## 1. Médication et vaccins pour une croisière en Alaska

**? Quelles recommandations (médications, vaccins, etc.) doit-on faire à de jeunes retraités, qui feront une croisière vers l'Alaska sur un de ces immenses paquebots?**

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

### La docteure Dominique Tessier a répondu :

Les croisiéristes et plus particulièrement les personnes à haut risque, qui n'auraient pas reçu la vaccination pour la saison précédente, devraient recevoir une dose de vaccin anti-influenza avant leur départ. Le vaccin pour la nouvelle saison sera administré lorsqu'il sera disponible, cet automne.

La vaccination n'offre qu'une protection partielle et n'est pas toujours disponible en été, juste avant les croisières. Vous devez donc prescrire un anti-viral (habituellement l'oseltamivir, utilisé en traitement ou en prévention secondaire, ou l'amantadine en traitement), si des cas sont déclarés sur le bateau.

Recommandez aussi le lavage des mains fréquent, l'utilisation de gel à base d'alcool et la mise à jour des vaccins de base, incluant le pneumocoque.

Pour prévenir le mal des transports, les timbres de scopolamine, appliqués au moins 12 heures à l'avance, sont assez bien tolérés, mais peuvent produire de légers étourdissements. Le dimenhydrinate fonctionne encore très bien pour le traitement du mal des transports.

Pour en savoir plus :
1. Déclaration sur les voyages, la grippe et la prévention. RMTC;Vol 31 • DCC-2. 15 mars 2005.
2. Santé Canada. Grippe chez des voyageurs à destination de l'Alaska et du Yukon et à bord de paquebots de croisière sur la côte ouest, été 1999. RMTC 1999; 25(16) : 137-41.

*La Dre Dominique Tessier est directrice médical, Clinique santé voyage Médisys, Montréal.*

### Les sujets ce mois-ci :

1. Médication et vaccins pour une croisière en Alaska
2. Évaluation du taux d'APS
3. L'AAS et la prévention vasculaire chez les hypertendus
4. Ostéoporose et insuffisance rénale
5. Nouveautés de traitement du côté des hémorroïdes
6. Traitement de fissures anales
7. Antidépresseurs pour un patient bipolaire

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

## 2. Évaluation du taux d'APS

### ? Que doit-on faire devant un APS (antigène spécifique de la prostate) limite avec une palpation d'apparence négative?

— Question posée par le Dr Jean Thellen, Beloeil, Québec.

### Le docteur Michael McCormack a répondu :

Une connaissance des faux négatifs et des faux positifs de l'APS permet au médecin de décider si un APS « limite » doit être contrôlé, ou si le patient devait d'emblée être orienté vers un urologue.

L'APS est un marqueur qui est spécifique à la prostate, mais pas au cancer de la prostate. Son taux sérique peut augmenter pour différentes raisons : l'âge, la race, l'hypertrophie bénigne, une inflammation de la prostate ou une infection urinaire. La manipulation prostatique – lors d'une biopsie prostatique ou d'une cystoscopie - peut aussi produire une augmentation momentanée de l'APS. Il revient au médecin de s'assurer que les facteurs ci-haut mentionnés ne sont pas la cause d'une augmentation de l'APS.

Par ailleurs il faut savoir que l'APS peut s'avérer normal chez des hommes qui ont un cancer de la prostate. Selon une étude publiée en 2004 dans le *New England Journal of Medicine*, ce taux reste dans les limites normales pour 15 % des hommes atteints de la maladie.

Les chercheurs ont mis au point d'autres façons d'évaluer le taux d'APS sérique, afin d'améliorer la précision du test et de réduire le nombre de faux positifs et de faux négatifs.

**La densité de l'APS :** suite à une échographie transrectale de la prostate, on peut évaluer si le taux d'APS peut être expliqué par le volume de la glande. Cet indice est intéressant, mais n'est pas entièrement fiable. De plus, il faut avoir pratiqué une échographie pour le calculer.

**L'APS libre par rapport à l'APS total :** les hommes qui souffrent d'une hypertrophie bénigne présentent un taux d'APS libre élevé (une partie de l'APS non liée aux protéines), alors que ceux qui sont atteints d'un cancer ont un taux d'APS libre plutôt bas. Ce test est surtout utile chez les patients qui ont un APS total élevé et chez qui des biopsies prostatiques sont négatives. Il peut aussi éviter au patient des biopsies supplémentaires. Malheureusement, comme cet indice est discutable, ce ne sont pas tous les hôpitaux qui le proposent.

**La vélocité de l'APS :** une augmentation annuelle > 0,75 ng/ml peut être associée avec un cancer de la prostate.

**L'APS et l'âge du patient :** un des paramètres le plus utile est de considérer l'APS en relation avec l'âge du patient.

