Pour voir la version en ligne, suivez ce lien

Réalisé avec les experts scientifiques du CNCF

Veille Bibliographique en Cardiologie

Avec le soutien institutionnel de ZENTIVA et SERVIER

Les experts du CNCF ont sélectionné pour vous

Spécial : Insuffisance cardiaque améliorée (1ère partie)

Par le Dr Patrick Khanoyan (Marseille)



Retrait du traitement médical optimal dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection améliorée (HFimpEF)

L'essentiel : cette méta-analyse avec analyse séquentielle des essais (ASE) répond à une question clinique précise : chez les patients en insuffisance cardiaque à fraction d'éjection améliorée (HFimpEF), le retrait du traitement médical optimal (TMO) augmente-t-il le risque de mortalité, de rechute, de déclin de la FEVG ou d'événements cardiovasculaires, comparé à la poursuite du traitement ?

Le message principal est que le retrait du GDMT (Guideline-directed medical therapy) est associé à un surrisque de rechute de l'insuffisance cardiaque et d'hospitalisation cardiovasculaire, sans différence significative sur la mortalité toutes causes, les arythmies ou la FEVG. Le résultat sur la rechute est robuste. Le surrisque global de rechute est élevé : RR 2,89 (IC 95 % : 1,29–6,48 ; p = 0,01), avec une faible hétérogénéité (I^2 = 11,7 %).

La nuance capitale est que le risque dépend de la stratégie et du contexte étiologique. Le retrait complet est risqué (TRED-HF : 44 % de rechute à 6 mois). Le retrait *sélectif* est mieux toléré (With-HF, arrêt du seul anti-aldostérone : 6,7 % de rechute ; CATHEDRAL-HF, maintien du carvédilol : stabilité de la FEVG). Les porteurs de CRT et les cardiomyopathies rythmiques après contrôle du rythme tolèrent mieux le sevrage.

La méthode : recherche systématique conduite en février 2026 sur quatre bases (PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library), incluant essais randomisés et études observationnelles comparant retrait vs poursuite du TMO en HFimpEF. Protocole enregistré a priori (PROSPERO CRD420261322240), conformité PRISMA.
Sur 49 références, 11 études satisfaisaient les critères ; la méta-analyse a inclus 8 études, 548 patients. Les définitions de l'HFimpEF variaient (typiquement FEVG initiale ≤ 40 % puis FEVG > 40 % ou ≥ 50 %, souvent avec critères additionnels). Les stratégies de retrait étaient hétérogènes (abrupt vs progressif ; complet vs spécifique de classe).

L'analyse :

Forces

La méthodologie est rigoureuse : enregistrement préalable, recherche multibase, double outil d'évaluation du biais, et surtout la ASE, qui constitue la vraie valeur ajoutée. Les analyses de sensibilité (exclusion de STOP-CRT) et de sous-groupes (par définition de la rechute) sont préspécifiées.

Limites

- Faible effectif : 8 études, 548 patients. Pour la mortalité et les arythmies, les taux d'événements sont trop faibles et les IC trop larges → analyse sous-puissante (l'absence de différence ne vaut pas preuve d'absence d'effet).
- FEVG ininterprétable : différence non significative (MD −2,07 % ; IC −5,08 à 0,94) mais forte hétérogénéité (I^2 = 72,8 %), biais de publication évident, et surtout RIS (≈ 1 371) non atteint.
- Fragilité du résultat principal : le RR de rechute dépend de la définition retenue — 5,30 (multidomaine) vs 2,88 non significatif (FEVG isolée < 50 %).
- Design ouvert des essais, qui pèse sur un critère « mou » comme la rechute symptomatique ; hétérogénéité des populations, des protocoles de retrait et des définitions.

Incohérence interne à relever

L'encadré et l'abstract décrivent un surrisque de rechute « significatif », alors que la conclusion finale écrit que cette augmentation « n'atteignait pas la significativité statistique ». Cette discordance mérite d'être signalée.

Portée clinique

Le message n'est pas binaire. Le retrait complet du TMO ne doit pas être réalisé en routine. Une désescalade éventuelle (effets indésirables, projet de grossesse, coût) impose une approche graduelle et étroitement monitorée, idéalement guidée par l'imagerie — la FEVG basse à l'inclusion, l'élévation des peptides natriurétiques et la fibrose au CMR identifient les patients à haut risque de rechute, on pourrait rajouter la génétique. Le maintien d'un bêtabloquant semble particulièrement important, et le bénéfice du sevrage est le plus défendable dans des phénotypes spécifiques (CRT, cardiomyopathie rythmique avec rythme contrôlé, FEVG > 55 % sans fibrose). La conclusion actuelle est de rester conservateur sur le maintien des 4 piliers excepté dans les stratégies rythmologiques pures (CRT ou ablation sans cardiopathie sous-jacente).

La référence bibliographique : Taha AM, Nguyen D, Abdeljawad MM, Hasan MT, Tran T, Huynh PK, Dang C, Ngo D, Kpodonu J, Sun LY. *Withdrawal of Guideline-Directed Medical Therapy in Heart Failure With Improved Ejection Fraction: A Systematic Review and Meta-Analysis With Trial Sequential Analysis. JACC: Heart Failure. 2026 (Article in Press).*

Réalisé avec les experts scientifiques du CNCF

Avec le soutien institutionnel de ZENTIVA

Avec le soutien institutionnel de SERVIER

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données vous concernant, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de limiter les traitements effectués sur vos données ainsi que du droit de définir des directives générales et particulières définissant la manière dont vous souhaitez que soient exercés, après votre décès, vos droits.

Vous êtes expressément informé(e) que vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel.
Pour exercer vos droits, merci d'adresser un courrier à l'Agence CCC – Le Gestionnaire de données, accompagné de la photocopie d'un titre d'identité comportant votre signature, à l'adresse postale suivante : Agence CCC (le gestionnaire de données) - 21, rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Si vous ne souhaitez plus recevoir d'emails du veille biblio, suivez ce lien