

Dans l'actualité - 15 décembre 2025

- [Les précédents textes](#)

Pour mieux soigner : enrichir et mettre à jour ses choix thérapeutiques. Le tri des éléments les plus marquants de l'année 2025

- Pour des soins de qualité, il est important de distinguer les informations solides et pertinentes pour les patients des données biaisées ou inutiles, sans confondre progrès thérapeutique et "innovation" à visée commerciale. Comme chaque année, *Prescrire* a réalisé un tri des éléments marquants en situation de premier recours.
- Diverses données apportent des éléments utiles pour mieux soigner : par exemple, prévenir les carences nutritionnelles et adapter les traitements médicamenteux après une chirurgie bariatrique ; mettre en route un traitement par médicament antidépresseur chez un adulte ; éviter la décompensation d'une insuffisance surrénalienne lors de l'arrêt d'une corticothérapie prolongée.
- Plusieurs médicaments ayant un intérêt clinique démontré dans diverses situations sont à retenir, en prenant en compte leurs effets indésirables : par exemple, la *bédaquiline* dans la tuberculose pulmonaire multirésistante ; le *sotatercept* dans l'hypertension artérielle pulmonaire. En outre, la balance bénéfices-risques du *sémaglutide* est mieux cernée, notamment en situation de surpoids ou d'obésité avec atteinte cardiovasculaire, de même que le profil d'effets indésirables de l'ensemble des agonistes du GLP-1.
- Des médicaments sont parfois en cause dans divers troubles : par exemple, les fluoroquinolones exposent à des anévrismes et dissections de l'aorte ; la *prégabaline* ou la *gabapentine* à des fractures de hanche.
- Des données aident à mieux guider le choix d'un traitement "de fond" de la sclérose en plaques chez une femme enceinte. Et d'autres de préciser les risques liés à la prise au cours de la grossesse d'un anti-inflammatoire non stéroïdien ou de *fer* injectable.
- Les autres éléments marquants de l'année 2025 concernent des médicaments à écarter dans une situation clinique, des nouveautés sans progrès, certains risques liés aux soins, et de nombreuses autres informations à partager avec les patients ou leur entourage.

Cancérologie

Mieux soigner

- **Cancer localisé de la prostate : envisager une surveillance sans traitement d'emblée si le risque d'évolution défavorable est faible.** Chez les patients atteints de cancer localisé de la prostate estimé à faible ou très faible risque d'évolution défavorable, organiser une surveillance sans traitement d'emblée permet de moins exposer les patients aux effets indésirables des traitements, sans accroître le risque de métastases ou de mort par cancer de la prostate.

[+ Lire n° 506 p. 933.](#)

À noter dans sa liste de médicaments

● **Cancers du sein dits triple négatif et pembrolizumab (Keytruda°) avant et après la chirurgie : allongement de la durée de survie.**

Chez certaines patientes atteintes d'un cancer du sein dit triple négatif, le *pembrolizumab* (un immunostimulant inhibiteur de point de contrôle immunitaire) ajouté à une chimiothérapie cytotoxique avant chirurgie d'exérèse et poursuivi après en monothérapie a allongé la durée de survie. Mais cela expose à un surcroît d'effets indésirables graves et à une surmortalité pendant les premiers mois de traitement.

[+ Lire n° 498 p. 256-257.](#)

● **Cancers bronchiques non à petites cellules opérables et pembrolizumab (Keytruda°) avant et après la chirurgie : moindre mortalité.** Chez les patients atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules opérable, le *pembrolizumab* (un immunostimulant inhibiteur de point de contrôle immunitaire) ajouté à une chimiothérapie avant chirurgie d'exérèse et poursuivi après en monothérapie a réduit la mortalité après un suivi médian de 2,5 ans. Mais cela expose à un surcroît d'effets indésirables graves avec une surmortalité pendant les premiers mois de traitement.

[+ Lire n° 504 p. 740-742.](#)

● **Cancers bronchiques non à petites cellules avancés ou métastasés ALK-positifs et alectinib (Alecensa°) :** allongement de la durée de vie en 1^{re} ligne après un suivi médian de 2 à 5 ans.

[+ Lire n° 500 p. 423.](#)

● **Pembrolizumab (Keytruda°) après chirurgie dans certains cancers du rein :** diminution de la mortalité, mais un traitement éprouvant, souvent au point de l'arrêter prématurément.

[+ Lire n° 503 p. 649.](#)

● **Carcinomes urothéliaux inopérables ou métastasés et enfortumab védotine (Padcev°) + pembrolizumab (Keytruda°) :** allongement de la durée médiane de survie de 18 mois par rapport à une chimiothérapie sel de platine + *gemcitabine*, selon des données de faible niveau de preuves.

[+ Lire n° 504 p. 739-740.](#)

● **Cancers du col de l'utérus localement avancés et pembrolizumab (Keytruda°) pendant et après la radiochimiothérapie :** réduction de la mortalité au prix d'effets indésirables parfois graves.

[+ Lire n° 505 p. 815-816.](#)

● **Cancer colorectal métastasé après deux lignes de traitement et trifluridine + tipiracil (Lonsurf°) + bévacicumab :** augmentation de 3 mois de la durée médiane de survie par rapport à l'association *trifluridine* + *tipiracil* seule.

[+ Lire n° 499 p. 339-340.](#)

● **Cancer colorectal métastasé et fruquintinib (Fruzaqla°) :** allongement de la durée médiane de survie au prix d'effets indésirables sévères.

+ Lire "fruquintinib" Interactions Médicamenteuses Prescrire.

[+ Lire n° 505 p. 817-819.](#)

● **Adénocarcinomes de l'estomac CLDN 18.2+ métastases ou inopérables et zolbétuximab (Vyloy®)** : une option qui peut allonger un peu la durée de vie au prix d'effets indésirables fréquents, notamment digestifs.

[+ Lire n° 506 p. 892-894.](#)

● **Cancer du sein HER2+ persistant après traitement néoadjuvant par trastuzumab + chimiothérapie et chirurgie, et trastuzumab emtansine (Kadcyla®)** : un possible allongement de la durée de vie, avec un surcroît d'événements indésirables graves.

[+ Lire n° 506 p. 894-895.](#)



À écarter de sa liste de médicaments

● **Cancers bronchiques non à petites cellules avec mutation dite activatrice du gène EGFR dans l'exon 19 ou 21 et amivantamab (Rybrewant®) en 2^e ligne.** Dans cette situation, l'*amivantamab* (un anticorps monoclonal) n'a pas allongé la durée de vie par rapport à un placebo tandis qu'il a provoqué un surcroît d'événements indésirables mortels. L'*amivantamab* expose à des réactions à la perfusion, troubles cutanés graves, et hypoalbuminémies avec œdèmes périphériques.

[+ Lire n° 504 p. 743.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Dénosumab dans les métastases osseuses : ostéonécroses de la mâchoire fréquentes.** Les patients exposés au *dénosumab* dans le cadre d'un traitement d'un cancer avec métastases osseuses ont un risque environ 20 fois plus grand d'ostéonécrose de la mâchoire que sous diphosphonate. Il importe de faire réaliser les soins dentaires prévisibles avant la mise en route du traitement et de mettre en place une surveillance buccodentaire régulière pendant le traitement.

[+ Lire n° 497 p. 191.](#)

● **Antitumoraux anti-BRAF : uvéites.** Chez des patients traités pour un cancer du poumon ou un mélanome, le risque d'uvéite non infectieuse est nettement plus grand sous antitumoraux anti-BRAF tels que le *vémurafénib*, que sous chimiothérapie cytotoxique. Il est important d'informer les patients de l'intérêt d'un suivi ophtalmologique et de les inciter à consulter rapidement en cas d'apparition de troubles visuels.

[+ Lire n° 499 p. 353.](#)

Cardiologie et maladies vasculaires



Mieux soigner

● **Compression veineuse en prévention des récurrences d'ulcères cutanés veineux : bas de classe III plus efficaces, mais parfois plus difficiles à supporter que ceux de classe II.** Une compression veineuse accélère la guérison des ulcères cutanés veineux et diminue le risque de récurrences. Il semble utile d'encourager les patients qui ont eu un ulcère cutané veineux à porter des bas de compression de classe III en premier choix, voire de classe II s'ils sont mal supportés.

[+ Lire n° 499 p. 374.](#)

● **Endocardite infectieuse et actes buccodentaires invasifs : antibioprophylaxie utile chez les patients à risque élevé.** Des données convergentes sont en faveur d'une antibioprophylaxie lors de certains actes buccodentaires invasifs chez les patients à risque élevé d'endocardite infectieuse, notamment ceux porteurs de prothèse valvulaire, ceux atteints d'une cardiomyopathie congénitale cyanogène non opérée ou ayant un antécédent d'endocardite. Chez les patients à risque plus faible, il n'a pas été mis en évidence d'effet d'une antibioprophylaxie sur la survenue des endocardites infectieuses.

[+ Lire n° 501 p. 537.](#)

[+ Lire n° 501 p. 553.](#)

● **Hypertension artérielle : viser 120 mm Hg chez des patients à risque cardiovasculaire élevé : moins d'événements cardiovasculaires, au prix d'un surcroît d'effets indésirables rénaux et de syncopes.** Selon un nouvel essai randomisé, chez des patients atteints d'hypertension artérielle et à risque élevé d'accident cardiovasculaire, viser une pression artérielle systolique en dessous de 120 mm Hg a diminué l'incidence des événements cardiovasculaires, sans baisse démontrée de la mortalité au cours d'un suivi d'environ 3,5 ans, au prix notamment d'un surcroît d'effets indésirables rénaux et de syncopes.

Il est prudent de retenir une valeur cible de pression artérielle systolique de 120 mm Hg uniquement pour des patients à risque élevé d'accident cardiovasculaire, informés de la balance bénéfices-risques et des incertitudes sur les effets à long terme de cet objectif tensionnel plus strict ; et renoncer à l'atteindre quand l'accumulation des médicaments expose à trop d'effets indésirables.

[+ Lire n° 503 p. 691-692.](#)

● **Mesure de la pression artérielle : avec le bras sur un support et le brassard au niveau du cœur.** Pour éviter les surdiagnostics d'hypertension artérielle et les surtraitements qui en découlent, il est utile de mesurer la pression artérielle en position assise, avec un tensiomètre huméral, bras reposant sur un support, avec le brassard à hauteur du cœur.

[+ Lire n° 503 p. 693.](#)



Nouveautés sans progrès

● **Hypercholestérolémies et inclisiran (Leqvio°) : pas d'effet démontré sur les complications cardiovasculaires.** Chez les patients ayant une hypercholestérolémie, en cas d'effet estimé insuffisant des statines, l'ajout d'*inclisiran* (un inhibiteur de la synthèse de l'enzyme PCSK9) diminue la LDL-cholestérolémie, mais sans effet démontré sur les complications cardiovasculaires. On ne sait pas si l'effet hypocholestérolémiant de l'*inclisiran* est supérieur ou non à celui des anticorps anti-PCSK9 tels que l'*alirocumab* ou l'*évolocumab*. Les effets indésirables connus des médicaments ciblant la PCSK9 sont notamment des réactions au site d'injection, des réactions allergiques et des troubles musculaires. L'*inclisiran* expose en outre à des augmentations des transaminases hépatiques.

[+ Lire "inclisiran"](#) Interactions Médicamenteuses Prescrire.

[+ Lire n° 497 p. 167-169.](#)

● **Prévention cardiovasculaire et acide bempédoïque (Nilemdo°) ou acide bempédoïque + ézétimibe (Nustendi°) : pas de preuve de progrès clinique par rapport à d'autres hypocholestérolémiants.** En prévention cardiovasculaire dite primaire ou secondaire, il n'est pas démontré que l'*acide bempédoïque* (un hypocholestérolémiant) diminue la

mortalité toutes causes confondues ou d'origine cardiovasculaire. Son profil d'effets indésirables paraît au moins aussi chargé que celui des autres hypocholestérolémiants, avec : des troubles musculaires et hépatiques surtout quand il est associé avec une statine ou l'*ézétimibe* ; des troubles rénaux et hématologiques ; des crises de goutte ; des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques.

+ Lire "acide bempédoïque" Interactions Médicamenteuses Prescrire.

[+ Lire n° 506 p. 885-891.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Diurétique thiazidique : hyponatrémies dès les premiers jours d'exposition.** Chez les patients traités avec un diurétique thiazidique, des hyponatrémies surviennent parfois dès la première semaine d'exposition. Elles sont particulièrement fréquentes chez les patients âgés. Il est prudent notamment de s'assurer de l'absence d'hyponatrémie avant de débuter un tel traitement, de mesurer la natrémie dans la semaine qui suit, en même temps que la kaliémie, puis après un mois, et d'espacer progressivement cette surveillance.

[+ Lire n° 498 p. 273-275.](#)

● **Inhibiteurs de l'enzyme de conversion : risque de psoriasis parfois graves.** Chez des patients traités par un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), des psoriasis parfois graves ont été notifiés. L'arrêt du médicament en cause permet en général la régression du psoriasis. Dans cette situation, il est prudent de ne pas remplacer l'IEC par un sartan, qui expose au même risque.

[+ Lire n° 499 p. 362.](#)



Et si c'était à cause du médicament ?

● **Benfluorex (ex-Mediator®) : encore des hypertension artérielles pulmonaires, 15 ans après le retrait du marché.** La prise de *benfluorex*, commercialisé en France de 1976 à fin 2009, a causé des valvulopathies cardiaques et des hypertension artérielles pulmonaires (HTAP) chez de nombreux patients. Le *benfluorex* continue de causer des effets néfastes graves chez les personnes y ayant été exposées. Le délai entre le début de l'exposition au *benfluorex* et le diagnostic d'HTAP est parfois très long, avec une valeur extrême d'environ 45 ans chez un patient. Quelques cas mentionnent une exposition de moins de 6 mois avec un diagnostic plus de 20 ans plus tard.

[+ Lire n° 499 p. 353.](#)

● **Accidents cardiaques et thromboemboliques veineux : stéroïdes androgéniques anabolisants en cause.** Chez les hommes fréquentant des salles de sport, l'utilisation de stéroïdes androgéniques anabolisants a été associée à un risque plus grand d'accidents cardiovasculaires, d'interventions de revascularisation coronarienne, d'accidents thromboemboliques veineux, de troubles du rythme cardiaque, de cardiomyopathies et d'insuffisances cardiaques. Ceci s'ajoute aux risques d'évolution accélérée de cancers de la prostate, de troubles psychiques tels qu'agressivités et violences, et de stérilité masculine.

