

07/15



PHARMA NEWS

Le journal de l'équipe officinale

N° 126

SOMMAIRE

Éditorial

Errare humanum est

Nouveautés

BULBOÏD° gel rectal 2
Et le tour du sujet

Pour en savoir plus

Les héparines et leur usage 6
Mécanismes et comparaison

La mononucléose 9

Les AINS 13
Et la prise en charge du traitement de
la douleur

En bref 19

Image du mois :

Il serait peut-être temps de débrancher ?



Editorial

Oooooops, sorry !

Peut-être nous sentions nous déjà en vacances dans le dernier numéro ? Quelques erreurs s'y sont glissées et vous en trouverez l'erratum avec toutes nos excuses en page 19.

Comme mentionné sur la photo du mois, prenez le temps de débrancher et de recharger vos batteries (et celles de votre ordinateur en le laissant à la maison !). Pour les accros, comme chaque année, nous vous recommandons chaudement d'imprimer ce PN pour le prendre avec vous à la plage (pour allumer le feu après l'avoir bien lu) et de faire les jeux !

Quand à nous, il est aussi temps de prendre congé. Nous vous retrouverons en pleine forme dès le 1^{er} septembre.

Bel été à tous !

Jérôme Berger

Anne-Laure Guntern

Pierre Bossert

Séverine Huguenin

Martine Ruggli

Marie-Thérèse
Guanter Germanier
Elodie Resenterra

Nouveautés



BULBOÏD° GEL RECTAL ET AUTRES LAXATIFS ADMINISTRÉS PAR VOIE RECTALE

La mise sur le marché d'une nouvelle préparation laxative sous le nom de BULBOÏD° GEL RECTAL est l'occasion d'un comparatif des différents laxatifs administrés par voie rectale.

Rappel sur la constipation et ses traitements

Pour un rappel plus détaillé, voir le PN n° 23 d'avril 2005.

La constipation est définie par une diminution de la fréquence des selles (moins de trois par semaine) et/ou par des selles dures parfois difficiles à évacuer complètement.

On distingue la constipation aiguë, datant de quelques jours, la constipation transitoire qui survient lors de changements (grossesse, alitement, voyage...) et la constipation chronique.

En présence d'un des symptômes d'alerte suivants, une consultation médicale est nécessaire:

- perte de poids involontaire
- signes d'anémie
- âge supérieur à 45 ans lors d'une première manifestation sans cause identifiée
- présence de sang dans les selles
- alternance de diarrhée et constipation
- constipation persistant malgré un traitement
- antécédents familiaux de cancer de l'intestin ou polypes
- signes d'occlusion : douleurs abdominales, vomissements, passage des gaz bloqué.

Pour rappel, la constipation peut être causée par divers médicaments (opiacés, antiparkinsoniens, antidépresseurs, compléments à base de fer...).

En l'absence de signaux d'alerte, le traitement de premier choix est hygiéno-diététique, avec alimentation riche en fibres, augmentation de l'apport hydrique et présentation régulière aux toilettes.

Si ces mesures sont insuffisantes, un traitement médicamenteux est recommandé :

- Laxatif de lest (METAMUCIL°, AGIOLAX MITE°, COLOSAN MITE°...) : ils agissent après deux à trois jours et sont donc indiqués en cas de constipation chronique ou transitoire. Ils sont généralement bien tolérés et peuvent être utilisés à long terme, à condition de boire suffisamment (pour qu'ils soient efficaces et pour éviter une occlusion intestinale). **Attention, ils sont contre-indiqués chez les patients prenant des opiacés.**
- Laxatifs osmotiques sucrés (DUPHALAC°, GATINAR°, ...) provoquant souvent des ballonnements, ou osmotiques de type macrogol (LAXIPEG°, MOVICOL°, ...), bien tolérés à long terme (sans risque d'occlusion intestinale en cas d'apport hydrique insuffisant).
- Laxatifs lubrifiants (paraffine, LANSOYL°) : peu utilisés en raison des risques de fausse route (pneumonie huileuse), voire de carence en vitamines liposolubles à long terme.
- Laxatifs stimulants (DULCOLAX°, LAXOBERON°, senné...) : ils agissent en six à douze heures et sont utiles ponctuellement en cas de constipation aiguë.
- Laxatifs par voie rectale : en suppositoires, mini-lavements ou lavements, ils sont très efficaces pour soulager une constipation aiguë. Ils sont particulièrement efficaces lors de constipation terminale, caractérisée par une difficulté à évacuer les selles ¹.

Cette dernière classe de laxatifs comprend différentes formes et composants.

Les laxatifs administrés par voie rectale

La glycérine ou le glycérol existe depuis longtemps sous forme de suppositoires (BULBOÏD°, SUPPOSITOIRES A LA GLYCERINE FONTE°). Elle agit à la fois par stimulation de la motricité intestinale, par action osmotique sur la muqueuse, par lubrification et par un effet irritant local qui aide au réflexe de la défécation. Le délai d'action est d'environ 5 à 30 minutes ². Les suppositoires peuvent être utilisés ponctuellement pendant la grossesse et il existe des spécialités pour les enfants (p.ex. BULBOÏD ENFANT°) ³.

La nouvelle spécialité BULBOÏD GEL RECTAL° contient aussi de la glycérine, additionnée de camomille et de mauve permettant selon le fabricant d'apaiser les irritations de la muqueuse rectale. Ce dispositif médical est destiné aux adultes souffrant de constipation occasionnelle. Il se présente sous forme de 6 applicateurs à usage unique en forme d'accordéon pour permettre d'injecter facilement le gel dans le rectum.

Les autres spécialités se distinguent par leur composition, leur présentation et leur prix (catégorie

¹ www.passeportante.net : la constipation (consulté le 26.05.2015)

² La Revue Prescrire 2006, 26 (278), p. 835-841

³ La Revue Prescrire 2013, 33 (358), p. 630-636

de remboursement). Le tableau ci-dessous en présente les principales caractéristiques. Les modes d'action de certains composants sont expliqués ensuite.

Spécialité	forme	composants	Vol./poids	enfant	Catégorie*
BULBOÏD°	suppositoires	glycérine	1.756 g	> 12 ans	D/HL
BULBOÏD ENFANT°	suppositoires	glycérine	0.878 g	0-12 ans	D/HL
SUPPOSITOIRES A LA GLYCERINE FONTE°	suppositoires	glycérine	2.25g	CI enfants	D/HL
LECICARBON°	suppositoires	bicarbonate de sodium phosphate de sodium	500 mg 680 mg	>12 ans	D/HL
LECICARBON ENFANT°	suppositoires	bicarbonate de sodium phosphate de sodium	250 mg 340 mg	1-12 ans	D/HL
DULCOLAX BISACODYL°	suppositoires	bisacodyl	10 mg	< 12 ans : sur ordonnance : ½ suppositoire/jour	D/HL
BULBOÏD GEL RECTAL°	mini-clystère	glycérine, mauve et camomille	9 g	> 12 ans	DM
MICROLAX°	mini-clystère	citrate de sodium sorbitol sulfoacétate laurylé	5 ml	< 3 ans : introduire la moitié de la canule dans le rectum	D/LS ou HL
NORGALAX°	mini-clystère	docusate	10 g	<12 ans : prudence	D/LS
YAL°	clystère	sorbitol docusate	67.5 ml	Pas d'indication	C/HL
CLYSSIE°	clystère	phosphates	120 ml	<12 ans : sur ordonnance	DM
FREKA-CLYSS°	clystère	sels de phosphate	130 ml	< 6 mois : sur ordonnance	D/LS ou HL
PRACTOMIL°	clystère	glycérine	1000 ml	< 12 ans : CI	D/HL

* DM : dispositif médical, D et C : catégories de remise Swissmedic, HL : hors-liste, LS : liste des spécialités

Le bicarbonate de potassium contenu dans les suppositoires LECICARBON° libère, au contact de l'humidité de la muqueuse, du gaz carbonique qui augmente la pression dans le rectum et déclenche le réflexe d'exonération.

Le sorbitol et le citrate de sodium ont un effet osmotique (appel d'eau qui augmente le volume des selles en les ramollissant) et sont associés à un tensioactif qui ramollit également les selles: laurylsulfacétate de sodium dans MICROLAX° ou docusate de sodium dans YAL° (en association avec le sorbitol). Les lavements NORGALAX° ne contiennent que du docusate de sodium.

Les lavements à base de phosphate de sodium en solution hypertonique (FREKA-CLYSS°, CLYSSIE°) sont des laxatifs salins à effet osmotique. Ils peuvent provoquer des troubles hydro-électrolytiques graves et leur utilisation ne devrait pas être trop fréquente.

Les suppositoires DULCOLAX BISACODYL° contiennent la substance laxative irritante bisacodyl qui stimule le péristaltisme du côlon.

Un peu d'histoire

Le lavement était déjà pratiqué par des civilisations anciennes, notamment en Egypte. Cette pratique était très répandue en Europe au XVII^{ème} siècle, où il n'était pas rare dans la bonne société de se prêter à plusieurs lavements par jour. On considérait alors qu'une hygiène interne était essentielle au bien-être ⁴. On utilisait une grande seringue en étain appelée clystère. Ce terme est toujours utilisé aujourd'hui pour désigner les dispositifs à lavement constitués d'une poche et d'une canule. Au début du XX^{ème} siècle, ce traitement devient plus populaire et fait partie des pratiques courantes de médecine. A partir des années 1950, cependant, l'utilisation des lavements se raréfie, et l'hydrothérapie, décrite ci-dessous, est remise en question et n'est plus utilisée que par ses adeptes.

L'hydrothérapie du côlon est une technique de nettoyage du gros intestin : de l'eau, éventuellement additionnée de plantes ou autres substances, est injectée dans le côlon par le rectum puis en ressort en entraînant les déchets, ceci en continu dans deux tubes séparés. Un appareillage permet de régler débit, volume et température de l'eau. Des volumes très importants, de l'ordre de 60 litres peuvent être utilisés. Cette pratique est actuellement très controversée. D'une part ses bienfaits ne sont pas démontrés ; d'autre part les effets indésirables sont nombreux : crampes abdominales, nausée, vomissements, déséquilibres électrolytiques, troubles rénaux, infections, perforation, ...⁵

Conseils d'utilisation

Pour les lavements, le patient est placé en position allongée, soit couché sur le côté gauche (afin de permettre au lavement de couler par gravité le long du côlon descendant qui est à gauche), soit sur le dos les jambes repliées vers la poitrine. Pour plus de confort, la poche peut être tempérée en la trempant dans l'eau chaude. On peut lubrifier l'embout avec de la vaseline ou avec un peu de solution de lavement avant de l'introduire délicatement dans le rectum, sans jamais forcer. Chez les enfants, il s'agit d'adapter la profondeur à l'âge. En cas de doute, on peut essayer de presser pour injecter le lavement, et si une partie ressort, il faut introduire la canule un peu plus profondément. Le patient doit retenir les selles autant que possible (5 à 15 minutes). Dans le cas du PRACTOMIL[®], la poche de 1 litre doit être suspendue à une hauteur de 60 cm environ. Le patient peut se tourner en cours de lavement du côté droit au côté gauche en passant par le ventre pour permettre la remontée du liquide dans le côlon.



Les suppositoires à la glycérine peuvent éventuellement être trempés dans l'eau froide pour faciliter leur introduction. Chez l'enfant, il est recommandé de maintenir les fesses serrées l'une contre l'autre pendant plusieurs minutes afin d'éviter l'expulsion du suppositoire.

Pour rappel, les lavements sont parfois utilisés avant un examen digestif bas comme la rectosigmoïdoscopie (partie basse du côlon). Ils sont en revanche inutiles en complément des préparations orales avant une coloscopie (voir le PN n°123 d'avril 2015).

Précautions

Les lavements à base de phosphate de sodium en solution hypertonique (FREKA-CLYSS[®], CLYSSIE[®]) peuvent provoquer des troubles électrolytiques graves. Ils ne constituent ainsi pas le traitement de premier choix et doivent être employés avec prudence. Ils sont contre-indiqués chez les insuffisants rénaux et pendant le premier trimestre de grossesse et doivent être utilisés avec prudence chez l'enfant, la personne âgée, la femme enceinte (trimestres deux et trois) et en cas de troubles cardiaques.

Les lavements et suppositoires sont normalement bien tolérés, ils peuvent éventuellement provoquer une irritation anale en cas d'utilisation répétée. Leur utilisation ne devrait pas être trop fréquente, particulièrement chez l'enfant, afin d'éviter un « désapprentissage » de la défécation active, où l'enfant perd le réflexe normal d'expulsion des selles ².

En résumé, toutes ces préparations sont efficaces et agissent rapidement, en moins de 30

minutes. Le choix de la spécialité sera orienté selon la situation.

Les suppositoires à la glycérine sont par exemple particulièrement bien tolérés chez les enfants et les femmes enceintes.

Le nouveau gel rectal BULBOÏD° contient des extraits de plantes apaisantes, ce qui peut présenter un avantage en cas de sensation d'irritation.

Les suppositoires en général et les mini-lavements sont très pratiques et demandent peu de préparation.

Les lavements contenant un plus grand volume permettent en revanche de remonter plus haut dans le côlon.

BULBOÏD GEL RECTAL° ET AUTRES LAXATIFS ADMINISTRÉS PAR VOIE RECTALE - A retenir pour le conseil :

- ✓ dispositif médical sous forme de gel rectal contenant de la glycérine
- ✓ peu d'avancée par rapport aux autres médicaments déjà disponibles, se distingue par son contenu de camomille et mauve aux propriétés apaisantes
- ✓ existence de nombreuses autres préparations rectales contre la constipation
- ✓ toutes agissent en quelques minutes
- ✓ les préparations ne devraient pas être utilisées trop fréquemment, surtout chez l'enfant, car risque de perte du réflexe normal de défécation
- ✓ attention aux lavements à base de phosphate de sodium : risque de troubles électrolytiques

Pour en savoir plus

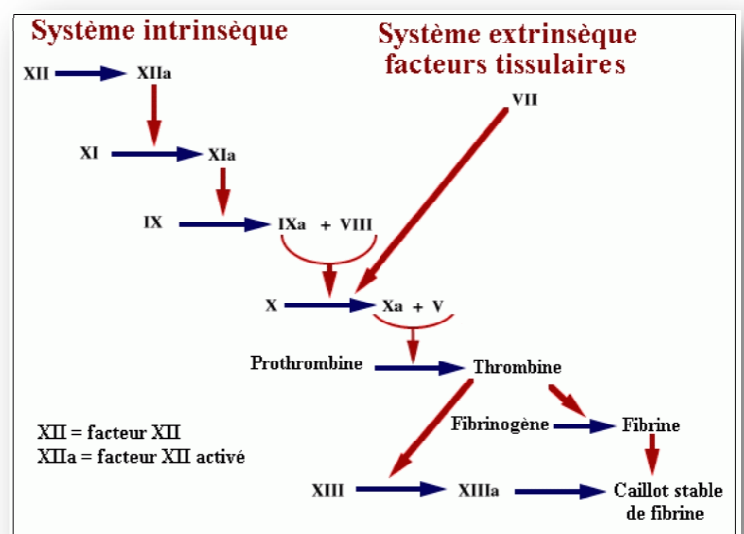
LES HEPARINES ET LEUR USAGE ⁶

Les héparines sont des chaînes de mucopolysaccharides (glycoprotéines) d'origine naturelle présentes dans divers tissus. Elles sont utilisées pour éviter les accidents thrombotiques liés à une coagulation excessive tels que thromboses, embolies artérielles pulmonaires (dus à la migration d'un caillot de sang qui va boucher une artère) ou cérébrales (AVC) et dans la prise en charge des phlébites. On les utilise également en cas d'angor non stabilisé ou d'infarctus du myocarde en phase aiguë.

