

Pour mieux soigner : des médicaments à écarter



Préambule

La prudence dans le choix d'un médicament est de préférer les plus éprouvés, dont les effets nocifs sont rendus acceptables par une efficacité démontrée sur des conséquences concrètes. Mais chaque année, de nombreux nouveaux médicaments sont autorisés, souvent sans preuve d'un progrès par rapport aux médicaments de référence. Parfois, ils sont en fait moins efficaces ou plus nocifs. Et en général, une promotion massive leur assure une image positive aux yeux des soignants et des patients. Des leaders d'opinion renommés interviennent en leur faveur dans des congrès et les médias spécialisés. Ces opinions sont relayées de proche en proche par des spécialistes du domaine. Des campagnes de presse mettent en avant le problème de santé visé par le médicament, ce qui pousse les patients concernés à demander le médicament. Etc. Pour d'autres médicaments, plus anciens, les espoirs initiaux d'efficacité sont défaits par les avancées de l'évaluation. Ou bien leurs effets indésirables s'avèrent plus importants qu'on ne pensait. Au final, pour ces divers motifs, de nombreux médicaments sont utilisés, alors qu'ils sont plus dangereux qu'utiles. Mais, les données en défaveur des médicaments et les mises en

garde sont peu audibles, noyées dans le flot de la promotion. Les soignants de première ligne qui veulent agir dans l'intérêt premier des patients se retrouvent en difficulté, à contrecourant de l'opinion de nombreux spécialistes, des autorisations de mise sur le marché et des décisions de remboursement des assureurs maladies. En agissant par demi-mesures et en laissant des médicaments plus dangereux qu'utiles sur le marché, les autorités de santé ne font pas leur travail de protection des patients. *Prescrire*, financée uniquement par les abonnés, n'a pas les moyens de faire le travail des autorités de santé. Et n'y prétend pas. Mais *Prescrire* s'est organisée pour aider les soignants à mieux soigner. Dans le texte qui suit, l'Équipe *Prescrire* rappelle les principaux médicaments plus dangereux qu'utiles, à écarter au terme des analyses publiées dans *Prescrire* de 2010 à 2012. Les patients et soignants ont intérêt à réviser les traitements en cours, à écarter ces médicaments plus dangereux qu'utiles, et à préférer les traitements éprouvés. Sans attendre que les autorités décident enfin les retraits du marché qui s'imposent au vu des données d'évaluation.

©Prescrire

Résumé

● En France, début 2013, trop de médicaments à balance bénéfico-risques défavorable restent commercialisés. Les autorités de santé n'ont pas fait leur travail de protection des patients en autorisant ou en laissant ces médicaments plus dangereux qu'utiles sur le marché malgré des signaux d'alerte manifestes.

● Pour inciter les autorités à un sursaut salutaire et aider les soignants et patients à se préparer aux retraits du marché justifiés par les données de l'évaluation, ce texte liste les principaux médicaments à écarter, au terme des analyses publiées dans *Prescrire* de 2010 à 2012.

● Souvent d'autres options plus favorables existent. Parfois, dans certaines situations, un médicament n'est pas le meilleur choix. Mieux vaut prendre le temps de les chercher avec les patients.

Rev Prescrire 2013 ; 33 (352) : 138-142.

Chaque mois, *Prescrire* apporte des informations permettant à chaque soignant de faire évoluer peu à peu sa liste de médicaments à utiliser. Ces informations mettent aussi en évidence des médicaments plus dangereux qu'utiles pour les patients, qu'il vaut mieux déconseiller. Force est de constater que début 2013, un grand nombre d'entre eux restent commercialisés. Certains sont anciens, disponibles depuis plusieurs dizaines d'années ; d'autres sont récents, avec des autorisations de mise sur le marché (AMM) accordées imprudemment par les agences du médicament.

En pratique, comment faire face à cette situation ?

Les autorités sanitaires ont la responsabilité de retirer ces médicaments du marché. Plus elles tardent, plus elles laissent les patients exposés aux dangers injustifiés de ces médicaments, prescrits ou conseillés par des soignants trop peu informés de la réalité de la balance bénéfico-risques, ou sous-estimant souvent l'ampleur de la pression des firmes pharmaceutiques, y compris sur les experts sollicités par les autorités.

Les soignants sont alors dans la difficile position d'expliquer aux patients que ces médicaments sont

à éviter alors qu'ils sont officiellement autorisés, et prescrits par des professionnels de santé, parfois spécialistes, parfois hospitaliers.

D'ici à des décisions de retrait, c'est aux autorités sanitaires de faire savoir largement aux soignants et aux patients la réalité de ces médicaments.

D'ici là, les patients comptent sur les soignants pour les éclairer, en particulier les pharmaciens et les médecins.

Sur la base des analyses publiées dans *Prescrire* de 2010 à 2012 (concernant les nouveaux médicaments, mais aussi d'anciens), voici une liste des principaux médicaments à écarter des soins et retirer du marché. Nous les présentons par domaine thérapeutique, puis par ordre alphabétique de dénomination commune internationale (DCI).

Il s'agit :

– de médicaments actifs mais qui exposent à des risques disproportionnés par rapport aux bénéfices qu'ils apportent ;

– de médicaments anciens dont l'utilisation est dépassée, car d'autres ont une balance bénéfico-risques plus favorable ;

– de médicaments récents dont la balance bénéfico-risques s'avère moins favorable que celle de médicaments plus anciens ;

– de médicaments dont l'efficacité n'est pas prouvée au-delà d'un effet placebo, et qui exposent à des dommages disproportionnés ;

– d'associations à doses fixes, qui cumulent l'exposition aux effets indésirables et aux interactions des médicaments qui les composent, sans apporter de gain notable d'efficacité.

Souvent, une meilleure option est disponible ; nous l'énonçons brièvement quand elle existe.

Cardiologie

– *L'alisquirène* (Rasilez^o), un antihypertenseur sans efficacité démontrée en termes de diminution des accidents cardiovasculaires, expose à un surcroît de troubles cardiovasculaires et d'insuffisances rénales (n° 341 p. 183 ; n° 349 p. 820). Autant en rester par exemple aux diurétiques et aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) éprouvés ;

– le *fénofibrate* (Lipanthyl^o ou autre), le *béza-fibrate* (Befizal^o) et le *cipro-fibrate* (Liponor^o ou autre), des hypocholestérolémiantes sans efficacité clinique démontrée, exposent à de nombreux effets indésirables, notamment cutanés, hématologiques et rénaux (n° 329 p. 193). Le *gemfibrozil* (Lipur^o), le seul fibrate avec une certaine efficacité démontrée, est un recours, à manier avec prudence, quand un fibrate est choisi ;

– *l'ivabradine* (Procoralan^o), sans avantage dans l'angor et dans l'insuffisance cardiaque, expose à des troubles visuels, des bradycardies parfois sévères et autres troubles du rythme cardiaque (n° 350 p. 900). Autant en rester aux traitements éprouvés ;

– le *nicorandil* (Adancor^o ou autre), un vasodilatateur avec une composante nitrée, sans efficacité démontrée au-delà de l'effet symptomatique dans l'angor, expose à des ulcérations cutanéomuqueuses parfois graves (n° 342 p. 268 ; n° 345 p. 516). Autant en rester par exemple à un dérivé nitré ;

– la *trimétazidine* (Vastarel^o ou autre), une substance aux propriétés incertaines utilisée dans l'angor sans efficacité démontrée au-delà de l'effet symptomatique, expose à des syndromes parkinsoniens, des hallucinations et des thrombopénies (n° 342 p. 260-261). Autant en rester aux traitements éprouvés ;

– les "vasodilatateurs", particulièrement ceux dérivés de l'ergot de seigle, utilisés dans les "déficits cognitifs neurosensoriels liés à l'âge" : la *dihydroergocryptine* (dans Vasobral^o), la *dihydroergocristine* (Iskédyl^o), la *dihydroergotoxine* (Hydergine^o), la *nicergoline* (Sermion^o ou autre), sans efficacité prouvée, exposent à des risques de fibroses notamment pulmonaires ou rétropéritonéales (n° 342 p. 260-261 ; n° 343 p. 361). Autant ne pas compter sur les médicaments dans ces situations ;

– l'association à doses fixes *cafédrine + théodrine* (Praxinor^o), des sympathomimétiques d'intérêt non démontré sur les hypotensions, et qui exposent à des effets indésirables cardiovasculaires graves ainsi qu'à des dépendances (n° 344 p. 421). En cas d'hypotension, mieux vaut se concentrer sur des mesures non médicamenteuses (bas de con- ►►

► tention, régime salé, etc.), voire utiliser avec précaution la *midodrine* (Gutron^o), faute de mieux (n^o 294 p. 263) ;

– la triple association à doses fixes *amlodipine + valsartan + hydrochlorothiazide* (Exforge HCT^o), qui expose à une utilisation abusive d'une trithérapie dans l'hypertension artérielle avec multiplication des effets indésirables et des interactions, à des risques d'erreurs de dosages liées au conditionnement inadapté (n^o 325 p. 809). Mieux vaut adapter avec précision la dose de chaque antihypertenseur quand une trithérapie semble nécessaire.

Cancérologie - Hématologie

Parmi les cytotoxiques commercialisés en France, 5 cytotoxiques cités ci-dessous sont à retirer du marché soit parce qu'ils ont une balance bénéfices-risques moins favorable que d'autres cytotoxiques mieux éprouvés, soit parce que des soins symptomatiques sans cytotoxique sont une meilleure option :

– le *catumaxomab* (Removab^o) n'augmente pas la durée de vie dans l'ascite maligne, et expose plus de trois quarts des patients à des effets indésirables graves (n^o 319 p. 332-335) ;

– le *panitumumab* (Vectibix^o), n'augmente pas la survie dans les cancers colorectaux métastasés, et expose à des effets indésirables chez environ 90 % des patients, dont des hypersensibilités et des atteintes cutanées (n^o 323 p. 666) ;

– la *trabectedine* (Yondelis^o), sans efficacité tangible démontrée dans les cancers de l'ovaire et les sarcomes des tissus mous, expose à des effets indésirables graves très fréquents, digestifs, hématologiques et hépatiques (n^o 326 p. 892) ;

– le *vandétanib* (Caprelsa^o), sans efficacité démontrée sur la survie dans les cancers médullaires de la thyroïde, expose à des effets indésirables graves chez 1 patient sur 3 (diarrhées, pneumonies, hypertensions) et à des morts subites (n^o 342 p. 256-259) ;

– la *vinflumine* (Javlor^o) n'apporte pas de progrès dans les cancers de la vessie, et expose à des effets indésirables hématologiques fréquents et parfois mortels (n^o 320 p. 415).

D'autre part, le *fer dextran* (Ferrisat^o) expose à davantage d'hypersensibilités que les autres spécialités à base de *fer* injectable disponibles (n^o 349 p. 819).

Dermatologie - Allergologie

– Le *tacrolimus* dermique (Protopic^o), un immunodépresseur dans l'eczéma, expose à des risques de cancers cutanés et de lymphomes, disproportionnés avec l'affection traitée (n^o 343 p. 345 + 361). Autant en rester à un dermocorticoïde géré à bon escient dans les poussées ;

– la *méquitazine* (Primalan^o), un antihistaminique H1 "sédatif" et "atropinique" dans les allergies, d'efficacité modeste, expose plus que d'autres antihistaminiques H1 à des troubles du rythme cardiaque (n^o 337 p. 819). Autant en rester à des antihistaminiques non "sédatifs" et non "atropiniques" tels que la *loratadine* (Clarityne^o ou autre) ou la *cétirizine* (Zyrtec^o ou autre) ;

– la *prométhazine* injectable (Phenergan^o), un antihistaminique H1 dans l'urticaire sévère, expose à des nécroses cutanées et des gangrènes (n^o 327 p. 59). Autant en rester à la *dexchlorphéniramine* injectable (Polaramine^o).

Diabétologie - Nutrition

– Les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4 (DPP-4), alias gliptines) tels que la *saxagliptine* (Onglyza^o), la *sitagliptine* (Januvia^o, Xelevia^o) et la *vildagliptine* (Galvus^o), sans efficacité clinique démontrée sur les complications du diabète (accidents cardiovasculaires, insuffisances rénales, atteinte neurologique, etc.). Ils ont un profil d'effets indésirables chargé, notamment des troubles de l'immunité, des pancréatites, des hypersensibilités (n^o 347 p. 655 ; n^o 349 p. 811). Autant en rester aux traitements éprouvés, tels la *metformine* (Glucophage^o ou autre), le *glibenclamide* (Daonil^o ou autre) et l'*insuline* ;

– l'*orlistat* (Xenical^o ou autre) a des effets indésirables (troubles digestifs très fréquents, atteintes hépatiques, etc.) et des interactions disproportionnés au regard d'une efficacité modeste

et temporaire en termes de perte de poids, sans preuve d'effet favorable à long terme (n^o 349 p. 829). Mieux vaut éviter les médicaments pour perdre du poids et s'en tenir à des mesures physiques et diététiques.

