

1. La découverte fortuite d'un méningiome

? Doit-on poursuivre l'investigation lors de la découverte fortuite d'un méningiome?

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

L'incidence des méningiomes est de 7,8 sur 100 000 par année. Les trois quarts de ces méningiomes sont découverts fortuitement lors de l'imagerie ou de l'autopsie. Seulement 25 % de tous les méningiomes découverts sont symptomatiques.

Comme la procédure diagnostique de choix reste la résonance magnétique avec gadolinium, il est donc recommandé d'en faire une, de base, chez tous les patients afin de confirmer le diagnostic.

Si le méningiome est asymptomatique, ce qui est généralement le cas, on recommande un suivi au moyen d'une imagerie par intervalle. S'il y a une augmentation du volume ou si le patient devient symptomatique, surtout avant l'âge de 70 ans, une chirurgie est recommandée.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

2. Des épisodes récurrents de thrombose et l'anticoagulation

? Doit-on anticoaguler à vie un patient qui a eu deux événements thromboemboliques et qui a un bilan thrombotique négatif?

— Question posée par le Dr Alain Auger, Bromont (Québec).

Il s'agit toujours d'une décision délicate en raison des risques à long terme de l'anticoagulation en plus des inconvénients associés (vérification régulière de l'INR). Il est préoccupant qu'un patient présente des épisodes récurrents de thrombose, et ce, même si le bilan de thrombophilie complet (dosage des protéines C et S, du facteur Leiden, etc.) est négatif. En général, ces patients sont à haut risque de récurrence, à moins que les événements thrombotiques surviennent

dans un contexte particulier. Par exemple, un patient qui présente deux épisodes de thrombose dans un contexte post-opératoire ne mériterait qu'une prophylaxie. Par contre, j'anticoagulerais à long terme si les thromboses surviennent sans facteur de provocation particulier.

Le docteur Jean Dufresne a répondu.

3. La durée d'administration du clopidogrel après un SCA

? Quelle est la durée optimale d'administration du clopidogrel après un syndrome coronarien aigu (SCA)? Devrions-nous le donner de façon permanente ou temporaire?

— Question posée par la Dre Louise Chantal, Rouyn-Noranda (Québec).

Dans la plupart des cas, et pour que ce soit un nombre facile à retenir, la durée idéale de l'administration du clopidogrel est de 12 mois. Concernant les recommandations officielles, celles-ci sont un peu difficiles à suivre car, en accord avec les études réalisées, elle sont variables. Donc, si le SCA est traité de façon non invasive, il est suggéré d'administrer 12 mois de clopidogrel (bien que pour l'étude de laquelle provient la recommandation, la durée moyenne fut de neuf mois¹).

Par contre, si le médecin traitant décide de faire un cathétérisme et qu'une prothèse (*stent*) non médicamentée est utilisée, on suggère de donner au patient du clopidogrel pour au moins 30 jours, mais il est encore mieux de poursuivre le traitement pendant 12 mois. Si la prothèse en question est médicamentée, la suggestion est de traiter au moins 12 mois (peut-être davantage, car nos hémodynamiciens du CHUS sont maintenant d'accord pour poursuivre le traitement pendant 24 mois).

Bref, en simplifiant la réponse, 12 mois d'administration de clopidogrel convient bien pour tous les patients en 2007.

Pour ceux et celles désirant plus de détails, une actualisation des guides de recommandations est parue en 2007. Voici le lien Internet : <http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/50/7/e1>

Références

1. Yusuf S, Zhao F, Mehta SR, et coll: Effects of Clopidogrel in Addition to Aspirin in Patients with Acute Coronary Syndromes Without ST-Segment Elevation. *N Engl J Med* 2001. Aug 16; 345(7):494-5022.
2. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et coll: ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50:1-157.

Le docteur Ayala-Paredes a répondu.

Bref, en simplifiant la réponse, 12 mois d'administration de clopidogrel convient bien pour tous les patients en 2007.

4. Le sevrage des antipsychotiques chez les aînés

? Comment sevrer adéquatement les antipsychotiques traditionnels chez une personne âgée avec un antécédent de prise prolongée?

— Question posée par le Dr Guy Frenette, Cap-Santé (Québec).

Il faut d'abord se demander si le sevrage est indiqué. Pour une pathologie à évolution chronique, comme la schizophrénie, les experts¹ s'entendent pour recommander une prise d'antipsychotiques à vie, à la plus petite dose efficace possible. Pour un trouble délirant, on recommande de poursuivre au moins six mois, voire à vie. Pour une dépression psychotique, on pourra envisager un sevrage après six mois sans symptômes. En ne suivant pas ces recommandations, on s'exposerait à des risques plus élevés de rechute.

