



Les réponses de vos confrères à vos questions

1. Le niveau d'hémoglobine toléré chez la personne âgée

? Chez les patients âgés, quel est le niveau d'hémoglobine toléré avant de procéder à un bilan?

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

L'érythropoïèse est moins active chez les gens âgés, de sorte que l'on tolère des niveaux d'hémoglobine plus bas avant de diagnostiquer une anémie. La limite inférieure de l'hémoglobine sera alors de 115 g/L pour la femme et de 125 g/L pour l'homme. Cependant, une investi-

gation est nécessaire en présence d'une autre anomalie (microcytose, etc.), et ce, même si la valeur de l'hémoglobine respecte cette limite.

Le docteur Jean Dufresne a répondu.

2. Les causes des sueurs nocturnes

? Que pourrait être la cause de sueurs nocturnes chez un homme de 30 ans qui n'a pas d'antécédents?

— Question posée par le Dr Mallet, La Baie (Québec).

Le fait que les sueurs surviennent durant la nuit suggère que le diagnostic d'hyperhidrose psychogène ou « émotionnelle » est peu probable. Parmi les causes secondaires d'hyperhidrose, on retrouve plusieurs causes endocriniennes :

- hyperthyroïdie;
- phéochromocytome;
- acromégalie;
- syndrome carcinoïde.

Par contre, il est rare que les sueurs nocturnes soient les seules manifestations de ces syndromes. Au questionnaire et à l'examen physique, il faut donc rechercher des signes et des symptômes parfois subtiles de ces syndromes. Si le niveau de

suspicion le justifie, de simples tests de dépistage pourraient être faits :

- une TSH pour l'hyperthyroïdie;
- le dosage des catécholamines urinaires dans une collecte de 24 heures pour le phéochromocytome;
- le dosage d'IGF-I pour l'acromégalie et le dosage de 5-HIAA pour le syndrome carcinoïde.

Une consommation d'alcool et des drogues illicites peuvent également se manifester par de la sudation excessive.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

3. Le flot menstruel excessif et fibrome utérin

? Quelle est l'approche thérapeutique pour une sportive de haut niveau souffrant d'anémie et ayant un fibrome utérin et des saignements menstruels abondants?

— Question posée par la Dre Anne Pelletier, Outremont (Québec).

Les raisons d'un flot menstruel excessif ou ménorragie (plus de 80 mL de sang ou plus de sept jours de menstruations) peuvent être secondaires à une perturbation locale de prostaglandines ou encore à une étiologie organique, telle qu'un polype, un myome ou une adénomyose. Il faut bien sûr écarter la possibilité d'une grossesse dans le diagnostic différentiel.

Dans le cas de votre patiente pour laquelle on suspecte un myome utérin, une évaluation complète devra être effectuée. Celle-ci inclura l'examen physique, un frottis cervicovaginal et l'élimination d'un volumineux polype cervical ou d'un myome sous-muqueux cervical. Les tests de laboratoire qui doivent être faits sont la formule sanguine complète, un test de grossesse, une TSH, un coagulogramme et le test pour la maladie de Von Willebrand. Une hystérocopie diagnostique permettrait de savoir si le myome utérin est sous-muqueux et de connaître la possibilité d'effectuer une résection avec succès ou non. L'hystérosonographie, si disponible dans votre milieu, permet également d'évaluer la cavité.

Les modalités thérapeutiques vont dépendre du désir de fertilité de votre patiente, de la taille du myome utérin, du degré d'anémie, d'un précédent

échec aux contraceptifs oraux, etc. Plusieurs choix sont possibles :

- une hystérocopie et une résection du myome sous-muqueux ou encore du myome intramural dont plus de 50 % faisant protrusion dans la cavité utérine;
- une myomectomie par laparotomie ou laparoscopie selon la taille du myome si sa localisation (intramyométrial) déforme la cavité (moins de 50 % dans la cavité);
- un dispositif intra-utérin relâchant du lévonorgestrel, d'autant plus s'il s'agit de petits myomes utérins intramuraux ne déformant pas la cavité. D'ailleurs, il est peu probable que les ménorragies soient secondaires à ces myomes.

