1. Stoppez ces jambes sans repos!

? Quel est le traitement recommandé pour le syndrome des jambes sans repos?

— Question posée par le Dr Bruno Tremblay, Beaumont (Québec).

La docteure Nicole Khairallah a répondu :

Plusieurs traitements existent pour le syndrome des jambes sans repos. Ces traitements sont divisés en trois catégories :

- les dopaminergiques : ce sont les médicaments les plus utilisés, surtout les agonistes dopaminergiques non dérivés de l'ergot, comme le pramipexole et le ropinirole. Ils sont bien tolérés, efficaces et ne causent pas d'effet rebond, comme la lévodopa qu'ils tendent à remplacer pour le traitement de ce syndrome.
- les benzodiazépines : c'est le clonazépam qui a été le plus étudié, à des doses de 0,5 à 2 mg HS.
- les opiacés : ils sont utilisés dans les cas réfractaires.

Il y a aussi la gabapentine, la quinine, le baclofène, etc. Il ne faut pas oublier de prescrire un supplément de fer dans les cas d'anémie ferriprive que l'on doit rechercher dans le bilan du syndrome des jambes sans repos.

Copyright © Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est illicite. Seule personne autorisée : le client téléchargeur, afficher, visualiser et imprimer une copie pour leur usage personnel

2. Époétine et darbépoétine en insuffisance rénale

? À quel taux d'hémoglobine faut-il débuter l'époétine ou la darbépoétine en présence d'insuffisance rénale chronique?

— Question posée par le Dr Claude Roberge, Sherbrooke (Québec).

La docteure Louise Roy a répondu :

L'anémie reliée à l'insuffisance rénale chronique apparaît, en général, lorsque celle-ci est grave, c'est-à-dire une filtration glomérulaire inférieure à 30 mL/min.

Autrement, il faut éliminer une autre cause d'anémie (saignement digestif, myélomes multiples, état inflammatoire chronique, etc.). On doit particulièrement s'assurer qu'il n'y a pas une déplétion des réserves de fer ou, plus rarement, un déficit en folates ou en vitamine B_{12}. L'hémoglobine cible dans cette population est de 110 à 120 g/L; le début d'action est lent, et il faut vérifier le taux d'hémoglobine dans les trois à quatre semaines suivantes afin d'ajuster la dose.

3. Les interruptions volontaires et répétées de grossesse : risqué?

? Les interruptions volontaires et répétées de grossesse ont-elles une répercussion future sur la fertilité?

— Question posée par la Dre Myvan Nguyen, Verdun (Québec).

La docteure Martine Bernard a répondu :

Des résultats très conflictuels ont été rapportés concernant les études qui évaluent si un avortement antérieur est un facteur de risque de travail préterme pour une grossesse subséquente. La revue d'une dizaine d'études évaluant l'impact à long terme de la fin d'une grossesse au premier trimestre (dilatation et curetage) n'a pas démontré un plus grand risque d'avoir un bébé de petit poids, de travail préterme ou de récidive d'avortement spontané pour la grossesse subséquente.

De plus, la possibilité d'un lien entre l'avortement et des problèmes d'implantation placentaire ont été étudiés. À partir d'un registre du Danemark de 1980-1982, 15 277 femmes ayant eu une interruption de grossesse au premier trimestre ont été comparées à 46 026 femmes n'ayant pas eu d'interruption de grossesse. Il n'y a pas eu de différence dans le risque de placenta prævia, mais les femmes qui ont eu une interruption de grosssesse ont obtenu un taux légèrement plus élevé de rétention placentaire.

Bibliographie :
1. Hogue CJ, et al: Fam Plann Perspect 1983; 15:119.
2. Atrash Hk, et al: Clin Obst Gyn 1990; 4:391.
3. Kalish RB, et al: Am J Obst Gyn 2002; 187:882.
4. Schneider D, et al: Obst Gyn 1996; 88:412.
5. Zhou W, et al: Acta Obst Gyn Scand 2001; 80:1115.
7. Hogue CJ, et al: Epidemiol REv 1982; 4:66.

