

Compte-rendu

Utilisation des bêta-bloquants après infarctus : nouvelles perspectives au cœur de la recherche

Mots-clés

béta-bloquant; infarctus; REDUCE-AMI; BB

Beta-Blockers after Myocardial Infarction and Preserved Ejection Fraction

T. Yndigegn et al., NEJM, 07.04.2024

[DOI: 10.1056/NEJMoa2401479](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2401479)

Introduction

Les bêta-bloquants sont largement recommandés et couramment utilisés dans la prise en charge post-infarctus du myocarde. Cependant, les études s'intéressant au sujet commencent à dater et ne tenaient pas compte des avancées cliniques modernes. De plus, ces études concernaient majoritairement des patients atteints d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite. Ainsi, l'efficacité des bêta-bloquants chez les patients ayant une fraction d'éjection préservée reste incertaine. Malgré ce manque d'évidence, les recommandations cliniques continuent de préconiser fortement leur utilisation en cas d'infarctus du myocarde. L'étude REDUCE-AMI a donc pour objectif d'évaluer l'impact à long terme de l'utilisation des bêta-bloquants chez ces patients.

Méthode

Etude randomisée contrôlée « open-trial », multicentrique (38 centres en Suède, 1 en Estonie et 6 en Nouvelle-Zélande), avec recrutement de septembre 2017 à mai 2023. **Inclusion** : ≥ 18 ans, ayant présenté un infarctus aigu du myocarde (consentement éclairé fourni 1 à 7 jours après l'événement) avec documentation d'une maladie coronarienne obstructive par angiographie et présentant une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) préservée ($\geq 50\%$). **Exclusion** : contre-indication ou indication médicale au traitement bêta-bloquant, absence de maladie coronarienne obstructive à l'angiographie. **Intervention** : randomisation en 2 groupes (1:1) : groupe bêta-bloquant et groupe placebo. **Issue primaire** : issue composite incluant mortalité et survenue d'un nouvel infarctus du myocarde.

Résultats

5'020 patients randomisés 1:1 (95.4% de Suède, 0.6% d'Estonie et 4% de Nouvelle Zélande). Dans le groupe bêta-bloquant, 62.2% ont été traités par métoprolol et 37.8% par bisoprolol, avec une dose initiale médiane de 50 mg pour le métoprolol et 2.5 mg pour le bisoprolol et une dose cible médiane de 100 mg et 5 mg, respectivement. Groupes homogènes à l'inclusion, 22.5% de femmes, âge médian de 65 ans, suivi médian de 3.5 ans. Issue primaire observée chez 7.9% dans le groupe bêta-bloquant et 8.3% dans le groupe placebo (IC 95%, 0.79–1.16, $p = 0.64$), ce qui était statistiquement non-significatif.

Discussion

Les résultats de l'étude suggèrent qu'il n'y a pas de bénéfice clinique significatif à long terme de l'utilisation des bêta-bloquants après un infarctus du myocarde chez des patients présentant une fraction d'éjection préservée. L'issue primaire, focalisée uniquement sur la mortalité et la survenue d'un nouvel infarctus, pourrait avoir négligé d'autres aspects de l'efficacité des bêta-bloquants chez ces patients. En revanche, la population étudiée était

représentative et le suivi relativement long, renforçant la robustesse de l'étude et remettant en question les recommandations actuelles qui favorisent largement l'utilisation de ce type de médicament pour cette population de patients.

Conclusion

Cette étude met en lumière **l'absence de bénéfice significatif de l'utilisation des bêta-bloquants chez les patients avec fraction d'éjection ventriculaire préservée après un infarctus du myocarde**. Ces résultats remettent en question les **pratiques cliniques actuelles** et souligne la nécessité de **reconsidérer les recommandations** préconisant une prescription systématique de bêta-bloquants pour cette population spécifique de patients.

Date de publication	Auteurs
30.04.2024	