

Pharma-News



Septembre 2006

Numéro 37

Le journal de l'équipe officinale

Sommaire

Nouveautés : YAPAPOU°

ALFUZOSINE SANDOZ°

LAMISIL PEDISAN° ONCE

STILNOX ° CR

Y'a pas preuve !

1^{er} générique du XATRAL° UNO

une application unique suffit-elle vraiment ?!

galénique complexe, avantage pas évident

Pour en savoir plus : Les bêtabloquants

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

La dépression saisonnière

En bref :

TRAMAL° retard 50 mg – KEPPRA°

Editorial

Classes de médicaments "multi-usages"

Dans le Pharma-News, vous avez pris l'habitude de trouver dans le "*Pour en savoir plus*" des articles traitant d'une pathologie et des différentes classes de médicaments qui pouvaient être utilisées dans le cadre de leur traitement. Ce genre d'article doit vous permettre, sur une plainte d'un client, de vite avoir une vue d'ensemble des traitements disponibles.

Toutefois, il arrive que les clients abordent les choses autrement : leur médecin leur a prescrit un produit et ils veulent savoir à quoi il sert. Dans ce cas, le raisonnement est inverse car c'est le médicament qui vous mène à la pathologie.

Si cette dernière situation est en général facile à gérer, les choses peuvent se compliquer lorsque le médicament prescrit appartient à une classe qui est utilisée pour des pathologies très diverses. Comment savoir alors quelle est l'intention du médecin ? Les autres produits prescrits ou le dossier-patient de votre client peuvent vous aider, à condition de bien connaître les différentes indications de la classe thérapeutique en question.

C'est pourquoi nous avons décidé, dans ce numéro, de commencer une nouvelle série d'articles de fond qui iront à rebours des articles habituels en partant du médicament pour arriver aux pathologies traitées. Cette série débute ce mois-ci avec les bêtabloquants.

Nous vous souhaitons une bonne lecture !

Pierre Bossert

Marie-Thérèse Guanter

Caroline Mir

Christophe Rossier

Martine Ruggli

Marie-Laure Savoia Bossert

Nouveautés

YAPAPOU° (huile de coprah)

Bientôt la rentrée des classes et avec elle l'inévitable retour des poux. Quoi de neuf en la matière ?

La maison Polatect nous propose cet été un nouveau shampooing YAPAPOU° à base d'huile de coprah (comme PARANIX°), non enregistré comme médicament et soi-disant efficace à 100% contre les lentes et les poux. Ce nouveau shampooing agirait en obstruant le système respiratoire des poux et des lentes, entraînant leur mort par étouffement. Il serait également préventif car ses composants actifs auraient une action répulsive jusqu'à 3 à 5 jours après application.



La rédaction du Pharma-News a déjà largement développé le sujet des poux précédemment, notamment dans ses numéros 18 (oct. 2004) et 31 (fév. 2006). Rappelons, pour mémoire, que :

- ✓ La lente se fixe à la base du cuir chevelu et ne se déplace pas. C'est le cheveu qui en poussant la fait avancer !
- ✓ L'intervalle entre deux générations de poux est de 2 à 3 semaines.
- ✓ Les poux marchent mais ne sautent, ne volent et ne nagent pas.
- ✓ Pour affirmer qu'il y a des poux, il faut avoir constaté la présence de poux vivants (mobiles) et/ou de lentes vivantes, c'est-à-dire à moins de 5 mm du cuir chevelu.
- ✓ Seules les personnes ayant des poux doivent être traitées !
- ✓ Les traitements dont l'efficacité a été démontrée jusqu'à présent sont les insecticides LOXAZOL° (traitement de première intention), PRIODERM° et JACUTIN°.

La mise sur le marché d'un nouveau type de produits tels que YAPAPOU° et PARANIX° pourrait être intéressante puisque leur mode d'action pourrait limiter la possibilité de résistances futures (le poux meurt par suffocation) et ne semble pas comporter d'effets secondaires importants (ne contient pas de substances neurotoxiques)¹. De plus, YAPAPOU° paraît simple à utiliser, puisqu'il s'applique comme un shampoing traditionnel sur cheveux humides : après un léger massage et un temps de pause de 10 à 15 minutes, les cheveux sont abondamment rincés. Le passage d'un peigne fin est recommandé pour éliminer les poux et lentes restants.

Serait-ce alors enfin la solution pour le traitement de ces parasites qui terrifient mamans et enfants à longueur d'année scolaire ? Malheureusement, il est très difficile de se prononcer à ce sujet.

Qu'est-ce qui cloche?

1. Le dossier fourni par le laboratoire ne comporte que des essais *in vitro* (tous les essais sont effectués en laboratoire dans des boîtes de Pétri et non pas sur l'être humain). De plus, les tests ont été faits avec une "lotion" (de composition non précisée) et non avec un "shampoing", forme sous laquelle YAPAPOU° est commercialisé.
2. Les conditions dans lesquelles les tests sont effectués ne sont pas décrites. Par exemple, on ne sait pas combien de temps les poux sont mis en contact avec le principe actif lors des essais, alors qu'un temps de pause de 10 à 15 minutes est indiqué sur le flacon. Celui-ci est-il suffisant?
3. Aucun test n'est décrit concernant l'effet répulsif du shampoing alors que le mode d'emploi conseille de renouveler celui-ci tous les deux à trois jours pour obtenir un effet préventif.
4. Aucune information n'est donnée concernant la méthode utilisée pour tester l'effet lenticide.
5. Le test ne compare pas YAPAPOU° et un traitement de référence
6. Les effets secondaires de YAPAPOU° ne semblent pas avoir été évalués
7. Finalement, nous n'avons pas trouvé de données solides dans la littérature scientifique qui confirment ce mécanisme d'action.

Ainsi, toutes ces faiblesses du dossier reçu font en sorte qu'il est difficile d'adhérer aux conclusions du fabricant quant à l'efficacité de YAPAPOU°. Il semble que celles-ci soient quelque peu hâtives et dépassent largement le cadre des essais décrits. Par conséquent, même si le principe d'un shampoing permettant d'étouffer les poux est intéressant à priori, il est nécessaire d'attendre de nouvelles études, effectuées *in vivo* et si possible en double aveugle, respectant les règles de l'art en la matière, avant de s'enthousiasmer sur la supériorité de l'huile de coprah dans le traitement de la pédiculose.

A notre avis, il convient donc de s'abstenir pour l'instant de conseiller ce produit, sauf éventuellement en 3^e intention après échec du LOXAZOL° et des PRIODERM° et JACUTIN° dont l'efficacité a elle été prouvée.