*Le Dr McCormack est urologue, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal.*

## 3. L'AAS et la prévention vasculaire chez les hypertendus

**? Quelle est la place de l'AAS dans la prévention vasculaire chez les patients hypertendus, ne présentant pas de facteurs de risque?**

— Question posée par le Dr Michel Doyon, Terrebonne, Québec.

### Le docteur Réda Ibrahim a répondu :

Un des messages clés des dernières recommandations du Programme éducatif canadien en hypertension artérielle (PECH) est que le plan de prise en charge des patients souffrant d'hypertension est déterminé en fonction du risque cardiovasculaire global. Ceci veut dire que pour les patients hypertendus, même sans facteur de risque cardiovasculaire supplémentaire, la stratégie de protection vasculaire doit tenir compte de l'administration possible de statines et d'acide acétylsalicylique (AAS).[1] Les inhibiteurs de l'ECA sont aussi recommandés pour les patients atteints d'athérosclérose établie.

L'acide acétylsalicylique en prévention primaire est donc officiellement recommandée chez les hypertendus (surtout de plus de 50 ans) dont la tension est par ailleurs bien contrôlée.[1] Elle est aussi recommandée chez les diabétiques de plus de 30 ans et considérée chez les hommes de > 40 ans, les femmes post-ménopausées et chez ceux dont le risque d'événement cardiovasculaires est de l'ordre > 10 % à 10 ans selon les échelles de Framingham. Les bénéfices escomptés (réduction des événements cardiovasculaires et des infarctus d'environ 15 et 30 % respectivement sans réduction significative de la mortalité) sont à balancer avec les risques (augmentation significative des événements hémorragiques avec augmentation non significative des ACV).[2,3]

Références
1. The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part II - Therapy. Can J Cardiol. 2005 Jun;21(8):645-72.
2. Heart 2001;85:265-271
3. U.S. Preventive Services Task Force. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events: Recommendations and Rationale. January 2002.
4. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/aspirin/asprr.htm

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

## 4. Ostéoporose et insuffisance rénale

### ? Quel traitement est sécuritaire pour l'ostéoporose chez un patient en insuffisance rénale (en tenant compte des différents degrés en insuffisance rénale)?

— Question posée par la Dre Guylaine Paré, St-Nicolas, Québec.

### Le docteur Patrick Liang a répondu :

En général, l'approche thérapeutique du patient ostéoporotique avec insuffisance rénale de stade I, II, ou III, ne diffère pas de celle chez le patient non-insuffisant rénal. Il importe toutefois de rappeler que dès le stade III (< 60 cc/min/1,73 $m^2$), une élévation de la PTH peut se produire, combinée à une diminution de la 25 (OH) vitamine D. Une tendance à l'hypocalcémie peut aussi se manifester sous les 40 cc/min. C'est donc dire qu'il peut coexister une hyperparathyroïdie secondaire, en plus de l'ostéoporose. L'ostéomalacie est beaucoup plus rare, sauf s'il y a carence sévère en vitamine D. Il faudra donc s'adresser à ces problèmes potentiels, avant d'envisager une thérapie anti-résorptive. Par conséquent, le traitement de l'ostéoporose chez ces patients implique, en premier lieu, une supplémentation en calcium (selon les recommandations de la Société de l'Ostéoporose du Canada) et en vitamine D2 ou D3 (800 UI/jour), afin d'éviter le développement de carence vitaminique.

Les bisphosphonates demeurent le premier choix chez les patients aux stades I à III. Pour les patients au stade IV, une étude a démontré la réduction de l'incidence fracturaire, sans détérioration de la fonction rénale. Il apparaît toutefois prudent de réduire de moitié la dose chez ces patients. Il n'existe pas de donnée clinique pour les patients au stade V.

Le traitement hormonal substitutif peut être une option chez les hommes hypogonadiques, quoiqu'il n'y ait pas de données cliniques sur l'incidence fracturaire pour les stades plus avancés d'insuffisance rénale. Il en va de même pour les modulateurs sélectifs des récepteurs des oestrogènes (MSRE) chez la femme. Quant à l'hormonothérapie chez la femme, son emploi est limité par l'accroissement du risque de néoplasie mammaire et de complications cardiovasculaires. L'emploi de calcitonine est probablement sécuritaire, peu importe le stade (I à V), bien que son efficacité n'ait pas fait l'objet d'étude chez les insuffisants rénaux.

*Le Dr Patrick Liang est rhumatologue, Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke.*

## 5. Nouveautés de traitement du côté des hémorroïdes

### ? Quels sont les nouveaux produits pour traiter les hémorroïdes?

— Question posée par le Dr Guilmain Maurice, Brossard, Québec.

### Le docteur Georges Ghattas a répondu :

Les « hémorroïdes » sont réputées pour affecter 50 % de la population avant l'âge de 50 ans, causant principalement le saignement, la douleur et le prurit anal.

