

metformine (seule ou en association à l'insuline) n'était pas associée à un risque accru de complications chez la mère et chez l'enfant, par rapport aux femmes traitées uniquement par l'insuline [*N Engl J Med* 2008;258:2003-15 avec un éditorial 2061-3].

Les données d'une revue systématique récente des études disponibles (la plupart de celles-ci étaient des études non randomisées ou des études d'observation) ne suggèrent pas d'augmentation des risques périnataux chez les enfants dont la mère a été traitée par le glibenclamide pendant la grossesse [*Ann Pharmacother* 2008;42:483-90].

Bien que ces résultats suggèrent que la metformine et le glibenclamide peuvent être des traitements efficaces et sûrs dans le diabète gestationnel, leur utilisation pendant la grossesse reste actuellement controversée. Des données supplémentaires s'avèrent nécessaires pour déterminer leur efficacité et leur innocuité à long terme, et en attendant, l'utilisation de ces médicaments pendant la grossesse doit se faire avec circonspection. Il n'existe actuellement aucune étude ayant comparé la metformine et le glibenclamide dans le traitement du diabète gestationnel.

Bon à savoir

LA ROSIGLITAZONE N'EST PLUS RECOMMANDÉE PAR DES ASSOCIATIONS DU DIABÈTE

[Déjà paru dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web le 7/11/08]

“Rosiglitazone no longer recommended”, c'est le titre d'un éditorial paru récemment dans *The Lancet* [2008; 372: 1520] suite à la publication d'un consensus de l'*American Diabetes Association* (ADA) et de l'*European Association for the Study of Diabetes* (EASD) sur la prise en charge du diabète de type 2. Selon l'ADA et l'EASD, la rosiglitazone (Avandia®; en association avec la metformine: Avandamet®) n'a plus de place dans la prise en charge du diabète de type 2 étant donné sa balance bénéfices-risques défavorable et l'existence d'alternatives thérapeutiques. Cet avis repose principalement sur les résultats de l'étude ACCORD dans laquelle une augmentation de la mortalité a été observée chez les patients sous traitement très intensif (versus traitement intensif), parmi lesquels 91% prenaient de la rosiglitazone [en ce qui concerne l'étude ACCORD, voir Folia d'octobre 2008].

Selon ce même consensus, la pioglitazone (Actos®), une autre glitazone, ne devrait plus être utilisée qu'en troisième intention. Bien que les données disponibles ne permettent pas de tirer des conclusions définitives en ce qui concerne le risque d'accidents cardio-vasculaires avec les différentes glitazones, l'utilisation des glitazones doit se faire avec la plus grande circonspection étant donné le risque bien établi de rétention hydrosodée et d'insuffisance cardiaque, ainsi que le risque de fractures [voir Folia de juin 2004 et de juillet 2008].

Cet avis de l'ADA et de l'EASD renforce les réserves émises à plusieurs reprises dans les Folia en ce qui concerne l'utilisation des glitazones dans la prise en charge du diabète de type 2 [voir Folia d'avril 2007 et de juillet 2007].