YAPAPOU° - A retenir pour le conseil :

- ✓ shampoing à l'huile de coprah contre les poux
- ✓ mode d'action potentiellement intéressant (étouffe les poux)
- ✓ efficacité non prouvée à l'heure actuelle
- ✓ les pédiculicides classiques sont toujours à privilégier en attendant d'en savoir plus

¹ L'actualité médicale, Critique et pratique, 18 mai 2005

LAMISIL PEDISAN° ONCE (terbinafine)



La terbinafine, principe actif des spécialités LAMISIL°, est un antimycosique bien connu que l'on trouve sous forme de comprimés à 250 mg, pour les infections fongiques de la peau, des cheveux ou des ongles et sous différentes formes topiques à 1%. La gamme LAMISIL PEDISAN°, bien que de composition identique à LAMISIL° simple, est spécialement commercialisée pour le traitement topique des **mycoses des pieds**, appelées aussi *Tinea pedis*. Pour les mêmes indications, on trouve, entre autres, les gammes PEVARYL° et TROSYD°.

Tous les traitements locaux ont une efficacité comparable, à condition d'être appliqués régulièrement et suffisamment longtemps, soit une à deux fois par jour selon les produits, à poursuivre encore une semaine après la guérison visible, soit 2 à 4 semaines en tout ^{2,3}. Cette longue durée de traitement fait que celui-ci n'est souvent pas bien suivi et par conséquent les rechutes et les réinfections sont fréquentes ³.

Les mycoses du pied ne guérissent pas spontanément et même si des poussées régressent, une récurrence est toujours à craindre. Pour éviter qu'elles ne se déploient, en particulier sur les ongles où le traitement est de longue haleine, il est important de commencer une thérapie efficace le plus tôt possible ⁴.

LAMISIL PEDISAN° existe maintenant en **application unique** sous le nom de LAMISIL PEDISAN° ONCE. D'après le fabricant, ce traitement par une dose unique pourrait permettre de gommer la mauvaise compliance des patients puisqu'une seule application aurait une efficacité comparable à un traitement d'une semaine avec une application quotidienne de la crème LAMISIL PEDISAN° (ou LAMISIL°) ⁵, avec aussi le même taux de rechute de 12,5% après 3 mois ⁶. A noter que l'efficacité du traitement d'après les essais est de 50% seulement ⁶ !

Cette forme galénique à application unique est nouvelle : c'est une solution en gel alcoolique qui, après évaporation de l'alcool, sèche pour former un film lisse et transparent qui, d'après des études cliniques faites par le fabricant, permettrait à la substance antimycosique de rester sur la peau pendant 72 à 96 heures. De là, elle pénétrerait dans la couche cornée où elle resterait jusqu'à deux semaines à une concentration efficace similaire à une application journalière d'une semaine ^{5,3}. Nous n'avons toutefois pas trouvé de confirmation de ces affirmations dans nos sources de littérature habituelles.

LAMISIL PEDISAN° ONCE s'utilise en **usage unique** dès l'âge de 15 ans. Il faut l'appliquer avec les doigts et sans masser sur les deux pieds lavés et secs, entre les orteils et autour, puis sur toute la plante du pied en remontant sur environ 1,5 cm sur le dessus du pied. Bien se laver les mains après l'application et laisser le produit sécher pendant une à deux minutes avant de mettre des chaussettes ou chaussures. Pour de bons résultats, il ne faut **pas se laver les pieds pendant 24 heures après application** ⁷.

² Le médecin et son patient, Juin 1997, p.19-20

³ Body Language Dermatology #10, Thomas C Jones MD, FACP

⁴ Pharm 2/2006, programme de formation continue FPH

⁵ Doc Novartis 03.2006 "Lamisil Pedisan° Once"

⁶ Health & Science, mars 2006, Novartis Consumer Health, p.16-17

⁷ Compendium Suisse des Médicaments 2006, Documed SA

Les **effets secondaires** occasionnels sont rougeurs, démangeaisons et sensations de brûlures. Une réaction allergique est aussi possible; dans ce cas il faut éliminer le film formé sur la peau avec de l'alcool puis avec de l'eau savonneuse chaude. L'application pendant la grossesse et l'allaitement n'est pas conseillée⁷.

Cela étant dit, nous devons répéter que nous n'avons pas trouvé de source de littérature indépendante ou d'article dans une revue de référence qui confirme les affirmations de Novartis quant à l'efficacité de cette forme à application unique. Cela pose un grand problème d'évaluation et nous sommes d'avis que, pour l'instant, le premier choix en cas de mycose des pieds doit rester les traitements locaux mieux éprouvés à applications multiples (LAMISIL°, PEVARYL°, TROSYD°, p.ex.), ceci en attendant d'en savoir plus. Le LAMISIL PEDISAN° ONCE ne devrait selon nous être conseillé qu'en cas d'échec de ces traitements et si l'échec semble dû à une incapacité par le patient à respecter le bon rythme d'application de ces spécialités.

LAMISIL PEDISAN° ONCE - A retenir pour le conseil :

- ✓ traitement en dose unique lors de mycose des pieds, à appliquer sur les deux pieds lavés et secs, laisser sécher et ne pas se laver les pieds pendant 24 heures après
- ✓ utilisable chez les adolescents dès 15 ans et chez les adultes, déconseillé pendant la grossesse et l'allaitement
- ✓ selon Novartis, efficacité comparable au LAMISIL PEDISAN° crème (50%) avec aussi un taux de rechute après 3 mois de 12,5%
- ✓ en attendant la confirmation de ces données dans une revue de référence, nous conseillons toutefois de continuer à privilégier les formes à applications multiples

ALFUZOSINE SANDOZ° (alfuzosine)

ALFUZOSINE SANDOZ° est le premier générique de XATRAL UNO°, un antagoniste des récepteurs α -adrénergiques indiqué pour le traitement des **symptômes liés à l'hyperplasie bénigne de la prostate**, tels que besoins d'uriner fréquents et impérieux, vidange incomplète de la vessie. Dans la même famille, on trouve comme principe actif la tamsulosine dans PRADIF T° et OMIX OCAS° et la terazosine dans HYTRIN BPH°.



L'hyperplasie bénigne de la prostate a été traitée dans le *Pour en savoir plus* du Pharma-News n° 3 (mai 2003); voir également dans ce numéro l'article sur AVODART°.

L'autre classe de médicaments utilisés dans le traitement de l'hyperplasie de la prostate est représentée par les inhibiteurs de la 5 α -réductase qui diminuent le taux de dihydrotestostérone et par là réduisent le volume de la prostate; il s'agit du finastéride (PROSCAR°) et du dutastéride (AVODART°)⁸.

