

FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA OCTOBRE 2025**ACTUALITÉS****Pas de lien causal entre le paracétamol et l'autisme**

Depuis quelques jours, des propos venant du gouvernement américain évoquent un possible lien entre la prise de paracétamol pendant la grossesse et le risque d'autisme chez l'enfant. Quelle est la position du CBIP, sur base de nos sources de référence et des publications récentes ?

AUDITORIUM

Nouvel e-learning : Quiz Médication 11 – Spécial enfants

NOUVEAUTÉS MÉDICAMENTS**Arrêts de commercialisation**

- cinacalcet (Mimpara®)
- clindamycine par voie cutanée (Zindaclin®)
- galantamine solution buvable (Reminyl® solution buvable)
- miconazole par voie vaginale (Gyno-Daktarin®)
- rotigotine (Neupro®)
- Vaccinium macrocarpon (Elluracaps®)

PHARMACOVIGILANCE**Quels médicaments augmentent le risque d'avortement spontané ?**

Un article de la Revue Prescrire s'est intéressé aux médicaments qui augmentent le risque d'avortements spontanés au premier trimestre de la grossesse. Découvrez cette liste dans cet article !

Pas de lien causal entre le paracétamol et l'autisme

Depuis quelques jours, des propos venant du gouvernement américain évoquent un possible lien entre la prise de paracétamol pendant la grossesse et le risque d'autisme chez l'enfant. Nous présentons les positions de nos sources de référence : *Lareb* (avec une publication récente du 22 septembre) et le CRAT. Nous mentionnons également les publications récentes de *Gezondheid en Wetenschap* (partenaire EBM du CBIP), l'*Organisation Mondiale de la Santé* (OMS) ainsi que les avis de l'*Agence fédérale des médicaments et des produits de santé* (AFMPS) et de l'*Agence européenne des médicaments* (EMA), à la suite des informations parues dans la presse.

Messages clés

- Depuis quelques jours, plusieurs articles de presse rapportent les propos du gouvernement américain qui a évoqué un possible lien entre la prise de paracétamol pendant la grossesse et le risque d'autisme chez l'enfant.
- Toutefois, à ce jour, aucun lien de causalité n'a été prouvé. Les études prenant en compte les facteurs familiaux et génétiques ne montrent même pas de lien du tout.
- Le **positionnement du CBIP** reste d'application: le paracétamol peut être utilisé de manière sûre pendant la grossesse. Mais, comme pour tous les médicaments durant la grossesse, il doit être utilisé à la dose la plus faible possible pendant la durée la plus courte possible (voir 8.2.1. Paracétamol).

Depuis quelques jours, les autorités américaines évoquent un possible lien entre la prise de paracétamol pendant la grossesse et le risque d'autisme chez l'enfant. Leur déclaration se base sur une étude de Prada et al. (août 2025). Toutefois le premier auteur de l'étude citée, Didier Prada, précise dans des articles de presse: «*Nous montrons que l'acétaminophène (le nom du paracétamol aux États-Unis, ndlr) est associé à un risque plus élevé, mais pas qu'il en est la cause. Il s'agit de choses très différentes* ».

Face à ces informations relayées dans la presse, il est important de rappeler l'état actuel des connaissances scientifiques. Le CBIP souhaite, à travers ce court article, faire le point sur les données disponibles, en s'appuyant sur sa méthodologie habituelle concernant les médicaments pendant la grossesse et l'allaitement (voir Intro 2.6. Rubrique « Grossesse et Allaitement »). Nous présentons les positions de nos sources de référence : le *Lareb* (avec une publication récente du 22 septembre) et le CRAT (pour notre méthodologie, voir Intro 2.6. Rubrique « Grossesse et Allaitement »). Nous mentionnons également les publications récentes de *Gezondheid en Wetenschap* (partenaire EBM du CBIP), l'*Organisation Mondiale de la Santé* (OMS) ainsi que les avis de l'*Agence fédérale des médicaments et des produits de santé* (AFMPS) et de l'*Agence européenne des médicaments* (EMA), à la suite des communications des autorités américaines.

