

LES WEBINARS DU CNCH

Best Of 2020 en Cardiologie Interventionnelle et Structurale

Philippe COMMEAU

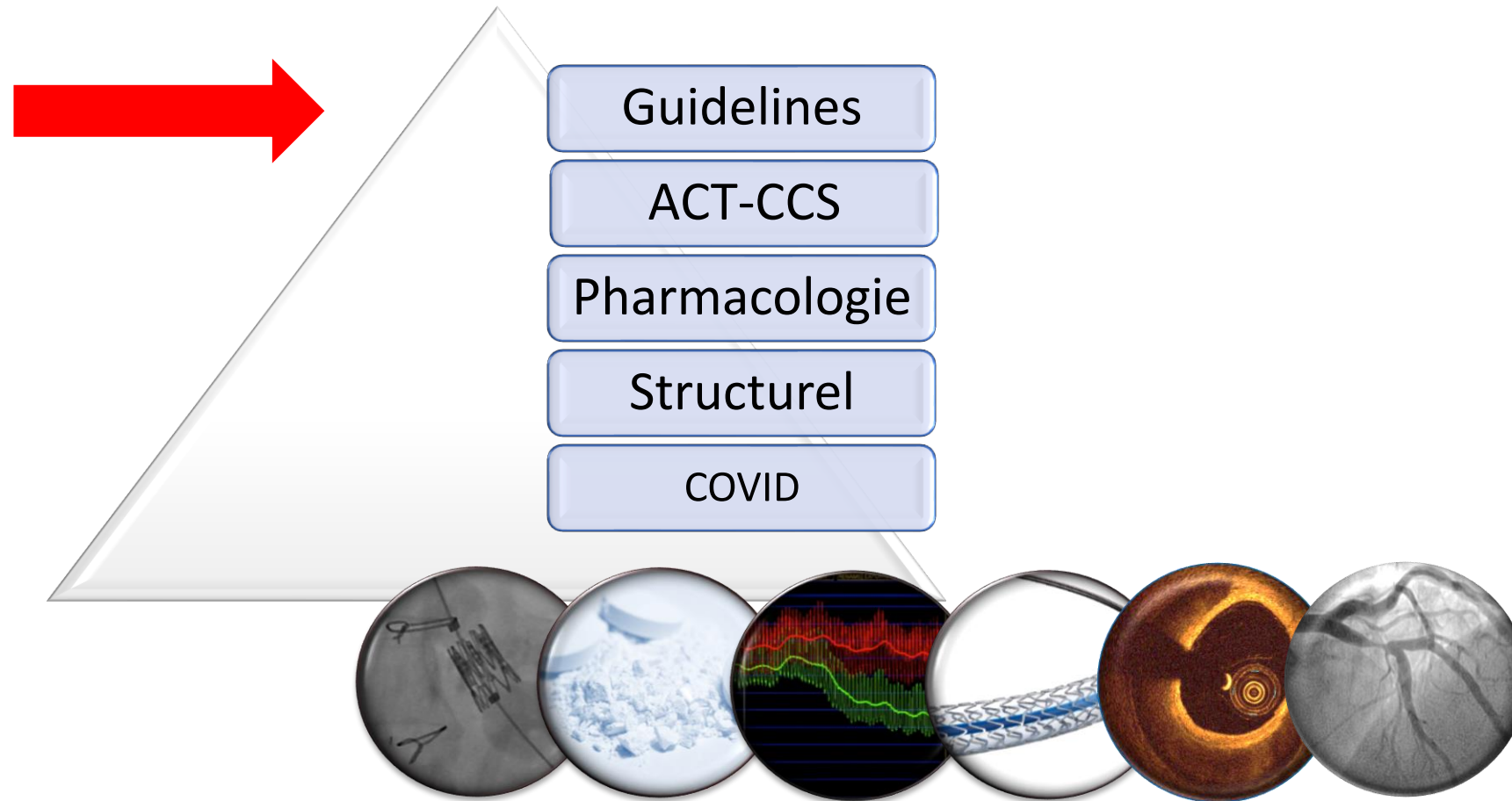
Polyclinique les Fleurs
Ollioules

Avec le soutien institutionnel de



Conflits d'intérêt concernant cette présentation

- Consultant : Abbott, BSCI, Edwards, Medtronic, Terumo, Cardia





ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2020) 00, 1–79

doi:10.1093/eurheartj/ehaa575

ESC GUIDELINES

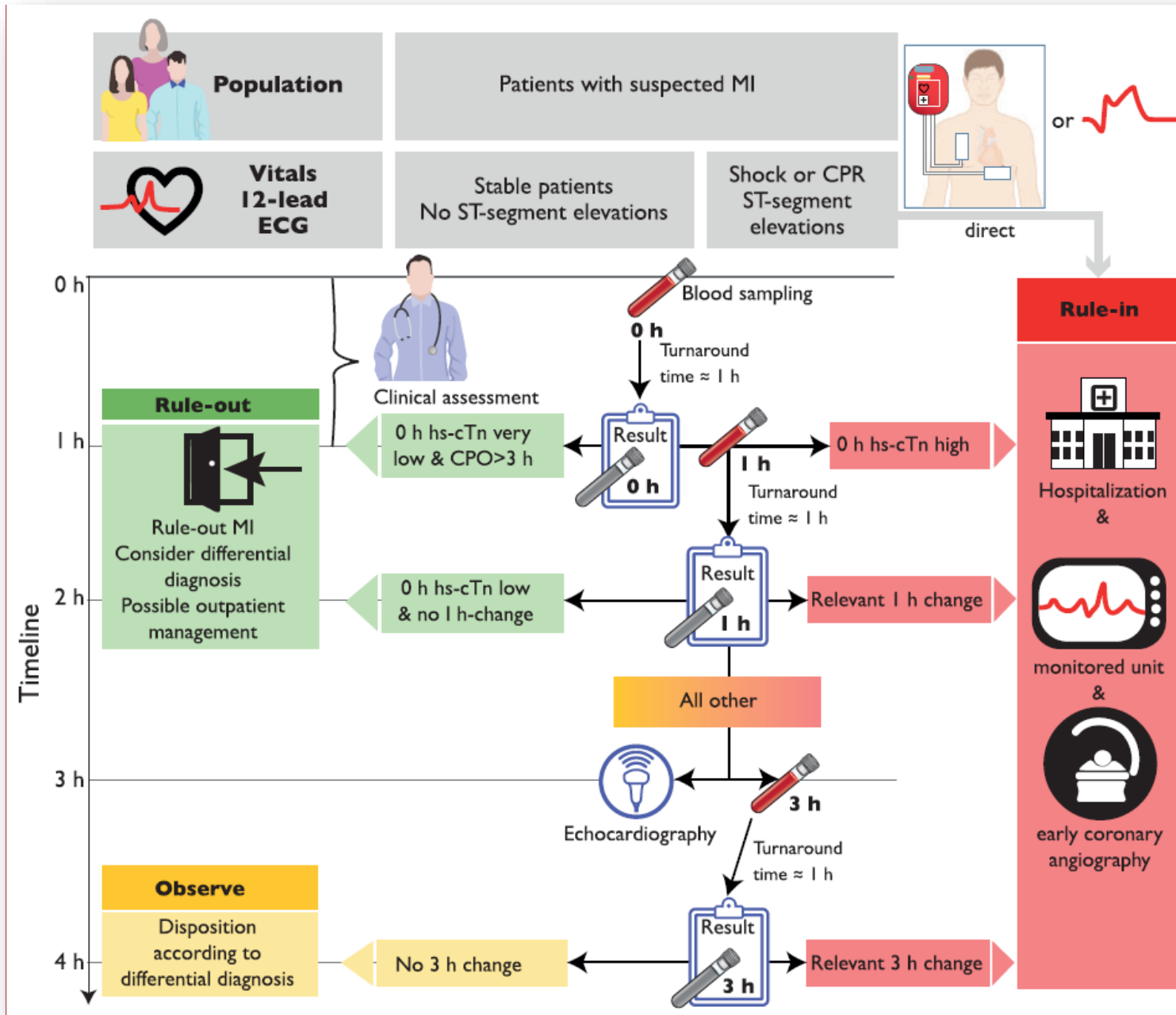


Collège
National des
Cardiologues des
Hôpitaux

2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)

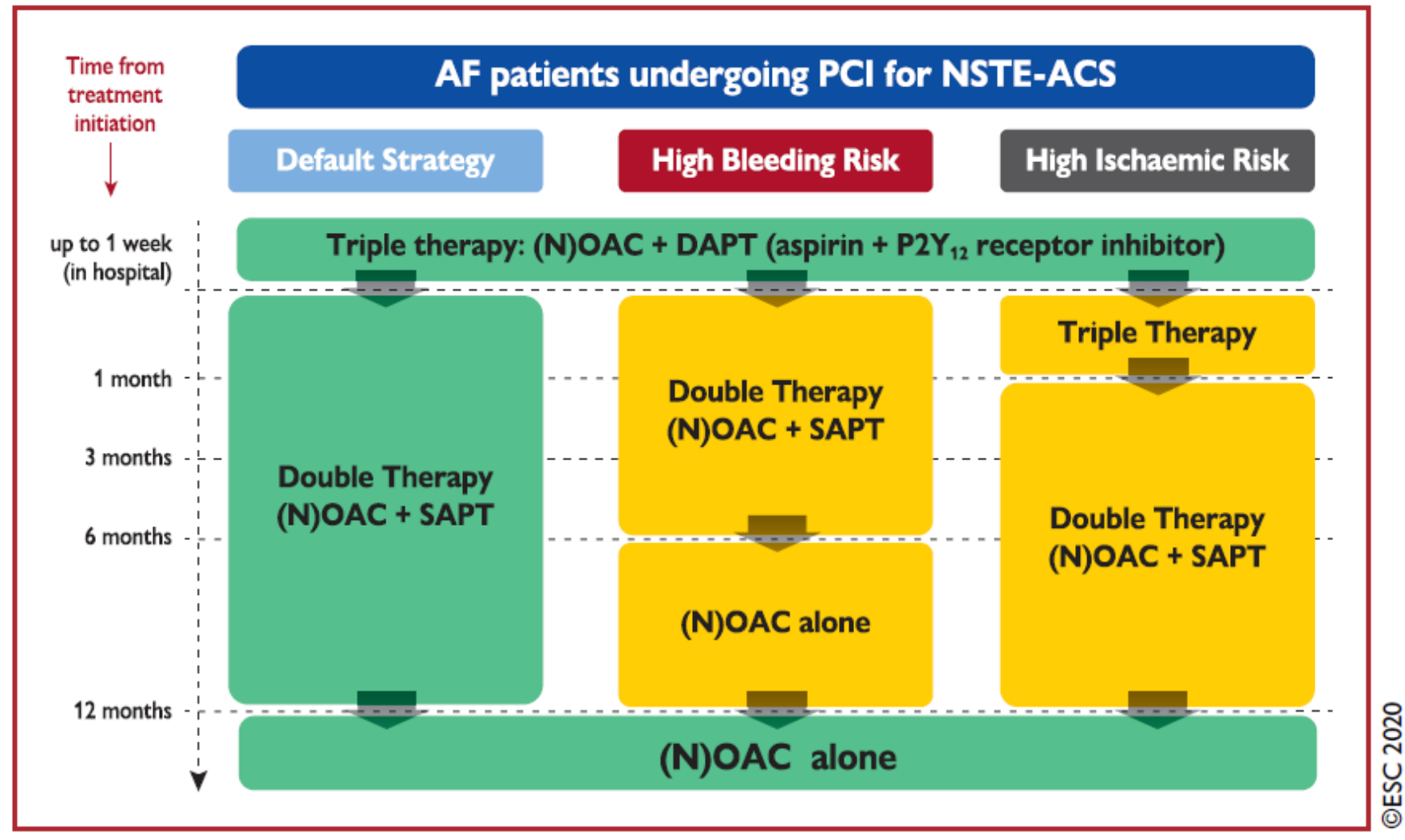
Authors/Task Force Members: Jean-Philippe Collet * (Chairperson) (France), Holger Thiele * (Chairperson) (Germany), Emanuele Barbato (Italy), Olivier Barthélémy (France), Johann Bauersachs (Germany), Deepak L. Bhatt (United States of America), Paul Dendale (Belgium), Maria Dorobantu (Romania), Thor Edvardsen (Norway), Thierry Folliguet (France), Chris P. Gale (United Kingdom), Martine Gilard (France), Alexander Jobs (Germany), Peter Jüni (Canada), Ekaterini Lambrinou (Cyprus), Basil S. Lewis (Israel), Julinda Mehilli (Germany), Emanuele Meliga (Italy), Béla Merkely (Hungary), Christian Mueller (Switzerland), Marco Roffi (Switzerland), Frans H. Rutten (Netherlands), Dirk Sibbing (Germany), George C.M. Siontis (Switzerland)



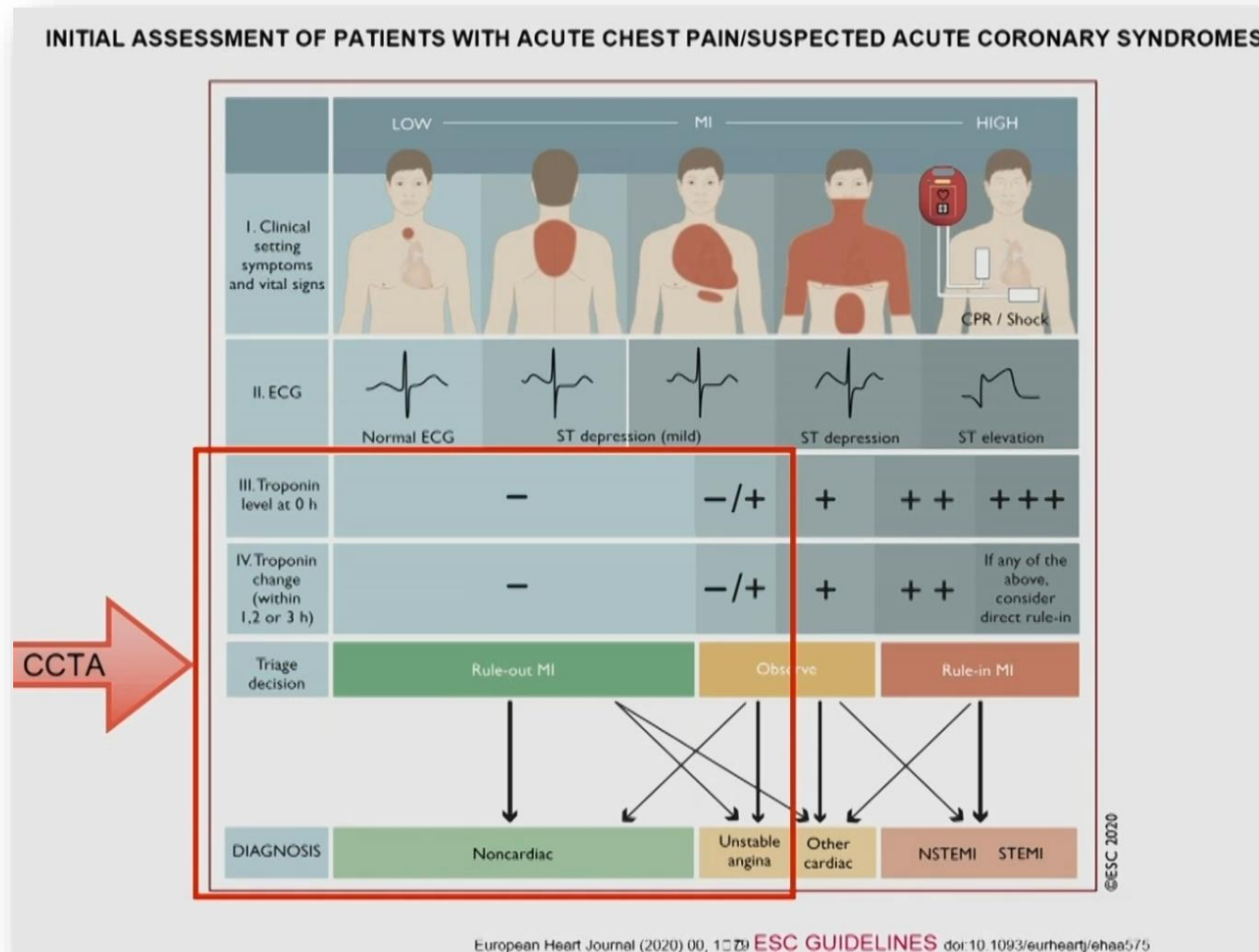
Messages clés concernant la DAPT

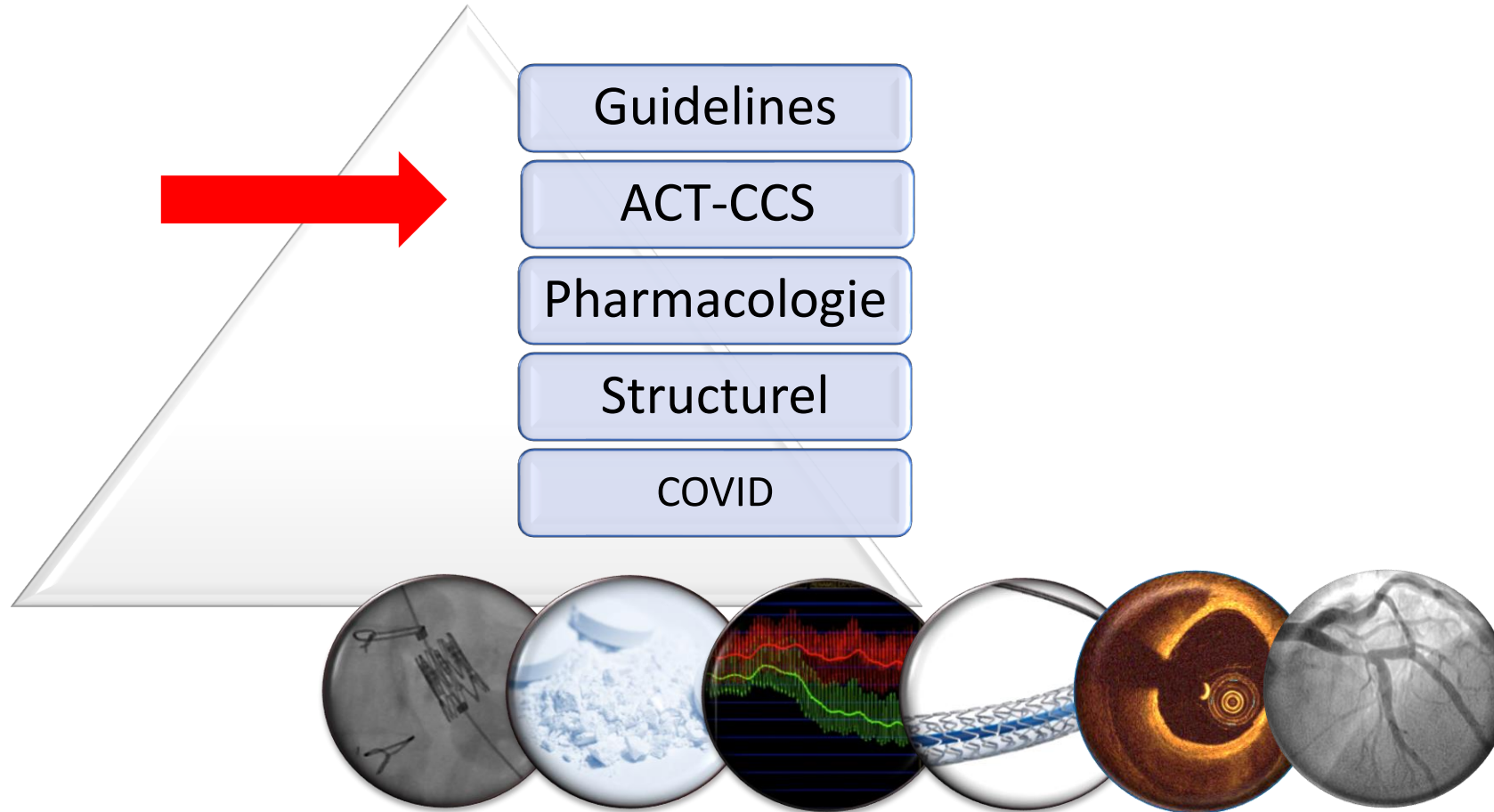
- 1^{er} choix : Aspirine + puissant bloqueur P2Y12 (Prasu ou Tica) **(IB)**
- Maintien d'une durée de 12 mois de la DAPT en post SCA non ST **(IA)**
- Prasugrel > Ticagrelor pour les patients traités par ACT **(IIaB)**
- Pas de prétraitement avec les bloqueurs P2Y12 en cas de stratégie invasive précoce < 24h **(IIIA)**
- Prétraitement seulement en cas de stratégie initiale non invasive et un risque hémorragique faible

