

## 1

## Anorexie et problèmes gastriques

**Quelle est la meilleure façon de procéder afin de faciliter le passage des selles chez l'anorexique qui se réalimente, mais qui est constipée avec des signes de pré-occlusion dans le côlon ascendant?**

- *Question posée par  
Dr John Sayder,  
Saint-Lambert (Québec)*

Chez le patient dénutri, la constipation est très fréquente (en raison de l'atteinte musculaire pariétale du côlon) et se corrige habituellement lorsque le poids se normalise. Par ailleurs, les patients atteints d'une anorexie mentale ont tendance à surévaluer leur constipation et à faire un usage excessif de laxatifs. Il faut donc faire preuve de prudence avant de répondre au symptôme de constipation par la prescription de laxatifs. De plus, ces patients consomment souvent de grandes quantités de fibres qui peuvent, paradoxalement, aggraver la constipation en augmentant le volume des selles. Il est donc utile, dans cette population de patients, d'éviter les apports trop élevés en fibres.

Lorsque la constipation est avérée, les laxatifs osmotiques de type polyéthylène glycol *per os* doivent être choisis. La question de la « pré-occlusion » ne pourra pas trouver de réponse théorique. S'il y a occlusion, celle-ci devra être traitée comme telle alors que, si le transit persiste, alors on pourra administrer des laxatifs *per os*. S'il y a un problème d'évacuation des selles (constipation obstructive basse), on peut utiliser des lavements (à l'eau, à l'huile minérale ou au phosphate de sodium) afin de faciliter l'évacuation des selles. Finalement, en cas d'échec des laxatifs osmotiques, on pourra avoir recours aux laxatifs stimulants (séné) et, en dernier lieu, le prucalopride pourra être utilisé (2 mg 1 f.p.j.).

*Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.*

## 2

## Hémicranies paroxystiques

**Que sont les hémicranies paroxystiques et comment les traiter?**

- *Question posée par  
Dre Manon Thibault,  
Québec (Québec)*

Il s'agit d'une céphalée strictement unilatérale, souvent ophtalmique, orbitaire ou frontale et moins souvent occipitale, très intense, qui peut changer de côté et qui dure entre 2 et 30 minutes en général. Elle peut survenir 1 à 40 fois par jour et peut s'accompagner de larmoiements, d'injections conjonctivales, de rhinorrhée et de ptose, et quelquefois de nausées et de photophobies. L'examen neurologique est normal.

Le test à l'indométhacine constitue un test diagnostique et thérapeutique et il permet de distinguer l'hémicranie paroxystique du *Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)* et de l'algie vasculaire de la face (AVF).

La dose prescrite d'indométhacine est de 25 mg p.o. 3 f.p.j. qu'on peut augmenter à 50 mg p.o. 3 f.p.j. s'il n'y a pas de réponse.

*Dre Nicole Khairallah a répondu à cette question.*

# 3

## Traiter la maladie bipolaire de type II

**Que pensez-vous de l'association quéliapine/venlafaxine pour le traitement de la maladie bipolaire de type II?**

— *Question posée par  
Dr Daniel Couture,  
Sherbrooke (Québec)*

Très peu d'études à double insu sont publiées sur le traitement pharmacologique de la dépression dans la maladie bipolaire de type II. **À ce jour, la quéliapine et la lamotrigine en monothérapie sont reconnues comme des traitements de première instance dans la dépression bipolaire de type II.** La venlafaxine ainsi que quelques inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine (ISRS) ont une efficacité modérée démontrée essentiellement par des études ouvertes ou rétrospectives. Par ailleurs, il faut s'assurer que la quéliapine ait été prescrite à une dose de 300 mg et plus pendant au moins 4 à 6 semaines avant de conclure à une dépression réfractaire.

Aucune étude n'appuie la combinaison de la quéliapine avec un antidépresseur dans la dépression bipolaire de type II réfractaire même si une telle stratégie peut s'avérer efficace. Aussi, l'ajout de la venlafaxine à la quéliapine comporte un certain risque de virage en hypomanie et d'accélération des cycles thymiques quoique ce risque soit moindre que dans la dépression bipolaire de type I. La lamotrigine ou le divalproex seraient peut-être de meilleurs choix pour potentialiser la quéliapine puisque ces molécules se sont avérées efficaces en monothérapie et en prophylaxie dans la dépression bipolaire de type II et qu'elles comportent moins de risque de virage en manie.

*Dr Pierre Landry, M.D., FRCPC, professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal et psychiatre à l'hôpital Louis-H. Lafontaine.*

# 4

## Contre-indications à la prise d'oméga-3

**Peut-il y avoir des contre-indications à la prescription de suppléments d'oméga-3, particulièrement aux patients qui prennent de la warfarine?**

— *Question posée par  
Dre Dominique Lejeune,  
Québec (Québec)*

Il n'y a pas de contre-indication franche à l'utilisation des suppléments d'oméga-3 sauf pour les allergies antérieures au produit et peut-être les allergies très graves au poisson puisqu'il s'agit d'huile de poisson.

