
PAS D'ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA SPIRONOLACTONE EN CAS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE À FRACTION D'ÉJECTION PRÉSERVÉE

Dans les Folia de mars 2014, un article a été consacré au traitement de l'insuffisance cardiaque chronique. Il y est mentionné que le traitement de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (fraction d'éjection du ventricule gauche > 50 %) n'a été que peu étudié et que, pour aucun traitement, un effet positif sur des critères d'évaluation forts n'a été démontré jusqu'à présent.

Récemment, les résultats de l'étude TOPCAT¹ sur la spironolactone chez des personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée ont été publiés. Dans cette étude menée en double aveugle, 3.445 patients atteints d'une insuffisance cardiaque légère à modérément sévère (classe NYHA II-III) avec une fraction d'éjection préservée ont été randomisés entre la spironolactone à raison de 15 à 45 mg par jour et un placebo. Tous les patients recevaient déjà un traitement standard comprenant un diurétique augmentant la perte de potassium, un IECA ou un

sartan et un bêta-bloquant. Après 3,3 ans, le critère d'évaluation primaire (critère composite regroupant la mortalité cardio-vasculaire, les arrêts cardiaques réanimés avec succès et les hospitalisations en raison d'une insuffisance cardiaque) est apparu chez 18,6 % des patients traités par la spironolactone, contre 20,4 % dans le groupe placebo, une différence non significative. Les cas d'hyperkaliémie étaient plus fréquents chez les patients traités par la spironolactone, malgré le fait que les patients atteints d'une insuffisance rénale modérée à sévère aient été exclus de l'étude.

Chez les patients insuffisants cardiaques à fraction d'éjection préservée, il est recommandé d'instaurer un traitement par un diurétique augmentant la perte de potassium afin de prévenir les symptômes tels qu'un œdème pulmonaire; on peut envisager d'y ajouter un IECA ou un β -bloquant. Pour l'heure, il n'y a pas d'arguments pour instaurer un traitement par spironolactone chez ces patients.

1 N Engl J Med 2014;370:1383-92 (doi: 10.1056/NEJMoa1313731) avec éditorial 1453-4 (doi: 10.1056/NEJMe1401231)