

1

Insertion sociale des schizophrènes

Quel pourcentage de schizophrènes travaillent de façon régulière et sont autonomes?

— Question posée par
Dre Sylvie Sénéchal,
Québec (Québec)

Le rétablissement de la schizophrénie est favorisé lorsque le diagnostic et le traitement sont établis dès le début de la maladie. Le pronostic dépend, entre autres, de la qualité du support psychosocial, de l'accès aux soins, des comorbidités et de l'adhérence au traitement. Les prises en charge actuelles permettent, pour près de la moitié des patients, de reprendre des activités sociales et parfois professionnelles. Une rémission complète des symptômes avec une intégration sociale augmente la probabilité de vivre de façon autonome et de travailler dans un emploi de type supporté ou compétitif. Pour optimiser l'état fonctionnel et la qualité de vie des patients schizophrènes, il faut un vaste éventail de services institutionnels, communautaires, d'emploi et de logement. La proportion de patients qui travaillent ou étudient serait de 25 à 40 % selon les études récentes, et peut grimper jusqu'à 70 % après 3 ans de suivi dans un programme d'intervention précoce intensive, pour les jeunes en début d'évolution.

Dre Marie-Josée Filteau a répondu à cette question.

2

Ajustement de la lévothyroxine

Chez les patients en hypothyroïdie, que pouvons-nous faire et à quoi penser lorsqu'il est très difficile d'ajuster la dose de lévothyroxine?

— Question posée par
Dre Micheline Bellemare-
Maurice,
Brossard (Québec)

Il faut tout d'abord s'assurer que la prise de thyroxine est régulière. On doit aussi penser aux interférences avec l'absorption de la thyroxine, laquelle survient avec la nourriture, avec des suppléments calciques et avec des suppléments de fer. Le soya a aussi été rapporté comme un facteur pouvant diminuer l'absorption de la thyroxine. La maladie cœliaque, les maladies inflammatoires de l'intestin, la malabsorption postchirurgie bariatrique diminuent également la disponibilité de la thyroxine. Des situations cliniques d'hyperœstrogénisme telles la grossesse ou la prise de contraceptifs oraux peuvent augmenter les besoins de thyroxine, car les œstrogènes augmentent la production hépatique des protéines liantes de la thyroxine. Chez les patients où l'ajustement est difficile, vous pouvez leur recommander de prendre la thyroxine à la même heure, de préférence le matin avec une attente de 30 minutes avant de prendre le petit déjeuner et d'espacer les suppléments de calcium et de fer d'au moins 4 heures par rapport à la prise de thyroxine.

Une étude récente¹ suggère que l'absorption de la thyroxine est possiblement meilleure au coucher, mais la plupart des participants étaient à jeun depuis plusieurs heures avant la prise de thyroxine.

Référence

1. Bolk N, Visser TJ, Nijman J, et coll. Effects of Evening vs Morning Levothyroxine Intake; A Randomized Double-blind Crossover Trial. *Arch Intern Med* 2010; 170 (22):1996-2003.

Dre Hortensia S. Mircescu a répondu à cette question.

3

Foie polykystique

Quel est le suivi d'un patient avec un foie polykystique?

— Question posée par
Dre Hamie Frappier
Chalifoux
Lachenaie (Québec)

Les kystes intraparenchymateux se rencontrent lors de polykystose hépatorénale autosomique dominante ou de multikystose hépatique isolée. Les kystes grossissent avec l'âge, pouvant induire des symptômes liés à l'hépatomégalie (douleurs abdominales, dyspepsie, dénutrition, augmentation de l'abdomen, dyspnée) ou entraîner une compression biliaire ou vasculaire. Certains kystes volumineux peuvent saigner ou se surinfecter. L'insuffisance hépatique est exceptionnelle. Le suivi dépend surtout de la maladie rénale associée. En cas de polykystose hépatique seule, un suivi annuel avec bilan sanguin et échographie ou tomodensitométrie est communément pratiqué.

Pour les patients symptomatiques, le traitement est chirurgical, visant avant tout à diminuer la taille du foie (ponction avec injection de produit sclérosant, fenestration +/- résection, rarement transplantation hépatique +/- rénale).

