

1. Normes de TA chez l'enfant et l'adolescent

? Quelles sont les normes de tension artérielle normales chez l'enfant et l'adolescent?

— Question posée par le Dr Michel Duplessis, Greenfield Park, Québec.

Le docteur Marc Soucy a répondu :

L'hypertension est bien connue comme étant un facteur de risque important pour les maladies cardiovasculaires chez l'adulte. Quoique rare chez l'enfant, il est important de dépister l'hypertension à l'âge pédiatrique afin d'identifier ces patients à risque de complications cardiovasculaires à long terme.

On remarque de plus en plus d'enfants et surtout d'adolescents atteints d'hypertension essentielle, surtout s'il y a présence d'obésité et d'une histoire familiale positive. Les causes secondaires d'hypertension artérielle sont plus fréquentes chez le jeune enfant.

Les normes de tension artérielle chez l'enfant sont basées sur des données épidémiologiques de milliers d'enfants aux États-Unis et ont

été publiées par le *Task Force on High Blood Pressure in Children and Adolescents (Pediatrics 1987)*. Il est recommandé de mesurer la tension artérielle lors de l'examen de routine à partir de l'âge de trois ans. Ces valeurs varient selon l'âge, le sexe et le percentile de taille et doivent être prises à trois visites différentes. L'hypertension est significative si les tensions systoliques et/ou diastoliques sont supérieures au 95^e percentile.

Il existe des tableaux pour chaque année de vie (de 1 à 17 ans) pour les garçons et les filles. En voici un résumé au tableau 1. Les percentiles sont les percentiles de taille, et les valeurs indiquées représentent le 95^e percentile des tensions systoliques et diastoliques.

Tableau 1

Âge (y)	Percentile de taille pour les filles			Percentile de taille pour les garçons		
	5 ^e percentile	50 ^e percentile	95 ^e percentile	5 ^e percentile	50 ^e percentile	95 ^e percentile
1	101/57	104/58	107/60	98/55	102/53	106/59
6	108/71	111/73	114/75	109/72	114/74	117/76
12	120/79	123/80	126/82	119/79	123/81	127/83
17	126/83	129/84	132/86	132/85	136/87	140/89

Pediatrics in Review 2002; 23: 197-208.

2. Antécédents familiaux de cancer des ovaires

? Quelle est la meilleure façon de suivre une femme dont la mère a eu un cancer des ovaires?

— Question posée par la Dre Izabela Klosowski, St-Bruno, Québec.

La docteure Martine Bernard a répondu :

Le cancer ovarien est la première cause de mortalité de néoplasie gynécologique aux États-Unis. La probabilité de développer un cancer ovarien est de 1,8 %. Il y a beaucoup d'intérêt pour trouver une méthode de détection précoce pour réduire la mortalité, soit avec l'utilisation de marqueur (ex. : CA-125) et l'échographie pelvienne. Il n'y a aucune évidence scientifique ni encore moins aucun consensus qui supportent ces méthodes de dépistage pour une femme à risque moyen de cancer ovarien. La recherche se poursuit pour identifier une stratégie efficace à cette population de femmes. Une approche clinique basée sur le risque individuel de chaque femme est préférable. Ainsi nous aurons :

- **Risque moyen** : Pas de dépistage recommandé chez ces femmes en pré ou post-ménopause sans histoire familiale de cancer ovarien.
- **Risque élevé** : On y inclut le petit groupe de femmes avec un syndrome de cancer ovarien héréditaire (ex. : juives Ashkenazi avec un membre de la famille ayant un cancer du sein avant l'âge de 50 ans ou un néo-ovarien). Ces femmes doivent être référées en génétique pour la possibilité d'être testées pour les mutations BRCA1 et BRCA2 et

des protocoles de surveillance par un gynéco-oncologue.

