

Nouveautés 2024 : *Insuffisance Cardiaque*

Dr Jennifer CAUTELA

Centre Méditerranéen Hospitalo-Universitaire de Cardio-Oncologie
Service de Cardiologie – Hôpital NORD
C2VN, Inserm 1263, Inra 1260
Aix-Marseille Université, France



2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

**Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute
and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)**

**With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA)
of the ESC**

2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies

**Developed by the task force on the management of
cardiomyopathies of the European Society of Cardiology (ESC)**



STRONG-HF

ISGLT2

2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute
and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA)
of the ESC

2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies

Developed by the task force on the management of
cardiomyopathies of the European Society of Cardiology (ESC)



STRONG-HF

ISGLT2



C'est pas grand
chose, mais c'est
tout ce que j'ai...



C'est
suffisant
pour que je
puisse agir.



Nouveautés 2024 : *Insuffisance Cardiaque*





En pratique !

De nouveaux médicaments ?

Des nouvelles prises en charge ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles « indications »?

Des situations particulières ?



De nouveaux médicaments ?

Des nouvelles prises en charge ?

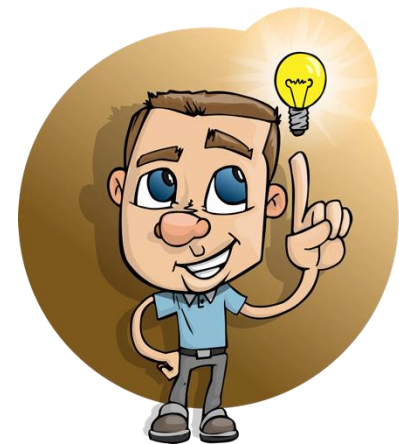
Des « vieux » médicaments dans de nouvelles « indications »?

Des situations particulières ?





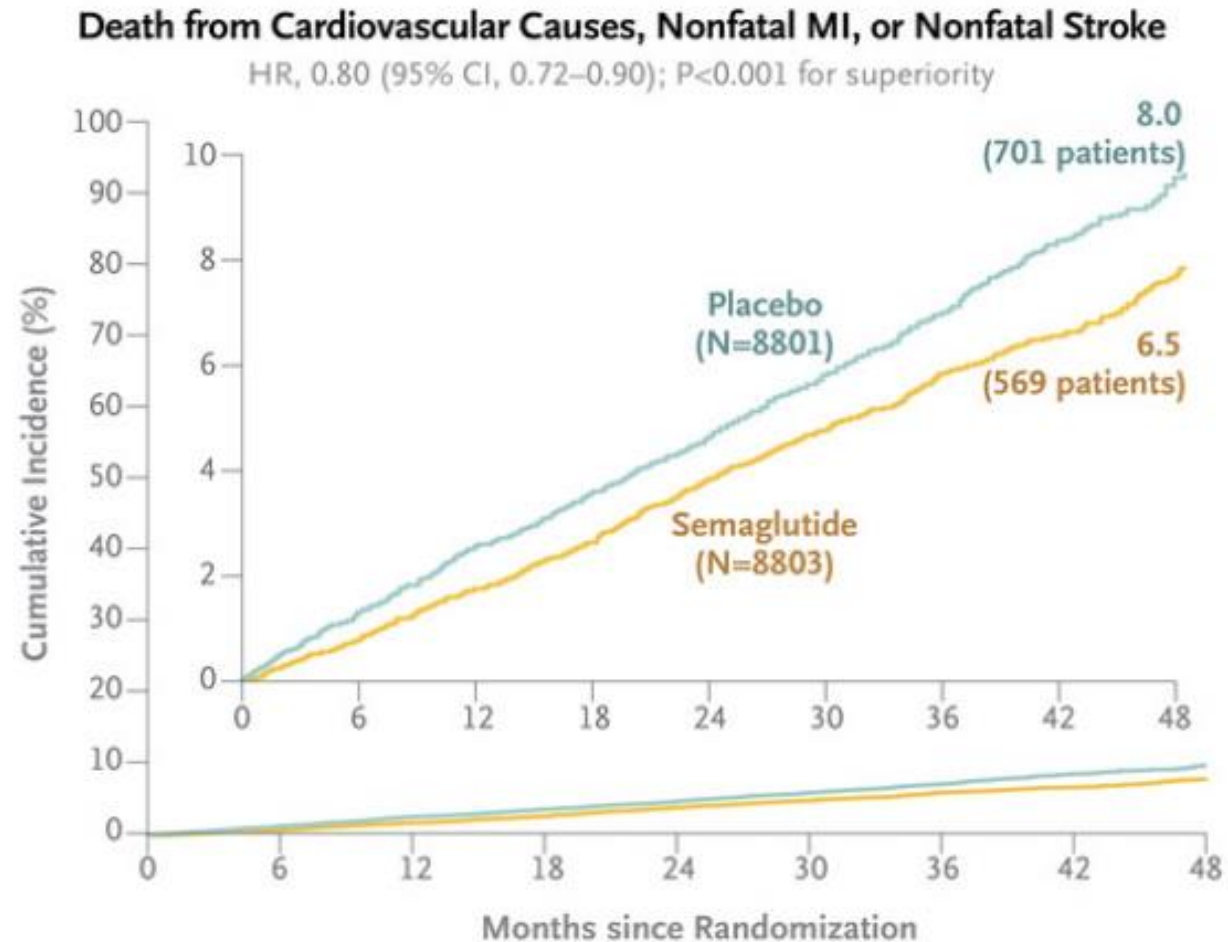
ANALOGUE rGLP1



ANALOGUE GLP1



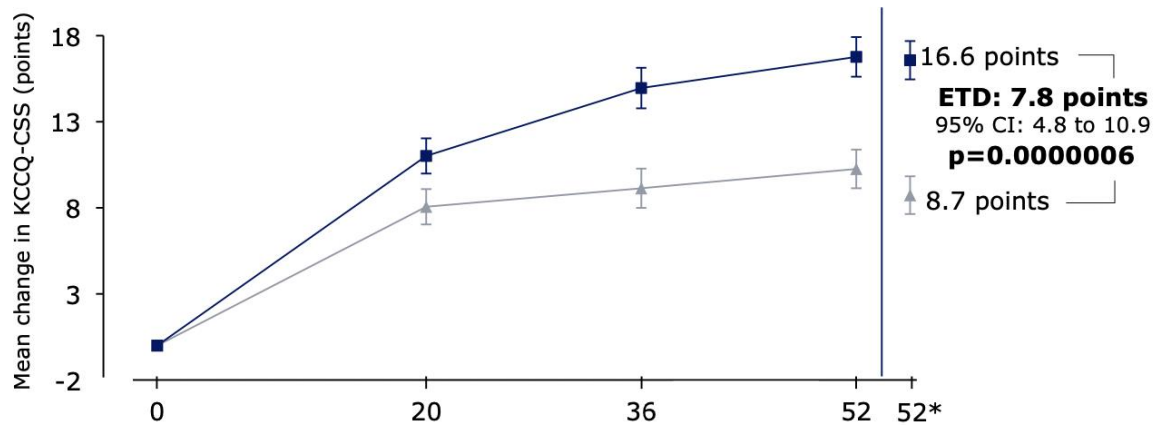
Effet d'un analogue du **GLP1**, le **Sémaglutide**, chez des patients ATCD CV+ obésité



Effet d'un analogue du **GLP1**, le **Sémaglutide**, chez des patients IC Fep + obésité

Patients FEVG >45%, BMI >30, non diabétiques

Variation du score de qualité de vie KCCQ-CSS

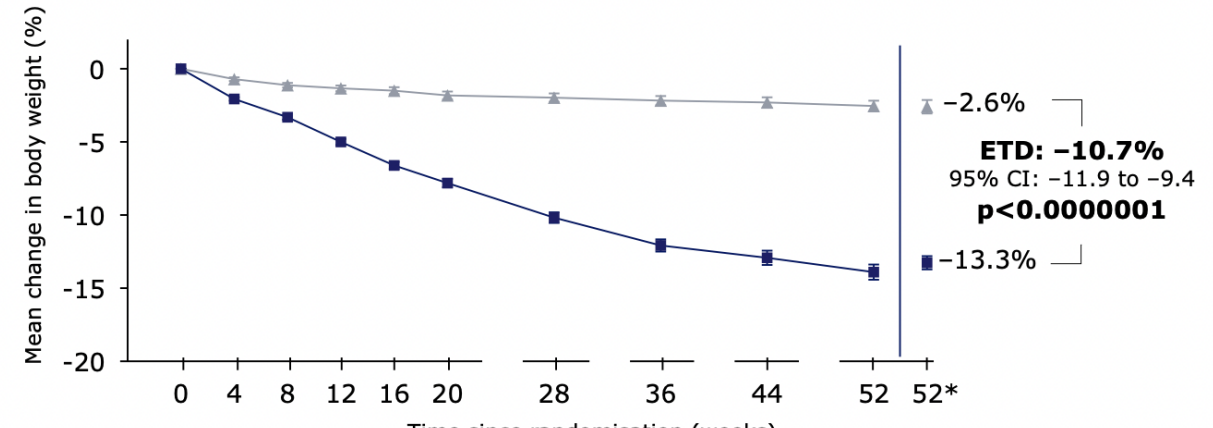


Participants	0	20	36	52	52*
Sema 2.4 mg	263	249	225	243	263
Placebo	266	242	217	237	266

Overall mean baseline KCCQ-CSS (points) **56.7**

■ Semaglutide 2.4 mg ■ Placebo

Variation du poids



Participants	0	4	8	12	16	20	28	36	44	52	52*
Sema 2.4 mg	263	255	254	250	246	252	239	243	240	246	263
Placebo	266	259	249	250	243	246	243	239	233	242	266

Overall mean baseline body weight (kg) **108.4**

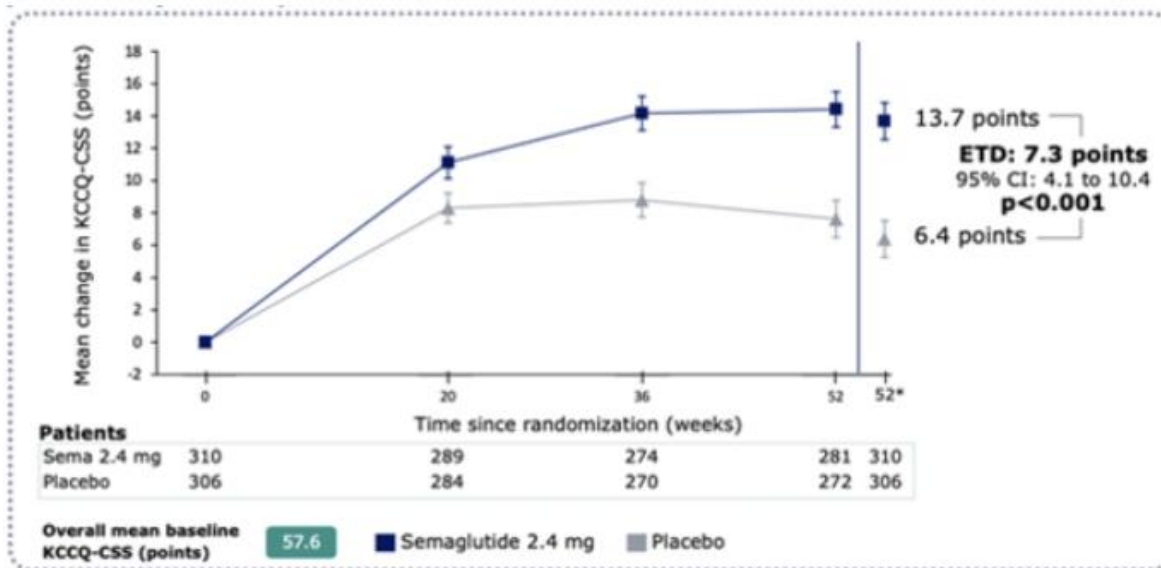
■ Semaglutide 2.4 mg ■ Placebo

STEP HF-pEF DM Trial

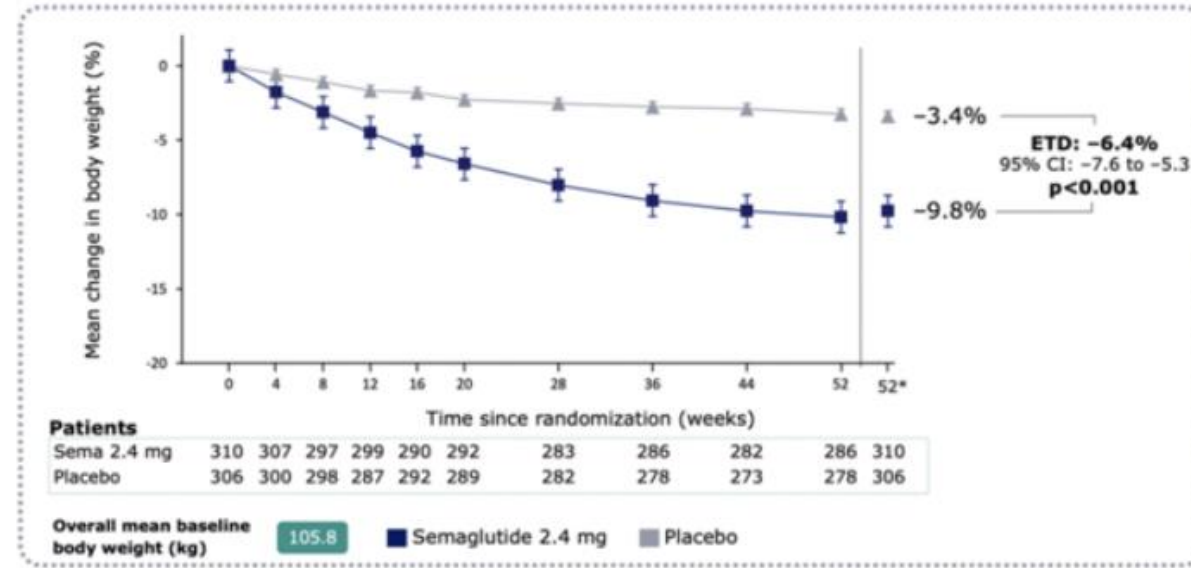


Effet d'un analogue du **GLP1**, le **Sémaglutide**, chez des patients IC Fep + obésité + **diabète**

Variation du score de qualité de vie KCCQ-CSS



Variation du poids

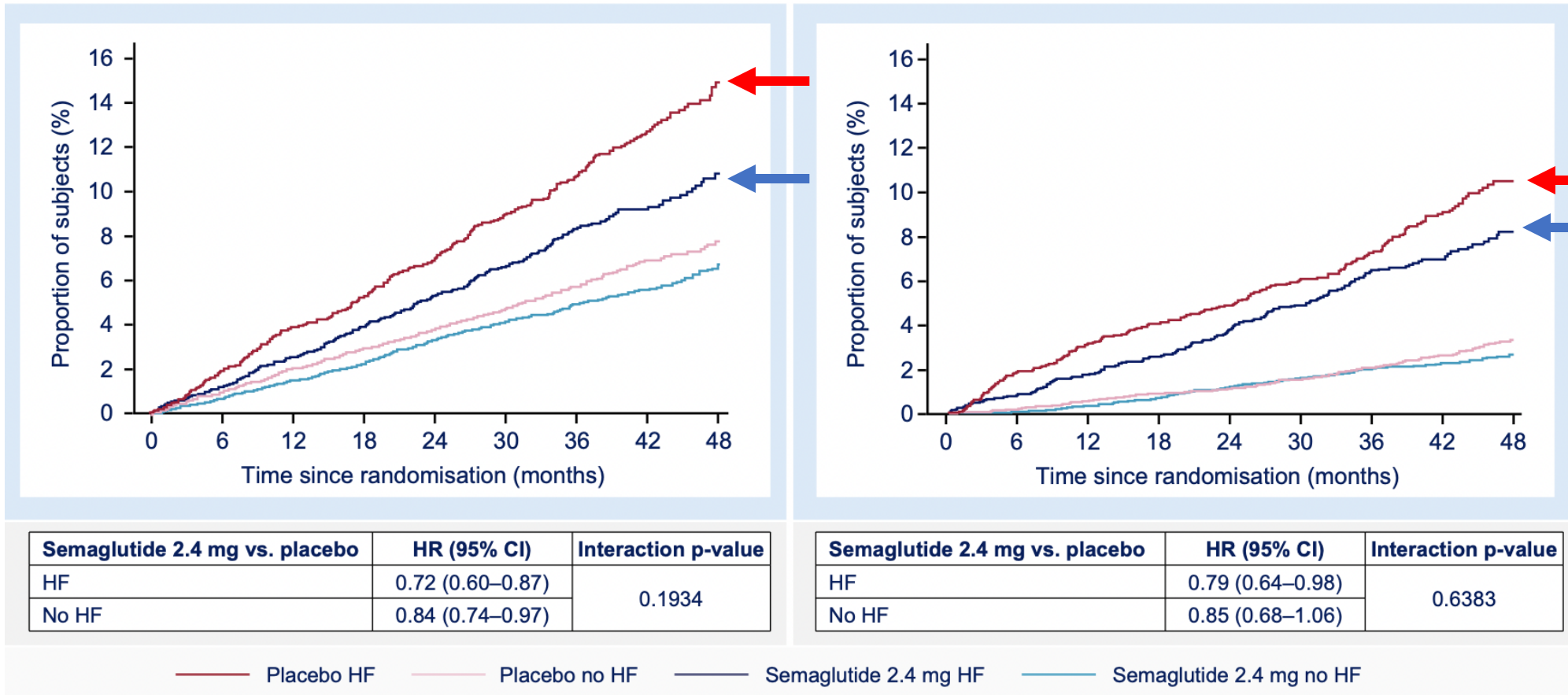


SELECT-HF Trial

Effet d'un analogue du **GLP1**, le **Sémaglutide**, chez des patients IC + obésité

MACE

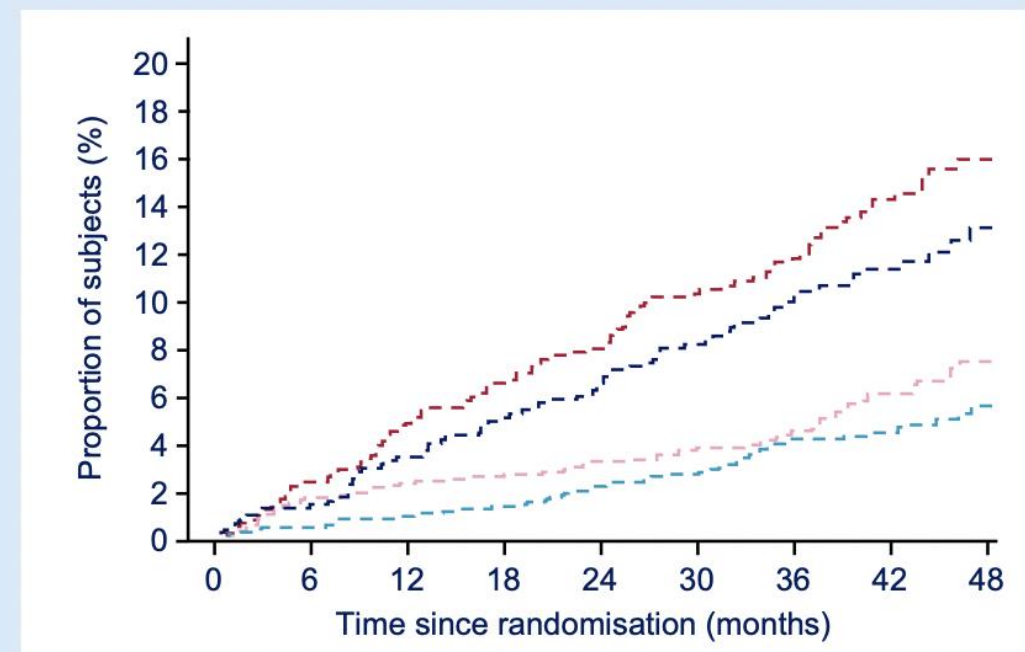
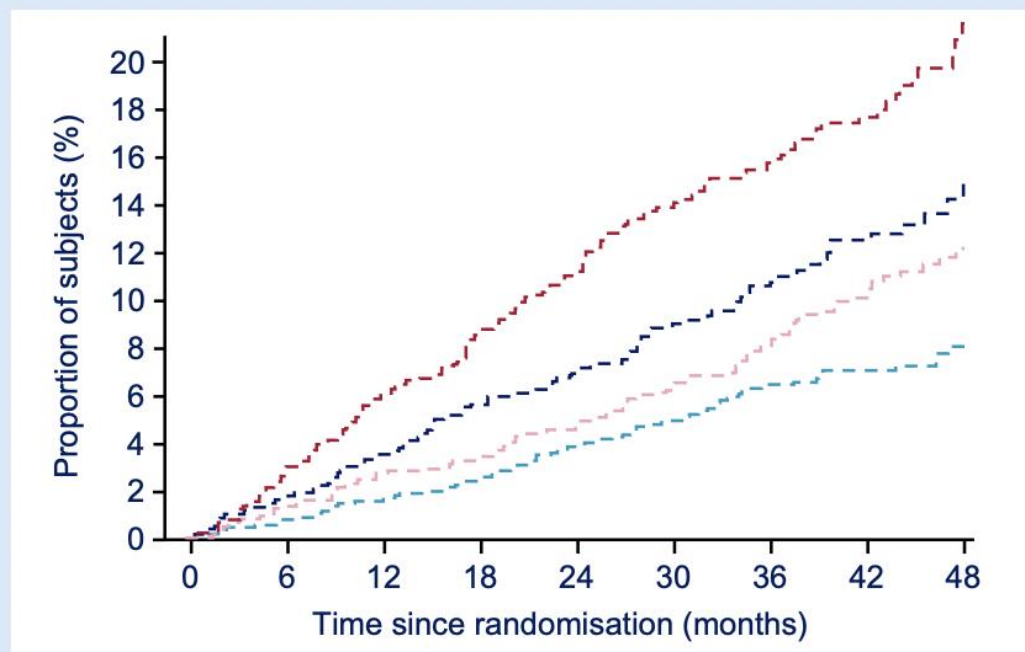
Hospitalisation pour ICA / visite urgente / décès CV



SELECT-HF Trial

MACE

Hospitalisation pour ICA / visite urgente / décès CV



Semaglutide 2.4 mg vs. placebo	HR (95% CI)	Interaction p-value
HFrEF	0.65 (0.49–0.87)	
HFpEF	0.69 (0.51–0.91)	0.8150

Semaglutide 2.4 mg vs. placebo	HR (95% CI)	Interaction p-value
HFrEF	0.79 (0.58–1.08)	
HFpEF	0.75 (0.52–1.07)	0.7949

--- Placebo HFrEF - - - - Placebo HFpEF - - - - Semaglutide 2.4 mg HFrEF - - - - Semaglutide 2.4 mg HFpEF



ANALOGUE GLP1

Au total, un bon médicament pour les patients IC + obèses, diabétiques ou non, quelque soit la FEVG

>>> Perte de poids

>>> diminution des évènements CV ?

