• Experts-conseils •

Les réponses de vos confrères à vos questions

1. Obésité morbide et « *bypass* » intestinal

? Chez une patiente ayant subi un « *bypass* » intestinal pour obésité morbide, comment devons-nous aborder une PTH (parathormone) avec calcium limite normal?

— Question posée par la Dre Marie-Rose Châteauvert, Lachenaie, Québec.

Le docteur Patrick Godet a répondu :

Deux types de chirurgies bariatriques existent :

1. Restrictive
2. Dérivation ou « *bypass* » (induisant une malabsorption, principalement aux dépens des lipides).

Dans le cas présent, la cause probable des anomalies biologiques est une malabsorption de la vitamine D. Ceci entraîne une hypocalcémie légère (valeur basse du calcium ionisé), une hyperphosphorémie et une hyperparathyroïdie secondaire.

Pour corriger ce déficit, de larges doses orales de vitamine D (jusqu'à 50 000 UI die) et de calcium (jusqu'à 4 g die) peuvent être nécessaires. Si inefficaces, on doit envisager l'administration parentérale de vitamine D.

Une consultation en endocrinologie est fortement recommandée.

Le Dr Patrick Godet est gastro-entérologue au Centre hospitalier de Lasalle, Montréal.

Les sujets ce mois-ci :

1. Obésité morbide et « *bypass* » intestinal
2. Personnes âgées et antidépresseurs : comment s'y retrouver?
3. Traitement aux AINS
4. Intolérance au glucose et approche pharmacologique
5. Les effets de la maladie d'Alzheimer
6. Anémie en gériatrie
7. Thyroïdie contrôlée et sirop en vente libre

Copyright© Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibite. Les personnes autorisées peuvent télécharger, afficher, visualiser et imprimer une copie pour leur usage personnel

2. Personnes âgées et antidépresseurs : comment s'y retrouver?

? Pour le traitement de la dépression chez les personnes âgées, par quel antidépresseur commencer, compte tenu de la multitude de choix offerts?

Le docteur Fadi Massoud a répondu :

Dans le choix de traitement antidépresseur, le médecin doit considérer les comorbidités, les médicaments concomitants, ainsi qu'une réponse antérieure à un traitement antidépresseur particulier.

Les Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine (ISRS) représentent les médicaments de premier choix, en raison de leur innocuité et de leur efficacité. Dans cette classe, le citalopram (10-40 mg/j) et surtout sa forme énantiomère récemment commercialisée, l'escitalopram (10 mg/j), ainsi que la sertraline (25-200 mg/j) représentent d'excellentes options. La venlafaxine (37,5-225 mg/j), qui a des propriétés anxiolytiques et stimulantes très intéressantes chez les patients souffrant d'anxiété ou d'apathie concomitantes, et la mirtazapine (7,5-45 mg/j) qui possède des effets stimulant l'appétit et améli-orant le sommeil, représentent deux autres médicaments de choix. Les doses de ces médicaments doivent être ajustées selon la fonction rénale et hépatique des patients. Ces derniers doivent être suivis régulièrement pour assurer une bonne réponse thérapeutique, ainsi qu'une bonne tolérance aux médicaments.

La durée du traitement doit être d'au moins six mois après la rémission lors d'un premier épisode, de un à deux ans lors d'un deuxième épisode, et d'au moins trois ans lors d'épisodes subséquents.

Référence :
Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. The Expert Consensus Guideline Series. Postgraduate Medicine 2001, October : 1-88.

Le Dr Fadi Massoud est interniste-gériatre au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et à l'Institut de Gériatrie de Montréal, ainsi que professeur adjoint de clinique au département de médecine de l'Université de Montréal.

Les Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine (ISRS) représentent les médicaments de premier choix (...).

3. Traitement aux AINS

? Y-a-t-il une façon sécuritaire pour prescrire des AINS à un patient qui prend déjà de la warfarine sodique? À quelle fréquence doit-on mesurer le INR (International rationalized ratio) pendant et après le traitement aux AINS?

— Question posée par le Dr Minh Hoang, Ville Mont-Royal, Québec.

Le docteur Jean Dufresne a répondu :

L'utilisation simultanée d'un AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien) avec la warfarine sodique peut causer deux types de problèmes : soit une inhibition accrue du système de la coagulation, ainsi qu'une interaction entre les deux agents.

Les AINS et l'AAS provoquent une dysfonction plaquettaire, qui perturbera la première phase de la coagulation (hémostase primaire). Ceci explique les risques de saignements associés avec ces médicaments. Il est donc évident que ces risques seront accrus si le patient reçoit également de la warfarine, qui inhibe la deuxième phase de la coagulation (hémostase secondaire). Par conséquent, la prise simultanée de ces agents doit être justifiée par le contexte clinique. Toutefois, les nouveaux anti-inflammatoires spécifiques à l'enzyme COX-2, tels que le célécoxib, ont un effet antiplaquettaire beaucoup moindre et s'avèrent être un meilleur choix.