- **Histoire familiale positive, risque moindre** : On y inclut les femmes avec un membre isolé de la famille qui a un cancer ovarien sans évidence de *pattern* héréditaire. L'orientation de ces femmes sera basée sur leur risque individuel (âge, parité, utilisation de contraceptifs oraux) et les limitations de dépistage. La femme post-ménopausée, si elle le désire, pourrait être une candidate au dépistage annuel CA-125. Si ce dernier est élevé (supérieur à 30 U/ml), on complétera avec une échographie pelvienne.

Voici les recommandations des groupes d'experts :

- Aucun groupe d'experts nord-américains ne recommande le dépistage de routine.
- Institut national de la santé (conférence de consensus sur le cancer ovarien) recommande une bonne anamnèse familiale et un examen pelvien annuel chez toutes les femmes. Un CA-125 et une échographie sont nécessaires seulement pour les femmes que l'on présume ayant un syndrome héréditaire.
- ACOG ainsi que le *Canadian Task Force* sont contre le dépistage systématique pour les femmes asymptomatiques.

Références :

1. NIH Consensus JAMA, 1995; 273:491.
2. American College of Physicians, Ann Intern Med 1994;121:141.
3. Canadian Task Force Canada Communication Group, Ottawa 1994, p. 869.

3. Réaction cutanée à la pénicilline

? Pour un enfant exposé à la pénicilline et qui a eu une réaction cutanée, suggérez-vous, plus tard, un dépistage pour voir si la sensibilisation est toujours présente?

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

Le test cutané est le plus fiable pour déterminer si l'enfant est à risque de présenter une réaction de type anaphylaxie lorsqu'il reprendra à nouveau de la pénicilline.

La docteure Pascale Maurice a répondu :

Au départ, la documentation précise de la réaction cutanée elle-même peut aider à mieux orienter notre diagnostic. Par exemple, s'il s'agit d'une urticaire, surtout si elle s'accompagne d'autres signes d'anaphylaxie, la présomption d'allergie vraie à la pénicilline, modulée par les IgE, est plus forte, et le test cutané n'est pas toujours nécessaire. Par contre, en présence d'un enfant fébrile avec un rash maculeux érythémateux discret, la possibilité qu'il puisse s'agir d'une étiologie virale est plus importante.

Le test cutané, fait avec les déterminants antigéniques mineurs et majeurs de la pénicilline, est le plus fiable pour déterminer si cet enfant, qui a eu une réaction cutanée lors

d'une exposition à la pénicilline, est à risque de présenter une réaction de type anaphylaxie lorsqu'il reprendra à nouveau de la pénicilline.

Actuellement, les réserves de réactifs cutanés contenant le déterminant majeur sont épuisées. La pénicilline pour injection IV est donc parfois utilisée comme réactif cutané par l'allergologue.

Si la réaction cutanée est négative, un essai avec de la pénicilline prise oralement, d'abord en petites quantités, suit habituellement.

Ce test ne permet cependant pas de prédire si d'autres réactions que l'anaphylaxie, par exemple un effet toxique ou une maladie sérique, peuvent survenir à la suite d'une prise de pénicilline.



4. Association alphabloquants et phosphodiesterase

? Chez un patient souffrant d'hypertrophie bénigne de la prostate et prenant des alphabloquants, quels sont les risques et les précautions à prendre avec une association de phosphodiesterase pour dysfonction érectile?

— Question posée par la Dre Lyne Bouffard, St-Gédéon, Québec.

Les docteurs François Bénard et Luc Valiquette ont répondu :

La monographie du sildénafil, du tadalafil et du vardénafil vient d'être récemment modifiée pour répondre à cette question. L'association de la térazosine (et/ou du doxazosine) et des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 peut occasionner, en théorie, une chute de tension artérielle chez le patient qui prend ces médicaments. Le patient devrait en être avisé, et le praticien devrait expliquer la situation au patient.