Bibliographie

1. Fraser IS, McCarron G, Markham R, et coll: Measured Menstrual Blood Loss in Women with Menorrhagia Associated with Pelvic Disease or Coagulation Disorder. *Obstet Gynecol.* 1986 Nov; 68(5):630-3.
2. Chuong CJ, Brenner PF: Management of Abnormal Uterine Bleeding. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Sep; 175(3 Pt 2):787-92. Review.
3. Doherty L, Harper A, Russell M: Menorrhagia Management Options. *Ulster Med J.* 1995 Apr; 64(1):64-71.
4. Letharby et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD002126.

La docteure Martine Bernard 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.



4. Le traitement d'une angine typique

? Pour une angine typique avec coronaires normales, quel est le traitement?

— Question posée par le Dr *Timothée Jean, Greenfield Park (Québec)*.

Si l'angine est associée à une ischémie claire (perfusion, tapis, etc.), il faut la traiter avec des bêtabloquants en plus de procéder de manière agressive concernant la modification des facteurs de risque. En effet, ces patients ont une véritable maladie vasculaire que l'angiographie n'arrive pas à démontrer (parfois prouvée avec l'IVUS [échographie intravasculaire], un outil mis à jour de recherche), et leur pronostic est mauvais. Les bloquants calciques et les nitrates sont utilisés en

traitement de deuxième ligne. Cependant, s'il n'y a pas d'ischémie et que les causes extracardiaques sont éliminées (une véritable hyperalgésie cardiaque), l'imipramine est recommandée.

Je vous suggère une excellente révision de ce sujet, disponible gratuitement sur Internet : Reyes, et coll: Angina With « Normal » Coronary Arteries. JAMA 2005; 293:2468-69.

Le docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

5. La prise en charge de l'hypocalcémie asymptomatique

? Comment investiguer et traiter l'hypocalcémie asymptomatique? Quelles en sont les causes?

— Question posée par la Dre *Brigitte Bédard, Blainville (Québec)*.

Les causes les plus fréquentes d'hypocalcémie sont l'hypoparathyroïdie, la déficience ou le métabolisme anormal de vitamine D, l'hypomagnésémie et l'insuffisance rénale. Dans l'interprétation des résultats, il faut bien sûr corriger le taux de calcium total en fonction de l'albumine. Un bilan simple incluant le dosage de la créatinine, de la vitamine D, du magnésium et du PTH

devrait vous aider à établir l'étiologie de la plupart des hypocalcémies. Il ne faut pas négliger de chercher des indices de malabsorption et de faire le bilan des apports en calcium.

La Dre Hortensia Mircescu a répondu.

6. L'ajout de la mémantine au traitement de la démence

? Est-il avantageux d'ajouter la mémantine à tout traitement anticholinestérasique dans un cas de démence?

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

Les études ont prouvé que la mémantine est utile dans le traitement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer grave. Dans les atteintes modérées à graves, l'effet ne serait pas cliniquement mesurable, mais les auteurs suggèrent que les études n'ont pas été assez longues pour pouvoir

prouver l'efficacité. On ne l'utilise pas dans les cas légers, le coût ne vaudrait pas le bénéfice.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

7. Le dépistage de la fratrie pour le reflux vésico-urétéral

? Comment et quand doit-on investiguer la présence d'un reflux vésico-urétéral dans la fratrie d'un enfant atteint de reflux vésico-urétéral?

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

Le reflux vésico-urétéral primaire est héréditaire, autosomique dominant avec pénétrance variable. Un reflux est présent chez 25 à 40 % des frères et sœurs d'un enfant atteint. La prévalence peut s'élever à 100 % chez des jumeaux identiques. Donc, le dépistage de la fratrie est encouragé.

