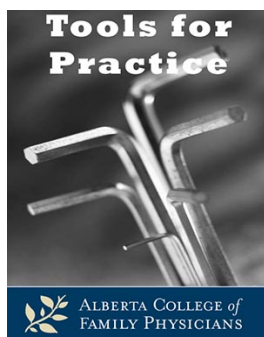


Changement au calendrier de *Tools for Practice* (TFP)!

TFP sera diffusé toutes les trois semaines pendant les mois d'avril, de mai et de juin. Vous recevrez le prochain TFP le 30 avril 2012.

Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 3 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

10 avril 2012



Ajout de niacine aux statines pour traiter la maladie cardiovasculaire? 1 + 1 = 1

Question clinique : Chez les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire et présentant de faibles taux de lipoprotéines de haute densité (HDL), l'ajout de niacine au traitement par statines diminue-t-il les futurs événements cardiovasculaires?

Données probantes

- Essai clinique randomisé (ECR) de trois ans, AIM-HIGH, regroupant 3 414 patients (âgés en moyenne de 65 ans, 85 % d'hommes) ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire et prenant des simvastatines (moyenne de 40 mg)¹.
 - Les patients ont été randomisés pour recevoir de 1 500 à 2 000 mg de niacine à libération prolongée ou un placebo (contenant jusqu'à 200 mg de niacine pour maintenir l'insu).
 - Résultats :
 - Résultat principal (événements cardiovasculaires combinés) : aucune différence statistique (16,4 % pour la niacine par rapport à 16,2 % pour le placebo).
 - Accident ischémique cérébral : tendance (non significative) à avoir des effets nocifs, soit 1,7 % pour la niacine par rapport à 1,1 % pour le placebo (p=0,11).
 - La niacine a davantage amélioré le profil lipidique que le placebo : 6 % pour les lipoprotéines de faible densité (LDL), 13 % pour le HDL et 21 % pour les triglycérides.
 - L'essai a été interrompu prématurément en raison d'un manque d'efficacité.
- ECR du Coronary Drug Project : patients ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire prenant de la niacine par rapport à un placebo².
 - Réduction relative de la mortalité de 11 % et des maladies cardiovasculaires de 27 % sur 15 ans, mais :
 - L'essai date de 40 ans, c'est-à-dire qu'il a été réalisé avant l'utilisation de thérapies éprouvées (statines).
- ECR comparant la niacine et l'ézétimibe (les deux avec des statines)³ :

- Les événements cardiovasculaires étaient considérablement moins nombreux avec la niacine (1 % par rapport à 5 % pour l'ézétimibe), mais :
 - Il s'agissait d'un essai de petite taille (ce qui diminue la fiabilité).
 - Aucun groupe placebo : la niacine pourrait être meilleure que l'ézétimibe, mais pas le placebo.

Contexte

- Les marqueurs de substitution comme les lipides peuvent induire en erreur⁴.
 - Le médicament torcetrapib a réduit le taux de LDL de 25 % et accru le taux de HDL de 72 %, mais il a accru les événements cardiovasculaires et la mortalité⁵.
 - Les statines améliorent les résultats cardiovasculaires sans égard aux niveaux lipidiques⁶ ou au degré de réduction du taux de LDL⁷.
- Des données probantes solides démontrent que les statines réduisent les événements cardiovasculaires, surtout dans la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires⁸.
- Les lignes directrices actuelles recommandent un traitement en fonction de cibles lipidiques (particulièrement le LDL), y compris l'ajout de niacine, de fibrates ou d'ézétimibe aux statines au besoin (tout en reconnaissant qu'il n'existe aucune donnée probante appuyant de tels traitements d'appoint)⁹.
- Une revue exhaustive des données probantes n'appuie pas le traitement en fonction de cibles lipidiques⁷.

Conclusion : Chez les patients ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire qui suivent déjà un traitement par statines, l'ajout de niacine n'améliore pas les résultats liés aux événements cardiovasculaires. Parmi les traitements lipidiques, seule la monothérapie par statines pour la prévention des maladies cardiovasculaires (sans égard aux taux de lipides) est appuyée par des données solides.

Auteurs : Michael R. Kolber, M.D., CCMF, M. Sc., et G. Michael Allan, M.D., CCMF

1. NEJM, 2011, 365 : 2255-2267.
2. Eur J Clin Pharmacol, 1991, 40 [Suppl 1] : 49-51.
3. NEJM, 2009, 361 : 2113-2122.
4. Circulation Cardiovasc Qual Outcomes, 2012, 5 : 2-5.
5. NEJM, 2007, 357 : 2109-2122.
6. Lancet, 2002, 360 : 7-22.
7. Ann Intern Med, 2006, 145 : 520-530.
8. Lancet, 2005, 366 : 1267-1278.
9. Can J Cardiol, 2009, Vol 25 (10) : 567-579.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.