

L'origine de l'éjaculation précoce



L'éjaculation précoce est-elle psychologique ou non?

— Question posée par
Dr Michael McCormack,
Montréal (Québec).

Au cours des 15 à 20 dernières années, une meilleure connaissance des mécanismes neurovasculaires impliqués dans l'érection et l'éjaculation a permis de faire passer l'éjaculation précoce (EP) de problème névrotique à une entité neurobiologique.

Donc, dans la majorité des cas rencontrés, la situation n'est pas d'emblée considérée d'origine psychologique. Distinguons celle qui fut présente de tout temps, qui est physique, de l'EP acquise qui se limite à une situation spécifique, une partenaire particulière, etc. Dans ces situations intermittentes reliées à un facteur précis, le blocage psychologique devient évident.

Rappelons que les composantes essentielles pour le diagnostic d'EP sont : un temps de latence éjaculatoire court (moins de une à deux minutes), un manque de contrôle et l'absence de satisfaction sexuelle. Les deux théories étiologiques les plus retenues sont : l'hypersensibilité pénienne et l'hypersensibilité des récepteurs de 5-hydroxy-tryptamine.

Docteur Bruno Laroche
a répondu.

2

Les nouvelles indications des viscosuppléments



Y a-t-il de nouvelles indications pour les viscosuppléments?

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

Jusqu'à présent, seul l'arthrose du genou et de la hanche était reconnue officiellement comme une indication de la viscosuppléance. Maintenant, l'hylan G-F 20 est indiqué pour l'arthrose de l'épaule et de la cheville. La dose est cependant de 2 mL en une seule injection. Pour les années à venir, il est possible que la viscosuppléance soit aussi indiquée pour la rhizarthrose. Toutefois, elle n'est pas indiquée pour les conditions inflammatoires, comme l'arthrite rhumatoïde. De plus, en présence d'un épanchement du

genou chez un patient avec de l'arthrose, il faut procéder au préalable à un drainage.

Docteur Mark Hazeltine a répondu.

3 Le dosage de la testostérone lors d'andropause



Quand faut-il doser la testostérone chez les hommes soupçonnés d'être en andropause?

— Question posée par
Dr Alan V. Pavilanis,
Montréal (Québec).

L'andropause se réfère à la diminution des taux de testostérone, qui survient avec l'âge. Cette diminution peut être peu importante, et son impact clinique n'est pas bien établi. Certains réservent le terme « andropause » à la diminution du taux de testostérone associée à des signes et des symptômes d'hypoandrogénisme. Il est à noter que les symptômes de l'hypogonadisme tardif ressemblent beaucoup à des symptômes qu'on attribue au « vieillissement normal » :

- diminution de la fonction sexuelle;
- diminution de la densité osseuse;
- diminution de la masse et de la force musculaire;
- détérioration de la fonction cognitive.

Il existe très peu d'études avec contrôle placebo et double-aveugle pour évaluer l'impact du remplacement de la testostérone chez l'homme âgé. Jusqu'à présent, aucun effet bénéfique n'a pu être établi de manière convaincante. Il faut aussi mentionner que la testostérone peut avoir certains effets néfastes sur le tissu prostatique, sur l'augmentation de la concentration des globules rouges, etc. Encore une fois, nous n'avons pas d'études avec une puissance statistique suffisante et une durée d'observation assez longue pour se prononcer sur ces points. En l'absence de données probantes, il n'est pas recommandé de remplacer la testostérone en absence de patho-

logie testiculaire ou hypophysaire, à moins que ces taux de testostérone totale soient bas (< 6,9 nmol/L) de façon non équivoque et reproductible. En présence d'une suspicion « d'andropause » (symptômes qui vous semblent disproportionnés par rapport à l'âge), je vous suggère de tester la testostérone à plusieurs reprises (en effectuant le dosage de testostérone le matin) et, si vous décidez de traiter, d'instaurer le suivi des effets secondaires potentiels de façon appropriée. En présence de taux de testostérone abaissés, il ne faut pas oublier que des niveaux de LH bas indiquent une origine centrale de l'hypogonadisme et que le bilan devrait éliminer des pathologies hypothalamo-hypophysaires.

