

Antidépresseurs et adolescence



Quel antidépresseur choisir chez les adolescents déprimés? Quel devrait être le dosage?

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

Selon le Communiqué de principe de l'Association canadienne de psychiatrie (ACP)¹, la fluoxétine est le seul traitement pharmacologique de première intention approuvé pour le traitement de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. L'analyse des données probantes disponible a permis de conclure à un avantage en ce qui a trait aux effets bénéfiques et à l'absence de risque accru de suicide. Cependant, jusqu'à 40 % des patients déprimés ne répondront pas à un tel traitement de première intention. Les autres ISRS (pour inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; citalopram, paroxétine et sertraline) peuvent être considérés comme des traitements de deuxième intention.

La venlafaxine et autres antidépresseurs de nouvelle génération constitueraient un choix de troisième intention.

On débutera la fluoxétine à 10 mg le matin et on augmentera graduellement par paliers de 10 mg lors du suivi, selon la tolérance et l'efficacité,

jusqu'à une dose maximale de 60 mg par jour. Nous recommandons d'attendre au moins trois à quatre semaines après le début du traitement avant d'augmenter à une dose supérieure à 20 mg. La dose thérapeutique efficace est habituellement de 30 à 40 mg par jour chez l'adolescent. De façon générale, l'enfant et l'adolescent sont plus sensibles aux effets secondaires sérotoninergiques.

Cependant, la dose thérapeutique efficace est souvent plus élevée que chez l'adulte, possiblement en raison des particularités pharmacodynamiques et pharmacocinétiques de la médication à cet âge.

Référence :

1. Communiqué de principe de l'ACP – « La prescription d'antidépresseurs dans la dépression en 2005 : nouvelles recommandations à la lumière des préoccupations soulevées dans les derniers mois » publié dans la Revue Canadienne de psychiatrie, vol. 49, no 12. – Disponible au www.cpa-apc.org.

Docteurs Pierre Landry et Mylène Valiquette-Lavigne ont répondu.

2 Macrocytose sans anémie et bilan normal



Pour une macrocytose sans anémie avec un bilan de base normal, quelles autres investigations faut-il faire? À quels autres diagnostics faut-il penser?

— Question posée par
Dr Yacine Ouedraogo,
Gatineau (Québec).

Les autres diagnostics à considérer pour expliquer une macrocytose sont : un effet médicamenteux, l'alcoolisme, une dysfonction hépatique ou rénale, la présence d'agglutinines froides (quoique le frottis devrait être anormal), une réticulocytose (hémolyse), une intoxication (plomb) et une myélodysplasie. Cette dernière maladie entraîne

habituellement une cytopénie associée à la macrocytose, mais il peut être indiqué de confirmer ce diagnostic en faisant un médullogramme si toutes les autres causes ont été éliminées.

Docteur Jean Dufresne a répondu.

3 Poids et clairance de la créatinine



Pour calculer la clairance de la créatinine, doit-on tenir compte du poids « maigre »? Si oui, calcule-t-on le poids selon la taille actuelle ou antérieure (tassement vertébral) en gériatrie?

— Question posée par
Dre Claire Bérard,
Gatineau (Québec).

Dans la formule de Cockcroft-Gault, on utilise le poids pour estimer la masse musculaire, qui est la source principale de créatinine. Effectivement, le poids maigre serait théoriquement plus adéquat. Cependant, il n'existe pas de recommandation claire à ce sujet, et malgré quelques données qui semblent montrer une plus grande précision, les résultats sont variables. Plus l'obésité est importante, plus l'erreur d'estimation de la filtration glomérulaire le sera.

Pour une personne obèse, l'utilisation de la formule MDRD serait alors plus judicieuse, puisqu'elle ne tient compte que de l'âge, du sexe, de la race et de la créatinine (dans sa version abrégée); c'est d'ailleurs celle-ci qui est utilisée par les laboratoires en général, maintenant que la clairance de la créatinine estimée est ajoutée sur tous les rapports de laboratoire.

Il faut garder en tête que tous ces nomogrammes perdent de la préci-

sion chez les personnes aux extrêmes d'âge, de poids, de taille ou d'état d'hydratation. Ultimement, une clairance de la créatinine mesurée (urines de 24 h) sera plus fiable et pourra trancher la question. Malgré tout, en insuffisance rénale importante, même ce calcul n'est pas tout à fait exact et surestime un peu la filtration glomérulaire; on préfère alors utiliser la formule MDRD ou la moyenne arithmétique de la clairance rénale de créatinine et urée.

