1. Une démence et des signes frontaux : essai d'un inhibiteur de l'acétylcholine?

? Est-il pertinent d'essayer un inhibiteur de la cholinestérase chez un patient dément atteint de nombreux symptômes frontaux (surtout chez un patient de moins de 65 ans)?

— *Question posée par la Dre Chantal Bélanger, Ste-Foy (Québec).*

Les traitements avec les inhibiteurs de l'acétylcholine ont été prouvés efficaces dans la maladie d'Alzheimer. Des effets bénéfiques ont aussi été observés chez les patients souffrant de la démence à corps de Lewy, de la démence associée à la maladie de Parkinson ou des démences vasculaires ou mixtes.

Toutes ces démences peuvent comporter certains éléments frontaux et pourraient donc quand même bénéficier d'un essai thérapeutique. Cependant, ces démences sont à différencier de celles frontales qui incluent, entre autres, la maladie de Pick, la dégénérescence fronto-temporale, l'aphasie primaire progressive, la paralysie supranucléaire progressive (pour n'en nommer que quelques-unes). Celles-ci ne se caractérisent pas par un déficit en acétylcholine et, par conséquent, ne répondent pas aux inhibiteurs de l'acétylcholine.

Il est donc impératif de consulter un neuropsychologue et de pousser l'investigation radiologique devant un tableau de démence atypique avant d'initier un traitement qui peut provoquer des effets secondaires importants.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

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 impératif de consulter un neuropsychologue et de pousser l'investigation radiologique devant un tableau de démence atypique avant d'initier un traitement qui peut provoquer des effets secondaires importants.

2. Les indications de l'HCQ dans le traitement de l'arthrose

? Quelles sont les indications de l'hydroxychloroquine (HCQ) dans le traitement de l'arthrose des mains et des pieds?

— *Question posée par le Dr Alain Valiquette, Deux-Montagnes (Québec).*

L'hydroxychloroquine (HCQ) est utilisée depuis plus de 50 ans en rhumatologie dans le traitement des maladies articulaires inflammatoires, particulièrement pour l'arthrite rhumatoïde et le lupus érythémateux disséminé. Elle est aussi employée pour traiter les formes cutanées de lupus.

En ce qui concerne l'arthrose, l'atteinte des mains est fréquente avec les nodules d'Eberden et de Bouchard. Toutefois, l'atteinte des pieds se limite à la première métatarsophalangienne et aux interphalangiennes (cette dernière atteinte étant moins fréquente).

Il existe deux formes d'arthrose aux mains, soit l'arthrose dite commune avec les nodules décrits et une forme plus agressive appelée arthrose érosive et inflammatoire. À notre connaissance, il n'y a qu'une seule étude publiée qui a démontré une efficacité de l'HCQ dans l'arthrose érosive.

En ce qui concerne l'arthrose commune des mains et celle des pieds, aucune étude n'a été effectuée. Donc, dans ce dernier cas, je n'utiliserais probablement pas l'HCQ.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

3. Dysménorrhée, prise de CO et tachetures : un supplément d'œstrogènes?

? Chez une femme qui présente des saignements irréguliers (tachetures) et qui utilise des contraceptifs oraux (CO) pour une dysménorrhée, peut-on donner un supplément d'œstrogènes conjugués?

— *Question posée par le Dr Gaetan Y. Lavoie, Ste-Félicité (Québec).*

Les tachetures sont fréquentes, surtout les premiers mois d'utilisation des CO. Aucune donnée probante n'indique que le contrôle du cycle est meilleur avec 20 mg d'éthinylestradiol qu'avec 30 ou 35 mg du même médicament.

En présence de métrorragie persistante, on peut soit augmenter temporairement la dose d'œstrogènes (en faisant prendre à la patiente deux comprimés de CO pour quelques jours) soit ajouter de la prémarine.

Bibliographie

1. Maheux: Précis de contraception hormonale et de gynécologie ambulatoire, 2e édition, p. 21.
2. Black A, Francoeur D, Rowe T, et coll: SOGC clinical practice guidelines: Canadian contraception consensus. J Obst Gyn Canada, 2004; 26:219-96.

La docteure Martine Bernard a répondu.

