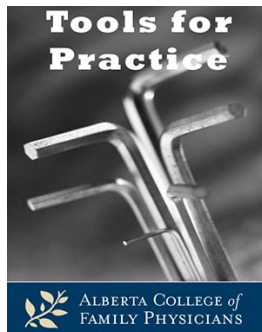


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP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

31 août 2015



Exercice et maladie cardiovasculaire : entrer dans le vif du sujet

Question clinique : Quelle est l'efficacité de l'exercice pour réduire les maladies cardiovasculaires?

Conclusion : Chez les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire, l'exercice peut réduire le risque de décès causé par une maladie cardiovasculaire chez une personne sur 32 après 48 mois. Il peut aussi réduire les admissions pour cause d'insuffisance cardiaque chez un patient sur 14 après 27 mois. Il est efficace sur le plan des coûts et améliore la qualité de vie.

Données probantes

- Essai clinique randomisé (ECR) de 101 hommes atteints d'angine stable et randomisés pour recevoir une intervention coronarienne percutanée (ICP) sur un seul vaisseau ou un vélo d'exercice (ciblant 70 % de la fréquence cardiaque maximum limitée par les symptômes pendant 20 minutes par jour, en plus d'une séance hebdomadaire de groupe de 60 minutes)¹. Après 12 mois :
 - Les événements cardiovasculaires (décès causé par une maladie cardiovasculaire, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, pontage, ICP supplémentaire, nouvelle hospitalisation pour angine) étaient considérablement moins élevés dans le groupe faisant du vélo : 30 % pour l'ICP par rapport à 12 % pour le vélo, nombre de sujets à traiter (NST)=6.
 - Coût : 3 708 \$ pour l'exercice par rapport à 6 086 \$ pour l'ICP.
- Revue systématique d'ECR portant sur la réadaptation cardiaque à l'aide de l'exercice² :
 - Une revue systématique (47 ECR, 10 794 patients) sur la coronaropathie a constaté des réductions relatives significatives dans les essais de plus de 12 mois :
 - 13 % pour la mortalité totale (NST=59 après 33 mois)^{2,3}.
 - 26 % pour la mortalité causée par une maladie cardiovasculaire (NST=32 après 48 mois)^{2,3}.
 - Les autres résultats ne présentent aucune différence statistiquement significative^{2,3}.

- Sept ECR sur 10 examinant la qualité de vie ont constaté une amélioration avec l'exercice³.
- Une revue systématique (33 ECR, 4 740 patients) portant sur l'insuffisance cardiaque a constaté des réductions relatives de ce qui suit :
 - 39 % des admissions pour cause d'insuffisance cardiaque (NST=14 après 27 mois)^{2,4}.
 - Onze ECR sur 19 examinant la qualité de vie ont constaté une amélioration avec l'exercice⁴.
 - L'exercice était efficace sur le plan des coûts⁴.
- Une autre revue systématique a trouvé des effets bénéfiques semblables⁵.
 - Le risque de nouvel infarctus a été réduit également : rapport des cotes de 0,53 (intervalle de confiance à 95 % : 0,38-0,76)⁵.
- Revue systématique portant sur la prévention primaire : aucun ECR n'a été trouvé⁶.

Contexte

- Il n'est pas possible de mener les essais à l'insu, et l'insu des évaluateurs des résultats est rare^{3,4}. Les pertes lors du suivi sont élevées (exemple : 21-48 %)³.
- Les comparaisons indirectes indiquent que les effets bénéfiques de l'exercice sur les maladies cardiovasculaires sont semblables à ceux des médicaments individuels⁷.
- Pour la mortalité, le niveau de conditionnement physique semble plus important que le poids corporel⁸.
- Les données issues d'études de cohorte indiquent que les personnes en mauvaise forme qui se mettent en forme connaissent une réduction du taux de mortalité^{9,10}.
- Les lignes directrices recommandent au moins 150 minutes d'exercice d'intensité modérée ou élevée par semaine, ou 30 à 60 minutes la plupart des jours de la semaine (comprend la marche rapide). Ces recommandations sont appuyées par les données issues d'études de cohorte^{11,12}.

Auteurs

Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D., Shweta Dhawan, M. Sp., B. Sc. avec spécialisation, et Doug Klein, M.D., CCMF, M. Sc.

Divulgation

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

Références

1. Hambrecht R, Walther C, Möbius-Winkler S, *et al.*, *Circulation*, 2004, 109 : 1371-1378.
2. Anderson L, Taylor RS, *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, 12 : CD011273.
3. Heran BS, Chen JMH, Ebrahim S, *et al.*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2011, 7 : CD001800.
4. Taylor RS, Sagar VA, Davies ET, *et al.*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, 4 : CD003331.
5. Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ, *Am Heart J*, 2011, 162 : 571-584.
6. Seron P, Lanan F, Pardo Hernandez H, *et al.*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, 8 : CD009387.
7. Naci H, Ioannidis JPA, *BMJ*, 2013, 347 : f5577.
8. Barry VW, Baruth M, Beets MW, *et al.*, *Prog Cardiovasc Dis*, 2014, 56(4) : 382-390.
9. Erikssen G, Liestøl K, Bjørnholt J, *et al.*, *Lancet*, 1998 Sep 5, 352(9130) : 759-762.
10. Blair SN, Kohl HW 3rd, Barlow CE, *et al.*, *JAMA*, 1995 Apr 12, 273(14) : 1093-1098.
11. Towards Optimized Practice, Prevention and management of cardiovascular disease risk in primary care. Sur Internet :

http://www.topalbertadoctors.org/download/1655/Lipid%20Pathway%20CPG.pdf?_20150624162113 (consulté le 24 juin 2015).

12. Sattelmair J, Pertman J, Ding EL, *et al.*, *Circulation*, 2011, 124(7) : 789-795.

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.