



Quel est le diagnostic?

Il s'agit de *tinea barbæ* causée par une infection superficielle à dermatophyte zoophile (ex. : *Trichophyton mentagrophytes*), qui est limitée aux surfaces pileuses du visage et du cou. Elle se produit presque uniquement chez les hommes adultes. La présentation clinique comprend des plaques de type Kérion, inflammées et profondes, ainsi que des zones superficielles non inflammatoires ressemblant au *tinea corporis* ou à la folliculite bactérienne. La microscopie directe ou la culture des zones atteintes confirmera le diagnostic.

Quel est le traitement?

Le traitement local consiste à raser ou épiler les poils de la surface atteinte et de retirer les débris et les croûtes présents. Le traitement définitif requiert l'utilisation d'antifongiques oraux, telle la terbinafine 250 mg p.o. une fois par jour, pour quatre semaines, avec un suivi aux deux semaines.

I *Tinea barbæ*

Depuis quelques semaines, cet homme de 44 ans présente des nodules rouges inflammatoires avec un drainage de pus et des croûtes. Au départ, ces lésions étaient peu nombreuses et localisées uniquement au menton. Maintenant, elles

sont présentes aux joues, au menton et au cou, rendant très inconfortable le rasage et entraînant une situation gênante lorsque le patient est en public.

Dr Jean-François Roussy
Résident I, médecine interne
Dre Karine Martel
Résidente I, médecine familiale
Dr Alain Martel
Microbiologiste-infectiologue, interniste

Le traitement local consiste à raser ou épiler les poils de la surface atteinte et de retirer les débris et les croûtes présents.



2 Zona des branches L1-L2 gauches

Depuis plusieurs jours, un homme de 84 ans présente des douleurs de type névralgique au niveau lombaire avec une irradiation à la hanche et à la cuisse gauche. Il a noté une alodynie importante à cet endroit, surtout lorsque ses vêtements frottaient sur cette zone de la

hanche. Il a consulté une première fois, quelques jours avant l'apparition de ces lésions. Un diagnostic de sciatgie gauche a été posé, et des AINS ont été débutés. Par la suite, ces lésions vésiculaires sont apparues.

Dr Jean-François Roussy
 Résident I, médecine interne
 Dre Karine Martel
 Résidente I, médecine familiale
 Dr Alain Martel
 Microbiologiste-infectiologue, interniste

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un zona des branches L1-L2 gauches. Un diagnostic clinique difficile en l'absence de lésions cutanées, mais qui devient évident lors de l'apparition de lésions cutanées typiques. Une fluorescence directe positive est venue confirmer le diagnostic.

Quel est le traitement?

Plusieurs antiviraux sont actuellement disponibles sur le marché pour le traitement du zona, dont :

- l'acyclovir 800 mg p.o. cinq fois par jour, pour 7 à 10 jours;
- le valacyclovir 1 000 mg trois fois par jour, pour sept jours;
- le famcyclovir 500 mg trois fois par jour, pour sept jours.

Les études cliniques et pharmacologiques ont démontré une efficacité plus importante des deux derniers traitements. Lorsque débutés dans les premières 72 heures de l'apparition des lésions, les antiviraux ont démontré une plus grande efficacité à prévenir les douleurs post-zona chez les patients plus âgés. Certains cliniciens n'hésitent pas à utiliser les antiviraux, même après plus de 72 heures d'apparition des lésions, surtout si elles continuent à apparaître après ce temps.

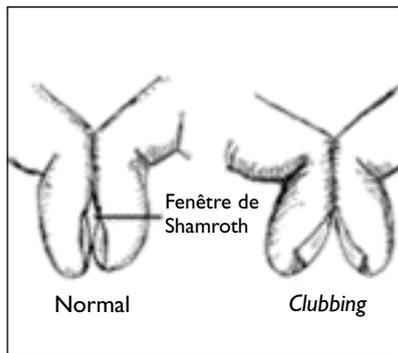


Figure 1. Le signe de Shamroth

Source : www.medscape.com

Quel est le diagnostic?