Cas des patients sous anticoagulants

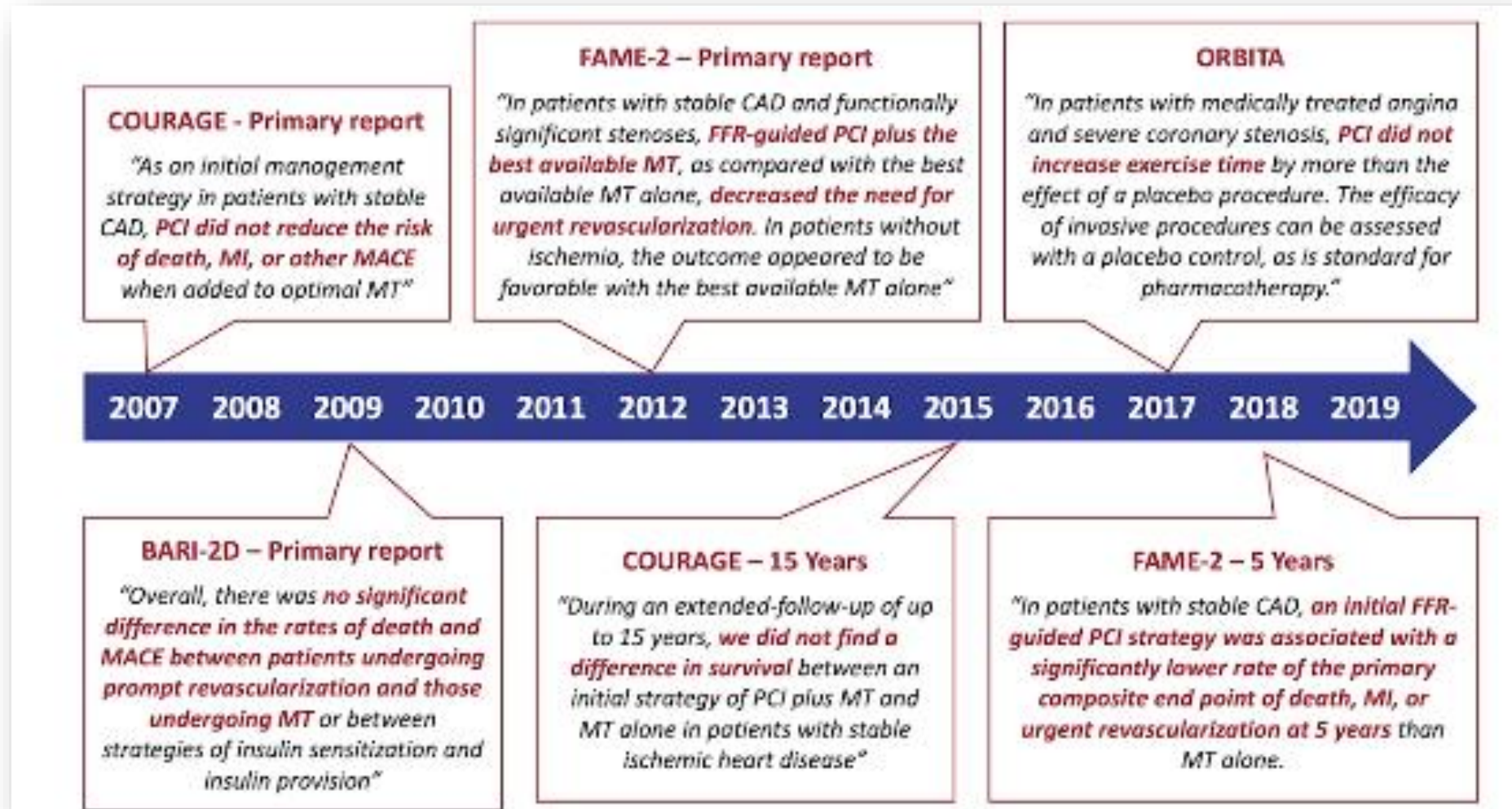


Place grandissante de l'imagerie en coupe

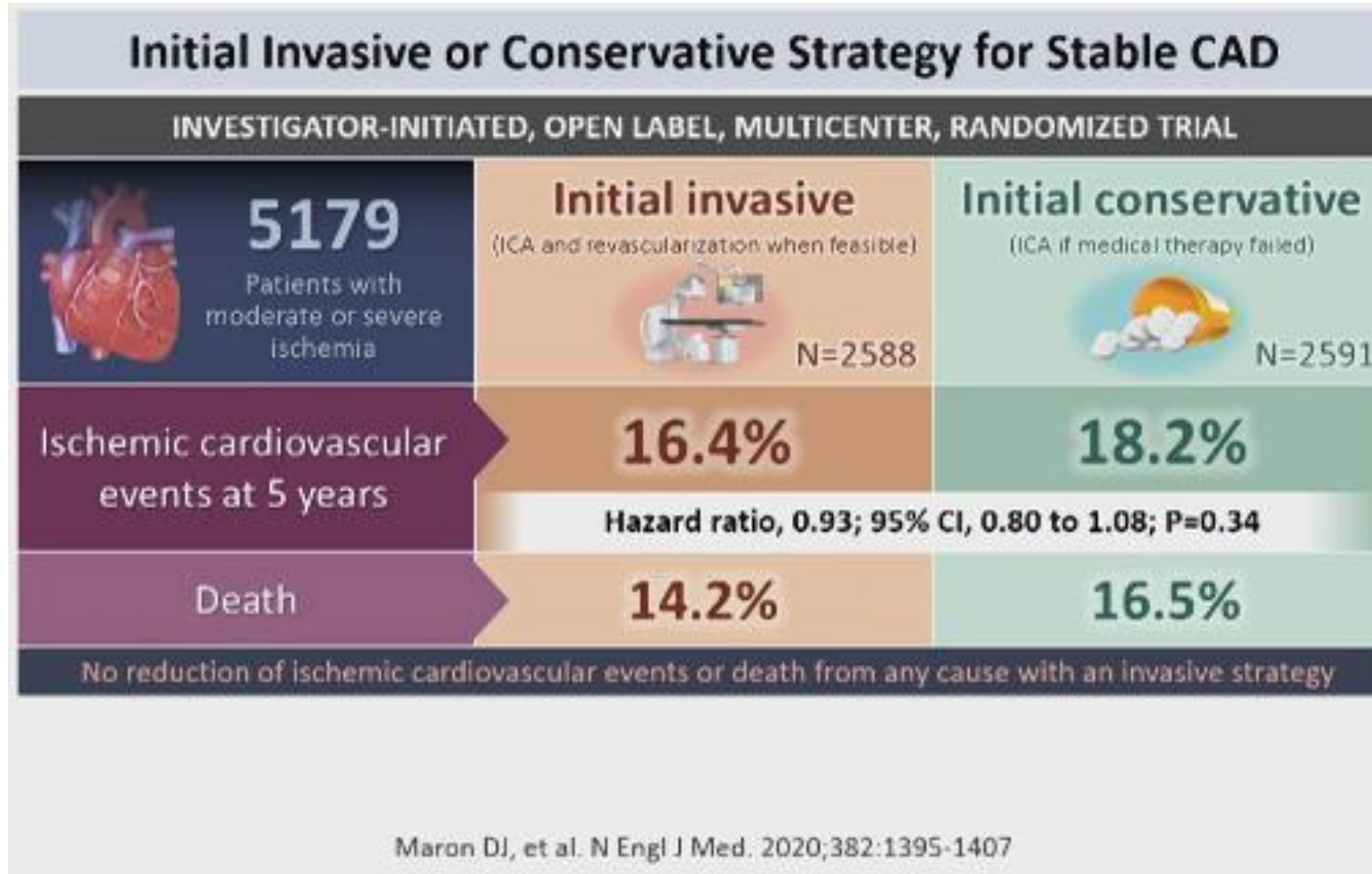




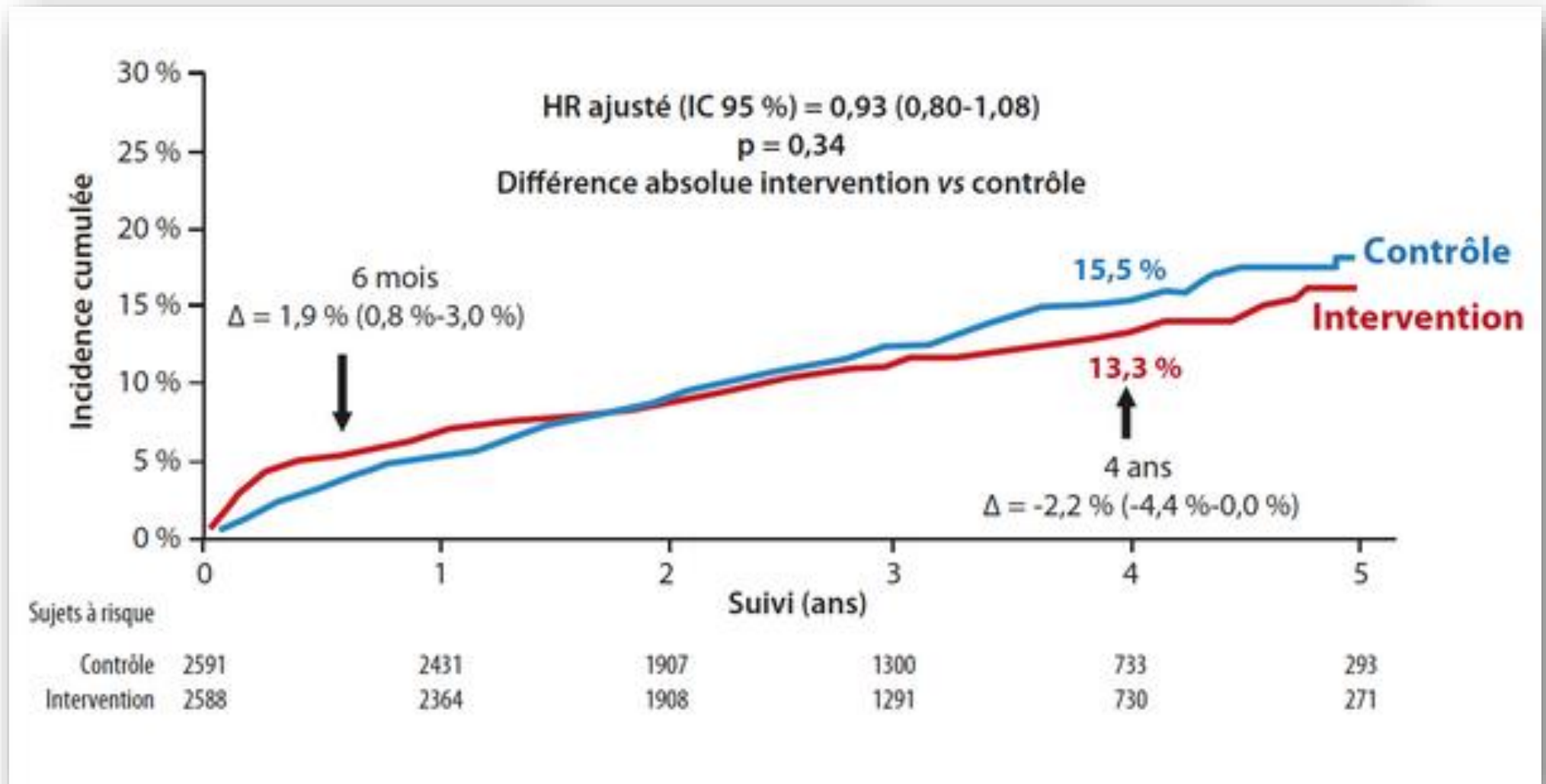
ISCHEMIA: ...au fil du temps



ISCHEMIA



Validité interne: limitation des biais



Validité externe: applicabilité à la vie réelle

How applicable are these results?

NO BENEFIT OF THE INVASIVE STRATEGY

These results apply to patients with:

- > Relatively mild symptoms
- > Moderate to severe ischemia

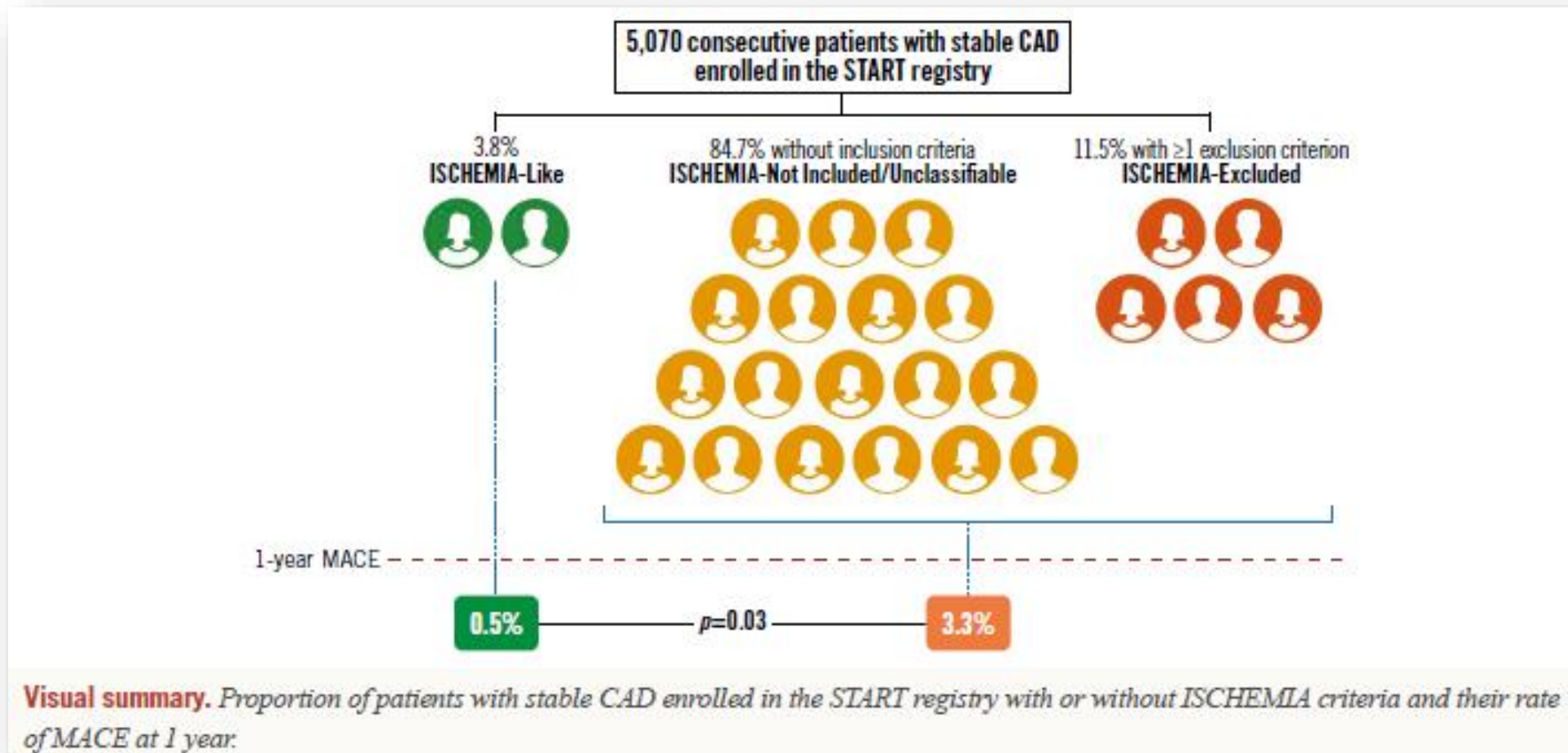
These results do not apply to patients with:

