1. Les condylomes péri-anaux

? Quand devons-nous référer un patient qui présente des condylomes péri-anaux pour une rectoscopie?

— Question posée par la Dre Ann Laflamme, Sainte-Foy

Le Docteur Marc Bradette a répondu :

Tous les patients qui présentent des condylomes péri-anaux devraient être référés pour une rectoscopie, car la muqueuse distale du canal anal est composée d'une muqueuse de type épidermoïde où l'on peut aussi retrouver des condylomes acuminés. Si les condylomes péri-anaux sont traités, mais que les condylomes du canal anal ne le sont pas, il y a un risque de récidive, car la maladie n'aura pas été traitée complètement.

De plus, une rectoscopie est nécessaire pour éliminer une infection transmise sexuellement au niveau du rectum, telle que la chlamydia et la gonorrhée, lesquelles peuvent accompagner les condylomes acuminés de la région péri-anale, mais qui présentent des symptômes différents : rectorragies, ténesme et urgences fécales.

Le Dr Bradette est gastro-entérologue, Hôtel-Dieu de Québec.

2. La dysfonction érectile

? Quels médicaments peuvent causer la dysfonction érectile?

— Question posée par le Dr Richard Dieppe, Montréal

Le Docteur Luc Valiquette a répondu :

Les médicaments qui causent la dysfonction érectile (DÉ) sont habituellement regroupés par classes thérapeutiques.

Les antihypertenseurs les plus souvent responsables de DÉ sont les sympatholytiques, les bêtabloquants et les diurétiques.

Les alphabloquants et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine n'entraînent habituellement pas de DÉ.

Parmi les antidépresseurs, les tricycliques, les inhibiteurs de la monoamine oxydase, les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine et le lithium peuvent occasionner une DÉ.

Il est à noter que la trazodone peut provoquer le priapisme.

Les médicaments ayant une action anti-androgénique provoquant une DÉ sont les œstrogènes, les progestatifs, les anti-androgènes stéroïdiens et les analogues de l'hormone lutéinisante. La plupart des antipsychotiques et des anticholinergiques peuvent avoir une action délétère sur les érections.

D'autres médicaments peuvent également être en cause, tels que les barbituriques, la cimétidine, la métoclopramide, le clofibrate, la digoxine et la phénytoïne.

En présence d'une DÉ, il est donc important de vérifier le lien possible avec l'introduction d'un de ces médicaments et de procéder, au besoin, à une modification thérapeutique.

Le Dr Valiquette est professeur titulaire, département de chirurgie, Université de Montréal, et urologue, CHUM.

3. Les statines et les fibrates

? Quelles statines peut-on associer avec un fibrate de façon sécuritaire?

— Question posée par la Dre Suzanne Poirier, Anjou

Le Docteur Christian Constance a répondu :

Il faut se rappeler que la combinaison entre une statine et un fibrate entraîne une importante réduction des triglycérides et une réduction, moins importante celle-ci, des lipoprotéines de basse densité.

Lorsqu'une statine est administrée seule, on peut noter des élévations des enzymes musculaires, ce phénomène pouvant aller jusqu'à 1 cas sur 1 000. Évidemment, avec l'association de statine et de fibrate, ce taux est plus élevé. Il est de l'ordre de 1 cas sur 100. C'est pour cette raison que, lorsque j'introduis un fibrate à un patient qui prend déjà une statine, je diminue habituellement la posologie de la statine de moitié, j'ajoute une dose de départ du fibrate et je contrôle le bilan hépatique et les enzymes musculaires deux semaines plus tard. Selon les résultats du bilan lipidique, on peut toujours augmenter la dose de la statine ou du fibrate, mais il faut toujours, après chaque modification de la dose, refaire un contrôle des enzymes musculaires et hépatiques deux semaines plus tard.

Les patients les plus à risque d'interaction entre les statines et les fibrates sont les patients âgés qui prennent plusieurs autres médicaments pouvant interagir avec la statine ou le fibrate. Voilà pourquoi les cliniciens ont l'habitude d'utiliser des statines à faible dose ou qui ne sont pas métabolisées par le cytochrome 3A4 (la pravastatine, par exemple).

Il faut s'assurer que l'indication est justifiée et procéder à un contrôle rigoureux du bilan hépatique et musculaire. Ces combinaisons peuvent être offertes avec un minimum de danger lorsque l'on évite d'en prescrire aux patients étant les plus à risque d'interaction.

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

4. La polyarthrite rhumatoïde

? Quels médicaments doit-on prescrire en premier, deuxième et troisième lieu à un patient qui souffre de polyarthrite rhumatoïde?

— Question posée par le Dr Jean Beaudet, Québec

La Docteure Monique Camerlain a répondu :

Les buts du traitement sont le contrôle des symptômes et la prévention de la destruction articulaire et de l'invalidité. On sait que le contrôle des symptômes ne prévient pas nécessairement la destruction articulaire et l'invalidité qui évoluent parallèlement et progressivement. On procédera donc à un traitement vigoureux et précoce afin d'assurer une maîtrise de la maladie.

Premièrement, on doit assurer le bien-être du patient avec les anti-inflammatoires et les stéroïdes intra-articulaires ou systémiques, au besoin. L'*American Pain Society* recommande un coxib comme premier choix d'anti-inflammatoire pour le traitement de la polyarthrite.

Deuxièmement, après une période de six à huit semaines, si le tableau clinique persiste, on ajoutera une thérapie de rémission. Le méthotrexate représente l'agent de choix aujourd'hui. Le dosage peut aller jusqu'à 20 mg et même 25 mg par semaine, avec monitorage biologique. On y ajoute souvent une bithérapie (hydroxychloroquine) et même parfois une trithérapie (sulfasalazine). D'autres agents peuvent également être utilisés, tels que le léflunomide, mais leur utilisation est plus rare.

Enfin, s'il n'y a pas de maîtrise, l'utilisation de nouveaux agents biologiques est autorisée, selon certains critères, comme médicaments d'exception. Ces agents contrôlent les symptômes de la maladie de façon efficace chez environ 50 % des patients résistants au méthotrexate et, surtout, ils freinent la progression des érosions et du handicap fonctionnel. Ces nouveaux médicaments sont les antagonistes du TNF (*tumor necrosis factor*) : étanercept, infliximab, adalimumab et l'antagoniste de l'interleukine 1 (anakinra).

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

5. La dermatite de contact

? Une dermatite de contact peut-elle être due à une crème stéroïde topique (désoximétasone)? Une patiente a appliqué une telle crème sur ses mains pour traiter un eczéma de ménagère, et elle s'est réveillée avec un important œdème sur son visage et ses mains.

— Question posée par la Dre Sylvie Gill, Sorel-Tracy

La Docteure Catherine McCuaig a répondu :

La dermatite de contact engendrée par des crèmes stéroïdes topiques est reconnue depuis quelques années. Les sensibilisants dans les crèmes incluent les agents de conservation (parabène, lanoline, éthylène-diamine, par exemple), les antimicrobiens et la molécule stéroïde elle-même, responsable de 4 % des dermites allergiques.

Les sites de réactions sont ceux où la crème est habituellement appliquée : le visage, les mains, le périnée et les jambes.

Afin de confirmer le diagnostic, le patient devrait être référé à un dermatologue qui effectue les tests épicutanés (Hôpital Notre-Dame du CHUM [(514) 890-8000-2-6578] et Hôpital Royal Victoria au Centre universitaire de santé McGill [(514) 842-1231-3-4999]). Des timbres transdermiques contenant des allergènes précis sont placée sur le dos du patient et sont enlevés 72 à 96 heures plus tard pour une lecture.

La série standard de stéroïdes topiques est la suivante :

- Acétonide de triamcinolone (0,1 %)
- Amcinonide (0,1 %)
- Budésonide (0,1 %)
- Hydrocortisone (1 %)
- Prednisolone (0,1 %)
- 17-butyrate d'hydrocortisone (0,1 %)
- 17-propionate de clobétasol (0,25 %)
- 17-valérate de bétaméthasone (0,12 %)

Notez que certains patients peuvent être allergiques à plusieurs stéroïdes, soit par multiple sensibilité ou par réactions croisées. *Clin*

La Dre McCuaig est dermatologue, Hôpital Sainte-Justine.

Référence

1. Oh-i, T : Contact dermatitis due to topical steroids with conceivable cross reactions between topical steroid preparations. J Dermatol. 1996 Mar;23(3):200-8.