ezétimibe

Monitoring laboratoire :

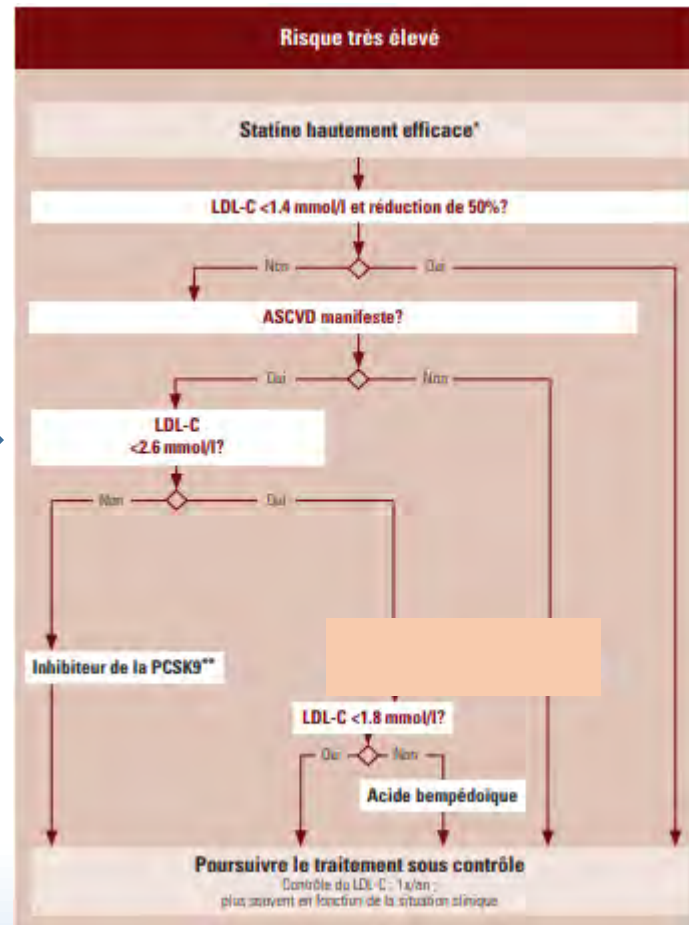
- 4 à 12 semaines après l'instauration d'hypolipémiants
- 4 à 12 semaines après adaptation du traitement

Monitoring des enzymes hépatiques (ALAT) :

- Mesurer 8 à 12 semaines après l'instauration du traitement
- Mesurer 8 à 12 semaines après ajustements posologiques
- Aucun suivi à long terme n'est recommandé

Mesurer les CK: - Aucun contrôle de routine

- Tests lors d'apparition de myalgies
- Cave: personnes âgées, médication concomitante à risque d'interaction, polymédication, maladie rénale ou hypothyroïdie



Cible non atteinte
mais < 2.6 mmol/L

Penser ajouter l'acide
bempézoïque

Intolérance aux statines

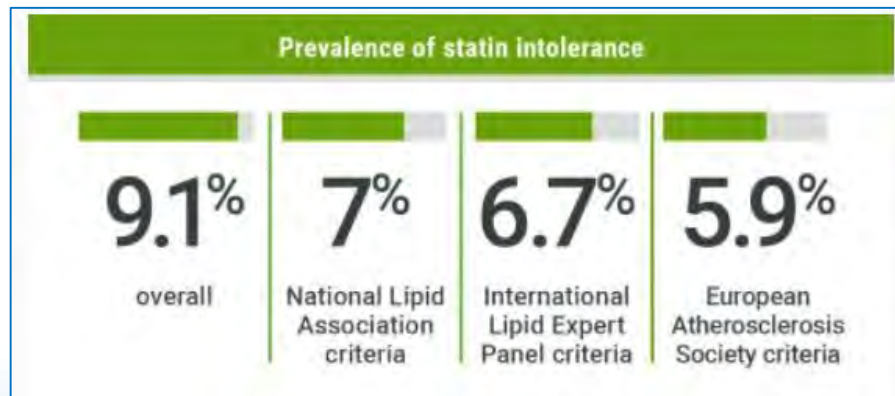


European Heart Journal (2022) 00, 1–16
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac015>

META-ANALYSIS
Dyslipidaemias

Prevalence of statin intolerance: a meta-analysis

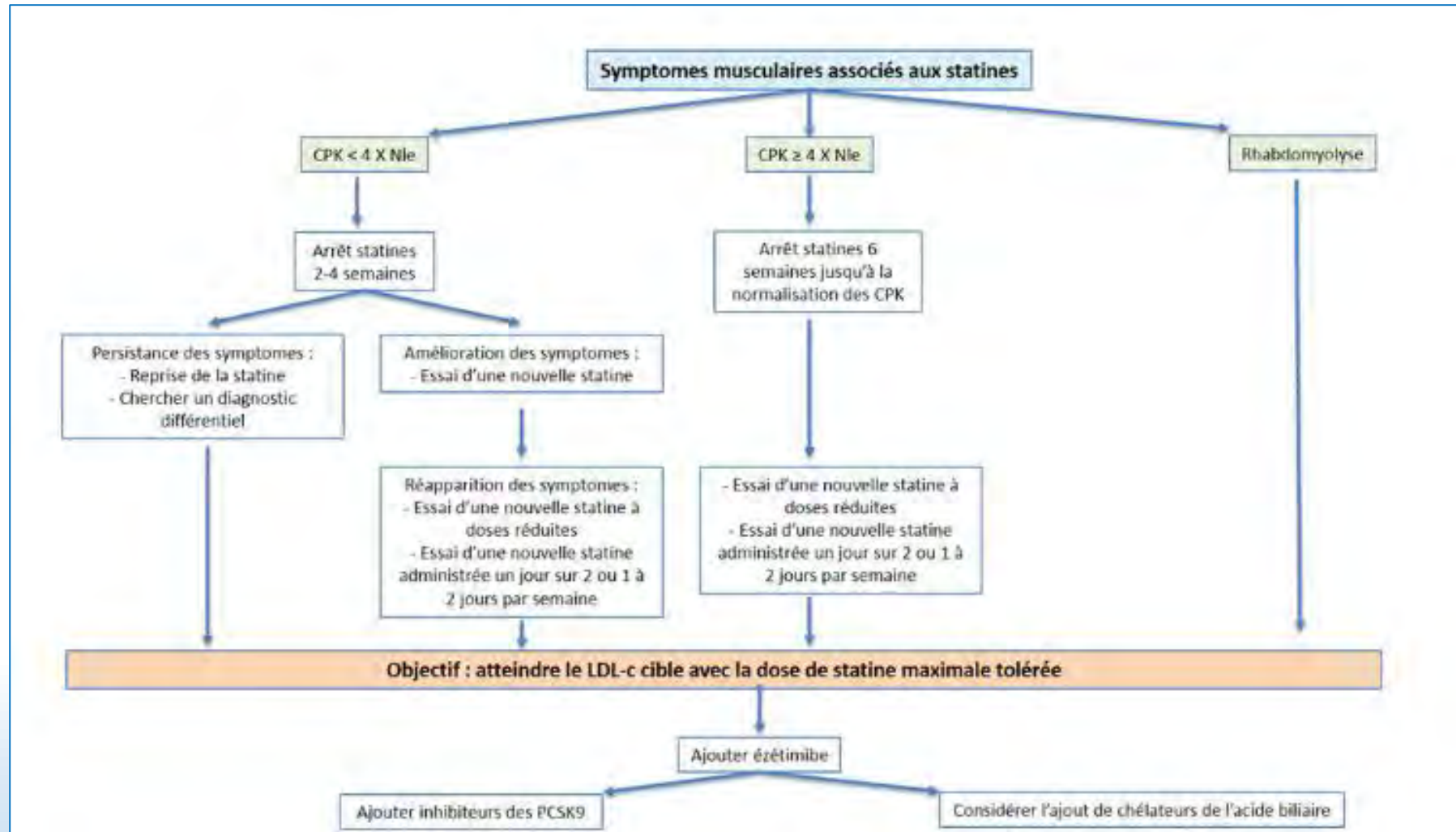
Ibadete Bytyçi^{1,2}, Peter E. Penson^{3,4}, Dimitri P. Mikhailidis⁵,
Nathan D. Wong⁶, Adrian V. Hernandez^{7,8}, Amirhossein Sahebkar^{9,10,11},
Paul D. Thompson^{12,13}, Mohsen Mazidi^{14,15}, Jacek Rysz¹⁶, Daniel Pella¹⁷,
Željko Reiner¹⁸, Peter P. Toth^{19,20}, Maciej Banach^{21,22*}, and on behalf of the
Lipid and Blood Pressure Meta-Analysis Collaboration (LBPMC) Group and the
International Lipid Expert Panel (ILEP)



