

1. L'autonormalisation de la TSH : possible ou non?

? L'hypothyroïdie légère (TSH entre 4 et 6) peut-elle se corriger d'elle-même, sans traitement médicamenteux?

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

Oui, il est en effet possible d'observer une normalisation de la TSH (thyroïdostimuline). Selon les études, le pourcentage de normalisation des augmentations légères de la TSH varie entre 5 % et plus de 50 %¹.

Par contre, les patients avec des anticorps antithyroïdiens positifs ont davantage de risques de progresser vers l'hypothyroïdie franche.

Référence :

1. Meyerovitch J, Rotman-Pikielny P, Sherf M, et coll: Serum Thyrotropin Measurements in the Community: Five-Year Follow-Up in a Large Network of Primary Care Physicians. Arch Inter Med 2007 Jul 23; 167(14):1533-8.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

2. Le traitement normatif de la sclérose en plaques

? Quel est le dernier traitement normatif de la sclérose en plaques?

— Question posée par le Dr James Farquhar, Verdun (Québec).

Après les interférons et le copaxone, le dernier traitement pour la sclérose en plaques (SEP) est le natalizumab. Il s'agit d'un anticorps monoclonal prometteur, qui diminue environ 90 % le nombre de nouvelles lésions actives lors de l'imagerie par résonance magnétique. Il diminue aussi les poussées de la maladie sur six mois. Des études sont encore en cours.

Au début, le natalizumab a été utilisé en association avec l'interféron bêta-1a, mais celui-ci a été retiré du marché à cause de cas de PML (*progressive multifocal leukoencephalopathy*). Actuellement, il est utilisé seul, dans des cliniques spécialisées, mais pas en première interven-

tion. Il est donné à raison d'un traitement intraveineux par mois pour les cas de SEP résistants.

Il reste que le danger de développer une PML est de 1 sur 1 000, une maladie qui est souvent mortelle et qui nous rend hésitants devant l'utilisation du natalizumab, surtout pour les cas qui ne sont pas graves.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

3. La récurrence précoce d'un événement thrombotique

? Comment expliquer qu'un patient de 48 ans qui fut anticoagulé pendant six mois à la suite d'une embolie pulmonaire massive, et chez qui on a cessé le coumadin, subisse sept jours plus tard un accident vasculaire cérébral qu'on thrombolysé?

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

Une récurrence d'un événement thrombotique aussi précoce devrait faire suspecter la présence d'une thrombophilie. Le bilan usuel comprend la recherche du facteur V Leiden, d'un anticorps antiphospholipide (anticoagulant de type lupique) et de l'hyperhomocystéinémie, et le dosage de l'antithrombine III, des protéines C et S ainsi que du facteur II mutant.

Puisque le patient en question a présenté un épisode de thrombose veineuse et artérielle, il faudra éliminer en premier lieu l'anticorps antiphospholipide et l'hyperhomocystéinémie, les autres déficits produisant plutôt des thromboses veineuses.

Le docteur Jean Dufresne a répondu.

4. La maladie de Cacci-ricci : la prise en charge

? Quel est le diagnostic et le traitement de la maladie de Cacci-ricci?

— Question posée par le Dr Antoine St-Pierre, Charny (Québec).

Cette maladie est mieux connue sous le nom de « reins éponges » ou *medullary sponge kidney*. C'est une maladie sans trait génétique clairement identifié; elle est généralement considérée bénigne.

La manifestation principale de cette maladie est la lithiase, le plus souvent d'oxalate et de phosphate de calcium. Il s'agit d'une anomalie des tubules collecteurs médullaires qui se dilatent et forment des kystes. Un certain degré d'hypercalciurie et d'acidification urinaire diminuée à ce niveau créent des conditions favorables à la

formation de lithiases. Les autres manifestations sont l'hématurie macroscopique, l'infection urinaire et un trouble de concentration urinaire.

Le diagnostic se fait par une pyélographie intraveineuse; l'image est caractéristique. Le pronostic est très bon, sauf s'il y a des complications dues aux lithiases. Il n'y a pas de traitement spécifique, outre celui de l'infection ou de la lithiase urinaire.

La docteure Louise Roy a répondu.

5. Le sevrage des opiacés sans cure fermée ni méthadone

? Est-il possible pour une mère de jeunes enfants, âgée de 40 ans, devenue dépendante aux opiacés, de se sevrer sans la cure fermée ni méthadone?

— Question posée par la Dre Louise Comeau, Sherbrooke (Québec).

Cela dépend de la gravité de sa dépendance aux opiacés, de sa motivation à cesser sa consommation et de sa situation psychosociale. Le sevrage aux opiacés se caractérise par des symptômes physiques habituellement sans gravité au plan médical, mais qui sont néanmoins fort désagréables, ce qui rend le sevrage « à froid » difficile chez la plupart des personnes dépendantes aux opiacés.

Il est bien démontré qu'un traitement de substitution à la méthadone, soit pour procéder à un sevrage aux opiacés ou même comme traitement de maintien, améliore la situation globale d'une personne dépendante aux opiacés, améliore son intégration sociale et diminue les comportements à risque (c.à.d., ITSS, criminalité). Ce sont des données importantes à considérer, d'autant plus pour une mère de jeunes enfants.

Toutefois, advenant une grande motivation de sa part à cesser de consommer ainsi que la

présence d'un environnement soutenant, un sevrage sans méthadone pourrait être réalisable. Pour ce qui est des cures en thérapie fermée pour procéder au sevrage, elles sont particulièrement utiles lorsque la personne souhaite sortir d'un réseau social propice à maintenir sa dépendance, réorganiser sa vie ou travailler sur ses difficultés psychologiques et relationnelles. Dans le cas de cette femme, il faut considérer son rôle de parent et la faisabilité de pouvoir maintenir un lien avec ses enfants advenant qu'elle aille en thérapie fermée.

Bibliographie :

1. Galanter M, Kleber HD: Textbook of Substance Abuse Treatment, Third Ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, Virginia. 2004.
2. Léonard L, Ben Amar M: Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, Québec. 2002.

Le docteur Patrick Barabé a répondu.

Le sevrage aux opiacés se caractérise par des symptômes physiques habituellement sans gravité au plan médical, mais qui sont néanmoins fort désagréables, ce qui rend le sevrage « à froid » difficile chez la plupart des personnes dépendantes aux opiacés.



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.



6. L'association d'une statine à un fibrate ou à une niacine

? Dans quel cas recommandez-vous d'associer une statine à un fibrate ou à une niacine?

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

La révision des recommandations réalisée en 2004 suggère qu'il est possible d'associer un fibrate (un fénofibrate surtout, car il n'interfère pas avec le catabolisme des statines et a donc moins d'effets secondaires) ou l'acide nicotinique (toujours en plus d'une statine; la FDA a approuvé une combinaison fixe) chez les patients à haut risque, seulement si leurs triglycérides sont élevées ou si leur cholestérol HDL est bas¹.

Ce haut risque, qui est d'un événement coronarien à 10 ans supérieur à 20 %, est surtout présent lorsque le patient a des antécédents clairs de maladie cardiaque artériosclérotique (infarctus, angine stable ou instable, angioplastie

coronarienne transluminale percutanée ou précédent pontage), s'il a une ischémie significative à la suite de tests de provocation ou s'il a une maladie vasculaire athérosclérotique (accident vasculaire cérébral, même transitoire, ou anévrisme de l'aorte). La dernière catégorie de patients ayant un haut risque sont les diabétiques qui ont, en plus, deux facteurs de risque traditionnels.

Référence :

1. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CNB, et coll: Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation* 2004; 110:227-39.

Le docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

7. Les oméga-3 comme anti-inflammatoires?

? Que penser des oméga-3 dans l'arsenal des anti-inflammatoires en rhumatologie?

— Question posée par le Dr Michael Mansour, Sherbrooke (Québec).

La revue de la littérature à ce sujet montre que les oméga-3 (acide eicosapentaénoïque et docosahexaénoïque) ont des propriétés anti-inflammatoires pour diverses conditions rhumatologiques, en particulier pour la polyarthrite rhumatoïde et la spondylite ankylosante. Ils peuvent soulager la douleur et réduire la raideur matinale et, par conséquent, permettre de réduire (si possible) le dosage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Toutefois, pour les conditions inflammatoires en rhumatologie, quelques questions nous viennent à l'esprit comme : Quel est le bon dosage? Combien de fois par jour? Quelle genre de formulation? Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un pro-

duit naturel n'ayant pas la même réglementation par Santé Canada que les médicaments brevetés. Le fabricant doit seulement s'assurer qu'il n'y a pas de contaminants, comme le mercure, le plomb, des bactéries et des biphenyles polychlorés (BPC). Heureusement, la toxicité semble très faible. On ignore encore si les huiles de poissons (contenant des oméga-3) peuvent influencer le cours de la maladie.

Bref, les oméga-3 peuvent être complémentaires en permettant une réduction des AINS sans cependant remplacer la thérapie actuelle.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

8. Le bilan de base en début de grossesse

? Quel est le bilan de base au début d'une grossesse normale?

— Question posée par le Dr André Jacques, Grand-Mère (Québec).

Les tests de laboratoire de routine effectués lors d'une première visite médicale pour une grossesse non à risque sont énumérés ci-dessous. Il faut spécifier que si ces tests ont été réalisés en préconception, il est inutile de les répéter.

- Une formule sanguine complète pour détecter l'anémie. Selon le résultat, elle sera complétée d'une électrophorèse de l'hémoglobine ainsi que d'un bilan martial s'il y a une anémie;
- La recherche du type rhésus avec la présence d'anticorps irréguliers dans le groupe sanguin;
- Une thyroïdostimuline (à cet effet, il faut préciser que certaines sociétés professionnelles, telles l'ACOG et l'*Endocrine Society*, recommandent de tester seulement les femmes symptomatiques ou ayant des antécédents familiaux. Cependant, des données ont révélé qu'avec cette approche, on pouvait ne pas dépister adéquatement jusqu'au tiers des femmes hypothyroïdiennes);
- Une glycémie à jeun, surtout si la patiente est à risque (antécédents de diabète, d'obésité);
- Une sérologie : hépatite B (HbsAg), syphilis (VDRL), rubéole, VIH;
- Une analyse et une culture d'urine pour dépister les bactériuries asymptomatiques qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent dégénérer en pyélonéphrites;

- Une cytologie cervicale si elle n'a pas été faite dans la dernière année;
- Un dépistage pour la gonorrhée et la chlamydia. Chez la femme asymptomatique, le dépistage de routine de la vaginose bactérienne n'est pas recommandé.

Certaines études à échantillon aléatoire ont démontré que l'échographie de routine précoce était bénéfique pour une population non sélectionnée, permettant ainsi une meilleure estimation de l'âge gestationnel, et cela aura son importance en cas de travail préterme ou d'induction en post-terme. Sans oublier que l'on peut en profiter pour discuter et offrir le pré-natalest (clarté nuchale et dépistage sanguin) aux couples qui le souhaitent, entre 11 à 14 semaines de grossesse.

Bibliographie :

1. Crowther CA, Kornman L, O'Callaghan S, et coll: Is an Ultrasound Assessment of Gestational Age at the First Antenatal Visit of Value? A Randomised Clinical Trial. *Br J Ob Gyn* 1999; 106:1273-79.
2. ACOG Committee Opinion #297: Nonmedical Use of Obstetric Ultrasonography. *Obstet Gynecol* 2004; 104:423-24.

La docteure Martine Bernard a répondu.

Le VPH, c'est plus que le cancer du col de l'utérus.

GARDASIL®. Conçu pour aider à protéger contre l'infection par le VPH des types 6, 11, 16, 18 et...



GARDASIL® est un vaccin indiqué chez les filles et les femmes de 9 à 26 ans pour la prévention de l'infection par les virus du papillome humain (VPH) des types 6, 11, 16 et 18 et des maladies suivantes causées par les VPH de ces types : cancers du col de l'utérus, cancer de la vulve et cancer du vagin, verrues génitales, adénocarcinome *in situ* (AIS) du col de l'utérus, néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN) des grades 1, 2 et 3, néoplasies intraépithéliales vulvaires (VIN) des grades 2 et 3 et néoplasies intraépithéliales vaginales (VaIN) des grades 2 et 3.

Dans les études cliniques auprès de sujets féminins ayant reçu GARDASIL® (n = 5 088), un placebo contenant de l'aluminium (n = 3 470) ou un placebo à base de solution saline (n = 320), les effets indésirables au point d'injection reliés au vaccin les plus souvent rapportés dans les groupes, respectivement, ont été les suivants : douleur (83,9 %, 75,4 % et 48,6 %), œdème (25,4 %, 15,8 % et 7,3 %), érythème (24,6 %, 18,4 % et 12,1 %) et prurit (3,1 %, 2,8 % et 0,6 %). L'effet indésirable général relié au vaccin le plus souvent rapporté chez les sujets féminins a été la fièvre : 10,3 % pour GARDASIL® (n = 5 088) vs 8,6 % pour les placebos avec ou sans aluminium (n = 3 790).

Consultez notre site Web :
www.merckfrosst.com



MERCK FROSST

Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.

Merck Frosst Canada Ltée, Kirkland, Québec



• EXPERTS-CONSEILS •

9. L'ostéoporose et les suppléments de vitamine D

? Si on diagnostique une ostéoporose chez un homme de 65 ans ayant des antécédents de néphrolithiases, peut-on donner des suppléments de vitamine D?

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

Même si le patient a eu des néphrolithiases, il doit maintenir des apports en calcium et en vitamine D adéquats.

La déficience en vitamine D est un problème fréquent en Amérique du Nord. Des taux de vitamine D trop bas influencent l'absorption intestinale du calcium et entraînent une hyperparathyroïdie secondaire qui augmente le remodelage osseux. Il faut viser des taux de vitamine D (25(OH)D) de l'ordre de 70 à 80 nmol/L, ce qui est plus élevé que les limites inférieures de la plupart des laboratoires. Pour la majorité des patients souffrant d'ostéoporose, il faut donner au moins 800 à 1000 UI par jour pour obtenir des niveaux acceptables de vitamine D.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

10. Le diagnostic de l'hémochromatose

? Quand doit-on soupçonner une hémochromatose et comment la diagnostiquer?

— Question posée par le Dr Rémi Grandisson, St-Tite (Québec).

Une hémochromatose devrait être suspectée si, de façon persistante, la saturation de la transferrine sérique est supérieure à 50 % chez la femme préménopausée et à 60 % chez celle ménopausée et chez l'homme. Également, une ferritine supérieure à 300 ng/mL est suspecte de cette maladie. Il faut toutefois se souvenir que la ferritine est une protéine inflammatoire qui peut être élevée dans plusieurs autres conditions (maladies néoplasiques, hépatiques, etc.)

Les symptômes de la maladie sont peu spécifiques : fatigue, arthralgies, douleurs abdominales, hyperpigmentation cutanée, troubles cardiaques ou hépatiques. Plusieurs signes ou symptômes peuvent être secondaires aux endocrinopathies associées, comme le diabète, l'hypogonadisme, l'hypopituitarisme, etc.

La suspicion clinique sera ensuite confirmée grâce aux tests génétiques (recherche de la mutation du gène HFE).

Le docteur Jean Dufresne a répondu.

...des maladies qu'ils causent : cancer du col de l'utérus et verrues génitales et dysplasies cervicales et cancer du vagin et cancer de la vulve



Ce vaccin n'est pas conçu pour le traitement des verrues génitales évolutives, des cancers du col de l'utérus, de la vulve ou du vagin, des CIN, des VIN ou des VaIN.

Ce vaccin ne protégera pas contre des maladies qui ne sont pas causées par le VPH. Les femmes ne devraient pas devenir enceintes pendant la période de vaccination au moyen de GARDASIL®.

Comme pour tout vaccin, il se peut que la vaccination au moyen de GARDASIL® ne confère pas une protection chez toutes les personnes vaccinées.

* Le CCNI recommande GARDASIL® pour les filles entre 9 et 13 ans parce que c'est généralement la période précédant le début de l'activité sexuelle et les femmes de 14 à 26 ans, même si elles sont déjà sexuellement actives, qui ont déjà présenté des anomalies au test de Pap, y compris le cancer du col de l'utérus, ou qui ont des verrues génitales ou une infection à VPH.

CONSULTEZ LES RENSEIGNEMENTS D'ORDONNANCE CI-JOINTS POUR CONNAÎTRE LES INDICATIONS, LES CONTRE-INDICATIONS, LES MISES EN GARDE, LES PRÉCAUTIONS ET LES RENSEIGNEMENTS POSOLOGIQUES.

©Marque déposée de Merck & Co., Inc., utilisée sous licence.




GARDASIL®

[vaccin recombinant quadrivalent contre
le virus du papillome humain (types 6, 11, 16 et 18)]

HPV-08-CDN-84140464a-JA-F



Voir le résumé des renseignements posologiques et les études de références à la page 129

11. Les meilleurs examens pour les palpitations cardiaques



Quels sont les meilleurs examens pour détecter les causes des palpitations cardiaques?

— Question posée par la Dre Louise Michaud, Lévis (Québec).

Cela dépend de la fréquence, de la durée et de la gravité des palpitations. Si elles sont fréquentes (quotidiennes ou présentes plusieurs fois par semaine mais de courte durée), le meilleur test est le Holter de 24, 48 ou 72 heures.

Si elles sont présentes une à deux fois par mois (toujours de courte durée), un appareil de la taille d'une carte de crédit peut être prêté au patient pour 15 à 30 jours. Le patient applique celui-ci sur sa peau pour enregistrer les palpitations qu'il peut ensuite transmettre au moyen d'une ligne téléphonique ordinaire; il s'agit d'un moniteur d'événements.

Si les palpitations sont peu fréquentes (une à deux fois par année) mais durent assez longtemps (la plupart de TSVs), je donne une prescription

pour un ECG stat et j'explique au patient qu'il peut se présenter à n'importe quelle urgence. avec cette prescription, une fois les palpitations réapparues.

Enfin, dans les rares cas où les palpitations semblent assez graves (ex. : syncope associée en l'absence d'un diagnostic après l'algorithme, incluant l'étude électrophysiologique), il existe aussi un moniteur implantable (genre de Holter sous-cutané) durant autour de 12 mois ou plus et qui capture l'évènement.

Le docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

Si les palpitations sont fréquentes (quotidiennes ou présentes plusieurs fois par semaine mais de courte durée), le meilleur test est le Holter de 24, 48 ou 72 heures.

12. L'hormonothérapie substitutive : qu'en penser?



Que penser d'une hormonothérapie substitutive pour une patiente de 55 ans, ménopausée depuis cinq ans, et qui n'en a jamais reçue? Elle présente encore des symptômes vasomoteurs, a une investigation négative et des seins normaux.

— Question posée par le Dr Réjean Daigneault, Laval (Québec).

Les symptômes vasomoteurs surviennent souvent lors de la transition de la ménopause plus tardive ou encore au début de cette même transition. Bien qu'il y ait des thérapies alternatives disponibles pour ces symptômes, aucune n'est aussi efficace que les œstrogènes.

On considère que l'hormonothérapie est une option raisonnable pour la femme post-ménopausée symptomatique ne présentant pas d'antécédents de cancer du sein, de maladies coronariennes actives ou aiguës, ou encore de pathologie thromboemboliques veineuses.

Lorsqu'on parle de court terme, on fait référence à une durée de cinq ans. La définition d'une thérapie à court terme est quelque peu arbitraire, car il n'y a globalement pas de consensus

concernant la durée du court comparativement au long terme. En général, on considère que le court terme dure de deux à trois ans mais pas plus de cinq ans.

Pour la majorité des femmes post-ménopausées avec des symptômes vasomoteurs modérés à graves, l'hormonothérapie à court terme est une bonne alternative.

Bibliographie :

1. Rossouw, Anderson, Prentice, et coll: Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. JAMA 2002; 288:321-33.
2. Nelson HD, et coll: Commonly Used Types of Postmenopausal Estrogen for Treatment of Hot Flashes. JAMA 2004; 291:161.

La docteure Martine Bernard a répondu.

On considère que l'hormonothérapie est une option raisonnable pour la femme post-ménopausée symptomatique ne présentant pas d'antécédents de cancer du sein, de maladies coronariennes actives ou aiguës, ou encore de pathologie thromboemboliques veineuses.

13. Faire de l'exercice au lever : dangereux pour un hypertendu?



Est-il dangereux qu'un patient hypertendu prenant ses médicaments le matin, au lever, fasse son conditionnement cardiovasculaire à ce moment, sachant que la médication n'a pas encore été absorbée et connaissant la poussée cardiovasculaire matinale?

— Question posée par le Dr André Renaud, St-Lin-Laurentides (Québec).

Faire de l'exercice aérobique n'est jamais interdit. Si le matin, après avoir pris sa médication, est le seul moment où le patient est motivé à s'entraîner, les bénéfices à long terme seront plus grands que les inconvénients (s'il en existe).

Pour que le patient soit vraiment « protégé » pendant son exercice matinal, il faudrait que celui-ci prenne le médicament en question avant son entraînement pour qu'il atteigne son pic de concentration sérique à ce moment. Comme l'absorption de la plupart des médicaments se fait dans un délai de trois à cinq heures, je ne crois pas que ce patient accepterait de se lever expressément à deux ou trois heures du matin, à chaque jour, pour prendre sa médication.

Mais pourquoi ne pas donner la médication au souper? La raison est que la demi-vie de la plupart de ces médicaments (sauf quelques-uns qui peuvent être pris une fois par jour) est de moins de 10 heures. Donc, la concentration sérique serait déjà en train de diminuer au moment de faire de l'exercice, soit tôt le matin. *Clin*

Le docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

Si le matin, après avoir pris sa médication, est le seul moment où le patient est motivé à s'entraîner, les bénéfices à long terme seront plus grands que les inconvénients (s'il en existe).