Ce sont de puissants anticoagulants qui agissent en activant une protéine appelée antithrombine et par là même en inhibant le processus normal de coagulation.

Mécanisme de la coagulation sanguine

Le maintien de la fluidité du sang dans les vaisseaux et l'arrêt des saignements



⁴ www.passeportsante.net : hydrothérapie du côlon

⁵ J Fam Pract 2011; 60 (8): 454-457

⁶ CQ-SSPh, update 2014

en cas de lésion ont lieu grâce à un ensemble de phénomènes physiologiques appelé homéostasie. Divers composants y participent comme :

- les parois des vaisseaux qui provoquent une vasoconstriction en se contractant,
- les plaquettes qui adhèrent aux vaisseaux et se lient au fibrinogène, formant le clou plaquettaire (caillot formé essentiellement de plaquettes permettant d'obstruer la brèche du vaisseau et d'arrêter le saignement),
- les facteurs de coagulation : enzymes présentes sous forme de précurseurs inactifs dans le sang qui s'activent en cascade pour aboutir à la transformation du fibrinogène en fibrine (consolide le clou plaquettaire en thrombus solide). Ils sont numérotés en chiffres romains et à l'exception du facteur XIII, ils interviennent dans l'ordre inverse de leur numérotation.

Parallèlement, l'organisme met en place des systèmes de contrôle afin que cette hémostasie locale puisse être maintenue jusqu'à réparation du vaisseau endommagé, sans toutefois compromettre l'écoulement du sang dans celui-ci. L'un de ces systèmes consiste en l'inhibition de la formation de fibrine. Dans ce but, toute une série d'inhibiteurs contrôlent le processus de coagulation, le principal étant l'antithrombine qui inhibe la formation de la fibrine (en formant un complexe avec les facteurs IIa (thrombine), IXa, Xa, XIa et XIIa). Ce pouvoir inhibiteur de l'antithrombine est renforcé par les **héparines**.

En pharmacie on utilise différents types d'héparines :

- Héparine non fractionnée = HNF : CALCIPARINE°, LIQUEMINE°, HEPARINE°. Elles ont un poids moléculaire variable jusqu'à 30'000 Da,
- Héparines de bas poids moléculaire obtenues à partir d'HNF = HBPM : CLEXANE° (énoxaparine), FRAGMIN° (daltéparine), FRAXIFORTE° (nadroparine), FRAXIPARINE° (nadroparine), SANDOPARINE° (certoparine) et ORGARAN° (danaparoïde sodique) en cas de thrombopénie induite par l'héparine (TIH). ARIXTRA° (fondaparinux) est quant à lui totalement synthétique. Le poids moléculaire des HBPM est inférieur à 10'000 Da (chaînes plus courtes que les HNF qui passent la barrière placentaire).

N'étant pas absorbées par le tube digestif, toutes les héparines sont administrées par voie parentérale (IV, SC). Divers points différencient les HNF et les HBPM (voir tableau ci-dessous).⁷

Pour aller plus loin...

Le dalton (Da) est une unité de masse atomique utilisée en biochimie. Elle correspond à 1/12 de la masse d'un atome de carbone.

Pour aller plus loin...

Les TIH (diminution du nombre de plaquettes) sont de deux types :

- type I : apparaissent dès les 1^{ers} jours de traitement et disparaissent rapidement sans conséquences. Ne justifient pas l'arrêt du traitement⁷.
- type II : d'origine immuno-allergique, elles s'expriment généralement par des thromboses artérielles ou veineuses (apparition d'une thrombose ou aggravation d'une thrombose déjà existante). Le traitement des TIH de type II repose sur l'arrêt immédiat de l'héparine et son remplacement par un autre anticoagulant tel que l'ORGARAN°. Sa fréquence est de 0.1 à 5.0%.

Afin de les prévenir, il est recommandé d'effectuer une numération plaquettaire plusieurs fois par semaine pendant les premières semaines de traitement.

⁷ La Revue Prescrire, février 2013, 352, 112

Principales caractéristiques des HNF et HBPM

	HNF	HBPM
Voie d'administration	- sous-cutanée (entrée en action après environ deux heures) - i.v. (action immédiate)	- sous-cutanée (entrée en action selon une durée variable)
Activité sur les facteurs de coagulation	anti-IIa et anti-Xa	anti-Xa
Fixation sur d'autres protéines	Oui (= recyclée => ↗ action sur la coagulation)	Non (↘ risque hémorragique)
Pharmacocinétique	t ½ courte (30 à 90 min.), dépend de la dose (=> i.v. en continu ou plusieurs injections sous-cutanée par jour).	t ½ plus longue (3 à 5 h en général, 13 à 21h pour ARIXTRA®), indépendante de la dose (=> parfois une seule injection par jour).
Elimination	Dégradation hépatique et élimination de la forme inactivée par voie urinaire. Pas d'accumulation en cas d'insuffisance rénale.	Elimination par voie rénale avec risque d'accumulation en cas d'insuffisance rénale.
Monitoring – surveillance de l'activité anticoagulante	Oui	Non hormis quelques cas particuliers : sujets âgés, poids anormal, insuffisance rénale, femmes enceintes ⁸ .

Avec les HBPM, les traitements prophylactiques et curatifs de la maladie thromboembolique veineuse sont plus faciles et plus sûrs (↘ des risques d'hémorragies et de TIH) qu'avec les héparines standards. Elles dispensent du suivi de l'activité anticoagulante : en cas d'action anticoagulante excessive de l'héparine on utilise la PROTAMIN® qui neutralise son action anticoagulante (antidote). De plus, les HBPM sont proposées en seringues pré-remplies à usage sous-cutané, ce qui permet leur utilisation en ambulatoire. En officine, c'est donc essentiellement cette classe que l'on voit prescrite, les HNF étant plutôt réservées aux patients ayant une insuffisance rénale.

Les nombreuses HBPM proposées sur le marché diffèrent notamment par leur :

- procédé de fabrication : animal ou synthèse complète (ARIXTRA®),
- activité anti-Xa
- temps de demi-vie (t ½) : 3 à 5 h pour les HBPM et 13 à 21 h pour l'ARIXTRA®. Pour toutes les HBPM, une activité anti-Xa est détectée dans le sang pendant environ 18 heures (max. 24 h).
- sel d'héparine utilisé : soit sodique pour ARIXTRA®, CLEXANE®, FRAGMIN® et SANDOPARINE®, soit calcique pour FRAXIFORTE® et FRAXIPARINE® (semblent provoquer moins d'ecchymoses au site d'injection),
- posologie : selon l'indication et l'HBPM utilisée, elles peuvent être administrées en une ou deux injections par jour (ARIXTRA® et FRAXIFORTE® toujours une fois par jour); la dose journalière totale varie selon les spécialités, l'indication et, dans la plupart des cas, le poids du patient.

⁸ Revue Médicale Suisse, 19 octobre 2011, Surveillance biologique des héparines et du fondaparinux

C'est donc essentiellement leurs indications officielles (voir tableau ci-dessous) qui les distinguent.