4. Le magnésium en présence de TDAH : utile?

? Quelle est l'utilité du magnésium dans le traitement du TDAH?

— Question posée par le Dr Michael Mansour, Montréal (Québec).

La docteure Pascale Maurice a répondu :

L'intérêt suscité par le magnésium dans le traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) vient du fait que l'on suspecte que le transport et la quantité de magnésium intracellulaire puissent être réduits chez les enfants atteints de TDAH, et ce, malgré une concentration sérique normale de magnésium.

Les études faites à ce sujet sont, à ce jour, peu nombreuses et nettement insuffisantes pour recommander l'emploi de supplément de magnésium chez l'enfant souffrant de TDAH.

Bibliographie :
Poulin P: Magnésium, vitamine B6 et hyperactivité – réaction d'un spécialiste. Le Médecin du Québec 2005; 40(10):17.

5. La luminothérapie : recommandée?

? Devrais-je recommander la luminothérapie à mes patients déprimés? Si oui, pour lesquels?

— *Question posée par le Dr Simon Plourde, Charlesbourg (Québec).*

Le docteur Philippe Lageix a répondu :

Dans toute dépression, la luminothérapie peut être utilisée comme un augmenteur non spécifique associé à un traitement antidépresseur.

Toutefois, la recommandation qui me paraît la plus pertinente concerne les dépressions saisonnières. Lorsque leur intensité est faible, ce seul traitement peut servir à des fins préventives et curatives. Il doit être débuté deux à trois semaines avant le début des épisodes antérieurs. Toutefois, lorsque l'intensité est élevée, je recommande de prescrire un antidépresseur et de n'utiliser la luminothérapie que comme adjuvant. Répétons que les antidépresseurs doivent toujours être utilisés avant le début attendu de l'épisode et pas moins de quatre semaines avant les épisodes antérieurs rapportés.

Les périodes de l'année où le pic des dépressions saisonnières (*winter depression*) survient sont d'abord l'automne et l'hiver, bien sûr, mais aussi le printemps. Les personnes qui ont un travail posté sont aussi menacées par ce type de dépression qui est souvent sous-tendue par une avance ou un retard des phases de l'horloge biologique, et qui s'accompagne toujours de troubles typiques du sommeil.

La prévalence varie en fonction de la durée annuelle d'ensoleillement et de la couverture nuageuse. Ainsi, en Floride, elle ne dépasse pas 4 %, à Montréal, elle se situe à 19 %, alors que dans le Nord québécois, elle monte à 40 %.

La meilleure stratégie diagnostique reste l'utilisation d'une histoire de cas, d'un questionnaire de Beck pour le diagnostic de dépression et d'un questionnaire orienté, tel que le S*easonal Pattern Assessment Questionnaire* [J of Affect Disord 2004; 80:209-19.], pour apprécier la saisonnalité.

Les produits naturels utilisés sont le L-tryptophane, le millepertuis et la mélatonine.

➤ Pour en savoir davantage sur la luminothérapie, nous vous invitons à consulter l'article : « La lumiothérapie au service du TAS », à la page 84.

6. La PCR chez le nouveau-né

? Quelle est l'utilité de la protéine C-réactive (PCR) chez le nouveau-né?

— Question posée par le Dr J. P. Doray, Longueuil (Québec).

Le docteur Marc Soucy a répondu :

La PCR est de plus en plus utilisée dans l'évaluation du nouveau-né chez qui on suspecte un sepsis. Ainsi, la PCR peut être utile pour guider le médecin dans sa prise de décision de cette situation toujours délicate.

Il n'y a pas de consensus dans la littérature médicale quant à l'utilisation de la PCR chez le nouveau-né possiblement septique. Certains l'utiliseront dans leur bilan initial pour aider à confirmer la présence d'un sepsis, tandis que d'autres l'utiliseront davantage pour évaluer l'efficacité et la durée totale du traitement. Par contre, tous s'entendent pour dire qu'avec ou sans une PCR, le nouveau-né chez qui on suspecte un sepsis doit être pris en charge rapidement.

