

- Chapitre 1.4.8. Une nouvelle **association à base de péridopril et d'amlodipine (Coveram®)**, disponible depuis avril 2009) est proposée pour le traitement de l'hypertension artérielle et/ou de l'angor stable. Comme déjà mentionné dans les Folia de janvier 2009 à propos de l'étude ACCOMPLISH sur le traitement de l'hypertension, toute classe de médicaments ayant un effet positif avéré sur la morbidité et la mortalité (les diurétiques, les IECA, les sartans, les antagonistes du calcium et les bêta-bloquants) constitue un bon premier choix, et la baisse de la tension artérielle est probablement plus importante que les propriétés du(des) médicament(s) utilisé(s) à cette fin. Chez le patient hypertendu tout venant (c.-à-d. sans comorbidité connue), il n'est prouvé qu'il y ait un intérêt à débiter le traitement par une association d'antihypertenseurs de différentes classes.

- Chapitre 8.1.1.3. Le **doripénem (Doribax®▼)**, disponible depuis avril 2009) est un nouvel antibactérien à large spectre qui appartient à la classe des carbapénèmes, comme l'imipénem et le mérépénem. Le doripénem est proposé pour le traitement chez l'adulte des pneumonies nosocomiales et des infections compliquées de l'abdomen et des voies urinaires. Son efficacité, ses effets indésirables et les précautions d'usage sont comparables à ceux des autres carbapénèmes.

- Chapitre 14.7.2. Le **sugammadex (Bridion®▼)**, disponible depuis avril 2009) est une cyclodextrine modifiée, utilisée pour la décurarisation après un bloc neuromusculaire induit par les paralysants neuromusculaires rocuronium et vérocuroonium utilisés lors de certaines interventions chirurgicales.

A PROPOS DE L'EDITION 2009 DU REPERTOIRE COMMENTE DES MEDICAMENTS

La distribution de la version imprimée de l'édition 2009 du Répertoire Commenté des Médicaments est actuellement en cours. Le Répertoire 2009 reprend les spécialités enregistrées en Belgique et commercialisées au 1^{er} janvier 2009. Il mentionne également les pansements actifs, pour lesquels l'INAMI prévoit une intervention dans les frais des patients présentant des plaies chroniques (la plupart des pansements actifs sont enregistrés comme "dispositifs médicaux"). Comme chaque année, les textes introductifs ont fait l'objet d'une révision complète grâce aux commentaires de nombreux experts de tout le pays.

Quelques commentaires à propos de la nouvelle édition.

- Les *interactions médicamenteuses* mentionnées dans les rubriques "Interactions" sont dorénavant également reprises de manière schématique dans un tableau à la fin de l'Introduction (p. 25). Les interactions sont classées selon l'ordre du Répertoire. Tout commentaire sur le contenu et la facilité de lecture de ce tableau est le bienvenu.
- Il a été décidé de ne plus mentionner *le sel ou l'ester* au niveau du principe actif à moins qu'il ne fasse partie intégrante de la dénomination usuelle, ou qu'il ait une fonction pertinente ou un impact sur la

cinétique. Ainsi, le sel ou l'estér est encore mentionné auprès des préparations dépôts à base d'antipsychotiques et auprès de toutes les préparations à base de corticostéroïdes.

- Concernant les *préparations effervescentes*, les textes introductifs (rubrique "Précautions particulières") mettent systématiquement en garde contre le taux de sodium de ces préparations (comprimés, poudres, granulés) qui peut provoquer des problèmes chez les patients suivant

un régime pauvre en sel strict.

- Deux exemplaires de la *nouvelle "fiche jaune"*, permettant de rapporter des suspicions d'effets indésirables, sont envoyés avec le Répertoire. Pour plus d'explications sur la nouvelle version de la fiche jaune, voir Folia de mars 2009.

Les textes introductifs révisés sont repris depuis le 1^{er} mai dans la version électronique du Répertoire sur notre site Web.

Communiqué par le Centre de Pharmacovigilance

SIALORRHEE D'ORIGINE MEDICAMENTEUSE

La sialorrhée est due à une production accrue de salive (p.ex. en cas de problèmes buccaux tels que douleur ou inflammation, ou en cas de gastrite ou d'ulcère) ou à une diminution de l'élimination de la salive (p.ex. dans certaines formes de la maladie de Parkinson, en cas de crise d'épilepsie, dans les affections neuromusculaires des muscles de la mastication et de la déglutition). La sialorrhée conduit parfois à une stigmatisation et peut provoquer des problèmes graves tels que fausse déglutition et pneumonie par aspiration. Certains médicaments peuvent aussi provoquer une sialorrhée.

- *Les médicaments ayant un effet sédatif* diminuent le réflexe de déglutition. Il s'agit entre autres des benzodiazépines et substances apparentées (plusieurs cas de pneumonie par aspiration ont été décrits chez des enfants traités par le nitrazépam), du lithium, de certains antiépileptiques comme la tiagabine, de certains anesthé-

siques comme la kétamine, de certains antipsychotiques (voir ci-dessous).

- *Les médicaments ayant des propriétés cholinergiques* augmentent la production de salive. Il s'agit des inhibiteurs de la cholinestérase pyridostigmine et néostigmine, des inhibiteurs de la cholinestérase utilisés dans le traitement de la maladie d'Alzheimer (donépézil, galantamine, rivastigmine) et de la pilocarpine (également par voie ophtalmique).
- *Certains antipsychotiques* augmentent la production de salive et provoquent en outre des troubles de la déglutition. Il s'agit surtout de la clozapine. Des cas ont aussi été rapportés avec la rispéridone et l'olanzapine.

Une diminution de la dose du médicament ou l'arrêt de la prise du médicament entraîne la disparition de la sialorrhée [La Revue Prescrire 2009; 29; 23-5].