MÉDECINE FAMILIALE

? Peut-on prescrire des timbres de fentanyl à un patient âgé de 45 ans qui souffre de lombalgie aiguë depuis quelques semaines et dont la douleur persiste même après la prise d'AINS et de relaxants musculaires?

— Question posée par
Dr Michel Brouillet, Sherbrooke

Avez-vous une question?

Grâce à la formule de la rubrique *Experts-conseils*, les médecins ont maintenant l'occasion d'interroger leurs collègues spécialistes au sujet de diverses questions relatives à leur pratique quotidienne. Envoyez-nous vos questions à l'aide de la feuille que vous trouverez à la page 37 ou écrivez-nous à l'adresse électronique suivante :

clinicien@sta.ca

Une tasse *Le Clinicien* sera envoyée aux médecins dont la question sera publiée.

Docteur Alain Neveu a répondu :

Après quelques semaines, vous devez réévaluer la situation clinique du patient en fonction de l'origine de cette douleur : traumatique et aiguë ou spontanée et progressive. Avez-vous décelé des symptômes et des signes cliniques suggérant une grave lésion (*red flags*), tels que des fractures, des tumeurs, le syndrome de la queue de cheval ou une infection osseuse?

Recherchez les facteurs de risque de chronicité : antécédents de lombalgie ou de chirurgie lombaire, symptômes et signes cliniques d'irritation radiculaire, mauvaise perception du patient quant à sa capacité de maîtriser sa douleur, sa compréhension de ce problème lombaire et ses craintes de rechute ou d'aggravation. Interrogez ensuite votre patient sur son emploi et sur sa perception au sujet d'un éventuel retour au travail.[1]

À la phase subaiguë (de 4 à 12 semaines du début de l'épisode), il vous faut analyser le statut fonctionnel du patient et ne vous attardez pas seulement à la douleur que ressent votre patient. Cependant, la maîtrise de cette douleur est importante, car elle représente un des quatre volets de l'approche globale qui consiste à diagnostiquer, à expliquer, à encourager et à soulager le patient.

Il est possible de prescrire des timbres de fentanyl (Duragesic®), mais seulement pour une brève période, ce qui permet au patient de s'activer davantage et ainsi réussir enfin à maîtriser sa douleur. Dans un tel cas, il faudrait cependant cesser l'utilisation concomitante de myorelaxant, car cela pourrait augmenter les effets dépresseurs du système nerveux central du narcotique.

Prenez le temps de rassurer votre patient et de l'encourager à bouger. Rappelez-lui enfin que l'intensité de sa douleur lombaire n'est nullement un indicateur de la gravité de sa lésion.

Référence

1. Rossignol M, Neveu, A : Lombalgie et chronicité : dépistage précoce. Le Médecin du Québec 38(12):69, 2003.

Dr Alain Neveu est omnipraticien et médecin expert en médecine du travail, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, Montréal.

CARDIOLOGIE

? De quelle façon doit-on traiter un homme âgé de 49 ans qui prend de la warfarine et qui présente un RNI de 9,4 et une hématurie macroscopique légère avec hémoglobine et tension artérielle stables? Doit-on prioriser le plasma frais ou la vitamine K ?

— Question posée par
Dr Gilles Gauthier, Gaspé

Docteur Roger Huot a répondu :

Les recommandations de l'année 2000 de l'*American College of Chest Physicians*, pour un cas où le rapport international normalisé (RNI) est supérieur à 9 et où il n'y a pas présence d'hémorragie significative, sont de donner 3 à 5 mg de vitamine K par voie orale au patient afin de rétablir la valeur du RNI en l'espace de 24 à 48 heures.

Le cas présenté comporte un type d'hémorragie dit « non grave », par opposition à une hémorragie intra-abdominale ou cérébrale, lesquelles sont considérées comme étant « graves ». De plus, la stabilité de l'hémoglobine et de la tension artérielle témoignent de l'absence de gravité du processus hémorragique.

Je recommande donc l'administration de vitamine K dans ce cas-ci et je ne conseille pas de recourir au plasma frais. Une réserve additionnelle quant à l'usage du plasma frais dans le contexte précis d'une hématurie qui serait d'origine rénale réside dans la possibilité de formation de caillots intra-urétéraux pouvant causer une hydronéphrose aiguë.

Dr Roger Huot est cardiologue et responsable de la Clinique d'anticoagulants, Institut de Cardiologie de Montréal.

NEUROLOGIE

? Peut-on prescrire un triptan à un patient qui souffre de migraines avec aura compliquée?

— Question posée par
Dre Danielle Fisch, North Hatley

Docteur Michel Copti a répondu :

Les seules contre-indications actuelles quant à la prescription de triptans sont la présence d'ischémie cardiaque, d'ischémie vasculaire cérébrale ou d'une condition vasculaire périphérique. Il est de plus en plus démontré que l'aura ne correspond pas à un processus engendré par la vasculature cérébrale, mais plutôt par une diminution du débit sanguin cérébral au niveau du cortex postérieur avec propagation à une vitesse lente vers les régions antérieures. Cette constatation, confirmée par la tomographie par émission de positons, permet de comprendre la diversité de manifestations des auras. Ainsi, les triptans peuvent être prescrits pour tous les cas où le diagnostic de migraine avec aura a clairement été établi.

Dr Michel Copti est neurologue, Montréal.

OBSTÉTRIQUE

? Quelles sont les options contraceptives pour une femme qui allaite?

— Question posée par
Dre Danielle Fisch, North Hatley

Docteure Anne McSween a répondu :

Docteure Anne McSween répond à cette question à la suite de la publication de la réponse de Docteure Carole Bossé-Williams, publiée dans le numéro de décembre 2003.

Le Consensus de Bellagio a déclaré en 1995 que la méthode de l'aménorrhée lactationnelle était fiable à 98 ou 99 % pour prévenir une grossesse lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1. Bébé âgé de moins de 6 mois.
2. Absence des menstruations (les saignements [*spotting*] présents au cours des 56 premiers jours suivant l'accouchement chez une femme qui allaite fréquemment ne sont pas considérés comme des menstruations).

Suite à la page 26 →

OBSTÉTRIQUE

Suite de la page 24

3. Mère qui allaite exclusivement à la demande du bébé, avec des intervalles d'une durée de moins de 4 heures le jour et de moins de 6 heures la nuit (on ne donne pas de substances solides ou liquides au bébé, lesquels remplaceraient une tétée au sein).

Si une seule de ces conditions n'est pas présente, on suggère aux mères d'utiliser une méthode contraceptive complémentaire qui ne nuira cependant pas à l'allaitement.

Une femme qui allaite un bébé âgé de moins de 6 mois ovulera très rarement avant le retour de ses menstruations. Pour les sceptiques, le port du condom est amplement suffisant. Notez que l'anovulant d'urgence à base de progestatif seul (Plan B, par exemple) peut servir de contraception d'urgence, en cas de besoin.

Les contraceptifs oraux combinés réduisent la production lactée, et ce, peu importe le délai entre l'accouchement et le début du traitement. Contrairement à la croyance véhiculée au sein du milieu médical, les contraceptifs oraux à base de progestatif seul peuvent également réduire la production de lait s'ils sont introduits trop tôt durant l'évolution de la lactogénèse. Une baisse subite des hormones placentaires est requise pour démarrer la lactation. Si un progestatif est introduit au cours des deux ou trois semaines suivant la période post-partum, cela a pour effet de réduire la production lactée et de frustrer le bébé lors de l'allaitement. Il arrête ainsi de prendre le poids désiré (20 à 30 g par jour). Le simple fait d'arrêter la noréthindrome peut rétablir la situation en quelques jours.

L'injection d'acétate de médroxyprogestérone en période post-partum peut donc s'avérer désastreux au niveau de la capacité d'allaiter de certaines mères puisque l'on ne peut plus retirer ce médicament une fois qu'il est administré. Ces injections ne devraient pas être prises avant la 6e ou la 8e semaine suivant l'accouchement.

Dre Anne McSween est consultante en allaitement, médecine familiale, Clinique d'allaitement, Centre de Santé Carillon, Sherbrooke.

PSYCHIATRIE

Quel est le traitement pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui souffrent de dépression?

— Question posée par un omnipraticien, Montréal

Docteure Joanne Baillargeon a répondu :

Les nouveaux antidépresseurs offerts sont aussi efficaces, mais mieux tolérés et plus sécuritaires que les antidépresseurs tricycliques. Cependant, aucune étude clinique n'a démontré qu'une classe d'antidépresseurs pourrait être plus efficace qu'une autre.

Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), la venlafaxine XR, la mirtazapine et le bupropion SR seraient efficaces et bien tolérés chez les patients frêles. Les ISRS ou le moclobémide sont recommandés pour les patients qui souffrent de dépression majeure modérée ou grave avec démence.

Un traitement antidépresseur à faible dose n'est pas recommandé pour les personnes âgées. En effet, la règle « *start low, go slow, but go* » s'applique pour eux. Un minimum de 6 semaines de traitement est recommandé afin d'obtenir un effet thérapeutique maximal, mais la période de rémission chez cette population peut prendre jusqu'à 12 semaines. L'important est qu'il y ait une certaine amélioration au cours des premières semaines. S'il n'y a pas ou peu de réponse au traitement après 4 semaines (moins de 25 %), les chances de rémission sont faibles et il faudra penser à substituer ou à potentialiser la médication, la première option étant toutefois la plus recommandée dans un contexte de première ligne.

Lorsque la rémission est atteinte, il est recommandé de maintenir le traitement à la même dose pour une autre période de 12 mois, lors d'un premier épisode, et jusqu'à 36 mois pour les cas récurrents. Chez les patients les plus à risque de récurrence, c'est-à-dire ceux qui ont vécu des épisodes de récurrence multiples, des maladies ou incapacités chroniques ou des difficultés sociales graves, le traitement de maintien de la médication à long terme doit être considéré. Finalement, il est important de savoir que la psychothérapie est efficace chez les personnes âgées et que, dans les cas de dépression majeure, un traitement qui associe intervention psychologique et pharmacologique entraîne un meilleur pronostic. *Clin*

Dre Joanne Baillargeon est psychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.