

1. Les débuts d'une polymyalgia rheumatica

Quand devrais-je soupçonner un début de polymyalgia rheumatica (PMR)?

— Question posée par la Dre Nathalie Auger, Montréal (Québec).

D'abord, il faut mentionner que la PMR est une condition inflammatoire et non dégénérative (arthrose). L'âge du patient est un élément important ainsi que le sexe. Il est rare qu'une PMR se manifeste avant l'âge de 50 ans, le pic d'incidence se trouvant entre 70 et 80 ans. De plus, elle est plus fréquente chez la femme.

Le second élément important est le mode d'apparition et la distribution de la douleur. Classiquement, l'apparition est subite, le patient peut quasiment dire le jour et l'heure auxquels les symptômes ont commencé. Évidemment, bon nombre de patients ont un début insidieux et chronique. Quant à la distribution, la PMR touche particulièrement le cou, les trapèzes, les bras

(ceinture scapulaire), les membres inférieurs, le bassin et les cuisses (ceinture pelvienne). La douleur est intense et invalidante. L'éveil nocturne créé par la douleur est fréquent ainsi que la raideur matinale qui dure plus d'une heure. La douleur est souvent tellement intense que le ou la conjoint(e) doit aider le ou la patient(e) à se lever du lit. Le laboratoire peut être utile si la vitesse de sédimentation ou le taux de protéine C réactive est élevé. Cependant, 15 à 20 % des patients auront des résultats normaux, donc le questionnaire et l'examen physique demeurent importants.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

2. Le traitement de l'HTA pendant la grossesse

Quels sont les médicaments pouvant être utilisés durant la grossesse pour traiter l'hypertension artérielle (HTA) connue?

— Question posée par le Dr Pierre Normandin, St-Jean-sur-Richelieu (Québec).

Dans les cas d'HTA pendant la grossesse sans évidence de gravité, le méthildopa, le labétalol, les bloquants calciques et moins souvent les bêtabloquants sont les médicaments de choix. Pour plus de détails, je vous recommande de consulter la dernière actualisation des guides

européens au :

http://www.escardio.org/knowledge/guidelines/Mngt_Arterial_Hypertension.htm.

Le docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

3. La prise en charge de la maladie de Waldenstrom



Quelle est la prise en charge de la maladie de Waldenstrom?

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

La maladie de Waldenstrom est un syndrome lymphoprolifératif chronique dont l'évolution ressemble à celle d'un lymphome indolent. Cette maladie peut causer une infiltration lymphocytaire de la moelle osseuse, des ganglions lymphatiques, du foie et de la rate. De plus, l'élévation des immunoglobulines de types IgM, typique de cette maladie, peut causer une hyperviscosité sanguine, particulièrement si le pic est près de 30 g/L.

Le questionnaire et l'examen physique visent à éliminer les symptômes d'hyperviscosité et à détecter la présence d'adénopathies ou d'une hépatosplénomégalie. Une formule sanguine

nous permettra de suspecter une infiltration médullaire significative en cas de cytopénies. Le dosage des IgM est un reflet de l'activité de la maladie. Un test de viscosité sérique est utile dans certains cas. Finalement, un scanner du thorax et de l'abdomen est suggéré pour évaluer les ganglions de même que le foie et la rate.

La fréquence de ces examens dépend de l'agressivité du syndrome. Évidemment, si le patient est traité activement pour cette maladie, l'hématologue s'occupera du suivi et des complications du traitement.

Le docteur Jean Dufresne a répondu.

4. Le traitement clinique de la céphalée de Horton



Que suggérez-vous comme traitement de la céphalée de Horton à la clinique sans rendez-vous?

— Question posée par la Dre Odile Trudel, Laval (Québec).

Le traitement de la céphalée de Horton est constitué de deux parties. La première partie est le traitement aigu et la deuxième est le traitement de prévention.

Pour le traitement aigu, il faut utiliser un médicament à action rapide, car la céphalée de Horton atteint un pic très rapidement. Celui qui est le plus utilisé et le plus facilement disponible est l'O₂ : une inhalation d'O₂ à 100 % de 10 à 12 L/minute, pendant 15 minutes, peut faire avorter une crise de céphalée. Sinon, le sumatriptan S/C ou IN (ne pas dépasser 6 mg) ou du

DHE IV ou IN peuvent être essayés. Des instillations IN de 1 mL de xylocaïne 4 % sont aussi quelquefois utilisées.

