

BÊTABLOQUANTS

ARRÊT DU TRAITEMENT APRÈS UN INFARCTUS DU MYOCARDE

MAXIME JOHNSON

Chez des patients ayant reçu des bêtabloquants pendant au moins un an après un infarctus du myocarde, l'arrêt du traitement s'est avéré non inférieur à sa poursuite, selon une nouvelle étude.

D^r Jean-Claude Tardif

Faut-il prescrire des bêtabloquants à très long terme aux patients qui ont subi un infarctus du myocarde ? À l'ère de la reperfusion mécanique et des interventions de prévention secondaire modernes, l'arrêt du traitement après un an n'est pas inférieur à sa poursuite chez les patients qui répondent à certains critères, selon une étude publiée récemment dans le *New England Journal of Medicine* (NEJM).

Les travaux du D^r **Ki Hong Choi** comptent parmi plusieurs études récentes portant sur l'utilisation des bêtabloquants après un infarctus, explique le D^r **Jean-Claude Tardif**, cardiologue et directeur du Centre de recherche de l'Institut de cardiologie de Montréal. « Des études ont montré que dans le contexte actuel, les bêtabloquants n'apportent pas de bienfaits supplémentaires en l'absence de dysfonction ventriculaire ou d'insuffisance cardiaque. Dans la présente étude, les chercheurs montrent que, chez les patients qui en prennent déjà et qui respectent certaines conditions, l'arrêt d'un bêtabloquant ne semble pas avoir d'effets délétères », note-t-il.

« En l'absence de dysfonction ventriculaire, d'angine et d'insuffisance cardiaque, si le patient est stable, on peut envisager l'arrêt du bêtabloquant. »

- D^r Jean-Claude Tardif

Même si, au Québec, les bêtabloquants ne sont plus prescrits systématiquement à long terme après un infarctus du myocarde, plusieurs médecins comptent probablement parmi leur clientèle des patients susceptibles d'entreprendre l'arrêt de leur traitement, précise le D^r Tardif.

PLUS DE 2500 PATIENTS

Pour cette étude, les chercheurs ont réalisé un essai clinique à répartition aléatoire de non-infériorité dans 25 centres en Corée du Sud.

Les patients admissibles devaient notamment avoir subi un infarctus du myocarde, être dans un état clinique stable et avoir reçu un bêtabloquant pendant au moins un an après l'événement initial. Ils devaient présenter une fraction d'éjection ventriculaire gauche d'au moins 40 %, et ne pas souffrir d'insuffisance cardiaque.

« La majorité des patients répondent à ces critères dans notre pratique clinique actuelle. Contrairement à il y a 25 ou 30 ans, seule une minorité des patients présente une dysfonction ventriculaire significative après un infarctus aujourd'hui, car les artères sont rouvertes grâce à la reperfusion mécanique », précise le D^r Tardif.

Au total, 2540 patients ont été répartis en deux groupes : ceux assignés à l'arrêt du traitement, et ceux assignés à la poursuite du bêtabloquant. L'âge moyen des patients était de 63,2 ans, et 12,8 % étaient des femmes.

Le critère d'évaluation principal était un composite de mortalité de toutes causes, de nouvel infarctus du myocarde ou d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. L'étude était ouverte, mais les événements cliniques ont été évalués par un comité indépendant ignorant l'attribution des groupes, ce qui visait à limiter les biais d'évaluation.

UN ARRÊT NON INFÉRIEUR À LA POURSUITE DU TRAITEMENT

Après un suivi médian de 3,1 ans, les chercheurs ont observé que l'arrêt des bêtabloquants n'est pas inférieur à leur poursuite selon le critère d'évaluation principal. Celui-ci est survenu chez 7,2 % des patients du groupe d'arrêt, contre 9,0 %



dans le groupe de poursuite (rapport des risques instantanés [RRI]: 0,80 ; $p < 0,001$ pour la non-infériorité).

