

1

Acrochordons en milieu délicat

Quel est le traitement suggéré pour des acrochordons situés sur les paupières et dans la région environnante?

— Question posée par
Dr Bruno Tremblay,
Beauport (Québec)

En ce qui concerne les acrochordons sur les paupières et dans la région environnante, les traitements possibles sont les mêmes que pour les autres régions, avec quelques précautions à prendre.

La technique la plus simple en clinique est la cryothérapie à l'azote liquide. C'est une façon rapide d'enlever les acrochordons si ceux-ci ne sont pas trop gros. Vaporiser d'azote une petite papule pendant trois à cinq secondes suffit habituellement. L'important, pour s'assurer de bien éradiquer la lésion, est d'obtenir une bordure blanche de 0,5 à 1 mm autour de l'acrochordon. Par contre, afin de minimiser le risque de complication, il vaut mieux sous-traiter et répéter la manœuvre au besoin. Sur une région délicate comme la paupière, un coton tige préalablement imbibé d'azote liquide peut être utilisé, ou mieux encore, le fait de serrer la lésion comme telle à l'aide d'une pince mousse plongée dans un petit récipient rempli d'azote liquide au lieu de vaporiser le produit directement sur la lésion peut s'avérer efficace.

Les effets secondaires potentiels sont la douleur, le choc vagal, le saignement, l'infection, le changement de pigmentation, la cicatrice.

L'exérèse chirurgicale avec une lame, un scalpel ou une paire de ciseaux est également appropriée. Ceci se fait après avoir anesthésié la peau (lidocaïne à 1 % avec ou sans adrénaline). L'hémostase est assurée par une solution de chlorure d'aluminium ou par électrocoagulation.

Finalement, l'électrocautérisation seule peut aussi être utilisée, toujours après avoir anesthésié la peau.

Les docteurs Simon Nigen et Fanny-Emmanuelle Bernier ont répondu à cette question.

2

Dabigatran

Lors d'un saignement en cas de prise de dabigatran, à part une cessation de la médication, y a-t-il d'autres recommandations?

— Question posée par
Dre Danielle Plante,
Repentigny (Québec)

Malheureusement, il n'y a pas d'antidote spécifique au dabigatran. Par contre, la demi-vie du médicament est courte (environ 13 heures) de sorte que l'effet anticoagulant disparaît relativement rapidement. Il suffit d'appliquer les mesures de support habituelles en attendant (transfusions, etc.).

En cas de saignement majeur, le dabigatran peut être éliminé par hémodyalyse. L'efficacité de transfuser des concentrés de facteurs prothrombiniques (PCC) ou du facteur VII est controversée.

Dr Jean Dufresne a répondu à cette question.

3

Maladie cœliaque

Devrait-on dépister la maladie cœliaque chez tous les patients avec le diagnostic du côlon irritable?

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

Si vous êtes sûr de votre diagnostic de côlon irritable, il n'est pas nécessaire de dépister la maladie cœliaque. Cependant, bien souvent le clinicien se demande s'il est devant un syndrome du côlon irritable ou s'il y a une maladie organique sous-jacente. Sans être systématique, il est tout de même recommandé de rechercher une maladie cœliaque devant tout tableau pouvant l'évoquer. Ce tableau peut être : 1) clinique : des douleurs inexplicables, des ballonnements, de la diarrhée; 2) biologique : anémie, ostéoporose, hypoalbuminémie; 3) contextuel : cas de maladies cœliaques dans sa famille, présence d'autres maladies auto-immunes (diabète de type I, dysthyroïdie, dermatite herpétiforme, etc.), syndrome de Down... Il a été démontré que 6 % des patients ayant eu un diagnostic de côlon irritable ont une maladie cœliaque. Ce chiffre est encore insuffisant pour parler de dépistage systématique, mais il est suffisamment grand pour être un diagnostic différentiel à rechercher au moindre doute.

Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.

4

Prescription d'hypolipémiants

Y a-t-il avantage à prescrire des hypolipémiants chez des patients de 80 ans et plus?

