

Cette rubrique de Minerva vous propose un bref résumé de nouvelles études concernant des sujets précédemment traités dans Minerva. Le comité de rédaction estime que l'information nouvelle ne nécessite pas une analyse développée de la publication tout en justifiant une mise au courant de nos lecteurs, en recadrant ces nouvelles données dans la précédente évaluation publiée par nos soins.

## ● Mortalité 7-10 ans après chirurgie bariatrique

B. Michiels

Une chirurgie bariatrique pour le traitement de l'obésité semble efficace en termes de réduction du poids et de la comorbidité (diabète principalement) versus traitement conventionnel. Nous en avons largement discuté dans Minerva<sup>1</sup> à propos des résultats de l'étude SOS, étude d'intervention prospective, non randomisée, avec appariement<sup>2</sup>. Nous concluons à l'absence de données en ce qui concerne la mortalité et les effets indésirables. La publication récente des données de suivi de cette recherche SOS<sup>3</sup> montre, après une moyenne de 10,9 ans, un HR ajusté pour la mortalité calculé à 0,71 (5,0% versus 6,3% ;  $p=0,01$ ) en faveur de la chirurgie bariatrique. Les causes de décès sont principalement les infarctus du myocarde et les cancers. L'efficacité est plus importante chez les personnes les plus âgées et en cas d'IMC plus élevé. Soulignons les chiffres élevés de réinterventions ou d'interventions de conversion : 31% en cas de banding gastrique, 21% en cas de gastroplastie verticale et 17% en cas de by-pass gastrique. Une étude de cohorte rétrospective effectuée aux E.-U.<sup>4</sup> montre, pour 9 949 adultes obèses ayant subi un by-pass gastrique versus 9 628 obèses (IMC >35) non opérés, après un suivi moyen de 7,1 ans, une réduction des décès de 40% : 2,8% dans le groupe des opérés versus 4,4% dans le groupe contrôle, soit 37,6 vs 57,1/10 000 années-patient. La différence est la plus importante pour les causes de décès suivantes : ischémie coronarienne, diabète et cancer. Une proportion de décès plus importante (58%) est cependant observée dans le groupe des opérés en raison de suicides, d'empoisonnements et d'autres accidents : 11,1 vs 6,4/10 000 années-patient ( $p=0,04$ ). Les effets indésirables non létaux ne sont pas mentionnés dans cette étude. Les deux études ne sont méthodologiquement pas conçues pour établir un lien entre les décès et la perte pondérale enregistrée ni pour préciser les sous-groupes pour lesquels une intervention peut ou non représenter un intérêt. Les deux études ne sont méthodologiquement pas conçues pour établir un lien entre les décès et la perte pondérale enregistrée ni pour préciser les sous-groupes pour lesquels une intervention peut ou non représenter un intérêt.

En cas d'obésité sévère (IMC >40 ou >35 avec comorbidité), la chirurgie bariatrique semble influencer favorablement la mortalité et représenter donc un traitement utile en cas d'échec d'une prise en charge classique. Afin de mieux prévenir un risque de suicide, une évaluation psychologique lors de la prise de décision de l'intervention et un accompagnement psychologique après celle-ci restent cependant indispensables.

### Références

1. Michiels B. Chirurgie de l'obésité: dix ans de suivi. MinervaF 2005;4(10):150-2.
2. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, et al; Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med 2004;351:2683-93.
3. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, et al; Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. N Engl J Med 2007;357:741-52.
4. Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. N Engl J Med 2007;357:753-61.

## ● Rosiglitazone : risque cardiovasculaire confirmé

P. Chevalier

Minerva a récemment publié<sup>1</sup> une évaluation d'une méta-analyse<sup>2</sup> montrant un risque accru de survenue d'infarctus du myocarde et probablement de décès cardiovasculaire chez des diabétiques de type 2 quand ils sont traités par rosiglitazone versus placebo ou autre antidiabétique oral. Cette étude comportait des faiblesses méthodologiques. Une nouvelle méta-analyse<sup>3</sup>, basée sur une recherche systématique rigoureuse dans la littérature, comporte des critères d'inclusion plus stricts pour les études : RCTs évaluant la rosiglitazone pour la prévention ou le traitement du diabète de type 2, sur un suivi d'au moins 12 mois et donnant des chiffres précis d'effets indésirables cardiovasculaires systématiquement enregistrés. Elle montre un risque significativement accru d'infarctus du myocarde (RR 1,42 ; IC à 95% de 1,06 à 1,91 ;  $p=0,02$ ) et d'insuffisance cardiaque (RR 2,09 ; IC à 95% de 1,52 à 2,88 ;  $p<0,001$ ), sans, toutefois, une augmentation statistiquement significative de la mortalité cardiovasculaire (RR 0,90 ; IC à 95% de 0,63 à 1,26 ;  $p=0,53$ ). La puissance des études est cependant insuffisante pour pouvoir juger en ce domaine. Il n'y a pas d'hétérogénéité montrée (au test  $I^2$  de Higgins) entre les études.

La conclusion de Minerva est donc confirmée : le praticien est invité à la plus grande prudence dans l'utilisation de la rosiglitazone qui n'a pas fait la preuve de sa supériorité par rapport à d'autres antidiabétiques oraux et présente un risque accru d'infarctus du myocarde et d'insuffisance cardiaque. La metformine reste le premier choix du traitement du diabète de type 2 avec un bénéfice cardiovasculaire montré.

### Références

1. Chevalier P. Les risques cardiovasculaires de la rosiglitazone. MinervaF 2007;6(9):136-7.
2. Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. N Engl J Med 2007;356:2457-71.
3. Singh S, Loke YK, Furberg CD. Long-term risk of cardiovascular events with rosiglitazone. JAMA 2007;298:1189-95.