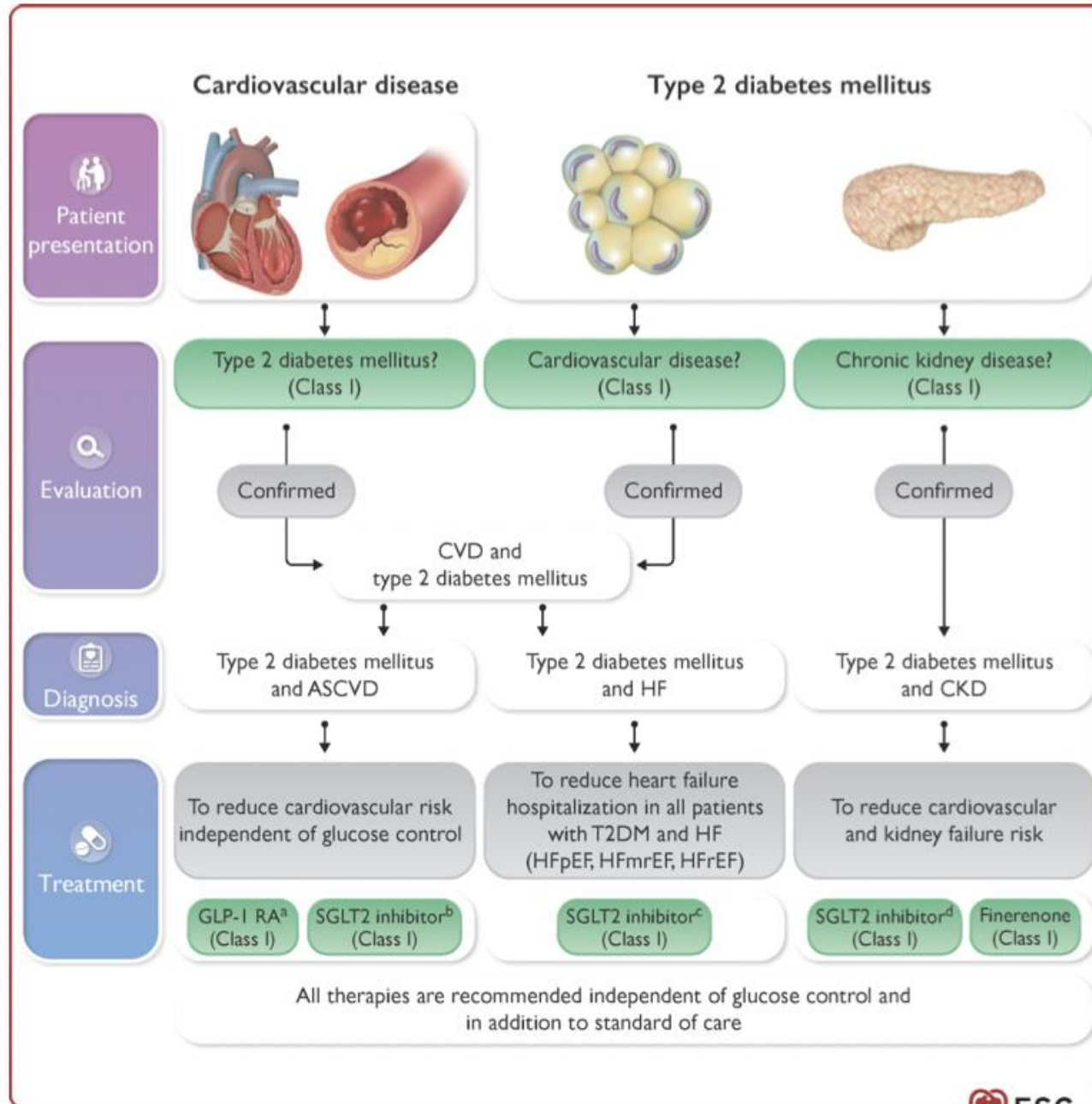
ANALOGUE GLP1

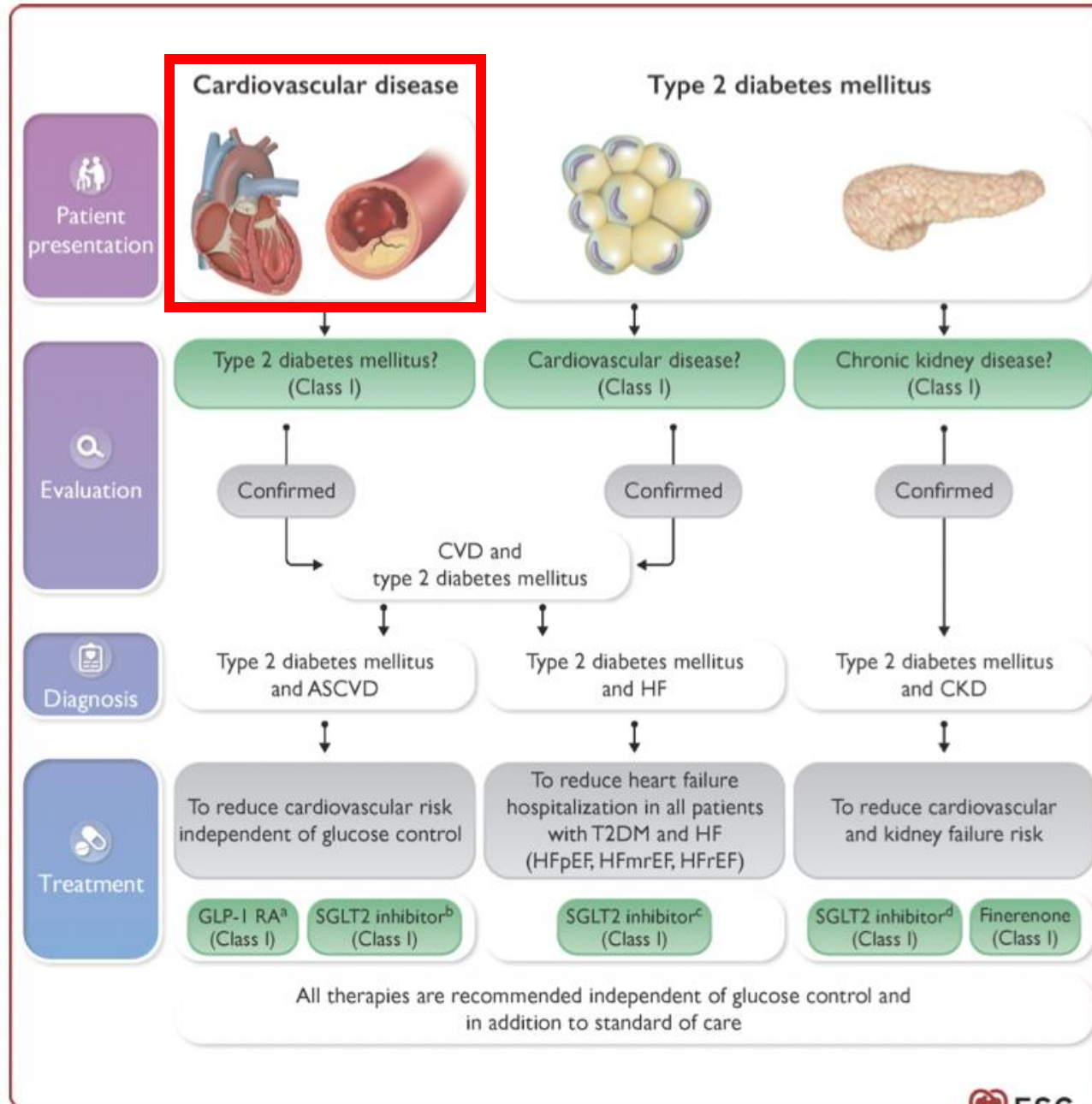
Au total, un bon médicament pour les patients IC + obèses, diabétiques ou non, quelque soit la FEVG

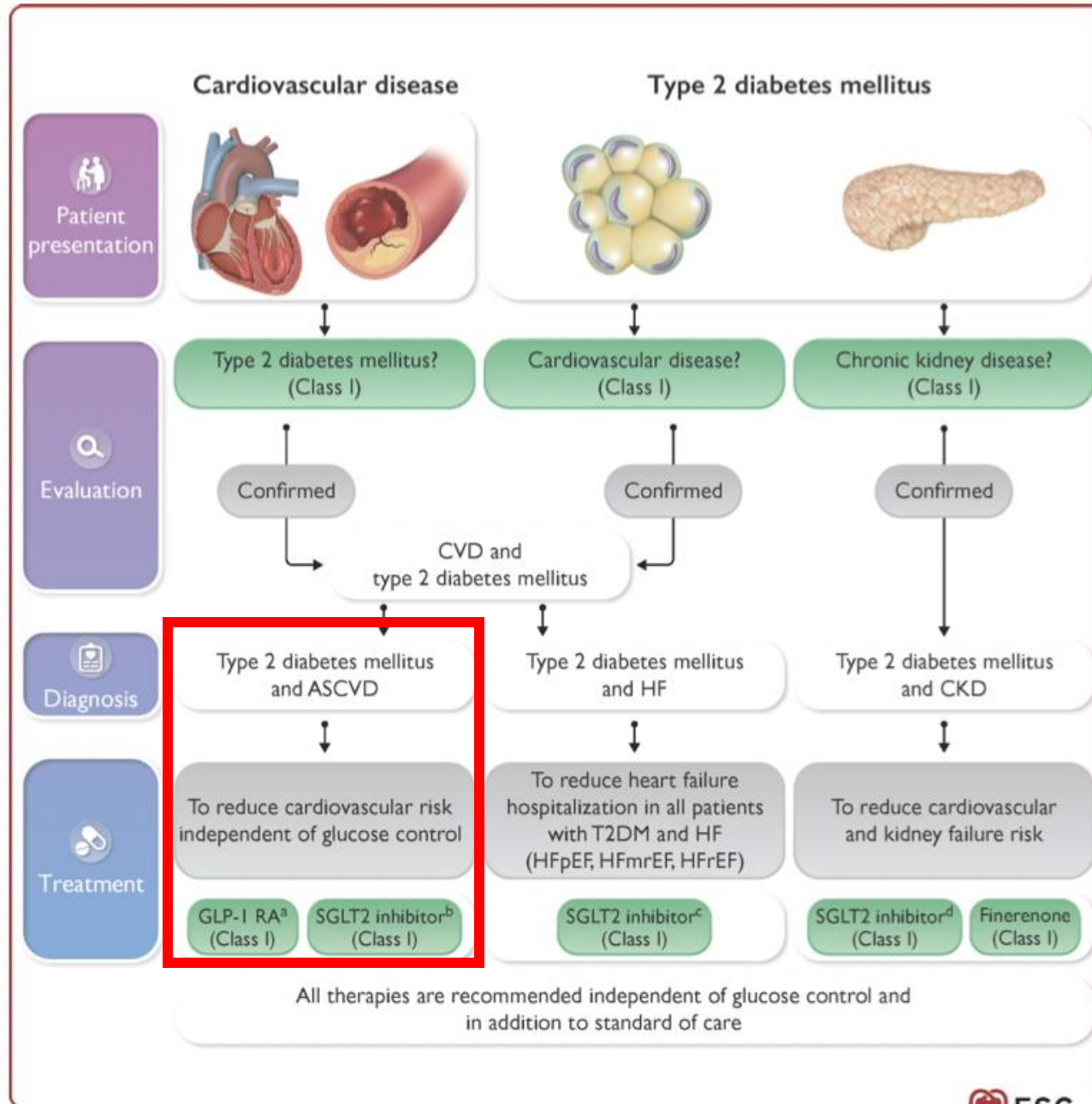
>>> Perte de poids

>>> diminution des évènements CV ?

En pratique ?







Mais...



PUBLIÉ LE 23/09/2022 - MIS À JOUR LE 27/08/2024

Diabète de type 2 et tensions d'approvisionnement : conduite à tenir pour la prescription des analogues du GLP-1

L'augmentation de la demande mondiale d'Ozempic, Victoza et Trulicity analogues du GLP-1, conduit à des tensions d'approvisionnement, dont des ruptures de stock.

Des tensions d'approvisionnement sont attendues sur toute l'année 2024.

Mais...



PUBLIÉ LE 23/09/2022 - MIS À JOUR LE 27/08/2024

Diabète de type 2 et tensions d'approvisionnement : conduite à tenir pour la prescription des analogues du GLP-1

L'augmentation de la demande mondiale d'Ozempic, Victoza et Trulicity analogues du GLP-1, conduit à des tensions d'approvisionnement, dont des ruptures de stock.

Des tensions d'approvisionnement sont attendues sur toute l'année 2024.

2. Lorsque l'initiation du traitement est motivée par la présence d'une maladie athéromateuse avérée

et vise à diminuer le risque de survenue ou de récurrence d'un événement cardiovasculaire : les inhibiteurs du SGLT2 (iSGLT2) doivent être prescrits en alternative à un aGLP-1, comme préconisé par la SFD.

BIG NEWS

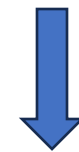
PUBLIÉ LE 10/09/2024

Analogues du GLP-1 et diabète de type 2 : reprise progressive des initiations de traitement pour Ozempic et Victoza

Une limitation des stocks (contingement quantitatif) sur ces médicaments est toujours en vigueur afin d'éviter de nouvelles ruptures de stock.

FINERENONE

FINERENONE



	ARM stéroïdiens		Finérénone
	<p>Spironolactone</p>	<p>Eplerenone</p>	<p>Finérénone</p>
Propriétés de structure	Plat (stéroïdien)	Plat (stéroïdien)	Volumineux (non stéroïdien) ^{1,5}
Affinité aux RM	Élevée ^{4,10}	Modérée ^{1,4,10}	Elevée ^{1,2,10}
Sélectivité aux RM	Faible ^{4,10}	Modérée ^{4,10}	Elevée ^{1,2,10}
EI sexuels	Oui (gynecomastie) ⁴	Moins que la spironolactone ⁴	Aucun signal ⁷⁻⁹
Distribution Tissulaire	^{6,10}	^{6,10}	^{6,10}
T^{1/2}, Métabolites	1-4h / métabolites actifs 12-35h	2-6h / Pas de metabolites actifs	2-3h /Pas de metabolites actifs
Hyperkaliémie	Oui ⁴	Oui ⁴	Modérément augmentée ^{*,7-9}

1. Bärfacker L, et al. *ChemMedChem* 2012;7:1385–1403; 2. Pitt B, et al. *Eur J Heart Fail* 2012;14:668–675; 3. Kolkhof P, et al. *J Cardiovasc Pharmacol* 2014;64:69–78; 4. Sica DA. *Heart Fail Rev* 2005;10:23–29; 5. Amazit L, et al. *J Biol Chem* 2015;290:21876–21889; 6. Kolkhof P, et al. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2015;24:417–424; 7. Pitt B, et al. *Eur Heart J* 2013;34:2453–2463; 8. Bakris GL, et al. *JAMA* 2015;314:884–894; 9. Filippatos G, et al. *Eur Heart J* 2016;37:2105–2114; 10. kolkhof P, et al. *Handb Exp Pharmacol*. 2017;243:271-305

FINERENONE

Pas si nouveau !



+

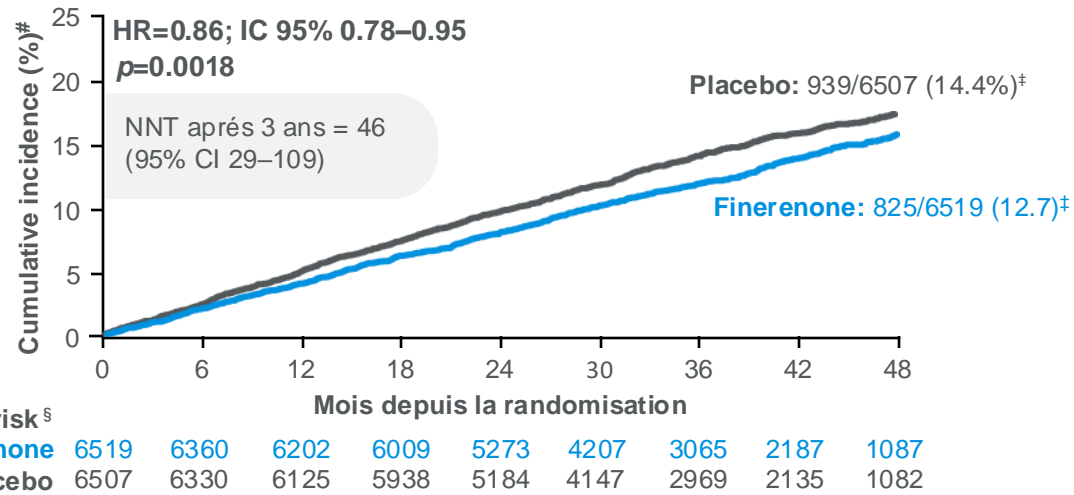


Chez le diabétique

FINERENONE

Critère composite CV

Temps écoulé jusqu'au décès CV, IM non fatal, AVC non fatal, ou hospitalisation pour IC



Critère	Finérénone (n=3686)		Placebo (n=3666)		HR (IC 95%)	p-value
	n (%)	n/100 PA	n (%)	n/100 PA		
Critère composite primaire CV*	458 (12.4)	3.87	519 (14.2)	4.45	0.87 (0.76–0.98)	0.03
Décès CV	194 (5.3)	1.56	214 (5.8)	1.74	0.90 (0.74–1.09)	–
IDM Non fatal	103 (2.8)	0.85	102 (2.8)	0.85	0.99 (0.76–1.31)	–
AVC Non fatal	108 (2.9)	0.89	111 (3.0)	0.92	0.97 (0.74–1.26)	–
Hospitalisation pour IC	117 (3.2)	0.96	163 (4.4)	1.36	0.71 (0.56–0.90)	–

0,5 1 2

En faveur de la finérénone En faveur du placebo

14% (HR=0.86; IC 95% 0.78–0.95)¹

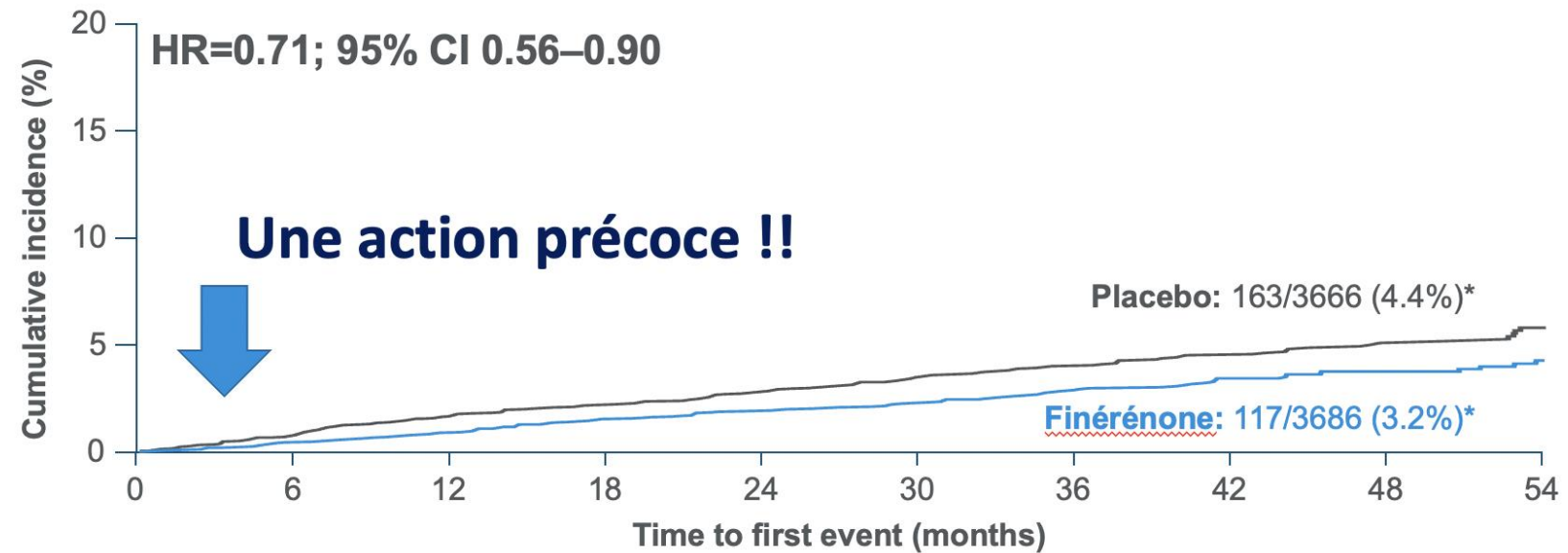
*ESKD or an eGFR <15 mL/min/1.73 m²; events were classified as renal death if: (1) the patient died; (2) KRT had not been initiated despite being clinically indicated; and (3) there was no other likely cause of death; #Cumulative incidence calculated by Aalen–Johansen estimator using deaths due to other causes as competing risk; ‡number of patients with an event over a median of 3.0 years of follow-up; § at-risk subjects were calculated at start of time point; CI, confidence interval; ESKD, end-stage kidney disease; HR hazard ratio; KRT, kidney replacement therapy; NNT, number needed to treat