Selon notre source *Lareb*¹, de nombreuses études quant à l'effet à long terme de l'exposition au paracétamol pendant la grossesse ont été réalisées. Certaines études montrent une corrélation possible entre le paracétamol et un risque accru d'asthme, de cryptorchidie, de troubles du comportement (TDAH, autisme) ou d'autres conséquences négatives pour l'enfant en cas d'utilisation à long terme pendant la grossesse. Mais ces résultats **ne sont pas sans équivoque** car beaucoup de ces études présentent des **limites importantes**.

Certaines études font état d'un risque légèrement accru de ces troubles du développement en cas d'utilisation prolongée durant la grossesse, mais il y a d'importantes réserves :

1. Il existe de grandes différences de qualité entre les études ;
2. Il y a de grandes chances de biais ou de facteurs de confusions dans les études, ce qui peut contribuer à expliquer l'effet observé (p.ex. le paracétamol pris pour de la fièvre, en raison d'une infection) ;
3. Le diagnostic des troubles du développement est très différent entre les études et est souvent uniquement basé sur les symptômes rapportés par les parents ;
4. Les facteurs héréditaires et les troubles chez les parents peuvent avoir un impact (NB : certainement concernant l'autisme (CBIP) ;
5. Dans la plupart des études, le risque mis en évidence est très faible (Odds ratio autour de 1) et dans certaines, aucune augmentation du risque n'a été mise en évidence ;
6. Certaines études font état d'effets inexpliqués, par exemple un risque plus élevé si le père a pris du paracétamol après la grossesse !

Sur base de l'ensemble de ces limites et de l'hétérogénéité des études, il est impossible d'établir un lien causal. D'autres études de meilleure qualité sont nécessaires.

Notre autre source, Le CRAT², mentionne que les données publiées chez les femmes enceintes exposées au paracétamol sont très nombreuses, quel que soit le terme de la grossesse, et qu'aucun effet malformatif, fœtal ou néonatal attribuable au traitement n'a été retenu à ce jour.

Le CRAT souligne que certaines études ont établi un lien entre l'exposition in utero au paracétamol et les troubles du développement, ainsi que d'autres affections telles que la cryptorchidie et l'asthme/la respiration sifflante. Cependant, à ce jour, les **biais méthodologiques** de ces études ne permettent pas de retenir ces associations comme causales.

Un article récent de *Gezondheid en wetenschap*³, un de nos partenaires EBM, souligne également qu'aucun lien causal entre le paracétamol et l'autisme n'a été démontré. *Gezondheid en Wetenschap* indique qu'un lien avait été observé dans d'anciennes études observationnelles. Cependant, des recherches récentes de meilleure qualité (Ahlqvist et al., JAMA 2024) ne montrent pas de relation causale lorsqu'on tient compte des facteurs de risque familiaux et génétiques. Il est également fait référence à un commentaire de Damkier et al. dans *Obstetrics & Gynecology* (2025), dont la conclusion est : « *Il est peu probable qu'une exposition in utero au paracétamol entraîne une augmentation cliniquement significative du risque de TDAH ou de trouble du spectre autistique.* »

L'**Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁴** souligne qu'il n'existe actuellement aucune preuve scientifique concluante établissant un lien entre l'autisme et l'utilisation de paracétamol pendant la grossesse.

L'**Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)⁵** et l'**Agence européenne des médicaments (EMA)⁶** sont catégoriques : sur la base des données disponibles, il n'existe aucune preuve qu'une prise de paracétamol pendant la grossesse provoque de l'autisme chez l'enfant.

La Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique (FIGO)⁷ souligne à nouveau que l'article de Prada et al. (août 2025) présente de graves limites méthodologiques compromettant sa fiabilité. Bien que basé sur 46 études, beaucoup reposent sur l'auto-déclaration de l'usage du paracétamol, exposant à un fort biais de mémoire. L'absence de données précises sur les doses et la durée d'exposition empêche toute analyse dose-réponse. En conclusion, la FIGO rappelle que les études les plus robustes ne démontrent aucun lien de causalité entre paracétamol pendant la grossesse et autisme, et recommande de maintenir son usage lorsque médicalement indiqué.

Conclusion du CBIP

A ce jour, les données disponibles ne permettent donc pas d'établir un lien causal entre l'exposition in utero au paracétamol et l'autisme. Si certaines études suggèrent des associations, leurs limites méthodologiques ne permettent pas de conclure à un effet causal. Les corrélations sont fréquentes dans les études épidémiologiques, mais l'analyse critique de différents organismes scientifiques montre que la relation de cause à effet **n'est pas prouvée**, et les études prenant en compte les facteurs familiaux et génétiques ne montrent pas de corrélation.

Le positionnement du CBIP reste d'application, **le paracétamol peut être utilisé de manière sûre pendant la grossesse**. Comme pour tous les médicaments durant la grossesse, il doit être utilisé à la dose la plus faible possible pendant la durée la plus courte possible (voir 8.2.1. Paracétamol).

Noms des spécialités concernées :

- Paracétamol: Algostase Mono®, Dafalgan®, Panadol®, Paracetamol(e), Perdolan® (voir Répertoire).
- Associations paracétamol + caféine / + acide acétylsalicylique/ + acide acétylsalicylique + caféine / + AINS (voir Répertoire)
- Associations paracétamol + opioïdes (voir Répertoire)
- Associations paracétamol + chlorphénamine (voir Répertoire)
- Associations paracétamol + vasoconstricteur oral (voir Répertoire)

Sources

¹ Lareb, Paracetamol tijdens de zwangerschap, consulté le 23/09/25. Voir également le communiqué de Lareb du 22/09/2025.

² Le CRAT, Paracétamol – Grossesse, consulté le 23/09/25.

³ Gezondheid en wetenschap. Paracetamol nemen tijdens de zwangerschap veroorzaakt geen autisme. Publié le 10/09/2025. Consulté le 23/09/25.

⁴ OMS, WHO statement on autism-related issues News, 24/09/25.

5 AFMPS. Le paracétamol reste sûr pendant la grossesse. *Actualités*, 24/09/2025.

6 EMA. Use of paracetamol during pregnancy unchanged in the EU. *News* 23/09/2025.

7 FIGO. Paracetamol (acetaminophen) use during pregnancy and autism risk: evidence does not support causal association. consulté le 30/09/25.

Nouvel e-learning : Quiz Médication 11 – Spécial enfants

Aujourd'hui, plusieurs enfants vous attendent dans votre salle d'attente, chacun avec son histoire, ses préoccupations et des besoins spécifiques. Autant de cas concrets qui nécessitent une décision. Ce quiz vous plonge au cœur de ces situations.

Quel traitement choisir?

Quel effet indésirable reconnaître?

Comment adapter la posologie?

Et la vaccination, comment l'intégrer?

La pharmacothérapie pédiatrique soulève chaque jour des questions auxquelles il n'est pas toujours facile de répondre.

À travers des cas cliniques issus du quotidien de la première ligne, **ce nouveau Quiz Médication** vous permet de tester vos connaissances, d'affûter vos réflexes et de renforcer vos compétences pour un usage sûr et efficace du médicament chez l'enfant.

La réponse ne vous vient pas immédiatement ? Le **Répertoire** est toujours là pour vous guider.

Alors, à vous de jouer : comment aller vous gérer chacune de ces situations?

Durée totale : 30 min.

Une accréditation est prévue pour les médecins et les pharmaciens.

Une fois inscrit·e, vous avez accès gratuitement à [toutes nos formations en ligne](#).

