

1

Prendre le volant

Quelle est la ligne de conduite sur l'aptitude à conduire lors d'un syndrome coronarien aigu avec légères augmentations des troponines sans augmentation des créatinines kinases?

— Question posée par
Dre Danielle Dion,
Beauce (Québec)

Une montée de troponine dans le contexte d'un syndrome coronarien témoigne d'une nécrose cellulaire myocardique et est présentement le standard biochimique dans le diagnostic de l'infarctus du myocarde. Les recommandations canadiennes suggèrent, pour un infarctus sans élévation du segment ST et sans anomalies nouvelles de la cinétique du ventricule gauche (ce qui implique une imagerie au départ), un arrêt de conduite de 48 h et 7 jours pour un permis de véhicule récréatif et un permis commercial respectivement s'il y a eu revascularisation percutanée. S'il n'y a pas eu de revascularisation percutanée, l'abstention recommandée est de 7 jours et 1 mois respectivement. Dans le cas où une technique d'imagerie n'est pas disponible, il est raisonnable d'assumer par prudence la présence d'anomalies de la cinétique nouvelles et de suggérer un arrêt de conduite automobile de véhicule pour un mois et trois mois respectivement selon la classe de permis.

Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.

2

Syndrome métabolique

Dans un cas de stéatose hépatique diffuse non alcoolique, une biopsie est-elle nécessaire? Quelle est la médication préconisée? Est-ce qu'un syndrome métabolique pourrait être à son origine?

— Question posée par
Dr Jacques Faucher,
Ham-Nord (Québec)

La stéatose hépatique est le résultat d'une altération de la physiologie des acides gras et des triglycérides, et représente un danger potentiel puisque 10 % des patients développeront une stéato-hépatite non alcoolique (NASH) pouvant mener à la cirrhose. Le patient typique est obèse, diabétique et hyperlipidémique.

Il existe cependant des stéatoses/NASH secondaires causées par des problèmes d'ordre métabolique, chirurgical ou médicamenteux. Il est donc important d'effectuer un bilan étiologique. La biopsie n'est pas utile en cas de stéatose hépatique sans perturbation du bilan hépatique. En cas d'élévation des transaminases, elle permet d'exclure une autre pathologie et d'évaluer le degré d'inflammation (stéatose versus NASH) et de fibrose hépatique.

Aucune médication n'est préconisée dans la prise en charge de la stéatose. Le traitement consiste avant tout en une modification des habitudes de vie avec perte de poids soutenue (visant 10 % du poids corporel en six mois environ) et en un contrôle des facteurs de risque.

Dre Claire Fournier a répondu à cette question.

3

En cas de hoquet

Que faire en cas de hoquet rebelle (investigation, traitement, etc.)?

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

Le hoquet est défini comme une contraction spasmodique brève et rythmique des muscles inspirateurs (diaphragme, intercostaux, scalène) en simultanée avec une contraction des voies aériennes respiratoires avec occlusion de la glotte.

On distingue le hoquet aigu, qui ne justifie aucun traitement médicamenteux, pour lequel il existe de nombreux moyens « populaires » permettant d'en venir à bout, mais dont l'efficacité est relative (soit des manœuvres respiratoires comme le pincement du nez, manœuvre de Valsalva, soit des stimulations nasales ou pharyngées comme boire un verre d'eau, soit des stimulations vagues avec la compression oculaire ou les massages des sinus carotidiens). Le problème se pose avec le hoquet chronique qui est défini comme étant d'une durée supérieure à 48 heures et qui peut être épuisant pour le patient. Il peut être lié soit à une irritation des neurones supraspinaux, soit à une lésion des voies neurogènes périphériques, soit à une perturbation métabolique.

Le clinicien doit donc s'acharner à rechercher par l'examen clinique une cause identifiable, qui peut être :

1. Un traumatisme récent du thorax, des côtes, de la clavicule ou du crâne;
2. Un accident vasculaire cérébral;
3. Des causes métaboliques (hyponatrémie) ou des causes médicamenteuses.

Si le questionnaire est négatif, il faudra s'orienter vers une pathologie œsophagienne ou gastrique comme le reflux gastro-œsophagien, les œsophagites, les troubles moteurs de l'œsophage et également les tumeurs gastriques, les abcès sous-phréniques ou les diverticules œsophagiens. Enfin, des causes neurologiques plus rares comme l'épilepsie, la sclérose en plaques ou certaines tumeurs cérébrales peuvent se manifester par un hoquet.

Les principaux traitements sont :

- La métoclopramide, par exemple 10 mg toutes les 6 à 8 heures;
- La chlorpromazine 10-15 mg par jour chez l'adulte tant que le hoquet persiste;
- Les autres médicaments qui ont été essayés sont : l'halopéridol, la carbamazépine ou le baclofène, par exemple, la posologie pour l'adulte est de 5 mg 3 fois par jour.

Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.

4

À la recherche de polypes

Quel type de suivi requiert la découverte de polypes dans la vésicule biliaire à l'échographie? Y a-t-il risque de développer une néoplasie?

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

La plupart des polypes découverts dans la vésicule biliaire à l'échographie sont des polypes asymptomatiques. Il s'agit soit de polypes adénomateux (image isoéchogène) soit de polypes cholestéroliques (hyperéchogène).

Les risques néoplasiques des polypes adénomateux apparaissent quand le polype fait plus de un centimètre. Le suivi doit être effectué au moyen d'une échographie annuelle. La cholécystectomie doit être recommandée si le polype fait plus de un centimètre ou s'il est symptomatique. En cas de doute sur la nature du polype, un radiologue peut recommander soit une écho-endoscopie, soit une tomodensitométrie de l'abdomen, mais ils sont en général inutiles pour le suivi.

Il est à noter que les polypes de la vésicule biliaire affectent environ 5 % de la population adulte.

Le Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.

5

Plongée sous-marine

Y a-t-il des contre-indications respiratoires à la pratique de la plongée sous-marine ?

- Question posée par
Dr Alain F. Turcotte,
Québec (Québec)

La plongée sous-marine expose à des changements importants de pression thoracique et requiert l'inhalation d'air sec en plus de se pratiquer dans des conditions de température variable. Parmi les contre-indications officielles de ce sport, on retrouve généralement une sarcoïdose active, une maladie interstitielle telle la fibrose pulmonaire, la présence de bulles ou de kystes pulmonaires, une histoire de pneumothorax (à moins de guérison complète avec preuve tomodensitométrique et tests de fonction pulmonaire normaux [plus pleurectomie bilatérale si le pneumothorax était spontané]).

L'asthme est généralement considéré comme une contre-indication à ce sport. Certains suggèrent cependant qu'on peut le permettre chez le patient asymptomatique avec spirométrie et test d'effort (ou, idéalement, le test de provocation bronchique par hyperventilation isocapnique d'air sec) normaux, mais les patients doivent comprendre les risques, et ne pas plonger si leur condition change.

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et la fibrose kystique du pancréas (FKP) avec atteinte fonctionnelle respiratoire sont aussi des contre-indications à la plongée. Il est, bien sûr, aussi préférable de ne pas plonger en cas d'infection respiratoire.

Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.

Référence

1. British Thoracic Society guidelines on respiratory aspects of fitness for diving. *Thorax* 2003; 58(1):3-13.

6

Diagnostic d'embolie pulmonaire

Est-ce qu'une tomodensitométrie spiralee multibarrettes normale (avec contraste, protocole embolie pulmonaire) élimine avec suffisamment de certitude le diagnostic d'embolie pulmonaire?

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

On peut considérer que cet examen exclut la grande majorité des embolies pulmonaires. Les analyses récentes de cette méthode suggèrent une valeur prédictive négative supérieure à 98 %^{1,2}. Un doute peut persister en présence d'une forte probabilité clinique prétest, le nombre de patients semblables avec un tel examen négatif étant faible dans les études récentes. Dans ces cas, on peut rechercher d'autres éléments utiles (p. ex., échographie Doppler des membres inférieurs ou autres tests).

Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.

Références

1. Moores LK, King CS, Holley AB. Current approach to the diagnosis of acute nonmassive pulmonary embolism. *Chest* 2011;140(2):509-18.
2. Quiroz R, Kucher N, Zou KH, et coll. Clinical validity of a negative computed tomography scan in patients with suspected pulmonary embolism: a systematic review. *JAMA* 2005; 293(16):2012-17.

7

BiPAP et pneumothorax

Beaucoup de consensus nous disent que le pneumothorax est une contre-indication au BiPAP®. L'est-il toujours une fois après un drainage thoracique?

— Question posée par
Dr Mathieu Vincent,
Lac-Brome (Québec)

Le BiPAP® (*Bi-Level Positive Airway Pressure*) consiste en une assistance ventilatoire en procurant une pression d'air tant en inspiration qu'en expiration. Cette pression peut parfois causer ou aggraver un pneumothorax, mais, dans ce dernier cas, si le patient a un drain thoracique et que ce dernier est bien perméable et efficace, cette modalité de traitement peut être considérée, et ce, toujours en évaluant les bénéfices potentiels. Une surveillance étroite est, bien sûr, de mise.

Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.

Référence

1. Nava S, Hill N. Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Lancet* 2009; 374(9685):250-9.

8

Contrôle de la formule sanguine complète

Après la transfusion de globules rouges, à quelle fréquence faites-vous des contrôles de la formule sanguine complète? Y a-t-il des directives établies?

— Question posée par
Dre Céline Bordeleau,
Trois-Pistoles (Québec)

Malheureusement, il n'y a pas de normes précises pour établir l'intervalle pour contrôler la formule sanguine. Le médecin doit se fier à son jugement et à son expérience. Selon ces critères, vagues, j'en conviens, on prévoit une vérification dans un délai que l'on juge raisonnable et on ajuste le suivi selon l'évolution du test.

Dr Jean Dufresne a répondu à cette question.

9

Polymédication des personnes âgées

Avec la polymédication des personnes âgées, comment s'y retrouver avec les interactions médicamenteuses et quelle importance y accorder? Existe-t-il un guide facile à utiliser?

— *Question posée par
Dre Danielle Bourret,
Sainte-Anne-des-Lacs
(Québec)*

Plusieurs études démontrent que le risque d'interaction médicamenteuse augmente de façon importante lorsque l'on dépasse cinq médicaments. Il faut aussi tenir compte des changements pharmacologiques liés au vieillissement qui augmente les risques d'effets secondaires chez la personne âgée.

Il est donc important de tenir compte des interactions médicamenteuses. Il n'existe pas de guide facile, mais il y a maintenant plusieurs applications telles que *Medscape* et *Lexicomp* qui ont été développées pour certains téléphones ou appareils numériques. Si on utilise ces outils, il faut s'assurer d'utiliser les noms génériques.

Dans notre analyse, il ne faut pas oublier les médicaments en vente libre et les produits naturels qui peuvent eux aussi causer des réactions indésirables ou modifier l'efficacité de certains traitements.

Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.

10 Exophtalmie de Graves

Quelles sont les options de traitement pour corriger l'exophtalmie de Graves (après stabilisation de la thyroïde)? La patiente, qui a été traitée en 2000, est stable actuellement mais est atteinte d'une exophtalmie très évidente, et elle désire une correction pour améliorer l'esthétique.

— Question posée par
Dre Annick Reid,
Blainville (Québec)

En présence d'une exophtalmie incommode qui est stable depuis un à deux ans, l'approche thérapeutique est chirurgicale. Ce type de chirurgie est pratiquée en général par des ophtalmologistes.

Dre Hortensia S. Mircescu a répondu à cette question.

11 Durée de traitement avec la warfarine

Combien de temps un patient de sexe masculin avec histoire post-opératoire d'embolie pulmonaire et de thrombose de la veine profonde devra être traité avec la warfarine?

— Question posée par
Dr Falah Ibrahim,
Vita (Manitoba)

Puisqu'il s'agit d'un événement thrombotique causé par un facteur réversible (chirurgie), la durée de traitement après une embolie pulmonaire devrait être de six mois. Toutefois, il est important de vérifier si le patient pourrait être à risque de récurrence en se posant les questions suivantes :

- Le type d'intervention ainsi que l'immobilisation post-opératoire (chirurgie majeure versus mineure) expliquent-ils la thrombose?
- Y a-t-il une histoire familiale de thromboses?
- Le patient a-t-il moins de 50 ans?

Selon les réponses à ces questions, il pourrait être justifié de procéder à un bilan de thrombophilie (recherche du facteur V de Leiden, déficit en antithrombine III, protéine C et S, antiphospholipides [APL], etc.). La durée du traitement anticoagulant pourrait alors varier si cette recherche est positive ou si le patient présente d'autres facteurs de risque significatifs comme un cancer actif.

Dr Jean Dufresne a répondu à cette question.

12 Augmentation de la créatine kinase

Avec un patient prenant des statines, quelle est la valeur d'augmentation de la créatine kinase (CK) acceptable et sécuritaire?

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

En général, après avoir exclu d'autres causes d'augmentation des CK tels l'exercice juste avant la prise de sang, l'hypothyroïdie, etc., il est rare que les statines soient maintenues si l'élévation est plus de deux à trois fois la limite supérieure de la normale et si elle persiste dans le temps.

Dre Hortensia S. Mircescu a répondu à cette question.

13 Migraines et dihydroergotamine

Existe-t-il un âge où on devrait cesser de traiter les migraines avec de la dihydroergotamine chez des patients sans maladies vasculaires?

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

Le traitement de choix des migraines reste la famille des triptans. Il est certain qu'ils sont contre-indiqués dans les migraines compliquées, les migraines basilaires, les maladies cardiovasculaires et les maladies cérébrovasculaires.

Dans l'absence de tout ceci, on peut les continuer indéfiniment; ils sont quasiment moins dangereux que les anti-inflammatoires, jusqu'à un certain point.

Ma seule remarque est de s'assurer qu'il n'y a pas d'autres explications pour les céphalées chez la personne plus âgée, surtout que la fréquence des migraines diminue avec l'âge.

Dre Nicole Khairallah a répondu à cette question.