Indications officielles des HBPM disponibles en Suisse

Spécialité	Prophylaxie des TVP	Traitement des TVP	Autres indications
ARIXTRA°	Oui	Oui	- ttt embolie pulmonaire - syndrome coronarien aigu (infarctus)
CLEXANE°	Oui	Oui	- syndrome coronarien aigu (infarctus) - prévention des thromboses pendant l'hémodialyse
FRAGMIN°	Oui	Oui	idem CLEXANE°
FRAXIFORTE°	Non	Oui	non
FRAXIPARINE°	Oui	Oui	idem CLEXANE°
ORGARAN°	Oui*	Oui*	non
SANDOPARINE°	Oui	Non	non

TVP : thrombose veineuse profonde (obstruction veineuse partielle ou totale de la circulation par un caillot logé pour la plupart du temps dans le réseau veineux profond des membres inférieurs).

* lors de TIH en remplacement du traitement en cours (voir encadré plus haut)

La durée de traitement par héparines est très variable et dépend de l'indication.

Les HBPM sont les seuls traitements anticoagulants utilisables pendant la grossesse. En cas de nécessité absolue des les inter-changer, on tiendra compte de l'indication et du poids du patient pour proposer une autre spécialité (et non pas des unités!).

Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés avec les héparines sont :

- hémorragies,
- thrombopénies induites par l'héparine (TIH) : plus fréquentes pour les HNF que les HBPM
- ostéoporose lors de traitement prolongé d'au moins trois mois (activation des ostéoclastes par fixation de l'héparine aux ostéoblastes) : plus fréquentes pour les HNF que les HBPM,
- réactions cutanées locales.

Technique d'injection

Dans la plupart des cas, les héparines sont administrées par les patients eux-mêmes. Un rappel sur la technique d'injection peut parfois être nécessaire à l'officine.

Dans la mesure du possible, l'injection doit toujours être effectuée à la même heure, une à deux fois par jour en fonction du produit et de l'indication. L'injection doit être faite en position assise ou couchée (risque de malaise) sur une peau nue.

- Site d'injection :
 - o région abdominale, péri ombilicale en évitant une zone de 5 cm autour du nombril
 - o face externe de la cuisse.

Il est important de changer à chaque fois de site, car des injections répétées au même endroit peuvent provoquer le durcissement du tissu adipeux (rendant plus difficile les administrations) et des hématomes. Dans tous les cas, on évitera de faire l'injection sur un hématome ou une cicatrice ou sur le membre opéré s'il y a lieu.

- Matériel nécessaire :



- les seringues sont prêtes à l'emploi ; elles sont munies d'une aiguille rétractable après injection pour éviter de se piquer et de se contaminer,
 - des tampons imprégnés d'un antiseptique pour la peau,
 - éventuellement, solution hydro-alcoolique pour se désinfecter les mains,
 - un collecteur (SHARPSAFE°, MEDIBOX°, etc.) pour jeter les seringues utilisées, en présence d'aiguilles non rétractables.
- Injection en pratique :
- se laver les mains voire les désinfecter à l'aide de la solution hydro-alcoolique,
 - sortir la seringue de son emballage sans **purger la bulle d'air** présente au-dessus du liquide,
 - tapoter la seringue, aiguille vers le bas pour faire remonter la bulle d'air contre le piston et enlever la protection de l'aiguille,
 - former un pli cutané avec le pouce et l'index à l'endroit de l'injection et **le maintenir pendant toute l'injection**,
 - piquer à 90°, sans aspirer (risque d'hématome), et pousser **lentement** le piston jusqu'au bout pour entraîner le système de sécurité de l'aiguille,
 - retirer l'aiguille lentement (sinon le liquide pourrait ressortir) en pressant légèrement quelques minutes **sans masser** (risque d'hématome) et jeter le matériel dans le collecteur.

Bon à savoir :

Aux côtés des héparines, on trouve maintenant des anticoagulants oraux sur le marché. Il s'agit du PRADAXA° (dabigatran), un antithrombine (anti-IIa), ainsi que du XARELTO° (rivaroxaban) de l'ELIQUIS° (apixaban) et du LIXIANA° (édoxaban), des anti-Xa. Leur avantage est la forme orale et l'absence de nécessité d'une surveillance de l'activité anticoagulante ; leur inconvénient est l'absence d'antidote en cas d'hémorragie.

LES HEPARINES ET LEUR USAGE – A retenir pour le conseil :

- ✓ anticoagulants intervenant dans la cascade de coagulation
- ✓ on différencie l'héparine non fractionnée des héparines à bas poids moléculaire (HBPM)
- ✓ les HBPM sont généralement employées, sauf chez les patients avec une insuffisance rénale
- ✓ sont administrées par voie parentérale
- ✓ lors de la délivrance il est important de rappeler au patient les informations nécessaires quant à la technique d'injection et de fournir le matériel ad hoc

LA MONONUCLEOSE

La mononucléose (parfois précisée mononucléose infectieuse) est une maladie virale aussi appelée « fièvre de Pfeiffer ». Dans 90% des cas, elle est due à un virus de la famille de l'herpès, le virus Epstein-Barr⁹. Celui-ci se transmet essentiellement par la salive, d'où son autre nom de « maladie du baiser » qui est souvent employé¹⁰.



Ce virus est présent sur tout le globe avec plus de 90% de la population infectée jusqu'à l'âge adulte⁹.

Il n'est pas très contagieux : il faut un contact prolongé avec la salive de la personne contaminée pour qu'il se transmette. La période d'incubation est de quatre à huit semaines¹⁰.

La primo-infection (première contamination par une autre personne) se passe normalement dans l'enfance ; à cet âge-là, elle ne provoque aucun symptôme, ou alors ceux d'un simple refroidissement banal. On reste porteur du virus toute sa vie, la plupart du temps sans que cela ne provoque de symptômes. Dans les pays occidentaux, la contamination est parfois retardée à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (pic de l'incidence de l'infection chez les 15-24 ans). Les symptômes sont plus marqués : c'est là qu'on parle de mononucléose infectieuse^{10,11}. Celle-ci se caractérise au stade aigu par des maux de gorge violents qui durent 5 à 10 jours, accompagnés de fièvre élevée durant 7 à 14 jours, d'amygdales enflammées et d'une adénopathie (ganglions gonflés). Le tout s'accompagne d'une très très grande fatigue, parfois avec des douleurs musculaires et des céphalées¹⁰. Ces symptômes ne sont pas spécifiques et pourraient aussi être ceux d'une forte pharyngite ... comment donc les différencier ?

Premièrement la mononucléose n'est pas très fréquente : elle représente moins de 1% des patients qui vont consulter pour une pharyngite⁹. Les ganglions enflammés se situent au niveau du cou comme dans la pharyngite, mais aussi à l'arrière du cou (région cervicale) et au niveau des aisselles ou du pli de l'aîne^{9, 10,12}. De plus, un examen physique du tronc ou par ultrasons démontrera chez 50 à 60% des patients une splénomégalie, autrement dit un agrandissement de rate (qui dans 2-3% des cas peut aller jusqu'à la rupture de la rate, pouvant entraîner le décès du patient) ; cette splénomégalie commencera à diminuer seulement après 3 semaines au mieux¹⁰.

L'équipe officinale ne peut pas vraiment différencier ces diverses pharyngites seulement sur la base des symptômes cliniques ; seul un bilan sanguin permettra de confirmer le diagnostic. Il est important d'envoyer consulter tout patient qui a une pharyngite prolongée, qui souffre de très grande fatigue et/ou se plaint de maux de ventre⁹.

Si les principaux symptômes disparaissent en deux à trois semaines, la fatigue persiste à beaucoup plus long terme, souvent plusieurs mois. 13% des patients en souffrent encore après six mois. Certains ne sont plus capables de faire leurs activités quotidiennes, ni d'aller au travail ou à l'école pendant de nombreuses semaines¹⁰.

⁹ BMJ 2015; h1825

¹⁰ Uptodate.com „infectious mononucleosis in adults and adolescents“: update avril 2015

¹¹ La Revue Prescrire 1994; 139 (14): 233-234

¹² La Revue Prescrire 1994; 140 (14): 281-282

Pour aller plus loin...

