

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

Mardi 1er juillet 2014

Hôpital cantonal de Genève

L'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée: encore une frustration thérapeutique...

Dr Ph. Meyer

Il y a des HF_rEF et des HF_pEF...(prononcer «hefrefe» et «hefpeffe»)....vous avez compris que les 1ers sont les «Heart failure with reduced ejection fraction» et les 2^{ème} les «Heart failure with preserved ejection fraction»...

En d'autres termes il y a les insuffisances cardiaques avec une fraction d'éjection inférieure à 40%, que l'on sait traiter avec IEC, diurétiques etc... et celles avec fraction d'éjection supérieure à 50% (autrefois, insuffisance cardiaque diastolique) que l'on ne sait toujours pas traiter correctement.

Il y a un peu plus d'hommes dans la 1^{ère}, un peu plus de femmes dans la 2^e, mais globalement leur fréquence est identique 50/50...

Le flash d'aujourd'hui concerne un article du Dr B.Pitt ...



Pas lui...

Mais lui...(dixit Ph. Meyer)



Bertram....)

(son prénom c'est

«Spironolactone for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction» Bertram Pitt N Engl J Med 2014; 370:1383-1392.

L'idée c'est de tester l'aldactone en double aveugle, chez des patients HFpEF (Hefpeffe...) dans un essai clinique randomisé, par rapport au placebo.

On sait que l'aldostérone est augmentée dans les insuffisances cardiaques qu'elle retient le Na, favorise la fibrose, l'inflammation vasculaire, la stimulation du système sympathique et l'apoptose du cardiomyocyte...

L'on a à disposition pour bloquer l'aldostérone, la spironolactone (Aldactone®) et l'éplérenone (Inspra®), qui coûte plus cher mais n'entraîne pas de gynécomastie...

Donc dans l'étude du Dr Bertram Pitt, pas d'avantage de survie pour les patients sous aldactone.

Il y avait plusieurs critères d'inclusion dans cette étude, soit parce que les patients étaient hospitalisés, soit parce que leur BNP était particulièrement élevé...

Dans le groupe des patients sélectionnés à cause d'un BNP élevé, la spironolactone a fait un bien meilleur effet que dans le groupe des patients hospitalisés.

Est ce à dire que les patients hospitalisés avaient plus de comorbidités, et que la dyspnée seule n'était pas «le» critère...???

La conclusion du Dr Meyer est qu'il va falloir améliorer encore la sélection des patients, car certains patients HFpEF (Hefpeffe...) pourraient bien bénéficier de ce traitement.

Actuellement le traitement des HFpEF comprend diurétiques, antihypertenseurs, bradycardisants (si FA) et dérivés nitrés (ou autres) si ischémie myocardique...

Dans les Pitt B.....il y avait aussi celui là...(c'est nul, je sais...bonnes vacances !)

