



Les acides gras oméga-3 (huile de poisson) pour les patients souffrant d'une maladie cardiovasculaire

Question clinique : Les suppléments d'acides gras oméga-3 réduisent-ils le risque d'événements cardiovasculaires chez les patients atteints ou non d'une maladie cardiovasculaire?

Conclusion : Les données probantes n'appuient pas l'utilisation de suppléments d'acides gras oméga-3 pour la prévention primaire ou secondaire des maladies cardiovasculaires.

Données probantes

- Une méta-analyse¹ et deux essais cliniques randomisés (ECR) ultérieurs^{2,3} ont évalué la consommation d'oméga-3 pour la prévention primaire ou secondaire des maladies cardiovasculaires.
 - Méta-analyse¹ de 20 ECR (68 680 patients)
 - Deux ECR portant sur l'administration d'un apport alimentaire en oméga-3 ont fait état d'effets opposés sur la mortalité toutes causes confondues.
 - Dix-huit ECR portant sur l'administration de suppléments d'oméga-3 ont constaté ce qui suit :
 - Aucune différence importante pour ce qui est de la mortalité toutes causes confondues, des infarctus du myocarde ou des accidents vasculaires cérébraux.
 - Remarque : La réduction relative de 9 % des décès cardiaques n'est pas significative après un ajustement pour des comparaisons multiples et ne modifie pas les résultats susmentionnés ni celui de la mort subite.
 - Un ECR² portant sur 12 513 patients présentant un risque élevé de maladie cardiovasculaire n'a révélé aucune différence après cinq ans pour ce qui est :
 - Des décès ou des hospitalisations d'origine cardiovasculaire : 11,7 % (oméga-3) par rapport à 11,9 % (placebo).
 - Aucun changement pour ce qui est des autres résultats liés aux maladies cardiovasculaires.
 - Résultats secondaires de l'ECR AREDS2³ portant sur 4 203 patients atteints de dégénérescence maculaire liée à l'âge :
 - Aucune différence après 4,8 ans pour ce qui est de la morbidité ou de la mortalité liées aux maladies cardiovasculaires : 9 % dans les deux groupes.
- Seul un ECR⁴ réalisé auprès de patients souffrant d'insuffisance cardiaque (inclus dans la revue systématique susmentionnée) a montré :
 - Une baisse de la mortalité toutes causes confondues : 27,3 % (oméga-3) par rapport à 29,1 % (placebo).
 - Cependant, la signification statistique ($p = 0,041$) n'a été atteinte qu'après un ajustement en fonction des différences au niveau des caractéristiques au départ.

Contexte

- Les oméga-3 sont un groupe d'acides gras polyinsaturés qu'on trouve dans le poisson, les graines de lin (d'autres noix dans une moindre mesure), l'huile de canola et le soya.
- On pensait que les taux inférieurs de maladie cardiovasculaire observés chez les Inuits étaient dus à leur forte consommation d'oméga-3 de source marine⁵.
- Les seuls ECR à démontrer les effets bénéfiques des oméga-3 sur les maladies cardiovasculaires étaient sans insu^{6,7} ou ont peu fait appel aux médicaments cardiovasculaires courants (comme les statines)⁶.
- Les méta-analyses des données probantes de moindre qualité (études de cohorte) portant sur les oméga-3 font état d'effets incohérents des oméga-3 sur les résultats⁸⁻¹⁰.
- Le Guide alimentaire canadien¹¹ et l'American Heart Association¹² encouragent la consommation de deux portions de poisson ou plus par semaine pour la prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires.
 - Depuis 2013, les lignes directrices du NICE ne recommandent plus de consommer du poisson spécifiquement pour prévenir les maladies cardiovasculaires, et ce, en raison de l'absence d'effets bénéfiques (quoiqu'elles reconnaissent que cette pratique n'est pas dommageable en soi)¹³.

Auteurs originaux

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D., Fred Janke, M.D., M. Sc., CCMF, et Michael R. Kolber, B. Sc., M.D., M. Sc. CCMF

Mise à jour :

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

Révision :

G. Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Rizos EC, Ntzani EE, Bika E, *et al.* JAMA. 2012;308:1024-1033.
2. The Risk and Prevention Study Collaborative Group. N Engl J Med. 2013;368:1800-1808.
3. Writing Group for the AREDS2 Research Group. JAMA Intern Med. 2014;174:763-771.
4. GISSI-HF Investigators. Lancet. 2008;372:1223-1230.
5. Stone NJ. Circulation. 1996;94:2337-2340.
6. GISSI-Prevenzione Investigators. Lancet. 1999;354:447-455.
7. Yokoyama M, Origasa H, Matsuzaki M, *et al.* Lancet. 2007;369:1090-1098.
8. Hooper L, Thompson RL, Harrison RA, *et al.* Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD003177.
9. Leung SSL, Stark KD, Thanassoulis G, *et al.* Am J Med. 2014;127:848-857.
10. Del Gobbo LC, Imamura F, Aslibekyan S, *et al.* JAMA Intern Med. 2016; 176(8):1155-1166.
11. Guide alimentaire canadien. Lien : <https://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide/food-guide-aliment/choose-choix/meat-viande/index-fra.php>. Consulté la dernière fois le 24 juillet 2016.
12. Kris-Etherton PM, Harris WS, Appel LJ, *et al.* Circulation. 2002;106:2747-2757.
13. Lignes directes du NICE. Lien : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg172>. Consulté la dernière fois le 24 juillet 2016.

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.