

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 7 septembre 2021

[Enfin un traitement pour les patients avec une insuffisance cardiaque à FEVG préservée !](#)

Dr Ph. Meyer

Ce flash sort tout droit du four, avec une étude sortie le 27 août!

Le traitement des insuffisances cardiaques à fraction d'éjection préservée a toujours été frustrant, car sans vrai remède...il semblerait que l'empagliflozine est venu combler ce manque.

Insuffisances cardiaques selon la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG):

- préservée : > 50%
- discrètement diminuée: 41 à 49%
- réduite: <40%

L'insuffisance la plus fréquente (>50% des cas) est celle avec un fraction d'éjection préservée.

Jusqu'à maintenant aucune guideline ne donnait de traitement spécifique pour ce type d'insuffisance cardiaque, il n'y a que le traitement des comorbidités: fibrillation, hypertension, diabète, décompensation cardiaque...

L'empagliflozine bloque le canal SGLT2 dans le tubule proximal des néphrons et provoque une diurèse osmotique par accumulation de sucre et de sodium dans l'urine. Il fait partie d'une catégorie de médicaments utilisés contre le diabète.

En 2019, une [étude](#) prouve que la dapagliflozine est efficace pour l'insuffisance cardiaque à FEVG diminuée..

et en 2020 que l'empagliflozine [diminue la mortalité](#) pour les IC à FEVG préservée.

Les inhibiteurs de SGLT2 sont intégrés dans le traitement de base, avec: inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, β -bloquants et antagonistes de l'angiotensine.

Voilà donc le contexte dans lequel s'inscrit cette étude de phase III que l'on regarde aujourd'hui, [EMPEROR-preserved](#).

But: déterminer l'efficacité du traitement pour les IC à FEVG préservée, contre placebo.

Population: patients diabétiques de type 2 ou non, avec insuffisance chronique NYHA 2-3

- Issue primaire: temps à un décès cardiovasculaire ou hospitalisation pour IC.
- Issue secondaire: nombre d'hospitalisations pour IC et changement du eGFR
- temps médian de suivi: 26 mois

Critères d'inclusion: FEVG > 40%, changement structurels du cœur, augmentation du marqueur NT- proBNP...

Critère d'exclusion: Hypotension symptomatique, eGFR < 20 mL/min, transplantés....

Résultats

Caractéristiques de base de la population: âge moyen de 72 ans, 45% de femmes.
49% de patients diabétiques. 50% des patients ont un GFR à 50.

Classe NYHA: 81% des patients en classe II et 18 % en classe III

FEVG:

- 33% des patients ont une FEVG entre 40 et 50%
- 34% des patients ont une FEVG entre 50 et 60%
- 32% des patients sont au dessus de 60%

Analyses après 52 semaines:

- Diminution de l'hémoglobine glyquée, un marqueur à long terme de la glycémie
- Augmentation de l'hématocrite
- perte de poids
- Réduction de la tension artérielle (post charge)
- Diminution du taux d'acide urique et de NT-ProBNP

Pour l'issue primaire on observe une diminution du risque relatif de 31%, avec un nombre de patients à traiter pour en traiter un (NNT) de 31 personnes.

Analyses de sous groupes

Pas de différence selon le sexe.

tendance pour les patients avec une FEVG < 50% de mieux réagir que les patients avec FEVG >50%, mais la différence n'est pas significative.

Il y a une baisse des hospitalisations sous traitement.

Effet indésirable: peu de différence entre le traitement et le placebo...

C'est la première étude qui montre un impact sur la réduction des hospitalisations! va certainement impacter la prise en charge.

Une limitation à noter , certains patients inclus ont une FEVG "discrètement diminuée" alors qu'on les sait plus sensibles au traitement...ce qui aide à montrer de bons résultats!

Nb: rester attentif une fois sous traitement lors de jeûnes (hypoglycémie) et aux infections génitales (urines sucrées)

:)

Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch

