

# 1

## 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 antihistaminiques. 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.*

Vente et distribution  
L'utilisation non autorisée est interdite. Les renseignements publiés peuvent être modifiés sans préavis.  
télécharger, afficher, visualiser en imprimable

# 2

## L'eau : source d'allergies

**Est-ce possible d'être allergique à l'eau?**

— *Question posée par  
Dr Michael Keating,  
Comté de Saint-Jean  
(Nouveau-Brunswick)*

L'allergie, sur le plan immunologique, est une réaction de l'organisme, médiée par l'immunoglobine E (IgE), à une substance protéique à laquelle le sujet a été sensibilisé. C'est donc dire que l'allergie implique une sensibilisation par une protéine et non par un lipide ou un sucre. L'eau est une substance inerte qui ne contient pas de protéine, donc qui ne peut induire de réaction immunologique.

Il existe cependant une forme rare d'urticaire qui peut être induite par l'eau et que l'on appelle « urticaire aquagénique ». Il ne s'agit pas d'une allergie au sens pur du terme, mais d'une hyperfragilité cutanée qui est typique de l'urticaire.

*Dr Jacques Hébert a répondu à cette question.*

# 3

## Verrues non douloureuses

### Doit-on traiter les verrues plantaires non douloureuses?

— Question posée par  
Dr Pierre Paradis,  
Sainte-Foy (Québec)

Le traitement des verrues (quel que soit leur emplacement) n'est pas nécessaire, car plus de deux tiers d'entre elles disparaîtront spontanément au bout de deux ans. Cependant, au cours de cette période, les verrues peuvent grossir ou se multiplier, et les verrues plus petites sont plus faciles à traiter que les plus grandes. C'est pour cette raison que la plupart des personnes choisissent de traiter leurs verrues.

La plupart des traitements s'échelonnent sur plusieurs semaines ou mois, et les verrues peuvent néanmoins réapparaître par la suite. **Le type et l'agressivité du traitement choisi dépendent aussi du type de verrues, de leur emplacement, ainsi que des symptômes, de la coopération et du statut immunitaire du patient. Il est préférable d'utiliser les méthodes les moins douloureuses chez les enfants ou dans les zones sensibles et de réserver les méthodes les plus agressives pour des verrues récalcitrantes, douloureuses ou nombreuses.**

Les verrues plantaires devront donc être traitées à l'aide de méthodes n'occasionnant pas de cicatrices, si possible, car une cicatrice à la plante des pieds peut être douloureuse et gêner la marche.

Les méthodes les plus couramment utilisées sont :

- L'acide salicylique : il permet un pourcentage de guérison de 60 à 80 %. Cette méthode est non douloureuse et efficace pour la plupart des verrues épaisses et multiples. Les préparations à base de 40 % d'acide salicylique sont utilisées pour des zones comme la plante des pieds et les membres, et celles à pourcentage plus faible d'acide salicylique seront utilisées pour les zones où l'épiderme est moins épais.
- L'acide trichloroacétique : il peut être utile pour les verrues palmaires et plantaires et doit être appliqué tous les 7 à 10 jours.
- La cryothérapie à l'azote liquide : elle est utile chez les enfants plus âgés et les adultes. Plus de 75 % des verrues seront guéries par cette méthode. Les traitements doivent se répéter toutes les trois à quatre semaines pendant quelques mois. Il est aussi possible de combiner la cryothérapie et l'acide salicylique pour une meilleure efficacité. La réponse du patient peut aller du simple érythème à des lésions bulleuses avec douleur, et cet élément est à considérer pour les verrues plantaires.
- Le curetage et la dessiccation : ils sont à éviter pour les verrues plantaires étant donné les cicatrices et la douleur pouvant en découler.

En conclusion, l'observation est une bonne option, surtout si les verrues plantaires ne sont pas douloureuses ou gênantes pour la marche. Si le patient choisit une thérapie, il peut commencer par des méthodes non douloureuses avant d'essayer la cryothérapie.

*Les Drs Laetitia Lam Shang Leen, externe 2, et Simon Nigen ont répondu à cette question.*

# 4

## Prises de sang

**À quel intervalle faut-il faire suivre les prises de sang dans le cas d'une stéatose hépatique sans aucun risque (diabète/obésité)?**

— Question posée par  
Dre Elena Likavcanova,  
Gatineau (Québec)

La stéatose hépatique n'entraîne aucune conséquence clinique ni biologique, il faut une seconde insulte pour voir apparaître une stéatohépatite non alcoolique. Un bilan hépatique annuel est suffisant. Il convient cependant d'agir sur les facteurs de risque potentiels de syndrome métabolique s'ils sont présents. Un Fibroscan® tous les trois à quatre ans peut être effectué pour exclure une progression vers une maladie hépatique.

Dre Claire Fournier a répondu à cette question.

# 5

## Chondrocalcinose : s'alarmer ou non?

**Quand faut-il s'inquiéter d'un résultat de chondrocalcinose à la radiographie?**

— Question posée par  
Dre Susan Labrecque,  
Sherbrooke (Québec)

Il faut d'abord définir ce qu'est la chondrocalcinose. Il s'agit de dépôts de cristaux au niveau du fibrocartilage ou du cartilage hyalin. Les cristaux de calcium retrouvés sont habituellement du calcium pyrophosphate dihydrate (CPPD). Les sites de prédilection sont le genou (le ménisque) habituellement bilatéral, le cartilage triangulaire du poignet, la symphyse pubienne et le labrum de la glène et de l'acétabulum.

La prévalence de la chondrocalcinose augmente avec l'âge, soit d'environ 15 % chez les individus entre 65 et 75 ans jusqu'à 50 % chez les plus de 85 ans. Elle peut être asymptomatique (le plus fréquent) ou s'associer à différentes manifestations articulaires comme la pseudogoutte aiguë ou chronique.

Elle peut être idiopathique, secondaire à un traumatisme ou à une chirurgie (ménisectomie), associée à certaines maladies métaboliques comme l'hémochromatose, l'hypomagnésémie, l'hypophosphatasie ainsi qu'à certaines maladies endocriniennes comme l'hyperparathyroïdie, le diabète et l'acromégalie. Donc, la présence d'une chondrocalcinose, surtout chez un jeune patient ou un patient avec une histoire de crise d'arthrite, doit nous inciter à faire un minimum d'examen sanguin (voir Tableau 1) à moins qu'il y ait une histoire de trauma ou de chirurgie. Dans ce cas, aucun bilan n'est requis.

Dr Mark Hazeltine a répondu à cette question.

Tableau 1 Examens sanguins suggérés selon la condition métabolique ou endocrinienne du patient	
Conditions métaboliques ou endocriniennes	Bilan suggéré
Hyperparathyroïdie	Calcium, phosphore
Hémochromatose	Fer, capacité totale de fixation du fer (TIBC), ferritine
Hypophosphatasie	Phosphatase alcaline
Hypomagnésémie	Magnésium
Hypothyroïdie	Thyroid stimulating hormone (TSH)
Goutte	Acide urique

# 6

## Stabilisateur de l'humeur

**Le stabilisateur de l'humeur est-il aidant chez l'antisocial ou le trouble de personnalité limite (TPL)?**

— *Question posée par  
Dr Jean-Marc Pépin,  
Bécancour (Québec)*

Alors qu'il n'y a aucun médicament spécifiquement approuvé pour le traitement du trouble de la personnalité limite (TPL) ou borderline, certains médicaments peuvent améliorer des symptômes spécifiques. Selon une révision *Cochrane* des essais randomisés, des médicaments stabilisateurs de l'humeur, dont le topiramate, le divalproex sodique et la lamotrigine, souvent utilisés dans le traitement du trouble bipolaire, améliorent le contrôle émotionnel et l'impulsivité.

Dans le cas de la personnalité antisociale, les médicaments ne sont pas reconnus efficaces pour traiter les comportements qui caractérisent ce trouble, à l'exception de l'impulsivité, qui peut s'améliorer avec des stabilisateurs de l'humeur ou des antipsychotiques. S'il n'y a pas d'amélioration des symptômes ciblés après trois mois, le traitement devrait être interrompu. Les stabilisateurs comportent aussi un risque d'effets secondaires, dont le gain de poids, la dyslipidémie, la fatigue ainsi que des problèmes de mémoire et de concentration. Pour les personnes ayant un trouble de personnalité, la psychothérapie demeure le traitement de première ligne.

1. Lieb K, Völlm B, Rücker G, et coll. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2010 Jan; 196(1):4-12.

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

## 7

## Lavement baryté en double contraste

**Devrions-nous offrir un lavement baryté en double contraste (LBDC) comme dépistage colorectal à tous nos patients de plus de 50 ans?**

— *Question posée par  
Dr Philippe Pothier,  
Trois-Rivières (Québec)*

Non, et pour deux raisons :

A. Il ne s'agit pas du meilleur test de dépistage du cancer colorectal. Il a été démontré que la coloscopie était supérieure pour la détection des polypes. D'autre part, c'est un mauvais examen pour le dépistage des lésions rectales.

B. Il s'agit d'un examen irradiant. Le dépistage nécessite la répétition de l'examen, ce qui pourrait avoir des effets délétères à long terme pour la santé.

Actuellement, les tests de dépistage qui doivent être offerts sont soit une recherche de sang annuelle dans les selles, soit une coloscopie totale. L'alternative est l'association d'une coloscopie courte et d'un lavement baryté, ce qui est beaucoup plus lourd en pratique.

*Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.*

# 8

## Hyponatrémie légère

**Quelle est la conduite à tenir face à une hyponatrémie légère? Quelles sont les causes probables et l'investigation?**

- Question posée par  
Dre Maryleen Brouw,  
Québec (Québec)

Une hyponatrémie légère peut être définie par l'absence de symptômes et une natrémie  $\geq 130$  mm/L. Il faut d'abord s'assurer qu'il s'agisse d'une vraie hyponatrémie; une osmolalité plasmatique basse le confirmera.

Les causes sont les mêmes que pour une hyponatrémie plus grave. Sauf exception, il y a toujours, à la base, une difficulté à diluer les urines, (i. e. il y a présence d'hormone antidiurétique (ADH) malgré l'hypo-osmolalité plasmatique). Les diverses causes sont regroupées selon le degré de volémie : hypovolémique (p. ex., pertes digestives, basses ou rénales), euvolémiques (p. ex., *Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion* [SIADH] causé par un cancer, par des médicaments) ou hypervolémiques (mais volume circulant efficace diminué; insuffisance cardiaque ou hépatique, p. ex.). Un ionogramme (Na) urinaire (simple échantillon) bas ( $< 20$  mm/L) confirmera l'hypovolémie (vraie ou efficace) en l'absence de diurétique. Par ailleurs, l'osmolalité urinaire indiquera la gravité du SIADH (p. ex., 850 mOsm/kg vs 300) et exclura la possibilité d'une potomanie ( $\leq 100$  mOsm/kg p. ex.).

En somme, l'important est d'évaluer l'état volémique, et d'évaluer l'osmolalité plasmatique et urinaire de même que le Na urinaire.

*Dre Louise Roy a répondu à cette question.*

# 9

## Mémantine en CHSLD

**Quelle est la place de la mémantine en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)?**

- Question posée par  
Dr Bernard Boutet,  
Pintendre (Québec)

La mémantine est un inhibiteur des récepteurs agonistes N-méthyl-D-aspartate (NMDA). Ce médicament a été étudié dans la maladie d'Alzheimer modérée à grave ainsi que dans la démence mixte. Les études ont été faites en monothérapie et aussi en combinaison avec un inhibiteur de la cholinestérase. Ces études ont démontré un bénéfice sur le plan fonctionnel avec un ralentissement du déclin fonctionnel par rapport au groupe contrôle et une stabilisation lors du traitement en combinaison. Ces études ont inclus uniquement des patients non hébergés tout comme cela a été le cas lors d'études initiales avec les inhibiteurs de la cholinestérase.