Heureusement, ces alphabloqueurs non sélectifs sont peu utilisés maintenant dans le traitement de l'hypertrophie prostatique. L'utilisation des alphabloqueurs dits urosélectifs,

soit la tamsulosine et l'alfuzosine, comporte beaucoup moins de risque de provoquer une chute de tension artérielle, avec l'utilisation concomitante des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5. Une mise en garde demeure, mais elle est beaucoup plus théorique, et le risque de chute de tension est faible.

On peut donc utiliser ces médicaments de façon concomitante, mais il faut être prudent tout de même chez les patients qui sont à risque d'avoir une chute de tension artérielle. Seul le vardénafil est non recommandé conjointement avec les alphabloqueurs, pour l'instant.

L'association de la térazosine (et/ou du doxazosine) et des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 peut occasionner, en théorie, une chute de tension artérielle chez le patient qui prend ces médicaments.

5. Confirmation du diagnostic de tuberculose

? Lors de suspicion d'une tuberculose, quel est le meilleur moyen de prouver le diagnostic?

— Question posée par le Dr Gilles Gauthier, Gaspé, Québec.

Références :

1. American Thoracic Society Statement : Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children, *Am J Respir Crit Care Med* 2000, 161: 1376-1395.
2. Cantazaro A. : Rapid tests for tuberculosis, *UpToDate* 14.1, Feb 2006, 7 p.
3. Furin JJ, Johnson JL. : Recent advances in the diagnosis and management of tuberculosis, *Curr Opin Pulm Med* 2005, 11 : 189-194.

Le docteur Alain Desjardins a répondu :

Un diagnostic de tuberculose pulmonaire active sera suspecté lorsqu'une toux est présente depuis quelques semaines ou mois. Elle sera d'abord sèche, puis productive d'expectorations purulentes et/ou de crachats hémoptoïques, avec de la fatigue, une perte de poids, de la fièvre, de la sudation nocturne et un infiltrat alvéolaire hétérogène, associé à des nodules ou cavités dans un lobe supérieur à la radiographie pulmonaire.

Pour confirmer le diagnostic de tuberculose pulmonaire active, l'étalon-or est le frottis ou la culture sur trois échantillons d'expectorations, préférablement recueillis au lever, durant trois jours consécutifs. Le frottis (auramine) est effectué rapidement, mais a une sensibilité de seulement 50 à 80 %, car il requiert une concentration de 5 000 à 10 000 bacilles/ml¹. En revanche, la culture sur le milieu solide pourra démontrer une croissance du *Mycobacterium tuberculosis* en quatre à huit semaines, avec une grande sensibilité, car il requiert seulement 10 à 100 bacilles¹. Les méthodes de culture en milieu liquide, mettant en évidence la production de CO₂ (comme le BACTEC 460 au moyen du 14C) ou la consommation d'O₂ (comme le *Mycobacterial Growth Indicator Tube*, MGIT, ou le BACTEC 6000), permettent d'identifier les

mycobactéries en une à trois semaines^{1,3}.

La *Polymerase Chain Reaction* (PCR) est une technique d'amplification de fragments d'ADN ou d'ARN spécifiques, permettant de détecter la présence de *Mycobacterium tuberculosis* en infimes quantités (aussi peu que 10 bacilles¹), dans une expectoration, en quelques heures. La valeur diagnostique du PCR est fortement influencée par la visualisation de bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) ou non lors de l'examen du frottis de l'expectoration (auramine).

La survenue d'un frottis positif et d'un PCR positif permet de confirmer la tuberculose dans un délai de quelques heures, d'initier plus rapidement la thérapie anti-tuberculeuse et d'accélérer le dépistage des contacts.

Devant un frottis positif (indiquant la présence de BAAR) et un PCR négatif, on doit évaluer trois principales possibilités : une Mycobactérie atypique (exemple *M. avium*), une tuberculose avec PCR faux négatif (5 %) ou un frottis faux positif. Si la probabilité clinique de tuberculose est élevée, on débutera les antituberculeux et on gardera le patient en isolement respiratoire tant qu'il n'aura pas négativé ses expectorations. En revanche, on attendra la culture avant de procéder au dépistage des contacts.

