

1. Complication vasculaire et angioplastie coronarienne

? Quels sont les risques d'une angioplastie coronarienne chez une femme âgée de 53 ans, non-fumeuse, qui souffre d'un prolapsus de la valve mitrale?

— Question posée par le Dr Raouf Dimitri, Lachine, Québec.

Les docteurs Simon Bérubé et Philippe L. L'Allier ont répondu :

Le risque d'une complication cardiovasculaire pour l'ensemble des angioplasties coronariennes est d'environ 3 à 4 %. De façon plus spécifique, le risque de décès (D) est d'approximativement 0,5 %, celui d'un infarctus du myocarde secondaire à l'intervention (IM) de 2 à 3 % (la plupart du temps sans conséquence immédiate), de chirurgie cardiaque urgente (PAC urgent) de 0,1 % et d'accident vasculaire cérébral (AVC) de 0,1 à 0,3 % (dont la moitié récupère au moins partiellement). Certaines caractéristiques cliniques permettent d'identifier les

patients à risque plus élevé de complications cardiovasculaires majeures au préalable. Plusieurs outils ont été développés pour évaluer ce risque, mais celui établi par Singh et al. demeure un des plus simples (tableau 1). Ainsi, même si les données angiographiques de la patiente décrite dans la vignette clinique sont inconnues, il est fort probable qu'une patiente de 53 ans se présentant pour une angioplastie coronarienne électorale ait un risque d'événement cardiovasculaire inférieur à 1 à 2 % (N.B. un prolapsus mitral ne contribue pas, de façon significative, au risque).

Tableau 1

Évaluation du risque de complications cardiovasculaires par Singh et al.

Caractéristiques cliniques	Points	Interprétation du risque		
		Points	Groupe de risque	Risque attendu de de D-IM-AVC-PAC urgent
Âge (années)	✓			
40 à 49.....	<input type="checkbox"/> 1			
50 à 59.....	<input type="checkbox"/> 2			
60 à 69.....	<input type="checkbox"/> 3			
70 à 79.....	<input type="checkbox"/> 4			
80 à 89.....	<input type="checkbox"/> 5			
90 à 99.....	<input type="checkbox"/> 6			
Choc cardiogénique.....	<input type="checkbox"/> 5			
Lésion du tronc commun.....	<input type="checkbox"/> 5			
Insuffisance rénale sévère..... <small>(créatinine > 265 umol/L)</small>	<input type="checkbox"/> 3			
Procédure non électorale.....	<input type="checkbox"/> 2			
Maladie pluritronculaire.....	<input type="checkbox"/> 2			
Insuffisance cardiaque NYHA III-IV	<input type="checkbox"/> 2			
Thrombus intracoronarien.....	<input type="checkbox"/> 2			
		0 à 5	Très faible	< 2 %
		6 à 8	Faible	2-5 %
		9 à 11	Modéré	5-10 %
		12 à 24	Élevé	10-25 %
		15 ou plus	Très élevé	> 25 %

2. Pour en finir avec les pellicules

? Quel est le traitement optimal des pellicules du cuir chevelu et des démangeaisons qui y sont associées?

— Question posée par la Dre Renée Dionne, Gatineau, Québec.

La docteure Catherine McCuaig a répondu :

Si le problème des pellicules est dû à la dermatite atopique, le traitement inclura un shampoing doux, suivi d'un corticostéroïde en solution.

Si la cause est le psoriasis, un shampoing au goudron (T-gel®) ou Kertyol-S, suivi d'un corticostéroïde de classe 1 fort ou d'une lotion de calcipotriol, sera utile.

Cependant, si le problème est la dermatite séborrhéique, qui atteint 50 % de la population québécoise, un shampoing médicamenteux,

semblable à ceux mentionnés précédemment (ou contenant du sulfide de sélénium, pyrithione de zinc ou acide salicylé), sera nécessaire, suivi d'un corticostéroïde moyen ou doux. Notons qu'il existe des shampoings incluant un corticostéroïde.

La fréquence d'utilisation du shampoing est déterminée selon la gravité du problème. La durée de l'application doit être de 5 à 10 minutes.

3. Alphabloqueurs et lithiases urétrales

? Que pensez-vous de l'utilisation des alphabloqueurs dans le traitement des lithiases urétrales?

— Question posée par la Dre Chantal Proulx, Gatineau, Québec.

Les docteurs Steven Lapointe et Luc Valiquette ont répondu :

Certaines études faites sur un petit nombre de patients tendent à démontrer un taux supérieur d'expulsion spontanée et une diminution de la consommation d'analgésiques lorsqu'un alphabloqueur est ajouté à la thérapie conventionnelle lors d'une colique néphrétique ou à la suite d'une lithotripsie par ondes de choc. La fibre musculaire lisse de l'uretère, étant riche en récepteurs alpha-adrénergiques, un

alphabloqueur permettrait à l'uretère de se dilater et diminuerait sa contractilité, d'où un taux d'expulsion de lithiase accru et une réduction de la douleur.

