

Voir loin

En dépit d'un effort d'encadrement réglementaire, l'utilisation de médicaments immunodépresseurs tend à se banaliser. D'abord employés dans des domaines circonscrits tels que la prévention du rejet de greffe, ils sont aujourd'hui de plus en plus proposés dans des domaines courants, en rhumatologie ou en dermatologie, qui concernent de nombreux patients.

Que leur dénomination commune internationale (DCI) se termine par *-cept* ou *-mab* ou *-imus* ou d'autres suffixes, les médicaments qui sont des immunodépresseurs peuvent exposer à un risque d'infection ou de cancer accru, notamment lors d'utilisation au long cours. Les résumés des caractéristiques (RCP) le signalent et incitent à la prudence.

On en arrive aujourd'hui à proposer un immunodépresseur sous forme topique (*tacrolimus* – Protopic°, lire pages 805-809), pour traiter une maladie courante, l'eczéma atopique, ne mettant pas en jeu le pronostic vital. Et un concurrent est déjà annoncé pour la même indication (*pimécrolimus* – Elidel°, lire page 827 à propos du segment-clef *-imus*).

L'expérience avec des médicaments plus anciens a pourtant montré que des effets à long terme sont vraisemblables, même avec des traitements à visée locale. L'exemple des insuffisances surrénales aiguës recensées aujourd'hui chez des enfants traités par des corticoïdes inhalés, *fluticasone* en particulier (lire n° 240 page 435), vient de le rappeler.

Dans l'intérêt des patients, il faut une pharmacovigilance active (lire pages 832-840 les faits marquants des 24^{èmes} journées françaises de pharmacovigilance). Mais il faut aussi lever le nez au dessus des gros titres de la presse sur l'innovation et la bourse, et envisager sérieusement l'avenir des patients.

D'un peu plus haut, on voit plus loin, et on apprécie mieux la balance bénéfices-risques des médicaments.

