

1. Potentialiser les ISRS contre l'asthénie

? Quels potentialisateurs pour les ISRS peut-on utiliser quand le symptôme résiduel est l'asthénie?

— Question posée par la Dre Sophie Péloquin, Contrecoeur (Québec).

La cause de l'asthénie est multiple et peut être à la fois liée à la dépression comme à la médication. Si l'asthénie est plus marquée qu'en début de traitement, il est recommandé de compléter un bilan biologique en incluant une TSH (*thyroid stimulating hormone*). Par ailleurs, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) peuvent, à l'occasion, induire de l'asthénie, et administrer l'antidépresseur au coucher peut parfois réduire cet effet secondaire. Si un somnifère est utilisé, il faut réduire la posologie ou le changer pour un autre ayant une demi-vie plus courte ou appartenant à une autre classe de médicaments (ex. : substituer une benzodiazépine par le trazodone). Toutefois, s'il y a d'autres symptômes résiduels de la dépression qui accompagnent l'asthénie, il faut alors traiter plus agressivement la dépression, soit en augmentant la dose de l'antidépresseur, soit en potentialisant celui-ci avec le lithium sur une période de deux à six semaines. Il n'y a pas d'évidence scientifique démontrant qu'une classe d'antidépresseurs sera plus efficace qu'une autre pour réduire spécifiquement l'asthénie.

Le docteur Pierre Landry a répondu.

2. La répétition d'injections de cortisone pour une tendinose de la coiffe des rotateurs

? Y a-t-il un danger d'amorcer une atrophie tendineuse avec la répétition d'injections de cortisone dans la tendinose (tendinite) de la coiffe des rotateurs?

— Question posée par le Dr Jacques Boisselle, Jonquière (Québec).

Oui, si l'injection est faite directement dans le tendon. Cependant, la technique la plus couramment utilisée est l'approche latérale avec infiltration dans la région sous-acromiale. Le mélange de stéroïde et de xylocaïne est alors injecté au-dessus du tendon, ce qui réduit de beaucoup le risque. De plus, la règle est généralement de limiter le nombre d'infiltrations à trois par année.

Certains médecins infiltrent directement la région de la coiffe, ce qui augmente, à notre avis, le risque d'atrophie et éventuellement de rupture.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

3. L'utilité du traitement par stéroïdes per os de la laryngite virale

? Quelle est l'utilité du traitement par stéroïdes per os pour une laryngite virale avec extinction de la voix, qui dure depuis un mois?

— Question posée par le Dr Christian Gaouette, Magog (Québec).

La laryngite aiguë est une inflammation de la muqueuse des cordes vocales et du larynx d'une durée de moins de trois semaines. Une condition qui persiste plus de trois semaines est qualifiée de chronique. Le patient présente une voix rauque ou une dysphonie en plus des symptômes d'une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) typique (toux, rhinite et fièvre). Les symptômes vocaux durent environ 7 à 10 jours. Le traitement est expectatif et inclut l'évitement d'un excès vocal et des autres irritants. Les mesures suivantes peuvent aider à diminuer l'intensité de la laryngite en attendant sa résolution :

- Inhaler de l'air humidifié aide au dégagement des exsudats et des sécrétions des voies respiratoires supérieures;

- Un repos vocal complet est suggéré. Si parler devient nécessaire, il vaut mieux utiliser une voix de faible intensité que chuchoter, car le chuchotement entretient un hyperfonctionnement du larynx;
- La littérature ne supporte pas l'utilisation d'anti-histamines ou de corticostéroïdes. Leur utilisation peut d'ailleurs entraîner une fausse impression d'amélioration et donc encourager le patient à continuer d'utiliser sa voix, aggravant ainsi l'atteinte laryngée;
- Le patient qui fume doit s'abstenir de le faire afin de permettre une meilleure résolution des symptômes.

Le docteur Ted L. Tewfik a répondu.

