

Nouvelles des Congrès

par le Dr Patricia Eeckeleers • Médecin généraliste • 5590 Leignon

Semaine à l'étranger

Malte, du 23 au 30 avril 2005

Dépendance tabagique

Fumer est un comportement complexe dont l'origine et le maintien sont multifactoriels. Cela signifie que l'accompagnement du fumeur a toujours une composante psychologique, le sevrage n'étant que la première étape de l'abstinence. La dépendance est de 3 ordres.

La pharmacodépendance à la nicotine, du même ordre de grandeur que celle à l'alcool ou à l'héroïne, a nécessité une habitude du fumeur à son toxique: fumer au début n'engendre pas de sensations agréables! C'est là que porte l'aide donnée par les substituts nicotiniques

La dépendance réflexe c'est-à-dire les automatismes: au réveil, en voiture, après le repas...

La dépendance fonctionnelle: la cigarette prend une place importante voire centrale dans la vie du fumeur. Elle compense un déséquilibre en matière de plaisir ou de stress

Pour vivre, les besoins de l'être humain doivent être assouvis. Or à chaque besoin (exemple: besoin de s'alimenter), correspondent des signaux (bâillement, ventre qui crie) qui, s'ils ne sont écoutés, deviennent de plus en plus intolérables (irritabilité, lipothymie...) Le fumeur masque ces signaux d'alerte et donne une réponse unique à tous ses besoins.

Autrement dit, arrêter de fumer ne signifie pas l'abandon d'un plaisir, mais plutôt la satisfaction réelle des besoins psychiques et physiques. Cela signifie aussi que lors du sevrage, il ne s'agira plus de parler de «compensation» à la cigarette, mais de lever le rôle compensatoire de la cigarette pour être à l'écoute de ses émotions et agir en conséquence. Ceci nécessite évidemment un changement d'attitude et de comportement.

D'après l'exposé et l'atelier «Comment augmenter la motivation au sevrage tabagique?» animé par M. Luc Schreiden, psychologue et les Drs J. Lambert, MG à St Denis Bovesse et M. Dupuis, MG à Gembloux

Comment augmenter la motivation au sevrage?

«La motivation est le moteur de l'action, la réserve de carburant dans laquelle la personne ira puiser le courage de se décider et l'énergie nécessaire pour changer». La volonté n'est que le fruit de cette motivation. Il faut ôter de l'esprit du fumeur l'idée que la volonté est une caractéristique de personnalité, ce qui le culpabilise et le conforte dans sa décision de persister à fumer.

La motivation se construit en **4 étapes** dont l'ordre doit être respecté, sous risque d'échec.

- 1) Il faut au préalable la prise de conscience de l'**existence** du problème «tabac»
- 2) Et ensuite, de la **gravité** du problème.
- 3) Par après, le patient doit prendre **connaissance des solutions** possibles.
- 4) Et en dernier lieu, il devra prendre **confiance** en sa capacité à mettre en œuvre ces solutions.

Ceci permettra au fumeur de passer de son statut de «fumeur heureux» à celui de «fumeur ambivalent» pour enfin aboutir au stade de «ex-fumeur heureux». Au cours de cette progression, il est intéressant de dresser avec le patient le tableau de toutes ses méconnaissances («je vais prendre 10 kg», «je vais être infernal», ...)

La décision d'arrêt est l'aboutissement de tout ce cheminement. Cette décision implique un changement profond de mode de vie et de fonctionnement, ce qui signifie qu'elle ne peut être prise à la place du patient. Cette décision est de telle importance que la date de celle-ci est considérée comme un instant «magique» dont l'ex-fumeur se rappellera longtemps.

D'après l'exposé et l'atelier «Comment augmenter la motivation au sevrage tabagique?» de M. Luc Schreiden, psychologue et des Drs Jules Lambert, MG à St Denis Bovesse et M. Dupuis MG à Gembloux

Principes de vaccinologie

Les vaccins entraînant une protection contre les toxines demandent des rappels systématiques (tétanos, diphtérie, coqueluche...). Par contre, ceux donnant une protection contre les virus nécessitent de moins en moins de rappels avec souvent une immunité à vie (hépatite A, hépatite B, rougeole, rubéole...) La protection se fait par l'intermédiaire de **l'immunité cellulaire et de l'immunité humorale** (production d'anticorps). L'immunité cellulaire donne une bonne mémoire immunitaire de durée variable. Via l'immunité humorale, la vaccination tend à assurer des anticorps de bonne qualité pour obtenir une protection optimale de durée si possible définitive.

La vaccination entraîne une **diminution de l'incidence** de la maladie de 95 à 100%, le but étant une diminution de 100%, c'est-à-dire la disparition du pathogène de la Terre. Cela est envisageable pour autant que le seul réservoir du pathogène soit un réservoir humain.

Tout relâchement de la politique de vaccination, fréquente lorsque la maladie devient rare, retarde celle-ci. Un bon exemple est la coqueluche. Beaucoup d'adultes ne sont plus immunisés contre celle-ci. Or, grâce au vaccin acellulaire, on peut vacciner les adultes et donc envisager d'interrompre le cycle de contamination des très jeunes enfants qui sont contaminés par les membres de leurs famille avant qu'ils aient pu recevoir la vaccination. C'est pourquoi le Conseil supérieur d'hygiène (CSH) suggère de faire une vaccination de rappel chez l'adolescent qui n'aurait pas reçu au moins 4 doses de vaccins coqueluche. Le CSH demande aussi qu'une attention spéciale soit donnée aux adultes en contact avec les nourrissons: les jeunes parents et les proches contacts familiaux ainsi que le personnel soignant en pédiatrie et dans les milieux d'accueil de la petite enfance. Ce rappel doit se faire une fois et pas tous les 10 ans. Le Boostrix® contient cette valence

coqueluche acellulaire actuellement recommandée chez l'adolescent en tant que rappel au USA, Canada.

Le rôle des adjuvants est de plus en plus important. Ceux-ci permettent, par exemple, que les anticorps liés aux vaccins contre les HPV 16 et 18, donnent une immunité humorale et cellulaire de plus longue durée, moyennant des rappels de vaccination, au contraire des maladies correspondantes qui ne sont absolument pas immunisantes. Ils permettent aussi de mélanger différents vaccins dans la même injection, tout le défi consistant à obtenir une aussi bonne immunité avec celle-ci qu'avec les vaccins utilisés séparément, ce qui n'est pas si évident. Les adjuvants doivent être adaptés lorsque plusieurs vaccins sont combinés pour précisément ne pas interférer mais potentialiser les réponses immunitaires. C'est pourquoi il ne faut pas mélanger des vaccins monovalents. Et pour les mêmes motifs, un vaccin combiné doit repasser tous les tests d'efficacité comme tout nouveau vaccin. Ceux-ci permettront sans doute de rattraper les non répondeurs à la vaccination anti-hépatite B. En effet, le pourcentage de ceux-ci est de 5% pour lesquels le fait d'augmenter et de répéter les doses administrées ne sert à rien. Par contre, grâce à la bonne mémoire immunitaire engendrée par ce vaccin, l'immunité est à vie, même si le dosage des anticorps s'est effondré. L'administration concomitante du vaccin contre les hépatites A et B (Twinrix®) les potentialise tous les deux.

D'après l'exposé «Mémoire immunitaire et perspectives en immunologie» du Pr M. De Ridder, ULB

Vaccins: peu de risque

L'allaitement n'est jamais une contre indication à la vaccination !

Pendant la **grossesse**, tout dépend du type de vaccin et de l'âge de la grossesse. Par principe, les vaccinations non urgentes seront postposées.

Après vaccination, une **réaction locale** est habituelle et normale : elle signe le déclenchement du système immunitaire, l'injection d'anatoxine engendrant souvent plus de douleur. Le **choc anaphylactique** résulte d'une sécrétion d'IgE largement supérieure à celle d'IgG.

Actuellement, l'**allergie aux œufs** n'est plus d'actualité pour le vaccin RRO. Par contre, on doit y penser dans le contexte d'une vaccination contre la grippe

La réaction d'Arthus s'enclenche quand il y a un excès d'antigènes opposé à trop d'anticorps. Elle peut survenir en cas de revaccination intempestive. Elle est rare. La relation entre **vaccination anti-hépatite B et sclérose en plaques** n'a jamais

été prouvée malgré les grosses études entreprises. De plus, l'administration de ce vaccin chez des patients atteints de sclérose en plaques n'a engendré aucun excès de poussées.

D'après l'exposé «Mémoire immunitaire et perspectives en immunologie» du Pr M. De Ridder, ULB

Actualité en vaccinologie

Il est remarquable que nous disposons actuellement de 2 vaccins contre le cancer : le vaccin contre l'hépatite B et bientôt le vaccin contre les HPV 16 et 18, responsables dans 74% des cas du cancer du col de l'utérus (Cervarix®).