Même dans une clinique sans rendez-vous, il peut être utile d'instaurer un traitement de prévention pour diminuer la fréquence et/ou l'intensité des crises. Le traitement de première ligne le plus conseillé par les experts étant le vérapamil.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

5. Les situations pour recourir à la médecine nucléaire

? Dans quelles situations cliniques faut-il d'emblée ne pas faire d'électrocardiogramme d'effort et se servir directement de la médecine nucléaire?

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

Nous devons établir une différence entre le test de médecine nucléaire avec électrocardiogramme (ECG) d'effort et le test de médecine nucléaire avec stimulation pharmacologique.

Si le patient a un bloc de branche gauche ou est porteur d'un cardiostimulateur avec rythme ventriculaire électro-entraîné (qui stimule souvent le ventricule, car il existe de plus en plus de cardiostimulateurs avec des fonctions de prévention de la stimulation ventriculaire qui gardent au maximum l'activation intrinsèque par le système électrique du patient), le test d'ECG d'effort ne pourra pas montrer l'apparition d'ischémie. Il faut donc utiliser

le test de médecine nucléaire MAIS toujours avec un tapis à l'effort si le patient est capable de marcher et que sa fréquence cardiaque accélère de façon normale.

Si le patient est incapable de marcher, s'il prend des médicaments bradycardisants ou s'il a une grave maladie du sinus alors, dans ces seules conditions, nous demanderons un test de médecine nucléaire avec stimulation pharmacologique. À mon avis, l'exercice est toujours plus physiologique et aide à stimuler davantage l'activité habituelle des patients.

Le docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

6. La contribution de la glycémie post-prandiale

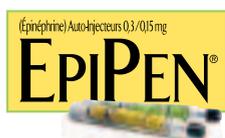
? Que penser de la glycémie post-prandiale comme indicateur des complications du diabète?

— Question posée par le Dr Denis Rioux, Québec.

La glycémie post-prandiale semble être un facteur de risque du développement de l'athérosclérose et des complications cardiovasculaires. Quelques études interventionnelles ont démontré une diminution du risque cardiovasculaire en utilisant des agents pharmacologiques ayant un impact sur la glycémie post-prandiale, mais des études à plus large échelle sont nécessaires.

Le contrôle des glycémies post-prandiales est un élément essentiel si on désire obtenir les cibles optimales d'hémoglobine glyquée (HbA1C), car plus on approche des taux cibles d'HbA1C, plus la contribution de la glycémie post-prandiale est importante.

La Dre Hortensia Mircescu 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.



7. Le TOC évoluant en psychose : les indices et le traitement

Quand doit-on soupçonner que le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) de notre patient est en train de se transformer en psychose, et quel est le meilleur antipsychotique pour le traiter?

— Question posée par la Dre Renée Kuska, Saint-Agapit (Québec).

Les symptômes psychotiques peuvent parfois prendre une coloration obsessionnelle ou s'accompagner de comportements compulsifs qui peuvent les rendre difficiles à distinguer du TOC avec peu d'*insight* (jusqu'à 35 % des TOC), c'est-à-dire un TOC qui ne reconnaît pas ou peu le caractère déraisonnable et excessif de ses pensées et comportements. Certains auteurs situent d'ailleurs le TOC sur un continuum allant des troubles anxieux aux troubles psychotiques. Aussi, il existe un chevauchement des pathologies. À cet égard, la littérature rapporte que 3,8 à 59,2 %¹ des patients schizophrènes ont un TOC ou des symptômes de TOC.

Quelques indices peuvent aider à faire la part des choses : d'une part, la capacité à reconnaître le caractère déraisonnable et excessif plaide en faveur du TOC, d'autre part les troubles psychotiques sont habituellement associés à d'autres caractéristiques qui ne sont pas communes au TOC, par exemple un trouble du cours de la pensée, une désorganisation, des hallucinations, une anxiété paranoïde, etc. Il ne faut pas confondre les compulsions avec les stéréotypies, ces dernières étant davantage présentes chez les psychotiques. De plus, la répétition de certains gestes en lien avec des symptômes psychotiques (c.-à-d. vérifier les portes chez un paranoïde) ne devrait pas nécessairement être interprétée comme des compulsions.