Actuellement, la mémantine est indiquée dans le traitement de la maladie d'Alzheimer modérée à grave (*Mini-mental state exam* [MMSE] 4-14). Compte tenu du fait que les études ont été effectuées chez une population non hébergée, il existe une grande réticence à utiliser ce traitement en CHSLD bien qu'il n'y ait aucune indication que l'efficacité du traitement soit influencée par le milieu de vie. Par ailleurs, certaines sous-analyses suggèrent que la mémantine pourrait minimiser les troubles de comportement chez cette population fragile, mais il n'y a pas d'étude disponible pour le moment ayant étudié cet aspect spécifique.

*Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.*

# 10

## Dépistage de l'hémochromatose

---

**À quelle fréquence doit-on doser la ferritine pour le dépistage primaire de l'hémochromatose?**

— *Question posée par  
Dr Jean-Pierre Leung,  
Calgary (Alberta)*

En raison des dommages possibles causés par une accumulation anormale de fer, il m'apparaît important de confirmer le diagnostic d'une hémochromatose afin de traiter le patient et d'éviter d'éventuelles complications. Une fois les causes secondaires éliminées, une recherche des mutations C282Y et H63D devrait être faite en génétique. Advenant que la recherche est positive, une biopsie hépatique peut être considérée.

Enfin, le malade aura la prise en charge habituelle pour le traitement de la surcharge en fer.

*Dr Jean Dufresne a répondu à cette question.*

## 11

## L'isotrétinoïne

**Comment prescrire l'isotrétinoïne, avec les bilans sanguins et les précautions?**

— *Question posée par  
Dr Nicolas Boudreault,  
Lac-Étchemin (Québec)*

L'isotrétinoïne est un dérivé de la vitamine A qui cause la diminution de la taille des glandes sébacées et de la production de sébum. Elle est indiquée pour le traitement de l'acné grave, soit nodulo-kystique, conglobata ou résistante aux autres traitements disponibles (topiques et antibiotiques oraux). Dans la majorité des cas, ce traitement très efficace mène à une résolution complète de l'acné pouvant durer de quelques mois à plusieurs années.

La dose recommandée est de 0,5 à 1 mg/kg par jour prise en deux doses divisées avec les aliments, pour une durée de 15 à 20 semaines. Par contre, dans les cas particulièrement graves, surtout touchant le tronc, des doses de jusqu'à 2 mg/kg ainsi qu'un traitement de plus longue durée peuvent être nécessaires. Dans la majorité des cas, une seule période de traitement suffit, mais on peut en initier une deuxième, voire même trois ou plus, toujours après au moins deux mois sans prise d'isotrétinoïne.

Malgré le succès obtenu avec ce médicament, il peut causer des effets secondaires importants, mais généralement réversibles suivant l'arrêt du médicament. Environ 25 % des patients développent une augmentation des triglycérides sériques. Si ces niveaux dépassent 800 mg/μL, le patient pourrait développer une pancréatite aiguë. Dans environ 15 % des cas, on voit une diminution des lipoprotéines à haute densité et, dans 7 % des cas, une augmentation du taux de cholestérol. Le risque cardiovasculaire du patient pourrait ainsi augmenter.

Plusieurs patients montrent une augmentation des niveaux de transaminases légère ou modérée, mais ceci tend à se normaliser en diminuant la dose. L'hépatite clinique est très rare. De plus, l'isotrétinoïne est tératogène. On doit donc confirmer que la patiente n'est pas enceinte avant d'entreprendre le traitement, et il est très important de prévenir la grossesse de façon efficace pendant la prise du médicament. On doit donc vérifier les niveaux de lipides et d'enzymes hépatiques ainsi que le beta-gonadotrophine chorionique humaine (β-hCG) et effectuer une formule sanguine complète avec numération différentielle avant la prise d'isotrétinoïne et quatre semaines après le début du traitement. On doit ensuite répéter le test de grossesse une fois par mois jusqu'à un mois après la fin du traitement. Le contrôle des résultats anormaux doit aussi être fait.

