

A PROPOS DU RAMADAN ET DES VACCINATIONS LORS DU PELERINAGE ANNUEL A LA MECQUE

Le Ramadan

Le 1^{er} septembre 2008, débute le Ramadan annuel, ce qui implique pour les musulmans un mois de jeûne du lever au coucher du soleil.

Les femmes enceintes et les malades chroniques en sont exemptes, mais certains feront néanmoins le choix de jeûner. Nous renvoyons aux articles antérieurs des Folia en ce qui concerne les problèmes pouvant se poser en cas de jeûne chez les personnes prenant des médicaments plusieurs fois par jour [voir Folia de septembre 2006] et chez les patients diabétiques [voir Folia de septembre 2006 et de septembre 2007].

Quelques précisions concernant les patients atteints d'un diabète de type 2 [entre autres *Brit Med J* 2007;335:613-4].

- Il est préférable d'établir un plan d'adaptation du schéma thérapeutique avant le début du Ramadan. Il peut par ex. être nécessaire de remplacer des préparations à longue durée d'action par des préparations à plus courte durée d'action.
- Il est préférable que le patient prenne à chaque repas des aliments riches en fibres et dont l'index glycémique est faible. Après le coucher du soleil, le patient attendra de préférence une demi-heure après la prise de ses hypoglycémiantes avant de prendre des aliments riches en sucre (p. ex. plus de 3 dattes: les dattes sont en effet utilisées traditionnellement pour interrompre le jeûne).
- Les patients diabétiques qui jeûnent doivent être particulièrement attentifs aux symptômes d'hypoglycémie et doivent toujours avoir avec eux des comprimés de glucose p. ex. En cas de symptômes d'hypoglycémie, ils doivent interrompre le jeûne pour la journée et consulter leur médecin traitant afin de prendre des mesures ultérieures.

Vaccinations lors du pèlerinage annuel à la Mecque (*hajj*)

En décembre 2008, des millions de musulmans entreprendront le *hajj*, le pèlerinage annuel à la Mecque. Le pèlerinage comporte un certain nombre de risques pour la santé, et une bonne préparation, entre autres en ce qui concerne les vaccinations, est dès lors importante.

- Les autorités de la santé en Arabie Saoudite exigent une preuve de vaccination contre les *méningocoques ACWY* (en Belgique: Men-cevax®) pour les adultes et les enfants à partir de l'âge de 2 ans. Le vaccin doit être administré au moins 10 jours avant le départ, et la vaccination reste valable pendant 3 ans. La vaccination consiste en une seule injection sous-cutanée. Pour une protection prolongée, une vaccination de rappel est indiquée tous les trois ans. Chez les enfants, la protection conférée par le vaccin n'est certainement pas optimale. Pour une protection prolongée chez les enfants de 2 à 5 ans, une deuxième dose doit être administrée un an après la première injection, suivie d'une vaccination de rappel tous les 3 ans. Si nécessaire (régions à risque de méningocoques A et W135), le vaccin peut être administré aux enfants dès l'âge de 3 mois, mais une vaccination de rappel doit dans ce cas être effectuée après 3 mois, puis après 18 mois et après 3 ans. Le vaccin contre les méningocoques ACWY peut être administré à partir de 2 semaines après l'administration du vaccin monovalent contre les méningocoques du sérotype C. [*The Lancet* 2006;367:1008-15; www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/fmeningo.pdf; www.cdc.gov/travel/content/Hajj.aspx]

- 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^{ème} dose 8 semaines après la 1^{ère} dose, la 3^{ème} dose 6 à 12 mois après la 2^{ème} 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/m²) 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.