Dre Claire Fournier a répondu à cette question.

4

Dégradation de la masse osseuse

Chez un patient ostéoporotique chez qui on fait une ostéodensitométrie (ODM) de contrôle deux ans plus tard et qui montre une dégradation de la masse osseuse, quelle est la conduite à suivre?

Faut-il ajouter une molécule différente ou passer à un agent plus fort, et quelle est la place du dénosumab?

— Question posée par
Dr Martin Lanoue,
Saint-Hyacinthe (Québec)

Pour répondre à cette question, il faut d'abord mentionner qu'il n'y a pas actuellement d'étude à répartition aléatoire publiée qui s'est penchée spécifiquement sur le rôle de l'ODM dans le suivi du traitement de l'ostéoporose. Toutefois, si l'ODM est utilisée de façon appropriée, elle peut être un outil utile. Dans l'interprétation adéquate du résultat de l'examen, on doit cependant tenir compte de l'erreur inhérente de mesure de l'appareil afin d'établir si la réduction est réelle, s'il y a diminution aléatoire de la densité minérale osseuse (DMO) ou encore s'il s'agit d'un artefact. Habituellement, le centre de radiologie fournit cette information en inscrivant sur le rapport que la diminution est significative compte tenu de la marge d'erreur de l'appareil.

Dans le cas présent, en présumant que le patient prend un bisphosphonate oral et si la diminution est réelle, la prochaine étape consiste à déterminer si la dégradation de la masse osseuse est causée par un problème de fidélité au traitement, par une malabsorption du médicament ou par un échec thérapeutique. Dans ces circonstances, le dosage des télopeptides C-terminaux du collagène de type 1 (CTX) sérique peut s'avérer utile. Un niveau de CTx inférieur ou égal à 0,3 µm/L indique une suppression adéquate de la résorption osseuse et donc un échec thérapeutique. Si le niveau est > 0,3, il peut s'agir soit d'un problème de fidélité au traitement, soit d'un problème d'absorption. Dans la première situation, le passage au tériparatide, un agent anabolisant, ou encore à un agent antirésorptif qui agit en inhibant le ligand du récepteur du facteur nucléaire Kappa B (RANKL), comme le dénosumab, peut être utile. Dans le deuxième cas, le changement de mode d'administration peut être considéré, soit un mode intraveineux (l'acide zolédronique) ou sous-cutané (le dénosumab).

Dr Mark Hazeltine a répondu à cette question.

5

L'origine des otolithes

Quelles sont les origines des otolithes qui se logent dans l'oreille interne et qui causent des étourdissements?

— *Question posée par
Dr Régent Roy,
Danville (Québec)*

L'oreille interne contient deux organes sensoriels : l'organe de l'audition (la cochlée) et l'organe de l'équilibre (le saccule, l'utricule et les canaux semi-circulaires). Le saccule et l'utricule, que l'on appelle aussi organes à otolithes, sont tous les deux situés dans le vestibule. Le saccule est relié au sac cochléaire par les canaux de Hensen tandis que l'utricule communique avec les canaux semi-circulaires.

Les organes à otolithes sont sensibles à la force gravitationnelle et à l'accélération linéaire (déplacement) : ils sont responsables de l'équilibre statique. Leur épithélium possède des cellules ciliées sensorielles entourées d'une substance gélatineuse formant la membrane otoconiale. Celle-ci porte à sa surface des cristaux de carbonate de calcium combinés à une matrice protéique, soit les otoconies, communément connues comme otolithes ou « pierres de l'oreille ». Tout mouvement entraîne le déplacement des otolithes, ce qui provoque la dynamique des stéréocils des cellules sensorielles. Cette force est ensuite traduite en influx nerveux et est envoyée au cerveau par l'intermédiaire du nerf vestibulaire.

L'épithélium du saccule a une orientation verticale tandis que celle de l'épithélium de l'utricule est largement horizontale, permettant ainsi la détection de tout mouvement linéaire de la tête.

Tout dommage aux otolithes ou à leurs connexions centrales peut causer une instabilité oculaire ou corporelle.

Les otolithes humains sont très petits, moyennant environ dix microns. Des changements progressifs liés à l'âge ou à l'utilisation de drogues ototoxiques peuvent survenir. Les otolithes peuvent éventuellement se détacher et se retrouver dans une autre partie de l'oreille interne. Il n'est pas clair si les otolithes se régénèrent au fil du temps.

Dans le cas du vertige positionnel bénin, le déséquilibre est probablement causé par les débris otolithiques qui se seraient accumulés dans un endroit de l'oreille interne. Il se pourrait bien que des fragments de membrane otoconiale ou d'autres débris puissent aussi s'accumuler, mais il semblerait que les plus gros seraient évacués tandis que les petits otolithes persisteraient.

Dr Ted L. Tewfik a répondu à cette question.

6

Dépistage virtuel ou conventionnel?

Est-ce que la coloscopie virtuelle peut remplacer la coloscopie pour le dépistage du cancer du côlon?

— Question posée par
Dr Jean De Serres,
Kirkland (Québec)

La coloscopie virtuelle ne peut pas être utilisée pour le dépistage du cancer colorectal dans certaines populations [...].

Oui, la coloscopie virtuelle peut remplacer, dans certains cas, la coloscopie conventionnelle pour le dépistage du cancer du côlon, mais, les deux examens n'étant pas équivalents, il y a des aspects positifs et négatifs à considérer pour chacun.

Avantage de la coloscopie virtuelle :

- Absence de sédation;
- Accessibilité dans le privé, mais à coût élevé.

Inconvénients de la coloscopie virtuelle :

- Irradiation, car il s'agit d'un examen radiologique (scanner);
- Impossibilité de retirer les polypes : quand les polypes sont visualisés en coloscopie virtuelle, il faut réaliser une coloscopie conventionnelle supplémentaire pour retirer les polypes;
- Moins bonne détection des polypes de moins de 5 mm que la coloscopie conventionnelle.

Avantages de la coloscopie conventionnelle :

- Permet une détection de toutes les maladies de la muqueuse colique;
- Permet la détection des polypes plans (polypes sans surélévation de la muqueuse);
- Permet l'ablation des polypes dans le même temps endoscopique;
- Permet des biopsies de toute lésion indéterminée;
- Absence d'irradiation, peut être répétée sans effet secondaire.

Inconvénients de la coloscopie conventionnelle :

- Sédation intraveineuse nécessitant une surveillance post-coloscopie d'environ une heure et limitant les activités dans la journée de l'examen (pas de conduite de véhicule...).

Quelques notions supplémentaires :

- La préparation colique est souvent vécue comme le moment le plus pénible pour le patient. Cette préparation est la même pour la coloscopie virtuelle et la coloscopie conventionnelle.
- La coloscopie virtuelle ne peut pas être utilisée pour le dépistage du cancer colorectal dans certaines populations comme les maladies inflammatoires de l'intestin, les polyposes ou lorsque la coloscopie nécessite des biopsies ou la visualisation de la muqueuse de l'intestin grêle.

Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.

7

Niveau de PTH

Quel niveau de parathormone (PTH) doit-on viser en présence d'insuffisance rénale chronique et par quels moyens?

— *Question posée par
Dre Marie-Ève Lefebvre,
Saint-Étienne-des-Grès
(Québec)*

Il est important de reconnaître et de traiter l'hyperparathyroïdie (hPTH) en présence d'insuffisance rénale chronique puisque les anomalies phosphocalciques sont un des facteurs de risque de morbi-mortalité cardiovasculaire dans cette population. De plus, l'hPTH cause l'ostéodystrophie rénale, et la PTH est souvent considérée comme l'une des toxines urémiques.

La pierre angulaire du contrôle de la PTH en présence d'insuffisance rénale est le contrôle de la phosphorémie qui augmente assez tôt dans l'évolution de l'insuffisance rénale. Il faut donc réduire l'apport diététique en phosphore (autour de 900 mg/jour); celui-ci est contenu surtout dans les produits laitiers. La collaboration d'une nutritionniste avec le patient est primordiale.

La deuxième étape est l'administration d'agents chélateurs avec les repas, c'est-à-dire qui vont adsorber le phosphore dans la lumière intestinale et diminuer ainsi son absorption systémique. Il y a d'abord les sels de calcium (principalement le carbonate de calcium), le sévélamer, et plus récemment le lanthanum; on évite en général maintenant les sels d'aluminium puisque ceux-ci peuvent s'accumuler et entraîner des complications à long terme (encéphalopathie, anémie et os adynamique). On recommande en général de ne pas dépasser 1,5 mg de calcium par jour (par exemple 500 mg 3 f.p.j. en post-prandial).

La troisième étape est de diminuer la sécrétion de PTH. On utilise d'abord la vitamine D active (calcitriol ou alfacacidol); on commence en général à 0,25 µg par jour ou trois fois par semaine. En dernier ressort, il y a le cinacalcet, un agent calcimimétique. Avec ces deux types de thérapie, il faut suivre régulièrement la calcémie et la phosphorémie.

Selon les lignes directrices de la *National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K-DOQI)*, lors d'insuffisance rénale de stade 3-4 (clairance de la créatinine entre 15 et 60 mL/min), la phosphorémie idéale est de 0,87 à 1,49 mmol/L, et la calcémie de 2,1 à 2,37 mmol/L. La PTH idéale est de 3,9 à 7,7 ng/L pour insuffisance rénale au stade 3 (30-60 mL/min) et de 7,7 à 12,1 ng/L pour l'insuffisance rénale de stade 4 (15-30 mL/min).

Dre Louise Roy a répondu à cette question.

La pierre angulaire du contrôle de la PTH en présence d'insuffisance rénale est le contrôle de la phosphorémie qui augmente assez tôt dans l'évolution de l'insuffisance rénale.



Valeur de la protéine C-réactive

Quelle est la valeur diagnostique ou pronostique d'une protéine C-réactive hypersensible (hs-CRP) à 5 ou 6 mg/L chez un patient coronarien qui prend déjà des statines pour une dyslipidémie?

Le patient n'est pas diabétique et ne fait pas d'hypertension artérielle (HTA) ni d'arthrite.

— *Question posée par
Dr Régent Roy,
Danville (Québec)*

La littérature ne fait pas l'unanimité sur ce sujet : certains auteurs suggèrent un lien de causalité direct entre une CRP élevée et le risque cardiovasculaire tandis que d'autres pensent plutôt qu'il s'agit d'un marqueur intermédiaire sans lien direct avec le risque cardiovasculaire. L'étude JUPITER, qui a fait beaucoup de bruit à ce sujet, évaluait l'utilité de la rosuvastatine en prévention primaire d'événements cardiovasculaires (CV) chez des patients avec des niveaux de cholestérol jugés acceptables sans traitement mais présentant des taux basaux de CRP élevés. Cette étude ne permet pas de faire un lien de causalité direct entre des taux de CRP élevés et le risque d'événements cardiovasculaires puisque les deux groupes avaient les mêmes taux et qu'il n'y avait pas de stratification selon les niveaux de CRP à la répartition aléatoire initiale.

De plus, en prévention secondaire (chez le coronarien), il n'y a à ce jour aucune évidence claire que les niveaux de CRP devraient être utilisés comme cible thérapeutique et, puisqu'il s'agit de patients déjà à très haut risque cardiovasculaire chez qui un traitement agressif est exécutoire, il y a peu de données concernant la plus-value de ce marqueur dans la stratification du risque résiduel.

Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.

9

Admission en soins palliatifs

Quels outils sont utilisés pour établir un pronostic afin de savoir si on peut admettre un patient en soins palliatifs en fin de vie?

— *Question posée par
Dre Agathe Blanchette,
Cap-Santé (Québec)*

Il n'existe pas d'outil universel pour déterminer le pronostic vital d'un patient pour son admission en soins palliatifs. Pour les patients atteints de cancer, l'atteinte sur les plans hépatique, pulmonaire ou cérébral est associée en général à une espérance de vie de moins de trois mois. Il faut cependant faire attention dans les cancers du sein ou de la prostate qui peuvent évoluer plus lentement, surtout chez la population âgée.

Pour les autres maladies, le pronostic est encore plus difficile à évaluer. Souvent, nous utilisons une combinaison de la perte de poids, de la baisse de l'hémoglobine et de l'albumine afin de déterminer la gravité de la maladie sous-jacente.

Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.