

### Prise en charge de l'angor stable

Des études ont montré que l'angioplastie coronaire transluminale percutanée (ACTP), éventuellement combinée à la mise en place d'un stent chez des patients atteints d'angor stable, a un effet favorable sur les symptômes d'angor et la qualité de vie. Aucun effet n'a été démontré jusqu'ici sur la mortalité et les accidents cardio-vasculaires majeurs. Il ressort cependant d'une enquête récente menée aux Etats-Unis chez des personnes atteintes d'angor stable, que la plupart des patients sont convaincus que l'ACTP diminuerait leur risque d'infarctus du myocarde [*Ann Int Med* 2010;153:307-13]. Les auteurs d'un éditorial se rapportant à cette étude concluent que la transmission des informations entre le médecin et le patient peut être améliorée [*Ann Int Med* 2010;153:342-3].

### Prise en charge des troubles gastriques

Vu l'utilisation croissante des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) dans les pays occidentaux, on s'intéresse ces dernières années davantage à certains effets indésirables (quoique rares) de ces médicaments. Ces données proviennent essentiellement d'études épidémiologiques.

- La FDA américaine a émis récemment un avertissement concernant une augmentation possible du risque de fractures ostéoporotiques en cas d'usage d'IPP. Ce serait surtout le cas lors de l'utilisation de doses élevées et de traitement de longue durée. [*FDA Drug safety communication: possible increased risk of fractures of the hip, wrist and spine with the use of proton pump inhibitors*. 25/05/10 (mise à jour 23/03/11) via [www.fda.gov](http://www.fda.gov), avec un commentaire dans le *Arznei-Telegramm* 2010;41:66].

- Un risque accru de pneumonie est décrit aussi bien avec les IPP qu'avec les antihistaminiques H<sub>2</sub> [*CMAJ* 2011;183:310-9, avec un commentaire dans le *J Watch Hospital Medicine* 14/02/11].

- L'utilisation d'IPP au cours d'une antibiothérapie dans le cadre d'une infection à *Clostridium difficile* semble associée à une incidence plus élevée de récurrences de l'infection [*Arch Int Med* 2010;170:772-8 avec un commentaire dans le *ACP J Club* 2010;153:JC4-12].

- D'autres effets indésirables pouvant être liés à l'utilisation d'IPP sont la néphrite interstitielle aiguë [*BMJ* 2010;341:668-70, voir aussi *Folia de mars* 2007] et la colite microscopique (colite sans signe macroscopique à la coloscopie). [*Aliment Pharmacol Ther* 2010;32:1124-8, avec un commentaire dans le *J Watch Gastroenterology* 22/10/10].

- On dispose de peu de données concernant l'innocuité des IPP en période de grossesse. Dans une grande étude de cohorte, l'utilisation d'IPP pendant le premier trimestre de la grossesse n'a pas été associée à un risque significativement accru d'anomalies congénitales majeures. Les auteurs d'un éditorial se rapportant à cette étude affirment que la prudence reste néanmoins de mise et que, parmi les IPP, l'oméprazole semble actuellement le choix le plus sûr en termes de tératogénicité [*N Engl J Med* 2010;363:2114-23, avec un éditorial 2161-3].

### Médicaments en cas d'ostéoporose

- Les données concernant l'effet de l'exercice physique sur la prévention des fractures sont limitées. Les résultats du suivi pendant

une période de 7 ans d'une étude randomisée contrôlée, publiée antérieurement indiquent que la pratique journalière d'exercices physiques avec mise en charge telle que la marche diminue significativement l'incidence des fractures de la hanche. [*Arch Int Med* 2010;170:1548-56]

- Dans une étude antérieure, il est apparu que l'injection annuelle de 300.000 UI de vitamine D chez des personnes âgées ne protégeait pas contre les fractures non vertébrales ni contre les chutes [*Rheumatology* 2007;46:1852-7, voir Folia de décembre 2009]. Une étude récente randomisée et contrôlée par placebo a évalué l'administration annuelle d'une dose élevée (500.000 UI) de vitamine D par voie orale chez des femmes présentant un risque accru de fractures. Après 3 ans de traitement, le nombre de fractures (14 contre 11%; NNH=10) et l'incidence des chutes (74 contre 68%; NNH=35) était significativement plus élevés dans le groupe traité par des doses élevées de vitamine D [*JAMA* 2010;303:1815-22 avec un commentaire dans le *ACP Journal Club* 2010;153:JC3-3].

