1. Le vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaques

? Qu'en est-il du lien entre la vaccination pour l'hépatite B et la sclérose en plaques?

— *Question posée par le Dr Christian Gaulin, Sherbrooke (Québec).*

Malheureusement, plusieurs patients et médecins interprètent la relation temporelle entre une vaccination et la survenue d'un événement neurologique comme étant une évidence de causalité.

Il est sûr que dans le cas du lien entre le vaccin de l'hépatite B et la sclérose en plaques (SEP), il y a une certaine plausibilité biologique étant donné que le vaccin stimule le système immunitaire et que la SEP est une maladie qui implique le système immunitaire également. Il y a aussi eu quelques cas constatés et quelques études mal faites décrivant un lien de causalité entre le vaccin de l'hépatite B et la survenue de la SEP. Cependant, aucune étude bien réalisée n'a pu démontrer une association statistiquement significative entre les deux événements. Je vous renvois même à trois études négatives référées ci-dessous.

Donc, il ne faut certainement pas modifier nos habitudes de vaccination, surtout contre une maladie dangereuse comme l'hépatite B.

Références

1. Ascherio A, Hernan MA, Zhang SM, et coll: Hepatitis B vaccination and the risk of multiple sclerosis. N Engl J Med. 2001 Feb 1; 344(5):327-32.
2. Zipp F, Weil JG, Einhaupl KM: No increase in demyelinating diseases after hepatitis B vaccination. Nat Med. 1999 Sep; 5(9):964-5.
3. Sadovnick AD, Scheifele DW: School-based hepatitis B vaccination programme and adolescent multiple sclerosis. Lancet. 2000 Feb 12; 355(9203):549-50.

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

2. Les statines et les douleurs musculaires

? Quelle est la conduite à tenir avec un patient prenant des statines, qui se plaint de douleurs musculaires sans qu'il n'y ait une élévation de sa créatine kinase?

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

Mon approche pour ce problème est la suivante : je demande au patient de cesser la statine jusqu'à ce que les douleurs musculaires disparaissent. Une fois les douleurs cessées, je lui demande de reprendre la même statine afin de s'assurer qu'elle est bien responsable des douleurs. Si le problème récidive, j'essaie une deuxième statine et ensuite l'ézétimibe. Entre chaque essai thérapeutique, il doit y avoir une période de repos pour que les douleurs disparaissent et afin d'éviter les chevauchements médicamenteux.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

3. La prise de mésalazine chez la femme enceinte souffrant de colites

? Pour une femme enceinte souffrant de colites ulcéreuses et traitée avec de la mésalazine, y a-t-il un risque augmenté de saignement ou de décollement placentaire?

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

La mésalazine, qui est un dérivé de l'acide 5-aminosalicylique, est classée comme comportant un risque de type B, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de preuves de risque chez les humains. Il y a cependant moins de données disponibles pour les nouveaux agents 5-ASA.

Dans une vaste étude comprenant un groupe de 165 femmes exposées à la mésalazine durant leur grossesse (146 exposées au premier trimestre), le médicament a été associée à une légère augmentation des accouchements prétermes comparativement au groupe contrôle (13,0 % contre 4,7 %). Lors de la naissance, il a aussi été noté une légère diminution du poids (3 253 g comparativement à 3 461 g). Il y a donc peu de significations cliniques. Ainsi, les femmes prenant de la mésalazine peuvent poursuivre le traitement durant leur grossesse.

Il en va de même pour les patientes sous sulfasalazine. Le risque d'incidence de restriction de la croissance, de prématurité, d'avortements spontanés, de mort *in utéro* ou d'anomalies congénitales est semblable pour les enfants nés de mères prenant cette médication que pour la population générale.

La docteure Martine Bernard a répondu.

Bibliographie

1. R Khosla, CP Willoughby, and DP Jewell: Crohn's disease and pregnancy. Gut 1984; 25: 52-56.
2. Bell CM, Habal FM: Safety of topical 5-aminosalicylic acid in pregnancy. Am J Gastroenterol. 1997 Dec; 92(12):2201-2.
3. Marteau, Tennenbaum, Elefant et al: Foetal outcome in women with inflammatory bowel disease treated during pregnancy with oral mesalazine microgranules. Aliment Pharmacol Ther. Nov 1998; 12(11):1101.

Il y a donc peu de significations cliniques. Ainsi, les femmes prenant de la mésalazine peuvent poursuivre le traitement durant leur grossesse.

4. Contrer les hallucinations mandatoires

Comment traiter les hallucinations mandatoires?