Nouveautés médicaments octobre 2025

Arrêts de commercialisation

- cinacalcet (Mimpara®)
- clindamycine par voie cutanée (Zindaclin®)
- galantamine solution buvable (Reminyl® solution buvable)
- miconazole par voie vaginale (Gyno-Daktarin®)
- rotigotine (Neupro®)
- *Vaccinium macrocarpon* (Elluracaps®)

▼: médicaments soumis à une surveillance particulière et pour lesquels la notification d'effets indésirables au Centre Belge de Pharmacovigilance est encouragée (entre autres médicaments contenant un nouveau principe actif, médicaments biologiques).

: médicaments pour lesquels des procédures additionnelles de minimisation des risques *Risk Minimization Activities* : RMA ont été imposées par l'autorité qui délivre l'autorisation de mise sur le marché (voir Folia mars 2015), telles que du matériel éducatif ou des brochures.

contre-indication ou réduction de dose en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine entre 30 et 15 mL/min/1,73m²).

contre-indication ou réduction de dose déjà en cas d'insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 mL/min/1,73m²), ou en cas d'insuffisance rénale sans précision du degré de sévérité.

Les actualités médicamenteuses de ce mois prennent en compte les changements portés à notre connaissance jusqu'au 26 septembre 2025. Les modifications signalées après cette date seront reprises dans les Weekly Folia du mois de novembre.

Les textes du Répertoire concernant ces actualités seront mis à jour à la date du 24 octobre 2025.

Arrêts de commercialisation

Cette rubrique concerne les arrêts définitifs de commercialisation. Les spécialités concernées ne sont plus mentionnées dans le Répertoire.

La liste des médicaments indisponibles peut être consultée sur le site de l'AFMPS-Pharmastatut.

cinacalcet (Mimpara®)

Le **cinacalcet**, en indisponibilité de longue durée depuis 2024, est maintenant retiré du marché. Il était utilisé pour le traitement des **hyperparathyroïdies**. **Son importation est possible** (voir Introduction.2.11.15.1.), mais il n'est pas remboursé (situation au 30 septembre 2025). Il n'existe une alternative que dans certaines situations spécifiques: voir Pharmastatut, cliquer sur le bouton info.

clindamycine par voie cutanée (Zindaclin®)

La **clindamycine par voie cutanée** (Zindaclin 1% gel), en indisponibilité depuis 2023, est retirée du marché.

Selon la BAPCOC, il s'agit du **premier choix de traitement pour l'acné lorsqu'une antibiothérapie locale est indiquée**, toujours associé à un traitement local non antibiotique.

La clindamycine peut être prescrite en magistrale à 1,5% (solution hydro-alcoolique, voir formule dans le FTM).

L'érythromycine à 2% en magistrale (gel, voir formule dans le FTM) est une alternative, mais elle est moins efficace en raison du développement de résistances.

galantamine solution buvable (Reminyl® solution buvable)

La **galantamine en solution buvable** est retirée du marché. Les gélules à libération prolongée restent disponibles.

Elle est utilisée pour le traitement de la **maladie d'Alzheimer**.

Il n'existe pas d'autres inhibiteurs des cholinestérases sous forme buvable, ce qui peut poser **problème pour les personnes ayant des troubles de la déglutition**.

Les médicaments utilisés dans la maladie d'Alzheimer ont une balance bénéfice-risque controversée : leur effet est modeste et les effets indésirables nombreux (voir Maladie d'Alzheimer).

miconazole par voie vaginale (Gyno-Daktarin®)

Le **miconazole par voie vaginale** est retiré du marché. D'autres dérivés azoliques par voie vaginale restent disponibles tels que le clotrimazole et le fenticonazole (voir Candidose vulvo-vaginale).

Selon la BAPCOC, les dérivés azoliques par voie locale ou le fluconazole par voie orale sont des options équivalentes pour le **traitement de la candidose vulvo-vaginale** (sauf en période de grossesse où le traitement oral est déconseillé).

rotigotine (Neupro®)

La **rotigotine**, utilisée dans la **maladie de Parkinson et le syndrome des jambes sans repos**, est retirée du marché. Il s'agissait du seul agoniste dopaminergique sous forme de patch.

