

Compte-rendu

Et maintenant les inhibiteurs du SGLT2 dans l'infarctus du myocarde ? La suite

Empagliflozin after Acute Myocardial Infarction

J. Butler et al., NEJM, 06.04.2024

DOI: [10.1056/NEJMoa2314051](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2314051)

Introduction

Les inhibiteurs du SGLT2 diminuent les évènements cardiovasculaires chez les diabétiques, les patients avec une insuffisance cardiaque et une maladie rénale chronique. Leur bénéfice chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde (IM) aigu est en discussion. Pour l'instant, l'étude DAPA-MI [cf. MIA-JOUR numéro 29, nov.-déc. 2023] a suggéré que les patients avec un IM récent associé à une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) diminuée pourraient bénéficier d'un traitement de dapagliflozine, qui conférerait certains avantages cardiométaboliques. L'étude actuelle, EMPACT-MI, s'intéresse aux bénéfices-risques de l'empagliflozine chez les patients avec un IM récent et un risque d'insuffisance cardiaque élevé.

Méthode

Etude randomisée, contrôlée, double-aveugle et multicentrique (451 centres, 22 pays). **Inclusion** : ≥ 18 ans, hospitalisation pour infarctus du myocarde récent (survenu dans les 14 jours avant randomisation) avec FEVG récemment diminuée ($< 45\%$) et/ou tableau clinique de décompensation cardiaque récente et au moins un facteur de risque (âge avancé, diabète type 2, maladie coronarienne connue, fibrillation auriculaire, maladie rénale chronique). **Exclusion** : insuffisance cardiaque connue, traitement habituel d'inhibiteur du SGLT2. **Intervention** : Empagliflozine 10 mg par jour versus placebo surajouté au traitement standard. **Issue primaire** : issue composite incluant insuffisance cardiaque nouvelle et mortalité de toute cause.

Résultats

N= 6'522 randomisé-e-s 1 :1. Groupes homogènes à l'inclusion, suivi médian de 18 mois. Au total, 78.4% de participants avec FEVG $< 45\%$ et 57% avec décompensation cardiaque aiguë. **Issue primaire** observée chez 8.2% dans le groupe empagliflozine et 9.1% dans le groupe placebo (hazard ratio (HR), 0.90; 95% confidence interval [CI], 0.76- 1.06; $P=0.21$), ce qui était **statistiquement non-significatif**. Concernant les paramètres individuels de l'issue primaire, 118 patients (3.6%) et 169 (5.2%) dans le groupe empagliflozine versus 153 patients (4.7%) et 178 (5.5%) dans le groupe placebo ont été hospitalisés pour une décompensation cardiaque (HR, 0.77; 95% CI, 0.60- 0.98) ou sont décédés (HR, 0.96; 95% CI, 0.78- 1.19), respectivement.

Discussion

L'initiation de l'**empagliflozine** dans la phase aiguë d'un infarctus du myocarde n'a pas démontré un bénéfice clinique concernant les hospitalisations pour décompensation cardiaque et la mortalité de toute cause. Il est donc suggéré que les inhibiteurs du SGLT2 n'agissent pas sur les mécanismes incriminés en phase aiguë dans les complications post-MI. De même, la **depagliflozine** dans l'étude DAPA-MI n'a pas été associée avec un risque plus bas de survenue de l'issue primaire comparée au placebo. Cependant, notons que le risque d'hospitalisation pour décompensation cardiaque seule était significativement plus bas avec l'empagliflozine qu'avec le placebo.

Conclusion

Les résultats de cette étude révèlent que l'**utilisation des inhibiteurs du SGLT2 dans la phase aiguë post-IM n'apporteraient pas de bénéfice cliniquement significatif**. Toutefois, ces médicaments améliorent les **outcomes cardiovasculaires chroniques et sont recommandés dans l'insuffisance cardiaque à FEVG préservée et à FEVG réduite**. La question qui persiste cependant est la suivante : **dans quel délai après un IM faut-il initier ce traitement et quelles sont les populations qui vont en bénéficier ?**



Date de publication	Auteurs
30.04.2024	Varvara Chatzipetrou