- > Recent acute coronary syndromes
- > Unprotected left main
- > LVEF <35%
- > NYHA class III or IV
- > Unacceptable angina despite medical therapy at maximal acceptable doses

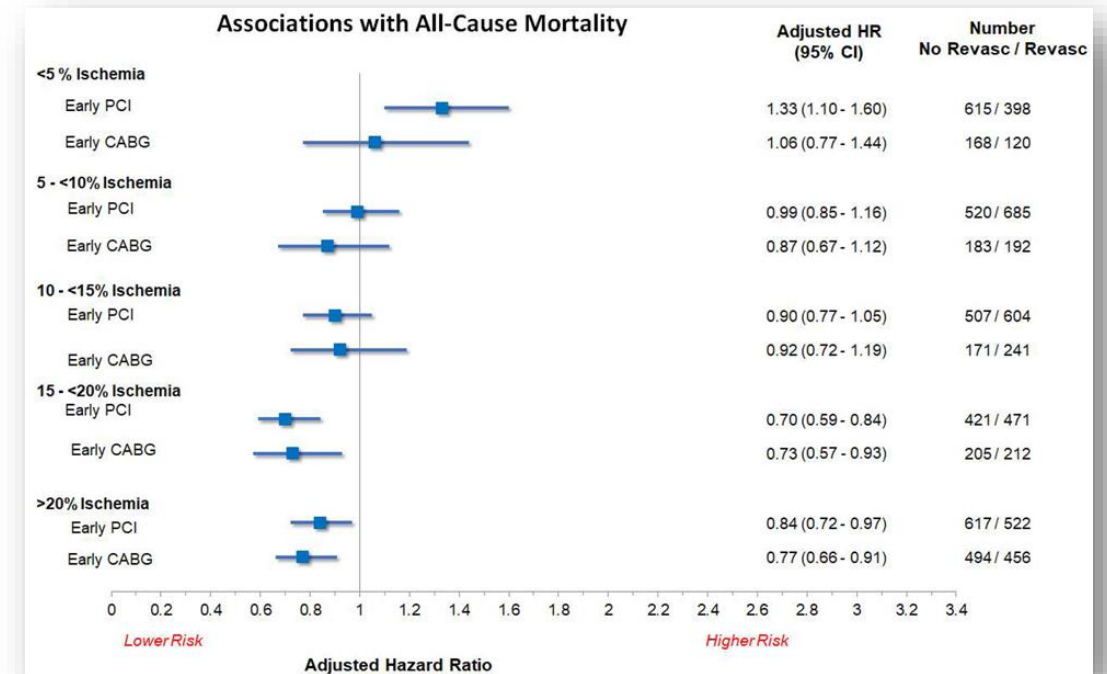
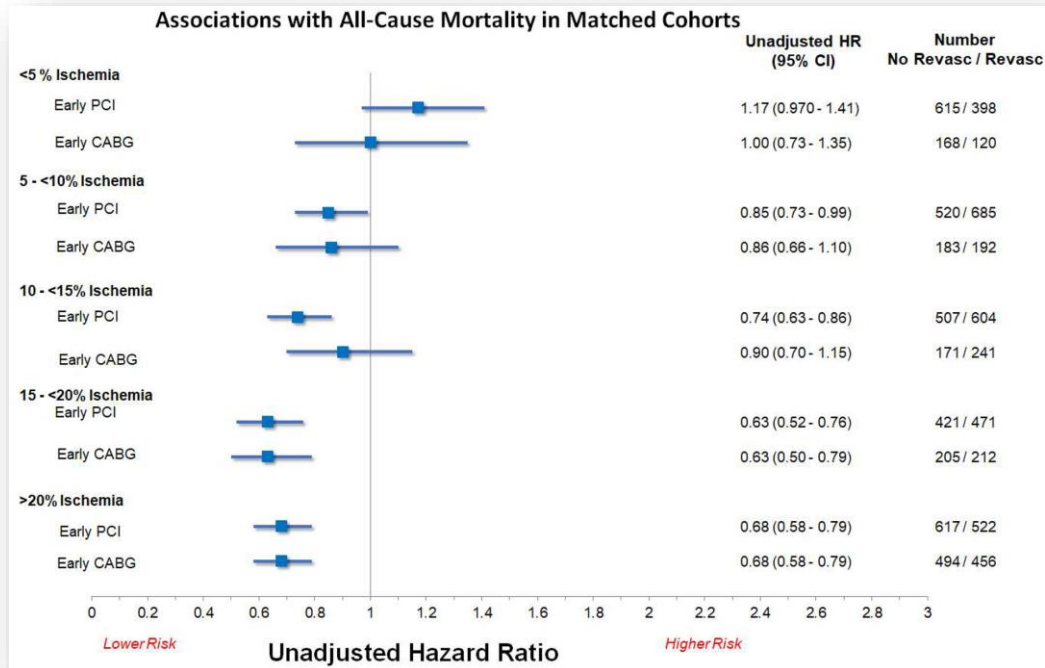
Validité externe

- Réalisation d'un CT scan avant l'inclusion
- Population de patients indiens
- Pas la même prise en charge ni le même profil de patients

Validité externe



N > 54 000 pts entre 1992 et 2012 avec SPECT

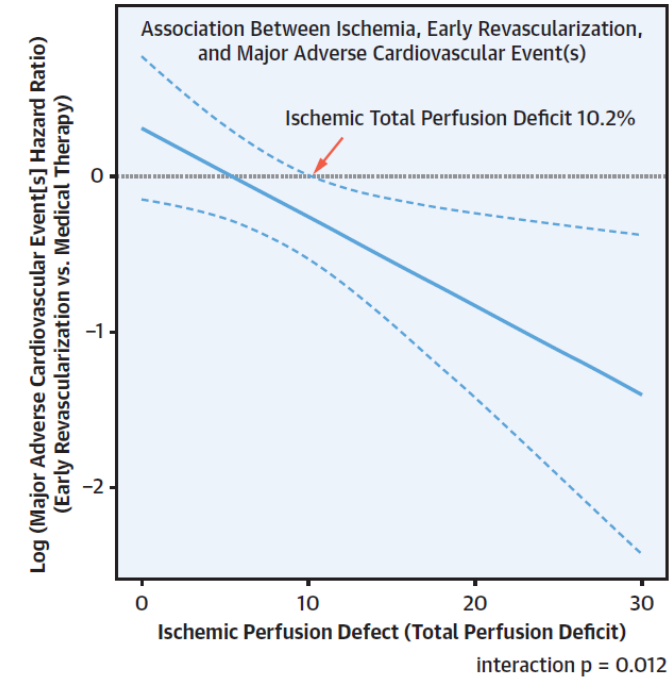
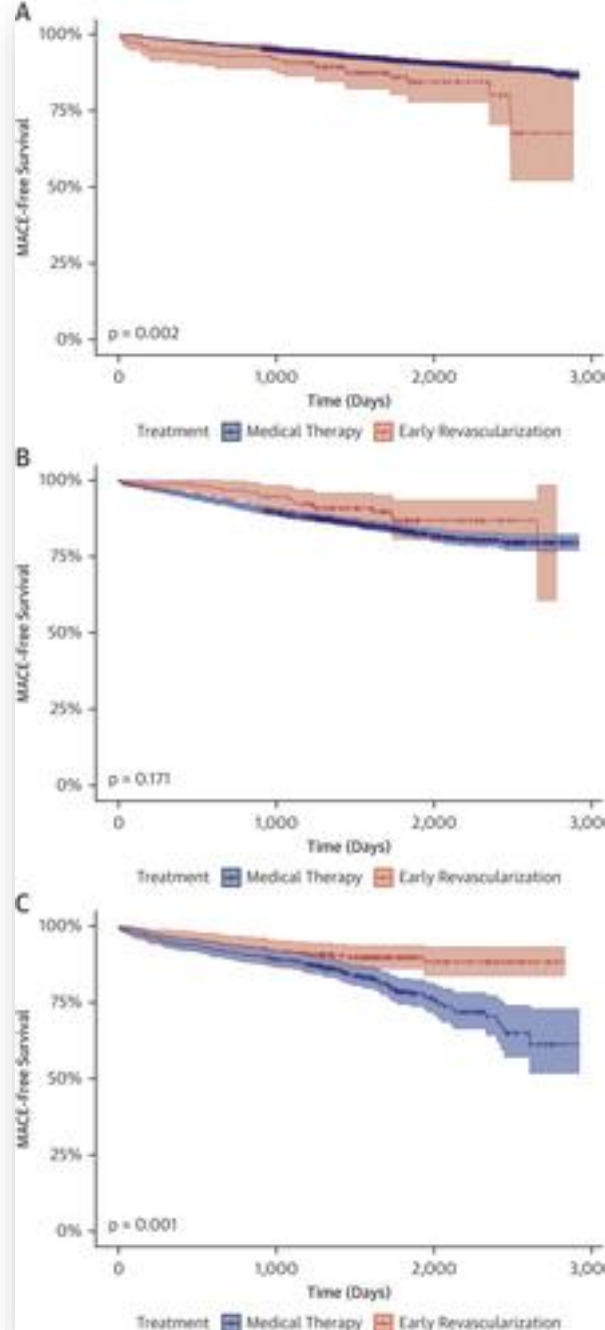


N = 19000 pts

A. Patients avec déficit de perfusion < 5%

B. Patients avec déficit de perfusion 5% à 10%

C. Patients avec déficit de perfusion > 10%



Azadani, P.N. et al. J Am Coll Cardiol Img. 2020;■(■):■-■.

Multivariable analysis of the association between early revascularization and major adverse cardiovascular event(s) (MACE). Ischemic total perfusion deficit (TPD) is treated as a continuous variable.



JACC
Cardiovascular Imaging

ORIGINAL RESEARCH

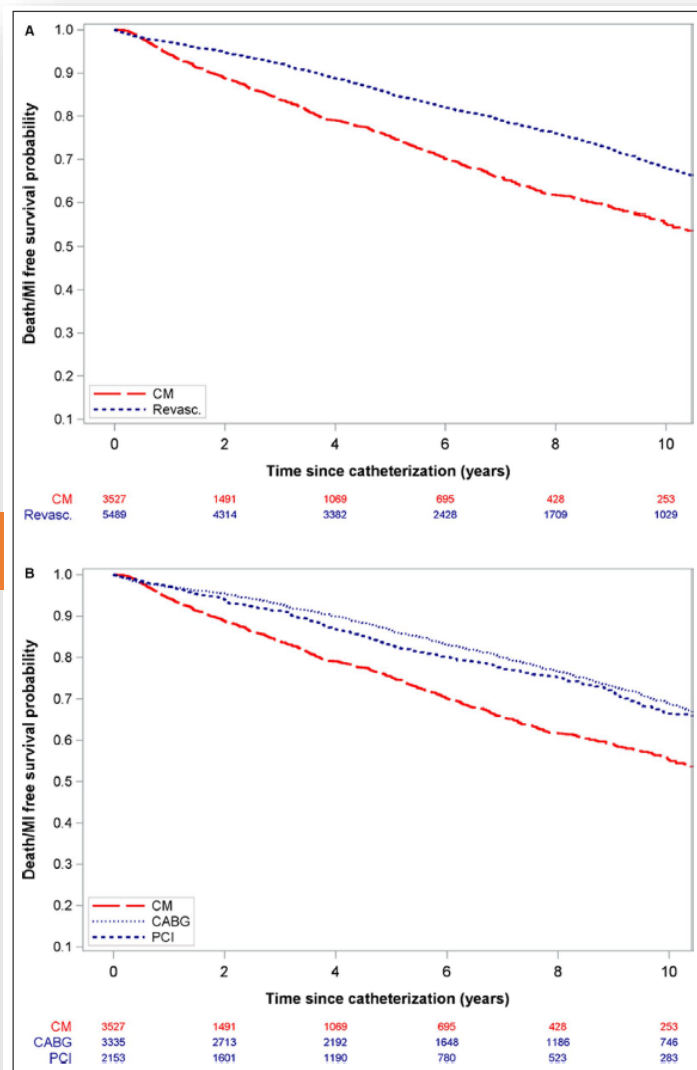
Long-Term Clinical Outcomes Following Revascularization in High-Risk Coronary Anatomy Patients With Stable Ischemic Heart Disease

Kevin R. Bainey , MD, MSc; Wendimagegn Alemayehu , PhD; Robert C. Welsh, MD; Arnav Kumar, MD, MSCR; Spencer B. King III, MD; Ajay J. Kirtane , MD, SM

BACKGROUND: The ISCHEMIA (International Study of Comparative Health Effectiveness with Medical and Invasive Approaches) trial failed to show a reduction in hard clinical end points with an early invasive strategy in stable ischemic heart disease (SIHD). However, the influence of left main disease and high-risk coronary anatomy was left unaddressed. In a large angiographic disease-based registry, we examined the modulating effect of revascularization on long-term outcomes in anatomically high-risk SIHD.

METHODS AND RESULTS: 9016 patients with SIHD with high-risk coronary anatomy (3 vessel disease with $\geq 70\%$ stenosis in all 3 epicardial vessels or left main disease $\geq 50\%$ stenosis [isolated or in combination with other disease]) were selected for study from April 1, 2002 to March 31, 2016. The primary composite of all-cause death or myocardial infarction (MI) was compared between revascularization versus conservative management. A total of 5487 (61.0%) patients received revascularization with either coronary artery bypass graft surgery ($n=3312$) or percutaneous coronary intervention ($n=2175$), while 3529 (39.0%) patients were managed conservatively. Selection for coronary revascularization was associated with improved all-cause death/MI as well as longer survival compared with selection for conservative management (Inverse Probability Weighted hazard ratio [IPW-HR] 0.62; 95% CI 0.58 to 0.66; $P<0.001$; IPW-HR 0.57; 95% CI 0.53–0.61; $P<0.001$, respectively). Similar risk reduction was noted with percutaneous coronary intervention (IPW-HR 0.64, 95% CI 0.59–0.70, $P<0.001$) and coronary artery bypass graft surgery (IPW-HR 0.61; 95% CI 0.57–0.66; $P<0.001$).

CONCLUSIONS: Revascularization in patients with SIHD with high-risk coronary anatomy was associated with improved long-term outcome compared with conservative therapy. As such, coronary anatomical profile should be considered when contemplating treatment for SIHD.



P < 0,001

Figure 1. Long-term all-cause death or myocardial infarction free survival for patients with stable ischemic heart disease.

(A) Kaplan-Meier Curves Comparing Revascularization and Conservative Management; (B) Kaplan Meier Curves Comparing Mode of Revascularization (CABG or PCI) and Conservative Management. CABG indicates coronary artery bypass grafting; CM, conservative management; PCI, percutaneous coronary intervention; and Revasc, revascularization.

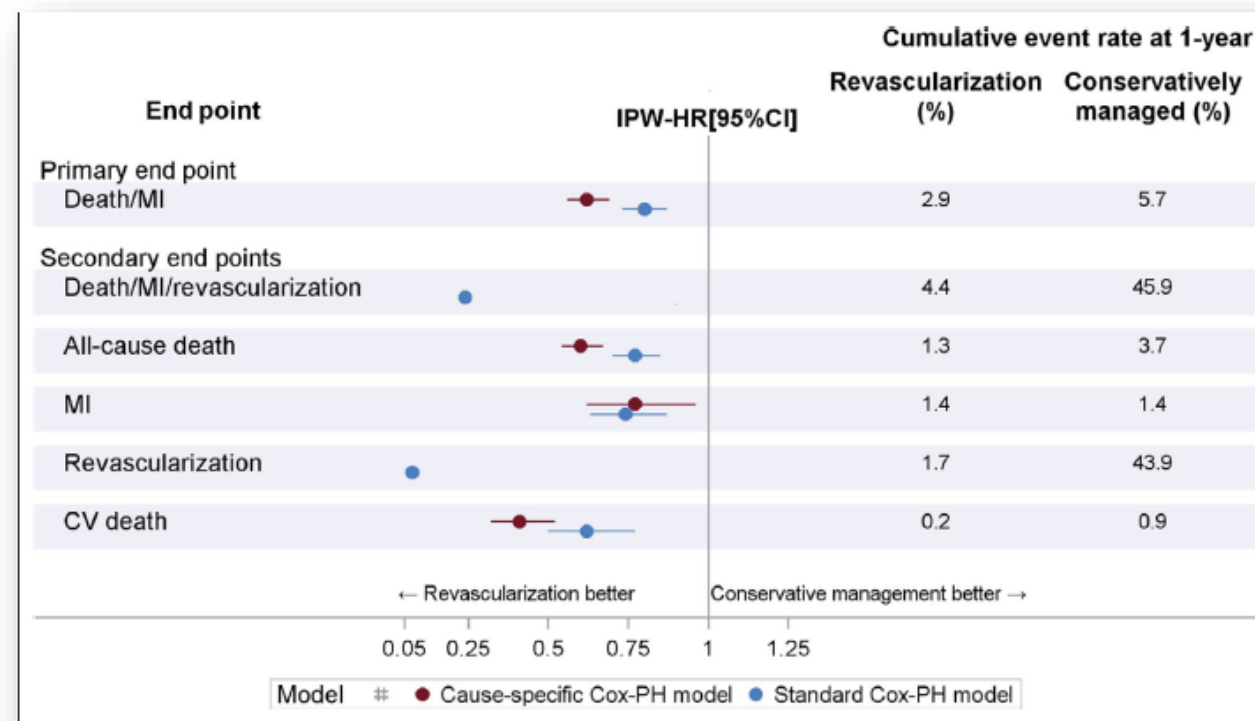
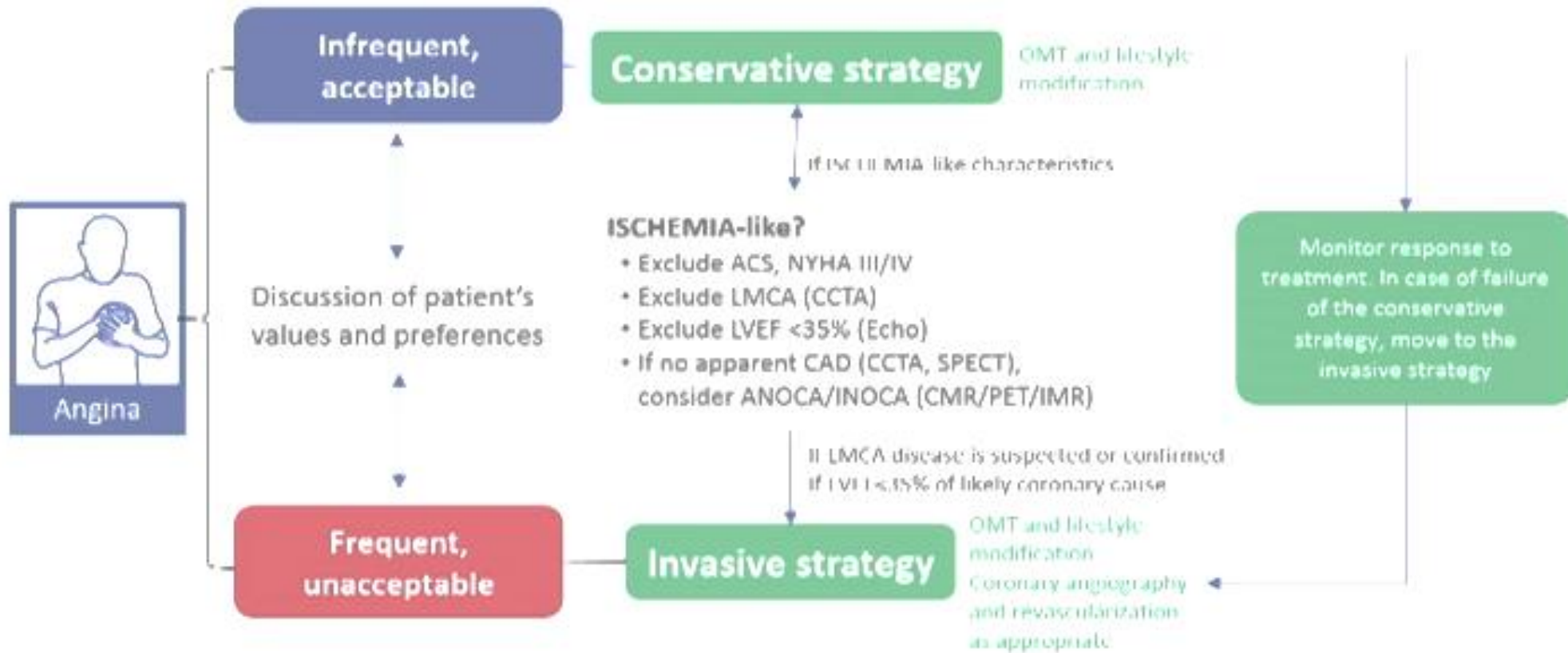


Figure 2. Adjusted hazard ratios for clinical end points in high risk anatomy patients with stable ischemic heart disease undergoing revascularization and conservative management.