D'autre part, de nombreux médicaments interagissent avec la warfarine, dont plusieurs AINS, y compris ceux spécifiques à la COX-2. L'effet le plus fréquent est l'augmentation de l'effet de la warfarine. En général, il n'y aura pas de problème si le patient prend déjà un AINS avant l'introduction de la warfarine, puisque l'ajustement des taux d'INR se fera en fonction de l'effet interactif entre les deux médicaments. Cependant, l'effet de l'anticoagulant sera rapidement modifié si l'anti-inflammatoire est cessé, ou nouvellement prescrit. À ce moment, l'INR devrait être revérifié quelques jours après le changement, puis une à deux fois par semaine, jusqu'à la stabilisation de l'INR.

Le Dr Jean Dufresne est professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et hématologue-oncologue au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

FR
ARTHROTEC* 50 et 75
comprimés de 50 et 75 mg de diclofénac sodique et de misoprostol
(Analgésique anti-inflammatoire en association avec un agent protecteur de la muqueuse)
Arthrotec* est contre-indiqué pendant la grossesse. Monographie du produit disponible sur demande.

* M.C. de G.D. Searle & Company LLC
Pfizer Canada Inc., licencié
CCPP
Membre R&D

4. Intolérance au glucose et approche pharmacologique

? Quelle est l'approche pharmacologique suggérée pour les patients avec un diagnostic d'intolérance au glucose?

— Question posée par la Dre Hélène Beaulieu, Neuchatel, Québec.

Le docteur Christian Constance a répondu :

Il faut premièrement distinguer si le patient a une intolérance au glucose ou s'il fait partie du diagnostic plus élaboré du syndrome métabolique. Si le patient souffre du syndrome métabolique, il y a donc trois critères sur cinq classiques pour en faire le diagnostic.

Pour l'homme, les cinq critères sont les suivants :

- tour de taille de plus de 102 cm
- des triglycérides > 1,7 mmol/l
- une glycémie > 6,2 mmol/l
- une tension artérielle > 130/85mmHg
- HDL < 1,0 mmol/l

Pour la femme, les cinq critères sont les suivants :

- tour de taille > 88 cm
- tg > 1,7 mmol/l
- HDL < 1,3 mmol/l
- TA > 130/85 mmHg
- glycémie > 6,2 mmol/l

Si le patient présente une intolérance au glucose, mais avec les critères diagnostiques du syndrome métabolique, ce patient est évidemment à plus haut risque d'évènement cardiovasculaire. On pense même que le risque cardiovasculaire augmente au moins du double en présence du syndrome métabolique. Ceci dit, les lignes directrices de thérapie pour les cibles à atteindre, pour la tension artérielle et le cholestérol, sont présentement en évolution. Beaucoup d'études sont actuellement en cours pour répondre justement à cette question.

Mais que fait-on en attendant les résultats de ces études? Le profil de l'intolérance au glucose est le plus souvent associé au syndrome métabolique et dans cette situation, il ne faudrait pas hésiter à utiliser les médications usuelles de nos patients à haut risque soit : l'AAS, les inhibiteurs de conversion et les statines. Ceux-ci sont des traitements de base et de choix pour ces patients.

Le Dr Christian Constance est cardiologue au Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont.

5. Les effets de la maladie d'Alzheimer

? Quels sont les effets de la maladie d'Alzheimer (MA), autres que ceux connus, sur la fonction cognitive? Par exemple, y a-t-il des effets connus sur le système musculo-squelettique et les autres systèmes?

— Question posée par la Dre Louise Galarneau Sherbrooke, Québec.

Le docteur Alain Robillard a répondu :

Je présume que cette question réfère aux manifestations survenant hors du système nerveux central, c'est-à-dire à l'exception des manifestations déjà connues sur l'humeur et le comportement, et également à l'exclusion des manifestations tardives de la MA, qui elles s'expriment par une « déchéance » physique terminale. En effet, aux stades ultimes de la MA, les manifestations sont certainement physiques : le tonus musculaire devient augmenté diffusément avec une rigidité que l'on dit « oppositionnelle », en ce sens que chaque mouvement passif imposé aux membres s'accompagne d'une contraction musculaire allant en sens inverse du mouvement de l'examinateur. Cette augmentation de tonus musculaire s'accompagne également, en bout de course de la maladie, d'un désordre de la posture bien décrit depuis des années : il s'agit de la posture dite en « position foetale » où le patient est recroquevillé sur lui même, prostré au lit.