6. Protéinurie pour un patient diabétique

? Doit-on encore recommander la protéinurie de 24 heures pour quantifier les dommages rénaux dans le suivi du patient diabétique?

— Question posée par le Dr Jacques Béland, Saint-Marc-des-Carrières, Québec.

La docteure Louise Roy a répondu :

On devrait mesurer l'albuminurie annuellement chez les patients diabétiques; c'est prédictif de néphropathie, surtout chez les types 1, puisque les types 2 ont d'autres facteurs impliqués, tels que l'HTA, l'obésité et l'âge. C'est aussi un guide pour la rigueur de nos interventions (contrôle de la TA, introduction de ACEI ou BRA).

Un échantillon d'urine est tout aussi valable. Pour l'albumine, la plupart des laboratoires rapportent le résultat en fonction de la créatinine urinaire : la normale est donc $< 0,03$ mg/mg. Lorsque l'albuminurie devient importante, une mesure de la protéinurie totale est suffisante, et ceci est valable pour toute néphropathie. Là encore, un échantillon est suffisant, et le ratio protéine/créatinine correspond bien à la protéinurie des 24 heures, si rapportée en mg %/mg % (le facteur de conversion est $[g/L/mm/L] * 8,8$).

On devrait mesurer l'albuminurie annuellement chez les patients diabétiques; c'est prédictif de néphropathie, surtout chez les types 1.



Réduction du risque de fracture vertébrale pouvant atteindre 65 % en seulement 1 an

(ACTONEL à 5 mg, 2,4 % vs placebo, 6,4 %, $p < 0,001$)^{††}

Les effets indésirables les plus fréquemment signalés au cours des essais cliniques sur l'ostéoporose post-ménopausique qui comparaient ACTONEL à un placebo étaient les douleurs abdominales (11,8 % vs 9,5 %), l'hypertension (10,6 % vs 9,4 %) et les troubles articulaires (7,1 % vs 5,5 %).

Au cours des essais cliniques portant sur le traitement de l'ostéoporose glucocorticoïdienne, les effets indésirables les plus fréquents étaient des douleurs dorsales (17,8 % vs 8,8 %) et articulaires (24,7 % vs 14,7 %).

L'emploi d'ACTONEL dosé à 5 mg administré 1 fois par jour est indiqué pour le traitement et la prévention de l'ostéoporose post-ménopausique (DPM), ainsi que pour le traitement et la prévention de l'ostéoporose glucocorticoïdienne (OG) chez l'homme et la femme.

L'emploi d'ACTONEL 35 mg Une fois par semaine est indiqué pour le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique.

L'emploi d'ACTONEL est contre-indiqué chez les patients ayant une hypocalcémie ou une hypersensibilité connue à l'un des constituants de ce produit. L'emploi d'ACTONEL n'est pas recommandé aux patients qui souffrent d'insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 30 mL/min). Certains bisphosphonates ayant été associés à des troubles des voies digestives supérieures, il est important que les patients accordent une attention particulière aux instructions posologiques, car le défaut de s'y conformer pourrait nuire aux avantages cliniques du traitement et accroître le risque d'effets indésirables.

Veillez consulter les renseignements posologiques pour obtenir des directives détaillées au sujet de la posologie d'ACTONEL et de l'information sur d'autres caractéristiques importantes du produit.

* Essai comparatif à double insu avec randomisation et groupe placebo portant sur 2 458 femmes ménopausées ayant subi au moins 1 fracture vertébrale. Toutes les patientes ont reçu 1 g/j de calcium et, si les valeurs de départ étaient faibles, 500 UI/j de vitamine D.

† Réduction du risque relatif.


Actonel
(comprimés de risédronate sodique)

Priorité aux fractures


Compagnie Pharmaceutique


sanofi aventis

Fabriqué et distribué par :
La Compagnie Pharmaceutique
Procter & Gamble Canada, Inc.
Toronto (Ontario) M5W 1C5

Commercialisé avec :
Aventis Pharma Inc.,
membre du Groupe sanofi-aventis,
Laval (Québec) H7L 4A8

Monographie du produit fournie sur demande.