*Docteure Hortensia Mircescu
a répondu.*

4 Le traitement de la sinusite aiguë persistante



Quoi faire avec une sinusite aiguë qui persiste malgré deux traitements avec antibiotiques (macrolides/fluoroquinolones) chez un adulte en bonne santé mais allergique à la pénicilline?

— *Question posée par
Dr Christian Gaulin,
Sherbrooke (Québec).*

La sinusite aiguë dure environ deux à trois semaines. Si les antibiotiques n'éliminent pas toutes les bactéries, l'infection peut persister pendant plusieurs mois. C'est ce qu'on appelle une sinusite chronique.

Les échantillons prélevés des cavités nasales ne sont pas fiables pour faire une culture de bactéries. Les cultures bactériennes doivent se faire au niveau du « méat » moyen (sous le cornet moyen) par voie endoscopique. Le choix de l'antibiotique est alors déterminé par l'antibiogramme, et la durée du traitement est de 10 à 14 jours. S'il s'agit d'une infection chronique qui persiste depuis plus de trois mois, l'antibiothérapie peut être prescrite

pour six semaines. Les décongestionnants (en vaporisation) et les solutions salines aident à soulager la congestion.

Dans le cas de sinusite chronique, la tomographie est nécessaire pour déterminer l'étendue de l'infection et éliminer d'autres causes obstructives, comme la polyposse nasale, la déviation de la cloison ou une néoplasie. Bien sûr, les allergies doivent être contrôlées.

Docteur Ted Tewfik a répondu.

5 La myélofibrose et les transfusions plaquettaires



Chez un patient avec une myélofibrose, à quel niveau de plaquettes devons-nous transfuser les culots plaquettaires?

— *Question posée par
Dr Gilles Gauthier,
Gaspé (Québec).*

Un des risques des transfusions plaquettaires répétées est le développement d'anticorps chez le patient, ce qui risque de rendre les transfusions inefficaces. C'est pourquoi, dans les hémopathies chroniques, nous nous abstenons d'administrer des plaquettes en l'absence de saignement, et ce, même si le décompte est très bas ($< 10 \times 10^9/L$). À de tels niveaux de plaquettes, on peut toutefois pre-

scrire de l'acide tranexamique (cyklokapron). Ce médicament est un inhibiteur de la fibrinolyse qui réduit les risques d'hémorragie.

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.



6 Le plan d'action devant une créatinine élevée



À propos de la créatinine, comment établir un plan d'action lorsqu'elle dépasse la limite supérieure?

— Question posée par
Dr Denis Rioux, Québec.

Formules :

Cockcroft-Gault :

$$\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids}_{\text{kg}} \text{ (si c'est une femme alors } \times 0,85)}{0,8 \times \text{créa}_p}$$

UV/P :

$$\frac{[\text{créa}]_{\text{urine}} \text{ mm/L} \times \text{Volume urine mL/24h}}{[\text{créa}]_{\text{plasma}} \mu\text{m/L}}$$

(ajuster les unités pour obtenir mL/min)

Comme la créatinine provient essentiellement de la masse musculaire, il faut tenir compte de cette dernière dans notre interprétation du résultat. La fonction rénale peut être diminuée même si la créatinine plasmatique est dans les limites normales. Une façon rapide est l'utilisation de formules, telles que Cockcroft-Gault (voir encadré) ou MDRD (calculateur sur Internet ou Palm). Par contre, un jeune homme musclé peut avoir une créatinine plasmatique un peu élevée mais une clairance de créatinine normale. Dans le doute, on peut mesurer plus précisément la clairance de créatinine avec une collection urinaire de 24 heures (UV/P; voir encadré).

Si la clairance est vraiment diminuée, il faut déterminer la durée et la

stabilité du problème (aigu ou chronique; en évolution : amélioration ou détérioration). Il faut déterminer la cause; l'insuffisance rénale aiguë est le plus souvent causée par un problème hémodynamique (insuffisance cardiaque, hypotension, pertes digestives, ajout d'un ACEI ou ARA ou AINS, etc.) ou toxique (médicaments, agents de contraste, etc.). L'insuffisance rénale chronique est le plus souvent secondaire à un diabète ou néphroangiosclérose de l'hypertension; une glomérulonéphrite est une autre cause importante. Les tests de base les plus utiles sont l'échographie rénale, un contrôle du bilan biochimique incluant tous les électrolytes (Ca, PO₄, Mg), une formule sanguine complète et les indices urinaires (analyse et ratio protéine/créatinine sur une miction).

