



## Éviter la vidange? Mirabégron pour l'hyperactivité vésicale

### QUESTION CLINIQUE

**Quels sont les bienfaits et les inconvénients du mirabégron pour les patients atteints d'hyperactivité vésicale (HV)?**

### CONCLUSION

**Il y a trois à cinq mictions de moins par semaine et trois épisodes d'incontinence de moins par semaine sous mirabégron que sous placebo, avec des effets indésirables semblables à 12 semaines. Le mirabégron est aussi efficace que les anticholinergiques. Moins de patients sous mirabégron présentent une sécheresse de la bouche (~ 3 % par rapport à 8 %) ou une tachycardie (~ 1 % par rapport à 2 %) après 12 à 52 semaines. Le mirabégron coûte environ 30 \$ par mois de plus que les anticholinergiques moins chers.**

### DONNÉES PROBANTES

- Sept revues systématiques (de 8 à 14 essais cliniques randomisés [ECR], de 5 500 à 10 774 patients atteints de HV non neurogène)<sup>1-7</sup>. Les résultats sont statistiquement différents, sauf indication contraire.
- Par rapport au placebo (à 12 semaines) :

- Mictions : 3 à 5 mictions de moins par semaine par rapport au placebo<sup>1,3,4</sup> (exemple : de 80 mictions/semaine au départ à 62 à 68 avec le mirabégron par rapport à 66 à 73 avec le placebo)<sup>8-10</sup>.
- Épisodes d'incontinence : 3 épisodes de moins par semaine par rapport au placebo<sup>1,3,4</sup> (exemple : de 14 mictions/semaine au départ à 6 à 12 avec le mirabégron par rapport à 9 à 14 avec le placebo)<sup>8-10</sup>.
- Événements indésirables :
  - Hypertension, infection urinaire, sécheresse de la bouche, constipation : aucune différence<sup>1,3,6,7</sup>.
  - Nasopharyngite : incohérence : augmentation dans 2 revues sur 3 (de 2,5 à 6,4 % par rapport à 1,6 à 3,2 % [placebo])<sup>1,3,6</sup>.
- Par rapport aux anticholinergiques (après 12 à 52 semaines) :
  - Mictions/semaine : aucune différence<sup>2,4</sup>.
  - Épisodes d'incontinence/semaine : aucune différence<sup>2,4</sup>.
  - Événements indésirables :
    - Sécheresse de la bouche : de 3,1 à 3,6 % par rapport à 7,6 à 9 % (anticholinergiques), nombre de sujets à traiter (NST) = 20.
    - Tachycardie (rapportée dans une revue)<sup>5</sup> : 1,5 % par rapport à 2,3 % (anticholinergiques), NST = 125.
    - Hypertension, infection urinaire, constipation, abandons à cause d'événements indésirables : aucune différence<sup>2,5,7</sup>.
- Limites : Courte durée pour les effets indésirables graves (exemples : maladies cardiovasculaires, chutes). La plupart des ECR ont été financés par l'industrie. L'âge moyen était habituellement de 55 à 60 ans, ce qui minimise la généralisabilité aux personnes âgées.

## CONTEXTE

- Traitements non effractifs :
  - Les lignes directrices recommandent des interventions comme la rééducation vésicale, le traitement des muscles du plancher pelvien, la perte de poids (le cas échéant) et la réduction de la consommation de caféine<sup>11,12</sup>.
  - L'efficacité des traitements non effractifs est semblable à celle des anticholinergiques<sup>13</sup> : il n'y a aucune comparaison des traitements non effractifs avec le mirabégron.
  - Les lignes directrices recommandent le recours aux anticholinergiques ou au mirabégron après celui aux traitements non effractifs<sup>11,14</sup>.
- Comparaison intra-classe des anticholinergiques :
  - Efficacité semblable<sup>15</sup> : 58 % rapportent une guérison ou une amélioration par rapport à 42 % (placebo), NST = 7.
  - Événements indésirables semblables à quelques exceptions près (exemple : oxybutynine par rapport à la tolterodine<sup>16</sup> : sécheresse de la bouche : nombre nécessaire pour nuire [NNN] = 6; abandon : NNN = 17).
  - Les formulations à libération prolongée et à libération immédiate possèdent une efficacité et une tolérabilité semblables, sauf pour ce qui est de la sécheresse de la bouche (formulations à libération prolongée) (NST = 12)<sup>16,17</sup>.
- Coût (30 jours)<sup>18</sup> : solifénacine, 5-10 mg par jour : 10 \$; Tolterodine LA, 2-4 mg par jour : 16 \$; mirabégron, 25-50 mg par jour : 46 \$.

## RÉFÉRENCES

1. He W, Huang G, Cui W et al. Int Braz J Urol. 2023 Sep-Oct;49(5):535-563.
2. Sartori LGF, Nunes BM, Farah D et al. Rev Bras Ginecol Obstet. 2023;45(6):337-346.
3. He W, Zhang Y, Huang G et al. Low Urin Tract Symptoms. 2023 May;15(3):80-88.
4. Liu P, Li Y, Shi B et al. Front Med (Lausanne). 2022 Oct 20;9:1014291.
5. Yi W, Yang Y, Yang J. Medicine (Baltimore). 2021 Oct 15;100(41):e27469.
6. Hou J, Xu F, Du H et al. Prog Urol. 2021 Sep;31(11):627-633
7. Lozano-Ortega G, Walker DR, Johnston K et al. Drugs Aging. 2020 Nov;37(11):801-816.
8. Herschorn S., Chapple CR, Abrams P et al. BJU Int. 2017 Oct;120(4):562-575.
9. Khullar V, Amarenco G, Angulo JC et al. Eur Urol. 2013 Feb;63(2):283-295.
10. Yamaguchi O, Marui E, Kakizaki H et al. BJU Int. 2014 Jun;113(6):951-960.
11. Dufour D, Wu M. J Obstet Gynaecol Can. 2020 Apr;42(4):523-537.
12. Cameron AP, Chung DE, Dielubanza EJ et al. J Urol. 2024 Jul;212(1):11-20
13. Todhunter-Brown A, Hazelton C, Campbell P et al. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Sep 2;9(9):CD012337.
14. Corcos J, Przydacz M, Campeau L et al. Can Urol Assoc J. 2017 May;11(5):E142-173.
15. Stoniute A, Madhuvrata P, Still M et al. Cochrane Database Syst Rev. 2023 May 9;5(5):CD003781.
16. Madhuvrata P, Cody JD, Ellis G et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jan 18;1:CD005429.
17. Reynolds WS, McPheeers M, Blume J et al. Obstet Gynecol. 2015 Jun;125(6):1423-1432.
18. Price Comparison of Commonly Prescribed Medications in Manitoba (2024). Lien : <https://medsconference.org/wp-content/uploads/2024/11/price-comparison-commonly-rx-drugs-mb-november-8-2024.pdf>. Consulté le 27 novembre 2024.

## AUTEURS

**Justin Lane**, candidat au Pharm. D.

**Taesoon Kim**, candidat au Pharm. D.

**Karenn Chan**, M.D., CCMF

**Jamie Falk**, Pharm. D.

*Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

---

## EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCAApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*