4. Anticoaguler un patient post-AVC : oui, mais quand?

? Quand devons-nous introduire l'anticoagulation après un accident vasculaire cérébral aigu d'origine cardioembolique?

— Question posée par le Dr Éric Thériault, Laterrière (Québec).

L'anticoagulothérapie orale est très efficace dans la prévention d'un accident vasculaire cérébral aigu (AVC) chez les patients avec des pathologies cardiaques emboligènes, comme la fibrillation auriculaire. Le moment pour la débiter demeure incertain à cause du risque de transformation hémorragique de l'AVC.

On sait actuellement que le risque de récurrence d'un AVC est plus petit qu'on ne le pensait auparavant. Il est de 5 % dans les deux à quatre

semaines suivant le premier AVC si le patient n'est pas anticoagulé. En général, on accepte de débiter l'anticoagulothérapie tôt chez les patients avec une maladie valvulaire, un thrombus intracardiaque ou une insuffisance cardiaque congestive. Par contre, on préfère attendre quelques jours à une semaine chez les patients avec un AVC massif ou une hypertension mal contrôlée.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

5. Plusieurs nodules sur un goitre : doit-on tous les biopsier?

? La découverte d'un goitre multinodulaire à l'échographie : doit-on se préoccuper et biopsier les nodules de plus d'un centimètre?

— Question posée par la Dre Odile Trudel, Laval (Québec).

Oui. Chaque nodule du goitre multinodulaire a autant de chance d'être malin qu'un nodule unique. Si le nombre de nodules est trop important, il n'est par contre souvent pas pratique ou possible de tous les biopsier. Dans ce cas, on va privilégier les nodules qui ont augmenté de taille, le nodule dominant, les nodules avec des caractéristiques échographiques inquiétantes (hypo-échogénicité, microcalcifications, halo absent, bordures irrégulières, envahissement des tissus adjacents, flot intranodulaire augmenté) et les nodules qui sont froids à la scintigraphie.

L'American Thyroid Association (ATA) a publié, en 2006, des lignes directrices sur la prise en charge des nodules. Vous pouvez trouver ces renseignements sur Internet au www.thyroid.org ou dans le magazine médical *Thyroid* 2006, volume 16, pages 109 à 142.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

6. La ténosynovite et l'arthrite rhumatoïde : un traitement semblable?

? Y a-t-il une différence entre le traitement d'une ténosynovite et celui de l'arthrite rhumatoïde?

— Question posée par le Dr Raouf Dimitry, Lachine (Québec).

Il faut se rappeler qu'une ténosynovite implique une inflammation de la gaine synoviale (téno-synoviale) qui entoure les tendons. Ces structures sont surtout localisées aux mains, aux poignets, aux chevilles et aux pieds. Habituellement, l'atteinte se limite à un ou deux tendons. Par contre, avant de traiter, il est important de déterminer la cause, car une ténosynovite peut être infectieuse. Le traitement sera alors des antibiotiques IV.

Dans le cas d'une ténosynovite inflammatoire, le traitement sera généralement local avec une infiltration de corticostéroïdes et de xylocaïne. Cependant, il peut y avoir dans le cadre d'une arthrite séronégative (spondylite, psoriasis, etc.)

de multiples ténosynovites. Le traitement est alors similaire à celui de l'arthrite rhumatoïde.

D'autre part, l'arthrite rhumatoïde est une condition inflammatoire articulaire qui touche principalement les petites articulations des mains et des pieds, les poignets et les chevilles. Également, il peut y avoir, à l'occasion, une ténosynovite mais dans le cadre d'une maladie systémique. Donc, le traitement est systémique et inclut les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les agents rémitifs (comme le méthotrexate) et maintenant les agents biologiques (comme les anti-TNFs).

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

7. L'enfant qui ronfle souffre-t-il d'une pathologie ORL?

? Le ronflement chez l'enfant signifie-t-il toujours la présence d'une pathologie de la sphère ORL (ex. : adénoïdes, etc.)?