Docteur Louise Roy a répondu.

4 Opiacés et examen neurologique



Est-ce que les opiacés peuvent changer l'examen neurologique (ex. : amener un myosis)?

— Question posée par
Dre Jasmina B. Pertovic,
Montréal (Québec).

Il est certain que les opiacés peuvent induire un myosis, mais ce dernier reste réactif à la lumière. Ces médicaments peuvent aussi causer une altération de l'état de conscience qui peut rendre l'examen neurologique moins fiable, sans

toutefois créer des signes de latéralisation.

Docteur Nicole Khairallah a répondu.

5 Effusion péricardique chronique



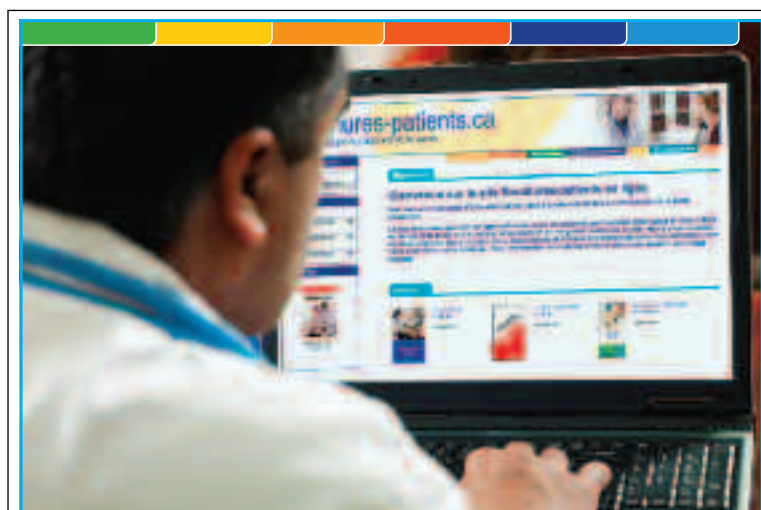
Effusion péricardique chronique : lorsqu'il n'y a pas de cause trouvée, doit-on faire une biopsie?

Oui et non : si l'effusion est récidivante et large, avec de multiples ponctions évacuatrices, le patient aurait probablement besoin d'une intervention chirurgicale pour corriger le problème (fenêtre entre péricarde et plèvre, etc.). À ce moment, il est plus opportun de demander une biopsie en même temps, même si le patient est asymptomatique. Par contre, s'il n'y a pas d'autres causes claires et s'il y a seulement suspicion de causes spécifiques, la

biopsie pourrait aider à guider les décisions thérapeutiques.

Docteur Ayala-Paredes a répondu.

(...)s'il n'y a pas d'autres causes claires et s'il y a seulement suspicion de causes spécifiques, la biopsie pourrait aider à guider les décisions thérapeutiques.



Un simple clic... Patient-brochures.ca

Un site Web complet à l'intention des médecins pour examiner et commander des brochures d'information de divers organismes de soins de santé, destinées aux patients, et ce, tout à fait gratuitement.

Consultez le site Web dès aujourd'hui et commandez vos brochures.

www.fr.patient-brochures.ca

6 Maladie d'Alzheimer : passer d'un traitement à l'autre



Quelles sont les indications de passer du traitement oral au traitement en timbre pour la maladie d'Alzheimer?

— Question posée par
Dre Chantal Bélanger,
Québec.

Des timbres de rivastigmine sont actuellement sur le marché et commencent à être utilisés de plus en plus dans le traitement de la maladie d'Alzheimer. Ils sont mieux tolérés que la forme orale qui pouvait entraîner des effets secondaires digestifs. Donc, si le patient reçoit de la rivastigmine orale, il est actuellement recommandé de changer celle-ci pour des timbres.

Par contre, s'il reçoit d'autres traitements anticholinestérasiques, il n'est pas recommandé de changer sa thérapie dans le but de préserver l'efficacité de son traitement, s'il est efficace bien entendu.

Docteure Nicole Khairallah a répondu.

7 AAS et syndrome métabolique



Devrait-on donner de l'AAS à tous les patients avec syndrome métabolique?

À ma connaissance, il n'y a pas de recommandation de traiter tous les patients atteints d'un syndrome métabolique à l'aide d'une thérapie antiplaquettaire.

