1. L'examen gynécologique

? Quelles sont les recommandations quant au suivi gynécologique des femmes postménopausées et des femmes plus âgées?

— Question posée par le Dr René Julien, Lapocatière

La Docteure Martine Bernard a répondu :

- L'examen gynécologique régulier comprend l'examen des seins, l'examen visuel de la vulve, du vagin et du col, ainsi que la palpation bimanuelle.
- L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* recommande de procéder à un dépistage régulier à tous les deux ou trois ans, si les cytologies sont normales et qu'il n'y a pas présence de facteurs de risque (partenaires multiples, tabagisme, etc.).
- L'*American Cancer Society* recommande de cesser le dépistage lorsque la patiente atteint l'âge de 70 ans, qu'elle est considérée à faible risque et qu'elle a démontré 3 cytologies normales.
- Une patiente sexuellement active ayant de multiples partenaires ou ayant des antécédents de cytologies anormales est à risque et devrait donc veiller à suivre un examen de dépistage régulièrement.
- Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande l'arrêt du dépistage chez les patientes âgées de plus de 69 ans et suivies régulièrement si au moins 2 cytologies se sont avérées négatives dans le passé.
- Lorsque l'on parle de dépistage, il faut tenir compte du bénéfice escompté et mettre cela en contexte. La décision de poursuivre ou non le dépistage doit être basée sur l'ensemble du dossier médical de la patiente, cela incluant les conditions de comorbidité. De plus, cette décision doit être prise en collaboration avec la patiente.

La Dre Bernard est responsable de formation clinique et obstétricienne-gynécologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Référence

1. Arcand-Hébert : Précis pratique de gériatrie, deuxième édition, Saint-Hyacinthe. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Edisem/Maloine, 1997, 932 pages.

2. Les douleurs musculaires

? Existe-t-il des preuves concernant l'efficacité de la cyclobenzaprine pour traiter les douleurs musculaires?

— Question posée par le Dr Nicolas Boudreault, Lac Etchemin

Le Docteur Pierre Frémont a répondu :

La cyclobenzaprine est indiquée pour traiter les spasmes musculaires. La posologie démontrée comme étant plus efficace qu'un placebo chez des patients souffrant de spasmes musculaires aigus au niveau cervical ou lombaire est de 5 ou 10 mg, 3 fois par jour.[1] Le principal effet indésirable entraîné par la prise de ce médicament est la somnolence, et ce, en particulier lorsque la cyclobenzaprine est prise en combinaison avec toute substance ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central, telle que l'alcool et les narcotiques.

Qu'en est-il des blessures musculaires aiguës? Une étude menée chez des patients évalués en salle d'urgence pour des blessures myotendineuses aiguës à la suite d'un trauma mineur n'a pas démontré d'effet analgésique supérieur de la cyclobenzaprine combinée à un ibuprofène, comparativement à un ibuprofène administré seul.[2]

Personnellement, j'utilise les myorelaxants en association (et non en remplacement) de l'analgésie chez les patients présentant une sur-stabilisation involontaire douloureuse (un spasme) du rachis cervical ou du rachis lombaire. L'utilisation au coucher seulement est une excellente façon de profiter favorablement de l'effet indésirable principal, la somnolence, surtout chez les patients qui doivent préserver une vigilance optimale au cours de la journée.

Le Dr Frémont est diplômé de l'Académie canadienne de médecine du sport et professeur agrégé, département de réadaptation, Université Laval.

Références

1. Borenstein, DG, Korn, S : Efficacy of a low-dose regimen of cyclobenzaprine hydrochloride in acute skeletal muscle spasm: Results of two placebo-controlled trials. Clin Ther 25(4):1056, 2003.
2. Turturro, MA, Frater, CR, D'Amico, FJ : Cyclobenzaprine with ibuprofen versus ibuprofen alone in acute myofascial strain: A randomized, double-blind clinical trial. Ann Emerg Med 41(6):818, 2003.

3. L'andropause

? En quoi consiste le traitement de l'andropause?

— Question posée par le Dr Jean Drouin, Québec

Le Docteur François Bénard a répondu :

L'andropause est traitée par remplacement hormonal. Les traitements offerts au Canada sont les suivants :

- Le remplacement par testostérone intramusculaire. L'injection de testostérone par mode intramusculaire s'effectue à raison de 200 à 300 mg à toutes les 2 ou 3 semaines.
- Le remplacement par voie orale. La seule forme de médication orale disponible est l'undécanoate de testostérone (Andriol®), prise à raison de 40 mg, 2 comprimés, 2 fois par jour.
- Le remplacement par voie transdermique. Il existe un timbre cutané, l'Androderm™, qui peut être utilisé à titre de remplacement, et ce, à raison de 5 mg de testostérone appliqué à tous les jours, en soirée.
- Le remplacement sous forme de gel. Il existe effectivement un gel, l'Androgel™, débuté lui aussi à 5 g et appliqué à tous les jours, après le bain ou la douche.

Il est recommandé de procéder à une réévaluation des symptômes et du niveau de testostérone à tous les trois mois.

Le Dr Bénard est urologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc.

4. L'hématurie

? À quelle investigation de base doit-on procéder avant de référer un patient en urologie lorsque l'on découvre une hématurie microscopique à l'aide d'une analyse d'urine?

— Question posée par la Dre Nancy Nadeau, Montréal

Le Docteur Michael McCormack a répondu :

La démarche clinique à entreprendre dans un tel cas consiste avant tout à procéder à un interrogatoire et à un examen physique. De plus, il faut se rappeler qu'une anticoagulothérapie n'explique pas une hématurie.

Si l'analyse d'urine révèle une protéinurie ou une pyurie, une culture d'urine de 24 heures doit être effectuée. La présence d'une protéinurie significative (plus que 300 mg) suggère que l'hématurie est d'origine rénale.

Un dosage de la créatinine sérique aide à déceler une insuffisance rénale.

La pyélographie endoveineuse (PEV) est efficace pour visualiser les voies urinaires, mais elle ne l'est pas pour détecter des masses rénales.

L'échographie est moins coûteuse et moins invasive que la PEV et elle permet de bien visualiser le parenchyme rénal. Par contre, la détection de petites masses d'une grosseur de moins de deux à trois cm et l'étude des voies urinaires demeurent un problème avec l'échographie. Ces deux examens sont souvent complémentaires.

Depuis quelques années, le tomodensitogramme sans contraste (*Uroscan*) est devenu l'examen de choix pour évaluer les coliques néphrétiques. La sensibilité de l'*Uroscan* dépasse celle de la PE pour détecter les calculs urinaires. Si le patient ne présente pas d'antécédents de colique néphrétique, un tomodensitogramme avec un produit de contraste peut être utilisé (*Pyeloscan*).

Le *Pyeloscan* est plus dispendieux que la PEV et l'échographie, mais cet examen a l'avantage de fournir des renseignements définitifs, tandis que la PEV et l'échographie nécessitent parfois des examens supplémentaires.

La cystoscopie est recommandée, mais des études révèlent que le taux de détection de maladies graves est plus faible chez les femmes âgées de moins de 40 ans. Chez les fumeurs, une cytologie urinaire effectuée avec la première miction du matin peut s'avérer utile.

Le Dr McCormack est professeur adjoint de clinique, département de chirurgie, Faculté de médecine, Université de Montréal, et urologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

5. La phosphatase alcaline leucocytaire

? Quelles sont les causes possibles d'une élévation de la phosphatase alcaline leucocytaire?

— Question posée par la Dre Nancy Nadeau, Montréal

Le Docteur Jean Dufresne a répondu :

La phosphatase alcaline leucocytaire (PAL) est une enzyme présente dans les granulations des granulocytes neutrophiles. Son activité peut être mise en évidence à l'aide de réactifs et elle sera lue par la suite sur une lame de microscope. L'intensité de la réaction se mesure entre 0 et +4. La lecture s'effectue avec 100 neutrophiles, de sorte que le pointage final maximal est de 400. Les limites de la normale varient d'un laboratoire médical à l'autre. Par exemple, au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, elle se situe entre 32 et 182.

Le principal intérêt de ce test est de distinguer la neutrophilie causée par une réaction leucémoïde (phénomène engendré par un processus inflammatoire, infectieux ou néoplasique) et la leucémie myéloïde chronique. En effet, le taux de PAL sera typiquement bas, voire près de 0, en cas de leucémie myéloïde chronique, tandis qu'il sera plutôt élevé dans un cas de processus réactionnel. Il est à noter que ce test n'est pas indispensable pour pouvoir poser le diagnostic. *Clin*

Le Dr Dufresne est professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, et hématologue-oncologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Tableau 1
La phosphatase alcaline leucocytaire

Les causes d'élévation
- Les réactions leucémoïdes
- Les infections concomitantes à une neutrophilie
- La polyglobulie vraie
- La myélofibrose
- La grossesse
- La prise de corticostéroïdes
- La maladie de Hodgkin
- La cirrhose hépatique
- L'ictère obstructif
- La trisomie 21

Les causes de diminution
- La leucémie myéloïde chronique
- La leucémie myéloïde aiguë
- Diverses infections
- La mononucléose infectieuse
- L'hémoglobinurie paroxystique nocturne