Les réponses de vos confrères à vos questions

1. L'ostéoporose, que prescrire?

? Le risédronate est-il plus efficace que l'alendronate pour le traitement de l'ostéoporose?

— Question posée par la Dre Nathalie Auger, Ville Mont-Royal

La docteure Monique Camerlain a répondu :

Selon les *Lignes directrices de pratique clinique 2002 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada*, l'alendronate et le risédronate préviennent les fractures vertébrales et non vertébrales. Ils préviennent aussi les fractures de la hanche chez les femmes qui souffrent d'ostéoporose grave et augmentent la densité minérale osseuse de la colonne vertébrale et des hanches.

Les deux agents sont recommandés comme traitement de première ligne chez les femmes ménopausées qui souffrent d'ostéoporose, surtout si elles présentent des fractures vertébrales.

Cependant, selon une étude récente présentée par Rosen et ses collaborateurs au dernier congrès de l'*American Society for Bone and Mineral Research*, l'alendronate entraîne des gains plus importants pour ce qui est de la densité minérale osseuse et une réduction plus grande des marqueurs du remodelage osseux que le risédronate, avec une tolérance équivalente.

La Dre Camerlain est membre conseil, Service de rhumatologie, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke.

Références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : **clinicien@sta.ca**

Les sujets ce mois-ci :

1. L'ostéoporose, que prescrire?
2. Réséquer l'ongle ou pas?
3. HTA : quelle est la priorité?
4. Hyperactivité : l'un ou l'autre?
5. Des anovulants contre l'acné
6. L'HBP et les traitements parallèles

2. Réséquer l'ongle ou pas?

? Dans un cas d'onychomycose, est-ce que la résection de l'ongle est nécessaire ou faut-il plutôt prescrire une médication pour une durée de trois à quatre mois?

— Question posée par le Dr Michel Bernier, Sainte-Foy

La docteure Dominique Hanna a répondu :

Pour traiter l'onychomycose, la prescription d'un antifongique par voie orale est préférable à la résection de l'ongle.

À moins d'être très superficielle, l'onychomycose atteint non seulement le plateau unguéal, mais aussi le lit de l'ongle et/ou la matrice de l'ongle. Lorsque l'on résèque l'ongle, on n'enlève que le plateau unguéal. Sans traitement avec un antifongique par voie orale, le nouvel ongle qui repoussera sera lui aussi atteint par les champignons.

Pour les onychomycoses, la seule indication d'onysectomie est le traitement complémentaire à l'antifongique par voie orale lorsque l'ongle est très dystrophique. Pour tous les autres cas, retenons que le traitement standard est un antifongique par voie orale pendant trois à six mois, après avoir effectué une culture.

La Dre Hanna est résidente IV en dermatologie, Université Laval.

3. HTA : quelle est la priorité?

? Selon les connaissances actuelles, qu'est-ce qui est le plus important : maîtriser la pression artérielle ou le choix spécifique des agents utilisés?

— Question posée par le Dr Daniel Caron, Montréal

Le docteur Charles-Érick Augustin a répondu :

Il faut se garder de confondre l'objectif fondamental qui est de maîtriser l'hypertension artérielle (HTA) avec les moyens, c'est-à-dire les agents pharmacologiques employés.

Cela dit, la question n'est plus de savoir s'il faut traiter, mais comment traiter. Aujourd'hui, les seuils optimaux de pression artérielle et les valeurs cibles optimales pour le traitement dépendent du risque vasculaire global. Le paradoxe est que l'impact des autres facteurs de risque cardiovasculaires conjugués est plus important sur le risque d'artériosclérose que sur le bénéfice absolu du traitement antihypertenseur isolé et le degré d'HTA en soi. D'où l'idée :

1. De considérer les autres risques dans le choix de la valeur cible de pression artérielle visée. Par exemple, cette valeur sera beaucoup plus basse chez les patients diabétiques.
2. De considérer le choix d'un antihypertenseur en fonction des autres risques pour ne pas aggraver, par exemple, une insuffisance rénale latente chez un patient hypertendu.

Je conclus qu'il est extrêmement important de maîtriser l'HTA et qu'il l'est tout autant de choisir des antihypertenseurs adaptés au risque global de chaque patient.

Le Dr Augustin est cardiologue, Institut de Cardiologie et de Pneumologie, Hôpital Laval.

4. Hyperactivité : l'un ou l'autre?

? Les patients qui prennent Ritalin® devraient-ils changer pour Concerta^MC, principalement les adolescents, si leur assurance rembourse ce médicament?

— Question posée par la Dre Johanne Desforges, Montréal

Le docteur Philippe Lageix a répondu :

Dans tous les cas suivants, je vous proposerais d'envisager un transfert au Concerta^MC en tenant compte d'une possibilité d'efficacité moindre au début de la journée et sachant que des doses quotidiennes de Concerta de 18 mg, 36 mg et 54 mg correspondent respectivement à 3 fois 5 mg, 3 fois 10 mg et 3 fois 15 mg de Ritalin® :

1. Présence de pics d'action et de vallées où le jeune ou son entourage (enseignants, parents, etc.) perçoit une nette baisse de la capacité de performance.
2. Le jeune qui remet en question la médication, car il perçoit un manque de contrôle sur sa médication et s'inquiète de la stigmatisation, un phénomène fréquent à l'adolescence.
3. Demande du jeune qui a lu ou entendu de l'information au sujet de Concerta.
4. Difficultés à s'organiser le soir pour les devoirs, présence de difficultés de comportement en émergence et qui, après évaluation, ne sont pas reliées à un comportement perturbateur et opposant, d'évolution ancienne et ne répondant pas aux amphétaminiques.

Si le patient préfère Ritalin ou constate que l'efficacité de Concerta est moindre, je vous suggère de maintenir Ritalin. Si vous êtes coincé par la dose maximale recommandée (60 mg), je vous recommande la prudence dans le dépassement de celle-ci et de demander un deuxième avis si telle est votre intention.

En terminant, je voudrais insister sur un point : si un jeune que vous suivez consomme, vend ou échange de la drogue et/ou sa médication, envisagez Concerta qui a une faible capacité d'utilisation récréative à cause de sa formulation.

Le Dr Lageix est psychiatre, Hôpital Douglas, Montréal.

5. Des anovulants contre l'acné

? Quel anovulant conseiller à une patiente souffrant d'acné?

— Question posée par la Dre Dominique Cousineau, Montréal

La docteure Catherine McCuaig a répondu :

- Les anovulants avec des antiandrogènes, comme l'acétate de cyprotérone, diminuent davantage l'acné que le lévonorgestrel.
- La médroxyprogestérone est un agent progestatif injectable qui est efficace comme contraceptif, mais qui peut parfois augmenter l'acné.
- Les anovulants qui diminuent l'acné sont surtout : l'éthinylœstradiol/désogestrel, la cyprotérone/éthinylœstradiol, l'éthinylœstradiol/lévonorgestrel et l'éthinylœstradiol/norgestimate.
- Le risque de thromboembolie veineuse associé avec la cyprotérone/éthinylœstradiol n'est pas différent des autres anovulants.

La Dre McCuaig est dermatologue, Hôpital Sainte-Justine.

Références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : **clinicien@sta.ca**

6. L'HBP et les traitements parallèles

? Pourquoi avoir passé sous silence l'efficacité des baies de palmier nain dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate dans votre article?

— Question posée par le Dr Paul Lépine, Québec

Les docteurs Fred Saad, Michael McCormack et Luc Valiquette ont répondu :

Nous sommes tous d'accord avec le fait que des données intéressantes existent pour certains produits naturels, mais malheureusement, peu d'études comparatives ont été menées. À ma connaissance, aucune étude avec groupe témoin n'a été présentée.

Il est vrai que parmi les produits disponibles, le palmier nain semble le plus intéressant. Le fait que le palmier nain soit comparable au finastéride n'est malheureusement pas une preuve de son efficacité étant donné que le finastéride n'est pas vraiment mieux que le placebo chez les patients avec des symptômes de prostatisme sans hypertrophie prostatique significative.

Un autre point important est le manque d'homogénéité des concentrations de produits actifs dans les produits naturels vendus. Cet aspect a fait l'objet d'une étude qui a analysé le contenu de plusieurs produits en vente. Malheureusement, les compagnies qui commercialisent ces produits naturels ne sont pas obligées de mener des études pour prouver leurs bénéfices comparativement à un placebo.

Malgré ces faits, les données sur les produits naturels sont assez intéressantes pour avoir réussi à convaincre des chercheurs de mener une étude d'envergure, subventionnée par le *National Institutes of Health*, sur les produits naturels utilisés pour le traitement du cancer de la prostate. Cette étude devrait réussir à répondre à la question concernant l'efficacité réelle de différents produits naturels. *Clin*

Le Dr Saad est uro-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM); le Dr McCormack est urologue, CHUM et le Dr Valiquette est urologue, CHUM.