[+ Lire n° 504 p. 751.](#)

● **Fibroses et atteintes valvulaires : cabergoline en cause.** La *cabergoline* (un dérivé de l'ergot de seigle) expose à des atteintes valvulaires cardiaques, y compris à faibles doses dans les hyperprolactinémies. Ces atteintes valvulaires sont parfois associées à d'autres fibroses notamment pulmonaires ou rétropéritonéales, y compris

à faibles doses. Elles peuvent survenir dans les 6 premiers mois de traitement. Il est prudent d'envisager l'arrêt du médicament dès lors que la situation le permet.

[+ Lire n° 500 p. 441-442.](#)

Dépendances et addictions



À écarter de sa liste de médicaments

● **Varénicline (Champix®) : pas mieux que la nicotine dans le sevrage tabagique.** Chez les personnes qui souhaitent arrêter de consommer du tabac, la *varénicline* (un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine) n'est pas plus efficace qu'une association de substituts nicotiniques. Elle expose à des effets indésirables psychiques dont des comportements violents, des idées d'homicides, des dépressions, et des suicides, surtout chez des personnes ayant des antécédents psychiatriques ; ainsi qu'à des chutes, des diabètes, des angioedèmes, des syndromes de Stevens-Johnson et des accidents cardiovasculaires. En cas de tentative infructueuse d'arrêt du tabac ou de reprise de la consommation, il paraît préférable de renouveler les tentatives de sevrage à l'aide de la *nicotine*, plutôt que de recourir à la *varénicline*.

[+ Lire n° 502 p. 581.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Nalméfène + opioïde : syndromes de sevrage graves.** Chez les patients prenant un opioïde, par exemple en substitution d'une addiction aux opioïdes ou comme antalgique, la prise de *nalméfène* (un antagoniste des récepteurs opioïdes) expose à des syndromes de sevrage graves. Les patients qui prennent du *nalméfène* pour réduire leur consommation d'alcool ont intérêt à connaître ces risques.

[+ Lire n° 495 p. 25.](#)

Dermatologie



Mieux soigner

● **Hidrosadénite suppurée, alias maladie de Verneuil : à évoquer devant des nodules ou abcès récidivants dans les grands plis.**

L'hidrosadénite suppurée, alias maladie de Verneuil, est une maladie cutanée inflammatoire chronique qui altère parfois profondément la qualité de vie des patients, en majorité des femmes. Son diagnostic est souvent retardé de plusieurs années, notamment parce que les nodules inflammatoires sont confondus avec des furoncles récidivants.

On ne connaît pas de traitement curatif de l'hidrosadénite suppurée. L'objectif principal des soins est d'améliorer la qualité de vie du patient, sans l'exposer à des traitements dont les effets indésirables graves l'altéreraient. Des mesures autres que médicamenteuses et un traitement antibiotique sont les traitements de premier choix.

Une antibiothérapie par *amoxicilline* + *acide clavulanique* ou *pristinamycine* pendant 7 jours est proposée en cas de poussée nodulaire aiguë, parfois associée à une incision-drainage des nodules. Une antibiothérapie par *doxycycline*, pendant 6 mois ou plus, est proposée en cas de récurrences multiples.

Un immunodépresseur anti-TNF alpha tel que l'*adalimumab*, ou un anti-interleukine tel que le *sécukinumab* et le *bimékizumab*, a une efficacité très modeste et limitée dans le temps, sans bénéfice démontré sur la qualité de vie, alors que ces médicaments exposent à de nombreux effets indésirables graves tels que retards de cicatrisation, infections, cancers.

Une chirurgie est parfois justifiée dans les formes sévères. Une prise en charge pluriprofessionnelle qui tient compte de la souffrance psychique des patients est souvent utile.

[+ Lire n° 500 p. 416-417.](#)

[+ Lire n° 503 p. 676-682.](#)



À écarter de sa liste de médicaments

● **Alopécie androgénique et finastéride en application locale (Fincrezo°).** Chez les hommes très gênés par une alopécie, l'efficacité du *finastéride* (un antiandrogène) est modeste, et seulement pendant la durée du traitement. Le *finastéride* expose à des effets indésirables cutanés, sexuels et psychiques (dépressions et idées suicidaires), et peut-être à un surcroît de cancers du sein.

[+ Lire n° 503 p. 658-659.](#)



Nouveautés sans progrès

● **Acné et clindamycine + peroxyde de benzoyle (Encallik°) : pas plus efficace que le peroxyde de benzoyle seul.** Chez les patients gênés par un acné, un gel associant de la *clindamycine* (un antibiotique) avec du *peroxyde de benzoyle* (un antibactérien kératolytique) n'a pas plus réduit le nombre de lésions cutanées que le *peroxyde de benzoyle* seul. Cette association expose à une addition des effets indésirables cutanés de ces deux substances tels qu'irritations ou sécheresses cutanées. Le *peroxyde de benzoyle* expose à des érythèmes, des photosensibilités et à des décolorations des phanères et des fibres textiles ; et la *clindamycine* à des urticaires, des séborrhées, des folliculites, des troubles digestifs, ainsi qu'à des résistances bactériennes.

[+ Lire n° 498 p. 250-251.](#)

● **Eczéma atopique et lébrikizumab (Ebglyss°).** Chez les adultes et les adolescents très gênés par un eczéma atopique, en l'absence de comparaison directe, il n'est pas démontré que le *lébrikizumab* (un immunodépresseur) soit plus efficace ou qu'il ait moins d'effets indésirables qu'un autre anti-interleukine tel que le *dupilumab*. Les effets indésirables prévisibles du *lébrikizumab* sont notamment : des infections et peut-être des cancers ; des conjonctivites et des kératites ; des réactions d'hypersensibilité ; des céphalées ; des arthralgies.

+ Lire "lébrikizumab" Interactions Médicamenteuses Prescrire.

[+ Lire n° 499 p. 344-345.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Peroxyde de benzoyle : formation de benzène en cas d'exposition à la chaleur.** Le *peroxyde de benzoyle*, utilisé en application locale dans l'acné, se dégrade sous l'effet de la chaleur, avec formation de benzène, qui est cancérigène. Il est important de prendre soin de conserver les produits qui en contiennent à l'abri de la chaleur, voire au frais pendant les périodes de chaleur, et de ne pas les laisser derrière une vitre au soleil.

[+ Lire n° 496 p. 116.](#)

● **Crayon au nitrate d'argent : brûlures graves.** Dans le traitement des bourgeons cutanés charnus, il n'est pas démontré qu'un crayon au nitrate d'argent (un agent caustique) soit plus efficace qu'une autre technique de retrait, comme l'exérèse ou une cautérisation électrique. Le nitrate d'argent expose à des effets indésirables, parfois graves dont des brûlures de la peau et des perforations des muqueuses. Quand il est employé pour des bourgeonnements autour de la fistule trachéocutanée chez des patients trachéotomisés, il expose en outre à des nécroses pulmonaires liées à la chute de la mine du crayon dans la trachée.

[+ Lire n° 501 p. 506-507.](#)

 Et si c'était à cause du médicament ?

● **Psoriasis : inhibiteurs de l'enzyme de conversion en cause.** Chez des patients traités par un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), des psoriasis parfois graves ont été notifiés. L'arrêt du médicament en cause permet en général la régression du psoriasis. Dans cette situation, il est prudent de ne pas remplacer l'IEC par un sartan, qui expose au même risque.

[+ Lire n° 499 p. 362.](#)

Diabétologie - Endocrinologie - Obésité

 Mieux soigner

● **Diabète et atteinte rénale : mortalité réduite avec le sémaglutide.** Chez des patients atteints de diabète de type 2 avec un risque très élevé d'accident cardiovasculaire en raison d'une atteinte rénale, un essai a montré une réduction de la mortalité dans le groupe *sémaglutide* avec un recul de l'ordre de 3 ans. Il n'y a pas de comparaison disponible *dapagliflozine* versus *sémaglutide* dans cette situation.

[+ Lire n° 500 p. 455.](#)

● **Après une chirurgie bariatrique : prévenir les carences nutritionnelles et adapter les traitements médicamenteux.** La chirurgie digestive de l'obésité, alias chirurgie bariatrique, a une balance bénéfices-risques favorable chez certains patients en situation d'obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35 kg/m² et des complications de l'obésité.

Après la première année, la surveillance de l'état nutritionnel consiste à : rechercher cliniquement des signes de carence, tels qu'anémie, atteinte neurologique, troubles visuels ou cutanés, effectuer au moins une fois par an une numération formule sanguine (NFS) et une mesure des concentrations sanguines de ferritine, calcium, zinc et vitamines B9, B12 et D. Une surveillance par dosage sanguin de la vitamine B1 paraît utile pour les patients qui ont des facteurs de risque de carence tels que : nausées ou vomissements récurrents, perte rapide de poids, consommation excessive d'alcool, prise irrégulière des suppléments vitaminiques, ou insuffisance cardiaque.

Après gastrectomie "sleeve", il est utile de poursuivre une supplémentation orale en *vitamine D*, et des apports en calcium de l'ordre de 1 000 à 1 500 mg par jour en prenant en compte les apports alimentaires.

Après court-circuit gastrique, il est utile de poursuivre une supplémentation par *vitamine B12* intramusculaire, par *vitamine D* orale ;

et par *vitamine A, vitamine B1, vitamine B9, fer, cuivre et zinc*, au moins par voie orale. L'objectif de la supplémentation en calcium est un apport de 1 200 à 1 500 mg au total par jour.

La chirurgie bariatrique modifie l'absorption digestive de divers médicaments pris par voie orale. Il est préférable de remplacer les anticoagulants oraux directs par un antivitamine K tel que la *warfarine*, afin de surveiller l'anticoagulation par le dosage de l'INR. Mieux vaut éviter les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les macrolides et les fibrates.

En outre, des dosages biologiques sont utiles pour adapter la dose de certains médicaments : immunodépresseurs chez les patients greffés, antirétroviraux, *lévothyroxine, lithium, carbamazépine, phénytoïne, rifampicine*.

Après une chirurgie bariatrique, une attention particulière à la santé mentale est justifiée, car elle paraît plus souvent altérée que chez les personnes obèses non opérées, de même que les addictions qui semblent plus fréquentes.

[+ Lire n° 501 p. 519-527.](#)



À noter dans sa liste de médicaments

● **Excès de poids et sémaglutide (Wegovy®) : parfois utile en cas d'antécédents cardiovasculaires.** Chez les patients en situation de surpoids ou d'obésité et qui ont déjà une atteinte cardiovasculaire, notamment coronarienne, l'efficacité du *sémaglutide* (un agoniste du GLP-1) en prévention d'un nouvel accident cardiovasculaire, en particulier d'un infarctus du myocarde, rend ce médicament parfois utile. À condition d'en supporter les effets indésirables et sous réserve que le patient concerné ait compris l'ampleur des inconnues en matière de cancers, et de surcroît de risque suicidaire.

[+ Lire n° 501 p. 492-494.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Sémaglutide : neuropathies optiques.** Chez des patients atteints de diabète de type 2, la prise de *sémaglutide* (un agoniste du GLP-1) expose à des neuropathies optiques ischémiques antérieures non artéritiques. Cela justifie d'évoquer, en cas de troubles visuels, l'hypothèse du rôle du *sémaglutide* ou d'un autre agoniste du GLP-1, y compris en l'absence de diabète.

[+ Lire n° 495 p. 24.](#)

● **Agonistes du GLP-1 : dépressions, idées ou gestes suicidaires.** Les agonistes du GLP-1 tels que le *sémaglutide* et le *liraglutide* semblent exposer à des dépressions, idées suicidaires, tentatives de suicide ou suicides. Leur action cérébrale sur des récepteurs hypothalamiques, à l'origine de la sensation de satiété, rend plausible des effets psychiques. Il paraît prudent de les éviter chez les patients ayant un antécédent connu de dépression ou d'idées ou comportements suicidaires. Il est prudent aussi de prévenir l'entourage, et d'arrêter sans délai le traitement en cas d'apparition de signes évocateurs.

[+ Lire n° 496 p. 117-121.](#)

● **Agonistes du GLP-1 : échecs de coloscopie.** Un traitement par un agoniste du GLP-1 peut réduire la qualité de la préparation de l'intestin avant une coloscopie. Il est prudent de suspendre le traitement avant une coloscopie, pendant un temps qui prend en compte la demi-vie d'élimination de l'agoniste du GLP-1, afin d'éviter non seulement l'échec

de la préparation colique, mais aussi le risque d'inhalation du contenu gastrique lors de l'anesthésie générale.

[+ Lire n° 504 p. 752.](#)

● **Agonistes du GLP-1 et grossesse : des risques mal cernés qui justifient une grande prudence.** On dispose de peu de données sur les conséquences de l'exposition in utero à un agoniste du GLP-1. Des malformations ont été observées chez l'Animal. Des incertitudes demeurent, en particulier concernant les effets psychiques à long terme chez les enfants ayant été exposés.

Il semble prudent que les femmes recevant un agoniste du GLP-1 utilisent une contraception efficace telle qu'un dispositif intra-utérin ou un anneau vaginal estroprogestatif, en évitant les contraceptifs hormonaux oraux dont l'efficacité contraceptive risque d'être diminuée dans cette situation. Après l'arrêt d'un agoniste du GLP-1, il est prudent de respecter un délai minimal de 1 à 2 mois avant le début d'une grossesse.

[+ Lire n° 505 p. 829-833.](#)

● **Cabergoline : fibroses et atteintes valvulaires.** La *cabergoline* (un dérivé de l'ergot de seigle) expose à des atteintes valvulaires cardiaques, y compris à faibles doses dans les hyperprolactinémies. Ces atteintes valvulaires sont parfois associées à d'autres fibroses notamment pulmonaires ou rétropéritonéales, y compris à faibles doses. Elles peuvent survenir dans les 6 premiers mois de traitement. Il est prudent d'envisager l'arrêt du médicament dès lors que la situation le permet.

[+ Lire n° 500 p. 441-442.](#)

● **Gliflozines : risque accru d'amputations et de revascularisations périphériques.** Chez des patients diabétiques, il y a eu annuellement plus d'amputations et de revascularisations périphériques avec une gliflozine qu'avec une gliptine (des antidiabétiques oraux). Ces risques justifient d'écarter les gliflozines chez les patients qui sont à risque accru de tels événements, par exemple du fait d'une artériopathie des membres inférieurs.