— *Question posée par
Dr Marc Mony,
Rimouski (Québec)*

L'utilisation des statines en prévention secondaire chez les personnes âgées est assez bien établie (en dépit de leur sous-utilisation). Par contre, la représentation des personnes de plus de 80 ans dans ces études est en général moins bonne. En prévention primaire, peu d'études ont enrôlé un nombre significatif de patients octogénaires ou nonagénaires, donc les données pour soutenir des directives claires dans cette catégorie d'âge sont limitées.

Personnellement, bien que l'âge soit un facteur très important dans l'évaluation du risque cardiovasculaire, je n'ai pas tendance à traiter par statines en prévention primaire les personnes de plus de 80 ans, car le ratio risque/bénéfice est, à mon avis, trop souvent défavorable (risque de polypharmacie, comorbidités, espérance de vie, etc.).

En prévention secondaire, puisque l'ampleur du bénéfice est plus marquée, j'ai tendance à traiter en visant les cibles recommandées par les sociétés savantes.

Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.



5

TDAH et procrastination

Dans le TDAH adulte, quel visage la procrastination prend-elle? Quelles questions permettront de préciser le diagnostic quand il est difficile?

- *Question posée par Dr Jean-François Vachon, Pointe-Claire (Québec)*

La procrastination n'est pas un critère diagnostique du TDAH. Cette habitude de « remettre à plus tard » peut se manifester chez les personnes n'ayant aucun trouble psychiatrique. Le perfectionnisme, le manque de motivation, la fatigue et la difficulté d'initier une tâche sont quelques facteurs pouvant prédisposer un individu à la procrastination.

S'il y a procrastination chez un individu avec un TDAH, il faut chercher à identifier ce qui freine l'individu dans son organisation. Par exemple, est-ce une difficulté à initier, à planifier cette tâche ou à s'en rappeler? En plus de la prépondérance de symptômes d'inattention, les adultes avec un TDAH sont particulièrement susceptibles de souffrir de comorbidités telles qu'abus de substances, troubles anxieux et troubles de l'humeur. La procrastination peut donc être associée à chacune de ces comorbidités, notamment le souci de perfectionnisme chez un anxieux. La procrastination peut aussi être liée aux troubles cognitifs puisque les fonctions exécutives (planification, organisation, perception du temps) et la mémoire de travail (capacité de retenir et manipuler des informations pendant une tâche) sont souvent déficitaires. Si l'inattention et les cognitions sont déficitaires, l'individu affirmera ne pas s'être rappelé de ce qu'il avait à faire ou ne pas s'être concentré suffisamment longtemps pour terminer la tâche. Ainsi, la difficile notion du temps et la mauvaise planification sont en cause. Des stratégies d'optimisation de l'organisation pourront alors passer par des mesures simples d'utilisation d'un horaire, d'un agenda et/ou d'une montre.

Les Drs Joëlle Desfossés et Pierre Landry ont répondu à cette question.

6

Troubles du sommeil, douleurs chroniques

Quelles sont les meilleures molécules à utiliser pour cibler les troubles du sommeil et les douleurs chroniques simultanément?

- *Question posée par Dr Jean-Pierre Blais, La Tuque (Québec)*

Pour essayer de cibler la douleur et l'insomnie, on peut profiter des effets secondaires de certains médicaments. L'amitriptyline, qui reste parmi les traitements de première ligne de la douleur chronique, possède parmi ses effets secondaires la somnolence, d'où son utilisation le soir pour essayer de traiter les deux problèmes. En ce sens, cette molécule est supérieure à la nortriptyline, par exemple. Une autre option est la combinaison de deux médicaments comme les opiacés et la gabapentine, par exemple.

Dre Nicole Khairallah a répondu à cette question.

7

Goutte aiguë

Chez les personnes âgées, est-il mieux de donner de la prednisone à court terme ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans le traitement de la goutte aiguë ?

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

Les AINS demeurent, en général, le traitement de choix de la goutte peu importe l'âge. Évidemment, chez le patient âgé, il faut prendre en considération les comorbidités, en particulier les comorbidités gastro-intestinales et cardiovasculaires lors du choix de l'AINS.

En présence de contre-indications absolues ou relatives telles que l'ulcère gastroduodéal avec ou sans hémorragie, l'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale, l'anticoagulothérapie, etc., les stéroïdes intra-articulaires ou pris par voie orale peuvent être utilisés. L'infiltration de stéroïdes est particulièrement utile chez le patient avec une atteinte mono-articulaire (en l'absence d'infection). Chez le patient anticoagulé ou avec atteinte de plus d'une articulation, la prednisone à dose décroissante peut être considérée. Il faut toujours prescrire de façon concomitante 0,6 mg p.j. de colchicine afin d'éviter un effet rebond à l'arrêt de la cortisone (voir article La goutte : un défi du nouveau millénaire. *Le Clinicien*, 2011; 26(5):33-35.).

Dr Mark Hazeltine a répondu à cette question.

8

Élévation des enzymes hépatiques

Il y a eu élévation (isolée) des enzymes hépatiques (alumine aminotransférase [AST] et aspartate aminotransférase [ALT]) environ deux fois la normale à deux reprises chez un patient sans aucune maladie. Quel est le bilan à faire?

— Question posée par
Dre Christiane Roy,
Candiac (Québec)

Une élévation des taux de transaminases est le symptôme d'appel le plus fréquent des hépatopathies chroniques et doit être investiguée.

Une transaminite sans cholestase nous oriente vers une cause virale (hépatite B ou C), alcoolique, toxique, ou vers une stéatopathie métabolique. Plus rarement, elle est la résultante d'une hépatite auto-immune, d'une hémochromatose, d'une déficience en alpha 1-antitrypsine, d'une maladie de Wilson ou d'une maladie cœliaque. L'anamnèse, l'examen clinique et les tests biologiques (sérologies, recherche d'auto-anticorps, bilan ferrique, dosage de l'alpha 1-antitrypsine et de la céruloplasmine, bilan lipidique et glycémie, anti-transglutaminases) permettent généralement de poser le diagnostic. En cas d'élévation chronique d'ALT/AST avec cholestase, il est utile de commencer par une échographie abdominale, car la pathologie est possiblement secondaire à une obstruction ou à une atteinte des voies biliaires (tumeur ou cholangite sclérosante). D'autres causes telles que la cirrhose biliaire primitive, la toxicité médicamenteuse, les maladies granulomateuses, la sarcoïdose et la ductopénie de l'adulte doivent être recherchées si l'imagerie n'est pas concluante. En cas de doute, une biopsie hépatique devra être effectuée.

Dre Claire Fournier a répondu à cette question.

9

Thyréostimuline et thyroxine

Que faire avec une thyroïdostimuline (TSH) à 84, dosage courant, chez une patiente de 75 ans avec fibrillation auriculaire (FA) et insuffisance cardiaque?

— *Question posée par
Dr Jean-François Grenon,
Neuville (Québec)*

Une valeur de TSH à 84 témoigne d'une hypothyroïdie nécessitant une intervention, indépendamment du taux de T4 libre. Chez une patiente avec FA et insuffisance cardiaque, le remplacement de la thyroxine doit se faire graduellement. Vous pouvez commencer par 0,025 mg de thyroxine pour deux semaines et augmenter la dose à 0,05 mg s'il n'y a pas d'exacerbation de l'arythmie. Par la suite, des ajustements aux cinq semaines avec un suivi de la TSH devraient suffir. Les ajustements peuvent se faire graduellement en utilisant les doses de thyroxine disponibles sur le marché : 0,05 mg, puis 0,075 mg, puis 0,088 mg, etc.

Les doses moyennes de thyroxine nécessaires pour les patients hypothyroïdiens sont de 1,6 µ/kg.

Dr Hortensia S. Mircescu a répondu à cette question.

10 Médicaments pour l'abandon de la cigarette

Peut-on comparer le taux d'efficacité des différents médicaments disponibles pour aider à abandonner la cigarette?

— *Question posée par
Dre Monique Bourbeau,
Boucherville (Québec)*

La thérapie de remplacement par la nicotine, le bupropion, la nortryptiline, la clonidine et la varénicline sont toutes des thérapies dont une certaine efficacité a été démontrée (15 à 30 % de réponse à 1 an), mais il n'y a pas d'évidences suffisantes pour recommander une intervention plutôt qu'une autre présentement. Il faut se souvenir que des interventions non pharmacologiques comme les recommandations du médecin traitant et le counseling en tabagisme, de même que les suivis téléphoniques ou les thérapies de groupe ou individuelles ainsi que les lignes de cessation tabagique, ont tous une certaine efficacité^{1,2}.

Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.

Références

1. Mahvan T, Namdar R, Voorhees K, et coll. Clinical Inquiry: which smoking cessation interventions work best? *J Fam Pract* 2011; 60(7):430-1.
2. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, et coll. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. *Eur J Cancer Prev* 2008; 17(6):535-44.

11

Troubles mnésiques

Pour les patients de moins de 50 ans avec histoire familiale positive et troubles mnésiques (score au *Mini-Mental State Exam* [MMSE] de 26-28), devrait-on leur prescrire un inhibiteur de la cholinestérase ?

— *Question posée par
Dr Michel Tousignant,
Grand-Mère (Québec)*

Le traitement avec un inhibiteur de la cholinestérase est indiqué pour le traitement de la maladie d'Alzheimer légère à modérée. Il n'existe pas de restriction d'âge pour l'utilisation de cette médication.

Chez le patient jeune (de moins de 65 ans) avec troubles mnésiques, il est important de faire une évaluation complète de ses fonctions cognitives ainsi que de l'impact des déficits sur le plan fonctionnel. Cette évaluation, avant le début du traitement, permet de confirmer le diagnostic de maladie d'Alzheimer et permettra de bien suivre la réponse au traitement et d'ajuster celui-ci en conséquence.

Le fait d'avoir une histoire familiale positive est un élément de plus en faveur d'un diagnostic de maladie d'Alzheimer, mais n'en fait pas un diagnostic d'emblée; il ne faut pas oublier qu'il existe aussi des présentations précoces de la maladie d'Alzheimer sans histoire familiale.

Dr Lucie Boucher a répondu à cette question.

12

Inhibiteurs de la pompe à protons

Quand devons-nous recommander un traitement d'entretien avec les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ?

— *Question posée par
Dr Louise Michaud,
Saint-Rédempteur (Québec)*

Un traitement d'entretien aux IPP doit être recommandé dans les situations suivantes :

1. Lorsqu'il persiste un risque de maladie acido-peptique chez un patient qui a déjà fait un ulcère ou qui est à fort risque d'en faire. La situation la plus fréquente se retrouve chez quelqu'un qui présente plusieurs facteurs de risque d'ulcère gastroduodéal et qui ne peut pas se sevrer de ses médicaments : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), aspirine, etc. Les autres facteurs de risque sont les antécédents d'ulcère, la prise d'autres AINS, l'insuffisance rénale, la présence d'*Helicobacter pylori* ou la prise d'un anticoagulant ou d'autres médicaments favorisant le saignement comme le dabigatran ou le clopidogrel. L'âge supérieur à 70 ans est également un facteur de risque. Au-delà de deux facteurs de risque, il est recommandé d'instituer un traitement d'entretien par IPP pour éviter un ulcère et ses complications.
2. En cas de reflux gastro-œsophagien IPP dépendant, c'est-à-dire réapparition des symptômes à l'arrêt des IPP : évidemment, les conseils diététiques doivent accompagner cette prescription, comme perdre du poids, éviter les boissons gazeuses et les repas gras, éviter de se coucher avec un estomac plein, etc. Il faut instituer la plus petite dose efficace d'IPP.
3. Certaines dyspepsies peuvent également bénéficier d'entretien par IPP si ceux-ci entraînent une amélioration significative.

Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.