Pour certains vaccins, tel que **RRO** il faut 2 doses. Ne pas appliquer la seconde, comme c'est le cas chez plus de 40% des enfants en Wallonie, est une situation dangereuse. En effet, pour le vaccin RRO, les deux doses sont indispensables afin d'éradiquer les maladies et s'inscrire dans le projet d'élimination qui nécessite un taux de vaccination élevé et ce pour les deux doses. Vu le nombre important d'enfants ne recevant pas la seconde dose (si pas la 1^{re}), il sera sans doute nécessaire de faire administrer les 2 doses pendant la deuxième année de vie. En cas de non vaccination, les 2 doses peuvent être injectées à 1 mois d'intervalle (recommandation de l'OMS d'avril 2004). La **varicelle** est la maladie infantile vaccinable actuellement la plus fréquente avec un taux de morbidité et de mortalité non négligeable. Un vaccin (belge!) contre la varicelle est actuellement déjà disponible pour les enfants (Varilrix®). Ce vaccin sera sans doute bientôt disponible en combinaison avec le Priorix® sous le nom de Priorix-Tetra®. Le vaccin actuel (Varivax®) n'est pas indiqué chez l'enfant immunodéprimé.

D'après l'exposé «Mémoire immunitaire et perspectives en immunologie» du Pr M. De Ridder, ULB

Vaccin anti-grippe

Le vaccin anti-grippe est indiqué actuellement **dès 50 ans** car le risque de complications est à cet âge relativement jeune de 30% même en cas de parfaite santé. Il est actuellement aussi conseillé chez la **femme enceinte** dès le 2^e trimestre. La Société canadienne de pédiatrie le recommande également **chez les enfants** :

- âgés de 6 mois à 13 ans car le risque d'hospitalisation est plus élevé en cas de grippe (2 demi doses à 4 semaines d'intervalle),
- vivant avec des patients pour lesquels la vaccination est recommandée
- vivant avec des nourrissons de moins de 6 mois.

Chez l'enfant de 3 à 12 ans, 2 doses seront administrées à 4 semaines d'intervalle, du

moins si une première vaccination anti-grippe n'a jamais été réalisée auparavant. L'amantadine est inefficace sur les nouveaux virus de la grippe. Les antiviraux de choix sont le zanamivir (Relenza®) et l'oseltamivir (Tamiflu®).

D'après l'atelier «Vaccinations : actualisation» animé par le Pr M. De Ridder, ULB, et le Dr. V. Momin, MG à Waterloo

Actualité en vaccinologie

Les pathologies graves à pneumocoques surviennent avant l'âge d'1 an. Cela implique d'administrer nécessairement le nouveau **vaccin anti-pneumocoque** (Prevenar®) avant l'âge d'1 an.

En cas de **vaccination contre l'hépatite B**, l'association de celui-ci au vaccin de l'hépatite A (Twinrix®) augmente le taux de répondeurs chez l'adulte. La protection pour ces deux vaccins, après une vaccination complète chez le sujet sain, est à vie.

Le vaccin antipolio oral (virus atténué) donne une immunité de plus de 25 ans.

Le tétanos, la coqueluche et la diphtérie ne sont pas des maladies immunisantes à vie. La vaccination de rappel est recommandée tous les 10 ans. La coqueluche est une maladie oubliée mais gravissime chez le nourrisson. Sa durée est de 100 jours et elle ne bénéficie d'aucun traitement véritablement efficace. Actuellement, il peut être recommandé chez toute personne en contact avec des petits enfants de faire une fois, à la place du rappel tétanos-diphtérie classique (Tedivax® pro adulto), une dose de Boostrix®. La varicelle est devenue la maladie d'enfance la plus fréquente chez nos enfants.

Le vaccin anti-varicelleux (Varilrix® : vaccin belge!) est primordial chez les enfants immunodéprimés. Par contre, il pourrait être aussi proposé dans un but de protection de la population à condition que plus de 85% des nouveaux-nés et adolescents soient vaccinés. C'est la raison pour laquelle un vaccin combiné RRO-varicelle sera proposé bientôt. Un vaccin pour adulte dans ce contexte est à l'étude.

Les HPV 16 et 18 sont responsables de la majorité des cancers du col de l'utérus, 2^e cancer en importance chez la femme en Belgique. La vaccination pour la prévention du cancer du col de l'utérus avec **Cervarix® (vaccin belge!)** est à l'étude. Les résultats préliminaires concernant l'efficacité sont extrêmement encourageants et déjà publiés.

Toutefois, celle-ci ne rendra pas le frottis de dépistage obsolète car d'autres HPV sont également oncogènes.

Un **vaccin oral contre le rotavirus (Rotarix®)** sera bientôt sur le marché. Il nécessitera 2 doses à 1 mois d'intervalle.

D'après l'atelier «Vaccinations : actualisation» animé par le Pr M. De Ridder, ULB, et le Dr. V. Momin, MG à Waterloo