

par le Dr^s Anne-Sophie MICHELmédecin généraliste • annsomichel@gmail.comrmg@ssmg.be

Aspects juridiques de la vaccination

Au niveau juridique, il est important de mentionner que l'information du patient constitue aujourd'hui une source importante de responsabilité du médecin. Le patient peut reprocher au médecin un défaut d'information ou même de conseil sur la gravité des pathologies pouvant être couvertes par la vaccination, sur les possibilités vaccinales disponibles, leur efficacité et les risques d'effets indésirables qu'elles comportent. La vérification de l'immunisation peut également constituer une source de responsabilité pour le praticien, et donc l'absence de proposition de vaccination. (ASM)

Rédaction Médecine. Aspects juridiques de la vaccination.
Revue Médecine mars 2017 ; vol 13 n°3 (136-141).

Mots-clés : vaccination, prévention, juridiction.

Vaccination : élimination de maladies

AVERTISSEMENT

La «Revue des revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au secrétariat de la SSMG.

Tous les vaccins n'ont pas la même efficacité ni le même but. Certaines maladies **ont pu être éliminées** grâce à la vaccination, telles que la diphtérie et la poliomyélite. Ces vaccinations ont un but de protection de la personne elle-même mais aussi de la collectivité. Une couverture vaccinale maximale de la population est indispensable pour faire disparaître totalement ces maladies. Les infections invasives d'*Hæmophilus Influenzæ* de type b (Hib) ont également quasiment disparu depuis la vaccination systéma-

tique, même chez les 0-3 mois qui ne sont pas encore vaccinés. Il existe donc une immunité de groupe protégeant les nourrissons non-vaccinés.

Il existe aussi des maladies **qui auraient pu être éliminées mais qui ne le sont pas** par défaut de couverture vaccinale. Citons par exemple le tétanos, qui si le schéma est respecté, protège le patient à 100 %. En France entre 2004 et 2013, 111 cas de tétanos ont été notifiés, dont 26 % de décès, tous évitables par la vaccination.

La rougeole fait également partie des pathologies pouvant être éliminées si la couverture vaccinale était de 95% pour la 1^{re} dose et de 90 % pour la 2^e. Ces chiffres ne sont pas atteints et expliquent les épidémies survenues récemment. À nouveau, la vaccination ici protège la personne elle-même mais également ceux qui ne peuvent être vaccinés (contre-indication telle qu'immunodépression). Selon une étude française, sur 10 décès liés à la rougeole, 7 concernaient des sujets immunodéprimés qui n'avaient pu être vaccinés. Leur seul salut aurait été assuré par une vaccination adéquate du reste de la population. N'oublions donc pas et tachons de rappeler à nos patients cette composante altruiste de la vaccination !

D'autres maladies **peuvent être éliminables à terme mais la couverture vaccinale est actuellement insuffisante** : l'hépatite B (adolescents et adultes à risque), le méningocoque C. Pour ce dernier, le schéma vaccinal propose une dose à 1 an ou 1 dose de rattrapage (jusque 24 ans en France). L'immunité de groupe a son importance ici aussi. Mais la couverture vaccinale est décevante malgré la gravité connue des atteintes par méningocoque C.

Pour conclure, si certaines maladies ont pu être éradiquées (ou quasiment), c'est uniquement grâce à une couverture vaccinale quasi-totale (variole, diphtérie, poliomyélite, Hib). Les niveaux insuffisants de couverture vaccinale atteints pour la vaccination rougeole-rubéole-oreillons, méningocoque C, ainsi que grippe et hépatite B, sont à l'origine d'une morbi/mortalité que l'on peut considérer comme inacceptable et qui devrait être l'objet d'une priorité en santé publique. (ASM)

Rédaction Médecine. L'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale en 2017. Revue Médecine mars 2017 ; vol 13 n°3 (103-109).

Mots-clés : vaccination, prévention.



Trouble bipolaire

Les troubles bipolaires sont très souvent sous-diagnostiqués. Ils concerneraient 2 % de la population mondiale, plus 2 % de formes infracliniques. Ils débutent souvent chez l'adolescent ou l'adulte jeune. Le délai moyen entre le début de la maladie et son diagnostic et traitement est de 5 à 10 ans. Le diagnostic est clinique. Les conséquences de cette pathologie psychiatrique sont importantes, avec notamment un risque majeur de suicide (50 % feront au moins une tentative de suicide, 15 % décéderont par suicide). Le lithium reste le traitement de référence malgré ses nombreux effets secondaires qui nécessitent une mise au point préalable complète et un suivi régulier.

Rédaction Médecine. Le trouble bipolaire : une pathologie aux lourdes conséquences. Revue Médecine février 2017 ; vol 13 n°2 (65-68).

Mots-clés : trouble bipolaire, dépression, psychiatrie.

Signes d'appel des troubles bipolaires

Dans la population des adolescents et des adultes jeunes plus particulièrement, il faudra être attentif à tout changement de comportement rompant avec le fonctionnement habituel (repli sur soi, prise de drogues, décrochage scolaire, etc.). Devant tout épisode dépressif, il faut rechercher les signes qui permettraient d'évoquer un trouble bipolaire : la dépression bipolaire sera souvent précoce (< 25 ans), à début et fin abruptes, avec hypersomnie, hyperphagie, inhibition psychomotrice marquée et irritabilité. Elle n'est pas toujours facile à distinguer d'une dépression unipolaire. Il faut y penser également dans le cas de pathologies telles que troubles anxieux, troubles des conduites, addictions, et devant tout passage à l'acte suicidaire. Des épisodes maniaques peuvent être retrouvés à l'anamnèse personnelle, tout comme des antécédents familiaux de bipolarité. (ASM)

Rédaction Médecine. Le trouble bipolaire : une pathologie aux lourdes conséquences. Revue Médecine février 2017 ; vol 13 n°2 (65-68).

Mots-clés : trouble bipolaire, dépression, psychiatrie.

Colchicine et crise de goutte

La colchicine, antimitotique utilisé dans le traitement des crises de goutte, a une marge thérapeutique très étroite. La survenue d'une diarrhée évoque une dose toxique. Les effets toxiques plus graves peuvent être des agranulocytoses, anémies et thrombopénies. Il faut l'utiliser à la dose la plus basse possible. Chez un patient adulte sain, la dose de charge est de 1 mg, voire 2 mg le 1^{er} jour à réduire le plus rapidement possible. Chez un patient avec des facteurs de risque de toxicité (patients âgés, insuffisance rénale, médication associée – médicaments inhibiteurs du CYP3A4 ou de la glycoprotéine P), elle est de 0,5 mg/jour.

Rappelons que les 1^{ers} traitements d'une crise de goutte sont l'application locale de glace et l'utilisation d'un anti-inflammatoire non-stéroïdien. La colchicine ne doit être utilisée qu'en seconde intention ou si contre-indication aux AINS. (ASM)

Rédaction Prescrire. Colchicine : posologies précisées pour ce médicament à risque d'intoxications graves. Revue Prescrire avril 2017 ; 37 (402) ; 257.

Mots-clés : crise de goutte, colchicine, toxicité.

Zolpidem : assimilé stupéfiant

En France, depuis le 10 avril 2017, les spécialités à base de zolpidem sont soumises en partie à la réglementation des stupéfiants : l'ordonnance doit être rédigée en toutes lettres, avec le dosage, le nombre d'unités par prise et le nombre de prise. Cette décision fait suite aux résultats de plusieurs enquêtes françaises concernant ce produit. Son utilisation hors autorisation de mise sur le marché (AMM) augmente, c'est la 1^{re} substance apparentée aux benzodiazépines retrouvée dans les falsifications d'ordonnances, dans les détournements d'utilisation et dans les utilisations à des fins criminelles. Prescrire rappelle donc que devant des troubles du sommeil, il est indispensable de débuter par des traitements non médicamenteux, et qu'ensuite le 1^{er} choix doit être une benzodiazépine de type oxazépam (demi-vie intermédiaire, pas de métabolite actif et ne passe pas par le foie). (ASM)

Rédaction Prescrire. Zolpidem : assimilé stupéfiant. Revue Prescrire avril 2017 ; 37 (402) ; 258.

Mots-clés : somnifère, z-drugs, stupéfiant.