Références :

1. Gravina, G.L. et al.: Tamsulosin treatment increases clinical success rate of single extracorporeal shock wave lithotripsy of renal stones; *Urology* 66(1):24, 2005.
2. Dellabella, M. et al.: Randomized trial of the efficacy of tamsulosin, nifedipine and phloroglucinol in medical expulsive therapy for distal ureteral calculi; *The Journal of Urology* 174:167, 2005.

4. Lithium et augmentation de la créatinine

? En tant que psychiatre, je vois à l'occasion des patients dont la créatinine augmente avec le lithium. J'obtiens des opinions différentes selon les néphrologues consultés. Que faire exactement, surtout si la personne bénéficie vraiment du lithium?

— Question posée par la Dre Marie Quintal, Gatineau, Québec.

La docteure Louise Roy a répondu :

La néphropathie au lithium est une entité bien acceptée et survient chez 15 à 20 % des patients. Cependant, elle demeure un diagnostic d'exclusion, c'est-à-dire que le bilan ne suggère pas de cause obstructive, hémodynamique ou immunologique, et la protéinurie est modeste (en général inférieure à 2 gm/24 heures). Dans ce cas, il faut

évaluer pour chaque patient les risques et bénéfices à cesser le lithium : vitesse de progression de l'insuffisance rénale, degré de l'insuffisance rénale, sévérité de sa maladie psychiatrique, etc.

Finalement, il faut réaliser que l'arrêt du lithium ne garantit pas un arrêt de la progression de la néphropathie.

La néphropathie au lithium est une entité bien acceptée et survient chez 15 à 20 % des patients.

5. Le hoquet récidivant : quoi faire?

? Quelle est l'investigation et le traitement du hoquet récidivant chez l'enfant et l'adolescent?

— Question posée par
la Dre Michèle Filiatrault,
Longueuil, Québec.

La docteure Pascale Maurice a répondu :

Le hoquet n'a pas de fonction physiologique connue. Le hoquet de courte durée est habituellement bénin. Il peut être causé, entre autres, par une distention gastrique (boissons gazeuses, aérophagie), par l'utilisation de tabac ou d'alcool et par des émotions fortes. Ce type de hoquet ne requiert habituellement pas d'investigation médicale. Les manœuvres populaires utilisées pour tenter de le faire disparaître (par exemple retenir son souffle) peuvent être efficaces.

Le hoquet persistant, qui continue au-delà de 48 heures, mais moins d'un mois, ou le hoquet réfractaire, qui persiste plus d'un mois, doivent faire rechercher la présence d'une pathologie sous-jacente. Ces types de hoquet peuvent résulter d'une affection du SNC (tumeur, lésion vasculaire, infection, etc.), d'une irritation locale affectant le nerf phrénique ou le diaphragme (adénopathie cervicale, tumeur médiastinale, reflux gastro-oesophagien, etc.), d'une maladie

systémique (urémie, diabète, etc.) ou encore être secondaires à la prise de certains médicaments. Une histoire et un examen physique complets s'imposent en présence de ces types de hoquet. Un bilan de base devrait inclure, au minimum, une formule sanguine complète, un dosage de la créatinine et des électrolytes, ainsi qu'une radiographie des poumons pour détecter la possibilité d'anomalies pulmonaires ou médiastinales pouvant affecter le nerf phrénique. Selon les trouvailles cliniques, d'autres investigations peuvent s'ajouter.

Le traitement dépend du résultat de l'investigation. Certaines médications peuvent être utilisées en cas de hoquet réfractaire, comme le chlorpromazine, le métoclopramide ou le baclofène, mais leur risque d'effets secondaires potentiellement sérieux est à prendre en considération. Le traitement chirurgical peut être utilisé en cas d'échec du traitement médical.

6. Libido à la baisse et testostérone chez la femme

? Quelle dose de testostérone pouvons-nous donner à une femme ménopausée, souffrant d'une baisse de libido et qui peut améliorer celle-ci tout en évitant les effets secondaires?

— Question posée par la Dre Marcelle Roy, Longueuil, Québec.

La docteure Martine Bernard a répondu :

La quantité totale de testostérone produite après la ménopause diminue secondairement à la réduction de la conversion périphérique d'androsténédione. Par contre, la baisse du niveau circulant de testostérone est très faible et demeure relativement stable, ou présente une légère baisse de 15 % chez certaines femmes. D'ailleurs, une étude australienne a démontré qu'il n'y a aucun changement de la concentration de la testostérone circulante cinq à sept ans après la ménopause. À cause de cette légère baisse, certains argumenteront en faveur de l'ajout d'androgènes en postménopause.