Le reflux et de nouvelles cicatrices rénales étant moins prévalentes après l'âge de cinq ou six ans, cet âge est la limite à partir de laquelle les examens de dépistage ne seront plus effectués. Une étude québécoise a établi que les cicatrices rénales étaient plus importantes chez les jumeaux dépistés après l'âge de deux ans qu'à un âge plus jeune¹. Ceci incite donc à dépister en bas âge.

L'importance de l'investigation est loin d'un consensus. Le point crucial étant de préserver la

fonction rénale, une échographie sera faite pour vérifier s'il y a présence de cicatrice rénale. La cystographie mictionnelle est optionnelle. Les parents connaissant bien le reflux, ils seront aux aguets et consulteront rapidement.

L'absence de cicatrice permet de conclure que si présent, le reflux n'a pas endommagé les reins; ainsi, une cystographie n'est pas requise. Elle sera nécessaire en présence de cicatrice rénale.

1. Houle AM, et coll: Impact of Early Screening for Reflux in Siblings on the Detection of Renal Damage. *BJU Int* 2004; 94:123.

Le docteur Bruno Laroche a répondu.

8. L'anémie et la fiabilité de l'hémoglobine glycosylée

? L'hémoglobine glycosylée est-elle fiable chez une femme diabétique de type 2 souffrant d'anémie chronique (Hb 100-105)?

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

Le résultat du test est exprimé en pourcentage de l'hémoglobine qui est glycosylée, de sorte que l'anémie comme telle ne change généralement pas sa validité. Cependant, certains types d'anémie peuvent affecter sa fiabilité. Par exemple, si une anémie entraîne une diminution de survie des globules rouges circulants (hémolyse, etc.), l'hémoglobine aura moins le temps de subir la glycosylation par le glucose. Le résultat sera alors faussement abaissé.

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 : 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[®]
LANSOPRAZOLE

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[™]

9. Les anticoagulants pour les crises temporales

? Quel est l'anticoagulant de choix pour un patient ayant un foyer irritatif temporal avec des manifestations psychiatriques (ex. : hallucinations visuelles)?

— Question posée par le Dr Jean-François Voisine, St-Fulgence (Québec).

Le médicament de première ligne pour les crises partielles, comme les crises temporales, reste le tégréto. S'il y a des généralisations fréquentes, le divalproex de sodium peut être tenté. La lamotrigine peut remplacer le divalproex de sodium chez une jeune fille afin d'éviter l'obésité et l'alopécie.

Les nouveaux anti-épileptiques, comme le lévétiracétam, pourraient être essayés si le con-

trôle des crises n'est pas satisfaisant. Dans l'épilepsie temporale, ne pas oublier que l'option chirurgicale (dépendamment de la cause, évidemment) peut être curatrice.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

10. L'insuline glargine comme traitement d'appoint

? J'aimerais connaître la méthode pour débiter l'insuline glargine comme traitement d'appoint aux hypoglycémiantes oraux chez un diabétique de type 2. Doit-on diminuer ou cesser les sulfonylurées et les glitazones?

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

Les sulfonylurées peuvent être utilisées en association avec l'insuline glargine comme traitement d'appoint. La dose ne doit pas nécessairement être diminuée à l'amorce de l'insulinothérapie. Par contre, il n'est pas recommandé d'associer les glitazones et l'insuline à cause d'un risque augmenté d'insuffisance cardiaque. Pour débiter l'insuline glargine, vous pouvez commencer par une dose de 10 unités au coucher que vous augmentez tous les trois à quatre jours de deux unités, jusqu'à l'obtention d'une glycémie matinale entre 4 et 7 mmol/L. Il faut men-

tionner que la RAMQ ne remboursera l'insuline glargine que pour les patients qui ont déjà eu de l'insuline intermédiaire mais qui présentaient de l'hypoglycémie et un contrôle inadéquat.