Cox-PH indicates Cox—proportional hazard; CV, cardiovascular; IPW-HR, inverse probability weighted—hazard ratio; and MI, myocardial infarction.



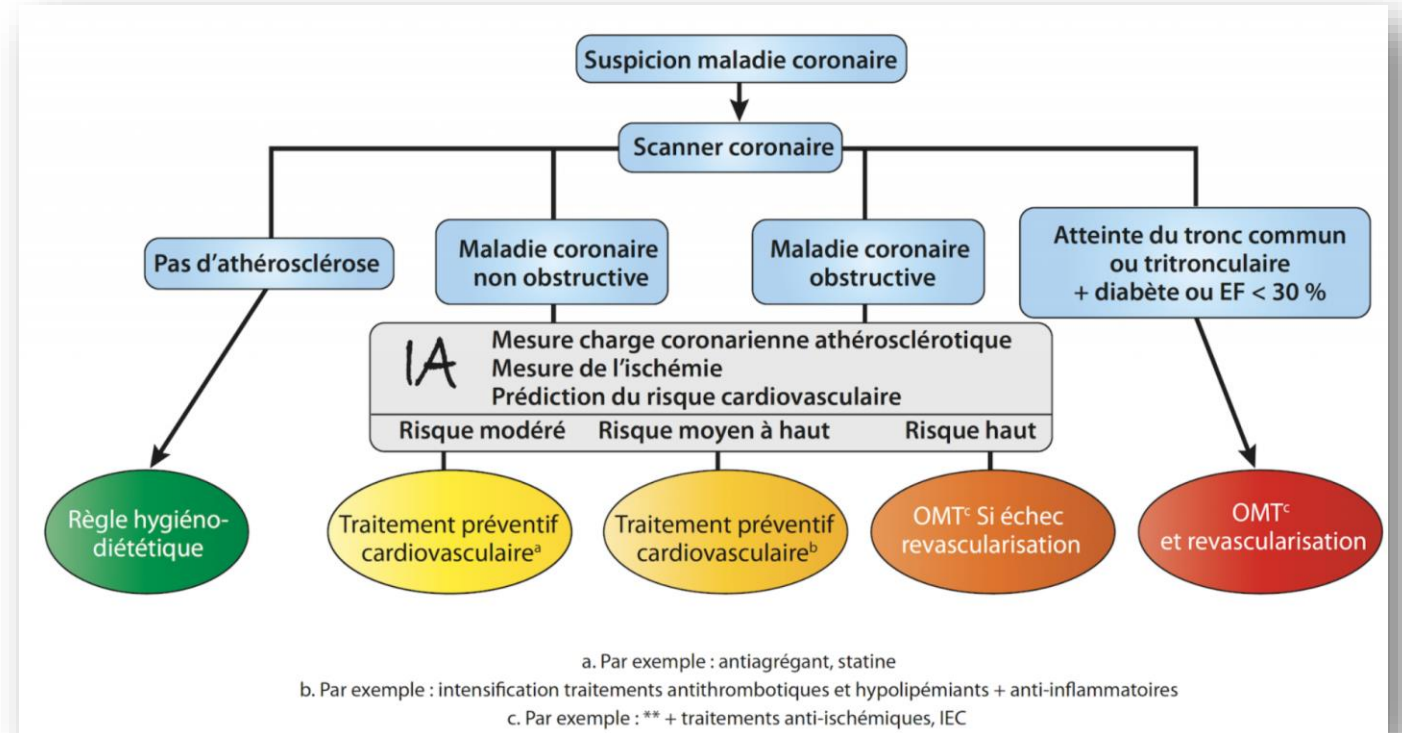
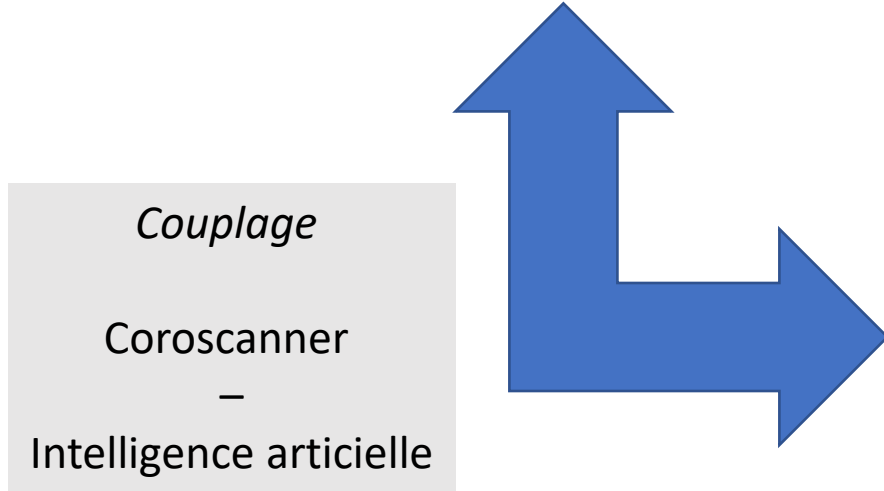
Ischemia dans notre vie courante

- S'intéresser aux patients symptomatiques et ischémiques
- Traiter les lésions des troncs principaux (TC...)
- Ne pas s'acharner sur les bifurcations ni sur les branches secondaires
- Redéfinir la prise en charge de l'angor chronique avec l'avènement prochain du coroscanner en 1^{ère} ligne , l'anatomie lésionnelle guidant la poursuite du bilan

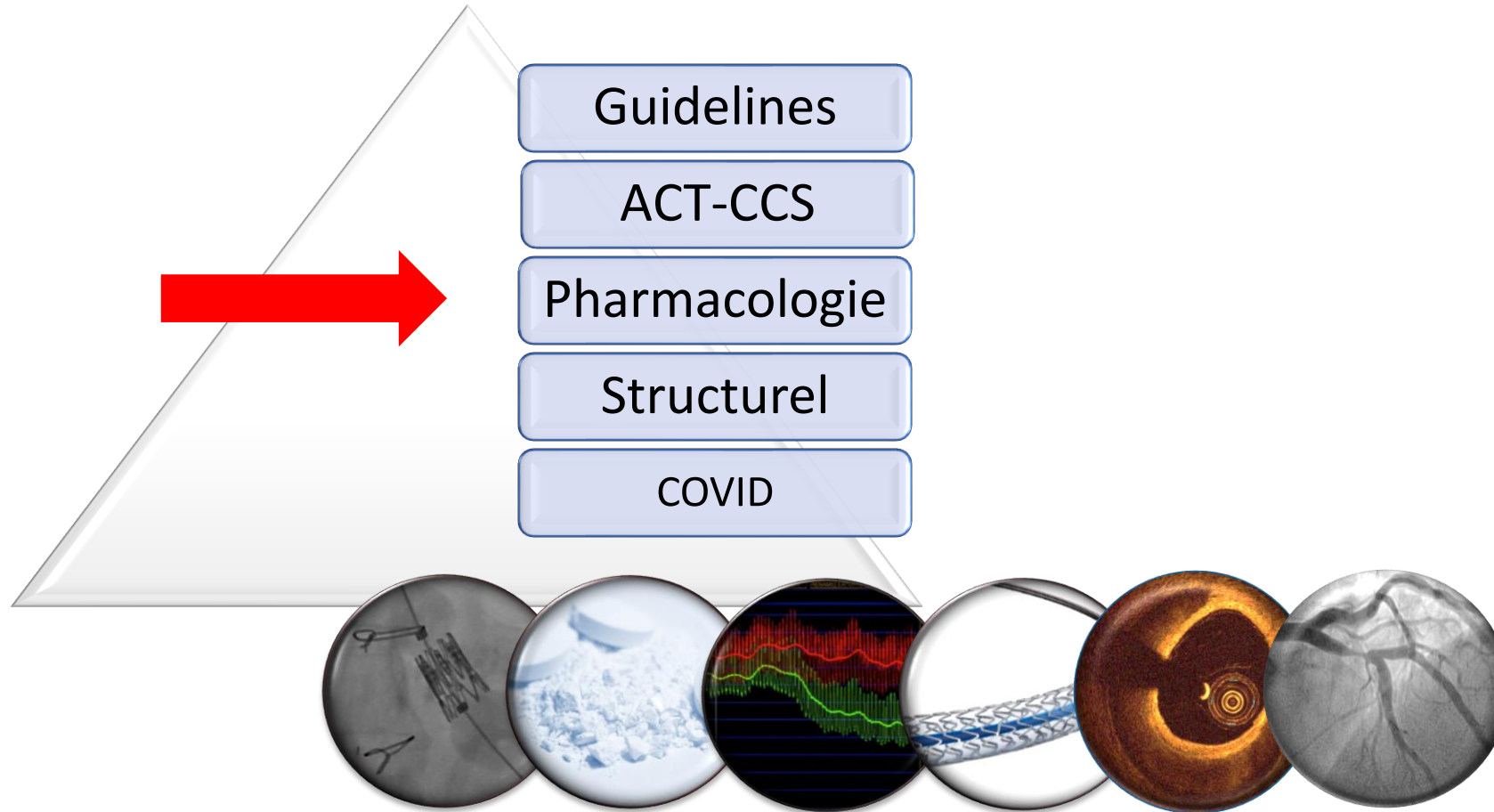
SCAPIS: Swedish Study Suggests Personalized Screening Questionnaire Can Identify Patients at High Risk For CVD

30 000 patients screenés

Nov 13, 2020



D'après G. Barone-Rochette



Allégement et simplification du traitement antiplaquettaire

- Pour les stents
- Pour les SCA
- Pour les molécules

ONYX ONE

Windecker S, et al.
N Engl J Med 2020

1996 patients at HBR

Polymer-based stent

Polymer-free stent

CV death, MI or ST

ARD, 0.2%; 97.5% UCL 3.5% ($\Delta=4.1\%$); $P_{NI}=0.01$

Noninferiority on MACE of a polymer-based zotarolimus-eluting stent

HOST-REDUCE-ACS

Kim HS, et al.
Lancet 2020

3429 patients with ACS

De-escalation

Conventional DAPT

NACE

Hazard ratio, 0.70; 95% CI, 0.52 to 0.92

Reduction in NACE with a prasugrel-based dose de-escalation strategy

TICO

Byeong-Keuk K, et al.
JAMA 2020

3056 patients with ACS

Ticagrelor SAPT

Ticagrelor-based DAPT

NACE

Hazard ratio, 0.66; 95% CI, 0.48 to 0.92, $P=0.01$

Reduction in NACE with a strategy of ticagrelor monotherapy at 3 months

ALPHEUS

Silvain et al.

Lancet 2020

1900 patients PCI

Ticagrelor

Clopidogrel

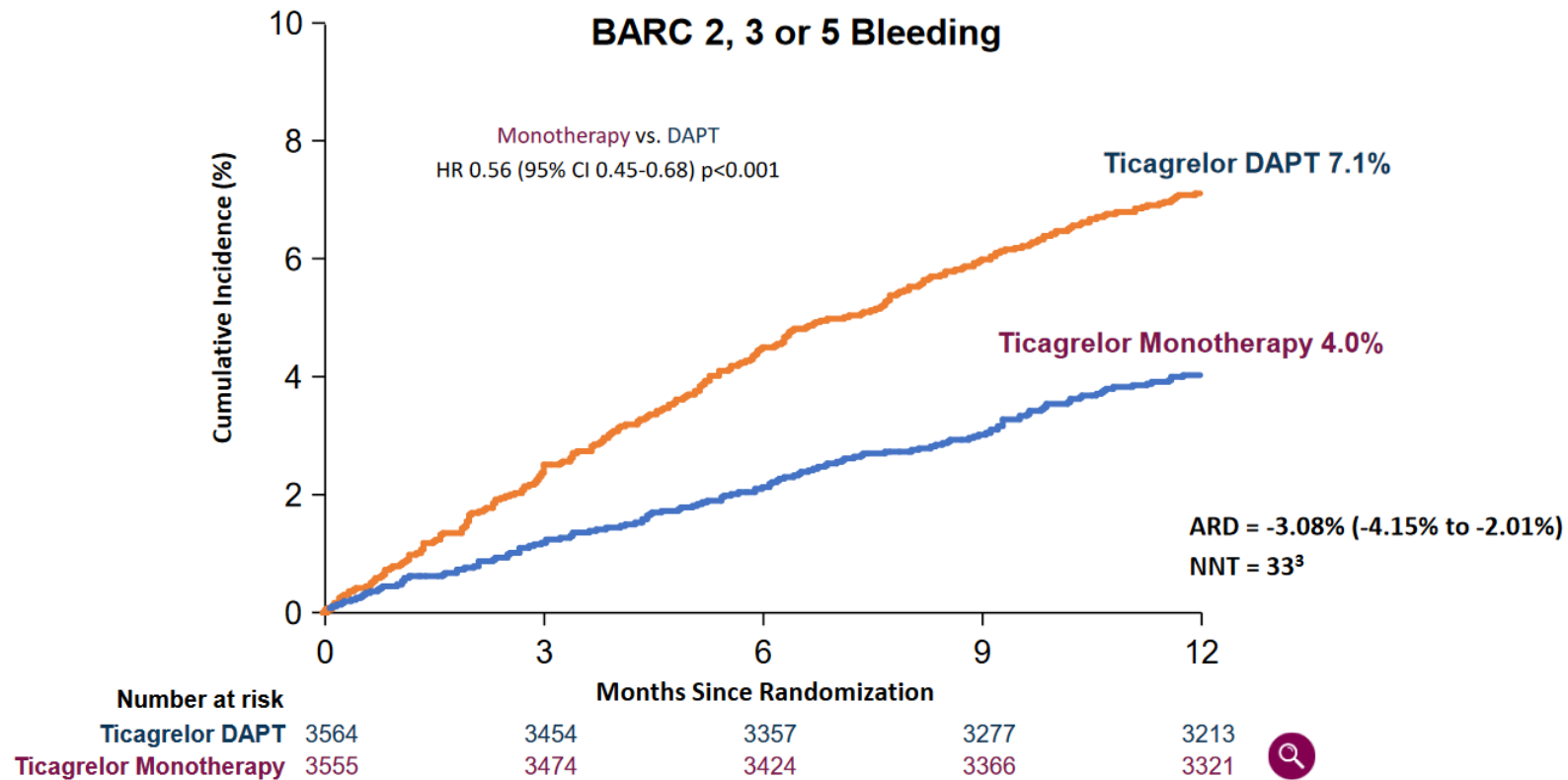
MI & Major MI

HR, 0.97 ; 95% CI , 0.80 to 1.17, $p=0.75$

No difference between Ticagrelor and Clopidogrel at 30 days

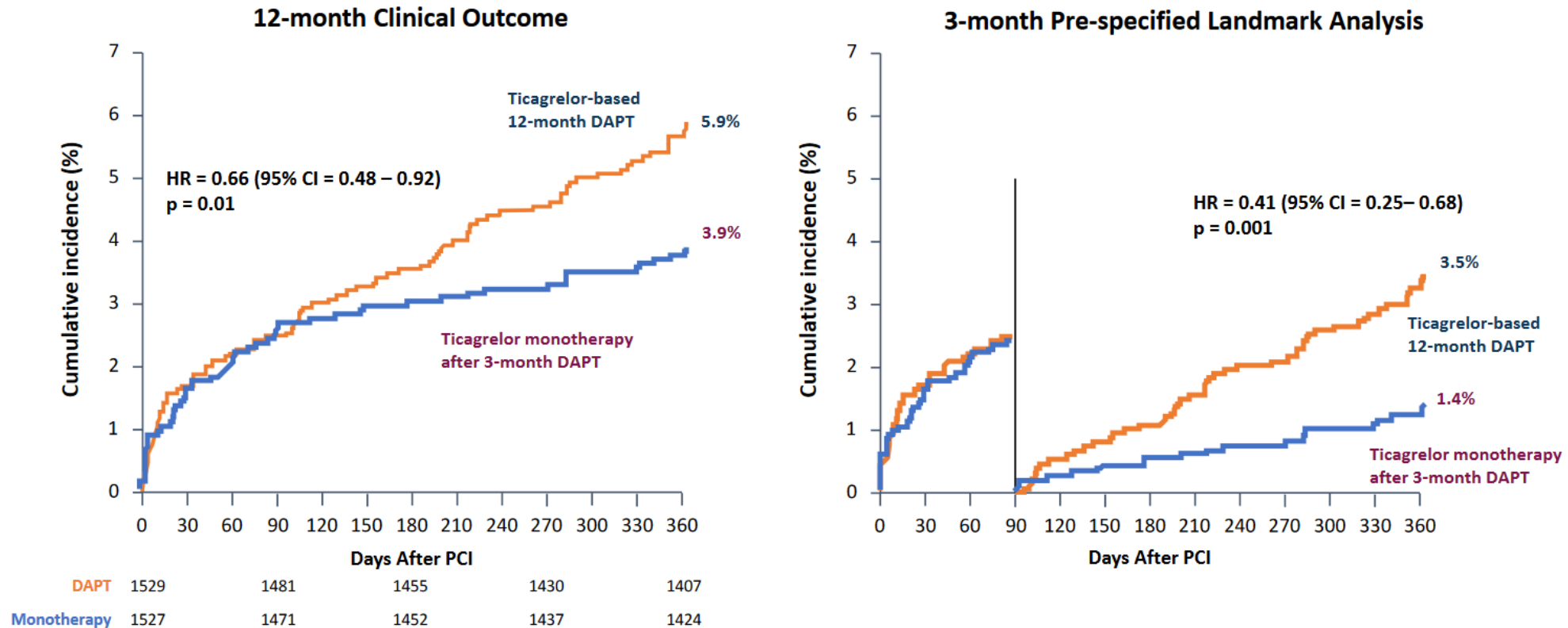
TWILIGHT	TICO
3 Mo DAPT ASA + Tica Followed by Tica 90 BID monotherapy	
Significant reduction of bleeding	
No difference for MACE	
Double-blind, vs Placebo	Open-label
Randomization at M3	Randomization at M0
2/3 ACS, 1/3 CCS	100% ACS
STEMI excluded	1/3 STEMI
Any type of modern DES	100% Orsiro stent
High-risk patients (clinical/angio)	All comers ACS with PCI
Most of HBR included	Most of HBR excluded
Suggesting benefit of TICA monotherapy post ACS after initial DAPT	