Si on opte malgré tout pour le sevrage, il faudra éviter une cessation abrupte. Celle-ci est associée à des risques de rechute deux fois plus élevés. Également, le patient aura plus de risques de présenter, un ou deux jours après l'arrêt, des inconforts non spécifiques (nausées, vomissements, étourdissements, tremblements, céphalées, insomnie, diaphorèse) qui pourront durer jusqu'à deux semaines. Dans le cas des neuroleptiques à faible puissance et très anticholinergiques, comme la chlorpromazine, l'arrêt abrupt exposerait le patient à un rebond cholinergique avec crampes abdominales, diarrhées et hypersalivation.

Bien que tous les auteurs s'entendent pour recommander une cessation lente et progressive, il n'existe pas dans la littérature de recette consensuelle. Une approche prudente, chez un

patient atteint de schizophrénie, pourrait ressembler à ceci : diminuer la dose par les paliers les plus petits possible, au maximum une fois par mois, de telle manière que la cessation complète prenne environ un an. Cette recommandation vaut tant pour les médicaments à prise orale que pour les injectables à action prolongée. Au fil du suivi, il faudra chercher activement les symptômes de rechute ou d'exacerbation psychotique et ne pas hésiter d'augmenter à nouveau la dose, si nécessaire.

Même en procédant avec ces précautions, le patient pourra présenter, dans les jours qui suivront la réduction de la médication, des symptômes extrapyramidaux de retrait (dyskinésie tardive, dystonie tardive, acathésie tardive). Si le patient prend un anticholinergique, tel que la procyclidine ou la benzotropine, il est suggéré d'attendre environ une semaine après la diminution de l'antipsychotique avant de réduire l'anticholinergique. D'autre part, pour tous les patients, des dyskinésies tardives peuvent se dévoiler pendant le sevrage, et même jusqu'à quatre semaines après qu'il ait été complété.

Référence

1. Alexopoulos, et coll: Expert Consensus Guideline Series: Using Antipsychotic Agents in Older Patients. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl 2.

Les docteurs Stéphane Dupuis et Pierre Landry ont répondu.

5. L'évaluation de la dyspareunie superficielle

? Quels sont les étapes de l'évaluation de la dyspareunie superficielle?

— Question posée par la Dre Manon Dusablon, Blainville (Québec).

La dyspareunie superficielle se traduit par une douleur génitale se produisant avant, pendant ou après la relation sexuelle. L'étiologie est complexe, allant d'un problème anatomique (dermatite vulvaire, lichen scléreux) à des troubles psychosociaux complexes.

La prévalence de la dyspareunie superficielle est inconnue. Certains facteurs de risque ont été identifiés, comme la mutilation des organes génitaux féminins, la maladie pelvienne inflammatoire, la périménopause, l'anxiété, la dépression ainsi que des antécédents d'abus sexuels.

Le diagnostic d'une dyspareunie superficielle est avant tout clinique et est basé sur l'histoire de

la patiente et la douleur ressentie lorsqu'on reproduit celle-ci en touchant l'entrée ou le vestibule vaginaux. Pour ce faire, on doit utiliser un coton-tige (personnellement, je lubrifie celui-ci légèrement) et toucher la région inférieure du vestibule vaginal (région « trois heures à neuf heures »). Le test sera positif si la patiente ressent une douleur vive et qu'elle a l'impression qu'on la touche avec une lame de rasoir.

La docteure Martine Bernard a répondu.

6. L'héparine sous-cutanée et les tests de coagulation

? Doit-on surveiller les tests de coagulation lors de l'administration d'héparine sous-cutanée à une patiente maigre, âgée, souffrant d'insuffisance rénale aiguë et sous dialyse?

— Question posée par la Dre Michèle Soucy, Île-Bizard (Québec).

Les héparines de petits poids moléculaires offrent l'avantage d'éliminer le besoin de faire des tests de coagulation de routine. Toutefois, dans certains cas, il est nécessaire de vérifier la posologie en dosant l'anti-Xa plasmatique. Ce test est recommandé si un patient a un poids inférieur à 50 kilos ou supérieur à 100 kilos, en cas

d'insuffisance rénale ou dans un contexte de grossesse. Le dosage se fait quatre heures environ après l'injection de l'héparine, et la valeur normale dépend du type d'héparine utilisée (consultez la monographie du produit).

Le docteur Jean Dufresne a répondu.

7. Ostéoporose et contre-indication aux biphosphonates

? Comment traiter l'ostéoporose chez les patients qui ont une contre-indication à utiliser les biphosphonates?

— Question posée par la Dre Sylvie Gill, Sorel-Tracy (Québec).

Évidemment, les biphosphonates font partie de la catégorie des médicaments les plus utilisés, mais il existe des alternatives chez des patients qui ont une contre-indication à leur utilisation.

L'hormonothérapie conventionnelle est l'une des alternatives qui existe pour les patientes qui acceptent de prendre ce type de traitement. Maintenant que l'onde de choc de l'étude WHI (*Women Health Initiative*) est tombée, je crois que l'on peut convaincre une patiente de prendre des hormones pendant quatre à cinq ans, surtout chez les plus jeunes (55 à 65 ans) et si elles sont symptomatiques de leur ménopause. Elle est efficace tant pour les fractures vertébrales que les fractures de hanches (selon l'étude WHI).

Une autre alternative est le raloxifène qui est un modulateur sélectif des récepteurs

œstrogéniques. Son efficacité a été démontrée pour les fractures vertébrales mais pas pour celles de la hanche.

Il existe aussi la miacalcine en vaporisation nasale, encore efficace pour la fracture vertébrale mais pas pour la hanche.

Finalement, la dernière-née des alternatives, qui n'est cependant pas encore acceptée par Santé Canada, est le ralenate de strontium sous forme de poudre qu'on dilue, pris une fois par jour en soirée. Son efficacité est prouvée pour l'ostéoporose. Voilà un sujet à suivre.

Chez l'homme, il y a l'andriol pour ceux présentant un déficit en testostérone.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

8. Le dosage des hypolipémiants prescrits en fonction du cholestérol LDL

? Lors de la prescription des hypolipémiants, y a-t-il une limite inférieure au cholestérol LDL pour laquelle on doit réduire le dosage du médicament?

— Question posée par la Dre Marie-Louise Boshouwers, Cap-aux-Meules (Québec).

Non, il n'existe pas de limite inférieure au cholestérol LDL pour laquelle on se doit de réduire le dosage des hypolipémiants.

Un des rares cas où une diminution pourrait être nécessaire concerne le patient qui a un taux très satisfaisant de cholestérol LDL chez qui la

statine a eu un tel impact qu'elle a aussi abaissé le cholestérol HDL à des taux augmentant le risque. Dans ce cas, vous pouvez chercher le juste milieu du dosage.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

9. L'âge approprié pour débiter le profil lipidique

? À quel âge faut-il débiter le profil lipidique chez un homme avec des antécédents importants, dont un père qui a fait un infarctus à 50 ans?

— Question posée par le Dr Charles Talon, Longueuil (Québec).

Il faut débiter le profil lipidique le plus tôt possible. Les recommandations du programme NCEP III¹ (*National Cholesterol Education*) suggèrent le dépistage à tous les cinq ans, pour tous, à partir de l'âge de 20 ans.

Une personne qui fait un infarctus à 50 ans a généralement des enfants qui ont 20 ans ou plus. Par conséquent, ces enfants devraient d'emblée débiter leur dépistage. Par contre, un parent qui subi un infarctus à l'âge de 30 ans a probablement des enfants qui ont 10 ans ou moins : ceux-là courent un risque très élevé. Pourquoi? Eh bien pour tout le monde, la maladie coronarienne commence très tôt dans la vie mais progresse lentement, pour finalement bloquer nos artères, en moyenne, après l'âge de 60 ans. Cependant, dans certaines familles, la maladie frappe de manière précoce à cause du cholestérol familial ou d'autres facteurs génétiques encore à découvrir. Dans le cas de ces familles, le seul facteur de risque modifiable est le cholestérol, puisque des enfants de moins de 10 ans ne fument

généralement pas et souffrent rarement d'hypertension artérielle. Dans ces cas à haut risque, il faut donc débiter très tôt le dépistage. Lors du test, si le cholestérol est déjà élevé, nous les adressons idéalement en cliniques spécialisées qui existent dans tous nos centres universitaires : cela en vaut de la peine, non seulement pour bien contrôler le cholestérol mais aussi pour que ces familles puissent bénéficier des ressources associées, comme des conseils sur la diète (à changer pour toute la famille), la prescription d'exercices, etc.

Référence

1. Recommandations du NCEP III, version abrégée : Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285:2486-97.

Version complète disponible sur Internet :

<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3full.pdf>

Le docteur Ayala-Paredes a répondu.

Les recommandations du programme NCEP III (National Cholesterol Education) suggèrent le dépistage à tous les cinq ans, pour tous, à partir de l'âge de 20 ans.



Rendez-vous sur www.EpiPen.ca

Les auto-injecteurs EpiPen® sont indiqués dans le traitement d'urgence des réactions anaphylactiques ainsi que pour les patients qui, selon leur médecin, présentent des risques accrus d'anaphylaxie. Veuillez consulter les informations de prescription pour obtenir la totalité des indications, des mises en garde, des effets indésirables et des critères de sélection des patients.

© King Pharmaceuticals Canada Ltd., 2007. EpiPen est une marque déposée d'EMD Chemicals, Inc., en vertu d'une licence accordée à Dey, L.P., Napa (Californie), États-Unis.



10. Une diète pour prévenir l'urolithiase



Quels sont les aliments utiles à la prévention de l'urolithiase?

— Question posée par le Dr André St-Pierre, Québec.

La majorité des urolithiases sont formées d'oxalate de calcium; il peut aussi s'agir de phosphate de calcium (struvite), d'acide urique ou plus rarement de cystine. Certains éléments dans la diète peuvent contribuer à diminuer la formation de nouvelles pierres.

Tout d'abord, l'apport en eau est important; les recommandations sont de boire au moins deux litres par jour (et trois litres l'été) afin de diminuer la saturation de l'urine et éviter d'initier ou d'accélérer la précipitation des cristaux. On peut même calculer plus précisément la quantité d'eau nécessaire si on connaît la concentration urinaire de « supersaturation », comme pour la cystine. Certaines boissons pourraient augmenter le risque d'urolithiases, comme le jus de pamplemousse (mais pas d'orange), le jus de canneberge (il semble avoir un impact neutre), le thé et le café (ceux-ci seraient protecteurs, même s'ils ont un peu d'oxalates). Néanmoins, le mieux est de boire de l'eau.

Un apport élevé en protéines animales est associé à une hypercalciurie, une hyperuricosurie et une hypocitraturie rendant l'urine plus lithogénique. Une diète riche en sel augmente la calciurèse.

Certains aliments contiennent beaucoup d'oxalates (chocolat, épinard, rhubarbe, beurre d'arachide, tofu, aubergine, betterave, céleri, chou vert, courge, pissenlit, haricot vert et jaune, poireau, rutabaga, scarole, bleuet, fraise, framboise, mûre, germe de blé, grains de maïs, poudre de cacao), mais la relation avec l'excrétion

urinaire d'oxalates n'est pas toujours si directe; une dose élevée de vitamine C peut aussi augmenter l'oxalurie. Par ailleurs, une diète basse en calcium augmente l'absorption digestive d'oxalates, puisqu'il y aura moins de calcium disponible pour chélater les oxalates; il faut donc tout simplement consommer la quantité de calcium recommandée et de source naturelle (produits laitiers) plutôt que de suppléments en comprimés. Un apport augmenté de potassium peut diminuer la calciurèse; d'ailleurs, les fruits sont une bonne source de potassium et d'alcalin (éventuellement citrates dans l'urine) mais peuvent aussi être une source d'oxalates! Les phytates retrouvés dans les céréales peuvent diminuer le risque d'urolithiase (le mécanisme n'est pas clair). Le sucrose a été relié à un risque plus élevé d'urolithiases.

En terminant, ce qui est plus clairement démontré comme une diète « préventive » générale comprend un apport augmenté en eau, une diète restreinte en sel et en protéines animales, un apport normal en calcium et en fruits (guide alimentaire canadien, par exemple). Pour les autres éléments de la diète, les preuves sont moins solides; de plus, certaines recommandations spécifiques peuvent s'appliquer dans des cas précis (hyperoxalurie primaire, cystinurie, etc.).

La docteure Louise Roy a répondu.

11. La toxicomanie et le trouble de la personnalité



Est-ce que la toxicomanie implique nécessairement un trouble de la personnalité?

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

La concomitance entre la toxicomanie et les troubles de la personnalité dépasse la simple coïncidence. Trente pour cent des personnes présentant un problème d'alcool ont également un trouble de la personnalité, avec un ratio de cote de 4,8 pour les personnalités du cluster B. Pour ce qui est des abuseurs de substances, la moitié d'entre eux présente un trouble de la personnalité, avec un ratio de cote de 11,8 pour le trouble de la personnalité antisociale¹.

