

## 1

**Fonction pulmonaire**

**Peut-on avoir un résumé « éclair » pour l'interprétation des tests de fonction pulmonaire?**

— Question posée par  
Dre Marie-Chantal Piché,  
Vaudreuil-Dorion (Québec)

Il est difficile de résumer ce sujet en raison des nombreuses subtilités de cette interprétation. Cependant, très brièvement, un rapport volume expiratoire maximum en 1 seconde/capacité vitale forcée (VEMS/CVF)  $< 0,7$  sur une courbe d'expiration forcée suggère un syndrome obstructif.

Chez un patient atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), cette obstruction sera considérée légère si le VEMS est  $> 80\%$  de la valeur prédite, modérée si le VEMS est  $\geq 50\%$  et  $< 80\%$ , grave si le VEMS est  $\geq 30\%$  et  $< 50\%$  et très grave si le VEMS est  $< 30\%$ .

Dans un contexte d'asthme, l'obstruction est légère si  $< 85\%$  de ses meilleures valeurs (ou de la prédite si on ne sait pas l'optimale), modérée entre 70 et 85 % et grave si le VEMS est  $< 60\%$ . La présence ou l'absence de réversibilité aux bronchodilatateurs ne peut différencier l'asthme de la MPOC (se fait selon les données cliniques). La présence d'une réversibilité importante (ex. : 30 %) ou d'un VEMS qui se normalise suggéreront un diagnostic d'asthme.

La mesure des volumes pulmonaires est requise pour diagnostiquer un syndrome restrictif. On peut conclure qu'il est présent lorsque la CPT (capacité pulmonaire totale) est inférieure à environ 85 % de la valeur prédite.

Pour en savoir plus, consultez un des nombreux volumes sur ce sujet de même que l'article suivant : Pellegrino R, Viegi G, et coll. Interpretative strategies for lung function tests. Eur Respir J 2005; 26(5):948-68.

*Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.*

## 2

**Échographie abdominale**

**Doit-on faire le suivi des hémangiomes hépatiques trouvés par hasard sur une échographie abdominale?**

— Question posée par  
Dre Lianne Lamy-Monnot,  
Laval (Québec)

La découverte fortuite lors d'une imagerie abdominale d'un hémangiome n'est plus un phénomène rare (prévalence entre 0,4 et 20 %). La lésion présente généralement à l'échographie a un aspect typique lorsqu'elle est inférieure à 1,5 cm. Si elle n'est pas caractéristique, une cartographie aux globules rouges marqués ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) du foie permet de poser le diagnostic. La majorité des hémangiomes, surtout s'ils sont de petite taille (1,5 à 5 cm), restent stables. En revanche, des cas d'accroissement rapide de l'hémangiome ou de rupture spontanée entraînant des symptômes ont été décrits principalement chez des patients présentant de larges hémangiomes supérieurs à 5 cm. Un suivi régulier, rapproché durant la première année suivant le diagnostic (contrôle aux trois à six mois), puis annuel des lésions de grande taille est donc recommandé, car un traitement peut s'avérer nécessaire pour éviter les complications.

*Dre Claire Fournier a répondu à cette question.*

## 3

## Le pollen et ses inconvénients

**Est-ce que la désensibilisation sublinguale au pollen de graminées offre vraiment une solution à long terme contre les allergies?**

Les allergies respiratoires touchent près du tiers de la population. Souvent banalisées, même dans le monde médical, elles ont toutefois un impact très lourd tant sur la société que l'individu en ce qui concerne la perturbation de sa qualité de vie, de ses activités professionnelles et sociales et des coûts directs et indirects.

Le traitement de la maladie allergique comporte trois niveaux : l'éviction de l'allergène, ce qui n'est pas toujours possible, voire impossible en cas d'allergies aux pollens; le traitement symptomatique fait d'antihistaminiques et de corticoïdes locaux et, finalement, l'immunothérapie spécifique, qui consiste en l'administration sous-cutanée de doses progressivement croissantes des allergènes auxquels le patient est sensible dans le but d'améliorer sa tolérance lors d'une exposition ultérieure. Ce processus implique des injections données régulièrement (aux semaines ou aux mois) dans une facilité médicale (clinique ou autre) qui accepte de prendre cette responsabilité et de superviser ce processus.

L'efficacité de l'immunothérapie est bien documentée et elle reste le seul traitement capable de moduler le cours de la maladie allergique. Les limites à son usage universel sont, pour plusieurs patients, surtout les plus jeunes, la peur des injections, la disponibilité des médecins ou des cliniques qui acceptent de donner ce traitement et les contraintes de temps (visites à la clinique aux semaines et aux mois pendant quelques années avec les limites que cela représente dans notre système de santé, attentes avant et après l'injection, etc.). Les effets secondaires sont rares mais possibles, allant de la réaction locale importante à la réaction plus généralisée nécessitant une intervention médicale.

Afin d'augmenter l'accessibilité à l'immunothérapie, en allégeant les contraintes discutées plus haut, la désensibilisation par voie orale a été développée. Celle-ci est disponible en Europe depuis plus de 25 ans, d'abord sous forme liquide (gouttes) et récemment en comprimés à laisser fondre dans la bouche. Son principal avantage reste

son innocuité qui fait que le risque de réactions graves est quasi nul, ce qui rend possible l'administration à domicile et ainsi permet de court-circuiter les contraintes de temps et de disponibilité médicale. De plus, l'administration par voie orale rend la procédure plus accessible pour les plus jeunes et même pour certains adultes chez qui les injections en soi représentent une limite.

L'efficacité de la désensibilisation sublinguale aux graminées est incontestable chez les sujets allergiques aux graminées et exposés à ce pollen. Offre-t-elle une solution contre les allergies en général? Ceci n'a pas été démontré en clinique : les Européens ont tendance à traiter seulement l'allergie la plus grave en prétendant que l'immunomodulation ainsi induite pourrait se répercuter sur toutes les autres allergies. Malheureusement, ce concept n'a pas été prouvé, ce qui amène les Nord-Américains à traiter toutes les allergies que le patient présente avec un programme de désensibilisation fait sur mesure. Cette philosophie est d'ailleurs la base du dernier Consensus québécois sur l'immunothérapie<sup>1</sup> publié au début de l'année passée et elle devrait s'appliquer à l'immunothérapie sublinguale.

Donc, jusqu'à preuve du contraire, l'immunothérapie demeure un traitement spécifique s'adressant à une allergie précise et devant être individualisée pour chaque patient. La voie sublinguale est une alternative prometteuse par sa simplicité et son innocuité sans en sacrifier l'efficacité.

### Webographie

1. Source : AAIQ, 20 octobre 2011.

Accessible au : <http://www.allerg.qc.ca/Professionnels/Professionnels.html>

*Dr Jacques Hébert a répondu à cette question.*

# 4

## Calcitonine en vaporisateur nasal

**Est-ce que la calcitonine en vaporisation nasale peut être une solution de rechange pour une personne âgée avec ostéoporose, fracture de vertèbre asymptomatique et insuffisance rénale inférieure à 30 mL/min?**

— Question posée par  
Dre Claire Bérard,  
Chelsea (Québec)

Le traitement de l'ostéoporose chez un patient avec une insuffisance rénale grave est un défi de taille. Dans ces circonstances, évidemment tous les bisphosphonates sont contre-indiqués.

La calcitonine est une hormone qui inhibe la résorption osseuse : elle est métabolisée par le rein, le sang et les tissus périphériques, et son métabolite inactif est éliminé par le rein. Selon la littérature, elle n'est pas contre-indiquée en présence d'une insuffisance rénale. Donc, la calcitonine en vaporisation nasale pourrait être une alternative potentielle puisque son efficacité, bien que modeste, a été démontrée quant à l'augmentation de la densité minérale osseuse (DMO) et la réduction du risque de fractures vertébrales. Cependant, les résultats sont conflictuels quant à son efficacité à réduire le risque de fracture non vertébrale.

Une alternative prometteuse est le dénosumab puisque ce dernier, contrairement aux bisphosphonates, n'est pas éliminé par le rein. Il sera toutefois nécessaire d'adresser le patient en spécialité afin de s'assurer qu'il n'y ait pas d'ostéodystrophie rénale (bilan phosphocalcique normal), que la 25-OH-vitamine D soit supérieure à 75 nmol/L et que la patiente reçoive une supplémentation adéquate en calcium (500 mg 2 f.p.j.) et en vitamine D3 (équivalent à 800 UI et plus par jour) dans le but d'éviter une hypocalcémie grave.