[+ Lire n° 502 p. 588.](#)

● **Gliflozines : risque accru de phimosis et paraphimosis.** Les gliflozines exposent à des infections génitales liées à la présence de sucre dans les urines, facteurs de phimosis et de paraphimosis. Selon une étude, au cours de la première année d'exposition à une gliflozine, l'incidence des phimosis ou paraphimosis a été d'environ 7 pour 1 000 ; et 12 pour 1 000 après deux ans d'exposition.

[+ Lire n° 505 p. 828.](#)

● **Systèmes de régulation de la glycémie en boucle semi-fermée : acidocétoses.** Les systèmes de régulation de la glycémie en boucle semi-fermée exposent les jeunes patients atteints d'un diabète de type 1 à plus d'acidocétoses que les pompes à insuline, surtout ceux qui ont une HbA1c très élevée. Il est prudent que les patients qui souhaitent essayer cette option recherchent systématiquement la présence de corps cétoniques dans le sang ou les urines en cas de glycémie très élevée ou de nausées.

[+ Lire n° 504 p. 752.](#)

Gastro-entérologie - Hépatologie

 À noter dans sa liste de médicaments

● **Œsophagite à éosinophiles et dupilumab (Dupixent®) : un recours chez les adultes et les adolescents.** Chez des adultes et des adolescents atteints d'une œsophagite à éosinophiles avec une dysphagie très gênante malgré un traitement par corticoïde ou inhibiteur de la pompe à protons (IPP), le *dupilumab* (un immunodépresseur) est un recours. Chez les enfants, il n'est pas démontré d'efficacité clinique, même à court terme. Ce médicament expose à des effets indésirables graves dont : des infections, des réactions anaphylactiques, des troubles oculaires dont des kératites et des perforations cornéennes, et peut-être des cancers à long terme. Les inconnues sont encore nombreuses, notamment concernant l'efficacité en prévention des complications à long terme. Ceci rend son utilisation trop dangereuse chez les enfants.

[+ Lire n° 502 p. 578-580.](#)



À écarter de sa liste de médicaments

● **Rectocolite hémorragique et étrasimod (Velsipity®) : trop risqué.** Chez les patients atteints de rectocolite hémorragique ayant déjà reçu un anti-TNF alpha, les preuves de l'efficacité de l'*étrasimod* (un immunodépresseur) sont fragiles. L'*étrasimod* expose à des effets indésirables parfois graves dont des : infections et cancers ; bradycardies, allongements de l'intervalle QT de l'électrocardiogramme, infarctus du myocarde, hypertensions artérielles ; atteintes hépatiques graves ; œdèmes maculaires.

+ Lire "étrasimod" Interactions Médicamenteuses Prescrire.

[+ Lire n° 500 p. 410-411.](#)

● **Brûlures d'estomac, remontées acides ou dyspepsie et carbonate de calcium + bicarbonate de sodium + 5 plantes (Neobianacid®).** L'évaluation de l'association de *carbonate de calcium + bicarbonate de sodium + 5 plantes* (Neobianacid®) repose sur des données peu nombreuses et à très court terme, ce qui laisse de nombreuses incertitudes concernant son efficacité, ses effets indésirables et le risque d'interactions médicamenteuses. Chez les enfants et chez les femmes enceintes ou qui allaitent, cette association est à écarter.

[+ Lire n° 500 p. 412-416.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Surprescription d'IPP : mortalité et morbidité accrues.** Des patients qui ont poursuivi la prise d'un IPP plus de 8 semaines après un séjour dans une unité de soins intensifs ont eu dans les 2 ans suivant leur hospitalisation un risque plus grand de : mort ; pneumonies ; événements cardiovasculaires ; réhospitalisation dans l'année suivante ; ainsi que des surcroûts d'infections à *Clostridium difficile*, d'insuffisances rénales chroniques, de cancers du pancréas, de déficits en vitamine B12, d'hypocalcémies et d'hypomagnésémies.

[+ Lire n° 496 p. 115.](#)

● **IPP et antitumoral : survie plus courte.** La prise concomitante d'un antitumoral et d'un IPP expose certains patients à une survie plus courte. Les IPP exposent aussi à des effets indésirables graves et à une surmortalité par rapport aux antihistaminiques H2, surtout en cas de durée de traitement supérieure à 1 mois. C'est une raison suffisante pour ne pas prescrire les IPP de façon systématique dans cette situation, en l'absence de symptômes sévères et persistants justifiant leur intérêt.

[+ Lire n° 497 p. 195-197.](#)

● **IPP au long cours : surcroît de cancers gastriques et de récidives.** Des données de faible niveau de preuves mais concordantes rendent probable un risque accru de cancer gastrique associé à la prise d'un IPP. En cas d'antécédent de cancer gastrique, il a été observé un risque plus grand de récidives chez les patients prenant un IPP de façon prolongée. Ces résultats incitent, une fois de plus, à éviter les traitements au long cours par IPP.

[+ Lire n° 498 p. 271-272.](#)

 Et si c'était à cause du médicament ?

● **Échecs de coloscopie : agonistes du GLP-1 en cause.** Un traitement par un agoniste du GLP-1 peut réduire la qualité de la préparation de l'intestin avant une coloscopie. Il est prudent de suspendre le traitement avant une coloscopie, pendant un temps qui prend en compte la demi-vie d'élimination de l'agoniste du GLP-1, afin d'éviter non seulement l'échec de la préparation colique, mais aussi le risque d'inhalation du contenu gastrique lors de l'anesthésie générale.

[+ Lire n° 504 p. 752.](#)

Gériatrie

 Mieux soigner

● **Activité physique : bouger régulièrement participe à vieillir en bonne santé.** Selon des données de faible niveau de preuves chez environ 45 000 femmes, un temps important passé assise à regarder la télévision est associé à une moindre probabilité de vieillissement en bonne santé, tandis qu'un temps important passé à se déplacer ou à rester debout est associé à une plus grande probabilité de vieillissement en bonne santé.

[+ Lire n° 500 p. 456-457.](#)

 À écarter de sa liste de médicaments

● **Sécheresse oculaire modérée à sévère et ciclosporine collyre en solution (Vevizye®) : inutile et dangereux.** Chez les patients atteints de sécheresse oculaire trop peu soulagés par des substituts de larmes, un collyre contenant de la *ciclosporine* en solution n'est pas plus efficace sur les symptômes que le même collyre sans *ciclosporine*. La *ciclosporine* en collyre expose fréquemment à des douleurs oculaires, à des effets immunodépresseurs ; et à des décollements de la rétine.

[+ Lire n° 506 p. 901-902.](#)

 Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Paracétamol chez les patients âgés de 65 ans ou plus : des effets indésirables proches de ceux des AINS.** Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus les plus exposées au *paracétamol*, des données fragiles ont mis en évidence un risque plus grand d'ulcérations, de perforations ou de saignements gastroduodénaux, d'ulcères gastroduodénaux non compliqués, de saignements intestinaux, d'insuffisances cardiaques, d'hypertensions artérielles, d'insuffisances rénales chroniques. Ce profil d'effets indésirables ressemble à celui des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Ces données incitent à éviter de banaliser l'utilisation du *paracétamol* chez les personnes âgées et à rechercher la dose quotidienne minimale apportant un soulagement acceptable, en évitant les traitements prolongés.

[+ Lire n° 503 p. 666.](#)

Grossesse - Allaitement

Mieux soigner

● **Hémorragie du post-partum et acide tranexamique : pas d'intérêt démontré d'une prévention systématique.** Chez des femmes ayant une hémorragie du post-partum, utiliser l'*acide tranexamique* semble réduire les formes graves dans un contexte de faibles ressources médicales. En dehors de ce contexte, il n'est pas démontré qu'administrer de l'*acide tranexamique* juste après l'accouchement à toutes les femmes prévienne les hémorragies graves. Une telle stratégie thérapeutique a une balance bénéfices-risques défavorable étant donné le surcroît connu de thromboses artérielles et veineuses lié à l'*acide tranexamique*.

[+ Lire n° 505 p. 852.](#)

● **Allaitement maternel et VIH : risque de transmission probablement très faible sous traitement antirétroviral.** Quand une femme vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a une charge virale durablement indétectable, le risque de transmission à son enfant via l'allaitement est probablement très faible, mais non nul. La prudence conduit à déconseiller l'allaitement maternel dans cette situation.

Mais quand une femme, bien informée des risques et des incertitudes, souhaite néanmoins allaiter son enfant, il est utile de proposer un suivi rapproché, organisé par une équipe médicale spécialisée, avec une mesure mensuelle de la charge virale chez la mère. En cas d'augmentation de la charge virale maternelle au-dessus de 50 copies/ml, les recommandations françaises sont d'interrompre l'allaitement, de mettre en œuvre une recherche d'infection par le VIH chez l'enfant allaité et de lui administrer un traitement post-exposition.

[+ Lire n° 502 p. 615-616.](#)

Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Doses élevées et prises prolongées d'opioïdes : effets neuropsychiques à long terme chez les enfants exposés in utero.** Pendant la grossesse, en cas de douleurs intenses d'emblée ou malgré le *paracétamol*, la *morphine* à la dose minimale efficace est une option. Les opioïdes dits faibles tels que la *codéine* et le *tramadol* ont une efficacité antalgique incertaine, car elle dépend de leur transformation en métabolites actifs. Les études animales sont discordantes quant aux effets tératogènes des opioïdes pendant la grossesse. Au cours du premier trimestre de grossesse, il n'y a pas de signes notables de risques sauf peut-être avec la *codéine* et le *tramadol*. Près de la naissance, le nouveau-né est exposé aux effets indésirables des opioïdes pris par la mère. Les données évaluant les risques à long terme d'une exposition in utero aux opioïdes suggèrent un risque légèrement plus grand de troubles du développement neuropsychique, notamment en cas d'exposition au cours du premier trimestre de la grossesse, avec des doses cumulées élevées, ou en cas d'exposition durant au moins deux semaines.

Faute d'antalgique aussi efficace et exposant à moins de risques, il est raisonnable d'utiliser en priorité la *morphine* dans les douleurs sévères lorsqu'un opioïde est justifié chez une femme enceinte, sous réserve d'une utilisation maîtrisée, en particulier lors du premier trimestre.

[+ Lire n° 497 p. 192-194.](#)

● **Caftors : atteintes de la fonction hépatique chez des enfants allaités.** Les enfants allaités par des femmes prenant de l'*ivacaftor*, du *tézacaftor*, du *lumacaftor* ou de l'*élexacaftor* (des modulateurs de la protéine CFTR utilisés dans la mucoviscidose) sont exposés aux effets indésirables de ces substances. Des atteintes de la fonction hépatique après la naissance ont été décrites chez des nourrissons allaités ainsi que des cataractes bilatérales sans altération de la vision chez des nourrissons allaités et déjà exposés in utero aux caftors. Ces données pèsent dans le choix des femmes traitées par caftors d'allaiter ou non leur enfant. Les risques et les incertitudes de chaque option sont à partager avec les femmes concernées. Si une femme choisit d'allaiter, une surveillance hépatique et ophtalmologique du nourrisson est à mettre en place.

[+ Lire n° 499 p. 359-360.](#)

● **Carbonate de calcium et grossesse : hypercalcémies graves.** Des cas de syndrome dit des buveurs de lait ont été décrits chez des femmes enceintes prenant du *carbonate de calcium* pour soulager les douleurs d'un reflux gastro-œsophagien. Ce syndrome associe une hypercalcémie, une alcalose métabolique et une insuffisance rénale aiguë liée à une ingestion de grandes quantités de calcium et de substances alcalines.

[+ Lire n° 500 p. 433.](#)

● **Cannabis et grossesse : des complications mieux cernées.** La consommation de cannabis est associée à des risques statistiquement plus grands d'hypertension artérielle, de décollement placentaire et de prééclampsie. Elle expose aussi à des : naissances prématurées, faibles poids de naissance, admissions en unité de soins intensifs de néonatalogie.

[+ Lire n° 501 p. 513.](#)

● **AINS in utero : insuffisances rénales chroniques dans l'enfance.** Chez les enfants exposés in utero à des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les risques sont multiples : un surcroît d'avortements spontanés en début de grossesse, de fermetures prématurées du canal artériel, d'hypertensions artérielles pulmonaires et d'insuffisances rénales aiguës. Ils exposent aussi à un risque accru d'insuffisances rénales chroniques après la naissance, qui persistent probablement à l'âge adulte.

[+ Lire n° 501 p. 512.](#)

● **AINS en début de grossesse : malformations congénitales.** Les AINS pris au cours du premier trimestre de la grossesse semblent exposer à des malformations parfois graves (dont malformations cardiaques, anomalies du tube neural). Au vu de l'ensemble des risques connus en cas de prise chez une femme enceinte, les AINS sont à écarter dès le début de la grossesse et pendant toute la durée de celle-ci.

[+ Lire n° 502 p. 589.](#)

● **Femmes enceintes et traitements "de fond" de la sclérose en plaques : beaucoup d'incertitudes.** Les données d'exposition aux traitements dits de fond de la sclérose en plaques durant la grossesse sont peu nombreuses et laissent beaucoup d'incertitudes autour des conséquences chez les enfants exposés in utero, y compris à long terme. Certaines substances sont plus dangereuses qu'utiles, d'autres sont génotoxiques.

Compte tenu de l'amélioration spontanée de la maladie au cours de la grossesse, un projet de grossesse ou un début de grossesse est l'occasion de discuter de la poursuite ou non du traitement en fonction de la gravité de la maladie et du risque de rechute.

[+ Lire n° 502 p. 590-599.](#)

● **Triptans et allaitement : douleurs des seins et difficultés d'éjection du lait.** Chez des femmes allaitantes ayant pris un triptan, des douleurs du mamelon et des seins ont été décrites, ainsi que des douleurs à l'éjection du lait et des engorgements mammaires. Quand la prise d'un triptan ne peut être évitée chez une femme migraineuse qui allaite, il est prudent de lui conseiller de le prendre juste après une tétée, puis de tirer et jeter son lait pendant la durée d'élimination du triptan.