1. Agarwal R, et al. *Eur Heart J* 2021; doi: 10.1093/eurheartj/ehab777

FINERENONE

RÉDUIT LE RISQUE D'HOSPITALISATION POUR IC DE 29 % PAR RAPPORT AU PLACEBO

Hospitalisation pour IC (délai jusqu'au premier événement)



No. at risk

Finerénone	3686	3640	3581	3515	3429	2887	2284	1790	1142	629
Placebo	3666	3610	3538	3471	3376	2840	2239	1751	1134	619

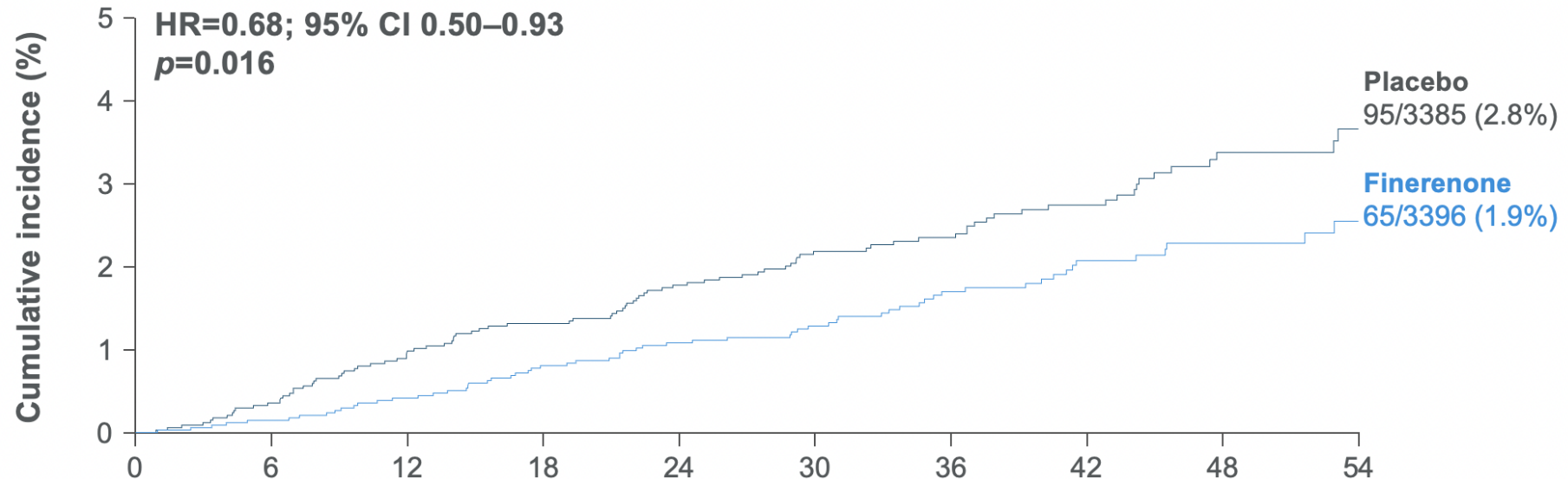
FINERENONE

RÉDUIT LE RISQUE D'HOSPITALISATION POUR ICA DE 32 % PAR RAPPORT AU PLACEBO

1ère hospitalisation pour ICA sans d'ATCD d'ICA



Un rôle
de prévention
de l'ICA ?



No. at risk	Months since randomisation									
Finerenone	3396	3367	3323	3274	3195	2710	2168	1705	1091	608
Placebo	3385	3351	3294	3236	3154	2694	2131	1674	1091	606

**2023 Focused Update of the 2021 ESC
Guidelines for the diagnosis and treatment
of acute and chronic heart failure**

Recommendations	Class ^a	Level ^b
In patients with T2DM and CKD, ^c SGLT2 inhibitors (dapagliflozin or empagliflozin) are recommended to reduce the risk of HF hospitalization or CV death. ^{5,7,35}	I	A
<u>In patients with T2DM and CKD,^c <u>finerenone</u> is recommended to <u>reduce the risk of HF hospitalization.</u></u> ^{10,11,34,40}	I	A



Prévention de l'insuffisance cardiaque

FINERENONE

Prévention de l'insuffisance cardiaque

Oui !

Mais en traitement curatif ?



MRA et IC-FEr

RALES / EMPHASIS

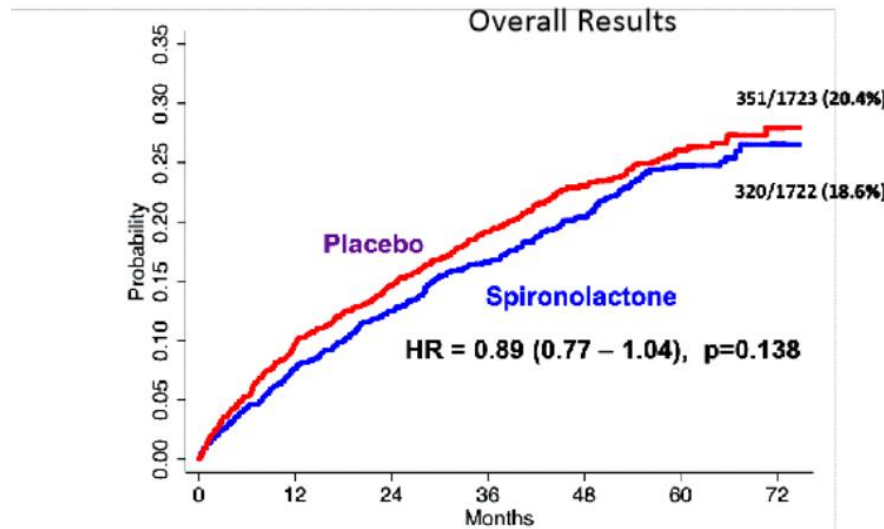
MRA et IC-FEmr/p

MRA et IC-FEmr/p

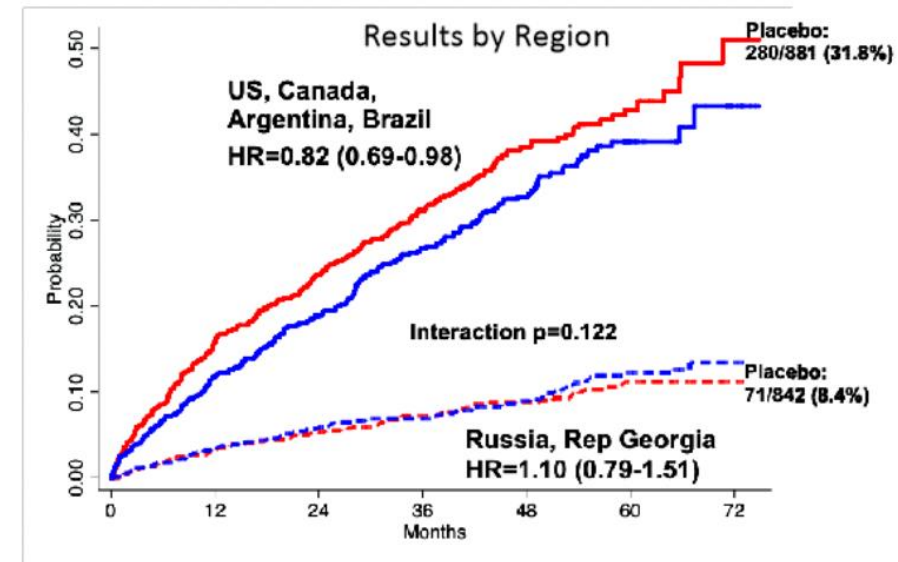
Pas si nouveau... mais non prouvé !

TOPCAT Study

CV Death, HF Hospitalization or Cardiac Arrest



Pitt et al. NEJM 2014;370(15):1383-92



Pfeffer MA et al. Circulation. 2015 Jan 6;131(1):34-42

ORIGINAL ARTICLE



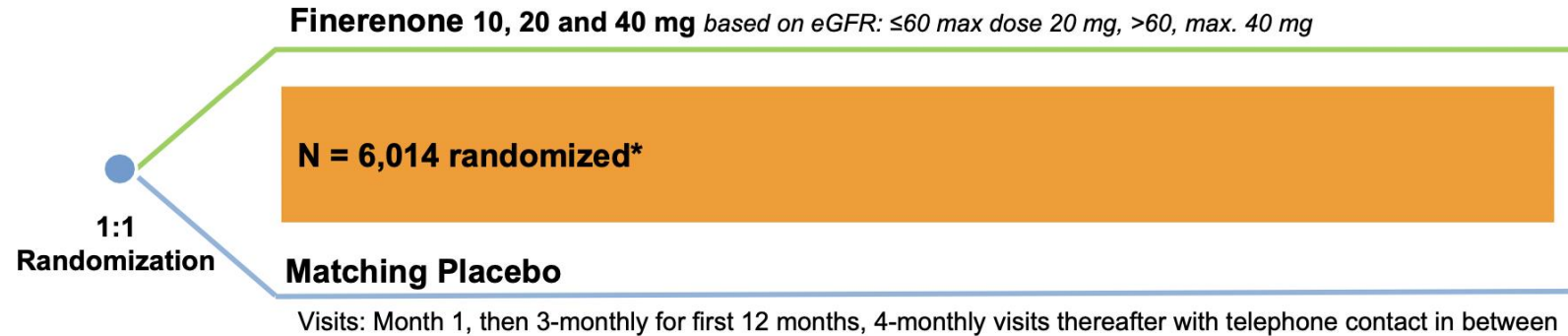
Finerenone in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction

Published September 1, 2024 | DOI: 10.1056/NEJMoa2407107



Essai randomisé en double aveugle

Patients atteints d'**insuffisance cardiaque**
(classe fonctionnelle II-IV de la NYHA)
avec une **FEVG >40%**



Age de 40 ans ou plus

Taux élevé de peptides natriurétiques

Signes de cardiopathie structurale (OG dilatée ou HVG)

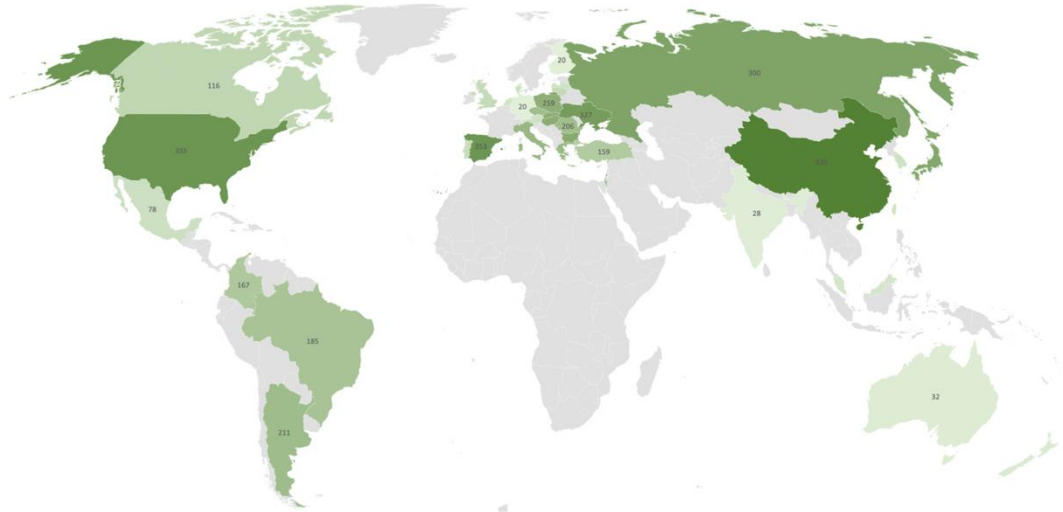
Diurétiques dans les 30j précédents la randomisation

Kaliémie <5 mmol/l



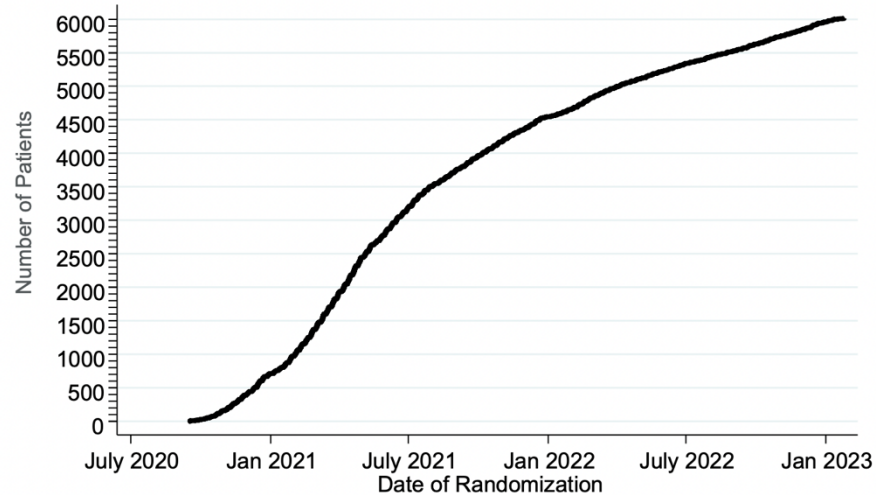
CPJ : Décès CV et hospitalisations / visite urgente pour IC

FINEARTS-HF Study



?

6014 patients sur 28 mois









Country	Enrollment (# of Patients)
China	428
USA	355
Spain	353
Ukraine	327
Russian Federation	300
Japan	286
Bulgaria	275
Hungary	267
Slovakia	262
Poland	259
Italy	227
Greece	217
Argentina	211
Czechia	206
Romania	206
Brazil	185
Israel	181
Colombia	167
Turkey	159
Canada	116
Lithuania	100
United Kingdom	99
Portugal	88
Denmark	79
Mexico	78
Republic of Korea	74
Austria	73
Taiwan	69
Latvia	65
Netherlands	64
Malaysia	57
Hong Kong	41
New Zealand	40
Australia	32
India	28
Germany	20
Finland	20

FINEARTS-HF Study



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

All FINEARTS-HF Participants (n=6014)

	Age	72±10		Heart Rate (beats/min)	71±12
	Female Sex	45%		Systolic Blood Pressure (mmHg)	129±15
	BMI (kg/m ²)	30±6		NT-proBNP (ng/L) (median)	1502
	Race			eGFR (mL/min/1.73m ²)	62±20
	Asian	17%		eGFR ≥60	52%
	Black	2%		Prior HF Hospitalization	60%
	Other	3%		History of LVEF ≤40%	5%
White	79%	History of Diabetes		41%	
Asia	16%	History of Atrial Flutter/Fibrillation		55%	
Eastern Europe	44%	History of Hypertension		89%	
Latin America	11%	History of Myocardial Infarction		26%	
North America	8%	History of Stroke		14%	
Western Europe, Oceania and Others	21%		Diuretic	98%	
NYHA class			Beta-blocker	85%	
II	69%		Ace Inhibitor (ACEi)	36%	
III	30%		Angiotensin Receptor Blocker (ARB)	44%	
IV	0.7%		Angiotensin Receptor-Nepriylsin Inhibitor (ARNI)	9%	
KCCQ-TSS	67±24		Calcium Channel Blockers	33%	
LVEF (%)	53±8		Sodium-glucose Cotransporter-2 Inhibitor (SGLT-2i)	14%	
AF/Flutter on Enrollment	39%				

FINEARTS-HF Study



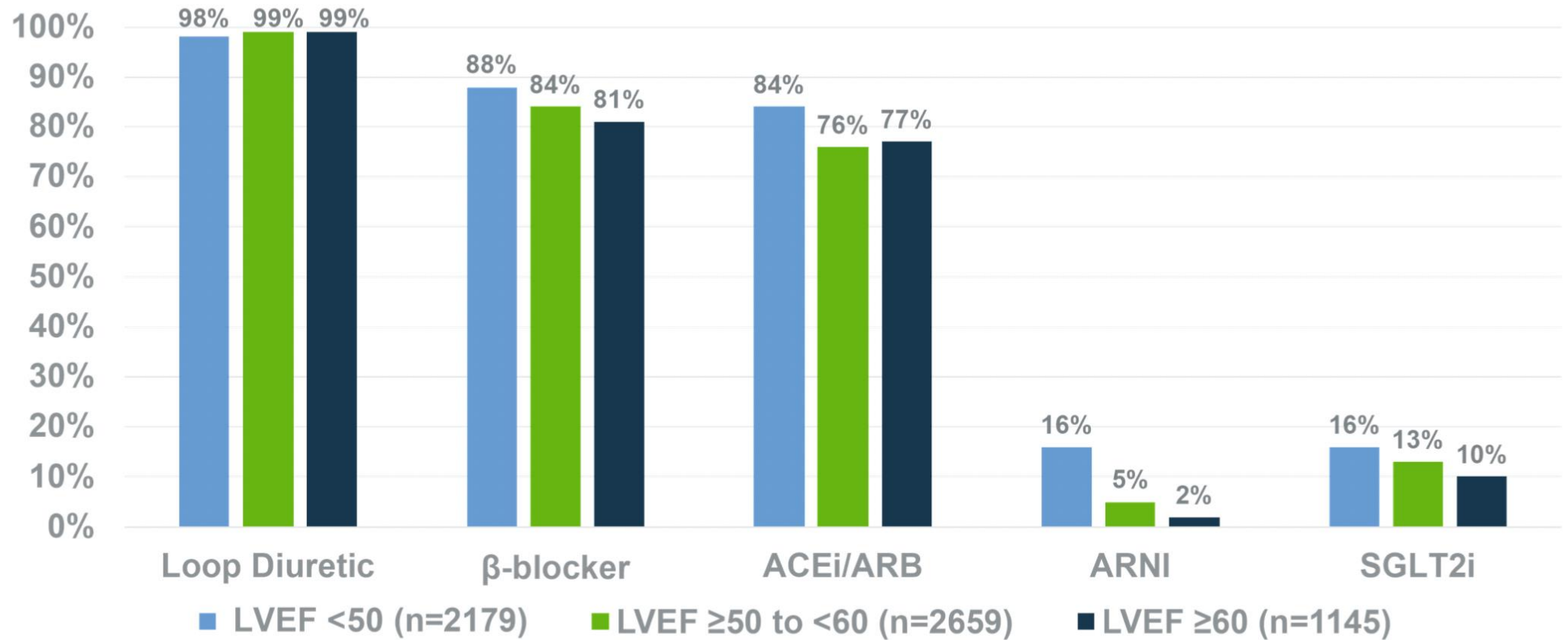
The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

	LVEF <50 (n=2179; 36%)	LVEF ≥50 to <60 (n=2659; 44%)	LVEF ≥60 (n=1145; 19%)	P-value
Age	70±10	73±9	74±9	<0.001
Female Sex	31%	51%	59%	<0.001
LVEF (%)	44±3	54±3	64±5	<0.001
NYHA class				0.31
II	69%	68%	71%	
III	31%	31%	28%	
IV	0.6%	0.9%	0.5%	
KCCQ-TSS	69±24	66±24	66±24	<0.001
eGFR (mL/min/1.73m ²)	65±20	61±19	60±19	<0.001
NT-proBNP (ng/L) (median)	1661	1470	1305	<0.001
History of Atrial Flutter/Fibrillation	50%	59%	55%	<0.001
History of Diabetes	40%	41%	41%	0.72
Prior HF Hospitalization	67%	59%	51%	<0.001
History of LVEF ≤40%	9%	3%	1%	<0.001

