

1

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.

2

Adieu varices!

Quels sont les avantages du traitement au laser des varices versus une chirurgie conventionnelle?

— Question posée par
Dre Céline Chabot,
Québec (Québec)

D'abord, un élément important à prendre en considération lors du traitement d'une varice (hormis les effets indésirables, les contre-indications, le coût et la préférence du patient) est son diamètre.

Pour les grosses varices, l'approche chirurgicale (phlébectomie ou éveinage) donne de bons résultats. Le laser endoveineux est une autre technique qui pourrait remplacer, dans certains cas, les chirurgies conventionnelles. Un avantage de cette technique demeure la convalescence plus courte que pour l'éveinage, allant de deux jours à une semaine.

Pour les varices de calibre moyen, la sclérothérapie offre de bons résultats, tandis que pour les petites varices le laser vasculaire est la meilleure option.

Les Drs Fanny-Emmanuelle Bernier, externe 2, et Simon Nigen ont répondu à cette question.

3

Musique forte et surdité

Quelles preuves avons-nous pour les dommages auditifs causés par l'utilisation d'appareils comme le iPod?

— *Question posée par Dre Sandy Murray, Red Deer (Alberta)*

L'écoute de la musique est la forme la plus courante d'exposition récréationnelle au bruit. Le iPod, tout comme n'importe quel autre système personnel d'écoute de la musique (baladeur, lecteur de DC portable), peut provoquer une baisse d'acuité auditive. Bien que les risques de dommage dépendent principalement de l'intensité et de la durée de l'exposition sonore, la susceptibilité de la personne, le système d'écoute et le type de transducteurs utilisés peuvent également jouer un rôle dans cette baisse.

De nos jours, les systèmes personnels d'écoute de la musique ont une capacité de sortie sonore maximale bien supérieure au niveau d'exposition sécuritaire (85 dB pour maximum de 8 heures d'écoute). Le problème avec les adolescents est qu'ils écoutent souvent leur musique au volume maximal. Ils pensent à tort que le manufacturier s'est assuré que l'appareil ne présente aucun risque pour l'audition. Or, les iPod peuvent facilement produire 105 dB, ce qui dépasse largement le niveau sécuritaire. De plus, les détenteurs de ce type d'appareil l'utilisent souvent dans des environnements bruyants. À moins d'avoir des écouteurs à annulation de bruit, ils augmentent alors le volume de leur musique.

L'utilisation d'écouteurs-boutons augmente encore plus les risques de dommage, car, par leur position plus profonde à l'intérieur du canal, le son est intensifié. Le canal auditif des jeunes enfants étant plus court, le risque est encore plus grand pour eux. **Certains experts ont recommandé l'utilisation de 60 % du volume pour un maximum de 120 minutes, d'autres ont recommandé 60 % du volume pour 60 minutes. Un plus grand volume ou un temps d'exposition plus long risquent d'endommager l'audition.**

Il n'y a pas, à ce jour, de programme de prévention de la surdité liée à l'écoute de musique. Il faudrait développer des campagnes de sensibilisation au problème et mettre sur pied des programmes de dépistage tout comme on l'a fait pour le bruit industriel, sinon on risque d'avoir toute une génération de sourds.

Dre Christiane Provençal et Dr Ted L. Tewfik ont répondu à cette question.

4

Cancer du poumon : dépistage

Le dépistage du cancer du poumon peut-il être efficace chez certains groupes de patients?

— Question posée par
Dr Christian Gaulin,
Sherbrooke (Québec)

La réponse à cette question nous oblige à nous demander d'abord si on doit investir dans des méthodes coûteuses pour tenter de dépister le cancer du poumon ou consacrer ces sommes à la prévention du tabagisme, la cause de la plupart des cancers de ce type. J'opterais pour la seconde option.

À ce jour, le dépistage par cytologie des expectorations n'a pas démontré d'efficacité. Pour ce qui est du dépistage par tomodensitométrie pulmonaire à doses faibles (*Low-dose CT*), même si une publication récente suggère qu'un tel dépistage chez des fumeurs de 55 à 74 ans avec tabagisme important pourrait contribuer à en réduire la mortalité comparativement à un dépistage par radiographie simple du poumon¹, il est encore tôt pour la préconiser, et de nombreuses études sont en cours pour tenter de préciser son utilité, particulièrement dans certains groupes à risque.

Référence

1. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, et coll. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med* 2011; 365:395-409.

Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.

5

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.

6

Le montélukast

Est-ce que le montélukast peut être bénéfique chez les patients gravement allergiques?

— *Question posée par
Dr Mark Krieger,
Toronto (Ontario)*

Lors d'une réaction allergique, l'interaction entre l'immunoglobuline E (IgE), fixée à la surface des mastocytes qui tapissent les muqueuses respiratoires ou digestives et la peau, et l'allergène conduit à l'activation de celui-ci et à la libération d'une foule de médiateurs préformés ou synthétisés, dont les leucotriènes.