TWILIGHT: Primary Endpoint



1. Mehran R et al. *N Engl J Med.* 2019; 381:2032-2042

TICO: Primary Endpoint Net Adverse Clinical Events



Stratégie de « de-escalation » dans le SCA

- Réduire l'inhibition antiplaquettaire sans en perdre l'efficacité

Ticagrelor monotherapy (*TWILIGHT, TICO*)

Decrease P2Y12 inhibition

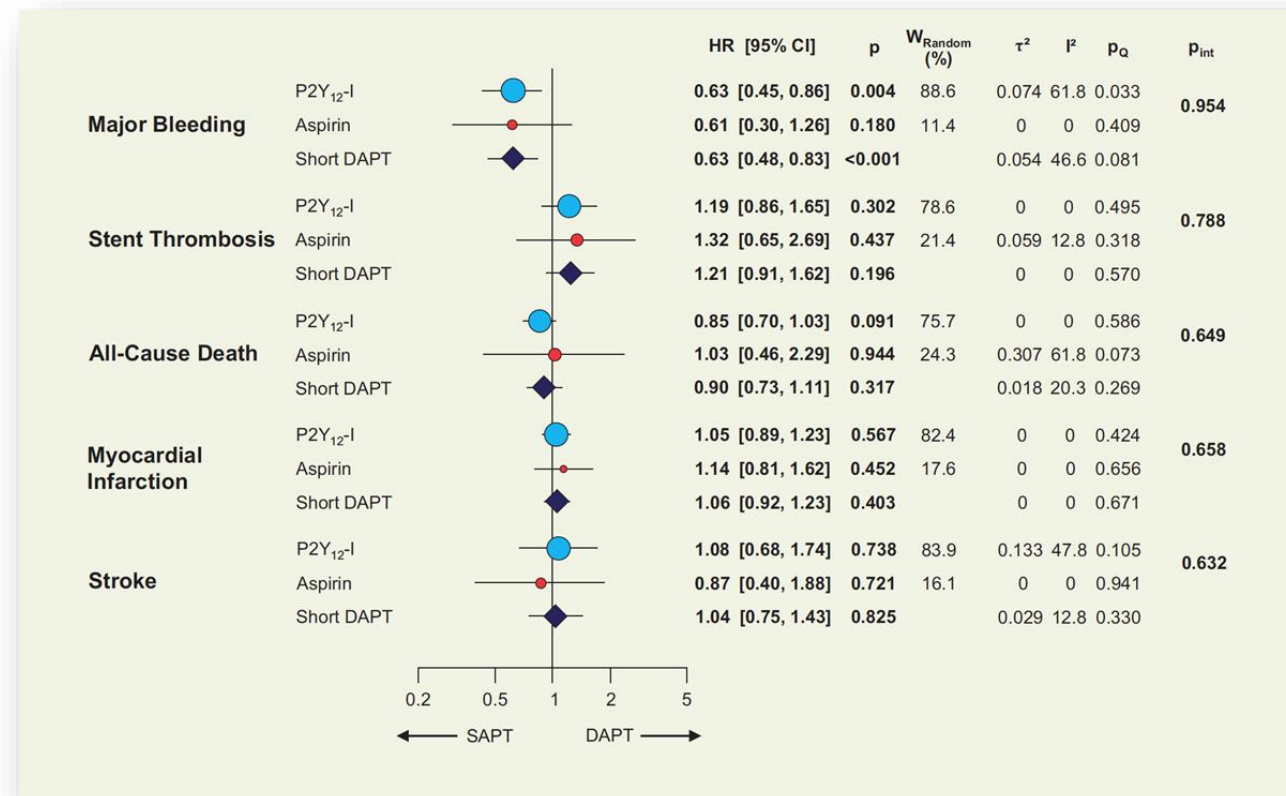
Switch P2Y12 blockers (TOPIC, TROPICAL ACS, POPULAR GENETIC)

Reduce P2Y12 blocker dose (Prasugrel 5 mg in HOST-REDUCE-POLYTECH-ACS)

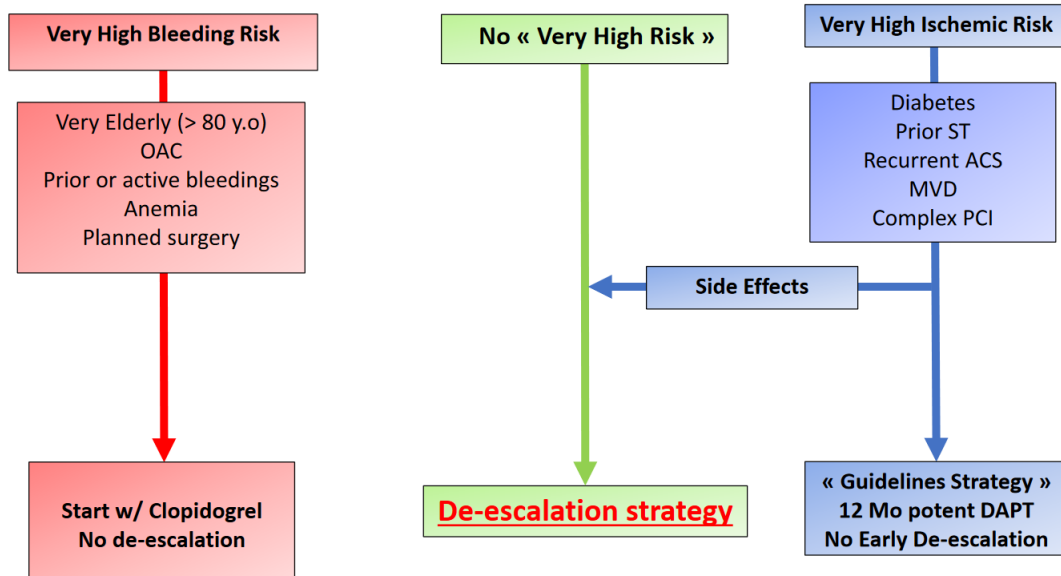
Stratégie de réduction de la durée de la DAPT dans le SCA et le stenting du CCS

- Réduire la durée de la DAPT de 12 mois à 1-3 mois sans majoration des complications ischémiques et thrombotiques

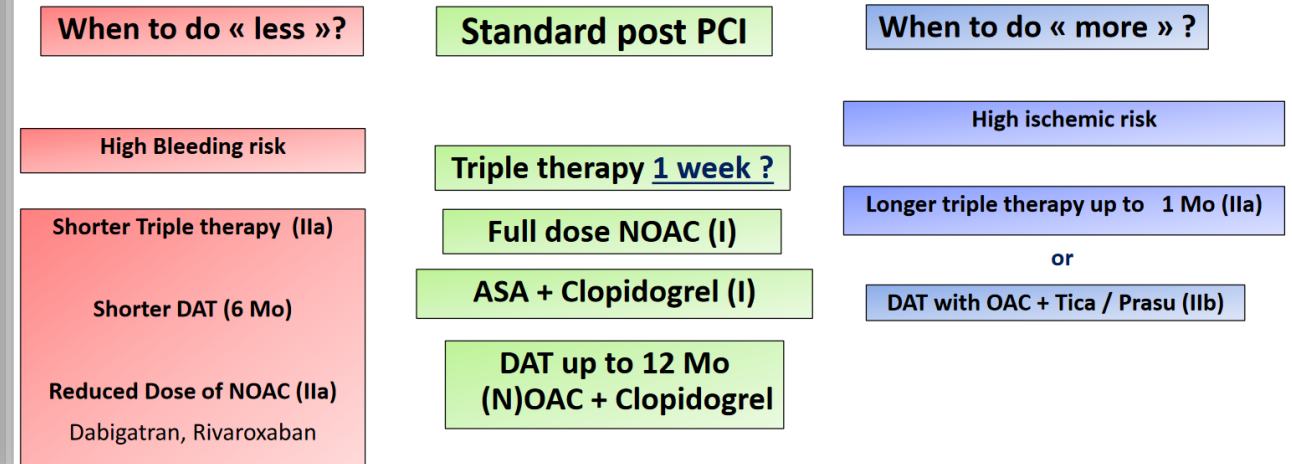
- GLOBAL LEADERS
- SMART CHOICE
- STOP DAPT 2
- TWILIGHT
- TICO



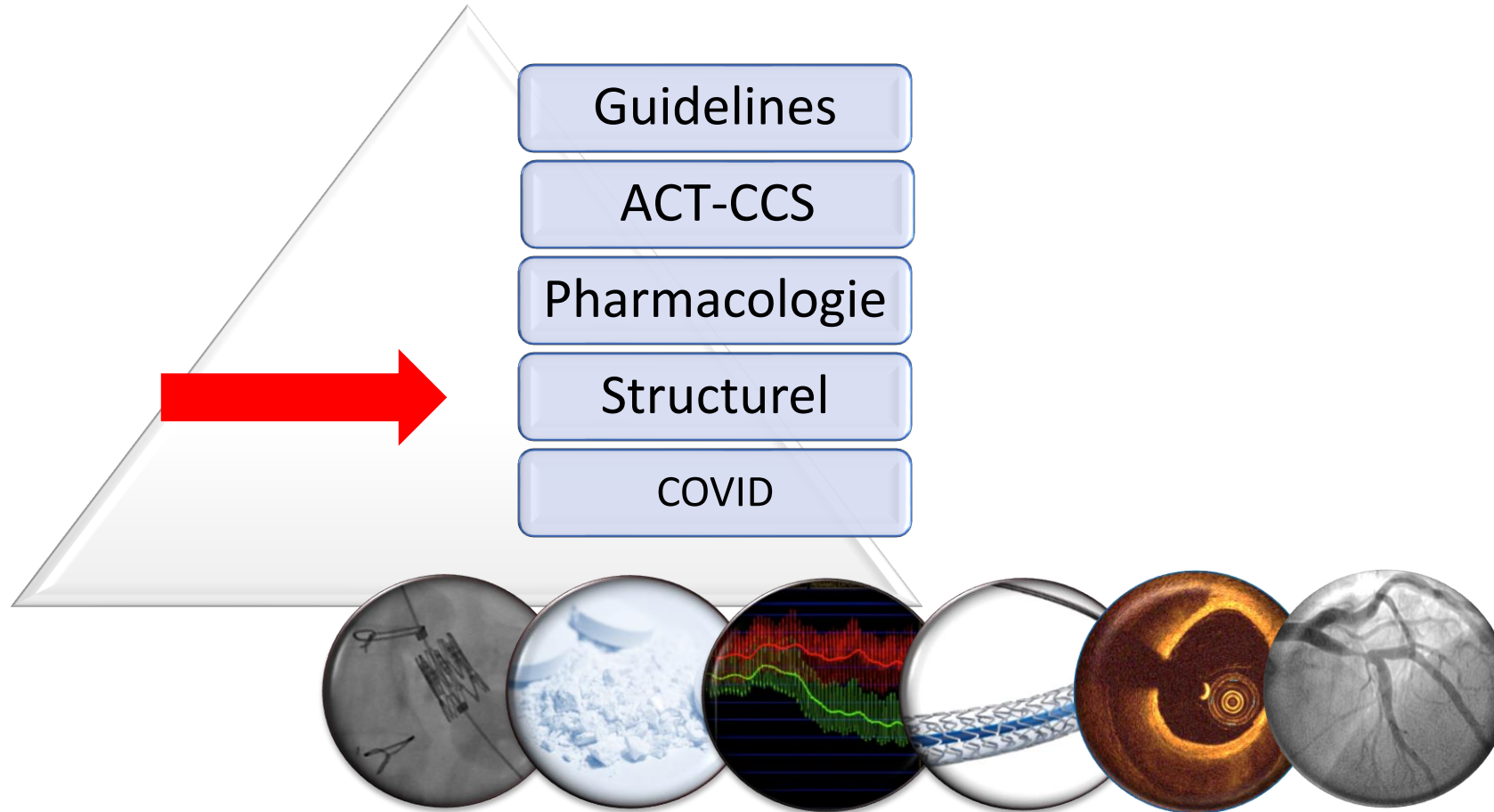
DAPT strategy after ACS



DAPT after DES for CCS with OAC



With courtesy of T.Cuisset

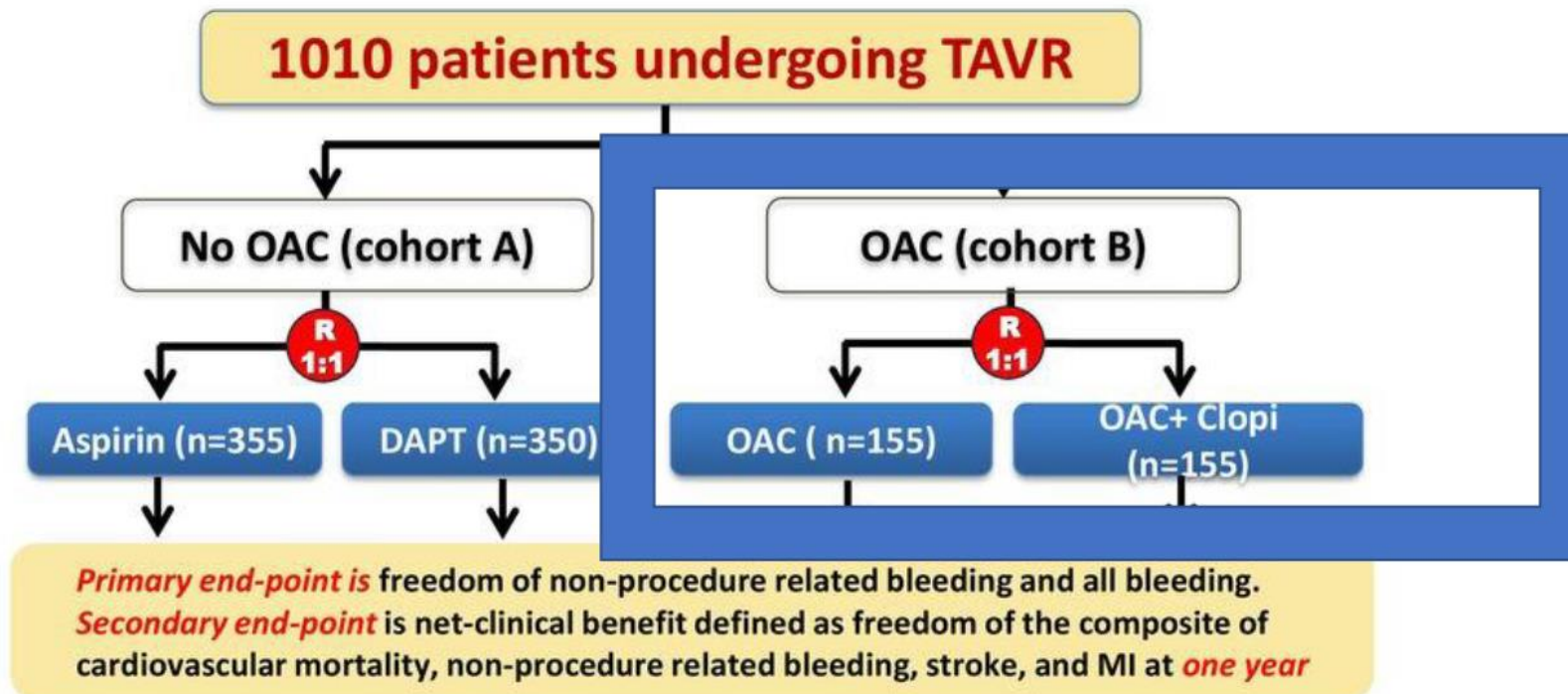


TAVI et Traitement antiplaquettaire

- *Pas d'indication au traitement anticoagulant:*
 - SAPT ou DAPT ?
 - OAC ?
- *Indication au traitement anticoagulant*
 - OAD ou AVK ?
 - Intérêt à l'ajout d'un Antiplaquettaire ? Clopidogrel ou Aspirine ?