[+ Lire n° 503 p. 665.](#)

● **Fer injectable pendant la grossesse : hypersensibilité maternelle et retentissement fœtal.** Des hypersensibilités maternelles aiguës, avec parfois retentissement fœtal (anomalie du rythme cardiaque) liées à l'administration de *fer* injectable chez des femmes enceintes ont été décrites. Chez une femme enceinte anémique, la voie orale est en général la meilleure option.

[+ Lire n° 506 p. 911.](#)

● **Lamotrigine et exposition in utero : des conséquences mieux cernées.** Chez les femmes enceintes, on ne connaît pas de médicament antiépileptique sans risque en cas d'exposition in utero. La *lamotrigine* en monothérapie, à la dose minimale efficace, semble la moins à risque. Selon des données convergentes, la fréquence des malformations ou des troubles du développement neuropsychique chez les enfants exposés in utero à la *lamotrigine* semble proche de celle observée chez les enfants nés de mères issues de la population générale ou de mères épileptiques non exposées à la *lamotrigine*. Il persiste des doutes portant sur un risque de fentes labiopalatines, ainsi que sur un risque de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité à long terme.

[+ Lire n° 506 p. 912-914.](#)

● **Clomifène in utero : malformations, complications obstétricales et périnatales.** Le *clomifène* est tératogène chez les animaux. Selon des données de faible niveau de preuves, les enfants exposés in utero au *clomifène* semblent avoir un risque global de malformations peut-être légèrement plus grand par rapport aux enfants non exposés, dont : malformations de l'appareil urogénital ; craniosynostoses ; atrésies œsophagiennes ; malformations cardiaques ; omphalocèles. Un risque plus grand de grossesses multiples et de complications obstétricales et périnatales, dont des fausses couches et des morts périnatales a aussi été observé.

[+ Lire n° 506 p. 915-918.](#)

● **Agonistes du GLP-1 et grossesse : des risques mal cernés qui justifient une grande prudence.** On dispose de peu de données sur les conséquences de l'exposition in utero à un agoniste du GLP-1. Des malformations ont été observées chez l'Animal. Des incertitudes demeurent, en particulier concernant les effets psychiques à long terme chez les enfants ayant été exposés.

Il semble prudent que les femmes recevant un agoniste du GLP-1 utilisent une contraception efficace telle qu'un dispositif intra-utérin ou un anneau vaginal estroprogestatif, en évitant les contraceptifs hormonaux oraux dont l'efficacité contraceptive risque d'être diminuée dans cette situation. Après l'arrêt d'un agoniste du GLP-1, il est prudent de respecter un délai minimal de 1 à 2 mois avant le début d'une grossesse.

Gynécologie - Contraception

Mieux soigner

● **Pose d'un dispositif intra-utérin par méthode "directe" : une technique qui limite les gestes invasifs.** Un dispositif intra-utérin (DIU) est une contraception de premier choix chez la plupart des femmes désirant une contraception durable, y compris chez celles qui n'ont jamais accouché. La pose est envisageable à n'importe quel moment du cycle, en l'absence de grossesse. Le DIU est placé dans la cavité utérine pour une contraception efficace pendant 3 à 10 ans, selon le dispositif. Deux techniques de pose d'un DIU sont couramment utilisées : la pose par méthode dite classique, et la pose par méthode dite directe. Lors de la pose par la méthode "directe", seul le DIU pénètre la cavité utérine : le tube d'insertion ne dépasse pas l'orifice interne du col et il n'est pas utile de mesurer la profondeur de l'utérus avec un hystéromètre, ni le plus souvent d'utiliser de pince dite de Pozzi pour maintenir le col de l'utérus. Selon des données de faible niveau de preuves, les douleurs liées à la pose semblent un peu plus faibles avec la méthode "directe".

La pose d'un DIU expose à des douleurs, malaises, difficultés d'insertion. La prévention de la douleur repose en général sur les explications et la réassurance pendant la pose, et éventuellement la prescription d'antalgiques dans les heures qui précèdent. Dans les suites de la pose d'un DIU, les signes d'alerte incitant à consulter sont des douleurs persistantes, des pertes vaginales anormales ou de la fièvre.

[+ Lire n° 497 p. 198-204.](#)

● **Prolapsus génital et pessaires : une option.** Un prolapsus génital, alias "descente d'organes", est un glissement d'un ou plusieurs organes pelviens qui appuient sur la paroi vaginale et la déforment, jusqu'à parfois dépasser la vulve. Quand il est symptomatique, le prolapsus se manifeste souvent par une sensation de boule ou de gêne dans le vagin, parfois associée à d'autres signes comme des fuites urinaires ; incontinences anales ; gênes ou douleurs lors des rapports sexuels. La pose d'un pessaire est une option de traitement autre que chirurgical.

Le port d'un pessaire expose à des pertes vaginales, des saignements dus à des érosions vaginales, des infections, des douleurs, des expulsions du pessaire, ou des enclavements du col utérin dans l'orifice du pessaire.

[+ Lire n° 498 p. 260-261.](#)

● **Rééducation des muscles du plancher pelvien après un accouchement : peu de bénéfices démontrés, mais peu de risques à prévoir.** La rééducation des muscles du plancher pelvien, alias rééducation périnéale, n'a pas d'efficacité démontrée sur l'incontinence urinaire ou anale après l'accouchement, mais elle a peut-être des effets bénéfiques pour la sexualité des femmes. Sa mise en œuvre dans les suites d'un accouchement peut être complexe dans un contexte d'arrivée d'un nouveau-né, voire en raison de difficultés d'accès aux professionnels de santé (kinésithérapeutes, sages-femmes). Les exercices proposés sont parfois douloureux ou sources d'inconfort.

[+ Lire n° 505 p. 849-851.](#)

À écarter de sa liste de médicaments

● **Règles abondantes et acide tranexamique en sachets (Haima°).** L'*acide tranexamique* (un antifibrinolytique) est autorisé dans divers types

de saignements, notamment dans les règles abondantes ou prolongées. Il expose à des : thromboses veineuses et embolies pulmonaires, thromboses artérielles ; convulsions ; troubles visuels ; obstructions urétrales. Ces effets indésirables parfois graves sont disproportionnés pour réduire des saignements sans gravité, même s'ils sont gênants.

[+ Lire n° 500 p. 417.](#)

[+ Lire n° 505 p. 820.](#)

● **Bouffées de chaleur liées à la ménopause et fézolinétant (Veoza°) : trop risqué.** Chez les femmes très gênées par des bouffées de chaleur liées à la ménopause, le *fézolinétant* (un inhibiteur de la neurokinine 3) n'a pas été comparé à un traitement hormonal de la ménopause dans un essai clinique. Par rapport à un placebo, le *fézolinétant* a diminué la fréquence de bouffées de chaleur, avec en moyenne 2 à 3 épisodes en moins par 24 heures. Il expose notamment à : une hépatotoxicité, des troubles digestifs et neuropsychiques, des douleurs diverses, et peut-être un surcroît de cancers à long terme.

+ Lire "fézolinétant" Interactions Médicamenteuses Prescrire.

[+ Lire n° 504 p. 725-730.](#)

● **Sécheresse oculaire modérée à sévère et ciclosporine collyre en solution (Vevizye°) : inutile et dangereux.** Chez les patients atteints de sécheresse oculaire trop peu soulagés par des substituts de larmes, un collyre contenant de la *ciclosporine* en solution n'est pas plus efficace sur les symptômes que le même collyre sans *ciclosporine*. La *ciclosporine* en collyre expose fréquemment à des douleurs oculaires, à des effets immunodépresseurs ; et à des décollements de la rétine

[+ Lire n° 506 p. 901-902.](#)



Nouveautés sans progrès

● **Endométriose et rélugolix + estradiol + acétate de noréthistérone (Ryeqo°).** Chez les femmes gênées par des douleurs liées à une endométriose, l'association *rélugolix* (antagoniste de la gonadoréline) + *estradiol* (un estrogène) + *acétate de noréthistérone* (un progestatif) n'a pas été comparée à un autre traitement hormonal. Cette association a plus souvent diminué les douleurs liées à une endométriose qu'un placebo. Elle expose à de nombreux effets indésirables, dont des manifestations de transition ménopausique. On manque de recul à long terme, notamment concernant les conséquences osseuses de ce traitement.

[+ Lire n° 499 p. 331-333.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Progestatifs et méningiomes : avec le désogestrel aussi.** Le *désogestrel* expose à un risque de méningiome notamment lors d'une utilisation prolongée. Il s'ajoute à la liste des progestatifs qui exposent à des méningiomes. La découverte d'un méningiome incite à arrêter le médicament pour permettre une stabilisation, voire une régression de la tumeur et ainsi rendre moins probable le recours à une chirurgie.

[+ Lire n° 500 p. 426.](#)

[+ Lire n° 500 p. 432.](#)

● **Troubles sexuels d'origine médicamenteuse chez les femmes.** Divers médicaments exposent à la survenue de troubles sexuels, dont de nombreux psychotropes. Des antidépresseurs exposent à des : pertes de

désir sexuel et des anorgasmies, qui persistent parfois à l'arrêt du traitement ; sécheresses vaginales ; priapismes clitoridiens. Des diminutions du désir sexuel et des anorgasmies ont aussi été rapportées avec des neuroleptiques. Inversement, des pertes de contrôle du comportement sexuel ont été rapportées avec des neuroleptiques dits atypiques, des antiépileptiques et des amphétaminiques.

Un déséquilibre hormonal, voire une carence en hormones sexuelles, en lien avec la prise de contraceptifs ou d'antiestrogènes, expose à des diminutions du désir sexuel et à des sécheresses vaginales. Les médicaments hypotenseurs sont aussi susceptibles de diminuer le désir sexuel, de même que les surdoses ou les sous-doses d'hormones thyroïdiennes et les médicaments qui exposent à des dysthyroïdies. Des médicaments dopaminergiques, comme des antiparkinsoniens, exposent à des troubles compulsifs, et à des pertes de contrôle du comportement sexuel. Ils causent ou aggravent aussi des sécheresses vaginales.

[+ Lire n° 500 p. 434-440.](#)

● **Contraception hormonale : thromboses veineuses profondes.**

Chez des femmes âgées de 15 à 49 ans sans antécédent connu de trouble favorisant les thromboses et sous contraception estroprogestative par voie orale contenant 20 µg d'*éthinyloestradiol*, le risque de thromboembolie veineuse a été environ 6 fois plus grand par rapport à l'absence de contraception hormonale quand le progestatif associé était le *désogestrel* ou le *gestodène* ; 5 fois plus grand avec la *drospirénone* ; 2,5 fois plus grand avec le *lévonorgestrel*. Avec les dispositifs intra-utérins délivrant du *lévonorgestrel*, il n'y a pas eu de risque détecté. Quand une association estroprogestative par voie orale est choisie, il est important d'écarter celles contenant du *désogestrel*, du *gestodène* ou de la *drospirénone*.

[+ Lire n° 504 p. 751.](#)



Et si c'était à cause du médicament ?

● **Avortements spontanés du premier trimestre d'origine**

médicamenteuse. Le risque d'avortement spontané du premier trimestre augmente avec l'âge maternel, les affections associées, et les antécédents d'avortement spontané. D'autres facteurs sont parfois en cause, dont les médicaments tératogènes comme les rétinoïdes ou les médicaments antiépileptiques. D'autres médicaments induisent des contractions utérines qui augmentent le risque d'avortement spontané, comme les prostaglandines F2alpha. La liste des médicaments concernés est à retrouver dans l'Application Prescrire.

[+ Lire "Avortements spontanés"](#) Interactions Médicamenteuses Prescrire.



À suivre pour mieux se prononcer

● **Syndrome prémenstruel et gattilier (Cyclodyn® ou autres).**

Chez les femmes gênées par divers troubles avant les règles, selon des données de faible niveau de preuves, les préparations à base de fruits de gattilier pourraient diminuer certains symptômes du syndrome prémenstruel, à condition de les prendre en continu tout le long du cycle menstruel. Les risques lors de prises continues prolongées sont inconnus. Leurs effets estrogéniques et progestatifs font craindre des troubles thromboemboliques et des cancers du sein ou de l'utérus.

[+ Lire n° 498 p. 245-247.](#)

Hématologie

● **Carence en vitamine B12 : savoir quand l'évoquer, et comment retenir ou écarter ce diagnostic.** La vitamine B12 est une vitamine hydrosoluble présente dans de nombreux aliments d'origine animale. Les aliments d'origine végétale ne contiennent pas de vitamine B12, sauf certaines algues.

Une carence en vitamine B12 est à envisager face à certains troubles hématologiques tels qu'une anémie macrocytaire ou certains troubles neurologiques tels que des troubles cognitifs ou des neuropathies. Une telle carence est aussi à envisager chez des personnes qui ont des troubles cliniques peu spécifiques mais évocateurs et qui ont un ou surtout plusieurs facteurs de risque de carence en vitamine B12, en particulier : alimentation contenant peu ou pas de produits d'origine animale depuis plusieurs années ; âge supérieur à 60 ans ; prise de certains médicaments qui causent ou aggravent une carence en vitamine B12 tels que la *metformine* ou les inhibiteurs de la pompe à protons. Le dosage sanguin de vitamine B12 totale est alors l'examen paraclinique de premier choix : le résultat est le plus souvent suffisant pour confirmer ou écarter une carence de cette vitamine.

[+ Lire n° 500 p. 451-453.](#)



À écarter de sa liste de médicaments

● **Anémie liée à une bêta-thalassémie dite non dépendante des transfusions et luspatercept (Reblozyl®) : pas moins de complications et des effets indésirables graves voire mortels.** Chez les patients atteints d'une bêta-thalassémie dite non dépendante des transfusions, le *luspatercept* (un agent de maturation érythrocytaire) a augmenté l'hémoglobininémie, sans effet démontré pour prévenir les complications ni améliorer la qualité de vie mais avec un risque d'effets indésirables graves voire mortels.

[+ Lire n° 496 p. 105-106.](#)



Nouveautés sans progrès

● **Myélofibrose et momélotinib (Omjjara®).** Chez les patients atteints de myélofibrose, un allongement de la durée de vie n'est pas démontré avec le *momélotinib* (un immunodépresseur), ni de progrès tangible par rapport à d'autres médicaments. Le *momélotinib* expose aux effets indésirables des inhibiteurs de Janus kinases, mais à moins d'anémies sévères qu'avec le *ruxolitinib* et à plus de thrombopénies sévères. Des hémorragies digestives graves, parfois mortelles, et des syndromes de Lyell ont aussi été rapportés.

