

- Il est bien connu que les tétracyclines ont un effet néfaste sur les os et les dents en croissance, en raison de quoi ces antibiotiques sont contre-indiqués pendant la grossesse, l'allaitement et chez les enfants de moins de 8 ans. Les résultats d'une étude de cohortes publiée récemment [*Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159:943-8] suggèrent également un lien entre l'utilisation d'**amoxicilline** pendant la petite enfance (surtout avant l'âge de 6 mois) et l'apparition de **lésions dentaires** de type fluorose (émail tacheté) au niveau des premières dents définitives (incisives centrales et premières molaires). Le risque augmentait avec le nombre d'expositions à l'amoxicilline. Cet effet était indépendant d'autres facteurs de risque tels la prise de fluorure et l'infection – dans ce cas, une otite moyenne aiguë – pour laquelle l'amoxicilline était prescrite. La fluorose dentaire paraît toutefois moins inesthétique que les altérations dentaires occasionnées par les tétracyclines. Les résultats de cette étude ne modifient pas les recommandations en matière d'antibiothérapie chez l'enfant, mais ils apportent un argument supplémentaire en faveur de l'usage rationnel des antibiotiques, en particulier chez les jeunes enfants [voir Folia d'octobre 2004 et de septembre 2005].
- On parle beaucoup de **l'usage rationnel des antibiotiques** [voir Folia d'octobre 2000, octobre 2004, juin 2005, juillet 2005 et septembre 2005], et on peut se demander quelles sont les conséquences d'une antibiothérapie prolongée, par exemple pendant plusieurs mois. Une étude de cohortes récente effectuée chez des patients atteints d'acné, traités ou non par des antibiotiques, a évalué les effets non cutanés d'une antibiothérapie prolongée: une augmentation statistiquement significative de l'incidence des infections des voies respiratoires supérieures a été observée chez les patients traités par un antibiotique par rapport aux patients ne prenant pas d'antibiotique [*Arch Dermatol* 2005; 141: 1132-6]. Bien que ces résultats ne permettent pas de prouver une relation de cause à effet, ils renforcent les recommandations quant à l'usage rationnel des antibiotiques. En ce qui concerne le traitement de l'acné, il est actuellement recommandé d'éviter autant que possible l'utilisation prolongée d'antibiotiques par voie locale ou orale [voir Folia de juillet 2005].

suite de la page 18

d'autres formes, de limiter la prise d'analgésiques et d'antimigraineux à maximum 6 ou 8 jours par mois ou 2 jours par semaine, et d'envisager à temps un traitement prophylactique. Les associations, certainement celles qui contiennent de la codéine ou des sédatifs, doivent être évitées.

[*La Revue Prescrire* 1999;19:518-9; *New Engl J Med* 2006;354:158-65; *Drug Safety* 2001; 24:921-7; *Drugs* 2004; 64:2503-14; Fiche de transparence «Antimigraineux», janvier 2003 avec mises à jour; le «Projet Information Orale Indépendante sur le Médicament» (SSMG/SSPF) a publié, sous l'égide du CBIP, le document intitulé «Les médicaments anti-céphalalgiques»]

CEPHALEES PAR ABUS D'ANALGESIQUES ET D'ANTIMIGRAINEUX

Un usage trop fréquent d'analgésiques et d'antimigraïeux à des doses trop élevées en raison de céphalées (de type migraïeux ou autre), peut entraîner une augmentation de la fréquence des plaintes de céphalées, allant presque jusqu'à des plaintes quotidiennes. Dans la littérature, ce phénomène est appelé entre autres «céphalées aux analgésiques», «céphalées induites» ou «*medication-overuse headache*». Ces céphalées aux analgésiques constituent un problème fréquent, surtout chez les femmes; sur base d'études épidémiologiques réalisées entre autres en Espagne, la prévalence est évaluée environ à 1% dans la population générale. A l'origine, ce type de céphalées n'était décrit qu'avec les dérivés de l'ergot, mais on estime à présent que le paracétamol, l'acide acétylsalicylique, le dextropropoxyphène, et des analgésiques morphiniques - qui sont souvent pris en association avec des substances telles que la caféine, la codéine et des barbituriques -, ainsi que les triptans et probablement les AINS peuvent aussi être en cause. Selon l'*International Headache Society*, les critères de diagnostic de «*medication-overuse headache*» sont les suivants.

- Les céphalées sont présentes plus de 15 jours par mois.
- L'analgésique ou l'antimigraïeux est pris plus de 10 jours par mois pendant plusieurs mois consécutifs.
- Dans les 2 mois suivant l'arrêt du traitement en cause, les céphalées disparaissent ou retrouvent leurs caractéristiques initiales.

Il ressort d'études d'observation que les céphalées aux analgésiques apparaissent plus rapidement avec les triptans (après 1,7 ans en moyenne) et les dérivés de l'ergot (après 2,7 ans en moyenne) qu'avec les analgésiques (après 4,8 ans en moyenne). Chez les patients présentant des céphalées aux analgésiques, il faut essayer d'arrêter la prise du médicament responsable.

- Les analgésiques (y compris les préparations à base de caféine), les dérivés de l'ergot et les triptans peuvent être arrêtés brutalement, mais il faut tenir compte de l'aggravation temporaire des céphalées, et aussi de l'apparition de symptômes de sevrage tels que nausées, vomissements, hypotension, tachycardie, anxiété et nervosité. Ceux-ci durent probablement moins longtemps lors de l'arrêt d'un triptan. Un traitement de transition peut être instauré pour une courte période: par ex. par des antiémétiques, des AINS ou des corticostéroïdes. Une hospitalisation est parfois nécessaire.
- Les analgésiques morphiniques, les sédatifs ou les hypnotiques doivent être arrêtés simultanément.

Un soutien psychologique et le suivi du patient ont leur importance. Les données relatives aux chances de succès sont décevantes: 50 % des patients rechutent dans les 5 ans suivant l'arrêt de l'analgésique ou de l'antimigraïeux. Pour prévenir l'apparition de céphalées aux analgésiques, il est important chez des patients souffrant de céphalées, en particulier de migraine mais aussi

suite p. 17