

1. Traiter l'infection urinaire au cabinet médical

? Au cabinet médical, est-il acceptable de traiter une infection urinaire non compliquée en se fiant seulement aux symptômes?

— Question posée par le Dr Alain Naud, Québec.

Rappelons qu'une infection urinaire non compliquée survient chez des patients en bonne santé avec un tractus urinaire normal. La majorité sont des femmes avec une cystite aiguë ou récurrente, ou avec une pyélonéphrite aiguë; les pathogènes sont habituellement éradiqués par un court traitement.

Chez ces femmes qui ont des signes et des symptômes suggérant une cystite aiguë et qui ne présentent pas de fièvre ni de douleur au flanc, un test d'urine au bâtonnet documentera suffisamment l'infection. Un traitement de trois jours chez la femme et de sept jours chez l'homme en bonne santé et de moins de 50 ans sera alors débuté à partir de cette visite au cabinet. La culture d'urine sera réservée pour le patient avec une présen-

tation atypique, pour celui ayant reçu récemment des antibiotiques et pour celui présentant une persistance des symptômes après quatre à sept jours.

Lors d'une pyélonéphrite aiguë sans signe de sepsis, ni nausée, ni vomissement, une culture d'urine sera effectuée, les examens d'imagerie pourront être différés et un traitement antibiotique ambulatoire de 7 à 10 jours sera institué. Il sera important de procéder à une culture d'urine une semaine après le traitement.

Bibliographie

1. BM Brenner (Ed.) 2003: Brenner and Rector's The Kidney. (Edition 7); Philadelphia: WB Saunders Company.

Le docteur Bruno Laroche a répondu.

2. Prévoir une scintigraphie pour un euthyroïdien

? Quelles sont les indications d'une scintigraphie de la thyroïde chez un patient euthyroïdien?

— Question posée par le Dr Chady Dagher, Maria (Québec).

La seule circonstance pour laquelle j'utilise la scintigraphie thyroïdienne chez un patient euthyroïdien est lors de la présence d'un nodule dont les résultats de cytoponction sont non concluants (« matériel insatisfaisant »). Si la scintigraphie démontre un nodule froid (hypocaptant), celle-ci va alors m'aider à mieux définir le risque de

néoplasie et faciliter les conseils à prodiguer au patient en ce qui concerne une résection chirurgicale du nodule. Un nodule froid risque d'être plus malin qu'une lésion isocaptante ou hypercaptante.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

3. La durée du traitement d'une dépression majeure réfractaire

? À la suite d'une dépression majeure réfractaire, combien d'années faut-il continuer la médication?

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

Les lignes directrices du traitement des troubles dépressifs¹ recommandent qu'un épisode dépressif majeur soit traité au moins six mois après la rémission clinique, en utilisant la dose qui a permis d'atteindre cette rémission. Après cette période de traitement, nous recommandons de réduire graduellement l'antidépresseur sur une période de deux à trois mois avant de le cesser. Cette approche prudente permet de minimiser l'apparition de symptômes de sevrage mais surtout d'augmenter immédiatement l'antidépresseur à une dose thérapeutique dans l'éventualité d'une rechute dépressive.

La dépression réfractaire, quant à elle, fait partie de la liste des facteurs de risque de rechute ou de récurrence qui justifient un traitement pendant au moins deux ans après la rémission clinique. Ces facteurs incluent la présence :

- d'un âge avancé
- d'épisodes chroniques

- d'épisodes graves ou qui ont mis la vie du patient en danger
- d'épisodes psychotiques
- d'épisodes difficiles à traiter
- d'épisodes récurrents (plus de trois)
- d'épisodes fréquents (au moins deux en cinq ans)

Après avoir eu de la difficulté à atteindre un état de rémission, le patient et son médecin souhaiteront probablement être plus prudents que pas assez. Le jugement clinique et l'alliance demeurent la clé du traitement.

Référence

1. Association des psychiatres du Canada: Lignes directrices du traitement des troubles dépressifs. Can J Psychiatry. 2001; 46(suppl. 1).

Les docteurs Caroline Noël et Pierre Landry ont répondu.

Les lignes directrices du traitement des troubles dépressifs¹ recommandent qu'un épisode dépressif majeur soit traité au moins six mois après la rémission clinique en utilisant la dose qui a permis d'atteindre cette rémission.

4. Le soulagement de la névralgie d'Arnold

? Pour une névralgie d'Arnold, est-ce que la physiothérapie, l'osthéopathie ou le Botox® peuvent être utiles?

— Question posée par la Dre Renée Dionne, Gatineau (Québec).

La névralgie d'Arnold ou névralgie occipitale demeure très controversée. Ce terme doit en effet être réservé à une douleur occipitale unilatérale, paroxystique ou continue, sous forme de brûlement, lancinante ou pulsatile, qui suit la distribution du grand nerf occipital et qui irradie souvent en frontal. Elle s'accompagne habituellement d'hypoalgésie, d'hyperalgésie ou de dysesthésie dans la région affectée.

