

Faut-il proposer ou maintenir un bêtabloquant dans la maladie coronaire stable post-infarctus du myocarde ? Apports des études BETAMI-DANBLOCK et REBOOT-CNIC



F. Diévert
DUNKERQUE

RÉSUMÉ : Si, au terme de quatre essais thérapeutiques contrôlés, nous disposons de plus d'informations sur l'effet clinique potentiel des bêtabloquants au long cours dans les suites d'un infarctus du myocarde (IDM), force est de constater que cette information est d'un niveau de preuve moyen et non pas élevé, du fait du caractère ouvert de ces quatre études, de leurs résultats discordants et d'un résultat parfois conduit principalement par des événements qui ne sont pas des critères durs, ce qui est un biais dans des études conduites en ouvert. De ce fait, il pourrait tout à fait être concevable qu'un patient sans insuffisance cardiaque et dont la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) est supérieure à 40 % sorte de l'hôpital sans avoir de traitement bêtabloquant au décours d'un IDM. Comme il pourrait être concevable d'arrêter ce traitement dès qu'il est mal toléré chez ce type de patient au décours d'un IDM.



POINTS FORTS

- Les études démontrant le bénéfice clinique des bêtabloquants dans le post-infarctus du myocarde datent de la décennie 1980-1990.
- Depuis, plusieurs essais thérapeutiques contrôlés n'ont pas confirmé un tel effet bénéfique.
- Les données récentes sont discordantes et les quatre essais thérapeutiques contrôlés les plus récents ont été conduits en ouvert avec quelques biais ne permettant pas de conclusions fiables.
- En 2025, la place des bêtabloquants chez les patients ayant eu un infarctus du myocarde et n'ayant pas d'altération de la fonction ventriculaire gauche demeure incertaine.

Retrouvez cette fiche en flashant
le QR code ci-dessous

