

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 21 Octobre 2025

Dapaglifozine en plus du TAVI?

Prof. Stéphane Noble, Cardiologie

Les inhibiteurs du SGLT2 font à présent partie du traitement standard de l'insuffisance cardiaque, quel que soit le statut diabétique ou la fraction d'éjection. → diurèse douce, un peu de glycosurie, menant à une baisse de la pré- et de la postcharge du cœur.

Cependant, les patients bénéficiant d'un TAVI (implantation de valve transcutanée) pour sténose aortique ont été exclus des études, et ceux de > 80 ans sont sous-représentés.

Même si le TAVI est le traitement de choix, ces patients âgés restent souvent fragiles, et 20% sont réhospitalisés pour insuffisance cardiaque dans l'année suivant l'intervention, associé à une mortalité élevée → insuffisant? traitement médicamenteux supplémentaire?

L'étude du jour, [DAPA-TAVI](#) se penche sur la question (39 centres espagnols, 2021-2023)

- Inclusion: post-TAVI pour sténose aortique, avec un épisode IC lié à la sténose avec soit → diabète et/ou GFR 25 - 75ml/min, FEVG ≤ 40
- Exclusion: PA systolique < 100mmHg, PA diastolique < 50mmHg, clairance < 25ml/min, cystite chronique ou à répétition (≥2 dans l'année), <1 an d'espérance de vie.
- Intervention: traitement standard ± DAPA 10 mg/j (dans les 14j après RAD post-TAVI)
- Issue composite: décès toute cause + aggravation de l'IC (hospitalisation ou diurétiques IV)

Résultats

Sur 1257 randomisés, 1222 sont inclus en intention de traiter. 49% de femmes (♡, RCT sur la dapa avec le plus de femmes). Age moyen 82 ans: 72% > 80 ans, 7% > 90 ans (jusqu'à maintenant, < 10% avaient > 75 ans)

Caractéristiques de base:

- bien équilibré entre les groupes: 43% diabète, FEVG 54,9%, 87% avec un GFR 25-75, 62% sous IEC/ARA, 73% sous diurétiques
- Plus de coronaropathie dans le groupe dapa (39 vs 31%) et plus de Nt proBNP dans le groupe Dapa (6300 - 5300).

À un an :

- 15% d'événements sous dapagliflozine vs 20% sans → ↓ 28 % de risque relatif. La différence commence dès 15 jours, installée à 30.

Analyse de sous groupe

- Décès toute cause: 8,9% contrôle vs 7,8% dapa
- Aggravation IC: 14,4% contrôle vs 9,4% dapa (↓ de 35% du risque relatif)

Effets secondaires légers mais à surveiller : Infections génitales 1,8 % (vs 0,5 %),
Hypotension 6,6 % (vs 3,6 %)

Sous-groupes intéressants :

- Les plus de 80 ans, et les patients en fibrillation auriculaire en bénéficient le plus
- Les femmes semblent un peu moins répondre (non expliqué...EI?)

Limitations

- Étude ouverte, donc possible effet placebo, mais issues objectives et attribuées en aveugle.
- Cross-over: 17% d'arrêt dapa, 7% de début de dapa.
- Suivi court (12 mois), peu de diversité
- Étude prolongée suite à un nombre d'événements inférieurs au prédit.
- Une étude du JACC en 2025 ne montre pas d'amélioration supplémentaire de la qualité de vie, dans le contexte post-TAVI (qui l'améliore).

Et dans la vraie vie ?

Pas forcément chez toutes, surtout si le résultat n'est pas parfait - fuite légère, fonction VG un peu limitée, avec modération, en particulier chez un·e patient·e très comorbide et polymédiqué·e.

Avec les nouvelles recommandations (classe 2a, 2025), intervention désormais précoce sur les sténoses aortiques sévères, parfois avant les symptômes, pour éviter d'arriver avec un ventricule trop altéré.

À retenir

- La Dapagliflozine réduit modestement les décompensations cardiaques après TAVI, sans effet sur la mortalité.
- Tolérance correcte chez les octogénaires, mais vigilance sur les infections et la tension.
- Pas un "game changer", mais un outil supplémentaire pour les patients fragiles, surtout si la récupération post-TAVI est incomplète.



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