

Allaitement et anti-épileptiques

Une dame traitée par la phénytoïne et la carbamazépine en raison d'épilepsie nous a récemment demandé si elle pouvait allaiter son enfant; elle avait reçu des avis contradictoires à ce sujet. D'après les manuels classiques [*Drugs in Pregnancy and Lactation* (Briggs GG et al., 7^{ème} éd.); *Martindale* 34^{ème} éd.] et d'après l'*American Academy of Pediatrics*, une femme qui prend ces médicaments à des doses thérapeutiques peut allaiter. Dans ce cas-ci à nouveau, il est important que l'enfant soit suivi quant à l'apparition d'effets indésirables.

INSULINOTHERAPIE INTENSIVE AUX SOINS INTENSIFS

Deux études randomisées contrôlées suggèrent un effet favorable d'une insulinothérapie intensive par rapport à une insulinothérapie conventionnelle sur la morbidité et la mortalité chez des patients gravement malades séjournant aux soins intensifs. Dans la première étude, il s'agissait de patients ayant subi une chirurgie ou un traumatisme, dans l'autre étude, il s'agissait de patients atteints d'une affection non chirurgicale. Il convient toutefois de tenir compte du risque accru d'hypoglycémie lors d'un tel traitement.

La plupart des patients en état critique développent lors de leur séjour aux soins intensifs une hyperglycémie et une résistance à l'insuline. Dans les *Folia* de juin 2002, nous avons mentionné une étude réalisée chez de tels patients après un traumatisme ou une chirurgie lourde ou compliquée (surtout cardiaque): un effet bénéfique de l'insulinothérapie intensive avait été observé sur la mortalité et la morbidité. Une étude de suivi de ces patients montre que l'effet bénéfique de l'insulinothérapie intensive sur la survie se maintient jusqu'à 4 ans après l'intervention cardiaque [*Eur. Heart J*, publié online le 11 avril 2006].

Dans une deuxième étude randomisée contrôlée, réalisée par les mêmes investigateurs et publiée récemment, une insulinothérapie intensive (glycémie maintenue entre 80 et 110 mg/dl) a été comparée à une insulinothérapie conventionnelle (glycémie maintenue entre 180 et 200 mg/dl), cette fois chez des patients séjournant aux soins intensifs pour une raison non chirurgicale [*N Engl J Med* 2006; 354: 449-61 avec un éditorial *N Engl J Med* 2006; 354: 516-8]. Cette étude montre aussi chez les patients traités par une insulinothérapie intensive une diminution statistiquement significative de la morbidité ainsi qu'une diminution - bien que statistiquement non significative - de la mortalité. D'après l'auteur de l'éditorial se rapportant à cette étude, l'instauration d'une insulinothérapie intensive chez les patients séjournant aux soins intensifs peut être une « stratégie raisonnable » dans l'attente de nouvelles données. Il convient toutefois de tenir compte du risque accru d'hypoglycémies chez ces patients gravement malades.