FINEARTS-HF Study

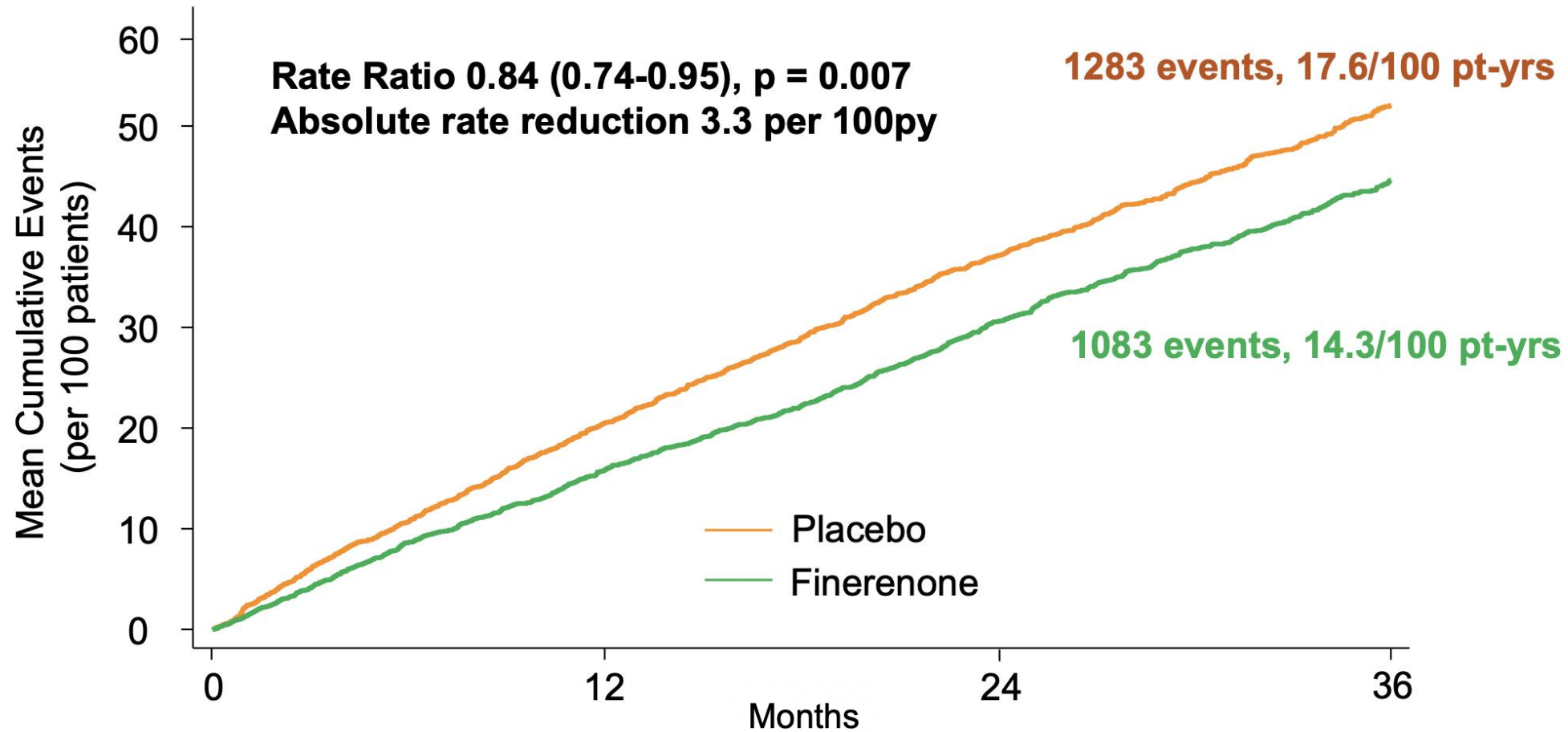


The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

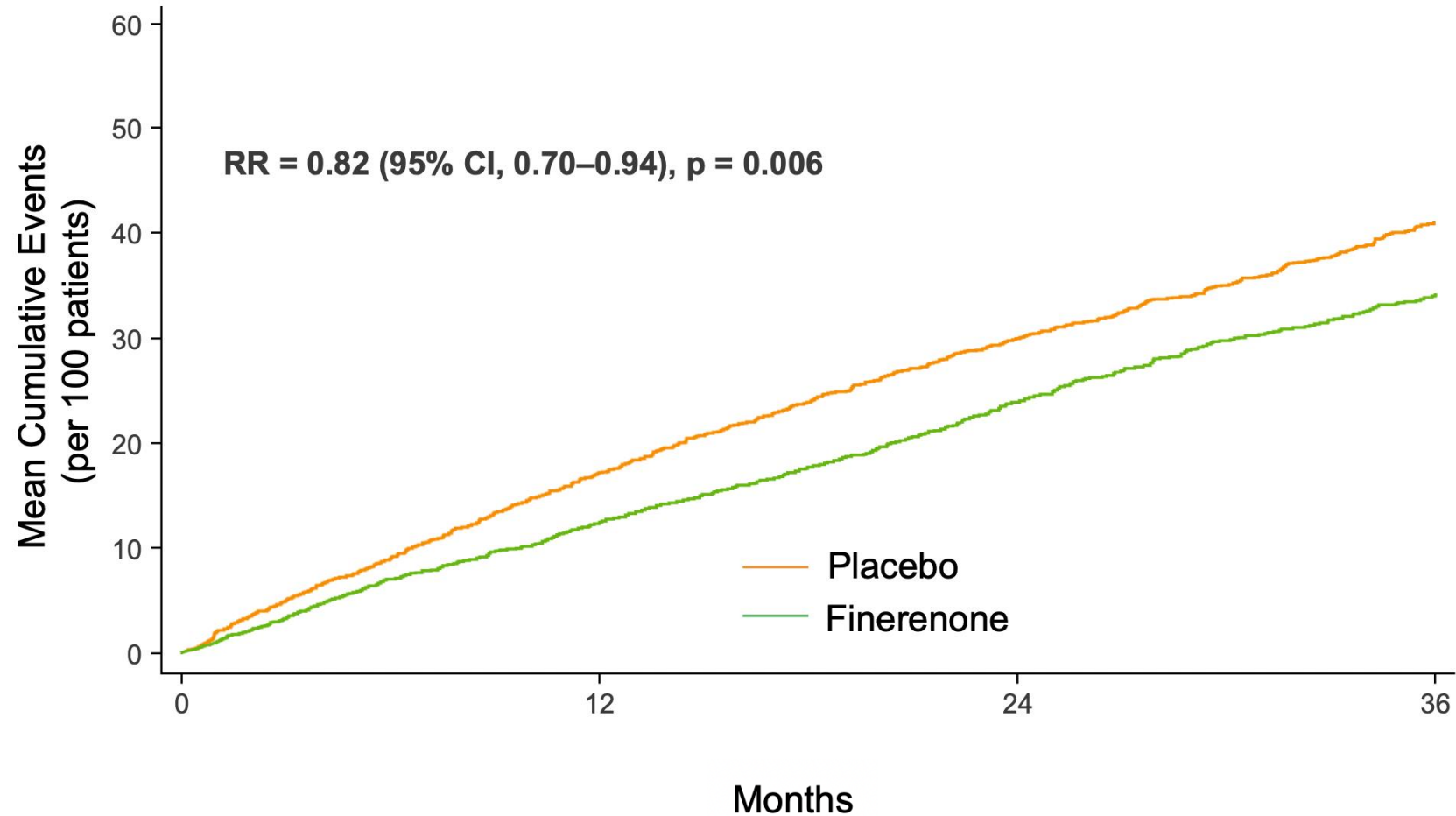




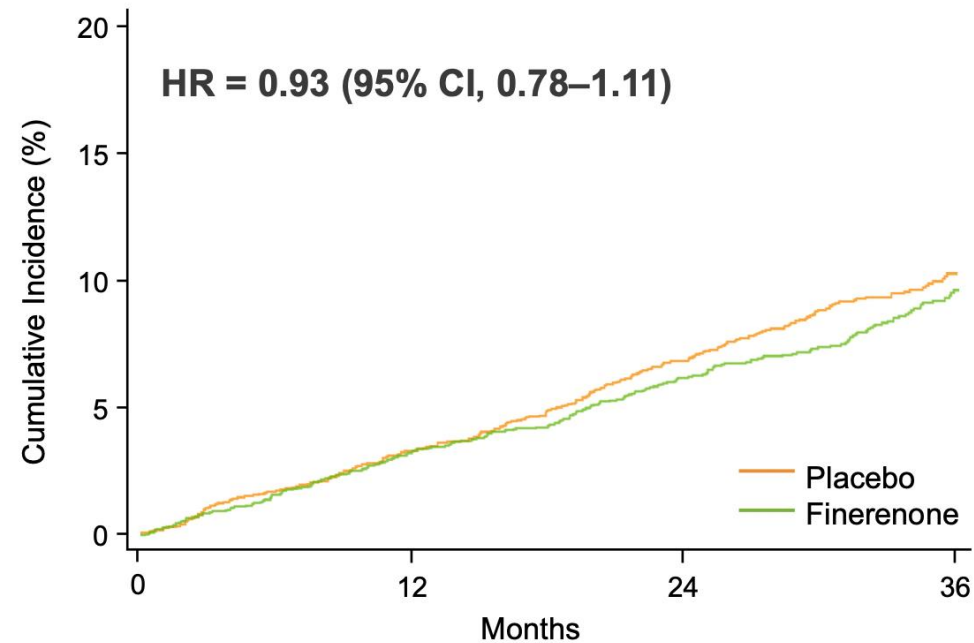
CPI : Décès CV et hospitalisations / visite urgente pour IC



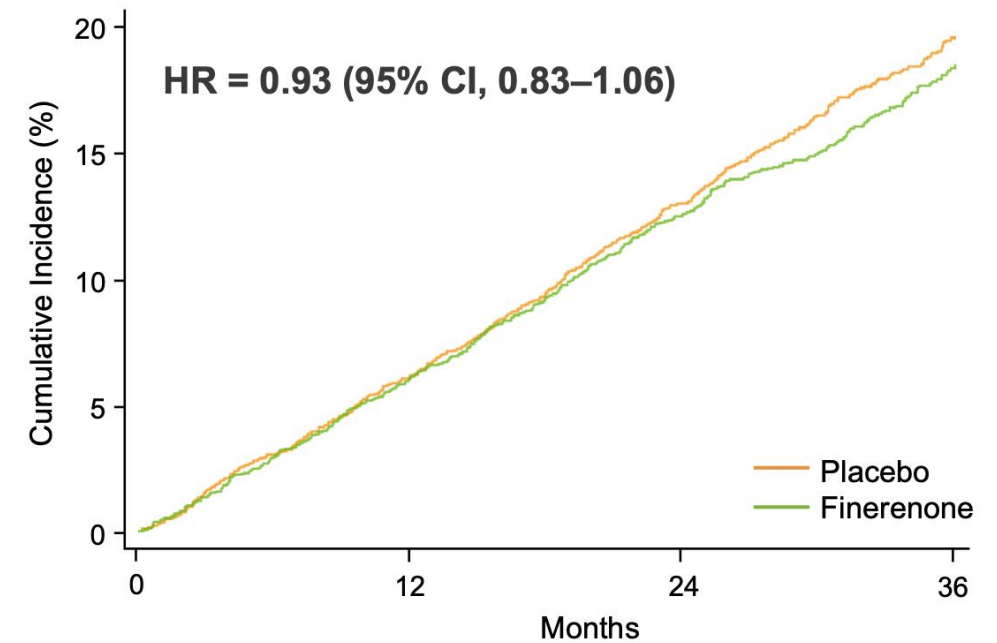
CSJ : Hospitalisations / visite urgente pour IC



CSJ : Décès CV



CSJ : Mortalité toutes causes



FINEARTS-HF Study



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Treatment Emergent Safety Outcome	Finerenone (N=2993)	Placebo (N=2993)
Any Serious Adverse Event (SAE)	38.7%	40.5%
Serum creatinine ≥ 3.0 mg/dl	2.0%	1.2%
Serum potassium		
>5.5 mmol/l	14.3%	6.9 %
>6.0 mmol/l	3.0 %	1.4 %
<3.5 mmol/l	4.4 %	9.7 %
Investigator-reported hyperkalemia	9.7%	4.2%
Leading to hospitalization	0.5%	0.2%
Leading to death	0%	0%
Systolic blood pressure <100 mmHg	18.5%	12.4%

FINEARTS-HF Study



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Treatment Emergent Safety Outcome	Finerenone (N=2993)	Placebo (N=2993)
Any Serious Adverse Event (SAE)	38.7%	40.5%
Serum creatinine ≥ 3.0 mg/dl	2.0%	1.2%
Serum potassium		
>5.5 mmol/l	14.3%	6.9 %
>6.0 mmol/l	3.0 %	1.4 %
<3.5 mmol/l	4.4 %	9.7 %
Investigator-reported hyperkalemia	9.7%	4.2%
Leading to hospitalization	0.5%	0.2%
Leading to death	0%	0%
Systolic blood pressure <100 mmHg	18.5%	12.4%

FINEARTS-HF Study



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Treatment Emergent Safety Outcome	Finerenone (N=2993)	Placebo (N=2993)
Any Serious Adverse Event (SAE)	38.7%	40.5%
Serum creatinine ≥ 3.0 mg/dl	2.0%	1.2%
Serum potassium		
>5.5 mmol/l	14.3%	6.9 %
>6.0 mmol/l	3.0 %	1.4 %
<3.5 mmol/l	4.4 %	9.7 %
Investigator-reported hyperkalemia	9.7%	4.2%
Leading to hospitalization	0.5%	0.2%
Leading to death	0%	0%
Systolic blood pressure <100 mmHg	18.5%	12.4%

FINERENONE

Au total, un bon médicament pour les patients FEVG > 40%

>>> diminution des évènements CV



En pratique ?

FINERENONE

Au total, un bon médicament pour les patients FEVG > 40%

>>> diminution des évènements CV



En pratique ?

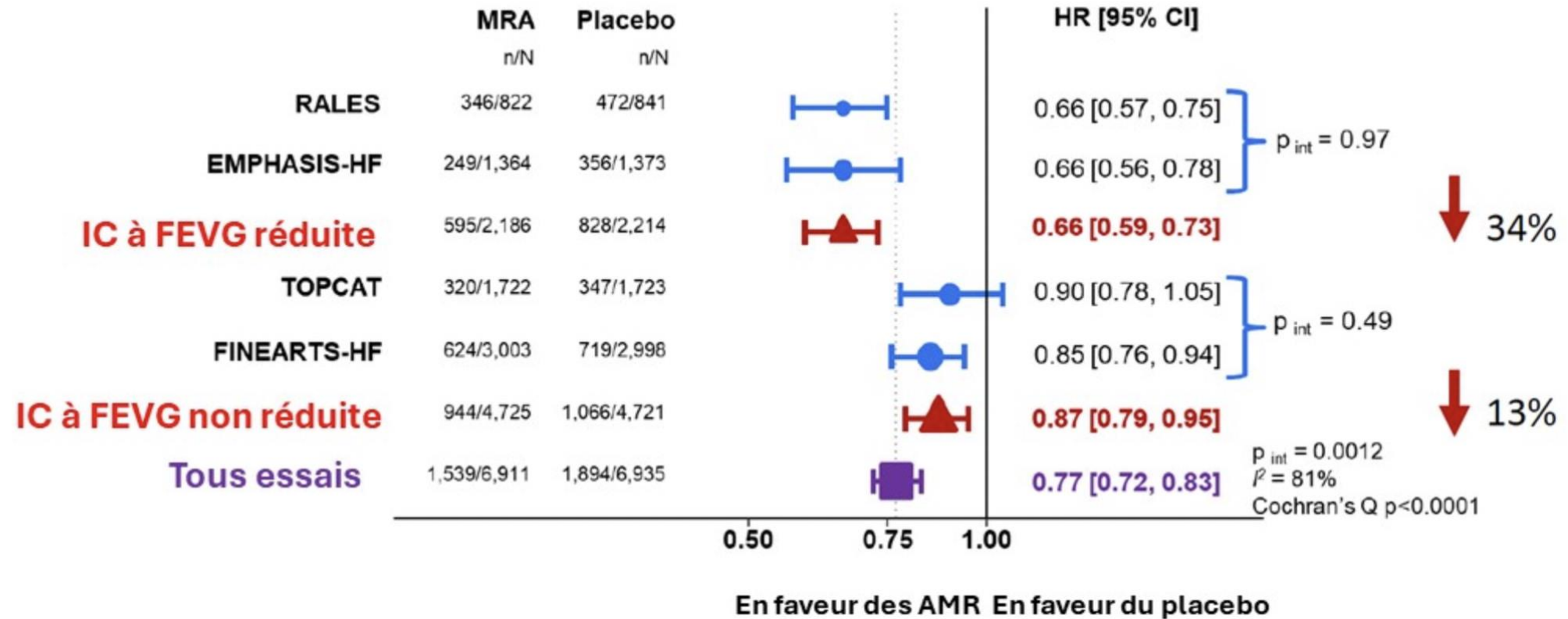


NE SERA PAS COMMERCIALISE EN FRANCE..

En pratique !

Toujours un MRA dans l'insuffisance cardiaque !

By CNCF



De nouveaux médicaments ?

Des nouvelles prises en charge ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles « indications »?

Des situations particulières ?



De nouveaux médicaments ?

Des nouvelles prises en charge ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles « indications »?

Des situations particulières ?





Assessment of non-inferiority of hospital-at-home care pathway for patients with acute heart failure: FIL-EAS ic



FIL-EAS Ic

L'HAD pour l'ICA : mythe ou possibilité ?