Après la meilleure évaluation clinique possible, la décision de traiter exige de bien peser les avantages et les inconvénients du traitement

pharmacologique, puisque l'instauration de celui-ci peut exacerber l'une ou l'autre des pathologies. En effet, plusieurs études de cas rapportent une exacerbation ou un TOC de novo chez les patients schizophrènes avec l'introduction d'un antipsychotique typique ou atypique. D'autre part, les antidépresseurs peuvent parfois augmenter les symptômes psychotiques ou parkinsoniens.

Les ISRS et la clomipramine demeurent le traitement pharmacologique recommandé pour un TOC. Toutefois, l'ajout d'un antipsychotique typique ou atypique à faible dose paraît indiqué chez des patients réfractaires, surtout en présence de symptômes TOC graves et bizarres ou s'il y a présence de tics. Il faut surveiller les interactions pharmacocinétiques entre certains ISRS (c.-à-d. fluoxétine, paroxétine, fluvoxamine) et les antipsychotiques. Par ailleurs, la clomipramine comporte une activité anticholinergique significative. Il est donc préférable de ne pas l'associer avec la clozapine ou l'olanzapine. Par contre, la clomipramine permet de réduire et même d'éviter l'usage d'agents anti-parkinsoniens de type anticholinergique, notamment avec les antipsychotiques conventionnels.

Référence

1. Lieberman JA: Dopamine Partial Agonists: A New Class of Antipsychotic. *CNS Drugs* 2004; 18(4):251-267(17).

Les docteurs Caroline Noël et Pierre Landry ont répondu.

8. Des indications sur les AINS topiques

❓ Pourriez-vous discuter de l'usage des AINS topiques quant aux points suivants : indications, efficacité et effets secondaires en comparaison avec les AINS per os?

— Question posée par la Dre Monique Bourbeau, Boucherville (Québec).

La réponse est simple, actuellement il n'existe qu'une seule formulation d'AINS topiques, il s'agit d'un mélange de diclofénac et de diméthylsulfoxyde (DMSO). L'indication principale est une douleur limitée à une ou deux articulations, le plus souvent secondaire à l'arthrose chez un patient intolérant aux AINS *per os*. Il peut être utilisé en traitement de première ligne, mais il faut se rappeler qu'il n'est pas couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sauf peut être pour les patients d'exception. La quantité de médicaments à appliquer varie selon la grosseur de l'articulation, soit environ 5 à 10 gouttes pour les petites articu-

lations et jusqu'à 40 gouttes pour les grosses, et ce, trois à quatre fois par jour. L'efficacité a été démontrée dans les études cliniques mais comme tous les AINS, certaines personnes ne répondent pas au traitement. Une réaction locale au produit est possible mais généralement transitoire. S'il y a une réaction plus grave, il faut cesser le produit. L'avantage de la solution topique est qu'il n'y a pas d'effet systémique, donc quelqu'un qui a un problème digestif peut utiliser la solution topique en toute sécurité.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

9. Les signes d'une céphalée chez l'enfant

❓ Quels sont les signes d'alarme d'une céphalée chez un enfant souffrant de migraines?

— Question posée par la Dre Myvan Nguyen, Verdun (Québec).

Seulement 10 % des céphalées chez les enfants sont des céphalées primaires. Ce qui veut dire que 90 % sont des céphalées secondaires incluant les traumatismes.

Donc, il faut toujours être vigilants quand un enfant a une céphalée. Les facteurs rassurants sont :

- des antécédents familiaux positifs concernant les céphalées;
- une histoire typique de migraine;

- un examen normal;
- un état de santé normal entre les attaques.

Les autres combinaisons peuvent suggérer d'autres diagnostics, comme une aura qui dure plus de 60 minutes, des céphalées qui réveillent l'enfant la nuit, etc. À ce moment, une investigation plus poussée est recommandée.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

10. Le nouveau traitement mimant l'action des incrétines

Quels sont les patients candidats au nouveau traitement mimant l'action des incrétines? Peut-on l'utiliser en combinaison avec l'insuline?

