

- L'**ustekinumab** (**Stelara**®▼, chapitre 9.3.2.11.) est un anticorps monoclonal humain dirigé contre les récepteurs de l'interleukine 12 et 23. Il est proposé en injection sous-cutanée dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère en cas de réponse insuffisante ou de contre-indication aux autres traitements systémiques tels que la ciclosporine, le méthotrexate ou la PUVA-thérapie. L'efficacité de l'ustekinumab semble comparable à celle des autres médicaments biologiques tels que les inhibiteurs du TNF, mais l'expérience est encore limitée. Les principaux effets indésirables consistent en des réactions allergiques parfois graves, une sensibilité accrue aux infections, des réactions au site d'injection. Les immunosuppresseurs comme l'ustekinumab

sont susceptibles d'augmenter le risque de malignité; des tumeurs malignes cutanées et sous-cutanées ont été rapportées dans des études cliniques. [En ce qui concerne la prise en charge du psoriasis en plaques, voir Folia de juin 2006].

- Les formes injectables de Clamoxyl® (flacon i.m.-i.v. et flacon i.m. + anesthésique) sont retirées du marché et il n'existe dès lors plus de spécialité à base d'amoxicilline pour l'usage parentéral en dehors de l'hôpital.

- Le dextropropoxyphène (Depronal®), un analgésique morphinique, est retiré du marché. L'EMA avait recommandé le retrait des médicaments à base de dextropropoxyphène en raison de sa balance bénéfices-risques jugée négative [voir Folia d'août 2009].

En bref

- Il ressort d'une revue systématique récente d'études randomisées (n=44; durée moyenne des études de 12,8 semaines) qu'il existe peu de données pour étayer le choix d'un **traitement médicamenteux en prévention des céphalées de tension** [*Family Practice* 2010;27:151-65; *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:1268-73]. Les céphalées de tension représentent le type de céphalées le plus fréquent. La douleur est généralement faible à modérée, non pulsatile, oppressante et bilatérale, et elle ne s'aggrave pas en cas d'effort physique. On parle de céphalées de tension chroniques lorsqu'elles se manifestent au moins 15 jours par mois, pendant au moins 6 mois. Les antidépresseurs (l'amitriptyline surtout) sont les médicaments qui ont été le mieux étudiés, mais il n'y a pas d'arguments en faveur d'un effet supplémentaire sur la douleur (intensité, fréquence, durée) ou sur

l'usage d'analgésiques par rapport au placebo. Quant aux autres médicaments qui ont été étudiés (tizanidine, benzodiazépines, buspirone, clonidine, propranolol, nifédipine), les données sont contradictoires ou très limitées. Les auteurs de *Clinical Evidence* [2009;7:1205] arrivent à la même conclusion. En ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse des céphalées de tension, les auteurs de l'article du *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* concluent que le paracétamol et les AINS sont efficaces à court terme dans les crises aiguës. Il faut toutefois signaler qu'il est préférable de limiter l'usage des analgésiques: l'usage prolongé et régulier d'analgésiques peut en effet augmenter les symptômes de céphalées et induire des "céphalées par abus d'analgésiques" [voir aussi Folia de février 2006].