- Analyse de 176 études pour un total de 4,143,517 patients
- Outcome 1aire: Prévalence d'intolérance aux statines selon critères diagnostiques des sociétés suivantes:
 - ✓ **National Lipid Association (NLA)**: Effets indésirables en lien avec la qualité de vie, amenant à l'arrêt ou diminution des statins
 - ✓ **International Lipid Expert Panel (ILEP)** incapacité à tolérer une dose de statine nécessaire pour réduire suffisamment le risque CV
 - ✓ **European Atherosclerosis Society (EAS)**: l'évaluation de la probabilité que le SAMS soit dû à une statine en tenant compte de la nature des symptômes musculaires, de l'élévation des taux de CK et de leur association temporelle avec l'initiation, l'arrêt et la ré administration des statines

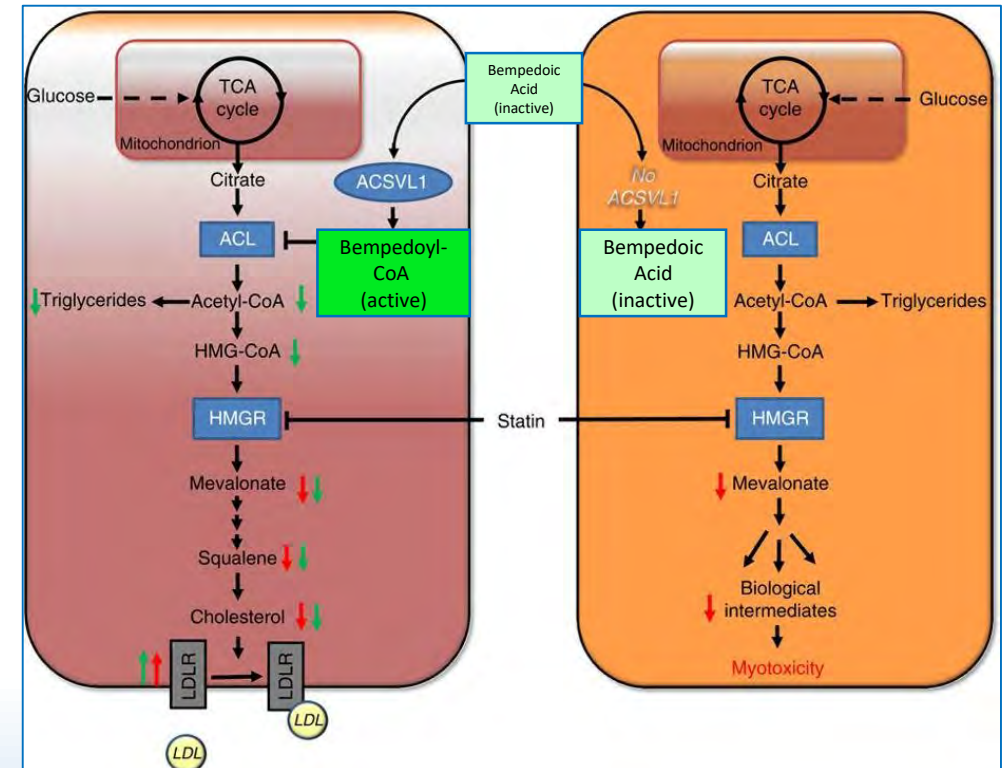
Ces résultats appuient le concept selon lequel la prévalence de l'intolérance aux statines pourrait souvent être surestimée et soulignent la nécessité d'une évaluation minutieuse des patients présentant des symptômes potentiels liés à cette intolérance

Intolérance aux statines: recommandations

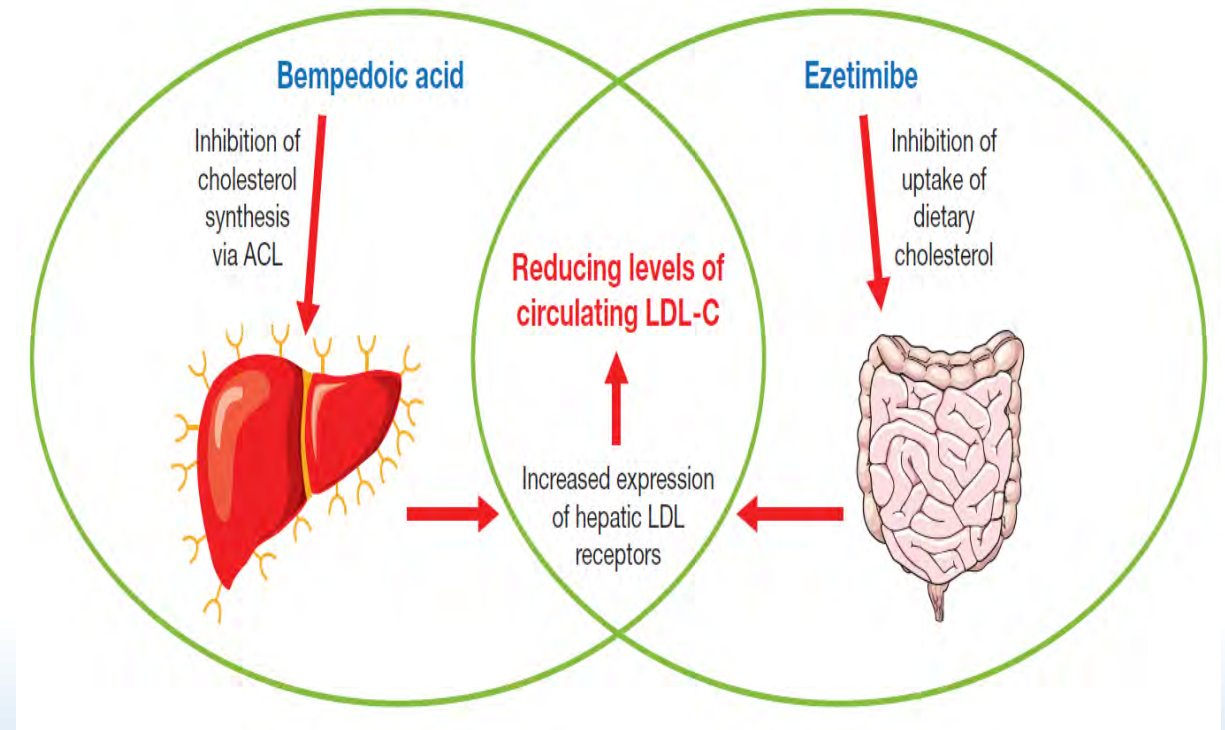
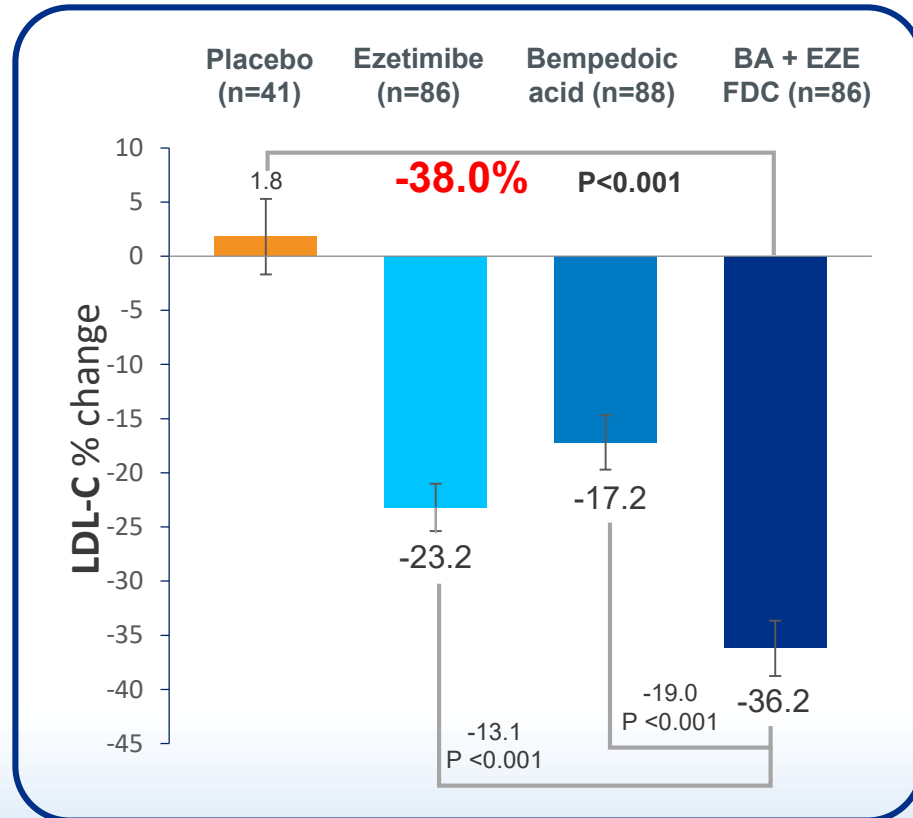


