

I Le prélèvement de l'artère mammaire lors d'un PAC



Quelles sont les conséquences cliniques du prélèvement de l'artère mammaire lors d'un pontage aorto-coronariens (PAC)?

— Question posée par
Dr René Laviguer,
Sainte-Anne-des-Monts (Qc).

L'utilisation de l'artère mammaire gauche (AMIG) dans l'artère inter-ventriculaire antérieure (IVA) offre un avantage clair de perméabilité à 10 ans par rapport au pontage veineux (90 % contre 50 %). Cela est principalement dû au positionnement anatomique favorable de l'AMIG avec l'IVA, mais également en raison de l'endothélium artériel qui supporte naturellement une pression systémique par opposition à une greffe veineuse.

La revascularisation artérielle complète plaît à l'esprit (double mammaire, radiale, gastrique), mais les données cliniques disponibles

quant à son utilisation ne font pas l'unanimité. Il n'y a pas de désavantage majeur à l'utilisation d'un pontage double mammaire, sauf concernant le risque d'un léger excès de déhiscence de plaie et de médiastinite, particulièrement chez le patient diabétique.

Dr Mathieu Bernier a répondu.

2 La contraception, la périménopause et l'hormonothérapie



Est-ce que l'usage prolongé de contraceptifs jusqu'à la périménopause s'ajoute aux risques présumés de l'hormonothérapie pour la ménopause?

— Question posée par
Dre Marie LeClaire,
Hudson (Qc).

La périménopause inclut la période précédant la ménopause (de un à cinq ans avant) et s'étend jusqu'à 12 mois après la dernière menstruation. Durant ces années de transition, le cycle menstruel peut être particulièrement perturbé à cause de la déplétion de l'activité folliculaire. L'anovulation chronique et la déficience en progestérone durant cette transition entraînent de longues périodes d'exposition aux œstrogènes non opposés, ce qui entraîne des risques d'hyperplasie de l'endomètre.

Envisager l'utilisation de contraceptifs oraux à bas dosage pour assurer un bon contrôle du cycle et

la contraception comporte plus d'avantages que d'inconvénients. La patiente qui ne fume pas et qui n'a pas de facteurs de comorbidité (hypertension artérielle, diabète, obésité, néoplasie du sein, thrombophilie) pourrait bénéficier de contraceptifs oraux jusqu'à la ménopause.

Références :

1. Soules, Sherman S, Parrott E, et coll. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril* 2001 Nov; 76(5):874-8.
2. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. *Maturitas* 1992 Jan; 14(2):103-15.

Dre Martine Bernard a répondu.

3 Le traitement d'un kyste de Baker au genou



Comment traiter un kyste de Baker au genou?

— *Question posée par
Dr Francis Fontaine,
Laval (Qc).*

Le kyste poplité (aussi appelé kyste de Baker) est le kyste le plus courant au genou. Il se développe à partir d'une faiblesse de la capsule postérieure du genou ou par l'expansion d'une des bourses postérieures du creux poplité. Ces bourses communiquent parfois avec l'articulation. Après un événement traumatique, dégénératif ou inflammatoire, le liquide articulaire en excès peut remplir cette bourse qui se gonfle alors. Lorsque la communication est assez large, le kyste pourra se vider automatiquement en même temps que l'épanchement au genou disparaît. Par contre, si le genou reste constamment gonflé par un épanchement, le kyste demeurera aussi gonflé. De même, si une membrane bloque de façon unidirectionnelle la communication, le kyste pourra se remplir, mais pas se vider. Les mouvements de flexion-extension du genou peuvent même faire office de pompe pour forcer le liquide synovial vers le kyste.

Peu importe leurs tailles, la majorité des kystes de Baker sont asymptomatiques et ne nécessitent pas de traitement. À l'occasion, les kystes peuvent devenir douloureux s'ils compriment les structures neurovasculaires du creux poplité ou s'ils bloquent la flexion maximale du genou. Le traitement de la pathologie associée (arthro-

plastie du genou si arthrose, ménisectomie si déchirure méniscale, traitement de la synovite lors d'atteinte inflammatoire, etc.) est généralement suffisant pour diminuer la taille du kyste et pour éliminer les symptômes. Dans quelques rares cas sans pathologie sous-jacente traitable, il faudra agir directement sur le kyste. L'aspiration du kyste suivi d'une injection de corticoïde peut être tentée, mais la récurrence est plutôt fréquente en plus d'être risquée, car les structures neurovasculaires postérieures sont à la fois très proches et souvent déplacées par le kyste. La ponction sous échographie est plus sécuritaire et permettra de confirmer ou d'infirmer le diagnostic. Sinon, une excision chirurgicale peut être faite par un chirurgien orthopédiste avec un taux de récurrence d'environ 5 %.