Les fibres et une bonne hydratation sont les clefs du traitement de base. De plus, les préparations topiques sont fréquemment utilisées par les patients avant la consultation, mais elles ont une efficacité très inégale. Un traitement oral à base de flavonoïdes semblerait efficace, mais celui-ci n'est pas disponible au Canada.

Les traitements non-chirurgicaux des hémorroïdes internes sont efficaces pour les grades 1 à 2 (sans prolapsus) et certains grades 3 (prolapsus réductible). Ils consistent en deux types de traitements : la coagulation et l'élasticage. En ce qui concerne les méthodes de coagulation, les plus utilisées sont l'infrarouge et le bipolaire. L'application d'énergie par radio fréquence est une nouvelle approche, qui n'est cependant pas très répandue. Pour ce qui est de la cryothérapie, celle-ci est délaissée par la plupart des praticiens à cause d'une moins bonne efficacité et d'effets secondaires inacceptables. En terme de meilleure efficacité, l'élasticage (ou « *banding* ») a clairement pris le gros du marché. Toutefois, le traitement se fait souvent en plusieurs temps et, comparativement aux méthodes de coagulation, peut potentiellement causer plus de douleur.

Dans les nouvelles méthodes chirurgicales, l'hémorroïdopexie présente certains avantages de tolérabilité, comparativement à la résection chirurgicale traditionelle, tout en maintenant une bonne efficacité, surtout pour les grades 3.

*Le Dr Ghattas est gastro-entérologue, Centre universitaire de santé McGill.*

## 6. Traitement de fissures anales

### ? Quelles sont les nouveautés pour traiter les fissures anales?

— Question posée par le Dr Guilmain Maurice, Brossard, Québec.

### Le docteur Georges Ghattas a répondu :

Pour les traitements de fissures anales, il y a plusieurs nouveaux produits. Le principe de base reste le même : réduire la tension du sphincter anal interne, pour permettre une amélioration du flot sanguin vers la « plaie » d'ischémie chronique que représente la fissure.

Ces produits pour application locale nécessitent, la plupart du temps, une préparation magistrale. La pommade nitroglycérine ayant une concentration de 0,2 %, appliquée bid pour 8 semaines, sera efficace dans environs 60 % des fissures chroniques, mais avec un risque de récidive à long terme d'environ 25 %. De plus, la céphalée est un des effets secondaires de ce traitement. La nifédipine serait plus efficace que le nitrol (avec moins de céphalée), mais toujours avec un risque de récidive à long terme d'environs 30 %. Cette préparation se fait à partir de la poudre; 60 mg dans 30 g de vaseline pour une concentration de 0,2 %. Le diltiazem 2 % en gel présente aussi une bonne efficacité.

Le traitement chirurgical (la sphincterotomie latérale) est très efficace et prévient la récidive, mais il peut occasionner une légère incontinence. Par ailleurs, l'injection de toxine botulinique dans le sphincter interne est presque aussi efficace, mais cela peut prendre quelques mois de plus pour atteindre la guérison complète et peut nécessiter un deuxième traitement. Il persiste également un risque de récidive avec la toxine botulinique.

*Le Dr Ghattas est gastro-entérologue,Centre universitaire de santé McGill.*

## 7. Antidépresseurs pour un patient bipolaire

### ? Peut-on utiliser de façon sécuritaire des antidépresseurs (ex. ISRS) chez un patient déprimé connu, porteur d'une maladie bipolaire?

— Question posée par la Dre Guylaine Paré, St-Nicolas, Québec.

## Les docteurs Pierre Savard et Jean Leblanc ont répondu :

Le lithium est efficace dans le traitement d'un épisode dépressif chez un patient porteur d'une maladie bipolaire I. La monothérapie avec le lithium est donc un traitement idéal, à la fois pour la manie et pour la dépression, pour les patients porteurs d'une maladie bipolaire I. Il faut alors viser des taux sériques de 0,8 à 1,2 mEq/L.

Si le lithium n'est pas suffisant, un autre médicament peut être ajouté. Le principe de base est de donner des antidépresseurs seulement si le patient reçoit déjà un stabilisateur de l'humeur. En effet, les antidépresseurs employés seuls peuvent déclencher des épisodes de manie chez les bipolaires.

Les antidépresseurs tricycliques sont considérés plus à risque de déclencher un épisode de manie, que le bupropion ou les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine).

La lamotrigine est également un bon traitement de la dépression bipolaire. Elle peut être ajoutée à un stabilisateur de l'humeur, à une dose initiale de 25 mg par jour pour 2 semaines, et augmentée par paliers de 12,5 mg par jour aux 2 semaines, jusqu'à une dose cible de 100 à 150 mg par jour. *Clin*

Références
1. Sadock, B.J., V.A. Sadock. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 2003. Lippincott Williams and Wilkins.

*Le Dr Savard est psychiatre, directeur de la Clinique des troubles anxieux et le Dr Leblanc est psychiatre et directeur de la Clinique des maladies affectives, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.*