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

Le seul médicament de la classe des incrétines disponible au Canada est la sitagliptine, un inhibiteur de la dipeptidyl-peptidase-4 (DPP-4). Il s'agit d'un médicament oral qui est indiqué en association avec la metformine lorsqu'un contrôle adéquat n'est pas obtenu avec la metformine seule. L'expérience clinique est limitée pour les patients avec insuffisance hépatique modérée ou grave ainsi que pour l'insuffisance rénale modérée ou grave. Aux États-Unis il existe également des analogues de la GLP-1, soit l'exénatide. Celui-ci, administré en injection SC, est indiqué comme traitement adjuvant aux hypoglycémiant

oraux (metformine, sulfonylurées ou une combinaison des deux). Un des avantages des médicaments de la classe des incrétines est de contrôler les excursions glycémiques post-prandiales. Ils induisent une sécrétion d'insuline dépendante du niveau de glucose et inhibent la sécrétion de glucagon. D'autres molécules, tant les analogues de la GLP-1 que les inhibiteurs de la DPP-4, sont actuellement à l'étude.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

Vous désirez en savoir plus sur ce sujet? Allez à la page 61.

11. La thalassémie et la carence en fer

Lorsqu'un patient thalassémique fait en plus de l'anémie, quand doit-on le traiter avec du fer?

— Question posée par la Dre Ginette Normandin, Montréal (Québec).

Un patient atteint de thalassémie peut évidemment être carencé en fer. Toutefois, le diagnostic d'un état ferriprive est plus difficile à déceler, puisque les globules rouges du patient sont préalablement microcytaires et que ses réserves en fer sont fréquemment augmentées en raison d'une perturbation du métabolisme du fer.

Néanmoins, une diminution des valeurs usuelles de la ferritine du patient ou une accen-

tuation de la microcytose devraient faire suspecter une carence martiale. Le bilan approprié devra être fait, les causes de la condition étant les mêmes que pour un patient non thalassémique. Par la suite, le traitement sera la correction de la cause associée à la prise orale de fer.

Le docteur Jean Dufresne a répondu.

12. Le vaccin contre le VPH et les condylomes

Est-il avantageux de vacciner contre le VPH une femme asymptomatique dont le partenaire a développé des condylomes?

— Question posée par le Dr Serge Bruneau, Gatineau (Québec).

L'infection au virus du papillome humain (VPH) est associée à un lourd fardeau de morbidité. Les deux types oncogènes les plus fréquents du VPH (16 et 18) occasionnent près de 70 % de tous les cancers du col, tandis que les types non oncogènes (6 et 11) causent environ 90 % de tous les condylomes génitaux.

À ce jour, les essais cliniques sur le nouveau vaccin quadrivalent contre le VPH n'ont ciblé que des jeunes femmes (de 9 à 26 ans), mais d'autres données préliminaires indiquent que le vaccin pourrait aussi être efficace chez les jeunes hommes.

Le Dr Darron Brown, professeur titulaire de médecine, de microbiologie et d'immunologie à l'*Indiana University School of Medicine*, rapporte que le vaccin quadrivalent s'est avéré efficace à 97 % contre l'apparition de lésions cervicales intra-épithéliales (CIN) de grade 1 ou plus et à 95 % contre les condylomes génitaux et les néoplasies vulvaires ou vaginales après un suivi moyen de 24 mois.

Le 13 octobre 2006, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a fait une déclaration encourageant ses membres à adopter une démarche proactive en ce qui concerne l'éducation des patients à propos du VPH et à fournir des renseignements sur le nouveau vaccin. Le

vaccin est plus efficace lorsqu'il est administré aux jeunes femmes avant le début des activités sexuelles. Toutefois, le vaccin est également recommandé pour les femmes déjà actives au plan sexuel. On devrait aviser les femmes de cette catégorie que le vaccin pourrait être moins efficace si elles ont déjà été exposées au VPH.

Selon le Dr Brown, nous n'avons aucune donnée montrant que ce vaccin exerce un effet thérapeutique, mais on peut tout de même le donner à des femmes sexuellement actives ou ayant des antécédents de dysplasie cervicale. Nous savons que chez les femmes infectées par l'un des types de VPH, le vaccin offre tout de même une protection contre les autres types de VPH. Étant donné qu'environ seulement 50 % des femmes ont une réponse anticorps à une infection naturelle par le VPH, la moitié des femmes infectées par le VPH demeurent à risque de récurrence si elles sont infectées de nouveau par le même type de virus que les types contenus dans le vaccin. Il termine en disant que si le vaccin quadrivalent pouvait stimuler l'immunité, il pourrait également offrir une protection importante contre les épisodes futurs.

