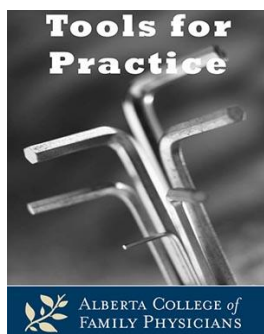


**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP 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](http://www.acfp.ca)

10 septembre 2018



## **Suppléments d'oméga-3 pour la sécheresse oculaire : données louches ou belle trouvaille?**

**Question clinique : Les suppléments d'oméga-3 par voie orale atténuent-ils les symptômes du syndrome de l'œil sec?**

**Conclusion : Les données probantes sur l'oméga-3 sont incohérentes. Selon l'essai clinique randomisé (ECR) de meilleure qualité, les suppléments d'oméga-3 n'atténuent pas les symptômes de sécheresse oculaire et n'améliorent pas le fonctionnement. Dans les ECR d'envergure plus petite, les scores des symptômes font ressortir des effets bénéfiques statistiquement significatifs qui ne sont pas toujours pertinents du point de vue clinique. Dans le meilleur des cas, l'oméga-3 atténuera les symptômes d'environ 3,9 points de plus que le placebo sur une échelle d'évaluation des symptômes de 18 points.**

### **Données probantes**

- Onze ECR de l'oméga-3 (tant l'acide eicosapentanoïque [AEP] que l'acide docosahexanoïque [ADH]) rapportant les résultats axés sur le patient :
  - ECR de meilleure qualité, 535 patients âgés en moyenne de 58 ans et présentant des symptômes modérés du syndrome de l'œil sec. Résultats au bout d'un an<sup>1</sup> :
    - Oméga-3 (2 000/1 000 mg d'AEP/ADH par jour) par rapport au placebo.
    - Aucune différence en ce qui concerne les scores des symptômes.
  - Un ECR auprès de 105 patients âgés en moyenne de 57 ans et présentant un dysfonctionnement modéré des glandes de Meibomius. Résultats au bout de trois mois : oméga-3 (1 680/560 mg d'AEP/ADH par jour) par rapport au placebo<sup>2</sup> :
    - Amélioration sur le plan statistique selon l'indice des maladies de la surface oculaire de 100 points :
      - Score atteint (le score inférieur étant le meilleur) : 16 avec l'oméga-3 par rapport à 22 avec le placebo.
      - La différence n'est probablement pas cliniquement pertinente (différence minimale cliniquement importante de 7 à 10)<sup>3</sup>.

- L'indice des maladies de la surface oculaire est le seul outil d'évaluation qui englobe les symptômes, le fonctionnement de la vision et les déclencheurs environnementaux liés à la sécheresse oculaire.
  - Limites : recherches financées par l'industrie.
- Quatre ECR regroupant de 256 à 518 patients. Résultats au bout d'une période allant de 1,5 mois à 6 mois<sup>4-7</sup> :
  - L'oméga-3 utilisé variait comme suit : de 325 à 720 mg pour l'AEP et de 175 à 480 mg pour l'ADH.
  - Amélioration statistiquement significative de 2,0 à 4,6 points par rapport à une amélioration de 0,2 à 0,7 point (placebo) sur une échelle d'évaluation des symptômes de 18 points.
    - Pourrait être cliniquement pertinente.
  - Limites : rédaction assurée par le même auteur principal. Les auteurs ont utilisé une échelle non normalisée qu'ils ont eux-mêmes créée et qui évalue les symptômes sans tenir compte du fonctionnement du patient.
- Les ECR d'envergure plus petite rapportent des améliorations statistiquement, mais non cliniquement importantes avec l'oméga-3<sup>8-12</sup>.

### Contexte

- Pour la prise en charge de la sécheresse oculaire, les lignes directrices suggèrent d'utiliser les larmes artificielles (environ 11 \$ par approvisionnement de 30 jours selon l'usage), les compresses chaudes et la modification des conditions environnementales, comme l'augmentation de l'humidité<sup>13, 14</sup>.
- Les lignes directrices ne comportent aucune recommandation concernant la dose d'oméga-3 à prescrire pour la sécheresse oculaire<sup>13, 14</sup>.
- Le coût associé à la prise de suppléments d'oméga-3 s'élève à environ 60 \$ pour un approvisionnement de 90 jours (dose quotidienne de 1 800/900 mg d'AEP/ADH).

### Auteurs

Joey Ton, B.Sc. (pharm.), Ph.D. pharm., et Christina Korownyk, M.D., CCMF

### Divulgence

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

### Références

1. Dry Eye Assessment and Management Study Research Group, *N Engl J Med*, 2018 May 3, 378(18) : 1681-1690.
2. Epiropoulos AT, Donnenfeld ED, Shah ZA, *et al.*, *Cornea*, 2016 Sep, 35(9) : 1185-1191.
3. Miller KL, Walt JG, Mink DR, *et al.*, *Arch Ophthalmol*, 2010 Jan, 128(1) : 94-101.
4. Bhargava R, Kumar P, *Cornea*, 2015 Apr, 34(4) : 413-420.
5. Bhargava R, Kumar P, Phogat H, *et al.*, *Cont Lens Anterior Eye*, 2015 Jun, 38(3) : 206-210.
6. Bhargava R, Kumar P, Kumar M, *et al.*, *Int J Ophthalmol*, 2013 Dec 18, 6(6) : 811-816.
7. Bhargava R, Kumar P, Arora Y, *Eye Contact Lens*, 2016 Jul, 42(4) : 231-236.
8. Deinema LA, Vingrys AJ, Wong CY, *et al.*, *Ophthalmology*, 2017 Jan, 124(1) : 43-52.
9. Wojtowicz JC, Butovich I, Uchiyama E, *et al.*, *Cornea*, 2011 Mar, 30(3) : 308-314.
10. Kawakita T, Kawabata F, Tsuji T, *et al.*, *Biomed Res*, 2013, 34(5) : 215-220.
11. Olenik A, Jimenez-Alfaro I, Alejandre-Alba N, *et al.*, *Clin Interv Aging*, 2013, 8 : 1133-1138.
12. Malhotra C, Singh S, Chakma P, *et al.*, *Cornea*, 2015 Jun, 34(6) : 637-643.

13. American Academy of Ophthalmology, Dry Eye Syndrome. Sur Internet : <https://www.aaopt.org/preferred-practice-pattern/dry-eye-syndrome-ppp--2013> (consulté le 28 juin 2018).
14. Association canadienne des optométristes, National Dry Eye Disease Guidelines for Canadian Optometrists. Sur Internet : [https://opto.ca/sites/default/files/resources/documents/cjo\\_dry\\_eye\\_supplement\\_2014.pdf](https://opto.ca/sites/default/files/resources/documents/cjo_dry_eye_supplement_2014.pdf) (consulté le 28 juin 2018).

**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/signupfortfps>. 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.