Acide bempédoïque

- Inhibiteur de l'ATP citrase lyase, enzyme qui intervient dans le métabolisme du cholestérol, bien en amont de l'étape bloquée par les statines
- Activé au niveau du foie, pas de risque de symptômes musculaires
- Traitement de 3^e ligne après les statines et l'ézitimibe, Monothérapie NILEMDO ou en association avec ézétimibe NUSTENDI
- Traitement idéal chez les patients intolérants ou avec une contre-indication aux statines ou en cas de difficultés d'atteindre l'objectif



Bempedoic Acid / Ezetimibe Fixed-Dose Combination Study: Main efficacy endpoint



Adapted from Ballantyne CM et al. Eur J Prev Cardiol. 2020;27(6):593-603.

RESEARCH SUMMARY

Bempedoic Acid and Cardiovascular Outcomes in Statin-Intolerant Patients

Nissen SE et al. DOI: 10.1056/NEJMoa2215024

CLINICAL PROBLEM

Bempedoic acid is an ATP citrate lyase inhibitor that reduces low-density lipoprotein (LDL) cholesterol levels without the elevated risk of musculoskeletal adverse effects associated with statins. Although the goal of reducing LDL cholesterol levels is to prevent adverse cardiovascular events, studies of the effects of bempedoic acid on cardiovascular events are lacking.

CLINICAL TRIAL

Design: An international, double-blind, randomized, placebo-controlled trial evaluated the efficacy and safety of bempedoic acid for the prevention of adverse cardiovascular events in statin-intolerant patients.

Intervention: 13,970 patients 18 to 85 years of age at increased cardiovascular risk who were unable or unwilling to take guideline-recommended doses of statins were assigned to receive 180 mg of oral bempedoic acid or placebo daily. The primary end point was a four-component composite of major adverse cardiovascular events, defined as death from cardiovascular causes, nonfatal myocardial infarction, nonfatal stroke, or coronary revascularization.

RESULTS

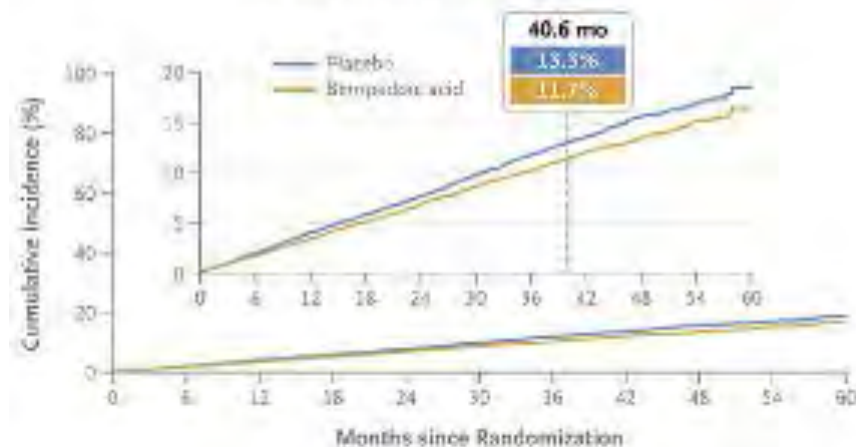
Efficacy: After a median follow-up of 40.6 months, the incidence of major adverse cardiovascular events was significantly lower in the bempedoic acid group than in the placebo group.

- 13%

Safety: The incidences of adverse events were similar in the two groups overall; however, the bempedoic acid group had higher incidences of elevated hepatic enzymes, renal impairment, hyperuricemia, gout, and cholelithiasis.

Four-Component Composite of Major Adverse Cardiovascular Events

HR, 0.87 (95% CI, 0.79–0.96); P=0.004

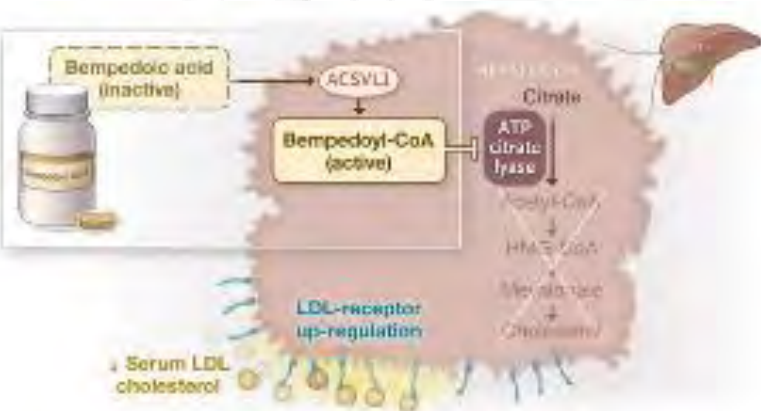


Adverse Events

	Bempedoic acid (N=7002)	Placebo (N=6964)
	no. of patients (%)	
Any adverse event	6040 (86.3)	5919 (85.0)
Elevated hepatic enzymes	317 (4.5)	209 (3.0)
Renal impairment	802 (11.5)	399 (5.6)
Hyperuricemia	763 (10.9)	393 (5.6)
Gout	215 (3.1)	143 (2.1)
Cholelithiasis	152 (2.2)	81 (1.2)

CONCLUSIONS

Among patients at increased cardiovascular risk who were unable or unwilling to take statins, treatment with bempedoic acid significantly reduced the risk of major adverse cardiovascular events.



LIMITATIONS AND REMAINING QUESTIONS

- The trial included only patients who were unable or unwilling to take statins, and therefore the mean LDL cholesterol level was high at baseline. The findings cannot be generalized to populations with lower LDL cholesterol levels.

Bempedoic Acid for Primary Prevention of Cardiovascular Events in Statin-Intolerant Patients

Steven E. Nissen, MD; Venu Menon, MD; Stephen J. Nicholls, MBBS, PhD; Danielle Brennan, MS; Luke Laffin, MD; Paul Ridker, MD; Kausik K. Ray, MD, MPhil; Denise Mason, BSN; John J. P. Kastelein, MD; Leslie Cho, MD; Peter Libby, MD; Na Li, PhD; JoAnne Foody, MD; Michael J. Louie, MD, MPH, MSc; A. Michael Lincoff, MD

IMPORTANCE The effects of bempedoic acid on cardiovascular outcomes in statin-intolerant patients without a prior cardiovascular event (primary prevention) have not been fully described.

