

1

Être non invasif

Quelle est la meilleure façon de mesurer la tension artérielle de façon non invasive chez le patient instable?

— Question posée par
Dr Dominic Larose,
Granby (Québec)

Historiquement, chez le patient instable, la présence d'un pouls carotidien orientait vers une tension artérielle (TA) systolique d'au moins 60 mmHg, un pouls fémoral d'au moins 70 mmHg et un pouls radial d'au moins 80 mmHg. Ces mesures très imprécises ont été remplacées par la mesure de la tension artérielle par brassard automatique où la TA est mesurée par une méthode oscillométrique. Cette méthode est considérée plus précise que la méthode auscultatoire, mais sous-estime en général la TA moyenne de 2 à 12 mmHg lorsque comparée au cathétérisme artériel.

Chez le patient très instable, la canule artérielle radiale ou fémorale demeure la meilleure option, car elle permet un suivi en continu de la TA. Les deux sites de canulation sont aussi valables l'un que l'autre sauf dans les états de vasoconstriction grave où le site fémoral est préférable.

Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.

2

La néoplasie pulmonaire

Quels sont les tests à faire pour le suivi d'une néoplasie pulmonaire, et à quelle fréquence pour le médecin de famille?

— Question posée par
Dre Josée Beaulieu,
Coaticook (Québec)

Le suivi d'un patient chez qui une néoplasie pulmonaire a été diagnostiquée variera pour chaque patient, et la nature du suivi devra être discutée avec les spécialistes qui ont évalué le patient et qui ont déterminé la nature du traitement.

Diverses sociétés ont émis des recommandations sur le suivi de ces patients selon le type de néoplasie et son extension; le lecteur est invité à en consulter les articles :

1. Rubins J, Unger M, et coll. American College of Chest Physicians. Follow-up and surveillance of the lung cancer patient following curative intent therapy: ACCP evidence-based clinical practice guideline (2nd edition). *Chest* 2007; 132 (3 Suppl):355S-367S.
2. Claiborne PM, Fowler CS, Vaporciyan AA. Follow-up of patients with resected thoracic malignancies. *Thorac Surg Clin* 2012; 22:123-31.

Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.

3

AAS avant chirurgie

Pendant combien de jours faut-il cesser de prendre l'acide acétylsalicylique (AAS) avant une chirurgie?

— Question posée par
Dr Émile Kiwan,
Beaconsfield (Québec)

La prise d'AAS entraîne une dysfonction irréversible des plaquettes qui s'échelonne sur sept à dix jours, soit la durée de vie des plaquettes elles-mêmes.

Par conséquent, la prise de ce médicament devrait être interrompue au moins une semaine avant l'intervention.

Dr Jean Dufresne a 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

Céphalées de Horton

Quelles sont les nouveautés dans le traitement aigu ou la prophylaxie des céphalées de Horton en cabinet?

— Question posée par
Dre Esther Landry,
Gaspé (Québec)

Le premier choix de prophylaxie à long terme pour la céphalée de Horton reste le vérapamil à des doses de 40 mg 2 f.p.j. jusqu'à 960 mg par jour.

Les effets cardiaques peuvent être limitants, d'où l'utilisation d'autres médicaments (surtout pour les prophylaxies de courtes durée) comme la prednisone, l'ergotamine ou même le lithium, qui est particulièrement utilisé pour les algies vasculaires de la face (AVF, ou *Cluster headache*) épisodiques.

Il y a eu quelques séries dans la littérature portant sur l'utilisation de la gabapentine, du topiramate et même de la mélatonine, utilisation qui a montré une certaine efficacité.

Côté nouveautés dans le traitement de la céphalée de Horton, on essaie de plus en plus les infiltrations qu'on effectue habituellement pour les nerfs d'Arnold, et cela offre un certain rendement. Il y a également des essais d'implantation de neurostimulateurs dans les cas réfractaires, et cela se passe dans des centres tertiaires sélectionnés.

En ce qui concerne la toxine botulique, qui est actuellement acceptée pour les migraines chroniques réfractaires, elle ne représente pas une option pour les céphalées de Horton.

Dre Nicole Khairallah a répondu à cette question.



6

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 œsogastroduodénoscopie.

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.

7

Stéatose hépatique

Quelle est l'utilité du dosage de la ferritine chez un patient suivi pour une stéatose hépatique dont les transaminases sont stables et l'hémoglobine normale? Quelle est la conduite à tenir dans le cas d'une augmentation ou d'une diminution de la ferritine?

— Question posée par
Dre Lan Chau Nguyen,
Candiac (Québec)

Il est difficile de distinguer les patients souffrant d'une *Non Alcoholic Steatosis Hepatitis* (NASH) débutante (pouvant évoluer vers une cirrhose), de ceux qui présentent une stéatose hépatique, sans pratiquer de biopsie hépatique. La ferritine est fréquemment élevée chez les patients avec une *Non Alcoholic Fatty Disease* (NAFLD), secondairement à une augmentation de l'absorption de fer et à l'inflammation systémique induite par le syndrome métabolique. De plus en plus de données suggèrent que le taux de ferritine sérique serait l'un des meilleurs facteurs prédictifs non invasifs de la gravité de l'atteinte hépatique (inflammation et fibrose) chez les patients souffrant de NAFLD. Une augmentation significative de la ferritine devrait donc sélectionner les patients pour la biopsie hépatique et mener à une prise en charge plus stricte du syndrome métabolique. La phlébotomie n'est pas indiquée.

Dre Claire Fournier a répondu à cette question.

8

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.

Dr Lucie Boucher a répondu à cette question.

9

État de stress post-traumatique

Que pensez-vous des différents traitements de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT)?

— Question posée par
Dr Daniel Couture
Montréal (Québec)

Tous les guides de pratique recommandent une thérapie psychologique comme traitement initial d'un état de stress post-traumatique (ÉSPT). La thérapie cognitivo-comportementale est le traitement qui détient le plus grand nombre d'études empiriques pour appuyer son utilisation dans l'ÉSPT aigu ou chronique. Une autre approche psychologique, mais moins documentée par des études contrôlées, est le *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). En dix à douze séances, le traitement psychologique devrait comporter un volet psycho-éducatif et une exposition graduée à l'évènement traumatique avec des interventions visant une restructuration des cognitions liées à l'évènement traumatique. Un traitement pharmacologique doit être considéré lorsque les symptômes empêchent une personne d'amorcer un traitement psychologique ou si le traitement psychologique s'avère insuffisant. À cet égard, un inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine (ISRS) est le traitement recommandé en première instance. Les ISRS peuvent réduire les cauchemars, favoriser le sommeil et réduire plusieurs autres symptômes associés à un ÉSPT. Les ISRS sont débutés à faible dose (c.-à-d. paroxétine 10 mg/jour) et, si efficaces, maintenus pendant un an. Les antipsychotiques atypiques et les anticonvulsivants sont utilisés dans les cas réfractaires. L'approche thérapeutique doit inclure une préoccupation du risque d'abus de drogues et d'alcool, qui est fréquent avec cette clientèle.

Dr Pierre Landry a répondu à cette question.