

Le rôle de la sitagliptine chez le diabétique mal contrôlé



Quel est le rôle de la sitagliptine comparativement à celui du glyburide avec de la metformine chez le diabétique de type 2 mal contrôlé?

— Question posée par
Dre Danielle Fisch,
Canton Hatley (Québec).

L'ajout d'un deuxième hypoglycémiant oral est recommandé lorsque le contrôle du diabète avec la metformine seule n'est pas suffisant.

La sitagliptine fait partie des médicaments de la classe des incrétones. Parmi les avantages de ce médicament, on compte :

- pas de risque d'hypoglycémie;
- une prise quotidienne unique;
- des effets secondaires minimes;
- un effet neutre sur la prise de poids;
- l'inhibition du glucagon; l'hyperglucagonémie est un des facteurs contribuant à l'hyperglycémie dans le diabète de type 2.

Le glyburide est un sécrétagogue d'insuline avec un potentiel d'hypoglycémie. Chez les patients traités avec des sécrétagogues, on note souvent une prise de poids. De plus, l'étude ADOPT (*A Diabetes Outcome Progression Trial*) a montré un taux d'échec secondaire important avec les sulfonylurées. Des études d'une durée d'un an avec la sitagliptine suggèrent un maintien du con-

trôle glycémique pour cette durée. Donc, personnellement, en l'absence de contre-indication, j'ai tendance à privilégier la sitagliptine par rapport au glyburide, pour le moment.

Docteure Hortensia Mircescu
a répondu.

Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est formellement interdite. Les personnes autorisées peuvent télécharger, afficher, visualiser et imprimer ce contenu pour leur usage personnel

2 La durée de la prise d'AAS pour un stent médicamenté



La durée de la prise d'AAS pour un stent médicamenté : 3, 6 ou 12 mois?

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

À vie. La durée du traitement avec d'autres antiplaquettaires peut être discuté, mais l'AAS n'est pas une option : si votre patient a un tuteur en place, il a besoin d'AAS à vie.

Docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

3 Le traitement de la fibromyalgie : du nouveau



Quelles sont les nouveautés concernant le traitement de la fibromyalgie?

— Question posée par
Dr Jean L. Thisdale,
St-Eustache (Québec).

Le syndrome de fibromyalgie affecte 2 à 4 % de la population adulte. Elle est de cause inconnue et affecte principalement les femmes. Elle se caractérise par des douleurs généralisées chroniques, de la fatigue et de la sensibilité. Bien qu'il n'y ait pas de guérison, la fibromyalgie peut être traitée par une approche multidisciplinaire qui inclut l'éducation du patient, le changement de style de vie et la médication.

Plusieurs études cliniques ont démontré que le conditionnement physique, les thérapies cognitives ainsi que les techniques de relaxation avaient un effet bénéfique chez ces patients.

Quant à l'approche médicamenteuse, les AINS ne sont d'aucune utilité. Quant aux analgésiques, le tramadol a été recommandé récemment dans les lignes directrices publiées pour le soulagement de la douleur de la fibromyalgie. L'amitriptyline (10 à 50 mg au coucher) et la cyclobenzaprine (10 à 30 mg une fois par jour) ont été longtemps le traitement de la

douleur et du sommeil non réparateur. Parmi les nouveautés pharmacologiques, retenons la prégabaline (Lyrica®), d'abord utilisée pour le soulagement de la douleur neuropathique, qui est maintenant approuvée aux États-Unis pour le soulagement de la douleur fibromyalgique. La dose initiale est de 50 mg une fois par jour au coucher, et elle peut être augmentée progressivement jusqu'à une dose de 150 mg deux fois par jour. Finalement, la duloxétine (Cymbalta®) vient de recevoir l'approbation par la *Food and Drug Administration* pour le soulagement de la douleur dans la fibromyalgie. La dose est de 60 mg une fois par jour. Il est cependant recommandé de débiter à 30 mg une fois par jour, pour une semaine, afin de permettre au patient de s'adapter au médicament, puis d'augmenter à 60 mg une fois par jour. La somnolence est parmi les effets secondaires les plus courants des deux médicaments.