Comme la majorité des kystes de Baker sont asymptomatiques et ne nécessitent pas de traitement, il faut toujours rechercher d'autres causes aux symptômes. Le diagnostic différentiel inclut la thrombophlébite superficielle ou profonde, un syndrome compartimental d'effort, une entorse ou une rupture du gastrocnémien médial, une tumeur, etc.

Dr Frédéric Balg a répondu.

L'aspiration du kyste suivi d'une injection de corticoïde peut être tentée, mais la récurrence est plutôt fréquente (...).

4 Le traitement de l'ostéoporose sans les bisphosphonates



Après les bisphosphonates, quelles sont les options de traitement de l'ostéoporose au Québec?

— Question posée par
Dre Maryse Desmarais,
Ste-Adèle (Qc).

Mis à part les bisphosphonates, il existe au Québec quatre traitements disponibles pour l'ostéoporose, soit les agents antirésorptifs (hormonothérapie substitutive, raloxifène, miacalcine), soit les agents anaboliques (tériparatide).

L'hormonothérapie substitutive

Malgré toute la tempête médiatique entourant les résultats de l'étude WHI (pour *Women Health Initiative*) et la conclusion controversée qui suggère un risque accru de néoplasie du sein et de maladies cardiovasculaire, l'hormonothérapie a toujours sa place, particulièrement chez la femme ménopausée symptomatique.

Le raloxifène est un modulateur sélectif des récepteurs œstrogéniques. Il est approuvé pour la prévention et le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. La dose est de 60 mg die. Il est particulièrement utile chez les femmes de moins de 60 ans ménopausées qui n'ont pas de symptômes de ménopause. Contrairement à l'hormonothérapie substitutive, il n'y a pas de risque potentiel de cancer du sein et il n'entraîne pas de saignement utérin. Comme effets secondaires, retenons les crampes et les bouffées de chaleur.

Le tériparatide est un analogue de la PTH. Il s'agit d'un agent anabolique qui augmente la formation osseuse en

stimulant les ostéoblastes. La dose est de 20 µg s/c die. Il est indiqué dans l'ostéoporose grave ainsi que dans l'ostéoporose induite par les stéroïdes. Il est maintenant sur la liste des médicaments d'exceptions du Québec pour le traitement de l'ostéoporose grave chez les femmes post-ménopausées dont l'ostéoporose fracturaire est documentée par un score T inférieur ou égal à -3,0 (peu importe le site) et qui présentent une réponse inadéquate à la prise continue d'un bisphosphonate (ou de raloxifène, si un bisphosphonate est contre-indiqué), c'est-à-dire :

- une nouvelle fracture de fragilisation à la suite d'une prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 12 mois; ou
- une diminution significative de la densité minérale osseuse (DMO) sous le score T observé en prétraitement malgré la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 24 mois.

Il faut préciser que le traitement est de 18 mois.

La miacalcine n'est pratiquement plus utilisée dans le traitement de l'ostéoporose, à l'exception des fractures vertébrales récentes douloureuses.

Dr Mark Hazletine a répondu.

DÉCOUVREZ

Cipralex[®]
escitalopram

5 Anovulants et antécédents familiaux de cancer du sein



Une adolescente dont la mère est atteinte d'un cancer du sein peut-elle prendre des anovulants?

— Question posée par Dre Marie-Josée Saine, Montréal (Qc).

D'abord, l'association entre le cancer du sein et l'utilisation des contraceptifs oraux reste un sujet très controversé malgré la réalisation de nombreuses études. Une méta-analyse publiée en 1996 a laissé entendre qu'il y avait une hausse légère mais significative du risque du cancer du sein parmi les utilisatrices de comprimés combinés (risque relatif = 1,24), ainsi que durant les 10 années suivant l'arrêt de ces derniers.

Une étude plus récente, parue en 2002 dans le *New*

England Journal of Medicine, n'a pas réussi à démontrer cette association. Le risque de cancer du sein n'était pas non plus plus élevé chez les utilisatrices de comprimés combinés ayant des antécédents familiaux de cancer du sein. À mon avis, cette adolescente peut prendre des anovulants.

Dre Annick Larochelle
a répondu.

6 Le traitement d'un lymphoedème après un AVC



Comment traiter un lymphoedème secondaire à un accident vasculaire cérébral (AVC) avec paralysie?

Cette condition est causée par l'immobilité et est traitée par la surélévation du membre et la physiothérapie afin d'accélérer le retour moteur.

Par contre, il est important d'éliminer d'autres conditions associées, comme la thrombophlébite veineuse profonde

et, quelquefois, la dystrophie sympathique réflexe qui peut compliquer la réhabilitation après un ACV.

Dre Nicole Khairallah
a répondu.

OFFERT AU
PRINTEMPS
2010.



Instructions faciles à lire.

Tube facile à saisir.