Gynécologie - Endocrinologie

– La *tibolone* (Livial^o), un stéroïde de synthèse dans le traitement hormonal substitutif de la ménopause, expose à des effets indésirables androgéniques en plus de ceux des estroprogestatifs (troubles cardiovasculaires, cancers du sein ou de l'ovaire, etc.) (n^o 320 p. 432). Quand un traitement hormonal est choisi malgré les risques, autant en rester à une association estroprogestative la plus faiblement dosée et pendant la durée la plus courte possible.

Gastro-entérologie

– La *dompéridone* (Motilium^o ou autre), un neuroleptique, expose à des troubles du rythme ventriculaire et des morts subites, disproportionnés par rapport aux symptômes traités, les reflux gastro-œsophagiens ou les nausées et vomissements (n^o 340 p. 108 ; n^o 341 p. 196). Selon les situations, d'autres médicaments ont une balance bénéfices-risques plus favorable, tels les antiacides ou l'*oméprazole* (Mopral^o ou autre) dans le reflux gastro-œsophagien ;

– le *prucalopride* (Resolor^o), un médicament apparenté aux neuroleptiques autorisé dans la constipation, expose à des troubles cardiovasculaires (n^o 328 p. 90-94). Autant en rester à des laxatifs minutieusement choisis quand une prise en charge diététique ne suffit pas.

Infectiologie

– La *moxifloxacin* (Izilox^o), une fluoroquinolone pas plus efficace que d'autres, expose à des syndromes de Lyell, à des hépatites fulminantes, et à un surcroît de troubles cardiaques (n^o 327 p. 12) ;

– la *télithromycine* (Ketek^o), un macrolide sans avantage sur les autres, expose à un surcroît de trou-

bles cardiaques, hépatiques et visuels (n° 316 p. 115).

Neurologie

– La *flunarizine* (Sibelium°) et l'*indoramine* (Vidora°), des neuroleptiques en prévention des crises de migraine, ont des effets indésirables excessifs au regard de l'efficacité (n° 318 p. 264 ; n° 321 p. 499). Autant préférer d'autres options, telles que le *propranolol* (Avlocardyl° ou autre) ;

– le *natalizumab* (Tysabri°), un immunodépresseur dont il n'est pas démontré qu'il soit plus efficace que les *interférons bêta* dans la sclérose en plaques, expose à des leucoencéphalopathies parfois mortelles, à des réactions d'hypersensibilité et à trop d'inconnues à long terme (n° 333 p. 508) ;

– la *tolcapone* (Tasmar°), un antiparkinsonien, expose à des atteintes hépatiques parfois mortelles (n° 330 p. 273-279). En dernière ligne l'*entacapone* (Comtan° ou autre) est une option.

Psychiatrie - Dépendances

Plusieurs médicaments contre la dépression sont à retirer car de nombreux autres antidépresseurs ont une balance bénéfices-risques plus favorable :

– l'*agomélatine* (Valdoxan°), d'efficacité douteuse, expose à des troubles hépatiques, pancréatiques, musculaires et cutanés (n° 351 p. 26) ;

– la *duloxétine* (Cymbalta°) expose à des atteintes hépatiques (n° 320 p. 423) ;

– le *milnacipran* (Ixel° ou autre) expose à un surcroît de troubles cardiaques et urinaires (n° 338 p. 906) ;

– la *tianeptine* (Stablon°) expose à des dépendances et à des atteintes hépatiques et cutanées (n° 339 p. 25 ; n° 345 p. 516 ; n° 349 p. 822) ;

– la *venlafaxine* (Effexor° LP ou autre) expose plus que d'autres antidépresseurs à des troubles cardiovasculaires (n° 343 p. 353).

D'autres psychotropes sont aussi à retirer :

– l'*asénapine* (Sycrest°) moins efficace que d'autres neuroleptiques dans les épisodes maniaques chez les patients



atteints de trouble bipolaire, expose à des hypoesthésies buccales et à des hypersensibilités parfois graves (n° 342 p. 255) ;

– l'*étifoxine* (Stresam°), d'efficacité mal évaluée dans l'anxiété, expose à des atteintes hépatiques (n° 349 p. 832). Autant préférer une benzodiazépine pour une durée la plus courte possible quand un anxiolytique est souhaitable ;

– le *méprobamate* utilisé comme anxiolytique dans Kaologais° (en association, dans les troubles fonctionnels digestifs avec anxiété), et dans Precyclan° (en association, dans le syndrome prémenstruel), expose à des effets indésirables cutanés et hématologiques sévères, et à des syndromes de sevrage (n° 336 p. 737). Autant préférer une benzodiazépine quand un anxiolytique est souhaitable.