Certaines séries de cas ont rapporté une augmentation de l'*International Normalized Ratio* (INR) chez des patients dont l'INR était stable lors de la prise de warfarine lorsque les suppléments d'oméga-3 étaient ingérés. Le mécanisme de cette interaction est incertain, mais cela ne constitue pas une contre-indication à leur utilisation comme tel. Il faudra par contre assurer un suivi plus serré de l'INR durant cette période jusqu'à la restabilisation.

*Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.*

# 5

## Trompe d'Eustache dysfonctionnelle

---

**Quel est le meilleur traitement pour le dysfonctionnement de la trompe d'Eustache?**

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

La trompe d'Eustache relie l'oreille au pharynx. Quand cette trompe se bouche, elle perd sa capacité à rétablir la pression dans l'oreille moyenne, ce qui peut engendrer de la douleur et une sensation d'oreille bouchée. Cette situation est particulièrement problématique et douloureuse lorsque le patient prend l'avion, monte en altitude ou entreprend de la plongée. D'autre part, une trompe d'Eustache chroniquement patente est aussi une variante dysfonctionnelle.

Il est important de savoir que :

- La fonction de la trompe d'Eustache (*Eustachian tube function*) change avec l'âge, ce qui peut engendrer des symptômes;
- Les allergies environnementales sont une cause fréquente du dysfonctionnement de la trompe d'Eustache;
- Le bon fonctionnement de la trompe d'Eustache peut être affecté pendant plusieurs mois à la suite d'un épisode d'otite moyenne.

Le traitement du dysfonctionnement de la trompe d'Eustache n'est malheureusement ni précis ni efficace. Les décongestionnants, les anti-histaminiques systémiques ou topiques, les stéroïdes nasaux et les kits d'irrigation à l'eau salée sont fréquemment utilisés dans le traitement de la trompe d'Eustache bouchée.

Occasionnellement, les patients souffrant de symptômes graves liés à cette condition (une perte auditive conductive) peuvent subir une myringotomie avec l'insertion d'un tube tympanique pour corriger la surdité et mettre fin à leur inconfort.

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

# 6

## Le contrôle de la MPOC

**Le bromure de tiotropium monohydraté est-il supérieur au bromure d'ipratropium pour le contrôle de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)? Doit-on y ajouter un bronchodilatateur à longue durée d'action (BDLA) ?**

— *Question posée par  
Dre Sylvie Gill,  
Sorel-Tracy (Québec)*

Il a été démontré que les effets du tiotropium sur la fonction pulmonaire, la dyspnée et l'état de santé sont plus soutenus que ceux de l'ipratropium dans la MPOC de modérée à grave. L'autre avantage est qu'il se donne en dose quotidienne plutôt que quatre fois par jour. Il est donc préférable de donner du tiotropium dans le traitement de la MPOC requérant plus qu'un bronchodilatateur à courte action à l'occasion.

Le consensus canadien suggère d'ajouter un BDLA à l'anticholinergique à longue action si ce dernier n'est pas suffisant pour contrôler les symptômes. Si cette combinaison est encore insuffisante, une combinaison de BDLA et de corticostéroïde inhalé sera ajoutée au tiotropium.

Vous pouvez voir les recommandations du consensus canadien sur le site Internet de la Société de thoracologie du Canada à l'adresse suivante : <http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/MPOC-2008>

### Références :

1. O'Donnell DE, Hernandez P, et coll. Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique – Mise à jour de 2008 – Points saillants pour les soins primaires. *Can Respir J* 2008; 15 Suppl A:1A-8A.

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

# 7

## Suppléments nutritifs pour diabétiques

**La prise de Glucerna® est-elle acceptable chez un patient diabétique qui suit une diète liquide en vue d'un examen radiologique du tube digestif ou une endoscopie? L'Ensure® est-il permis chez les patients non diabétiques avant l'examen?**

— *Question posée par  
Dre Anne Brodersen,  
Saint-Léonard (Québec)*

Pour ce type d'examen, il est préférable de suivre une diète avec des liquides clairs la journée précédant l'examen afin d'avoir une préparation optimale pour le test. Des exemples de liquides clairs sont les jus de fruits sans pulpe, les bouillons ou les consommés clairs, les jellos, le thé ou le café et les liqueurs douces. Si le patient doit passer une endoscopie, il faut aussi éviter le jello rouge ou le Gatorade® rouge. Les produits laitiers ne sont pas indiqués. Il est donc suggéré d'éviter aussi les suppléments nutritifs de type Glucerna®. Le patient sera averti par le département de radiologie ou d'endoscopie s'il doit rester à jeun à partir de minuit ou seulement à partir du matin du test.