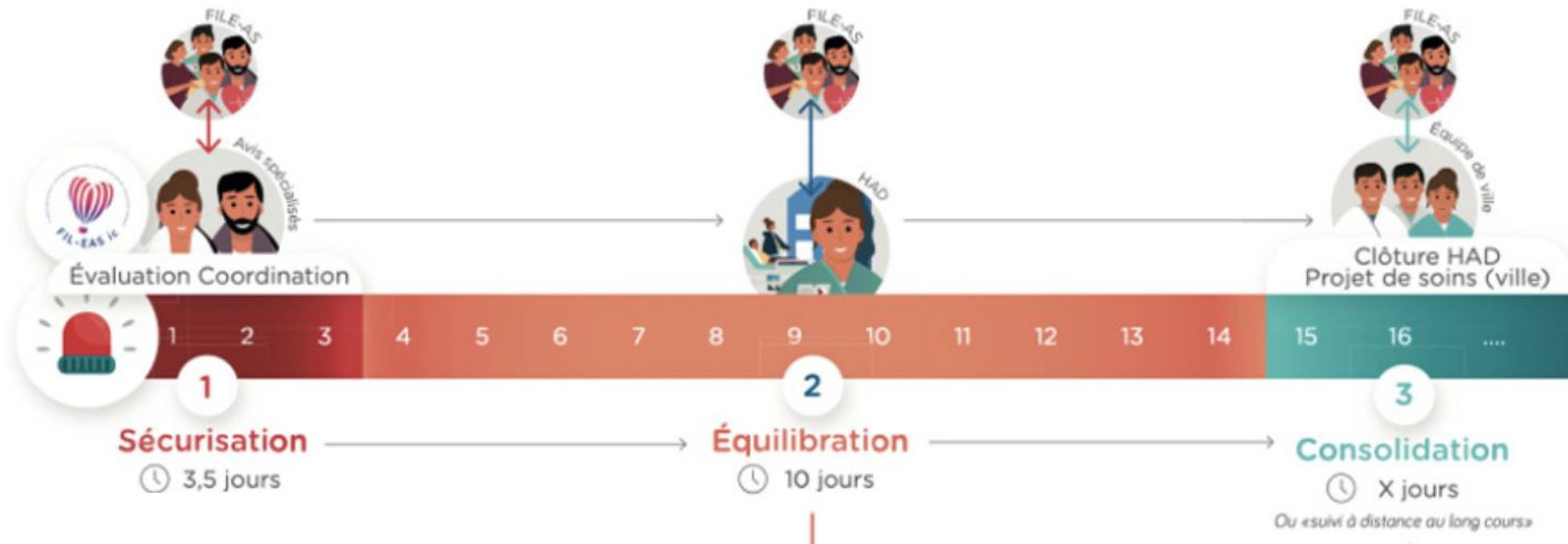


Figure 1

FIL-EAS Ic

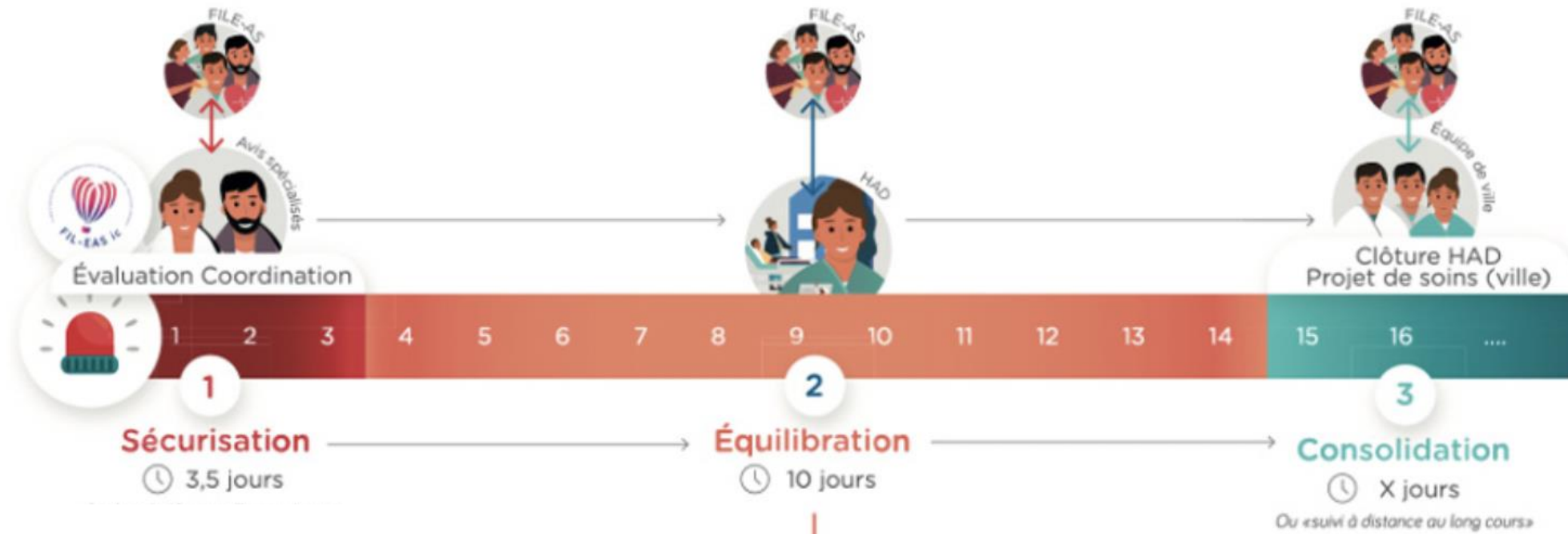
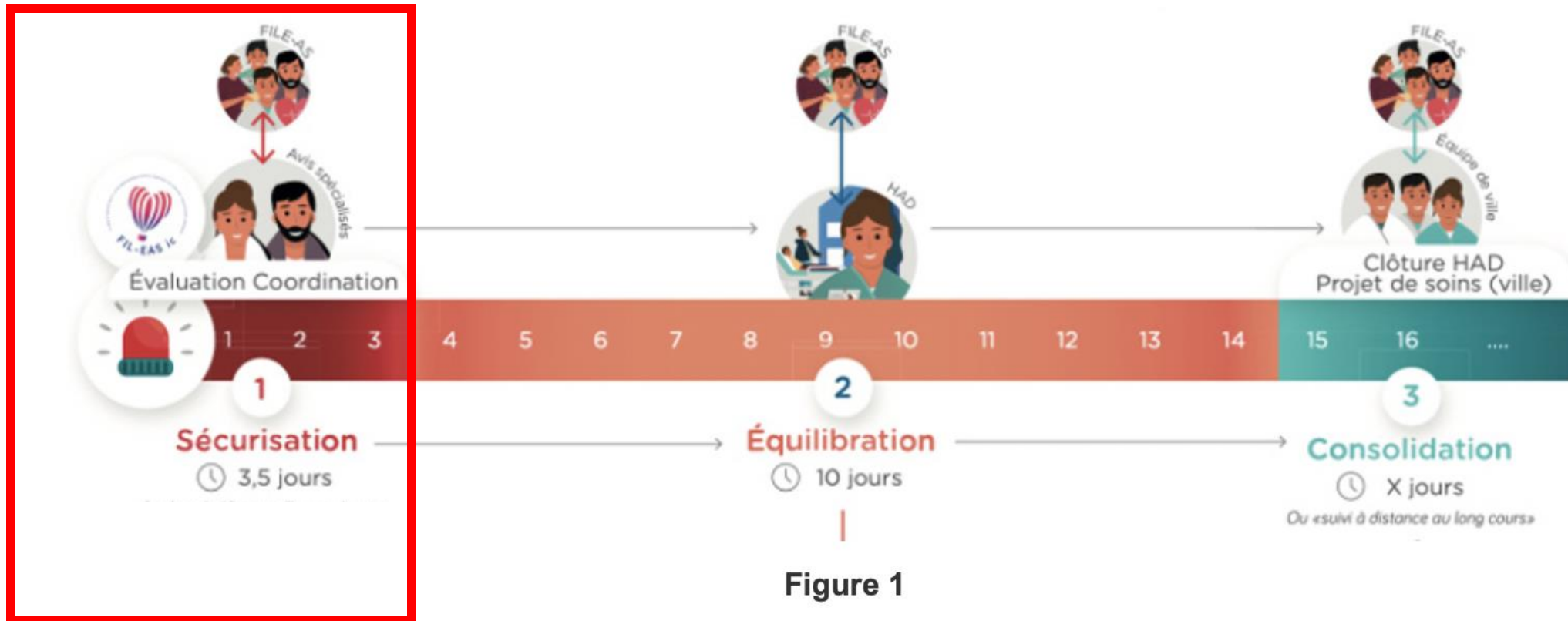


Figure 1

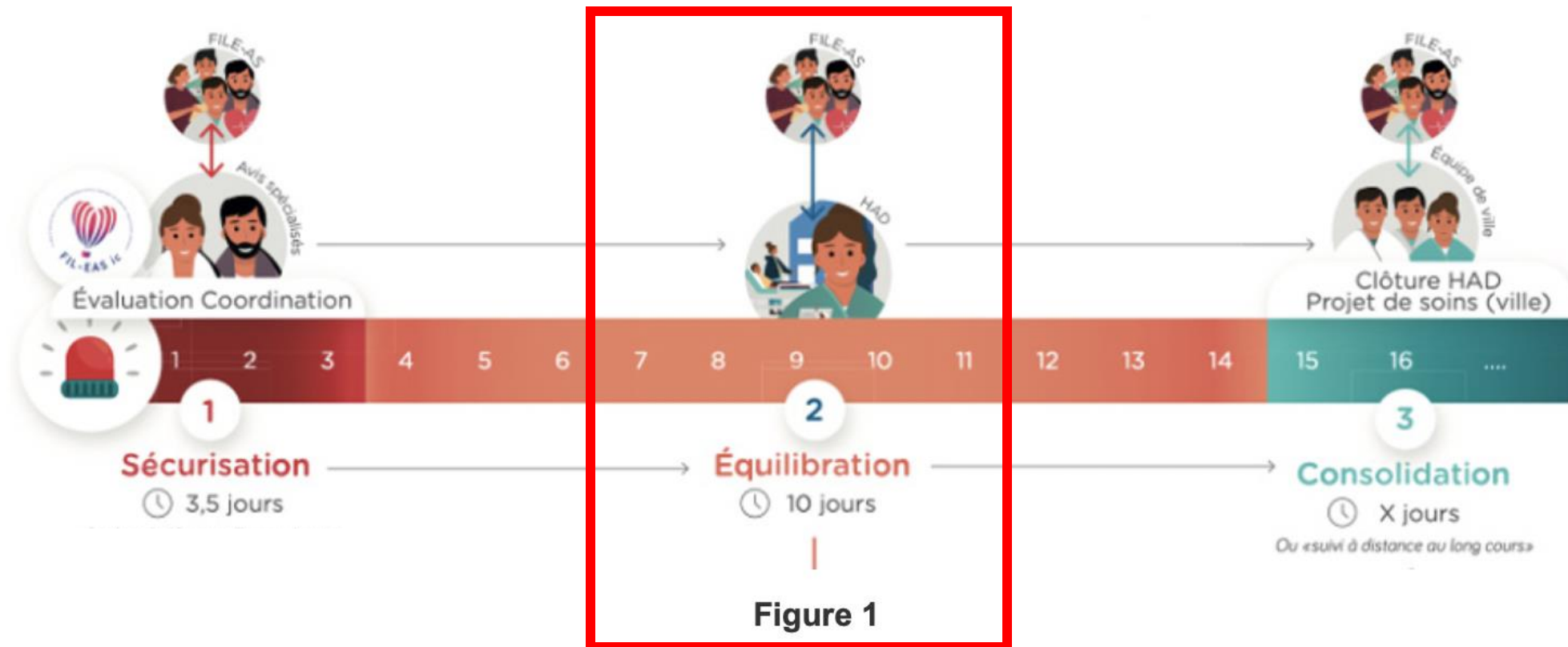
Etude prospective, randomisée, monocentrique, de juin 2021 à juin 2023

FIL-EAS Ic



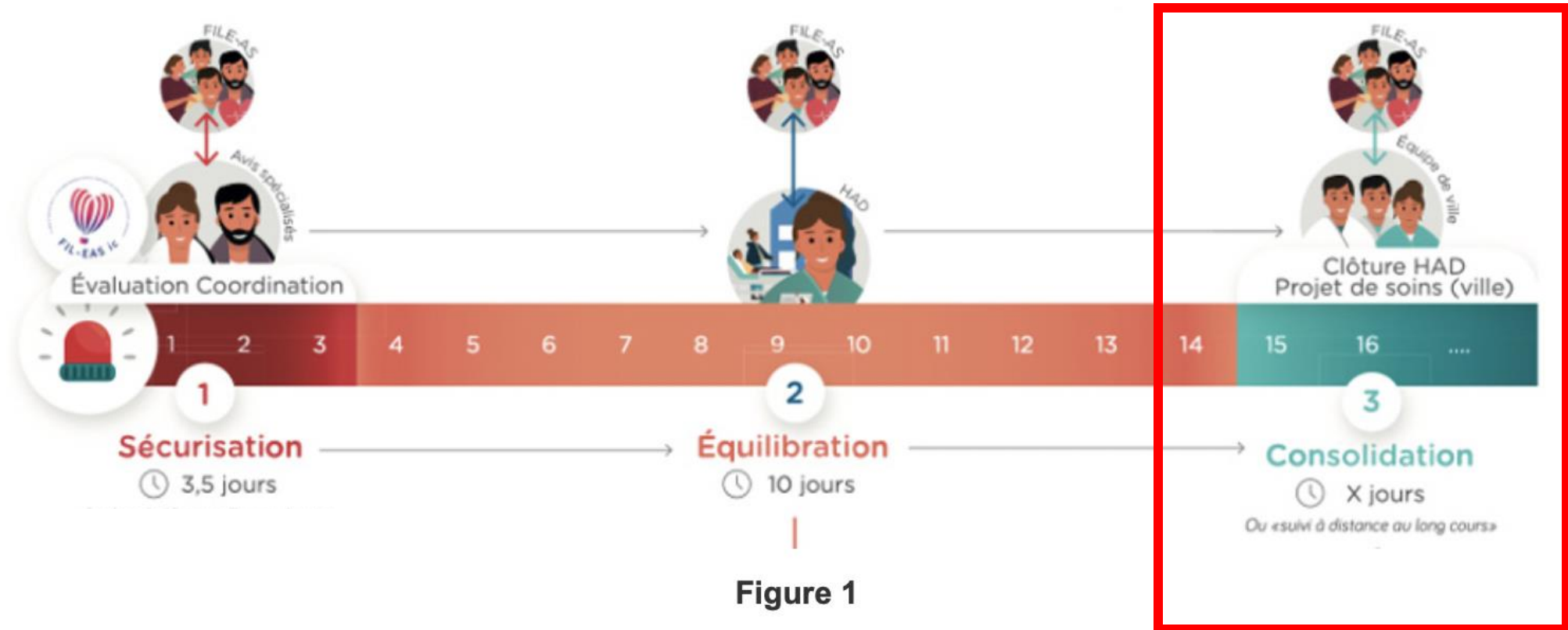
**<6j d'hospitalisation, 3,5 en moyenne
Versus 10j en moyenne France !**

FIL-EAS Ic



<10j pour équilibrer le patient et titration des TRT

FIL-EAS Ic



**6 mois : suivi par cardio habituel + FIL-EAS
(télésurveillance, APA, ETP, poursuite des soins infirmiers, soins palliatifs...)**

Baseline characteristics



Variable	Statistics	overall	Control group	FIL-EAS group	p
N		349	117	232	
Age, years	Mean (SD)	78.85 (11.67)	79.40 (10.95)	78.56 (12.02)	0.755
Women	n (%)	150 (42.98)	47 (40.17)	103 (44.40)	0.4516
Height, kgs	Mean (SD)	166.4 (10.19)	167.4 (9.69)	165.9 (10.42)	0.201
Weight, cm	Mean (SD)	76.94 (18.15)	77.32 (18.46)	76.75 (18.03)	0.988
Hypertension	n (%)	225 (64.47)	67 (57.26)	158 (68.10)	0.0458
Diabetes	n (%)	121 (34.67)	40 (34.19)	81 (34.91)	0.8930
Dyslipidemia	n (%)	102 (29.23)	29 (24.79)	73 (31.47)	0.1953
Tobacco use	n (%)	45 (12.89)	18 (15.38)	27 (11.64)	0.3242
Alcool use	n (%)	17 (4.87)	6 (5.13)	11 (4.74)	0.8741
Ischaemic cause	n (%)	125 (35.82)	42 (35.90)	83 (35.78)	0.9907
Eiection fraction. %	Mean (SD)	42.27 (15.02)	40.50 (15.17)	43.14 (14.91)	0.102
< 40%	n (%)	177 (51.91)	62 (55.36)	115 (50.22)	0.3724
> 40%	n (%)	164 (48.09)	50 (44.64)	114 (49.78)	
Systolic BP, mm Hg	Mean (SD)	127.2 (19.96)	126.5 (20.55)	127.6 (19.69)	0.611
Diastolic BP, mm Hg	Mean (SD)	71.19 (14.27)	70.12 (14.73)	71.73 (14.04)	0.281
Heart rate, bpm	Mean (SD)	81.09 (18.97)	79.47 (17.04)	81.91 (19.86)	0.512

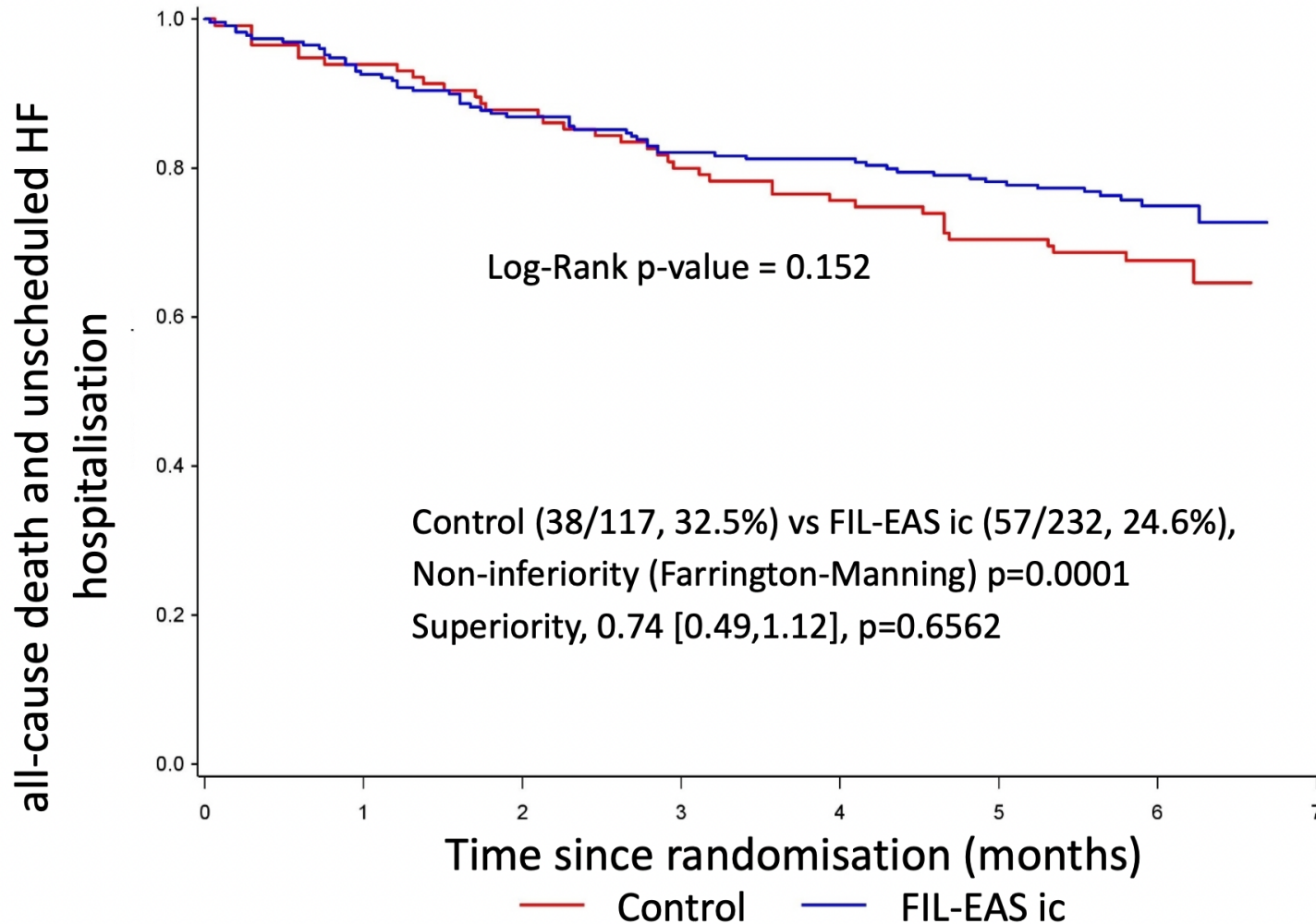
Nt pro BNP moyen : 7278g/ml

Des patients de la « vraie vie »

FIL-EAS Ic

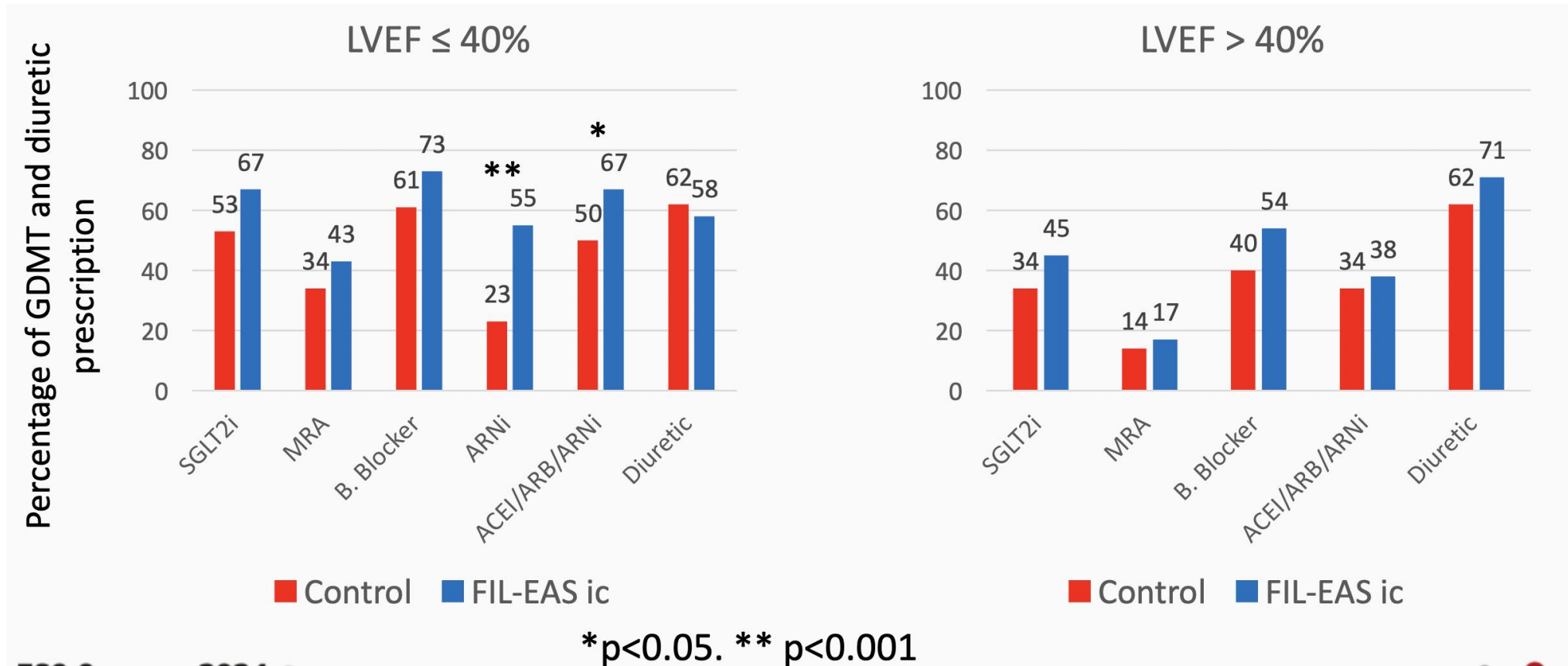


CPJ : Mortalité toutes causes/ HF réhospitalisations non prog IC



Non-inférieur !!
Mais pas supérieur

FIL-EAS Ic



+ d'iSRAA chez les patients FEVG <40%



En pratique ?

« A win win situation »

- **Développons nos réseaux HAD – en collaboration avec cardio de ville**
- **ISPIC, IPA**
- **Télésurveillance**
- **Ne pas hésiter à faire sortir un patient non encore équilibré.... Si entouré !!**

De nouveaux médicaments ?

Des nouvelles prises en charge ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles indications ?

Des situations particulières ?



De nouveaux médicaments ?

Des nouvelles prises en charge ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles indications ?

Des situations particulières ?



