

Le 11 octobre 2022

*Le Médecin de famille canadien*

À l'attention de l'éditeur et des membres de l'équipe éditoriale

2630, avenue Skymark

Mississauga (Ontario) L4W 5A4

**Objet: Publication de l'article *Approche de la stratification du risque de maladies cardiovasculaires athérosclérotiques***

Mesdames, Messieurs,

En tant que médecins de famille s'investissant à pratiquer une médecine qui tient compte des meilleures données probantes et en qualité de facilitatrices et facilitateurs du programme de formation continue [Pour une pratique éclairée](#), nous avons éprouvé la nécessité de réagir au texte publié dans *Le Médecin de famille canadien* (MFC), édition de septembre 2022, intitulé [Approche de la stratification du risque de maladies cardiovasculaires athérosclérotiques](#). Cet article, écrit par des cardiologues, vise à outiller les médecins de famille relativement à l'évaluation du risque cardiovasculaire.

Bien que le thème soit pertinent pour les médecins de première ligne, nous sommes surpris de la décision de l'équipe éditoriale de publier cet article, car les affirmations que l'on y trouve sont très peu appuyées par la littérature. L'article s'apparente davantage à un texte d'opinion, tout en étant présenté comme une publication scientifique. Cela est d'autant surprenant que le MFC a publié les « lignes directrices simplifiées sur les lipides », des lignes directrices élaborées par et pour les médecins de famille et appuyées par une méthodologie transparente et rigoureuse.

Nous croyons que l'équipe de rédaction donne ici un message contradictoire aux médecins canadiens. La publication de ce texte laisse penser que le MFC croit que les médecins de famille doivent suivre les lignes directrices écrites par des spécialistes sans s'interroger. Premièrement, à ceci nous soulignons que les médecins de famille servent une population fort différente de celle des cardiologues et qu'il n'y a pas de réflexion en ce sens dans le texte. Deuxièmement, ce n'est pas parce qu'on est médecin de famille qu'on ne doit pas se questionner sur la base factuelle d'affirmations qui visent à modifier notre pratique.

Plusieurs auteurs des lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie (SCC) desquelles sont tirées les informations de cet article ont déclaré avoir des conflits d'intérêts, ce qui nous pose question sur la transparence nécessaire à des lignes directrices de qualité. De plus, il semble que la base factuelle de ces recommandations ne provient pas d'un regard rigoureux et systématique de la littérature, car la revue systématique qui sous-tend ces recommandations n'est pas disponible.

Nous avons la chance extraordinaire d'avoir, au Canada, des lignes directrices<sup>1</sup> élaborées par des médecins de famille pour des médecins de famille, qui ont été écrites de manière rigoureuse. C'est un modèle en matière d'élaboration de lignes directrices et elles sont enseignées partout au Canada en ce qui concerne l'évaluation du risque cardiovasculaire.

Ainsi, ce texte d'opinion est basé sur une ligne directrice qui ne partage pas de façon transparente son analyse de la littérature. Sa conclusion est tellement grossière qu'il est difficile de conclure la lecture de ce texte sans se demander si on ne cherche pas à médicaliser de nombreux individus sans qu'ils puissent en retirer de bénéfices tangibles.

*En se fondant sur les lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie publiées en 2021, les médecins de famille devraient se sentir capables d'utiliser les dosages de la lipoprotéine (a), de la protéine C réactive hypersensible et le score calcique coronarien chez les patients appropriés, pour guider la thérapie aux statines. Même si les lignes directrices ne le mentionnent pas actuellement, des données probantes indiquent que le dosage de la troponine hypersensible peut aussi servir à mieux stratifier le risque cardiovasculaire d'un patient. Il est probable que l'utilisation des biomarqueurs devienne plus fréquente à mesure que la recherche se poursuit sur leur usage dans la stratification du risque cardiovasculaire.*

Comment, sans être soutenu par les données probantes démontrant des effets cliniquement intéressants, peut-on encourager l'utilisation de marqueurs biochimiques pour préciser le risque cardiovasculaire des patients. Avant que les médecins de première ligne utilisent les Lp(a), la hs-CRP et le score calcique, nous croyons que leur utilisation doit être appuyée par des données démontrant l'amélioration d'issues cliniques importante pour les patients, leur pertinence clinique et justifiant leur coût d'utilisation.

Nous présentons ici un exemple tiré des lignes directrices de la SCC<sup>2</sup> qui démontre que leurs positions ne sont pas toujours soutenues par des données probantes. Dans leur propre texte, les auteurs avouent ne pas avoir de données pour appuyer une cible précise de LDL, mais conviennent toutefois d'en recommander une.

