

paracétamol dans les lombalgies aiguës n'était pas bien étayée. L'étude PACE est la première étude rigoureuse ayant étudié cela.

- Doit-on pour autant abandonner tout usage du paracétamol dans les lombalgies aiguës suite à cette étude? Les investigateurs et les auteurs de l'éditorial se rapportant à l'étude² soulignent qu'il est trop tôt pour cela: les résultats doivent être confirmés dans des études complémentaires et dans d'autres populations de patients. En revanche, ces résultats doivent inciter à bien évaluer l'effet obtenu lors de chaque utilisation de paracétamol en cas de lombalgies aiguës, et d'arrêter la prise de paracétamol lorsqu'aucun effet favorable n'est constaté.

- Doit-on dorénavant conseiller plus rapidement un AINS, classiquement considéré comme second choix dans les lombalgies aiguës? Sûrement pas, le profil d'innocuité des AINS étant moins favorable que celui du para-

cétamol, et dans des études comparatives menées chez des patients souffrant de lombalgie aiguë, les AINS ne s'avéraient pas plus efficaces que le paracétamol³.

- La période de récupération rapide dans l'étude PACE pourrait s'expliquer selon les investigateurs par le fait que tous les patients dans l'étude avaient reçu de bons conseils et avaient été rassurés en ce qui concerne le pronostic. Les résultats de l'étude PACE suggèrent donc que ces conseils ainsi que le fait de rassurer le patient doivent occuper une place centrale dans la prise en charge des lombalgies aiguës en première ligne.

- Les patients dans l'étude PACE souffraient déjà de lombalgies depuis en moyenne 10 jours avant le début de l'étude. Cette étude ne permet donc pas de conclure quant à l'utilité d'une analgésie pendant les premiers jours d'une lombalgie aiguë.

2 www.thelancet.com, publication en ligne le 24/7, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60978-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60978-8)

3 *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000396. DOI: 10.1002/14651858.CD000396.pub3.

Bon à savoir

CONTRACEPTION D'URGENCE : DIMINUTION DE L'EFFICACITÉ CHEZ LES FEMMES OBÈSES ?

[Déjà paru dans la rubrique " Bon à savoir " sur notre site Web le 26/08/14]

Chez les femmes en surcharge pondérale (indice de masse corporelle ou IMC > 25), les contraceptifs oraux (sauf les estroprogestatifs de première génération à doses élevées) pourraient être moins fiables [voir Folia de mars 2005]. Une diminution de l'efficacité de la contraception d'urgence (*morning after pill*) a également été suggérée chez les femmes obèses (IMC > 30) sur base des résultats d'ana-

lyses post-hoc¹ de deux études randomisées ayant comparé l'efficacité du lévonorgestrel et de l'ulipristal dans le cadre de la contraception d'urgence: une augmentation statistiquement significative du risque d'échec de la contraception d'urgence par le lévonorgestrel a été constatée chez les femmes avec un IMC > 30 par rapport aux femmes avec un IMC < 25 (*odds ratio* 4,41; IC à 95% 2,05 à 9,44). Avec

1 *Contraception* 2011 ; 84 : 363-7 (doi :10.1016/j.contraception.2011.02.009)

l'ulipristal, l'augmentation du risque était moins importante et statistiquement non significative.

L'European Medicines Agency (EMA) a procédé à une évaluation de ces données, et le Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) a conclu récemment que les données disponibles sont trop limitées et ne permettent pas de conclure à une diminution de l'efficacité de la contraception d'urgence

chez les femmes obèses. Le CHMP est d'avis que la balance bénéfice-risque tant du lévonorgestrel que de l'ulipristal reste bénéfique et que ceux-ci peuvent être utilisés comme contraceptifs d'urgence indépendamment du poids corporel.² Le CHMP rappelle que la contraception d'urgence doit être prise le plus rapidement possible après le rapport sexuel, et que la contraception d'urgence n'est à utiliser qu'en cas de nécessité et ne peut pas remplacer l'usage régulier de contraceptifs.

2 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2014/07/WC500170056.pdf

En bref

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a révisé **la fiche de vaccination concernant la vaccination contre l'hépatite B chez l'adulte** (la fiche peut être consultée sur www.health.belgium.be/filestore/4930389_FR/fichede vaccinationhepatiteB06032013.pdf, version de mars 2013). Outre les groupes-cibles préalablement définis pour la vaccination contre l'hépatite B (voir chapitre 12.1.1.7. dans le Répertoire), le CSS recommande désormais aussi la vaccination (1) aux personnes n'ayant pas encore été vaccinées et qui présentent une affection hépatique chronique non due à une hépatite B et (2) aux personnes n'ayant pas encore été vaccinées qui présentent un diabète de type 1 ou 2 et ont moins de 60 ans. L'ajout du groupe de « diabétiques de moins de 60 ans » aux groupes-cibles pour la vaccination repose principalement sur une analyse menée aux États-Unis, dont il ressort que les diabétiques entre 23 et 59 ans présenteraient un risque deux fois plus élevé d'hépatite B aiguë que les personnes non diabétiques (risque

relatif de 2,1; IC à 95 % 1,6 à 2,8). Chez les diabétiques âgés de plus de 60 ans, cette augmentation du risque n'était pas statistiquement significative. Ce risque accru est mis en relation avec un contrôle insuffisant de l'infection lors de l'utilisation partagée de glucomètres ou d'autopiqueurs dans les établissements de soins.¹ Dans les maisons de repos flamandes, quelques foyers d'hépatite B ont été rapportés en 2003, 2006 et 2007, en particulier chez les patients diabétiques âgés; les foyers étaient ici aussi corrélés au non-respect des mesures d'hygiène lors des contrôles glycémiques chez les diabétiques.^{2,3} Chez tous les patients diabétiques, il est important de respecter les règles d'hygiène et d'utiliser un autopiqueur individuel pour chaque patient; la surface de contact de l'autopiqueur avec la peau doit être bien nettoyée après chaque utilisation. Les glucomètres qui entrent en contact direct avec la goutte de sang ne peuvent être utilisés que par un même patient. Si ces précautions sont respectées, il n'y a pas de danger de transmission.

1 Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 2011; 60:1709-1711

2 www.infectieziektebulletin.be/defaultSubsite.aspx?id=9876#_UfkIUNI3BMg

3 www.infectieziektebulletin.be/uploadedFiles/Infectieziektebulletin/2010/71_2010_1/art1TweeclustersHepatitisBinrsthuisen.doc