Des médicaments commercialisés dans le sevrage tabagique sont à retirer, car ils ne sont pas plus efficaces que la *nicotine* et exposent à plus d'effets indésirables :

– la *bupropione* (Zyban°), un amphétaminique, expose à des troubles neuropsychiques, des malformations cardiaques congénitales, des dépendances (n° 339 p. 26-27 ; n° 342 p. 271) ;

– la *varénicline* (Champix°) expose à des suicides (n° 342 p. 271).

Pneumologie - ORL

– L'*almitrine* (Vectarion°), utilisée comme "oxygénateur" sans efficacité clinique démontrée dans la bronchopneumopathie chronique obstructive, expose à des neuropathies et des pertes de poids graves (n° 345 p. 505) ;

– la *pholcodine*, un opioïde, expose à un risque de sensibilisation aux curares (n° 349 p. 830). La toux est une affection bénigne qui ne justifie pas l'exposition à de tels risques ;

– les décongestionnants vasoconstricteurs par voies orale et nasale (l'*éphédrine*, la *naphazoline*, l'*oxymétazoline*, le *pseudoéphédrine* et le *tuaminoheptane*) exposent à des troubles cardiovasculaires disproportionnés pour des médicaments destinés à soulager des troubles bénins tels que le rhume (n° 342 p. 263-264 ; n° 345 p. 505 ; n° 348 p. 738 + 743) ;

– l'*omalizumab* (Xolair°), un anticorps monoclonal dans l'asthme persistant sévère, expose à des infections, des hypersensibilités et des troubles cardiaques (n° 324 p. 730-731) ; autant en rester à un corticoïde ; ▶▶

► – la *pirfénidone* (Esbriet[°]), un immunodépresseur sans efficacité démontrée dans la fibrose pulmonaire idiopathique, expose à des effets indésirables graves, cardiaques et cutanés entre autres (n° 350 p. 888-891). Autant en rester à une prise en charge symptomatique faute de mieux ;

– le *tixocortol* (associé avec la *chlorhexidine* dans Thiovalone[°]), expose à des réactions allergiques à type d'œdèmes cutanéomuqueux de la face, de glossites, voire d'œdèmes de Quincke (n° 320 p. 417). Autant en rester au *paracétamol* dans les maux de gorge.

Douleur - Rhumatologie

Antalgie. De nombreux antalgiques et anti-inflammatoires sont à retirer du marché. Des options avec une balance bénéfices-risques plus favorable sont disponibles. Le *paracétamol* est l'antalgique de premier choix : il est efficace et présente peu de dangers quand sa posologie est respectée. Certains anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), tels l'*ibuprofène* (Brufen[°] ou autre) et le *naproxène* (Naprosyne[°] ou autre), à la plus petite dose efficace et pour une durée la plus courte possible, sont une alternative.

– les coxibs : le *célécoxib* (Celebrex[°]), l'*étoricoxib* (Arcoxia[°]) et le *parécoxib* (Dynastat[°]) exposent à plus de risques cardiovasculaires et cutanés que d'autres AINS (n° 344 p. 419) ;

– la *floctafénine* (Idarac[°]), un AINS proposé comme antalgique, expose à des hypersensibilités dont des bronchospasmes et des œdèmes de Quincke (n° 321 p. 498) ;

– le *kétoprofène* en gel (Ketum[°] gel ou autre) expose à un surcroît de troubles cutanés par rapport à d'autres AINS topiques (n° 319 p. 338-339 ; n° 321 p. 501 et III de couv. ; n° 324 p. 735) ;

– le *néfopam* (Acupan[°] ou autre), un antalgique, expose à des effets atropiniques, des convulsions, des troubles hépatiques et des dépendances (n° 324 p. 738-739) ;

– le *nimésulide* (Nexen[°] ou autre), un AINS, expose à des atteintes hépatiques graves, voire mortelles (n° 327 p. 22-23 ; n° 335 p. 659) ;

– le *piroxicam* (Feldène[°] ou autre), un AINS, expose à un surcroît de troubles digestifs et cutanés (dont des syndromes de Lyell) (n° 321 p. 498).