+ Lire "momélotinib" Interactions Médicamenteuses Prescrire.

[+ Lire n° 502 p. 573-575.](#)



Et si c'était à cause du médicament ?

● **Anémies hémolytiques immunologiques : nombreux médicaments en cause.** Les anémies hémolytiques sont dues à une destruction prématurée des globules rouges dans le sang ; et celles dites immunologiques sont liées à la présence d'anticorps dirigés contre les globules rouges. Certaines sont liées à la prise d'un médicament, notamment : des antibiotiques, surtout l'association *pipéracilline* + *tazobactam* (une bêta-lactamine + un inhibiteur de bêta-lactamase), et dans une moindre mesure la *ceftriaxone* (une autre bêta-lactamine) ; des

antitumoraux, surtout l'*oxaliplatine* ; des inhibiteurs de point de contrôle immunitaire (*pembrolizumab*, *nivolumab*) ; et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

[+ Lire n° 499 p. 361.](#)

● **Méthémoglobinémies médicamenteuses.** Certains médicaments sont impliqués dans la survenue de méthémoglobinémies. La liste des médicaments concernés est à retrouver dans l'Application Prescrire.

+ Lire "Méthémoglobinémies médicamenteuses" Interactions Médicamenteuses Prescrire.

Maladies infectieuses

Mieux soigner

● **Dengue : confirmer rapidement le diagnostic et surveiller les patients durant la première semaine.** La dengue est une infection très répandue dans le monde et qui risque d'être de plus en plus fréquente en France hexagonale. Le virus de la dengue est transmis par des moustiques du genre *Aedes*, notamment *Aedes albopictus* (alias moustique tigre) en zone tempérée. La prévention de la dengue repose surtout sur la lutte contre l'implantation des *Aedes* et leurs piqûres. En France, la dengue est une infection à déclaration obligatoire.

La dengue est en général peu symptomatique, avec surtout de la fièvre et des douleurs musculaires et articulaires, voire asymptomatique. Elle évolue le plus souvent vers la guérison en moins d'une semaine.

Une évolution vers une forme grave survient parfois au moment où la fièvre commence à s'estomper, au bout de 3 à 6 jours. Les signes d'alerte sont : douleurs abdominales ; vomissements persistants ; saignements au niveau des muqueuses (du nez, des gencives, gastro-intestinales) ; léthargie ou agitation ; hépatomégalie ; ascite ou épanchement pleural ; élévation de l'hématocrite et baisse rapide du nombre de plaquettes sanguines.

En climat tempéré, une dengue est à rechercher chez les personnes qui ont des symptômes évocateurs sans autre cause évidente, et qui ont séjourné dans une zone à risque d'infection dans les 15 jours précédant le début des symptômes. En dehors d'un contexte de voyage, une dengue est aussi un diagnostic à envisager dans les régions où *A. albopictus* est implanté, pendant sa période d'activité (en général de mai à novembre en France hexagonale).

La détection dans le sang de l'ARN viral par RT-PCR est le test diagnostique de référence dans les 7 jours suivant l'apparition de la fièvre. Ensuite, le diagnostic de dengue repose uniquement sur la sérologie.

Il n'y a pas de traitement spécifique de la dengue ayant une efficacité démontrée. En cas de forme non compliquée, le traitement à domicile repose sur le maintien de l'hydratation et le *paracétamol* avec surveillance des signes d'alerte pendant la phase critique. Le traitement des formes graves repose sur des soins hospitaliers, parfois en service de soins intensifs.

La vaccination contre la dengue pose des problèmes spécifiques, car il y a un risque que l'immunité acquise par la vaccination soit un facteur de gravité d'une infection ultérieure.

[+ Lire n° 496 p. 124-131.](#)

● **Infections respiratoires vues dans des services d'urgences : pas moins d'antibiotiques après la réalisation d'un TROD pour la recherche de certains virus.** Chez les patients atteints d'une infection respiratoire, l'entretien et l'examen physique ne permettent pas toujours de distinguer les infections d'origine virale, qui ne justifient en général pas de traitement antibiotique. Réaliser un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) visant à détecter certains virus chez tous les patients qui consultent dans un service d'urgences pour des symptômes d'infection respiratoire ne paraît pas réduire le recours aux antibiotiques. On ne sait pas si la réalisation systématique de ces tests rapides permet d'utiliser les antibiotiques à meilleur escient. On ne sait pas non plus dans quelle mesure ces tests seraient utiles dans d'autres situations de soins, notamment en médecine de ville.

[+ Lire n° 497 p. 214.](#)

● **Vaccination contre l'hépatite B : à proposer à de nombreux adultes et adolescents, selon le niveau de risque.** L'hépatite B est une maladie transmissible, parfois grave, prévenue efficacement par la vaccination. Certaines personnes ont un risque de contamination plus élevé que la population générale, justifiant de les vacciner lorsqu'elles ne sont pas déjà immunisées. C'est le cas en particulier des usagers de drogue par voie intraveineuse, des personnes à risque d'infections sexuellement transmissibles et de celles amenées à séjourner de façon prolongée dans des pays avec une forte circulation du virus. Étant donné le peu d'effets indésirables auxquels le vaccin expose par rapport à son degré élevé d'efficacité, sa balance bénéfices-risques est nettement favorable.

Les effets indésirables des vaccins contre l'hépatite B sont généralement bénins et transitoires : douleurs, œdème et rougeur au point d'injection. Une réaction fébrile modérée avec des maux de tête, des douleurs musculaires et articulaires est rapportée dans moins de 6 % des cas. Le risque d'effets indésirables graves des vaccins contre l'hépatite B est faible, avec surtout de rares réactions anaphylactiques.

La vaccination des femmes enceintes contre l'hépatite B ne semble pas exposer l'enfant à naître à des effets indésirables. En raison de la gravité de l'hépatite B pendant la grossesse et du risque de transmission au nouveau-né, il est préférable de vacciner les femmes enceintes en cas d'exposition au virus.

Après la vaccination, un dosage des anticorps n'est utile que chez les patients immunodéprimés ou chez les professionnels soumis à une obligation vaccinale.

[+ Lire n° 502 p. 600-607.](#)

● **Allaitement maternel et VIH : risque de transmission probablement très faible sous traitement antirétroviral.** Quand une femme vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a une charge virale durablement indétectable, le risque de transmission à son enfant via l'allaitement est probablement très faible, mais non nul. La prudence conduit à déconseiller l'allaitement maternel dans cette situation.

Mais quand une femme, bien informée des risques et des incertitudes, souhaite néanmoins allaiter son enfant, il est utile de proposer un suivi rapproché, organisé par une équipe médicale spécialisée, avec une mesure mensuelle de la charge virale chez la mère. En cas d'augmentation de la charge virale maternelle au-dessus de 50 copies/ml, les recommandations françaises sont d'interrompre l'allaitement, de mettre en œuvre une recherche d'infection par le VIH chez l'enfant allaité et de lui administrer un traitement post-exposition.

[+ Lire n° 502 p. 615-616.](#)

● **Prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) : probablement efficace aussi chez les femmes, à condition que la prise soit régulière.** Chez les hommes séronégatifs avec un niveau d'exposition élevé au VIH, une prophylaxie pré-exposition (PrEP) par l'association antirétrovirale *emtricitabine* + *ténofovir disoproxil* diminue nettement le risque d'infection par le VIH quand au moins 70 % des doses du traitement sont effectivement prises.

Chez les femmes, cette prophylaxie prise au moins 4 fois par semaine semble réduire nettement le risque d'infection par le VIH, mais seule sa prise quotidienne sans oubli semble éliminer ce risque.

[+ Lire n° 503 p. 694.](#)

● **Patients vivant avec le VIH : des mesures de prévention universelles, avec quelques spécificités.** Chez les patients vivant avec le VIH, les mesures de prévention et les dépistages justifiés sont proches de ceux concernant l'ensemble de la population, avec toutefois une vigilance renforcée en raison de certains risques accrus.

Les vaccins recommandés sont ceux proposés à l'ensemble de la population, avec quelques spécificités concernant les schémas vaccinaux. Les vaccins à agent atténué sont utilisables sans risque d'infection par l'agent vaccinal quand le nombre de lymphocytes T CD4+ est supérieur à 200/mm³.

Les cancers liés à une infection par un papillomavirus humain sont plus fréquents qu'en l'absence de VIH. Le dépistage du cancer du col de l'utérus et celui du cancer anal sont alors particulièrement justifiés. Le risque de survenue d'une maladie de Kaposi justifie un examen annuel de la peau et des muqueuses chez tous les patients vivant avec le VIH.

Les patients vivant avec le VIH ont un risque accru d'accident cardiovasculaire. Cela justifie de porter une attention particulière à la recherche et la correction d'autres facteurs de risque. Le risque de mort liée au tabac est deux fois plus élevé chez les patients vivant avec le VIH. Il est justifié que les soignants questionnent ces patients sur leur consommation de tabac et proposent des mesures de soutien pour aider au sevrage.

Malgré l'absence de données probantes sur des critères cliniques, une mesure de la densité minérale osseuse en présence d'autres facteurs de risque de fracture ostéoporotique est préconisée.

[+ Lire n° 505 p. 838-842.](#)

● **Chlamydie anorectale : traiter par doxycycline plutôt que par azithromycine.** Chez les patients atteints de chlamydie anorectale (hors lymphogranulomatoses vénériennes), la *doxycycline* à raison de 100 mg deux fois par jour pendant 7 jours semble plus efficace que l'*azithromycine* en prise unique de 1 g. La *doxycycline* est également le traitement de première ligne dans les infections urogénitales, pharyngées, et conjonctivales liées à cette bactérie, avec comme alternative l'*azithromycine* en prise unique. Dans les situations où une prise complète du traitement pendant 7 jours semble difficile à assurer, la prise unique de 1 g d'*azithromycine* garde un intérêt, ainsi que chez les femmes enceintes à partir du 2^e trimestre de la grossesse.

[+ Lire n° 506 p. 953-954.](#)



À noter dans sa liste de médicaments

● **Tuberculose pulmonaire multirésistante et bédaquiline (Sirturo®) en 1^{re} ligne.** Chez les patients atteints de tuberculose pulmonaire multirésistante, des associations d'antituberculeux comportant la *bédaquiline* permettent de diminuer de plusieurs mois la durée de

traitement par rapport à d'autres associations, sans diminution de l'efficacité ni augmentation de la mortalité. Chez les enfants âgés de 5 ans ou plus, l'évaluation repose surtout sur l'extrapolation des données chez des adultes et sur quelques données de faible niveau de preuves. Il est prudent de porter attention aux effets indésirables de la *bédaquiline*, en particulier cardiaques (allongements de l'intervalle QT), hépatiques, et à ses nombreuses interactions médicamenteuses liés à sa très longue demi-vie d'élimination.

[+ Lire n° 499 p. 333-335.](#)

[+ Lire n° 499 p. 336-337.](#)

● **Prévention des infections à cytomégalovirus après greffe de rein et létermovir (Prevymis®) : une option pour certains patients.**

Après une greffe de rein, le *létermovir* (un antiviral) a une efficacité voisine de celle du *valganciclovir* pour prévenir le risque d'infection à cytomégalovirus. Dans la mesure où leurs effets indésirables sont différents, le *létermovir* constitue une option pour certains patients, à condition de gérer attentivement les nombreuses interactions médicamenteuses prévisibles.

[+ Lire n° 503 p. 654-655.](#)

● **Prévention des rechutes de paludisme à *Plasmodium vivax* ou *P. ovale* et primaquine (Primaquine Sanofi®) : moins de rechutes, mais attention en cas de déficit en G6PD.**

Les accès paludiques à *Plasmodium vivax* ou *p. ovale* sont rarement graves, mais ils sont souvent suivis de rechutes. Prise à la suite du traitement de l'accès paludique, la *primaquine* (un antipaludique) réduit fortement le risque de rechutes, au moins après une infection par *p. vivax*. Mais elle expose à des effets indésirables parfois graves qui justifient des précautions strictes, notamment : recherche d'un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD) ; électrocardiogramme ; contraception efficace pendant le traitement et durant plusieurs mois après son arrêt, y compris en cas de traitement chez un homme.

[+ Lire n° 505 p. 807-810.](#)



À écarter de sa liste de médicaments

● **Vaccin chikungunya atténué (Ixchiq®) : pas de preuve d'efficacité clinique et des effets indésirables graves chez les personnes les plus à risque.**

Chez les personnes n'ayant jamais été exposées au virus du chikungunya, le *vaccin chikungunya atténué* est immunogène pendant au moins 3 ans, sans efficacité clinique démontrée. Ses effets indésirables locaux et systémiques sont fréquents. Il expose 10 % à 20 % des personnes vaccinées à des symptômes semblables à ceux de la phase aiguë du chikungunya, parfois graves et durables. Une virémie a été observée chez certains patients au cours des deux semaines suivant l'injection du vaccin, ce qui expose à un risque de transmission du virus vaccinal. Des troubles graves voire mortels ont été rapportés chez des personnes âgées de 60 ans ou plus et ayant une maladie chronique. La balance bénéfices-risques de ce vaccin à virus atténué est défavorable chez les personnes immunodéprimées et celles âgées de 60 ans ou plus, alors que ce sont les plus à risque de complications du chikungunya. Elle est incertaine chez les personnes âgées de moins de 60 ans qui n'ont jamais été exposées au virus. Les mesures de protection individuelles et collectives contre les moustiques restent prioritaires.

[+ Lire n° 502 p. 565-570.](#)



Nouveautés sans progrès

● **Vaccin choléra O1 vivant atténué (Vaxchora®) : efficacité inconnue en situation d'endémie ou d'épidémie.** Chez les rares voyageurs pour lesquels un vaccin cholérique est parfois utile, il n'est pas démontré que le *vaccin choléra O1 vivant atténué* soit un progrès, en l'absence de comparaison au *vaccin choléra O1 inactivé*. En l'absence d'évaluation adéquate, il n'est pas démontré de progrès en zone d'endémie ou d'épidémie. La durée de protection par ce vaccin et l'intérêt éventuel de rappels vaccinaux ne sont pas connus. Les effets indésirables du vaccin sont surtout des troubles digestifs. Les modalités de préparation et d'administration de la dose vaccinale sont complexes et nécessitent d'être expliquées afin d'éviter des erreurs à l'origine d'une perte éventuelle d'efficacité.

