

# 1

## Veine basilique

**Est-il pertinent de traiter (anticoaguler) une thrombophlébite de la veine basilique du bras et, si oui, pendant combien de temps (trois, ou six mois)?**

— Question posée par  
Dre Claudette Viens,  
Les Bergeronnes  
(Québec)

Par définition, la veine basilique est une veine superficielle. Cependant, de nombreux cliniciens traiteront une thrombose de cette veine avec un anticoagulant pour une durée d'environ trois mois.

C'est ce que je fais personnellement, mais il faut reconnaître que la littérature médicale n'est pas claire sur ce sujet.

*Dr Jean Dufresne a répondu à cette question.*

# 2

## Quand le nez saigne

**Quelle est la meilleure gestion des épistaxis au cabinet médical?**

— Question posée par  
Dr Roshan Dheda,  
Bradford (Ontario)

Avant de traiter l'épistaxis, il faut s'assurer de sa cause. Les causes de l'épistaxis sont nombreuses. On peut inclure des facteurs locaux comme les déformations et les perforations septales, les anomalies vasculaires, les états inflammatoires ou infectieux, les corps étrangers ou les néoplasmes. Il y a aussi des causes systémiques comme, à titre d'exemples :

- L'hypertension artérielle;
- La dysfonction plaquettaire;
- La télangiectasie hémorragique héréditaire (maladie de Rendu-Osler-Weber);
- Les coagulopathies;
- Les maladies rénales et hépatiques;
- Les facteurs environnementaux.

En général, il est important de visualiser l'origine du saignement et d'y accéder. Une vasoconstriction locale induite par phényléphrine ou par épinéphrine à l'aide d'un applicateur coton-tige aide à diminuer le saignement. Pour ce qui est de l'épistaxis antérieure, le saignement est généralement localisé au niveau de la cloison (septum) antérieure. Un applicateur de nitrate d'argent est aussi efficace. Si l'épistaxis continue, le tamponnement antérieur est indiqué. Cela consiste en l'installation intranasale d'un tampon nasal maintenant une pression locale constante.

*Dr Ted L. Tewfik a répondu à cette question.*

# 3

## Découverte de stéatoses hépatiques

**Quelle est la conduite à suivre devant une découverte à l'échographie de stéatoses hépatiques (bilan, suivi à faire, traitement)?**

— *Question posée par  
Christiane Bovo,  
Saint-Eustache (Québec)*

La stéatose en soi est une affection bénigne. Il s'agit d'une accumulation de graisse intra-hépatique, sans lésion histologique associée. Il est cependant impossible de distinguer, à l'échographie, une stéatose d'une stéatohépatite non alcoolique (NASH), qui représente une affection plus grave caractérisée par une inflammation chronique du foie pouvant mener

à une fibrose et à une cirrhose hépatique.

Il s'agit, en premier lieu, de déterminer les facteurs de risque du patient, le principal étant le syndrome métabolique. La prise abusive d'alcool, les hépatites virales (surtout l'hépatite C), les antécédents de chirurgie abdominale et les médicaments peuvent également être à l'origine d'une stéatose et doivent donc être recherchés. Les autres causes d'hépatopathie chronique doivent être éliminées. Ainsi, lors de l'examen initial, un bilan étiologique (sérologies virales, bilan ferrique, anticorps antinucléaires [AAN], anticorps antimitochondrie [AMA], anticorps anti-muscles lisses et anti-*Liver kidney microsomal* [LKM], dosage de la céruloplasmine et de l'alpha1-antitrypsine), une formule sanguine, un bilan hépatique et lipidique (avec dosage des triglycérides) doivent être effectués. Par la suite, un suivi annuel avec tests hépatiques et bilan lipidique suffit. L'échographie, peu sensible, n'est pas utile dans le suivi. En revanche, un FibroScan® tous les cinq ans est recommandé, car il est non effractif et peut détecter une fibrose débutante.

Aucun traitement n'est nécessaire. Seules des mesures préventives (perte pondérale, exercice régulier, régime alimentaire sain, réduction de la consommation d'alcool, contrôle strict des glycémies, de la tension artérielle et des taux de cholestérol et de triglycérides) sont recommandées.

*Dre Claire Fournier a répondu à cette question.*

## 4

## Fraction d'éjection augmentée

**Chez un patient « bêtabloqué », d'où une diminution de la fréquence cardiaque, sera-t-il compensé par une fraction d'éjection augmentée pour maintenir le même débit circulant?**

- Question posée par  
André Renaud,  
Saint-Lin—Laurentides  
(Québec)

Les bêtabloquants ont un effet hypotenseur ainsi qu'un effet chronotrope et inotrope négatif. En théorie, ceci a pour effet de diminuer le volume éjectionnel ainsi que le débit cardiaque. Plusieurs mécanismes d'homéostasie assurent le maintien d'un débit cardiaque adéquat chez les patients qui prennent des bêtabloquants, mais une augmentation compensatoire de la fraction d'éjection n'en n'est pas un.

Concrètement, la prise de bêtabloquants diminue d'environ 10 % la tolérance à l'effort lorsque mesurée par VO<sub>2</sub> max.

*Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.*

## 5

## Nocivité des shortenings et des huiles végétales

**Est-ce que les shortenings et les huiles végétales sont vraiment nocifs pour la santé, et de quelle façon?**

- Question posée par  
Margarita Popova,  
Baie-Comeau (Québec)

Les lipides alimentaires sous toutes leurs formes ont un impact sur le profil lipidique biochimique des individus. Les sources de lipides sont classées en général en trois catégories : les acides gras saturés, les acides gras mono-insaturés et les acides gras polyinsaturés.

Les acides gras saturés ont l'impact le plus néfaste sur le bilan lipidique en augmentant le cholestérol total et les lipoprotéine de basse densité (LDL) de façon importante; ils proviennent principalement de sources animales (viande, lait, beurre, etc.). Certains gras mono-insaturés comme l'acide oléique (dans l'huile d'olive) n'ont que peu d'impact sur le bilan lipidique tandis que les gras trans (également mono-insaturés) que l'on retrouve dans les produits à base d'huile végétale partiellement hydrogénée (dont certains shortenings) ont un effet défavorable sur les LDL et le cholestérol total. Les acides gras polyinsaturés comme les omégas 3 ou 6 que l'on retrouve dans les produits contenant des huiles de poisson ou de l'acide linoléique ont un impact favorable sur le bilan lipidique, et on a démontré qu'ils ont un impact sur certains points d'aboutissement cliniques significatifs (infarctus, AVC) lorsque pris à bonne dose.

*Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.*

# 6

## Gommes et timbres de nicotine

**Quelles sont les contre-indications relatives et absolues de l'usage des timbres de nicotine?**

En général, on préfère ne pas les utiliser chez les personnes ayant eu un infarctus ou un accident vasculaire cérébral (AVC) récent (deux semaines), souffrant d'angine instable ou grave, d'une arythmie cardiaque grave avec symptômes graves, chez les femmes enceintes ou qui allaitent, les enfants de moins de 18 ans, en présence d'hypersensibilité connue et, pour les timbres, une allergie au diachylon ou maladie cutanée généralisée.

Pour les gommes, il est préférable de ne pas les utiliser s'il y a une pathologie bucco-dentaire grave.

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

# 7

## Rhinite allergique, congestion nasale

**Quels médicaments sont les plus efficaces chez les enfants atteints de rhinite allergique avec symptômes de congestion nasale (nez bloqué)?**

— *Question posée par  
Dre Nafisa J. Aptekar,  
Brampton (Ontario)*

La rhinite allergique se manifeste par de la rhinorrhée, des éternuements, du prurit et de l'obstruction, chacun des symptômes est à un degré variable d'un patient à l'autre.

L'obstruction est probablement le symptôme le plus inconfortable pour le patient et le plus difficile à contrôler. Les antihistaminiques sont efficaces pour contrer la rhinorrhée, le prurit et les éternuements, mais ont un effet modeste sur l'obstruction. Les médicaments anti-inflammatoires topiques (stéroïdes intranasaux) vont améliorer l'obstruction, mais uniquement à long terme et n'ont que peu d'effet ponctuellement. Les décongestionnants sont certainement les produits les plus efficaces pour soulager l'obstruction, mais s'accompagnent de plein d'effets secondaires telles palpitations, excitabilité, haute pression et sont contre-indiqués chez les patients avec des problèmes de santé pouvant être amplifiés par cette médication. De plus, les formes topiques à application intranasale sont efficaces, mais recommandées que pour une très courte période de temps, car, si elles procurent un certain soulagement immédiat, elles s'associent à une tolérance qui fait que les patients vont les utiliser de plus en plus fréquemment, mais que le bénéfice sera de plus en plus bref.

C'est pour ces raisons que les patients risquent de devenir dépendants, en ce sens que non seulement ils ne sont plus capables de s'en passer, mais qu'ils doivent les utiliser de plus en plus fréquemment pour obtenir la même sorte de soulagement. Pratiquement et pour ces raisons, il ne devraient pas être utilisés.

Finalement, chez les personnes avec rhinite allergique modérée à grave qui répondent mal au traitement médical, peut-être y a-t-il lieu de considérer la désensibilisation qui devrait améliorer toutes manifestations de la rhinite allergique, y compris l'obstruction.

*Dr Jacques Hébert a répondu à cette question.*



## Test de provocation à la métacholine

**Peut-on poser un diagnostic d'asthme chez un caucasien qui est symptomatique, mais dont le résultat du test de provocation à la métacholine est négatif?**

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

En présence de symptômes respiratoires, un test de provocation à la métacholine négatif (CP20 > 16 mg/mL) suggère généralement une autre cause à ces symptômes. Le test est positif si la CP20 est < 4 mg/mL. Des valeurs entre 4 et 16 sont considérées « limites », mais suggèrent généralement la présence d'un asthme s'il y a des symptômes compatibles. Il est à noter que la prise régulière de corticostéroïdes inhalés peut normaliser ce test et qu'il faudrait alors le répéter sans cette médication, si possible pour 4 à 6 semaines. Lors de la cessation d'un contact allergique ou d'un agent sensibilisant au travail, la réactivité peut parfois se normaliser, mais généralement les symptômes d'asthme disparaissent aussi.

Il est important d'objectiver une hyperréactivité bronchique en présence de débits normaux, car des symptômes suggestifs d'asthme peuvent originer des voies aériennes supérieures (particulièrement la toux) ou d'une autre condition comme la dysfonction glottique, l'embolie pulmonaire, l'insuffisance cardiaque, une tumeur endobronchique, etc. Une dyspnée avec une réactivité bronchique normale peut aussi être associée au déconditionnement physique ou à l'obésité.

Si on suspecte la présence d'un asthme d'effort, notamment chez les athlètes, un test d'effort de terrain ou un test en laboratoire avec la prise des mesures des débits expiratoires peut aider. Mieux encore : un test d'hyperventilation isocapnique (qui n'est malheureusement disponible que dans certains centres spécialisés) peut ainsi révéler une hyperréactivité bronchique, et ce, même si la métacholine est négative.

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

# 9

## 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.*

## 10 Quand Ménière nous mène

**Quels sont les plus récents traitements de la maladie de Ménière?**

— *Question posée par Dre Missy D'Souza, Winnipeg (Manitoba)*

La maladie de Ménière est un désordre de l'oreille interne caractérisé par des épisodes de vertige, de perte auditive à fréquences basses, d'acouphènes (*tinnitus*) et de sensation de plénitude dans l'oreille. L'histopathologie démontre une dilatation des espaces endolymphatiques de l'oreille interne. Leurs membranes se rompraient et l'endolymphe se mélangerait à la périlymphe. On croit que c'est le contenu potassique de l'endolymphe se déversant dans la périlymphe qui serait à l'origine des vertiges associés à cette condition.