Docteur Mark Hazeltine a répondu.

Plusieurs études cliniques ont démontré que le conditionnement physique, les thérapies cognitives ainsi que les techniques de relaxation avaient un effet bénéfique chez les patients atteints de fibromyalgie.

4 L'approche des plaques blanches de la vulve



Quelle est l'approche recommandée et quel est le traitement des plaques blanches de la vulve?

— Question posée par
Dre Catherine McCuaig,
Montréal (Québec).

La vulve peut être affectée de différentes manières. Les plaques ou lésions blanches peuvent représenter une réponse post-inflammatoire à une blessure quelconque. De même, il peut s'agir :

- d'hyperkératose ou d'un lichen simplex, une réaction que l'on peut retrouver avec d'autres types de dermatites. Dans le doute, une biopsie vulvaire s'impose;
- de lichen scléreux. Classiquement, il s'agit d'une zone bien démarquée, blanche, d'aspect atrophique, lustrée en verre dépoli.

L'application d'une crème de corticostéroïdes puissante, telle que le clobétasol 0,05 %, une couche mince deux fois par jour, pour huit semaines, est recommandé.

- de vitiligo. Il s'agit d'une dépigmentation auto-immune caractérisée par la perte des mélanocytes, aussi bien sur la vulve qu'aux extrémités.

Docteure Martine Bernard
a répondu.

5 La conduite automobile et le stimulateur cardiaque



Y a-t-il une période d'incapacité concernant la conduite d'un véhicule pour un patient ayant un stimulateur cardiaque pour un trouble de bradycardie avec ou sans syncope?

— Question posée par
Dr Luc Deneault,
Napierville (Québec).

L'implantation d'un stimulateur cardiaque et la syncope avec ou sans stimulateur cardiaque sont deux situations différentes.

Pour l'implantation d'un stimulateur cardiaque, une semaine sans véhicule est suggérée pour la conduite privée et un mois pour la conduite commerciale. Si j'ai un patient âgé et avec la peau fragile et mince, je suggère un peu plus d'une semaine, car les ceintures des automobiles sont installées du côté gauche, là où 90 % des stimulateurs cardiaques sont maintenant implantés. À cet effet, les patients tentent souvent d'obtenir un billet d'exemption pour conduire sans ceinture, ce qui est évidemment toujours refusé.

Pour la syncope isolée ou de cause clairement identifiée, une semaine d'arrêt de conduite est suffisante. Cependant, dans le cas d'une syncope récurrente ou de la syncope sans cause identifiée, trois mois d'arrêt sont suggérés pour la conduite privée et 12 mois pour la conduite commerciale. Je vous invite à consulter le lien ci-dessous, qui contient les directives de la Société canadienne de cardiologie : http://www.ccs.ca/download/consensus_conference/consensus_conference_archives/2003_Fitness_ES.pdf

Docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu.

6 Le diagnostic du « *burnout* »



Comment diagnostiquer le « *burnout* » chez un patient en bonne santé mais souffrant de fatigue et de stress reliés au travail?

— Question posée par
Dre Rita Farah,
Montréal (Québec).

Ainsi, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR ne retient pas une catégorie spécifique pour désigner ce syndrome, pourtant largement médiatisé.

Bien que l'on dénombre une littérature abondante sur le syndrome du « *burnout* » depuis les trente dernières années, très peu d'études systématiques sont disponibles pour confirmer la validité de ce diagnostic. Ainsi, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR ne retient pas une catégorie spécifique pour désigner ce syndrome, pourtant largement médiatisé.

