L'APOMORPHINE DANS LES TROUBLES DE L'ERECTION

Le traitement des troubles de l'érection consistait jusqu'à présent surtout en des injections intracaverneuses de vasodilatateurs [voir Folia de janvier 1997] et l'administration orale de sildénafil [voir Folia de juin 1998]. Récemment, une spécialité à base d'apomorphine par voie sublinguale a été enregistrée pour cette indication au niveau de l'Union Européenne, y compris en Belgique. L'apomorphine est un agoniste dopaminergique employé en injection sous-cutanée dans la maladie de Parkinson en cas de fluctuations importantes de l'effet thérapeutique (phénomène « on-off ») [voir Folia de janvier 2000 et de novembre 1998].

Dans les troubles de l'érection, l'apomorphine est utilisée par voie sublinguale à une posologie de 2 à 3 mg par prise (avec un intervalle de minimum 8 heures entre 2 prises); son délai d'action est d'environ 20 minutes. L'efficacité de l'apomorphine dans les troubles de l'érection a fait l'objet de 5 études randomisées contrôlées par placebo, en double aveugle, ayant inclus au total plus de 3.000 patients; les résultats ont montré un taux de succès de 40 à 50% avec l'apomorphine (versus 30% avec placebo), et lors d'un suivi de 6 à 12 mois, il n'y a pas eu de signes de tolérance. Un taux d'abandon de 20% a toutefois été rapporté dans ces études.

Les principaux effets indésirables de l'apomorphine sont des nausées et des céphalées. D'autres effets indésirables tels vertiges, flush, sudation, dysgueusie ont aussi été rapportés. L'apomorphine peut être utilisée en cas de traitement concomitant par des dérivés nitrés, mais la prudence est de rigueur étant donné que des réactions vaso-vagales ont été décrites. Elle est contre-indiquée en cas d'angor instable, d'infarctus du myocarde récent et d'insuffisance cardiaque grave. On ne dispose pas d'étude comparative avec le sildénafil.

D'après Registratienieuws : Apomorfine geregistreerd voor erectiestoornissen.

Geneesmiddelenbulletin 35, 93 (2001)

M. Brouwershaven et E. Weening : Apomorfine sublinguaal. *Pharma Selecta* 17, 122-125 (2001)

Noms de spécialités

Apomorphine: Uprima

Sildénafil: Viagra

ANTIBIOTHERAPIE PROPHYLACTIQUE CHEZ LES PATIENTS PORTEURS D'UNE PROTHESE ARTICULAIRE

Dans l'article « Antibiothérapie prophylactique chez les patients porteurs d'une prothèse articulaire » paru dans les Folia d'août 2001, figure une liste de patients à risque élevé, plus susceptibles de faire une infection tardive de prothèse, et chez qui une antibiothérapie prophylactique est dès lors recommandée en cas d'intervention entraînant une bactériémie importante. Un de ces groupes à risque comporte « tous les patients dans les deux ans suivant la mise en place de la prothèse ». Un médecin nous a demandé si c'est bien **tous** les patients dans les deux ans suivant la mise en place d'une prothèse d'implantation qui doivent être considérés comme patients à risque.

Il semble en effet y avoir des discussions sur la durée pendant laquelle le risque d'infection tardive de prothèse est accru après mise en place d'une prothèse d'implantation. Les chirurgiens orthopédistes s'accordent toutefois sur le fait que ce risque reste élevé chez tous les patients pendant les deux premières années suivant la mise en place de la prothèse; en ce qui concerne les autres patients à risque (par ex. les hémophiles), ce risque reste élevé, même après les deux premières années. Dans la littérature orthopédique, les avis à ce sujet semblent également concordants.

EN BREF

- ➔ *Le Lancet* [358, 629- 635 (2001)] a publié récemment les résultats d'une étude de cohorte dans laquelle le **traitement de la crise aiguë d'asthme dans un service d'urgence** a été analysé chez 3.772 patients. Il s'agissait de patients admis dans le service d'urgence de plusieurs hôpitaux français. Les résultats de cette étude montrent que chez 32% des patients présentant une crise d'asthme qui mettait leur vie en danger, aucun corticostéroïde n'avait été administré par voie générale (orale ou intraveineuse), et que 5% des patients n'avaient pas reçu de β_2 -mimétiques en nébulisation. Les investigateurs ont également remarqué que 47% des patients seulement avaient été traités par un corticostéroïde en inhalation avant leur admission. Les auteurs d'un éditorial se rapportant à cette étude [*Lancet* 358, 599- 601 (2001)] trouvent ces résultats inquiétants. Les différentes recommandations relatives à la prise en charge de l'asthme, e.a. au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, sont en effet univoques en ce qui concerne le traitement de la crise aiguë d'asthme, à savoir l'administration d'oxygène, de β_2 -mimétiques en nébulisation et de corticostéroïdes par voie générale (orale ou intraveineuse). Il est également prouvé qu'un traitement d'entretien par des corticostéroïdes en inhalation diminue le risque de crise d'asthme et d'hospitalisation.