On retient diverses explications à cette forte association. Il y a d'abord convergence des critères autour de l'impulsivité qui prédispose et covarie avec la gravité de l'abus de substances, des précurseurs familiaux croisés et on dispose d'un modèle neurobiologique de dysfonction du cortex préfrontal².

Les études du docteur Zanarini ont démontré que, au fil des ans, un des facteurs prédictifs de non rémission d'un trouble de la personnalité est la persistance de la consommation (ratio de cote de 4)³. Ce facteur est beaucoup plus déterminant que l'affect dépressif ou anxieux (ratio de cote autour de 2) qu'on est porté à traiter beaucoup plus agressivement, parfois avec des médicaments, comme des benzodiazépines, qui entrent dans le cycle de l'impulsion/compulsion

de la toxicomanie. Les approches intégrant le traitement des abus de substances avec la thérapie dialectique comportementale de Marsha Linehan sont les mieux documentées⁴.

En terminant, mentionnons que les troubles concomitants augmentent le risque de passage à l'acte impulsif suicidaire chez les gens impulsifs/agressifs quand ils sont dépressifs⁵.

Références

1. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et coll: Co-Occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:361-68.
2. Van Den Bosch, Louisa MC, Verheul R, et coll: Patients with Addiction and Personality Disorder: Treatment Outcomes and Clinical Implications. *Curr Opin Psychiatry* 2007 Jan; 20(1):67-71.
3. Zanarini MC, Frankenburg FR, John H, et coll: Axis I Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2108-14.
4. Lynch TR, Trost WT, Salsman N, et coll: Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3:181-205.
5. Dumais A, Lesage AD, Alda M, et coll: Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *Am J Psychiatry* 2005; 162:2116-24.

Pour plus de détails :

Labrosse R, Leclerc C: Trouble de la personnalité limite et réadaptation. Point de vue de différents acteurs. Tome 1. Éditions Ressources 2007. Chapitre 8 : Troubles de la personnalité et conduites addictives : une approche intégrée, pp 8.01-8.23.

Le docteur Richard Cloutier a répondu.

12. Les biphosphonates lors de la prise de stéroïdes

? Quand doit-on débiter les biphosphonates chez un patient prenant des stéroïdes?

— Question posée par le Dr Christian Dallaire, Québec.

Un biphosphonate est indiqué et doit être débuté chez tous les patients qui doivent prendre un stéroïde (prednisone ou équivalent) à 7,5 mg par jour s'il est prévu que ceux-ci soient traités plus de trois mois. Certains experts recommandent même d'utiliser un biphosphonate si la dose est de 5 mg par jour. Actuellement, l'alendronate et le résidronate ont reçu l'approbation de Santé Canada pour être utilisés en prévention de l'ostéoporose induite par les stéroïdes.

Par ailleurs, il est également important de considérer l'utilisation d'un biphosphonate en prévention chez les patients qui utilisent de façon chronique des stéroïdes en inhalation.

Il faut faire preuve de prudence chez les femmes en âge de procréer et s'assurer que celles-ci utilisent une méthode contraceptive efficace, car les biphosphonates traversent la barrière placentaire et peuvent créer des anomalies aux os en croissance.

Finalement, une ostéodensitométrie de base est justifiée et sera reproduite aux 18 à 24 mois, ce qui permettra de faire le suivi à long terme.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

13. La conduite automobile après un AVC

? Doit-on suggérer de ne pas conduire à un patient qui vient de faire un accident vasculaire cérébral (AVC) avec séquelles neurologiques mineures? Si oui, pour combien de temps?


— Question posée par la Dre Marie-Christine Lepage, Lachute (Québec).

On n'interdit pas automatiquement la conduite automobile aux patients avec des séquelles mineures d'AVC. En fait, tout dépend de la séquelle.

S'il s'agit d'une hémianopsie, le patient ne peut pas conduire, et cela, jusqu'à la disparition de l'atteinte, si jamais celle-ci disparaît. S'il s'agit d'une monoparésie ou d'une monoparesthésie légère non dominante, le patient peut conduire.

Lorsque vous soupçonnez un risque de négligence ou que vous doutez du degré de l'handicap

fonctionnel, une évaluation en ergothérapie est primordiale et pourrait vous aider à prendre une décision éclairée.

Quant à la durée de l'interdiction, après six mois on peut parler de séquelles permanentes et on peut prendre la décision en conséquence. 

La docteure Nicole Khairallah a répondu.