Néanmoins, plusieurs troubles mentaux incluent dans le DSM-IV-TR peuvent rendre compte du tableau clinique de patients ayant des difficultés de fonctionnement au travail. Lors de l'entrevue diagnostique, il faut tenir compte de l'ensemble de la symptomatologie du patient pour poser un diagnostic spécifique. Ainsi, la présence de symptômes anxieux ou dépressifs surajoutés à une plainte de fatigue et de stress liés au travail pourraient orienter le clinicien vers un diagnostic de trouble dépressif majeur, un trouble de l'adaptation, un trouble anxieux, tel qu'un trouble de l'anxiété généralisée, ou encore une décompensation d'un trouble de la personnalité (ex. : une personnalité obsessionnelle-compulsive). Naturellement, le médecin doit s'assurer que le trouble mental n'est pas induit par une condition médicale générale (ex. : une hypothyroïdie, une anémie ferriprive, etc.) ou par une substance (ex. : un trouble

de l'humeur induit par l'alcool ou des stupéfiants) et même un trouble primaire du sommeil.

Malgré l'absence de consensus quant à la validité et aux critères diagnostiques du « *burnout* », des outils diagnostiques ont été élaborés. En voici deux exemples :

- L'inventaire d'épuisement professionnel (*Maslach Burnout Inventory*) regroupe les manifestations en trois dimensions principales, soit l'épuisement, le cynisme et la perte du rendement professionnel.
- Les critères de Bibeau visent à opérationnaliser le syndrome du « *burnout* » en l'associant au trouble de l'adaptation défini dans le DSM-IV-TR et incluent; 1) une fatigue généralisée significative s'accompagnant d'une perte de confiance en soi, d'un sentiment d'incompétence, d'une aversion au travail, de somatisations multiples, de difficultés de concentration, d'irritabilité et d'une attitude négativiste; 2) une diminution de la performance au travail sur une période de plusieurs mois, observable en relation avec les clients, les superviseurs et/ou les collègues.

Docteure Mylène Valiquette-Lavigne et docteur Pierre Landry ont répondu.

7 L'urgence mictionnelle chez la personne âgée et diabétique



Quelle investigation est recommandée chez une dame de 85 ans diabétique, qui présente de l'urgence mictionnelle?

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

Dans ce type de cas, nous devons éliminer les causes provoquant une hyperactivité vésicale ou une mauvaise vidange. Aussi, un journal des mictions effectué sur deux ou trois jours précisera les volumes mictionnels et la diurèse nocturne par rapport à la diurèse diurne.

L'examen physique ciblé devra éliminer une masse pelvienne, un globe vésical et une cystocèle. La prévalence des infections urinaires croissant avec l'âge, il est évident que c'est le premier problème à éliminer par l'analyse et la culture d'urine. Si cette dame a déjà fumé ou cohabité avec un fumeur, d'emblée une cytologie urinaire sera demandée ainsi qu'en présence d'une microhématurie; si présente, elle obligera une échographie abdominale et pelvienne.

À long terme, le diabète peut produire une neuropathie sensitive d'où la mauvaise vidange, à vérifier par échographie ou cathétérisme. Nous considérerons un syndrome de vessie hyperactive en l'absence de tout facteur pathologique local.

Docteur Bruno Laroche 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*

8 La prescription d'IECA pour le diabétique normotendu



Diabétique normotendu : avec toutes les études sur la néphroprotection et la cardioprotection, devrions-nous débiter un IECA chez cette clientèle, dès le diagnostic?

— *Question posée par Dr Mario Boutin, Québec.*

Les études actuelles suggèrent qu'il y a un bénéfice à traiter les diabétiques normotendus présentant de la microalbuminurie. Chez les patients sans microalbuminurie, les données suggèrent également qu'on pourrait avoir des effets protecteurs chez les patients normotendus mais avec un risque cardiovasculaire élevé selon l'échelle de Framingham. Les nombre études pour ce type de patients

(normotendus, sans microalbuminurie) est néanmoins limité.

Docteure Hortensia Mircescu a répondu.

9 Le traitement de la fibrillation auriculaire aiguë



Traiter une fibrillation auriculaire (FA) aiguë : quel médicament privilégier compte tenu des interactions de nos polymédicamentés et de leurs antécédents pas toujours connus?

