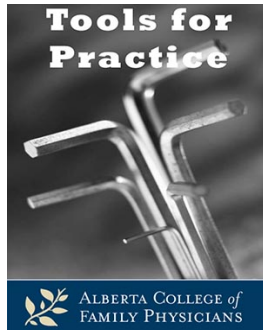


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 400 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP 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

Le 15 août 2016



Soupeser l'efficacité du liraglutide pour la perte de poids

Question clinique : Le liraglutide entraîne-t-il la perte de poids et améliore-t-il la santé des patients obèses?

Conclusion : Une injection quotidienne de 3,0 mg de liraglutide entraîne une perte de poids de 3,4 % à 4,6 % sur une période d'un an, et un patient traité sur trois ou quatre a une perte de poids de 5 % par rapport aux patients ayant reçu un placebo. En raison des effets indésirables du médicament (notamment nausées et vomissements), un patient sur 17 abandonne le liraglutide. L'effet ne se prolonge pas après la cessation du traitement, et on ne connaît pas les répercussions à long terme pour la santé chez les patients obèses non diabétiques.

Données probantes

- Essentiellement, deux vastes essais cliniques randomisés (ECR) financés par le secteur privé ont permis d'évaluer les résultats des injections de liraglutide sur la perte de poids.
 - ECR auprès de 3 731 patients non diabétiques obèses (poids moyen : 106 kg)¹. L'administration d'une dose quotidienne de 3,0 mg de liraglutide et d'un placebo sur une période de 56 semaines a donné les résultats suivants :
 - Analyse selon l'intention de traiter² : réduction du poids corporel total de 4,6 % (5 kg).
 - 63 % des patients ayant reçu le liraglutide contre 27 % de ceux qui ont reçu un placebo ont perdu plus ou moins 5 % de poids corporel – le nombre de sujets à traiter (NST) est de 3.
 - 33 % des patients ayant reçu le liraglutide contre 11 % de ceux qui ont reçu un placebo ont perdu plus de 10 % de poids corporel – le NST est de 5.
 - 12 semaines après avoir cessé de prendre le médicament, les patients ont repris environ 2,9 % de leur poids corporel initial.

- ECR auprès de 846 patients diabétiques obèses (poids moyen : 106 kg), qui ont reçu des doses quotidiennes de 3,0 mg ou de 1,8 mg de liraglutide, ou un placebo pendant 56 semaines³.
 - La perte de poids pour les patients ayant reçu des doses de 3,0 mg et de 1,8 mg de liraglutide comparativement au placebo est la suivante :
 - Analyse selon l'intention de traiter² : perte de poids de 3,4 % et de 2,5 % respectivement.
 - Dose de 3,0 mg de liraglutide par rapport au placebo :
 - 54 % des patients traités au liraglutide contre 21 % des patients traités au placebo ont perdu plus ou moins 5 % de poids corporel – le NST est de 4.
 - 25 % des patients traités au liraglutide contre 7 % des patients traités au placebo ont perdu plus ou moins 10 % de poids corporel - le NST est de 6.
- Effets indésirables : nausées (nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN) : ~4) et vomissements (NNN : ~9)².
 - Abandon en raison des effets indésirables⁴ : 10 % des patients traités au liraglutide contre 4 % des patients traités au placebo - le NNN est de 17.
- Des ECR menés à plus petite échelle confirment ces conclusions^{5,6}.

Contexte

- On considère comme possiblement significative une perte de poids de 5 %⁷. Or pour les patients qui souffrent d'obésité morbide (IMC de 46 à 49), une perte de poids de 17 % était nécessaire à une amélioration minimale cliniquement significative de la qualité de vie⁸.
- Une dose de 1,8 mg de liraglutide est indiquée pour les patients atteints de diabète de type 2⁹ et une dose de 3,0 mg est indiquée pour la perte de poids¹⁰.
 - Le coût du liraglutide au Canada (dose de 3,0 mg) est d'environ 400 \$ par mois.
- Les taux de mortalité sont semblables, tant chez les patients obèses qui sont en bonne forme physique que chez les patients de poids normal qui sont en bonne forme physique¹¹.
- Chez les patients diabétiques (IMC moyen de 32 et poids de 92 kg), la prise de liraglutide a donné lieu à une réduction relative de 13 % des accidents vasculaires cérébraux (NST de 53) sur environ quatre ans¹².
 - On ne connaît pas les conséquences à long terme pour les patients non diabétiques obèses.

Auteurs

Nikytha Antony, B. Sc. Santé, Christina Korownyk, M.D., CCMF

Divulgateion

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

Références

1. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, *et al.*, N Engl J Med., 2015, 373 : 11-22.
2. Endocrinologic and Metabolic Drug Advisory Committee, *Summary review for regulatory action NDA 206-321 2014*, FDA, le 11 septembre 2014. Sur Internet : <http://www.fda.gov/downloads/advisorycommittees/committeesmeetingmaterials/drugs/endocrinologicandmetabolicdrugsadvisorycommittee/ucm413317.pdf>. (consulté le 27 juin 2016)
3. Davies MJ, Bergenstal R, Bode B, *et al.*, JAMA, 2015, 314 : 687-699.
4. Khera R, Murad MH, Chandar AK, *et al.*, JAMA, 2016, 315 : 2424-2434.
5. Wadden TA, Hollander P, Klein S, *et al.*, Int J Obes (Lond), 2013, 37 : 1443-1451.
6. Astrup A, Carraro R, Finer N, *et al.*, Int J Obes (Lond), 2012, 36(6) : 843-854.

7. Institute of Medicine, National Academy of Sciences, *Weighing the Options: Criteria for Evaluating Weight Management Programs*, Government Printing Office, Washington, DC, 1995.
8. Warkentin LM, Majumdar SR, Johnson JA, *et al.*, *BMC medicine*, 2014, 12 : 175.
9. Monographie de produit, *Victoza liraglutide 6mg/ml solution for injection in a pre-filled pen*, Novo Nordisk Canada Inc., le 19 avril 2016.
10. Monographie de produit, *Saxenda liraglutide 6mg/ml solution for injection in a pre-filled pen*, Novo Nordisk Canada Inc., le 11 mars 2016.
11. Barry VW, Baruth M, Beets MW, *et al.*, *Prog Cardiovasc Dis.*, 2014, 56 : 382-390.
12. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, *et al.*, *N Engl J Med.*, le 13 juin 2016.
[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 de 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, ce qui garantit le respect de 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>. Vous pouvez consulter les articles archivés 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.