1. Le vaccin contre le rotavirus : essentiel!

? Comment expliquer aux parents l'importance que leur enfant reçoive le vaccin contre le rotavirus?

— *Question posée par le Dr Jean-Jacques Turcotte, St-Hyacinthe (Québec).*

Le docteur Marc Soucy a répondu :

Il est normal que les parents se questionnent sur la pertinence d'administrer certains vaccins à leurs enfants. Depuis quelques années, plusieurs nouveaux vaccins, peu connus de la population générale, sont recommandés et les parents ressentent souvent une certaine ambivalence devant ceux-ci. C'est à nous, les médecins, de bien les renseigner.

Un nouveau vaccin est maintenant disponible au Canada pour prévenir la gastro-entérite à rotavirus. Il s'agit d'un vaccin pentavalent oral à virus vivant. Il est important d'expliquer aux parents que la gastro-entérite à rotavirus est associée à une grande morbidité et demeure une cause fréquente d'hospitalisation des enfants. Aussi, ce virus étant très contagieux, les mesures d'hygiène rigoureuses ne peuvent prévenir complètement l'acquisition de cette infection. Le vaccin serait efficace à 98 % pour prévenir les gastro-entérites graves.

Le vaccin n'est pas encore disponible dans les CLSC, donc les parents doivent se le procurer dans les pharmacies avec une prescription du médecin. Il est administré à deux, quatre et six mois. La première dose doit être administrée avant la douzième semaine de vie, et la vaccination devrait être complétée avant l'âge de huit mois.

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.

Il est important d'expliquer aux parents que la gastro-entérite à rotavirus est associée à une grande morbidité et demeure une cause fréquente d'hospitalisation des enfants.

2. Les noyaux du cerveau et la dépression

? L'hippocampe est-il le seul noyau du cerveau affecté par la dépression?

— Question posée par le Dr Raouf Dimitri, Montréal (Québec).

Le docteur Pierre Landry a répondu :

Une diminution de 15 % du volume de l'hippocampe est observée surtout chez les patients souffrant d'une dépression récurrente et chez les patients déprimés plus âgés.

La réduction du volume de l'hippocampe est le résultat d'une diminution du nombre de dendrites, d'épines dendritiques, de prolongements des cellules gliales, de la quantité d'eau et de la taille des neurones. Cependant, le nombre de neurones serait le même.

Les antidépresseurs permettraient le rétablissement du volume de l'hippocampe en augmentant la synthèse de la protéine BDNF (*Brain Derived Neurotrophic Factor*) qui assure la régénérescence des prolongements dendritiques.

Le volume et l'activité cellulaire du cortex orbitofrontal et d'autres noyaux du système limbique sont également diminués, mais l'effet des antidépresseurs sur ces structures est moins connu.

3. Les anévrismes cérébraux : familiaux?

? Quelles sont les indications pour le dépistage des anévrismes cérébraux chez la famille d'une personne atteinte?

— Question posée par le Dr Samer Hasswani, Montréal (Québec).

La docteure Nicole Khairallah a répondu :

Jusqu'à 6 % des anévrismes cérébraux peuvent être familiaux. Les anévrismes familiaux sont définis par leur présence chez deux parents ou plus, du premier au troisième degré. Le dépistage des anévrismes cérébraux est souvent recommandé pour les familles avec au moins deux membres du premier degré diagnostiqués avec une hémorragie sous-arachnoïdienne.

Le risque de découvrir des anévrismes non rupturés est élevé lorsque le dépistage est fait à tous les cinq ans et que la motivation des patients est assez bonne. Cependant, on a déjà diagnostiqué des hémorragies sous-arachnoïdiennes chez des patients après trois ans de dépistage négatif. Ainsi, un dépistage plus rigoureux serait probablement indiqué, bien que les recommandations restent empiriques. Ce dépistage est recommandé chez les patients entre 35 et 65 ans, préférablement par angiographie cérébrale, quoique l'angiographie par résonance magnétique est actuellement de plus en plus utilisée.

4. La paroxétine et l'ado dépressif : attention!

? Qu'en est-il de l'utilisation de la paroxétine pour contrer une dépression majeure chez un adolescent de 17 ans?