— *Question posée par Dre Marie-Chantal Piché, Île-Perrot (Québec).*

Le premier objectif dans le traitement de la FA aiguë est de ralentir la fréquence cardiaque. Les bêtabloquants ou les bloquants calciques sont indiqués. La seule contre-indication des premiers est l'asthme ou la MPOC grave et décompensée.

Par la suite, si nous voulons convertir en rythme sinusal, tout médicament est permis, peu importe les antécédents inconnus et les autres médicaments utilisés par le patient, car celui-ci reste en tout temps sous un moniteur. Donc, si des effets secondaires surviennent, il sera possible de les contrôler rapidement; la propafénone ou la flécaïnide orale sont à essayer en première intervention. Par habitude, au Québec, la procaïnamide IV est souvent utilisée; il faut noter que dans les cas de FA paroxystique,

plusieurs patients (presque tous) vont se convertir dans les premières 24 heures, même sans médicament, et les anti-arythmiques accélèrent simplement le temps de conversion.

Ainsi, je suggère à mes patients (ayant en tête l'état des urgences engorgées) d'attendre 8 à 12 heures (si la FA est acceptablement tolérée) avant de se présenter à l'hôpital, afin de donner une chance à la conversion de se faire spontanément.

Docteur Félix-A. Ayala Paredes a répondu

10 L'efficacité du palmier nain pour l'HBP



Quelle est l'efficacité des baies de palmier nain dans l'hyperthrophie bénigne de la prostate (HBP)?

— Question posée par Dr Jacques Boisselle, Jonquière (Québec).

L'extrait de palmier nain, *Serenoa repens*, est le produit le plus utilisé parmi les quelques 30 produits phytothérapeutiques. Il est suggéré que le mécanisme d'action principal du *S. repens* serait une inhibition de la 5alpha-réductase.

Plusieurs études ont été publiées; celles sans groupe contrôle offrent peu d'information sur l'efficacité, et plusieurs avec groupe contrôle ne rencontrent pas les critères généralement acceptés pour évaluer les résultats de traitement.

Une excellente étude récente portant sur 225 patients avec HBP n'a démontré aucune différence après un an entre le groupe recevant 160 mg d'extrait de palmier nain et le groupe placebo, se basant sur la cote des symptômes et le débit urinaire maximal¹.

Les associations canadiennes, européennes et américaines d'urologie ne recommandent toujours pas l'utilisation des produits phytothérapeutiques comme traitement standard de l'HBP². Leurs efficacité et sécurité restent à déterminer par des études prospectives à répartition aléatoire en double aveugle.

Références

1. Casner PR, Dimitrakov JD, Bent S, et coll. : Saw Palmetto for Benign Prostatic Hyperplasia. NEJM. 2006; 354:1950-51.
2. Canadian Guidelines for the Management of Benign Prostatic Hyperplasia. The Canadian Journal of Urology. 2005; 12(3):2677-83.

Docteur Bruno Laroche 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™

II L'investigation des ménorragies récidivantes



Si une patiente de plus de 40 ans (bilan normal) souffre de ménorragies et choisit de pas avoir de traitement, que doit-on reprendre comme investigation quand elle revient avec le même problème, l'année suivante?

— Question posée par
Dre Suzanne Fleurent,
Laval (Québec).

La patiente de plus de 40 ans présentant des ménorragies a eu une investigation complète incluant une formule sanguine complète, une b-HCG, une TSH et une biopsie de l'endomètre. On voudra écarter une étiologie organique, tel un polype ou un myome sous-muqueux, soit avec une hystérosonographie ou hystérocopie.

Advenant que l'ensemble de l'investigation soit négative et que la patiente désire l'expectative seule, si elle revient l'année suivante avec le même problème, je crois que je répéterai au moins la formule sanguine et la TSH. Je ne referai pas de biopsie de l'endomètre ou d'hystérocopie. Par contre, on

devra bien sûr effectuer la cytologie et l'examen bimanuel.

