Les réponses de vos confrères à vos questions

1. Les antidépresseurs et la rémission

? À quel rythme doit-on diminuer ou cesser un antidépresseur après une rémission bien installée?

— Question posée par
Dr Louis Damphousse, Montréal

Ce mois-ci :

1. Les antidépresseurs et la rémission
2. La microalbuminurie
3. La spondylite ankylosante
4. Les produits naturels et la ménopause
5. Le syndrome de Gilles de la Tourette
6. La BTX-A
7. L'artérite temporale
8. Les ARA
9 Les contraceptifs oraux
10. L'herpès zoster

Docteur Pierre Savard a répondu :

Tous les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), à l'exception de la fluoxétine (Prozac®), doivent être cessés graduellement afin d'éviter un syndrome de retrait. Ainsi, pour la paroxétine (Paxil®), on recommande de diminuer la dose à raison de 10 mg par semaine jusqu'à l'obtention d'une dose de 10 mg par jour. Par la suite, on peut cesser complètement la paroxétine ou prescrire une dose quotidienne de 5 mg pendant une semaine avant de cesser le traitement.

De façon plus générale, on recommande de ne pas diminuer plus de 25 % de la dose par semaine. Pour la venlafaxine (Effexor®), on recommande également une diminution graduelle pendant une période de deux à quatre semaines, selon la dose. Quant au bupropion (Wellbutrin®), il peut être arrêté abruptement.

Avec la mirtazapine (Remeron^MC), des symptômes comme des étourdissements, des nausées, de l'anxiété, de l'insomnie et des paresthésies ont été rapportés à la suite d'un arrêt brusque de ce médicament. On recommande donc de diminuer graduellement les doses de ce traitement après un usage prolongé.

Dr Savard est professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal, et psychiatre, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Références

1. Bezchlibnyk-Butler, KZ, Jeffries, JJ : *Clinical Handbook of psychotropic drugs.* Hogrefe and Huber, 2003, 309 p.
2. Sadock, BJ, Sadock, VA : *Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins, 2003, 1 460 p.

2. La microalbuminurie

? Y a-t-il un danger d'hypotension avec un IECA prescrit pour une microalbuminurie chez un patient qui présente une tension artérielle normale?

— Question posée par Dr Marc A. Hétu, Saint-Chrysostome

Docteur Christian Constance a répondu :

Il faut se rappeler que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ont souvent été étudiés chez les patients atteints d'hypertension légère, modérée et grave. Leurs effets antihypertenseurs sont bien établis. Au cours des dix dernières années, les chercheurs ont constaté que les bloqueurs du système rénine-angiotensine, incluant les IECA, offrent une cardioprotection et une néphroprotection chez les personnes atteintes d'athérosclérose ou de diabète, même normotendus. On n'a qu'à penser à l'étude *Heart Outcomes Prevention Evaluation* (HOPE), à l'étude *European Trial on Reduction of Cardiac Events with Perindopril in Stable Coronary Artery Disease* (EUROPA) et à l'étude *Quinapril Ischemic Event Trial* (QUIET). Dans chacun de ces essais, les chercheurs ont étudié des personnes qui présentaient de multiples facteurs de risque d'athérosclérose ou de diabète, sans nécessairement inclure des gens hypertendus. La conclusion générale de ces études est que les IECA réduisent la morbidité et la mortalité chez les personnes à haut risque, même si celles-ci sont normotendues.

Par conséquent, la réponse à la question serait de prescrire un IECA à un patient qui souffre de microalbuminurie, puisque le bénéfice dépasse de loin le risque de complication, même si ce patient est normotendu. Cependant, il faut débuter le traitement avec de faibles doses et titrer graduellement. L'on sait que plus la tension artérielle est basse au début d'un traitement avec IECA, moins la chute de tension artérielle sera importante. De plus, les études citées précédemment confirment que le taux de complication d'hypotension était extrêmement faible chez les patients normotendus.

Dr Constance est chargé d'enseignement clinique, Université de Montréal, et cardiologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

3. La spondylite ankylosante

? Je soupçonne une spondylite ankylosante chez un patient. Dois-je demander un test de HLA-B27?

— Question posée par Dr François Perreault, Sainte-Anne-de-Bellevue

Docteure Monique Camerlain a répondu :

Le HLA-B27 est un gène normal que l'on retrouve chez environ 8 % de la population. Il est fréquemment associé aux spondyloarthropathies, comme la spondylite ankylosante (90 %), le syndrome de Reiter (75 à 80 %), la spondylite associée au psoriasis (50 %) et la spondylite reliée aux entéropathies (50 %). Le diagnostic d'une spondylite ankylosante, selon les Critères de New York (1984), repose sur la présence d'une sacro-iliite radiologique et de signes cliniques. Le HLA-B27 ne fait pas partie de ces critères. Lorsqu'il est présent, il renforce le diagnostic de spondylite, mais sa présence ne permet pas, à elle seule, de poser ce diagnostic.

Dre Camerlain est membre conseil, Service de rhumatologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

4. Les produits naturels et la ménopause

? Les produits naturels sont-ils recommandés pour maîtriser les bouffées de chaleur rencontrées durant la ménopause?

— Question posée par Dre Isabelle Collin, Sainte-Foy

Docteur Paul Bessette a répondu :

Deux produits me semblent intéressants, quoique les données concernant leurs bienfaits soient limitées.

1. L'actée à grappes noires (*black cohosh*), à raison de 20 mg administré 2 fois par jour, représenterait la meilleure option, selon une revue systématique récente.[1] Il ne faut toutefois pas la suggérer aux patientes qui prennent un modulateur sélectif des récepteurs œstrogéniques, car cela semble inefficace chez ces dernières (probablement à cause d'une concurrence au niveau du récepteur œstrogénique).[2,3]
2. Les phytœstrogènes et le soya peuvent également contribuer à améliorer la situation. Ils peuvent être consommés dans la diète de la patiente. Trois études à répartition aléatoire récentes n'ont cependant pas pu démontrer une efficacité supérieure au placébo.[4-6] D'autres formes de ces produits existent ou arriveront bientôt sur ce marché florissant.

Il faut s'assurer qu'ils ne contiennent pas de composés œstrogéniques (des extraits d'igname, par exemple), si ce n'est pas ce qui est désiré. Il existe également d'autres solutions : l'huile d'onagre (*evening primrose oil*), la vitamine E, l'hespéridine bioflavonoïde, la vitamine C et l'acide férulique. L'acupuncture et l'exercice aérobique régulier ont aussi démontré une certaine efficacité pour traiter les bouffées de chaleur chez les femmes ménopausées.[7] D'autres suggèrent également d'y associer la prise de *Dong quai* (*Angelica sinensis*) ou de trèfle rouge (*Trifolium pratense*).[8]

Dr Paul Bessette est professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, et obstétricien-gynécologue.

Références

1. Huntley, AL, Ernst, E : Systematic review of herbal medicinal products for the treatment of menopausal symptoms. Menopause 10(5):465, 2003.
2. Loprinzi, CL, Zahasky, KM, Sloan, JA, et coll. : Tamoxifen-induced hot flashes. Clinical Breast Cancer 1(1):52, 2000.
3. Seidlova-Wuttke, D, Hesse, O, Jarry, H : Evidence for selective estrogen receptor modulator activity in a black cohosh (Cimicifuga racemosa) extract: Comparison with estradiol-17beta. European Journal of Endocrinology 149(4):351, 2003.
4. Penotti, M, Fabio, E, Modena, AB, et coll. : Effect of soy-derived isoflavones on hot flushes, endometrial thickness, and the pulsatility index of the uterine and cerebral arteries. Fertil Steril 79(5):1112, 2003.
5. Nikander, E, Kikkinen, A, Metsa-Heikkila, M, et coll. : A randomized placebo-controlled crossover trial with phytoestrogens in treatment of menopause in breast cancer patients. Obstet Gynecol 101(6):1213, 2003.
6. Tice, JA, Ettinger, B, Ensrud, K, et coll. : Phytoestroen supplements for the treatment of hot flashes: The Isoflavone Clover Extact (ICE) study. JAMA 290(2):207, 2003.
7. Philp, HA : Hot flashes - A review of the literature on alternative and complementary treatment approaches. Alternative Medicine Review 8(3):284, 2003.
8. Rock, E, DeMichele, A : Journal of Nutrition 133(11 Suppl 1):3785S, 2003.

5. Le syndrome de Gilles de la Tourette

? Qu'advient-il des adultes atteints du syndrome de Gilles de la Tourette?

— Question posée par Dre Andrée A. Guay, Saint-Césaire

Docteur Sylvain Chouinard a répondu :

Il est très difficile de répondre à cette question, car il existe peu de littérature médicale à ce sujet. Toutefois, un article récent démontrait que, bien que 90 % des sujets atteints aient eu des tics persistant à l'âge adulte, ceux-ci rapportaient une amélioration des symptômes.[1] L'expérience clinique corrobore cette étude. On observe une meilleure maîtrise des symptômes à l'âge adulte. Toutefois, certains patients adultes demeureront très symptomatiques et nécessiteront un traitement pharmacologique. Il s'agit souvent de patients qui présentent une comorbidité importante.

Dr Chouinard est neurologue, Hôpital Sainte-Justine.

Référence

1. Pappert, EJ, Goetz, CG, Louis, ED, et coll. : Objective assessments of longitudinal outcome in Gilles de la Tourette's syndrome. Neurology 14:61(7):936, 2003.

6. La BTX-A

? J'aimerais obtenir plus d'informations sur l'emploi de la toxine botulinique de type A (BTX-A). Je souhaite l'utiliser pour traiter certains patients, mais je veux d'abord mieux connaître les lignes directrices.

— Question posée par
Dr S.K. Budhoo, Terre-Neuve

Docteur Alastair Carruthers et Docteure Jean Carruthers ont répondu :

L'emploi de la BTX-A à des fins esthétiques a fait l'objet de nombreuses études. La seule préparation commercialisée de BTX-A disponible au Canada est Botox®. Plusieurs articles ont été publiés à ce sujet. Nous vous recommandons de lire le numéro spécial intitulé « Use of Botulinum Toxins » publié dans le numéro de mai 2003 de la revue *Dermatologic Surgery* (volume 29, numéro 5) et le numéro d'octobre 2003 de la revue *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vous pouvez également obtenir de plus amples renseignements concernant les techniques d'injection de Botox® en visitant notre site Internet (*www.carruthers.net*).

Dr Carruthers est professeur clinicien de dermatologie, Université de la Colombie-Britannique, et Dre Carruthers est professeure clinicienne d'ophtalmologie, Université de la Colombie-Britannique.

7. L'artérite temporale

? La testostérone peut-elle contrecarrer les effets cataboliques de la prednisone chez un homme âgé de 50 ans atteint d'une artérite temporale traitée avec de la prednisone, à une dose de 50 mg? Les résultats de l'examen physique et des analyses biochimiques sont normaux, y compris le dosage de l'antigène prostatique spécifique.

— Question posée par
Dr Steve Coyle, Manitoba

Docteur Philip A. Baer a répondu :

Il est peu probable que la testostérone s'oppose aux effets cataboliques de la prednisone administrée à une dose élevée chez ce patient.

Afin de réduire au minimum les risques d'effets indésirables des corticostéroïdes, il faut tenter de diminuer la dose de prednisone de façon progressive, et ce, le plus rapidement possible.

Chez les patients atteints d'une artérite temporale, les corticostéroïdes à dose élevée doivent être administrés d'emblée afin de prévenir la perte de la vue. Toutefois, dans la plupart des cas, la dose quotidienne de prednisone peut être abaissée dans la plage de 7,5 mg à 10 mg au cours des 4 semaines suivant le début du traitement. Cette stratégie réduit au minimum les effets indésirables bien connus des corticostéroïdes sur la peau, les muscles et les os. De plus, afin de prévenir l'ostéoporose pouvant être reliée à la stéroïdothérapie chez ce patient qui entreprend un traitement avec de la prednisone (dont la durée prévue est de plus de 3 mois à des doses quotidiennes supérieures ou égales à 7,5 mg), il importe d'associer un autre traitement à la prednisone. Les agents utiles à cette fin sont le calcium élémentaire à une dose de 1 500 mg par jour, la vitamine D à une dose de 800 UI par jour et l'administration d'un bisphosphonate. La testostérone devrait seulement être utilisée pour le traitement de symptômes concomitants causés par l'hypogonadisme ou l'andropause.

Dr Baer est rhumatologue, Scarborough, Ontario.

8. Les ARA

? Des essais réalisés avec trois antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) différents ont démontré que ces agents procurent un effet néphroprotecteur chez les personnes diabétiques. Il s'agit du losartan, de l'irbésartan et du valsartan. Pour quels agents les preuves scientifiques sont-elles les plus convaincantes?

— Question posée par
Dr Pierre Kugler, Ontario

Docteur Steve Wong a répondu :

Les deux essais cliniques réalisés au sujet de la néphropathie diabétique (RENAAL [*Reduction of endpoints in NIDDM with the angiotensine II antagonist losartan*], réalisé avec le losartan, et IDNT [*Irbesartan diabetic nephropathy trial]*, réalisé avec l'irbesartan) ont démontré une réduction significative de la progression vers l'insuffisance rénale au stade terminal ou de l'augmentation du double de la créatinine sérique. Le losartan a également procuré un effet cardioprotecteur, comme en témoigne la réduction des premières admissions à l'hôpital pour une insuffisance cardiaque congestive. Aucune des deux études n'a duré suffisamment longtemps pour pouvoir démontrer un effet bénéfique sur le taux de mortalité.

Les essais MARVAL (*Microalbuminuria reduction with valsartan in patients with type 2 diabetes mellitus)*, réalisé avec le valsartan, et IRMA-2 (*Irbesartan microalbuminuria type 2 diabetes mellitus in hypertensive patients)*, réalisé avec l'irbesartan, ont démontré que les ARA ralentissent la progression de la microalbuminurie dans le diabète de type 2.

Les résultats de ces essais renforcent la recommandation sur l'emploi des ARA pour préserver la fonction rénale chez les patients diabétiques. Toutefois, parce qu'on ne peut comparer directement tous les essais cliniques, on ne peut déterminer lequel de ces agents est le plus efficace. À mon avis, il est important d'adapter la posologie jusqu'aux doses administrées lors de ces études (irbesartan à 300 mg par jour; losartan à 100 mg par jour et valsartan dans la plage de 80 à 160 mg par jour).

Dr Wong est directeur de programme, Community and internal medicine & technologies, FMC, Université de la Colombie-Britannique.

9. Les contraceptifs oraux

? Peut-on prescrire des contraceptifs oraux sans interruption à une jeune fille, ou est-il préférable d'interrompre le traitement de temps à autre?

— Question posée par
Dr Hayam El-Kateb, Alberta

Docteur Paul Claman a répondu :

Les jeunes femmes peuvent continuer sans danger à prendre un contraceptif oral sans interruption jusqu'au moment de la procréation. Le traitement ininterrompu ne nuit pas à la fertilité. Les jeunes femmes qui prennent des contraceptifs oraux doivent également recevoir des conseils au sujet des maladies transmissibles sexuellement si elles ont une vie sexuelle active et qu'elles n'utilisent pas de méthode barrière comme les condoms.

Dr Claman est professeur, Université d'Ottawa, Division de la médecine de reproduction, Département d'obstétrique et de gynécologie, Hôpital d'Ottawa, Ontario.

10. L'herpès zoster

? Quels sont les facteurs qui favorisent l'apparition de l'herpès zoster?

— Question posée par
Dr François Sarrasin, Laval

Docteure Catherine McCuaig a répondu :

L'herpès zoster est une infection réactivée du virus *Varicella-Zoster*. Les facteurs qui favorisent son apparition sont les suivants :

1. Personne âgée de plus de 50 ans (mais peut paraître plus jeune)
2. Immunosuppression :
    - Néoplasie (lymphomes plus disseminés)
    - Médicaments immunosuppresseurs
    - Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (les homosexuels ont un risque 17 fois plus élevé). *Clin*

Dr McCuaig est dermatologue, Hôpital Sainte-Justine.