Il ne faut pas oublier de mentionner au patient que s'il se pique avec des seringues, l'insuline doit être préparée juste avant le moment de l'injection. La stabilité de l'insuline glargine en seringue préparée bien avant le moment de l'injection n'est pas garantie.

La docteure Hortensia Mircescu a répondu.

11. La cessation des agents rémitifs lors d'arthrite rhumatoïde

? Dans le cas d'une polyarthrite rhumatoïde répondant bien aux agents rémitifs, quand doit-on, s'il y a lieu, cesser la médication? Doit-on le faire progressivement?

— Question posée par le Dr Richard Lortie, Brossard (Québec).

La stratégie thérapeutique actuelle est de ne pas cesser les agents dit rémitifs, car on ne guérit pas l'arthrite, mais on la contrôle. L'objectif est d'atteindre la rémission pour éviter les érosions et la destruction articulaire. Il arrive parfois, à la demande du patient, que la dose des médicaments soit réduite, mais nous ne cessons jamais, car il y a toujours le risque d'une récurrence.

Le docteur Mark Hazeltine 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 :

RGO 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*

12. Les signes alarmants d'un rapport Holter



À la lecture d'un rapport Holter, quels sont les signes d'alarmes importants (*red flags*) à surveiller?

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

Dans les bradyarythmies :

- les bloc AV de type Mobitz II et le bloc AV complet, même si transitoires;
- les pauses de plus de 2,5 secondes;
- la bradycardie excessive (> 30 % du temps) en l'absence de médicaments.

Dans les tachyarythmies :

- la présence de tachycardie ventriculaire non soutenue;
- la fibrillation auriculaire.

Toutes les autres arythmies, à moins d'être symptomatiques, sont des trouvailles habituelles (extrasystoles, tachycardie auriculaire non soutenue) et ne doivent jamais vous inquiéter.

Le docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

13. Le Botox[®] et les lombalgies chroniques



Quel est l'effet du Botox[®] injecté concernant son utilisation pour les cas de lombalgie chronique au niveau neurologique ou cellulaire?

— Question posée par le Dr Claude Morel, Rimouski (Québec).

Traditionnellement, le mécanisme d'action primaire du Botox[®] est l'inhibition de la relâche de l'acétylcholine des terminaisons nerveuses cholinergiques. Cela n'explique pas l'effet analgésique local ni l'effet anti-inflammatoire qu'on a remarqué dans les cas de lombalgie chronique, entre autres. Des études ont montré un effet d'inhibition de la relâche du glutamate et de la

substance P, ce qui diminuerait les afférences au système nerveux central via son effet sur les fuseaux neuromusculaires. Cela étant dit, cette indication du Botox[®] n'est pas encore acceptée et cela doit être expliqué au patient.

La docteure Nicole Khairallah a répondu.

14. Ostéoporotique ou non?



Que faire avec une patiente de 72 ans qui a une radiographie de la hanche où l'on parle d'ostéoporose et une fracture du poignet (à la suite d'une deuxième chute à 58 ans), mais dont la densité minérale osseuse (DMO) démontre un score T de -1,8? Dois-je la considérer ostéoporotique?

— *Question posée par la Dre Nathalie Lapierre, Chicoutimi (Québec).*

L'ostéodensitométrie est le seul examen objectif accessible aux médecins de famille pour diagnostiquer une ostéoporose selon les critères de l'Organisation mondiale de la Santé. Toutefois, le résultat doit être interprété dans le contexte clinique et en tenant compte des autres facteurs de risque. Plusieurs médecins utilisent exclusivement ce test pour traiter l'ostéoporose; or, plusieurs patients sont surtraités et d'autres sous-traités. Nous avons ici un bel exemple : une

femme qui, à 58 ans, a eu une fracture de fragilisation aurait déjà dû avoir une DMO et être traitée. Dans le cas présent, une DMO à -1,8 chez une patiente de 72 ans indique un risque fracturaire à 10 ans de 10 à 20 % (risque modéré). Si on inclut la fracture antérieure, le risque augmente à 20 %. Elle doit donc être considérée ostéoporotique et traitée en conséquence.