COLCHICINE

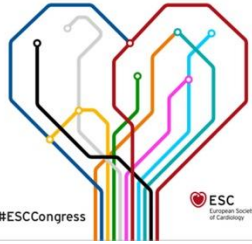
COLCHICINE

1 **Colchicine in acutely decompensated heart failure: the**
2 **COLICA trial**
3
4 Domingo Pascual-Figal^{1,2,3}, Julio Núñez^{3,4}, Maria T. Pérez-Martínez¹, José Ramón González-
5 Juanatey^{3,5}, Mikel Taibo-Urquia^{3,6}, Pau Llàcer Iborra⁷, Juan Delgado^{3,8}, Sandra Villar^{3,4}, Sonia
6 Mirabet^{3,10}, Alberto Aimó¹¹, Alejandro Riquelme-Pérez¹, Manuel Anguita Sánchez¹², Manuel
7 Martínez-Sellés^{3,13}, Jose A. Noguera-Velasco¹, Borja Ibáñez^{2,3,6} and Antoni Bayés-Genís^{3,9} on behalf
8 of COLICA investigators*

9

ESC Congress
2024 London

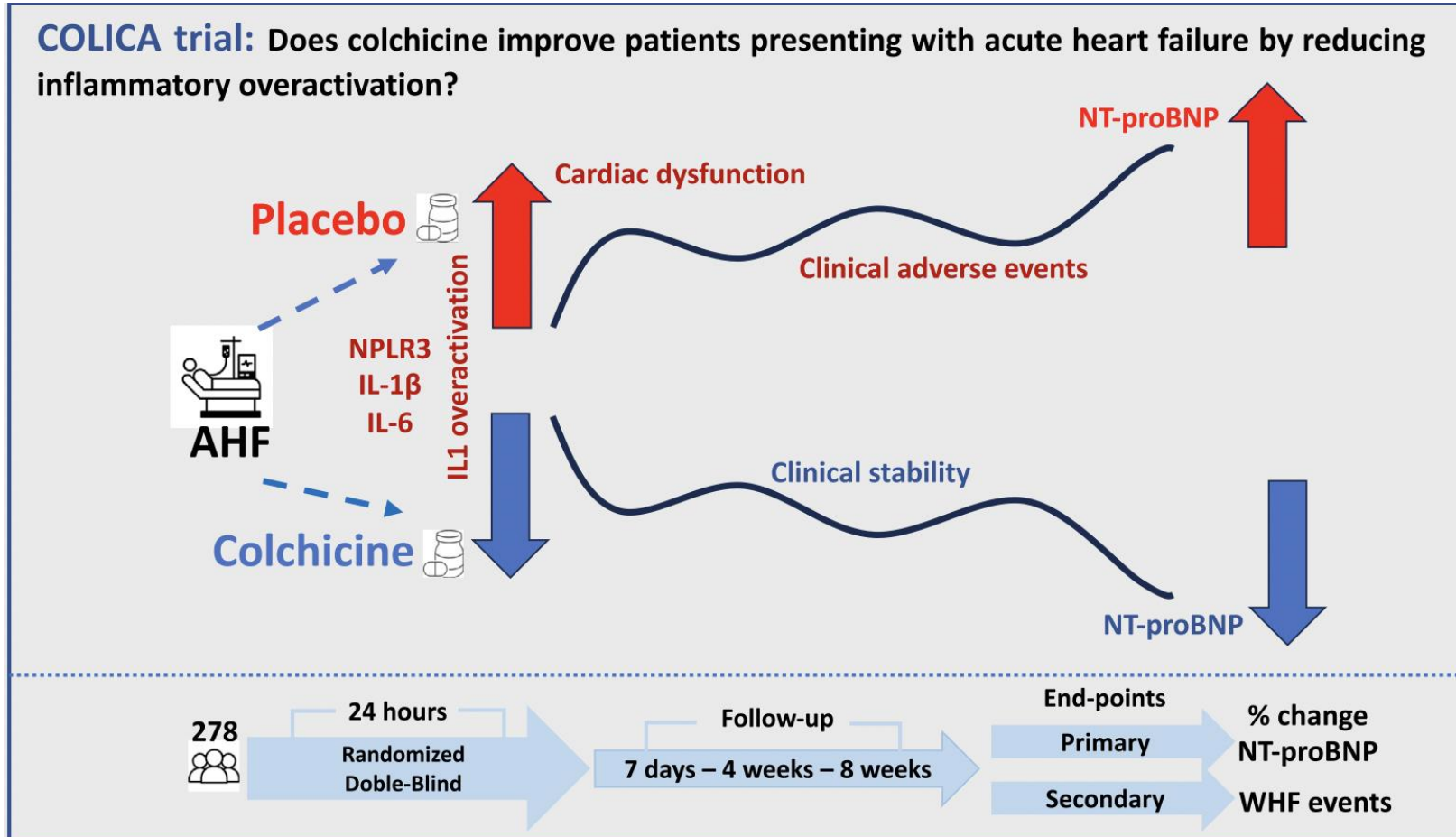
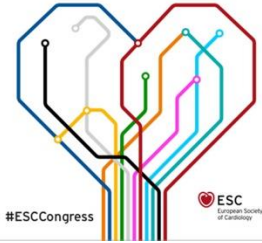
30 August - 2 September
Onsite & Online



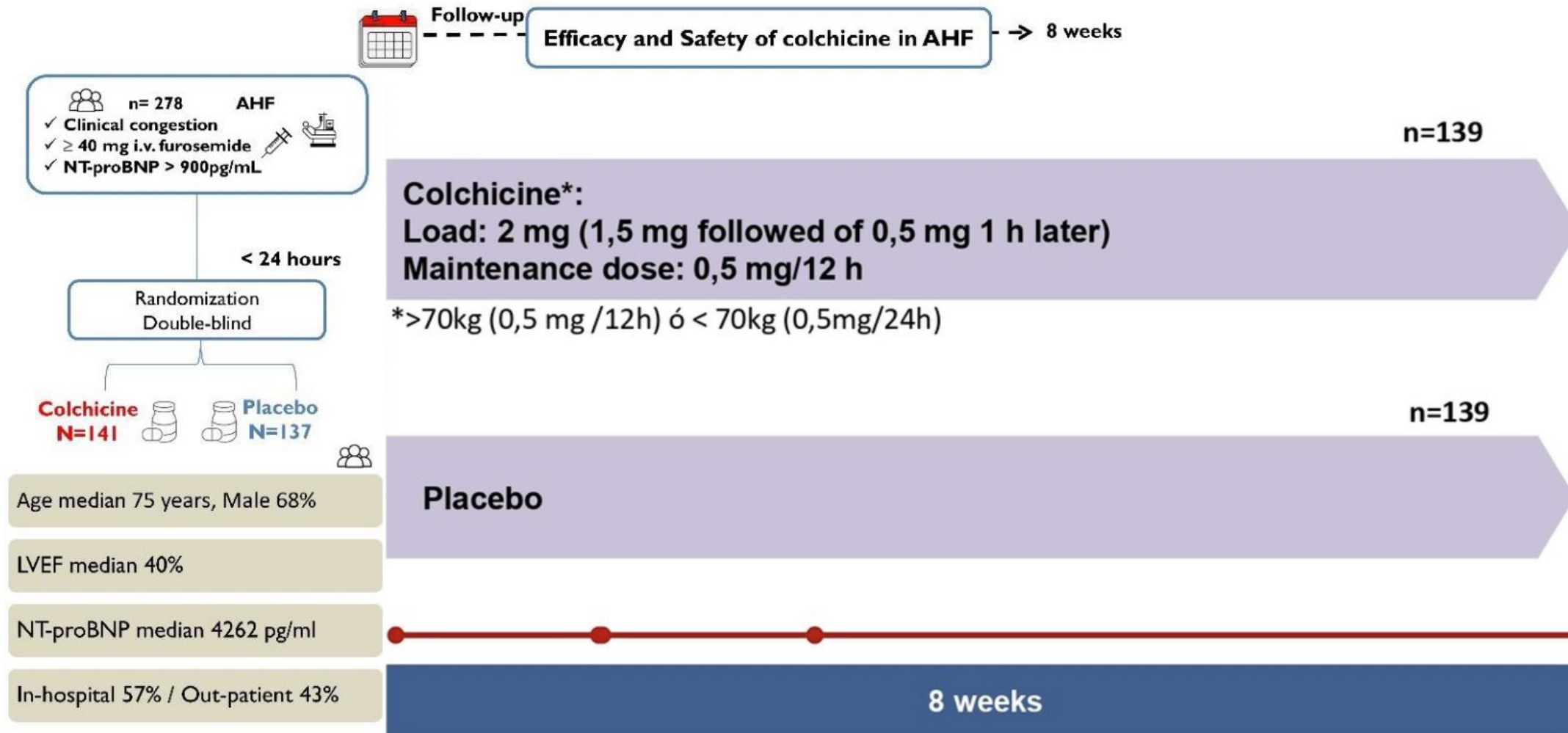
#ESCCongress

ESC
European Society
of Cardiology

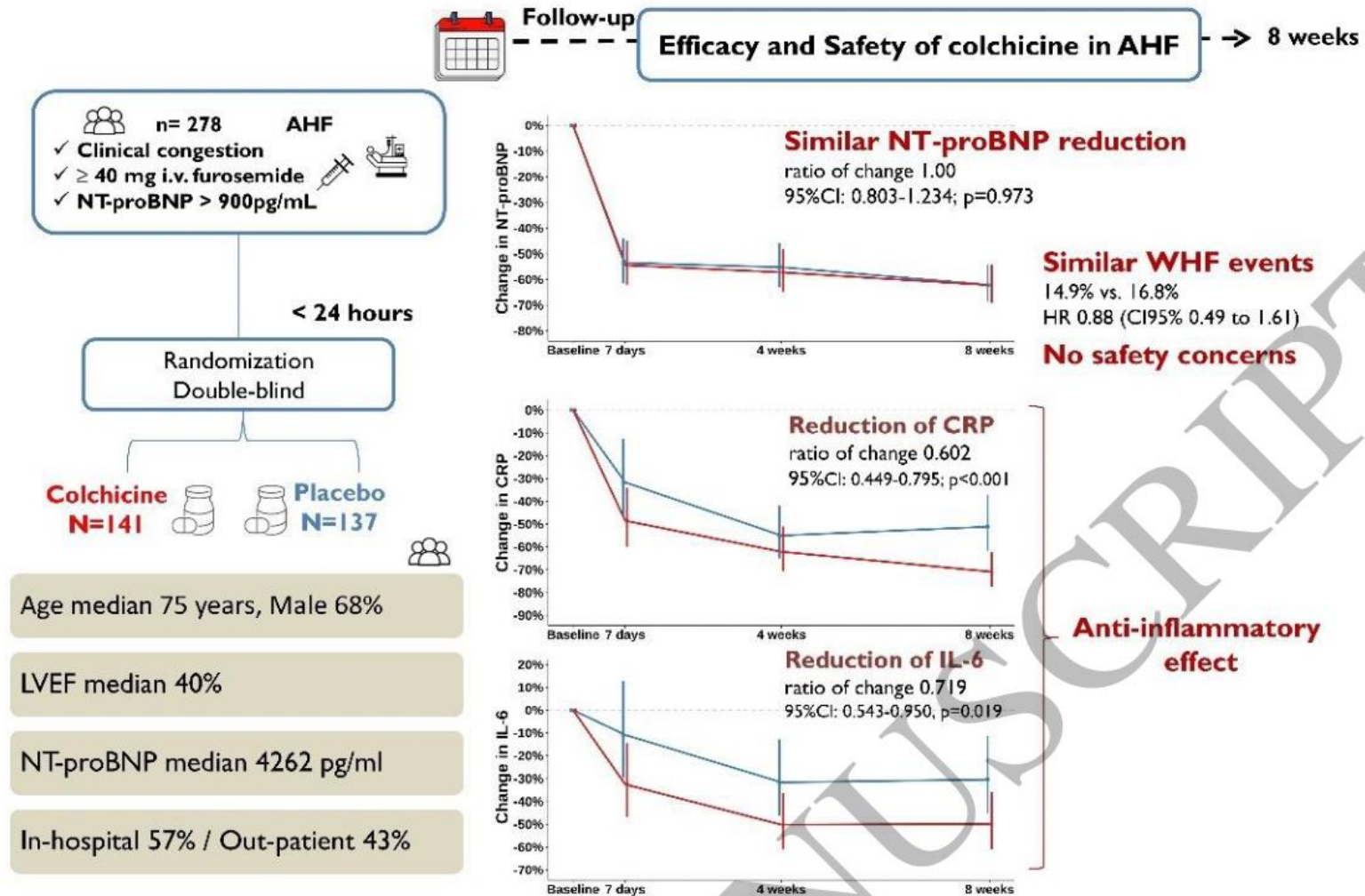
COLCHICINE



COLCHICINE



COLCHICINE



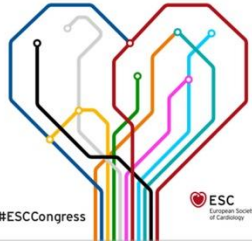
NON ! (pas dans l'insuffisance cardiaque en tout cas...)

1 **Colchicine in acutely decompensated heart failure: the**
2 **COLICA trial**

3

4 Domingo Pascual-Figal^{1,2,3}, Julio Núñez^{3,4}, Maria T. Pérez-Martínez¹, José Ramón González-
5 Juanatey^{3,5}, Mikel Taibo-Urquia^{3,6}, Pau Llàcer Iborra⁷, Juan Delgado^{3,8}, Sandra Villar^{3,4}, Sonia
6 Mirabet^{3,10}, Alberto Aimo¹¹, Alejandro Riquelme-Pérez¹, Manuel Anguita Sánchez¹², Manuel
7 Martínez-Sellés^{3,13}, Jose A. Noguera-Velasco¹, Borja Ibáñez^{2,3,6} and Antoni Bayés-Genís^{3,9} on behalf
8 of COLICA investigators*

9



EMPAGLIFLOZINE

EMPAGLIFLOZINE



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Empagliflozin after Acute Myocardial Infarction

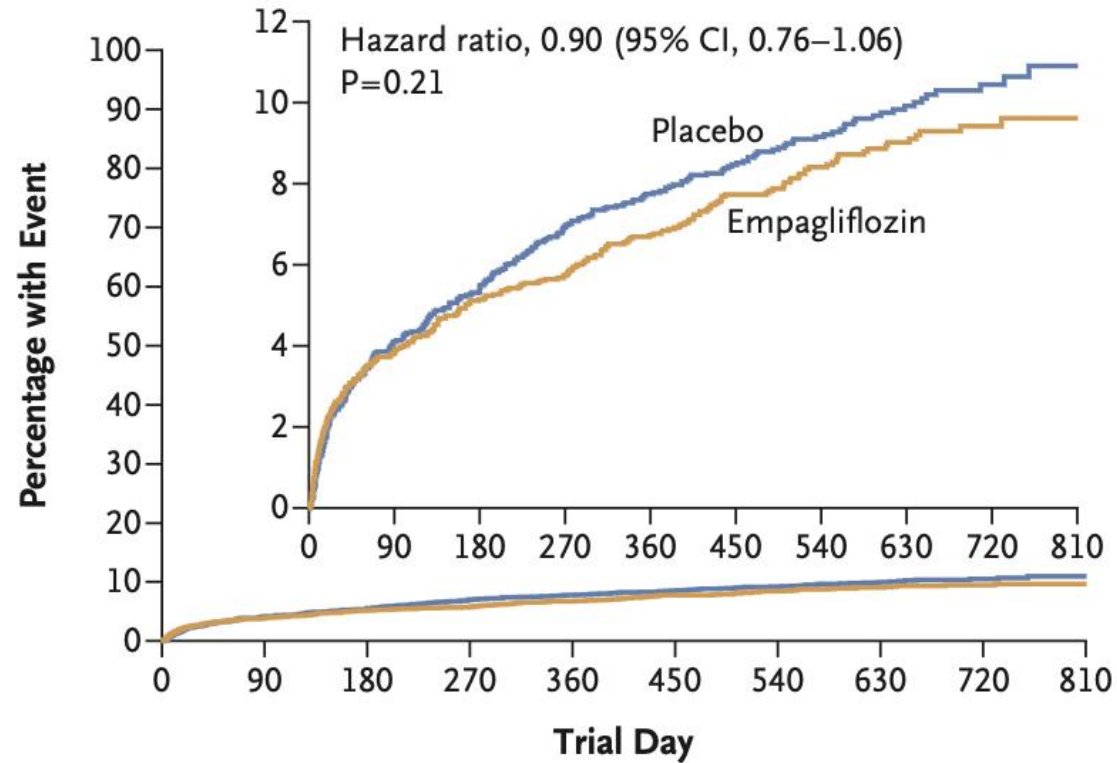
J. Butler, W.S. Jones, J.A. Udell, S.D. Anker, M.C. Petrie, J. Harrington, M. Mattheus, I. Zwiener, O. Amir, M.C. Bahit, J. Bauersachs, A. Bayes-Genis, Y. Chen, V.K. Chopra, G. Figtree, J. Ge, S.G. Goodman, N. Gotcheva, S. Goto, T. Gasior, W. Jamal, J.L. Januzzi, M.H. Jeong, Y. Lopatin, R.D. Lopes, B. Merkely, P.B. Parikh, A. Parkhomenko, P. Ponikowski, X. Rossello, M. Schou, D. Simic, P.G. Steg, J. Szachniewicz, P. van der Meer, D. Vinereanu, S. Zieroth, M. Brueckmann, M. Sumin, D.L. Bhatt, and A.F. Hernandez

EMPAGLIFLOZINE



Non...

A First Hospitalization for Heart Failure or Death from Any Cause



No. at Risk

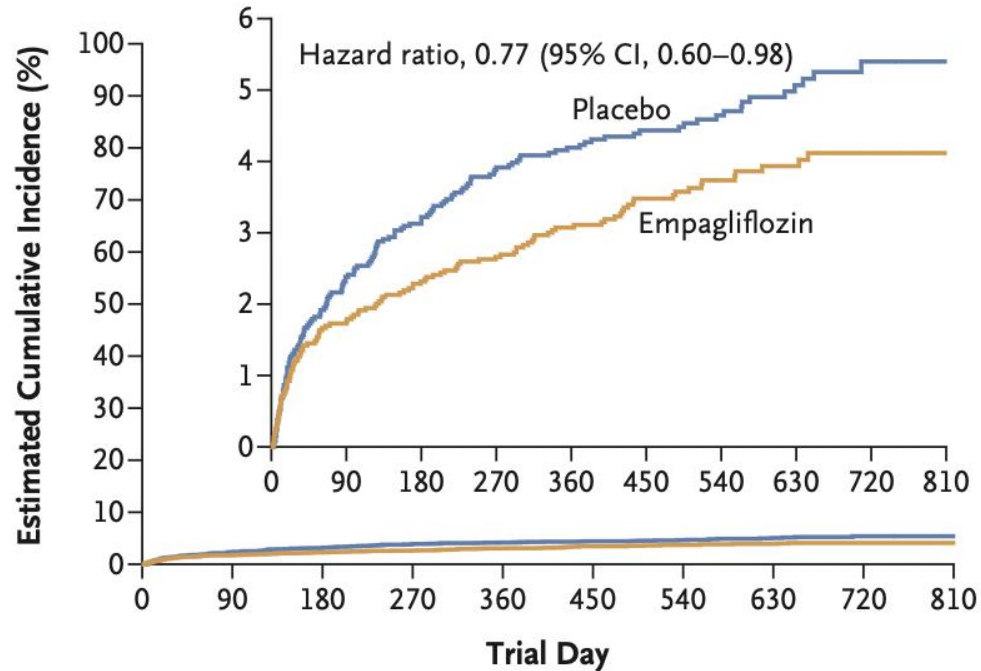
Placebo	3262	3092	3044	2832	2486	2071	1556	1040	551	137
Empagliflozin	3260	3111	3060	2881	2532	2107	1566	1048	531	134

EMPAGLIFLOZINE



Non... peut être ?

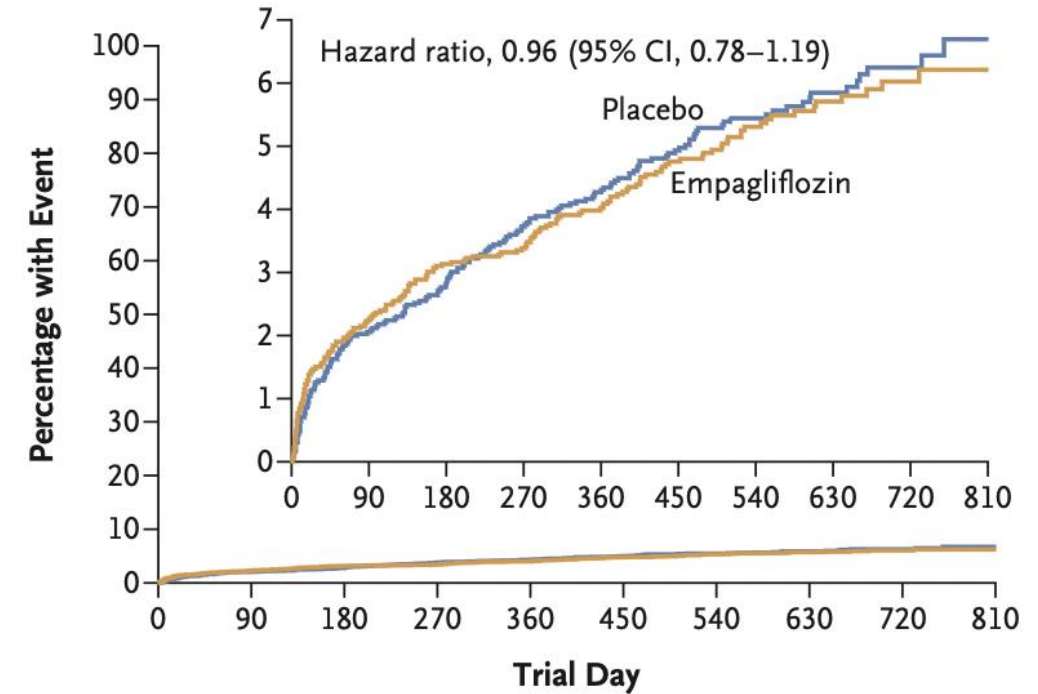
B First Hospitalization for Heart Failure



No. at Risk

Placebo	3262	3092	3044	2832	2486	2071	1556	1040	551	137
Empagliflozin	3260	3111	3060	2881	2532	2107	1566	1048	531	134

C Death from Any Cause



No. at Risk

Placebo	3262	3186	3159	2975	2632	2207	1660	1111	593	148
Empagliflozin	3260	3177	3148	2995	2639	2218	1658	1119	572	153

De nouveaux médicaments ?

