

## I La dépression au Canada et sa prévention



### La dépression est-elle en augmentation au Canada? Quelle prévention peut-on faire auprès des patients?

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

La prévalence à vie de la dépression majeure au Canada est de 10,8 %, l'incidence annuelle est de 3,1 %, mais elle est plus élevée chez les femmes et diminue avec l'âge.

L'impact de la dépression sur la santé des Canadiens et dans les organisations est en augmentation. Des stratégies de prévention incluent l'éducation de la population afin de diminuer la stigmatisation et d'encourager les personnes à consulter tôt.

Certains facteurs de risque modifiables sont l'abus de substances, le manque de sommeil, une exposition possiblement excessive des adolescents à la télévision et aux autres médias ainsi que la pauvreté, pour laquelle des mesures doivent être sociétales.

La psychoéducation auprès des personnes déprimées à propos de la durée du traitement antidépresseur,

soit un an pour un premier épisode et au moins deux ans pour les dépressions récurrentes, est essentielle pour prévenir les rechutes. La psychothérapie cognitivo-comportementale a des effets bénéfiques sur la prévention des épisodes.

#### Références :

- 1 Hansen, et coll. Meta-Analysis of Major Depressive Disorder Relapse and Recurrence with Second-Generation Antidepressants. *Psychiatr Serv* 2008; 59(10):1121-30.
- 2 Keller, et coll. The Prevention of Recurrent Episodes of Depression with Venlafaxine for Two Years (PREVENT) Study: Outcomes from the 2-Year and Combined Maintenance Phases. *J Clin Psychiatry* 2008; 68(8):1246-1256.
- 3 Papakostas GI, Fava M. Predictors, Moderators, and Mediators (correlates) of Treatment Outcome in Major Depressive Disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2008; 10(4):439-451.
- 4 Primack B.A., et coll. Association Between Media Use in Adolescence and Depression in Young Adulthood: A Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(2):181-188

Docteure Marie-Josée Filteau a répondu.

## 2 Posture et spondylite ankylosante



### La posture influence-t-elle l'évolution de la spondylite ankylosante?

— Question posée par  
Dr Radu Puscas, Laval (Qc).

Bien qu'une bonne hygiène posturale et un bon programme d'exercices soient essentiels chez les patients atteints de spondylite ankylosante afin de maintenir la flexibilité et la posture, ils n'influencent pas l'évolution de la maladie. En effet, il est impossible avec seulement une bonne posture de prévenir l'ankylose.

Toutefois, avec une bonne hygiène posturale, la cyphose dor-

sale typique de la spondylite sera moins prononcée.

Actuellement, seule une intervention pharmacologique agressive au début de la maladie pourra éventuellement retarder ou empêcher l'évolution et l'ankylose.

Docteur Mark Hazeltine a répondu.

### 3 Diagnostiquer et traiter un syndrome de Cushing



#### Comment procéder au diagnostic d'un syndrome de Cushing, et quel est le traitement à prodiguer?

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

La cause la plus fréquente du syndrome de Cushing est l'administration de glucocorticoïdes. Il faut donc éliminer la prise exogène de corticostéroïdes avant d'initier le bilan de Cushing endogène.

Le diagnostic de ce syndrome se fait en plusieurs étapes. La première étape est celle du dépistage. Les tests suivants sont souvent utilisés à ce stade :

- Le test de suppression avec 1 mg de dexaméthasone : un dosage de cortisol le matin < 50 nmol/l après une dose de dexaméthasone prise à 23 h est considéré comme normal.
- Le dosage de cortisol dans une collecte urinaire des 24 h, qui inclut également un dosage de la créatinine sur la même collecte afin de valider que la collecte est complète (au moins deux tests).
- Le dosage de cortisol salivaire tard en soirée n'est pas un test qui est facilement accessible au Québec (au moins deux tests).

La prochaine étape est de confirmer l'hypercorticisme. On utilise alors un test de dexaméthasone haute dose ou une collecte urinaire des 24 h si celle-ci n'a pas déjà été faite pour le dépistage.

La troisième étape est de confirmer la source de l'hypercorticisme comme ACTH (*adrenocorticotropie hormone*) dépendant ou indépendant en effectuant un dosage d'ACTH.

Les Cushing ACTH dépendant peuvent être d'origine

hypophysaire ou ectopique. L'étiologie hypophysaire est la plus fréquente. Le carcinome bronchique est une des causes de Cushing ectopique. On effectue donc une résonance magnétique de l'hypophyse et, si on a un adénome hypophysaire inférieur à 6 mm ou une absence d'adénome, il faut compléter le bilan par un cathétérisme des sinus pétreux qui permettra de faire la différence entre une source centrale et périphérique d'ACTH. Les cathétérismes des sinus pétreux sont disponibles dans les grands centres universitaires. Étant donné qu'il s'agit d'un test invasif, la plupart des patients ont une évaluation en endocrinologie pour s'assurer que le test est indiqué. Le traitement de choix du syndrome de Cushing d'origine hypophysaire demeure chirurgical.