— Question posée par le Dr Albert Plante, Montréal (Québec).

Le docteur Philippe Lageix a répondu :

À question délicate, réponse prudente! Tous les antidépresseurs de type inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture dit « doubles », tels la venlafaxine et le bupropion, font l'objet d'une mise en garde concernant un risque accru de ruminations suicidaires pouvant conduire à une tentative de suicide. Ce risque semble plus élevé dans la population adolescente, quoique limité au début du traitement, soit les neuf premières semaines. De plus, s'il s'accompagne d'un risque accru de gestes suicidaires, le risque de léthalité reste inchangé.

En pratique, si on décide de prescrire un ISRS à un adolescent, il faut le rencontrer souvent, au mieux chaque semaine durant les neuf premières semaines. Il faut également avoir un questionnaire bien rodé afin de dépister un accroissement des ruminations idéiques à contenu suicidaire, car celles-ci peuvent précipiter une tentative de suicide.

Pour ce qui est de la paroxétine, les résultats d'une récente méta-analyse (réalisée à partir de 16 études de précommercialisation) relève sept tentatives de suicide dans le groupe traité avec la paroxétine contre une dans le groupe contrôle, avec une probabilité ajustée de 0,90. Au même moment, d'autres effets indésirables, découlant de la puissante affinité de la paroxétine pour les récepteurs présynaptiques, se sont manifestés. En effet, il découle de cette caractéristique un important syndrome de retrait chez plusieurs patients traités avec de la paroxétine. Certains patients présentent des paresthésies persistantes, des troubles cognitifs, une insomnie, voire un rebond du trouble anxieux durant plusieurs semaines, parfois durant plusieurs mois, même lorsque la dégression est très prudente.

Il importe donc d'informer nos patients que l'efficacité reconnue de la paroxétine dans les états dépressifs et anxieux s'accompagne d'un risque accru de syndrome de retrait pour un sous-groupe de patients que l'on ne sait pas identifier prospectivement.

5. Un TTPa : que faire?

? Comment faire le suivi d'un TTPa (temps de thromboplastine partielle activé) et quand diriger le patient vers une spécialité?

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

La docteure Mariette Lépine a répondu :

Le temps de céphaline, nommé aussi temps de thromboplastine partielle activé (TTPa) ou *Partial Thromboplastin Time* (PTT), est un test qui mesure les voies intrinsèques et communes de la coagulation, sans mesurer la fonction plaquettaire.

Les indications pour prescrire le test sont l'évaluation d'un problème de saignement (hémophilie, maladie de von Willebrand) et l'évaluation d'un problème thrombotique (recherche d'un anticoagulant de type lupique), quand une histoire détaillée suggère ces diagnostics. Les autres recommandations, plutôt en médecine intra-hospitalière, sont la surveillance d'une thérapie à l'héparine non fractionnée et l'évaluation avant certaines chirurgies majeures. Il n'y a pas lieu de prescrire un TTPa en dehors de ces indications, surtout pour les enfants chez qui le TTPa est souvent légèrement allongé dû à des anticoagulants non spécifiques qui n'altèrent pas l'hémostase normale in vivo.

Si le test est prescrit dans un contexte approprié et que le spécimen sanguin est manipulé selon les normes, toute valeur anormale qui se répète mérite une investigation en hématologie. Les valeurs normales sont établies dans chaque laboratoire et dépendent de l'instrument et des réactifs utilisés. La sensibilité des réactifs à une déficience de facteur à l'héparine ou à un anticoagulant de type lupique varie selon le réactif choisi par le laboratoire. Ainsi, en présence d'un anticoagulant de type lupique, le TTPa pourrait être normal dans un laboratoire qui utilise un réactif peu sensible et allongé dans un laboratoire utilisant un réactif différent.

Devant un TTPa allongé, le test de correction par le plasma normal avec incubation permet de différencier la déficience de facteur (le TTPa se normalise) d'un anticoagulant circulant (absence de normalisation).

À noter que le TTPa n'est pas utile pour suivre une anticoagulothérapie avec les héparines de bas poids moléculaire, même si ce test est légèrement allongé pour quelques heures après l'injection sous-cutanée.