La mononucléose est aussi très discutée pour son rôle dans le développement de la sclérose en plaques ; il y a des évidences qui montrent qu'une anamnèse de mononucléose augmente le risque de sclérose en plaques et que le risque est d'autant plus grand que le patient était âgé lorsqu'il a souffert de sa mononucléose⁹. Une étude récente a même démontré que tous les patients souffrant de sclérose en plaques étaient positifs au virus Epstein Barr (mais 90% de la population est porteuse...), sans qu'on puisse être sûr pour le moment que ce virus soit la cause de la sclérose en plaques⁹.

Le traitement ne peut être que symptomatique¹⁰ : contre-douleurs (AINS et/ou paracétamol), anesthésiques locaux, gargarismes,... Il est important que le patient prenne assez de liquide et se nourrisse bien et surtout qu'il se repose mais sans devoir cependant rester couché toute la journée ; il devrait retourner à ses activités professionnelles et quotidiennes dès que possible.

Les corticoïdes ne sont pas recommandés sauf dans les cas où les patients ont des complications de la mononucléose telle que l'obstruction des voies respiratoires provoquée par des amygdales très enflées. Comme il s'agit d'un virus de la famille des herpès, on pourrait penser que les antiviraux comme l'acyclovir (ZOVIRAX®) ou le valacyclovir (VALTREX®) sont efficaces ; pourtant ce n'est pas le cas¹⁰ !

Il est très important que la personne souffrant de mononucléose ne fasse pas de sport durant au moins trois à quatre semaines, pour éviter que la rate élargie n'éclate sous un effort intense ou lors d'un

contact physique. Pour les personnes pratiquant des sports avec « contact physique » vraisemblable (hockey, foot, gymnastique, lutte, plongeon, basketball, ...) il serait préférable d'attendre même plus longtemps. Des athlètes entraînés faisant de la compétition ne vont pas retrouver leur niveau de « fitness » « pré » maladie avant plusieurs mois et parfois ne vont jamais réussir à ré-atteindre ce niveau¹⁰.

Les défenses immunitaires vont arriver à permettre une guérison (ou à faire passer inaperçue l'infection si elle a lieu dans la petite enfance) , mais le virus ne sera pas éradiqué pour autant : il va rester de façon latente dans le corps en s'intégrant dans les lymphocytes B sains et sera parfois réactivé de façon inopinée (suite à une immunodépression p. ex., liée à un cancer, une dénutrition, le sida ou un traitement immunosuppresseur) durant quelques semaines et à nouveau présent en grande quantité dans la salive pouvant provoquer une nouvelle fois tous les symptômes de la mononucléose et devenir même chronique⁹. Dans les cas où les défenses immunitaires n'arrivent pas à prendre le dessus sur le virus, un cancer (p. ex. lymphome d'Hodgkin ou carcinome nasopharyngé) induit par le virus peut se développer. Heureusement, ces cas sont peu fréquents^{10,11} et touchent plutôt les patients immunodéprimés⁹.

Pour aller plus loin...

Si un faux diagnostic est posé et que des antibiotiques sont prescrits pour une angine à streptocoques, ils ne vont bien sûr pas être efficaces (un antibiotique n'agit jamais contre un virus !) mais de plus, si c'est l'amoxicilline qui est donnée, elle va provoquer dans plus de 90% des cas un exanthème cutané (qui pourrait être confondu avec une réaction allergique !).

LA MONONUCLEOSE - A retenir pour le conseil :

- ✓ maladie infectieuse virale qui passe inaperçue chez les enfants
- ✓ si elle touche les jeunes entre 15 et 24 ans ou les adultes, elle se manifeste par des symptômes similaires à ceux d'une pharyngite, accompagnés d'une grande fatigue ; on parle alors de mononucléose infectieuse
- ✓ l'agrandissement de la rate est aussi fréquemment présent (risque d'éclatement !)
- ✓ traitement uniquement symptomatique et repos ; éviter le sport durant au moins quatre semaines
- ✓ le virus reste à vie dans le corps et peut (rarement et principalement chez des gens immunodéprimés) provoquer un cancer

LA PLACE DES AINS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Cet article traite des généralités sur la douleur, présente les recommandations de traitement des douleurs nociceptives et fait ensuite le point sur les AINS classiques.

Généralités sur la douleur

La douleur est un phénomène complexe qui peut se décrire comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'un tel dommage ».

Cette définition a été proposée par l'Association internationale pour l'étude de la douleur. Elle sous-entend que la douleur n'est pas réduite à une simple lésion de tissus et qu'il est nécessaire de s'intéresser de près au patient qui se plaint de douleur.

Les AINS

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, appelés communément AINS regroupent :

- Les AINS classiques : principalement l'ibuprofène (BRUFEN[®] et génériques), le diclofénac (VOLTAREN[®] et génériques), l'acide méfénamique (PONSTAN[®] et génériques), le naproxène (PROXEN[®] et génériques) et le piroxicam (FELDEN[®] et génériques). L'aspirine n'est pas prise en compte ici comme traitement antidouleur.
- Les coxibes : célécoxibe (CELEBREX[®] et génériques traités récemment dans le PN121) et l'étoricoxibe (ARCOXIA[®]).

Il existe des outils reconnus

pour évaluer la douleur exprimée par le patient basés sur différents critères comme l'intensité, la durée, les facteurs qui l'aggravent ou ceux qui la soulagent, ou encore les conséquences (sur le sommeil, le travail, ...). La majorité de ces outils sont trop complexes pour être utilisés à la pharmacie. L'échelle visuelle ou analogique illustrée par l'image ci-dessous¹³ peut par contre être facilement employée par l'équipe officinale; complétée par un triage complet pour obtenir des informations supplémentaires¹⁴.

Bon à savoir...

Lorsque la douleur est causée par un dommage tissulaire (par exemple une inflammation, un traumatisme, une douleur post-opératoire), on parle de douleurs nociceptives. Lorsque la douleur est causée par une atteinte du système nerveux, on parle de douleurs neuropathiques : névralgie causée par le zona ou le diabète p.ex. Leur prise en charge est différente et repose plutôt sur l'usage d'antidépresseurs et/ou anticonvulsifs.



¹³ http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur/_documents/le-bon-outil/echelle_eva_outils.pdf

¹⁴ Bases de la thérapeutique médicamenteuse, Edition 2005, Société suisse de Pharmacologie clinique et de Toxicologie

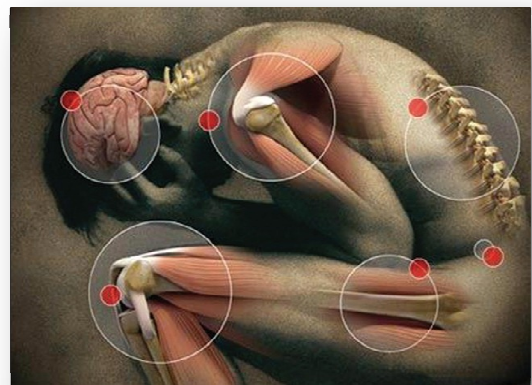
Recommandations de traitement

La prise en charge de la douleur se fonde sur les recommandations de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) qui décrivent une approche dite par « palier » en fonction de l'intensité des douleurs.

Palier	Intensité de la douleur	Traitements médicamenteux
Palier 1	Douleurs faibles à modérées	Analgésiques non-opioides : paracétamol (DAFALGAN® et autres) et/ou AINS
Palier 2	Douleurs modérées à sévères ou échec des analgésiques du palier 1	Opioides faibles : tramadol (TRAMAL® et génériques) ou codéine (CO-DAFALGAN®) + analgésiques non-opioides
Palier 3	Douleurs intenses ou échec des analgésiques du palier 2	Opioides forts : morphine et dérivés (MST®, DUROGESIC®, ...) + analgésiques non-opioides

Cette approche signifie que les antalgiques du palier 1 (paracétamol et AINS) font toujours partie du traitement, quelle que soit l'intensité de la douleur. De plus, les antalgiques du palier 2 (tramadol et codéine) ne devraient jamais être associés à ceux du palier 3 (morphine et dérivés).

