



Différences minimales associées aux vitamines pour la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

Question clinique : Les vitamines et les minéraux oculaires ralentissent-ils la progression de la DMLA?

Conclusion : Les vitamines oculaires ne ralentissent la perte visuelle que chez les patients atteints de DMLA qui présentent des pathologies de la rétine au stade intermédiaire ou plus avancé. Elles réduisent la progression chez un patient sur 17 sur une période de six ans. Le risque de DMLA avancée est rare chez les patients atteints de DMLA minimale, et les vitamines oculaires ne préviennent pas la DMLA chez ceux qui n'en sont pas atteints. Certains des composants des vitamines oculaires pourraient avoir des effets nocifs, et l'utilisation devrait se limiter à certains patients.

Données probantes

AREDS¹ : Cet essai clinique randomisé (ECR) portant sur 4 757 patients atteints de DMLA a examiné les effets d'antioxydants (500 mg de vitamine C, 400 UI de vitamine E et 15 mg de bêta-carotène), de 80 mg d'oxyde de zinc, des antioxydants combinés à l'oxyde de zinc ou d'un placebo sur une période de 6,3 ans :

- Patients classés selon la photographie de la rétine au départ : de catégorie 1 (minimale) à 4 (avancée).
- Perte d'acuité visuelle de 15 lettres :
 - Patients des catégories 2,3 et 4 : aucune amélioration significative, peu importe l'intervention.
 - Patients des catégories 3 et 4 : réduction statistiquement significative de la perte visuelle avec les antioxydants associés au zinc (23 %) par rapport au placebo (29 %), nombre de sujets à traiter (NST) = 17.
- Progression vers la DMLA avancée (néovascularisation surtout) :
 - Patients des catégories 3 et 4 : réduction statistiquement significative de la progression avec le zinc (NST = 17) et les antioxydants associés au zinc (NST = 13).
- Limites : Exclusion des patients de la catégorie 1 (23 % de l'échantillon), déclaration sélective, ajustements en fonction des caractéristiques de départ, soutien de l'industrie.

Des résultats incohérents ont été constatés dans des études plus brèves et plus petites².

AREDS2³ : ECR portant sur 4 203 patients atteints de DMLA, répartis au hasard pour recevoir une nouvelle formule AREDS sur une période de 4,9 ans :

- Ajout : lutéine/zéaxanthine, acides gras oméga-3, lutéine/zéaxanthine et oméga-3, ou placebo.
- Modification : formule AREDS originale, enlèvement du bêta-carotène, réduction à 25 mg de la dose d'oxyde de zinc, ou enlèvement du bêta-carotène et réduction de la dose.
- Résultats :
 - Aucune différence entre ces groupes pour ce qui est de la perte d'acuité visuelle ou de la progression vers une DMLA avancée.
 - Réduction statistiquement significative du risque de cancer du poumon avec le retrait du bêta-carotène (0,9 %) par rapport à sa conservation (2,0 %).

Contexte

- La DMLA est une cause fréquente de perte visuelle dans les pays développés^{4,5}.
- Plus de 80 % de la perte visuelle liée à la DMLA est attribuable à la DMLA néovasculaire, mais moins de 15 % des patients en développent une (moins de 1 % des patients des catégories 1 ou 2)^{1,6}.
- Facteurs de risque de DMLA : race blanche, âge avancé, tabagisme, obésité et antécédents familiaux⁶⁻⁹.
- Chez les patients non atteints de DMLA :
 - La vitamine E ou le bêta-carotène ne préviennent pas la DMLA^{10,11}.
 - Les spécialistes canadiens de la rétine recommandent le recours à la formule AREDS originale¹².
- Les antioxydants (y compris le bêta-carotène) augmentent les événements indésirables, y compris la mortalité (risque relatif = 1,04, 1,01-1,07)¹³.

Auteurs originaux Michael R. Kolber, M.D., CCMF, M. Sc., et Tony Nickonchuk, B. Sc. (pharmacie), EAD, APA

Mise à jour :

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

Révision :

G Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Age-Related Eye Disease Study Research Group. Arch Ophthalmol. 2001;119:1417-1436.
2. Evans JR, Lawrenson JG. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD000254.
3. The Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) Research Group. JAMA. 2013;309:2005-2015.
4. The Eye Diseases Prevalence Research Group. Arch Ophthalmol. 2004;122:477-485.
5. Maberley, H Hollands, J Chuo, *et al.* Eye. 2006;20:341-346.
6. Jager RD, Mieler WF, Miller JW. N Engl J Med. 2008;358:2606-2617.
7. Age-Related Eye Disease Study Research Group. Ophthalmology. 2005;112:533-539.
8. Chakravarthy U, Augood C, Bentham GC, *et al.* Ophthalmology. 2007;114:1157-1163.
9. Ting AYC, Lee TKM, MacDonald IM. Curr Opin Neurobiol. 2009;20:369-376.
10. Evans JR, Lawrenson JG. Cochrane Database Syst Rev. 2012;6:CD000253.
11. Christen WG, Glynn RJ, Sesso HD, *et al.* Ophthalmology. 2012;119:1642-1649.
12. Cruess AF, Berger A, Colleaux K, *et al.* Can J Ophthalmol. 2012;47:227-235.
13. Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, *et al.* Cochrane Database Syst Rev. 2012;3:CD007176.

Tools for Practice is a biweekly article summarizing medical evidence with a focus on topical issues and practice modifying information. It is coordinated by G. Michael Allan, MD, CCFP and the content is written by practising family physicians who are joined occasionally by a health professional from another medical specialty or health discipline. Each article is peer-reviewed, ensuring it maintains a high standard of quality, accuracy, and academic integrity. If you are not a member of the ACFP and would like to receive the TFP emails, please sign up for the distribution list at <http://bit.ly/signupfortfp>. Archived articles are available on the ACFP website.

This communication reflects the opinion of the authors and does not necessarily mirror the perspective and policy of the Alberta College of Family Physicians.