

avoir bien pesé les risques et les avantages éventuels. Lorsque l'on décide de traiter par un antidépresseur, un accompagnement psychothérapeutique continu et une évaluation permanente sont fondamentales.

Un commentaire intitulé « How have the SSRI antidepressants affected suicide risk? » a paru dans le *Lancet* du 17 juin 2006, avec une courte discussion des données disponibles concernant le risque de tendances suicidaires par les antidépresseurs, tant chez les adultes que chez les enfants et les adolescents [*Lancet* 2006;367:1959-62]. L'auteur est assez rassurant au sujet de la fluoxétine. Ce même numéro du *Lancet* [2006; 367:1953] a également publié un éditorial sur des études cliniques chez l'enfant: l'auteur de l'éditorial cite le communiqué de presse du 6 juin de l'Agence européenne d'évaluation du médicament et souligne l'importance de rester critique par rapport à l'utilisation de la fluoxétine chez les enfants et les adolescents.

MALFORMATIONS CONGENITALES SUITE A LA PRISE D'IECA

[Voir "Bon à savoir" du 16 juin sur notre site web.]

Le *New England Journal of Medicine* du 8 juin [2006; 354:2443-51] a publié les résultats d'une étude d'observation sur le risque de malformations congénitales majeures en cas d'utilisation d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) pendant le premier trimestre de la grossesse. Les résultats montrent une incidence plus élevée de malformations congénitales majeures (surtout au niveau du système cardio-vasculaire et du système nerveux central) chez les enfants ayant été exposés à un IECA pendant le premier trimestre de la grossesse que chez les enfants n'ayant pas été exposés à un antihypertenseur pendant le premier trimestre [risque relatif 2,71; intervalle de confiance à 95% de 1,72 à 4,27]. Chez les enfants ayant été exposés pendant le premier trimestre à un autre antihypertenseur qu'un IECA, l'incidence des malformations congénitales majeures n'était pas augmentée. Cet article ne mentionne pas quels sont ces « autres » antihypertenseurs, mais indique toutefois clairement qu'il ne s'agit pas d'un sartan: on admet en effet que les sartans présentent les mêmes risques que les IECA.

Il était déjà bien connu que l'utilisation des IECA pendant le deuxième ou le troisième trimestre de la grossesse peut poser des problèmes importants chez le fœtus (avec entre autres oligohydramnios, retard de croissance, hyperplasie pulmonaire). D'après les auteurs de l'étude mentionnée ci-dessus et l'auteur d'un éditorial se rapportant à l'étude [*New Engl J Med* 2006;354:2498-500], c'est la première fois que l'on dispose de données claires quant à un effet néfaste chez le fœtus lors de l'utilisation d'un IECA pendant le premier trimestre de la grossesse. Dans le Répertoire Commenté des Médicaments et dans l'article « Emploi des antihypertenseurs pendant la grossesse » paru dans les Folia de janvier 2005, il est mentionné que l'utilisation des IECA

est contre-indiquée pendant toute la durée de la grossesse. L'étude mentionnée ci-dessus confirme cette recommandation.

Quelles sont les conséquences pratiques? Lorsqu'une femme traitée par un IECA souhaite une grossesse, celui-ci doit être interrompu. Lorsqu'une femme sous IECA constate qu'elle est enceinte, celui-ci doit être arrêté le plus rapidement possible. La décision de passer à un autre antihypertenseur dépendra entre autres de la gravité de l'hypertension et dans quelle mesure il y a déjà une atteinte organique [voir Folia de janvier 2005]. Lorsque l'on décide de changer d'antihypertenseur, les données actuelles ne permettent cependant pas de préconiser un antihypertenseur en particulier comme premier choix, ceci en raison du peu de données concernant l'efficacité et les éventuels effets tératogènes. Dans les Folia de janvier 2005, la méthildopa, les β -bloquants, les antagonistes du calcium et les diurétiques sont mentionnés comme des options envisageables, mais pour chaque médicament ou classe de médicaments il est mentionné quels sont les problèmes possibles et les mesures de précaution à prendre.

L'INHIBITEUR DE L'AROMATASE EXEMESTANE DANS LE CANCER DU SEIN NON METASTASE

[Voir "Bon à savoir" du 16 juin 2006 sur notre site web.]

Des communiqués ont été publiés dans les médias au sujet d'effets favorables sur la survie observés avec l'inhibiteur de l'aromatase exemestane (Aromasin®) chez des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein non métastaté contenant des récepteurs hormonaux. Ces résultats sont certainement encourageants, mais il faut signaler qu'il s'agit de résultats publiés uniquement sous forme d'abstract, présentés au congrès annuel de l'*American Society of Clinical Oncology* [via www.asco.org]. Des résultats préliminaires montrent aussi un effet comparable avec d'autres inhibiteurs de l'aromatase (anastrozole et létrozole). Il n'est pas prouvé actuellement qu'un inhibiteur de l'aromatase soit supérieur à un autre.

Quelques détails complémentaires. Il s'agit des résultats obtenus après un suivi supplémentaire d'environ 3 ans des femmes qui avaient été incluses dans l'*Intergroup Exemestane Study* (IES). L'étude IES a été publiée en 2004 dans le *New England Journal of Medicine* [2004; 350: 1081-2, avec un éditorial 2004; 350:1140-2] et a été discutée dans l'article « Hormonothérapie et immunothérapie dans le cancer du sein non métastaté » paru dans les Folia de janvier 2006. Dans cette étude, les femmes ont été randomisées, après un traitement de 2 à 3 ans par le tamoxifène, en deux groupes: le premier groupe a poursuivi le tamoxifène, l'autre groupe a pris l'exemestane, pour atteindre au total dans les deux groupes un traitement hormonal de 5 ans.

Les résultats après ces 5 ans de traitement hormonal ont été discutés dans les