La docteure Martine Bernard a répondu.



Pennsaid® est indiqué pour les patients atteints de l'arthrose du genou d'une durée ne dépassant pas plus de trois mois, qu'il soit continu ou intermittent.

Une toxicité gastro-intestinale sérieuse, telle qu'un ulcère peptique, gastro-intestinal peut survenir à tout moment chez les patients traités avec des AINS, y compris le diclofénac sodique. Lors des études cliniques, Pennsaid® n'a pas été associé à une toxicité gastro-intestinale sérieuse.

On a observé une toxicité rénale chez les patients prenant des AINS. Par ailleurs, les patients atteints de trouble de la fonction rénale, d'une insuffisance cardiaque, d'un trouble hépatique, ceux qui prennent des diurétiques et les patients âgés présentent le plus grand risque. Lors des études cliniques, l'augmentation de l'urée ou de la créatinine, ou autre signe de toxicité rénale n'ont pas été observés.

Pennsaid® est contre-indiqué chez les patients qui présentent un ulcère peptique, un antécédent d'ulcère récurrent, une maladie inflammatoire active du système gastro-intestinal, une insuffisance rénale notable, ou une détérioration de la fonction rénale. Pennsaid® est contre-indiqué chez les patients présentant une hypersensibilité au diclofénac, au diméthylsulfoxyde, à la propylène glycol, à la glycérine, à l'alcool ou à l'acide acétylsalicyclique (AAS) ou à d'autres AINS. Le potentiel de réaction croisée avec d'autres AINS doit toujours être pris en compte. Pennsaid® est contre-indiqué chez les patients avec un syndrome anaphylactoides fatales.

Pennsaid® devrait être administré sous surveillance médicale étroite chez les patients avec un antécédent d'ulcère ou de maladie inflammatoire du tractus gastro-intestinal, telle qu'une hémorragie ou une maladie de Crohn.

Les effets secondaires les plus couramment signalés relativement à l'utilisation de Pennsaid® (par rapport au placebo) étaient les suivants : peau sèche : 9,6 % (2,9 %) et éruption cutanée : 9,6 % (2,9 %) et

le traitement des symptômes seulement, pour un traitement pas plus de trois mois, qu'il soit continu ou intermittent.

intestinale sérieuse, telle qu'une perforation et un saignement survenir à tout moment chez les patients traités avec des AINS, y compris le diclofénac sodique. Lors des études cliniques, Pennsaid® n'a pas été associé à une toxicité gastro-intestinale sérieuse.

On a observé une toxicité rénale chez les patients prenant des AINS. Par ailleurs, les patients atteints de trouble de la fonction rénale, d'une insuffisance cardiaque, d'un trouble hépatique, ceux qui prennent des diurétiques et les patients âgés présentent le plus grand risque. Lors des études cliniques, l'augmentation de l'urée ou de la créatinine, ou autre signe de toxicité rénale n'ont pas été observés.

Pennsaid® est contre-indiqué chez les patients qui présentent un ulcère peptique, un antécédent d'ulcère récurrent, une maladie inflammatoire active du système gastro-intestinal, une insuffisance rénale notable, ou une détérioration de la fonction rénale. Pennsaid® est contre-indiqué chez les patients présentant une hypersensibilité au diclofénac, au diméthylsulfoxyde, à la propylène glycol, à la glycérine, à l'alcool ou à l'acide acétylsalicyclique (AAS) ou à d'autres AINS. Le potentiel de réaction croisée avec d'autres AINS doit toujours être pris en compte. Pennsaid® est contre-indiqué chez les patients avec un syndrome anaphylactoides fatales.

Pennsaid® devrait être administré sous surveillance médicale étroite chez les patients avec un antécédent d'ulcère ou de maladie inflammatoire du tractus gastro-intestinal, telle qu'une hémorragie ou une maladie de Crohn.