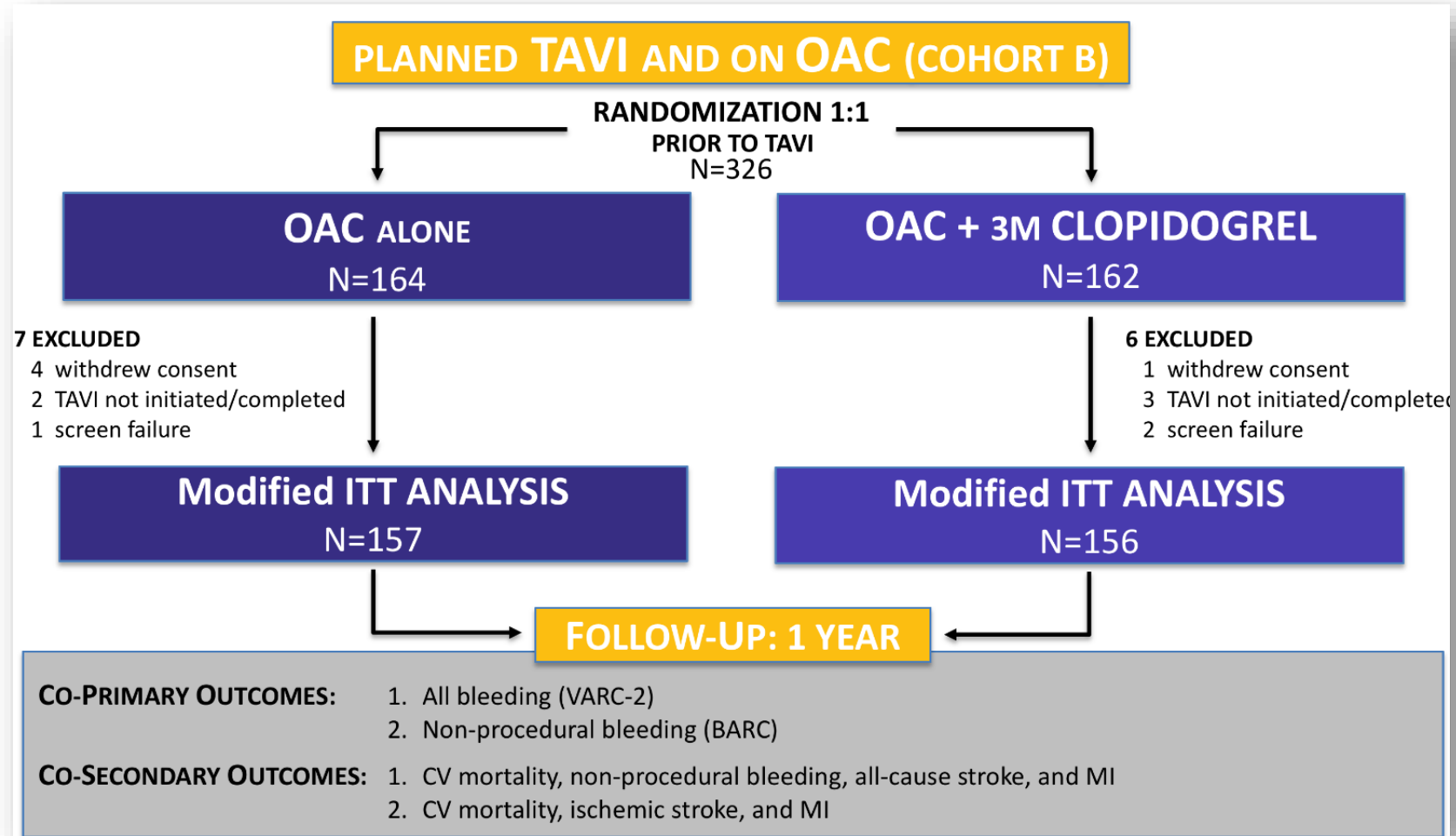
POPULAR TAVI

NCT02247128

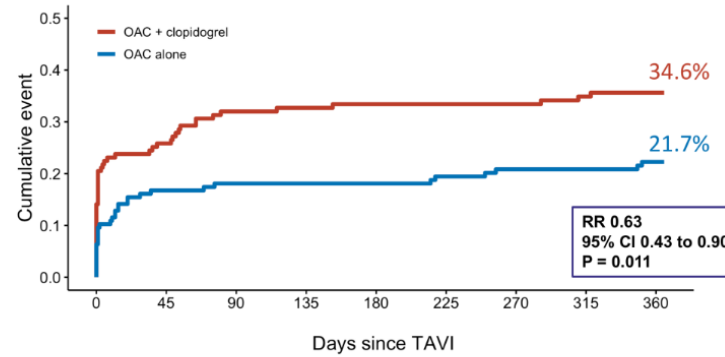


Nijenhuis *et al* AHJ 2016

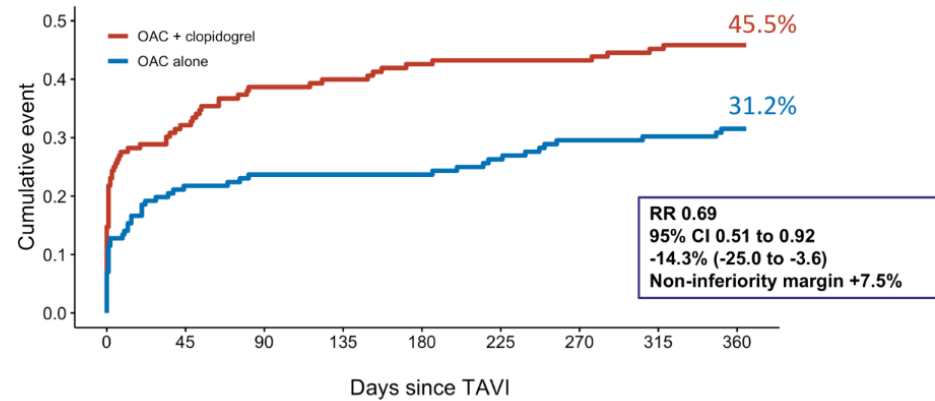
POPULAR TAVI Cohort B



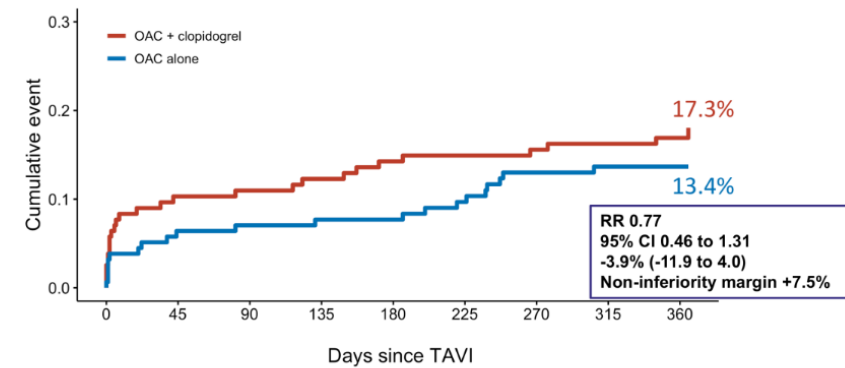
All Bleeding



CV Mortality, Non-Procedural Bleeding, Stroke, MI



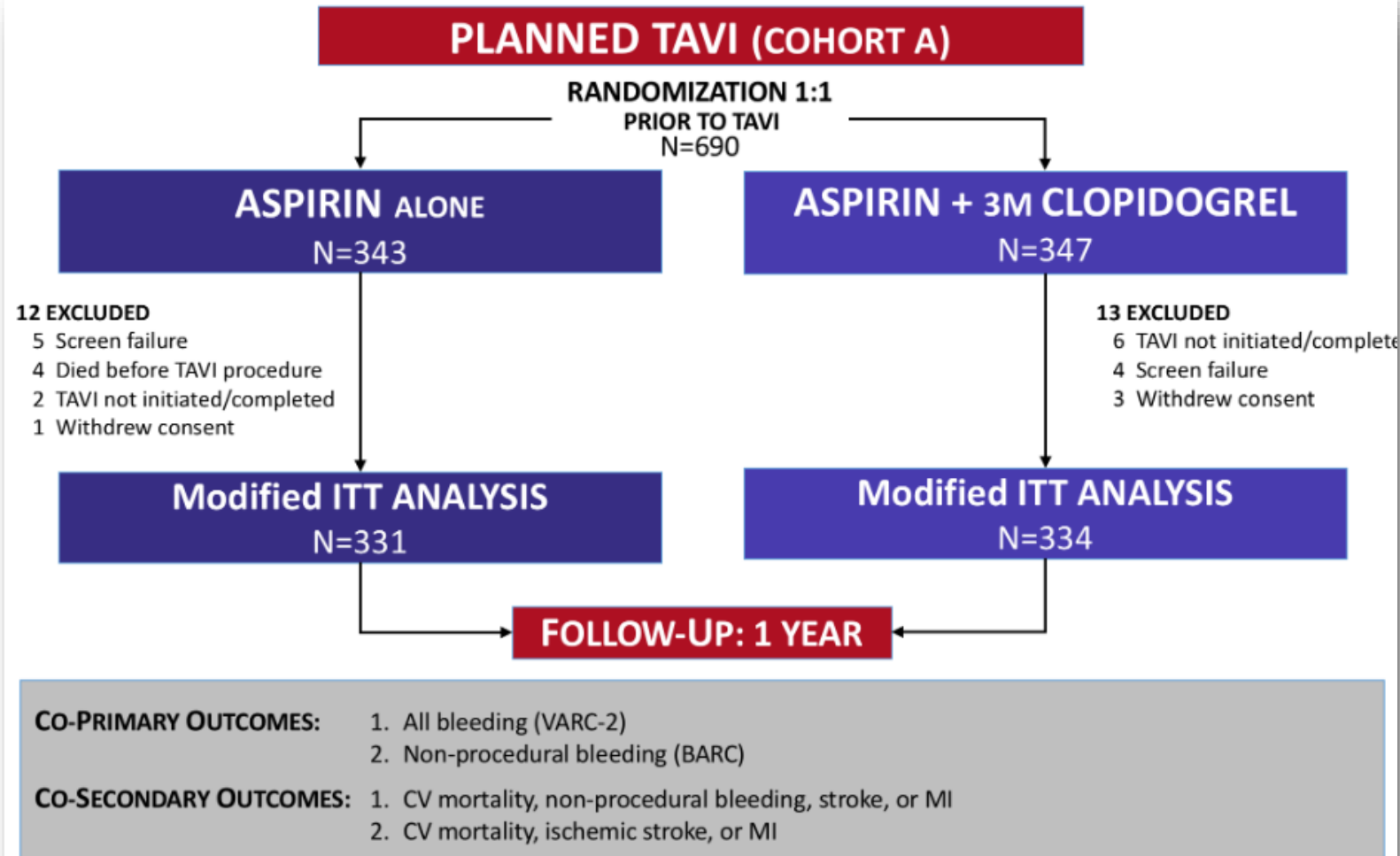
CV Mortality, Ischemic Stroke, MI



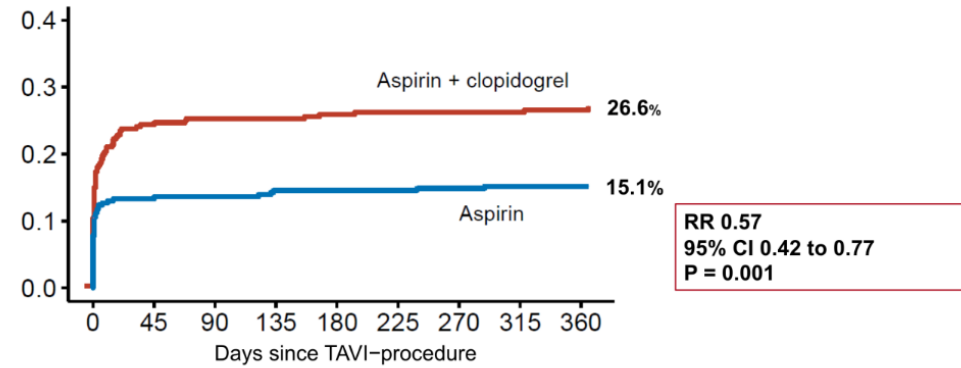
Conclusions POPULAR TAVI Cohort B

- Chez les patients avec une indication établie de traitement AC et devant bénéficier d'un TAVI, le traitement AC seul comparé à l'association AC-Clopidogrel:
 - Réduit le taux de complications hémorragiques graves, mortelles et invalidantes
 - Sans augmenter le taux d'événements thrombotiques

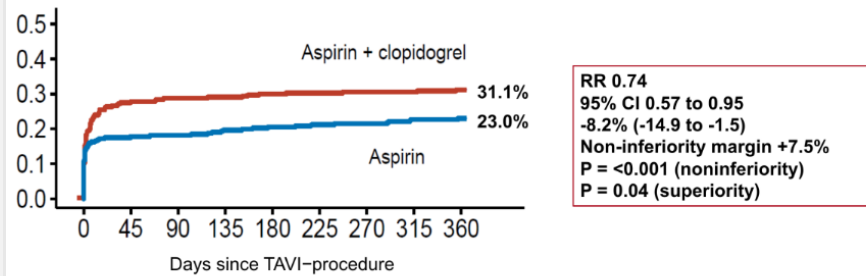
POPULAR TAVI Cohort A



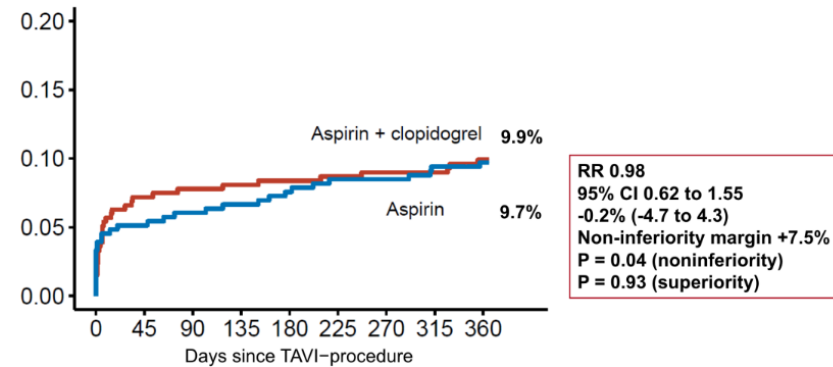
All Bleeding



CV Mortality, Non-Procedural Bleeding, Stroke, MI



CV Mortality, Ischemic Stroke, MI



Conclusions POPULAR TAVI Cohort A

- Chez les patients sans indication de traitement AC au long cours et devant bénéficier d'un TAVI, le traitement par Aspirine seule comparé à l'association Aspirine- 3mClopidogrel :
 - Réduit le taux de complications hémorragiques graves, mortelles et invalidantes
 - Sans augmenter le taux d'événements thrombotiques

Thrombose de valve : TAVI et Traitement anticoagulant ?

A rare complication

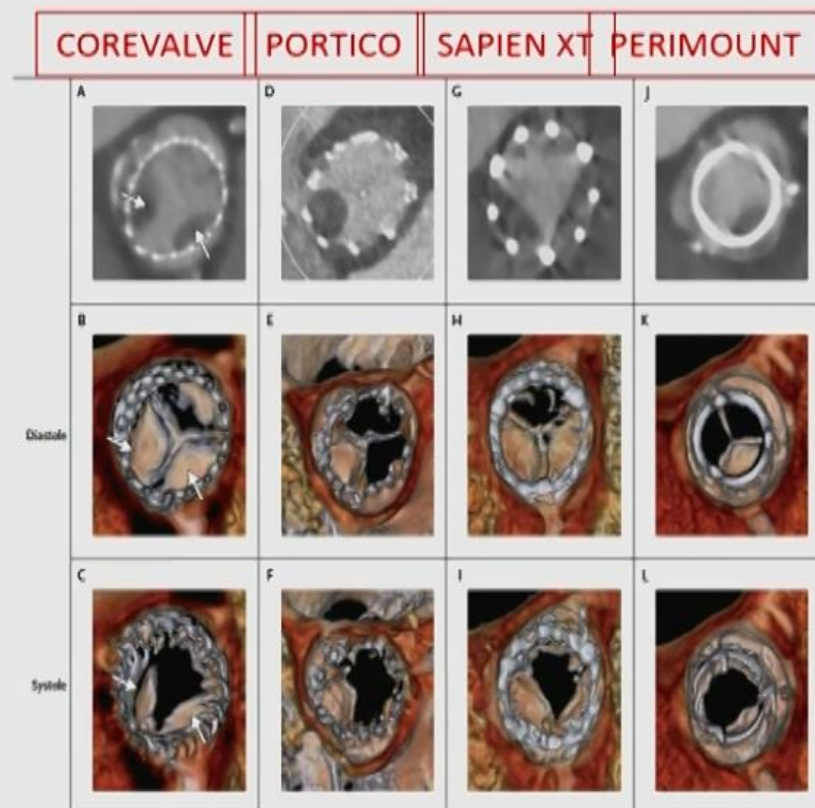
4 266 Pts

0.61%

- Révélée par une *majoration de la dyspnée* chez 2/3
Aucune complication thrombo-embolique
- Diagnostic échographique dans 1/3 des cas devant une
ELEVATION DU GRADIENT > 20 mm Hg
- Ou par CT ou analyse histo-pathologique

Circ Cardiovasc Interv. **2015** Apr;8(4).

Thromboses infra-cliniques



Rencontrées avec les
bioprothèses percutanées mais
aussi chirurgicales (3,6%*)

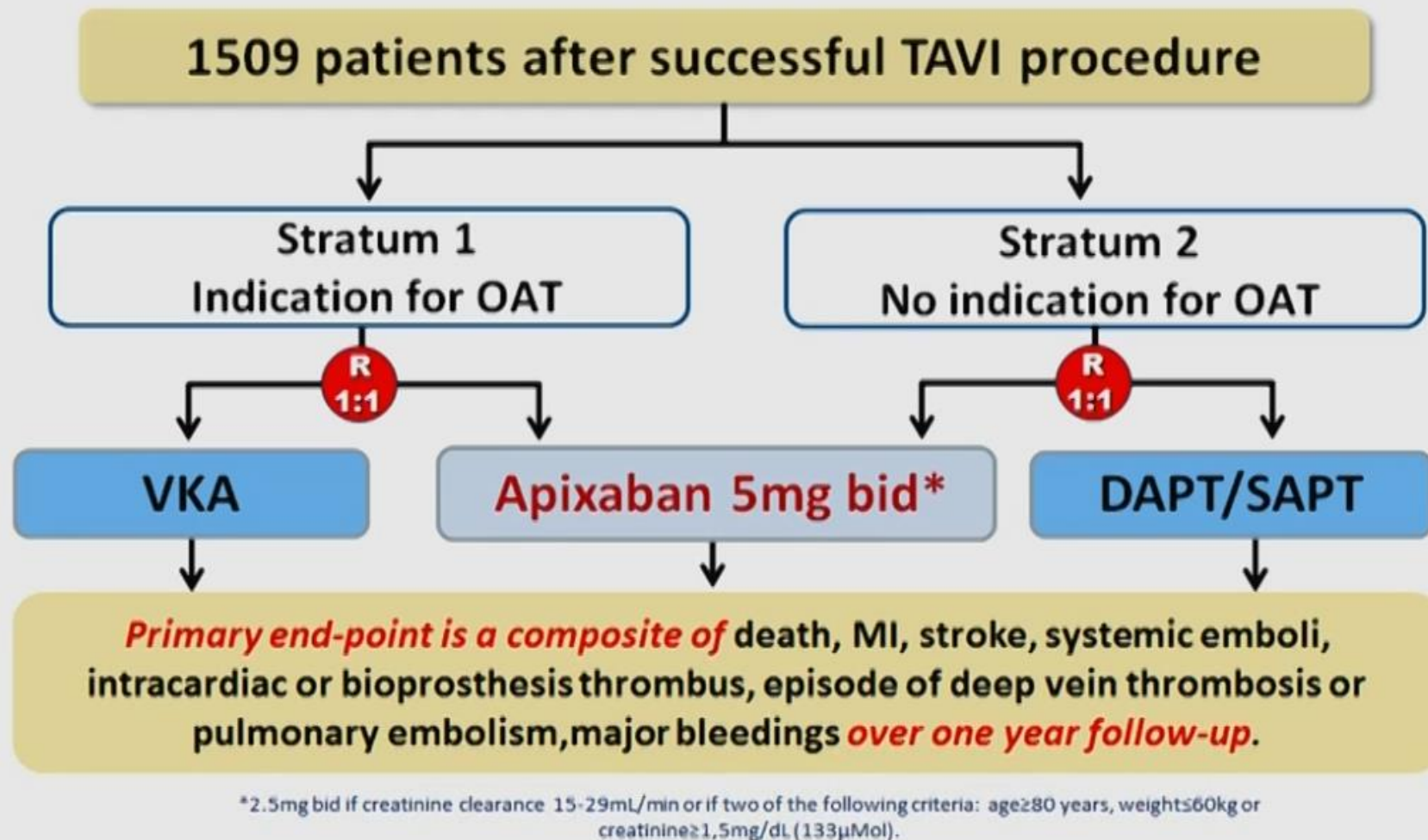
Non visibles à l'ETT et sans
élévation associée du gradient

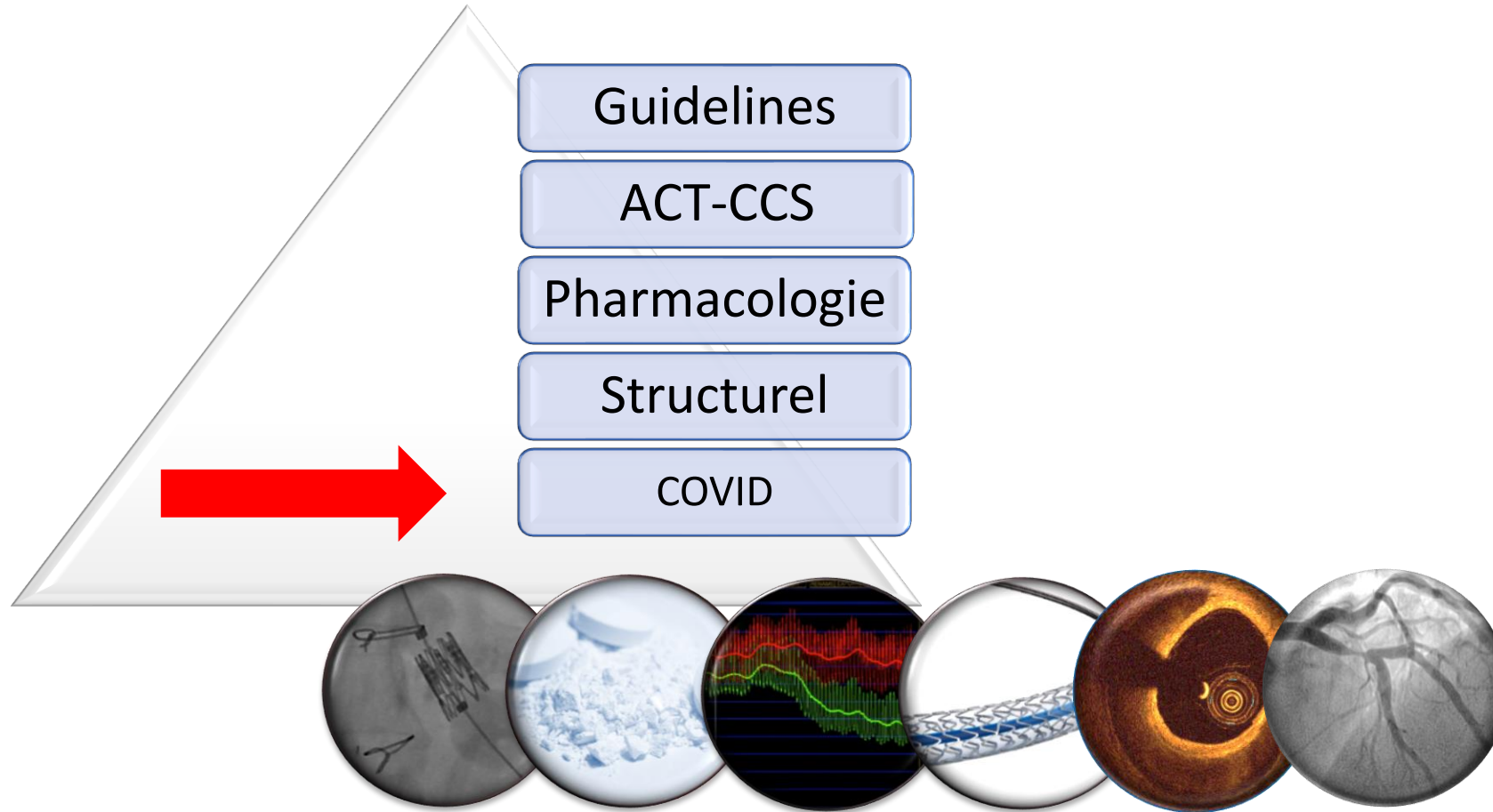
Incidence variable selon le tt
AAP (14%) ou AC (3-4%) et
réversible sous anticoagulant

Risque accru d'AIT* (OR = 3,8)

*Méta-analyse Rashid et al EuroInterv 2017
Chakravarty et al-Lancet 2017

ATLANTIS (Anti-Thrombotic Strategy to Lower All cardiovascular and Neurologic Ischemic and Hemorrhagic Events after Trans-Aortic Valve Implantation for Aortic Stenosis)

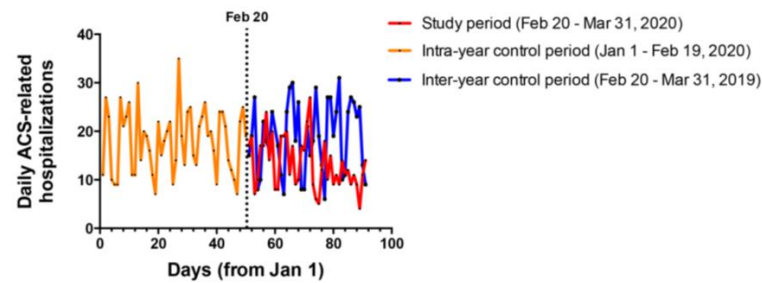




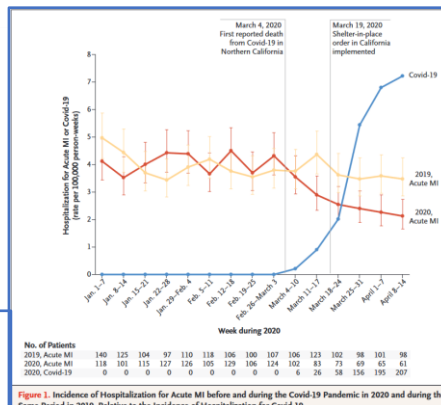
SCA chez le patient non COVID

Où sont passés les SCA....?

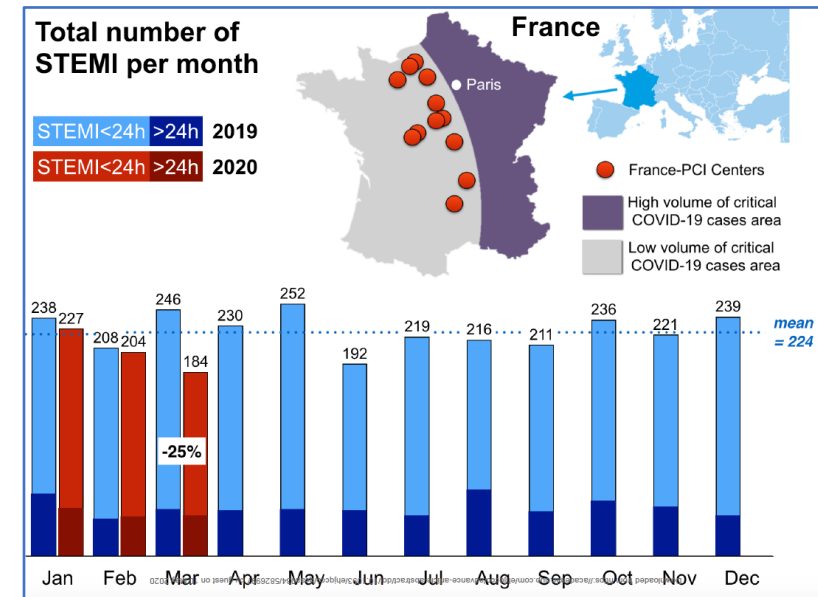
1. Diminution drastique des admissions pour SCA, dont une partie a été vue très tardivement



Italie du Nord



Californie du Nord
Kaiser



France PCI



N=6306

Comparison between
2019 and 2020

STEMI admissions

**Time between onset of symptoms
and primary PCI**

Death from all causes

**Primary composite outcome (death
+ mechanical complications)**

Pre-lockdown

N=1147

↑ +7,5%

↓ -17 mn

↓ -0.88%

↑ +0.13%

Lockdown

N=3711

↓ -13.9%*

↑ +25 mn*

↑ +1.16%

↑ +1.97%*

Post-lockdown

N=1448

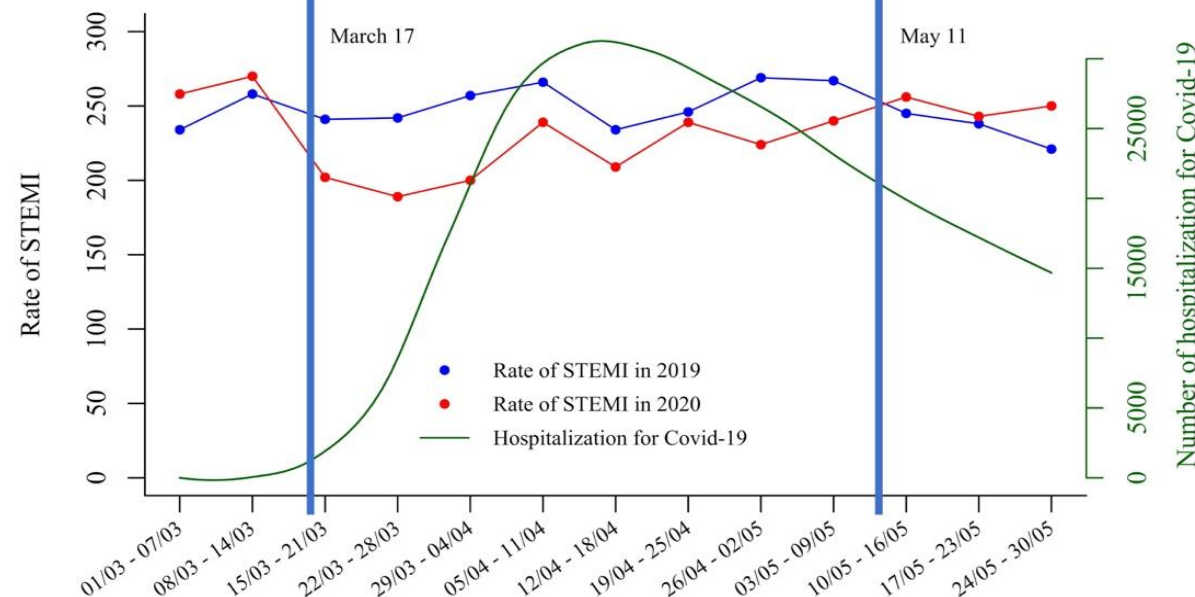
↑ +6.6%

↑ +16 mn

↓ -0.43%

↓ +0.32%

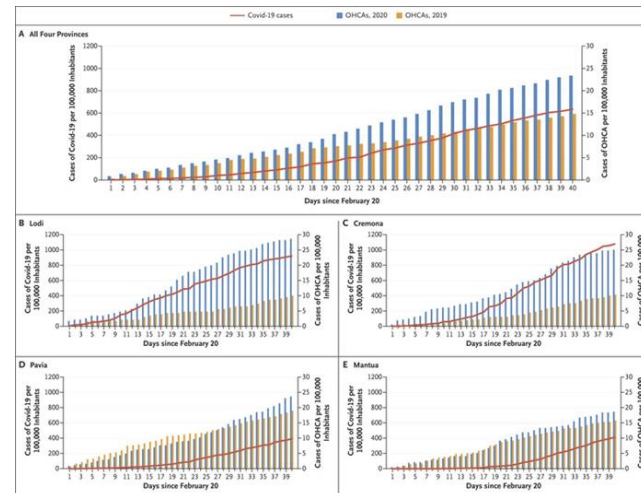
*p<0.05



Guillaume Bonnet (Submitted)

Conséquences

1. Patients plus graves car hors délais
2. Complications mécaniques (Clv, rupture pariétale, rupture de cordage, choc cardiogénique avec besoin d'assistance..)
3. Augmentation des arrêts cardiaques non hospitaliers





Registre France PCI 2020

Activité Coronarographies et Angioplasties coronaires par semaine

Analyses issues de 15 centres ouverts depuis janvier 2020 : Région Centre, n=6; Région Normandie, n=6; Région AURA, n=2; Région Pays de Loire, n=1

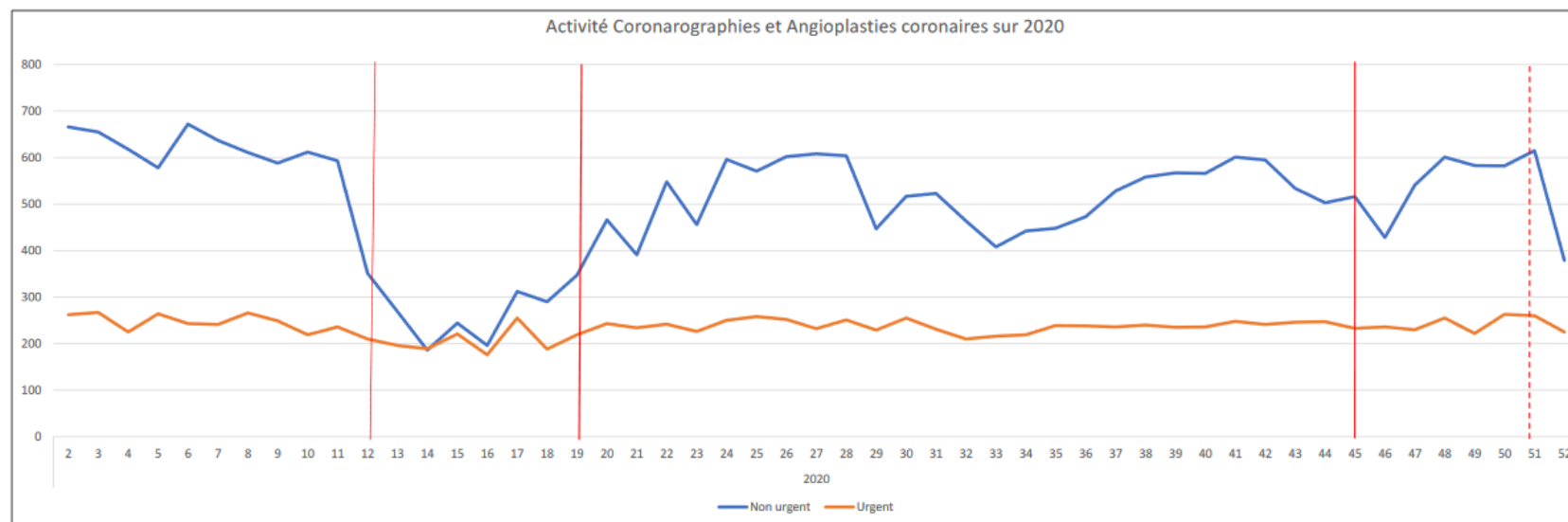
Nbre procédures*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	
Non urgent**	666	655	618	578	672	637	611	588	612	593	351	269	186	244	196	312	290	347	466	391	548	456	596	571	602	608	604	447	517	523	464	408	442	448	473	528	558	567	566	601	595	534	503	516	428	541	601	583	582	615	379	25686
Urgent ***	262	267	225	264	243	241	266	249	219	236	210	196	189	221	176	255	188	219	243	234	242	226	250	258	252	232	251	229	255	231	210	216	219	239	238	236	240	235	236	248	241	246	247	233	236	230	255	222	263	260	225	12004
Total	928	922	843	842	915	878	877	837	831	829	561	465	375	465	372	567	478	566	709	625	790	682	846	829	854	840	855	676	772	754	674	624	661	687	711	764	798	802	802	849	836	780	750	749	664	771	856	805	845	875	604	37690

confinement couvre-feu

*hors ACR et hors choccardiogénique

**Non Urgent = Angor stable, ischémie silencieuse, angioplastie programmée, Asymptomatique test positif, bilans, coro d'évaluation, Insuffisance cardiaque, Trouble du rythme (hors ST+)

***Urgent = IDM Semi-récents, Angor instable (sans motif ECG ni tropo+), SCA



Et le TAVI dans la période COVID?

