

exacerbations par an). De plus, les risques doivent toujours être mis en balance; l'observation dans l'étude TORCH d'une incidence accrue de pneumonie dans le groupe traité par des corticostéroïdes à inhaler nécessite une attention particulière et des études complémentaires.

### Note

Alors que l'article était en cours d'impression, une analyse groupée de 7 études randomisées contrôlées par placebo (toutes d'une durée d'au moins 12 mois; les résultats de l'étude TORCH n'étaient pas encore disponibles)

sur l'effet des corticostéroïdes à inhaler sur l'évolution du VEMS chez des patients atteints de BPCO a été publiée dans *Chest* [2007;131:682-9, avec un éditorial 648-9]. Au cours des 6 premiers mois de traitement, une augmentation du VEMS a été observée avec les corticostéroïdes à inhaler par rapport au placebo (surtout chez les femmes et les non-fumeurs), mais le VEMS diminuait ensuite aussi vite que sous placebo. Un argument de plus pour ne pas utiliser les corticostéroïdes à inhaler en dehors des recommandations de GOLD.

---

## TRAITEMENT INITIAL DU DIABÈTE DE TYPE 2 ET GLITAZONES

Dans le traitement initial du diabète de type 2, la metformine reste le médicament de premier choix, et la place des glitazones est limitée en raison de leurs effets indésirables et des incertitudes quant à leurs effets à long terme.

Il ressort d'une étude randomisée contrôlée récente, l'étude ADOPT [New Engl J Med 2006; 355:2427-43], qu'un traitement initial du diabète de type 2 par la rosiglitazone serait plus efficace que la metformine ou que le glyburide (synonyme glibenclamide, un sulfamidé hypoglycémiant) sur le contrôle de la glycémie à long terme (critère d'évaluation primaire: glycémie à jeun > 180 mg/dl). Comme le souligne l'auteur d'un éditorial s'y rapportant [New Engl J Med 2006; 355: 2477-80], les résultats de cette étude (financée par le producteur de la rosiglitazone) doivent toutefois être interprétés avec prudence entre autres en raison du taux élevé d'abandons et du choix du critère d'évaluation.

Tenant compte en outre des effets indésirables des glitazones (entre autres prise de poids, rétention hydrosodée et risque d'insuffisance cardiaque), ainsi que des incertitudes quant à leurs effets à long terme sur la mortalité, la morbidité et les complications du diabète et de leur coût,

la metformine reste le médicament de premier choix dans le traitement du diabète de type 2. Les glitazones en monothérapie ne sont à envisager que chez les patients chez qui la metformine est contre-indiquée ou pas supportée, mais sans oublier qu'on ne connaît pas leurs effets sur la mortalité, la morbidité et les complications du diabète. En Belgique, les glitazones ne sont actuellement pas remboursées en monothérapie. [Voir aussi Folia d'avril 2003 et la Fiche de transparence « Prise de charge du diabète de type 2 » (mise à jour).]

Par ailleurs, la *Food and Drug Administration* (FDA) américaine et les firmes responsables ont émis récemment des avertissements quant à un risque accru de fractures (principalement au niveau des extrémités des membres) observé dans plusieurs études - dont l'étude ADOPT - chez des femmes traitées par la rosiglitazone ou par la pioglitazone [www.fda.gov/medwatch/safety/2007/safety07.htm].