

## 1

## La contagion de l'herpès génital

### Comment évaluer le risque de contagion de l'herpès génital en dehors des poussées?

— Question posée par Dre Anne Bergeron, Montréal (Québec)

Cette question a fait l'objet de recherches antérieures depuis que l'adage appris dans les années 60 et 70 « pas de lésions, pas de contagion » a été remis en question par la découverte d'excrétion asymptomatique du virus *Herpes simplex* (HSV). Le concept « d'excréteur asymptomatique » a été mis en évidence par des examens de laboratoire plus sensibles pour la détection du virus ou de particules virales (test d'amplification des acides nucléiques), et par les améliorations diagnostiques sérologiques chez des individus connus pour avoir eu un herpès génital symptomatique antérieur dans leur vie.

En se fiant à des études de séroprévalence spécifique de l'infection au HSV, on s'est rendu compte que la séroprévalence des infections à *Herpes simplex 2* (HSV2), dans la population sexuellement active, était d'environ 17 à 21 %. Ce qui était encore plus étonnant dans ces études, c'est que plus des deux tiers des personnes qui avaient une sérologie positive pour la présence d'anticorps anti-HSV2 dans le sang n'avaient jamais eu de symptômes d'herpès génital. **On a alors mis en évidence que les excréteurs asymptomatiques, soit du fait qu'ils ignoraient leur statut d'infectés ou du fait qu'ils ne présentaient pas de symptômes au moment d'une relation, étaient les principaux transmetteurs de l'infection.**

Les facteurs d'acquisition de l'infection du virus HSV2 qui ont été identifiés dans ces études sont l'âge, le nombre de partenaires sexuels, le sexe (femme > homme), l'origine ethnique (noire non hispanophone > blanche non hispanophone) et le statut sérologique des partenaires lors des premiers rapports sexuels.

Une étude prospective chez des partenaires « sérodivergents », effectuée à la fin des années 1980, a démontré que le taux global de transmission de l'infection du HSV2 après un an était d'environ 5 %. Cette étude a démontré que, si le partenaire masculin du couple était le séropositif, la transmission à la partenaire était de l'ordre d'environ 10 à 30 % selon le statut sérologique anti-*Herpes simplex 1* (HSV1) de la partenaire, et que, si la partenaire féminine du couple était la séropositive, la transmission de l'infection était environ cinq fois moindre.

Le stade « d'excréteur asymptomatique » le plus à risque de transmission a aussi été identifié. Ainsi, la personne chez qui l'infection initiale est récente ( $\leq 1$  an), semble le plus à risque de transmettre l'infection au partenaire que celle dont l'infection date de plusieurs années. La durée de l'excrétion asymptomatique du HSV2 est habituellement de moins de sept jours par année chez une personne ayant déjà présenté un épisode d'HSV2 durant sa vie. Enfin, certaines mesures de prévention comme la prise d'antiviraux en prophylaxie pendant la période où l'activité sexuelle est la plus intense diminuent de façon significative la transmission de l'infection au partenaire sans, cependant, la faire entièrement disparaître. De plus, l'infection labiale antérieure HSV1 (feux sauvages), survenant en plus bas âge souvent lors de la période de garderie, semble avoir l'effet de diminuer les symptômes de l'infection génitale initiale de type 2 au point de la rendre trois fois moins souvent symptomatique.

Ceci dit, il faut tout de suite mentionner qu'avec le changement des habitudes sexuelles, comme la fellation, on assiste à une augmentation significative de la transmission oro-génitale de l'HSV1 chez les personnes qui pratiquent cette activité sexuelle. La séroprévalence des infections buccales au HSV1, dans la population générale, est de l'ordre de 58 à 62 %. Encore là, une bonne proportion des individus séropositifs pour la présence d'anticorps anti-herpès de type 1 n'ont jamais eu d'histoire de « feux sauvages » dans le passé.

Il n'est donc plus rare de rencontrer de nouveaux couples stables dont l'un des deux partenaires présente un premier épisode d'herpès génital : la fidélité du partenaire n'est plus remise en cause lorsque le résultat du typage du virus *Herpes simplex* est le type 1.

#### Références :

1. Benedetti J, et coll. Recurrence rates in genital herpes after symptomatic first-episode infection. *Ann Intern Med* 1994; 121(11):847-54.
2. Mertz GJ, Benedetti J, et coll. Risk factors for the sexual transmission of genital herpes. *Ann Intern Med* 1992; 116(3):197-202.
3. Langenberg AG, Corey L, et coll. A prospective study of new infections with herpes simplex virus type 1 and type 2. Chiron HSV Vaccine Study Group. *New Engl J Med* 1999; 341(19):1432-8.