4. Le traitement de la polypose nasosinusale

Quel est le traitement de la polypose nasosinusale?

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

En fait, la polypose nasale et/ou sinusale n'est pas la maladie mais plutôt un symptôme d'un problème sous-jacent. La cause la plus commune est la sinusite chronique avec polypose nasale (car il existe aussi la sinusite chronique sans polypose) dans laquelle on croit qu'une inflammation chronique des sinus cause des changements de la muqueuse nasale et sinusale, qui génèrent la croissance de polypes. Ces polypes, à leur tour, causent une obstruction des sinus, qui peut perpétuer et aggraver cette inflammation.

Le traitement de la sinusite chronique est complexe mais, en général, inclue les corticostéroïdes topiques et/ou oraux, les antibiotiques, les irrigations salines et la chirurgie endoscopique des sinus.

Des polypes peuvent à l'occasion cœxister avec des allergies environnementales quoique, habituellement, ces polypes ont tendance à être de petite taille et non obstructifs.

Lorsqu'on parle de polypes, on sous-entend des polypes inflammatoires qui sont largement majoritaires. Cependant, d'autres types de pathologies peuvent se manifester par un ou plusieurs polypes, notamment un polype de type « antrochoanal ». Celui-ci est large, unilatéral, issu du sinus maxillaire, sort du méat moyen et occupe tout le plancher de la fosse nasale jusqu'à la choane. L'origine est inconnue et le traitement est chirurgical. Des néoplasies nasosinusales, tant bénignes que malignes (quoique moins communes), peuvent également se manifester par un ou plusieurs polypes généralement unilatéraux. Souvent, un cornet inférieur congestionné ou hypertrophié peut être pris pour un polype. Un examen nasal complet corrige facilement cette erreur commune.

Le docteur Mark Samaha a répondu.

Le traitement de la sinusite chronique est complexe mais, en général, inclue les corticostéroïdes topiques et/ou oraux, les antibiotiques, les irrigations salines et la chirurgie endoscopique des sinus.

5. La méga cysterna magna et la psychose : y a-t-il un lien?

? À l'imagerie par résonance magnétique d'une jeune schizophrène, on note une méga cysterna magna : y a-t-il un lien entre cette anomalie et la psychose?

— *Question posée par le Dr Arthur Pires, Québec.*

Le liquide céphalorachidien est contenu essentiellement dans les quatre ventricules et les cinq citernes. La grande citerne (cysterna magna) est l'espace sous-arachnoïdien localisé entre la face postérieure du bulbe rachidien et le cervelet, et celui-ci communique avec le quatrième ventricule. Une malformation congénitale du quatrième ventricule (malformation de Dandy-Walker) est caractérisée par une augmentation du ventricule et parfois de la grande citerne (méga cysterna magna). Cette malformation est associée à une agénésie ou une hypoplasie d'une portion du cervelet (région du vermis et parfois des hémisphères cérébelleux). Quelques études de cas rapportent la présence de symptômes psychotiques chez les patients souffrant d'une malformation Dandy-Walker. Toutefois, l'étiologie de la psychose n'est probablement pas la même que dans la schizophrénie. Néanmoins, diverses anomalies du cervelet ont été rapportées chez un certain nombre de patients souffrant de schizophrénie.

Il est intéressant de noter que les schizophrènes, tout comme les patients souffrant d'une malformation de Dandy-Walker, peuvent présenter des troubles cognitifs (notamment des déficits des fonctions exécutives, de planification, de l'organisation visuo-spatiale, etc.) qui seraient associés aux anomalies du cervelet. Aussi, divers troubles neuropsychiatriques sont décrits en lien avec une atteinte cérébelleuse, et ces observations soulignent l'importance du cervelet dans diverses fonctions neurocognitives, en plus de la motricité.

Les docteurs Pierre Landry et Sébastien Gendron ont répondu.

Quelques études de cas rapportent la présence de symptômes psychotiques chez les patients souffrant d'une malformation Dandy-Walker. Toutefois, l'étiologie de la psychose n'est probablement pas la même que dans la schizophrénie.

6. La cessation des CO en préchirurgie

Pourquoi cesser les contraceptifs oraux en préchirurgie?

— *Question posée par le Dr Yanick Larivée, Granby (Québec).*

La décision de continuer ou d'arrêter les contraceptifs oraux (CO) avant une chirurgie doit être pesée entre le risque d'une grossesse non désirée et le risque thromboembolique. Il est raisonnable de continuer les CO en préchirurgie chez les patientes à faible risque de thromboses veineuses. Généralement, les CO doivent être arrêtés six semaines avant une intervention pour les patientes à risque modéré ou élevé. Ainsi, d'autres formes de contraception doivent être utilisées.

Pour les patientes à risque modéré ou élevé de thrombose veineuse ayant de la difficulté à utiliser d'autres moyens de contraception et ne pouvant arrêter les CO, on doit reconnaître leur risque, les aviser et planifier une prophylaxie thromboembolique. D'ailleurs, il ne faut pas oublier d'effectuer un test de grossesse avant la chirurgie chez les femmes qui ont cessé leur CO en préchirurgie.

Voici les différents niveaux de risque thromboemboliques :

- Faible risque : chirurgie mineure chez les patientes de moins de 40 ans sans facteur de risque additionnel (âge avancé, cancer, thrombose veineuse antérieure, obésité, insuffisance cardiaque, paralysie, thrombophilie telle que déficience en protéine C, S, etc.)
- Risque modéré : chirurgie mineure chez les patientes avec facteur de risque additionnel ou chirurgie chez les patientes de 40 à 60 ans sans facteur de risque additonnel.
- Risque élevé : chirurgie chez les patientes de plus de 60 ans ou chirurgie chez les patientes âgées de 40 à 60 ans avec facteurs de risque additonnels.
- Risque très élevé : chirugie chez les patients de plus de 40 ans avec multiples facteurs de risque ou chirugie de fracture de la hanche, ou arthroplastie du genou ou de la hanche, ou trauma majeur ou blessure à la moelle épinière.

La docteure Martine Bernard a répondu.

7. Les neuropathies diabétiques périphériques

Comment diminuer la sensation de brûlure des neuropathies diabétiques périphériques?

Il n'y a malheureusement pas de solution miracle. Parmi les traitements qui peuvent aider, il y a le contrôle du taux de glycémie et plusieurs approches pharmaceutiques (amitriptyline, gabapentine, prégabaline). Dans quelques cas, une crème à base de capsaïcine peut apporter un certain réconfort.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

8. Une grosse calcification de l'épaule : quoi faire?

Que faire avec une grosse calcification sur un tendon de l'épaule?

— *Question posée par la Dre Evelyne DesAulniers, Grande-Vallée (Québec).*

Le traitement dépend si la calcification provoque des symptômes ou pas, la grosseur du dépôt et de sa localisation (le plus souvent dans le tendon sus-épineux). Dans les cas où la calcification est découverte fortuitement, sans douleur ou phénomène d'accrochage, l'approche est conservatrice.

Les calcifications de l'épaule sont constituées principalement de cristaux d'hydroxyapatite, et lorsque ces cristaux se fragmentent, ils peuvent déclencher une tendinite aiguë qui ressemble à une crise de goutte. Le traitement est alors d'infiltrer la région sous-acromiale avec un mélange de stéroïdes et de xylocaïne.

Dans le cas d'une tendinite calcifiée chronique, le traitement inclut la physiothérapie, l'infiltration et l'iontophorèse. Si les épisodes de crises sont répétitifs ou si le dépôt est volumineux et provoque un phénomène d'accrochage, il est maintenant possible d'aspirer le dépôt en utilisant une aiguille de gros calibre sous guidage échographique. Par ailleurs, certains centres médicaux américains utilisent la lithotripsie pour faire éclater le dépôt, le tout en obtenant de bons résultats. Cependant, je ne sais pas si la technique pour l'épaule est pratiquée au Québec. Ultimement, le traitement peut être chirurgical.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

9. Le retour à l'entraînement sportif après une commotion cérébrale

Quand un sportif ayant subi une commotion cérébrale peut-il reprendre son entraînement?