*Merci à Dr Michel Gagné pour sa précieuse collaboration.*

*Dr Mark Hazeltine a répondu à cette question.*

# 5

## Combiner les médicaments

**Quelle est votre opinion sur l'emploi de l'atomoxétine et d'un stimulant dans le TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité)?**

— Question posée par  
Dr Laurent Camire,  
Baie-Comeau (Québec)

Les cliniciens utilisent parfois la combinaison de psychostimulants et d'atomoxétine, mais la combinaison prolongée de ces deux classes de médicaments est très peu documentée. En général, les stimulants devraient être le premier choix chez un patient sans trouble cardiaque ou comorbidité, car ils sont considérés plus efficaces que l'atomoxétine. Cette dernière peut être un premier choix chez des patients avec tics, avec abus de substances ou un trouble anxieux. La combinaison des deux médicaments peut permettre un contrôle des symptômes durant toute la journée puisque l'atomoxétine agit sur 24 heures, et éviter la prise de psychostimulants à courte action en fin de journée lorsque l'effet du psychostimulant à libération prolongée cesse. La combinaison est aussi parfois employée en cas d'efficacité partielle de la monothérapie ou en présence de comorbidités.

*Dre Marie-Josée Filteau a répondu à cette question.*

## 6

## L'usage de médicaments génériques

**Les médicaments génériques sont-ils réellement équivalents aux médicaments initiaux?**

— Question posée par  
Dre Sylvie Lapointe,  
Laval (Québec)

Un médicament générique contient strictement la même molécule, en quantité exacte et égale, que le médicament innovateur. Cependant, l'enrobage et le processus pharmaceutique diffèrent. Ceci a pour conséquence que la biodisponibilité (pourcentage de la dose qui se rend au compartiment vasculaire après absorption digestive et premier passage hépatique), la concentration maximale et le délai pour atteindre la concentration maximale peuvent être différents.

Santé Canada a donc défini des règles et des balises pour la comparaison des données pharmacocinétiques du médicament innovateur et générique : c'est la bioéquivalence de deux médicaments. Ainsi, le ratio de l'aire sous la courbe concentration-temps (ASC) générique/innovateur, qui reflète la biodisponibilité, doit être de 80 à 125 %; de même, le ratio de la concentration maximale générique/innovateur doit être de 80 à 125 %. La règle est plus stricte pour certains médicaments à index thérapeutique étroit : de 90 à 112 %.

Compte tenu des petites variations inter et intra-individuelles dans la pharmacocinétique des médicaments, la différence entre deux médicaments (même molécule) dits bioéquivalents n'est pas cliniquement significative; le traitement est donc aussi efficace avec l'un qu'avec l'autre. Il n'est cependant pas souhaitable de changer souvent de médicament (de l'innovateur au générique ou vice-versa) d'un mois à l'autre.

*Dre Louise Roy a répondu à cette question.*

## 7

## Bilan hépatique

**Comment interpréter l'augmentation des gamma glutamyl transpeptidase (GGT) parfois mise en évidence lors des bilans hépatiques « de routine » associés à certains protocoles médicamenteux (chez des patients ne consommant pas d'alcool)?**

— Question posée par  
Dre Lyne Vanier (Québec)

La g-glutamyl transpeptidase est une enzyme microsomale présente dans de nombreux tissus et le sérum de sujets sains. Une augmentation des GGT offre une bonne sensibilité. Corrélée à la phosphatase alcaline, elle permet notamment de faire la distinction entre une atteinte hépatique et une pathologie osseuse.

En revanche, sa spécificité est faible. En effet, une élévation des GGT se rencontre également dans diverses autres pathologies telles que des pathologies pulmonaires (MPOC), pancréatiques (cancer, pancréatite), rénales (insuffisance rénale) ou cardiaques (infarctus du myocarde). Par ailleurs, il s'agit d'une enzyme dont l'activité est induite par de nombreux médicaments (anticonvulsifs, contraceptifs oraux, anticoagulants, etc.). Cette augmentation peut représenter la seule anomalie biochimique détectée. Dans de tels cas, elle est transitoire et non associée à une maladie hépatique.

*Dre Claire Fournier a répondu à cette question.*



# 8

## Hygiène anale en cas de prurit

**Quel est le traitement le plus efficace du prurit anal idiopathique?**

— Question posée par  
Dr Alain Trudeau,  
Roberval (Québec)

Le plus difficile est sans doute d'affirmer, devant un prurit anal, que celui-ci est idiopathique. Le traitement est alors symptomatique. Un lavage quotidien ou après chaque selle est recommandé, mais uniquement à l'eau (pompe de douche, débarbouillette, etc.). Éviter tout savon, lingettes ou autre désinfectant. Sécher sans frotter. Dans un premier temps, ne mettre aucune pommade ou matière synthétique sur l'anus (certains patients se mettent du papier hygiénique entre les fesses...). En cas d'échec et/ou de suintement, utiliser de la pommade à l'oxyde de zinc (au rayon pour bébé dans les pharmacies).