Ces derniers sont particulièrement impliqués dans la réponse inflammatoire des voies respiratoires. Ainsi, il est logique de penser que le traitement des patients avec une rhinite ou un asthme à l'aide d'une médication antileucotriène devrait diminuer la réponse inflammatoire locale qui est partie prenante de la physiopathologie d'une réaction allergique.

En fait, les études ont montré qu'effectivement, l'utilisation du montélukast, une médication antileucotriène, améliore de façon significative les symptômes d'asthme et l'hyperréactivité bronchique, et ce, surtout chez les enfants. Il a aussi été démontré que le montélukast améliore la rhinite allergique tout autant que les anti-histaminiques. Dans le contexte du concept de voies aériennes unifiées, où les voies respiratoires inférieures et supérieures sont étroitement interreliées, il est logique d'utiliser une médication qui a un impact aux deux niveaux. Il est donc certain que, chez les patients avec un asthme et une rhinite graves, l'ajout du montélukast au régime thérapeutique du patient ne peut qu'être bénéfique et mérite d'être considéré, d'autant plus qu'il est facile à prendre, d'où une meilleure observance pour le patient, et que ses effets secondaires sont quand même rares.

Dr Jacques Hébert a répondu à cette question.

7

Démence

Quels sont les tests simples en cabinet pour un dépistage précoce d'une démence et justifier un test de Folstein?

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

Le test de Folstein (*Folstein Mini-Mental State Questionnaire*) est un test de dépistage rapide de moins de cinq minutes. La décision de procéder à ce test sera avant tout basée sur des inquiétudes soulevées par le patient ou son entourage concernant une perte de mémoire ou l'apparition de difficultés à compléter les activités quotidiennes (courses, repas, finances, prise de la médication).

Si on veut procéder à un dépistage avant de passer au test de Folstein, on peut demander au patient de nommer le plus d'animaux en une minute (à moins de quinze noms, il faut aller plus loin). Le test de l'horloge ou le rappel de cinq mots sont aussi des tests rapides pouvant nous suggérer d'aller plus loin.

Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.

8

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.

9

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.

10 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.

11 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.

12 Ondes de choc

Quel est votre avis sur la thérapie par ondes de choc dans la tendinite calcifiante et quelle est sa disponibilité?

— Question posée par
Chantal Grignon,
Saint-Eustache (Québec)

La tendinite calcifiante est une condition très douloureuse de l'épaule qui touche surtout les femmes âgées de 35 à 55 ans. L'élévation de l'épaule est douloureuse, les tests d'accrochages sont positifs tout comme peut l'être le test de Jobe. La douleur est marquée la nuit et est partiellement soulagée par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Les symptômes débutent insidieusement sans traumatismes et peuvent être bilatéraux, et leur cause exacte est inconnue.

L'histoire naturelle de la maladie est que les calcifications se résorbent d'elles-mêmes après plusieurs mois. Lorsqu'on a un patient qui présente ces symptômes pendant plus de trois semaines, un rayon X simple en position AP, vue de Neer et vue axillaire, permettra d'établir ce diagnostic. Le diagnostic différentiel est la déchirure de la coiffe, l'inflammation de l'articulation acromio-claviculaire, la tendinite/subluxation du biceps, l'arthrose gléno-humérale et plus rarement la nécrose avasculaire ou la tumeur.

Le traitement initial devrait être la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et la physiothérapie. En physiothérapie, on doit mettre l'accent sur l'analgésie, la posture, les stabilisateurs de l'omoplate et surtout le maintien ou la récupération de l'amplitude de mouvements. La natation douce, les exercices dans l'eau et l'aquaforme peuvent aussi soulager ces patients. Si la douleur est trop vive ou qu'il y a échec de traitement après un mois, une injection sous-acromiale (au maximum de trois par an) peut être tentée. La bursite associée diminuera, et les symptômes peuvent diminuer le temps que la calcification se résorbe. Si tout ça échoue, il faut penser à aider le corps à faire partir la calcification. Dans ma pratique, j'utilise l'aide des radiologistes. En effet, en quatre ans de carrière, je n'ai opéré que deux cas qui n'ont pas répondu au lavage calcique à l'aide de la fluoroscopie ou de l'échographie.

J'ai vu quelques patients ayant reçu les ondes de choc et je les ai prescrites à quelques reprises. Selon mon expérience, c'est douloureux, cher et peu disponible. Je crois que c'est suggéré pour les patients ayant peur des aiguilles, ayant des allergies aux médicaments injectables et qui sont suivis à un endroit où la machine est disponible. Certaines cliniques de physiothérapie associées à l'expertise de physiatres, entre autres, en ont, mais c'est assez rare en effet.

Dre Dominique Rouleau a répondu à cette question.

13 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.

14 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.

15

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.

16 Infiltrations de cortisone

Est-ce que les infiltrations de cortisone sont vraiment efficaces selon la médecine fondée sur les preuves?

— Question posée par
Dr Huu-Nghi Quach,
Blanc-Sablon (Québec)

Il s'agit d'une question très large qui peut s'adresser à plusieurs spécialités médicales et chirurgicales. Je vais limiter la réponse aux conditions rhumatologiques articulaires et péri-articulaires.

Bien que les infiltrations de cortisone soient couramment utilisées dans le traitement de diverses conditions articulaires, et que leur efficacité soit reconnue par la plupart des cliniciens, les preuves scientifiques dans la littérature sont peu nombreuses. En effet, il n'existe aucune étude prospective contrôlée, randomisée, à double insu ayant comme objectifs principaux d'évaluer l'efficacité et la toxicité des différentes préparations de stéroïdes injectables disponibles.

Toutefois, il y a quelques études qui ont considéré la durée de la réponse clinique à la suite d'une infiltration de cortisone en fonction de la condition traitée. La plupart des études datent des années 60 et 70. McCarty et coll.¹ ont rapporté une rémission relative de synovite des petites articulations des mains et des poignets chez 88 % des patients avec arthrite rhumatoïde traités avec une infiltration locale de cortisone. La durée moyenne d'amélioration chez ce groupe de patients a été de 22 mois alors qu'il n'y a eu aucune amélioration dans le groupe placebo.

Dans le cas de l'arthrose, la réponse aux injections intra-articulaires est moindre. En effet, plusieurs études²⁻⁷ ont démontré que l'effet était moins durable, soit environ six semaines comparé au placebo. Par contre, si un drainage du liquide synovial est fait avant l'infiltration, le taux de récurrence à six mois est réduit de moitié.

Quant à l'efficacité des infiltrations péri-articulaires, une revue récente de la littérature conclut qu'elles pourraient être efficaces, mais que leur effet serait modeste et de courte durée. Selon les auteurs, d'autres études seraient nécessaires.

Dr Mark Hazeltine a répondu à cette question.

Références

1. McCarty DJ. Treatment of rheumatoid joint inflammation with trimacicolone hexacetonide. *Arthritis Rheum* 1972; 15(2):157.
2. Jones A, Doherty M. Intra-articular corticosteroids are effective in osteoarthritis but there are no clinical predictors of response. *Ann Rheum Dis* 1996; 55(11):829.
3. Gaffney K, Ledingham J, Perry JD. Intra-articular triamcinolone hexacetonide in knee osteoarthritis: factors influencing the clinical response. *Ann Rheum Dis* 1995; 54(5):379.
4. Eriksson BI, Kakkar AK, Turoie AG, et coll. Oral rivaroxaban for the prevention of symptomatic venous thromboembolism after elective hip and knee replacement. *J Bone Joint Surg Br* 1958; 40-B(4):636.
5. Dieppe PA, Sathapatayavongs B, Jones HE, et coll. Intra-articular steroids in osteoarthritis. *Rheumatol Rehabil* 1980; 19(4):212.
6. Friedman DM, Moore ME. The efficacy of intraarticular steroids in osteoarthritis: a double-blind study. *J Rheumatol* 1980; 7(6):850.
7. Raynauld JP. Clinical trials: impact of intraarticular steroid injections on the progression of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 1999; 7(3):348.

17

Intolérance au gluten

Quels sont les meilleurs tests pour le diagnostic d'une intolérance au gluten?

— *Question posée par
Dre Carole Cyr,
Beauport (Québec)*

Le seul test permettant d'affirmer le diagnostic de maladie cœliaque (qui est l'équivalent d'une intolérance au gluten) est la biopsie du duodénum. L'analyse histopathologique de cette biopsie permet d'affirmer la maladie cœliaque avec trois critères principaux qui sont l'atrophie des villosités, l'hypertrophie des cryptes et l'infiltration lymphocytaire. Cependant, si la biopsie du grêle est le meilleur examen diagnostique, ce n'est pas l'examen à utiliser pour le dépistage de la maladie cœliaque puisque la biopsie nécessite une œsogastroduodéoscopie.

Le meilleur test pour le dépistage est un test sérologique qui dose les anticorps antitransglutaminases (le dosage des anticorps anti-endomysium est également excellent, mais il ne doit être utilisé qu'en deuxième intention). Dans 98 % des maladies cœliaques, les anticorps antitransglutaminases sont positifs, et c'est uniquement dans ce cas que l'on va confirmer avec une biopsie duodénale.

À noter que les patients qui sont déficients en immunoglobuline A ne peuvent pas avoir d'anticorps antitransglutaminases puisqu'il s'agit d'une immunoglobuline A. Il peut donc être utile de doser les IgA si vous suspectez une maladie cœliaque. S'il existe un déficit en IgA, alors c'est une indication pour un dosage des anticorps anti-endomysium.

Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.