— *Question posée par la Dre Alina Czarlinska, Montréal (Québec).*

Les hallucinations mandatoires surviennent lorsqu'un patient entend une voix qui lui donne un ordre ou dicte sa conduite. Elles surviennent surtout dans le cadre de maladies psychotiques, telles la schizophrénie, une manie ou une dépression psychotique, mais peuvent se manifester de façon aiguë lors d'un problème médical, tel un delirium, ou secondaire à la prise de drogues. Le traitement tiendra compte du diagnostic, de la dangerosité du contenu hallucinatoire, de la détresse du patient, de la gravité de la sensation exprimée par le patient d'être sous le contrôle des hallucinations et de la fréquence des hallucinations. Il peut alors être nécessaire d'utiliser la garde préventive s'il y a un risque imminent de violence.

Le traitement consiste à corriger les anomalies de laboratoire, si présentes. Lorsqu'un traitement pharmacologique est jugé nécessaire, les antipsychotiques typiques ou atypiques peuvent réduire et même enrayer les hallucinations mandatoires. Par contre, lorsque les hallucinations sont induites par les drogues, les benzodiazépines sont recommandées en phase aiguë et les antipsychotiques sont réservés lorsque les symptômes persistent au long cours. Chez les patients schizophrènes, l'anxiété peut accentuer l'intensité et la fréquence des hallucinations auditives, et l'usage ponctuel d'une benzodiazépine peut s'avérer très utile en situation de détresse.

Dans le cas d'hallucinations chroniques, en plus des traitements pharmacologiques, plusieurs modalités de psychothérapies peuvent être efficaces pour aider le patient à gérer son anxiété, à mieux tolérer et même à comprendre le contenu hallucinatoire. Souvent, les patients élaborent des moyens pour contrer les hallucinations auditives, et nous devons encourager leur usage. Parmi ces approches rapportées par les patients, mentionnons les suivantes :

- écouter de la musique avec un baladeur (qui semble encore plus efficace lorsque le patient se concentre sur un seul instrument de musique).
- verbaliser le contenu hallucinatoire avec une personne de confiance.
- discuter à voix haute avec les hallucinations (lorsque le patient est seul).
- s'adonner à des exercices de relaxation.
- se concentrer sur une activité occupationnelle ou de loisir tels un casse-tête ou des mots croisés.

Les docteurs Sébastien Gendron et Pierre Landry ont répondu.

Lorsqu'un traitement pharmacologique est jugé nécessaire, les antipsychotiques typiques ou atypiques peuvent réduire et même enrayer les hallucinations mandatoires.

5. La mélatonine et le TDAH : qu'en penser?

? Que penser de l'utilisation (prescription) de mélatonine pour les enfants de 6 à 12 ans souffrant de TDAH, recevant du méthylphénidate et éprouvant des troubles importants du sommeil?

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

La fréquence des troubles du sommeil chez l'enfant se situe à 15 % environ. Le trouble du sommeil le plus fréquent, quelque soit l'âge, réside en un retard dans le démarrage de la synthèse de la mélatonine, qui se trouve ainsi décalée en regard des heures de sommeil attendues associées à la durée d'éclairement. Pour cette raison, on nomme ce trouble « un retard de phase ». Plusieurs croient qu'il s'agit d'un trouble de l'expression des chromogènes responsables du bon fonctionnement de notre « horloge biologique ».

Les enfants qui ont un TDAH présentent souvent des troubles de l'endormissement avec un réveil retardé qui rend pénible leur lever des jours d'école. Toutefois, durant la journée, ils se sentent agités ou démontrent une agitation plus qu'une fatigue observable. Il est admis que cette durée insuffisante de leur temps de sommeil aggrave leur désadaptation scolaire, autant pour leur capacité d'apprentissage que pour leur attitude d'apprentissage.

La mélatonine, qui est considérée au Canada comme un supplément alimentaire soumis à un contrôle de qualité pour la standardisation du dosage et la pureté du produit, est un produit à recommander aux personnes traitées pour un TDAH et démontrant un retard de phase. L'innocuité de l'association psychostimulant-mélatonine est excellente. La tolérabilité de la mélatonine est aussi excellente, et la durée de son utilisation n'est pas limitée. Tout au plus, vous devrez vérifier les antécédents d'hypertension et mesurer la TA à l'occasion d'une visite subséquente, car de rares cas d'augmentation de la TA ont été constatés, non seulement avec les médicaments utilisés pour traiter le TDAH, mais aussi lors de l'utilisation de mélatonine.

Dans les cas de retard de phase, j'observe un taux de réponse de 80 %. J'utilise la mélatonine chez les enfants aussi jeunes que cinq ans. La dose, donnée 30 minutes avant le coucher, varie de 3 à 12 mg.

