

1. Le vaccin contre la varicelle

? Que pensez-vous du vaccin contre la varicelle?

— Question posée par le Dr Mario Boucher, Québec.

La docteure Sophie Laflamme a répondu :

La varicelle est une maladie hautement transmissible, reliée à une morbidité et à une mortalité non négligeable. Les principales complications de cette infection sont l'infection cutanée, l'otite moyenne aiguë, la pneumonie, l'ataxie cérébelleuse, la méningo-encéphalite et l'infection invasive à streptocoque. Le vaccin contre la varicelle réduit les manifestations cliniques de la maladie et surtout, il diminue l'apparition et la sévérité des complications.

Malgré le fait que certains articles de la littérature rapportent une efficacité moindre du vaccin par rapport à ce qui avait été prévu, il est toujours conseillé d'offrir le vaccin à tous les enfants de 12 à 18 mois ainsi qu'à tous les enfants, adolescents et adultes admissibles (histoire négative et/ou sérologie négative). De plus, le vaccin donne peu d'effets indésirables. Plusieurs provinces canadiennes offrent d'ailleurs la vaccination universelle contre la varicelle. Au Québec, le coût du vaccin (environ 70 \$) est aux frais du patient.

La Dre Sophie Laflamme est pédiatre, Université de Sherbrooke.

Les sujets ce mois-ci :

1. Le vaccin contre la varicelle
2. Différentes options pour traiter l'ostéoporose
3. L'hormone thyroïdienne, doit-on la prendre à vie?
4. Mise au point sur les coxibs
5. L'hypercholestérolémie : une histoire de famille
6. Voyage et problème de la diarrhée

2. Différentes options pour traiter l'ostéoporose

? Comment traite-t-on une patiente dont l'ostéoporose augmente malgré le calcium, la vitamine D et l'alendronate sodique. Faut-il penser à l'HTR?

— Question posée par la Dre Catherine Desrosiers, Beloeil.

La docteure Monique Camerlain a répondu :

Beaucoup de non-réponses aux bisphosphonates sont reliées au fait que le malade ne prend pas le médicament, ou qu'il le prend mal! Il faut vérifier qu'il est pris à jeun, avec un grand verre d'eau, au moins trente minutes avant le déjeuner et sans se recoucher. Nombre de nos patients ne respectent pas ces conditions. Il faut toujours le vérifier en présence d'un échec thérapeutique. Il faut aussi s'assurer que la non-réponse apparente n'est pas simplement reliée à la marge d'erreur de la technique de la densitométrie, qui est de 1 à 1.7 % chez les gens âgés, alors que le gain de densité avec les anti-résorptifs est de 1 à 6 % en 3 ans. Les marqueurs du remodelage osseux pourraient être utiles pour juger de la réponse, au besoin, dans un pareil cas. S'il n'y a pas de réponse, on peut changer d'agent.

Cependant, l'hormonothérapie de substitution, donnée à long terme comme agent de seconde ligne dans le traitement de l'ostéoporose, présente un risque substantiel de maladie cardiovasculaire, d'accident cérébro-vasculaire, de cancer du sein et présente un ratio risque/bénéfice défavorable.¹ De nouveaux agents, comme le teriparatide, seront utilisés dans les formes sévères et rebelles. Le coût d'environ 80 \$ par jour de cet injectable en limite l'utilisation.

Références

¹ Brown JP, Josse RG, 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada CMAJ. Nov 12, 2002; 1679 (10 suppl)S1-34.

La Dre Monique Camerlain est rhumatologue, Université de Sherbrooke.

3. L'hormone thyroïdienne, doit-on la prendre à vie?

? Plusieurs femmes souffrent d'hypothyroïdie postpartum. Est-ce que celles-ci doivent être traitées avec une hormone thyroïdienne indéfiniment?

— Question posée par le Dr Barry Slapcoff, Westmount.

Le docteur Donald Breton a répondu :

L'hypothyroïdie postpartum est généralement causée par une thyroïdite postpartum. En effectuant des bilans biochimiques sériés, les études révèlent une incidence de 3 à 16 % qui peut s'élever jusqu'à 25 % chez les diabétiques de type 1. Toutefois, l'incidence clinique est moindre. Environ 40 à 60 % des cas de thyroïdite postpartum se présentent par une hypothyroïdie sans phase hyperthyroïdienne. Dans la majorité des cas, il n'y aura peu ou pas de symptôme, la présence d'anticorps anti-peroxidase (anti-TPO) et un goitre diffus sera noté chez plusieurs. La plupart des patientes ne nécessiteront qu'un suivi clinique avec contrôle du bilan thyroïdien jusqu'à la normalisation.

Face à une hypothyroïdie symptomatique, il est suggéré de débiter de la levothyroxine à une dose de 50 à 100 mcg par jour pour une durée de 8 à 12 semaines. Le traitement pourra être cessé après cette période et le bilan ré-évalué quatre à six semaines après. Un petit nombre de sujets pourra nécessiter un remplacement à long terme. Les femmes ayant présenté une thyroïdite postpartum sont à risque de récurrence lors de futures grossesses. De plus, elles sont à risque de développer un goitre et/ou de l'hypothyroïdie dans le futur, surtout en présence d'anticorps positif. Un suivi du bilan thyroïdien annuel est souhaitable, ou lorsque des symptômes suggestifs de dysthyroïdie surviennent. Personnellement, je contrôle le bilan six mois après, puis annuellement.