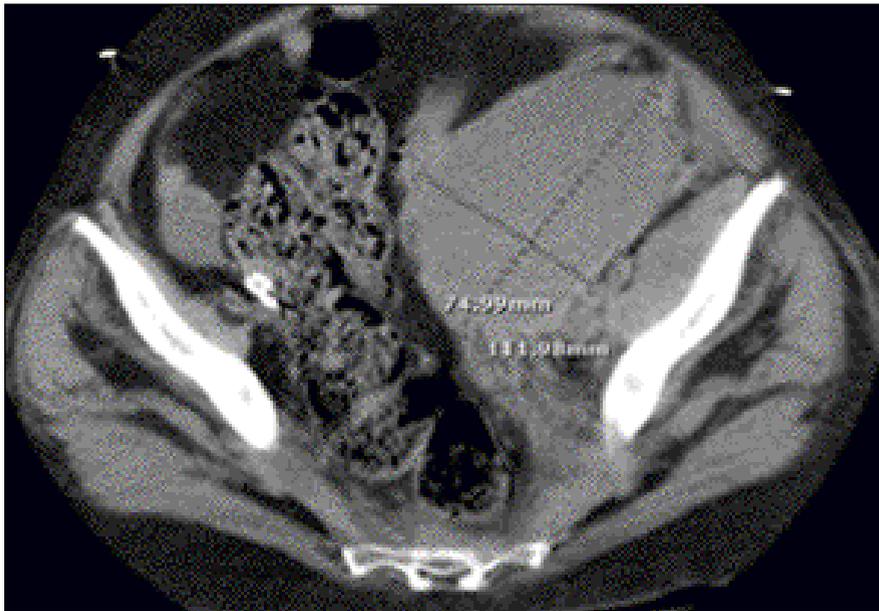
Il s'agit d'un hippocratisme digital typique. Il est parfois difficile de porter ce diagnostic, surtout lorsque les signes sont moins prononcés. À ce titre, il suffit de rechercher le signe de Shamroth (figure 1), qui consiste à rapprocher les parties dorsales distales des ongles pour observer la présence d'une petite ouverture en forme diagonale. En l'absence de cette petite ouverture, le diagnostic d'hippocratisme digital peut alors être porté.

3 Hippocratisme digital typique

Il s'agit d'un jeune patient âgé de 33 ans qui est porteur d'une cardiomyopathie congénitale, et qui présente la caractéristique suivante (voir photo) à l'examen physique.

Dr Jean-François Roussy
 Résident I, médecine interne
 Dre Karine Martel
 Résidente I, médecine familiale
 Dr Alain Martel
 Microbiologiste-infectiologue, interniste

À ce titre, il suffit de rechercher le signe de Shamroth (figure 1), qui consiste à rapprocher les parties dorsales distales des ongles pour observer la présence d'une petite ouverture en forme diagonale.



4 Hématome rétropéritonéal

Il s'agit d'une patiente de 72 ans, anticoagulée avec de la warfarine pour une thrombophlébite massive du membre inférieur gauche. Durant l'hospitalisation, elle devient fiévreuse pendant plusieurs jours, avec une température corporelle à 39 °C et des bilans infectieux demeurant négatifs. Elle note également des malaises abdominaux du côté gauche, de plus en plus incommodes.

Dr Jean-François Roussy
 Résident I, médecine interne
 Dre Karine Martel
 Résidente I, médecine familiale
 Dr Alain Martel
 Microbiologiste-infectiologue, interniste

Un soir, elle devient gravement hypotendue, sa température est à 38,9 °C et elle très souffrante au niveau abdominal. Son hémoglobine a chuté de 130 à 58 et son INR (*international normalised ratio*) est à 2,68. Un CT scanner abdominal est finalement effectué.

Quel est le diagnostic?

La tomodensitométrie démontre la présence d'un énorme hématome rétropéritonéal, probablement secondaire à l'anticoagulation. Il mesure près de 12 cm par 8 cm.

Quel est le traitement?

Le traitement du choc hémorragique est évidemment la première étape. En ce qui concerne l'anticoagulation, elle doit être cessée temporairement pour tenter d'arrêter la progression de l'hématome. Toutefois, comme elle a une indication claire d'être anticoagulée, la pose d'un filtre de la veine cave inférieure s'impose. Par la suite, lorsque l'hématome sera plus stable ou en résorption, l'anticoagulation pourra être reprise mais en visant un INR entre 2,0 et 2,5 maximum. Dans le cas de non-résorption ou de progression de l'hématome, une ponction évacuatrice en radiologie pourrait être une solution de dernier recours.

