1. Le redoutable *C. difficile*

? Faut-il traiter *Clostridium difficile* avec du métronidazole à 500 mg, 2 ou 3 fois par jour pour une période de 10 à 14 jours?

— Question posée par le Dr Michel Lauzon, Deux-Montagnes

Le docteur Louis Valiquette a répondu :

La dose de métronidazole à administrer par voie orale habituellement recommandée dans le traitement de première intention de la colite à *Clostridium difficile* (CCD) légère ou modérée est de 500 mg, 3 fois par jour ou 250 mg, 4 fois par jour (QID).

Pour les cas graves (associés à une leucocytose très élevée, une insuffisance rénale aiguë, une fièvre élevée et persistante, une hypoalbuminémie, une douleur abdominale marquée, etc.), la vancomycine administrée par voie orale (125 à 250 mg QID) est le traitement suggéré.

La durée habituelle du premier traitement est de 10 à 14 jours. Ces recommandations s'appliquent pour le traitement de première intention de la CCD. En cas de récidives, les traitements sont plus complexes et les doses plus variables.

Le Dr Valiquette est microbiologiste médical et infectiologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Les sujets ce mois-ci :

1. Le redoutable *C. difficile*
2. Le questionnement des patients fumeurs
3. Un cas de diverticulite
4. Le lithium après 70 ans
5. Lésion surrénale fortuite : quelle est la conduite?
6. L'hématurie au masculin et au féminin

2. Le questionnement des patients fumeurs

? Que répondre à un patient fumeur qui désire obtenir une radiographie pulmonaire pour dépister un cancer du poumon?

— Question posée par la Dre Julie Thibault, Nicolet

La docteure Louise Samson a répondu :

La radiographie pulmonaire standard est un outil très décevant pour le dépistage du cancer du poumon. Des études menées ont démontré que l'utilisation de la radiographie pulmonaire dans le dépistage de cancers dans la population à risque n'augmentait pas la survie des patients atteints du cancer du poumon. Les études de dépistage par tomodensitométrie du thorax révèlent de nombreux nodules non visibles avec les rayons X standards, illustrant la piètre figure de la radiographie standard pour le dépistage du cancer.

Le cancer pulmonaire se manifeste le plus souvent par un nodule. Plusieurs facteurs doivent être réunis afin de permettre la détection de nodules sur une radiographie pulmonaire standard. Les nodules plus faciles à détecter ont en général un diamètre de plus de 1 cm, présentent des contours nets, sont denses et bien en vue, c'est-à-dire non cachés par le médiastin, ni situés derrière les structures osseuses ou les coupoles diaphragmatiques. Les nodules qui n'ont pas ces caractéristiques sont moins visibles.

Certains cancers se manifestent par un infiltrat alvéolaire. Il sera donc logique de penser d'abord à une pneumonie plutôt qu'à un cancer, retardant par le fait même le bon diagnostic.

L'âge et les facteurs de risque du patient sont aussi des éléments importants à prendre en considération avant de prescrire un tel examen.

Finalement, le patient et son médecin devront composer avec les trouvailles accessoires et fortuites que la radiographie risque de démontrer et qui nécessiteront une évaluation plus approfondie.

La Dre Samson est radiologiste, Hôtel-Dieu de Montréal, CHUM.

3. Un cas de diverticulite

? Une patiente souffrant à la fois d'une diverticulite du sigmoïde et d'une diverticulite du côlon gauche avec fistule colovaginale peut-elle être opérée par laparoscopie? Comme il s'agit d'une patiente de 82 ans, il me semble que cela serait beaucoup moins difficile. Si oui, quels sont les hôpitaux qui pratiquent une telle intervention?

— Question posée par la Dre Odette Rioux

Le docteur Jean-Daniel Baillargeon a répondu :

Une patiente souffrant d'une fistule colovaginale devrait idéalement être opérée, surtout si elle est symptomatique. Cependant, la voie laparoscopique serait techniquement très difficile. Bien que rien ne soit impossible, il est peu probable qu'un chirurgien se lance dans cette aventure. Cela étant dit, c'est le chirurgien lui-même qui, en dernier recours, décidera, après avoir bien évalué la patiente, si c'est faisable. Finalement, il faut savoir que la chirurgie laparoscopique ne fait pas courir un risque moindre comparativement à la chirurgie ouverte chez cette patiente très âgée. Au contraire, l'anesthésie reste nécessaire et l'insufflation d'air dans le péritoine compromet le retour veineux et la capacité ventilatoire.

En conclusion, la chirurgie laparoscopique ne serait pas le premier choix chez cette patiente. Elle serait techniquement plus difficile et ne diminuerait pas le risque de complications. La chirurgie ouverte serait encore la meilleure option. Si la patiente a un risque opératoire prohibitif, à la limite, l'observation pourrait être envisagée si elle est peu ou pas symptomatique.