— Question posée par la Dre Valérie Guilbeault, Gatineau (Québec).

Le pourcentage d'enfants qui ronflent est estimé entre 3 et 12 %. Par ailleurs, la majorité d'entre eux sont asymptomatiques et présentent alors un ronflement primaire. Toutefois, environ 2 % de ces enfants souffrent du syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS). L'apnée obstructive du sommeil est de plus en plus reconnue comme étant une cause majeure de troubles scolaires et comportementaux. Contrairement au ronflement primaire, l'apnée obstructive du sommeil est habituellement accompagnée de courtes pauses, de grognements ou de longues inspirations durant le sommeil. D'autres signes et symptômes incluent :

- Une hypertrophie des amygdales et/ou des adénoïdes avec une respiration préférentiel-

lement buccale, une voix hyponasale et une obstruction nasale;

- un faible gain de poids;
- de l'obésité;
- une hypertension artérielle.

La pierre angulaire du diagnostic du SAOS est la polysomnographie. La saturométrie nocturne, qui peut même parfois être effectuée de jour, durant une sieste, est utile si le résultat est positif pour le SAOS mais l'est moins si le résultat est négatif. Dans ce dernier cas, des tests complémentaires peuvent s'avérer nécessaires.

Le docteur Ted Tewfik a répondu.

8. La sibutramine contre l'orlistat

? Quelle place réserver à la sibutramine contre l'orlistat quand un patient nous consulte pour maigrir?

— Question posée par la Dre Sylvie Gill, Sorel-Tracy (Québec).

Il faut tout d'abord mentionner que l'ajout des médicaments doit suivre les interventions sur le mode de vie (diète et augmentation de l'activité physique). Selon les dernières lignes directrices canadiennes, il n'existe pas d'étude à long terme ayant comparé l'efficacité d'un médicament contre l'autre. Les études de courte durée semblent indiquer une meilleure efficacité de la sibutramine.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier de considérer le profil des effets secondaires de ces

médicaments et de surveiller la tension artérielle chez les patients traités avec la sibutramine. Le texte complet des lignes directrices canadiennes 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants est disponible au :

www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

AVANT LE D^R ALZHEIMER, ELLE N'AVAIT PAS DE NOM.

Il y a 100 ans,
Alois Alzheimer
fut le premier
à la nommer.

Avant la découverte
d'Alois Alzheimer,
des millions de personnes
souffraient d'un mal inconnu.
Mais à partir de 1906, tout
a changé: pour la première
fois, les médecins étaient
en mesure de désigner
cette mystérieuse
affection du cerveau.



• EXPERTS-CONSEILS •

9. Un peu plus sur la leucodystrophie

? Quelle est l'incidence, le traitement et le pronostic de la leucodystrophie?

— Question posée par la Dre Perpetua Pires, Québec.

L'adrénoleucodystrophie est une maladie récessive liée au chromosome X. La maladie est transmise par les femmes porteuses. La moitié des garçons en sera atteinte et la moitié des filles en sera porteuse. La prévalence des hommes atteints est de 1 sur 21 000.

Le traitement de l'insuffisance surrénalienne se fait avec les glucocorticoïdes. Malheureusement, cela n'agit pas sur l'atteinte neurologique. Pour cette dernière, il existe des traitements surtout de prévention, comme l'huile de Lorenzo qui contient des acides gras monoinsaturés et normalise les niveaux plasmatiques d'acides gras à très longues chaînes. Il faut la donner chez les garçons de moins de huit ans asymptomatiques et avec une résonance magnétique cérébrale normale.

Il existe des traitements expérimentaux pour les patients symptomatiques (comme la greffe de moelle osseuse), mais qui comportent beaucoup de complications. Il existe aussi des études prometteuses faites sur les souris pour la lovastatine et le 4-phénylbutyrate, deux médicaments qui sont présentement étudiés chez les humains.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.