Docteure Louise Roy a répondu.

7 Des épistaxis et une maladie de Rendu-Weber-Osler



Quels sont les meilleurs traitements pour un cas de maladie de Rendu-Weber-Osler qui présente des épistaxis à répétition nécessitant de multiples transfusions sanguines?

— Question posée par
Dr Jean-Pierre Blais,
La Tuque (Québec).

Il s'agit d'une maladie qui se manifeste par de multiples télangiectasies au niveau de la peau ou des muqueuses. Effectivement, les épistaxis récidivantes sont une manifestation très fréquente de ces malformations. Le traitement de ces épisodes est souvent problématique. Les mesures générales incluent d'éviter la sécheresse des muqueuses nasales (humidité, solution nasale lubrifiante) et d'éviter, si possible, les antihistaminiques. La cautérisation et

l'emploi du laser peuvent être également utiles. L'embolisation artérielle est parfois efficace.

Pour les cas réfractaires, la prise d'œstrogènes peut diminuer les saignements, mais les effets secondaires sont à considérer. Finalement, l'emploi d'un agent fibrinolytique, tel que l'acide tranexamique (cyklokapron), diminue le nombre d'épistaxis chez certains patients.

Docteur Jean Dufresne a répondu.

8 L'investigation et le traitement du prurit vulvovaginal



Comment investiguer et traiter le prurit vaginal?

— Question posée par
Dr Gilles Gauthier,
Gaspé (Québec).

Je crois qu'il faut parler ici de prurit vulvovaginal. Effectivement, la patiente souffrant de prurit vaginal seul, sans implication de la vulve, est toujours possible, bien que moins fréquent.

Au questionnaire, on cherchera les facteurs aggravants (menstruation, coït) ou qui soulagent. On révisera les habitudes d'hygiène vulvovaginal, l'emploi ou non de sous-vêtements qui ne sont pas à base de coton ainsi que l'ensemble des traitements ou crèmes appliqués sur la vulve ou le vagin.

À l'examen physique, on portera une attention particulière sur la vulve à la recherche de lésion ou de signe d'irritation. On effectuera aussi un examen au spéculum avec état frais à la recherche d'une cause infectieuse, telle que le *Candida*.

S'il y a la présence d'un exsudat intense, on voudra isoler la présence abondante de staphylocoque ou de streptocoque. Il faut dire qu'une culture vaginal seule n'est généralement pas utile étant donné la flore polymicrobienne qui colonise le vagin.

Pour le *Candida*, l'emploi de fluconazole oral serait une bonne solution. Dans le cas de staphylocoque ou de streptocoque, l'emploi de céphalexine 500 mg trois fois par jour, pour cinq à sept jours, serait une solution. S'il y a allergie à la pénicilline, l'azithromycine 250 mg une fois par jour, pour six jours, pourrait être une autre alternative.

Docteure Martine Bernard
a répondu.

9 L'association warfarine et AAS



Pourquoi un patient prenant déjà de la warfarine aurait besoin d'AAS pour la prévention des évènements coronariens?

— Question posée par
Dre Josée Bouchard,
Pohénegamook (Québec).

Parce que nous visons des cibles différentes : la warfarine vise la coagulation (intrinsèque, extrinsèque), tandis que l'AAS vise les plaquettes non affectées directement par la coagulation en cascade. Ce sont les plaquettes qui déclenchent tout lorsque les artères (circulation coronarienne) bloquent; delà

l'importance de bloquer aussi les plaquettes avec l'AAS.

Docteur Félix-A. Ayala Paredes
a répondu.

10 Le diagnostic de l'algodystrophie réflexe



Que pensez-vous de l'algodystrophie réflexe?

— Question posée par
Dr Daniel Couture,
Sherbrooke (Québec).