Les dermocorticoïdes sont de dernier recours et doivent être employés sur une durée de moins d'une semaine. En cas d'échec, rechercher une cause, car il y en a beaucoup. Dans de rares cas, la cause est psychogène.

*Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.*

# 9

## Paresthésie de la moitié du corps

**Quelle est l'investigation dans une paresthésie de la moitié du corps, transitoire, avec ischémie cérébrale transitoire (ICT) possible mais aucun trouble moteur ou du langage?**

— Question posée par  
Dr Dominic Larose,  
Granby (Québec)

Depuis 2007, on essaie de stratifier les risques de faire un accident vasculaire cérébral (AVC) après une ICT. On pense qu'un patient qui présente un risque de 4 % ou plus de faire un AVC dans les 24 heures mérite d'être hospitalisé avec un bilan urgent qui consiste en une tomodensitométrie cérébrale, un examen Doppler carotidien, un électrocardiogramme (ECG) et un bilan sanguin. Si on ne trouve pas la

cause de l'ICT, une échographie cardiaque transthoracique plus ou moins transœsophagienne et un monitoring cardiaque sont requis.

En 2007, Johnson et ses collaborateurs ont publié les critères « ABCD2 risk-stratification score ». Si le score est en haut de 3, le patient a 4 % de risque de faire un AVC dans les 24 heures. Il faut alors l'hospitaliser.

On calcule donc le score en utilisant le tableau ci-contre.

*Dre Nicole Khairallah a répondu à cette question.*

**Tableau 1**

### Score ABCD2 pour l'estimation du risque d'AVC après une ischémie cérébrale transitoire

Critères	Seuils	Points
Âge	≥ 60 ANS	1
Tension artérielle (TA) (Blood pressure)	TA systolique ≥ 140 mmHg TA diastolique ≥ 90 mmHg	1
Clinique	• Parésie unilatérale	2
	• Atteinte du langage sans parésie	1
Durée des symptômes	• 10-59 minutes	1
	• ≥ 60 minutes	2
Diabète	Présent	1

Bas risque : ABCD2 = 0-3; Risque modéré : ABCD2 = 4-5;  
Haut risque : ABCD2 = 6-7

# 10

## Problèmes de céphalées

---

### Comment investiguer et traiter les céphalées postcoïtales?

— Question posée par  
Dre Marie Ducharme,  
Gaspé (Québec)

Une histoire minutieuse et un examen neurologique détaillés sont certainement importants dans l'évaluation de la céphalée postcoïtale.

Tous les patients vus pour cause de céphalées aiguës (en-dedans d'une semaine) et soupçonnés d'avoir une hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) doivent passer une tomodensitométrie cérébrale et une ponction lombaire si la tomodensitométrie est négative. Pour les patients avec une céphalée plus chronique, une résonance magnétique cérébrale est de mise pour exclure la présence d'un anévrisme cérébral.

Le traitement a un volet non pharmacologique et pharmacologique. Dans le premier volet, on conseille une perte de poids, une augmentation de l'activité physique et des techniques de relaxation.

Dans le volet pharmacologique, on utilise des analgésiques, surtout des anti-inflammatoires. Pour les céphalées à caractère vasculaire qui sont fréquentes et graves, on peut utiliser une prophylaxie avec du propranolol ou de l'indométacine. Des triptans peuvent être utilisés pour les cas légers. Des blocs au niveau du nerf d'Arnold peuvent être essayés. Il faut savoir qu'un seul traitement est rarement efficace à 100 %.

*Dre Nicole Khairallah a répondu à cette question.*

## 11

## Le temps de la toux

**Quels sont les meilleurs anti-tussifs pour bronchite simple? Y a-t-il des études qui comparent leur efficacité?**

— *Question posée par  
Dre Marylène Anctil,  
Trois-Rivières (Québec)*

Une toux productive est souvent un mécanisme de défense et ne doit pas être supprimée. Il faut toujours vérifier la cause probable de cette toux pour la traiter plus spécifiquement, surtout si elle est d'origine infectieuse ou allergique ou si elle reflète l'exacerbation d'un asthme ou d'une MPOC, dans lequel cas le meilleur traitement inclura les bronchodilatateurs et les corticostéroïdes.

Pour une toux liée à une infection respiratoire virale chez l'adulte, par exemple, l'association d'un antihistaminique de première génération à de la pseudoéphédrine ou encore à de l'ipratropium nasal pour quelques jours peut aider à la réduire.

Pour le traitement de courte durée d'une toux non ou peu productive qui interfère avec les activités de la personne, la codéine reste l'antitussif le plus puissant (la constipation est un effet secondaire fréquent). Le dextrométorphane (DM) est nettement inférieur, les expectorants sont inutiles, et il existe peu de données sur les autres produits.

**Bibliographie :**

1. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, Boulet LP, et coll. Diagnosis and management of cough executive summary:ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129(1 Suppl):1S-23S.

*Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.*

## 12 Sevrage douloureux

**Quelle est la façon suggérée pour un sevrage d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) réussi?**

— Question posée par  
Dr Samer Hasswani,  
Montréal (Québec)

Dans 40 à 50 % des cas, la diminution rapide ou la cessation brusque d'un ISRS, telle la paroxétine, ou d'un inhibiteur de recapture de sérotonine et noradrénaline (ISRN), telle la venlafaxine, utilisé plus de six à huit semaines est associée à un syndrome de sevrage caractérisé par des étourdissements, des faiblesses, des nausées, des céphalées, de l'anxiété, de l'insomnie, des difficultés de concentration et des paresthésies. Ces symptômes apparaissent après généralement 24 à 72 heures, persistent environ trois à sept jours, et requièrent souvent la réintroduction ou l'augmentation de l'antidépresseur, après quoi une seconde tentative de réduction encore plus graduelle de l'antidépresseur sera réalisée.

Une courte demi-vie étant à l'origine des symptômes du sevrage, le risque est particulièrement élevé avec la venlafaxine (demi-vie de trois à quatre heures), alors que plus faible avec la fluoxétine (demi-vie > 96 heures). Les autres ISRS ont une demi-vie autour de 24 heures, et comportent donc un risque moyen. Une diminution de la dose d'environ 25 % toutes les une à deux semaines sur quatre à huit semaines réduira considérablement le risque de sevrage. La prise de l'antidépresseur peut être espacée aux deux jours lors de la dernière semaine.

Lorsque le sevrage s'avère plus difficile, la fluoxétine 10 à 20 mg est ajoutée à l'antidépresseur en sevrage. L'antidépresseur en sevrage est cessé deux à trois jours après l'introduction de la fluoxétine et la fluoxétine est cessée une à deux semaines plus tard.

*Les Drs Patricia Bélair et Pierre Landry ont répondu à cette question.*

## 13 Efficacité des suppositoires

**Que pensez-vous des suppositoires acide 5-aminosalicylique à enrobage entérosoluble dans le traitement des hémorroïdes?**

— Question posée par  
Dr Guy l'Espérance,  
Lévis (Québec)

À ma connaissance, il n'y a aucune documentation scientifique ayant étudié l'utilisation des suppositoires d'acide 5-aminosalicylique à enrobage entérosoluble dans le traitement des hémorroïdes. Dans ma pratique, je n'en ai aucune expérience. Je ne le recommande donc pas.

Les hémorroïdes se traduisent cliniquement par trois manifestations principales : la douleur, les rectorragies et le prolapsus (lui-même pouvant entraîner du prurit, un inconfort, un suintement, etc.). Le meilleur traitement de la douleur sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), qui ont une action antalgique et anti-inflammatoire.

*Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.*



## 14 Traitement de la dyslipidémie

**Quels sont les avantages de traiter la dyslipidémie chez les personnes âgées de plus de 80 ans en prévention primaire?**

— Question posée par  
Dre Thituong N. Nguyen,  
Montréal (Québec)

Les données actuelles ne nous permettent pas de conclure à des avantages de traitement dans cette population. Les études en prévention primaire ont été faites chez une population plus jeune, en bas de 75 ans. Par ailleurs, il n'y a pas d'indication de dépistage de la dyslipidémie dans la population de plus de 70 ans en prévention primaire.

Le bilan lipidique est indiqué chez les personnes âgées dans un contexte de risque élevé, c'est-à-dire chez des individus avec plusieurs autres facteurs de risques cardiovasculaires tels hypertension, diabète ou encore chez les personnes ayant déjà eu des événements cardiovasculaires ou cérébrovasculaires.

Dans cette population ciblée, il existe un certain avantage de traitement qui apparaît dès six mois de traitement. Il faut cependant garder en mémoire que les études n'ont pas inclus de personne au-dessus de 85 ans.

*Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.*

## 15 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'ostéodensitométrie 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 téraparatide, 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 intra-veineux (l'acide zolédronique) ou sous-cutané (le dénosumab).

*Dr Mark Hazeltine a répondu à cette question.*