⁸ Compendium Suisse des Médicaments, Documed SA, 2006

La bioéquivalence de ALFUZOSINE SANDOZ^o par rapport au XATRAL UNO^o a bien sûr été prouvée au travers d'une étude comparative. Par son action α -bloquante, l'alfuzosine améliore la vidange de la vessie en diminuant le tonus de l'urètre, l'obstruction et la résistance vésicale. Il s'ensuit sur le plan clinique une augmentation du débit urinaire, une réduction du volume résiduel d'urine et du coup une amélioration des symptômes irritatifs et obstructifs. La forme à libération prolongée, à prendre une seule fois par jour, permettrait de maintenir l'effet sur le débit maximal urinaire pendant les 24 heures qui suivent la prise, tout en limitant l'effet sur la pression artérielle (voir l'encadré *Pour aller plus loin...*)⁹.

Les comprimés retard à 10 mg d'alfuzosine sont à prendre une fois par jour après un repas. Ils peuvent provoquer, en particulier chez les patients hypertendus recevant des antihypertenseurs, une **hypotension orthostatique** accompagnée de vertiges, sueur, fatigue, faiblesse; ces symptômes apparaissent au début du traitement et sont le plus souvent transitoires, donc ils n'imposent pas l'arrêt du traitement; il faut néanmoins avertir les patients concernés de l'apparition possible de ces effets, en particulier lors de l'instauration du traitement α -bloquant⁸.

ALFUZOSINE SANDOZ^o - A retenir pour le conseil :

- ✓ 1^{er} générique du XATRAL UNO^o, α -bloquant destiné à réduire les symptômes liés à l'hyperplasie bénigne de la prostate
- ✓ forme retard à prendre une fois par jour après un repas
- ✓ les patients qui reçoivent pour la première fois un tel médicament devraient être avertis du risque d'hypotension orthostatique au début du traitement, dont les symptômes (vertiges, sueurs, fatigue, ...) disparaissent en général après quelques temps

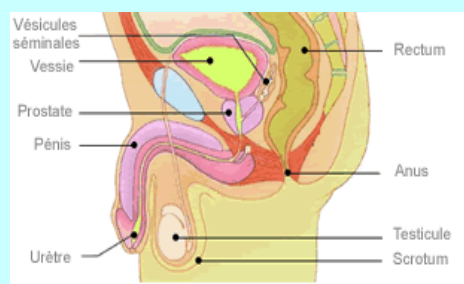
Pour aller plus loin...

La **prostate** est une glande masculine qui se trouve entre le pubis et le rectum, entourant les premiers centimètres de l'urètre. L'**urètre** est le canal qui conduit de la vessie jusqu'à l'orifice du pénis et qui permet l'écoulement de l'urine. La prostate a la taille d'une châtaigne et appartient aux glandes séminales. Sa fonction est de sécréter un liquide qui s'ajoute aux spermatozoïdes lors de l'éjaculation.

Avec l'âge (à partir de 50 ans), la prostate grossit et comprime alors l'urètre, ce qui rend l'émission d'urine difficile. Lorsque la prostate grossit on parle d'**hyperplasie** ou **hypertrophie bénigne de la prostate** = **HBP** (en anglais: benign prostatic hyperplasia = BPH)².

La prostate est composée en partie de muscles lisses qui se contractent par l'activation des récepteurs α_1 . Les **α -bloquants** tels que l'alfuzosine ont une certaine sélectivité pour les récepteurs α_1 localisés sur la prostate, le col de la vessie et l'urètre. En inhibant la contraction musculaire à ce niveau, ils diminuent la pression à l'intérieur de l'urètre. L'**urosélectivité** devrait être suffisante pour que les doses utilisées dans le traitement de l'HBP n'aient pas d'effet sur les récepteurs α des vaisseaux et ne diminuent donc pas la pression artérielle; toutefois la sélectivité n'est jamais totale et des effets indésirables liés à une hypotension peuvent apparaître chez certains patients.

Références : ¹ http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/cancer_prostate
² <http://www.creapharma.ch/prostate.htm>



⁹ Information Sandoz 04/2006

STILNOX° CR (zolpidem)



Voici une nouvelle formulation du STILNOX°, le comprimé à deux couches à libération contrôlée permettant, d'après le fabricant, de prolonger l'action normalement courte du STILNOX° simple. Soulignons que cette formulation à libération contrôlée n'est commercialisée pour l'instant qu'aux USA et en Suisse. S'agit-il là d'un réel plus ou d'une stratégie de la firme pour contrer l'effet de l'arrivée sur le marché des génériques à base de zolpidem (ou les deux) ?

Les comprimés de STILNOX° CR sont donc constitués de **deux couches**, la première libérant immédiatement une partie du principe actif qui est rapidement absorbé et provoque un endormissement rapide, la deuxième, à libération contrôlée, permettant de prolonger

Glossaire

- **Pharmacocinétique** : étude du devenir des médicaments dans l'organisme, c'est à dire les étapes suivantes: pénétration, métabolisme, distribution par la circulation sanguine, action sur les récepteurs et élimination.
- **Biodisponibilité** : capacité d'un principe actif d'un médicament à être résorbé en quantité suffisante et assez rapidement pour être efficace; elle dépend de différents facteurs tels que solubilité, vitesse d'absorption du principe actif, excipients, forme pharmaceutique, ...

(référence : Le Garnier Delamare, 24^{ème} Edition, Maloine Paris, 1995)

l'absorption jusqu'à environ 5 heures après la prise. Les concentrations plasmatiques sont donc plus élevées entre 3 et 6 heures après la prise avec la forme à libération prolongée, même si la demi-vie terminale d'élimination (moyenne 2.8 heures) est quasiment la même que celle du médicament à formulation normale (2.6 heures)¹⁰. Outre ces aspects *pharmacocinétiques*, deux études ont montré l'efficacité de la forme à libération prolongée sur la diminution du temps d'endormissement (entre 5 et 10 minutes) ainsi que du nombre moyen de réveils pendant les six heures suivant la prise (<1), mais en comparant au placebo uniquement^{11,12} (alors qu'il aurait été plus pertinent de comparer le STILNOX° CR au STILNOX° normal).

Concernant les effets indésirables, et en particulier les performances psychomotrices le lendemain, les patients des études ne présentaient pas d'effets résiduels le lendemain matin. Cependant le texte officiel d'enregistrement mentionne tout de même une fréquence notable (1 à 10%) de somnolence diurne, de fatigue et d'amnésie. Une insomnie de rebond a été rapportée à l'arrêt du traitement¹³.

