

1. Une spondylite ankylosante et des radiographies négatives

? Peut-on souffrir de spondylite ankylosante avec des radiographies négatives?

— Question posée par le Dr André Lalonde, Laval (Québec).

Le diagnostic définitif requiert des changements radiologiques. Toutefois, il faut se rappeler que le diagnostic est d'abord clinique (lombalgie depuis plus de trois mois avec douleur nocturne, raideur matinale durant plus d'une heure et limitation des mouvements de flexion, extension et flexion latérale). La radiographie peut donc être négative, surtout au début de la maladie, et les changements radiologiques peuvent prendre jusqu'à neuf ans, en moyenne, avant d'être présents. Il est donc possible de souffrir de spondylite avec un rayon X normal, car, au début, l'ankylose

provient de l'inflammation et non pas des syndesmophytes (ponts osseux entre les vertèbres).

Certaines techniques d'imagerie, comme le CT-scan, peuvent mettre en évidence des érosions sur les sacroiliaques non visibles au rayon X simple. La résonance magnétique peut détecter les signes précoces d'inflammation, mais cette technique est coûteuse et peu accessible. La cartographie articulaire n'est pas très utile, car il y a trop de faux positifs.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

2. Le traitement de l'otite séreuse

? Comment doit-on traiter une otite séreuse avec ou sans composantes allergiques?

— Question posée par la Dre Elena Likavcanova, Gatineau (Québec).

L'otite séreuse est définie comme étant une collection de liquide dans l'oreille moyenne. Cette dernière peut être aiguë ou chronique, et elle est habituellement le résultat d'une obstruction de la trompe d'Eustache par une infection virale des voies respiratoires supérieures (IVRS) ou d'une crise d'allergie nasale. En présence de bactéries, ce liquide peut s'infecter et alors mener à une otite moyenne suppurée. Lorsque l'otite séreuse ne se complique pas d'une infection, le liquide demeure jusqu'au retour de la fonction normale de la trompe d'Eustache, après quoi il se draine dans le nasopharynx. Une persistance du liquide, c'est-à-dire une otite séreuse chronique, peut être associée à une baisse de l'audition.

Le traitement se veut à la fois médical et chirurgical. Ainsi, des antihistaminiques peuvent être prescrits pour les cas légers. Des antibiotiques sont indiqués en présence de surinfection. En plus du traitement médical, l'insufflation d'air dans la trompe d'Eustache peut aider à soulager la congestion et rétablir la ventilation de l'oreille moyenne; ceci ne devrait toutefois pas se faire en présence d'infection. Le traitement chirurgical consiste en une myringotomie avec insertion d'un tube de ventilation et parfois accompagné d'adénoïdectomie.

Le docteur Ted L. Tewfik a répondu.

3. Des biopsies pour diagnostiquer les démences : possible?

? A-t-on déjà pensé à faire des biopsies du tissu cérébral pour diagnostiquer les démences à un stade plus précoce?

— Question posée par le Dr Guy Gagné, Québec.

Il est sûr que chaque démence mérite un bilan. Le bilan de base comprend une formule sanguine, des électrolytes, une vitesse de sédimentation, un dosage d'urée, de créatinine, de vitamine B12, d'acide folique, des enzymes hépatiques, un test thyroïdien, un VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*), un dosage de calcium, un VIH (si approprié), un électro-cardiogramme, une radiographie pulmonaire et un scan cérébral. Avec une anamnèse méticuleuse, un bon examen neurologique et les tests déjà mentionnés, l'étiologie de la démence devrait être claire dans la vaste majorité des cas.

Si le diagnostic demeure incertain, on peut faire une ponction lombaire si on suspecte une méningite chronique ou pour le dosage de la protéine 14-3-3 dans les cas de la maladie de Creutzfeld-Jacob. On peut faire une angiographie dans les cas de vasculites soupçonnées. On fait de plus en plus de SPECT

cérébraux (*Single photon emission computed tomography* ou tomographie d'émission monophotonique) dans les cas de démences atypiques.