Le schéma ci-dessous illustre l'approche par palier en fonction de l'intensité des douleurs¹⁵ :



A chaque palier, il est possible d'ajouter un traitement dit « adjuvant ». Cet adjuvant n'agit pas directement sur la douleur mais peut renforcer l'effet des analgésiques. Exemple d'adjuvants :

<p>Niveau I Douleur légère à modérée Antalgiques « périphériques » Aspirine Paracétamol AINS</p>	<p>Niveau II Douleur modérée à sévère et/ou échec des antalgiques du niveau I Opioides faibles Codéine ou Dextropropoxyphène ou Tramadol ± Paracétamol ± AINS</p>	<p>Niveau III Douleur intense et/ou échec des antalgiques du niveau II Opioides forts</p> <table border="0"> <tr> <td><i>Agonistes partiels*</i></td> <td><i>Agonistes purs</i></td> </tr> <tr> <td>Buprénorphine</td> <td>Morphine</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- chlorhydrate</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- sulfate</td> </tr> <tr> <td><i>Agonistes-antagonistes*</i></td> <td>Hydromorphone</td> </tr> <tr> <td>Nalbuphine</td> <td>Oxycodone</td> </tr> <tr> <td>Pentazocine</td> <td>Fentanyl</td> </tr> </table>	<i>Agonistes partiels*</i>	<i>Agonistes purs</i>	Buprénorphine	Morphine		- chlorhydrate		- sulfate	<i>Agonistes-antagonistes*</i>	Hydromorphone	Nalbuphine	Oxycodone	Pentazocine	Fentanyl
<i>Agonistes partiels*</i>	<i>Agonistes purs</i>															
Buprénorphine	Morphine															
	- chlorhydrate															
	- sulfate															
<i>Agonistes-antagonistes*</i>	Hydromorphone															
Nalbuphine	Oxycodone															
Pentazocine	Fentanyl															

¹⁵ <http://campus.cerimes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato8/site/html/1.html>

anticonvulsivants, antidépresseurs, corticostéroïdes, spasmolytiques, myorelaxants.

L'OMS précise encore que les médicaments devraient être pris selon un schéma horaire bien précis (par exemple chaque 3 à 6 heures). Ce schéma posologique établi en fonction de la durée d'action des molécules permet d'éviter le retour des douleurs, plus difficiles à traiter une fois installées. Enfin, l'administration orale, si elle est possible, devrait être privilégiée autant que possible ^{13,16,17}.

Les AINS : peu de différence d'efficacité dans le traitement de la douleur

Parmi les AINS classiques, lequel choisir pour soulager au mieux la douleur ?

Utilisés aux doses optimales, tous sont considérés comme ayant la même efficacité analgésique. L'efficacité n'est donc pas un critère de choix d'un AINS notamment en début de traitement ! Par contre, on remarque une variabilité individuelle. C'est à dire qu'une personne peut ne pas répondre à une molécule et réagir à une autre. Il est



donc important de tenir compte des dires du patient et d'adapter le traitement en conséquence.

Les coxibes (CELEBREX[®] et ARCOXIA[®]) n'ont pas d'efficacité antalgique supérieure aux AINS classiques ^{13,14}.

La sécurité des AINS : ce qui les différencie !

Tous les AINS ont des effets indésirables gastro-intestinaux, rénaux et cardiovasculaires, mais la fréquence et l'intensité de ces effets indésirables sont différents d'un AINS à l'autre. Ces différences dépendent également du patient : présente-t-il des risques cardio-vasculaires ou est-il insuffisant rénal p.ex. ? Le profil des effets indésirables ainsi que le risque inhérent au patient doivent donc être pris en compte, notamment lors d'une demande d'AINS en OTC. Rappelons que dans le cadre d'un conseil à l'officine, c'est le paracétamol qui devrait être conseillé en premier lieu. En effet, à sa dose maximale (4g/jour), son efficacité antalgique est considérée comme équivalente à celle des AINS.

Effets indésirables gastro-intestinaux

On estime que 40% des patients sous traitement chronique d'AINS développent des symptômes dyspeptiques (douleurs épigastriques, nausées, ballonnements...).

Tous les AINS attaquent la muqueuse gastro-intestinale et peuvent provoquer des ulcères, des saignements, une sténose ou même des perforations. Par contre, tous les AINS ne présentent pas le même risque :

¹⁶ CQ 2014, Les analgésiques, pharmaSuisse

¹⁷ <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/#>

AINS à faible risque gastro-intestinal	AINS à risque gastro-intestinal modéré	AINS à risque gastro-intestinal élevé
ibuprofène (BRUFEN° et génériques)	diclofénac (VOLTAREN° et génériques), naproxène (PROXEN° et génériques)	piroxicam (FELDEN°)

Ces effets indésirables dépendent également de certains facteurs de risques : antécédents d'ulcères, âge (>65 ans), doses élevées d'AINS, durée du traitement, ...

Comment prévenir ces effets gastro-intestinaux ?

- Privilégier le paracétamol (DAFALGAN° et autres) ou un AINS topique (VOLTAREN° gel et génériques)
- La plus petite dose efficace devrait être prescrite et le traitement devrait être aussi court que nécessaire
 - Associer un traitement gastro-protecteur (IPP) selon le risque présenté par le patient (ésoméprazole : NEXIUM° et génériques, pantoprazole : PANTOZOL° et génériques, ...) ¹⁴.



Effets indésirables rénaux

Tous les AINS diminuent la filtration glomérulaire ainsi que la perfusion sanguine des reins. De plus, ils causent des troubles des électrolytes (calcium, sodium, potassium, ...) et provoquent de la rétention d'eau qui se manifeste par des oedèmes.

Le risque d'effets indésirables rénaux augmente avec la durée du traitement et en présence des facteurs de risques suivants :

- Maladie rénale pré-existante ou maladie avec un risque rénal (le diabète par exemple)
- Hypercalcémie
- Insuffisance cardiaque
- Age >65 ans
- Prise de co-traitements : diurétiques (TOREM° et génériques, LASIX° et génériques, ...), IECA (ZESTRIL° et génériques, RENITEN° et génériques, ...), sartans (COSAAR° et génériques, APROVEL° et génériques, ...)
- Déshydratation

Tous les AINS sont à risque d'effets indésirables rénaux : il n'y a pas de classification des molécules selon le risque. Pour prévenir les effets néfastes des AINS sur les reins, il faut donc retenir :

- qu'ils ne sont pas recommandés en cas de risques d'insuffisance rénale (patient âgés, avec des troubles électrolytiques, ...)
- qu'ils sont même contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale sévère
- qu'il faut éviter de les associer à long terme avec d'autres médicaments toxiques pour les reins : diurétiques (TOREM° et génériques, LASIX° et génériques, ...), IECA (ZESTRIL° et génériques, RENITEN° et génériques, ...), sartans (COSAAR° et génériques, APROVEL° et génériques, ...). Si l'association ne peut être évitée, il est recommandé d'effectuer des contrôles réguliers de la fonction rénale du patient

- qu'il faut privilégier le paracétamol (DAFALGAN^o et autres) dans tous ces cas. Si les douleurs ne sont pas soulagées, passer à un palier 2 ou 3 ¹⁴.