Pour STILNOX° CR, la **posologie** est d'un comprimé à 12.5 mg par jour pour les adultes et d'un comprimé à 6.25 mg pour les patients âgés de 65 ans et plus et les insuffisants hépatiques – 10 mg et 5 mg respectivement pour le STILNOX° classique. Il est utile de

On remarquera que les comprimés de STILNOX° CR sont plus fortement dosés (12,5 mg) que les STILNOX° normaux (10 mg). Comme aucune étude ne compare l'effet de 12,5 mg de zolpidem en formulation CR et en formulation normale, on ne peut pas exclure que ce soit simplement l'augmentation de la dose de zolpidem qui expliquerait les meilleurs résultats obtenus avec STILNOX° CR. Du coup, on ne sait pas si cette nouvelle galénique apporte vraiment quelque chose par rapport à 1/4 comprimé de STILNOX° normal¹³.

rappeler que le zolpidem doit être pris une fois par jour juste avant le coucher et que la prise concomitante de nourriture diminue la *biodisponibilité* et ralentit l'absorption. Le zolpidem est **contre-indiqué** lors d'insuffisance hépatique sévère, de syndrome d'apnée du sommeil, d'insuffisance respiratoire, de myasthénie grave, de grossesse et d'allaitement¹⁴. Il n'est pas non plus recommandé chez les enfants et les adolescents.

¹⁰ Weinling E, McDougall S, Andre F, Bianchetti G, Dubruc C., Fundam Clin Pharmacol. 2006; 20(4):397-403

¹¹ Moen MD, Plosker GL., CNS Drugs. 2006; 20(5):419-26; discussion 427-8 (Abstract)

¹² Roth T; Soubrane C; Titeux L; Walsh JK., Sleep Med. 2006; 7(5):397-406 (Abstract)

¹³ The Medical Letter - Vol. 28, No 1-2 (ML USA No 1223-1224) - 13 janvier 2006

¹⁴ Compendium Suisse des Médicaments, Documed SA, 2006

Bien que le zolpidem ne soit pas apparenté chimiquement aux benzodiazépines, il agit sur le même récepteur et expose tout de même à un **risque de dépendance et d'accoutumance** non négligeable; un **syndrome de sevrage** à l'arrêt du médicament a été observé, en particulier chez des patients ayant pris des doses élevées pendant plusieurs mois ¹⁵. D'une manière générale, la durée des traitements hypnotiques ne devrait pas dépasser 4 semaines !

Les autres **effets secondaires** du zolpidem concernent surtout le SNC : amnésie, agitation, cauchemars, hallucinations, somnolence diurne, céphalées, vertiges, etc... Il peut aussi occasionner des troubles digestifs.

En conclusion, en l'absence d'études comparant le STILNOX^o classique et le nouveau STILNOX^o CR et en attendant d'en savoir plus sur les effets résiduels au réveil de cette nouvelle forme galénique, nous ne voyons pas de raison de changer le traitement d'un patient qui serait satisfait de son STILNOX^o (ou de son générique). De même, chez les patients souffrant de réveils nocturnes et traités par une benzodiazépine de durée d'action moyenne ou longue, nous ne pensons pas que STILNOX^o CR apporte un réel avantage, dans l'état actuel des connaissances.

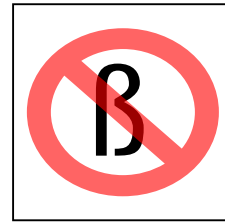
STILNOX^o CR - A retenir pour le conseil :

- ✓ formulation à deux couches permettant une libération immédiate puis une libération contrôlée du principe actif
- ✓ améliorerait la qualité du sommeil tout en maintenant un endormissement rapide et de bonnes performances au réveil, mais manque d'études comparatives pour l'instant
- ✓ attention aux risques de dépendance, d'accoutumance et de syndrome de sevrage !
- ✓ prise une fois par jour juste avant le coucher, loin du repas; posologie réduite de moitié pour les patients âgés et les insuffisants hépatiques
- ✓ contre-indiqué chez les enfants et adolescents, pendant la grossesse et l'allaitement

¹⁵ La Revue Prescrire, 2000. 20 (210): 675-676

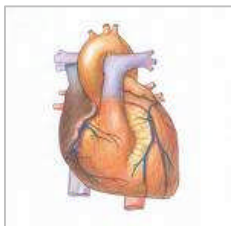
Les bêtabloquants

Les bêtabloquants sont, comme leur nom l'indique, des antagonistes des récepteurs **bêta** *sympatomimétiques*. Ce sont des substances utilisées dans de très nombreuses indications, que nous allons passer en revue. Ils peuvent être reconnus en regardant leur DCI (dénomination commune internationale = nom du principe actif) puisque le suffixe "-lol" les caractérise tous (ex. : SOTALEX° = sotalol, CONCOR° = bisoprolol, LOPRESOR° = métoprolol, INDERAL° = propranolol, etc...).



Système sympathique et bêtabloquants¹⁶

Le **système nerveux végétatif** permet de réguler les fonctions des organes internes selon les besoins du corps. Il est constitué du système sympathique et du système parasympathique. Expliqué d'une façon simplifiée, l'activation du **système sympathique** permet d'avoir tous les organes en "éveil", prêts à réagir (comme nécessaire lors d'un combat ou d'une fuite) : accélération du rythme cardiaque, augmentation de la pression artérielle, dilatation des pupilles, augmentation de la transpiration, dilatation des bronches, ralentissement de la digestion, système nerveux attentif...). Les inhibiteurs de ce système sympathique (comme par exemple les bêtabloquants) permettent de contrer ces effets. Ils agissent sur différents récepteurs situés sur différents organes, ce qui permet de cibler l'efficacité.



Au niveau cardiaque, les bêtabloquants permettent de diminuer la fréquence et la contractilité du cœur (le cœur est "au repos, en activité modérée", ne pouvant plus être excité par l'activité du système sympathique). Ils permettent aussi de baisser la pression. Grâce à toutes ces caractéristiques, les bêtabloquants sont utilisés dans le domaine cardiovasculaire dans les indications suivantes¹⁷ :

Hypertension

Les bêtabloquants représentent un **deuxième choix** de traitement après les diurétiques¹⁸. Cependant, les nouvelles recommandations de traitement privilégient maintenant de plus en plus les IECA et les sartans (A2A) en plus des diurétiques, ce qui fait que les bêta-bloquants sont moins utilisés dans cette indication^{18,23}.

Insuffisance cardiaque

L'utilisation des bêtabloquants dans l'insuffisance cardiaque est bien documentée en association avec les IECA ou les sartans et les diurétiques. Elle est même présente dans toutes les recommandations, ce qui fait que l'insuffisance cardiaque est une des pathologies dans lesquelles les bêtabloquants sont le plus utilisés. Ils peuvent aussi aider à prévenir une insuffisance cardiaque chez les patients qui ont eu un infarctus du myocarde¹⁹.