10. La fréquence de l'hyperglycémie provoquée chez un intolérant au glucose

? Pour un patient intolérant au glucose, à quelle fréquence doit-on refaire une épreuve d'hyperglycémie provoquée?

— Question posée par la Dre Michèle Ferron, Québec.

À une fréquence inférieure à trois ans. Personnellement, je lui ferais des glycémies à jeun tous les ans. Si la glycémie reste normale, je répéterais l'hyperglycémie provoquée tous les deux ans. Si le patient est bien motivé, il peut aussi faire de l'auto-surveillance en utilisant un glucomètre.

Il est important aussi d'évaluer les facteurs de risque cardiovasculaire pour ce patient et de traiter l'hypertension ainsi que les dyslipidémies. Vous pouvez trouver de plus amples renseignements sur la surveillance des troubles glycémiques dans les dernières lignes directrices sur le diabète au www.diabetes.ca.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

Personnellement, je lui ferais des glycémies à jeun tous les ans. Si la glycémie reste normale, je répéterais l'hyperglycémie provoquée tous les deux ans.

AVANT
ARICEPT^{MD},
ON N'AVAIT
RIEN POUR
LA TRAITER.

Célébrons
10
Ans¹



Une fois par jour
Aricept^{MD}
chlorhydrate de donepézil en comprimés à 5 mg et à 10 mg

Premier traitement de l'alzheimer au Canada

Référence: 1. IMS Health Canada, IMS MIDASTM, janvier 2007.

11. L'échographie pour diagnostiquer le PCO et l'oligoaménorrhée

? Dois-je toujours faire une échographie pelvienne pour une jeune femme chez qui je suspecte le syndrome des ovaires polykystiques et une oligoaménorrhée?

— Question posée par le Dr Christiane Roy, Candiac (Québec).

Le syndrome des ovaires polykystiques (PCO) est une cause importante d'irrégularités menstruelles et d'excès androgénique chez la femme. Lorsqu'il se manifeste clairement (hirsutisme, irrégularité menstruelle, obésité et morphologie ovarienne classique), le diagnostic est facile à poser. Par contre, il y a controverse lorsqu'on ne retrouve que certains critères.

Selon le NIH (*National Institutes of Health*), les critères diagnostiques minimaux sont :

- Des irrégularités menstruelles dues à l'oligoaménorrhée ou l'anovulation;
- Une évidence d'hyperandrogénisme clinique ou biochimique;
- Une exclusion des autres causes d'hyperandrogénisme et d'irrégularités menstruelles telles que l'hyperplasie congénitale des surrénales, l'hyperprolactinémie ou encore une tumeur sécrétant des androgènes.

En 2003, un consensus a eu lieu à Rotterdam (*European Society of Human Reproduction and Embryology/American Society of Reproductive Medicine consensus workshop group*) et d'autres critères ont été révisés. Deux des trois critères suivants sont requis :

- Une oligoanovulation et/ou une anovulation;

- Des signes cliniques ou biochimiques d'hyperandrogénisme;
- Des ovaires polykystiques à l'échographie.

Les critères échographiques ont beaucoup évolué depuis la première description en 1986. Les critères de Rotterdam considèrent qu'il y a suffisamment de sensibilité et de spécificité pour définir le PCO par la présence de plus de 12 follicules dans chaque ovaire mesurant de deux à neuf millimètres de diamètre et/ou d'une augmentation du volume ovarien (> 10 cc). Il a été suggéré que la distribution des follicules, l'augmentation de l'échogénicité stromale et le volume soient éliminés des critères diagnostiques.

Nous nous servons donc des critères du NIH pour le diagnostic du PCO. Il n'y a ainsi pas utilisation de l'imagerie. Concernant les critères de Rotterdam, ceux-ci sont certes précis, mais, d'un point de vue pratique, ils requièrent la participation d'un échographiste expérimenté. *Clin*

La docteure Martine Bernard a répondu.