— *Question posée par la Dre Louise Michaud, St-Rédempteur (Québec).*

La possibilité et le moment de retour à une activité sportive après une commotion cérébrale sont très controversés, car il y a une absence de lignes de conduite claires dans la littérature. On sait aussi qu'il y a une pression médico-légale importante qui rend toute décision suspecte. Il existe cependant une gradation de la commotion cérébrale proposée en 1997 par Kelly et Rosenberg :

- Grade 1 : confusion < 15 minutes
- Grade 2 : amnésie et confusion transitoires > 15 minutes
- Grade 3a : perte de conscience brève (secondes)
- Grade 3b : perte de conscience prolongée (minutes)

On croit qu'un retour à l'activité sportive est sécuritaire après une semaine si la commotion est légère, donc de grade 1. En contrepartie, il y a des évidences expérimentales prouvant que le cerveau devient plus vulnérable à une insulte répétée et cela pour plusieurs jours, sans qu'on sache combien exactement, après une commotion légère.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

10. Le dépistage de la bipolarité au sans rendez-vous

? Quelles sont les questions à poser au sans rendez-vous pour dépister un trouble bipolaire chez les patients avec des antécédents familiaux de ce trouble?

— *Question posée par la Dre Julie Walsh, Trois-Rivières (Québec).*

Le trouble bipolaire type 1 est caractérisé par la présence d'un ou de plusieurs épisodes maniaques et habituellement (mais pas nécessairement) d'épisodes dépressifs. L'incidence familiale (premier degré) est élevée à près de 24 %. Le diagnostic repose cependant sur l'identification d'un épisode maniaque, lequel amène un dysfonctionnement extrême et, habituellement, une hospitalisation.

Par contre, le trouble bipolaire type 2, par contre, se caractérise par la présence d'épisodes hypomaniaques, lesquels sont plus difficiles à identifier. L'incidence familiale (premier degré) est beaucoup moindre. Le dysfonctionnement et la symptomatologie sont moins graves, et l'autocritique demeure habituellement limitée. Les critères diagnostiques d'un épisode d'hypomanie exigent une période d'au moins quatre jours avec une humeur « élevée », exaltée ou irritable, ce qui doit contraster avec l'humeur habituelle du patient. On doit aussi retrouver, durant cet épisode, trois symptômes associés (augmentation de l'estime de soi, réduction significative des besoins de sommeil, plus grande communicabilité, fuite des idées ou distractibilité, etc.).

À l'investigation, des questions générales sur les variations de fonctionnement et spécifiques sur les symptômes sont nécessaires. En voici quelques exemples :

- « Avez-vous déjà connu une période caractérisée par une exaltation de l'humeur (être expansif, de trop bonne humeur ou encore "speedy"), au point où votre entourage l'avait remarquée? »
- « Avez-vous déjà connu une période opposée à celle que vous vivez actuellement? » (lorsqu'un patient est en dépression)
- « Avez-vous déjà eu un épisode qui ressemblait à celui qu'a déjà eu votre mère? » (lorsque le patient a des antécédents familiaux)
- « Avez-vous déjà eu une période de quelques jours pendant lesquels vos besoins de sommeil étaient réduits? »
- « Avez-vous déjà eu une période pendant laquelle vous aviez de l'énergie à revendre? »

Et ainsi de suite, en couvrant surtout le sommeil, l'énergie, une sociabilité augmentée et l'accélération de la pensée qui sont plus souvent associés à ce type d'épisode.

Il est également important de dépister des dépressions majeures antérieures, car la majorité des patients avec un trouble bipolaire présenteront d'abord une dépression majeure. Enfin, il peut être aussi pertinent de différentier le trouble bipolaire du trouble de personnalité limite qui se caractérise, le plus souvent, par des variations marquées et subites de l'humeur (jusqu'à quelques fois par jour), avec sentiments mixtes de colère, de tristesse ou d'angoisse. Les patients avec un trouble de personnalité limite auront cependant un dysfonctionnement davantage au long cours, et souvent lié à un contexte relationnel, alors que les patients atteints d'une maladie affective bipolaire auront des périodes de dysfonctionnement plutôt cycliques. La différence entre les deux diagnostics peut être très difficile à établir, et l'avis des proches du patient ou une consultation en psychiatrie peuvent s'avérer nécessaires. *Clin*

Les docteurs Sébastien Gendron et Pierre David ont répondu.