¹⁶ Atlas de poche de physiologie, 2001

¹⁷ Atlas de poche de pharmacologie, 2001

¹⁸ La Revue Prescrire 2005; 25 (257): 30

¹⁹ ACC/AHA 2005 "Guideline Update... Chronic Heart failure in the Adult"

Angine de poitrine et post-infarctus

Les bêtabloquants sont des antiangineux efficaces car ils permettent de diminuer la consommation d'oxygène du myocarde par ralentissement de la fréquence cardiaque ²⁰. L'utilisation à très long terme des bêtabloquants est actuellement recommandée chez les patients en post-infarctus puisqu'ils permettent d'améliorer le pronostic du patient et de diminuer le risque qu'une insuffisance cardiaque se développe plus tard ¹⁹.

Mais les récepteurs bêta que bloquent ces médicaments ne se situent pas qu'au niveau du cœur, ce qui permet d'autres utilisations pour cette famille :



Au niveau oculaire, les bêtabloquants en application locale (collyres) permettent de diminuer la pression oculaire de l'œil en diminuant la production de l'humeur aqueuse ¹⁷ (liquide remplissant la chambre antérieure et postérieure de l'œil, servant à garder la forme du globe et à l'apport nutritif de la cornée et de la lentille). Ainsi, les collyres à base de bêtabloquants sont les médicaments de premier choix pour traiter le **glaucome à angle ouvert**, à moins de contre-indications graves cardiaques ou respiratoires (l'humeur aqueuse passe directement dans le sang, mais les doses de bêtabloquants ainsi absorbées semblent très faibles; plusieurs cas d'effets secondaires au niveau systémique ont toutefois été rapportés ²¹). Se trouvent sur le marché le timolol (TIMOPTIC^o), bétaxolol (BETOPTIC^o), cartéolol (ARTEOPTIC^o) et le lévobunolol (VISTALGAN^o) ²².



En ce qui concerne la **migraine**, le propranolol (INDERAL^o) est le bêtabloquant de choix dans la prévention des crises migraineuses. Ce bêtabloquant est même la première thérapie recommandée dans cette indication ²³. En pratique, le LOPRESOR^o OROS est aussi souvent prescrit.



Anxiété : En masquant les signes caractéristiques de la libération d'adrénaline provoquée par une émotion, les bêtabloquants permettent de diminuer les symptômes de la peur ou du trac (palpitations, tremblements) sans que la capacité de concentration en soit affectée ¹⁷. Dans cette indication, le propranolol (INDERAL^o) est le bêtabloquant le mieux documenté. Notons qu'en raison de leurs effets bénéfiques sur ces symptômes, ils font partie des médicaments **dopants** pour certains sports comme l'automobilisme, le bowling, le curling, la natation synchronisée, le saut à ski, le tir et le tir à l'arc, entre autres. Comme la liste des sports dans lesquels les bêtabloquants sont interdits est très longue, il est préférable d'aller voir au cas par cas sur la liste des substances dopantes ²⁴.

²⁰ The Medical Letter (1995) : 1-4

²¹ La Revue Prescrire, 1991, 112 (11) : 539-542

²² La Revue Prescrire, 2001 ; 222 (21) : 732-733

²³ The Pharmacist's letter 2005 ; # 210410

²⁴ www.dopinginfo.ch

Les bêtabloquants sont en général bien tolérés. Cependant ils ont certains **effets secondaires** qui peuvent être problématiques chez certains patients :

- Au niveau cardiaque : ralentissement de la conduction, bradycardie, hypotension artérielle et même aggravation d'une insuffisance cardiaque au début du traitement (c'est pour cela que l'on doit commencer le traitement à des doses très faibles) ²⁵.
- Au niveau des bronches : ils vont provoquer un bronchospasme et même dans les cas les plus graves une dépression respiratoire ²⁵.
- Chez les diabétiques, les bêtabloquants masquent les signes d'hypoglycémie et ralentissent la réaction physiologique du corps pour contrecarrer cette hypoglycémie ²⁶. Pour minimiser ce risque, on préférera utiliser des bêtabloquants cardiosélectifs (n'agissant que sur le cœur) tels l'aténolol (TENORMIN^o et génériques), le métoprolol (LOPRESOR^o et autres), le bisoprolol (CONCOR^o et autres).
- Ils diminuent aussi la circulation périphérique : le patient risque d'avoir les mains et les pieds froids ²⁵.
- Ils peuvent aussi provoquer de la fatigue, une dépression ou des troubles sexuels, mais il semble qu'en fait ces effets soient plutôt rares ²³.

Ne pas oublier que tous ces effets secondaires peuvent aussi être provoqués par les bêtabloquants sous forme de collyres utilisés dans le traitement du glaucome ²⁵.

Tous ces effets secondaires pourraient donc entraîner de nombreuses **contre-indications** telles que bradycardie, insuffisance cardiaque non stabilisée, asthme, diabète, mais en fait aucune de ces pathologies n'est une contre-indication absolue à l'usage des bêtabloquants. Parfois, des mesures peuvent être prises pour permettre malgré tout l'utilisation des bêtabloquants, par exemple privilégier les bêtabloquants cardiosélectifs en cas d'asthme ou de diabète, ajouter un dérivé nitré en cas d'hypotension, pose d'un pacemaker en cas de bradycardie, etc... Dans tous les cas, on recommande la prudence, en commençant la thérapie avec des doses très faibles, sous surveillance étroite du patient ²⁰.

Les bêtabloquants - A retenir pour le conseil :

- ✓ les bêtabloquants sont utilisés dans de nombreuses indications :
 - traitement de l'hypertension, de l'insuffisance cardiaque, de l'angine de poitrine et traitement au long cours du post-infarctus
 - traitement du glaucome
 - prévention des crises migraineuses
 - utilisation pour diminuer le trac ou les palpitations
- ✓ ils sont bien tolérés, quelques effets secondaires aux niveaux cardiaque et bronchique surtout
- ✓ pas de contre-indication absolue, mais prudence au début de la thérapie
- ✓ ce sont des substances dopantes dans certains sports ... attention !
- ✓ ils sont reconnaissables par leur DCI avec le suffixe "-lol"

²⁵ La Revue Prescrire 2006; 26 (270; suppl. interactions): 34-35

²⁶ Hansten & Horn's Drug Interaction April 2006

Pour aller plus loin..

Dans l'hypertension

Les bêtabloquants les plus utilisés sont l'aténolol (TENORMIN^o et génériques), le métoprolol (LOPRESOR et génériques), l'oxprénolol (TRASICOR^o), le pindolol (VISKEN^o), le propranolol (INDERAL et génériques)¹⁸

Dans l'insuffisance cardiaque

Les molécules les mieux évaluées sont le bisoprolol (CONCOR^o et génériques), le métoprolol (LOPRESOR^o et autres) et le carvedilol (DILATREND^o). Il est important de commencer les bêtabloquants à des doses très basses car ils peuvent péjorer l'état du patient au début du traitement²⁰.

