1. Les anovulants

? Une patiente âgée de 20 ans me consulte pour renouveler les anovulants (Diane®-35) qu'elle prend depuis plus de 3 ans. Comment l'aborder?

— Question posée par la Dre Nancy Beaumont, Chicoutimi

Les sujets ce mois-ci :

1. Les anovulants
2. La digoxine
3. Le traitement de l'otite
4. La tachycardie sinusale
5. L'anévrisme de l'aorte abdominale
6. Le traitement de l'obésité

La docteure Carole Williams a répondu :

Diane®-35, contenant de l'acétate de cyprotérone (ACP, 2 mg) combiné avec de l'éthinylœstradiol (EE, 35 µg), est très efficace pour traiter les formes modérées d'hyperandrogénie, comme l'acné grave ou l'hirsutisme. Bien que ce soit la seule indication approuvée par Santé Canada, l'ACP/EE a aussi des propriétés contraceptives.

La controverse au sujet de l'ACP/EE est survenue en 2001 après la publication d'une étude dans le *Lancet* qui déclarait un risque « quadruple » d'événements thromboemboliques avec l'ACP/EE en comparaison avec les contraceptifs oraux (CO) contenant du lévonorgestrel. Malheureusement, les auteurs ont rapporté ce chiffre en risque relatif, ce qui ne donne qu'une estimation du risque réel et cela peut porter à confusion. En reprenant leurs données, le risque d'événements thromboemboliques attribuables à l'ACP/EE par rapport au lévonorgestrel n'est que de 0,03 %.[1]

Le risque de thromboembolies est augmenté par la prise de CO en général. Le risque de base de thromboembolie chez une femme ne prenant aucun CO est de 0,5 à 1 sur 10 000. Il devient 3 à 4 sur 10 000 chez les femmes prenant un CO à faible dose d'œstrogène et se situe entre 1,2 et 9,9 sur 10 000 chez les femmes prenant de l'ACP/EE.[2]

Malgré ces résultats, Santé Canada et Berlex (manufacturier de Diane-35) ont publié en 2003 un avis sur la sécurité de Diane-35, et demandent que ce médicament ne soit pas utilisé uniquement comme contraceptif, bien qu'il soit théoriquement sécuritaire de le faire (si la patiente n'a aucune contre-indication aux contraceptifs oraux).[3]

Références

1. Vasilakis-Scaramozza, C, Jick, H : Risk of venous thromboembolism with cyproterone or levonorgestrel contraceptives. Lancet 27(9291):1427, 2001.
2. Spitzer, W : Cyproterone acetate with ethinylestradiol as a risk factor for venous thromboembolism: An epidemiological evaluation. J Obstet Gynaecol Can 25(12):1011, 2003.
3. Santé Canada : *www.hc-sc.gc.ca*

La Dre Williams est résidente III en obstétrique-gynécologie à l'Université de Montréal.

2. La digoxine

? Quelle est la place aujourd'hui de la digoxine dans l'arsenal thérapeutique cardiaque?

— Question posée par le Dr Serge Bordeleau, Vanier

Le docteur Réda Ibrahim a répondu :

Les indications contemporaines de la digoxine sont les suivantes :

1. Les patients atteints d'une insuffisance cardiaque systolique et qui demeurent symptomatiques malgré des doses optimales d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et de bêtabloqueurs. L'étude *Digitalis Investigation Group* (DIG) a démontré que la médication est particulièrement utile chez les patients présentant des symptômes graves, comme une fraction d'éjection du ventricule gauche de moins de 25 % et/ou une cardiomégalie à la radiographie pulmonaire.
2. Les patients qui souffrent d'une fibrillation auriculaire à réponse ventriculaire rapide avec ou sans insuffisance cardiaque.

En raison d'une mauvaise maîtrise de la fréquence cardiaque à l'effort, les bêtabloqueurs et/ou les anticalciques de type non dihydropyridines tendent cependant à être favorisés. La dose habituelle est de 0,125 mg par jour et la médication doit être utilisée avec précaution chez les patients ayant un syndrome coronarien aigu, des problèmes de conduction ou une insuffisance rénale ainsi que chez les personnes âgées.

Le Dr Ibrahim est cardiologue, Institut de Cardiologie de Montréal.

3. Le traitement de l'otite

? Quand doit-on traiter une otite chez un enfant?

— Question posée par le Dr Robert Gendron, Aylmer

Le docteur Ted L. Tewfik a répondu :

Il faut traiter une otite chez un enfant dans le but d'éviter des complications. Certains spécialistes croient qu'un traitement antibiotique initial n'est pas indiqué pour les otites moyennes aiguës et qu'il faut plutôt prescrire des agents pour traiter la douleur et la fièvre et suivre l'enfant de près.

Si l'enfant ne se sent pas beaucoup mieux après quelques jours, un traitement antibiotique peut alors être débuté.

Par contre, certaines études suggèrent que le taux de guérison est plus élevé si les antibiotiques sont utilisés dès le départ. Aussi, le taux de complications devrait être plus faible.