Dr Alain Martel a répondu à cette question.

## 2 Test RCP positif

À la suite d'un traitement pour la chlamydia, pendant combien de semaines le test de réaction en chaîne de la polymérase (RCP) reste-t-il positif?

— Question posée par Dre Michèle Bérubé, L'Ancienne-Lorette (Québec)

Voici une bonne question dont l'énigme n'est pas entièrement résolue. Les tests d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) sont maintenant utilisés pour le diagnostic d'infections génitales au *C. trachomatis*. Puisque ces nouveaux tests sont disponibles, prélevés facilement et sans trop de douleur (chez l'homme, on prélève les 10 premiers millilitres d'urine, après rétention de plus de 2 heures et, chez la femme, on effectue un auto-prélèvement de liquide vaginal ou un prélèvement lors d'un examen génital externe), ils sont devenus rapidement populaires, d'abord, auprès des patients et, ensuite, auprès des médecins de première ligne qui n'ont pas à procéder à un prélèvement urétral désagréable pour les hommes ni à demander aux femmes de se dévêtir pour procéder aux prélèvements. Ces tests sont aussi utiles pour le diagnostic de l'infection à *C. trachomatis* non seulement génitale, mais aussi rectale et pharyngée. En fait, leur sensibilité, leur spécificité, leur valeur prédictive positive et leur valeur prédictive négative approchent et dépassent même les examens plus conventionnels comme la culture, l'ELISA, l'immunofluorescence directe et les autres tests antigéniques.

**Le revers du succès de ces tests, étant donné leur convivialité, est leur utilisation inappropriée et parfois abusive dans le but de rassurer le patient qui ne veut pas transmettre une infection à un futur partenaire alors qu'il pourrait être encore porteur asymptomatique du *C. trachomatis*.** Le clinicien est également rassuré puisque les symptômes de l'infection génitale à *C. trachomatis* sont souvent insuffisants. Leur taux de positivité et la période de durée de leur positivité après un traitement efficace n'ont cependant pas été étudiés de

façon systématique. **En conclusion, un test de contrôle de *C. trachomatis* n'est pas systématiquement indiqué si le traitement recommandé est administré ET que les symptômes et signes disparaissent ET que le patient n'est pas exposé de nouveau à un partenaire non traité, sauf dans les cas suivants :**

- a) L'adhérence au traitement est sous-optimale;**
- b) Un autre schéma thérapeutique a été suivi;**
- c) Le patient est un enfant impubère;**
- d) La patiente est une femme enceinte.**

Un test de contrôle à l'aide d'un TAAN, si nécessaire, devrait être effectué 3 à 4 semaines après la fin d'un traitement efficace afin d'éviter les résultats faussement positifs causés par la présence de micro-organismes non viables. Il est recommandé d'effectuer un autre test chez toutes les personnes infectées par *C. trachomatis* six mois après le traitement, car le risque de réinfection est élevé. Les raisons expliquant les échecs thérapeutiques apparents peuvent être les suivantes :

- a) L'inobservance du schéma posologique ou l'abandon du traitement;
- b) La réexposition à un partenaire qui n'a pas été traité;
- c) Une infection contractée auprès d'un nouveau partenaire;
- d) Un résultat faussement positif;
- e) Beaucoup plus rarement, un problème de résistance.

#### Référence :

1. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Mise-à-jour en janvier 2010*, [En ligne], 2013. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-2-fra.php>] (Consulté le 15 octobre 2013).

*Dr Alain Martel a répondu à cette question.*

## 3 Évaluation préopératoire

**En quoi une évaluation préopératoire chez un patient de 75 ans diffère-t-elle de chez les patients plus jeunes?**

— *Question posée par  
Dre Vesna Page,  
Oakville (Ontario)*

L'évaluation préopératoire de la personne de 75 ans et plus comporte les mêmes volets que celle effectuée chez la personne plus jeune, soit une évaluation du risque cardiovasculaire, des maladies chroniques dont peut souffrir la personne ainsi que de certaines habitudes de vie pouvant avoir un impact sur la chirurgie ou la période postopératoire. Par la suite, il faut aussi évaluer la présence de troubles cognitifs, de troubles de la mobilité ou de perte d'autonomie, car ces conditions peuvent amener des complications postopératoires tel un délirium ou un syndrome d'immobilisation. La survenue d'un délirium augmente la durée d'hospitalisation et est associée à des séquelles fonctionnelles plus fréquentes.