- Arrêt quasi-complet de l'activité lors du 1^{er} confinement avec néanmoins un gradient Est-Ouest
- Faible baisse de l'activité lors du 2^{ème} confinement
- Baisse plus marquée dans les CHU
- Choix RVA vs TAVI dans les cas limites en faveur du TAVI pendant la crise
- Extension des indications au bas risque entérinée en 2020 et effective en 2021
- Évolution vers une simplification accrue : TAVI sous AL avec NA en salle de coro
- Présence du CI obligatoire pour toutes les procédures de TAVI

Et le TAVI dans la période COVID?

- 1^{ère} vague :
 - Liste d'attente en expansion dans les zones touchées avec décès sur liste d'attente rapportés de « bouche à oreille »...
- Proposition pendant la pandémie à qqs ARS d'appliquer un article 51 dérogatoire pour le déploiement du TAVI dans certains centres à haut volume éloignés de leur centre de référence
- Proposition du CNPCV en vue du décret HAS de mettre sur pied une étude pilote dans les centres sans CEC sous le contrôle et en association avec les Heart teams locales
- Statu quo pour 4 ans...

lefigaro.fr/santé

PSYCHO
SUS À LA DÉFERLANTE DE MAILS!

DOSSIER
CANNABIS MEDICAL : UNE EXPERIMENTATION TRÈS ATTENDUE

Une étude montre que ce traitement n'apporte rien chez certaines patientes avec envahissement ganglionnaire.



Aujourd'hui, la chimiothérapie est systématiquement prescrite contre le cancer du sein. Les oncologues ne veulent pas prendre le risque de voir apparître des métastases.

Cancer du sein : un test pour évaluer la pertinence de la chimiothérapie

L'heure est à la desescalade thérapeutique : on essaie de mieux adapter les traitements au profil de chaque femme.

DE MARIE-EMME DUCHEMANN, À L'HÔPITAL SAINT-LOUIS (PARIS)

«L'essai clinique prescrit à San Antonio a été conduit sur plus de 100 patientes atteintes d'envahissement du cancer du sein hormonalement dépendant, présentant un à trois ganglions lymphatiques atteints par des cellules cancéreuses. Autre point commun de ces femmes : elles présentaient un score bas (moins de 20). C'est à dire de bon pronostic, au test génomique Oncotype DX. Ce score, également appelé «signature génomique», évalue, à partir d'un échantillon de tumeur, l'expression de certains gènes connus pour être impliqués dans son développement et sa progression. L'essai, une partie des patientes ont reçu le traitement standard, d'autre une hormonothérapie et de la chimiothérapie, tandis

que les autres, choisies au hasard, ne recevaient que de l'hormonothérapie. Résultat : chez les femmes ménopausées, la chimiothérapie n'apportait pas de bénéfice particulier par rapport au traitement de l'hormonothérapie seule en termes de survie sans récurrence du cancer à cinq ans.

«Cela va changer la pratique, c'est sûr», estime le Dr Jean-Marc Ferrero, chef du département d'oncologie médicale au centre d'oncologie de l'hôpital Saint-Louis, qui a participé à l'étude. Cependant, l'essai ne permet pas d'affirmer que la chimiothérapie n'est pas utile dans d'autres situations. Les résultats de l'étude, qui ont été publiés dans le *Journal of Clinical Oncology*, sont donc à interpréter avec prudence.

«On se longtemps traité large, parce qu'on ne voulait pas prendre le risque de voir apparaître des métastases», explique le Dr Marc Faix, oncologue, directeur du Centre des maladies du sein à l'hôpital Saint-Louis (Paris), qui n'a pas participé à l'étude. Cependant, l'essai ne permet pas d'affirmer que la chimiothérapie n'est pas utile dans d'autres situations. Les résultats de l'étude, qui ont été publiés dans le *Journal of Clinical Oncology*, sont donc à interpréter avec prudence.

Le très coûteux «nomadisme» des patients de radiothérapie

SOLINE ROY

Près de 3 millions d'euros, au moins, sont consacrés chaque année par l'Assurance-maladie à transporter des patients franciliens vers un centre de radiothérapie autre que le plus proche de leur domicile : ce «nomadisme» des patients coûte cher, selon une modélisation publiée par une équipe de l'hôpital Avicenne (Bobigny) dans le *Bulletin du cancer*.

Dix ans après un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas), la situation ne s'est pas améliorée. L'Igas évaluait le surcoût évitable à «un minimum de 4 millions d'euros par an». «Nos chiffres sont plus bas car nous avons été optimistes dans notre modélisation, notamment sur la répartition entre transport par véhicule sanitaire léger et transport par ambulance, beaucoup plus cher», explique le Dr Adrien Paix, oncologue radiothérapeute à Avicenne et premier auteur de l'étude.

En Île-de-France, «jusqu'à 70% des patients ne sont pas traités à proximité de leur domicile», note le Dr Boris Duchemann, oncologue spécialisé dans le traitement du cancer du poumon à Avicenne qui a dirigé l'étude. Et c'est particulièrement vrai en Seine-Saint-Denis. Cela se justifie lorsqu'un cancer rare impose le recours à un centre expert ou à une technique très spécifique. Mais «on voit aussi des choses un peu stupéfiantes en termes d'orientation...», souffle le Dr Duchemann. «Lorsque je suis arrivé à Bobigny, raconte le Dr Paix, j'ai vu un patient avec un cancer du poumon qui habitait juste à côté, à Drancy. Avicenne dispose d'un service d'oncologie thoracique très réputé, pourtant il avait été opéré à l'hôpital européen Georges-Pompidou, avait eu sa

chimiothérapie dans le Val-de-Marne et avait fini, épuisé, par faire sa radiothérapie chez nous. J'ai fait le calcul : il a fait plus de 2 000 kilomètres pour subir ses traitements, alors qu'il n'en aurait parcourus que 300 s'il avait tout fait à Avicenne!»

Des patients plus fatigués

En cause, en grande partie, l'orientation initiale des patients par leur médecin traitant. «Ils adressent leurs patients à l'hôpital où ils ont fait un stage durant leur internat, à un spécialiste qu'ils connaissent, à un centre parisien très réputé...», constate le Dr Faix. Les établissements excentrés souffrent d'un manque de notoriété. «Pour y répondre, nous constituons un groupement de coopération sanitaire regroupant tous les acteurs de la prise en charge en Seine-Saint-Denis.»

Car, outre le coût, le nomadisme a des conséquences pour les patients : ces kilomètres ajoutent à leur fatigue, et, en cas de complication, ils risquent de devoir être pris en charge en urgence près de chez eux par des soignants qui ne les connaissent pas et ne connaissent pas leur dossier. Certains établissements, glisse le Dr Duchemann, ont aussi parfois tendance à «choisir» leurs patients, pour les renvoyer en fin de vie vers les structures proches de leur domicile qui doivent alors organiser en catastrophe une prise en charge délicate.

Enfin, ce nomadisme est source d'un «brassage de population» peu compatible avec la crise sanitaire. Et alors que les centres anticancer les plus réputés se sont inquiétés de voir nettement moins de nouveaux patients pendant le premier confinement, Avicenne «a eu un pic d'activité», note le Dr Paix. Les gens craignent d'aller loin de chez eux et ont redécouvert qu'on pouvait aussi les soigner tout près... ■



Collège National des Cardiologues des Hôpitaux

Le très coûteux «nomadisme» des patients de radiothérapie

SOLINE ROY

Près de 3 millions d'euros, au moins, sont consacrés chaque année par l'Assurance-maladie à transporter des patients franciliens vers un centre de radiothérapie autre que le plus proche de leur domicile : ce «nomadisme» des patients coûte cher, selon une modélisation publiée par une équipe de l'hôpital Avicenne (Bobigny) dans le *Bulletin du cancer*.

Dix ans après un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas), la situation ne s'est pas améliorée. L'Igas évaluait le surcoût évitable à «un minimum de 4 millions d'euros par an». «Nos chiffres sont plus bas car nous avons été optimistes dans notre modélisation, notamment sur la répartition entre transport par véhicule sanitaire léger et transport par ambulance, beaucoup plus cher», explique le Dr Adrien Paix, oncologue radiothérapeute à Avicenne et premier auteur de l'étude.

En Île-de-France, «jusqu'à 70% des patients ne sont pas traités à proximité de leur domicile», note le Dr Boris Duchemann, oncologue spécialisé dans le traitement du cancer du poumon à Avicenne qui a dirigé l'étude. Et c'est particulièrement vrai en Seine-Saint-Denis. Cela se justifie lorsqu'un cancer rare impose le recours à un centre expert ou à une technique très spécifique. Mais «on voit aussi des choses un peu stupéfiantes en termes d'orientation...», souffle le Dr Duchemann. «Lorsque je suis arrivé à Bobigny, raconte le Dr Paix, j'ai vu un patient avec un cancer du poumon qui habitait juste à côté, à Drancy. Avicenne dispose d'un service d'oncologie thoracique très réputé, pourtant il avait été opéré à l'hôpital européen Georges-Pompidou, avait eu sa

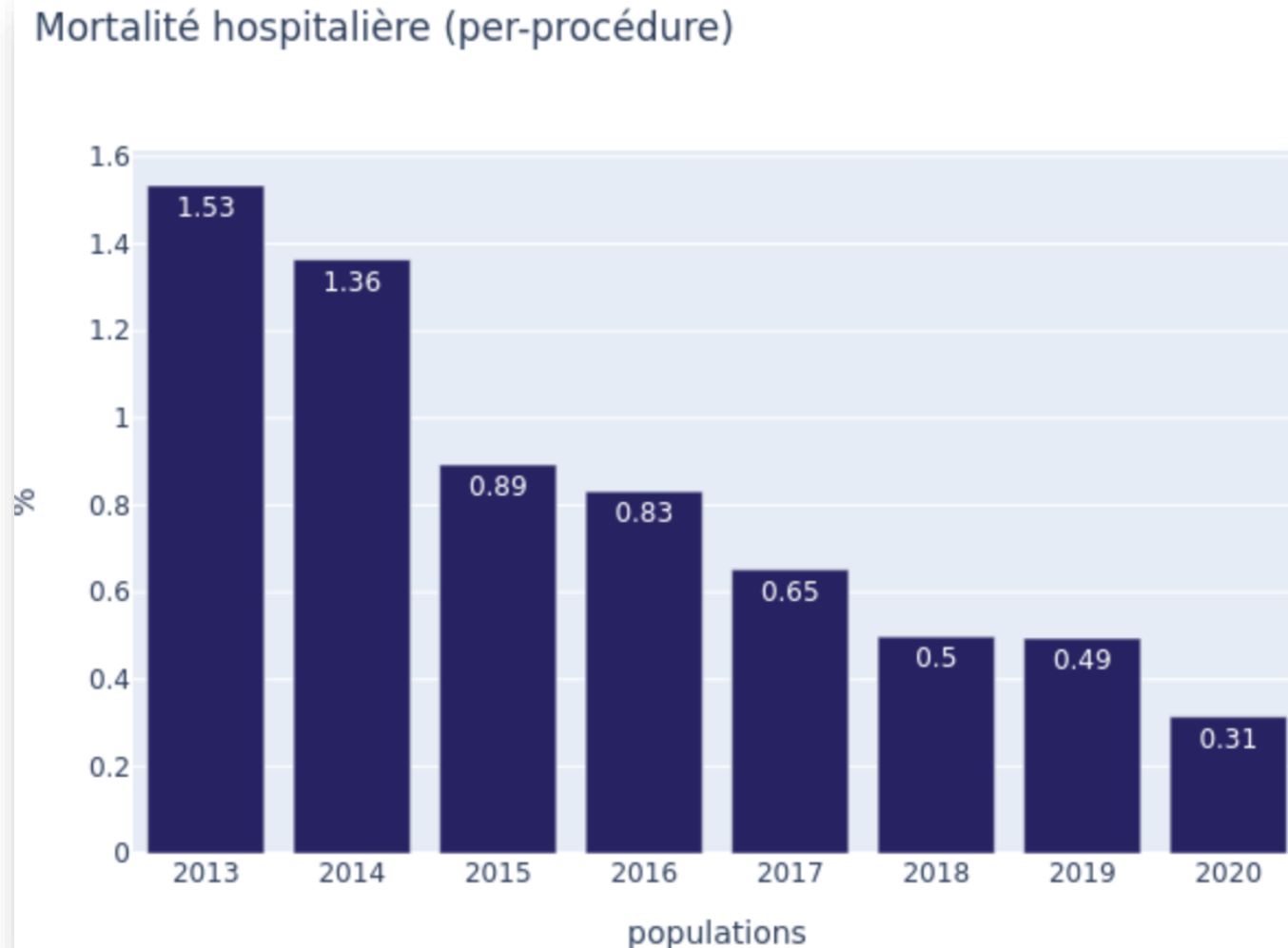
chimiothérapie dans le Val-de-Marne et avait fini, épuisé, par faire sa radiothérapie chez nous. J'ai fait le calcul : il a fait plus de 2 000 kilomètres pour subir ses traitements, alors qu'il n'en aurait parcourus que 300 s'il avait tout fait à Avicenne!»

Des patients plus fatigués

En cause, en grande partie, l'orientation initiale des patients par leur médecin traitant. «Ils adressent leurs patients à l'hôpital où ils ont fait un stage durant leur internat, à un spécialiste qu'ils connaissent, à un centre parisien très réputé...», constate le Dr Faix. Les établissements excentrés souffrent d'un manque de notoriété. «Pour y répondre, nous constituons un groupement de coopération sanitaire regroupant tous les acteurs de la prise en charge en Seine-Saint-Denis.»

Car, outre le coût, le nomadisme a des conséquences pour les patients : ces kilo-

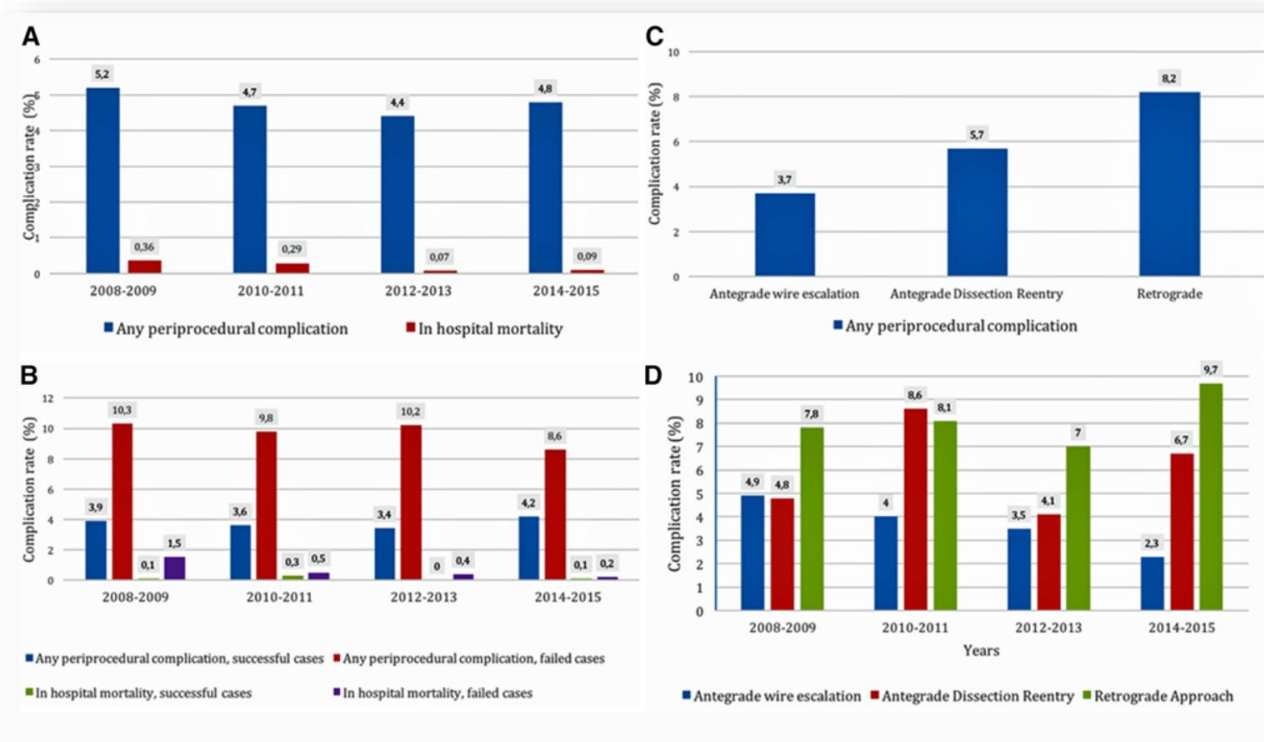
Evolution 2013-2020 : Mortalité péri-procédurale



Data France TAVI



Morbi-mortalité des procédures de CTO



Circulation: Cardiovascular Interventions

Volume 11, Issue 10, October 2018

<https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.117.006229>



CORONARY INTERVENTIONS

Temporal Trends in Chronic Total Occlusion Interventions in Europe

17 626 Procedures From the European Registry of Chronic Total Occlusion

Merci pour votre attention

Suivez le CNCH sur le Social Média!
#CNCHcongres



@CNCHcollege



shutterstock.com • 278925056

@CNCHcollege

Si vous voulez devenir Ambassadeur social média CNCH adressez-nous un email à cnch@sfcario.fr