- La question de l'augmentation possible du risque cardio-vasculaire avec les suppléments de calcium reste controversée. La conclusion d'une méta-analyse publiée en 2010 était que l'utilisation de suppléments de calcium sans vitamine D était associée à un risque modérément accru d'infarctus du myocarde [*BMJ* 2010;341:c3691; voir Folia de décembre 2010]. Dans une mise à jour récente de cette méta-analyse réalisée par le même groupe d'étude, les auteurs concluent que les suppléments de calcium, même en association avec de la vitamine D, augmentent modérément le risque d'infarctus du myocarde aigu ou d'accident vasculaire cérébral [*BMJ* 2011;342:d2040]. Les

auteurs d'un éditorial se rapportant à cette méta-analyse émettent toutefois des critiques sévères concernant la méthodologie et affirment qu'en l'absence d'études supplémentaires, aucune conclusion ne peut être tirée en ce qui concerne l'innocuité des suppléments de calcium et de vitamine D [*BMJ* 2011;342:d2080]. La prise quotidienne de calcium (1 à 1,2 g p.j.) en association à de la vitamine D (800 UI p.j.) reste recommandée pour l'instant chez les personnes présentant un risque de déficit.

- Vu l'utilisation croissante des bisphosphonates, on s'intéresse aussi de plus en plus à certains effets indésirables potentiels, quoique rares, de ces médicaments. Sur base des données actuellement disponibles, une relation de causalité entre l'utilisation de bisphosphonates dans le cadre de l'ostéoporose et des effets indésirables tels que la fibrillation auriculaire, une ostéonécrose de la mâchoire ou un cancer de l'œsophage ne peut être établie avec certitude [*La Revue Prescrire* 2010;30:908-10; voir aussi Folia de juillet 2008 (fibrillation auriculaire et ostéonécrose de la mâchoire) et de février 2011 (cancer de l'oesophage)].

En ce qui concerne le risque de fractures de stress atypiques, l'Agence européenne des médicaments (EMA) a conclu récemment qu'il s'agit d'un effet de classe des bisphosphonates. Les Résumés des Caractéristiques du Produit (RCP) des différents bisphosphonates seront dès lors adaptés en ce sens [*EMA concludes class review of bisphosphonates and atypical fractures*. 15/04/11; [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)].

- Les mesures de précaution en ce qui concerne l'utilisation du zolédronate par voie intraveineuse ont été élargies en raison du risque d'insuffisance rénale aiguë. Avant

tout traitement, il convient de mesurer la clairance de la créatinine; en dessous de 35 ml/min, le traitement ne peut pas être instauré [Arznei-Telegramm 2010;41:42].

### **Prise en charge du sevrage tabagique**

- Une revue Cochrane a essayé de regrouper les données disponibles sur internet concernant les programmes de sevrage tabagique. Les conclusions que l'on peut en tirer ne sont pas nombreuses vu l'hétérogénéité importante des interventions proposées. Les programmes proposant des informations adaptées aux besoins individuels de chaque patient, avec des contacts réguliers, seraient probablement plus efficaces que les programmes standards [Civljak M. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9. Art. No.: CD007078]. Une étude randomisée contrôlée complémentaire indique qu'un avis téléphonique en supplément d'un programme internet augmente encore l'efficacité [Arch Int Med 2011;171:46-53].

- Dans une étude randomisée réalisée auprès de 1.500 fumeurs, les différents traitements étudiés (nicotine sous forme de système transdermique, nicotine sous forme de comprimé à sucer ou une association de ces deux formes, bupropione seule ou en association à des comprimés de nicotine à sucer) sont tous parus plus efficaces qu'un placebo en ce qui concerne le maintien du sevrage tabagique après 6 mois. Aucune différence significative n'a été constatée entre les différents traitements [Arch Gen Psychiatry 2009;66:1253-62, avec un commentaire dans *Evid Based Med* 2010;15:77-8].

- Une mise à jour de la revue Cochrane sur la varénicline dans l'arrêt du tabagisme nuance la conclusion de la revue précé-

dente. Suite à l'inclusion d'une nouvelle étude, la différence entre la varénicline et le traitement de substitution nicotinique n'est plus significative en ce qui concerne le sevrage tabagique après 6 mois (risque relatif de 1,13; intervalle de confiance à 95% 0,94-1,35) [Cahill K. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 3. Art. No.: CD005353 ].

### **Prise en charge des douleurs neurogènes**

- Une revue Cochrane récente confirme le message de la Fiche de transparence: la gabapentine apporte un soulagement net de la douleur chez un tiers des patients atteints de neuropathie diabétique douloureuse [Moore RA. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 3. Art. No.: CD007938. DOI].

- Dans la Fiche de transparence, la discussion sur l'efficacité de la lamotrigine dans le traitement de la neuropathie diabétique douloureuse se limitait à une étude de petite taille qui n'avait pas permis de tirer des conclusions. Dans 2 études récentes de plus grande taille, la lamotrigine n'était pas efficace pour diminuer la douleur chez des patients atteints de neuropathie diabétique [Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. *Lamotrigine for acute and chronic pain. Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 2. Art. No.: CD006044].

### **Goutte, obésité, zona, prévention secondaire des accidents cérébro-vasculaires**

Pour ces sujets, les nouvelles données disponibles ne nécessitent pas d'être mentionnés ici.

Une version plus détaillée de cette mise à jour des Fiches de transparence est disponible sur notre site Web [www.cbip.be](http://www.cbip.be)