



Réalité des effets secondaires liés à la prescription des β -bloquants.

Les β -bloquants (β -) ont prouvé leur efficacité principalement dans trois domaines: après infarctus du myocarde (IDM) avec une réduction de 25% de la mortalité totale et des récurrences; dans l'insuffisance cardiaque (IC) où plusieurs β - permettent une réduction de la mortalité totale et cardiovasculaire autour de 35%; dans l'HTA, où les β - , avec les diurétiques, sont dans toutes les recommandations internationales les médicaments de première ligne, avec un excellent rapport coût/bénéfice. Pourtant les β - restent "mal aimés". Dans l'HTA ils sont de moins en moins prescrits en première intention; dans l'IC moins de 30% des sujets éligibles les reçoivent; après IDM seulement 30 à 50% des patients les reçoivent¹. Les raisons de cette sous-utilisation sont liées pour une part à des craintes théoriques d'ordre physiopathologique, pour une autre part à la crainte d'effets secondaires, notamment : dépression, fatigue et dysfonction érectile. Quelle en est la réalité? C'est à cette question qu'une méta-analyse récente tente de répondre².

Les auteurs ont recherché les essais sur l'usage des β - dans l'HTA, le post-IDM et l'IC : essais contrôlés randomisés contre placebo de plus de 100 patients, suivi de plus de 6 mois. Sur 42 études retenues, 15, concernant 35000 sujets, rapportaient les effets sur fatigue, dépression, dysfonction érectile. Ces effets étaient retenus à partir de deux types d'informations : les symptômes rapportés par les patients et les sorties d'études pour ces symptômes. L'influence des différentes générations de β - ainsi que leur liposolubilité ont été étudiées.

Les symptômes dépressifs, (7 essais, 10662 patients), les chiffres ont une fréquence similaire dans les deux groupes β - et placebo (20,1% vs 20,5%).

Les arrêts de traitement pour symptômes dépressifs (4 essais, 5803 patients) sont rares (0,4% vs 0,5%)

La fatigue (10 essais, 17682 patients) était plus fréquente sous β - (33,4% vs 30,4%) ce qui en chiffre absolu représentait chaque année en supplément 18 cas pour

1000 patients, soit un cas pour 57 patients traités.

Les arrêts de traitement pour fatigue (10 essais, 29454 patients) étaient plus fréquents sous β - (2,4% vs 0,5%) et en chiffres absolus, chaque année en supplément, 4 cas pour 1000 patients, soit un pour 225 patients traités.

Les troubles sexuels (6 essais, 14897 patients) étaient plus fréquents sous β - (21,6% vs 17,4%), représentant chaque année en supplément 5 cas pour 1000 patients traités, soit un cas pour 199 patients traités.

Les arrêts de traitement pour trouble sexuel (4 essais, 11260 patients) étaient plus fréquents sous β - (1,3% vs 0,3%) représentant chaque année en supplément 2 cas pour 1000 patients, soit un cas pour 438 patients traités.

Selon le type de β - , le risque de fatigue était plus important avec les β - de première génération (propranolol et timolol). Il n'y avait pas de différence significative pour les symptômes dépressifs et les troubles sexuels. La liposolubilité du β - n'était pas liée à des effets différents.

Cette méta-analyse confirme une augmentation de la fatigue et des troubles sexuels sous β - par rapport au placebo, mais ne confirme pas le risque de symptôme dépressif. La différence entre les deux groupes n'est jamais très importante , et le risque supplémentaire dû au β - est faible dans tous les cas.

L'étude rappelle ainsi la fréquence de ces troubles, indépendamment des médicaments, au cours des pathologies étudiées (bien que, comme le précisent les auteurs, leur taux n'était pas connu à l'entrée dans les études). Déjà, une synthèse de 1990³ montrait que les troubles sexuels sont plus fréquents chez les hypertendus, traités ou non, que dans la population générale; une étude de 1994, rapportée par Gaspoz¹, montrait que les troubles sexuels étaient plus fréquents, quel que soit le médicament utilisé, chez les hypertendus traités que chez les non traités (24,6% vs 17,1%)⁴.

Une seule limite de l'étude : le faible nombre de patients âgés ne permet pas de généraliser les résultats à ce type de patients. Par contre le mode de présentation des résultats en chiffres absolus, et en nombre nécessaire à traiter est intéressant tant pour la décision du médecin que pour l'information du patient⁴.

Ce travail est très instructif : il rappelle l'intérêt des études sur des grands nombres et du placebo pour relativiser nos impressions individuelles. Les croyances vis à vis des β -, l'interprétation de données physiopathologiques, peuvent nous conduire à attribuer au produit un trouble signalé au cours de son utilisation. Cette étude nous conduit à plus de discernement.

1- Gaspoz JM. Les bêta-bloqueurs: une mauvaise réputation issue de préjugés non fondés. Med et Hyg.2000;58:2199-2201

2- Dennis T et al. β -blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. JAMA 2002; 288 (3): 351-7

3- Noiry JP. Troubles sexuels chez l'homme hypertendu. Rev Prescrire. 1990;10:108-109

4- Bibliomed. Médias, information médicale et information du public ou 50%=1%. Des données pour décider en médecine générale. Masson éditeur. 2001;14-16

Mots-clé: bêtabloquant, effet secondaire, trouble sexuel, fatigue, dépression, méta-analyse.

Numéro 276 du 3 octobre 2002

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>