Pour revenir à la question, on peut recourir à la biopsie cérébrale surtout pour une démence rapidement progressive qui demeure d'étiologie indéterminée. Cependant, il ne faut surtout pas oublier que l'étendue et l'agressivité du bilan dépendent toujours de l'âge du patient et de son fonctionnement antérieur. Trouver une cause ou une composante traitable demeure avant tout le but primaire de tout bilan de démence. Malheureusement, on ne possède pas encore de traitement qui renverse l'évolution de la maladie afin qu'il soit essentiel de la diagnostiquer de façon précoce avec une méthode aussi invasive qu'une biopsie cérébrale.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

4. Une ostéodensitométrie normalisée : stoppe-t-on le biphosphonate?

? Quand peut-on ou doit-on cesser un biphosphonate si l'ostéodensitométrie se normalise ou se stabilise?

— Question posée par le Dr M. Biron Sutto, Montréal (Québec).

L'objectif visé avec un traitement au biphosphonate est de normaliser ou, encore mieux, d'augmenter la densité minérale osseuse (DMO). Selon plusieurs études, la DMO augmente entre 5 et 7 % en trois ans, et cette augmentation persiste jusqu'à 10 ans. En réponse à la question « DOIT-on cesser le traitement? », la réponse est « non », au même titre qu'on ne cesserait pas un traitement pour le cholestérol ou l'hypertension si ceux-ci se normalisaient. En réponse à la question « PEUT-on cesser le traite-

ment? », la réponse est « c'est possible ». Il existe deux écoles de penser; l'une dit qu'on doit poursuivre le traitement indéfiniment (tant et aussi longtemps qu'il est efficace), l'autre prétend qu'on peut cesser temporairement le traitement, environ un an (vacances thérapeutique), tout en surveillant la DMO. Le choix entre les deux options dépend du médecin et de sa patiente.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

5. Les mycoses cutanées associées aux bovins

? Quelles sont les options thérapeutiques pour les mycoses cutanées associées au travail avec les bovins (communément appelées « dartres » par les agriculteurs)?

— Question posée par la Dre Céline Bordeleau, Trois-Pistoles (Québec).

Les agriculteurs qui travaillent avec les vaches sont sujets à attraper une mycose inflammatoire provoquée par le dermatophyte *Trichophyton verrucosum*. La présentation clinique se limite à une plaque squameuse annulaire qui peut être traitée au moyen d'une crème ou d'une lotion antifongique topique appliquée pendant un mois. La combinaison avec un corticostéroïde n'est pas recommandée.

Si les lésions sont multiples ou sur une région pileuse (ex. : *Tinea barbae* ou *Tinea capitis*), cette situation nécessite un traitement systémique. La griséofulvine 20 à 25 mg/kg par jour, le fluconazole

5 à 6 mg/kg par jour, l'itraconazole 5 mg/kg par jour ou la terbinafine 250 mg par jour, pour un à deux mois. Il est recommandé d'utiliser un shampoing antifongique pour réduire la contagion.

La docteure Catherine McCuaig a répondu.

Bibliographie

1. Sabota J, Brodell R, Rutecki GW, et coll: Severe tinea barbae due to *Trichophyton verrucosum* infection in dairy farmers. *Clin Infect Dis.* 1996 Dec; 23(6):1308-10.
2. Manabu Maeda, Tomoko Nakashima, Miki Satho, et coll: *Tinea barbae* due to *Trichophyton verrucosum*. *Eur J Dermatol* May-June 2002; (12)3:272-4.

6. Les risques d'avortement lors d'un accident de la route

? Quels sont les risques d'avortement spontané à la suite d'un accident d'automobile?

— Question posée par le Dr Alain F. Turcotte, Québec.

Les traumatismes surviennent chez 7 % des grossesses et sont la première cause de mortalité maternelle non obstétricale. Les complications maternelles ou fœtales dépendront de l'âge gestationnel ainsi que de la gravité du trauma.

Les traumatismes au premier trimestre ne causeront habituellement pas la perte fœtale (l'utérus est protégé dans le bassin), à l'exception des cas compliqués par une profonde hypotension maternelle ou des traumatismes graves au bassin.