CCPP* Monographie disponible sur demande
 Wyeth Soins de santé inc. Mississauga, ON, Canada L4Z 3M6



5 Lésions cutanées de la syphilis

Ce jeune homme homosexuel, ayant de multiples relations sexuelles sans protection, se présente à la clinique pour une fièvre, une fatigue et une douleur à la gorge sévissant depuis plus d'une semaine. Il a aussi noté l'apparition de minuscules macules érythémateuses et non douloureuses

sur la paume de ses mains, sans lésion aux plantes ni aux organes génitaux. On note également des ganglions cervicaux et inguinaux douloureux à la palpation.

Dr Jean-François Roussy
 Résident I, médecine interne
 Dre Karine Martel
 Résidente I, médecine familiale
 Dr Alain Martel
 Microbiologiste-infectiologue, interniste

Quel est le diagnostic?

Il s'agit de lésions cutanées de la syphilis secondaire présentes sur la paume des mains. Au questionnaire, il faut rechercher la présence, dans les semaines précédentes, de lésions génitales non douloureuses ayant spontanément régressées. Le RPR (*Rapid Plasma Reagin*) est positif ainsi que le VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), dans ce cas-ci, à une dilution de 1/512. Le diagnostic de syphilis secondaire conduit presque toujours à une sérologie positive, et l'absence de sérologie positive élimine le diagnostic (valeur prédictive négative élevée). La confirmation du VDRL est faite par un autre test sanguin, le FTA-ABS, qui s'est également avéré positif.

Quel est le traitement?

La pénicilline est le traitement de choix, à raison de benzathine pénicilline 2,4 MU intramusculaire à toutes les semaines, pour trois semaines consécutives (total de 7,2 MU). Dans les cas de syphilis secondaire, il est important de considérer une réaction de Jarisch-Herxheimer, qui peut survenir dans plus de 50 % des cas traités avec la pénicilline, et qui se manifeste par de la rigidité, parfois des convulsions, de la fièvre, une élévation de la tension artérielle suivie d'une hypotension proche du choc apparaissant 6 à 12 heures après le traitement. Cette réaction peut être confondue avec une allergie à la pénicilline. Il est très important de mentionner au patient qu'un suivi doit être fait à 1, 3, 6 et 12 mois avec négativation ou régression des titres sérologiques, ce qui permettra de confirmer la guérison et de diminuer la transmission. À noter : si la maladie n'est pas traitée à ce stade, près du tiers des patients développeront des complications tels des neurosyphilis, une aortite et des anévrysmes aortiques ou des lésions destructrices de la peau et des os (gomme syphilitique).



6 Malformation veineuse du thorax

Cette femme de 47 ans présente une malformation veineuse du côté inférieur droit du thorax. Elle souhaite que la lésion soit excisée.

Dr Jerzy Pawlak, dermatologue

La sclérothérapie se révèle bénéfique pour environ 60 % à 80 % des patients.

L'excision est-elle la meilleure solution?

Seules les lésions superficielles de petite taille doivent être excisées. Procéder à l'excision de grandes malformations veineuses entraîne souvent une morbidité significative ou la formation de grandes cicatrices.

L'excision ne doit donc servir que dans les cas où les lésions ne touchent à aucun groupe de muscles ou d'os importants et doit être effectuée par un chirurgien d'expérience. Toutefois, malgré la réussite de l'excision, la plupart des lésions reviennent après la chirurgie.

Quelles sont les autres options de traitement?

La sclérothérapie et l'ablation par radiofréquence.

La sclérothérapie est un traitement généralement moins effractif et plus efficace que l'excision. La sclérothérapie se révèle bénéfique pour environ 60 % à 80 % des patients. L'ablation par radiofréquence est un traitement souvent utilisé dans les cas de cancers du foie, des reins, des poumons et des os. Ce traitement peut également s'avérer une option de traitement dans le cas de patients ne pouvant être traités au moyen de la sclérothérapie ou de patients pour qui ces deux traitements n'ont pas fonctionné.



7 Herpès génital

Depuis quelques jours, cette patiente de 32 ans présente une lésion douloureuse au niveau urogénital avec des pertes vaginales non prurigineuses et non odorantes. Au courant de la dernière année, elle avait eu plusieurs relations hétérosexuelles non protégées. Elle n'avait jamais noté de lésion identique auparavant.