OBJECTIVE To determine the effects of bempedoic acid on cardiovascular outcomes in primary prevention patients.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This masked, randomized clinical trial enrolled 13 970 statin-intolerant patients (enrollment December 2016 to August 2019 at 1250 centers in 32 countries), including 4206 primary prevention patients.

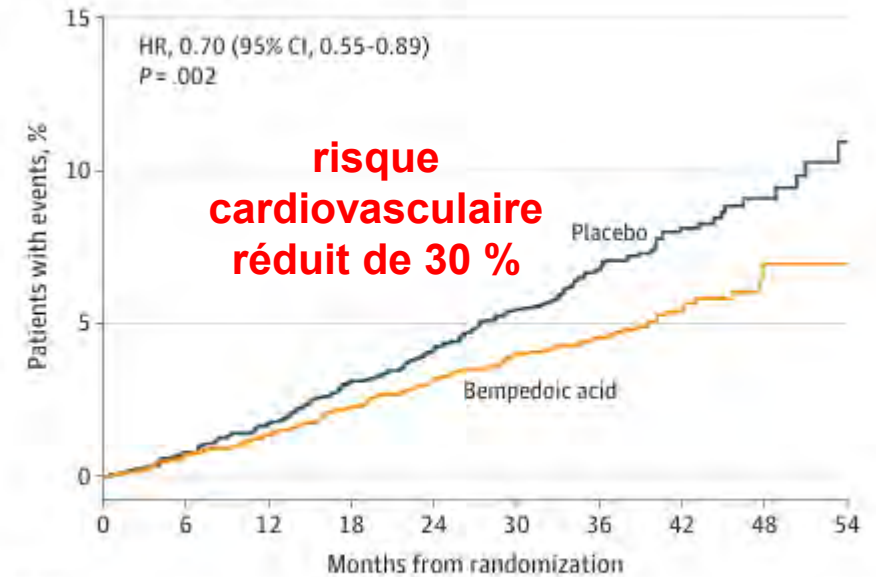
INTERVENTIONS Participants were randomized to oral bempedoic acid, 180 mg daily (n = 2100), or matching placebo (n = 2106).

MAIN OUTCOME MEASURES The primary efficacy measure was the time from randomization to the first occurrence of any component of a composite of cardiovascular death, nonfatal myocardial infarction (MI), nonfatal stroke, or coronary revascularization.

risque cardiovasculaire réduit de 30 %
risque relatif de † CV et d'infarctus, réduit de 39 %

CONCLUSIONS In a subgroup of high-risk primary prevention patients, bempedoic acid treatment was associated with reduced major cardiovascular events.

A Primary end point (4-component MACE)

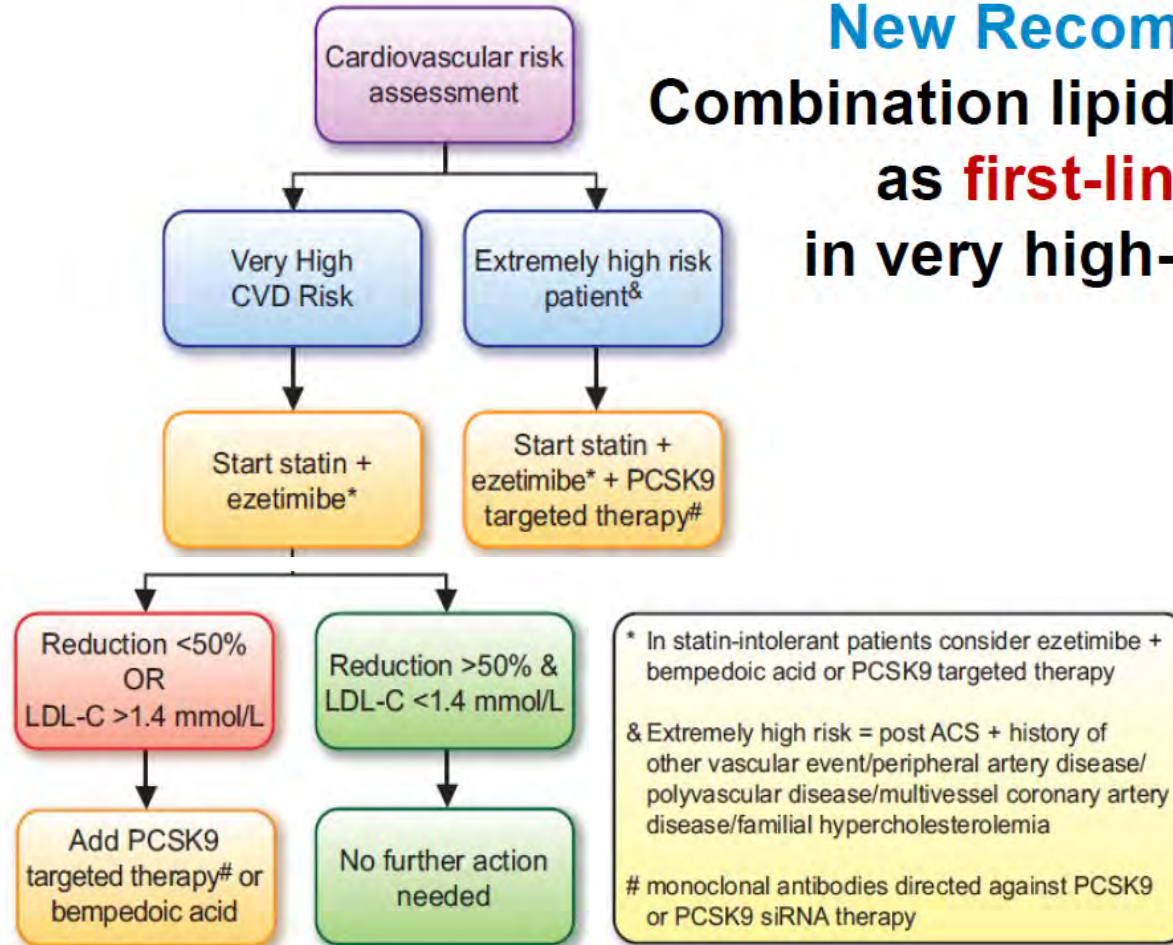


No. at risk	0	6	12	18	24	30	36	42	48	54
Placebo	2063	2024	1973	1921	1870	1617	753	304	117	
Bempedoic acid	2069	2041	1996	1953	1923	1675	726	291	130	

RESULTS Mean participant age was 68 years, 59% were female, and 66% had diabetes. From a mean baseline of 142.2 mg/dL, compared with placebo, bempedoic acid reduced low-density lipoprotein cholesterol levels by 30.2 mg/dL (21.3%) and high-sensitivity C reactive protein levels by 0.56 mg/L (21.5%), from a median baseline of 2.4 mg/L. Follow-up for a median of 39.9 months was associated with a significant risk reduction for the primary end point (11 events [5.3%] vs 161 events [7.6%]) adjusted hazard ratio [HR], 0.70 [95% CI, 0.55-0.89]; P = .002) and key secondary end points, including the composite of cardiovascular death, MI, or stroke (83 events [4.0%] vs 134 events [6.4%]; HR, 0.64 [95% CI, 0.48-0.84]; P < .001), MI (29 events [1.4%] vs 47 events [2.2%]; HR, 0.61 [95% CI, 0.39-0.98]); cardiovascular death (37 events [1.8%] vs 65 events [3.1%]; HR, 0.61 [95% CI, 0.41-0.92]); and all-cause mortality (75 events [3.6%] vs 109 events [5.2%]; HR, 0.73 [95% CI, 0.54-0.98]). There was no significant