7. La rispéridone et la dépression réfractaire

? Pouvez-vous préciser le rôle de la rispéridone dans la dépression réfractaire?

— Question posée par la Dre Nancy Beaumont, Chicoutimi (Québec).

Le docteur Pierre Landry a répondu :

Les antipsychotiques atypiques, telle la rispéridone, sont parfois utilisés pour potentialiser un antidépresseur dans le traitement d'une dépression majeure réfractaire. Toutefois, cette mesure en est une de troisième intention, et il est préférable de faire d'abord l'essai en monothérapie de différentes classes d'antidépresseurs, de combiner deux antidépresseurs de classes différentes et/ou de potentialiser un antidépresseur avec le lithium.

Lorsqu'un antipsychotique atypique est utilisé, il est fortement recommandé de surveiller aux trois mois l'apparition d'un diabète et, annuellement, d'une hyperlipidémie. Des symptômes parkinsoniens peuvent survenir, mais à une fréquence moindre comparativement aux antipsychotiques conventionnels.

La rispéridone comporte un risque d'induire une hyperprolactinémie et une dyskinésie tardive; il faut donc éviter de prolonger le traitement indûment.

8. La protection solaire la plus efficace

? Quelles sont les crèmes solaires les plus efficaces à suggérer pendant la période de vacances hivernales dans le Sud?

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

La docteure Catherine McCuaig a répondu :

La protection solaire devrait inclure le gros bon sens, soit de faire les activités en plein air avant 10 h et après 16 h, de limiter le temps d'exposition, de porter un chapeau, des vêtements protecteurs et des lunettes de soleil, de préférer l'ombre et d'appliquer une crème solaire une demi-heure avant de sortir, et d'en remettre fréquemment selon les activités pratiquées et le phototype de l'individu.

Aucun écran solaire n'assure une protection totale. Un produit solaire est composé de filtres ultraviolets intégrés dans une base sous forme d'huile ou, plus souvent, d'émulsion (crème ou lotion). Il existe deux types de filtres ultraviolets :

- les filtres chimiques ou composés chimiques organiques. Ceux-ci, comme l'oxybenzone, absorbent la lumière ultraviolette, surtout les UVB. L'avobenzone et les crèmes avec des dérivés du camphre protègent en partie des rayons UVA.
- les filtres physiques, qui sont des matières opaques (comme l'oxyde de zinc ou le dioxyde de titane), reflètent la lumière. Ils ont l'avantage de ne pas provoquer d'allergie, mais la concentration et la taille des particules doivent être limitées.

Une protection efficace doit bloquer aussi bien les rayons UVA que les rayons UVB. Les UVB (et dans une moindre mesure les UVA) peuvent causer un coup de soleil, tandis que les UVA provoquent un vieillissement prématuré de la peau. Les UVA et surtout les UVB causent tous deux les cancers de la peau.

L'indice de protection (IP) d'une crème solaire est la mesure de son efficacité contre les coups de soleil. Il concerne donc la protection anti-UVB seulement. L'IP ne fournit aucune information sur la protection contre les UVA. Il est parfois nommé FPS (facteur de protection solaire) ou encore SPF (*sunburn protection factor*). Ceci dit, un FPS 30 est recommandé pour à peu près tout le monde dans presque toutes les circonstances, tandis qu'un FPS 45/+ sera pour les peaux très sensibles et/ou les expositions à des rayonnements solaires intenses.

Il faudrait appliquer 2 mg de crème solaire par cm^2 de peau pour obtenir la protection correspondant à l'IP du produit solaire. Dans ce cas, on appliquerait sur le corps le quart d'un tube de 125 mL à chaque exposition! En réalité, la quantité de crème solaire employée est près de 0,4 à 1,0 mg par cm^2 de peau.

Vérifiez si les crèmes solaires ont la reconnaisance de l'Association canadienne de dermatologie. Parmi les meilleures crèmes solaires, pour n'en nommer que quelques-unes, il y a :

- Anthélios XL de La Roche Posay (FPS 30, 45 et 60);
- Avène (FPS 20 et 50);
- UltraSheer de Neutrogena (FPS 30, 45 et 55);
- Ombrelle de L'Oréal (FPS 30, 45 et 60);
- Spectra3MD FPS 50 de Coppertone.