Dans l'angine de poitrine et le post-infarctus

Les bêtabloquants sont utilisés comme premier choix chez les patients souffrant d'angor stable surtout si ces patients ont eu un infarctus, mais ils peuvent aussi être utilisés lors d'angor stable sans infarctus et dans l'angor instable.. Les bêtabloquants les mieux étudiés dans l'angor stable sont l'aténolol (TENORMIN^o et génériques), le métoprolol (LOPRESOR^o et génériques) et le propranolol (INDERAL^o et génériques)²⁴.

Dans la migraine

L'efficacité du métoprolol (LOPRESOR^o, BELOC ZOK^o ou autre) et de l'aténolol (TENORMIN^o) est moins bien documentée, mais ils peuvent aussi être utilisés au long cours dans cette pathologie²³

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)²⁷

La rétine, qui tapisse l'intérieur de l'oeil, comprend une couche de cellules photosensibles composée de cônes et de bâtonnets. Les **bâtonnets** sont responsables de la perception de la lumière et de l'obscurité, tandis que les **cônes** permettent de lire un texte écrit en petits caractères. Les bâtonnets se trouvent en plus grande densité à proximité du centre et à la périphérie de la rétine, alors que les cônes sont concentrés au centre de la rétine, dans la **macula** – la zone de la plus grande acuité visuelle.



Les dégénérescences maculaires sont des maladies qui induisent une perte de fonction de la macula et par la même une diminution de l'acuité visuelle.

Fréquence

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est la plus fréquente des maladies de la macula. Vers l'âge de 60 ans, le taux de DMLA précoce est de 5-10 % environ, alors que vers l'âge de 85 ans, presque la moitié des gens en présentent les symptômes. En général, les personnes atteintes de DMLA ne deviennent pas aveugles mais souffrent néanmoins d'un grave handicap visuel (voir plus bas). Malheureusement, 20% des malades atteints de cette affection développent à un moment donné une membrane néovasculaire (forme exsudative de la maladie) pouvant entraîner une cécité en quelques mois (acuité visuelle inférieure ou égale à 1/10ème)^{28,29}. La DMLA est la troisième cause mondiale de déficience visuelle et représente 8.7% des causes de cécité³².

²⁷ <http://www.retina.ch> (association d'entraide des personnes affectées de rétinite pigmentaire, de dégénérescence de la macula, du syndrome d'Usher et d'autres maladies dégénératives de la rétine)

²⁸ Médecine et Hygiène, 2002, 2375

Facteurs de risque

Comme son nom l'indique, le principal facteur de risque de DMLA est l'**âge**. D'autres facteurs de risque sont avancés ²⁷ tels que le tabagisme, l'hypertension, des maladies cardio-vasculaires ainsi que l'exposition à la lumière solaire. On pense également qu'il existe une certaine prédisposition génétique.

Etiologie (causes)

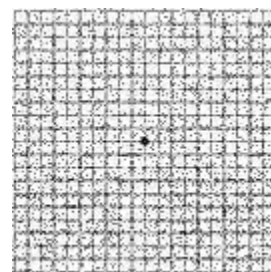
D'après les connaissances actuelles, les mécanismes qui induisent une DMLA sont principalement liés au métabolisme des cellules sensorielles et à leur alimentation par l'épithélium pigmenté rétinien (qui se trouve immédiatement en dessous d'elles) et les vaisseaux capillaires de la choroïde (couche richement vascularisée située entre la rétine et la sclérotique).

Symptômes

A un stade précoce de la maladie, il se peut que le patient n'ait pas de problème de vue. Il n'y a aucune douleur, l'oeil est blanc, calme et non enflammé. Cependant, des dépôts de déchets du métabolisme des cellules rétiniennes sont visibles sous la rétine lors d'un examen ophtalmique. Ces dépôts ont l'apparence de petites taches jaunâtres et sont appelés **drusen**.

Le patient atteint de DMLA se plaint principalement de trois symptômes ²⁹ :

- Une baisse de vision sur un oeil ou les deux (le patient croit toujours que ce sont les lunettes qui ne sont pas adaptées) et/ou une simple diminution de la perception lumineuse.
- Il décrit parfois un scotome central (tâche noire qui se projette sur l'objet regardé). Quand il lit, il ne voit pas toutes les lettres des mots, ou bien il lui manque le mot entier, ne voyant que les mots adjacents.
- Une déformation des images (métamorphopsie) est très fréquente. Le patient décrit parfois très bien que le montant de la porte n'est pas rectiligne. On utilise la grille d'Amsler pour déceler toute anomalie (la grille est tenue à une distance de lecture normale et les yeux sont testés l'un après l'autre: les lignes doivent être droites, les carrés doivent avoir tous la même taille, le patient doit voir les quatre coins de la grille et ne pas voir d'emplacements distordus, vides ou flous) ³⁰.



On distingue deux formes de DMLA :

- **La forme sèche (ou atrophique)** voit apparaître une atrophie de la macula (les cellules sensorielles de la rétine meurent lentement, l'épithélium pigmenté rétinien et les vaisseaux capillaires de la choroïde – nécessaires à l'alimentation de la rétine – sont détruits). Les troubles évoluent lentement (besoin de lumière pour lire, éblouissements et réduction de l'acuité visuelle centrale), souvent de façon bilatérale, parfois décalés dans le temps. A un stade plus avancé s'installe le scotome central alors que le champ visuel périphérique est conservé, permettant toujours au patient de se déplacer et d'être autonome. Cette forme représente environ 80% de tous les cas de DMLA; elle peut progresser vers la forme humide dans de rares cas (env. 10%) ^{30, 31}.

²⁹ <http://www.snof.org/maladies/dmla.html> (syndicat national des ophtalmologistes de France)

³⁰ <http://www.grilleamsler.ch/f/pub/makula/trockene.aspx> (Novartis pharma 2006)

³¹ The Medical Letter, vol 25, no 14, juillet 2003

- **La forme humide ou exsudative (ou néovasculaire)**, où des petits vaisseaux de la choroïde anormaux se forment et se développent sous la rétine (néovaisseaux). Etant donné que ces vaisseaux ne sont pas étanches (d'où le nom de DMLA exsudative), ils causent un gonflement de la rétine. Il se peut aussi qu'ils soient cause de saignements sous la rétine, ce qui peut induire une détérioration des cellules sensorielles. A un stade avancé de la DMLA humide, on observe du tissu cicatriciel au centre de la rétine. Les symptômes précoces d'une DMLA humide sont une perception visuelle déformée et des difficultés à lire. La forme humide de la DMLA peut évoluer rapidement, en quelques semaines ou en quelques mois, en une perte progressive de la vision centrale. En règle générale, la vue périphérique et la faculté d'orientation restent acquises. En revanche, la capacité de lire, la reconnaissance de visages et tout ce qui requiert de l'acuité visuelle disparaissent. Cette forme représente 15 à 20% des cas de DMLA.