Ce qui est aussi connu, mais moins souvent rapporté, est la perte de poids qui accompagne la maladie d'Alzheimer, et très souvent la précède. Cette perte de poids est significative pour plus de 80 % des patients et sa cause est à la fois multifactorielle et mal connue. On implique, en début de maladie, l'humeur dépressive réactionnelle et plus tard une perte de l'acuité olfactive et/ou gustative connue dans la MA, qui sont des symptômes fréquents, mais difficiles à identifier chez ces patients. Plus la maladie progresse plus il est fréquent de rencontrer des patients qui oublient de manger, ou oublient l'heure du repas. Ceci est d'autant plus vrai pour ceux qui habitent seuls, ou avec une supervision éloignée. Mais malgré toutes ces explications, il demeure des patients qui semblent avoir un apport suffisant de calories et qui s'amaigrissent quand même. Bien entendu, le médecin doit quand même rechercher les causes d'un amaigrissement exagéré chez tous les patients, même si la chance de trouver une explication est souvent faible chez le patient atteint de MA.

Le Dr Alain Robillard est neurologue au Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont.

6. Anémie en gériatrie

? Anémie en gériatrie : quand s'inquiéter? Qu'est-ce qui est « physiologique »? Quelle est l'investigation de base chez un patient atteint de troubles cognitifs importants et souffrant d'anémie?

— Question posée par la Dre Valérie Bédard, Proulxville, Québec.

La docteure Judith Latour a répondu :

L'hémoglobine reste normale, même à un âge très avancé. Une étude de la clinique Mayo à propos de 688 patients de plus de 65 ans, vivant à domicile, a démontré que l'incidence d'anémie passe de 4,6 % entre 65 à 69 ans, à 11,5 % entre 80 et 85 ans. Plus de la moitié de ces cas d'anémie seraient dus à des pertes sanguines lors d'hospitalisation, de chirurgie, ou d'hémorragies digestives.

On rapporte une prévalence de 50 % d'anémie en CHSLD en lien avec la dénutrition, les infections et les nombreuses comorbidités. Les patients anémiques décèdent davantage de cancer, mais également de démence et de bronchopathies pulmonaires obstructives chroniques.

Chez les patients de CHSLD qui ont un niveau d'intervention moins élevé, on suggère de rechercher et de traiter les déficiences en fer, en B12 et en acide folique et d'améliorer l'apport alimentaire. Une investigation plus poussée n'est pas suggérée. L'érythropoïétine n'améliore pas les capacités fonctionnelles ou la qualité de vie des patients anémiques, sans insuffisance rénale.

La Dre Judith Latour est interniste-gériatre à l'Hôpital Saint-Luc, Centre hospitalier de l'Université de Montréal et à l'Institut de Gériatrie de Montréal.

On rapporte une prévalence de 50 % d'anémie en CHSLD en lien avec la dénutrition, les infections et les nombreuses comorbidités.

7. Thyroïdie contrôlée et sirops en vente libre

? Êtes-vous d'accord pour dire que si quelqu'un est contrôlé pour sa thyroïdie avec de la lévothyroxine sodique, il ne devrait pas tenir compte des avertissements sur les bouteilles de sirop, ou autres, en vente libre?

— *Question posée par le Dr Mario Boutin, Charlesbourg, Québec.*

La docteure Édith St-Jean a répondu :

En partie seulement. En général, le problème est le contenu en iode de ces substances qui est problématique. L'iode chez les personnes avec thyroïde anormale peut entraîner une augmentation ou une diminution de la synthèse hormonale. Si quelqu'un n'a plus de fonction thyroïdienne résiduelle, par exemple après une chirurgie, et a des besoins en lévothyroxine sodique s'approchant des besoins moyens (soit 1,7 ug/kg/jour), on peut ne pas s'inquiéter du contenu en iode auquel on est en contact. Par contre, s'il persiste une fonction résiduelle (comme chez les gens avec thyroïdite d'Hashimoto) et des petites doses de lévothyroxine sodique, il est possible qu'une augmentation de l'apport en iode puisse diminuer la synthèse de T4 résiduelle et provoquer une augmentation des besoins en lévothyroxine sodique, pendant l'exposition et le temps de l'élimination. Ceci étant dit, il n'y a pas, à ma connaissance, une littérature qui officialise ce commentaire.

Finalement, il faut surveiller le contenu en fer, calcium, soya et les antiacides contenant de l'aluminium ou du magnésium, qui peuvent diminuer l'absorption du médicament. La meilleure façon de prendre le lévothyroxine sodique est de le prendre toujours de la même manière.

La Dre Édith St-Jean est endocrinologue, Réseau santé Richelieu-Yamaska.

L'iode chez les personnes avec thyroïde anormale peut entraîner une augmentation ou une diminution de la synthèse hormonale.