Le docteur Philippe Lageix a répondu.

Bibliographie

1. Tjon Pian Gi CV, Broeren JP, Starreveld JS, Versteegh FG. Melatonin for treatment of sleeping disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder: a preliminary open label study. Eur J Pediatr. 2003 Jul; 162(7-8):554-5.
2. Faber A, Kalverdijk LJ, de Jong-van den Berg LT, Hugtenburg JG, Minderaa RB, Tobi H. Parents report on stimulant-treated children in the Netherlands: initiation of treatment and follow-up care. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2006 Aug; 16(4):432-40.

6. Les prélèvements au col de l'utérus

? Dans quel ordre fait-on les prélèvements suivants au col de l'utérus :
• Gonorrhée
• Chlamydia
• Cytologie cervicale

— *Question posée par le Dr Ag Bazet Albaka, Montréal (Québec).*

La question de l'ordre des prélèvements est excellente, mais auparavant revoyons pour chacun des prélèvements les prérequis.

- Gonorrhée : Cela nécessite un prélèvement dans le canal endocervical, et la culture aura lieu dans le milieu de Thayer-Martin. La culture est sensible pour le diagnostic d'une femme symptomatique, mais n'est que 65 à 85 % sensible pour une personne asymptomatique.
- Chlamydia : La méthode d'amplification de l'acide nucléique est largement utilisée et est très sensible et spécifique, remplaçant ainsi la méthode de la culture. Un autre avantage à cette technique est la possibilité de l'obtenir par un échantillon d'urine, ce qui est moins invasif. Par contre, la détection de l'antigène requiert un prélèvement dans le canal endocervical ou à l'urètre. La sensibilité est de 80 à 95 %.
- Cytologie cervicale : Elle nécessite des cellules de la zone de transformation et, idéalement, il faut éviter d'avoir du sang ou trop de mucus. Bien que la sensibilité soit faible (50 %), un échantillon n'est adéquat que si l'on a assez de cellules, incluant les cellules pavimenteuses et cylindriques.

Ainsi, pour répondre à votre question, je crois que cela dépendra des trouvailles sur place. S'il y a présence d'un ectropion avec des cellules très friables, il serait préférable de débuter par le frottis et ensuite d'enchaîner avec le prélèvement gonorrhée/Chlamydia. Par contre, s'il y a beaucoup de mucus, on peut terminer par le frottis et débuter dans l'ordre gonorrhée/Chlamydia.

La docteure Martine Bernard a répondu.

Bibliographie

1. Schink JC, Keith LG: Problems in the culture diagnosis of gonorrhea. J Reprod Med. 1985 Mar; 30(3 Suppl):244-9.

S'il y a présence d'un ectropion avec des cellules très friables, il serait préférable de débuter par le frottis et ensuite d'enchaîner avec le prélèvement gonorrhée/Chlamydia.

7. Le vaccin antiméningococcique

? Est-ce que le vaccin antiméningococcique est recommandé pour les enfants en bonne santé qui ont reçu un vaccin monovalent conjugué contre le méningocoque du groupe C?

— *Question posée par la Dre Rita Farah, Saint-Laurent (Québec).*

Le vaccin polysaccharidique conjugué contre le méningocoque peut être administré à un enfant ayant déjà reçu un vaccin monovalent conjugué contre le méningocoque du groupe C. Il offre une protection élargie contre les souches de méningocoques A, C, Y et W-135.

Bien qu'il n'y ait pas de données concernant l'intervalle minimal à observer entre l'administration de ces deux vaccins, le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) suggère de respecter un intervalle minimal de quatre semaines.

Ce vaccin peut être administré aux personnes âgées entre 2 et 55 ans. Il n'est pas recommandé en bas de l'âge de deux ans, car il est moins immunogène.

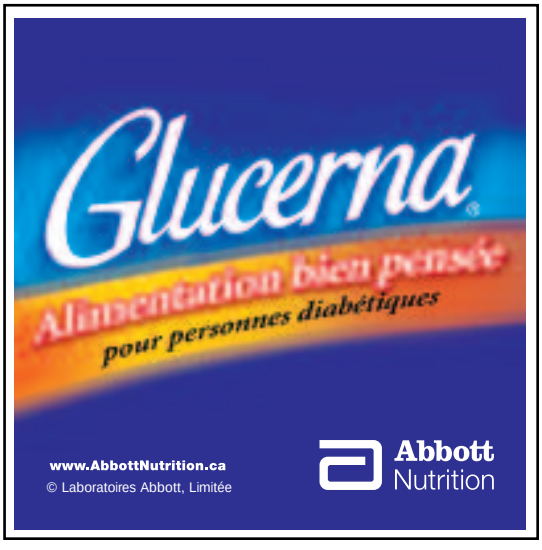
Pour l'instant, les indications du vaccin sont celles que l'on retrouve dans la monographie du produit, et que vous pouvez aussi retrouver dans la dernière mise à jour du protocole d'immunisation du Québec à l'adresse internet dans l'encadré ci-dessous. Le vaccin polysaccharidique conjugué contre le méningocoque est, pour l'instant, en attente des recommandations de la part des organismes consultatifs nationaux.