*Le Dr Breton est endocrinologue,
Hôpital Maisonneuve-Rosemont.*

4. Mise au point sur les coxibs

? Quelle conduite doit-on adopter avec les coxibs en 2005?

— Question posée par la Dre Michelle Dumais, L'Anse Saint-Jean.

Le docteur Charles-Érick Augustin a répondu :

Le retrait successif et précipité de certains inhibiteurs de la cyclooxygénase-2 (Cox-2) laisse les médecins perplexes et quelque peu démunis. En septembre 2004, retrait du Rofecoxib. En décembre 2004, retrait du Celocoxib d'une recherche en cours au *US National Cancer Institute* sur la prévention des polypes du côlon. La raison dans les deux cas : augmentation du risque de mortalité d'origine cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux. Il reste le Valdécoxib à propos duquel la FDA (*Food and Drug Administration*) a fait une sérieuse mise en garde, car il augmente de trois fois le risque d'infarctus, particulièrement après les pontages coronariens et expose à des réactions cutanées pouvant être létales.

Au Canada, le Celocoxib demeure approuvé dans le traitement de l'arthrite rhumatoïde et de la polypose adénomateuse familiale. On sait cependant que le risque d'infarctus et d'accidents cérébraux augmente chez les patients soumis à une dose de 400 à 800 mg par jour. Alors que faire?

Nous estimons que dans l'état actuel des faits, la prudence s'impose et que la conduite en face des coxibs encore disponibles doit être :

1. De respecter les indications qui sont, il faut l'admettre, très étroites.
2. De ne les administrer en dehors de ces restrictions qu'aux patients à haut risque de saignement intestinal.
3. De les utiliser à court terme et à des doses faibles, tout en sachant que le risque absolu et relatif d'infarctus aux doses plus faibles est pour l'instant inconnu. Le patient doit en être informé.
4. De les éviter quand il y a d'autres alternatives thérapeutiques.

Le Dr Augustin est cardiologue à l'Institut de cardiologie et de pneumologie de l'Hôpital Laval, à Ste-Foy, Québec.

5. L'hypercholestérolémie; une histoire de famille

? Quand dépister et traiter l'hypercholestérolémie familiale?

— Question posée par la Dre Hélène Cambron, Notre Dame du Lac.

La docteure Isabelle Greiss et la docteure Sylvie Legault ont répondu :

L'hypercholestérolémie familiale, causée par des mutations du récepteur des LDL, se caractérise par des taux sériques élevés de LDL-cholestérol. Outre le diagnostic clinique (basé sur le profil lipidique, les manifestations typiques (arcs cornéens avant l'âge de 45 ans, xanthomes), et/ou l'histoire personnelle ou familiale ou de maladies cardiovasculaires, d'hypercholestérolémie et de signes cliniques) la recherche de mutations peut être faite et confirme la présence de la maladie. Un bilan lipidique et un examen physique devraient être faits chez les membres de la famille. Un dépistage génétique en cascade des parents de 1^{er} degré peut être réalisé et ceci est fait généralement en centre spécialisé. Les patients homozygotes sont rares et peuvent requérir une transplantation hépatique, ou un traitement par plasmaphérèse. Les hétérozygotes répondent habituellement aux statines bien qu'une combinaison médicamenteuse (acide nicotinique ou résines) puisse être nécessaire. Le traitement pharmacologique devrait être initié chez eux dès la fin de l'adolescence, puisque les manifestations cliniques sont traditionnellement précoces.

Lectures suggérées :

1. Civeira F (International Panel On Management of Familial Hypercholesterolemia). Guidelines for the diagnosis and management of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Atherosclerosis* 2004; 173: 55-63.
2. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *Circulation* 2003;106: 3143-421.

La Dre Isabelle Greiss est cardiologue et poursuit actuellement un fellowship en ablation de la fibrillation auriculaire en Italie.

La Dre Sylvie Legault est interniste et termine sa résidence en cardiologie.

6. Voyage et problème de la diarrhée

? Que prescrire contre la diarrhée du voyageur? Existe-t'il des différences selon le pays?

— Question posée par le Dr Bruno Tremblay, Beauport.

La docteure Dominique Tessier a répondu :

Quarante à 80 % des voyageurs seront incommodés, parfois sévèrement, par la diarrhée. Conseils préventifs : l'eau et les aliments doivent être bouillis, cuits, pelés ou évités. Un nouveau vaccin, le Dukoral, peut être utilisé. Malgré la prévention, la diarrhée risque de se produire. Il faudra apporter un auto-traitement. En plus d'un liquide de réhydratation, recommandez un antibiotique. Les quinolones, habituellement la ciprofloxacine, 1000 mg par jour, sera prescrite pour 1 à 3 jours. En Asie et pour les enfants et les femmes enceintes, préférer l'azithromycine. Le loperamide pourra faciliter les déplacements tel que le retour en avion.

La Dre Tessier est spécialiste en santé voyage, Montréal.