© ACTONEL est une marque déposée de
Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., États-Unis,
utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc.,
Laval (Québec) H7L 4A8.

Membre
 
JAACT0509F

7. Femme enceinte et anesthésie

? Quels sont les risques pour une femme enceinte de subir une anesthésie générale?

— Question posée par la Dre Marianne Gagnon, Amos, Québec.

La docteure Martine Bernard a répondu :

Nous savons qu'idéalement, il est préférable d'éviter une chirurgie non obstétricale durant la grossesse et le post-partum, mais ceci n'est pas toujours possible. Dans une large série de 720 000 femmes enceintes, 5 405 chirurgies non obstétricales ont été effectuées, soit 0,75 %.

Le meilleur moment pour la chirurgie sera le deuxième trimestre de la grossesse, évitant la période de l'embryogénèse et minimisant le risque de travail préterme. Les complications sont : avortement spontané, hémorragie, infection et travail préterme.

Lors de l'anesthésie, on portera une attention particulière à l'état d'hydratation préopératoire, à une bonne préoxygénation, ainsi qu'au décubitus latéral gauche. De plus, l'administration préopératoire d'antiacide et d'agent

favorisant le tonus du sphincter gastroesophagien sera à favoriser. L'utilisation d'agents inhalés, tels que l'halothane et l'isoflurane, diminueront le tonus utérin, inhibant ainsi l'activité utérine perop. Également, lors de la chirurgie laparoscopique, on gardera la pression intra-abdominale la plus faible possible (maximum 15 mmHg)

Il faut se souvenir que même en gardant en mémoire tous ces risques, ce qui est néfaste avant tout est le délai dans le diagnostic et le délai d'intervention pour la femme enceinte, avec une pathologie intra-abdominale entraînant une augmentation de la morbidité et mortalité fœtale.

Références :

1. Fatum et al. *Obst Gyn Surv* 2001;56:50.
2. Nezhat et al. *JLS*1997;1: 17.
3. Vincent, RD Jr. *Clin Obst Gyn* 1994;37: 256.
4. Mazze et al. *Am J Obst Gyn* 1989; 161(5); 1178-85.

8. Augmentation de la douleur lors d'une cystite interstitielle

? Voilà cinq ans qu'une cystite interstitielle a été diagnostiquée chez une patiente. Après antibiotiques, cortisone et actuellement clonazépam, les douleurs augmentent en même temps qu'une très grande fatigue. Quelle piste suivre?

Les docteurs François Mauffette et Luc Valiquette ont répondu :

En présence d'augmentation de douleurs chez une patiente avec un diagnostic déjà établi de cystite interstitielle, il faut parfois remettre en question le diagnostic.

Les douleurs de la cystite interstitielle sont cycliques et peuvent varier en intensité, mais sont habituellement assez typiques (comme les douleurs suspubiennes qui augmentent quand la vessie est pleine, qui sont temporairement soulagées par la miction et qui s'accompagnent presque toujours de pollakiurie, car la patiente ne peut pas tolérer une grande quantité d'urine dans sa vessie).

Pour ce qui est de la fatigue décrite chez cette

patiente, on ne peut l'attribuer directement à la cystite interstitielle, puisqu'il ne s'agit pas d'une maladie systémique. Cependant, on rencontre assez souvent des symptômes dépressifs chez ces patientes, en raison de la chronicité des douleurs et de l'inquiétude reliée aux symptômes souvent mal expliqués.