L'ajout d'androgènes à la thérapie d'oestrogènes (ou oestrogènes-progestérones), en postménopause, est controversé. Il y a certaines indications pour les patientes symptomatiques d'une insuffisance androgénique telle qu'une insuffisance surrénalienne primaire, un hypopituitarisme ou encore pour les femmes ayant une ovariectomie bilatérale, ainsi que pour certaines patientes souffrant

d'une baisse de libido et pour lesquelles il n'y a pas de facteur psychosocial en cause (attention également à l'effet placebo).

Aussi, on doit peser les avantages et les désavantages (acné, hirsutisme, impact sur le bilan lipidique, etc.). De plus, il faut garder en tête que les androgènes ne protègent pas l'endomètre, donc l'emploi de progestatifs est nécessaire.

L'autre problématique qui s'ajoute est la disponibilité du produit au Canada. Aucune préparation de ce genre, destinée aux femmes souffrant de dysfonction sexuelle, n'a été approuvée par la FDA, et il y a peu d'études prouvant l'efficacité d'un tel produit. La forme orale consiste en un décanoate de testostérone, qui produit des doses élevées et variables de testostérone.

Références :

1. Speroff et al.: Clinical gynecology endocrinology and infertility. 7^e édition p.699-700.
2. Labrie F. et al.: J Clin Endocr Metab 82:2396,1997.
3. Longcope et al.: Maturitas 8;189, 1986.
4. Rannevik et al.: Maturitas 21;103,1995.
5. Burger et al.: J Clin Endocr Metab 85;2832,2000.

REACTINE^{*}
(chlorhydrate de cétirizine)

* MC Pfizer Products Inc., sous lic. Pfizer Canada Inc., Markham, ON L3R 5L2



7. Immunité et mononucléose

? La mononucléose amène-t-elle une immunité à vie?

— Question posée par la Dre Agathe Blanchette, Amos, Québec.

Le docteur Louis Valiquette a répondu :

La mononucléose infectieuse (MI) est la présentation clinique la plus fréquente de la primo-infection au virus Epstein-Barr (EBV). L'EBV, durant sa phase primaire, infecte une grande quantité de lymphocytes B. Grâce à un système immunitaire intact, la plupart des personnes vont éliminer la majorité de ces lymphocytes infectés. Il restera toutefois une infime portion de lymphocytes immortalisés par le virus, servant de réservoir pour le reste de la vie des individus infectés. Cette infection latente s'accompagne de l'expression d'une partie du génome viral sous forme d'antigènes de latence, dont les EBNA (*Epstein-Barr nuclear antigen*). De temps à autre, une minorité de lymphocytes B

infectés de façon latente entrent en phase d'infection lytique. Il s'en suit l'expression des protéines tardives, structurales de l'EBV, dont la protéine de capsid VCA (*viral capsid antigen*). Des anticorps spécifiques dirigés contre ces antigènes (VCA et EBNA) persisteront à long terme.

La quasi-totalité des personnes infectées par l'EBV ne représenteront jamais une seconde infection. Toutefois, les patients immunosupprimés auront de la difficulté à contenir la prolifération des lymphocytes immortalisés par le virus EBV, ils seront donc à risque de présenter des syndromes lymphoprolifératifs reliés à l'EBV.

La quasi-totalité des personnes infectées par l'EBV ne représenteront jamais une seconde infection.

8. L'infection urinaire infantile

? L'infection urinaire chez l'enfant afébrile : quel est le traitement de premier choix et le suivi recommandé?

— Question posée par la Dre Chantale Joron, St-Eustache, Québec.

Le docteur Marc Soucy a répondu :

L'infection urinaire est un phénomène fréquent chez l'enfant, surtout chez la fille. Si l'enfant est afébrile et n'est pas toxique, la pyélonéphrite est moins probable. Par contre, plusieurs études ont démontré que seul le DMSA (acide dimercaptosuccinique) permet de différencier définitivement la cystite de la pyélonéphrite.

Un bon mode de prélèvement de l'urine est important afin de diminuer le risque de contamination. Le prélèvement par cathéter vésical est nécessaire pour l'enfant incontinent.

Le traitement peut être débuté empiriquement et sera ajusté selon l'antibiogramme et selon la réponse au traitement. Le triméthoprime-sulfaméthoxazole

peut être débuté jusqu'au résultat final de la culture d'urine.

Pour le suivi, il n'a pas de consensus. Il est généralement reconnu que les garçons se méritent une investigation (échographie rénale et cystographie mictionnelle). Pour les filles, l'échographie et la cystographie mictionnelle peuvent être faites chez celles de moins de cinq ans, dès le premier épisode. Certains feront ces examens seulement si les cystites se produisent à répétition.