Dans le contexte de Cushing non-ACTH dépendant, la source d'excès de cortisol est au niveau de la glande surrénale. Une tomographie axiale centrée sur les glandes surrénales ou une résonance magnétique surrénalienne permettront d'identifier s'il s'agit d'un adénome surrénalien qui pourra être enlevé chirurgicalement.

*Docteure Hortensia S. Mircescu a répondu.*

## 4

**Passer de l'insuline NPH à l'insuline glargine**
**Comment passer de l'insuline NPH (Neutral Protamine Hagedorn) à l'insuline glargine?**

— Question posée par  
Dr Charles Talon,  
Longueuil (Qc).

Il est indiqué de considérer l'insuline glargine lorsque l'insuline NPH entraîne des hypoglycémies. Pour faire le changement entre les deux insulines, vous pouvez commencer par donner une dose de glargine au coucher qui est 20 % de moins que la dose de NPH au coucher. Par la suite, le patient peut recevoir l'insuline glargine de deux unités à la fois, tous les quatre ou cinq jours, jusqu'à ce que la glycémie du matin soit inférieure à 7 mmol/l. En cas de doute, il faut également exclure des hypoglycémies nocturnes sous insuline glargine en demandant au patient de vérifier sa glycémie capillaire à deux ou trois heures du matin.

Il est important d'informer le patient que nous n'avons pas de données sur la stabilité de l'insuline glargine lorsque les seringues sont préparées à l'avance. Il faut donc préparer la seringue de l'insuline glargine juste avant l'injection, ou encore utiliser les stylos réutilisables ou jetables.

*Docteure Hortensia S. Mircescu a répondu.*

## 5

**Opérer ou non un ménisque déchiré**
**Faut-il toujours opérer un ménisque interne déchiré s'il est peu symptomatique?**

— Question posée par  
Dr Michel Pagé,  
Pierrefonds (Qc).

En général, une chirurgie est proposée uniquement s'il y a des symptômes significatifs. Afin d'éviter l'augmentation en taille de la déchirure ou des blessures cartilagineuses secondaires, il est justifiable d'opérer un patient jeune et sans arthrose, même s'il est peu symptomatique.

Par contre, chez le patient plus âgé qui présente de l'arthrose du genou, les déchirures méniscales dégénératives sont courantes. Il faut surtout traiter l'arthrose sous-jacente plutôt que le ménisque.

D'ailleurs, en présence d'arthrose sur la radiographie du genou, il est recommandé de ne pas faire d'imagerie par résonance magnétique pour éliminer des déchirures méniscales, car cela ne modifie pas le traitement.

*Docteur Frédéric Balg a répondu.*

## 6 Prurit vulvaire tenace



**Une jeune femme de 20 ans présente un prurit à la vulve depuis plusieurs mois. Tout a été tenté pour la soulager, sans succès. Les prélèvements effectués sont négatifs. Que suggérez-vous?**

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

Il est difficile de répondre de façon succincte, car le diagnostic différentiel du prurit vulvaire peut se diviser grossièrement en trois grandes catégories : les infections, les dermatoses et les néoplasies.

D'abord, cette patiente peut être porteuse d'infections plus rares (gale, pédiculose) non dépistées par les prélèvements conventionnels, ou bien elle peut avoir développé une dermatose.

Il est alors pertinent de revoir les antécédents d'atopie, de dermatopathie et d'exposition à des médicaments, parfums ou produits chimiques. Le traitement de la dermatose vulvaire inclut d'abord la révision des mesures d'hygiène, et ensuite l'utilisation de cortico-

stéroïdes topiques si on a établi un diagnostic précis. S'il n'y a pas de réponse au traitement, un test d'allergie et/ou une biopsie peuvent s'avérer nécessaires. La néoplasie n'est pas notre première hypothèse, mais il ne faut pas hésiter à biopsier toute lésion suspecte en incluant une marge de tissu sain.

