

Titre: Bromocriptine treatment and outcomes in peripartum cardiomyopathy: the EORP PPCM registry

Auteurs: van der Meer P et coll. **Source:** European Heart Journal 2025; 46 : 1017-1027.

Type d'étude : cohorte prospective, multicentrique, observationnelle, 2012-2018

Pays: Multiples, surtout d'Europe (36,6%) et d'Afrique (29,9%)

Buts : Déterminer les effets de la bromocriptine sur les issues cardiaques 6 mois après une cardiomyopathie péripartum (CMP PP).

Méthodologie: Basée sur le registre *EURObservational Research Program* (EORP). La CMP PP définie par: survenue à T3 jusqu'à 6 mois PP + symptômes d'insuffisance cardiaque + FEVG $\leq$ 45% + pas d'étiologie. Comparaison entre des femmes exposées (dose et durée variable et déterminée par les cliniciens) vs non-exposées à la bromocriptine. **Issue primaire :** à 6 mois, décès ou réadmission ou FEVG $\leq$ 35%. **Issue secondaire :** événement thromboembolique.

Inclusions : Centres : expertise clinique, accès à l'échographie cardiaque, suivi à 6 mois réalisable. Femmes : CMP PP + exposition à la bromocriptine connue. **Statistiques:** Analyses descriptives + analyse multivariée avec multiples ajustements et pondération par probabilité inverse (pour corriger le biais de sélection).

Résultats: 552 femmes mais 491 avec issue primaire connue dont 85 exposées à la bromocriptine (15%).

Caractéristiques de base : répartition différente du pays d'origine/ethnie, du niveau de développement des pays, du niveau de classe fonctionnelle NYHA et des catégories d'atteinte du FEVG. Groupe bromocriptine : fréquence cardiaque statistiquement plus élevée ainsi que l'utilisation des IECA ou ARA et diurétiques. Score de récupération de la CMP PP identique entre les 2 groupes.

Issue primaire : 33% vs 22% ($p=0,044$) sous bromocriptine surtout due à une FEVG $\leq$ 35% : 24% vs 15% ($p=0,031$). Avec ajustement : RC 0,47 (IC 95% 0,31 à 0,70)

Issue secondaire: 6% et pas de différence statistique (20% d'anticoagulation dans le groupe bromocriptine)

Discussion des auteurs: Forces : taille d'échantillon, statistiques avec ajustement et pondération inversée.

Limitations : étude non randomisée contrôlée; biais de sélection possible.

Conclusion des auteurs: L'addition de la bromocriptine améliore les issues cardiaques maternelles 6 mois après une CMP PP. Ils ne suggèrent pas une anticoagulation à long terme chez les femmes avec CMP PP.

Discussion du groupe : Biais de sélection; les moins malades ne sont probablement pas incluses; discordance entre la classe fonctionnelle NYHA et le FEVG: plus de femmes avec une classe NYHA III et IV dans le groupe bromocriptine alors qu'il y a plus de femmes avec une FEVG $\leq$ 25% dans le groupe sans bromocriptine. Ont-elles influencées les résultats malgré tous les ajustements ??? Dose et durée d'exposition à la bromocriptine inconnues. Aucune notion sur l'allaitement chez celles qui n'ont pas été exposées à la bromocriptine. Ce papier nous permet de revoir les recommandations de l'**ESC 2018** et de discuter de la recommandation sur l'anticoagulation chez les femmes avec CMP PP (aucune étude n'a statué sur la nécessité et les doses à employer) (traduction libre) « L'addition de la bromocriptine aux traitements usuels peut améliorer la fonction cardiaque chez les femmes avec CMP PP **grave**; le traitement à la bromocriptine doit toujours être accompagnée d'une anticoagulation à dose prophylactique au minimum ».

Conclusions : Il n'y a pas de doute que la bromocriptine devrait être employée en présence de CMP PP sévère. La possibilité de l'utiliser en présence d'une CMP PP modérée, l'arrêt de l'allaitement et l'anticoagulation devraient être discutés au cas par cas.