Les effets secondaires les plus couramment signalés relativement à l'utilisation de Pennsaid® (par rapport au placebo) étaient les suivants : peau sèche : 9,6 % (2,9 %) et éruption cutanée : 9,6 % (2,9 %) et

liés au site d'application signalés relativement à (par rapport au placebo) étaient 41,9 % (6,9 %), éruption cutanée : 9,6 % (2,9 %) et

PENNSAID®
1,5% p/p solution diclofénac sodique

CCPP

www.pennsaid.ca

13. L'évaluation de l'hémospémie

Recommandez-vous une investigation particulière pour un premier épisode d'hémospémie chez un homme de 50 ans en bonne santé ?

— Question posée par la Dre Nancy Beaumont, Chicoutimi (Québec).

L'hémospémie résulte le plus souvent d'une inflammation non spécifique de la prostate ou des vésicules séminales disparaissant spontanément en quelques semaines. Même lorsque récurrente, l'investigation démontre rarement une pathologie significative.

Même pour un épisode unique, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une hématurie initiale ou terminale. L'anamnèse tentera de déceler une coagulopathie, une infection systémique, une infection transmise sexuellement (ITS) ou un traumatisme urogénital. Une abstinence prolongée ou une excitation sexuelle intense peuvent produire une congestion suivie de saignement. Si des symptômes du bas appareil urinaire sont présents, une investigation urologique s'imposera.

Un examen physique complet sera fait en insistant sur la prise de la tension artérielle, en vérifiant si une hépatosplénomégalie est présente, en s'assurant que le méat urétral est normal, en éliminant une masse abdominale, testiculaire ou prostatique; les vésicules séminales ne devraient pas être palpables.

Comme ce patient a 50 ans, un dosage de l'APS devra être fait ainsi qu'une analyse d'urine. S'il y a un doute qu'il puisse y avoir eu hématurie, une cytologie urinaire devra être faite.

Bibliographie

1. Kumar P, Kapoor S, Nargund V: Haematospermia – A Systematic Review. *Ann R Coll Surg Eng.* July 2006; 88(4):339-42.

Le docteur Bruno Laroche a répondu.

14. Les inhibiteurs de la cholinestérase et l'Alzheimer

Quand cesser les inhibiteurs de la cholinestérase chez nos patients en perte d'autonomie causée par l'évolution de leur maladie d'Alzheimer?

— Question posée par la Dre Sylvie Gill, Québec.

On a pu prouver que les bénéfices du donépézil s'étendent dans les stades plus avancés de la maladie avec une assez bonne tolérance¹. Les bénéfices ont été significatifs sur la cognition globale, sur le fonctionnement et le comportement. Donc, tant que le patient le tolère, et tant que le médicament est accepté par le gouvernement, il est préférable de le continuer. Les mêmes bénéfices ont été prouvés avec la rivastigmine².

Références

1. Feldman, et coll: A 24-week, Randomized, Double-Blind Study of Donepezil in Moderate to Severe Alzheimer's Disease. *Neurology* 2001; 57:613-20.
2. Burns A, Spiegel R, Quarg P: Efficacy of Rivastigmine in Subjects with Moderately Severe Alzheimer's Disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 Mar; 19(3):243-9.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

15. Le dépistage du cancer de la prostate

? Avec un antigène prostatique spécifique (APS) légèrement élevé et un toucher rectal anormal (prostate asymétrique), quelle est la prochaine étape à réaliser?

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

Les éléments suspects d'un cancer de la prostate sont un APS augmenté ou une prostate anormale à l'examen physique.

Lors du toucher rectal (TR), les anomalies de la prostate suspectes de malignité sont un nodule, une irrégularité, une induration et une asymétrie. La présence de ces éléments nous oblige à procéder à une échographie transrectale de la prostate avec des biopsies (ETR+bx). La valeur prédictive positive d'un TR suspect est d'environ 15 % avec un APS à moins de 4 ng/mL.

Bien que l'APS n'est pas spécifique au cancer de la prostate, c'est le meilleur test isolé de détection. Le choix d'une limite supérieure normale demeure controversé. Utiliser une échelle de valeurs normales selon l'âge permet d'identifier davantage de cancers chez les jeunes patients et diminuer la découverte de cancers possiblement peu significatifs chez les gens âgés (tableau 1). Que l'on choisisse une telle échelle ou une limite à 4,0 ng/mL dès

que l'APS est au-delà de la normale, une ETR+bx est requise. Par ailleurs, à cause des fluctuations de l'APS, un contrôle après trois ou quatre semaines est judicieux avant de prescrire l'échographie.

