

1 Les différences entre psoriasis et eczéma



Quelles sont les différences entre les critères diagnostiques du psoriasis et ceux de l'eczéma de l'épaule?

— Question posée par
Dre Anne Lévesques,
Varenes (Québec).

L'eczéma peut se produire chez les enfants et les adultes, mais il est plus commun chez les enfants, alors que le psoriasis affecte principalement les adultes.

Le psoriasis apparaît généralement sur les surfaces des extenseurs tandis que l'eczéma se retrouve plutôt au niveau des plis des coudes et des genoux. L'épaule n'est pas un site de prédilection de ces deux affections et est un site particulièrement peu commun du psoriasis.

L'eczéma se présente sous forme de peau sèche pouvant apparaître avec des papules et des plaques érythémateuses, squameuses, croutées ou non, avec des érosions humides et croutées et une peau œdématisée. Il peut évoluer en une lichénification et des fissures douloureuses lors d'une atteinte chronique. Il est

particulièrement associé à un prurit intense. Le psoriasis se manifeste plutôt par des papules et des plaques érythémateuses, squameuses et bien délimitées pouvant être de formes géographiques avec des squames argentées, qui s'enlèvent facilement, dévoilant ainsi une peau épaissie et saignant facilement. Les lésions peuvent aussi être prurigineuses.

Le psoriasis peut également être associé à des symptômes arthritiques.

Docteur Simon Nigen et docteure Isabelle Lepage ont répondu.

2 La sclérose en plaques et les injections d'interféron bêta-1a



J'aimerais savoir si le fait de traiter une personne atteinte de sclérose en plaques (qui a plusieurs plaques rencontrant les critères de Barkhof) avec des injections d'interféron bêta-1a peut ralentir les symptômes de la maladie et/ou éviter la formation de nouvelles plaques?

— Question posée par
Dr Régent Roy,
Danville (Qc).

Les experts recommandent de débiter le traitement de la sclérose en plaques rémittente de plus en plus précocement.

L'interféron bêta-1a, l'interféron bêta-1b et l'acétate de glatiramère sont les trois sortes de médicaments sous forme injectable étant reconnus et approuvés pour le traitement de la sclérose en plaque de forme rémittente.

Leur efficacité est presque semblable. Ils diminuent la fréquence des poussées d'environ 30 % .

Ils diminuent également la progression de la maladie et la charge lésionnelle en imagerie par résonance magnétique (IRM).

Docteure Nicole Khairallah a répondu.

3 L'hormonothérapie et l'endométriose



Est-ce que l'hormonothérapie de remplacement est contre-indiquée chez une femme souffrant de symptômes vasomoteurs graves et qui est connue pour souffrir d'endométriose?

— *Question posée par Dre Marie LeClaire, Hudson (Qc).*

De façon générale, l'hormonothérapie de remplacement peut être considérée chez une femme ménopausée symptomatique ayant une histoire d'endométriose. Il existe cependant un mince risque théorique de réactivation de la maladie.

La décision d'administrer une hormonothérapie doit donc tenir compte aussi de l'ampleur du problème de l'endométriose et des risques que peuvent comporter une réactivation de la maladie. Par exemple, il ne serait possiblement pas recommandé d'administrer des

hormones chez une femme ayant déjà développé une insuffisance rénale post-rénale secondaire à l'obstruction d'un uretère par des lésions profondes d'endométriose.

Docteure Annick Larochelle a répondu.



Si vous voulez savoir... nous sommes là, juste à côté.

info-cancer

1 800 363.0063
www.info-cancer.com

 **FONDATION
QUÉBÉCOISE
DU CANCER**
INFORMER, HÉBERGER, ACCOMPAGNER.

4 Les alternatives au lithium



Quelle alternative au lithium proposeriez-vous pour un patient âgé et bipolaire présentant davantage d'effets secondaires à cette thérapie ?

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

Au fur et à mesure que le patient vieillit et en présence d'effets secondaires au lithium (troubles cognitifs, sédation, fatigue, tremblements, problèmes d'équilibre, incontinence urinaire, augmentation de la glycémie), il faut tenter de diminuer progressivement la dose puisque ces effets indésirables sont souvent liés à celle-ci et au taux plasmatique. Il faut aussi vérifier la fonction rénale et thyroïdienne ainsi que les interactions médicamenteuses.