[+ Lire n° 499 p. 325-330.](#)

● **Huiles essentielles de citron, de menthe poivrée et de thym (Sinufix®) et rhume.** Chez des patients atteints d'un rhume, une association d'*huiles essentielles de citron, de menthe poivrée et de thym* a été autorisée sans aucune évaluation clinique comparative. Aucun résultat d'évaluation ne prouve que cette association soit plus efficace qu'un placebo. Cette association expose à des troubles digestifs et des réactions d'hypersensibilité ainsi qu'à des interactions médicamenteuses.

[+ Lire n° 499 p. 338-339.](#)

● **Prévention des infections par le VRS à partir de l'âge de 60 ans et vaccin RSVPreF ARNm (mResavia®).** Chez les personnes âgées de 60 ans ou plus, le *vaccin RSVPreF ARNm* diminue le risque d'infection par le virus respiratoire syncytial (VRS), sans preuve d'une réduction des rares formes graves. Les vaccins contre le VRS exposent à des syndromes de Guillain-Barré, qui apparaissent parfois plusieurs jours après la vaccination. Le risque de syndrome de Guillain-Barré pèse dans la balance quand on envisage cette vaccination chez les personnes âgées de 60 ans ou plus.

[+ Lire n° 504 p. 730-731.](#)

● **Vaccin grippal trivalent produit sur culture cellulaire (Flucelvax®).** Il n'est pas démontré que le vaccin grippal trivalent à base de virus inactivés, produit sur culture cellulaire, apporte un progrès par rapport aux vaccins produits sur œufs embryonnés, y compris chez les rares personnes allergiques aux protéines d'œuf.

[+ Lire n° 503 p. 655.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Sulfamides, céphalosporines, nitrofurantoïne : effets indésirables cutanés graves.** De nombreux antibiotiques exposent les patients à des réactions cutanées graves, voire mortelles. Le risque d'atteinte cutanée grave semble le plus faible avec les macrolides. Par rapport au risque lié à la prise d'un macrolide, le risque d'atteinte cutanée grave semble au moins deux fois plus grand avec les sulfamides, les céphalosporines et la *nitrofurantoïne*. Il est prudent d'interrompre un traitement antibiotique dès qu'apparaît une réaction cutanée et de réévaluer l'utilité et le choix du traitement anti-infectieux.

[+ Lire n° 497 p. 191.](#)

● **Fluoroquinolones : hypertensions intracrâniennes, anévrismes et dissections de l'aorte.** Chez un patient traité par une fluoroquinolone, en cas d'apparition ou d'aggravation de céphalées ou de troubles visuels, il est crucial d'évoquer une hypertension intracrânienne liée au médicament. L'arrêt précoce du médicament permet en général une régression des troubles, et évite la survenue d'une cécité. Les fluoroquinolones exposent aussi à des anévrismes et des dissections de l'aorte.

[+ Lire n° 498 p. 278-279.](#)

[+ Lire n° 503 p. 665.](#)

● **Céfépime : des troubles neuropsychiques souvent évitables.** Le *céfépime* (une céphalosporine dite de 4^e génération) expose à : des encéphalopathies, des troubles de la conscience incluant des confusions, des désorientations, des agitations, des hallucinations, des stupeurs et des comas ; des myoclonies ; des convulsions, des états de mal épileptique sans convulsion. Ils surviennent en général 4 à 6 jours après le début du traitement. Une insuffisance rénale et une dose de *céfépime* inadaptée à la fonction rénale semblent être les principaux facteurs de risques. Il est utile d'adapter la posologie à la fonction rénale, avec une surveillance attentive des concentrations plasmatiques et des signes neuropsychiques.

[+ Lire n° 499 p. 354.](#)

● **Vaccins VRS : syndromes de Guillain-Barré.** Des vaccins contre le VRS exposent à des syndromes de Guillain-Barré, qui apparaissent parfois plusieurs jours après la vaccination. Le risque de syndrome de Guillain-Barré pèse dans la balance quand on envisage cette vaccination chez les personnes âgées de 60 ans ou plus.

[+ Lire n° 503 p. 666.](#)

● **Vaccins covid-19 à ARN messager : un bilan des effets indésirables.** Les vaccins covid-19 à ARN messager (ARNm) dont le *tozinaméran* et l'*élasoméran*, exposent à des effets indésirables, le plus souvent sans gravité, et plus rarement à des myocardites qui touchent surtout des adolescents ou des hommes âgés de moins de 30 ans. Trois mois après la myocardite, certains patients continuent à ressentir des symptômes peu spécifiques tels que douleur ou inconfort thoracique, fatigue, essoufflement ou palpitations. De très rares patients continuent à avoir des signes de myocardite active.

Des cas de syndromes inflammatoires multisystémiques (PIMS) ont été rapportés chez des adolescents, se manifestant notamment par une fièvre élevée, une altération de l'état général et une défaillance cardiovasculaire. Des neuropathies périphériques ont été identifiées comme un effet indésirable potentiel du *tozinaméran*. Il n'y a pas de signal particulier chez les enfants exposés in utero aux vaccins covid-19 à ARNm.

[+ Lire n° 495 p. 26-28.](#)

[+ Lire n° 504 p. 753-756.](#)



Et si c'était à cause du médicament ?

● **Infections invasives à streptocoques : AINS en cause.** Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) favorisent la dissémination des infections streptococciques. En cas de douleur ou de fièvre, notamment dans des infections courantes, le *paracétamol* à dose adaptée est le médicament de premier choix. Les aggravations d'infections observées avec des AINS incitent à en limiter l'utilisation. Ils sont à écarter notamment en cas de varicelle.

[+ Lire n° 506 p. 910.](#)



À suivre pour mieux se prononcer

● **Vaccin dengue tétravalent à virus atténué et modifié (Qdenga®).** Le *vaccin dengue tétravalent à virus atténué et modifié* diminue la fréquence de la dengue pendant au moins 4,5 ans après la vaccination, avec toutefois une efficacité qui semble diminuer au cours du temps et des incertitudes sur la prévention des formes graves. Une augmentation du

risque d'infections graves par les virus de sérotypes 3 ou 4 a été évoquée chez les personnes n'ayant pas d'antécédent de dengue avant la vaccination. Les effets indésirables de ce vaccin sont surtout des réactions locales et systémiques après l'injection. Une infection par l'agent vaccinal est prévisible chez les patients immunodéprimés et les femmes enceintes.

[+ Lire n° 500 p. 418-420.](#)

Neurologie

Mieux soigner

● **Signes de migraine : rechercher plusieurs signes, dont des nausées.** Une migraine est caractérisée par des épisodes récurrents de maux de tête qui durent en général de 4 à 72 heures. Chez environ un quart des patients atteints de migraine, les maux de tête sont précédés de symptômes neurologiques transitoires (aura), notamment des signes visuels ou auditifs, qui durent moins d'une heure.

Quand on évoque une migraine chez un patient qui a des maux de tête récurrents, la présence de nausées est l'information la plus discriminante pour retenir ce diagnostic. Un antécédent familial de migraine, une photophobie, une phonophobie et certaines caractéristiques de la douleur (unilatérale, pulsatile) sont d'autres informations utiles à rechercher pour retenir ou écarter une migraine à bon escient. Quand les symptômes sont atypiques ou quand l'examen neurologique est anormal, il importe surtout d'écarter d'autres affections dont le pronostic est plus grave, et qui nécessitent parfois des soins en urgence.

[+ Lire n° 497 p. 211-213.](#)

● **Supplémentation en fer dans le syndrome des jambes sans repos : efficace surtout en cas de carence avec anémie.** Chez les patients gênés par un syndrome des jambes sans repos, il est utile de rechercher systématiquement une anémie par carence en fer. Si une telle anémie est présente, un traitement par *fer* par voie orale a une balance bénéfices-risques favorable : il diminue souvent l'intensité des symptômes du syndrome des jambes sans repos. En l'absence d'anémie, y compris chez les patients qui ont uniquement une ferritinémie basse (ferritinémie inférieure à 75 µg/l en l'absence de maladie rénale ou de syndrome inflammatoire), la balance bénéfices-risques du *fer* est incertaine.

[+ Lire n° 499 p. 368-371.](#)

Nouveautés sans progrès

● **Maladie de Parkinson avec fluctuations motrices et foslévodopa + foscabidopa (Scyova®) en perfusion sous cutanée : pas de comparaison directe avec l'apomorphine.** Chez les patients atteints d'une maladie de Parkinson gênés par des complications motrices comme des phénomènes "on-off" ou des dyskinésies, une option parfois utile est l'ajout d'*apomorphine* (un agoniste dopaminergique), notamment en perfusion sous-cutanée au moyen d'une pompe. L'association *foslévodopa* + *foscabidopa*, des promédicaments transformés respectivement en *lévodopa* et en *carbidopa* après administration sous-cutanée, n'a pas été évaluée versus *apomorphine*. Son utilisation est contraignante et complexe : calcul de dose en début de traitement, site d'injection à changer au moins tous les 3 jours. Les effets indésirables sont notamment des : troubles digestifs, hypotensions artérielles et troubles psychiques, dont des troubles compulsifs.

[+ Lire "lévodopa"](#) Interactions Médicamenteuses Prescrire.

[+ Lire n° 497 p. 180-181.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Glatiramère : réactions anaphylactiques, parfois des années après le début du traitement.** Le *glatiramère* (un mélange de polypeptides utilisé dans le traitement de la sclérose en plaques) expose à des réactions locales au point d'injection dont des nécroses cutanées, ainsi qu'à des réactions systémiques dans les minutes qui suivent l'injection, généralement transitoires et d'évolution spontanément favorable. Il expose aussi à des réactions allergiques de type anaphylactique, survenant même après des mois ou des années de traitement.

[+ Lire n° 495 p. 18.](#)

● **Prégabaline, gabapentine : fractures de hanche.** La *prégabaline* ou la *gabapentine* (des analogues de l'acide gamma-aminobutyrique) semblent exposer à un plus grand risque de fracture de hanche. Ceci justifie une grande prudence quand on envisage de les prescrire chez des personnes âgées, surtout quand la fonction rénale est altérée. Il est utile d'avertir les patients et leur entourage du risque d'effets indésirables neurologiques perturbant l'équilibre et exposant à des chutes, avec des conséquences néfastes parfois graves.

[+ Lire n° 497 p. 190.](#)

● **Antiépileptiques : ostéoporoses et fractures.** La *carbamazépine*, l'*eslicarbazépine* et l'*oxcarbazépine* exposent à des troubles du métabolisme osseux. Chez les patients traités par ces médicaments antiépileptiques inducteurs enzymatiques, il est justifié d'être attentif aux facteurs de fragilité osseuse, afin d'inciter à des mesures de prévention. Une prévention médicamenteuse est à envisager surtout après une première fracture. Un apport adapté de *vitamine D* peut être justifié, notamment en l'absence d'exposition solaire suffisante.

[+ Lire n° 505 p. 827.](#)

● **Clozapine : pneumonies et iléus graves.** Chez les patients sous *clozapine*, outre les risques de neutropénies et de myocardites, l'attention est à porter sur : les constipations, qui peuvent évoluer vers un iléus ; les infections pulmonaires, qui conduisent fréquemment à des hospitalisations.

[+ Lire n° 506 p. 911.](#)



Et si c'était à cause du médicament ?

● **Troubles cognitifs médicamenteux.** Certains médicaments sont impliqués dans la survenue de troubles cognitifs. La liste des médicaments concernés est à retrouver dans l'Application Prescrire.

+ Lire "Troubles cognitifs médicamenteux" Interactions Médicamenteuses Prescrire.

Pédiatrie



Mieux soigner

● **Insomnie chez les enfants atteints de TDAH et mélatonine (Adaflex°, Voquily°) : parfois une option, en l'absence de psychostimulant.** En cas d'insomnie chez les enfants ou les adolescents atteints de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) qui

ne reçoivent pas de psychostimulant, quand les mesures d'hygiène du sommeil sont insuffisantes, la *mélatonine* est une option à discuter quand les insomnies diminuent fortement la qualité de vie de l'enfant et de son entourage. La *mélatonine* réduit le délai d'endormissement d'environ 35 minutes en moyenne par rapport à un placebo, et allonge d'autant la durée de sommeil, sans effet démontré sur les troubles cognitifs et comportementaux.

La *mélatonine* expose à de nombreux effets indésirables, parfois graves, mal cernés à long terme et à de nombreuses interactions médicamenteuses.

Chez les enfants recevant déjà un psychostimulant, l'efficacité de la *mélatonine* est très incertaine, d'où une balance bénéfices-risques défavorable. Dans cette situation, adapter le traitement psychostimulant et les mesures autres que médicamenteuses sont de meilleures options.

[+ Lire n° 496 p. 91-94.](#)

● **Arrêt cardiorespiratoire chez un enfant de plus de 1 an : premiers gestes.** Chez un enfant, en cas d'arrêt cardiorespiratoire, des gestes d'urgence sont à mettre en œuvre sans délai dont : allongement de l'enfant sur le dos ; 5 insufflations ; alternance de 15 compressions thoraciques et 2 insufflations.

[+ Lire n° 499 p. 372.](#)

À noter dans sa liste de médicaments

● **Vaccin Ebola rVSVZebov (Ervebo®) et épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola chez les enfants.** La prévention de la fièvre hémorragique à virus Ebola repose avant tout sur des mesures strictes d'hygiène et de protection autour des personnes infectées. En complément de ces mesures, l'administration du vaccin *Ebola rVSV-Zebov* à l'entourage des personnes infectées réduit fortement le nombre de nouveaux cas à partir du 10^e jour après l'injection. La réponse immunitaire et les effets indésirables semblent similaires chez les enfants, les adolescents et les adultes.

[+ Lire n° 505 p. 819.](#)

● **Rétinopathie chez des prématurés et aflibercept (Eylea®) :** une option en cas d'impossibilité de réaliser la photocoagulation laser.

[+ Lire n° 496 p. 103-104.](#)

● **Prévention au long cours des crises d'angioedème héréditaire chez les enfants et lanadélumab (Takhzyro®) :** parfois une option à discuter.

[+ Lire n° 495 p. 11-12.](#)

À écarter de sa liste de médicaments

● **Diabète de type 2 à partir de l'âge de 10 ans et empagliflozine (Jardiance®).** Chez les enfants et les adolescents atteints d'un diabète de type 2, l'*empagliflozine* (une gliflozine) est à écarter en raison de l'absence d'effet démontré sur les complications cliniques à long terme du diabète, alors qu'elle expose à des effets indésirables graves.