Si l'on procède à une détection précoce du cancer de la prostate, l'examen de la prostate et le dosage de l'APS sont obligatoires ainsi que d'expliquer au patient les limites de ces moyens.

Tableau 1

Échelle de valeurs normales de l'APS selon l'âge

Âge	Caucasien
40 à 49	0,0 à 2,5
50 à 59	0,0 à 3,5
60 à 69	0,0 à 4,5
70 à 79	0,0 à 6,5

Le docteur Bruno Laroche a répondu.

16. La place de l'insuline en inhalation

? Quelle est la place de l'insuline en inhalation pour le suivi des patients diabétiques de type II?

— Question posée par la Dre Nathalie Emond, Ste-Foy (Québec).

Malheureusement, aucune pour le moment. Cette insuline a été retirée du marché canadien très peu de temps après son lancement. La compagnie a motivé son retrait par le peu d'intérêt manifesté pour ce type d'insuline (un échec commercial).

Récemment, des cas de cancer de poumon ont été rapportés chez des patients fumeurs ayant utilisé ce type d'insuline.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

17. Les vaginites : sexuellement transmissibles?

? Une patiente de 45 ans prétend que ses vaginites sont dues aux infidélités répétées et avouées de son conjoint malgré le port du condom. Que lui répondre? Est-ce possible?

— Question posée par le Dr Jean-Guy Daniels, Asbestos (Québec).

Bien qu'il s'agisse d'une situation délicate pour le couple en question, il faut investiguer les plaintes de la patiente. Il est important d'effectuer un bon questionnaire et parfois même un calendrier des symptômes de vaginite de votre patiente. Que veut-elle dire par « vaginite »? Les prélèvements de dépistage d'ITS seront effectués (gonorrhée, chlamydia). Un état frais à la recherche de *chue cells*, d'hyphes ou de trichomonas ainsi que le PH du vagin aideront à poser le diagnostic. L'infection à *Candida* tout comme la vaginose bactérienne ne sont pas des entités transmissibles sexuellement. S'il s'agit d'une infection à *Candida*, le traitement des partenaires sexuels asymptomatiques n'est pas nécessaire, car l'activité sexuelle n'est pas en cause.

Un bon examen physique est également de rigueur. On recherchera les lésions ulcéreuses (herpès) ou condylomateuses qui pourraient être transmissibles sexuellement, même avec l'emploi méticuleux d'un préservatif).

Dans le cas de la patiente qui se plaint d'écou-

lements chroniques, on cherchera des causes non infectieuses, telles qu'une leucorrhée physiologique, une vaginite atrophique, une vaginite secondaire à des irritants (spermicide, condom en latex) et une vaginite desquamative inflammatoire. Cette dernière est une entité rare, caractérisée par une vaginite exsudative diffuse avec une exfoliation des cellules épithéliales. Aucun pathogène n'est trouvé au microscope. L'emploi de suppositoires intravaginaux de clindamycine ou de crème de clindamycine donnera généralement une bonne réponse.

Clin

Bibliographie

1. Nyirjesy P, Peyton C, Weitz MV, et coll: Causes of Chronic Vaginitis: Analysis of a Prospective Database of Affected Women. *Obstet Gynecol.* 2006 Nov; 108(5):1185-91.
2. Sobel JD: Desquamative Inflammatory Vaginitis: A New Subgroup of Purulent Vaginitis Responsive to Topical 2% Clindamycin Therapy. *Am J Obstet Gynecol.* 1994 Nov; 171(5):1215-20.
3. Sobel JD, Funaro D, Kaplan EL: Recurrent Group A Streptococcal Vulvovaginitis in Adult Women: Family Epidemiology. *Clin Infect Dis.* 2007 Mar 1; 44(5):e43-5. Epub 2007 Jan 22.

La docteure Martine Bernard a répondu.

L'infection à Candida tout comme la vaginose bactérienne ne sont pas des entités transmissibles sexuellement.