Compte-rendu

Insuffisance cardiaque : « start at last and go fast! »

Mots-clés

Insuffisance cardiaque, IEC, Bétabloquants, Traitements, FEVG

Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial

A. Mebazaa et al., The Lancet, 03.12.2022

10.1016/S0140-6736(22)02076-1

Introduction

La période suivant une hospitalisation pour insuffisance cardiaque (IC) aiguë est une période clé en raison de la vulnérabilité des patients. Les recommandations actuelles proposent de commencer rapidement les traitements de l'IC avec suivi précoce à la sortie, sans données probantes sur la vitesse de titration des traitements de l'IC. L'étude STRONG-HF s'intéresse à l'efficacité et à la tolérance d'un protocole de titration intensif des traitements de l'IC aiguë.

Méthode

Essai clinique prospectif, multicentrique, randomisé et en open-label. **Inclusion** : 18-85 ans, hospitalisés pour IC aiguë et stabilisés, NT-proBNP élevé, doses cibles des traitements d'IC non atteintes. **Exclusion** : intolérance à doses cibles des traitements avant randomisation, maladie pulmonaire significative, syndrome coronarien aigu ou AVC/AIT dans les 3 mois, infection active, eGFR <30 ml/min. **Intervention** : Soins de « haute intensité » combinant suivi clinique et biologique précoce avec titration intensive des traitements jusqu'à 2 semaines suivant la randomisation *vs* soins usuels (contrôle). **Issue primaire** : composite comprenant la mortalité toute cause confondue et la réadmission pour IC à 180 jours.

Résultats

1'078 patient.e.s randomisés entre 2018 et 2022 (âge moyen 63 ans, 61% hommes, 77% caucasiens, 68% avec FEVG ≤40 % et 12% avec FEVG ≥50%), dont 506 dans le bras interventionnel. **Issue primaire** : **différence significative en faveur du groupe interventionnel** (15.2% vs 23.3%), soit un risque ratio ajusté de 0.66 (IC 95% 0.50-0.86, p=0.002), **sans différence selon la FEVG** dans l'analyse de sous-groupe**.** En outre, parmi les issues secondaires les effets indésirables (IC aiguë, hypotension, hyperkaliémie, insuffisance rénale notamment) sont plus fréquents dans le groupe interventionnel (41% vs 29%) avec cependant un nombre d'EI sévères (16% vs 17%) et mortels (4% vs 6%) similaire.

Discussion

L'étude, bien qu'en open-label et de durée courte, présente une méthodologie solide et démontre l'efficacité de l'intervention avec un NNT faible à 15. L'étude a été **arrêtée précocement** en raison d'une différence plus importante de l'issue primaire dans le groupe avec soins de « haute intensité » rendant la poursuite des soins usuels non éthique. Une **limitation importante de l'étude** est que les patients avec soins de « haute intensité » ont bénéficié de **plus de visites de suivi**. La population de l'étude est **plus jeune** que celle rencontrée en pratique

clinique, limitant de ce fait légèrement la généralisabilité. L'utilisation des **inhibiteurs SGLT-2** et l'administration de **fer intraveineux** n'étaient pas inclus dans les traitements de l'IC. En outre, les béta-bloquants étaient administrés chez les patients avec IC à FEVG préservée, en dehors des recommandations actuelles.

Conclusion

Une **titration rapide** des médicaments après une hospitalisation pour IC aiguë peut être effectuée de façon **sécuritaire** tout en améliorant le taux de réadmission à 180 jours ainsi que la qualité de vie. Néanmoins, un **suivi rapproché** sollicitant davantage le système de santé est nécessaire. **A l'avenir**, une étude sur une plus longue durée, tout en ajoutant les **inhibiteurs SGLT-2** à l'analyse, pourrait être encore réalisée ainsi qu'une **étude d'analyse coût-bénéfice**.

Date de publication	Auteurs
07.03.2023	