Les facteurs de risque de développement d'un délirium sont l'âge avancé, la présence d'une atteinte cognitive, la désafférentation, la prise de psychotropes ainsi que la présence d'un délirium antérieur. Si on dépiste des troubles de mobilité en préopératoire, il faudra être assidu et favoriser une mobilisation rapide après la chirurgie.

*Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.*

## 4 Diagnostic et traitement de la psychose aiguë

**Quelle est l'approche actuelle recommandée pour le diagnostic et le traitement de la psychose aiguë chez un patient âgé résident dans un CHSLD?**

— *Question posée par  
Dr Noel A. Rosen,  
Toronto (Ontario)*

Dans un premier temps, il est important de bien définir ce que l'on veut dire par psychose aiguë. La psychose aiguë est la présence de trouble délirant avec ou sans modalité hallucinatoire survenant sur une courte période de temps. Alors que, dans la population jeune, cette présentation clinique est le plus souvent associée à une maladie psychiatrique telles la schizophrénie, la maladie affective avec éléments psychotiques, etc., chez la personne âgée, la cause la plus fréquente est un délirium suivi d'un trouble délirant associé à une démence.

La schizophrénie tardive est exceptionnelle dans ce contexte sauf si la personne a déjà eu un diagnostic antérieur. L'évaluation initiale consiste donc en la recherche d'un processus pouvant avoir provoqué un délirium, soit un trouble métabolique, un processus infectieux, un déséquilibre hormonal ou un changement récent de médication. Pour ce qui est du traitement, il faut traiter la cause du délirium, et, pour les symptômes importants d'agitation, on pourra utiliser des neuroleptiques à faibles doses au besoin. Il ne faudra pas oublier de cesser cette médication progressivement lorsque la phase aiguë sera résolue.

*Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.*

# 5

## Probiotiques et côlon irritable

**Côlon irritable : quelle place ont les probiotiques dans le contrôle des symptômes et quelle est celle du contrôle de la diète?**

— *Question posée par Dr Denis Raymond, Québec (Québec)*

### Probiotiques

Certains probiotiques ont démontré un effet bénéfique dans le traitement du syndrome de l'intestin irritable (SII), notamment la souche *Bifidobacterium Infantis* 35264 qui contribue à diminuer les douleurs abdominales et le ballonnement probablement par un effet anti-inflammatoire. **Cependant, le peu d'études de qualité ne permet pas de statuer sur l'efficacité réelle des autres formulations de probiotiques.** Compte tenu de son spectre restreint d'effets secondaires, il est raisonnable de préconiser les probiotiques en traitement adjuvant chez les patients avec SII non adéquatement soulagés par les autres traitements.

### Diète

Aucune étude n'a pu prouver l'efficacité d'une diète particulière dans l'amélioration des symptômes du SII. Cependant, les patients rapportent souvent une exacerbation des symptômes avec certains aliments. Il est donc raisonnable de chercher à identifier ces aliments et à les exclure de l'alimentation. Un chevauchement important existe entre les symptômes associés à la malabsorption de différents sucres alimentaires et le SII. Il est donc raisonnable de tenter une diète sans lactose, fructose ou sorbitol, en particulier lorsque le ballonnement ou la diarrhée prédomine comme symptôme.

Chez les patients constipés, une augmentation de la prise de fibres peut également être tentée, mais cause parfois une exacerbation des ballonnements et de la douleur abdominale. À l'inverse, **si les patients se plaignent principalement de flatulences et ballonnements, il est légitime de réduire les aliments fermentescibles (produisant des gaz) comme le chou, l'oignon, la fève, etc.**

Finalement, une diète sans gluten peut être bénéfique chez certains patients même en absence de maladie cœliaque documentée. Je recommande fortement une consultation avec une nutritionniste qui est un support très apprécié des patients.