Des études portées sur les épanchements à l'oreille moyenne quelques jours après l'infection aiguë ont révélé que le *Streptococcus pneumoniæ* est souvent la cause de l'otite persistante. Depuis que le *Streptococcus pneumoniæ* est aussi associé à un grand nombre de complications secondaires à l'otite moyenne; le non-traitement à la phase aiguë est inquiétant. À la lumière de tous ces facteurs, le non-traitement de routine d'un patient symptomatique souffrant d'une otite moyenne aiguë n'est pas recommandée.

Le Dr Tewfik est professeur titulaire et directeur de l'éducation médicale continue, département d'oto-rhino-laryngologie, faculté de médecine, Université McGill.

4. La tachycardie sinusale

? Doit-on traiter les tachycardies sinusales?

— Question posée par le Dr Jean-Luc Doray, Longueuil

Le docteur Christian Constance a répondu :

Il faut savoir que la tachycardie sinusale est très fréquente chez les jeunes patients et il s'agit d'une réaction normale à une panoplie de situations physiologiques ou pathologiques, telles que la fièvre, l'hypotension, l'hyperthyroïdie, l'anémie, l'anxiété, l'hypovolémie, l'embolie pulmonaire, l'ischémie myocardique, la défaillance cardiaque et même les états de choc.

Le traitement de la tachycardie sinusale consiste à éliminer les facteurs stressants comme le tabac, l'alcool, le café, le thé ou d'autres stimulants ou agents sympatico-mimétiques, notamment certains médicaments.

Dans la majorité des cas, on doit s'abstenir de commencer un traitement de type bêtabloqueur ou anticalcique dans le but de ralentir la fréquence cardiaque, car celle-ci peut être une réponse normale à une situation physiologique particulière.

Cependant, si le patient souffre d'hypertension ou qu'il présente des palpitations importantes, un traitement médical chronotrope négatif est approprié.

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

5. L'anévrisme de l'aorte abdominale

? Quelles sont les indications de dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale?

— Question posée par le Dr Rémi Grandisset, St-Tite

Le docteur Alain Verdant a répondu :

Un dépistage systématique est fortement suggéré dans les conditions suivantes associées à un risque élevé de rupture :

1. À tout âge chez le syndrome de Marfan dont 50 % des décès surviennent avant l'âge de 35 ans à la suite de complications cardiovasculaires.
2. À partir de 50 ans, lorsque l'investigation d'un anévrisme dégénératif (athéromateux) révèle des antécédents familiaux généralement retrouvés chez 25 %.
3. L'anévrisme de l'aorte abdominale se retrouve chez 25 % des patients opérés ou porteurs d'un anévrisme de l'aorte thoracique et chez 40 % des patients ayant déjà un anévrisme fémoral ou poplité.
4. Lors de dissection de type A ou B, l'implication de l'aorte thoraco-abdominale est la règle chez 90 %. La recherche d'un anévrisme sous-rénal sur une paroi aortique affaiblie est recommandée.
5. À partir de l'âge de 60 ans, certaines conditions favorisent l'apparition d'anévrismes abdominaux : l'hypertension (7 %), le tabagisme (8 fois plus élevé que chez les non-fumeurs), la maladie occlusive aorto-iliaque (14 %), la maladie cardiaque artériosclérotique (5 %), l'hypercholestérolémie et l'hypothyroïdie.
6. Toute douleur abdominale ou lombaire aiguë à partir de l'âge de 65 ans nécessite l'élimination d'un anévrisme aortique dont les symptômes peuvent mimer beaucoup de maladies attribuées aux organes que l'aorte croise sur son trajet rétro-péritonéal.

Le Dr Verdant est chirurgien cardiovasculaire, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et professeur titulaire de clinique, Université de Montréal.

6. Le traitement de l'obésité

? Que pensez-vous de l'utilisation du topiramate dans le traitement de l'obésité?

— Question posée par la Dre Célyne Evans, Longueuil

Le docteur François Melançon a répondu :

On a d'abord essayé le topiramate dans le traitement de la boulimie nocturne et dans le syndrome d'alimentation nocturne. À une dose moyenne de 218 mg, il y a eu une amélioration notable du schéma du sommeil nocturne et les patients ont perdu en moyenne 11,1 kg.

Certains chercheurs se sont penchés sur l'utilisation du topiramate chez des personnes obèses sans maladie psychiatrique. Du strict point de vue de la perte de poids, le topiramate a donné des résultats légèrement meilleurs que le placebo (2,6 % pour le placebo à 24 semaines et de 5,0 % à 6,3 % avec un plafonnement à partir de 192 mg par jour pour le topiramate). En raison des effets indésirables (paresthésies, somnolence et troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention), un patient sur cinq a dû interrompre le traitement. Les effets indésirables avaient tendance à disparaître à long terme et ils étaient proportionnels à la dose.

On a cherché à savoir comment le topiramate fonctionnait. On croit qu'il agit sur le centre de la faim, ce qui réduit l'apport calorique. Cependant, après un an d'utilisation, l'apport calorique revient aux valeurs d'avant le topiramate. On peut donc se poser des questions sur l'efficacité à long terme du topiramate dans le maintien du poids. *Clin*

Le Dr Melançon est généraliste en pratique privée à Asbestos en Estrie, et au CLSC Villeray à Montréal.