Des nouvelles prises en charge ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles « indications »?

Des situations particulières ?



De nouveaux médicaments ?

Des nouvelles prises en charge ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles « indications »?

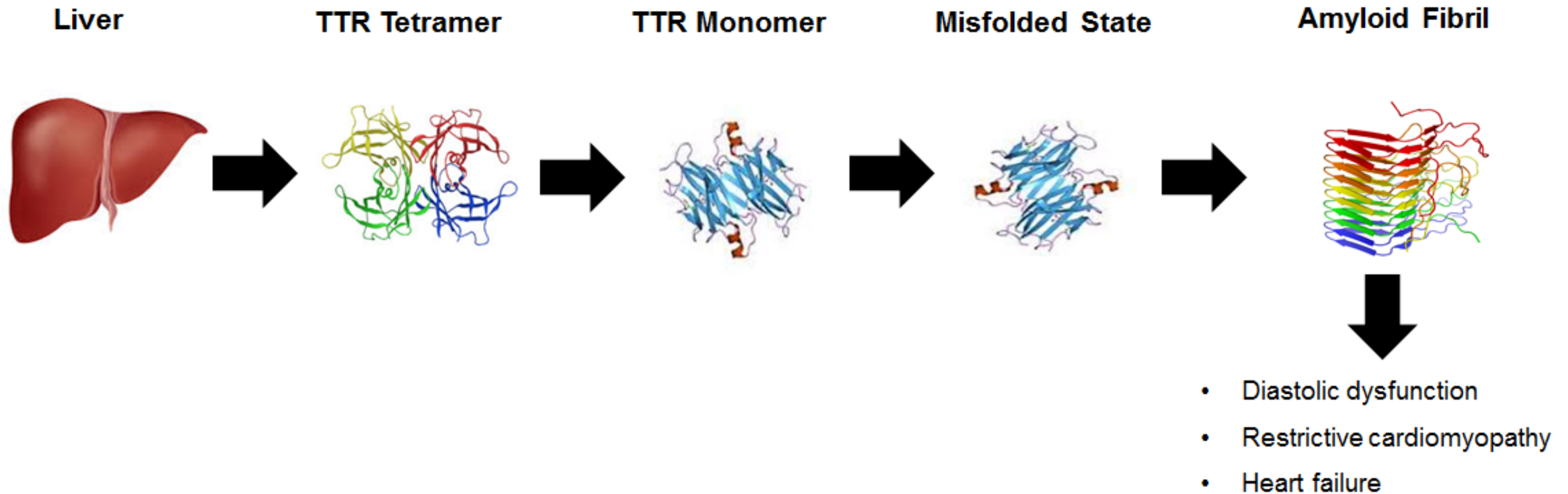
Des situations particulières ?



AMYLOSE TTR

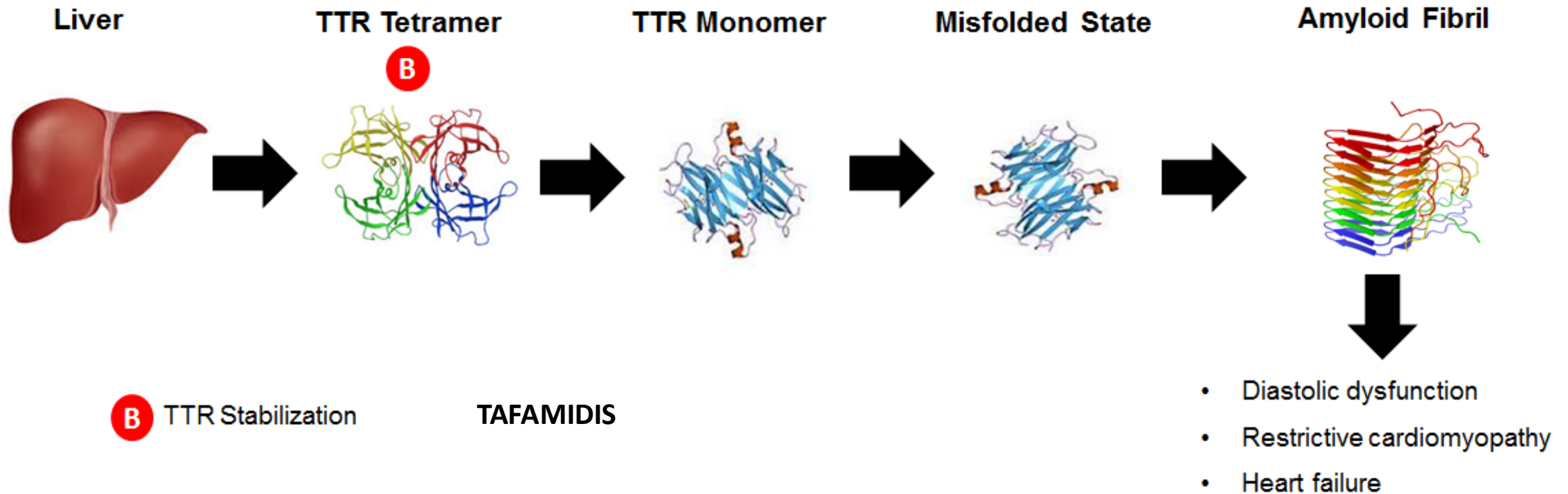
AMYLOSE TTR

Amyloidogenic TTR Cascade



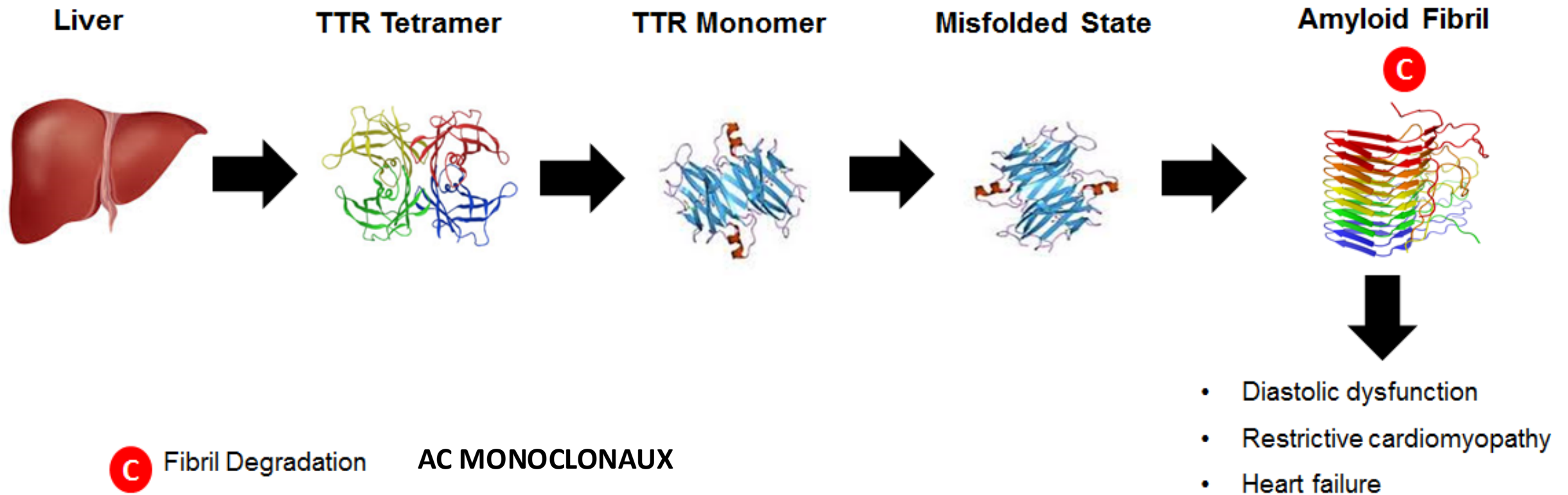
AMYLOSE TTR

Amyloidogenic TTR Cascade



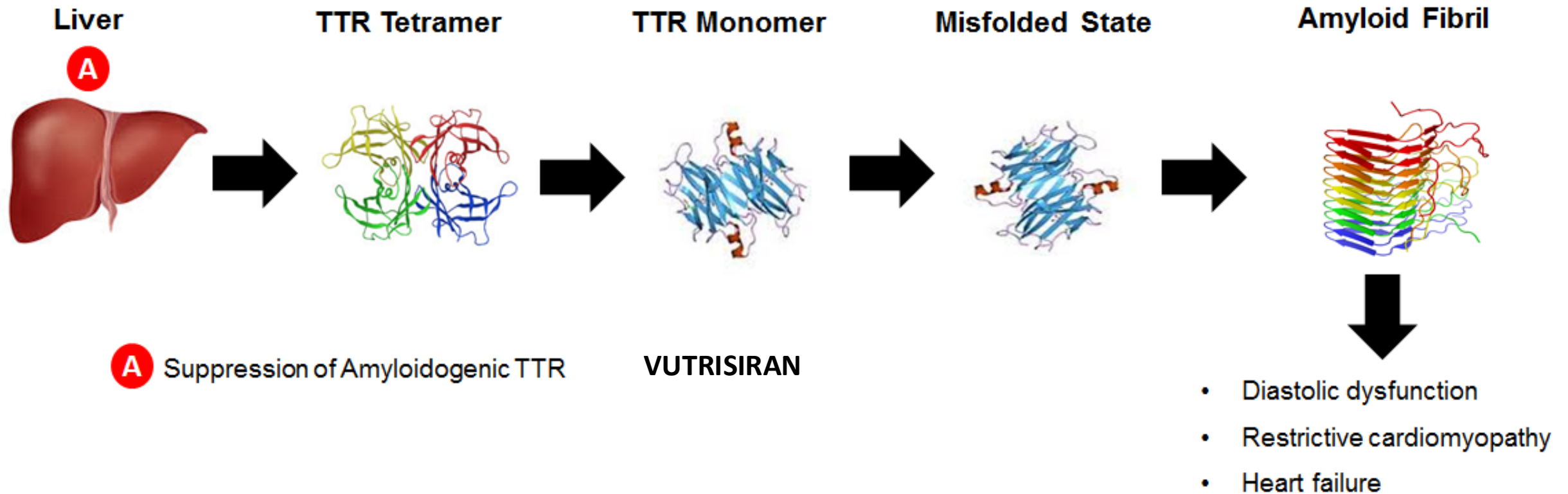
AMYLOSE TTR

Amyloidogenic TTR Cascade



AMYLOSE TTR

Amyloidogenic TTR Cascade



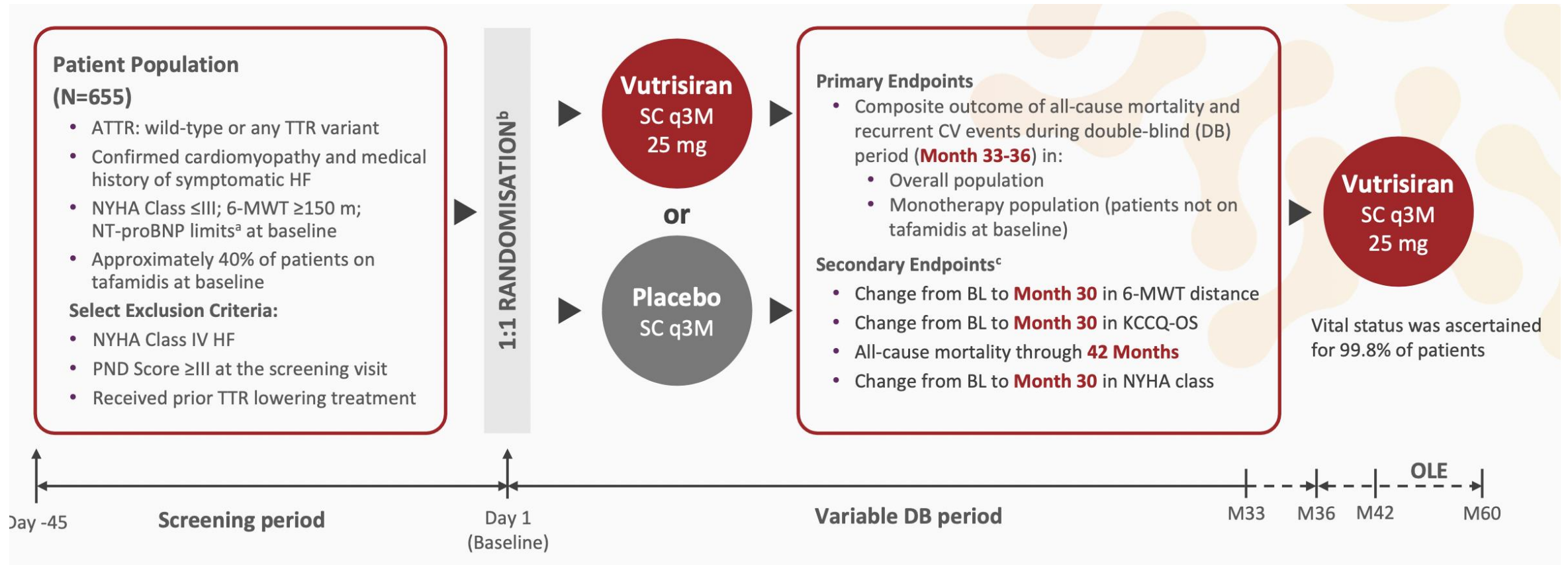
ORIGINAL ARTICLE

Vutrisiran in Patients with Transthyretin Amyloidosis with Cardiomyopathy

M. Fontana, J.L. Berk, J.D. Gillmore, R.M. Witteles, M. Grogan, B. Drachman, T. Damy, P. Garcia-Pavia, J. Taubel, S.D. Solomon, F.H. Sheikh, N. Tahara, J. González-Costello, K. Tsujita, C. Morbach, Z. Pozsonyi, M.C. Petrie, D. Delgado, P. Van der Meer, A. Jabbour, A. Bondue, D. Kim, O. Azevedo, S. Hvitfeldt Poulsen, A. Yilmaz, E.A. Jankowska, V. Algalarrondo, A. Slugg, P.P. Garg, K.L. Boyle, E. Yureneva, N. Silliman, L. Yang, J. Chen, S.A. Eraly, J. Vest, and M.S. Maurer, for the HELIOS-B Trial Investigators*

ARN interférent sous cutané

VUTRISIRAN



VUTRISIRAN

Parameter	Overall Population	
	Placebo (N=328)	Vutrisiran (N=326)
Age (years), median (range)	76 (46, 85)	77 (45, 85)
Male sex, n (%)	306 (93.3)	299 (91.7)
hATTR amyloidosis, n (%)	39 (11.9)	37 (11.3)
NYHA class, n (%)	I	49 (15.0)
	II	250 (76.7)
	III	27 (8.3)
ATTR disease stage, n (%)	1	208 (63.8)
	2	100 (30.7)
	3	18 (5.5)
Baseline 6-MWT, meters, mean (SD)	377 (96)	372 (104)
Baseline KCCQ-OS, points, mean (SD)	72.26 (19.92)	72.96 (19.44)
Baseline NT-proBNP, ng/L, median (IQR)	1801 (1042, 3082)	2021 (1138, 3312)
Baseline Troponin I, ng/L, median (IQR)	65.2 (41.1, 105.5)	71.9 (44.9, 115.9)

VUTRISIRAN

Parameter	Overall Population	
	Placebo (N=328)	Vutrisiran (N=326)
Age (years), median (range)	76 (46, 85)	77 (45, 85)
Male sex, n (%)	306 (93.3)	299 (91.7)
hATTR amyloidosis, n (%)	39 (11.9)	37 (11.3)
NYHA class, n (%)	I	49 (15.0)
	II	258 (78.7)
	III	27 (8.3)
ATTR disease stage, n (%)	1	208 (63.8)
	2	100 (30.7)
	3	18 (5.5)
Baseline 6-MWT, meters, mean (SD)	377 (96)	372 (104)
Baseline KCCQ-OS, points, mean (SD)	72.26 (19.92)	72.96 (19.44)
Baseline NT-proBNP, ng/L, median (IQR)	1801 (1042, 3082)	2021 (1138, 3312)
Baseline Troponin I, ng/L, median (IQR)	65.2 (41.1, 105.5)	71.9 (44.9, 115.9)

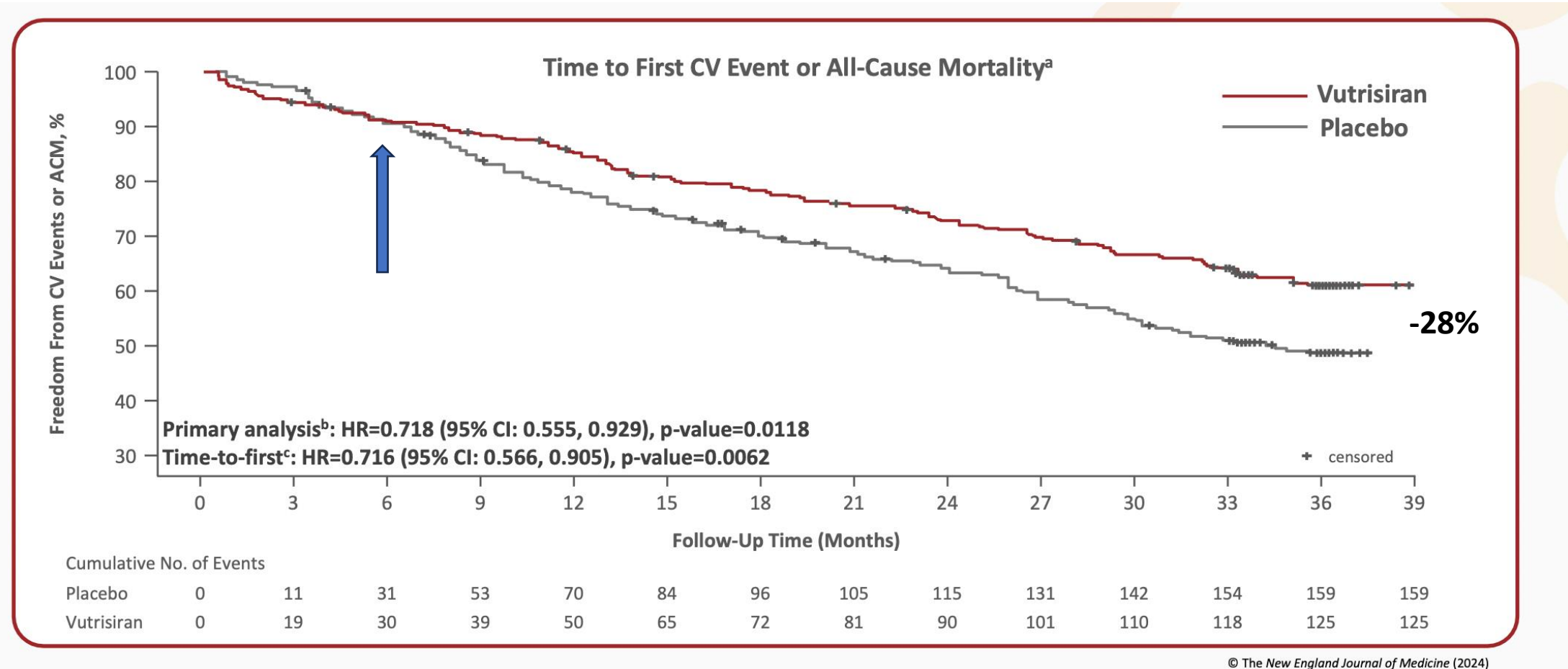
VUTRISIRAN

Parameter	Overall Population	
	Placebo (N=328)	Vutrisiran (N=326)
Age (years), median (range)	76 (46, 85)	77 (45, 85)
Male sex, n (%)	306 (93.3)	299 (91.7)
hATTR amyloidosis, n (%)	39 (11.9)	37 (11.3)
NYHA class, n (%)	I	49 (15.0)
	II	250 (76.7)
	III	27 (8.3)
ATTR disease stage, n (%)	1	208 (63.8)
	2	100 (30.7)
	3	18 (5.5)
Baseline 6-MWT, meters, mean (SD)	377 (96)	372 (104)
Baseline KCCQ-OS, points, mean (SD)	72.26 (19.92)	72.96 (19.44)
Baseline NT-proBNP, ng/L, median (IQR)	1801 (1042, 3082)	2021 (1138, 3312)
Baseline Troponin I, ng/L, median (IQR)	65.2 (41.1, 105.5)	71.9 (44.9, 115.9)