[+ Lire n° 496 p. 97.](#)

● **Hypertension artérielle pulmonaire dès l'âge de 2 ans et tadalafil (Addcirca®).** Chez les enfants âgés de 2 ans et plus qui sont atteints d'hypertension artérielle pulmonaire, le *tadalafil* (un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5) n'a pas d'efficacité clinique démontrée. Il

expose notamment à des céphalées, bouffées de chaleur, troubles visuels, accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde.

[+ Lire n° 501 p. 491.](#)

● **Nirsévimab (Beyfortus®) en prévention lors de la 2^e saison d'exposition au VRS chez certains nourrissons.** Chez les nourrissons à risque de forme grave d'infection par le virus respiratoire syncytial (VRS) ayant déjà reçu un anticorps monoclonal (*nirsévimab* ou *palivizumab*) lors de la 1^{re} saison d'exposition au VRS, le *nirsévimab* a une efficacité qui semble du même ordre qu'avec le *palivizumab* mais avec peut-être un surcroît d'effets indésirables graves chez les nourrissons qui ont reçu du *nirsévimab* lors de la 1^{re} saison d'exposition au VRS. Chez les nourrissons qui ont déjà reçu du *palivizumab*, quand une prévention semble utile lors de la 2^e saison d'exposition, il est plus prudent de poursuivre avec le *palivizumab*.

Depuis sa mise à disposition mi-2023 en France, et malgré une large utilisation dans le monde, le profil d'effets indésirables du *nirsévimab* est encore peu connu, notamment en ce qui concerne ses effets indésirables rares, potentiellement graves, et d'éventuels effets indésirables à long terme tels que des maladies auto-immunes.

[+ Lire n° 502 p. 571-572.](#)

[+ Lire n° 503 p. 673-675.](#)



Nouveautés sans progrès

● **Psoriasis en plaques et apremilast (Otezla®) chez les enfants et les adolescents : pas de comparaison à un autre immunodépresseur.** Chez les enfants et les adolescents atteints d'un psoriasis en plaques, l'*apremilast* (un immunodépresseur, inhibiteur de la phosphodiesterase de type 4) n'a pas été comparé à un autre immunodépresseur par voie systémique. Le profil connu d'effets indésirables de l'*apremilast* comprend notamment : des troubles digestifs, dont diarrhées, nausées, diminutions de l'appétit, anorexies ; des troubles neuropsychiques, dont insomnies, anxiétés, troubles obsessionnels, dépressions, idées suicidaires, suicides ; des pertes de poids ; des fibrillations auriculaires ; des effets immunodépresseurs exposant à des infections et des cancers ; et des réactions d'hypersensibilité.

[+ Lire n° 506 p. 898-899.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Gabapentine, prégabaline et douleurs neurogènes chez les enfants : bilan des effets indésirables rapportés en France.** Chez des enfants traités par la *gabapentine* ou la *prégabaline* pour des douleurs neurogènes, des effets indésirables ont été notifiés, dont certains graves voire mortels : troubles neurologiques (somnolences, ataxies, etc.), psychiatriques (agressivités, hallucinations, idées suicidaires, etc.), cutanés, hématologiques ou digestifs. Plusieurs effets indésirables ne sont pas mentionnés dans les RCP des spécialités à base de *gabapentine* ou de *prégabaline*, alors qu'ils ont été rapportés aussi chez les adultes : énurésie, hyperéosinophilie, cholestase, rash cutané.

[+ Lire n° 498 p. 277-278.](#)

● **Neuroleptiques chez les enfants : dyskinésies tardives.** Les neuroleptiques exposent à des dyskinésies tardives, des troubles invalidants consistant en des mouvements involontaires répétitifs. La fréquence de ces dyskinésies chez les enfants exposés à un neuroleptique semble varier entre 5 % et 20 %. En général, les troubles apparaissent après plus d'un an de traitement.

[+ Lire n° 501 p. 512.](#)

● **Chlorhexidine cutanée : anaphylaxie chez des enfants.** Des notifications d'anaphylaxie ont été rapportées chez des enfants âgés de 2 à 15 ans après utilisation d'une solution alcoolique ou aqueuse de *chlorhexidine*, un antiseptique de choix dans de nombreuses situations courantes. Lorsqu'une réaction de type allergique survient après un soin au cours duquel la *chlorhexidine* a été utilisée, une allergie à cette substance est à envisager. Un nouveau contact avec la *chlorhexidine* expose alors à une réaction plus grave.

[+ Lire n° 502 p. 588.](#)

● **Expositions accidentelles aux huiles essentielles : fréquentes chez les jeunes enfants.** Les expositions accidentelles aux huiles essentielles concernent surtout les jeunes enfants, avec plus d'un tiers dues à une confusion entre le flacon d'huile essentielle et celui d'un autre produit, le plus souvent un flacon de solution buvable de *vitamine D*. Les huiles essentielles sont des mélanges complexes qui exposent à diverses toxicités, parfois graves, surtout cutanées et respiratoires. Certaines huiles essentielles ont une toxicité prévisible du fait de la présence de composés tels que des dérivés terpéniques, exposant à des convulsions, ou tels que l'acide salicylique contenu dans l'huile essentielle de gaulthérie, exposant à des intoxications aux salicylés.

[+ Lire n° 504 p. 758-759.](#)

Pneumologie

Mieux soigner

● **Azélastine ou corticoïde par voie nasale dans les rhinites allergiques : un peu plus efficace qu'un antihistaminique H1 par voie orale.** Chez les patients gênés par une rhinite allergique, l'*azélastine* (un antihistaminique H1) par voie nasale est un peu plus efficace qu'un antihistaminique H1 par voie orale, avec en général peu d'effets indésirables. Les corticoïdes par voie nasale sont aussi un peu plus efficaces qu'un antihistaminique H1 par voie orale, mais ils exposent à des effets indésirables parfois graves.

[+ Lire n° 505 p. 853.](#)

● **Acétazolamide en prévention du mal aigu des montagnes : une option dans certaines situations.** Chez les personnes vivant à basse altitude qui effectuent une ascension rapide en montagne, les mesures préventives de premier choix du mal aigu des montagnes reposent surtout sur une ascension progressive pour laisser le corps s'acclimater à l'altitude. Chez les personnes qui ont déjà eu un mal aigu des montagnes avec des signes modérés à sévères, celles qui prévoient de dormir à plus de 2 800 m d'altitude dès la première nuit, et celles qui projettent une ascension de plus de 500 m par jour au-delà de 3 000 m, l'*acétazolamide* est une option, à raison de 125 mg toutes les 12 heures, débuté la veille de l'ascension et poursuivi en général 2 jours après avoir atteint l'altitude maximale.

[+ Lire n° 506 p. 934.](#)

À noter dans sa liste de médicaments

● **Hypertension artérielle pulmonaire et sotatercept (Winrevair®) : parfois un recours en ajout aux autres médicaments.** Chez les patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire très gênés malgré l'association de plusieurs vasodilatateurs, l'ajout de *sotatercept* (un

inhibiteur de la signalisation de l'activine) paraît diminuer les symptômes et le risque d'hospitalisation. Il expose à des effets indésirables dont : infections bactériennes, réactions d'hypersensibilité, télangiectasies, troubles thromboemboliques, thrombopénies et saignements.

+ Lire "sotatercept" Interactions Médicamenteuses Prescrire.

[+ Lire n° 504 p. 732-735.](#)



À écarter de sa liste de médicaments

● **Toux chronique réfractaire ou d'origine inexpliquée et géfapixant (Lyfnua®) : trop de risques en l'absence de bénéfice clinique tangible.** Chez les patients gênés par une toux chronique réfractaire ou d'origine inexpliquée, l'efficacité clinique du *géfapixant* (un antagoniste des récepteurs purinergiques P2X3 et P2X2/3) est incertaine. Il expose à des troubles du goût très fréquents, ainsi qu'à des infections respiratoires, notamment des pneumonies, des réactions d'hypersensibilité, et des lithiases urinaires. Il est prudent d'écarter le *géfapixant* et de concentrer les soins sur la réévaluation de la cause de la toux ou l'optimisation des mesures autres que médicamenteuses.

[+ Lire "gefapixant" Interactions Médicamenteuses Prescrire.](#)

[+ Lire n° 501 p. 485-491.](#)



Nouveautés sans progrès

● **BPCO et dupilumab (Dupixent®) : pas de progrès tangible démontré.** Chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) gênés par des exacerbations modérées malgré une trithérapie inhalée et ayant un nombre élevé de polynucléaires éosinophiles dans le sang, le *dupilumab* (un immunodépresseur) a une efficacité modeste. Il expose à des infections, des troubles oculaires et peut-être à des cancers.

[+ Lire n° 498 p. 248-249.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Médicaments qui exposent à des apnées du sommeil.** Les patients atteints d'un syndrome d'apnées du sommeil souffrent principalement d'une somnolence et d'une altération à court terme des performances cognitives avec des troubles mnésiques et des difficultés de concentration. Les apnées du sommeil sont parfois causées par des médicaments, surtout du fait de leur action centrale, tels que les opioïdes (antalgiques ou antitussifs), les benzodiazépines, et les myorelaxants. D'autres médicaments qui interfèrent avec les centres respiratoires ou qui exposent à une prise de poids sont aussi en cause : neuroleptiques, hormones.

Des syndromes d'apnées du sommeil ont été rapportés avec de nombreux médicaments, sans que le mécanisme en cause soit élucidé, dont : des diphosphonates ; des anti-TNF alpha ; des interférons ; l'*ésoméprazole* ; la *digoxine* ; des immunodépresseurs tels que le *natalizumab* et le *bélatacept*.

[+ Lire n° 499 p. 356-357.](#)

● **Anticorps monoclonaux dans l'asthme : anaphylaxies mortelles.** Selon des données de faible niveau de preuves, les notifications d'anaphylaxies semblent 12 fois plus fréquentes avec les anticorps monoclonaux qu'avec les médicaments de l'asthme inhalés à base de corticoïdes et de bêta-2 stimulants de longue durée.

Quand on envisage d'utiliser un anticorps monoclonal dans l'asthme, cet effet indésirable grave et potentiellement mortel, dont la survenue est difficilement prévisible, est à mettre en balance avec les bénéfices escomptés par rapport aux autres traitements disponibles.

[+ Lire n° 501 p. 513.](#)

● **Cétirizine, lévocétirizine : prurits après l'arrêt du traitement.**

L'arrêt de la *cétirizine* ou la *lévocétirizine* expose à des prurits qui s'apparentent à des symptômes de sevrage. Il est utile de diminuer progressivement la dose quotidienne plutôt que d'arrêter brusquement le traitement, surtout après une longue période d'exposition.

[+ Lire n° 505 p. 828.](#)



Et si c'était à cause du médicament ?

● **Œdèmes pulmonaires aigus : acétazolamide en cause.** Des œdèmes pulmonaires aigus parfois mortels, avec des symptômes d'un syndrome de détresse respiratoire, ont été décrits avec l'*acétazolamide*. Le délai d'apparition des troubles respiratoires a été de 10 minutes à 90 minutes.

[+ Lire n° 495 p. 24.](#)

Psychiatrie



Mieux soigner

● **Entretien motivationnel et addictions : pas suffisant pour inciter au changement les patients qui n'en ont pas envie.** L'entretien motivationnel est un ensemble de pratiques qui visent à aider des personnes à changer leur comportement. L'évaluation comparative de l'entretien motivationnel reste fragile. Elle ne démontre pas que ce type d'entretien soit efficace pour inciter des patients non motivés à arrêter ou réduire leur consommation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues. Pour les patients qui souhaitent être accompagnés pour sortir d'une addiction, cette technique qui respecte leur autonomie reste un cadre de relation sans effets indésirables graves.

[+ Lire n° 499 p. 373-374.](#)

● **Activité physique et dépression : un traitement vraisemblablement efficace sur les symptômes.** Chez les adultes atteints de dépression, l'activité physique réduit les symptômes dépressifs, de façon modérée. Cet effet est constaté en particulier pour la marche, la course à pied, le yoga ou le renforcement musculaire. Cette activité physique est aussi utile en cas de symptômes dépressifs chez les adolescents et les enfants.

Vu le peu de risques auxquels expose une activité physique conduite avec prudence, et compte tenu de ses bienfaits sur la santé en général, il est utile d'accompagner les patients atteints de dépression vers la pratique d'activités physiques de leur choix. Un simple conseil sans proposition concrète n'est en général pas suffisant. Entreprendre et soutenir une activité physique est parfois difficile pour ces patients en raison d'une sensation de fatigue, d'un manque d'énergie ou de motivation.

[+ Lire n° 496 p. 136-137.](#)

[+ Lire n° 500 p. 454.](#)

● **Dépression chez les adultes : modalités de mise en route d'un traitement par médicament antidépresseur.** Chez les adultes souffrant d'un épisode de dépression d'intensité modérée à sévère, avant de commencer un traitement médicamenteux, il est utile de faire un électrocardiogramme chez les patients à risque de troubles du rythme ou de la conduction cardiaque quand on envisage un antidépresseur imipraminique. Un électrocardiogramme est utile aussi chez les patients à risque de torsades de pointes quand on envisage un antidépresseur exposant à un allongement de l'intervalle QT de l'électrocardiogramme. Chez les patients âgés, il est souvent utile de mesurer la natrémie.

Chez les femmes qui pourraient être enceintes, il est justifié de s'enquérir d'une éventuelle grossesse en cours ou à venir.

Commencer le médicament antidépresseur à faible dose peut réduire les effets indésirables survenant en début de traitement. Ajouter une benzodiazépine à faible dose pendant quelques semaines est une option en cas d'anxiété invalidante.

Il est utile de revoir le patient dans les 2 semaines suivant le début du traitement pour réévaluer le risque suicidaire et rechercher d'éventuels obstacles à la prise du médicament. Après 2 à 4 semaines, il paraît utile de commencer à évaluer l'efficacité du traitement.

Certains effets indésirables s'estompent généralement après quelques semaines de traitement, par exemple : nausées, diarrhées, céphalées, insomnies et anxiétés sous inhibiteur de la recapture de la sérotonine ; sédation sous imipraminique. D'autres, tels que les troubles sexuels, persistent tout au long du traitement, et justifient parfois une modification du traitement.

