



Intérêt des bêta-bloquants chez les patients âgés en cas d'insuffisance cardiaque avec diminution de la fraction d'éjection ?

Référence

Kotecha D, Manzano L, Krum H, et al. Effect of age and sex on efficacy and tolerability of β blockers in patients with heart failure with reduced ejection fraction: individual patient data meta-analysis. BMJ 2016;353:i1855. DOI: 10.1136/bmj.i1855

Analyse de

Bert Vaes, huisarts en postdoctoraal onderzoeker verbonden aan het Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, KU Leuven en aan het Institut de Recherche Santé et Société, Université Catholique de Louvain (UCL)

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et les bêta-bloquants sont recommandés comme clé de voûte du traitement de l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection diminuée (1,2). Minerva a déjà commenté plusieurs études cliniques randomisées (RCTs) qui montraient que les bêta-bloquants réduisaient tant la morbidité que la mortalité chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection diminuée (3-9). Actuellement, l'instauration et la poursuite d'un traitement par bêta-bloquants ne dépend ni du sexe ni de l'âge (1,2). Du fait de l'inclusion limitée des femmes et des patients âgés dans les RCTs existantes, nous serions en droit de mettre en doute l'utilité et la sécurité des bêta-bloquants dans cette population précise.

Pour examiner l'influence de l'âge et du sexe sur l'efficacité et la tolérance des bêta-bloquants, une méta-analyse publiée en 2016 (10) a été conduite sur base des données individuelles de 11 études (11). Au total, 13833 patients, dont 24% de femmes, âgés de 40 à 85 ans (âge médian de 64 ans avec IQR de 55 à 71) ont été inclus, souffrant d'insuffisance cardiaque (> 50% ayant une étiologie ischémique et environ 70% de classe NYHA III/IV) avec une fraction d'éjection diminuée (médiane de 27% avec IQR de 20 à 33%) et un rythme cardiaque sinusal. Après un suivi médian d'1,3 an, avec les bêta-bloquants versus placebo, une diminution statistiquement significative de la mortalité globale (HR de 0,70 avec IC à 95% de 0,64 à 0,77) a été observée. Le nombre de sujets à traiter (NNT) était de 23 (avec IC à 95% de 18 à 32). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes d'âge quant à la diminution de la mortalité ($p = 0,1$ pour l'interaction). En ce qui concerne les hospitalisations pour insuffisance cardiaque, une diminution de l'efficacité avec l'âge ($p = 0,05$ pour l'interaction) a été observée, mais ce critère de jugement restait toutefois statistiquement significatif dans le groupe des patients les plus âgés. Aucune interaction entre l'efficacité des bêta-bloquants et le sexe, dans aucun des groupes d'âge, et ce pour quel que soit le critère de jugement, n'a été observée. Les auteurs exhortent néanmoins à la prudence lors de l'interprétation des résultats parce que certains sous-groupes étaient de petite taille et cliniquement hétérogènes. La proportion de patients qui ont arrêté précocement le médicament était comparable dans les 2 groupes : 14,4% dans le groupe bêta-bloquants versus 15,6% dans le groupe placebo, et ce indépendamment de l'âge et du sexe.

Conclusion

Cette méta-analyse menée de manière rigoureuse sur données individuelles de patients montre que les bêta-bloquants diminuent le risque de mortalité globale et d'hospitalisation chez les patients en rythme sinusal qui souffrent d'insuffisance cardiaque avec diminution de la fraction d'éjection, indépendamment de l'âge et du sexe. Ce résultat confirme les recommandations des guides de pratique clinique (1,2) d'instaurer et de titrer les bêta-bloquants (start low and go slow) également chez les patients âgés et les femmes.

Références

1. Van Royen P, Boulanger S, Chevalier P, et al. Chronisch hartfalen. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu 2011;40:S158-S186.
2. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016;37:2129-200. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw128
3. Duprez D. Metoprolol bij chronisch hartfalen. Minerva 2000;29(7):318-21.
4. MERIT-HF Study Group. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL randomised intervention trial in congestive heartfailure (MERIT-HF). Lancet 1999;353:2001-7.
5. Hjalmarson A, Goldstein S, Fagerberg B, et al. Effects of controlled-release metoprolol on total mortality, hospitalizations, and well-being in patients with heart failure. JAMA 2000;283:1295-302.
6. Lemiengre M, Lemiengre MB. Carvédilol versus métoprolol dans l'insuffisance cardiaque chronique. MinervaF 2005;4(6):84-6.
7. Poole-Wilson PA, Swedberg K, Cleland JGF, et al. Comparison of carvedilol and metoprolol on clinical outcomes in patients with chronic heart failure in the Carvedilol Or Metoprolol European Trial (COMET): randomised controlled trial. Lancet 2003;362:7-13.
8. Lemiengre M. Bêta-bloquants et insuffisance cardiaque : survie liée au ralentissement de la fréquence cardiaque. Minerva bref 28/01/2011.
9. McAlister FA, Wiebe N, Ezekowitz JA, et al. Meta-analysis: beta-blocker dose, heart rate reduction and death in patients with heart failure. Ann Intern Med 2009;150:784-94.
10. Kotecha D, Manzano L, Krum H, et al. Effect of age and sex on efficacy and tolerability of β blockers in patients with heart failure with reduced ejection fraction: individual patient data meta-analysis. BMJ 2016;353:i1855. DOI: 10.1136/bmj.i1855
11. Chevalier P. Méta-analyse sur données individuelles : avantages et limites. MinervaF 2010;9(9):112.