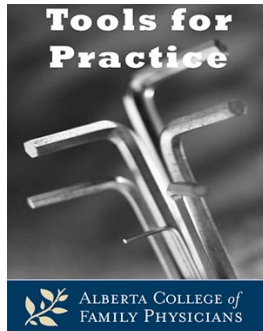


**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 3 900 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP 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](http://www.acfp.ca)

31 mars 2014



## **Cibles des traitements : tapons-nous dans le mille?**

**Question clinique : Est-il possible d'atteindre les cibles précises des marqueurs de substitution (cholestérol, pression artérielle, hémoglobine glycosylée) prévues par les lignes directrices dans les soins primaires?**

**Conclusion : Même dans des conditions idéales et avec des patients choisis avec soin, moins de 25 % des patients atteignent les cibles multiples des marqueurs de substitution. Toutefois, les résultats cliniques s'améliorent lorsque des interventions éprouvées (p. ex. les statines, la metformine, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les thiazides) sont utilisées sans nécessairement atteindre les cibles. Les cliniciens doivent moins « se préoccuper » d'atteindre les cibles exactes des marqueurs de substitution et se concentrer davantage sur l'utilisation de thérapies éprouvées.**

### **Données probantes**

- De multiples études de cohorte montrent que les patients en soins primaires n'atteignent pas les cibles des marqueurs de substitution.
  - 1 706 patients diabétiques : 7,3 % ont atteint les trois cibles [taux d'HbA1c inférieur à 7, pression artérielle (PA) inférieure à 130/80 et cholestérol total inférieur à 5,18 mmol/l]<sup>1</sup>.
  - 1 701 Canadiens : 24 % des patients traités avaient un taux de cholestérol LDL inférieur à 2 mmol/l<sup>2</sup>.
  - 3 167 patients atteints d'une coronaropathie : 16 % ont atteint les trois cibles (PA inférieure à 130/80-85, cholestérol LDL inférieur à 2,2 mmol/l et utilisation de l'AAS)<sup>3</sup>.
- Il est difficile dans les essais cliniques randomisés (ECR) d'atteindre ces cibles (malgré des soins intensifs, des doses maximales et de multiples thérapies).
  - Moins de 50 % ont atteint un taux de cholestérol LDL inférieur à 2 mmol/l en prenant la dose maximale de statine [méta-analyse de sept ECR, 29 395 patients]<sup>4</sup>.

- Dans trois ECR (5 034 patients) auprès de diabétiques présentant une coronaropathie, environ 23 % des patients ont atteint les quatre cibles (cholestérol LDL inférieur à 2,5 mmol/l, PA systolique inférieure à 130 mmHg, taux d'HbA1c inférieur à 7 et non-consommation de tabac)<sup>5</sup>.
- Dans l'ECR STENO mené auprès de 160 diabétiques portant sur les cibles : après 13 ans, 1 % des patients avaient atteint les cinq cibles (taux d'HbA1c inférieur à 6,5 %, cholestérol total inférieur à 4,5 mmol/l, taux de triglycérides inférieur à 1,7 mmol/L et PA inférieure à 130/80)<sup>6</sup>.
- Même si elles ne permettent pas d'atteindre les cibles, les thérapies éprouvées améliorent les résultats cliniques.
  - Les statines réduisent les coronaropathies [p. ex. : nombre de sujets à traiter (NST) de 27 pour une dose faible ou modérée et de 91 pour une dose élevée par rapport à une faible dose chez les patients présentant une coronaropathie]<sup>7</sup>.
  - Dans l'étude STENO, le groupe sous traitement intensif a reçu des traitements mieux éprouvés (p. ex. : statines, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et metformine) et les résultats se sont améliorés, notamment la réduction des décès (NST=5) et des maladies cardiovasculaires (NST=4)<sup>6</sup>.

## Contexte

- Les recommandations des lignes directrices sur les maladies cardiovasculaires, y compris les cibles, sont principalement basées sur l'avis de spécialistes (environ 50 %) et des données probantes de plus faible qualité (environ 40 %), non pas sur des ECR<sup>8</sup>.
- De multiples comorbidités sont courantes dans les soins primaires, surtout chez les adultes plus âgés, mais elles sont rares dans les lignes directrices et les essais cliniques, rendant la mise en pratique difficile<sup>9-11</sup>.
- De nouvelles lignes directrices recommandent la relaxation (hypertension<sup>12</sup> et diabète<sup>13</sup>) ou le retrait de cibles (cholestérol)<sup>14</sup>.

## Auteurs

Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D., et G. Michael Allan, M.D., CCMF

## Divulcation

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

## Références

1. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC, JAMA, 2004, 291 : 335-342.
2. Joffres M, Shields M, Tremblay MS, *et al.*, Can J Public Health, 2013, 104(3) : e252-e257.
3. Brown TM, Voeks JH, Bittner V, *et al.*, J Am Coll Cardiol, 2014 Feb 14, pii : S0735-1097(14)01101-2 (diffusion en ligne avant l'impression).
4. Josan K, Majumdar SR, McAlister FA, CMAJ, 2008, 178 : 576-584.
5. Farkouh ME, Boden WE, Bittner V, *et al.*, J Am Coll Cardiol, 2013, 61(15) : 1607-1615.
6. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, *et al.*, N Engl J Med, 2008, 358(6) : 580-591.
7. Allan GM, Mannarino M, Tools for Practice. Sur Internet : [http://www.acfp.ca/Portals/0/docs/TFP/20120522\\_090852.pdf](http://www.acfp.ca/Portals/0/docs/TFP/20120522_090852.pdf) (consulté la dernière fois le 25 mars 2014).
8. Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, *et al.*, JAMA, 2009, 301(8) : 831-841.
9. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV, New Engl J Med, 2004, 351(27) : 2870-2874.
10. Fortin M, Bravo G, Hudon C, *et al.*, Ann Fam Med, 2005, 3(3) : 223-228.
11. Britt HC, Harrison CM, Miler GC, *et al.*, Med J Aus, 2008, 189(2) : 72-77.

12. James PA, Oparil S, Carter BL, *et al.*, JAMA, 2014, 311(5) : 507-520.
13. Imran SA, Rabasa-Lhoret R, Ross S, Can J Diabetes, 2013, 37(suppl 1) : S31-S34.
14. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, *et al.*, Circulation, 2013 Nov 12 (diffusion en ligne avant l'impression).

**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 auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous 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.