*Les Drs Mickael Bouin et Simon Lessard, résident en gastroentérologie à l'Université de Montréal, ont répondu à cette question.*

**Aucune étude n'a pu prouver l'efficacité d'une diète particulière dans l'amélioration des symptômes du SII.**

# 6

## Sismothérapie

### Que pensez-vous de la sismothérapie en psychiatrie?

- Question posée par  
Dr Jacques Palardy,  
Longueuil (Québec)

La sismothérapie est généralement considérée après l'échec de la pharmacothérapie dans les troubles de l'humeur unipolaires ou bipolaires (dépression ou manie) et la schizophrénie. Cependant, dans le cas de symptômes graves tels la dépression psychotique, la catatonie et/ou le refus de s'alimenter, et/ou un risque suicidaire élevé, la sismothérapie pourrait être considérée en première intention. Plusieurs études ont démontré une efficacité de 80 à 90 % dans la dépression psychotique, supérieure à la pharmacothérapie et plus rapide à court terme. Les procédures contemporaines en font une thérapie sécuritaire. Les troubles de mémoire à court terme représentent le principal effet secondaire qui s'estompe habituellement entre 1 à 6 mois après la fin des traitements. Un petit nombre de patients peut souffrir de troubles mnésiques à long terme. Le positionnement unilatéral droit ou bifrontal avec une bonne oxygénation limitent les troubles de mémoire tout en assurant une bonne efficacité.

Les bénéfices de la sismothérapie comme traitement d'entretien sont moins bien démontrés, mais elle devrait être une option dans le cas de troubles psychiatriques résistants. L'acceptation de ce traitement demeure le principal obstacle à son utilisation.

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

# 7

## Psychostimulants dans le TDM réfractaire

### Quelles est la place et la durée d'utilisation des psychostimulants dans le traitement du trouble dépressif majeur (TDM) réfractaire?

- Question posée par  
Dr Normand Leclair,  
Trois-Rivières (Québec)

Les lignes directrices canadiennes pour le traitement de la dépression placent les psychostimulants en troisième ligne. En effet, les études sur leur utilisation dans le TDM sont de qualité limitée et ont souvent montré peu de différence entre les psychostimulants et le placebo. Le méthylphénidate peut être utilisé chez la personne âgée en traitement d'appoint, en présence d'anergie marquée ou d'apathie secondaire à un état dépressif. Le modafinil peut améliorer certains symptômes résiduels telles la sédation diurne et la fatigue. Lorsqu'une combinaison médicamenteuse a permis d'atteindre la rémission, elle devrait être maintenue toute la durée du traitement.

Les psychostimulants peuvent induire des palpitations et de l'anxiété sous forme de fébrilité intérieure et exacerber les paniques anxieuses. Ils peuvent aussi augmenter la tension artérielle, exacerber des tics et induire des virages maniaques chez les bipolaires non traités avec un stabilisateur. Ils sont contre-indiqués chez des patients déprimés avec abus de substances, particulièrement de méthamphétamines.

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



## Intestin court acquis chirurgicalement

**Quels sont les éléments importants du suivi d'un adulte atteint du syndrome de l'intestin court acquis chirurgicalement?**

— *Question posée par  
Dre Annie Leclerc-Soubrier  
Québec (Québec)*

Dans un grêle court, les besoins en perfusion hydroélectrolytique (soluté) ou en nutrition parentérale dépendent de la longueur du grêle résiduel, de la présence d'une valvule iléocæcale et du côlon.

Le premier élément perdu est le magnésium, ce qui peut nécessiter une supplémentation *per os* ou par intraveineuse (I.V.). Dans les grêles plus courts s'ajoutent une augmentation des besoins en hydratation I.V., une malabsorption en macronutriments (glucides, protéines, lipides) et en vitamines notamment liposolubles.

Les patients recevant à long terme une nutrition parentérale à domicile sont à risque de développer une ostéoporose, des calculs rénaux composés d'oxalates de calcium à cause de la malabsorption lipidique et une hépatopathie (stéatose, maladie lithiasique, fibrose et cirrhose).

Il importe donc de suivre ces patients avec :

1. Des prises de sang (fonction rénale, hépatique, magnésémie, etc.);
2. Des suppléments de calcium et de vitamine D, et une ostéodensitométrie annuelle;
3. Une consultation avec un médecin spécialiste en nutrition parentérale à domicile, lors d'une atteinte hépatique sous forme de cholestase, pour un ajustement du contenu de la nutrition parentérale, corriger les facteurs favorisant la cholestase et traiter celle-ci avant les complications (acide ursodésoxycholique, ajout de nutriments, etc.).