Ce syndrome reste difficile à diagnostiquer à cause de l'inexistence d'un test diagnostique standard.

Quand la présentation est typique et que l'anamnèse et l'examen ne suggèrent pas d'autres diagnostics, on peut ne pas faire de tests paracliniques. Pour supporter le diagnostic d'algodystrophie, on possède trois tests :

- Les tests autonomiques qui prédisent surtout la réponse au traitement;
- La scintigraphie osseuse qui est seulement sensible à 40-50 % et surtout dans les premiers six mois;
- La radiographie standard.

Tous ces examens ne sont ni très sensibles ni très spécifiques et aident surtout à éliminer d'autres diagnostics différentiels.

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 :

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.



La pompe d'insuline dans le diabète de type I pédiatrique



Quelles sont les indications de la pompe à insuline pour le diabète de type I pédiatrique? Quels sont les avantages et les inconvénients?

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

Selon un consensus récent, le critère d'âge n'est plus un facteur limitant pour initier ce type de traitement. En général, on envisage un traitement avec une pompe d'insuline en présence :

- d'hypoglycémie grave récurrente;
- de fluctuations importantes des glycémies;
- d'un contrôle sous-optimal du diabète (valeurs A1C supérieures aux normes établies pour chaque groupe d'âge);
- de complications microvasculaires ou des facteurs de risque pour des complications macrovasculaires;
- d'un contrôle adéquat mais d'un régime d'insuline qui interfère de manière significative avec le style de vie.

D'autres circonstances pourraient également justifier l'utilisation d'une pompe d'insuline :

- des enfants très jeunes ou des nouveau-nés;
- des adolescents avec des troubles d'alimentation;
- un phénomène de l'aube important;
- une phobie des aiguilles;
- des adolescentes enceintes (idéalement avant la conception);
- des individus qui développent des cétones facilement;
- des athlètes.

Il est recommandé que la pompe soit utilisée chez les enfants pouvant bénéficier d'un suivi par une équipe multidisciplinaire expérimentée et

un milieu familial stable et capable d'encadrer l'enfant. Parmi les avantages, on peut citer :

- une amélioration du contrôle glycémique (diminution de l'A1C de l'ordre de 0,5 %);
- une diminution des épisodes d'hypoglycémie grave;
- une amélioration de la qualité de vie (plus de liberté);
- la possibilité de mieux surveiller l'administration des bolus pour les repas grâce aux mémoires améliorées des pompes;
- plus de facilité d'ajustement du traitement pour compenser les activités physiques.

Concernant les quelques inconvénients, on retrouve :

- le coût;
- la possibilité de survenue plus rapide d'acidocétose si la pompe n'est pas bien utilisée ou si elle est défectueuse (étant donnée l'absence d'insuline à longue durée d'action);
- la possibilité d'infection au site d'insertion du cathéter (risque faible);
- le besoin d'avoir une équipe expérimentée pour enseigner et encadrer.

Bibliographie

1. Phillip, et coll: Use of Insulin Pump Therapy in the Pediatric Age-group. *Diabetes Care* 2007; 30(6):1653.

*Docteure Hortensia Mircescu
a répondu.*

12 La TA limite des jeunes adultes



Quelle est la tension artérielle limite chez le jeune adulte? Est-ce autour de 145/85? Quel bilan doit-on faire, quel est le traitement et quand doit-on adresser le patient en spécialité?

Les valeurs cibles de la tension artérielle (TA) sont indépendantes de l'âge. Ainsi, la TA optimale doit être égale ou inférieure à 120/80 mmHg, et ce, pour tout le monde.

En l'absence de diabète, si la TA est à la limite supérieure de la normale (TA systolique entre 130 et 139 mmHg et TA diastolique entre 85 et 89 mmHg), il ne faut pas encore traiter avec des médicaments, mais on doit :

- encourager la diminution ou le contrôle des autres facteurs de risque;
- diminuer le sodium contenu dans la diète;
- favoriser l'exercice aérobique;
- contrôler de façon serrée la TA, car quatre ans après le diagnostic de TA élevée, 40 % des patients dépasseront les limites tensionnelles de 140/80 mmHg. Il faut ainsi les adresser en spécialité s'ils sont devenus hypertendus et s'ils ne sont pas contrôlés avec au moins deux médicaments.