Traitements

Il n'existe pas actuellement de traitement préventif, ni curatif de la DMLA ³². Cependant, des **traitements de stabilisation** sont disponibles pour la DMLA de forme humide. Ils consistent à tenter de scléroser les vaisseaux anormaux et, ainsi, à freiner la rapide détérioration de la vue.

- **Le traitement au laser** est utilisé pour coaguler les néovaisseaux et stopper ainsi les saignements et les complications. En cas de succès, on note une cicatrice rétinienne avec la persistance d'un scotome (zone noire du champ visuel) définitif. Plusieurs séances sont souvent indispensables, soit en cas de récurrence, soit en cas d'insuffisance de traitement ²⁹.
- **La thérapie photodynamique** est une nouvelle technique qui utilise un laser spécial (rouge). On injecte au patient par voie intraveineuse une ampoule de VISUDYNE^o (verteporfine), un produit photosensibilisant qui va se fixer sélectivement sur les néovaisseaux rétinien. Cinq minutes après la perfusion, l'ophtalmologue va activer la VISUDYNE^o via le laser ce qui va provoquer la lésion des néovaisseaux. Il y aura formation d'agrégats plaquettaires et de thrombus avec occlusion des néovaisseaux qui vont disparaître ²⁹.
- Un nouveau traitement (**MACUGEN^o**, pegaptanib) à base d'injections dans l'œil d'une substance empêchant la formation de nouveaux vaisseaux vient d'être autorisé en Suisse pour le traitement de la forme humide de la DMLA. Les injections sont renouvelées toutes les six semaines (9 injections par an) ³³.
- Suite à la publication d'une étude (AREDS) effectuée aux USA et soutenue par le National Eye Institute et Bausch & Lomb qui commercialise l'OCUVITE^o, certains patients se voient prescrire des **compléments alimentaires** qui paraissent diminuer les risques de DMLA. Il s'agit principalement de vitamines antioxydantes (vit. A, C et E), de bêta-carotènes et de sels minéraux (Zn, Cu, Se, etc.). Dans son numéro du 4 juillet 2003, le Medical Letter analyse cette étude et indique dans ses conclusions que de hautes doses de bêta-carotènes, de vitamine C, de vitamine E et de zinc retardent la progression de la DMLA vers un stade avancé et préviennent la perte visuelle chez certains patients, mais que l'ampleur de l'effet est modeste. Il n'existe cependant aucune donnée concernant un effet préventif. Il est à noter également que les doses employées dans la composition des différents produits disponibles sur le marché

³² <http://www.who.int/blindness/causes/priority/fr/index8.html> (site de l'OMS)

³³ <http://www.swissmedic.ch>

(OCUVITE°, VITALUX°) sont beaucoup plus faibles que celles employées dans l'étude AREDS. En effet, aux doses expérimentées, les produits cités ne pourraient pas être vendus comme compléments alimentaires³⁴. De plus, le Medical Letter fait remarquer que l'incidence plus élevée de mortalité par cancer pulmonaire chez les fumeurs ayant pris du bêta-carotène dans le cadre d'autres études est une preuve suffisante que de hautes doses de vitamines et de minéraux ne sont pas nécessairement inoffensives.

- Pour de nombreux patients, le principal traitement palliatif à la DMLA est l'adaptation de moyens auxiliaires optiques grossissants.

Conclusion

Un dépistage précoce est essentiel. Ainsi, il est très important d'être vigilants à officine, lorsqu'un client se plaint de déformations de l'image (montant des portes, cadre des fenêtres, lecture floue) ou de troubles visuels. Dans tous les cas, dès l'âge de 50 ans, une visite régulière chez l'ophtalmologue est indispensable (DMLA, glaucome, etc.).

Si des traitements sont aujourd'hui disponibles pour la stabilisation de la DMLA humide, il existe malheureusement peu de solutions pour la DMLA sèche. Actuellement, aucune technique ne permet encore de restaurer une vision perdue. Les personnes atteintes peuvent malgré tout mener une vie autonome grâce à des moyens de rééducation et des aides visuelles.

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) - A retenir pour le conseil :

- ✓ la DMLA est une maladie ophtalmique évolutive liée à l'âge qui mène à une diminution de l'acuité visuelle, voire à la cécité dans certains cas
- ✓ il existe la forme sèche à évolution lente et la forme humide à évolution plus rapide et généralement plus invalidante
- ✓ il existe des traitements stabilisants pour la forme humide (laser, VISUDYNE°, MACUGEN°)
- ✓ il n'existe pas de traitement permettant de récupérer la vision perdue

La dépression saisonnière

Appelée aussi "trouble affectif saisonnier" et abrégée SAD (*Seasonal Affective Disorder*), la dépression saisonnière est caractérisée par des **épisodes dépressifs d'intensité légère à moyenne, se répétant chaque année à la même période**^{35,36}. Le SAD débute le plus souvent vers la fin de l'automne ou le début de l'hiver et se prolonge jusqu'au printemps (= dépression hivernale); on observe alors une rémission complète des symptômes en été, entre mai et août^{35,36,37}. Une forme estivale de la



³⁴ <http://groupechercheactionsanté.com/DMLA.hrm> (groupe de médecins et pharmaciens soucieux de promouvoir le bon usage des médicaments)

³⁵ Médecine & Hygiène 2003 ; 2450 : p.1756-1759

³⁶ www.clevelandclinic.org

³⁷ www.healthyminds.org (American Psychiatric Association)

dépression saisonnière est également possible mais plus rarement, la principale cause du SAD pouvant être la privation de lumière que l'on peut observer dès l'automne à cause du raccourcissement des jours à cette saison ^{35,38}. Il en résulte une augmentation de la sécrétion de l'hormone mélatonine qui peut avoir un effet sur l'humeur ou sur les cycles liés au sommeil ³⁵. La dépression saisonnière concerne 1 à 3 % de la population, principalement des adultes (dont quatre fois plus de femmes), l'âge moyen se situant entre 20 et 40 ans ^{35,36,38}.

Les personnes qui souffrent de SAD ont les symptômes communs de la dépression, comme la tristesse, l'anxiété ou le manque d'intérêt, associés aux **symptômes principaux** de la dépression saisonnière qui sont : une augmentation du sommeil (80-97% des cas) et de l'appétit avec des envies d'hydrates de carbones (80 à 90% des cas) et une prise de poids significative chez 70 à 80% des personnes ^{35,36}. Les épisodes dépressifs saisonniers se succèdent en hiver pendant au moins deux ans consécutifs, avec, comme précisé plus haut, une rémission complète entre mai et août, 20% des malades ayant même une rémission complète pendant plusieurs années ³⁵.