La docteure Pascale Maurice a répondu.

Protocole d'immunisation du Québec édition avril 2004 – Mises à jour de novembre 2006 :

http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/mise_jour/nov_06.pdf

Le vaccin polysaccharidique conjugué contre le méningocoque peut être administré à un enfant ayant déjà reçu un vaccin monovalent conjugué contre le méningocoque du groupe C.



8. Le prurit anal : comment s'en débarrasser?

? Quel est le traitement le plus approprié pour le prurit anal chez un jeune adulte?

— *Question posée par le Dr André Ouellet, Chicoutimi (Québec).*

Le prurit anal est une cause courante de consultation. Dans le pli glutéale, l'innervation est importante et l'irritation secondaire à l'humidité est fréquente à cause de la transpiration, des poils et des nombreuses souillures d'origine anale, urologique ou gynécologique. De plus, une hygiène excessive avec l'utilisation de crèmes ou de savons irritants ou allergisants est aussi problématique qu'un nettoyage insuffisant.

Tous ces facteurs doivent être vérifiés avant de chercher l'origine précise du prurit anal, qui peut provenir de causes proctologiques (une maladie de l'anus, comme une fissure, une fistule ou une maladie de Crohn, etc.) ou de causes dermatologiques (une maladie de la peau de la région péri-anale, comme le *Tinea cruris*, le psoriasis, le lichen plan et la maladie de Bowen). Fait à noter, on trouve une étiologie précise chez 50 % des patients seulement.

Lors du questionnaire, on doit tenir compte des facteurs déclenchants : les horaires, l'alimentation (épices, alcool), les circonstances d'apparition du prurit par rapport à la défécation ou la toilette, les médicaments, l'obésité et la dysfonction thyroïdienne ou rénale. Si cela est nécessaire, des examens endoscopiques du côlon, une biopsie cutanée ou des cultures à la recherche de bactéries, de mycose ou de parasites doivent être faits.

En l'absence de pathologie cutanée ou anale, un traitement symptomatique insistant sur des règles hygiéno-diététiques strictes doit être prescrit. Ces règles incluent :

- Un maintien propre et sec de la région péri-anale pour éviter le grattage.
- Un lavage à l'eau après chaque selle, suivi d'un assèchement minutieux avec un sèche-cheveux réglé à air froid (cela peut éviter les démangeaisons).
- Le port de sous-vêtements amples et faits de coton.
- Un évitement de toutes substances irritantes incluant le café, l'alcool, le thé, le chocolat et les épices.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, les pommades contenant de l'oxyde de zinc ou une solution aqueuse d'éosine 2 % peuvent aider à assécher davantage la région anale. Finalement, les dermocorticoïdes, tels l'acétate d'hydrocortisone à 1 %, le désonide à 0,05 %, le valérate d'hydrocortisone 0,2 % ou les inhibiteurs de la calcineurine (pimécrolimus 1 %), soulagent le prurit.

La docteure Catherine McCuaig a répondu.

9. L'utilisation de la toxine botulique en neurologie

J'aimerais une mise à jour sur l'utilisation de la toxine botulique en neurologie : quelles sont les indications, les contre-indications et les effets secondaires de son utilisation?

— *Question posée par la Dre Micheline Guilmain-Maurice, Brossard (Québec).*

L'utilisation clinique de la toxine botulinique est basée sur l'injection directe de la toxine dans le muscle hyperactif dans le but de le paralyser partiellement ou complètement.

Avec l'ajustement de la dose, il est possible de diminuer la contraction involontaire tout en gardant possible un contrôle musculaire volontaire. Initialement, le patient peut avoir une faiblesse, mais, l'effet diminuant avec le temps, la dénervation chimique persiste quelques mois et, éventuellement, l'hyperactivité musculaire recommence, d'où la nécessité de répéter les injections habituellement aux trois mois ou plus.