Docteur Félix-A. Ayala Paredes 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[®]

13 Le spotting menstruel en périménopause



Que fait-on quand une patiente fait du spotting menstruel en périménopause et que celle-ci a une biopsie de l'endomètre négative?

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

Je présume que la patiente a eu une investigation complète, incluant la prolactine, la TSH, et le bêtaHCG. L'examen pelvien est négatif sans évidence de myome et, bien sûr, la biopsie de l'endomètre est négative.

En périménopause, la fonction ovarienne décline graduellement et tous les cycles ne sont pas nécessairement de bonne qualité. Des cycles anovulatoires entraînant une déficience en progestérone produisent des saignements irréguliers.

L'emploi de contraceptifs oraux pourrait être une solution si la patiente n'a pas de contre-indication. Sinon, on peut introduire des petites doses de progestatifs du quinzième

au vingt-sixième jour du cycle, soutenant ainsi la phase lutéale.

Docteure Martine Bernard a répondu.

14 Des nouvelles céphalées inquiétantes



Un jeune homme de 18 ans se présente à mon bureau se plaignant de céphalées nouvelles à l'effort. Il est inquiet, car quelques membres de sa famille ont fait des anévrismes cérébraux. Quel est le meilleur examen à faire?

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

L'apparition nouvelle d'une céphalée à l'effort chez un patient avec des antécédents familiaux d'anévrismes mérite une investigation.

Comme la céphalée semble chronique, une investigation par angiographie par résonance magnétique est le test le plus approprié dans les circonstances.

L'examen par excellence demeure l'angiographie standard, mais elle est réservée pour les anévrismes

rompus et semble invasive dans le cas qui nous concerne.

Docteure Nicole Khairallah a répondu.

15 Le sevrage de la corticothérapie




Est-il possible de sevrer complètement la corticothérapie orale chez le patient traité pour une polymyalgia rheumatica?

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

La polymyalgia rheumatica est une condition inflammatoire qui est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle se caractérise par une atteinte prédominante des ceintures scapulaire et pelvienne. La douleur nocturne et la raideur matinale sévissant plus d'une heure sont caractéristiques.

Certains rares patients peuvent répondre aux AINS. Toutefois, chez la vaste majorité, le traitement est la prednisone. La dose initiale est de 15 à 20 mg une fois par jour, le matin, pour une période d'environ six semaines. Le patient est ensuite réévalué, et s'il est asymptomatique, le sevrage est amorcé; il s'agit d'un processus progressif et lent pour éviter les rechutes. D'abord, la dose de prednisone est réduite à 12,5 mg une fois par jour pour deux semaines, puis 10 mg une fois par jour pour au moins deux mois. Si le patient demeure toujours asymptomatique, la dose est diminuée à 7,5 mg une fois par jour pour trois

mois, puis 5 mg une fois par jour pour trois mois. À cette étape-ci, si le patient n'a pas de douleur ni de raideur matinales, nous changeons la prednisone 5 mg pour de la prednisone 1 mg. La dose de prednisone sera alors de 1 mg, quatre comprimés une fois par jour (pour un total de 4 mg par jour), pour trois mois. À chaque visite subséquente, la dose est diminuée de 1 mg à tous les trois mois, pour finalement cesser la prednisone si le patient n'a plus de symptômes. La durée du traitement est, en moyenne, de 36 mois.

Fait à mentionner : une récurrence est possible. Il faut alors reprendre le traitement habituellement à la dose précédente avec laquelle le patient était asymptomatique. S'il ne répond pas, on doit augmenter la prednisone à la dose initiale, soit 15 mg une fois par jour. Bref, il est possible de sevrer la corticothérapie. 

Docteur Mark Hazeltine a répondu.



**Augmentez la satisfaction
de vos patients !**

DocteurDirect.com est un outil simple et sécuritaire qui vous permet de gérer votre agenda, vos références professionnelles entre collègues et qui diminue considérablement la charge administrative de votre équipe.

1-877-353-0010
service@docteurdirect.com

 **DocteurDirect.com**