



Bêta-bloquants et infarctus du myocarde : nouvelle étude

Référence

Dono TB, Hall M, West RM, et al. β -blockers and mortality after acute myocardial infarction in patients without heart failure or ventricular dysfunction. *J Am Coll Cardiol* 2017;69: 2710-20. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.03.578

Analyse de

Marc Bogaert, emeritus hoogleraar Farmacotherapie, UGent, et Thierry Christiaens, Klinische Farmacologie, Heymans Instituut voor Farmacologie, UGent

Minerva a déjà discuté d'une méta-analyse examinant l'effet des bêta-bloquants sur la mortalité et la morbidité après un infarctus aigu du myocarde chez des patients sans insuffisance cardiaque systolique (1,2). Les bénéfices ajoutés des bêta-bloquants en phase aiguë et lors des premières semaines suivant un infarctus du myocarde ne sont pas prouvés alors qu'actuellement le traitement comporte un traitement de reperfusion et de la prévention secondaire par aspirine, hypolipémiants et inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA).

Une étude d'observation (3), publiée en 2017, a inclus près de 180000 patients ayant présenté un infarctus aigu du myocarde sans insuffisance cardiaque ni dysfonction systolique du ventricule gauche (définie comme une fraction d'éjection $< 30\%$), après leur départ de l'hôpital entre le 1^{er} janvier 2007 et le 30 juin 2013. A la sortie de l'hôpital, un bêta-bloquant était prescrit chez environ 95% des patients. Après un an, la mortalité était de 4,9% dans le groupe des patients à qui des bêta-bloquants avaient été prescrits versus 11,0% dans le groupe chez qui aucun bêta-bloquant n'avait été prescrit. Après correction de ces données observationnelles à l'aide du score de propension (qui exprime la probabilité qu'une prescription de bêta-bloquants soit remise au patient), aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les deux groupes quant à la mortalité (4,5). Pour pouvoir comparer des patients avec un même score de propension, les chercheurs ont toutefois dû éliminer 90% de leur population d'étude initiale. La question suivante se pose : l'effet mesuré dans l'échantillon après appariement sur les scores de propension est-il représentatif de la totalité de la cohorte (6) ? Après correction à l'aide d'une analyse par méthode des variables instrumentales (5), on n'a pas pu montrer de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Malheureusement, la variable instrumentale choisie, à savoir « le niveau de prescription de traitements recommandés à l'hôpital », était elle-même associée au critère de jugement (en plus de l'utilisation de bêta-bloquants, des antiagrégants plaquettaires auront également une influence sur le critère de jugement), ce qui fait que nous devons, ici aussi, faire preuve de prudence pour tirer des conclusions (6). Par ailleurs, l'interprétation des résultats se complique encore car la valeur seuil utilisée pour la fraction d'éjection est $< 30\%$, alors que, classiquement, la valeur utilisée est $< 40\%$ (6). En effet, d'autres études ont clairement montré que les patients présentant un infarctus du myocarde et qui ont une dysfonction systolique du ventricule gauche entre 30% et 40% ont intérêt à être traités avec un bêta-bloquant (7), mais on ne sait pas combien de patients de chaque groupe (avec bêta-bloquant versus sans bêta-bloquant) font partie de cette catégorie. Enfin, on sait seulement qu'en cas de sortie de l'hôpital, des bêta-bloquants ont été prescrits, mais on ignore si les patients de cette étude ont effectivement pris un bêta-bloquant pendant toute l'année après leur infarctus du myocarde.

Conclusion

Cette vaste étude d'observation, dont les résultats ont été corrigés à l'aide de deux méthodes valides, suggère, chez des patients présentant un infarctus du myocarde sans insuffisance cardiaque ni dysfonction systolique du ventricule gauche, que l'utilisation d'un bêta-bloquant durant un an ne diminue pas la mortalité.

Pour la pratique

Après un infarctus du myocarde, un traitement médicamenteux cardiovasculaire est recommandé. Pour tous les patients, il consiste en 75 à 100 mg d'acide acétylsalicylique/j et d'une statine indépendamment du taux de cholestérol. En cas d'insuffisance cardiaque ou de dysfonction systolique du ventricule gauche (fraction d'éjection du ventricule gauche $\leq 40\%$), un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et un bêta-bloquant sont également indiqués (8). Dans les autres cas, l'utilisation des IECA et des bêta-bloquants est envisageable. Sur la base des preuves actuelles(1,9), y compris les résultats de l'étude d'observation décrite plus haut, on se pose de plus en plus de questions sur la nécessité ou non de prescrire des bêta-bloquants aux patients qui ne présentent pas d'insuffisance cardiaque après un infarctus du myocarde.

Références

1. Christiaens T, Poelman T. Bêta-bloquants après un infarctus du myocarde : utiles ? *MinervaF* 2016;15(10):246-9.
2. Bangalore S, Makani H, Radford M, et al. Clinical outcomes with beta-blockers for myocardial infarction: a meta-analysis of randomized trials. *Am J Med* 2014;127:939-53. DOI: 10.1016/j.amjmed.2014.05.032
3. Dondo TB, Hall M, West RM, et al. β -blockers and mortality after acute myocardial infarction in patients without heart failure or ventricular dysfunction. *J Am Coll Cardiol* 2017;69:2710-20. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.03.578
4. Poelman T. Appariement sur les scores de propension. *MinervaF* 2013;12(8):103.
5. Poelman T. Analyse des études d'observation : quelle place pour la méthode des variables instrumentales ? *MinervaF* 2017;16(8):208-10.
6. Ibáñez B, Raposeiras-Roubin S, García-Ruiz JM. The swing of β -blockers: time for a system reboot. *J Am Coll Cardiol* 2017;69:2721-4. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.04.017
7. Dargie HJ. Effect of carvedilol on outcome after myocardial infarction in patients with left-ventricular dysfunction: the CAPRICORN randomised trial. *Lancet* 2001;357:1385-90. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)04560-8
8. Formulaire de soins aux Personnes Agées. Post infarctus du myocarde. Littérature consultée à la date du : 30/06/2017.
9. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al; Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2016;37:267-315. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv320