

GRUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 20/12/2018

Identifiant du groupe : 78110LEV001

Secrétaire : Dr HAMI-WERY

Modérateur : Dr MAURY

Temps 1 exemples :

•Problèmes soulevés par le groupe

- Dossier 1 : femme de 50 ans, conjugopathie, asthénique, mari en arrêt pour burn out, patiente dépressive ?, voir psychologue, pas de traitement dépressif (uniquement si 3 critères majeurs) – sur HAS 2017– pas de problème
- Dossier 2 : femme de 80 ans, colère fatigue anxiété, incontinence et difficulté urinaire, pic monoclonal. Différents types d'incontinence
- Dossier 3 : homme de 88 ans, IC, IRC et érysipèle, traitement par Augmentin
- Dossier 4 : homme de 63 ans, gêne inguinale droite majorée par la marche : hernie inguinale – chirurgie – chez le sujet âgé quand s'abstenir
- Dossier 5 : femme de 78 ans, gastralgie avec « blocage gastrique », fibro en 2018 ras, RGO, refuse le traitement, IPP à la demande. Sur prescription d'IPP, alginates ?
- Dossier 6 : femme de 66 ans, assistante maternelle, suite à une angioplastie, souhaite avis du médecin avant de prendre le traitement du cardiologue : Pravastatine, Plavix, Kardegic, Xarelto, Esidrex : statine dose maximum tolérable
- Dossier 7 : homme de 66 ans, retraité, vaccin antigrippe et renouvellement (Symbicort, Exforge) – recommandation du suivi pneumologique
- Dossier 8 : enfant de 9 ans, prurit anal, anite streptococcique, traitement par Amoxicilline – pas de recommandation trouvée
- Dossier 9 : femme de 76 ans, asthmatique traitée par Seretide, rôle dans l'ostéonécrose de hanche

Question à traiter :

- 1 - Indications des IPP (pleine et demi dose) et alternatives ?
- 2 - Indication de la sérologie HP (remboursement) ?

SPECIALISTE RHUMATOLOGUE

• Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe

Indication du vaccin antipneumococcique (INVS) :

Cf en annexe 1

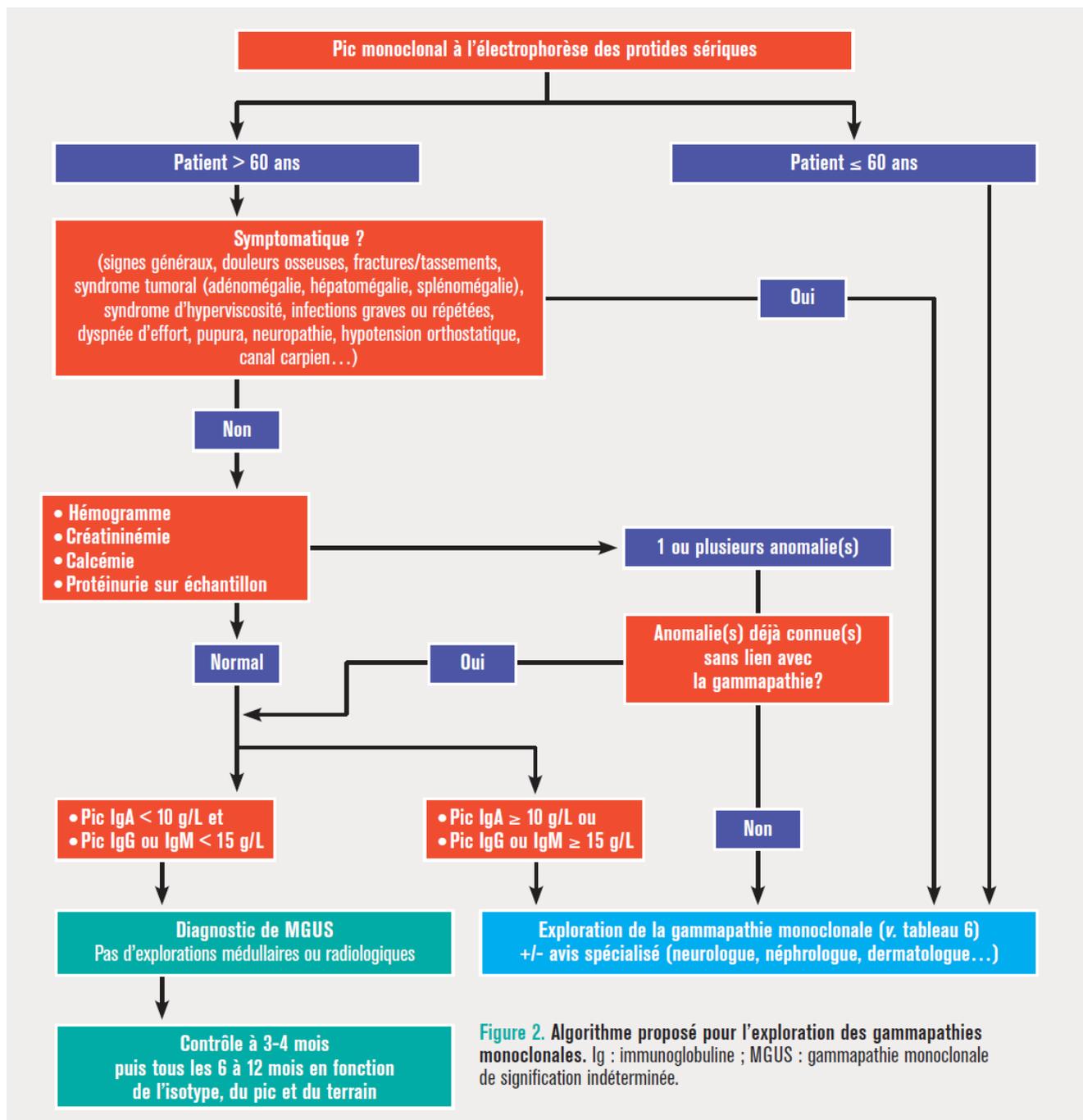
Cochrane Octobre 2018

Entraînement des muscles pelviens 75% d'amélioration pour incontinenes d'effort et 50% dans les incontinenes impériosités (rééducation du reflexe détrusorien inhiteur) – kiné Mme Constantini le Pecq

Cochrane Octobre 2018 :

Confirmation de l'intérêt d'un traitement séquentiel par antibiotique (macrolides 3 jours par semaine) dans la prévention des surinfections de BPCO mais pas de gain sur la mortalité

Algorithme de prise en charge des Gammopathie monoclonale chez un patient asymptomatique



•Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...

Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

Hôpital de Poissy – Dr Mallet – Les Maisonnées - gériatre

Temps 3

- **Synthèse des cas compliqués :**

Acouphènes bilatérales à 32 ans après manipulation par ostéopathe

- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**

- **autres...**

Réponses à la question posée lors de la séance précédente :

Lancet 2009 : calcium et vit D, intérêt sur les fractures (1 fracture pour 63 patients traités pendant 3 à 5 ans) chez la personne âgée

Prescrire : ¼ de réduction de fracture du col fémoral avec vit D et calcium (800 UI)

Médecin générale : cf annexe 2

CONSENSUS DU GROUPE :

Pas d'intérêt du dosage de la vitamine D

Sans institution et moins de 70 ans : pas de vitamine D

Plus de 70 ans et institutionnalisé (ou ne sortant pas) : selon prescrire : vit D 800 UI avec calcium

SPECIALISTE NEUROLOGUE

Dr Yeung, Clinique St Germain

Dr Delafosse Eodie, à la place de Romatet

Dr Pico, hôpital André Mignot, Le Chesnay

Dr Zighoudi, idem

AVC à Poissy numéro pour les médecins

Hôpital Foch – neurologue

Dr Yaici Sadek, 6 rue Alsace Lorraine, Rueil-Malmaison

DOSSIER N°8 du 10 DECEMBRE

Infections invasives à pneumocoque : vaccination

Les infections invasives à pneumocoque (IIP) – méningites, sepsis et bactériémies (isolées ou associées à une pneumonie) – sont des infections bactériennes graves dues à *Streptococcus pneumoniae*. Elles touchent essentiellement le jeune enfant et l'adulte de plus de 50 ans.

Chaque année, 6 000 à 7 000 cas d'infections bactériémiques et 500 à 700 cas de méningites à pneumocoque étaient recensés en France métropolitaine au début des années 2000⁽¹⁾. Le taux de mortalité de ces infections bactériémiques est élevé, de 10 % à 30 % chez l'adulte⁽²⁾. Chez les nourrissons, la vaccination contre le pneumocoque, recommandée dès l'âge de 2 mois, a permis de réduire de plus de 50 % le nombre d'IIP chez l'enfant de

moins de 2 ans. L'immunité de groupe induite par la couverture vaccinale élevée chez le nourrisson a permis de réduire d'un quart l'incidence de ces infections quel que soit l'âge. Chez l'adulte et chez l'enfant immunodéprimés ou présentant des facteurs de risque d'acquisition d'IIP, les modalités de vaccination ont fait l'objet de trois avis du Haut Conseil de la santé publique en 2012, 2013 et 2017⁽³⁻⁵⁾.

Infections invasives à pneumocoque

Le pneumocoque est la première cause de pneumonie bactérienne communautaire de l'adulte et la première cause de méningite bactérienne chez l'enfant de moins de 1 an. Cette bactérie est également responsable d'otite moyenne aiguë de l'enfant et de sinusite chez l'adulte. La résistance possible

de cette bactérie à la pénicilline est un facteur d'inquiétude qui justifie également pleinement une stratégie de prévention efficace. La vaccination pneumococcique a, en effet, permis de réduire la fréquence des souches de sensibilité diminuée à la pénicilline ou à l'érythromycine.

- (1) Données du réseau Epibac accessible sur : <http://www.invs.sante.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-invasives-d-origine-bacterienne-Reseau-EPIBAC/Bulletin-du-reseau-de-surveillance-des-infections-invasives-bacteriennes>
- (2) Lynch J.P. III, Zhanel G.G. *Streptococcus pneumoniae*: epidemiology, risk factors, and strategies for prevention. *Seminars in respiratory and critical care medicine* 2009 ; 30 n°2 : p. 189-209.
- (3) Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) du 16 avril 2012 relatif aux recommandations vaccinales spécifiques des personnes immunodéprimées ou aspléniques : <http://www.hcsp.fr/explorer.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=257>
- (4) Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) du 25 avril 2013 relatif aux recommandations de la vaccination pour les adultes et les enfants âgés de plus de 2 ans à risque d'infection invasive à pneumocoque : https://www.mesvaccins.net/textes/20130425-Avis_pneumo.pdf
- (5) Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) du 10 mars 2017 relatif aux recommandations vaccinales contre les infections à pneumocoque pour les adultes : <http://www.hcsp.fr/explorer.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=614>

Les recommandations chez les nourrissons dans le cadre du calendrier des vaccinations

Il est recommandé de vacciner tous les nourrissons dès l'âge de 2 mois contre les infections invasives à pneumocoque⁽⁵⁾.

Enfants de moins de 2 ans	
Une dose de VPC13 à l'âge de 2, 4 et 11 mois	Prématurés et nourrissons à risque d'IIP : une dose additionnelle de VPC13 à l'âge de 3 mois

VPC13 : vaccin pneumococcique conjugué 13-valent.

Chez le nourrisson en primovaccination, le VPC13 est administré de manière concomitante avec le vaccin hexavalent (diphtérique, tétanique, coquelucheux acellulaire, *Haemophilus influenzae* type b, poliomyélite inactivé, hépatite B).

Quelles sont les personnes à risque d'infection invasive à pneumocoque ?

Tous les nourrissons et les enfants de plus de 2 ans, adolescents et adultes **immunodéprimés** ou présentant **une maladie chronique prédisposant** à la survenue d'une infection invasive à pneumocoque **sont concernés par la vaccination contre le pneumocoque**. L'immunogénicité des vaccins peut être moindre dans cette population, ce qui explique la nécessité de schémas spécifiques de vaccination. La vaccination est ainsi recommandée pour :

> Les patients dans la situation suivante

- Immunodéprimés :
 - patients aspléniques ou hypospléniques (dont les drépanocytoses majeures) ;
 - patients atteints de déficits immunitaires héréditaires ;
 - patients infectés par le VIH, quel que soit le statut immunologique ;
 - patients sous chimiothérapie pour tumeur solide ou hémopathie maligne ;
 - patients transplantés ou en attente de transplantation d'organe solide ;
 - patients greffés de cellules souches hématopoïétiques ;
 - patients traités par immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique ;
 - patients atteints de syndrome néphrotique.
- Présentant une brèche ostéo-méningée ou candidats à des implants cochléaires.

> Les patients à risque du fait d'une maladie sous-jacente prédisposant à la survenue d'IIP

- cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance cardiaque ;
- insuffisance respiratoire chronique, bronchopneumopathie obstructive, emphysème ;
- asthme sévère sous traitement continu ;
- insuffisance rénale ;
- hépatopathies chroniques de toutes origines ;
- diabète non équilibré par le simple régime.

(5) Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017. Ministère de la Santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/calendrier-vaccinal>

Quels sont les vaccins disponibles ?

- Le vaccin pneumococcique polysidique conjugué protège contre 13 sérotypes (VPC13: Prévenar 13®). Il est utilisé :
 - dans la vaccination des nourrissons avant 2 ans ;
 - au-delà de 2 ans pour les enfants, adolescents et adultes présentant un risque accru de morbidité et de mortalité dû aux infections invasives à pneumocoques (voir tableau ci-dessous).
- Le vaccin pneumococcique polysidique non conjugué protégeant contre 23 sérotypes (VP23 : Pneumovax®). Il est indiqué chez les personnes âgées de 2 ans et plus, présentant un risque accru de morbidité et de mortalité dû aux infections invasives à pneumocoques (voir tableau ci-dessous).

Les vaccins sont pris en charge par l'Assurance maladie dans le cadre des recommandations inscrites au calendrier des vaccinations (voir tableaux).

À partir de septembre 2017, le Pneumovax® remplacera le Pneumo 23®.

Quels sont les schémas et vaccins proposés chez les personnes à risque d'IIP ?

Dans un souci de simplification, l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de mars 2017 a uniformisé le schéma de vaccination des enfants de plus de 5 ans et des adultes, quel que soit le niveau de risque, et recommandé un schéma mixte composé d'une dose de VPC13 suivie d'une dose de VP23. Il a introduit la notion d'un rappel unique par le VP23 avec un délai d'au moins cinq ans après la première dose.

Enfants de 2 à 5 ans à risque d'IIP*	
Antérieurement vaccinés avec VPC13	Non antérieurement vaccinés
1 dose de VP23 à l'âge de 24 mois	2 doses de VPC13 (M0, M2), suivies d'1 dose de VP23 (M4)

Enfants de plus de 5 ans et adultes à risque d'IIP*		
Non antérieurement vaccinés	Vaccinés depuis plus d'un an avec VP23	Vaccinés antérieurement avec la séquence VPC13-VP23
1 dose de VPC13, suivie d'1 dose de VP23 deux mois plus tard	1 dose de VPC13. Revaccination par VP23 avec un délai d'au moins cinq ans après le dernier VP23	1 dose de VP23 avec un délai d'au moins cinq ans après le dernier VP23

* voir supra : Quelles sont les personnes à risque d'infection invasive à pneumocoque ?

VPC13: vaccin pneumococcique conjugué 13-valent.

VP23: vaccin pneumococcique polysidique non conjugué 23-valent.

Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés concernent des réactions attendues bénignes et transitoires. Il s'agit pour :

- Pneumovax®, d'une sensibilité, érythème et gonflement au site d'injection et d'une fièvre légère ou modérée d'une durée inférieure à 48 heures ;
- Prevenar 13®,
 - d'une sensibilité locale et d'irritabilité chez l'enfant/adolescent ;
 - d'une douleur au site d'injection et de réactions systémiques à type de fatigue, céphalées et myalgies chez l'adulte.

Comme tout médicament, les vaccins peuvent être responsables de réactions allergiques. Toutefois, les réelles réactions anaphylactiques post-vaccinales sont très rares (1 cas pour 1,5 million de vaccinations).

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) rappelle que tout médecin doit déclarer immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou à un produit dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) dont il dépend géographiquement : les coordonnées figurent sur le site Internet de l'ANSM [ansm.sante.fr].

Pour en savoir plus

- Santé publique France : dossier thématique « Infections à pneumocoque » sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-a-pneumocoque>
- Agence nationale du médicament et des produits de santé : ansm.sante.fr
- Haut Conseil de la santé publique : hscsp.fr
- Ministère des Solidarités et de la Santé : solidarites-sante.gouv.fr

L'essentiel

- Les infections invasives à pneumocoque (IIP) dont les méningites chez l'enfant et les pneumonies chez l'adulte sont des maladies infectieuses graves responsables d'une morbidité et d'une mortalité élevées.
- **Il est recommandé de vacciner tous les nourrissons dès l'âge de 2 mois** contre les IIP. Le schéma standard comprend une dose du vaccin pneumococcique conjugué 13-valent (VPC13) à l'âge de 2 et 4 mois, avec un rappel à l'âge de 11 mois ; chez les prématurés et nourrissons à risque d'IIP, le schéma comporte une dose de vaccin à 2, 3 et 4 mois, avec un rappel à l'âge de 11 mois.
- **Les nourrissons, les enfants de plus de 2 ans et les adultes immunodéprimés ou à risque d'IIP** en raison d'une maladie sous-jacente **doivent être vaccinés contre le pneumocoque** ; le type de vaccin et le nombre de doses varient selon l'âge (2 à 5 ans ou 5 ans et plus) et des vaccinations contre le pneumocoque réalisées antérieurement (cf. *tableau page précédente*).

Ce document est disponible en téléchargement sur le site de Santé publique France : www.santepubliquefrance.fr

Rédacteurs : Khadoudja Chemlal et Christine Jestin (Santé publique France).

Ont contribué à ce document : F. Billiaert, M. Boubour, I. Chevalier, S. Derouard, D. Escourrolle, S. Gilberg, A. Jacquet, O. Launay, A. Lepoutre, H. Partouche.



Le site de référence qui répond à vos questions

DI07-036-170E



La supplémentation vitaminocalcique est utile pour prévenir les fractures ostéoporotiques

Calcium associé ou non à la vitamine D dans la prévention des fractures et de la perte osseuse chez les patients âgés de plus de 50 ans : méta-analyse

Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: a meta-analysis

Tang BM, Eslick GD, Nowson C et al.

Lancet 2007;370:657-66.

Contexte

Les fractures d'origine ostéoporotique sont un problème croissant de santé publique dans le monde. Le traitement vitaminocalcique est une réponse préventive peu coûteuse, mais dont l'efficacité sur la diminution de l'incidence des fractures reste incertaine. Une méta-analyse de tous les essais contrôlés randomisés (ECR) évaluant l'efficacité de ce traitement permettrait d'améliorer l'état des connaissances sur cette question.

Objectif

Évaluer l'efficacité du traitement vitaminocalcique dans la prévention des fractures ostéoporotiques.

Population étudiée

Tous les patients âgés de 50 ans et plus, suivis en ambulatoire ou en institution, et inclus dans les ECR sélectionnés.

Méthode

La recherche documentaire des ECR publiés et non publiés a été effectuée sur PubMed, Embase, Current Content, Cochrane Database, mais aussi par recherche manuelle à partir des revues de la littérature, des référentiels et des résumés de communications scientifiques.

La méthode a respecté les critères de qualité du « QUOROM » (*quality of reporting of meta-analyses*). Tous les ECR ayant recruté des patients âgés de 50 ans et plus, et comparé la supplémentation en calcium ou en calcium associé à de la vitamine D au placebo, avec comme critères de jugement principaux les

fractures ou la modification de la densité osseuse mesurée par ostéodensitométrie étaient éligibles.

Le critère de jugement principal était la survenue de fractures, quel que soit le site. Le critère de jugement secondaire était la différence de densité osseuse.

Les doses thérapeutiques minimales dans les ECR sélectionnés devaient être de 1 200 mg pour le calcium et de 800 UI pour la vitamine D.

Résultats

À partir de 7 867 références repérées, 29 ECR ($n = 63\,897$ patients) ont été sélectionnés pour l'analyse finale. L'âge moyen des patients était de 67,8 ans ($\pm 9,7$). 13 ECR ont comparé un traitement vitaminocalcique au placebo, les autres ont comparé la supplémentation calcique seule au placebo.

Les 17 ECR ayant comme critère de jugement principal la survenue de fractures étaient de meilleure qualité méthodologique. Parmi ces 17 essais, la réduction du risque relatif de fracture de tout type était de 12 % (RR = 0,88 ; IC95 = 0,83-0,95). Il faut traiter 63 patients pendant 3,5 ans pour éviter une fracture. Parmi les huit essais où l'observance a été mesurée à plus de 80 %, la réduction du risque relatif de fracture était plus élevée (24 %).

Parmi les 24 essais ayant évalué l'efficacité sur la densité osseuse, un effet bénéfique du traitement vitaminocalcique a été observé avec une diminution de la perte osseuse de 0,54 % (IC95 = 0,35-0,73 ; $p = 0,0001$) pour la hanche et de 1,19 % (IC95 = 0,76-1,61 ; $p < 0,0001$) pour le rachis. Les personnes carencées en vita-

mine D avaient une réduction du risque plus importante (NNT = 30 pendant 3,5 ans) mais la différence avec les non carencés n'était pas significative.

L'efficacité du traitement était significativement plus importante en institution qu'en l'ambatoire (RR = 0,76 versus 0,94 ; $p = 0,003$). Il en était de même quand la consommation alimentaire de calcium était faible (< 700 mg/j) (RR = 0,80 versus 0,95 ; $p = 0,008$) et quand le traitement respectait des doses quotidiennes $\geq 1\ 200$ mg de calcium ou ≥ 800 UI de vitamine D. L'efficacité du traitement s'améliorait

aussi avec l'âge et un faible indice de masse corporelle. L'effet des études non publiées n'a pas diminué les résultats favorables du traitement vitaminocalcique.

Résultat principal

La supplémentation calcique plus ou moins associée à de la vitamine D est efficace pour prévenir les fractures ostéoporotiques et diminue la perte osseuse au niveau de la hanche et du rachis chez la personne âgée. Il faut traiter 63 personnes âgées pendant 3 à 5 ans pour éviter une fracture.

Commentaires

Les conclusions de cette méta-analyse rejoignent celles d'autres méta-analyses⁽¹⁾. L'effet montré, en prévention primaire, sur une très large population, est toutefois modeste. La prévention des fractures ostéoporotiques consiste, en premier, à encourager les personnes âgées à avoir une activité physique régulière sans se cacher du soleil, une alimentation pouvant fournir 1 200 mg de calcium (produits laitiers essentiellement) et de la vitamine D d'origine alimentaire (poisson gras, jaunes d'œufs, huile de foie de morue, etc.). Ces conseils hygiéno-diététiques font partie des recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS)⁽²⁾. La prévention des risques de chute chez les personnes âgées fait aussi partie des mesures de prévention (en particulier la limitation des médicaments à risque).

La supplémentation vitaminocalcique demeure toutefois utile chez les personnes âgées de plus de 70 ans, vivant en milieu institutionnalisé, ne bénéficiant pas de la source essentielle de vitamine D, le soleil, et ayant une alimentation pauvre en calcium. La recherche d'une bonne observance double l'efficacité de ce traitement. Bien que cette méta-analyse ne l'ait pas étudié précisément, les rapports bénéfice/risque et coût/efficacité de la supplémentation vitaminocalcique semblent bons.

En pratique, les recommandations de l'AFSSAPS⁽³⁾ de 2006 restent valables : les traitements médicamenteux de l'ostéoporose sont recommandés en cas de fracture par fragilité osseuse, si l'ostéodensitométrie confirme l'origine ostéoporotique (grade A). En l'absence de fractures, l'ostéodensitométrie n'est indiquée qu'en cas de facteurs de risque d'ostéoporose. Un T-score inférieur ou égal à 2,5, un âge supérieur à 60 ans, et l'association de facteurs de risque d'ostéoporose permettent de discuter la décision de traiter (grade A). La correction de carences vitaminocalciques s'impose dans tous les cas.

Alain MOREAU – UFR Lyon

Références

1. Prescrire rédaction. Vitamine D et prévention des fractures. Rev Prescr 2006;26:764-5.
2. Programme national Nutrition-Santé 2001-2005. Site Internet de la DGS : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/>
3. AFSSAPS. Traitements médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. Recommandations. Actualisation 2006.