Le passage à une autre spécialité et voie d'administration nécessite l'avis du spécialiste.

Pour la maladie de Parkinson, les agonistes dopaminergiques font partie des traitements de base pour le contrôle des symptômes moteurs (voir Antiparkinsoniens).

Pour le syndrome des jambes sans repos, les agonistes dopaminergiques ne sont plus un premier choix, en raison d'un risque d'aggravation paradoxale des symptômes et d'effets indésirables. Ils ne sont actuellement utilisés qu'en cas de réponse insuffisante, de contre-indication ou d'intolérance aux gabapentinoïdes (utilisation *off label*), ou dans les cas sévères.^{1,2}

Vaccinium macrocarpon (Elluracaps®)

Le **Vaccinium macrocarpon** (extrait sec de jus de **canneberge**) est retiré du marché. Les preuves d'efficacité dans la **prévention des cystites récidivantes chez les femmes** sont contradictoires (voir Répertoire). Il existe encore sous forme de complément alimentaire, sous différentes formes et concentrations.

Sources

En plus des sources générales consultées systématiquement par le CBIP (British Medical Journal, New England Journal of Medicine, Annals of Internal Medicine, The Lancet, JAMA, Drug & Therapeutic Bulletin, GeBu, La Revue Prescrire, Australian Prescriber), pour écrire les articles « nouveautés médicamenteuses », les sources suivantes sont consultées : RCP et dossier d'évaluation à l'EMA (EPAR) du produit, The Medical Letter, NEJM Journal Watch.

Sources spécifiques

rotigotine

1. Restless legs syndrome_Management. BMJ Best Practice. Consulté le 22 juillet 2025

2. GeBu. 2024;58(12):e2024.12.19 10-12-2024

Communiqué du Centre de Pharmacovigilance

Quels médicaments augmentent le risque d'avortement spontané ?

Introduction

Un article de la *Revue Prescrire* publié en janvier 2025 s'est intéressé aux avortements spontanés du premier trimestre d'origine médicamenteuse.¹ Nous avons élargi cette liste sur base de nos sources et des médicaments disponibles en Belgique (voir Note plus bas).

Avortement spontané

Par définition, un avortement spontané, ou fausse couche, est une **perte involontaire et spontanée** d'une grossesse avant 24 semaines révolues. Les symptômes comprennent des saignements, des douleurs pelviennes ou abdominales et la disparition des symptômes de début de grossesse.

Dans le présent article, nous nous concentrons uniquement sur les avortements spontanés du **premier trimestre**, dits précoces, qui surviennent avant la 14^{ème} semaine d'aménorrhée.

Facteurs de survenue

Un avortement spontané survient dans environ un tiers des grossesses.

Les principaux facteurs de survenue sont : un âge maternel élevé, une anomalie fœtale, une malformation utérine, une infection maternelle, une thrombophilie maternelle.

D'autres facteurs de risque moins importants sont également identifiables : des antécédents de fausse couche, une anomalie chromosomique parentale, une infertilité ou une conception assistée, la consommation d'alcool ou de tabac, le surpoids/obésité, une dysfonction thyroïdienne et le diabète.²

Cependant, en pratique, la cause directe d'un avortement spontané n'est pas toujours mise en évidence.¹ Il est donc très difficile de prouver que le cause d'un avortement est médicamenteuse.