---

<sup>1</sup> G. Michael Allan, Adrienne J. Lindblad, Ann Comeau, John Coppola, Brianne Hudson, Marco Mannarino, Cindy McMinis, Raj Padwal, Christine Schelstraete, Kelly Zarnke, Scott Garrison, Candra Cotton, Christina Korownyk, James McCormack, Sharon Nickel, Michael R. Kolber, Canadian Family Physician Oct 2015, 61 (10) e439-e450

<sup>2</sup> Pearson, Glen J et al. "2021 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in Adults." *The Canadian journal of cardiology* vol. 37,8 (2021): 1129-1150. doi:10.1016/j.cjca.2021.03.016

#### **PICO 4: In Secondary Prevention, what is the most appropriate lipid/lipoprotein threshold for the intensification of therapy?**

To date, no clear target to which LDL-C or non HDL-C or ApoB levels should be lowered is clearly identified in RCTs, because such trials have generally used thresholds of LDL-C (or non-HDL-C or ApoB) levels for initiation or intensification of lipid-lowering therapies and fixed-dose lipid-lowering drugs (this pertains to statin RCTs and to RCTs that have used the additional use of nonstatin lipid-lowering agents, such as ezetimibe and PCSK9 inhibitors). Exceptions are the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) trial in which the statin dose was up- or down-titrated aiming for within-trial total cholesterol levels of 3.0-5.2 mmol/L,<sup>97</sup> the Improved Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial (IMPROVE-IT), which allowed for up-titration of simvastatin to 80 mg daily for in-trial LDL-C levels > 2.0 mmol/L,<sup>98</sup> and the ODYSSEY OUTCOMES trial in patients with a recent ACS, which allowed up-and down-titration of alirocumab aiming for an LDL-C target of 0.65-1.3 mmol/L; however, in these trials no randomized comparison with alternate lipid targets was performed.<sup>90</sup> Additionally,

a number of trials comparing different intensities of statin treatment (lower vs higher statin dose) in secondary ASCVD prevention showed benefits for more intensive statin therapy; however, these trials did not explore targets of LDL-C lowering.<sup>99,100</sup> One RCT conducted in patients with a recent ischemic stroke showed reductions in major ASCVD events in patients allocated to a strategy of lower LDL-C (< 1.8 mmol/L) vs higher targets (2.3-2.8 mmol/L).<sup>101</sup> Nevertheless, the lower LDL-C target in this trial is similar to the threshold for intensification of lipid-lowering therapy used in other recent trials and recommended in this guideline document.<sup>89,102</sup> A number of studies have shown improved ASCVD outcomes in secondary prevention patients reaching lower in-trial LDL-C levels, but these trials are observational and did not test targets of therapy.<sup>103,104</sup>

Therefore, we recommend the use of thresholds for intensification of lipid therapy in secondary prevention. Most recent

Cette situation que nous dénonçons pourrait servir, souhaitons-le, à amorcer une discussion quant à la présence d'un comité scientifique responsable du processus de sélection des articles à publier. Il ne nous semble pas cohérent de faire paraître d'une part des « *Tools for practice* » et, d'autre part, des textes d'opinion qui ne sont pas adaptés aux médecins de famille et qui ne sont pas basés sur un examen rigoureux de la littérature.

Nous joignons à ce texte, sur la page suivante, un outil d'évaluation des lignes directrices qui pourrait être utile à l'équipe éditoriale (P : pertinence, I : Intérêt – conflits – et C : Confiance – base factuelle).

Celui-ci est une adaptation de l'outil G-Trust<sup>3</sup> validé pour évaluer la qualité d'une ligne directrice.

## « G-TRUST »

|          | Lignes directrices simplifiées (2015)   | Lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie (2021)   |
|----------|---|---|
| <b>P</b> | Recommandations faciles à introduire en pratique<br>Outil permettant la décision partagée (risque absolu) | Recommandations plus complexes<br>Ne précise toujours pas le bénéfice en risque absolu, et ne permet pas la décision partagée |
| <b>I</b> | Auteurs ayant déclaré des relations avec l'industrie: <b>1</b>  | Auteurs ayant déclaré des relations avec l'industrie :<br>Panel primaire: <b>19/26</b><br>Panel secondaire: <b>6/10</b>       |
| <b>C</b> | Revue systématique (recherche refaite en 2017) - rien de nouveau  | <b>Pas</b> de revue systématique, études spécifiques seulement  |



Comme médecins de famille engagés dans l'utilisation judicieuse des ressources et dans l'enseignement de la médecine factuelle (EBM), nous nous attendons à ce que les textes publiés dans le MFC qui visent à modifier une pratique soient plus rigoureusement appuyés par les données probantes avant d'être acceptés pour publication. De tenir pour acquis que les recommandations sont fiables uniquement sur la base qu'elles sont extraites du consensus de la société canadienne cardiovasculaire ne nous semble pas suffisant en soi. L'utilisation judicieuse des ressources en santé est l'affaire de toutes et de tous, y compris des éditrices et éditeurs de journaux scientifiques.

Il est malheureux que le texte dont il est question ici se résume essentiellement à prescrire une statine à quiconque, à l'opposé d'un processus de décision partagée comme cela devrait se faire pour toute médication à visée « préventive ».

### Cosignataires :

Geneviève Bois, M.D., CCMF

Professeure adjointe de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) de l'Université de Montréal

Samuel Boudreault, M.D., M. Sc., CCMF, FCMF

Professeur agrégé, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval

<sup>3</sup> Shaughnessy, Allen F et al. "Developing a Clinician Friendly Tool to Identify Useful Clinical Practice Guidelines: G-TRUST." *Annals of family medicine* vol. 15,5 (2017): 413-418. doi:10.1370/afm.2119

Caroline Laberge, M.D., CCMF, FCMF

Professeure de clinique, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval

Hélène Landry, M.D., CCMF (MU)

Professeure de clinique, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval et directrice médicale du GMF-U Laurier

Guylène Thériault, M.D., CCMF

Chargée d'enseignement, Campus Outaouais de l'Université McGill

Marc-Antoine Turgeon, M.D., CCMF

Chargé d'enseignement clinique, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval

René Wittmer, M.D, CCMF

Professeur adjoint de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal