

1. L'investigation de l'ostéoporose masculine

? Quelle est l'investigation à faire pour l'ostéoporose chez l'homme?

— Question posée par le Dr François Laverdière, Ste-Foy (Québec).

Une investigation de base est suggérée pour toutes et tous les patients souffrant d'ostéoporose. Toutefois, chez l'homme, la prévalence d'ostéoporose secondaire est plus élevée que chez la femme. En fait, jusqu'à 25 % et plus des hommes ont une ostéoporose secondaire.

Parmi les causes secondaires, il faut retenir l'hypogonadisme, l'excès de corticostéroïdes, l'alcoolisme, la malabsorption, les maladies hépatiques, l'hyperthyroïdie, l'hyperparathyroïdie et l'hypercalciurie idiopathique. En conséquence, le bilan devra inclure, mise à part l'ostéo-

densitométrie avec radiographie latérale de la colonne dorsale et lombaire, une formule sanguine complète avec sédimentation, une créatinine, un bilan hépatique, un dosage du calcium et du phosphore, une phosphatase alcaline, une électrophorèse des protéines sériques, une calciurie des 24 heures, un dosage de la vitamine D, un test de l'hormone parathyroïdienne, une TSH et finalement un dosage de la testostérone.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

2. L'insuline lantus : quand l'introduire?

? Quand doit-on penser à utiliser une insuline lantus chez un diabétique mal contrôlé?

— Question posée par le Dr Pierre Larrier, Ste-Marie (Québec).

On doit utiliser l'insuline lantus lorsqu'un essai préalable avec une insuline intermédiaire (NPH) n'a pas permis d'atteindre un contrôle adéquat sans causer d'hypoglycémie grave ou des hypoglycémies à répétition. Cela peut s'appliquer à des patients avec un diabète de type 2 prenant des hypoglycémifiants oraux pour lesquels vous avez ajouté une insuline intermédiaire ou aux patients

avec une insulinothérapie pour laquelle vous utilisez la NPH comme insuline basale. Si vous prévoyez utiliser une insuline analogue à longue durée, vous devez envisager de cesser les thiazolidinediones, car le risque d'insuffisance cardiaque est accru.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

3. Une somnambuliste agressive

? Que faire avec une patiente de 19 ans ayant un trouble de somnambulisme (présent depuis l'enfance, épisode plus d'une fois par année) et qui, durant ses épisodes de somnambulisme, a un comportement agressif et violent? Il n'y a pas de rendez-vous disponible à la clinique du sommeil avant plus de six mois. De plus, elle consomme du cannabis occasionnellement.

— Question posée par la Dre Odile Kowalski, Montréal (Québec).

Habituellement, les parasomnies s'améliorent avec l'âge. Dans notre cas, le comportement agressif ainsi que l'aggravation depuis un an doivent faire penser à une épilepsie frontale malgré une électroencéphalographie normale.

Cette patiente mérite certainement une évaluation réalisée par une clinique du sommeil. Elle bénéficierait aussi d'une diminution de sa

consommation de cannabis. En attendant, on sait que les problèmes reliés au sommeil non-REM peuvent profiter d'un essai thérapeutique avec le clonazépam; ce dernier pourrait être essayé en attendant son rendez-vous à une clinique du sommeil.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

4. Le déférasirox : ses caractéristiques

? À quel niveau de ferritine doit-on débiter le déférasirox? Est-ce que ce nouvel agent est mieux toléré et plus efficace?

— Question posée par le Dr Bruno Fafard, Bedford (Québec).

Le nouveau chélateur du fer, le déférasirox, a plusieurs avantages dont une prise orale, une meilleure tolérance ainsi qu'une bonne efficacité. Il présente néanmoins quelques effets secondaires incluant des troubles digestifs (nausées, diarrhées, douleurs abdominales), des éruptions cutanées ainsi qu'une altération des fonctions rénale et hépatique. De plus, un suivi en ophtalmologie et en audiologie est nécessaire.

On considère qu'il faut débiter le médicament lorsque la ferritine est supérieure à 1 000 ug/L ou lorsque le patient a reçu un minimum de 20 culots globulaires.

Le docteur Jean Dufresne a répondu.

5. L'acétate de médroxyprogestérone : adéquat pour stopper les menstruations?

? L'acétate de médroxyprogestérone est-il toujours un bon choix pour l'adolescente qui ne désire pas être menstruée?

— Question posée par le Dr Jean-Marc Pépin, Bécancour (Québec).

L'acétate de médroxyprogestérone, de par son mécanisme d'action, interfère avec le pic de LH; l'ovulation n'a ainsi pas lieu. Par contre, la suppression de l'hormone folliculostimulante (FSH) est moindre, donc une croissance folliculaire a lieu, ce qui entraîne une production d'œstrogènes. Les symptômes de déficience en œstrogènes, tels que l'atrophie urogénitale, ne surviennent pas.

Durant l'adolescence, la densité minérale osseuse (DMO) augmente rapidement, et ce, de manière significative. À l'âge de 18 ans, presque toute la masse osseuse s'est accumulée aux hanches et aux vertèbres. Une étude prospective incluant 47 adolescentes prenant de l'acétate de médroxy-progestérone a documenté une perte de la densité osseuse chez 15 utilisatrices (1,5 % en un an) comparativement à l'augmentation observée chez sept utilisatrices d'implants sous-cutané de lévonorgestrel et chez neuf utilisatrices de contraceptifs oraux. La perte osseuse dépend de la durée de la prise du contraceptif.

On se doit de porter une attention particulière aux adolescentes et aux jeunes adultes pour la prescription de ce traitement. On ne connaît pas l'effet de celui-ci sur l'acquisition du pic de masse osseuse lorsqu'il est utilisé chez l'adolescente. De même, l'étude de Scholes D. et coll. incluant 170 participantes âgées de 14 à 18 ans

(80 sous acétate de médroxyprogestérone) a démontré que les nouvelles utilisatrices ont perdu davantage de masse osseuse. Après l'arrêt, il y a eu une augmentation de la DMO pour tous les sites anatomiques.

Lors de notre évaluation, je crois qu'on doit tenir compte des facteurs de risque d'ostéoporose, tels qu'un trouble alimentaire (anorexie nerveuse), une petite stature, une période d'allaitement prolongée, une utilisation de glucocorticoïdes, des antécédents familiaux d'ostéoporose, une prise d'alcool et de caféine, un tabagisme, une sédentarité et une maladie osseuse métabolique. En présence de plus de deux facteurs de risque, on se doit d'investiguer.

Ainsi, il n'est pas nécessaire d'effectuer une mesure de la DMO si la patiente est âgée de moins de 30 ans. Toutefois, si elle a plus de 30 ans et des facteurs de risque documentés selon le consensus canadien, on devrait effectuer une mesure de la DMO. Il faut finalement insister sur les traitements non pharmacologiques tels que la prise de calcium (1 300 mg par jour, de 9 à 18 ans) et de vitamine D (400 UI par jour), réévaluer la consommation de tabac et d'alcool et préconiser l'exercice.

La docteure Martine Bernard a répondu.

6. Une troponine élevée : un syndrome coronarien en vue?

? Une troponine élevée indique-t-elle toujours un syndrome coronarien aigu? Existe-t-il des faux positifs?

— Question posée par la Dre Anne Thériault, Montréal (Québec).

Les troponines élevées indiquent toujours une nécrose cellulaire, et selon l'échelle de chaque centre de prise en charge, les dommages myocardiques peuvent être de différents degrés.

Par contre, toute nécrose myocardique n'est pas toujours due à un syndrome coronarien aigu (rupture de plaques et occlusion de degré variable de la vasculature coronarienne). La myocardite peut être virale, secondaire à une péricardite, toxique ou secondaire à un choc électrique (ex. : accident, cardioversion électrique, procédures de fulguration par radiofréquence). Il peut donc y avoir une nécrose myocardique élevant les troponines, le tout sans la présence d'un syndrome coronarien aigu.

La thromboembolie pulmonaire, les biopsies cardiaques et même l'insuffisance rénale (à cause

d'une pauvre épuration des troponines) peuvent élever les valeurs en l'absence d'occlusion coronarienne.

La règle est donc simple : nous devons doser les troponines seulement en présence d'un syndrome clinique compatible avec un syndrome coronarien aigu. Si nous les dosons dans des situations non appropriées, nous allons obtenir de l'information peu utile et même nuisible au patient, car cela déclenchera des tests de plus en plus invasifs afin de prouver que les troponines élevées ne correspondent pas à une artère occluse.

Le docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

7. Les programmes d'exercices et la maladie de Parkinson

? Est-il avantageux de suivre des programmes d'exercices au début de la maladie de Parkinson?

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

L'exercice est très utile dans la maladie de Parkinson, qu'il soit pratiqué au début ou même à un stade plus avancé de la maladie.

Les patients qui jouent au golf, au tennis, ceux qui font du jogging, du vélo et des randonnées pédestres doivent être encouragés à continuer leurs activités de façon régulière. Les autres peuvent bénéficier de cours de danse. Les patients qui sont sédentaires doivent être encouragés à suivre certains exercices que des

physiothérapeutes spécialistes de la maladie de Parkinson peuvent leur montrer, que ce soit pour diminuer la raideur musculaire, pour améliorer la démarche à petits pas, pour aider la posture, pour diminuer la bradykinésie et même pour améliorer les troubles d'équilibre à un stade plus avancé.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

8. La médication du syndrome de Raynaud

? Quelle est la meilleure approche médicamenteuse pour traiter un syndrome de Raynaud?

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

Il faut d'abord définir le phénomène de Raynaud. Il s'agit d'un vasospasme artériel qui provoque une décoloration blanchâtre des extrémités et/ou des oreilles et du nez. Dans sa forme classique, il y a trois phases : blanc, cyanotique et hyperhémique. La phase cyanotique seule n'est généralement pas considérée comme un syndrome de Raynaud. Il existe deux types : primaire (idiopathique) et secondaire associé aux collagénoses (sclérodermie, etc).

Le traitement habituel est l'administration d'un bloqueur des canaux calciques. Celui qui est le plus utilisé est la nifédipine à action prolongée. Nous débutons avec une dose de 20 mg par jour

et elle peut être augmentée progressivement à 30 mg ou à 60 mg. Il faut aviser le patient des effets secondaires, surtout concernant les étourdissements (chute de tension) et la rétention d'eau. L'administration du médicament peut être faite de façon continue si le patient est très symptomatique ou au besoin durant les mois froids. Le deuxième choix est le diltiazem à action prolongée à 120 mg par jour.

Pour des renseignements supplémentaires, je vous invite à consulter le site Internet www.passeport.santé.net

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

9. La prise de digoxine : pourquoi et quand?

? Comment évaluer la pertinence de la prise de digoxine et quand cesser cette médication?

— Question posée par la Dre Christiane Jasmin, Kirkland (Québec).

Il existe deux situations pour lesquelles la digoxine est encore utile : chez les patients en fibrillation auriculaire permanente ou pour un contrôle chronique de la fréquence cardiaque (cible de < 90 bpm au repos et < 130 bpm à l'effort). Il faut toujours la donner en association (l'association digoxine et bêta-bloqueurs est la plus efficace), car, prise seule, elle ne convient que pour les patients sans mobilité (dès que le patient commence à marcher et que le tonus vagal baisse, la digoxine est de moins en moins efficace).

En désespoir de cause, la deuxième situation concerne les défaillances cardiaques graves; une

fois que les bêta-bloqueurs et l'IECA sont tolérés à des doses maximales sans effet secondaire, nous pourrions ajouter la digoxine.

Quand devons-nous arrêter cette médication? C'est simple : lorsque le patient présente soit des interactions ou une insuffisance rénale grave qui augmentent le risque d'accumulation de digoxine. Il est alors mieux d'arrêter le médicament, car les complications peuvent s'avérer plus « compliquées » que la maladie elle-même.

Le docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

10. Les causes des hypoplaquettes

? Quelles sont les causes les plus fréquentes des hypoplaquettes?

— Question posée par le Dr Claude Chainé, Bécancourt (Québec).

On peut regrouper les thrombocytopénies en deux grandes causes générales : centrales (défaut de production par la moelle osseuse) ou périphériques (destruction dans la circulation sanguine).

Pour chaque cause, les étiologies sont nombreuses mais peuvent se résumer comme suit :

Centrales :

- Médicaments
- Infiltration médullaire (leucémies, cancers métastatiques, etc.)
- Déficit en vitamine B12 ou en folates
- Infections (influenza, mononucléose, VIH, hépatite, etc.)
- Aplasie médullaire

Périphériques :

- Auto-immunes (PTI, médicamenteuses, collagénoses)
- Allo-immunes (post-transfusions, incompatibilité fœto-maternelle)
- Hypersplénisme
- Coagulation intravasculaire disséminée
- Syndrome urémique-hémolytique

Le docteur Jean Dufresne a répondu.



PREVACID (lansoprazole en capsules à libération prolongée) et **PREVACID FASTAB** (lansoprazole en comprimés à libération prolongée) sont indiqués dans le traitement des affections nécessitant une réduction de la sécrétion d'acide gastrique, dont les suivantes :

- cicatrisation de l'ulcère gastrique secondaire à la prise d'AINS;
- traitement de l'ulcère gastrique secondaire à la prise d'AINS chez les patients qui continuent à prendre ces médicaments;
- réduction du risque d'ulcère gastrique secondaire à la prise d'AINS chez les patients qui ont des antécédents d'ulcères gastriques et qui doivent continuer à prendre un AINS.

Les études comparatives n'ont pas dépassé 8 semaines pour ce qui est de la cicatrisation et 12 semaines pour ce qui est de la prévention.

PREVACID[®]
LANSOPRAZOLE

MONOGRAPHIE DU PRODUIT OFFERTE SUR DEMANDE.

11. Le traitement de l'ostéoporose en présence d'insuffisance rénale

? Quel traitement est sécuritaire pour l'ostéoporose chez un patient souffrant d'insuffisance rénale?

La première étape est d'établir le degré d'insuffisance rénale en mesurant la créatinine sérique et en calculant la clairance de la créatinine.

En présence d'une insuffisance rénale légère à modérée (clairance entre 30 et 70 mL/min), la plupart des médicaments pour l'ostéoporose peuvent être utilisés, incluant les biphosphonates. Il faut cependant faire preuve de prudence lorsque la clairance se rapproche de 30 mL/minute.

Si l'insuffisance rénale est grave (clairance < 30 mL/minute), tous les biphosphonates sont contre-indiqués en raison des risques d'accumulation et d'hypocalcémie réfractaire secondaire.

Toutefois, le raloxifène, l'hormonothérapie et la calcitonine peuvent être utilisés. Chez les patients souffrant d'insuffisance rénale grave, il faut utiliser un chélateur du phosphate, administrer la forme active de la vitamine D³ (1-25OH D) et fournir un supplément en calcium en évitant les doses excessives qui produiraient un os adynamique. Il est suggéré de diriger le patient vers un spécialiste.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

12. Que faire avec des extrasystoles ventriculaires?

? Une maladie coronarienne étant exclue, que fait-on avec des extrasystoles ventriculaires (ESV) isolées, très fréquentes et symptomatiques (palpitations ressenties et incommodantes)?

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

Les médicaments de choix sont les bêta-bloqueurs (habituellement 25 à 50 mg d'aténolol par jour est suffisant) ou les anti-arythmiques de classe 1c (flécaïnide 50 à 100 mg deux fois par jour ou propafénone 150 à 300 mg trois fois par jour). L'objectif est de diminuer les symptômes, et je suggère aussi de documenter le pourcentage d'extrasystoles avant et après le début du traitement avec un Holter (visant moins de 5 % de la journée avec des extrasystoles).

Si les médicaments ne sont pas efficaces ou mal tolérés, il est possible d'éliminer le foyer de ces arythmies par une procédure invasive. Elle est maintenant disponible dans tous les centres offrant un service d'électrophysiologie et nécessite l'utilisation de cathéters intracardiaques ainsi qu'un séjour de 36 à 48 heures. Le taux de réussite est environ de 80 à 90 %.

Le docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

13. Le sevrage du patient migraineux

? Comment doit-on sevrer un patient migraineux de sa médication à base d'AAS, de butalbital et de caféine qu'il prend depuis plus de 20 ans?

— Question posée par le
Dr Gilles Plamondon, Montréal
(Québec).

Une approche efficace, quoique difficile pour le sevrage de la médication, peut être faite sur une base externe ou interne.

Pour le patient externe, on sevre les médicaments surutilisés de 10 % par semaine, en les remplaçant habituellement par des anti-inflammatoires. Le patient doit débiter un traitement préventif tout en gardant en tête que les médicaments ne seront pas complètement efficaces avant que la médication surutilisée soit éliminée et que la période de *wash-out* soit complétée. Cela peut prendre de un à plusieurs mois. De plus, le patient a besoin d'un support continu et d'une éducation durant la période de désintoxication.

Quelquefois, on a recours à des hospitalisations, surtout si les patients prennent des tranquillisants ou des barbituriques avec leur médication, ou s'ils ont des pathologies psychiatriques concomitantes.

*La docteure Nicole Khairallah
a répondu.*



PREVACID (lansoprazole en capsules à libération prolongée) et PREVACID FasTAB (lansoprazole en comprimés à libération prolongée) sont indiqués dans le traitement des affections nécessitant une réduction de la sécrétion d'acide gastrique, dont les suivantes : reflux gastro-œsophagien symptomatique (RGO) ; brûlures d'estomac et autres symptômes associés au RGO.

VEUILLEZ CONSULTER LA MONOGRAPHIE DU PRODUIT POUR CONNAÎTRE LES INDICATIONS COMPLÈTES DE PREVACID.

PREVACID[®] FASTAB
LANSOPRAZOLE COMPRIMÉS À LIBÉRATION PROLONGÉE



MONOGRAPHIE DU PRODUIT OFFERTE SUR DEMANDE.

© Laboratoires Abbott, Limitée
Imprimé au Canada
* Une promesse pour la vie



www.abbott.ca
1 800 361-7852

Abbott
A Promise for Life[™]

14. La metformine contre le gain de poids : efficace pour tous?

? Peut-on utiliser la metformine sans diabète ni intolérance au glucose pour prévenir un gain de poids avec certains médicaments?

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

En 2006 et 2007, il y a eu trois études en double-aveugle avec placebo qui ont étudié cette question.

Dans la première, 20 patients, prenant 10 mg par jour d'olanzapine, ont reçu de la metformine pour une durée de 14 semaines. Il n'y a pas eu de différence significative entre le groupe traité et le groupe placebo en ce qui concerne la prise de poids.

La deuxième étude incluait 40 patients, ayant pris de la metformine, à qui on avait prescrit de 5 à 20 mg d'olanzapine depuis au moins quatre mois. Le groupe traité a eu une perte de poids comparativement à un maintien de celui-ci dans le groupe placebo.

La troisième étude s'est déroulée avec une population de patients âgés entre 10 et 17 ans, prenant de l'olanzapine, dont le poids a

augmenté de plus de 10 % en un an (39 sujets sur une période de 16 semaines). Il y a eu une stabilisation de la prise de poids dans le groupe prenant de la metformine.

Bref, la metformine semble avoir un effet bénéfique sur la perte de poids, mais les études sont limitées pour le moment et on ne peut justifier une telle approche à large échelle. Il ne faut pas oublier de donner à ces patients des conseils simples sur l'augmentation de la pratique d'activités physiques et sur les ajustements des apports alimentaires pour prévenir le gain de poids. Les autres facteurs de risque cardiovasculaires doivent aussi être évalués et traités. *Clin*

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

La metformine semble avoir un effet bénéfique sur la perte de poids, mais les études sont limitées pour le moment et on ne peut justifier une telle approche à large échelle.



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.