Médicaments qui augmentent le risque d'avortements spontanés au premier trimestre

Les médicaments cités par la *Revue Prescrire* qui augmentent le risque d'avortements spontanés au premier trimestre sont classés en différentes catégories (voir Note plus bas) :

- **Les médicaments tératogènes avec un risque de fausse couche avéré ;**
 - Les rétinoïdes : *isotrétinoïne* et *acitrétine* et le *rétinol* ;
 - Un immunosuppresseur : *l'acide mycophénolique* ;
 - Un antiépileptique : *l'acide valproïque* ;
 - Les antagonistes de la vitamine K : *acénocoumarol*, *phenprocoumone*, *warfarine* ;
 - Un inhibiteur de la sécrétion gastrique : le *misoprostol* ;
 - Un antibiotique : l'association du *sulfaméthoxazole* et du *triméthoprim* (effet fortement suspecté) ;
 - Un antimycotique : le *fluconazole* (doses élevées) (effet fortement suspecté) ;
 - Les antitumoraux : pour la plupart des antitumoraux, il existe des preuves ou des suspicions d'un effet nocif sur l'enfant à naître (effets tératogènes et mutagènes, embryotoxicité) ou d'une diminution de la fertilité. C'est particulièrement le cas pour certains agents alkylants, antimétabolites et anthracyclines, pour la *trétinoïne* et pour le *thalidomide* et ses analogues, le *lénalidomide* et le *pomalidomide*. Pour les produits introduits plus récemment (p.ex. les inhibiteurs de protéines kinases, les anticorps monoclonaux), il y a moins ou pas d'expérience chez l'homme. En principe, tous les antitumoraux sont donc contre-indiqués pendant la grossesse et on tentera en tout cas d'éviter l'administration pendant le premier trimestre (voir 13. Médicaments antitumoraux).
- **Les médicaments tératogènes avec un risque associé très probable de fausse couche ;**
 - Un stabilisateur de l'humeur : le *lithium* ;
 - Des antiépileptiques : la *primidone*, le *phénobarbital*, la *carbamazépine*, la *phénytoïne*, le *topiramate* et l'*éthosuximide* (effet tératogène fortement suspecté) ;
 - Un vasoconstricteur : la *pseudoéphédrine* (effet tératogène suspecté) ;
 - Un uricosurique : l'*allopurinol* (effet tératogène fortement suspecté) ;
 - Un antiparasitaire : la *pyriméthamine* (effet tératogène chez l'animal).
- **Les médicaments qui interfèrent avec l'implantation utérine de l'embryon ;**
 - Les médicaments qui ont un effet inhibiteur des prostaglandines comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) à dose

antalgique.

Une étude a en effet mis en évidence une augmentation des fausses couches. Cependant, il existait un risque de biais d'indication. Dès lors, ces résultats doivent être confirmés.^{4,5}

• **Les médicaments qui induisent des contractions utérines ;**

- Analogues des prostaglandines utilisés en ophtalmologie : *bimatoprost*, *latanoprost*, *tafluprost* et *travoprost* ;
- Analogue de prostaglandines utilisée comme inhibiteur de la sécrétion gastrique et comme inducteur de l'accouchement : *misoprostol* ;
- Analogue de prostaglandines utilisée comme inducteurs de l'accouchement : *carboprost* et *dinoprostone* ;
- Les oxytociques : *l'oxytocine* et la *carbétocine* ;
- Un dérivé de l'ergot : *methylergométrine* ;
- Les dispositifs intra-utérins maintenus en place alors qu'une grossesse est en cours.

Note

Pour réaliser cette liste, nous nous sommes appuyés sur l'article de la revue *Prescrire*, dont nous avons élargi le contenu selon notre propre méthodologie (voir 2.6. La rubrique « Grossesse et allaitement »).

Concernant le risque tératogène, nous distinguons deux catégories de médicaments tératogènes selon leur lien avec le risque de fausse couche :

- **Les médicaments tératogènes avec un risque de fausse couche avéré** : médicaments pour lesquels nos sources (Lareb, CRAT, Briggs) mentionnent explicitement un risque d'avortement spontané.
- **Les médicaments tératogènes avec un risque associé très probable de fausse couche** : médicaments tératogènes pour lesquels le risque de fausse couche n'est pas clairement indiqué dans les sources, mais qui, en raison de leur potentiel d'anomalies embryonnaires majeures, peuvent raisonnablement être associés à un risque accru d'avortement spontané.