Si les ménorragies n'imcommo- dent pas la patiente et n'ont aucune répercussion biochimique, une conduite expectative sera préférée par la majorité des patientes. Sinon, il faudra discuter avec la patiente des différentes modalités thérapeu- tiques : contraceptifs oraux, antifi- brinolytiques, dispositif intra-utérin à lévonorgestrel, danazol ou encore ablation de l'endomètre.

Docteure Martine Bernard a répondu.

12 Le I¹²⁵ et les risques d'hypothyroïdie



Peut-on développer une hypothyroïdie à la suite d'une exposition à I¹²⁵ (radioactif) dans le cadre de recherche/laboratoire (patiente exposée pendant quatre ans avec des antithyroïdiens négatifs, une TSH < 10 et antécédents familiaux négatifs sur quatre générations)?

— Question posée par
Dre Elena Likavcanova,
Gatineau (Québec).

Aucun cas d'hypothyroïdie n'a été rapporté à la suite d'une exposition de I¹²⁵ dans le cadre que vous décrivez. L'isotope I¹²⁵ n'émet pas de radiation bêta qui s'absorbe dans les tissus. Cet isotope est donc très utile pour des études *in vitro*. *In vivo*, l'émission gamma est de faible intensité. Dans les années 1970, l'iode 15 a déjà été utilisé dans quelques études pour traiter l'hyper- thyroïdie mais a été remplacé par de l'iode 131.

Pour votre patiente avec une TSH < 10, je vous conseille avant

tout de vérifier la TSH deux à trois mois après, car un pourcentage non négligeable des hypothyroïdies sub- cliniques se corrigent spontanément.

Docteure Hortensia Mircescu a répondu

13 L'investigation d'une neutropénie de novo



Quelle investigation suggérez-vous pour une neutropénie de novo?

— Question posée par
Dre Johanne Rioux,
St-Lambert (Québec).

Le diagnostic différentiel de la neutropénie est très large. En résumé, les causes peuvent être d'origine centrale (insuffisance médullaire) ou périphérique (destruction des neutrophiles dans la circulation sanguine).

Les principales causes centrales sont :

- un effet secondaire d'un médicament;
- une carence vitaminique;
- une infiltration médullaire (leucémies, myélodysplasie, etc.);
- une aplasie médullaire;
- une exposition à un agent toxique (produits chimiques, radiations, etc.).

La splénomégalie avec hypersplénisme ainsi qu'une destruction auto-

immune sont les causes périphériques à éliminer.

Plusieurs types d'infections (influenza, tuberculose, parvovirus, mononucléose, etc.) peuvent provoquer une neutropénie par une dysfonction de la moelle osseuse ou par destruction périphérique.

Outre le questionnaire et l'examen physique, le bilan comprend un frottis sanguin, un dosage de la vitamine B12 et de l'acide folique, un FAN et finalement un médullogramme si la cause n'est pas précisée après le bilan initial.

Docteur Jean Dufresne a répondu.

14 Les causes d'une paralysie du quatrième nerf crânien



Quelles sont les causes d'une paralysie du quatrième nerf crânien chez un homme de 42 ans sans antécédents mais ayant une hyperthyroïdie transitoire?

— Question posée par
Dre Hélène Beaulieu,
Québec.

Il y a quatre syndromes qui causent une atteinte du quatrième nerf crânien :

- dans le mésencéphale (hémorragie, tumeurs, etc.);
- dans l'espace sous-arachnoïdien (anévrisme, schwannome, inflammation, trauma, etc.);
- dans le sinus caverneux (néoplasie, infection, etc.);
- dans l'orbite (infiltration, ophtalmopathie thyroïdienne, etc.).

Dans le cas précédent, il est très possible que la cause soit une

ophtalmopathie thyroïdienne qui peut mimer n'importe quelle atteinte des nerfs crâniens. Il serait bien d'avoir une confirmation du diagnostic par un neuro-ophtalmologiste. Sinon, le bilan standard doit être fait : résonance magnétique nucléaire cérébrale, ponction lombaire, etc. **C**

Docteure Nicole Khairallah a répondu.