*Les Drs Louise D'Aoust, gastroentérologue spécialisée en nutrition parentérale, et Mickael Bouin, gastroentérologue, ont répondu à cette question.*

**D**ans un grêle court, les besoins en perfusion hydroélectrolytique (soluté) ou en nutrition parentérale dépendent de la longueur du grêle résiduel, de la présence d'une valvule iléocæcale et du côlon.

## 9

## Anticorps transglutaminases élevés

Un patient a des anticorps transglutaminases élevés (plus de 40) de façon persistante depuis plus d'un an. Les biopsies duodénales sont normales. Quel est le suivi à faire et qu'est-ce qui cause des anticorps élevés?

— Question posée par Dre Martine Gaul, Sainte-Julie (Québec)

La première cause d'augmentation des anticorps anti-transglutaminases est la maladie cœliaque. Ce test a une sensibilité et une spécificité situées aux alentours de 95 %. En cas d'anticorps élevés, il y a deux possibilités : soit le patient a une maladie cœliaque, soit il n'en a pas.

### Hypothèse 1

**Le patient a une maladie cœliaque.** Les biopsies duodénales devraient confirmer le diagnostic. Si elles ne le confirment pas, il y a deux possibilités : soit elles ont été mal faites, c'est-à-dire prélevées au mauvais endroit (elles doivent être faites dans le duodénum proximal) ou insuffisantes (il faut au moins quatre prélèvements), soit le patient n'est pas exposé au gluten, ce qui a permis une cicatrisation complète de sa muqueuse alors que le taux d'anticorps n'est pas encore diminué.

### Hypothèse 2

**Le patient n'a pas de maladie cœliaque.** Il faudra confirmer cette hypothèse en répétant des biopsies duodénales dans de bonnes conditions (*cf.* Hypothèse 1). On se trouve alors dans la situation d'une augmentation des transglutaminases sans maladie cœliaque, qui peut se voir dans certaines maladies comme la dermatite herpétiforme (même si elle est dans la grande majorité des cas associée à une maladie cœliaque), et il semble que d'autres maladies puissent être associées à une augmentation des transglutaminases comme la maladie de Huntington et la maladie de Parkinson.

En pratique, si les anticorps sont positifs et les biopsies duodénales, normales, il faut répéter les biopsies. Si les biopsies ne montrent pas de maladie cœliaque, et qu'il n'y a pas de contexte clinique ou biologique en faveur d'une malabsorption, alors le patient n'a pas de maladie cœliaque.

*Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.*

## 10 Perte d'appétit

**Quand vaut-il la peine d'utiliser le nabilone chez le patient âgé ayant perdu l'appétit?**

— *Question posée par  
Dre Marie-Lyne Bourassa,  
Ottawa (Ontario)*

Le nabilone est un dérivé cannabinoïde qui a été commercialisé pour le traitement des nausées importantes associées à la chimiothérapie. Lors de son utilisation plus étendue, une amélioration de l'appétit et un gain de poids ont été notés.

Pour ce qui est de son utilisation chez la personne âgée, il est très peu utilisé à cause de son profil d'effets secondaires et du peu de données disponibles sur ce groupe d'âge. En effet, le nabilone peut avoir un effet sédatif et il agit comme un psychotrope. L'utilisation de ce produit chez la personne âgée est donc limitée à cause de l'augmentation du risque de délirium et de chute lié à la prise de ce médicament.

*Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.*

## 11 Douleur chronique et ESPT

**Est-ce que la douleur chronique et l'état de stress post-traumatique (ESPT) sont étroitement liés? Comment?**

— *Question posée par  
Dr Radu Puscas,  
Laval (Québec)*

La douleur chronique et l'ESPT sont liés de plusieurs façons. D'abord, plusieurs des principales causes de douleur chronique incluent des événements traumatiques comme des accidents de voiture, de travail ou des agressions physiques. Ensuite, la fréquence d'ESPT est plus importante dans des cohortes de patients atteints de douleur chronique que dans la population générale et inversement. De plus, une comorbidité fréquente liée aux deux pathologies est la dépression majeure qui vient exacerber l'anxiété et la douleur.

Par ailleurs, des études soulignent que les deux problèmes peuvent s'entretenir mutuellement. La douleur peut servir de souvenir traumatique déclenchant des reviviscences tandis que l'anxiété et les cognitions catastrophiques peuvent exacerber la perception de la douleur et l'évitement. Des approches thérapeutiques incluant l'exposition, afin de réduire l'évitement cognitif et comportemental, et l'activation graduelle sont essentielles dans les deux syndromes.

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