Le meilleur traitement est l'injection locale d'anesthésique avec, la plupart du temps, une infiltration cortisonnée qui constitue également une épreuve diagnostique. Le Botox® n'est pas accepté pour cette indication. Les traitements paramédicaux peuvent aider, surtout si une étiologie cervicale est plutôt en cause.

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 :

RG0 érosif et non érosif chez les enfants de un à 17 ans.

La période de traitement de l'étude clinique n'a pas dépassé 12 semaines.

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*

5. Identifier les patients aux prises avec une PAR et une PMR

? Comment bien diagnostiquer une polyarthrite rhumatoïde (PAR) chez les personnes âgées qui sont déjà aux prises avec une *polymyalgia rheumatica* (PMR)?

— Question posée par le Dr Jean-François Côté, Lac-Drolet (Québec).

Il est vrai que les patients atteints de PMR peuvent éventuellement évoluer et développer un tableau de PAR. Ce phénomène se produit dans environ 15 à 20 % des cas. Il n'est pas toujours facile d'identifier ce type de patient.

Les éléments clés sont la persistance des symptômes malgré une corticothérapie adéquate et l'apparition de synovites aux petites articulations des mains, comme aux interphalangiennes proximales, aux métacarpophalangiennes et aux pieds (métatarsophalangiennes). La présence de synovites aux poignets et aux genoux peut

survenir dans la PMR et n'indique pas nécessairement une PAR. Les tests de laboratoires peuvent démontrer un état inflammatoire persistant (vitesse de sédimentation élevée, protéine C réactive augmentée). Toutefois, ces tests peuvent être normaux. Le facteur rhumatoïde est souvent négatif; s'il est positif, cela peut aider. Bref, le diagnostic repose toujours sur le questionnaire et l'examen physique.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

6. Les meilleures parties du corps pour la mesure de la TA

? Quelle est la meilleure méthode pour la prise de la tension artérielle (TA) chez un patient qui a eu un évènement axillaire et une thrombophlébite du membre supérieur?

— Question posée par la Dre Suzanne Villeneuve, Brossard (Québec).

N'importe quel autre membre peut être utilisé avec les techniques habituelles (nous aurions difficilement une thrombophlébite des quatre membres). Vous pouvez procéder à l'auscultation des bruits cardiaques dans la paroi interne et postérieure du genou ou dans la paroi interne de la cheville (pour la prise de la TA dans les

différents niveaux de la jambe). Autrement, vous pouvez utiliser un tensiomètre qui se place au poignet et dans les doigts, là où rarement des thrombophlébites se logeront.

Le docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

7. La paralysie partielle unilatérale de la 6^e paire crânienne

? Devrait-on s'inquiéter d'une paralysie partielle unilatérale de la 6^e paire crânienne chez une patiente âgée, hypertendue avec une tomodensitométrie (TDM) cérébrale et des orbites normale?

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

La paralysie isolée du sixième nerf crânien est probablement d'étiologie ischémique dans le cas qui nous concerne. Si le problème s'améliore, on peut assumer que c'était vraiment le cas et on peut arrêter l'investigation, sachant qu'un VI ischémique s'améliore dans 85 % des cas.

Sinon, il faut penser à une cause infiltrative. Une résonance magnétique cérébrale ainsi qu'une ponction lombaire doivent être considérées. D'autres causes doivent être gardées en tête, comme la myasthénie et surtout l'artérite temporelle, en particulier s'il y a d'autres signes d'appel.

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 (RGOs) ; brûlures d'estomac et autres symptômes associés au RGO.

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



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™

8. Le dosage de l'APS et la détection précoce du cancer

? À quel âge doit-on commencer à doser l'antigène prostatique spécifique (APS) lorsque le patient a des antécédents familiaux de cancer prostatique?

Comme le sous-entend la question, les facteurs héréditaires sont importants pour déterminer le risque de développer un cancer de la prostate. En effet, lorsqu'un cancer de la prostate a été détecté dans la fratrie, le risque de développer un tel cancer augmente de façon exponentielle au nombre d'individus atteints par la maladie.

Il est évident que dans une telle situation, il ne s'agit pas de dépistage de masse, ce qui reste très controversé, mais bien de détection précoce. Les recommandations de tous les organismes nationaux et internationaux sont claires. Le Collège des Médecins du Québec a même statué sur ce sujet¹.

Tout individu chez qui un tel cancer fut détecté parmi ses ascendants devrait se voir suggérer de subir des examens de détection précoce, et ce,

à partir de l'âge de 40 ans. Il est important de souligner qu'une telle détection doit inclure l'examen digital de la prostate. Le toucher rectal et le dosage de l'APS devront donc être faits annuellement à partir de l'âge de 40 ans.

Par ailleurs, il est de plus en plus recommandé d'utiliser des valeurs de référence de l'APS selon l'âge : < 2,5 de 40 à 49 ans, < 3,5 de 50 à 59 ans, < 4,5 de 60 à 69 ans et < 6,5 si plus de 70 ans.