9. Le diagnostic de la goutte

Quels sont les tests sanguins qui permettent de confirmer, sans équivoque, le diagnostic de la goutte? Surtout si la ponction articulaire avec présence de cristaux n'est pas possible ou négative.

— Question posée par le Dr Louis G. Latulippe, Cap-aux-Meules (Québec).

Le docteur Claude Blier a répondu :

Malheureusement, il n'y a pas de tests sanguins prouvant hors de tout doute qu'une synovite est goutteuse. Effectivement, le seul moyen sûr est de mettre en évidence, sur un spécimen de ponction articulaire, des cristaux d'urate monosodique, qui sont intraleucocytaires, le tout avec un microscope en lumière polarisée. La présence de cristaux d'urate monosodique dans du liquide articulaire n'est même pas suffisante pour le diagnostic si ceux-ci sont extracellulaires!

Bien sûr, pour le clinicien, il est très difficile d'avoir accès à cet examen. Il est donc impossible de confirmer une goutte sans cet examen. Toutefois, certains éléments cliniques peuvent nous aider :

- L'atteinte mono ou oligo-articulaire touchant surtout les membres inférieurs, en particulier les premières articulations métatarsophalangiennes;
- La nature aiguë de l'attaque avec le maximum de douleur 6 à 12 hres après le début de la crise;
- L'intensité de la douleur;
- Les signes inflammatoires très florides avec beaucoup de rougeur et de gonflement;
- La prédominance du sexe masculin (il est très rare, voire impossible d'avoir une goutte chez une femme en pré-ménopause);
- La présence de tophi goutteux (voir photo), qui se manifeste sous forme de masses sous-cutanées blanchâtres aux oreilles, aux bourses olécraniennes ou aux surfaces d'extensions articulaires;
- L'hyperuricémie qui peut être absente lors d'une crise typique de goutte!

Encore une fois, la clinique est plus importante que les laboratoires...

Photo : Tophi goutteux multiples

10. Le mélanome : génétique?

Y-a-t-il des études prouvant que le mélanome soit d'origine génétique?

— *Question posée par le Dr Guy Gagné, Québec.*

La docteure Catherine McCuaig a répondu :

Le mélanome est héréditaire dans environ 10 % des cas. Un phototype plus clair et le phénotype nævique peuvent prédisposer le patient à un risque accru de mélanome.

L'association d'un mélanome et de nævus atypiques, chez certaines familles, est appelée mélanomes atypiques multiples familiaux (FAMMM pour *familial atypical multiple molemelanoma*). Le mélanome est défini comme étant familial s'il est présent, soit dans une famille avec trois personnes atteintes de mélanome (quel que soit leur degré de parenté), soit au sein d'une famille où un mélanome a été diagnostiqué chez deux membres du premier degré familial.

La fréquence du mélanome familial est d'environ 1,5 cas sur 100 000 par année.

Dans plusieurs familles, la présence concomitante de mélanomes de l'oeil et de la peau a été rapportée. D'autres cancers peuvent être associés au mélanome, dont le carcinome pancréatique, d'autres cancers gastro-intestinaux et le cancer du sein.

L'étude de familles avec une forte présence de mélanomes a identifié deux gènes de susceptibilité (le CDKN2A situé en 9p21, qui est responsable de 25 à 40 % des cas familiaux et le CDK4 situé en 12q13), dont les produits font partie des voies de suppression des tumeurs.

Quand le mélanome familial est diagnostiqué au sein d'une famille, les patients atteints ainsi que les personnes qui leur sont apparentées au premier degré doivent subir un examen annuel à partir de l'âge de 10 ans. *Clin*

Bibliographie :
1. Dr C. Salvini et P. Carli (juillet 2006) *http://www.orpha.net/consor/cgi-bin*

La fréquence du mélanome familial est d'environ 1,5 cas sur 100 000 par année.