Le patient ne doit pas prendre d'autres produits contenant des dérivés de la vitamine A en même temps que l'isotrétinoïne afin d'éviter la toxicité. Il ne doit pas non plus prendre de la tétracycline simultanément, car ceci augmenterait le risque de pseudotumeur cérébrale. Elle est contre-indiquée chez les patients avec une allergie aux parabens. Enfin, quoiqu'il existe beaucoup de controverse à ce sujet, il est possible que l'isotrétinoïne augmente le risque de dépression majeure et de suicide. On doit donc porter attention aux signes de ceux-ci.

**Bibliographie :**

1. Wolff K, et Johnson RA. Colour Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology. Sixth Edition. USA: 2009; 6-8.
2. Isotretinoin: Drug Information. Uptodate January 21<sup>st</sup>, 2012.
3. Kunyetz RA. A Review of Systemic Therapy for Acne and Related Conditions. *Skin Therapy Lett* 2004; 9(3):1-4.

*Les Drs Valérie Clermont, externe 2, et Simon Nigen ont répondu à cette question.*



# 12 Vaccin contre la varicelle

**Les enfants vaccinés contre la varicelle à 12 mois sont-ils plus à risque de développer la maladie à l'âge adulte?**

— *Question posée par  
Dr Jacques Levasseur,  
Saint-Henri (Québec)*

possible pour prévenir le maximum de cas.

Dès l'introduction des programmes de vaccination universelle contre la varicelle, certains observateurs ont suggéré la possibilité d'un déplacement du moment de l'infection par le virus varicelle-zoster (VZV) à un âge plus avancé. En effet, si on suppose que l'immunité conférée par le vaccin n'est que temporaire, et que la protection s'atténue avec l'âge, on pourrait en théorie observer des infections varicelleuses chez de jeunes adultes ayant perdu leur immunité. Or, la varicelle est une maladie plus grave chez les adultes, le taux de complications étant beaucoup plus élevé, et le taux de létalité de l'infection estimé à 10 à 30 fois celui observé chez les enfants.

Il faut d'emblée noter que cette considération n'est que théorique. L'expérience avec les vaccins vivants atténués, tels ceux contre la rougeole et la rubéole, démontre qu'ils induisent généralement une protection durable, associée à la constitution d'une immunité de nature cellulaire, lymphocytaire, dotée d'une « mémoire immunitaire » à très long terme, qui peut être présente parfois durant toute la vie suivant la vaccination.

Le vaccin contre la varicelle n'est pas d'une efficacité préventive absolue, et on observe chez environ 3 % des enfants vaccinés l'apparition de cas de varicelle. Mais il est notable que ces cas sont habituellement très atténués, présentant peu de signes généraux (fièvre et

Le programme universel d'immunisation contre la varicelle du Québec comprend actuellement une seule dose du vaccin vivant atténué, administrée vers l'âge d'un an. Ce vaccin est offert au plus jeune âge

inconfort). Par ailleurs, le nombre des lésions cutanées est habituellement inférieur à cinquante, et ces lésions sont des papules, exceptionnellement des vésicules. Enfin, ces cas de varicelle, dite atténuée, sont moins contagieux, et ne présentent pratiquement jamais de complications.

Au Québec et dans d'autres pays, on a observé un déplacement de l'âge de l'infection par le VZV dès la première année suivant l'introduction du programme de vaccination. Généralement, avant l'introduction du vaccin, le pic de l'incidence de l'infection survient entre l'âge de 3 et 6 ans, alors que, suivant l'introduction de la vaccination universelle, les enfants de 6 ans et moins ne représentent que 30 % des cas de varicelle, et le pic de la maladie est observé à l'âge de 6-9 ans.

Cependant, quelques études ont indiqué que ce déplacement d'âge de l'infection n'entraîne pas une augmentation de la morbidité ou de la mortalité associées à la varicelle.

En conclusion, la mise en place d'un programme universel de vaccination contre la varicelle au Québec a permis une réduction substantielle de la morbidité associée à cette maladie dans tous les groupes d'âge, mais particulièrement chez les enfants âgés de 1 à 4 ans ciblés par la vaccination. Toutefois, le déplacement de l'âge de l'infection dès la première année de l'introduction du programme de vaccination mérite une surveillance continue afin d'évaluer les conséquences qui en découlent sur la santé publique.

*Dr François Boucher a répondu à cette question.*