« L'arrêt du bêtabloquant n'a pas été associé à des effets délétères », résume le Dr Jean-Claude Tardif.

Les résultats étaient similaires pour les différentes composantes du critère principal. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes en ce qui concerne la mortalité toutes causes confondues, les récurrences d'infarctus du myocarde et les hospitalisations pour insuffisance cardiaque.

DES LIMITES À CONSIDÉRER

Certaines limites de l'étude méritent d'être soulignées. D'abord, son caractère ouvert peut introduire des biais d'évaluation. « Cependant, le critère principal reposait en grande partie sur des événements objectifs », notent les auteurs. L'évaluation des événements cliniques a aussi été confiée à un comité indépendant à l'insu de l'attribution des groupes, ce qui atténue ce risque.

« Comme les patients ont été répartis en deux groupes à distance de l'infarctus initial, l'étude ne permet pas de déterminer à partir de quel moment l'arrêt des bêtabloquants serait sûr », ajoutent les auteurs.

Ensuite, tous les patients ont été recrutés en Corée du Sud. « Il pourrait y avoir des différences tant dans l'organisation du système de santé en Corée du Sud et au Québec que dans les traitements concomitants administrés. Cet élément pourrait limiter la généralisation des résultats, mais à mon avis, ces données demeurent très utiles pour la pratique clinique au Québec », précise le Dr Tardif.

Enfin, l'étude portait sur une population bien sélectionnée, soit des patients cliniquement stables, sans insuffisance cardiaque ni dysfonction ventriculaire significative. « On parle d'un groupe de patients présentant un risque cardiovasculaire plus faible », explique le cardiologue, rappelant que les résultats ne s'appliquent donc pas à l'ensemble des patients ayant subi un infarctus du myocarde.

DES IMPLICATIONS CONCRÈTES EN PREMIÈRE LIGNE

« La prescription de bêtabloquants à long terme après un infarctus du myocarde n'est plus recommandée systématiquement, mais de nombreux médecins de première ligne suivent encore des patients ayant subi un infarctus du myocarde il y a plusieurs années et qui prennent toujours un bêtabloquant », rappelle le Dr Tardif.

Si l'étude du NEJM suggère que certains d'entre eux pourraient être candidats à l'arrêt de leur bêtabloquant, les cliniciens doivent toutefois s'assurer que trois conditions sont réunies avant d'envisager la cessation.

« D'abord, il faut vérifier que le patient a été adéquatement revascularisé, par angioplastie avec endoprothèse ou pontage coronarien », explique le cardiologue. Ensuite, le médecin doit confirmer la fraction d'éjection ventriculaire gauche, idéalement à partir d'une échocardiographie récente, et s'assurer qu'elle est supérieure à 40 %. « Enfin, il faut s'assurer que le patient ne présente pas ou n'a pas présenté d'insuffisance cardiaque ou d'angine », poursuit-il.

« En l'absence de dysfonction ventriculaire, d'angine et d'insuffisance cardiaque, si le patient est stable, on peut envisager l'arrêt du bêtabloquant », résume-t-il.

Dans la pratique, cette information n'est pas toujours facilement accessible, notamment lorsque le suivi cardiologique remonte à plusieurs années. Une réévaluation peut alors s'avérer pertinente, par exemple en demandant une échocardiographie lorsque la fonction ventriculaire est inconnue ou incertaine.

Le Dr Tardif rappelle par ailleurs que l'arrêt d'un bêtabloquant doit se faire de façon progressive afin d'éviter un effet rebond, notamment sur la fréquence cardiaque ou la pression artérielle. Enfin, la décision doit toujours tenir compte des autres indications possibles du traitement, comme l'hypertension. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Choi KH, Kang D, Kim W et coll. Discontinuation of beta-blocker therapy after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2026 ; 394, 1302-12. DOI : 10.1056/NEJMoa2601005.