Experts-conseils

Les réponses de vos confrères à vos questions

1. L'hormonothérapie

? Selon l'étude WHI, est-il recommandé de cesser l'hormonothérapie après 5 ans de traitement?

— Question posée par le Dr Normand Leclair, Trois-Rivières

La Docteure Ginette Martin a répondu :

D'abord, selon l'étude *Women's Health Initiative* (WHI), il ne semble pas y avoir de problèmes lorsqu'une hormonotherapie est suivie pendant cinq ans, si la condition médicale de la femme l'exige : symptômes de ménopause ou d'ostéoporose.

Cependant, toujours selon cette étude, il serait important de réviser les raisons pour lesquelles l'hormonothérapie a été prescrite et de déterminer si sa poursuite est encore nécessaire. Après 10 ans de traitement, il semble que l'hormonothérapie augmente de façon significative le risque de souffrir du cancer du sein, alors celle-ci devrait être cessée.

La Dre Martin est professeure agrégée, Département de chirurgie, Université de Montréal, et chirurgienne-oncologue, Hôpital Notre-Dame, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Les sujets ce mois-ci :

1. L'hormonothérapie
2. La polyarthrite rhumatoïde
3. Les antiplaquettaires
4. Le méthylphénidate

2. La polyarthrite rhumatoïde

? Que pensez-vous de l'utilisation de Pennsaid® pour traiter l'arthrose des mains?

— Question posée par le Dr Jean Beaudet, Québec

La Docteure Monique Camerlain a répondu :

Le Pennsaid® est une solution de diclofénac indiquée uniquement pour le traitement de l'arthrose du genou au Canada. Ce médicament n'est pas remboursé par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour cette indication. Appliqué localement au genou, à un dosage de 40 gouttes, 4 fois par jour, le Pennsaid possède une faible absorption systémique. Il offre donc une solution de rechange intéressante, dans certains cas, aux anti-inflammatoires non stéroïdiens administrés par voie systémique.

Son intérêt est cependant faible pour traiter les atteintes diffuses comme l'arthrose de la main. Peu de résultats d'études sont actuellement disponibles au sujet de Pennsaid.

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

3. Les antiplaquettaires

? Quand doit-on envisager la combinaison de deux antiplaquettaires chez les patients à haut risque vasculaire?

— Question posée par le Dr Claude Laroche, Montréal

Le Docteur Luc Lanthier a répondu :

En cardiologie, on recommande souvent la combinaison d'acide acétylsalicylique (AAS) et de clopidogrel (Plavix®) pour traiter le syndrome coronarien aigu à risque intermédiaire ou élevé, en se basant sur l'étude *Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent ischemic Events* (CURE). Dans cette étude, le traitement combiné administré pendant 9 mois en moyenne a réduit le risque de mortalité cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral (AVC) de 20 %, comparativement à l'AAS prise seule. Une autre indication fréquente est en post-installation d'endoprothèse coronarienne. Un traitement minimal d'un mois est suggéré, mais la tendance est de prolonger le traitement jusqu'à un an, même si le bénéfice en est plutôt marginal. La pose d'une endoprothèse médicamentée et une curiethérapie favorisent aussi un traitement prolongé.

En neurologie, deux études ont été menées avec des combinaisons d'antiplaquettaires chez des sujets ayant présenté une ischémie cérébrale transitoire (ICT) ou un AVC. Lors de l'étude *European Study on secondary Prevention of Stroke* (ESPS-2), l'utilisation d'un traitement combiné d'AAS et de dipyridamole (Aggrenox®) a été démontrée comme étant plus efficace que l'AAS prise seule pour diminuer les récidives d'AVC. Par contre, le fait que le médicament doive être pris deux fois par jour, son coût, ainsi que la fréquence de ses effets indésirables et des arrêts de traitement limitent son application. L'utilisation d'une combinaison d'AAS et de clopidogrel ne s'est pas avérée plus efficace que le clopidogrel pris seul au cours de l'étude *Management of Atherothrombosis with Clopidogrel in High-risk Patients with recent Transient Ischaemic Attack or Ischaemic Stroke* (MATCH), dont les résultats ont été dévoilés récemment.

Le Dr Lanthier est interniste, Clinique de médecine vasculaire et d'hypertension artérielle, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke.

4. Le méthylphénidate

? J'ai constaté que Concerta® est plus efficace et mieux toléré que le Ritalin® régulier, bien que ces deux médicaments contiennent du méthylphénidate. Comment peut-on expliquer ce phénomène?

— Question posée par la Dre Geneviève Toupin, St-Nicolas

Le Docteur Philippe Lageix a répondu :

Lorsque l'on prescrit un médicament, de nombreux paramètres peuvent expliquer l'action favorable de celui-ci. Toutefois, deux paramètres sont particulièrement importants : l'efficacité/innocuité et la disponibilité. La meilleure réponse à Concerta® en comparaison avec le Ritalin® s'explique par une formulation qui permet au médicament de demeurer disponible beaucoup plus longtemps, à une dose croissante et au bon endroit, c'est-à-dire au niveau des synapses des neurones dopaminergiques.

L'astuce et l'innovation de Concerta résident dans sa façon de distribuer le méthylphénidate sous forme liquide dans le tube digestif. On insère le médicament dans un contenant semi-perméable qui fonctionne comme une membrane osmotique. On divise le méthylphénidate contenu dans cette enveloppe en trois blocs de dosages différents. Le système fonctionne en permettant au contenu médicamenteux de se liquéfier progressivement grâce à l'afflux de liquide digestif et d'être expulsé de façon continu, progressive et croissante par un petit orifice situé à l'extrémité du contenant. Grâce à ce dispositif, on s'assure qu'une quantité déterminée de médicament est relâchée vers une cible quelconque et qu'une quantité suffisante demeure également disponible.

Le résultat d'une telle démarche produit une courbe de distribution du méthylphénidate qui croît régulièrement durant 8 heures, puis décroît progressivement pour finalement atteindre le niveau zéro après 12 heures. Cela évite les pics et les vallées générés par l'administration de Ritalin de deux à trois fois par jour. Une telle distribution est très avantageuse pour les personnes qui souffrent d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et qui ont besoin de méthylphénidate tout au long de la journée afin de pouvoir être performant sans devoir prendre des doses trop élevées de médicament. De plus, les patients disposent du médicament au moment où ils exécutent des tâches nécessitant une forte concentration.

Notez qu'il faut ajouter une pellicule de méthylphénidate autour de la capsule afin de contrecarrer la latence de 90 minutes avant que le dispositif n'entreprenne son action. *Clin*

Le Dr Lageix est psychiatre, Hôpital Douglas.