Les facteurs prédictifs d'un pauvre pronostic de la grossesse sont une hypotension maternelle, des anomalies au monitoring cardiaque fœtale et des blessures directes à l'utérus ou au fœtus. Le risque de perte fœtale peut aller jusqu'à 40 à 50 % chez

les femmes ayant été victimes d'un grave accident d'automobile avec choc hypovolémique, coma ou ayant nécessité une laparotomie d'urgence.

La perte fœtale après un traumatisme mineur est de moins de 5 %. Par contre, il faut garder en mémoire que des cas de décollement placentaire graves avec mort fœtale peuvent survenir même après des traumatismes classés comme mineurs.

La docteure Martine Bernard a répondu.

Bibliographie

1. Pak LL, Reece EA, Chan L: Is adverse pregnancy outcome predictable after blunt abdominal trauma? *Am J Obstet Gynecol.* 1998 Nov; 179(5):1140-4.
2. Obstetric aspects of trauma management. ACOG educational bulletin 1998; 251:1.

7. Le traitement d'une hyperlipidémie de novo à 75 ans... avantageux?

? Y a-t-il un avantage de traiter une hyperlipidémie de novo chez un patient de 75 ans et plus, et doit-on traiter cette hyperlipidémie en CHSLD?

— Question posée par le Dr Marc Paquin, Ste-Agathe-des-Monts (Québec).

Le traitement dépendra des facteurs de risque du patient. Je pense que c'est plutôt davantage le pronostic fonctionnel que le fait qu'il soit en CHSLD qui devrait vous guider dans le choix du traitement. Quelques études ont démontré les bénéfices des statines pour diminuer les événements coronariens et les ACV dans une population plus âgée.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

8. Le voyage en avion et l'otite aiguë chez l'enfant

? Quels sont les conséquences possibles et le degré de risque pour un enfant voulant faire un voyage en avion avec une otite aiguë ou sous traitement (i.e. : liquide persistant derrière le tympan)?

— Question posée par la Dre Éline Champagne, Île-Bizard (Québec).

Le barotrauma de l'oreille, aussi appelé aéro-otite ou barotite, peut survenir lors de la descente en avion. En effet, les variations de pression peuvent créer un vide dans l'oreille moyenne qui tire alors sur le tympan. Une perforation du tympan peut survenir dans les cas graves de barotrauma, entraînant une otorrhagie ou une otorrhée. Elle s'accompagne d'une surdité unilatérale.

Le barotrauma de l'oreille est le problème médical le plus souvent rapporté par les voyageurs aériens. Il est beaucoup plus à risque de survenir chez les voyageurs ayant une otite, une infection virale des voies respiratoires supérieures (IVRS) ou des allergies. Il est également plus fréquent chez les enfants à cause de la forme plus étroite de la trompe d'Eustache qui s'obstrue alors plus facilement.

Pour prévenir le barotrauma, il faut garder les trompes d'Eustache ouvertes. Si le patient est atteint d'une otite, d'une IVRS ou d'allergies, il devrait remettre son vol à plus tard. Le cas échéant, il est conseillé de prendre un décongestionnant une heure avant le vol. Un décongestionnant en aérosol peut être utilisé. Des antihistamines peuvent aussi être pris en conjonction avec les décongestionnants. Les nourrissons devraient être maintenus éveillés et en position verticale lors de la descente; leur réflexe de succion devrait aussi être stimulé afin d'aider à garder leurs trompes fonctionnelles.

Le Dr Ted L. Tewfik a répondu.

9. La rispéridone et la dyskinésie tardive : rapport de cause à effet?

? La rispéridone (pouvant causer des effets extrapyramidaux) peut-elle causer de la dyskinésie tardive après un usage prolongé ? A-t-on répertorié des cas jusqu'à présent?

— Question posée par le Dr Jean Lalonde, Québec.

La dyskinésie tardive est un trouble du mouvement qui provoque des mouvements involontaires et non synchronisés de la langue, du visage, du tronc et même du diaphragme et des muscles responsables de la déglutition. Il peut donc en résulter des conséquences médicales graves, mais peu fréquentes. Il s'agit d'un effet secondaire qui survient avec une incidence d'environ 5 % par année avec les antipsychotiques typiques et de 1 % par année avec les antipsychotiques atypiques. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés, tels que le sexe féminin, un âge avancé, la présence d'une maladie affective, l'usage de cocaïne, un diabète, la présence d'une maladie neurologique ou d'une lésion cérébrale, une dose élevée d'antipsychotique ou l'utilisation de plus d'un antipsychotique. Également, il semble exister un lien entre la présence de réactions extrapyramidales en début de traitement et l'incidence de dyskinésie tardive par la suite.