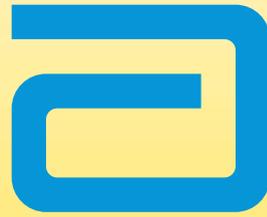
Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'herpès génital initial. La patiente confirme avoir eu, dans le passé, des feux sauvages au niveau buccal. La culture virale à partir de la zone ulcérée a permis d'isoler le virus *Herpes simplex* de type 2.

Quel est le traitement?

Un antiviral, tel le valacyclovir 500 mg, deux comprimés deux fois par jour, ou le famciclovir 250 mg, un comprimé trois fois par jour, pour 7 à 10 jours, peut être suffisant. Cependant, un traitement plus long peut être nécessaire, surtout lors de primo-infection. Comme il s'agit d'un premier épisode, une prophylaxie n'est pas nécessaire, mais la patiente a une probabilité de récurrence de 66 % dans l'année qui suit, et il faudrait l'en aviser pour lui prescrire une prophylaxie à long terme si le nombre de récurrences est suffisamment encombrant et important.

Dr Jean-François Roussy
Résident I, médecine interne
Dre Karine Martel
Résidente I, médecine familiale
Dr Alain Martel
Microbiologiste-infectiologue, interniste



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.

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 Lésions syphilitiques atypiques

Ce jeune homme homosexuel, ayant des relations avec ou sans protection avec de multiples partenaires, se présente au bureau pour des lésions péniennes non douloureuses, non ulcérées, au pourtour ferme et sans écoulement urétral, présentes depuis quelques semaines déjà. Il affirme avoir également une douleur pha-

ryngée avec des « bosses » douloureuses dans le cou.

À l'examen, on note qu'il n'a pas de ganglion inguinal mais des ganglions cervicaux bilatéraux, douloureux à la palpation. L'examen de la gorge est normal.

Dr Jean-François Roussy
Résident I, médecine interne
Dre Karine Martel
Résidente I, médecine familiale
Dr Alain Martel
Microbiologiste-infectiologue, interniste

Quel est le diagnostic?

Il s'agit de lésions syphilitiques atypiques au niveau du gland. Depuis quelques années, cette ITSS (infection transmissible sexuellement et par le sang) est en recrudescence dans les communautés homosexuelles nord-américaines. Elle résulte d'une infection au *Treponema pallidum*. La transmission de personne à personne se fait par le contact direct avec un chancre, présent le plus souvent sur les organes génitaux externes, le vagin, l'anus ou le rectum, parfois inaperçu lors de l'examen physique. Les lésions peuvent également être présentes sur la bouche et les lèvres, selon les habitudes sexuelles pratiquées. Chez ce patient, l'examen, par endoscopie des voies respiratoires supérieures a permis de visualiser un chancre typique au niveau du pharynx. L'analyse par microscopie au fond noir du chancre ou la sérologie pour la syphilis (anticorps réaginniques) permet de confirmer le diagnostic. Celle-ci peut devenir positive rapidement dans les jours qui suivent l'apparition des lésions.

Quel est le traitement?

Au stade primaire (chancre uniquement), le traitement à la pénicilline benzathine intramusculaire est très efficace. Une dose de 2,4 MU est nécessaire chez les individus ayant cette ITSS depuis moins d'un an. Des doses additionnelles sont requises si la durée de la maladie dépasse un an. Il est important d'éliminer d'autres ITSS chez ces patients, en particulier le VIH qui s'attrape beaucoup plus facilement chez un individu avec un chancre génital.

L'analyse par microscopie au fond noir du chancre ou la sérologie pour la syphilis (anticorps réaginniques) permet de confirmer le diagnostic.



9 Carcinome basocellulaire

Cette patiente de 95 ans présente une lésion ayant progressé pendant plusieurs mois. Cette lésion n'est pas douloureuse et non prurigineuse.

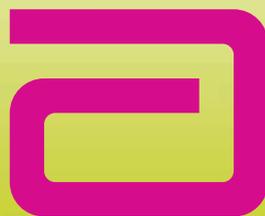
Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un carcinome basocellulaire. Une biopsie de la lésion permet de confirmer le diagnostic.

Quel est le traitement?

La résection de la lésion permet de traiter définitivement la condition. Ce type de néoplasie reste le plus souvent localisé, rendant généralement inutile un bilan d'extension.