Protection intégrée contre l'aiguille.

Le bout orange de protection de l'aiguille contraste avec le bouchon de sécurité bleu, facilitant l'orientation de l'auto-injecteur.

Renseignements importants relatifs à la sécurité

Les auto-injecteurs EpiPen® et EpiPen® Jr sont indiqués pour le traitement d'urgence des réactions anaphylactiques chez les patients qui présentent des risques accrus d'anaphylaxie, incluant les personnes ayant des antécédents en matière de réactions anaphylactiques. Ils sont conçus pour une auto-administration immédiate pour le traitement d'urgence de réactions allergiques graves (de type I), incluant l'anaphylaxie associée aux aliments, aux piqûres et aux morsures d'insectes, aux médicaments, au latex et à d'autres allergènes ainsi que l'anaphylaxie idiopathique ou causée par l'exercice. Le choix de la concentration pertinente est déterminé en fonction du poids du patient.

Il n'existe aucune contre-indication absolue à l'utilisation d'épinéphrine en cas de réaction allergique potentiellement mortelle. L'utilisation d'épinéphrine doit être évitée chez les patients atteints de choc cardiogène, traumatique ou hémorragique, de dilatation cardiaque ou d'artériosclérose cérébrale. L'utilisation d'épinéphrine doit être évitée chez les patients ayant une atteinte cérébrale organique ou souffrant de glaucome à angle fermé. L'épinéphrine doit être administrée avec prudence aux personnes âgées ou atteintes d'hyperthyroïdie, aux femmes enceintes et aux personnes souffrant de maladies cardiovasculaires ou de diabète.

Les effets indésirables de l'épinéphrine comprennent : anxiété passagère et modérée, sensations d'hyperstimulation, appréhension, agitation, tremblements, faiblesse, manque de stabilité, étourdissements, transpiration, tachycardie, palpitations, pâleur, nausées et vomissements, maux de tête ainsi que difficultés respiratoires.

Les auto-injecteurs EpiPen® et EpiPen® Jr sont conçus pour servir uniquement à des fins de soutien thérapeutique d'urgence et non pas en tant que traitement de substitution ou de remplacement des soins médicaux ou hospitaliers ultérieurs; ils ne sont pas non plus conçus pour remplacer les thérapies d'hyposensibilisation au venin d'insecte.

7 Le fer : injection ou prise orale?



Y a-t-il un avantage à l'utilisation des injections de fer par rapport à la voie orale?

— Question posée par
Dre Susan Labrecque,
Sherbrooke (Qc).

Les indications du fer administré par voie parentérale sont les suivantes : une intolérance au fer pris oralement, une malabsorption ou encore des pertes en fer qui ne peuvent être compensées par la voie orale (saignements digestifs importants, phénomène inflammatoire, etc.). Cependant, le fer parentéral présente des inconvénients notables, dont les risques d'une réaction anaphylactique grave ou encore d'une maladie sérique retardée. Par conséquent, le

fer devrait toujours être pris par voie orale, à moins de circonstances exceptionnelles.

L'intolérance au sulfate ferreux peut souvent être atténuée en diminuant la dose (prise die), en prenant le médicament avec de la nourriture (même si cela réduira l'absorption) ou encore en changeant la formulation (fumarate ferreux).

Dr Jean Dufresne a répondu.

8 Le TDAH chez la personne âgée



Le TDAH existe et est traité chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, mais qu'en est-il pour la personne âgée qui présente une « hyperactivité » – ou agitation – psychomotrice? A-t-on déjà tenté une des médications pour le TDAH chez une personne ne présentant pas de risque cardiovasculaire?

— Question posée par
Dre Johanne Plante,
Ste-Julie (Qc).

Le TDAH est un trouble apparaissant dans l'enfance, qui peut toutefois être diagnostiqué chez l'adulte, mais rarement chez une personne âgée de plus de 65 ans.

En présence d'agitation chez la personne âgée, le diagnostic différentiel est primordial. Il faut éliminer un délirium, une démence avec confusion, une manie bipolaire ou organique ou encore une psychose. Il faut revoir les antécédents psychiatriques et médicaux de cette personne ainsi que les médicaments qui pourraient être en cause et compléter par un examen physique.

Les psychostimulants ne sont pas indiqués pour traiter l'agitation dans les syndromes susmentionnés. On peut utiliser les psychostimulants chez la personne âgée en traitement d'appoint en présence d'anergie

importante ou d'apathie secondaire à un état dépressif, ou une condition médicale telle un cancer ou une démence, bien que les données probantes ne sont pas très solides. **C**

Référence :

1. Hardy SE. Methylphenidate for the treatment of depressive symptoms, including fatigue and apathy, in medically ill adults and terminally ill adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2009; 7:34-59.

Dre Marie-Josée Filteau a répondu.