

démontré [voir aussi Folia de septembre 2006]. Aux Etats-Unis, l'enregistrement du rimonabant par la *Food and Drug Administration* a été postposé (13 juin 2007) en raison de doutes quant à son innocuité. Des études cliniques indiquent en effet un risque accru d'effets indésirables neurologiques et psychiatriques, y compris de la dépression, de l'anxiété, des tendances suicidaires et des convulsions. Après réévaluation des données disponibles, surtout en ce qui concerne les effets psychiatriques, la conclusion de l'EMEA (19 juillet 2007) était que la balance bénéfice-risque du rimonabant est favorable, mais que le rimonabant ne peut pas être utilisé chez des patients présentant un trouble dépressif ou chez des patients traités par un antidépresseur; le traitement doit être interrompu en cas d'apparition de signes dépressifs. [Voir aussi Fiche de transparence «Traitement de l'obésité» avec mises à jour]

- Chapitre 14.3.2. La **bupropione**, qui était déjà disponible sous le nom de spécialité Zyban® pour faciliter l'arrêt du tabagisme, est disponible depuis décembre 2007 sous le nom

de spécialité **Wellbutrin®** pour le traitement des épisodes de dépression majeure. La bupropione est un inhibiteur de la recapture des catécholamines; son mécanisme d'action et son profil d'effets indésirables se rapprochent donc de ceux des antidépresseurs tricycliques.

- Chapitre 14.6.1. La **carbétocine (Pabal®)** est un analogue de l'ocytocine à action prolongée disponible depuis décembre 2007 pour la prévention de l'atonie utérine après une césarienne sous anesthésie périderale ou rachianesthésie. Ses principaux effets indésirables sont des troubles gastro-intestinaux, des bouffées vasomotrices, des céphalées, des tremblements et du prurit. La prudence s'impose chez les femmes souffrant de migraine, d'asthme ou de maladies cardio-vasculaires.

- Chapitre 14.11. **L'idursulfase (Elaprase®)** est une enzyme recombinante pour le traitement du syndrome de Hunter (mucopolysaccharidose de type II), dû à un déficit en iduronate-2-sulfatase. Il s'agit d'un médicament orphelin.

En bref

- Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde a déjà été discuté dans les Folia de mars 2005. En ce qui concerne le **traitement de la polyarthrite rhumatoïde débutante**, une étude récente [*Ann Intern Med* 2007; 146:406-15 avec un éditorial 146:459-60] a montré qu'un traitement de fond instauré précocement permet d'obtenir le contrôle de la maladie chez la plupart des patients, quel que soit le traitement initial (monothérapie ou association), pour autant qu'il soit adapté individuellement. Dans cette étude, un traitement associant d'emblée plusieurs traitements de fond était après un an plus

efficace qu'une monothérapie, mais plus après 2 ans. Tenant compte en outre des effets indésirables et du coût des traitements, il paraît raisonnable, en concertation avec un rhumatologue, de débuter le traitement chez la majorité des patients avec un seul traitement de fond (le plus souvent le méthotrexate) et d'adapter ensuite celui-ci de manière progressive. D'après l'auteur d'un éditorial paru récemment [*Brit Med J* 2007;335:56-7] l'association de plusieurs traitements de fond peut être éventuellement envisagée d'emblée chez les patients présentant des facteurs pronostiques défavorables.