Les médicaments qui ne sont pas commercialisés en Belgique ne sont pas repris dans cette liste. En ce qui concerne les médicaments récemment commercialisés (possédant un « triangle noir » (▼) (voir Intro 6.2.1. Pharmacovigilance)), il n'est pas toujours possible de se prononcer quant à leur effet tératogène potentiel, ils n'ont donc pas été repris dans cette liste.

Noms de spécialités :

- Acénocoumarol : Sintrom® (voir Répertoire).
- Acide mycophénolique : Cellcept®, Mycophenolat Mofetil(e), Myfenax®, Myfortic® (voir Répertoire).
- Acide valproïque : Depakine®, Valproate(e) (voir Répertoire).
- Acitrétine : Neotigason® (voir Répertoire).
- Allopurinol : Allopurinol(e), Zyloric® (voir Répertoire).
- Bimatoprost : Bimatoprost(e), Lumigan® (voir Répertoire).
- Carbamazépine : Tegretol® (voir Répertoire).
- Ethosuximide : Zaronin® (voir Répertoire).
- Fluconazole : Diflucan®, Fluconazol(e) (voir Répertoire).
- Isotrétinoïne : Isocural®, Isosupra®, Isotiorga®, Isotretinoïn(e), Roaccutane® (voir Répertoire).
- Latanoprost : Latanoprost(e), Latanotears®, Monoprost®, Vizilatan®, Xalatan®, Xalof® (voir Répertoire).
- Lithium : Camcolit® (voir Répertoire).
- Misoprostol : Angusta®, Arthotec®, Cytotec® (voir Répertoire).
- Oxytociques : Carbetocin(e), Oxytocin(e), Syntocinon®, Pabal® (voir Répertoire).
- Phénobarbital : Gardenal®, Phenobarbital Sodium Sterop® (voir Répertoire).
- Phenprocoumon : Marcoumar® (voir Répertoire).
- Phénytoïne : Diphantoïne® (voir Répertoire).
- Primidone : Mysoline® (voir Répertoire).
- Pseudoéphédrine (seule ou en association) : Aerinaze(e), Cirrus®, Clarinase®, Rhinosinutab®, Sinutab®, Vasocedine Pseudoephedrine®.
- Pyriméthamine : Daraprim® (voir Répertoire).
- Sulfaméthoxazole + triméthoprime (co-trimoxazole) : Bactrim® (voir Répertoire).
- Tafluprost : Saflutan® (voir Répertoire).

- Topiramate : Topamax, Topiramat(e) (voir Répertoire).
- Travoprost : Travatan®, Travoprost(e), Vizitrav® (voir Répertoire).
- Warfarine : Marevan® (voir Répertoire).

Sources

- 1 Prescrire, Avortements spontanés du premier trimestre d'origine médicamenteuse, 45 (495) : 31-32.
- 2 BMJ Best Practice, Miscarriage> History and exam, consulté le 25/03/2025.
- 3 Dynamed, First Trimester Pregnancy Loss, consulté le 25/03/2025.
- 4 Bijwerkingencentrum Lareb, consulté le 16/04/2025.
- 5 Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, Le CRAT, consulté le 16/04/2025.
- 6 Briggs Drugs in Pregnancy and Lactation, consulté le 16/04/2025.

Colophon

Les *Folia Pharmacotherapeutica* sont publiés sous l'égide et la responsabilité du *Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique* (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) a.s.b.l. agréée par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

Les informations publiées dans les *Folia Pharmacotherapeutica* ne peuvent pas être reprises ou diffusées sans mention de la source, et elles ne peuvent en aucun cas servir à des fins commerciales ou publicitaires.

Rédacteurs en chef: (redaction@cbip.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) et
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Éditeur responsable:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.