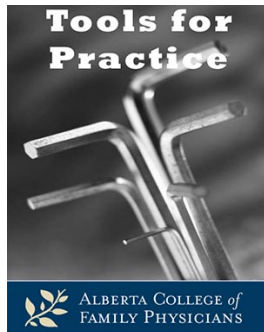


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP 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

25 mai 2015



La digoxine : une vieille amie ou bonne pour les placards?

Question clinique : La digoxine change-t-elle les résultats cliniques des patients atteints d'une insuffisance cardiaque congestive ou de fibrillation auriculaire?

Conclusion : Dans le cas de l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) systolique, un essai clinique randomisé (ECR) a démontré que la digoxine diminue les hospitalisations liées à l'ICC (pour un patient sur 13) sans changer les taux de mortalité. Interrompre la digoxine chez des patients stables atteints d'ICC peut aggraver les symptômes. Une analyse post-hoc semble indiquer que les faibles taux sériques de digoxine pourraient en fait réduire la mortalité. Les données issues d'études de cohorte sur la fibrillation auriculaire (FA) ou l'ICC semblent indiquer que la digoxine augmente la mortalité, bien que la cause et l'effet n'aient pas été établis.

Données probantes

- ICC systolique :
 - ECR de haute qualité auprès de 6 800 patients (classe II ou III de la NYHA, âgés en moyenne de 63 ans) traités par la digoxine (0,25 mg par jour en moyenne) ou un placebo¹, qui a contribué 98 % des résultats d'une revue systématique² ultérieure, a constaté après trois ans ce qui suit :
 - Mortalité globale ou hospitalisations : Aucune différence.
 - Hospitalisations dues à l'ICC : 27 % pour la digoxine par rapport à 35 % pour le placebo, nombre de sujets à traiter (NST)=13.
 - Limite : L'étude a été réalisée avant l'utilisation systématique des bêtabloquants.
 - Analyse post-hoc³ :
 - Taux de digoxine :
 - Moins de 0,9 ng/ml : Réduction absolue du taux de mortalité et du taux global d'hospitalisations de 6 % comparativement au placebo.
 - Plus de 1,2 ng/ml : Augmentation absolue du taux de mortalité de 12 %.

- Des ECR de 12 semaines portant sur l'interruption de la digoxine chez les patients atteints d'ICC stable ont donné les résultats suivants^{4,5} :
 - Détérioration clinique (nécessitant un retrait de l'étude)⁴ ou échec du traitement (ajout ou augmentation des médicaments pour traiter l'ICC, visite au service d'urgence ou admission)⁵. Le nombre de sujets à traiter est d'environ 5^{4,5}.
 - La détérioration est plus susceptible de survenir chez les patients plus âgés qui ne prennent pas les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou qui présentent plus de symptômes de cardiomégalie ou d'ICC⁶.
- FA :
 - Une revue systématique de 12 études de cohorte (235 047 patients)⁷, y compris les trois plus grandes études des États-Unis⁸, de la Suède⁹ et du Canada¹⁰, dans lesquelles la digoxine a été utilisée après le congé de l'hôpital^{8,9} ou lors des consultations externes^{9,10} a démontré une augmentation de la mortalité de 29 % associée à la digoxine (rapport de risques de 1,29; IC à 95 %, 1,21-1,39).
 - Limites : Incertitude quant à l'effet résiduel de confusion (les patients recevant de la digoxine sont plus malades).

Contexte

- Les lignes directrices en vigueur recommandent la digoxine :
 - Après les diurétiques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les bêtabloquants et les antagonistes de l'aldostérone pour traiter l'ICC¹¹;
 - Après les bloqueurs calciques ou les bêtabloquants pour traiter la FA¹².
- Le dosage de digoxine doit être fondé sur les symptômes cliniques, l'âge et la fonction rénale, et la mesure des taux de digoxine doit être ordonnée si l'on a des doutes par rapport à la toxicité.
- La toxicité de la digoxine est habituellement associée à des arythmies cardiaques ou à des symptômes visuels ou gastro-intestinaux¹³ et demeure une raison relativement courante de l'hospitalisation des personnes âgées¹⁴.

Auteurs

Tafi Madzimure, MBChB, et Michael R. Kolber, B. Sc., M.D., CCMF, M. Sc.

Divulgence

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

Références

1. The Digitalis Investigation Group Investigators, *N Engl J Med*, 1997, 336 : 525-533.
2. Hood WB Jr, Dans AL, Guyatt GH, *et al.*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, 4 : CD002901.
3. Rathore SS, Curtis JP, Wang Y, *et al.*, *JAMA*, 2003, 289 : 871-878.
4. Packer M, Gheorghide M, Young JB, *et al.*, *N Engl J Med*, 1993, 329 : 1-7.
5. Uretsky BF, Young JB, Shahidi FE, *et al.*, *J Am Coll Cardiol*, 1993, 22(4) : 955-962.
6. Adams KF Jr, Gheorghide M, Uretsky BF, *et al.*, *Am Heart J*, 1998, 135 : 389-397.
7. Vamos M, Erath JW, Hohnloser SH, *Eur Heart J*, 2015 May 4, pii : ehv143 [diffusion en ligne avant l'impression].
8. Turakhia MP, Santangeli P, Winkelmayr WC, *et al.*, *J Am Coll Cardiol*, 2014, 64 : 660-668.
9. Hallberg P, Lindbäck J, Lindahl B, *et al.*, *Eur J Clin Pharmacol*, 2007, 63 : 959-971.
10. Shah R, Meytal A, Cynthia A, *Am J Cardiol*, 2014, 114 : 401-406.
11. McKelvie RS, Moe GW, Ezekowitz JA, *et al.*, *Can J Cardiol*, 2013, 29 : 168-181.
12. Verma A, Cairns J, Mitchell B, *et al.*, *Can J Cardiol*, 2014, 30 (10) : 1114-1130.

13. Yang E, Shah S, Criley JM, Am J Med, 2012, 125 : 337-343.

14. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, *et al.*, N Engl J Med, 2011, 365 : 2002-2012.

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.

L'ACFP appuie la publication et la diffusion des articles de la bibliothèque Tools for Practice depuis 2009. 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 sans frais supplémentaires sur le [site Web de l'ACFP](#).

Vous pouvez maintenant accumuler des crédits sur le site Tools for Practice! En août 2014, l'ACFP a lancé [GoMainpro, un outil d'agrément en ligne](#) destiné à faciliter l'agrément MAINPRO® de la bibliothèque Tools for Practice de l'ACFP, qui a été agréée par le Collège des médecins de famille du Canada pour les crédits Mainpro-M1. La combinaison du programme d'entrée directe du Collège des médecins de famille du Canada et des caractéristiques de suivi et d'établissement de rapports de GoMainpro fournit un moyen facile et commode d'accumuler les crédits Mainpro-M1.

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.