*Docteure Annick Larochelle a répondu.*

## 7 Vitamine B, acide folique et homocystéine



**Y a-t-il des bénéfices démontrés en cardiologie concernant les suppléments de vitamines B et l'acide folique afin d'abaisser l'homocystéine?**

— *Question posée par Dre Anas Nseir, Blainville (Qc).*

Les études épidémiologiques des 15 dernières années ont généralement suggéré l'association de taux élevés d'homocystéine avec l'augmentation du risque cardiovasculaire, et ce, indépendamment des facteurs de risque traditionnels. Par contre, le lien de causalité direct n'a jamais été établi clairement. Les récentes études randomisées contrôlées d'envergure (NORVIT, HOPE 2) ayant étudié l'utilisation d'acide folique et de vitamine B6 et B12 pour réduire les taux d'homocystéine sanguine

n'ont pas démontré d'avantages en terme de diminution d'événements cardiovasculaires. Il n'y a donc pas d'indication, à ce jour, de traiter ces patients avec les données probantes présentement disponibles.

*Docteur Mathieu Bernier a répondu.*



### Est-ce que la glucosamine soulage réellement les symptômes de l'arthrose?

La glucosamine joue un rôle important dans le maintien de l'intégrité du cartilage articulaire ainsi que dans les mécanismes de réparation. Il est donc logique de l'utiliser dans le traitement de l'arthrose. Il existe deux formulations de glucosamine, soit le sulfate de glucosamine et la glucosamine hydrochlorée. Elle peut également être combinée au sulfate de chondroïtine.

En Amérique du Nord, et en particulier au Canada, la glucosamine est considérée comme un produit naturel, et ainsi ne possède pas de DIN. Elle n'est donc pas réglementée par Santé Canada comme un médicament, alors qu'en Europe, la glucosamine est considérée comme un médicament. Ainsi, au Canada, la teneur en glucosamine par capsule peut varier d'un fabricant à l'autre.

#### *Qu'en est-il de l'efficacité au niveau de la douleur et de la fonction?*

Une méta-analyse effectuée en 2005 de 20 études contrôlées, qui incluait 2 570 patients avec arthrose du genou, a démontré que la glucosamine était supérieure au placebo pour améliorer la douleur et la fonction. Toutefois, si on limitait

l'analyse seulement aux études en double insu (8 études sur 20) la différence n'était plus statistiquement significative.

Une étude randomisée en double insu comparant la glucosamine hydrochlorée avec ou sans sulfate de chondroïtine n'a pas démontré de supériorité par rapport au placebo. Alors que le sulfate de glucosamine, selon certaines études, pourrait être efficace.

En résumé, la glucosamine n'a été étudiée que dans l'arthrose du genou et les données de la littérature quant à son efficacité sont contradictoires. D'autres études sont nécessaires avant de recommander l'utilisation systématique de la glucosamine pour soulager la douleur de l'arthrose

*Docteur Mark Hazeltine a répondu.*

(...) les données de la littérature quant à son efficacité sont contradictoires.

## 9 Cessation des antiplaquettaires en vue d'une intervention



### Quel est le risque de récurrence d'accident vasculaire chez un patient à qui on cesse la médication antiplaquettaire en vue d'une intervention?

— Question posée par  
Dre Isabelle Carrier,  
St-Rédempteur (Qc).

La cessation des antiplaquettaires en période périopératoire de chirurgie non cardiaque est associée à un faible risque d'événements ischémiques. Certaines chirurgies à faible risque de saignements peuvent même s'effectuer sous AAS (ex : cataractes). Les patients porteurs de tuteurs coronariens pharmacocactifs doivent par contre généralement continuer la double thérapie antiplaquettaire (AAS + clopidogrel) en combinaison pour au moins un an, afin d'éviter les thromboses et les catastrophes ischémiques. Les chirurgies électives devraient être

reportées jusqu'à la fin de cette période de 12 mois. La double thérapie antiplaquettaire est d'au moins un mois pour les tuteurs non pharmacocactifs.

*Docteur Mathieu Bernier a répondu.*

## 10 Les inhibiteurs de l'aromatase et l'estradiol sérique



### Les inhibiteurs de l'aromatase entraînent-ils une réduction de l'estradiol sérique, et pourquoi?

— Question posée par  
Dr René Laviguer,  
Ste-Anne-des-Monts (Qc).

La production d'œstrogène chez la femme ménopausée provient principalement de la transformation de l'androstènedione synthétisée par les glandes surrénales en estradiol. L'aromatase est l'enzyme responsable de cette conversion et elle est présente dans divers tissus dont la graisse, le muscle, le foie, etc. Les inhibiteurs de l'aromatase sont des médicaments qui vont inhiber ou inactiver cette enzyme et permettront d'abaisser de façon importante le taux sérique d'œstrogène. Ces agents sont par conséquent très

utiles dans le traitement du cancer du sein. Cependant, ils ne sont efficaces que chez les patientes ménopausées. En effet, ils ne peuvent empêcher la formation des œstrogènes produits par les ovaires. **C**

*Docteur Jean Dufresne a répondu.*

**ZELDOX**<sup>MD</sup>

Maintenant  
remboursé  
par la RAMQ