

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 26 février 2019

Hôpital cantonal de Genève

[Valsartan/sacubitril : aussi dans l'insuffisance cardiaque](#)

Dr Ph. Meyer

L'article du jour c'est « Angiotensin-Neprilysin Inhibition in Acute Decompensated Heart Failure. Velazquez EJ, N Engl J Med. 2019 Feb 7;380(6):539-548. » PIONEER-HF study

C'est une étude qui poursuit l'étude PARADIGM-HF (pour Prospective comparison of ARNI with ACEI to Determine Impact on Global Mortality and morbidity in Heart Failure...) en 2014...

Tout ça pour dire que les ARNI sont les Angiotensin receptor-neprilysin inhibitor soit une association d'un sartan (AR : antagoniste des récepteurs à l'angiotensine) et d'un inhibiteur de la neprilysine (NI), dans le cas présent : Valsartan + Sacubitril = Entresto®.

On retiendra que la Neprilysine potentialise la Bradykinine lorsqu'elle est associée à un sartan et qu'elle augmente le BNP (Facteur natriurétique cérébral) augmentant ainsi la vasodilatation artérielle et la diurèse...

En 2014, l'association Enalapril+Sacubitril s'était montré supérieure à l'Enalapril seul chez les patients hospitalisés avec une insuffisance cardiaque chronique II-III-IV et une baisse de la fraction d'éjection : (LVEF)<40%, pour celui-ci était des décès et des réhospitalisations (RR diminué de 20%, NNT=21).(PARADIGM-HF).

La question à laquelle l'article tente de répondre...est pourquoi attendre de donner l'association ARNI chez les patients hospitalisés avec une Insuffisance cardiaque (IC) aiguë.

Il fallait une IC aiguë avec une LVEF < 40%, un NT-proBNP > 1600pg/ml.

Les patients étaient randomisés pour recevoir selon leur tension artérielle, soit Entresto 50 mg 2x/j ou Enalapril 2.5 mg 2x/j (TA entre 100 et 20 mmHg), soit Entresto 100 mg 2x/j ou Enalapril 5 mg 2x/j (TA > 120 mmHg), ainsi qu'une stabilité hémodynamique.

L'end-point primaire consistait en la baisse du Nitro proBNP à la 4e et la 8e semaine.

Si les patients du groupe Enalapril ont baissé leur Nitro pro-BNP de 25.3%, ceux du groupe ARNI, l'ont baissé de 46.7%...

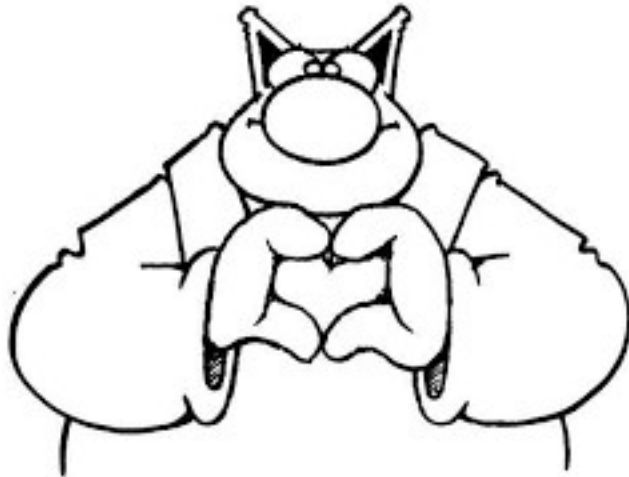
A 2 mois, 16.8% de mortalité ou réhospitalisation dans le groupe Enalapril, contre 9.3% dans le groupe ARNI.

Donc ARNI c'est mieux qu'Enalapril lors d'IC aiguë.

On notera que 1/3 des patients avaient une IC « de novo » et que 50% des patients n'avaient jamais reçu ni d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ni d'antagonistes des récepteurs à l'angiotensine (RA).

Plutôt que de dire à qui l'on peut prescrire cette association efficace, on dira qu'il ne vaut mieux pas la prescrire lorsque :

- les patients sont hémodynamiquement instable (TA < 100 mmHg)
- après un syndrome coronarien aigu
- lors d'une IC potentiellement réversible, p.ex. FA aiguë, hypertension artérielle importante, toxique...)



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch