1. Les thermomètres tympaniques

? Les thermomètres tympaniques sont-ils fiables?

— Question posée par
Dr Pierre Poulin, St-Georges

Ce mois-ci :

1. Les thermomètres tympaniques
2. La maladie rénale
3. La céphalée de Horton
4. L'ostéoporose reliée à l'immobilisation

Docteur Yanick Larivée a répondu :

Il existe une importante littérature concernant la fiabilité des thermomètres tympaniques, ce qui fait que la question aurait pu être : « Pourquoi utilise-t-on encore d'autres thermomètres que les thermomètres tympaniques? ». La réponse comporte plusieurs volets.[1-3]

Premièrement, cette technique n'a pas la faveur entière du corps médical, comme pour toute chose. En fait, de nombreux médecins demeurent incertains quant à la fiabilité de ces instruments.[1]

Deuxièmement, il existe une très bonne corrélation entre les mesures de températures systémiques (température de la veine pulmonaire) et les mesures tympaniques.[2] Cependant, la variation entre les mesures tympaniques peut être assez importante, selon certaines études (jusqu'à 1,6 °C).[1]

Troisièmement, aucune des mesures électroniques actuelles n'arrivent à égaler ou à surpasser les résultats de mesures prises par thermométrie au mercure.

La mesure de la température tympanique, comme le résume très bien un article de la Société canadienne de pédiatrie, est plutôt fiable, mais n'est pas la méthode la plus fiable à ce jour.[4] Le tableau 1 suggère les techniques de mesures recommandées en fonction de l'âge du patient.[4]

Tableau 1
Les techniques pour mesurer la température corporelle selon l'âge du patient

Âge	Techniques recommandées
De 0 à 2 ans	1. Rectale (indiquée) 2. Axillaire (dépistage)
De 2 à 5 ans	1. Rectale 2. Auriculaire 3. Axillaire
Plus de 5 ans	1. Orale 2. Auriculaire 3. Axillaire

Dr Larivée est oto-rhino-laryngologiste, Centre hospitalier de Granby.

Références

1. Craig, JV, Lancaster, GA, Taylor, S, et coll. : Infrared ear thermometry compared with rectal thermometry in children: A systematic review. Lancet 360(9333):603, 2002.
2. Van Staaij, BK, Rovers, MM, Schilder, AG, et coll. : Accuracy and feasibility of daily infrared tympanic membrane temperature measurements in the identification of fever in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 67(10):1091, 2003.
3. Latman, NS, Hans, P, Nicholson, L, et coll. : Evaluation of clinical thermometers for accuracy and reliability. Biomed Instrum Technol 35(4):259, 2001.
4. www.cps.ca/francais/enonces/CP/CP00-01.htm

2. La maladie rénale

? Peut-on traiter l'insuffisance rénale par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)?

— Question posée par Dre Isabelle Collin, Sainte-Foy

Docteur Daniel Froment a répondu :

On entend souvent parler de l'effet délétère potentiel des AINS en présence d'insuffisance rénale (IR) (détérioration de la fonction rénale, hypertension artérielle ou hyperkaliémie), mais est-il possible que ces médicaments puissent avoir un effet bénéfique pour les glomérulonéphrites? Oui, cela est potentiellement possible dans certaines circonstances, mais ne changez pas trop vite vos habitudes! Leur effet bénéfique serait relié à la réduction de la protéinurie, laquelle a un effet toxique sur les tubules rénaux. Deux patients présentant la même néphropathie et le même degré d'insuffisance rénale auront une évolution bien différente de la maladie si l'un d'eux possède une protéinurie supérieure à 3 g/jour. Ce dernier évoluera vers l'IR terminale trois fois plus rapidement.[1] Dans ce contexte, on comprend qu'il soit important de réduire toute protéinurie néphrotique.

En plus du traitement spécifique de la maladie rénale, on devra réduire la tension artérielle (moins de 125/75 mm Hg), l'apport protéique (0,8 g/kg) et sodique (100 mM/ jour). La protéinurie sera également diminuée par différents mécanismes à l'aide d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou de bloqueurs du récepteur de l'angiotensine (BRA). On a également observé que les AINS, lors de petites études menées auprès de patients souffrant de glomérulonéphrite membraneuse ou focale segmentaire, pouvaient aussi réduire cette protéinurie par des mécanismes différents et potentiellement additifs.[2] Cependant, cette efficacité reste à prouver par des études randomisées.

Dans les modèles d'animaux, les AINS augmentaient de façon néfaste les chimiokines et l'infiltration interstitielle. Les AINS ayant une activité plus spécifique sur la cyclooxygénase (coxib) diminueraient l'inflammation glomérulaire et le processus de guérison, conduisant potentiellement à plus de dommages rénaux. Somme toute, les effets indésirables potentiels des AINS (ulcération digestive, hyperkaliémie, aggravation de l'hypertension artérielle, néphrite interstitielle, etc.) vis-à-vis la meilleure innocuité des IECA et des BRA, font en sorte qu'ils sont rarement utilisés.[3] Les coxibs n'auraient pas d'avantages par rapport aux AINS conventionnels. En conclusion, on peut affirmer que les AINS ont bel et bien été utilisés pour le traitement des glomérulonéphrites, mais ils le sont maintenant rarement à cause du risque élevé de complications chez ce type de patient. Le traitement risque d'être plus délétère que la maladie.

Le Dr Froment est néphrologue, Hôpital Notre-Dame, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Références

1. Kopple, JD, Greene, T, Chumlea, WC,et coll. : Relationship between nutritional status and the glomerular filtration rate: Results from the MDRD Study. Kidney Int 57(4):1688, 2000.
2. Anke, S : New Aspects of the Treatment of Nephrotic Syndrome. J Am Soc Nephrol 12(17):S44, 2001.
3. UptoDate 12.1, par Burton Rose, 2004 (*www.uptodate.com*).

3. La céphalée de Horton

? Y a-t-il du nouveau pour le traitement de la céphalée de Horton?

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

Docteur Stéphane Ledoux a répondu :

Malgré une meilleure compréhension de la céphalée de Horton du point de vue pathophysiologique, le clinicien dispose sensiblement du même arsenal thérapeutique qu'auparavant pour faire face à cette maladie. En effet, cette céphalée, considérée traditionnellement comme étant d'origine vasculaire, possède une périodicité qui impliquerait plutôt des structures centrales du système nerveux, telles que l'hypothalamus.

L'administration d'oxygène pur pendant 20 minutes et de triptans par voie parentérale demeure le traitement de choix en phase aiguë. Quant à la prophylaxie, elle repose principalement sur le vérapamil (forme épisodique : 120 mg, par voie orale, 3 fois par jour) et le lithium (forme chronique : 300 mg, par voie orale, 3 fois par jour).

Cette céphalée, probablement reliée à un trouble du rythme circadien, nécessitera le développement d'agents chronobiotiques au cours des prochaines années pour permettre un progrès tangible à ce chapitre.

Dr Ledoux est neurologue, Cité de la Santé de Laval, et neurologue consultant, Clinique de la migraine de Montréal.

4. L'ostéoporose reliée à l'immobilisation

? Quel est le traitement de l'ostéoporose causée par l'immobilisation des patients âgés?

— Question posée par Dr Jacques Marchand, Montréal

Docteur Michel Gagné a répondu :

L'ostéoporose reliée à une immobilisation prolongée est bien documentée. La résistance musculaire amoindrie et les troubles d'équilibre pouvant en résulter contribuent à une tendance aux chutes, laquelle représente l'un des facteurs de risque majeurs. Ces facteurs de risque identifient les sujets devant faire l'objet d'une évaluation pour l'ostéoporose.

Si la personne est à risque de fracture, une mesure de la densité minérale osseuse (DMO) doit être faite avant de débuter une thérapie (Lignes directrices de pratique clinique 2002 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose).

Lors d'une étude ayant porté sur les fractures aux hanches menée auprès de patientes ambulantes (étude *Hip Intervention Program* [HIP], réalisée avec le risédronate), le sous-groupe de patientes âgées de 80 ans et plus, admises dans l'étude uniquement en raison de risques de chute, ne démontrait pas de différence significative par rapport au placebo. Cependant, le groupe avec ostéoporose documentée (70 ans à 80 ans) démontrait une différence significative.

Aucune étude n'a été menée avec les bisphosphonates *per os*, ceux-ci étant moins intéressants à cause de leur potentiel irritant pour l'œsophage.

Un traitement de prévention doit être prescrit : calcium, vitamine D, exercices avec appui et protecteurs de hanches.

Des cas isolés et de petites études sans répartition aléatoire ont démontré l'efficacité du pamidronate IV dans des cas d'ostéoporose confirmée due à l'immobilisation, dans des situations cliniques différentes (trauma médullaire, polyneuropathie, etc.).

Si la DMO n'est pas mesurée et si la personne n'est pas à risque de chutes, un traitement de prévention devra être prescrit : calcium, vitamine D, exercices avec appui et protecteurs de hanches.

Dr Gagné est rhumatologue, Polyclinique St-Eustache.