

- La vaccination contre l'*influenza* peut être recommandée, en particulier chez les patients à risque (p.ex. les personnes âgées, les personnes atteintes d'une affection pulmonaire ou rénale chronique, les patients cardiaques). Les vaccins qui seront disponibles en Belgique pour la saison 2008-2009 peuvent être utilisés à cette fin [voir Folia d'août 2008].
- Il est conseillé de vérifier le statut vaccinal

contre la *polio*: si une vaccination complète a déjà été effectuée, un seul rappel à l'âge adulte (à partir de l'âge de 16 ans) confère en principe une immunité à vie; si la vaccination n'a pas été réalisée antérieurement ou si le statut vaccinal n'est pas connu, le schéma complet est recommandé (3 doses : 2<sup>ème</sup> dose 8 semaines après la 1<sup>ère</sup> dose, la 3<sup>ème</sup> dose 6 à 12 mois après la 2<sup>ème</sup> dose).

---

## RISQUE ACCRU DE FRACTURES AVEC LES GLITAZONES

L'attention a été attirée dans les Folia d'avril 2007 sur le risque accru de fractures (principalement au niveau des extrémités) observé dans plusieurs études - dont l'étude ADOPT - chez des femmes traitées par les glitazones pioglitazone (Actos®) et rosiglitazone (Avandia®; en association à la metformine: Avandamet®). Des données récentes provenant d'une analyse cas-témoins chez des patients diabétiques de type 2 apportent des arguments supplémentaires à ce sujet [*Arch Intern Med* 2008;168:820-5 avec un éditorial 793-5]. Les résultats de cette analyse suggèrent que l'utilisation de glitazones pendant une période d'environ 12 mois ou plus est associée à un risque accru de fractures ostéoporotiques non vertébrales (odds ratio: 2,43; intervalle de confiance à 95% de 1,49 à 3,95). Alors que, dans l'étude ADOPT, le risque de fractures ne concernait que les femmes, le risque de fractures concerne ici aussi les hommes, et des fractures au niveau du col fémoral ont également été observées. Il faut toutefois souligner que les données de cette analyse reposent sur un faible nombre de patients exposés aux glitazones (seulement 65 sur les 1.020 patients ayant présenté une fracture). Cependant, si l'on tient compte des autres effets indésirables des glitazones (entre autres prise de poids,

hépatotoxicité, rétention hydrosodée, risque d'insuffisance cardiaque), ainsi que des incertitudes quant à leurs effets à long terme sur la mortalité, la morbidité et les complications du diabète ainsi que de leur coût, il est préférable d'opter pour des hypoglycémiant oraux plus anciens tels que la metformine et les sulfamidés hypoglycémiant.

Comme mentionné dans le Répertoire, les glitazones peuvent être utilisées en association à la metformine ou à un sulfamidé hypoglycémiant en cas de contrôle insuffisant du diabète de type 2 par un hypoglycémiant oral à sa dose maximale, et lorsque l'association de metformine et d'un sulfamidé hypoglycémiant est contre-indiquée ou mal tolérée. Une intervention de l'INAMI est prévue pour l'association d'une glitazone à la metformine chez les patients en surcharge pondérale (IMC > 27 kg/m<sup>2</sup>) ne répondant pas suffisamment à la metformine seule, et pour l'association d'une glitazone à un sulfamidé lorsque la metformine est contre-indiquée ou mal tolérée. Dans les notices des glitazones figure également l'indication en monothérapie chez les patients diabétiques de type 2 avec une surcharge pondérale lorsque la metformine est contre-indiquée ou mal tolérée; cette indication ne fait pas l'objet d'une intervention de l'INAMI.