

lieu spécialisé, et n'est certainement pas recommandé en première ligne. Il convient de prendre en compte des facteurs tels que la gravité de l'intoxication, la probabilité que le lavage gastrique élimine une quantité cliniquement importante (en fonction entre autres du temps écoulé depuis l'ingestion) et le risque lié à la procédure (entre autres aspiration, traumatisme de l'œsophage).

- L'induction de vomissements au moyen du *sirop d'ipéca* n'a plus de place.
- Il n'y a pas d'arguments en faveur de l'utilisation de *laxatifs* ou de *lait* en cas d'intoxications.

Antidotes

- Le *glucose* et le *glucagon* sont indiqués en cas d'hypoglycémie sévère, p.ex. en cas de surdosage de médicaments hypoglycémisants (voir ci-dessus).
- La *naloxone* est utile en cas de dépression respiratoire due à une intoxication aux opiacés (voir ci-dessus).
- Le *flumazénil* n'est en principe pas indiqué en première ligne dans le cadre d'une intoxication aux benzodiazépines (voir ci-dessus).
- L'*acétylcystéine* est administrée par voie intra-

veineuse en cas d'intoxication aiguë au paracétamol (idéalement dans les 8 heures suivant l'ingestion); en Belgique où les services d'urgence ne sont jamais très éloignés, il n'est pas souhaitable et souvent pas réalisable d'administrer de l'acétylcystéine avant l'hospitalisation.

Un hôpital susceptible de prendre en charge des patients atteints d'une intoxication aiguë doit bien entendu disposer d'une série d'antidotes. Des explications détaillées sur les antidotes et sur les moyens de se les procurer sont disponibles sur le site Web du Centre Antipoisons (www.centreampoisons.be).

Quelques références

Anonyme. Intoxication aiguë par ingestion médicamenteuse: premiers soins. Traiter une détresse vitale, évaluer le risque d'aggravation, et, le cas échéant, de détresse psychique. *La Revue Prescrire* 2010;30:356-64 Philips H, D Sutter A, Buylaert W, De Paep P, Calle P et Schrans D. Gebruik van medicatie bij urgenties. Via www.domusmedica.be/images/stories/aanbevelingen/ab_medicatie_bij_urgenties.pdf Site Web du Centre Antipoisons: www.poissoncentre.be/sommaire.php?lang=fr, choisir "Professionnels de la santé"

Bon à savoir

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION HORMONALE ET RISQUE DE CANCER DU SEIN INVASIF

[Déjà paru dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web le 22/11/2010]

Cinq ans environ après l'arrêt d'un traitement de substitution hormonale, il y a toujours un risque accru de cancer du sein invasif.

Le *JAMA* du 20 octobre 2010 [2010;304:1684-92, avec un éditorial 1719-20] a publié les résultats d'un suivi de l'une des études de la *Women's Health*

Initiative (WHI).

- La première publication de cette étude date de 2002. Il s'agissait d'une étude randomisée contrôlée par placebo sur le traitement de

substitution hormonale (TSH) à base d'estrogènes conjugués et d'acétate de médroxyprogestérone. Cette étude avait été interrompue prématurément en 2002, après une durée de traitement de 5,6 ans en moyenne, en raison d'un risque accru de cancer du sein invasif et d'accidents coronariens; le rapport risques-bénéfices avait été jugé négatif en raison de ces risques accrus, et ce malgré une diminution du risque de cancer colorectal et de fractures [voir Folia de novembre 2002 et d'octobre 2003].

- Les résultats après un suivi supplémentaire de 2,4 ans en moyenne après l'arrêt du TSH (la durée totale du suivi était donc de 8 ans environ) ont été discutés dans les Folia de mai 2008: les résultats révélaient toujours un risque accru de cancer du sein invasif.

- L'étude de 2010 parue dans le *JAMA* révèle les résultats concernant le risque de cancer du sein après un suivi supplémentaire de plus de 5 ans après l'arrêt du TSH; la durée de suivi totale était de 11 ans en moyenne.

- Plus de 5 ans après l'arrêt de l'étude, le risque de cancer du sein invasif chez les femmes ayant suivi un TSH restait statistiquement significativement accru: incidence de 0,42% par an, par rapport à 0,34% par an sous placebo. Ceci revient à un *Number Needed to Harm* (NNH) de 1.250 par an (calculé sur une durée de suivi de 11 ans au total, dont en moyenne 5,6 ans de traitement et 5,4 ans de suivi après l'arrêt du traitement), c.-à-d. que sur 1.250 femmes ayant suivi un TSH, il y avait un cas supplémentaire de cancer du sein invasif par an par rapport au placebo. A titre comparatif, le NNH dans la publication originale de 2002 était également de 1.250 par an (calculé sur une durée

de traitement de 5,6 ans en moyenne), ce qui montre que le risque supplémentaire de cancer du sein invasif suite à un TSH ne diminue donc pas durant les premières années suivant l'arrêt du traitement.

- Dans le groupe TSH, il s'agissait plus fréquemment de cas de cancer du sein avec des ganglions positifs.
- La mortalité liée au cancer du sein était plus élevée chez les femmes ayant suivi un TSH que dans le groupe placebo; la différence était tout juste statistiquement significative. Chez les femmes ayant suivi un TSH, il y avait, sur 10.000 femmes par an, 1,3 plus de décès liés au cancer du sein par rapport au placebo. Les données indiquent également une augmentation de la mortalité totale après le diagnostic de cancer du sein dans le groupe TSH.

Le rapport risques-bénéfices du TSH tel que celui appliqué dans l'étude WHI discutée ici (estrogènes conjugués + acétate de médroxyprogestérone) reste donc négatif plus de 5 ans après l'arrêt du traitement. L'auteur de l'éditorial souligne que l'innocuité en ce qui concerne le risque de cancer du sein d'un traitement de substitution hormonale de courte durée pour soulager les symptômes liés à la ménopause n'est pas prouvée. Il insiste sur la nécessité de mener des études à ce sujet.