Dr Jean-François Roussy
 Résident I, médecine interne
 Dre Karine Martel
 Résidente I, médecine familiale
 Dr Alain Martel
 Microbiologiste-infectiologue, interniste



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 :

- cicatrisation de l'ulcère gastrique secondaire à la prise d'AINS;
- traitement de l'ulcère gastrique secondaire à la prise d'AINS chez les patients qui continuent à prendre ces médicaments;
- réduction du risque d'ulcère gastrique secondaire à la prise d'AINS chez les patients qui ont des antécédents d'ulcères gastriques et qui doivent continuer à prendre un AINS.

Les études comparatives n'ont pas dépassé 8 semaines pour ce qui est de la cicatrisation et 12 semaines pour ce qui est de la prévention.



PREVACID[®]
 LANSOPRAZOLE

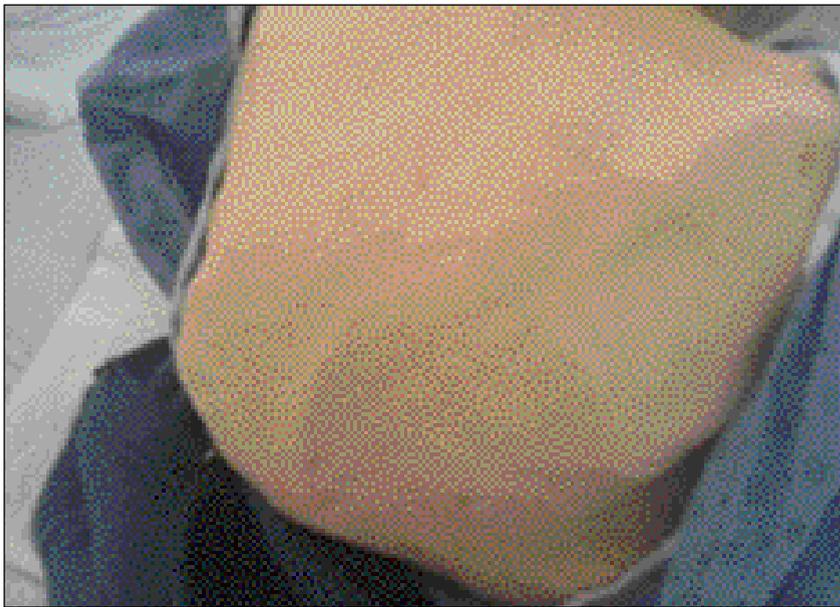
MONOGRAPHIE DU PRODUIT OFFERTE SUR DEMANDE.

© Laboratoires Abbott, Limitée
 Imprimé au Canada
 * Une promesse pour la vie



www.abbott.ca
 1 800 361-7852

Abbott
 A Promise for Life*



Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une rotoscoliose.

Quel est le traitement?

Dans le cas de cette patiente, la chronicité de l'anomalie rend inutile toute intervention. Toutefois, chez une personne jeune, le port d'orthèse ou même la chirurgie sont envisageables dans le but d'empêcher la progression de la scoliose.

Dr Jean-François Roussy
Résident I, médecine interne
Dre Karine Martel
Résidente I, médecine familiale
Dr Alain Martel
Microbiologiste-infectiologue, interniste

10 Rotoscoliose

Cette patiente de 88 ans présente une difformité dorsale.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une paralysie du 7^e nerf crânien gauche, une séquelle de la résection du neurinome acoustique.

Quel est le traitement?

Cette condition est irréversible; il n'y a donc pas de traitement à proposer.

Dr Jean-François Roussy
Résident I, médecine interne
Dre Karine Martel
Résidente I, médecine familiale
Dr Alain Martel
Microbiologiste-infectiologue, interniste



11 Paralysie du 7^e nerf crânien gauche

Cette patiente de 83 ans a subi une résection de neurinome acoustique il y a plusieurs années.



Pennsaid® est indiqué pour associés à l'arthrose du genou d'une durée ne dépassant continu ou intermittent.

Une toxicité gastro-intestinale peut survenir à tout moment chez les patients traités avec des AINS, y compris le diclofénac sodique. Lors des études cliniques, la toxicité gastro-intestinale

On a observé une toxicité des AINS. Par ailleurs, la fonction rénale, d'une hépatique, ceux qui prennent présentent le plus grand menées avec Pennsaid®, la créatinine, ou autre signe observés.

Pennsaid® est contre-indiqué un ulcère peptique, un ou de maladie inflammatoire intestinale, une insuffisance hépatopathie évolutive fonction rénale. Pennsaid® patients présentant une au diméthylsulfoxyde, au à l'alcool ou à l'acide d'autres AINS. Le potentiel d'autres AINS doit toujours contre-indiqué chez les complet ou partiel anaphylactoïdes fatales patients.