Les indications

Les mouvements anormaux actuellement traités par la toxine botulinique sont :

- La dystonie (blépharospasme, cervicale/torticollis, oro-mandibulaire, spasmodique [adducteur et abducteur] et dystonie des membres)
- Le spasme hémifacial
- Les tics
- Les tremblements
- Les myoclonies
- L'hémiballisme

Les désordres du mouvement traités peuvent être idiopathiques ou secondaires, comme la dystonie tardive ou celle associée à la maladie de Parkinson.

Les contre-indications

Il n'existe pas de contre-indications absolues. Celles relatives sont la grossesse, l'allaitement, les maladies de la transmission neuromusculaire (myasthénie grave et syndrome d'Eaton Lambert), les maladies du motoneurone et l'utilisation concomitante d'aminoglycosés.

Les effets secondaires

Les effets secondaires sont souvent localisés dans la région injectée. Au moment de l'injection, les patients peuvent ressentir une douleur ou développer un hématome. D'autres effets secondaires peuvent se développer après quelques jours. Ils sont locaux, reliés à la faiblesse causée par l'injection, mais ils sont transitoires. En voici deux exemples :

- Après un traitement pour un blépharospasme, les patients peuvent avoir une ptose palpébrale, une diplopie ou un changement dans la quantité de larmes. Des cas de glaucome ont été décrits.
- Après un traitement pour une dystonie cervicale, les patients peuvent développer une dysphagie, une difficulté à tourner la tête, etc. À retenir : les effets les plus graves sont la dysphagie et le compromis respiratoire, et ceux-ci risquent de survenir quand on injecte le cou, le visage, le larynx ou la langue.

Des effets secondaires systémiques peuvent également survenir. Ils ressemblent à un état grippal : fièvre, frissons, fatigue et faiblesse généralisée. Ils peuvent durer quelques semaines, mais ils sont toujours transitoires.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

10. La bonne quantité d'insuline

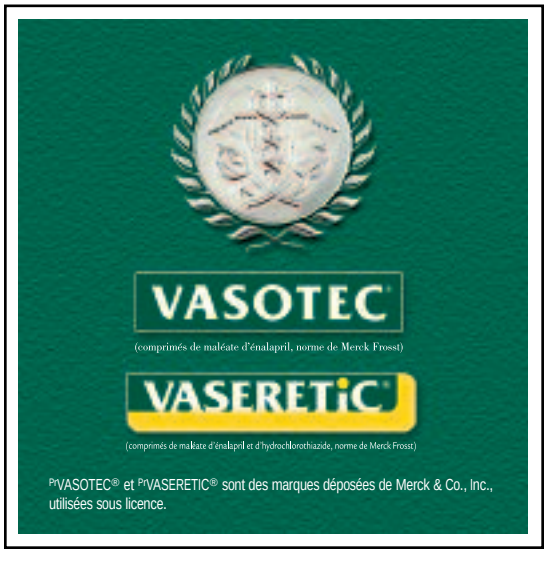
Comment enseigner à un patient la quantité d'unités d'insuline lispro à s'injecter en fonction des glucides du repas?

— *Question posée par la Dre Johanne Desforges, Montréal (Québec).*

Premièrement, ces recommandations s'adressent à un patient qui est sous un régime d'insulinothérapie intensive, incluant une insuline rapide aux repas et une insuline basale une ou deux fois par jour.

Le patient doit être en mesure de calculer la quantité de glucides qu'il consomme (un enseignement par une diététiste me semble essentiel). Si le patient prend déjà de l'insuline, vous n'avez qu'à diviser la quantité d'insuline par la quantité de glucides pour établir un ratio pour chaque 10 g de glucides. Par exemple, si le patient prend déjà 10 unités d'insuline et que ses apports sont de 50 g de glucides, le ratio sera de 2 unités d'insuline/10 g de glucides. Le patient doit ensuite être capable de comprendre la règle de trois en mathématique pour ajuster la quantité selon ce qu'il mange. Ainsi, s'il consomme 10 g de glucides, il va prendre deux unités d'insuline, et s'il consomme 20 g de glucides, il va prendre quatre unités d'insuline. Une calculatrice peut être très utile, en particulier pour des ratios avec des décimales (ex. : 1,6 unités d'insuline/10 g de glucides).

Les ajustements des quantités d'insuline se font par intervalle de 0,2 unités d'insuline/10 g de glucides à la fois, selon la réponse glycémique. Si le patient ne prend pas encore d'insuline, les ratios moyens de début seront de 0,8 à 1 unité d'insuline/10 g de glucides. *Clin*

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

Si le patient prend déjà de l'insuline, vous n'avez qu'à diviser la quantité d'insuline par la quantité de glucides pour établir un ratio pour chaque 10 g de glucides.