RAPPEL

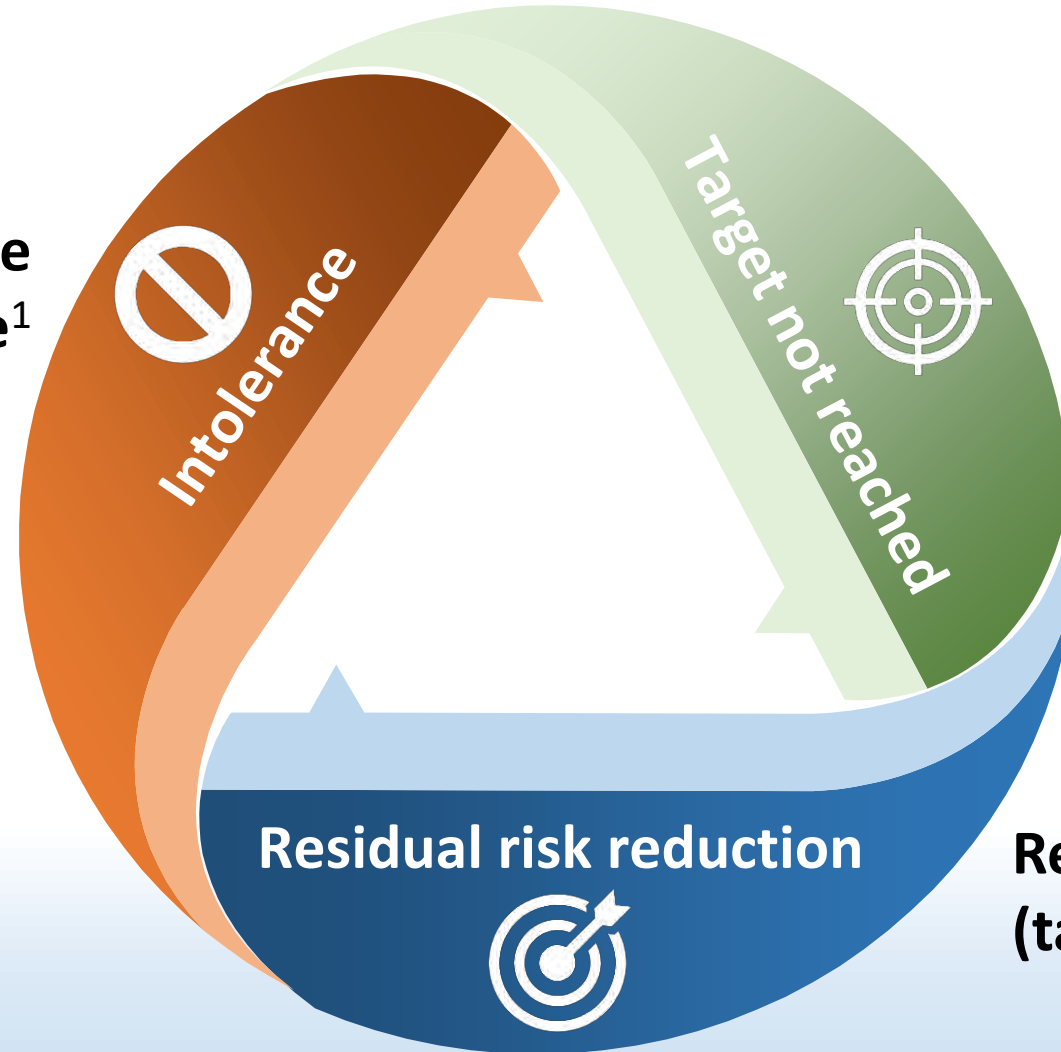
New Recommendation: Combination lipid-lowering therapy as **first-line** strategy in very high-risk patients



