

ticulier des vertiges, de la somnolence, des vomissements, des troubles de la fonction hépatique) qu'avec les β -bloquants.

- En cas d'hypertension artérielle sévère, un traitement antihypertenseur par voie intraveineuse peut s'avérer nécessaire.

Note

- Les IECA, et par extrapolation les sartans et les inhibiteurs de la rénine, sont absolument contre-indiqués pendant le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse en raison du risque d'apparition chez le fœtus d'une insuffisance rénale, d'une anurie, d'une hypotension, d'un oligo-hydramnios, d'une hypoplasie pulmonaire et d'autres anomalies morphologiques. En ce qui concerne l'utilisation d'IECA durant le premier trimestre de la grossesse, des études observationnelles rapportent aussi bien des signaux d'un effet tératogène [voir les Folia d'août 2006] que des données rassurantes. Les

résultats d'une étude de cohorte rétrospective menée récemment s'ajoutent à ces données rassurantes [Br Med J 2011;343:d5931 (doi: 10.1136/bmj.d5931), avec un éditorial d6667 (doi: 10.1136/bmj.d6667)]. L'incidence des anomalies congénitales (entre autres au niveau du cœur) observée dans cette étude n'était pas plus élevée pour les IECA que pour beaucoup d'autres antihypertenseurs (entre autres des β -bloquants et des diurétiques; les femmes traitées par des sartans étaient exclues). Par ailleurs, l'incidence des anomalies congénitales ne différait pas chez les femmes hypertendues bénéficiant d'un traitement antihypertenseur par rapport aux femmes hypertendues qui n'en recevaient pas. Selon les investigateurs, ceci pourrait indiquer que l'hypertension elle-même est liée à un risque accru d'anomalies congénitales.

- Pour les références de cet article, nous vous renvoyons à l'article sur notre site Web www.cbip.be

BETA-BLOQUANTS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE BPCO OU D'ASTHME

- Chez les *patients atteints de BPCO*, la plupart des auteurs s'accordent à dire que les β -bloquants cardiosélectifs peuvent être utilisés de manière sûre lorsqu'un β -bloquant est indiqué pour l'une ou l'autre raison (par ex. après un infarctus du myocarde). Lors de l'administration de la première dose, il convient toutefois d'observer le patient vu la possibilité d'apparition d'un bronchospasme. En ce qui concerne les β -bloquants non cardiosélectifs, les données sont plus limitées.

- Chez les *patients asthmatiques*, il convient d'être encore plus prudent en ce qui concerne l'utilisation de ces médicaments.

Chez les patients asthmatiques ou atteints de BPCO traités par un β -bloquant (le plus souvent un β -bloquant non cardiosélectif), des bronchospasmes aigus sont décrits. C'est pourquoi les β -bloquants, surtout les β -bloquants non cardiosélectifs, sont classiquement contre-indiqués chez les patients asthmatiques ou atteints de BPCO. Ces dernières années, des nuances ont été apportées à ces contre-indications.

BPCO

Comme le mentionne le Répertoire Commenté des Médicaments, il est généralement admis que la BPCO constitue une contre-indication relative à l'utilisation de β -bloquants. Il y a cependant de plus en plus de preuves attestant que les β -bloquants cardiosélectifs (à savoir avec une sélectivité β_1 : acébutolol, aténolol, bétaxolol, bisoprolol, céliprolol, esmolol, métoprolol, nébivolol)

peuvent être utilisés de manière sûre chez les patients atteints de BPCO.

- Une analyse d'études randomisées réalisée par la *Cochrane Collaboration* révèle que, chez les patients atteints de BPCO, les β -bloquants cardiosélectifs (administrés en une prise unique ou utilisés pendant 2 jours à 16 semaines) n'ont pas d'impact négatif sur la fonction pulmonaire (p. ex. le VEMS) ou sur la réponse respiratoire aux β_2 -mimétiques [*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.:CD003566 (contenu mis à jour jusqu'au 17/08/10; doi:10.1002/14651858.CD003566.pub2.)].
- Deux études d'observation récentes chez des patients atteints de BPCO révèlent une mortalité totale moins élevée chez les patients prenant un β -bloquant (par ex. en raison d'une hypertension, d'angor ou d'un infarctus du myocarde) que chez les patients ne prenant pas de β -bloquant, et ce indépendamment de la gravité de la BPCO et du traitement de celle-ci. Il s'agissait surtout de β -bloquants cardiosélectifs (les détails, par ex. en ce qui concerne la dose, ne sont pas mentionnés par les auteurs). [*Arch Intern Med* 2010;170:880-7, avec un éditorial 849-50; *Brit Med J* 2011;342:d2549 (doi:10.1136/bmj.d2549), avec un éditorial d2655 (doi:10.1136/bmj.d2655)]

La plupart des auteurs s'accordent à dire que les β -bloquants cardiosélectifs peuvent être utilisés chez des patients atteints de BPCO lorsqu'un β -bloquant est indiqué pour l'une ou l'autre raison (par ex. après un infarctus du myocarde). Lors de l'administration de la première dose, il convient toutefois d'observer le patient vu la possibilité d'apparition d'un bronchospasme. Si un bronchospasme devait survenir, les auteurs de l'éditorial dans le *British Medical Journal* sont d'avis qu'il est préférable d'administrer

un anticholinergique par inhalation [n.d.l.r.: le traitement par le β -bloquant peut en principe être poursuivi].

Les données en ce qui concerne l'utilisation de β -bloquants non cardiosélectifs chez les patients atteints de BPCO sont plus limitées. Vu leurs propriétés pharmacologiques, une plus grande prudence est de rigueur.

Asthme

Dans le Répertoire, l'asthme figure comme contre-indication pour les β -bloquants, surtout, mais pas exclusivement, pour les β -bloquants non cardiosélectifs. Une analyse d'études randomisées réalisée par la *Cochrane Collaboration* a évalué l'usage de β -bloquants cardiosélectifs en cas d'asthme. Il en ressort que, chez les patients présentant un asthme léger à modérément sévère, l'administration d'une dose unique d'un β -bloquant cardiosélectif diminue légèrement le VEMS, sans toutefois augmenter les symptômes respiratoires ou diminuer la réponse aux β_2 -mimétiques. Dans des études d'une durée de 3 à 28 jours, aucune diminution du VEMS ou de la réponse aux β_2 -mimétiques n'a été observée; il est même suggéré que les β -bloquants cardiosélectifs sans activité sympathomimétique intrinsèque (tels que le métoprolol, le bisoprolol) augmentent la réponse aux β_2 -mimétiques. On ne dispose pas de données en ce qui concerne les patients atteints d'un asthme grave, ou l'utilisation prolongée de β -bloquants et de leurs conséquences éventuelles sur la fréquence ou la gravité des exacerbations aiguës d'asthme. [*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 4. Art. No.:CD002992 (contenu mis à jour jusqu'au 03/06/07; doi:10.1002/14651858.CD002992)]; *The Lancet* 2009;373:104-5]

Ces résultats nuancent quelque peu la notion de contre-indication des β -bloquants cardiosélectifs dans l'asthme léger à modérément sévère.