

moxifloxacine 400 mg p.j. pendant 7 jours.

- En cas d'échec thérapeutique après 48 heures de traitement par un antibiotique  $\beta$  lactame, et pour autant que la situation clinique permette un maintien au domicile, ajouter un néomacrolide (azithromycine 500 mg p.j. en 1 prise pendant 3 jours, ou clarithromycine 1 g p.j. en 2 prises ou en 1 prise pour comprimés à libération prolongée pendant 7 jours, ou roxithromycine 300 mg p.j. en 2 prises pendant 7 jours) et réévaluer après 48 heures. En absence d'amélioration après 48 heures, une hospitalisation s'impose.

### Refroidissement banal

La place de l'Echinacea et du zinc dans le refroidissement banal a déjà été discutée dans les Folia d'octobre 2011. Il y était mentionné que l'efficacité et l'innocuité de l'Echinacea ne sont pas suffisamment démontrées, et que, selon une revue *Cochrane*, le zinc semblait diminuer la durée et la sévérité des symptômes, mais aucune conclusion ne pouvait être tirée vu l'hétérogénéité des études.

- En ce qui concerne l'Echinacea, la *Medicines and Healthcare Products Regulatory*

*Agency* (MHRA) au Royaume-Uni a publié récemment un avertissement visant à ne pas utiliser l'Echinacea chez les enfants de moins de 12 ans étant donné l'absence de preuves d'efficacité et le risque de réactions allergiques parfois graves (éruption cutanée, syndrome de Stevens Johnson, angioedème, bronchospasme, choc anaphylactique) surtout chez les patients atopiques [via [www.mhra.gov.uk](http://www.mhra.gov.uk) ; communiqué du 20.08.12].

- En ce qui concerne le zinc, les résultats d'une méta-analyse récente [CMAJ 2012;184: E551-61 (doi:10.1503/cmaj.111990)] montrent un effet favorable de l'administration de zinc par voie orale sur la durée des symptômes du refroidissement banal chez l'adulte (-1,65 jours; intervalle de confiance à 95% -2,50 à -0,81), mais pas chez l'enfant. La dose de zinc et sa formulation étaient toutefois différentes selon les études. Les patients traités par le zinc avaient un risque accru d'effets indésirables tels que nausées et mauvais goût. D'autres études s'avèrent nécessaires, entre autres pour évaluer si l'effet est dépendant de la dose. Pour le moment, il n'existe toujours pas de preuves suffisantes pour recommander la prise de zinc dans le traitement du refroidissement banal.

## Informations récentes septembre 2012

Pour les « Informations Récentes » d'octobre 2012, voir la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web et les Folia de novembre 2012.

▼: médicament à base d'un nouveau principe actif ou nouveau médicament biologique, pour lequel la notification d'effets indésirables au Centre Belge de Pharmacovigilance est encouragée.

- La **linagliptine** (**Trajenta**®▼; chapitre 5.1.6.2.) est un inhibiteur de la DPP-4 (syn. gliptine) tout comme la saxagliptine,

la sitagliptine et la vildagliptine. La linagliptine est proposée dans le diabète de type 2 en monothérapie en cas de

contre-indication de la metformine, ou en association à la metformine (avec ou sans sulfamidé hypoglycémiant) en cas de contrôle glycémique insuffisant avec ces médicaments. La linagliptine semble avoir une efficacité et un profil d'effets indésirables comparables à ceux des autres gliptines, mais on ne dispose pas d'études comparatives. Contrairement aux autres gliptines, la linagliptine n'est que faiblement éliminée par voie rénale et ne nécessite pas d'adaptation de la posologie en cas d'insuffisance rénale. La linagliptine est un substrat de la glycoprotéine P et un inhibiteur du CYP3A4 avec possibilité d'interactions [voir tableau dans l'Introduction du Répertoire]. Comme pour les autres gliptines, on ne dispose pas de données sur son innocuité à long terme, ni sur la prévention des complications du diabète. La linagliptine est remboursée sous certaines conditions par l'INAMI (catégorie a, chapitre IV, avec contrôle *a priori*).

- La **bilastine** (**Bellozal**®▼; chapitre 12.4.1.) est un antihistaminique H<sub>1</sub> dit non sédatif proposé par voie orale dans le traitement de la rhinoconjonctivite allergique et de l'urticaire. Son efficacité et son profil d'effets indésirables semblent comparables à ceux des autres antihistaminiques non sédatifs. Un allongement de l'intervalle QT n'a pas été décrit avec la bilastine mais ne peut être exclu. La bilastine est un substrat de la glycoprotéine P avec possibilité d'interactions.

- Le **trafluprost** (**Safutan**®▼; chapitre 16.5.4.) est un analogue des prostaglandines proposé dans le traitement local du glaucome

à angle ouvert. Ses effets indésirables sont comparables à ceux des autres analogues des prostaglandines.

- Le **rivaroxaban** (**Xarelto**®▼; chapitre 2.1.2.3.) qui était déjà disponible en comprimés à 10 mg pour la prévention primaire de la thrombose veineuse profonde en chirurgie orthopédique, est maintenant également disponible en comprimés à 15 mg et 20 mg pour la prévention thromboembolique chez les patients atteints de fibrillation auriculaire et pour le traitement et la prévention secondaire de la thrombose veineuse profonde. Ces deux nouveaux dosages sont remboursés (catégorie b, chapitre IV, avec contrôle *a priori*) dans le cadre de la fibrillation auriculaire. La place des nouveaux anticoagulants dans la fibrillation auriculaire a été discutée dans les Folia de mars 2012.

- L'**indométacine** sous forme **intra-veineuse** (**Indocid I.V.**®; chapitre 1.13.3.) qui était utilisée pour fermer un canal artériel persistant est retirée du marché.

- L'**alemtuzumab** (**Mabcampath**®; chapitre 13.6.), un anticorps monoclonal qui était utilisé dans certaines leucémies lymphoïdes chroniques, est retiré du marché. Un programme approprié d'accès à ce médicament sera mis en place pour les patients chez lesquels la poursuite du traitement est indispensable. Pour plus de détails, nous renvoyons au communiqué de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS) via [www.fagg-afmps.be/fr/news](http://www.fagg-afmps.be/fr/news) (communiqué du 27/08/12).