

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 21 Mai 2024

## *Bêtabloqueurs de routine post infarctus, dogme du passé?*

Dr Marco Roffi, Cardiologie

Les dernières recommandations de l'ESC (2020) annoncent pour le syndrome coronarien aigu, une recommandation de grade 1A en faveur des bêtabloquants pour les patients avec une fraction d'éjection du ventricule gauche < 40%.

Avec une meilleure FEVG, la recommandation est limitée à un grade 2aB, afin de diminuer la mortalité et la morbidité cardiovasculaire... ce qui sera discuté aujourd'hui.

Environ un tiers des patients arrêtent les bêtabloquants à cause des effets secondaires tels que fatigue, dépression, dysfonction sexuelle. (registre CLARIFY)

Les preuves actuelles en faveur des bêtabloquants lors de FEVG préservée après un infarctus comportent principalement des études de cohorte rétrospectives, quelques prospectives et aucun essai randomisé.

L'effet semble être bénéfique, mais en corrigeant pour différents biais, celui-ci disparaît.

L'étude du jour, REDUCE-AMI, est donc la première étude randomisée sur la question.

Objectif: déterminer si les bêtabloquants lors d'infarctus avec maladie coronarienne documentée par angiographie et FEVG préservée sont bénéfiques sur la mortalité/le risque de récurrence.

- Issue primaire composite: mortalité toutes causes et infarctus non-fatal sur 3 ans de suivi
- Issues secondaires: mortalité toutes causes, infarctus non fatal, mortalité cardiovasculaire, réadmission pour FA, insuffisance cardiaque.
- Issues de sécurité: réadmissions pour bradycardie, bloc A-V de haut grade, hypotension, syncope, besoin d'un pacemaker, exacerbation d'asthme ou BPCO nécessitant une hospitalisation, AVC.
- Qualité de vie de vie évaluée à 6-10 semaines et 1 an chez 1000 patients

Caractéristiques de la population (n=5000)

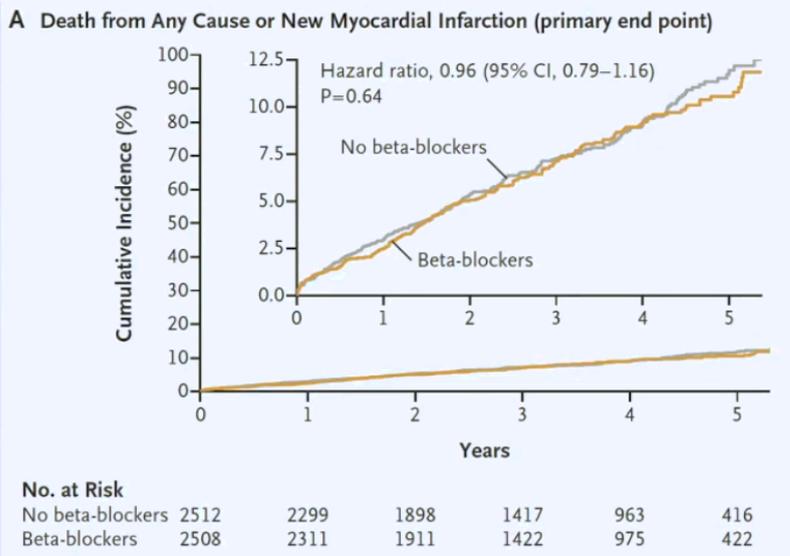
Plutôt jeune, avec un âge moyen de 59 ans, 23% de femmes, 1/3 de STEMI.

55% n'avaient qu'une coronaire touchée, 16% avaient 3 vaisseaux touchés ou une atteinte du tronc commun. Tous sont revascularisés, 95% par angioplastie.

2/3 sous métoprolol, 1/3 de misoprolol. Très bonne prévention secondaire avec > 95% de double antiagrégation en plus de statines et 80% sous sartans ou IEC.

Le suivi est complété pour >99% des patients, avec un durée médiane de 3,5 ans.

## Résultats



L'issue primaire ne montre aucun bénéfice en faveur des bêtabloquants.

La mortalité toute cause n'est pas modifiée.

La mortalité cardiovasculaire, la récurrence d'infarctus, la réadmission pour insuffisance cardiaque, ne montrent pas non plus de différences significatives entre les deux groupes.

Sous bêtabloquants, il n'y a pas d'augmentation d'hospitalisations pour bradycardie, asthme ou BPCO.

Les données sur la qualité de vie n'ont pas été reportées dans l'article, mais ça viendra sûrement.

### Forces

- Données de qualité nouvelle, pouvant influencer la pratique
- But de déprescription, et donc de réduction des effets secondaires et d'amélioration de l'adhésion.
- Large échantillon de population
- Grande adhésion à la prévention secondaire: double antiagrégation, statines.

### Limitations

- transfert important d'un groupe à l'autre: à 1 an, 14% du groupe sans bêtabloquants en prenaient (tachy arythmies?) et 18% du groupe avec bêtabloquants avaient arrêté le traitement. (effets secondaires?)
- Événements cliniques pas vérifiés par un comité
- Open-label: le groupe contrôle ne reçoit pas de placebo.
- Malgré les 5000 patients, elle est probablement pas assez puissante: prévision de 7000 patients initialement.
- Données peu extrapolables aux patients sans revascularisation.
- Pas d'information sur la prévention des arythmies ventriculaires ou de mort subite.

Malgré un besoin de confirmation, ces informations ont un potentiel de changer la pratique.

Les recommandations en cas de FEVG < 40% ne changent pas, par contre, chez les patients avec une FEVG conservée, l'administration de bêtabloquants d'office n'est pas prouvée.

En attendant les résultats des nouvelles études, se concentrer sur la qualité de vie des patients et éviter les effets secondaires de fatigue, dépression et dysfonction sexuelle, lorsque l'infarctus est petit, avec une revascularisation favorable et une FEVG > 50%, sans autre indication aux bêtabloquants. Quand même prescrire si pas eu de revascularisation.

Commentaire:

- Pour préserver la fraction d'éjection après un infarctus, un temps minime entre l'événement et la revascularisation est essentiel!
- L'arrêt des bêtabloquants est déjà pratique courante, souvent à cause des effets secondaires. Suspension qui serait faite spontanément par le patient autrement. Il est intéressant d'observer le temps que cela a pris pour être confirmé par une étude: la déprescription ne sert pas à l'industrie... et donc ça tire au flanc. (!)



Compte-rendu de Valentine Borcic  
[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)  
Transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)