Ray et al., EHJ 2021; doi:10.1093/eurheartj/ehab718

Patients Who Need Non-Statin Therapy

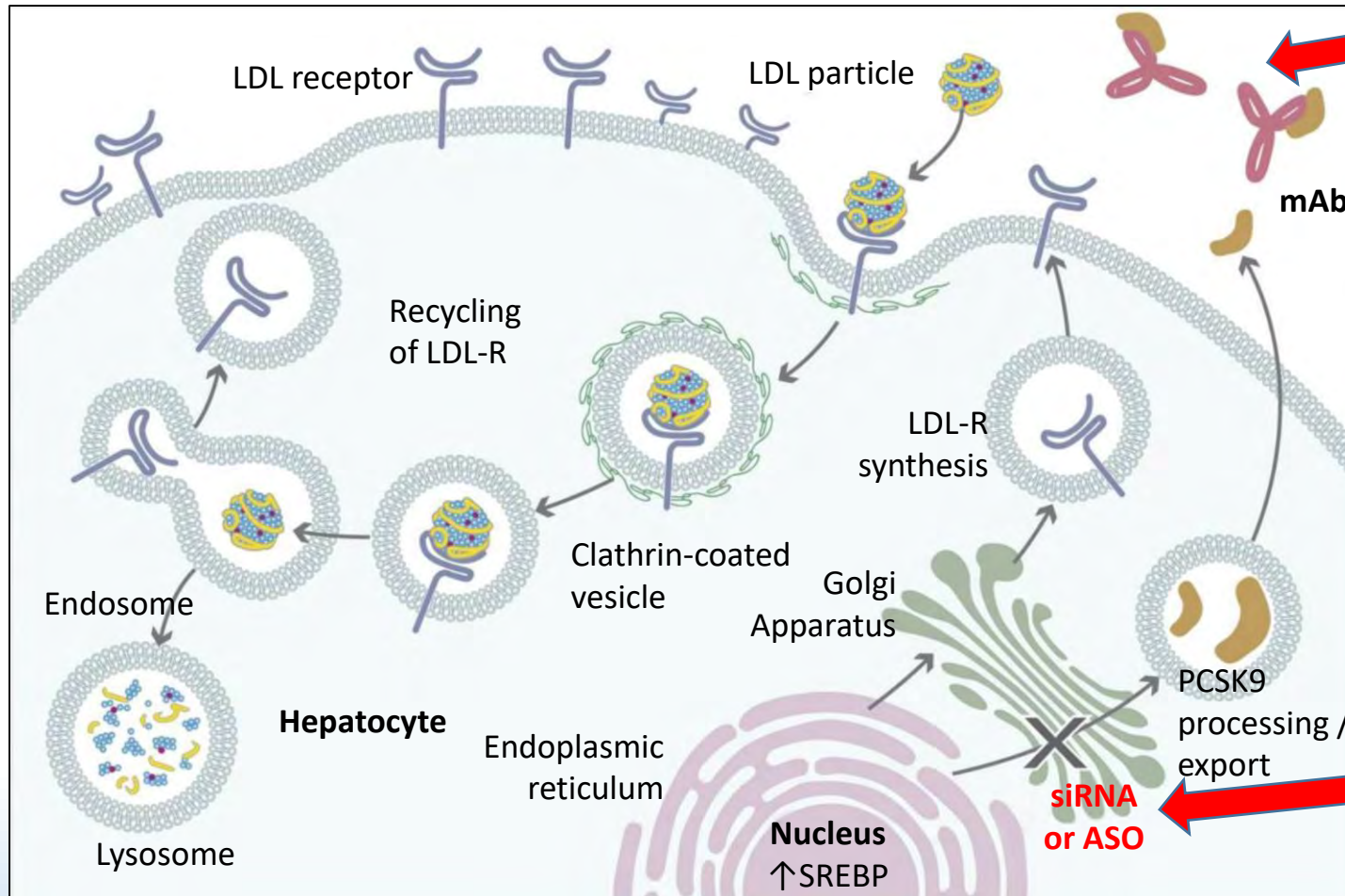
Partial or complete statin-intolerance¹



LDL-C targets not reached with maximum-tolerated statin^{2,3}

Residual risk reduction (targeting TG, HDL-C, etc.)^{4,5}

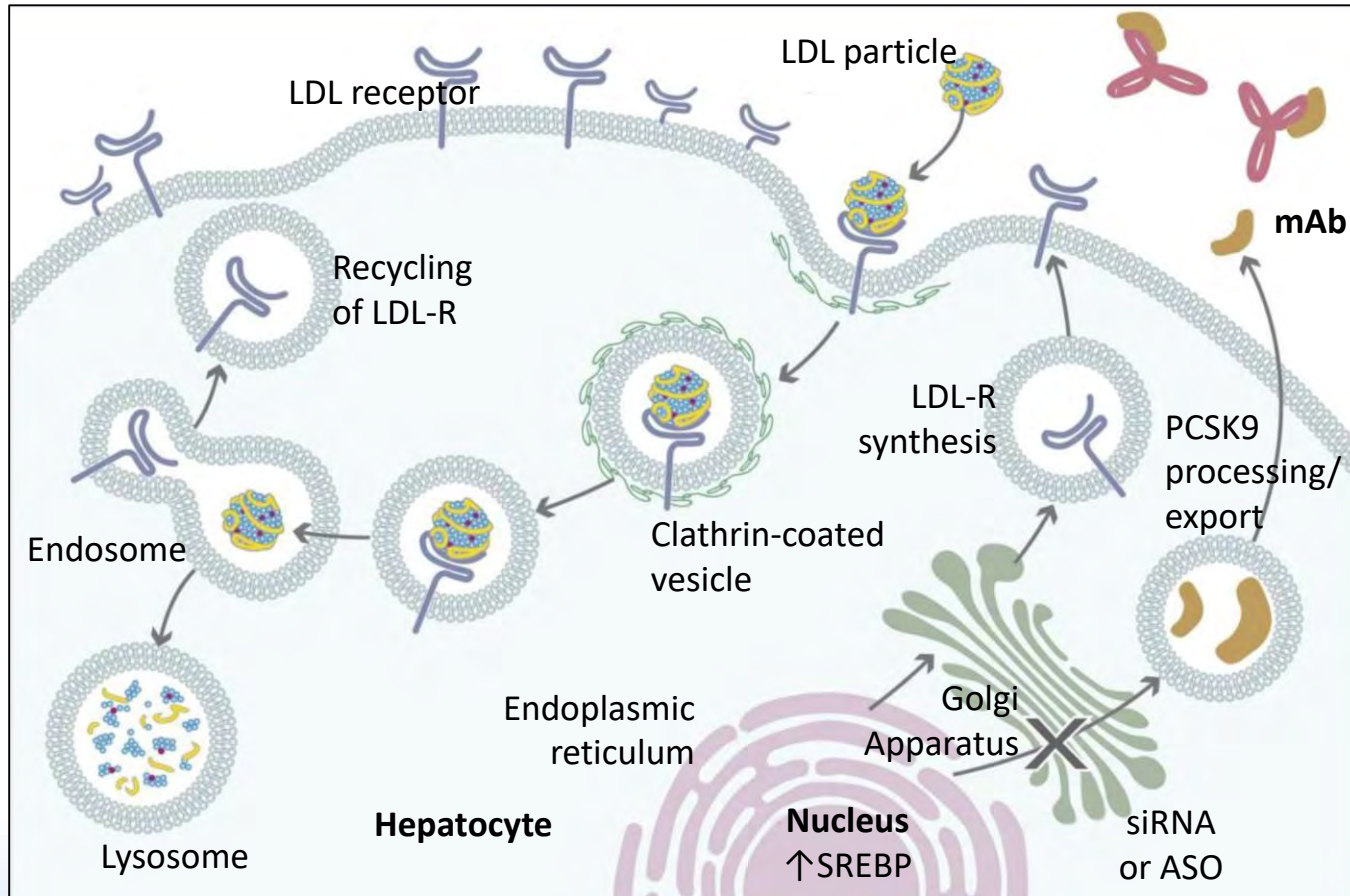
Inhibiteurs PCSK9 et pARNi (=petit ARN interférent)



L'inhibition de la **proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9 (PCSK9)** entraîne une **baisse du LDL-C** par **augmentation des récepteurs LDL** et donc augmentation de l'absorption dans les hépatocytes

L'inclisiran dirige la dégradation catalytique de l'ARN messager codant pour la PCSK9 donc **augmente le recyclage des récepteurs du LDL-C** et leur expression à la surface des hépatocytes augmentant l'absorption du LDL-C et le diminuant dans le sang.

PCSK9 Inhibition: Evolocumab Repatha®, Alirocumab Praluent® Prevention of the Association Between PCSK9 and LDL-R



L'évolocumab et l'alirocumab sont des anticorps monoclonaux humains, inhibent la proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9 (PCSK9). Des concentrations accrues de PCSK9 diminuent l'expression des récepteurs des LDLce qui entraîne une augmentation du LDL-C dans le plasma en raison d'une liaison et absorption réduites dans les cellules hépatiques.

A l'inverse, une diminution de la PCSK9 entraîne une baisse du taux de LDL-C
Les statines augmentent la concentration de PCSK9 et limitent ainsi la diminution du LDL-C engendrée par ces médicaments.
Les deux anticorps anti-PCSK9 entraînent une diminution significative de la concentration initiale de LDL-C d'en moyenne 60%, à la fois en monothérapie et en association avec des statines ou d'autres hypolipémiants.

ASO, antisense oligonucleotide; LDL-R, low-density lipoprotein receptor; mAb, monoclonal antibody; PCSK9, proprotein convertase subtilisin/kexin type 9; siRNA, small interfering RNA; SREBP, sterol regulatory element-binding protein. Adapted from Lambert G, et al. *J Lipid Res* 2012;53(12):2515-24.

Evolocumab en plus de l'atorvastatine 20mg (ou équivalent) en prévention secondaire (Repatha®)

27'000 patients, age 62 ans

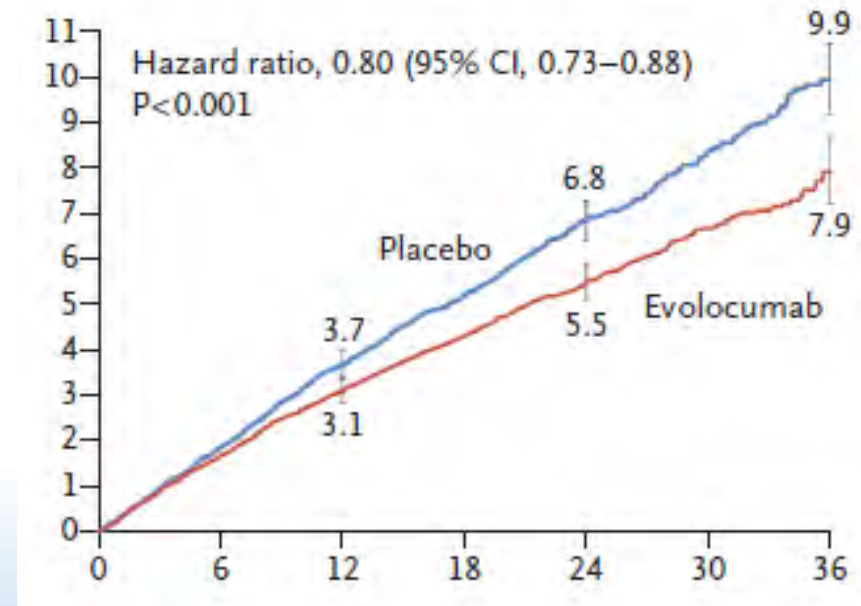
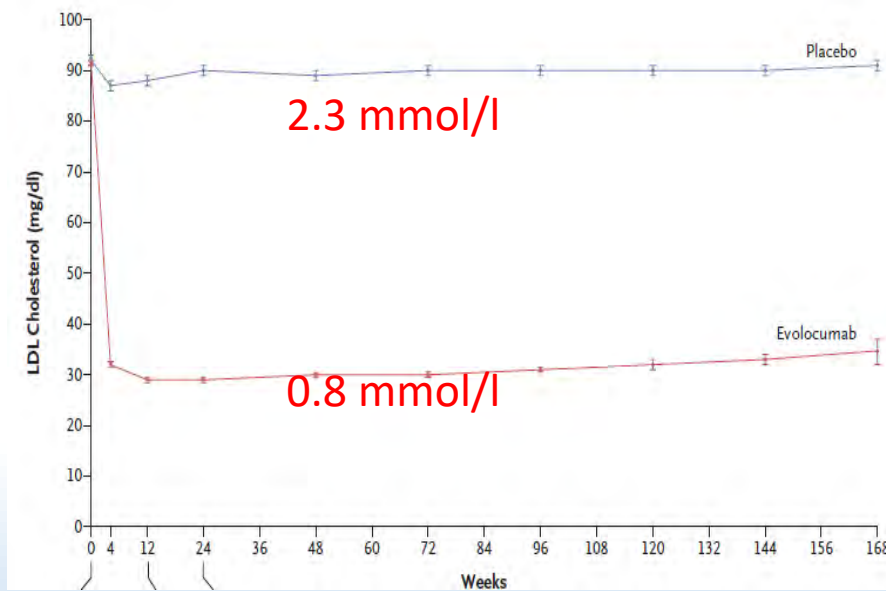
Statines haute dose: 69%