Soulignons également que cette recommandation de procéder à une détection précoce à partir de 40 ans s'applique aussi aux individus de race noire.

Référence

1. Dépistage du cancer de la prostate – Utilisation de l'APS. Collège des Médecins du Québec, février 1998.

Le docteur Bruno Laroche a répondu.

9. La prévention secondaire d'un diabète bien contrôlé

? Quelle est votre conduite pour un diabète de novo diagnostiqué et très bien contrôlé avec la diète seulement? Qu'elle est la place de la prévention secondaire (ASA, IECA / ARA, hypolipémiants)?

— Question posée par la Dre Linda Doyon, Drummondville (Québec).

J'utilise les mêmes critères de prévention chez tous les patients diabétiques, indépendamment du fait qu'ils nécessitent ou pas un traitement pharmacologique. Je recommande de l'ASA à tout diabétique avec des complications macrovasculaires ou des facteurs de risque cardiovasculaires, un IECA / ARA s'il y a une

microalbuminurie ou une tension artérielle au-delà de 130/80 mmHg et des hypolipémiants si le cholestérol LDL est supérieur à 2 mmol/L ou le rapport cholestérol total/HDL est supérieur à 4.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

10. Le dosage des anticorps du FI

? Est-ce que le dosage des anticorps du facteur intrinsèque (FI) est recommandé pour l'anémie si la vitamine B12 est inférieure à 150? Et quelle est l'importance de ce dosage du FI?

— Question posée par le Dr Régis Lavoie, Alma (Québec).

La recherche des anticorps du facteur intrinsèque est utile, car la présence de ceux-ci permettent de confirmer le diagnostic d'une anémie pernicieuse. Cependant, puisque ce type d'anémie est relativement prévalent chez les patients plus âgés, certains omettent de faire le dosage de l'anticorps

s'il n'y a pas d'évidence de malabsorption et traitent le malade avec de la vitamine B12.

Le docteur Jean Dufresne a répondu.

11. Une perte osseuse et un bilan d'ostéoporose négatif

? L'ostéodensitométrie montre une perte osseuse chez une patiente connue pour souffrir d'ostéoporose. Elle prend déjà des biphosphonates, du calcium et de la vitamine D. Son bilan ostéoporotique secondaire est négatif : que faire de plus?

— Question posée par la Dre Lucie Lavallée, Donnacona (Québec).

L'ostéodensitométrie est l'outil le plus utilisé pour effectuer le suivi de l'ostéoporose. Cependant, il existe une marge d'erreur intrinsèque à l'appareil qui varie entre 2 et 3 %. Cette variation peut augmenter d'une clinique de radiologie à l'autre et d'un appareil à l'autre, selon la compétence du technicien. D'où l'importance de faire l'examen toujours au même endroit.

Si la perte osseuse est inférieure ou égale à 6 % au niveau lombaire et inférieure ou égale à 10 % au niveau de la hanche, elle n'est pas considérée significative et le traitement peut être continué. Toutefois, s'il y a apparition d'une nouvelle fracture asymptomatique à la colonne, on

pourrait changer de biphosphonate ou opter pour le téraparatide.

Si la perte osseuse dépasse les limites acceptables, il faut s'assurer de la fidélité au traitement, que le médicament est pris au bon moment et que la patiente prend du calcium et de la vitamine D. Si toutes ces conditions sont respectées, il faut changer de biphosphonate ou tenter le raloxifène. Il faut aussi encourager la patiente à faire de l'exercice.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

12. Une épidurale cortisonée pour une sténose spinale

? À quoi doit-on s'attendre comme résultat d'une épidurale cortisonée pour une sténose spinale? Peut-on la répéter souvent?

— Question posée par le Dr Jean-Marc Noiseux, Longueuil (Québec).

Quand un traitement chirurgical n'est pas recommandé, on peut recourir aux traitements médicaux pour la sténose spinale. Ces traitements ont tous un pourcentage d'efficacité entre 15 et 40 %, incluant l'amélioration spontanée. L'anesthésie par épidurale peut être pratiquée si la sténose n'est pas grave, car un risque d'aggravation et une contre-indication relative existent dépen-

damment du degré de la sténose. La fréquence varie selon le patient, mais on ne pratique généralement pas cette technique à moins de six mois d'intervalle.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

13. La suspicion d'une hémochromatose

? Pour un patient avec une ferritine à 500, un gène d'hémochromatose négatif et un bilan hépatique normal, quel suivi faire?

— Question posée par le Dr Pierre Harnois, Joliette (Québec).

Une élévation de la ferritine associée à une augmentation du taux de saturation de la transferrine sont suspects d'une hémochromatose. Une recherche négative de la mutation C282Y du gène HFE n'élimine pas complètement le diagnostic. Des tests génétiques plus poussés peuvent être faits, mais ils ne sont disponibles que dans certains laboratoires. Sinon, une biopsie hépatique

sera le meilleur indicateur des réserves martiales du patient et permettra de confirmer s'il est atteint d'une hémochromatose. *Clin*

Le docteur Jean Dufresne a répondu.



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.