Pennsaid® devrait être médicale étroite chez les d'ulcère ou de maladie intestinale, telle qu'une une maladie de Crohn.

Les effets secondaires les plus couramment l'utilisation de Pennsaid® les suivants : peau sèche : cutanée : 9,6 % (2,9 %) et Pour obtenir tous les consulter la monographie.

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

intestinale sérieuse, telle une perforation et un saignement survenir à tout moment chez les AINS, y compris le diclofénac sodique. Pennsaid® n'a pas été associé à une sérieuse.

rénale chez les patients prenant les patients atteints de trouble de insuffisance cardiaque, d'un trouble des diurétiques et les patients âgés risque. Lors des études cliniques l'augmentation de l'urée ou de de toxicité rénale n'ont pas été

chez les patients qui présentent antécédent d'ulcère récurrent active du système gastro-hépatique ou rénale notable, ou une détérioration de la est contre-indiqué chez les hypersensibilité au diclofénac, propylène glycol, à la glycérine, acétylsalicycliques (AAS) ou à d'une réaction croisée avec être présente. Pennsaid® est patients avec un syndrome d'intolérance à l'ASS : des réactions sont survenues chez de tels patients.

administré sous surveillance patients avec un antécédent inflammatoire du tractus gastro-rectocolite hémorragique ou

liés au site d'application signalés relativement à (par rapport au placebo) étaient 41,9 % (6,9 %), éruption parésie : 7,9 % (10,3 %).

renseignements, veuillez

www.pennsaid.ca

12 Pneumonie du lobe inférieur droit

Ce jeune garçon de 11 ans est fiévreux, tousse et a une douleur dans la partie droite du thorax depuis deux jours. Sa température atteignait 40 °C, sa fréquence cardiaque, 86 battements par minute et sa fréquence respiratoire, 30 respirations par minute. Des râles inspiratoires terminaux disséminés se faisaient entendre du côté inférieur droit du thorax. La leucocytémie comptait 18 000 globules blancs par mm³ dont 70 % de neutrophiles. Deux radiographies du thorax ont été prises.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une pneumonie du lobe inférieur droit.

Quel est le traitement?

Le traitement se base sur la cause présumée de l'affection et sur l'apparence clinique de l'enfant. L'agent bactérien le plus couramment en cause est *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque). Le traitement empirique d'un enfant pour lequel l'admission à l'hôpital s'avère inutile consiste en l'administration de pénicilline orale ou d'amoxicilline. Dans le cas d'un enfant devant être hospitalisé, l'administration de céfuroxime par voie parentérale est indiquée.

Dr Alexander K. C. Leung, pédiatre
Dr W. Lane M. Robson, pédiatre



Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un botryomycome ou granulome pyogénique.

Quelles sont les caractéristiques de cette affection?

Le botryomycome se caractérise généralement par la présence d'une papule ou d'un polype friable à croissance rapide, qui s'ulcère et saigne souvent. Un traumatisme ou des causes hormonales pourraient constituer des facteurs étiologiques. Le terme « granulome pyogénique » est inapproprié puisqu'il n'existe aucune preuve qu'un agent infectieux est à l'origine de cette affection. Le botryomycome survient souvent au cours du deuxième ou du troisième trimestre de la grossesse (*granuloma gravidarum*) et se situe surtout au niveau des gencives ou des muqueuses buccales.

Quel est le traitement?

L'excision de la lésion suivie de l'électrodessication.

13 Botryomyose

Cette femme de 30 ans, qui vient d'avoir un bébé, présente une masse sur la lèvre supérieure. La lésion est apparue plusieurs semaines avant la consultation sous l'apparence d'une toute petite papule. La femme y

touchait et, en quelques semaines, la lésion, qui a saigné à plusieurs occasions, a grossi pour atteindre sa taille actuelle.

Le botryomycome survient souvent au cours du deuxième ou du troisième trimestre de la grossesse (...).

Dr Alexander K. C. Leung, pédiatre
Dr Alex H. C. Wong, omnipraticien
Dre Stefani Barg, omnipraticienne



Quel est le diagnostic?

Cliniquement, il s'agit d'un nævus atypique ou dysplasique.

Les mélanomes apparaissent-ils d'emblée ou se développent-ils à partir d'un nævus préexistant?