La **luminothérapie** est le traitement de premier choix lors de dépression saisonnière (hivernale) d'intensité légère à modérée ³⁵. Lors de symptômes classiques du SAD, l'efficacité de la luminothérapie est de 60 à 90% avec une amélioration possible déjà après deux à quatre jours d'exposition, mais une à deux semaines sont nécessaires pour 40 à 50% des personnes traitées ³⁵. En cas d'efficacité, la luminothérapie doit être poursuivie de préférence pendant tout l'hiver jusqu'au début du printemps et n'est pas recommandée en été, où la lumière ambiante est suffisante ³⁵. La luminothérapie peut aussi être utilisée en prévention des rechutes, avec une reprise des expositions durant l'automne suivant, soit avec le retour des symptômes, soit une à deux semaines avant la réapparition prévisible de la dépression hivernale ³⁵.

La luminothérapie ^{35,38,39}

Elle consiste en l'exposition quotidienne à une rampe lumineuse diffusant une lumière blanche sans UV, d'intensité lumineuse allant de 2'500 à 10'000 lux (lux = unité photométrique d'illumination). Le traitement de base recommandé est une **exposition quotidienne matinale 10 à 15 minutes après le réveil** (entre 6h00 et 9h00) à une luminosité de **10'000 lux pendant 30 à 45 minutes** (une exposition à d'autres moments de la journée, par exemple le soir entre 17h et 19h ou même plusieurs fois par jour peut être préférée par certaines personnes, l'intensité du traitement étant individualisée selon les besoins et optimisée en variant l'intensité lumineuse, la durée, la période ou la fréquence d'exposition à la lumière artificielle) ³⁵. Pendant l'exposition, le malade doit s'asseoir confortablement à une distance minimale de 50 cm de la source lumineuse, il doit garder les yeux ouverts pendant toute la séance sans porter de lunettes de soleil, sans fixer la lumière sauf pendant deux à trois secondes chaque minute. La lecture ou l'utilisation d'un ordinateur portable est alors possible ^{35,38}.

Tableau comparatif de l'intensité lumineuse suivant les situations et les lampes médicales utilisées ^{35,38} :

SITUATION, APPAREIL	LUX	DUREE
Chambre moyennement éclairée	500	
Extérieur, journée nuageuse	1'000-5'000	
Extérieur, journée d'été ensoleillée	50'000	
Lampe médicale	10'000	30 à 45 minutes
Lampe médicale	5'000	60 minutes
Lampe médicale	2'500	120 minutes

Les **effets secondaires** principaux sont minimes et transitoires : céphalées passagères, tensions ou irritations oculaires, hyperactivité, nausées, transpiration, somnolence, insomnie; ils peuvent être diminués en éloignant légèrement la rampe lumineuse, en diminuant la luminosité ou la fréquence des expositions ³⁵.

³⁸ Pharma-kritik 2002 ; 24 : p.45-47

³⁹ Pharmacist's Letter 2005 ;21 (210106) ; p.1-5

La luminothérapie est **contre-indiquée** lors de lésions oculaires, de glaucome, de cataracte, de photo-allergie ou lors de la prise de médicaments photo-sensibilisants pour la peau ou les yeux (psoralène MELADININE°, certains antidépresseurs comme la FLUCTINE°, le TOFRANIL°, le lithium ou le millepertuis, le diurétique hydrochlorothiazide, la CORDARONE°, les antibiotiques de la famille des quinolones comme CIPROXINE° et NOROXINE°, le ROACCUTANE°)^{35,38,40}.

A noter que les appareils de luminothérapie sont pris en charge par l'assurance de base en cas de SAD à raison de Fr. 800.- par achat d'une lampe, ou de Fr. 2.-/jour pendant maximum deux mois lors de la location dans une pharmacie, par exemple^{38,41}.

Lorsque les symptômes sont légers, une augmentation de l'exposition à la lumière du soleil par une augmentation des activités extérieures par exemple peut suffire à améliorer les signes. Lorsque les symptômes sont importants, ou en cas de réponse partielle à la luminothérapie, un **antidépresseur** de type ISRS (tels que FLUCTINE°, ZOLOFT° et SEROPRAM°) ou l'AURORIX° peuvent être ajoutés, de même qu'une psychothérapie^{35,37}. Seule la fluoxétine (FLUCTINE°) semble avoir une efficacité similaire à la luminothérapie lors de dépression saisonnière, mais cette dernière a tout de même trois avantages, à savoir une efficacité plus rapide, moins d'agitation et de troubles du sommeil et pas d'addiction⁴².

La FDA vient en outre d'approuver au mois de juin le bupropion (WELLBUTRIN° XL) comme traitement médicamenteux préventif lors de dépression saisonnière⁴³. Cette substance est utilisée en Suisse (et en Europe en général) uniquement pour l'aide au sevrage tabagique sous le nom de ZYBAN°, l'efficacité antidépressive étant jugée insuffisante; affaire à suivre donc^{44,45}.

La dépression saisonnière - A retenir pour le conseil :

- ✓ la dépression saisonnière survient principalement chez les femmes de 20 à 40 ans, elle est caractérisée par des épisodes dépressifs récurrents survenant entre septembre et décembre jusqu'au printemps, avec une rémission pendant les autres mois
- ✓ aux symptômes classiques de la dépression s'associent une augmentation du sommeil et de l'appétit avec des envies d'hydrates de carbones et une prise de poids
- ✓ le traitement de premier choix est la luminothérapie, au dosage principal de 10'000 lux tous les matins après le lever pendant 30 à 45 minutes
- ✓ lors de troubles plus sévères, de contre-indication ou de réponse insuffisante, les antidépresseurs ISRS ou l'AURORIX° sont indiqués

⁴⁰ Pharma-News 7, septembre 2003, p.10

⁴¹ Documentation Sanalux, octobre 2005

⁴² Am J Psychiatry. 2006 ; 163 : p.805-812 Abstract

⁴³ www.fda.gov

⁴⁴ Compendium Suisse des Médicaments 2006, Documed SA

⁴⁵ La Revue Prescrire, octobre 2001 ; 21 (221) : p.652-657

TRAMAL° retard 50 mg

Grünenthal Pharma sort une forme **retard** de ce médicament contre les douleurs intenses à 50 mg. Sous forme retard, il existait déjà des dosages de 100, 150 et 200 mg (tous déjà copiés). Le TRAMAL° retard à 50 mg est donc destiné à des personnes nécessitant des faibles doses de tramadol. Il est évident qu'il faudra attendre un peu pour avoir des génériques de cette "nouvelle forme"...

KEPPRA°

Les comprimés de cet anti-épileptique ont légèrement diminué de taille.

Note de l'éditeur

Les avis exprimés dans le Pharma-News reflètent l'opinion de leurs auteurs en fonction des données disponibles au moment de la rédaction et n'engagent en aucune manière le CAP.