Dans le cas de douleurs assez typiques, je ne recommence pas une investigation complète. Je fais une analyse et une culture d'urine pour m'assurer qu'il n'y a pas d'autre pathologie sous-jacente, dont l'infection. Avant d'utiliser antidépresseur ou cortisone, j'initie un traitement avec du polysulfate de pentosan sodique (100 mg TID), en plus de suggérer une diète sans irritant (alcool, épices, caféine, etc.) et de bien expliquer à la patiente le caractère chronique de cette affection. Je réévalue la patiente périodiquement et je poursuis la médication à long terme lorsque la patiente est soulagée. S'il n'y a pas d'amélioration, je refais une investigation, dont une échographie pelvienne, une cystoscopie et parfois une investigation urodynamique ou digestive.

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

CCPP® (R&D) Member

9. **IPP, maladie cardiovasculaire et anticoagulant**

? **Devrait-on donner un inhibiteur de la pompe à proton à tous nos patients atteints de maladies cardiovasculaires, sous anticoagulant oral et ASA 80 g?**

— Question posée par la Dre Christiane Roy, Cadiac, Québec.

Les docteurs Réda Salem et Philippe L'Allier ont répondu :

Les bienfaits de l'AAS, dans la prévention secondaire de la maladie coronarienne, ne sont plus à démontrer (réduction du risque de 20 à 25 %).

Malheureusement, l'AAS n'a pas que des vertus, puisqu'elle est responsable de 10 à 15 % des cas de gastrites érosives, de dyspepsies et parfois d'ulcères. En effet, malgré l'utilisation de préparations enrobées (qui ne diminuent pas le risque d'effets secondaires gastro-intestinaux (GI) de façon convaincante), la prise quotidienne d'AAS double le risque de saignement GI. Ce risque est cependant diminué par l'utilisation de la plus petite dose prouvée efficace, à savoir 80 mg. Les

facteurs de risque de saignement les plus importants sont l'âge, la dose, la durée d'administration, l'utilisation concomitante d'antithrombotique/coagulant et surtout les antécédents de saignements ou d'ulcères gastro-duodénaux.

Ainsi, il n'est pas recommandé de prescrire un inhibiteur de la pompe à proton (IPP) à toutes les personnes chez qui l'AAS et un anticoagulant oral sont indiqués, mais de le faire (empiriquement et de façon générale) chez les patients qui présentent un risque augmenté de saignement GI, sur la base des facteurs décrits ci-dessus.

Il n'est pas recommandé de prescrire un inhibiteur de la pompe à proton à toutes les personnes chez qui l'AAS et un anticoagulant oral sont indiqués.

10. Augmentation annuelle de l'APS

Les docteurs Fred Saad et Luc Valiquette ont répondu :



Quelle est l'augmentation de l'antigène prostatique sérique (APS) acceptable annuellement?

— *Question posée par la Dre Chantal Saint-Dizier, Repentigny, Québec.*

Normalement, l'antigène prostatique spécifique (APS) peut augmenter de 0,75 ng/ml par année. Cette légère augmentation reflète la croissance normale du volume de la prostate avec le vieillissement. Une augmentation de plus de 0,75 ng/ml n'indique pas nécessairement la présence de cancer, et un APS stable ne peut exclure un cancer.

Par ailleurs, la vitesse de l'APS comporte, en plus, une valeur pronostique. Une récente étude confirme que le risque de décès, même avec un

traitement, est nettement plus élevé si la vitesse de l'APS est plus de 2 ng/ml dans l'année qui précède le diagnostic. Pour l'instant il est recommandé d'investiguer des APS qui dépassent les limites normales et les APS qui augmentent de plus de 0,75 ng/ml en un an, même si la valeur est normale.

Clin

Références :

1. Carter HB, Pearson JD : Prostate-specific antigen velocity and repeated measures of prostate-specific antigen. *Urol Clin North Am.* 1997 May;24(2): 333-8.
2. D'Amico AV, Chen MH, Roehl KA, Catalona WJ. Preoperative PSA velocity and the risk of death from prostate cancer after radical prostatectomy. *N Engl J Med.* 2004 Jul 8;351(2): 125-35.

Normalement, l'antigène prostatique spécifique (APS) peut augmenter de 0,75 ng/ml par année.