

sur l'incidence des fractures. A doses élevées, il entraîne une augmentation du risque de fractures non vertébrales ainsi que des effets indésirables gastro-intestinaux, et est sans effet sur l'incidence des fractures vertébrales. [N.d.l.r.: le fluor n'est pas indiqué dans l'ostéoporose.]

- Il n'existe aucune preuve quant à un effet des *phyto-estrogènes* [voir Folia de mars 2004] sur l'incidence des fractures.
- Les *thiazides* pourraient contrecarrer la perte osseuse, mais leur rôle dans la prise en charge de l'ostéoporose n'est pas prouvé.
- L'application de *ranélate de strontium* chez les femmes ménopausées ostéoporotiques fait actuellement l'objet d'études; une étude clinique récente a montré une diminution des récives de fractures vertébrales.

Noms de spécialités

Alendronate: Fosamax

Etidronate: Osteodidrone1

Raloxifène: Evista

Risédrionate: Actonel

Tériparatide: Forsteo (enregistré en Belgique, mais non commercialisé)

Tibolone: Livial (la prévention et le traitement de l'ostéoporose ne sont pas mentionnés comme indications dans la notice)

Note

Les références du présent article peuvent être consultées sur notre site web, ou être obtenues sur demande à l'adresse de correspondance.

VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA : HIVER 2004-2005

Composition

Les vaccins contre l'influenza répondant aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) pour l'hiver 2004-2005 sont les vaccins purifiés «split» ou «subunit» de composition suivante:

A/New Caledonia/20/99 (H1N1)-like strain

A/Fujian/411/2002 (H3N2)-like strain

B/Shanghai/361/2002-like strain

La composition des vaccins est modifiée par rapport à l'année dernière. Ils contiennent à présent le A/Fujian/411/2002 (H3N2)-like strain. Ceci s'explique par le fait que la plupart des cas d'influenza survenus dans l'hémisphère Nord durant la saison grippale 2003-2004 étaient dus à des virus influenza A (H3N2) très proches du A/Fujian/411/2002. Le vaccin qui était disponible lors de la

dernière saison grippale ne contenait pas de A/Fujian/411/2000 (H3N2)-like strain, mais il existait néanmoins une certaine immunité croisée protectrice contre cette souche [voir aussi «Bon à savoir» du 23 octobre 2003 sur notre site web; site web intéressant: <http://www.who.int/influenza>]

Groupes à risque

La prévention de l'influenza, et surtout de ses complications, requiert toujours une attention particulière. La vaccination annuelle reste recommandée étant donné que l'immunité induite par le vaccin est de courte durée. C'est un effort important pour le médecin de sélectionner les patients à risque et de les motiver à se faire vacciner. Les groupes à risque (entre autres les personnes de plus de 60 ans, particulièrement celles vivant en institution, les patients atteints d'une affection rénale, cardiaque ou métabolique, les enfants asthmatiques et peut-être aussi les femmes enceintes) ont été discutés en détails dans les Folia d'août 2002. En ce qui concerne la vaccination contre l'influenza chez les femmes enceintes ou désireuses d'une grossesse, un article de synthèse a été publié dans *La Revue Prescrire* [23, 766-769 (2003)]. Cet article conclut également que l'influenza augmente la morbidité chez la femme enceinte et le fœtus, et que les données sur l'innocuité du vaccin sont par ailleurs aussi rassurantes chez la femme enceinte. La grossesse n'est donc certainement pas une contre-indication à vacciner contre l'influenza.

La période optimale pour la vaccination s'étend de début octobre à fin novembre. Lorsque la vaccination a été effectuée pendant cette période, il n'est en principe pas nécessaire de la répéter au cours de la même saison, sauf dans certains cas chez l'enfant [voir Folia de décembre 2002 pour plus de détails].

Antiviraux contre l'influenza

On dispose depuis plusieurs années des «inhibiteurs de la neuraminidase» pour le traitement (oseltamivir, zanamivir) et la prévention (oseltamivir) de l'influenza. Selon les recommandations de NICE (*National Institute for Clinical Excellence*, via <http://www.nice.org.uk>), ces médicaments peuvent être envisagés pour le traitement ou la prévention de l'influenza chez les patients à risque, à condition de débiter le traitement dans les 48 heures qui suivent l'apparition des symptômes ou après exposition au virus. Il faut rappeler ici qu'on ne sait toujours pas si ces médicaments influencent favorablement ou non les complications graves de l'influenza et la mortalité dans les groupes à risque. De plus, leur rapport coût-bénéfice reste incertain. Le zanamivir et l'oseltamivir ne peuvent dès lors être considérés que comme un complément à la vaccination contre l'influenza: ils ne peuvent en aucun cas remplacer cette vaccination [voir Folia d'août 2003]. D'après un éditorial paru dans le *British Medical Journal* [328, 1391-1392 (2004)], les inhibiteurs de la neuraminidase auraient un rôle dans la prise en charge d'une éventuelle pandémie d'influenza.

Diagnostic de l'influenza

Etant donné que le diagnostic d'influenza est dans la pratique un diagnostic clinique, il est important d'en connaître les critères. Il est bien sûr aussi important de se tenir au courant de l'existence éventuelle d'une épidémie d'influenza dans la région. D'après le standard NHG «Influenza en influenzavaccinatie» (décembre 1996) du «*Nederlands Huisartsen Genootschap*», le diagnostic d'influenza repose sur les critères suivants:

- lors d'une épidémie d'influenza, en présence de 4 des symptômes mentionnés ci-dessous.
- en dehors d'une épidémie d'influenza déclarée, en présence de 6 de ces symptômes.

Ces symptômes sont:

- début brutal
- toux
- malaise général
- pas d'autres anomalies respiratoires qu'un érythème des muqueuses nasales et de la gorge
- fièvre
- frissons
- myalgies, douleurs diffuses
- contact avec l'influenza.

Communiqué par le Centre de Pharmacovigilance

ACIDOSE METABOLIQUE INDUITE PAR LE TOPIRAMATE

Le résumé des caractéristiques du produit (la notice scientifique) du TOPAMAX, un antiépileptique à base de topiramate, mentionne qu'il abaisse la concentration sérique de bicarbonate et qu'une acidose métabolique a été rarement rapportée.

Dans les études cliniques, un taux sérique de bicarbonate très bas (inférieur à 17 mEq/l et une diminution supérieure à 5 mEq/l depuis l'instauration du traitement) a été observé chez 3 à 11 % des patients traités par le topiramate (par rapport à 0 à 1% pour le groupe placebo). L'incidence était supérieure chez les patients de moins de 16 ans par rapport aux adultes.

Aux Etats-Unis, la firme responsable de la mise sur le marché du TOPAMAX a envoyé une lettre aux médecins pour attirer leur attention sur ce risque [via http://www.fda.gov/medwatch/SAFETY/2003/topamax_dhcp.pdf], consulté le 3 juin 2004]. Il y est recommandé de contrôler le taux de bicarbonate sérique (réserve alcaline) avant et pendant le traitement par le topiramate. En cas d'apparition d'une acidose métabolique il faut envisager une réduction de la posologie voire l'arrêt du traitement.