



La varénicline et le risque cardiovasculaire – la cure est-elle pire que l’affliction?

Question clinique : Le renoncement au tabac à l’aide de la varénicline (Champix^{MD}) augmente-t-elle le risque de maladie cardiovasculaire?

Conclusion : La varénicline ne semble pas accroître le risque d’événements cardiovasculaires par rapport au placebo ou à d’autres médicaments prescrits pour cesser de fumer. Le renoncement au tabac constitue l’intervention la plus efficace pour la réduction du risque de maladie cardiovasculaire. La varénicline est au moins aussi bonne que les autres médicaments prescrits pour cesser de fumer et est peut-être légèrement meilleure.

Données probantes

- JAMC¹ : Une première méta-analyse de 14 essais cliniques randomisés (ECR) regroupant 8 216 patients a constaté une augmentation statistiquement significative des maladies cardiovasculaires (rapport de cotes Peto : 1,72, IC à 95 % : 1,09-2,71).
 - Taux d’événements regroupés : 1,06 % pour la varénicline et 0,82 % pour le placebo.
- Des méta-analyses ultérieures²⁻⁵ incluant plus d’études n’ont pas constaté de hausse statistiquement significative des maladies cardiovasculaires :
 - Méta-analyse de 38 ECR (12 706 patients)⁴ : risque relatif : 1.03 (0.72-1.49).
 - Taux d’événements regroupés : 0,79 % pour la varénicline et 0,78 % pour le placebo.
 - Une méta-analyse⁵ du risque de maladie cardiovasculaire associé aux traitements de renoncement au tabac a constaté ce qui suit :
 - Aucune augmentation des événements cardiovasculaires majeurs avec le bupropion, la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) ou la varénicline par rapport au placebo.
 - Augmentation du risque d’événements cardiovasculaires majeurs de n’importe quelle gravité à cause de la TRN (surtout d’événements à faible risque comme la tachycardie transitoire) : 2,8 % pour la TRN et 1,6 % pour le placebo.
- Toutes les méta-analyses sont limitées par les études incluses :
 - Le petit nombre d’événements cardiovasculaires limite la puissance.
 - Les résultats cardiovasculaires ne sont pas systématiquement consignés dans la plupart des ECR.
 - Les taux d’abandon sont élevés (jusqu’à 30 %).
- Trois études observationnelles de grande envergure⁶⁻⁸ (total de 278 596 patients sous varénicline) n’ont constaté aucune différence quant au risque de maladie cardiovasculaire entre les fumeurs sous varénicline et ceux sous bupropion.

Contexte

- ECR sur le renoncement au tabac (counseling et bupropion ou remplacement de la nicotine) après l'admission à l'unité de soins coronariens⁹ :
 - Réduction absolue de la mortalité de 9 % après deux ans malgré un taux d'abstinence ≤ 40 %.
- La varénicline constitue peut-être le médicament le plus efficace pour le renoncement au tabac¹⁰. Nombre de sujets à traiter (NST) pour différents médicaments après un an, en fonction d'un taux de renoncement de 10 % sous placebo.
 - Varénicline : NST = 8, nortriptyline : NST = 10, bupropion : NST = 10.
- On s'est également inquiété d'une association entre la varénicline et un risque accru de dépression et d'automutilation.
 - De multiples ECR et études observationnelles, portant notamment sur des patients souffrant de troubles psychiatriques stables¹¹, n'ont constaté aucune augmentation du risque d'événements neuropsychiatriques indésirables^{12,13}.

Auteurs originaux

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D., et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Mise à jour :

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

Révision :

G. Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Singh S, Loke YK, Spangler JG, *et al.* CMAJ. 2011;183:1359-1366.
2. Prochaska JJ, Hilton JF. BMJ. 2012;344:e2856.
3. Ware JH, Vetrovec GW, Miller AB, *et al.* Am J Ther. 2013;20:235-246.
4. Sterling LH, Windle SB, Filion KB, *et al.* J Am Heart Assoc. 2016;5:e002849.
5. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, *et al.* Circulation. 2014;129:28-41.
6. Svanstrom H, Pasternak B, Hviid A. BMJ. 2012;345:e7176.
7. Toh S, Baker MA, Brown JS, *et al.* JAMA Intern Med. 2013;173:817-819.
8. Graham DJ, By K, McKean S, *et al.* Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2014;23:1205-1212.
9. Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, *et al.* Chest. 2007;131:446-452.
10. Allan GM, Els C. Outils de la pratique n° 26. Lien : https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1436838591_tfp26-pharmacoforsmokingpart1-tfpforpeggymaher-fr.pdf. Dernière consultation : le 1^{er} décembre 2016.
11. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, *et al.* Lancet. 2016;387:2507-2520.
12. Thomas KH, Martin RM, Davies NM, *et al.* BMJ. 2013;347:f5704.
13. Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, *et al.* BMJ. 2015;350:h1109.

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.