Effets indésirables cardiovasculaires

Tous les AINS provoquent de la rétention d'eau et de sel. Par cet effet, ils aggravent l'insuffisance rénale et l'hypertension. Ils diminuent donc l'effet des médicaments anti-hypertenseurs. Même chez une personne dont la pression est normale, les AINS la font augmenter (mais dans une très faible mesure) ! Enfin, les AINS (sauf l'aspirine qui a un effet irréversible en se liant aux plaquettes) induisent un risque élevé d'événements thrombotiques : infarctus du myocarde, ...

Allergie aux AINS :

En cas de réaction allergique à un AINS ou à l'aspirine, il y a un risque de réaction croisée avec les autres AINS de structure chimique comparable. Il vaut mieux alors éviter l'emploi des AINS chez ces patients ¹⁴.

Beaucoup d'études ont été menées à ce sujet et actuellement les données sont les suivantes :

- le diclofénac (VOLTAREN^o et génériques) augmente le risque cardiovasculaire et il est contre-indiqué chez les patients présentant des risques : maladies coronariennes, antécédents d'AVC, insuffisance cardiaque
- l'ibuprofène (BRUFEN^o et génériques) à haute dose semble augmenter le risque cardiovasculaire, mais les traitements courts à doses faibles (jusqu'au 1200 mg/ jour) ne sont pas associés à un risque cardiovasculaire plus élevé
- le naproxène (PROXEN^o et génériques sur ordonnance ou ALEVE^o en OTC) est la substance de choix pour les patients avec un risque cardiovasculaire élevé ou ceux qui ont besoin d'un traitement à long terme
- les données scientifiques concernant les autres AINS ne sont pas suffisantes pour tirer des conclusions ¹⁴.

AINS et asthme :

Environ 28% des patients adultes asthmatiques ont une aggravation de leur asthme en cas de prise d'aspirine ou d'AINS. Chez ces patients, il faut donc préférer le paracétamol (DAFALGAN^o et autres) à cette classe de molécules ¹⁴.

Suite à ces résultats, l'agence européenne du médicament (EMA), tout comme l'agence française (ANSM) ont restreint l'utilisation du diclofénac (VOLTAREN^o et génériques). P.ex. le traitement par diclofénac ne doit être instauré qu'après une évaluation attentive chez les patients présentant des facteurs de risque d'événements cardiovasculaires (par exemple, hypertension, hyperlipidémie, diabète sucré et tabagisme).

Toutefois, d'après certains experts, ces restrictions ne sont pas suffisantes en comparaison au risque élevé cardiovasculaire de la molécule ¹⁸. En Suisse, pour l'instant, Swissmedic n'a pas pris de mesure particulière.

En pratique, mieux vaut donc s'en tenir à l'ibuprofène et au naproxène et éviter de recommander le diclofénac lors d'une demande d'un AINS sans ordonnance ^{14,16}.

Autres effets indésirables

Les AINS ont encore d'autres effets indésirables mais de fréquence moindre. Ils peuvent induire des troubles psychiques (céphalées, vertiges, irritabilité, troubles auditifs), des réactions d'hypersensibilité (fièvre, angioedèmes, urticaire) ou des atteintes cutanées.

AINS durant la grossesse et l'allaitement :

Les AINS sont **formellement contre-indiqués** à partir du début du 6^{ème} mois de grossesse quelle que soit leur voie d'administration en raison du risque de provoquer une hypertension artérielle pulmonaire, une détresse respiratoire et une insuffisance rénale chez le fœtus. A terme, les AINS peuvent freiner les contractions et prolonger ou retarder l'accouchement. Avant le 6^{ème} mois, si cela est possible, mieux vaut éviter la prise, même ponctuelle d'AINS. L'emploi du paracétamol (DAFALGAN^o et autres) est sûr durant toute la grossesse.

Durant l'allaitement, il est possible d'utiliser certains AINS : l'emploi de l'ibuprofène (BRUFEN^o et génériques) et du diclofénac (VOLTAREN^o et génériques) est possible. L'emploi du paracétamol (DAFALGAN^o et autres) est sûr durant l'allaitement ^{19,20}.

¹⁸ Revue Prescrire, décembre 2013, Tome 33 N°362, page 899

¹⁹ www.lecrat.org

Le risque d'interactions médicamenteuses avec les AINS

Les AINS provoquent de nombreuses interactions médicamenteuses. Parmi elles :

- augmentation des risques d'hémorragies lorsqu'ils sont associés aux anticoagulants (dont les héparines)
- augmentation des risques gastro-intestinaux s'ils sont associés à des corticostéroïdes
- leurs risques rénaux sont également augmentés lorsqu'ils sont associés aux diurétiques, aux IECA, aux sartans (voir paragraphe sur les effets indésirables)
- ils diminuent l'effet des anti-hypertenseurs (prudence surtout à haute dose, long terme et/ou chez des patients avec une tension qui n'est pas dans les normes malgré un traitement) ^{14,18}.

A l'officine : comment faire en pratique avec les AINS

La place des AINS dans la prise en charge de la douleur est importante. Toutefois, leurs effets indésirables doivent être pris en compte afin d'en tirer le maximum de bénéfice. En pratique,

Que faire en cas de prise d'AINS et aspirine ?

Par leur mécanisme d'action semblable, l'ibuprofène et le naproxène empêchent l'action (recherchée en prévention des accidents cardiovasculaires) de l'aspirine sur l'inhibition de l'agrégation plaquettaire. Le diclofénac n'interagit pas. Si le patient est sous traitement d'ASPIRINE CARDIO° et de BRUFEN° (ou génériques) ou de PROXEN° (ou génériques), il doit prendre son comprimé d'ASPIRINE CARDIO° 2 heures avant l'AINS ^{14,21}.

rappelons la nécessité d'identifier à qui est destiné le médicament et ses éventuels co-traitements et/ou co-pathologies : antécédent d'ulcère, pathologie cardiaque ou rénale ? C'est par un triage complet que les informations nécessaires à l'évaluation des risques sont récoltées !

Il s'agit ensuite de proposer du paracétamol (DAFALGAN°, PANADOL°, CONTRE DOULEURS° et autres) ou un AINS topique plutôt qu'oral (VOLTAREN° DOLO emugel, FLECTOR EP Gel°, OLFEN° gel, etc.) en premier choix d'analgésiques en cas de doute ou de risque identifié. Si la personne souhaite tout de même un AINS, proposer de l'ibuprofène (I PROBEN°, ALGIFOR°,

ALGES-X°) en cas d'antécédents de troubles gastro-intestinaux ou ALEVE° (seule spécialité contenant du naproxène° en liste C) en cas d'antécédent de troubles cardiaques qui ne sont pas des contre-indications strictes à l'emploi d'AINS.

La dose la plus faible sur la plus petite durée de traitement efficace est à recommander également quel que soit l'AINS utilisé. Finalement, pour rappel, tout AINS oral devrait être pris avec un repas afin de diminuer les effets indésirables gastro-intestinaux.

LA PLACE DES AINS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR - A retenir pour le conseil :

- ✓ approche thérapeutique par palier en fonction de l'intensité de la douleur
- ✓ AINS et paracétamol font partie du palier 1 et ont toujours leur place dans la prise en charge des douleurs nociceptives
- ✓ tous les AINS ont une efficacité analgésiques similaire : aucun n'est plus efficace !
- ✓ les AINS sont à risque d'effets indésirables cardiovasculaires, rénaux et gastro-intestinaux: les risques varient d'une molécule à l'autre
- ✓ l'ibuprofène aux doses usuelles (maximum 3 x 400mg/jour) et durant une courte période semble l'AINS le plus sûr
- ✓ tous sont formellement contre-indiqués au 2^{ème} et au 3^{ème} trimestre de la grossesse

²⁰ Revue Prescrire, décembre 2014, Tome 34 N°374, Suppl. Interactions Médicamenteuses, page 203-206

²¹ Traitement médicamenteux de la douleur en Suisse, ou quand l'émotion l'emporte sur la raison, R.Theiler et J.Dudler, Revue Médicale Suisse 2013 ; 9 : 1846-1953

En bref

Deux erreurs dans le PN précédent...