VUTRISIRAN

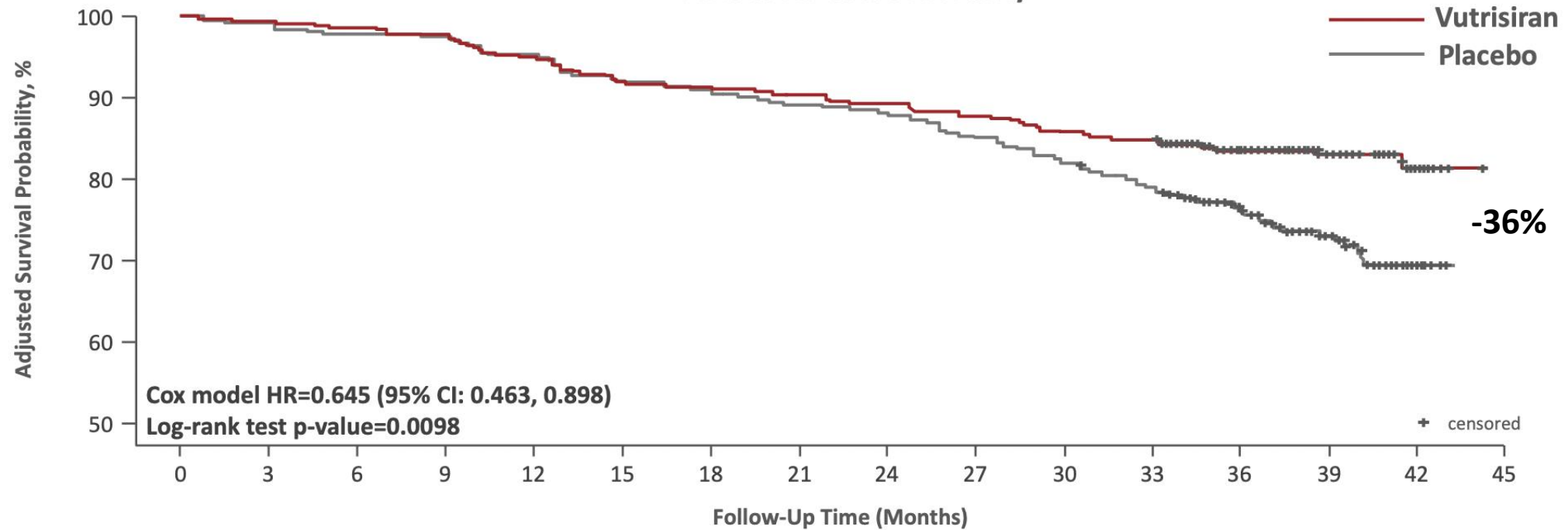
Parameter	Overall Population	
	Placebo (N=328)	Vutrisiran (N=326)
Age (years), median (range)	76 (46, 85)	77 (45, 85)
Male sex, n (%)	306 (93.3)	299 (91.7)
hATTR amyloidosis, n (%)	39 (11.9)	37 (11.3)
NYHA class, n (%)	I	49 (15.0)
	II	250 (76.7)
	III	27 (8.3)
ATTR disease stage, n (%)	1	208 (63.8)
	2	100 (30.7)
	3	18 (5.5)
Baseline 6-MWT, meters, mean (SD)	377 (96)	372 (104)
Baseline KCCQ-OS, points, mean (SD)	72.26 (19.92)	72.96 (19.44)
Baseline NT-proBNP, ng/L, median (IQR)	1801 (1042, 3082)	2021 (1138, 3312)
Baseline Troponin I, ng/L, median (IQR)	65.2 (41.1, 105.5)	71.9 (44.9, 115.9)

VUTRISIRAN



VUTRISIRAN

Time to All-Cause Mortality

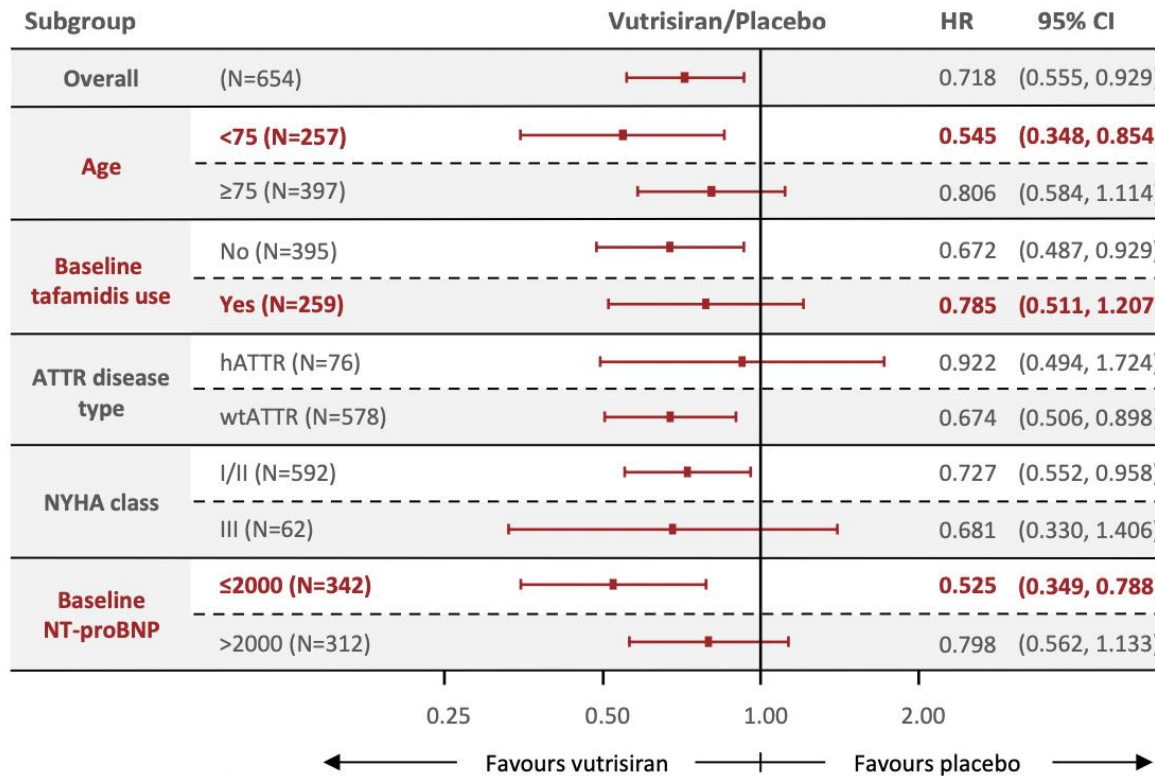


Cumulative No. of Events

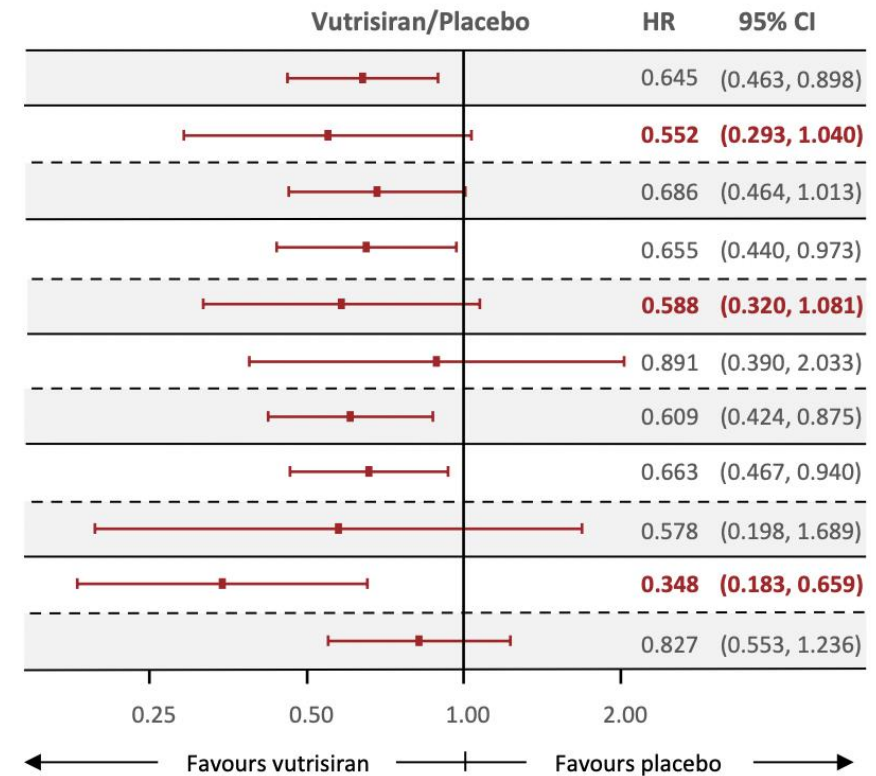
Placebo	0	3	7	8	14	25	29	34	38	47	57	66	74	80	85	85
Vutrisiran	0	2	5	8	18	28	30	34	37	42	49	52	56	57	60	60

VUTRISIRAN

Composite Outcome of All-Cause Mortality & Recurrent CV Events



Secondary Endpoint of All-Cause Mortality Through 42 Months



© The New England Journal of Medicine (2024)

+ Pas plus d'EI que le placebo

VUTRISIRAN

En pratique ?

Réduit le critère composite, y compris avec une population déjà traitée par tafamidis

Bien toléré

VUTRISIRAN

En pratique ?

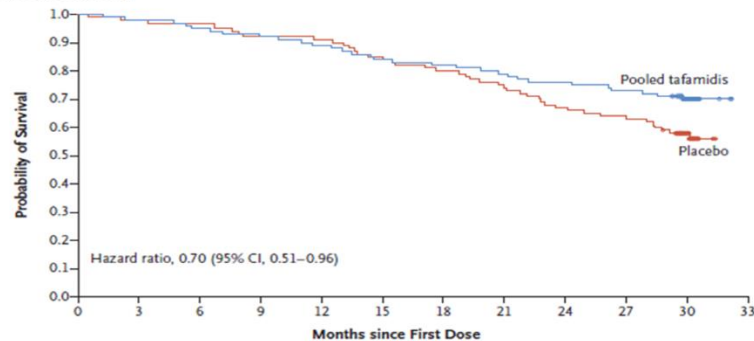
Réduit le critère composite, y compris avec une population déjà traitée par tafamidis

Bien toléré

A retenir : marche encore mieux en début de maladie! Même si agit plus rapidement que les stabilisateurs...

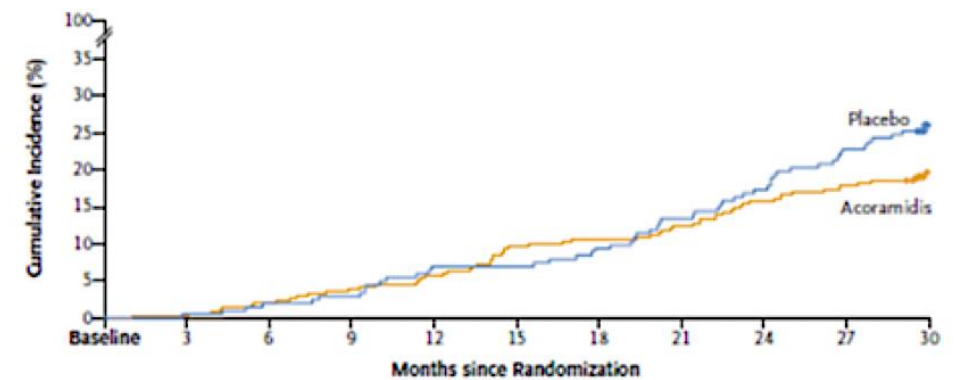
- Lowered all-cause mortality & CV hospitalizations

B Analysis of All-Cause Mortality



No. at Risk (cumulative no. of events)	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33
Pooled tafamidis	264 (0)	259 (5)	252 (12)	244 (20)	235 (29)	222 (42)	216 (48)	209 (55)	200 (64)	193 (71)	99 (78)	0 (78)
Placebo	177 (0)	173 (4)	171 (6)	163 (14)	161 (16)	150 (27)	141 (36)	131 (46)	118 (59)	113 (64)	51 (75)	0 (76)

Death from Any Cause



No. at Risk (no. of events)	Baseline	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30
Acoramidis	409 (0)	407 (2)	401 (8)	393 (16)	385 (24)	369 (40)	365 (44)	358 (51)	344 (65)	336 (73)	0 (79)
Placebo	202 (0)	201 (1)	198 (4)	196 (6)	188 (14)	188 (14)	183 (19)	175 (27)	166 (36)	156 (46)	0 (52)

VUTRISIRAN

En pratique ?

Réduit le critère composite, y compris avec une population déjà traitée par tafamidis

Bien toléré

A retenir : marche encore mieux en début de maladie! Même si agit plus rapidement que les stabilisateurs...



Mais... on ne l'a pas encore !!

IM

ARTICLE IN PRESS

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY

VOL. ■, NO. ■, 2024

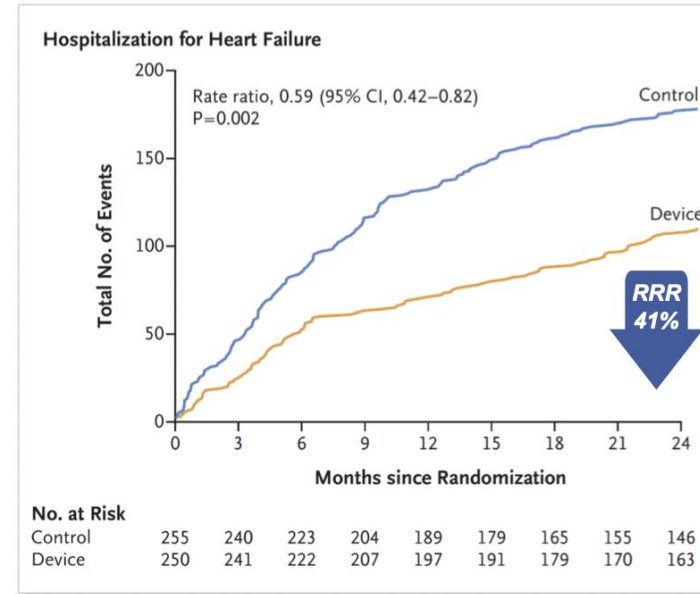
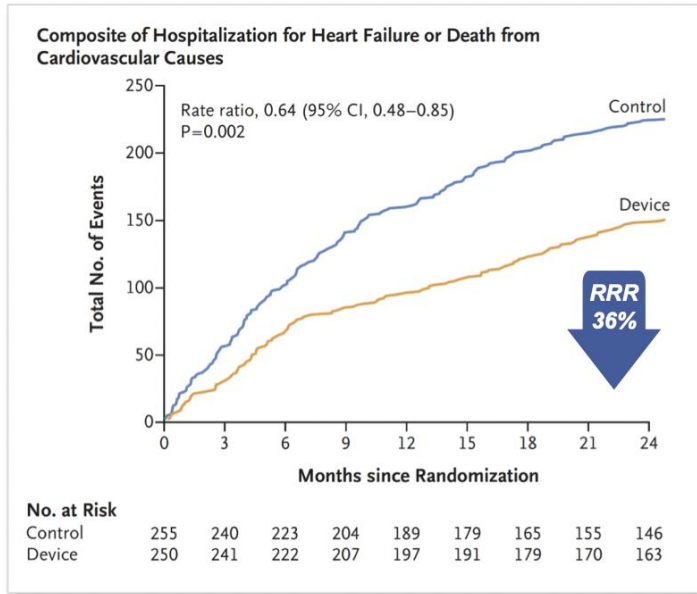
© 2024 THE AUTHORS. PUBLISHED BY ELSEVIER ON BEHALF OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION. THIS IS AN OPEN ACCESS ARTICLE UNDER THE CC BY-NC-ND LICENSE (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hospitalization of Symptomatic Patients With Heart Failure and Moderate to Severe Functional Mitral Regurgitation Treated With MitraClip

Insights From RESHAPE-HF2

Piotr Ponikowski, MD,^a Tim Friede, PhD,^b Ralph Stephan von Bardeleben, MD,^c Javed Butler, MD,^{d,e} Muhammad Shahzeb Khan, MD,^f Monika Diek, MA,^{g,h} Jutta Heinrich, MSc,ⁱ Martin Geyer, MD,^c Marius Placzek, PhD,^b

Primary Endpoint 1: Recurrent HHF or CV death within 24 months
 Primary Endpoint 2: Recurrent HHF within 24 months



En pratique ?

Des limites (IM peu sévère, changement de CPJ, cross-over, pas d'effet sur la mortalité...)

Toujours penser au TRT médical optimal en premier +++

Puis « Valve-team » !

IT



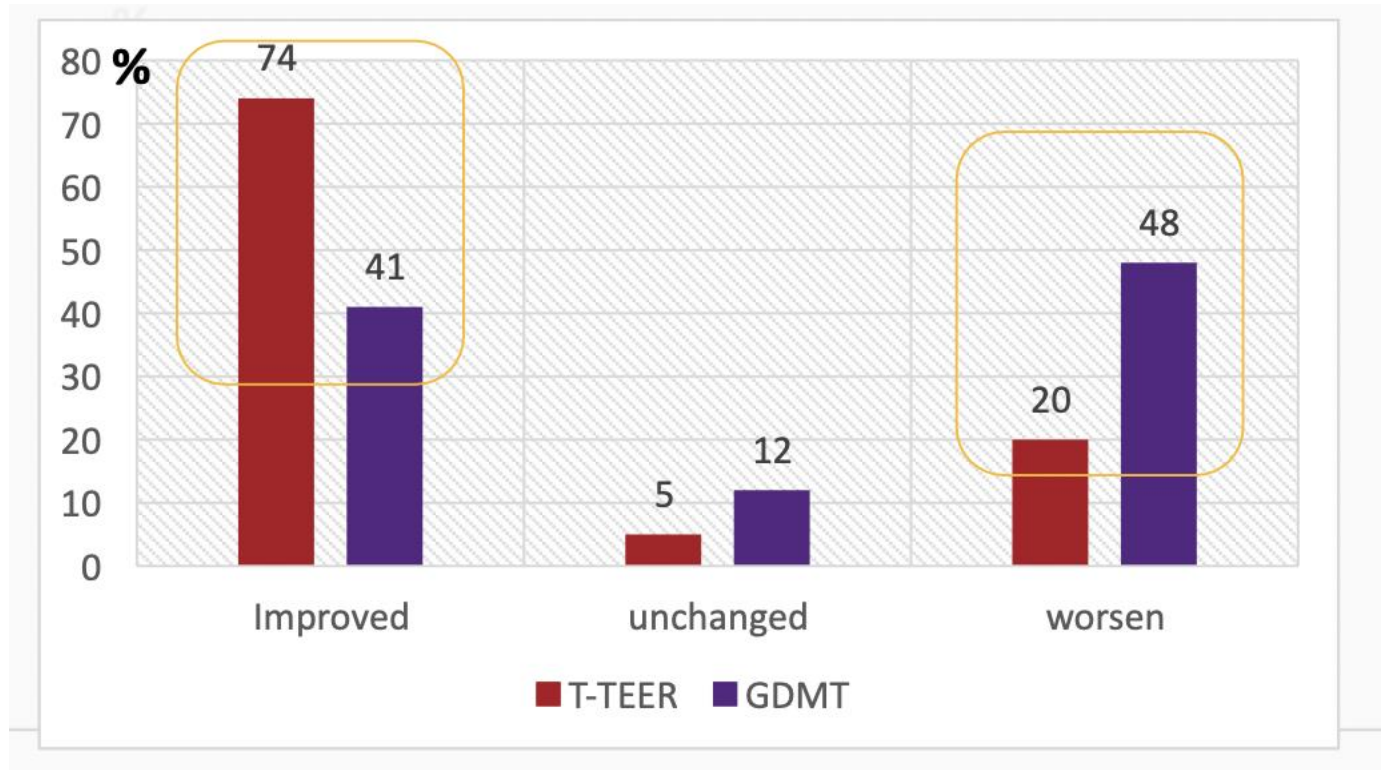
**Multicentric randomized evaluation of a Tricuspid valve
Percutaneous Repair System (T-TEER) in the treatment of
severe Tricuspid Regurgitation
TRI.Fr**

Pr Erwan DONAL, CHU Rennes, Fr *on behalf of the Tri-Fr investigators*

erwan.donal@chu-rennes.fr

@DonalErwan





En pratique ?

Pas de vrai TRT médical optimal pour l'IT, à part les diurétiques...

Penser au triclip et ne pas trop attendre

Puis « Valve-team » !

EN CONCLUSION

De nouveaux médicaments ?

Des nouvelles prises en charge ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles « indications »?

Des situations particulières ?



EN CONCLUSION

De nouveaux médicaments ?

- **ArGLP1** : ça arrive !
 - **Finerenone** : pas tout de suite... mais **MRA** !!

Des nouvelles prises en charge ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles « indications »?

Des situations particulières ?



EN CONCLUSION

De nouveaux médicaments ?

- **ArGLP1** : ça arrive !
 - **Finerenone** : pas tout de suite... mais **MRA** !!

Des nouvelles prises en charge ?

Vers une **externalisation** de la prise en charge de l'ICA ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles « indications »?

Des situations particulières ?



EN CONCLUSION

De nouveaux médicaments ?

- **ArGLP1** : ça arrive !
 - **Finerenone** : pas tout de suite... mais **MRA** !!

Des nouvelles prises en charge ?

Vers une **externalisation** de la prise en charge de l'ICA ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles « indications »?

Colchicine dans l'IC : non !

Gliflozine dans le post-infarctus : non !

Des situations particulières ?



EN CONCLUSION

De nouveaux médicaments ?

- **ArGLP1** : ça arrive !
 - **Finerenone** : pas tout de suite... mais **MRA** !!

Des nouvelles prises en charge ?

Vers une **externalisation** de la prise en charge de l'ICA ?

Des « vieux » médicaments dans de nouvelles « indications » ?

Colchicine dans l'IC : non !

Gliflozine dans le post-infarctus : non !

Des situations particulières ?

Amylose : Traiter tot ! Bientôt une bithérapie ?

IM / IT : Pas qu'une histoire de médicaments...