La plupart des mélanomes apparaissent sur une peau saine.

Quel est le traitement?

Il faut apprendre à la patiente les bases en matière de mélanome et lui fournir de la documentation illustrant les lésions pigmentées dont il lui faut se préoccuper. L'encourager à se familiariser avec ses nævi et à les photographier afin de les comparer tous les trois à six mois. Il vaudrait la peine qu'un dermatologue examine la patiente. Étant donné l'apparence clinique des lésions, les antécédents familiaux de mélanomes de la patiente et la difficulté de surveiller des nævi sur son dos, il serait prudent de procéder à une biopsie.

14 Nævus atypique

Cette femme de 38 ans vient consulter parce que son mari est préoccupé par la présence de deux grains de beauté foncés sur le dos de celle-ci. Elle n'est pas certaine du moment où ils sont apparus ni si leur taille et leur couleur ont changé. Une de ses

tantes a eu un mélanome et son père est mort d'un cancer du pancréas.

Dr Benjamin Barankin, dermatologue

Il faut apprendre à la patiente les bases en matière de mélanome et lui fournir de la documentation illustrant les lésions pigmentées dont il lui faut se préoccuper.



Pennsaid® est indiqué pour associés à l'arthrose du genou d'une durée ne dépassant continu ou intermittent.

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

Une toxicité gastro-intestinale peut patients traités avec Lors des études cliniques, toxicité gastro-intestinale

intestinale sérieuse, telle une perforation et un saignement survenir à tout moment chez les AINS, y compris le diclofénac sodique. Pennsaid® n'a pas été associé à une

On a observé une toxicité des AINS. Par ailleurs, la fonction rénale, d'une hépatique, ceux qui prennent présentent le plus grand menées avec Pennsaid®, la créatinine, ou autre signe observés.

rénale chez les patients prenant les patients atteints de trouble de insuffisance cardiaque, d'un trouble des diurétiques et les patients âgés risque. Lors des études cliniques l'augmentation de l'urée ou de de toxicité rénale n'ont pas été

Pennsaid® est contre-indiqué un ulcère peptique, un ou de maladie inflammatoire intestinal, une insuffisance une hépatopathie évolutive fonction rénale. Pennsaid® patients présentant une au diméthylsulfoxyde, au à l'alcool ou à l'acide d'autres AINS. Le potentiel d'autres AINS doit toujours contre-indiqué chez les complet ou partiel anaphylactoides fatales patients.

chez les patients qui présentent antécédent d'ulcère récurrent active du système gastro-hépatique ou rénale notable, ou une détérioration de la est contre-indiqué chez les hypersensibilité au diclofénac, propylène glycol, à la glycérine, acétylsalicycliques (AAS) ou à d'une réaction croisée avec ètres présente. Pennsaid® est patients avec un syndrome d'intolérance à l'ASS : des réactions sont survenues chez de tels

Pennsaid® devrait être médicale étroite chez les d'ulcère ou de maladie intestinal, telle qu'une une maladie de Crohn.

administré sous surveillance patients avec un antécédent inflammatoire du tractus gastro-rectocolite hémorragique ou

Les effets secondaires les plus couramment l'utilisation de Pennsaid® les suivants : peau sèche : cutanée : 9,6 % (2,9 %) et

liés au site d'application signalés relativement à (par rapport au placebo) étaient 41,9 % (6,9 %), éruption parésie : 7,9 % (10,3 %).

Pour obtenir tous les consulter la monographie.

renseignements, veuillez

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

CCPP*

www.pennsaid.ca

15 Syndrome du biberon

Cette fillette de quatre ans présente des caries qui touchent principalement les dents centrales du haut.

Dr Alexander K. C. Leung, pédiatre
Dr W. Lane M. Robson, pédiatre

Quel est le diagnostic?

Il s'agit du syndrome du biberon.

Quelles sont les caractéristiques de cette affection?

Le syndrome du biberon est causé par l'exposition prolongée à des liquides sucrés, particulièrement pendant le sommeil. Les dents inférieures sont généralement épargnées en raison de la protection que fournit la langue pendant le boire et des sécrétions de la glande submandibulaire.

Quel est le traitement?

En l'absence de traitement, les caries peuvent entraîner une pulpite, un abcès dentaire et une destruction de la dent.

Il est recommandé que l'enfant consulte un dentiste pédiatrique pour la réhabilitation orale. 