Est-ce l'approche de l'été qui a ému la vigilance du PN!? En effet deux erreurs se sont glissées dans ce numéro! Nous avons indiqué dans l'article sur les préparations de vitamine D que les spécialités de Streuli (VITAMINE D3 STREULI PROPHYLAX & THERAPIE) contenaient de l'alcool comme excipient. Or, il n'y a pas trace d'alcool dans ces préparations qui contiennent comme excipient principal une huile.

Concernant la prophylaxie antimalarique par doxycycline, nous avons indiqué que celle-ci devait durer une semaine après le retour. Or, celle-ci doit en fait durer quatre semaines.

Résultats du test de lecture du PN 122 – Lauréates :

Une ou deux fautes pardonnées !

Fatio Marie-Jeanne	Pharmacie de St-Légier-La Chiésaz	Saint-Légier
Gerber Valérie	Pharmacie Schneeberger	Tramelan
Panettieri Sophie	Pharmacie Schneeberger	Tramelan
Werner Marie-Thérèse	Pharmacie Populaire Tranchées	Genève
Muniz Nadine	Pharmacie Populaire Trois-Chêne	Chêne-Bourg
Boson Malika	pharmacieplus du léman	Martigny
Crettenand Lara	pharmacieplus de bramois SA	Bramois
Durupt Arnaud	Sun Store Les Eplatures	La Chaux-de-Fonds
Jonovic Suzana	Sun Store Sion Midi	Sion
Kottelat Geneviève	pharmacieplus franchises-montagnes	Saignelégier
Lambercier Patricia	Pharmacie Plus Centrale	Fleurier
Pedretti Valérie	pharmacieplus des fontaines	Carouge
Peguiron Nicole	Pharmacie de la Vallombreuse	Prilly
Rollier Carine	Pharmacie de Malagnou	Genève
Fonseca Solange	Pharmacie de Malagnou	Genève
Fournier Nathalie	Pharmacie de Nendaz	Haute-Nendaz
Niquille Laura	Pharmacie du Hêtre	Belfaux
Gobet Vyolène	Pharmacie du Hêtre	Belfaux



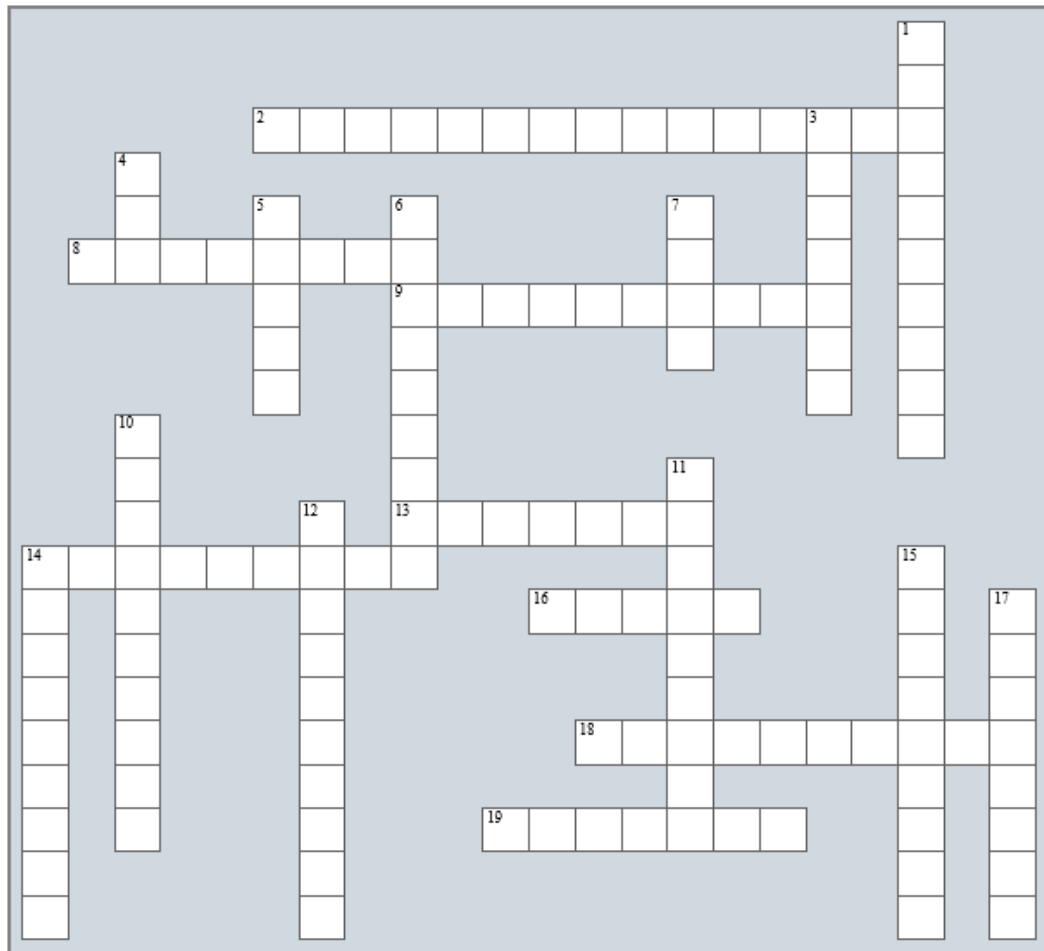
**OCHSNER
SPORT**



MANOR



**L'heureuse lauréate est Laura Niquille !
Elle gagnera un bon de Frs 100.- de son choix.**



Horizontalement

2. Autre nom de la vitamine D3
8. Degré d'une brûlure lorsqu'il y a formation de cloques
9. Maladie traduisant une carence en vitamine D chez l'enfant
13. Une des formes de l'eczéma de contact
14. Appellation scientifique d'une cloque
16. Nombre de jours maximum durant lesquels on peut traiter une brûlure avec la FLAMMAZINE°
18. Diurétique contenu dans la spécialité EDARBYCLOR
19. Indication de la codéine autre que la toux

Verticalement

1. Nom de l'enzyme inhibée par le SOVALDI°
3. Un des principaux symptômes de l'eczéma
4. Nombre de gouttes de VITAMINE D3 WILD devant être administrées en prophylaxie chez l'enfant de moins de 1 an
5. Saison durant laquelle un apport supplémentaire en vitamine D est recommandé en Suisse
6. Spécialité contenant un dermocorticoïde de classe IV
7. "Unité" de mesure de la surface corporelle en cas de brûlure
10. Leur usage est recommandé en cas d'eczéma
11. Nouvelle spécialité à base de ginkgo
12. Peuvent apparaître suite à un usage prolongé de dermocorticoïdes
14. Affection autre que l'eczéma pouvant être traitée par des dermocorticoïdes
15. Spécialité à base de vitamine D2 indiquée en cas d'insuffisance hépatique et/ou rénale
17. Maladie du foie pouvant résulter d'une hépatite C

NIMEVATI										
MACZEE										
RISUV										
TRANAS										
ENICODE										
EXEBIN										
MOLECO										
TENOLEJ										
LOSCQUE										
PETHETIA										
TRIRUP										
REVAIEX										
ELECUN										
FANIBIE										
LYSOIO										
RONNAIT										
KINGOG										
RHAVINO										
DOVILSA										
DICOLO										

Test à renvoyer une fois par assistant(e) en pharmacie par fax au N° 022/363.00.85 avant le 15 août 2015

Note de l'éditeur

Les avis exprimés dans le Pharma-News reflètent l'opinion de leurs auteurs en fonction des données disponibles au moment de la rédaction et n'engagent en aucune manière le CAP.

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>
<u>Signature</u>	<u>Timbre de la pharmacie</u>