Afin de décider si on donne de l'AAS ou non, on doit évaluer le niveau de risque cardiovasculaire, comme pour les autres patients, et avoir plus de bénéfices que de risques. Étant donné que les composantes du syndrome métabolique influencent le risque cardiovascu-

laire, beaucoup de patients avec ce syndrome seront candidats pour un traitement à l'AAS. Par exemple, il est suggéré d'utiliser l'AAS 75 mg par jour, en prévention primaire, chez toute personne dont le risque à 10 ans est $\geq 10\%$ ¹.

Référence :

1. AHA/ASA Guideline of Primary Prevention of Ischemic Stroke. *Circulation* 2006; 113:e873-e923).

Docteure Hortensia S. Mircescu a répondu.

8 Maintien de l'hémoglobine



Quand on atteint l'hémoglobine voulue avec la darbépoïétine alfa, est-il préférable d'espacer les doses ou de les diminuer, tout en gardant la même fréquence?

— Question posée par
Dre Suzanne Turcotte,
Sherbrooke (Québec).

On maintient le même intervalle d'administration lorsqu'on utilise de la darbépoïétine. Par exemple, si le patient reçoit une dose de 500 mcg aux trois semaines, la posologie sera abaissée à 300 mcg aux trois semaines si l'hémoglobine atteint des valeurs de 110 à 120 g/L. Si l'hémoglobine dépasse 120 g/L, le médicament sera temporairement cessé jusqu'à ce qu'elle

s'abaisse en deçà de 120 g/L, puis la darbépoïétine sera reprise à 300 mcg aux trois semaines.

Docteur Jean Dufresne a répondu.



Un patient qui a une fracture puis en subit une autre sous bisphosphonates est un cas difficile. Que doit-on faire (ostéopénie à la DMO à $> -2,5$)?

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

Je présume qu'il s'agit d'un homme de 50 ans ou plus qui a déjà eu une première fracture vertébrale de fragilisation (et non traumatique) avec une densité minérale osseuse (score T de DMO) $> -2,5$. Il s'agit donc d'une ostéoporose fracturaire et cela, même si la DMO n'est pas plus petite ou égale à $-2,5$.

Étant donné qu'il s'agit d'un homme, avant d'amorcer un traitement il est important d'exclure les causes d'ostéoporose secondaire qui sont plus fréquentes chez les hommes (environ 25 %). Si le bilan est normal, le traitement de choix après une première fracture est effectivement un bisphosphonate oral ou intraveineux.

Certes, l'apparition d'une nouvelle fracture vertébrale suggère, mais pas nécessairement, un échec thérapeutique. Il est important de prendre en considération le moment d'apparition de la fracture par rapport à l'initiation du traitement, ainsi que la fidélité du patient au traitement. Enfin, lorsqu'il s'agit d'un bisphosphonate oral, il faut s'assurer qu'il soit pris à jeun, au lever avec de l'eau du robinet, une demi-heure à une heure avant le petit-déjeuner, et sans prise concomitante d'aucun autre médicament. Une fracture qui survient après un an chez un patient qui a été fidèle au traitement tout ce temps est considérée comme un échec. Dans une telle situation, diriger le patient en spécialité est recommandé.

Une fracture vertébrale qui survient moins d'un an après le début du traitement chez un patient où la résorption osseuse est supprimée (le dosage des marqueurs biochimiques de résorption et de formation osseuses peut être utile) n'est pas considéré comme un échec : le traitement peut alors être poursuivi. Si la résorption n'est pas supprimée, il faut envisager qu'il s'agisse soit d'une mauvaise fidélité au traitement, d'un non-respect du mode d'administration, d'une malabsorption intestinale du bisphosphonate oral (maladie coéliqua) ou enfin, d'un échec thérapeutique. Dans ces situations, le traitement de choix serait le tériparatide. Il s'agit d'un agent anabolisant efficace pour augmenter la DMO et réduire le risque de nouvelles fractures.

La survenue d'une nouvelle fracture non vertébrale est plus difficile à interpréter en terme d'échec thérapeutique. En effet, les bisphosphonates réduisent au mieux de 40 % les fractures de hanche et de 35 % les fractures non vertébrales, et ce, après trois ans de traitement pris fidèlement. Une nouvelle fracture peut donc survenir sans qu'on puisse conclure à un échec thérapeutique. **C**

Docteur Mark Hazeltine a répondu.