Ostéoporose. Plusieurs médicaments commercialisés dans l'ostéoporose sont à retirer car leur efficacité est au mieux modeste et leurs effets indésirables sont parfois graves. Dans cette situation, autant en rester avec précaution à l'*acide alendronique* (Fosamax[°] ou autre), quand les moyens non médicamenteux et l'apport de calcium + vitamine D3 sont jugés insuffisants :

– le *dénosumab* (Prolia[°]) en prévention des fractures dans l'ostéoporose et dans la "perte osseuse" au cours du cancer de la prostate, expose à des douleurs dorsales et musculosquelettiques, et à des infections liées aux effets immunodépresseurs de cet anticorps monoclonal (n° 329 p. 168-172). Dans la "perte osseuse", on ne connaît pas de médicament satisfaisant ;

– le *strontium ranélate* (Protelos[°]) expose à des troubles neuropsychiques et à des hypersensibilités dont des syndromes de Lyell et des syndromes d'hypersensibilité multiorganique (alias Dress), et à des thromboembolies veineuses (n° 338 p. 902 + 910) ;

– le *tériparatide* (Forsteo[°]), un peptide, expose à des troubles digestifs, des syncopes secondaires à des hypotensions, et peut-être à un risque de tumeurs osseuses (n° 315 p. 18).

Arthrose. Des médicaments utilisés dans l'arthrose sont à retirer du marché car ils n'ont pas d'efficacité démontrée. Autant en rester au *paracétamol* en traitement de premier choix de la douleur :

– la *diacéréine* (Art 50[°] ou autre), expose à des troubles digestifs, des atteintes cutanées graves et des hépatites ;

– la *glucosamine* (Voltaflex[°] ou autre) expose à des réactions allergiques et à des troubles hépatiques (n° 323 p. 663) ;

Divers. D'autres médicaments utilisés principalement en rhumatologie sont à retirer du marché :

– des myorelaxants sans efficacité démontrée : le *méthocarbamol* (Lumi-

relax[°]) expose à de nombreux effets indésirables, dont des troubles digestifs et des atteintes cutanées ; et le *thiocolchicoside* (Coltramyl[°] ou autre), un dérivé de la *colchicine*, expose à des diarrhées, des gastralgies, et semble-t-il des convulsions (n° 321 p. 498 ; n° 313 p. 833). Autant en rester à d'autres traitements symptomatiques ;

– la *quinine* (Hexaquine[°], Okimus[°], Quinine vitamine C Grand[°]) dans les crampes, expose à des hypersensibilités, des troubles hématologiques, des troubles cardiaques disproportionnés au regard d'une efficacité marginale (n° 344 p. 421). On ne connaît pas de médicament avec une balance bénéfices-risques favorable dans les crampes ;

– la spécialité Colchimax[°] (*colchicine* + *poudre d'opium* + *tiémonium*) en raison de la présence de la *poudre d'opium* et du *tiémonium* qui masquent les diarrhées, un des premiers signes de surdose parfois mortelle de la *colchicine* (n° 350 p. 901). Autant en rester à la *colchicine* seule (Colchicine Opopcalcium[°]) ;

– l'association *dexaméthasone* + *salicylamide* + *salicylate d'hydroxyéthyle* (Percutalgine[°]) (n° 345 p. 505), et l'association *prednisolone* + *salicylate de dipropylène glycol* (Cortisal[°]) (n° 338 p. 898) qui exposent aux effets indésirables des corticoïdes et aux réactions d'hypersensibilité des salicylés ; autant en rester au *paracétamol* oral ou à l'*ibuprofène* topique (Advil[°] gel ou autre) pour soulager la douleur en cas d'entorse ou de tendinite, en complément de mesures non médicamenteuses (repos, glace, attelles, etc.).

Les soignants et patients ont intérêt à se préparer aux retraits du marché justifiés par les données de l'évaluation. Définir les objectifs des traitements, puis réviser les traitements à l'aune de ces objectifs aident à éviter de nombreux médicaments inutilement dangereux (1).

©Prescrire

1- Prescrire Rédaction "Objectifs des traitements à partager avec les patients" *Rev Prescrire* 2012 ; 32 (345) : 544-546.