Le docteur Mark Hazeltine a répondu.

15. Les enfants atteints d'un syndrome de Landau-Kleffner



Quel est l'évolution des enfants ayant un syndrome de Landau-Kleffner traité avec un anti-épileptique pour leur acquisition du langage?

— *Question posée par la Dre Geneviève Toupin, St-Nicolas (Québec).*

L'aphasie acquise est le symptôme et le signe le plus prédominant dans le syndrome de Landau-Kleffner, et l'épilepsie est présente chez 70 à 80 % des enfants. Il s'agit d'un syndrome grave et son pronostic varie. En effet, l'épilepsie est habituellement contrôlée par les anti-épileptiques, et les anomalies à l'EEG finissent

par disparaître après plusieurs années, mais le problème de langage ne se résout pas chez la moitié des patients. Des améliorations des aphasies ont été décrites, mais malheureusement des détériorations aussi ont été rapportées.

Le docteur Nicole Khairallah a répondu.

16. La mammographie chez les femmes de 40 à 49 ans



Quelle est la bonne conduite clinique à tenir concernant la mammographie de dépistage pour les femmes de 40 à 49 ans en bonne santé et sans antécédents familiaux?

— Question posée par la Dre Hélène Laporte, Joliette (Québec).

Il y a un consensus concernant la mammographie de routine, avec ou sans examen des seins, chez les femmes de 50 à 69 ans. Toutefois, le consensus n'est pas aussi clair pour les femmes de 40 à 49 ans et chez les femmes de plus de 70 ans.

Une revue provenant de l'*American College of Physicians* a indiqué que le bénéfice du dépistage chez les femmes dans la quarantaine est moindre, car l'incidence du cancer du sein et l'efficacité de la mammographie sont réduites dans cette tranche d'âge. Ce fait doit peser dans la balance avec le risque du dépistage et le taux significatif de faux positif.

L'étude AGE

En cours depuis 1991, cette étude est menée auprès de 160 000 femmes du Royaume-Uni. Ces femmes qui avaient environ 40 ans au début de l'étude ont eu un examen annuel de dépistage de cancer du sein jusqu'à l'âge de 50 ans. Elles ont ensuite suivi le programme national de dépistage. Publiée en 2006, l'étude a rapporté qu'une mammographie annuelle de dépistage a certains avantages chez les femmes de 40 à 49 ans. Ils ont observé une légère baisse du nombre de décès chez les femmes ayant passé une mammographie annuelle. Par contre, la réduction du taux de mortalité n'a pas été statistiquement significative. Cette étude se poursuit et va fournir d'autres données sur la mammographie annuelle dès l'âge de 40 ans.

Les recommandations des instances médicales américaines

L'*American Cancer Society*, l'*American College of Radiology*, l'*American Medical Association*, le *National Cancer Institute* et l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* recommandent de débuter la mammographie de dépistage à l'âge de 40 ans. Cependant, le *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination* recommande de débuter la mammographie de dépistage à l'âge de 50 ans.

En bout de ligne, la patiente et le médecin devront réévaluer périodiquement le risque personnel du cancer du sein et peser les avantages et inconvénients (faux positifs, exposition à des radiations, fausse réassurance, douleur associée à la mammographie, plus de diagnostic de carcinome ductal [canaulaire] in situ) de la mammographie de dépistage. *Clin*

Bibliographie

1. Armstrong K, Moye E, Williams S, et coll: Screening Mammography in Women 40 to 49 Years of Age: A Systematic Review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2007 Apr 3; 146(7):516-26. Review.
2. Rajkumar SV, Hartman LC: Screening Mammography in Women Aged 40-49 Years. *Medicine* 1999; 78:410-16.
3. Site Internet de la Société canadienne du cancer : <http://www.cancer.ca>

La docteure Martine Bernard a répondu.