Chez l'enfant présentant de multiples infections urinaires, il faut s'assurer qu'il n'y a pas de constipation sous-jacente, ceci étant un facteur de risque aux infections urinaires.

Plusieurs études ont démontré que seul le DMSA (acide dimercaptosuccinique) permet de différencier définitivement la cystite de la pyélonéphrite.

9. Le traitement de la bartholinite

? Quel est le meilleur choix de traitement de la bartholinite?

— Question posée par la Dre Julie Trottier, St-Lambert, Québec.

La docteure Martine Bernard a répondu :

Environ 2 % de femmes de l'âge adulte vont développer une dilatation d'une ou des deux glandes de Bartholin. Ceci peut résulter en un kyste (plus souvent asymptomatique et ne nécessitant aucun traitement), un abcès accompagné ou non de cellulite au pourtour de la glande et, plus rarement, un adénocarcinome.

Les canaux s'obstruent et peuvent entraîner une infection polymicrobienne de bactéries aérobies (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, streptocoques) et anaérobies. L'abcès se développe en deux à quatre jours, entraînant douleur vulvaire aiguë et dyspareunie. Sans traitement, la majorité des abcès ont tendance à rompre spontanément au troisième ou quatrième jour.

Le traitement, aussi bien d'un kyste symptomatique que d'un

abcès, sera le développement d'un trajet fistuleux. Une incision simple et un drainage est un traitement sous-optimal et se caractérise par un taux de récurrence élevé. On favorisera soit l'installation d'un cathéter de Word, pour quatre à six semaines, ou d'une marsupialisation de la glande. Le taux de récurrence après l'intervention est d'environ de 5 à 10 %.

L'emploi d'antibiotiques à large spectre n'est pas nécessaire, à moins qu'il y ait une cellulite extensive au pourtour de la glande abcédée. On favorisera l'emploi d'amoxicilline, d'une céphalosporine, de tétracycline ou de clindamycine. Une non-réponse au traitement demandera une évaluation plus extensive en spécialité.

Références :

1. Mandell et al.: Principles and Practice of Infectious Diseases, 3^e ed., p.962.
2. Droguemuller, p.637-638.

Diovan
VALSARTAN

Diovan HCT
VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Antagoniste des récepteurs AT₁ de l'angiotensine II
Pour renseignements additionnels, veuillez consulter les monographies de produits au www.novartis.ca

CCFP® R&D

Le traitement, aussi bien d'un kyste symptomatique que d'un abcès, sera le développement d'un trajet fistuleux.

10. Le vaccin antipneumocoque



Est-ce nécessaire de répéter le vaccin anti-pneumocoque à tous les cinq ans?

— Question posée par la Dre Danielle Dion, Saint-Georges, Québec.

Le docteur Louis Valiquette a répondu :

Les recommandations actuelles, incluses dans le *Protocole d'immunisation du Québec*, sont d'effectuer un seul rappel du vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque cinq ans après la première dose chez les patients de plus de 10 ans.

Plusieurs auteurs se questionnent à ce sujet, puisqu'il s'agit d'un vaccin polysaccharidique et que la réponse immunitaire qu'il

induit ne persistera pas pour une très longue période, et ce, dans le contexte où le risque associé aux doses répétées est assez mince. Par conséquent, certains experts suggèrent de répéter le vaccin chez les patients à haut risque d'infections à *S. pneumoniae* (splénectomisés, patients avec fuite de LCR, etc.) au-delà du premier rappel, à un intervalle de trois à cinq ans. *Clin*

Certains experts suggèrent de répéter le vaccin chez les patients à haut risque d'infections à S. pneumoniae au-delà du premier rappel, à un intervalle de trois à cinq ans.

Gagnant du concours « Gagnez un iPod Nano® »

Le Clinicien est fier d'annoncer que le gagnant du concours « Gagnez un iPod Nano® » est le Dr Michel Frigon, MD, M.MSc., médecin omnipraticien travaillant à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale dans le domaine du contrôle et de la surveillance des maladies infectieuses.

Nous lui avons demandé d'écrire un petit mot sur ses impressions. Voici sa réponse :

« Cher **Le Clinicien**,

Malgré un certain espoir, je ne m'attendais pas à gagner le iPod Nano®. En plus de pouvoir apporter avec moi une bonne partie de ma discographie, cet appareil me servira à « entreposer » mes photos lors de mes voyages, si je devenais trop « exubérant » en ce domaine. Quant à la revue **Le Clinicien**, je l'apprécie surtout parce qu'elle donne une information claire, utile et brève, en français, en plus d'avoir une présentation agréable. »

Michel Frigon, MD, M.MSc