36% Diabetes

15% avec artériopathie périphérique sans autres maladies cardiovasculaires

Suivi 2.2 ans (de nombreux patients avec suivi d'un an)

Evénements cardiovasculaires
(sans revascularization coronaire)



Sabatine et al. NEJM 2017, FOURIER Study

Alirocumab en plus de statines à haute dose après un syndrome coronarien aigu (Praluent®)

19'000 patients âge 58 ans

Statines haute dose: 89% maintenu durant le suivi

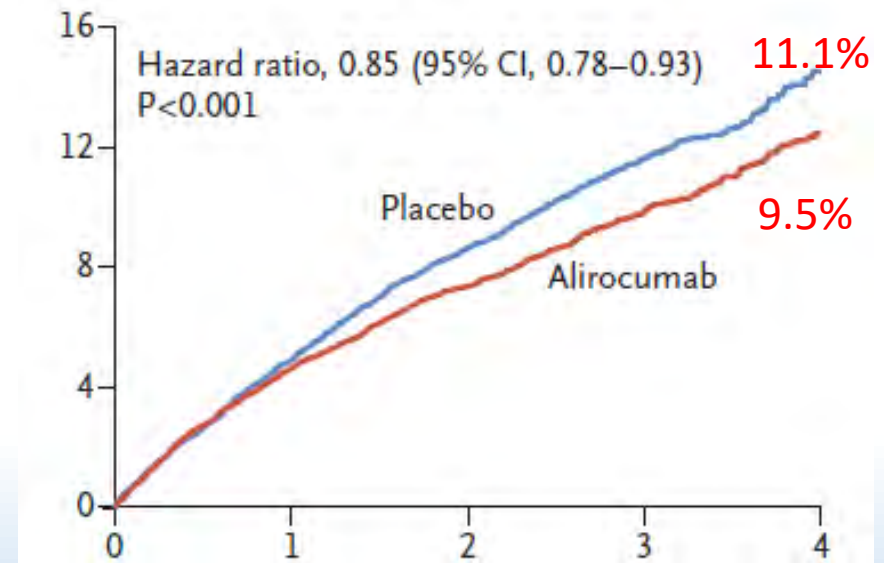
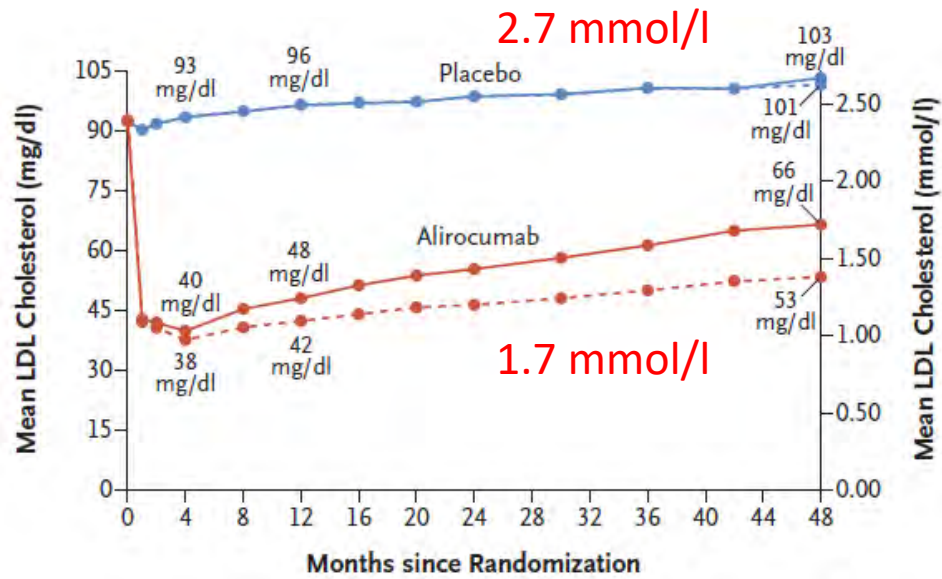
29% Diabetes

4% avec artériopathie périphérique

Suivi 2.8 ans (minimum 2 ans

et 44% avec plus de 3 ans)

Evénements cardiovasculaires
(sans revascularisation coronaire)



Schwartz et al. NEJM 2018, Odyssey Outcomes study

Inclisiran: small interfering RNA **LEQVIO®**

2 injections par an, 1.5 ans de suivi

- = hypolipémiant pARNi (=petit ARN interférent)
- Dans les hépatocytes, l'inclisiran dirige la dégradation catalytique de l'ARN messenger codant pour la proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9 (PCSK9) donc augmente le recyclage des récepteurs du LDL-C et leur expression à la surface des hépatocytes ce qui augmente l'absorption du LDL-C et le diminue dans le sang.
- Injection sc de 280 mg, J0, 3 mois, puis 1x/6 mois

ORION-10, -11¹

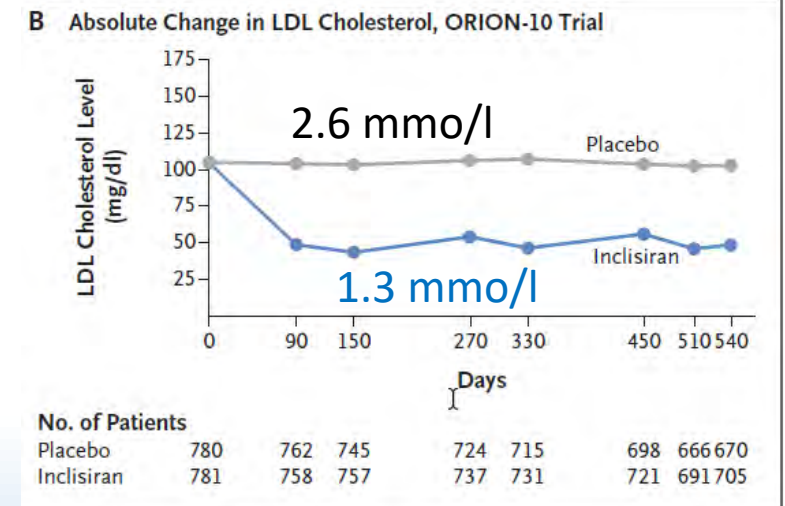
Inclisiran vs. placebo

CVD and elevated LDL

~50% ↓ **in LDL-C ($p < 0.001$)**

N=4000, avec statines
dose maximale tolérée
Effets secondaires
similaires dans les deux
groupes

