

Nous avons déjà attiré, dans Minerva, l'attention des lecteurs sur les risques cardiovasculaires associés à l'utilisation de la rosiglitazone. Une première méta-analyse, basée sur des études publiées ou non, montrait un risque accru de survenue d'infarctus du myocarde et probablement de décès cardiovasculaire chez des diabétiques de type 2 quand ils étaient traités par rosiglitazone versus placebo ou autre antidiabétique oral¹. Une deuxième méta-analyse, de méthodologie plus stricte, confirmait ces données, ainsi qu'un risque accru d'insuffisance cardiaque (RR 2,09 ; IC à 95% de 1,52 à 2,88 ; $p < 0,001$)². Dans l'étude ACCORD, également analysée dans Minerva³, un traitement intensif comportant dans 90% des cas de la rosiglitazone, augmentait le risque de décès par rapport à un traitement moins intensif. Principalement sur base des résultats de cette dernière étude, l'American Diabetes Association (ADA) et l'European Association for the Study of Diabetes (EASD) mentionnent dans leur dernier consensus que la rosiglitazone n'a plus de place dans la prise en charge du diabète de type 2 étant donné sa balance bénéfices/risques défavorable et l'existence d'alternatives thérapeutiques⁴. Pour rappel, un tel risque n'a pas été montré avec la pioglitazone⁵. Une autre publication⁶ montre également un risque accru de mortalité de toute cause (15% en plus ; IC à 95% de 5 à 26%) et d'insuffisance cardiaque congestive (13% en plus ; IC à 95% de 1 à 26%) dans une population américaine âgée de plus de 65 ans lors d'une prise de rosiglitazone versus pioglitazone. Les auteurs mentionnent que ces résultats sont ajustés pour de nombreuses caractéristiques des patients, sans préciser lesquelles parmi celles qu'ils ont relevées (complications du diabète, autres pathologies, procédures cardiovasculaires, médicaments cardiovasculaires ou antidiabétiques utilisés).

Nos précédentes analyses dans Minerva et d'autres données récentes sont rejointes par un consensus international de diabétologie qui recommande de ne plus utiliser la rosiglitazone au vu de ses risques et des alternatives possibles.

Références

1. Chevalier P. Les risques cardiovasculaires de la rosiglitazone. *MinervaF* 2007;6(9):136-7.
2. Chevalier P. Rosiglitazone : risque cardiovasculaire confirmé. *MinervaF* 2008;7(4):64.
3. Chevalier P, Wens J. Intensité du contrôle glycémique et risque cardio-(micro et macro)vasculaire. *MinervaF* 2008;7(8):124-5.
4. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al; American Diabetes Association; European Association for Study of Diabetes. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2009;32:193-203.
5. Chevalier P. Pioglitazone : risque cardiovasculaire par rapport à la rosiglitazone et aux autres antidiabétiques oraux. *MinervaF* 2008;7(2):18-9.
6. Winkelmayr WC, Setoguchi S, Levin R, Solomon DH. Comparison of cardiovascular outcomes in elderly patients with diabetes who initiated rosiglitazone vs pioglitazone therapy. *Arch Intern Med* 2008;168:2368-75.