6. La gynécomastie unilatérale chez l'ado

? Quelle est la conduite à tenir devant une gynécomastie unilatérale chez un adolescent? Est-ce douloureux? Doit-on investiguer?

— *Question posée par le Dr Mario Boutin, Québec.*

La docteure Pascale Maurice a répondu :

La gynécomastie est fréquemment observée chez le garçon adolescent. Elle débute généralement autour de l'âge de 10 à 12 ans et est à son maximum autour de l'âge de 13 à 14 ans, ce qui coïncide habituellement avec le stade 3 de Tanner.

La gynécomastie de l'adolescent peut être asymétrique et débuter de façon unilatérale. Cependant, lorsqu'elle est unilatérale, il est important de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une autre pathologie plus grave, comme un carcinome du sein. Dans ce cas, la masse est souvent plus excentrique par rapport au mamelon, elle peut être ferme ou dure et s'associer à une rétraction cutanée, un écoulement du mamelon ou à une adénopathie axillaire. D'autres pathologies plus rares peuvent aussi se manifester par une augmentation de volume unilatérale d'un sein, comme un lipome, un lymphangiome, un neurofibrome, un kyste dermoïde, etc.

Une soigneuse évaluation clinique à la recherche d'autres causes possibles de la gynécomastie doit être faite. Citons, par exemple, l'utilisation de certains médicaments ou encore de drogues (marijuana), les tumeurs testiculaires ou surrénaliennes, un hypogonadisme primaire ou secondaire, un problème hépatique ou rénal ou encore une hyperthyroïdie. Le bilan doit alors être orienté en fonction des trouvailles lors de l'anamnèse et de l'examen physique. S'il n'y a pas de cause clairement apparente à l'évaluation clinique, et que la gynécomastie est d'origine récente ou douloureuse, une mesure des concentrations sériques de la hCG, de LH, de la testostérone et de l'estradiol peut être utile. En cas de doute, l'avis d'un pédiatre ou d'un endocrinologue peut s'avérer utile pour orienter le bilan et le suivi.

Une soigneuse évaluation clinique à la recherche d'autres causes possibles à la gynécomastie doit être faite.

7. Une origine virale pour l'Alzheimer

? Serait-il possible que la démence d'Alzheimer soit d'origine virale?

— Question posée par le Dr Guy Gagné, Québec.

La docteure Nicole Khairallah a répondu :

Jusqu'à tout récemment, les seuls facteurs de risque connus pour la maladie d'Alzheimer étaient l'âge, la trisomie 21 et le trauma crânien.

Un facteur de susceptibilité, l'allèle 4 de l'apoprotéine E, a été identifié, mais il n'était ni essentiel ni suffisant à lui tout seul pour causer la maladie. L'étiologie environnementale est de plus en plus étudiée (diète, aluminium, virus).

L'évidence que des agents viraux jouent un rôle dans la maladie d'Alzheimer vient de la forte association entre la présence de l'ADN du virus herpès simplex de type 1 dans le cerveau et son port d'un allèle de l'apolipoprotéine E-14 chez les groupes de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et non chez les groupes contrôle. On pense que cela pourrait causer de l'inflammation qui produirait les dommages neurologiques, et donc, la maladie.

8. Le diagnostic différentiel de la rectorragie

? Quel est le diagnostic différentiel d'un épisode de rectorragie chez un enfant de six ou sept mois sans constipation ou fissure anale associées?

— Question posée par la Dre Odile Michaud, Otterburn Park (Québec).

Le docteur Marc Soucy a répondu :

Les diagnostics différentiels de rectorragie chez les enfants sont souvent classifiés selon l'âge : période néonatale, un mois à deux ans et deux ans et plus.

Chez les enfants de un mois à deux ans, la cause la plus fréquente demeure les fissures anales. Les autres diagnostics à évoquer sont les colites allergiques, l'invagination intestinale, le diverticule de Meckel, la duplication intestinale et l'hyperplasie lymphonodulaire. Les polypes intestinaux sont aussi à considérer, mais ils sont rares avant l'âge de un an.

Si l'enfant présente des diarrhées associées à des rectorragies, il ne faut pas oublier les causes infectieuses. *Clin*

Chez les enfants de un mois à deux ans, la cause la plus fréquente demeure les fissures anales.