Prévention secondaire



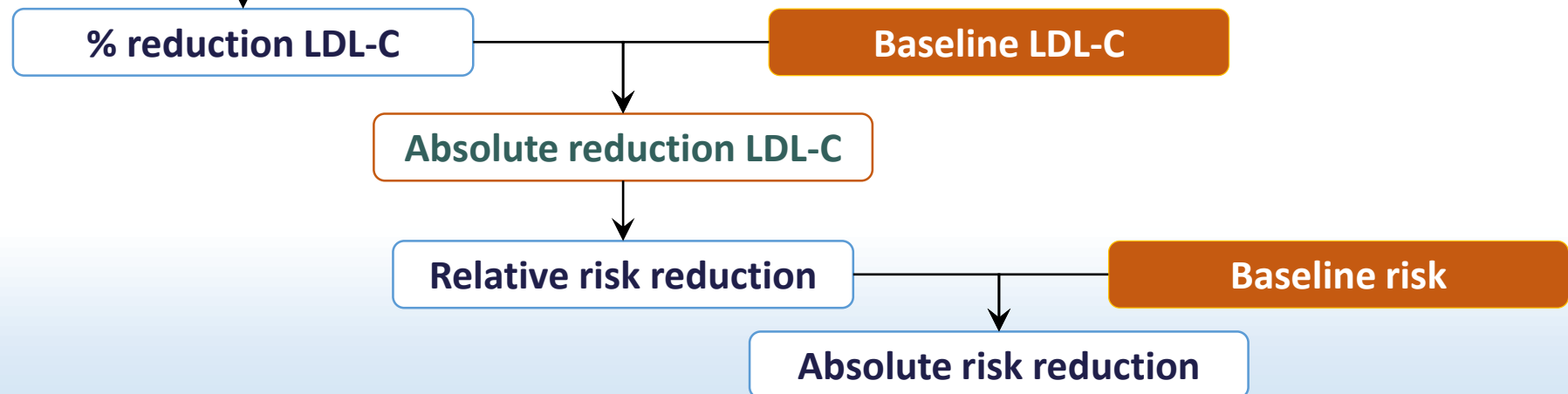
1. Ray KR, et al. NEJM 2020;382(16):1507-19.

2019 ESC/EAS Guidelines: Treatment Based on Risk and Potency of Treatment

Intensity of lipid-lowering treatment

Treatment	Average LDL-C reduction
Moderate-intensity statin	≈30%
High-intensity statin	≈50%
High-intensity statin + ezetimibe	≈65%
PCSK9i	≈60%
PCSK9i + high-intensity statin	≈75%
PCSK9i + high-intensity statin + ezetimibe	≈85%

EAS, European Atherosclerosis Society;
ESC, European Society of Cardiology;
LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol;
PCSK9i, proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 inhibitor.
Adapted from Mach F, et al. *Eur Heart J* 2020;41(1):111-88.



L'icosapent éthyl, Vazkepa



European Heart Journal (2024) 45, 1173–1176
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad889>

RAPID COMMUNICATIONS

Clinical trials

Icosapent ethyl following acute coronary syndrome: the REDUCE-IT trial

La prévention du risque cardiovasculaire par l'utilisation des oméga-3 a également fait l'objet d'un [l'essai REDUCE-IT](#), en partie à l'origine de la validation en 2022 de l'icosapent éthyl (Vazkepa®) comme option de deuxième ligne dans la prévention secondaire.

L'icosapent éthyl est un ester éthylique de l'acide eicosapentaénoïque (EPA) de la famille des oméga-3. Après plusieurs essais [plutôt en défaveur de la supplémentation en oméga-3](#) (tendance hémorragique, soupçon de cancer de la prostate) en particulier en prévention primaire du risque cardiovasculaire, cet essai randomisé a misé sur le traitement de l'**hypertriglycémie**, apparue plus sensible à l'apport d'oméga-3, plus précisément de l'EPA, en utilisant la dose maximale.

Lipid-lowering drugs in 2022 in Switzerland for secondary prevention

Year	Name	LDL-c lowering	Indications	Route	Side effects	Cost /year
1987	Statines Rosuvastatin Atorvastatin	40-50%	Secondary prevention	Oral 1x/day	Myalgias (5%-10%)	280.- CHF
2001	Ezetimibe	20%	Secondary prevention	Oral 1x/day	Myalgias (2%-3%)	310.- CHF
2016	PCSK9i Evolocumab Alirocumab	50-60%	Secondary prevention	S/c 2x/month	Injection site erythema (5%-10%)	5'200.- CHF
2021	PCSK9i small interfering RNA Inclisiran	40-50%	Secondary prevention	S/c 2x/year	Injection site reaction (2%-4%)	5'000.- CHF
2021	Acide Bempedoic	20%	Secondary prevention	Oral 1x/j	Elévation de l'acide urique et goutte	1000.- CHF

Adapted from Nanchen et al. Cardiovascular Medicine 2022

Remboursement pour

- inhibiteurs PCSK9 siRNA : Inclisiran Leqvio®
- inhibiteurs PCSK9 Ac monoclonaux : Alirocumab Praluent® ou Evolocumab Rephata®
- acide bempedoïque : Nilemdo® ou Nustendi® avec ezetimibe

Patients avec maladie cardiovasculaire

- Dose maximale de statine =
essai de 2 statines
différentes

Ou

- Intolérance complète à au
moins deux statines

- **LDL-c > 1.8 mmol/l**

Tiré d'une présentation de David Nanchen 2022

Expected LDL cholesterol reduction

Statin tolerant		Statin partially tolerant	Statin complete intolerance	
>60%	>80%	>60%	>35%	>60%
Rosuvastatin 20 + Ezetimibe 10	Rosuvastatin 20 + Alirocumab/Evolocumab (+ Ezetimibe 10)	Rosuvastatin 5 + Alirocumab/Evolocumab (+ Ezetimibe 10)		Ezetimibe 10 + Alirocumab/Evolocumab
	Rosuvastatin 20 + Inclisiran (+ Ezetimibe 10)	Rosuvastatin 5 + Inclisiran (+ Ezetimibe 10)		Ezetimibe 10 + Inclisiran
	Rosuvastatin 20 + Bempedoic acid 180 + Ezetimibe 10	Rosuvastatin 5 + Bempedoic acid 180 + Ezetimibe 10	Ezetimibe 10 + Bempedoic acid 180	

Pourquoi l'objectif thérapeutique n'est pas atteint

- ✓ Immédiatement **après l'événement**, une «super-statine» est instaurée (atorvastatine ou rosuvastatine)
Idéalement en association avec l'ézétimibe
- ✓ Contrôle de la cible : à 3 mois; **A doser 1x** La lipoprotéine (a), : valeurs de référence pour le risque d'ASCVD : >30 mg/dl (>70 nmol/l) : modérément élevé; >50 mg/dl (>120 nmol/l):élevé; >180 mg/dl(>430 nmol/l):très élevé
- ✓ Lorsque l'objectif n'est pas atteint, escalade thérapeutique alors que le patient se sent bien.

Comment envisager l'escalade thérapeutique nécessitant la prescription d'un spécialiste

Acide bempézoïque NILEMDO/NUSTENDI

Inclisiran LEQVIO REPATHA

Evolocumab REPATHA

Alirocumab (PRALUENT

Remboursement seulement si les taux de LDL-C n'ont pas pu être atteints avec la dose maximale tolérée d'un traitement intensifié visant à réduire le LDL-C par une statine associée à l'ézétimibe pendant une période préalable d'au moins 3 mois.

Messages clés

1. **Monitoring** du LDL-C à 3 mois après l'évènement aigu
2. **Escalade thérapeutique rapide** après association d'une statine hautement efficace associée à l'ézétimibe
3. Le **dosage** des CK n'est pas nécessaire et le suivi des ALAT après un premier dosage n'est plus nécessaire
4. Utiliser l'arsenal thérapeutique disponible en préférant les **combinaisons** pour améliorer l'adhésion thérapeutique
5. Un second avis, une **consultation dyslipidémie** peut vous aider dans la prescription ou le maintien d'une statine ou la prescription de médicaments de seconde ligne après statines + ezetimibe.

MERCI DE VOTRE ATTENTION
Questions ?