En ce qui concerne la rispéridone, de multiples études confirment le lien entre ce traitement et l'émergence de dyskinésie tardive avec des taux d'incidences oscillants autour de 1 à 3 % par année, l'incidence étant la plus élevée chez la personne âgée. Il est possible que les différents taux rapportés représentent une sous-estimation du phénomène, la rispéridone étant particulièrement efficace pour « masquer » une dyskinésie tardive en raison de son affinité élevée pour les récepteurs dopaminergiques. Ainsi, en diminuant les doses, il est possible de voir apparaître des mouvements dyskinétiques auparavant

imperceptibles. À noter que le risque de dyskinésie tardive et de réactions extrapyramidales serait plus élevé lorsque les doses de rispéridone doivent dépasser les 4 mg par jour.

Lorsque la dyskinésie tardive survient, il peut s'avérer utile de réduire graduellement et même cesser l'antipsychotique si le contexte clinique le permet. À noter qu'environ 33 % des cas seront complètement irréversibles. Si on doit poursuivre le traitement, on peut réduire ou cesser les médicaments anticholinergiques, telle la procyclidine ou la bentrupine, qui accentuent les symptômes de la dyskinésie. Également, substituer la rispéridone par un autre antipsychotique atypique, notamment la clozapine, pourrait, dans certains cas, améliorer la dyskinésie tardive irréversible.

Les docteurs Pierre Landry et Sébastien Gendron ont répondu.



Diovan **Diovan HCT**
VALSARTAN VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Antagoniste des récepteurs AT₁ de l'angiotensine II Antagoniste des récepteurs AT₁ de l'angiotensine II et diurétique

Pour renseignements additionnels, veuillez consulter les monographies de produits au www.novartis.ca

CCPP Member (R&D)

10. Les effets secondaires du topiramate sur la cognition



Quels sont les effets secondaires du topiramate sur la cognition? Que fait-on si un patient présente des troubles cognitifs de novo à la suite de l'instauration de cette médication?

— Question posée par la Dre Marie-Anorée Beauchemin, Lachénais (Québec).

Le topiramate (TPM) est un agent antiépileptique (AAE) de nouvelle génération, au même titre que la lamotrigine, la gabapentine et l'oxcarbazépine. Les mécanismes qui sont impliqués dans l'effet antiépileptique du TPM sont au nombre de trois :

- L'action classique de stimulation de la GABAergie via le récepteur GABAA;
- Le blocage réversible de l'activation voltage dépendante des canaux sodium et calcium;
- L'inhibition des courants d'action induits par l'activation des fractions AMPA/kainate, mais pas NMDA, sur les récepteurs glutamatergiques.

La médiation de ces effets se fait via une action inhibitrice de la phosphorylation. De fait, on décrit des effets cognitifs indésirables réversibles à l'arrêt du traitement chez des volontaires sains et des patients épileptiques traités par le TPM. Toutefois, leur description reste imprécise du fait d'une systématisation insuffisante des batteries de tests neuropsychologiques utilisés lors des essais. Néanmoins, plusieurs études contrôlées par randomisation à double insu, comparatives ou contre placebo (volontaires sains exclusivement), rapportent des troubles de l'attention et des fonctions exécutives. Ces dernières associent une réduction des capacités de la mémoire de travail, de la fluidité verbale et de la compréhension du langage. Une baisse de l'empan mnésique est aussi rapportée. Toutefois, il s'agit d'une atteinte des fonctions de contrôle du langage et de la mémoire, et non des capacités de langage et de mémoire. La notion de troubles psychiatriques antérieurs prédit une prévalence et une amplitude plus marquées de troubles cognitifs sous TPM. Enfin, même s'il existe un effet dose sur la prévalence et l'amplitude des troubles cognitifs, de tels effets apparaissent dès 50 mg par jour, soit la dose minimale de TPM dans une

incréméntation antiépileptique adjuvante. L'action freinatrice sur la glutamatergie via le mécanisme sus-mentionné est soupçonnée mais non prouvée.

L'indication principale du TPM reste l'épilepsie partielle résistante à une polypharmaco-thérapie par AAE classique (i.e. : phéno/valproate). Son utilisation de novo ou en monothérapie reste sujette à caution. Mais, on voit aussi fleurir de multiples indications psychiatriques des AAE de nouvelle génération, en particulier du TPM; troubles bipolaires, alcoolisme, schizophrénie, troubles alimentaires et obésité, pour ne citer que les principales.

La conduite à tenir devant un patient qui présente des symptômes cognitifs de novo sous TPM se détaille comme suit :

- Vérifier la présence de difficultés dans la fluidité d'une liste de mots commençant par la même lettre ou appartenant à la même catégorie sémantique;
- Vérifier le rappel différé d'une liste de mots;
- Rechercher la présence de difficultés perçues dans des tâches nécessitant une bonne attention, telles que la conduite automobile ou la recherche d'une personne déjà connue dans un groupe.
- Si ces éléments sont positifs, vérifier la présence de symptômes dépressifs. En l'absence d'épisode dépressif, passer à la gabapentine s'il s'agit du traitement d'une épilepsie.
- Dans les indications psychiatriques, considérer une autre stratégie; si le TPM apparaît comme la seule solution, vérifier la présence de troubles cognitifs associés à l'utilisation de TPM en demandant une évaluation neuropsychologique.
- En cas d'objectivation du déficit cognitif, tenter l'ajout d'un inhibiteur de la cholinestérase comme la galantamine ou le donézépil, mais éviter la mémantine.

11. La transition des hypoglycémiantes oraux à l'insuline

? Comment passer des hypoglycémiantes oraux à l'insuline chez un diabétique de type 2?

— Question posée par la Dre Sophie Gourdeau, Lévis (Québec).

Vous pouvez commencer par ajouter une insuline intermédiaire (NPH) ou lente au coucher. Huit à dix unités est en général une bonne dose de départ, que vous pouvez augmenter de deux unités tous les trois à quatre jours, jusqu'à l'obtention d'une glycémie matinale inférieure à sept. Dans ce cas, vous maintenez les glycémies durant le jour avec les hypoglycémiantes.

Si cela ne suffit pas, vous pouvez utiliser un régime à deux injections utilisant un mélange d'insuline rapide/intermédiaire ou ultrarapide/intermédiaire (ex. : 0,5 unités/kg,

donner 2/3 de la dose le matin et 1/3 le soir). Si cela ne suffit pas non plus, il y a toujours le régime intensif utilisant quatre injections par jour avec de l'insuline ultrarapide aux repas (20 % de la dose totale pour chaque repas) et une insuline intermédiaire (NPH) ou lente au coucher (40 % de la dose). Dépendamment du mode de vie et des habitudes alimentaires de votre patient, il se peut que le régime à deux injections soit peu utile.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

12. Une aura migraineuse tenace

? Un patient se présente pour une migraine avec aura. Celui-ci remplit les critères de l'*International Headache Society 2004*, mais l'aura dure plus de 60 minutes. Quelle investigation recommandez-vous?

— Question posée par le Dr Mathieu Vincent, Lac Brome (Québec).

Une aura migraineuse classique dure habituellement moins de 60 minutes.

Le diagnostic différentiel d'une aura prolongée est surtout une ischémie cérébrale transitoire qui, habituellement, s'installe instantanément. Le deuxième diagnostic peut être un phénomène ictal qui est, quant à lui, stéréotypé et dure quelques secondes. Il faut considérer aussi la possibilité d'une hypoglycémie prolongée chez un diabétique.

Le bilan doit donc comprendre une imagerie cérébrale, un Doppler carotidien et un bilan de coagulopathie, surtout chez les jeunes femmes. On peut aussi demander une consultation en ophtalmologie si l'aura est visuelle et atypique. *Clin*

La docteure Nicole Khairallah a répondu.