

escompté. On s'attend au plus grand bénéfice chez les patients présentant le risque le plus élevé, c'est-à-dire en cas d'antécédents de fractures non traumatiques. Il faut attirer l'attention sur le fait que, chez l'homme comme chez la femme, l'exercice et la prévention des

chutes restent d'importantes mesures préventives contre les fractures (de la hanche).

[CBO, directive "Osteoporose en fractuurpreventie" <http://www.cbo.nl/Downloads/1464/Richtlijn%20Osteoporose%20%20en%20Fractuurpreventie.pdf>].

LA DIGOXINE: UN MÉDICAMENT DANGEREUX?

[Déjà paru dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web le 29/11/12]

La digoxine (Lanoxin®) suscite ces derniers temps un grand intérêt dans les médias, où l'on signale que son usage chez les patients présentant des troubles du rythme cardiaque est associé à une mortalité accrue. Ces communiqués se basent sur les données de l'étude AFFIRM (*Atrial Fibrillation Follow-Up Investigation of Rhythm Management*), publiée en 2002, et que nous avons abordée dans les Folia de janvier 2004. Cette étude a été menée auprès de plus de 4000 patients, avec un suivi de 32 mois en moyenne, afin de vérifier si le pronostic en cas de diminution de la réponse ventriculaire (*rate control*, sans rétablissement du rythme sinusal) différait du pronostic en cas de rétablissement du rythme sinusal (*rhythm control*). Les données de cette étude ont maintenant été analysées post hoc afin d'évaluer s'il y avait une mortalité accrue chez les patients traités par la digoxine [*European Heart Journal* (doi:10.1093/eurheartj/ehs348)]. Cette analyse récente suggère que, chez les patients présentant une fibrillation auriculaire, un traitement par la digoxine est associé à une mortalité totale accrue, après correction pour la comorbidité, indépendamment du sexe des patients ou de la présence ou non d'insuffisance cardiaque (définie par une fraction d'éjection < 40 %). Le *hazard ratio* est estimé à 1,41 (intervalle de confiance à 95% 1,19 à 1,67; $p = 0,009$) [Le *hazard ratio* est assez comparable avec

le risque relatif, mais il tient compte également du moment auquel survient le critère d'évaluation étudié (dans ce cas-ci le décès) chez les différents patients]. Les limites de cette étude s'expliquent par le fait que cette étude n'a pas été menée dans l'objectif d'évaluer l'effet de la digoxine (il n'y avait pas de randomisation entre un groupe utilisant de la digoxine et un autre n'en utilisant pas), et que l'analyse a été menée post hoc. Par ailleurs, l'étude AFFIRM ne fournit pas de données concernant les taux de digoxine, la dose de digoxine utilisée et la fonction rénale des patients.

Pour la prise en charge de la fibrillation auriculaire visant un contrôle de la fréquence ventriculaire (*rate control*), on peut recourir à des antagonistes du calcium, des β -bloquants ou de la digoxine. Depuis longtemps déjà, la digoxine n'est plus considérée comme premier choix dans ce cas-là en raison de sa toxicité, de l'apparition tardive de son effet et de son effet insuffisant sur la fréquence ventriculaire en cas d'effort [voir les Folia de janvier 2004 et la Fiche de transparence "Fibrillation auriculaire"]. Cette analyse confirme que la digoxine ne constitue pas un premier choix dans le traitement de la fibrillation auriculaire; en raison des limites méthodologiques, il n'est pas possible d'affirmer de manière irréfutable que la digoxine augmente réellement le taux de mortalité.