[+ Lire n° 504 p. 760-766.](#)



À écarter de sa liste de médicaments

● **Schizophrénie et aripiprazole en injections bimestrielles (Abilify Maintena®).** Chez les patients atteints de schizophrénie dont l'état clinique est stable avec l'*aripiprazole* (un neuroleptique), en prises orales ou en injections mensuelles, il n'est pas démontré que l'*aripiprazole* en injections bimestrielles (tous les 2 mois) apporte un progrès clinique, alors qu'il expose à un surcroît de douleurs au point d'injection et de troubles extrapyramidaux. La multiplication des dosages, avec le même nom de spécialité Abilify Maintena® mais des rythmes d'administration différents, est source de surdoses ou de pertes d'efficacité.

[+ Lire n° 501 p. 501-502.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Mélatonine : des effets indésirables parfois graves, et des interactions médicamenteuses multiples.** La *mélatonine* est une hormone produite dans le cerveau par l'épiphyse à partir du tryptophane, un acide aminé, surtout pendant la nuit. Elle est utilisée en thérapeutique, notamment dans les plaintes de mauvais sommeil. Des produits qui en contiennent sont vendus avec le statut de complément alimentaire, dans un conditionnement souvent peu informatif sur les situations où ils sont à éviter. La supplémentation en *mélatonine* expose à des effets indésirables parfois graves dont : somnolences, céphalées, cauchemars, dépressions, convulsions ; angors. Elle expose à de très nombreuses interactions médicamenteuses. La *mélatonine* est un inducteur enzymatique. Elle expose ainsi à une diminution des effets des médicaments métabolisés, et à l'inverse lorsqu'elle est arrêtée, à des signes de surdose de ces médicaments. De plus, les médicaments inhibiteurs des isoenzymes

CYP 1A1, CYP 1A2 ou CYP 2C19 du cytochrome P450 exposent à une accumulation de *mélatonine* et à des symptômes de surdose.

[+ Lire "mélatonine" Interactions Médicamenteuses Prescrire.](#)

[+ Lire n° 496 p. 122-123.](#)

● **Lithium : insuffisances rénales.** Le *lithium* (un "stabilisant de l'humeur") expose à un risque d'insuffisance rénale chronique qui semble dose-dépendant, y compris quand la lithémie est restée dans la fourchette dite thérapeutique (0,5 à 0,8 mEq/l). L'arrêt du *lithium* semble ralentir l'aggravation de l'insuffisance rénale. Il est prudent de rechercher la plus petite dose efficace de *lithium*, de surveiller la lithémie et la créatininémie, et de veiller à éviter d'autres causes d'insuffisance rénale aiguë, notamment une déshydratation.

[+ Lire n° 502 p. 589.](#)

Et si c'était à cause du médicament ?

● **Troubles compulsifs d'origine médicamenteuse : un aperçu des ravages dans la vie des patients.** Les agonistes dopaminergiques tels que le *pramipexole*, et les neuroleptiques ayant un effet agoniste dopaminergique partiel tels que l'*aripiprazole*, exposent à des troubles compulsifs dont : jeu pathologique, hypersexualité, impulsivité, achat compulsif, hyperphagie. Ces troubles ont des conséquences parfois graves telles que : divorces, faillites, pertes d'emploi, pertes de logement, grossesses non désirées, infections sexuellement transmissibles, troubles métaboliques.

[+ Lire n° 501 p. 517-518.](#)

● **Dépressions, idées ou gestes suicidaires : agonistes du GLP-1 en cause.** Les agonistes du GLP-1 tels que le *sémaglutide* et le *liraglutide* semblent exposer à des dépressions, idées suicidaires, tentatives de suicide ou suicides. Leur action cérébrale sur des récepteurs hypothalamiques, à l'origine de la sensation de satiété, rend plausible des effets psychiques. Il paraît prudent de les éviter chez les patients ayant un antécédent connu de dépression ou d'idées ou comportements suicidaires. Il est prudent aussi de prévenir l'entourage, et d'arrêter sans délai le traitement en cas d'apparition de signes évocateurs.

[+ Lire n° 496 p. 117-121.](#)

Rhumatologie

Mieux soigner

● **Arrêt d'une corticothérapie prolongée : des précautions pour éviter la décompensation d'une insuffisance surrénalienne.** Les patients sous corticothérapie pendant plus de 3 semaines, à une dose quotidienne équivalente à au moins 3 mg de *prednisone* ou de *prednisolone* orale sont exposés à la survenue d'une insuffisance surrénalienne lors de la diminution de la dose ou de l'arrêt du traitement. Le risque existe surtout avec les corticoïdes pris par voie orale, intraveineuse ou intramusculaire, mais aussi dans les 2 mois suivant une injection intra-articulaire, ou en cas de prise quotidienne d'un corticoïde inhalé, nasal ou cutané pendant plus d'un an. Ces insuffisances surrénaliennes peuvent durer quelques mois, voire quelques années.

Les signes cliniques sont peu spécifiques : perte de poids, perte d'appétit, fatigue, hypotension, sensations vertigineuses, douleurs musculaires, nausées, douleurs abdominales, troubles du transit. Une brusque

diminution des apports ou augmentation des besoins en corticoïdes peut précipiter une décompensation aiguë, parfois mortelle.

Pour réduire ce risque, il est prudent de diminuer progressivement les doses de tout corticoïde pris par voie générale pendant plus de 3 semaines, avec une diminution très lente de la dose en dessous de 5 mg par jour de *prednisone* ou *prednisolone*.

[+ Lire n° 498 p. 281-287.](#)

● **Rupture isolée d'un ligament croisé antérieur du genou chez les adultes : envisager une rééducation initiale sans chirurgie d'emblée.** Chez des adultes ayant une rupture d'un ligament croisé antérieur du genou, sans autre atteinte, une rééducation sans chirurgie d'emblée est une option à envisager quand les activités sportives se limitent à un loisir. Cela semble éviter la chirurgie à près de la moitié des patients, apparemment sans perte de chances en matière de ressenti fonctionnel. Pour certains patients très gênés dans leur activité professionnelle ou souhaitant reprendre rapidement une activité sportive, la chirurgie d'emblée est une option. Quand la rupture du ligament croisé antérieur du genou est associée à une autre atteinte ligamentaire, cartilagineuse ou méniscale, un avis chirurgical est à envisager.

[+ Lire n° 498 p. 293-294.](#)

● **Colchicine en début de traitement par allopurinol : un intérêt incertain pour prévenir les crises de goutte, et des effets indésirables parfois graves.** Chez les patients souffrant de crises de goutte fréquentes, quand un traitement hypo-uricémiant par *allopurinol* est décidé, il est indispensable de les informer de la forte probabilité que des crises surviennent quand même dans les quelques mois qui suivent. Associer un traitement préventif par *colchicine* (un cytotoxique antimétabolique) semble diminuer le nombre de crises de goutte, selon des données d'évaluation fragiles. Cette option est à proposer aux patients concernés en les informant des incertitudes autour de son efficacité, et d'une possible recrudescence des crises à l'arrêt de la *colchicine*. Il s'agit d'un médicament à marge thérapeutique étroite, ce qui rend son utilisation délicate. La *colchicine* expose à des effets indésirables graves, voire mortels en cas de surdose. Quand un tel traitement est décidé, il est prudent de choisir une faible dose de *colchicine*, par exemple 0,5 mg par jour ; il n'existe pas d'évaluation solide de la durée optimale.

Une autre option à proposer est de ne pas prendre de *colchicine* en prévention des crises de goutte et d'avoir à disposition un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), voire corticoïde, à prendre dès les premiers symptômes, par exemple en fournissant au patient concerné grâce une ordonnance rédigée de façon anticipée.

[+ Lire n° 499 p. 364-367.](#)

● **Névrome de Morton : une cause fréquente de douleur de l'avant-pied.** Un névrome de Morton est un épaississement fibreux d'un nerf de la plante du pied, le plus souvent dans le 3^e espace intermétatarsien. Il atteint surtout les femmes. Le risque semble augmenté par le port fréquent de chaussures à bout étroit ou à talons hauts, et par des microtraumatismes répétés lors de la pratique de la course à pied ou d'autres sports à fort impact.

Un névrome de Morton se manifeste par des douleurs de l'avant-pied décrites comme des brûlures ou des coups de poignard, accentuées par la marche et soulagées par le repos et le déchaussage. Une pression sur l'espace intermétatarsien concerné reproduit la douleur. L'entretien et l'examen physique suffisent en général à porter à bon escient le diagnostic de névrome de Morton.

Porter des chaussures larges au niveau de l'avant-pied, avec éventuellement des semelles orthopédiques ou des coussinets plantaires,

est alors le traitement de premier choix.

En cas d'échec de ces mesures, une infiltration unique de corticoïde associé avec un anesthésique, si possible échoguidée, est une option qui paraît raisonnable étant donné le faible risque d'effets indésirables. Les corticoïdes en infiltration exposent à des atrophies du coussin adipeux plantaire parfois invalidantes et à des dépigmentations cutanées.

En cas d'échec de ces mesures, la chirurgie est un dernier recours. Elle expose à des complications telles qu'infections de la plaie, anesthésies et paresthésies des orteils, douleur chronique résiduelle.

[+ Lire n° 500 p. 443-447.](#)



À écarter de sa liste de médicaments

● **Arthrose, notamment des mains et chondroïtine (Chondrosulf°) : pas de preuve d'une efficacité cliniquement pertinente et des effets indésirables parfois graves.** Chez les patients gênés par une arthrose, il n'est pas démontré que la *chondroïtine* (un mucopolysaccharide) soit plus efficace qu'un placebo. Elle expose à des troubles cutanés, des réactions d'hypersensibilité, des troubles digestifs et des troubles neuropsychiques, parfois graves.

[+ Lire n° 496 p. 96-97.](#)



Nouveautés sans progrès

● **Ostéoporose postménopausique et abaloparatide (Eladynos°).** Chez les femmes ménopausées, en prévention des fractures liées à une fragilité osseuse, un traitement par *abaloparatide* (un peptide synthétique agoniste de l'hormone parathyroïdienne) n'apporte pas de progrès démontré par rapport à un diphosphonate, ni par rapport au *tériparatide*. Par rapport au *tériparatide*, l'*abaloparatide* semble exposer à plus d'hypotensions orthostatiques, de tachycardies et d'arrêts de traitement en raison d'un événement indésirable.

[+ Lire n° 497 p. 172-173.](#)



Mieux cerner les risques liés aux soins

● **Dénosumab : hypocalcémies graves, voire mortelles.** Selon deux études, le risque d'hypocalcémie grave, voire mortelle, est plus grand sous *dénosumab* que sous diphosphonate oral ou injectable. Les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, traités ou non par dialyse, sont particulièrement à risque. Des convulsions, des troubles du rythme cardiaque et des morts ont aussi été observés.

[+ Lire n° 498 p. 279-280.](#)

● **Méthotrexate à faible dose : effets indésirables graves par interactions médicamenteuses.** Une surdose de *méthotrexate* a des conséquences cliniques graves, voire mortelles. Les premiers symptômes de surdose sont des diarrhées et des ulcérations buccales. Les autres symptômes sont des atteintes hématologiques, des atteintes hépatiques, des insuffisances rénales, des troubles cutanéomuqueux dont des ulcérations cutanées, et des troubles pulmonaires. Certains médicaments sont apparus associés à une atteinte hématologique par surdose de *méthotrexate* : des diurétiques, de l'anse ou thiazidiques ; des inhibiteurs de la pompe à protons ; le *lévétiracétam*, un antiépileptique.

[+ Lire n° 505 p. 834-835.](#)

Urologie - Néphrologie

Mieux soigner

● **IEC ou sartan dans l'insuffisance rénale sévère : probable ralentissement de l'aggravation de l'insuffisance rénale, sans effet démontré sur la mortalité.** Chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (débit de filtration glomérulaire inférieur à 30 ml/min par 1,73 m²), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les sartans n'ont pas d'effet démontré sur la durée de vie, mais ils semblent retarder l'évolution vers une insuffisance rénale terminale, indépendamment de leur effet hypotenseur. Poursuivre ou non un traitement par IEC ou sartan en cas d'insuffisance rénale sévère repose sur la capacité à assurer une surveillance de la kaliémie, afin de limiter le risque de troubles du rythme cardiaque liés à l'hyperkaliémie. Ce risque est particulièrement à prendre en compte en cas de prise d'autres médicaments exposant à des insuffisances rénales ou à des hyperkaliémies, et en cas de déshydratation.

[+ Lire n° 504 p. 770-771.](#)

Nouveautés sans progrès

● **Empagliflozine (Jardiance®) et maladie rénale chronique : pas de réduction de la mortalité de toutes causes.** Chez des patients ayant une insuffisance rénale chronique modérée à sévère, l'*empagliflozine* ralentit surtout la dégradation de la fonction rénale. Elle n'a pas d'effet démontré sur la mortalité de toutes causes. Elle expose notamment à effets indésirables parfois graves dont des infections, des acidocétoses et des amputations.

[+ Lire n° 495 p. 7-8.](#)

● **D-mannose en prévention des cystites récidivantes chez les femmes : pas plus efficace qu'un placebo.** Chez les femmes, en prévention des cystites récidivantes, selon des données de bon niveau de preuves, il n'est pas démontré que le D-mannose (un sucre éliminé dans les urines) ait un intérêt clinique au-delà d'un effet placebo. Le profil d'effets indésirables du D-mannose est peu connu ; il semble surtout constitué de diarrhées.

[+ Lire n° 498 p. 296.](#)

Et si c'était à cause du médicament ?

● **Aggravations aiguës d'insuffisance rénale d'origine médicamenteuse.** Certains médicaments sont impliqués dans l'aggravation d'une insuffisance rénale. Chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique et chez les personnes âgées, ce risque justifie d'assurer une hydratation correcte et de surveiller la fonction rénale lors de l'introduction d'un nouveau médicament. En particulier avec les diurétiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les sartans, l'*aliskirène* et les gliflozines, et plus encore lorsqu'ils sont associés. La liste des médicaments concernés est à retrouver dans l'Application Prescrire.

+ Lire "Aggravations aiguës d'insuffisance rénale" Interactions Médicamenteuses Prescrire.

**Synthèse élaborée collectivement par la Rédaction
sans aucun conflit d'intérêts
©Prescrire**

