

des amies. Mais, comme chacun le sait, il faut attendre un évènement funeste pour qu'une place se libère dans un tel établissement. Ainsi, après avoir négocié 46 fois avec la patiente en question, nous sommes arrivés à l'exigence suivante: si elle voulait rester, elle devait payer (un prix équivalent au prix d'une chambre au Four Seasons, avec la pension complète en plus, pour ceux que cela intéresse). Non démunie de moyens, elle accepta. J'ouvre une petite parenthèse sur le fait qu'Aristote a dû se retourner trois fois dans sa tombe à la lumière de cette situation cocasse peu compatible avec le principe de Justice.

Si le fait qu'une personne n'ayant plus besoin de soins aigus occupe une place dans une unité d'hospitalisation peut être éthiquement critiquable en regard de la juste distribution des ressources, soulevons qu'il est tout aussi délicat d'appeler la police pour user de la force afin de déloger une personne âgée de plus de 80 ans marchant à l'aide d'un déambulateur. Parenthèse fermée.

Pour que l'administration de l'hôpital puisse facturer les coûts de l'hospitalisation à la patiente, notamment en lui faisant signer un devis, il fallait au préalable que son assurance refuse la garantie de prolongation d'hospitalisation. Sur la

demande de prolongation (ou de non-prolongation pour ce cas...), j'avais annoté qu'il n'y avait aucun motif médical justifiant une telle prolongation. Cela n'a pas suffi à l'assurance, qui préférait se baser sur la lettre de sortie pour peut-être déterminer rétroactivement le moment à partir duquel elle ne rembourserait plus les frais.

Pour finir, après quelques coups de fil fâchés avec le médecin-conseil, il a fallu que je prenne sur mes heures de travail pour écrire un rapport justifiant en quoi l'hospitalisation n'était plus nécessaire et demandant à l'assurance de ne pas prendre en charge cette prolongation d'hospitalisation. Le comble de l'absurde était atteint.

ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans la figure 1 de l'article «Changement majeur dans la prise en charge de l'asthme» (Akhmetova L, Cucchiara R, Charbonnier F, Sommer J, Salamun J. *Changement majeur dans la prise en charge de l'asthme. Rev Med Suisse. 2022;8(797):1788-1791.* Sous «Palier 5», il fallait lire «Ajouter LAMA» (LAMA: Long-Acting Muscarinic Antagonist). L'erreur a été corrigée sur la version en ligne.

ZOOM

Inhibiteurs du SGLT2 dans l'insuffisance cardiaque aiguë décompensée: dès que possible

Le rôle bénéfique des inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (iSGLT2) dans l'insuffisance cardiaque chronique est clairement démontré, mais qu'en est-il de leur intérêt dans l'insuffisance cardiaque aiguë décompensée? Leurs effets glycosurique, natriurétique et néphroprotecteur en font des candidats théoriquement idéaux. Cette étude de sécurité avait comme objectif de tester l'effet diurétique de l'empagliflozine dans l'insuffisance cardiaque aiguë décompensée, en plus du traitement décongestionnant standard.

Méthode: étude unicentrique (Allemagne), prospective (de juin 2019 à mai 2021), randomisée et contrôlée en double aveugle. Inclusion: patient-e-s entre 18 et 85 ans avec insuffisance cardiaque (IC) aiguë décompensée et NT-proBNP > 300 ng/ml. Exclusion diabète de type 1, insuffisance rénale chronique avec débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) < 30ml/min/1,73 m², insuffisance rénale aiguë stade ≥ 2, traitement préalable par iSGLT2, absence de signes congestifs, de nécessité de recourir à une coronarographie urgente et/ou à l'injection de produit de contraste dans les 6 premiers jours, d'abus d'alcool, de troubles cognitifs, de grossesse. Intervention: empagliflozine 25 mg/jour, dans les 12 heures suivant l'hospitalisation en raison d'une IC aiguë, pendant 5 jours, en comparaison d'un placebo, ajoutée au traitement décongestionnant standard.

Analyses en intention de traiter. Issue primaire: diurèse totale cumulée sur 5 jours. Issues secondaires: marqueurs de la fonction rénale, qualité de vie et symptômes (classe NYHA, score EQ-5D), NT-proBNP, séjour en soins continus ou soins intensifs, nombre de patients vivant à la sortie et hors de l'hôpital à 30 jours.

Résultats: 87 patients examinés, 59 inclus et randomisés selon un rapport 1:1, âge moyen 74,7 ± 9,9 ans, 38% de femmes, 53,3% avec une IC de novo et 68,3% avec une cardiopathie ischémique, 21,1% avec FEVG < 30%. En comparaison avec le placebo, l'empagliflozine a permis une augmentation significative du débit urinaire (+ 25%) et de l'efficacité diurétique, une perte de poids supplémentaire de 1,2 kg (non significative), l'évolution similaire du DFGe, une réduction significativement plus importante du NT-proBNP et des scores de qualité de vie numériquement



© istockphoto/Katbra Cavus

meilleurs. Pas d'évènement indésirable ni d'arrêt précoce du médicament.

Discussion et interprétation: étude de petite taille, unicentrique, nécessitant d'être répliquée. Du fait que le recours aux anti-SGLT2 était déjà primordial dans l'IC chronique, les résultats ci-dessus nous encouragent à les instaurer dès la phase aiguë, chez les patients avec un DFGe > 30 ml/min/1,73m², pouvant s'alimenter, hémodynamiquement compensés et chez qui une procédure invasive avec produit de contraste n'est pas planifiée. À noter que certains auteurs ont déclaré des conflits d'intérêt avec des entreprises pharmaceutiques.

Conclusion: l'ajout d'un iSGLT2 au traitement diurétique standard semble être une stratégie prometteuse et sécuritaire pour améliorer la décongestion précoce chez les patients hospitalisés pour IC aiguë.

Dr Benoît Delabays

Avec la collaboration du groupe

MIAjour, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Schulze PC, et al. Effects of early empagliflozin initiation on diuresis and kidney function in patients with acute decompensated heart failure (EMPAG-HF). *Circulation* 2022 Jul;146(4):289-98. DOI: 10.1161/CIRCULATION-NAHA.122.059038