Le Dr Baillargeon est gastro-entérologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

4. Le lithium après 70 ans

? Est-il pertinent de continuer la prise de lithium chez un patient âgé de 75 ans asymptomatique de maladie bipolaire qui débute une démence?

— Question posée par le Dr Pierre Coupal, Saint-Léonard

La docteure Joanne Baillargeon a répondu :

Deux éléments sont à considérer :

1. Le traitement de la manie, des états mixtes et de la dépression bipolaire chez la personne âgée est difficile, car les taux de réponses incomplètes, de rechutes et de mortalité sont élevés.
2. L'expérience clinique démontre que les patients de plus de 70 ans tolèrent moins bien les effets indésirables du lithium, dont l'ataxie, le tremblement, la polyurie et les plaintes subjectives de trouble mnésique, en particulier chez ceux présentant une comorbidité médicale ou neurologique, et ce malgré une bonne tolérance antérieure.

De plus, il n'y a actuellement aucune étude groupe témoin qui a été menée sur le traitement de la personne âgée avec le lithium.

Le lithium sera maintenu chez un patient ayant présenté une maladie bipolaire grave stabilisée avec cette médication, à moins que des effets indésirables incommodants n'apparaissent. Dans ce cas, l'acide valproïque, maintenant utilisé comme traitement de première intention chez la personne âgée présentant un diagnostic de maladie bipolaire, sera indiqué.

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

5. Lésion surrénale fortuite : quelle est la conduite?

? Quel suivi est indiqué à la suite de la découverte fortuite d'une lésion surrénale unique de 2,5 cm de diamètre et d'une densité d'environ 8 (bénigne) lors d'une tomodensitométrie abdominale effectuée chez une patiente dans la cinquantaine?

— Question posée par le Dr Marcel Piché, Sainte-Thérèse

Le docteur Donald Breton a répondu :

Les nodules surrénaux trouvés de façon fortuite (incidentalomes) sont de plus en plus fréquents avec les avancements technologiques en radiologie. Le but de l'examen initial consiste à déterminer si la tumeur est fontionnelle et à éliminer la malignité. Si le bilan est négatif, il est suggéré de procéder à l'exérèse des lésions plus grosses que 4 cm. Lorsque la tumeur a un diamètre inférieur à 4 cm et que le bilan est négatif, il est recommandé de procéder à un contrôle du tomodensitogramme 3 à 6 mois après, puis l'année suivante. Lorsque la tumeur demeure stable, la fréquence annuelle des tomodensitométries pourra être espacée. Bien que la majorité des tumeurs qui progressent soient bénignes, il est suggéré de les enlever. Par ailleurs, certains recommandent en plus de répéter le bilan fonctionnel annuellement.

Le Dr Breton est endocrinologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

6. L'hématurie au masculin et au féminin

? Quelle est l'investigation de l'hématurie microscopique chez les hommes et chez les femmes?

— Question posée par la Dre Constance Goulet, Radisson

Le docteur Michael McCormack a répondu :

Les patients ayant une hématurie devraient avoir un bilan urologique complet : observation, examen physique, vérification radiologique de l'arbre urinaire supérieur et cystoscopie. Les patients qui sont plus à risque d'avoir une maladie urologique significative incluent ceux qui ont des antécédents de tabagisme, d'hématurie macroscopique, d'exposition industrielle aux colorants, de maladies urologiques, d'infection, d'abus d'analgésiques et d'irradiation pelvienne, ceux agés de plus de 40 ans ainsi que ceux qui souffrent de symptômes irritatifs. Une cytologie urinaire peut être utile mais il faut se souvenir qu'il existe des faux négatifs pour cet examen.

Pour les femmes qui souffrent d'une cystite, il est recommandé d'effectuer une analyse d'urine de contrôle six semaines après un traitement approprié. La vérification radiologique peut se faire par échographie, pyélographie endoveineuse ou tomographie axiale. Une cystoscopie est nécessaire pour éliminer la présence d'un cancer de la vessie. Si le bilan urologique est négatif, le médecin peut considérer faire un suivi du patient avec des analyses d'urines et des cytologies urinaires périodiques. Pour les patients ayant les facteurs de risque mentionnés ci-dessus et une persistance de l'hématurie, des contrôles radiologiques et cystoscopiques peuvent être envisagés. L'*American Urological Association* a publié un guide clinique en 2001, dont la référence se trouve ci-dessous. *Clin*

Le Dr McCormack est urologue, CHUM.

Référence

1. Asymptomatic Microscopic Hematuria in Adults : Summary of the AVA Best Practice Policy Recommendations. Am Fam Physician 63(6):1145, 2001.