Des effets secondaires neuropsychiatriques à des taux plasmatiques entre 0,4 et 0,8 mEq/L sont souvent rapportés dans cette population, particulièrement en présence d'une dégénérescence cérébrale.

L'acide valproïque, la lamotrigine et la quétiapine sont des alternatives à envisager.

Lors de la diminution du lithium, si une rechute dépressive survient, l'ajout de lamotrigine ou de quétiapine est indiqué, et en cas de rechute maniaque, l'ajout d'acide valproïque ou d'un antipsychotique atypi-

que le serait aussi. Lors d'une substitution, un chevauchement du lithium et du nouveau stabilisateur est recommandé.

Références :

1. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord* 2009 May; 11(3):225-55.
2. Jacobson SA, Pies RW, Katz IR. Clinical manual of geriatric psychopharmacology. American Psychiatric Publishing Inc., 2007, 677 pp.

Docteure Marie-Josée Filteau et docteure Michèle Houde ont répondu.



5 Le diagnostic de l'hernie discale lombaire



Quels sont les critères diagnostiques d'une hernie discale lombaire?

— *Question posée par Dr François Picher, Deschambault (Qc).*

C'est la concordance entre les trouvailles cliniques ou radiologiques qui importent le plus. Devant une ambiguïté, le tableau clinique doit avoir préséance. D'un point de vue clinique, la majorité des herniations discales lombaires se présentent avec des degrés variables de lombalgie et de sciatalgie. Il est important de distinguer les deux et de préciser avec le patient le territoire d'irradiation. En effet, cela sera utile pour la sciatalgie afin d'identifier la racine touchée. Il ne faut pas omettre de questionner et, au besoin, d'examiner la fonction sphinctérienne chez ces patients afin d'exclure un syndrome de la queue de cheval. Un examen du rachis et un examen neurologique doivent être faits afin d'identifier les zones douloureuses, la présence de spasmes au niveau du rachis, s'il y a ou non un déficit neurologique et de voir si les signes de mise en tension radiculaire sont positifs. Chez 90 % des patients, l'herniation se fait en postéro-latéral au niveau L4-L5 (causant une radiculopathie L5) ou à L5-S1 (causant une radiculopathie S1).

L'imagerie de choix pour la confirmation d'un diagnostic présomptif d'hernie discale est l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Il faut par contre être prudent puisque nous savons qu'environ 30 % des patients adultes asymptomatiques ont une IRM anormale, dont 27 % présentent des protrusions discales. C'est donc la concordance entre le tableau clinique et les trouvailles à l'IRM qui est utile.

Nous pourrions distinguer à l'IRM les bombements discaux qui n'impliquent pas de déplacement focalisé du *nucleus pulposus*. Les bombements sont souvent mal interprétés comme des hernies. Une **protrusion** est une herniation contenue du *nucleus pulposus* alors qu'une **extrusion** est une herniation non contenue du *nucleus pulposus* qui pourra être sous-ligamentaire ou transligamentaire. Lorsque le matériel discal devient complètement détaché et qu'il devient un fragment libre, il sera défini comme **séquestré**.

L'état de 80 à 90 % des patients avec une hernie discale s'améliore sans traitement chirurgical. Le traitement conservateur comprend des modifications des activités, de la physiothérapie, une médication analgésique et anti-inflammatoire et une infiltration ciblée (foraminale, caudale ou épidurale). Il faut éviter le repos prolongé et garder les patients actifs. L'indication chirurgicale urgente pour une décompression et discoïdectomie se pose devant un patient présentant un syndrome de la queue de cheval ou un déficit neurologique rapidement progressif. Les indications chirurgicales non urgentes sont pour un patient avec un déficit moteur stable mais fonctionnellement limitant ou encore pour un patient présentant une douleur invalidante malgré un traitement conservateur adéquat. Avec ou sans chirurgie, le risque de récurrence est de l'ordre de 10 %. **C**

Docteur Bernard LaRue, chirurgien orthopédique au CHUS, a répondu.