L'alternance rupture-guérison serait responsable de l'intermittence des crises. Cette « théorie d'hydrops » ne serait pas la seule qui expliquerait la pathologie de la maladie.

Le traitement conservateur inclut des vasodilatateurs telles la niacine, la papavérine et la bétahistine. Par contre, aucune étude n'aurait démontré les effets bénéfiques de ces agents. La thérapie traditionnelle incluait aussi la restriction hydrique. Mais on pense actuellement qu'il serait plus important de maintenir un apport sodique régulier afin d'empêcher les pics qui entraîneraient les symptômes. La prise de diurétiques ainsi que l'abstinence de café et d'alcool ont un effet bénéfique sur la maladie. Si, par contre, toutes ces mesures ne fonctionnent pas, l'infusion intratympanique de dexaméthasone est efficace dans 90 % des cas pour le traitement du vertige associé à la maladie de Ménière. Le traitement chirurgical, réservé aux cas résistants, est la décompression du sac endolymphatique. Cette technique est pratiquée depuis déjà 45 ans et continue à défier l'épreuve du temps.

*Dr Ted L. Tewfik a répondu à cette question.*

## 11 Plaie de pression

**Un patient en perte d'autonomie développe une plaie de pression. Malgré les traitements, elle augmente. Compte tenu des nombreux traitements possibles, si la plaie dure plus de deux mois, doit-on soupçonner une problématique d'hygiène ou de positionnement?**

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

Les facteurs menant à une plaie de pression sont multiples. Il y a des facteurs extrinsèques tels que le positionnement, l'hygiène et les traitements eux-mêmes. Il y a aussi des facteurs intrinsèques, soit la qualité de la peau et des tissus sous-cutanés, la vascularisation et l'état nutritionnel du patient. Lorsqu'une plaie progresse malgré des traitements adéquats, il faut regarder tous ces aspects. Le patient a-t-il un bon positionnement au lit ou dans son fauteuil? Les surfaces sont-elles adéquates? Est-on confronté à un problème d'incontinence qui retarde la guérison malgré des soins d'hygiène adéquats? Il faut aussi vérifier si les apports nutritionnels du patient sont suffisants.

En présence de problèmes vasculaires sous-jacents, la guérison des plaies est prolongée pendant plusieurs mois et malheureusement parfois certaines plaies seront minimisées, mais ne pourront complètement guérir.

*Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.*

## 12 Résultats d'échographie cardiaque

**Quand doit-on s'alarmer devant un résultat d'échographie cardiaque pour l'évaluation d'une valvulopathie?**

— *Question posée par Dre Maryse Croteau, Saint-Tite (Québec)*

L'évaluation et le suivi des valvulopathies est un processus complexe. En général, il existe des indications chirurgicales lorsque les valvulopathies sont graves. Par contre, occasionnellement, des valvulopathies modérées découvertes à l'échographie peuvent orienter vers une thérapie plus agressive (ex., sténose mitrale modérée avec hypertension pulmonaire ou fibrillation auriculaire ou encore deux lésions valvulaires modérées en série comme une insuffisance mitrale modérée avec une insuffisance aortique modérée). Donc, si un rapport d'échographie fait part d'une atteinte valvulaire modérée ou grave accompagnée ou non de signes d'alarme, comme une diminution de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) ou une dilatation des cavités droites ou gauches, une évaluation en cardiologie est recommandée pour planifier le suivi et/ou la nécessité d'une intervention.

*Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.*

## 13 Traitement de l'eczéma

**Discutez du traitement de l'eczéma, stéroïdes versus tacrolimus.**

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

L'eczéma atopique, ou la dermatite atopique, est une maladie inflammatoire chronique de la peau. Les corticostéroïdes topiques sont le pilier de traitement de cette atteinte cutanée. Un corticostéroïde topique de puissance faible (l'hydrocortisone à 1 % ou à 2,5 %, le prednicarbate, le désoside) est efficace contre la dermatite atopique légère. Les corticostéroïdes de puissance moyenne (le triamcinolone à 0,01 %) sont utilisés dans les atteintes plus importantes. Les corticostéroïdes puissants (le clobétasol à 0,05 %), quant à eux, sont réservés pour les poussées aiguës, et sont utilisés pour une période plus restreinte. Ensuite, ils sont remplacés par un corticostéroïde plus faible. Les corticostéroïdes topiques sont appliqués deux fois par jour, et leur usage prolongé devrait être évité puisqu'il pourrait entraîner des effets secondaires telles l'atrophie cutanée, la vergeture, etc. Les stéroïdes par voie orale sont réservés pour les cas graves chez les adolescents et les adultes, pour une courte période.

Les inhibiteurs topiques de la calcineurine (tacrolimus et pimécrolimus) sont également indiqués pour le traitement de l'eczéma atopique, mais aussi comme traitement de maintien dans la dermatite atopique modérée à grave pour prévenir les rechutes à raison de deux fois par semaine. Ils sont contre-indiqués chez les enfants de moins de deux ans. Contrairement aux corticostéroïdes topiques, ils ne causent pas d'atrophie cutanée, donc ce traitement est intéressant pour les atteintes faciales et les plis cutanés. Les effets secondaires sont surtout locaux; érythème, prurit et sensation de brûlure.

*Dr Simon Nigen a répondu à cette question.*



# 14 Vaccin et zona

**Le vaccin contre la varicelle augmente-t-il ou diminue-t-il le risque de faire un zona dans le futur?**

— *Question posée par Dre Agathe Blanchette, Trois-Rivières (Québec)*

Le zona est une réactivation du virus quiescent d'herpès Zoster ou VZV dans les ganglions nerveux. Les personnes les plus à risque de développer un zona sont les personnes âgées et les immunosupprimés. Au Québec, la vaccination contre la varicelle est recommandée à tous les enfants âgés de 12 mois et plus sans histoire d'infection, réduisant le risque d'infection par la varicelle de l'ordre de 45 à 95 %. L'incidence de

zona, quant à elle, demeure pareille selon les études.

Par ailleurs, il existe un vaccin préventif contre le zona (à virus vivant, atténué). Contrairement au vaccin contre la varicelle, le vaccin contre le zona réduit l'incidence de zona de l'ordre de 65 % et de névralgie post-herpétique de 40 % chez les sujets immunocompétents. Au Canada, ce vaccin est recommandé chez toutes les personnes âgées de plus de 60 ans. Comme il s'agit d'un vaccin vivant atténué, il est contre-indiqué chez les sujets immunosupprimés et les femmes enceintes.

*Dre Katherine Marchut, résidente III en gastro-entérologie, et Dr Simon Nigen ont répondu à cette question.*

**Contrairement au vaccin contre la varicelle, le vaccin contre le zona réduit l'incidence de zona de l'ordre de 65 % et de névralgie post-herpétique de 40 % chez les sujets immunocompétents.**

# 15 Vaccin contre la varicelle : source de scepticisme

## Que pensez-vous du vaccin contre la varicelle?

— *Question posée par Dre Marie-Josée Leclerc, Sainte-Foy (Québec)*

La varicelle, qui est considérée généralement comme une infection bénigne, n'est pas dépourvue de complications, parfois graves, chez l'enfant, et plus graves encore chez l'adulte. On estime qu'environ 3 à 4 % des cas de varicelle chez l'enfant en bonne santé présentent une complication, dont la moitié sont des complications septiques. Les complications de cette maladie sont, bien sûr, beaucoup plus fréquentes et plus graves chez les enfants présentant une immunosuppression.

Parmi ces complications septiques, les médecins connaissent bien les surinfections bactériennes de lésions varicelleuses. Au milieu des années 2000, la varicelle était aussi associée à un risque relatif élevé (de l'ordre de 40 à 60 fois) d'infections invasives à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA) : fasciite, myosite, pneumonie nécrosante et septicémie avec ou sans choc.

