

être adaptée. Une piste possible pourrait être de vacciner les femmes enceintes. Au Royaume-Uni, il a été décidé en 2012 de vacciner contre la coqueluche les femmes enceintes entre la 28<sup>e</sup> et la 38<sup>e</sup> semaine de grossesse. Aux États-Unis, on recommande depuis 2011 la vaccination des femmes enceintes après la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse. La vaccination par des vaccins non vivants tels que le vaccin contre la coqueluche est considérée comme inoffensive en période de grossesse, mais les données restent rares et un suivi s'impose. Un transfert placentaire des anticorps contre la coqueluche a été démontré, mais on ignore actuellement dans quelle mesure cela peut diminuer le nombre de complications graves liées à la coqueluche chez les nourrissons âgés de moins de 2 mois.

Une alternative possible serait d'anticiper la primovaccination contre la coqueluche, en administrant une première dose directement après la naissance; des données supplémentaires

concernant la réponse immunitaire s'avèrent nécessaires pour évaluer l'efficacité d'une telle stratégie.

L'amélioration du vaccin contre la coqueluche (avec une immunité plus longue) serait certainement utile, mais il n'en est pas encore question pour l'instant.

[*N Engl J Med* 2012;367:1012-9 (doi:10.1056/NEJMoa1200850) et 2012;367:785-7 (doi:10.1056/NEJMp1209051); *JAMA* 2012;308:1199-201; [www.dh.gov.uk/health/2012/09/whooping-cough](http://www.dh.gov.uk/health/2012/09/whooping-cough) (communiqué du 28/09/12); *Brit Med J* 2012;345:e6594 (doi:10.1136/bmj.e6594); <https://www.wiv-isp.be/news/Pages/NL-BordetellaPertussis.aspx#> (communiqué du 21/09/12); [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6041a4.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6041a4.htm) et [www.cdc.gov/vaccines/recs/provisional/downloads/Tdap-pregnant-Oct-2012.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines/recs/provisional/downloads/Tdap-pregnant-Oct-2012.pdf)]

## Informations récentes janvier 2013

Les « Informations récentes » de février 2013 sont déjà disponibles dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web et seront publiées dans les Folia de mars 2013.

- Il n'y a pas de nouveauté à base de nouveau principe actif.
- La spécialité **Fareston®** (chapitre 5.3.2.1.2.) à base de torémifène est retirée du marché belge pour des raisons commerciales. Le torémifène, un modulateur sélectif des récepteurs aux estrogènes, est utilisé dans le traitement du carcinome mammaire hormono-dépendant métastaté chez les femmes ménopausées, notamment en cas de contre-indication au tamoxifène. Comme le stipule l'article 44 de la loi du 29/03/12 [Moniteur belge du 30/03/12 via [www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2012032901&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2012032901&table_name=loi)], un médicament peut être importé de l'étranger lorsque celui-ci n'est pas disponible sur le marché belge, soit parce qu'il n'est pas enregistré, soit parce qu'il n'est pas ou plus commercialisé. Si l'on décide d'utiliser le torémifène, il convient d'être attentif au risque d'allongement de l'intervalle QT [voir Folia de novembre 2012].
- La spécialité **Miacalcic® spray nasal** (chapitre 9.5.6.) à base de calcitonine, qui était employée dans le traitement de l'ostéoporose postménopausique, est retirée du marché en raison d'un risque accru de cancers observé en cas d'utilisation prolongée de calcitonine. La place de la calcitonine dans la prise en charge de l'ostéoporose était déjà très limitée [voir Folia d'octobre 2012].