

# Recommandations rapides

## Mises à jour des lignes directrices 2020: 1<sup>re</sup> partie

Danielle O'Toole MD MSc CCFP

Les recommandations rapidement changeantes des lignes directrices sont un obstacle reconnu à la mise en pratique les nouvelles approches cliniques. Le retard de l'intégration des avancées médicales se répercute sur les bienfaits sur la santé des patients. Le présent article met en lumière les recommandations des lignes directrices qui ont changé en 2020 afin d'aider les médecins de famille à déterminer les domaines éventuels qu'ils devraient étudier plus en profondeur avant de les intégrer dans la pratique. Les médecins de famille doivent savoir que certaines recommandations s'appuient sur des données probantes de faible qualité ou sur l'opinion d'experts, et qu'il faut faire appel à notre esprit critique avant de les intégrer dans la pratique.

### Mises à jour des lignes directrices

**Diabète Canada recommande les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (iSGLT2) ou les agonistes des récepteurs du peptide 1 apparenté au glucagon (AR-GLP1) chez les patients diabétiques atteints d'insuffisance cardiaque (IC), d'insuffisance rénale chronique (IRC), de maladie cardiovasculaire athérosclérotique avérée (MCVAa) ou âgés de plus de 60 ans avec facteurs de risque cardiovasculaire<sup>1</sup>.** Les facteurs de risque sont les suivants: tabagisme, hypertension, dyslipidémie et obésité centrale. La metformine demeure la pharmacothérapie de première intention. Durant l'évolution ou l'ajustement du traitement, envisager un iSGLT2 chez les patients atteints d'IC, d'IRC ou de MCVA. Il existe des données probantes de grade A en faveur des AR-GLP1 chez les patients de 60 ans et plus qui présentent des facteurs de risque, et des données probantes de grade B en faveur des AR-GLP1 chez les patients atteints de MCVA ou d'IRC. Cette approche est appuyée par l'*American Diabetes Association*<sup>2</sup>. Plus de détails au **Tableau 1**<sup>1,2</sup>.

**La Société canadienne de cardiologie (SCC) et la Société canadienne de l'insuffisance cardiaque recommandent les iSGLT2 dans les cas d'IC avec fraction d'éjection réduite sans diabète concomitant (recommandation conditionnelle, données probantes de grande qualité)<sup>3,4</sup>.** Les études DAPA-HF et EMPEROR-Reduced ont donné lieu à une réduction du taux de mortalité de toutes causes et de décès d'origine cardiovasculaire, d'hospitalisations et d'aggravation de l'IC chez les patients non diabétiques atteints d'IC sous traitement médical guidé par les lignes directrices et la dapagliflozine ou l'empagliflozine (rapport de risques

instantanés [RRI] DAPA-HF=0,74; IC à 95%:0,65 à 0,85;  $p<0,001$ ; RRI EMPEROR-Reduced=0,75; IC à 95%:0,65 à 0,86;  $p<0,001$ )<sup>5</sup>, un résultat qui était comparable chez les patients diabétiques. La plupart des patients recevaient une trithérapie, et de 11 à 19% prenaient un inhibiteur du récepteur de l'angiotensine et de la néprilysine. Depuis, une méta-analyse a conclu qu'il s'agissait d'un effet de classe<sup>6</sup>.

**Un énoncé du comité d'experts scientifiques du Journal of the American College of Cardiology recommande un traitement médical guidé par les lignes directrices illimité chez les patients atteints d'IC dont la fraction d'éjection est rétablie<sup>7</sup>.** L'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection rétablie est définie comme une fraction d'éjection ventriculaire gauche initiale inférieure à 40% avec amélioration absolue d'au moins 10% et une deuxième mesure supérieure à 40%. Dans ces cas, l'amélioration de la fonction ventriculaire gauche représente une rémission et non pas la guérison. Lorsque le traitement médical guidé par les lignes directrices est retiré, le risque de récurrence de l'IC est accru. Les auteurs recommandent les biomarqueurs et un électrocardiogramme tous les 6 à 12 mois; l'imagerie par résonance magnétique cardiaque après 1 an de stabilité clinique; et un échocardiogramme à 2 dimensions tous les 6 mois jusqu'à 18 mois, puis tous les 1 à 3 ans.

**Hypertension Canada entérine une tension artérielle systolique cible inférieure à 120 mm Hg chez les patients atteints d'IRC non diabétique qui répondent aux critères de l'étude SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial)<sup>8</sup>.** Une cible plus ambitieuse de la tension artérielle systolique inférieure à 110 mm Hg est de mise dans les cas de polykystose rénale. Cet article indique également qu'il n'y a pas de limite sécuritaire à la consommation d'alcool et recommande de réduire la consommation ou l'abstinence chez tous les patients afin de prévenir et de traiter l'hypertension. L'incidence d'hypertension augmente avec au moins 1 verre d'alcool par jour chez les hommes et au moins 2 verres par jour chez les femmes. De plus, le seuil diagnostique des mesures de la tension artérielle à domicile chez les patients diabétiques n'a pas été établi, et les cliniciens doivent obtenir au moins 3 mesures de la tension artérielle d'au moins 130/80 mm Hg prises au bureau à des jours différents pour poser un diagnostic d'hypertension probable. Finalement, envisager un test de grossesse avant d'instaurer la pharmacothérapie.

**Tableau 1. Traitement avancé recommandé pour les patients diabétiques, identifiés selon le grade des données probantes**

TRAITEMENT	MALADIE ÉTABLIE											
	MALADIE CARDIOVASCULAIRE ATHÉROSCLÉROTIQUE			INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE			INSUFFISANCE CARDIAQUE			FACTEURS DE RISQUE*		
	RÉSULTAT			RÉSULTAT			RÉSULTAT			RÉSULTAT		
	ÉCIM	HIC	NÉPHRO	ÉCIM	HIC	NÉPHRO	ÉCIM	HIC	NÉPHRO	ÉCIM	HIC	NÉPHRO
iSGLT2												
• Empagliflozine	A	B	B	C	A	A		A				
• Canagliflozine	B	B	B	B	A	A		A			B	C
• Dapagliflozine		B	B		A	A		A			B	C
AR-GLP1												
• Sémaglutide SC	B			B							C	
• Liraglutide	A			B							B	
• Dulaglutide	A										A	

AR-GLP1—agoniste des récepteurs du peptide 1 apparenté au glucagon, HIC—hospitalisation pour insuffisance cardiaque, ÉCIM—événement cardiovasculaire indésirable majeur, NÉPHRO—progression de la néphropathie, iSGLT2—inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2.  
 \*Les facteurs de risque sont : tabagisme, hypertension, dyslipidémie et obésité centrale.  
 Recommandations de Diabète Canada<sup>1</sup> et de l'American Diabetes Association<sup>2</sup>

La SCC recommande le dépistage opportuniste de la fibrillation auriculaire (FA) chez tous les patients de 65 ans et plus durant les visites médicales (forte recommandation, données probantes de faible qualité)<sup>9</sup>. La vérification opportuniste du pouls est une méthode de dépistage efficace et économique de la FA asymptomatique, et le nombre de sujets à soumettre au dépistage est de 69 chez les patients de 65 ans et plus. La palpation du pouls demeure la pierre angulaire des tests diagnostiques malgré que sa spécificité soit inférieure à celle des moniteurs à tension, des pléthysmographes ou des électrocardiogrammes à une dérivation. Cette recommandation corrobore celles des lignes directrices 2020 de l'European Society of Cardiology<sup>10</sup>.

La SCC recommande une stratégie initiale de contrôle du rythme chez les patients stables dont la FA est apparue dans les 12 derniers mois (faible recommandation, données probantes de qualité modérée)<sup>9</sup>. Chez ces patients, le contrôle du rythme réduit la fréquence des battements et le décès d'origine cardiovasculaire. Le contrôle du rythme réduit le risque d'évolution à la FA irréversible qui répond mal au traitement<sup>10</sup>. Dans les cas de FA persistante, le contrôle du rythme demeure préférable chez les patients très symptomatiques, dont la qualité de vie est grandement réduite, dont les récurrences de FA sont nombreuses, qui ont de la difficulté à contrôler la fréquence, ou sont atteints de cardiomyopathie induite par l'arythmie. À l'extérieur de cette fenêtre de 12 mois, les résultats cardiovasculaires sont les mêmes sous le contrôle de la fréquence et le contrôle du rythme.

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada recommande d'éviter l'acide acétylsalicylique en prévention primaire des événements vasculaires, sans égard aux facteurs de risque (recommandation de niveau A)<sup>11</sup>. Cette recommandation concerne les personnes exemptes d'un événement vasculaire, mais elle ne s'applique pas aux patients atteints d'athérosclérose asymptomatique (p. ex. plaques asymptomatiques décelées à l'imagerie dans la carotide, les artères coronaires ou périphériques), puisque le bienfait net n'est pas équilibré. Dans les revues systématiques, le seul bienfait démontré était la réduction des résultats cardiovasculaires composés, bien qu'elle ait pesé moins lourd que le risque de saignements majeurs (nombre de sujets à traiter [NST] = 265 c. nombre nécessaire pour nuire [NNN]=210). On a toutefois observé un faible bienfait net chez les patients diabétiques (NST = 91 c. NNN=112), ce qui crée encore plus d'incertitude. Les auteurs de la revue systématique font valoir que le fait de ne pas instaurer un médicament est différent de l'arrêter<sup>12,13</sup>.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande d'éviter le dépistage des adénocarcinomes œsophagiens et de leurs précurseurs chez les patients atteints de reflux gastro-œsophagien chronique (forte recommandation, données probantes de très faible certitude)<sup>14</sup>. Les précurseurs comprennent l'œsophage de Barrett et la dysplasie. Même si le dépistage par endoscopie chez les patients atteints de reflux gastro-œsophagien chronique identifie précocement plus de cas de carcinome de l'œsophage, il n'a pas d'effet sur la survie à long terme ou la mortalité toutes

causes. Selon le groupe d'étude, 93% des adénocarcinomes œsophagiens sont diagnostiqués durant les examens de symptômes alarmants<sup>14</sup>.

**Les Centers for Disease Control and Prevention, l'US Preventive Services Task Force, l'American Association for the Study of Liver Diseases et l'Infectious Diseases Society of America recommandent que les adultes de 18 ans et plus subissent le dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) au moins une fois (recommandation de grade B)<sup>15-17</sup>.** Cette recommandation concerne tous les adultes asymptomatiques, y compris les femmes enceintes, et s'ajoute au dépistage fondé sur le risque. Elle porte sur la prévalence accrue de l'hépatite C, et la hausse est plus rapide chez les jeunes adultes de 18 à 40 ans (augmentation de 13% entre 2014 et 2018), les femmes en âge de procréer (augmentation de 40 à 50% entre 2009 et 2014) et les nouveau-nés de mères infectées par le VHC (augmentation de 68% entre 2011 et 2014)<sup>15-18</sup>. L'énoncé de 2018 de l'Association canadienne pour l'étude du foie recommande le dépistage basé sur la cohorte (pour les adultes nés entre 1945 et 1975)<sup>19</sup>, et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs<sup>20</sup> et l'Agence de la santé publique du Canada<sup>21</sup> recommandent le dépistage basé sur le risque seulement.

## Conclusion

Cet article constitue la 1<sup>re</sup> partie d'une série de résumés des mises à jour des lignes directrices sur les soins cardiaques, du diabète et de gastro-entérologie. En évaluant et en explorant plus en profondeur ces sujets, les médecins de famille peuvent enrichir leurs connaissances ou confirmer leur pratique clinique actuelle. 🌿

La **D<sup>re</sup> Danielle O'Toole** est médecin de famille en pratique à l'*Academic Family Medicine* et professeure adjointe au département de médecine familiale de l'Université McMaster à Hamilton (Ontario).

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Références

1. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee; Lipscombe L, Butalia S, Dasgupta K, Eurich DT, MacCallum L et coll. Pharmacologic glycemic management of type 2 diabetes in adults: 2020 update. *Can J Diabetes* 2020;44(7):575-91.
2. Doyle-Delgado K, Chamberlain JJ, Shubrook JH, Skolnik N, Trujillo J. Pharmacologic approaches to glycemic treatment of type 2 diabetes: synopsis of the 2020 American Diabetes Association's standards of medical care in diabetes clinical guideline. *Ann Intern Med* 2020;173(10):813-21. Epub 2020 Sep 1.
3. O'Meara E, McDonald M, Chan M, Ducharme A, Ezekowitz JA, Giannetti N et coll. CCS/CHFS heart failure guidelines: clinical trial update on functional mitral regurgitation, SGLT2 inhibitors, ARNI in HFpEF, and tafamidis in amyloidosis. *Can J Cardiol* 2020;36(2):159-69.
4. Butler J, Anker SD, Filippatos G, Khan MS, Ferreira JP, Pocock SJ et coll. Empagliflozin and health-related quality of life outcomes in patients with heart failure with reduced ejection fraction: the EMPEROR-Reduced trial. *Eur Heart J* 2021;42(13):1203-12.
5. Packer M, Anker SD, Butler J, Filippatos G, Pocock SJ, Carson P et coll. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. *N Engl J Med* 2020;383(15):1413-24. Publ. en ligne du 28 août 2020.

6. Kumar K, Kheiri B, Simpson TF, Osman M, Rahmouni H. Sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors in heart failure: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Am J Med* 2020;133(11):e625-30. Publ. en ligne du 7 mai 2020.
7. Wilcox JE, Fang JC, Margulies KB, Mann DL. Heart failure with recovered left ventricular ejection fraction: JACC Scientific Expert Panel. *J Am Coll Cardiol* 2020;76(6):719-34.
8. Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, Nakhla M, Ahmed SB, Dumanski SM et coll. Hypertension Canada's 2020 comprehensive guidelines for the prevention, diagnosis, risk assessment, and treatment of hypertension in adults and children. *Can J Cardiol* 2020;36(5):596-624.
9. Andrade JG, Aguilar M, Atzema C, Bell A, Cairns JA, Cheung CC et coll. The 2020 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society comprehensive guidelines for the management of atrial fibrillation. *Can J Cardiol* 2020;36(12):1847-948. Publ. en ligne du 22 oct. 2020.
10. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C et coll. 2020 ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): the task force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J* 2021;42(5):373-498. Errata dans: *Eur Heart J* 2021;42(5):507, *Eur Heart J* 2021;42(5):546-7, *Eur Heart J* 2021;42(40):4194.
11. Wein T, Lindsay MP, Gladstone DJ, Poppe A, Bell A, Casaubon LK et coll. Canadian stroke best practice recommendations, seventh edition: acetylsalicylic acid for prevention of vascular events. *CMAJ* 2020;192(12):E302-11.
12. McNeil JJ, Woods RL, Nelson MR, Reid CM, Kirpach B, Wolfe R et coll. Effect of aspirin on disability-free survival in the healthy elderly. *N Engl J Med* 2018;379(16):1499-508. Publ. en ligne du 16 sept. 2018.
13. Truong C. Update on acetylsalicylic acid for primary prevention of cardiovascular disease. Not initiating is not the same thing as discontinuing. *Can Fam Physician* 2019;65:481-2.
14. Groulx S, Limburg H, Doull M, Klarenbach S, Singh H, Wilson BJ et coll. Guideline on screening for esophageal adenocarcinoma in patients with chronic gastroesophageal reflux disease. *CMAJ* 2020;192(27):E768-77.
15. Schillie S, Wester C, Osborne M, Wesolowski L, Ryerson AB. CDC recommendations for hepatitis C screening among adults—United States, 2020. *MMWR Recomm Rep* 2020;69(2):1-17.
16. US Preventive Services Task Force; Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M et coll. Screening for hepatitis C virus infection in adolescents and adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2020;323(10):970-5.
17. Ghany MG, Morgan TR, AASLD-IDSA Hepatitis C Guidance Panel. Hepatitis C guidance 2019 update: American Association for the Study of Liver Diseases-Infectious Diseases Society of America recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C virus infection. *Hepatology* 2020;71(2):686-721.
18. Agence de la santé publique du Canada. *L'hépatite au Canada: Données de surveillance 2018*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2020. Accessible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/hepatite-canada-donnees-surveillance-2018.html>. Réf. du 10 févr. 2021.
19. Shah H, Bilodeau M, Burak KW, Cooper C, Klein M, Ramji A et coll. The management of chronic hepatitis C: 2018 guideline update from the Canadian Association for the Study of the Liver. *CMAJ* 2018;190(22):E677-87.
20. Grad R, Thombs BD, Tonelli M, Bacchus M, Birtwhistle R, Klarenbach S et coll. Recommendations on hepatitis C screening for adults. *CMAJ* 2017;189(16):E594-604.
21. Agence de la santé publique du Canada. *Pour les professionnels de la santé: Hépatite C*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2021. Accessible à: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/hepatitis-c/health-professionals-hepatitis-c.html>. Réf. du 15 janv. 2019.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés

Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

*Can Fam Physician* 2021;67:e326-8. DOI: 10.46747/cfp.6712e326

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the **December 2021** issue on **page 912**.

Nous encourageons les lecteurs à nous faire connaître certaines de leurs expériences vécues dans la pratique: ces trucs simples qui permettent de résoudre des situations cliniques difficiles. Vous pouvez proposer en ligne des articles dans Praxis à <http://mc.manuscriptcentral.com/cfp> ou par l'intermédiaire du site web du MFC à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) sous «Authors and Reviewers».