Avec la disponibilité d'un vaccin vivant atténué sécuritaire, le programme universel d'immunisation contre la varicelle des enfants québécois a pu être introduit en janvier 2006. L'objectif de santé publique de ce programme était de réduire la morbidité attribuable à la varicelle. Or, l'élimination de la varicelle ne peut être envisagée sans une volonté mondiale.

**Ce programme a pleinement rempli son objectif : une étude récente de l'Institut national de santé publique a démontré que, depuis son introduction au Québec, le programme universel de vaccination contre la varicelle a entraîné une réduction substantielle de la morbidité associée à cette maladie, particulièrement chez les enfants ciblés par la vaccination, soit les 1 à 4 ans, chez qui les taux d'hospitalisation et de consultations ont baissé respectivement de 72 % et de 76 %.**

Une réduction significative de la morbidité, incluant l'incidence des infections invasives à SGA, a également été observée dans d'autres groupes d'âge, suggérant que le bénéfice de la vaccination s'étend aux personnes non vaccinées, probablement en raison d'un effet d'immunité de groupe.

Toutefois, compte tenu de la courte durée d'observation suivant l'introduction du programme de vaccination au Québec, il est actuellement impossible de tirer des conclusions sur de possibles changements dans l'épidémiologie du zona. Une surveillance continue sur des décennies est donc essentielle afin de détecter l'effet possible de la vaccination contre la varicelle sur l'épidémiologie du zona.

*Dr François Boucher a répondu à cette question.*

## 16

## Mise en charge

**Pourquoi, après une chirurgie orthopédique, l'orthopédiste autorise-t-il une mise en charge entre 25 et 100 % et sur quoi se base-t-il?**

— *Question posée par  
Dr Hana Alayli,  
Montréal (Québec)*

Je dois admettre humblement qu'aucune science ou étude à répartition aléatoire ne justifie le protocole de la reprise de la mise en charge après une fracture au membre inférieur. Comme moi, mes collègues se basent sur les facteurs suivants pour décider :

- **La présence d'ostéoporose;**
- **L'importance de la comminution et le type de fracture;**
- **La solidité de la fixation avec le système de plaque et vis ou avec le clou;**
- **Le poids du patient;**
- **La présence ou non de lésion musculaire, nerveuse, tendineuse.**

Par exemple, chez un jeune de 20 ans, une fracture du péroné fixée à l'aide de plusieurs vis de part et d'autre du site de fracture guérira rapidement, et la mise en charge pourra être entreprise à quatre semaines. Or, chez un diabétique de 70 ans, la même fracture avec plusieurs petits fragments et seulement une vis dans le fragment distal ne permettra pas la mise en charge avant 12 semaines ou plus.

Les orthopédistes sont conscients de l'impact sur la qualité de vie de ces restrictions. Lorsqu'ils sont confrontés à un déplacement après une chirurgie ou un plâtre et à un débricolage, ils savent qu'il s'agit d'un désastre pour l'avenir du patient : la deuxième chirurgie est à haut risque de complications, d'infections, de non-union. La reconstruction nécessite souvent l'usage de greffe de crête iliaque, de fixateurs externes ou de lambeaux musculaires. Certaines situations finissent même par une amputation, et c'est ce que les orthopédistes souhaitent éviter par ces restrictions!

*Dre Dominique Rouleau a répondu à cette question.*

# 17 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.*

# 18

## Fracture multifragmentaire

**Quelle est l'opinion actuelle sur le traitement chirurgical ou non des fractures multifragmentaires de la clavicule?**

— *Question posée par Jocelyn Langlois, Lac-Saint-Charles (Québec)*

La fracture de la clavicule est une fracture assez fréquente et elle survient typiquement lors d'un atterrissage direct sur l'épaule à la suite d'une chute (comme lors d'un plaqué au football ou encore un accident de voiture). Ces fractures peuvent être associées à des lésions du plexus brachial, des fractures de l'omoplate (*floating shoulder*) et des traumatismes thoraciques. Aussi, avec le peu de tissus cutanés,

il n'est pas rare de voir des fractures ouvertes. **Pour ce qui est du choix d'opérer ou non, plusieurs études multicentriques à répartition aléatoire ont identifié des facteurs de risque clairs pour un mauvais résultat avec le traitement conservateur. Les voici :**

- **Une fracture raccourcie ou déplacée de plus de 2 cm (le rayon X de l'autre clavicule de la partie antérieure vers la partie postérieure [en position AP] sur la même cassette peut être fait);**
- **Un fragment intermédiaire vertical;**
- **Une fracture dans le tiers distal.**

Si la fracture est comminutive, mais non ou peu déplacée, le traitement conservateur est acceptable. Des rayons X de la clavicule doivent être faits chaque semaine dans les trois premières semaines, car il n'est pas rare que le déplacement augmente.

Le traitement conservateur de la fracture de la clavicule est le port d'une écharpe pour supporter le bras en tout temps. L'attelle de type Stevenson est aussi acceptable, mais celle en forme de « 8 » est inutile pour soulever le membre et dangereuse pour le plexus brachial. On doit encourager l'automobilisation du coude et de la main quatre fois par jour en supportant le coude de son autre main. À quatre semaines, la mobilisation douce en position couchée de l'épaule peut être entreprise de façon auto-assistée aussi. On doit attendre l'apparition du cal pour commencer debout. Si aucun cal n'apparaît à trois mois, c'est un retard d'union et, après six mois, une non-union. Un orthopédiste devrait voir rapidement toute fracture déplacée ou toute fracture bien alignée en retard d'union.

Le traitement chirurgical de la fracture fraîche est l'application de plaque et d'une vis sur la clavicule. Les risques d'infection (1 % à 5 %), de non-union (moins de 2 %) et d'exérèse de matériel (jusqu'à 20 %) sont significatifs.

*Dre Dominique Rouleau a répondu à cette question.*

## 19 Ajustement de posologie

**Est-ce que la posologie de la mémantine doit être ajustée selon la fonction rénale ?**

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

La mémantine, un antagoniste du récepteur de la N-méthyl-D-aspartate (NMDA), est indiqué dans le traitement de la maladie d'Alzheimer modérée à grave. Ce médicament est éliminé par voie rénale, et sa demi-vie est d'environ 100 heures.

Il est important d'ajuster la posologie selon la fonction rénale du patient.

Il est recommandé d'ajuster la posologie quand la clairance de la créatinine estimée est inférieure à 60 mL/min. Entre 30 et 60 mL/min de clairance, la dose doit être diminuée de 50 %, soit de 10 mg par jour. En bas de 30 mL/min, la mémantine n'est pas recommandée.

Il n'y a pas de données disponibles pour les patients dialysés.

*Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.*

## 20 Reflux gastro-laryngé

**Quel est le traitement du reflux gastro-laryngé ?**

— *Question posée par  
Dr Jean Turcotte,  
Verdun (Québec)*

Il n'existe actuellement pas de traitement codifié du reflux gastro-laryngé. S'il s'agit d'un reflux acide gastro-laryngé, le traitement est une double dose d'inhibiteurs de la pompe à protons pendant une durée de trois à six mois. Il est cependant difficile de faire la preuve

de ce type de reflux. Il peut également être associé à un reflux non acide dont on ignore l'effet délétère et le traitement.

Ce sont souvent les otorhinolaryngologistes (ORL) qui soupçonnent ce type de reflux. Actuellement, les tests de pH-métrie avec un capteur situé dans la partie basse et un autre dans la partie haute de l'œsophage peuvent apporter des arguments pour un reflux gastro-laryngé. Ce test de pH-métrie à double canal peut être associé à une impédancemétrie à la recherche d'un reflux non acide.

*Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.*