



Un comprimé d'AAS par jour protège-t-il réellement la santé?

Question clinique : L'AAS est-il efficace pour réduire les événements cardiovasculaires chez les patients sans antécédent de maladie cardiovasculaire?

Conclusion : Trois vastes et récents essais cliniques randomisés (ECR) contrôlés, réalisés auprès de patients diabétiques et âgés présentant un risque modéré, n'appuient pas l'usage d'AAS pour la prévention primaire. Le bénéfice absolu potentiel d'environ 1 % (constaté dans une seule étude) est neutralisé par une augmentation semblable des saignements majeurs. Les taux de mortalité par cancer et de mortalité toutes causes confondues étaient inchangés ou augmentaient avec l'AAS. L'usage régulier d'AAS pour la prévention primaire des événements cardiovasculaires doit être découragé.

Données probantes

- Trois vastes ECR contrôlés par placebo et de haute qualité portant sur la prise de 100 mg d'AAS par jour.
 - ARRIVE : ECR regroupant 12 546 patients présentant un risque cardiovasculaire modéré [risque de 10 à 20 % sur 10 ans (moyenne de 17 %)]¹. Les patients, surtout des hommes (70,5 %), sont âgés en moyenne de 64 ans. Au bout de cinq ans :
 - Aucune différence pour ce qui suit :
 - Événements cardiovasculaires composites : 4,3 % contre 4,5 % pour le placebo.
 - Mortalité : 2,6 % dans chaque groupe étudié.
 - Augmentation des hémorragies gastro-intestinales majeures avec l'AAS : (compromis hémodynamique ou besoin de transfusion) : 0,3 % contre 0,1 % pour le placebo; nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN)=345.
 - ASCEND : ECR regroupant 15 480 diabétiques (dont 94 % de type 2) âgés en moyenne de 63 ans et comptant 63 % d'hommes². Après un suivi de 7,4 ans, les patients traités par AAS présentaient ce qui suit :
 - Diminution des événements cardiovasculaires composites : 8,5 % contre 9,6 % pour le placebo, nombre de sujets à traiter (NST)=91.
 - Augmentation des hémorragies fatales ou majeures (nécessitant une hospitalisation, une transfusion ou une chirurgie) : 4,1 % contre 3,2 % pour le placebo : NNN=112.
 - Aucune différence : mortalité toutes causes confondues ou incidence du cancer.

- ASPREE : ECR regroupant 19 114 patients âgés (74 ans en moyenne), principalement des Australiens^{3, 4}. Après 4,7 ans (essai interrompu pour des raisons de futilité), les patients traités par AAS présentaient ce qui suit :
 - Aucune différence pour ce qui suit :
 - Événements cardiovasculaires composites : 3,5 % contre 3,9 % pour le placebo³.
 - Augmentation de ce qui suit :
 - Hémorragies fatales ou majeures : 3,8 % contre 2,8 % pour le placebo³; NNN=98.
 - Mortalité toutes causes confondues : 5,9 % contre 5,2 % pour le placebo⁴; NNN=143.
 - Mortalité par cancer : 3,1 % contre 2,3 % pour le placebo⁴; NNN=125.

Contexte

- Les revues systématiques publiées avant et après ces études ont constaté des résultats similaires⁵⁻⁷.
- Les taux de cancer, y compris le cancer du côlon, étaient soit inchangés^{1, 2}, soit plus élevés avec l'AAS⁴.
- Les groupes produisant des lignes directrices font différentes recommandations concernant la prise d'AAS pour la prévention primaire des événements cardiovasculaires⁸⁻¹⁰.
- Jusqu'à 47 % des adultes âgés de 45 ans et plus utilisent l'AAS, principalement pour la prévention primaire des événements cardiovasculaires^{11, 12}.
- En prévention secondaire (patients ayant des antécédents de MCV), les bénéfices de l'AAS l'emportent sur les risques¹³.

Auteurs

Paul Fritsch, M.D., et Michael Kolber, M.D., CCMF, M. Sc.

Divuligation

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

Références

1. Gaziano JM, Brotons C, Coppolecchia R, *et al.*, *Lancet*, 2018, 392(10152) : 1036-1046.
2. ASCEND Study Collaborative Group, *N Engl J Med*, 2018, 379(16) : 1529-1539.
3. McNeil JJ, Wolfe R, Woods RL, *et al.*, *N Engl J Med*, 2018, 379(16) : 1509-1518.
4. McNeil JJ, Nelson MR, Woods RL, *et al.*, *N Engl J Med*, 2018, 379(16) : 1519-1528.
5. Guirguis-Blake JM, Evans CV, Senger CA, *et al.*, *Ann Intern Med*, 2016, 164(12) : 804-813.
6. Whitlock EP, Burda BU, Williams SB, *et al.*, *Ann Intern Med*, 2016, 164(12) : 826-835.
7. Zheng SL, Roddick AJ, *JAMA*, 2019, 321(3) : 277-287.
8. Bibbins-Domingo K, *Ann Intern Med*, 2016, 164(12) : 836-845.
9. Bell AD, Roussin A, Cartier R, *et al.*, *Can J Cardiol*, 2011, 27(3) : S1-S59.
10. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, *et al.*, *Euro Heart J*, 2016, 37(29) : 2315-2381.
11. Kolber, MR. and Korownyk, C. *Exp Opin Pharm*, 2014, 15(2) : 153-157.
12. Williams CD, Chan AT, Elman MR, *et al.*, *Am J Prev Med*, 2015, 48(5) : 501-508.
13. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration, *Lancet*, 2009, 373 : 1849-1860.

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.