Par ailleurs si un patient diabétique veut prendre des substituts de repas pour d'autres raisons, le Glucerna®, le Boost® pour diabétiques et Ressource® Diabetishield représentent des choix adéquats.

*Dre Hortensia S. Mircescu a répondu à cette question.*

# 8

## Diagnostic de l'embolie pulmonaire

**Quel est le meilleur test pour diagnostiquer une embolie pulmonaire?**

— *Question posée par  
Dr Christopher Labos,  
Montréal (Québec)*

La valeur des divers tests d'imagerie variera selon l'évaluation de la probabilité clinique prétest d'embolie pulmonaire. La scintigraphie ventilation/perfusion demeure un outil diagnostique utile chez les patients avec radiographie pulmonaire normale ou presque. Une scintigraphie normale élimine ce diagnostic alors qu'un test de haute probabilité peut être considéré diagnostique<sup>1</sup>. Cependant, la majorité des scintigraphies seront de probabilité intermédiaire (ou non diagnostique) en présence d'une pathologie pulmonaire.

Une angiotomodensitométrie pulmonaire négative élimine essentiellement une embolie pulmonaire et a une bonne spécificité<sup>2</sup>. On peut cependant ne pas voir de petites embolies sous-segmentaires. En présence de forte suspicion clinique, cependant, un autre test tel un Doppler des membres inférieurs et/ou une scintigraphie pulmonaire de ventilation/perfusion devrait alors être fait. L'angioscan peut également identifier une autre pathologie en cause dans la symptomatologie.

**Par ailleurs, l'étude PIOPED III a suggéré que l'angiographie par résonance nucléaire magnétique était inadéquate chez environ 25 % des patients pour établir ce diagnostic<sup>3</sup>.**

### Références :

1. Division of Lung Diseases, National Heart, et coll. Value of the ventilation/perfusion scan in acute pulmonary embolism. Results of the prospective investigation of pulmonary embolism diagnosis (PIOPED). The PIOPED Investigators. *JAMA* 1990; 263(20):2753-9.
2. Konstantinides S. Clinical practice. Acute pulmonary embolism. *N Engl J Med* 2008; 359(26):2804-13.
3. Stein PD, Gottschalk A, et coll. Methods of Prospective Investigation of Pulmonary Embolism Diagnosis III (PIOPED III). *Semin Nucl Med* 2008; 38(6):462-70.

*Mes remerciements au Dr Steve Provencher pour ses commentaires sur cette réponse.*

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

# 9

## Anémie macrocytaire

**Chez un patient faisant de l'anémie macrocytaire avec de faibles taux de vitamine B12 sérique, quel test doit être effectué pour prouver l'existence d'une anémie pernicieuse?**

— *Question posée par  
Dr Vitou Constantine,  
Montréal (Québec)*

Une recherche d'un anticorps sérique dirigé contre les cellules pariétales de l'estomac peut être faite. Le test sera positif dans 90 % des cas. De même, 35 % des patients auront un anticorps dirigé contre le facteur intrinsèque. Le test de Schilling est rarement fait de nos jours, car il est plus ou moins pratique à effectuer. Bien sûr, il faut éliminer les autres causes d'un déficit en vitamine B12, notamment les causes de malabsorption.

*Dr Jean Dufresne, M.D., FRCPC, hématologue à l'hôpital Fleurimont du CHUS, a répondu à cette question.*

# 10

## Traitement contre le risque modéré de fracture

**Un homme de 67 ans de petite constitution, fumeur, avec un Score T à -3,0 à l'ostéodensitométrie (risque modéré), mérite-t-il un traitement en plus de calcium et de la vitamine D?**

— *Question posée par Dre Dominique Langevin, Dorval (Québec)*

La situation présentée est celle qui est la plus fréquemment observée en clinique, c'est-à-dire un patient (que ce soit un homme ou une femme) avec un risque modéré de fracture. C'est justement dans ce groupe, en raison du grand nombre de patients, que l'on observe le plus de fractures. Il est donc important d'identifier le patient chez qui une intervention thérapeutique est souhaitable.

Dans le cas présent, le patient a deux facteurs de risque mineurs, soit le tabagisme et un indice de masse corporelle [IMC] bas, qui pourraient nous inciter à vouloir le traiter. De plus, Ostéoporose Canada a récemment publié les dernières recommandations concernant le traitement de l'ostéoporose et a proposé certains facteurs à prendre en considération lors de la décision thérapeutique pour cette catégorie (Encadré 1).

Si l'un de ces facteurs est présent, une thérapie antirésorptive est justifiée. Le traitement de choix serait soit l'alendronate ou le risédronate.

### Encadré 1

#### Facteurs à considérer dans la décision thérapeutique

- Présence d'une fracture vertébrale morphométrique à la radiographie;
- Antécédent de fracture du poignet chez un patient > 65 ans et chez ceux qui ont un score T inférieur ou égal à -2,5;
- Score T lombaire inférieur au score T au col fémoral;
- Thérapie anti-androgénique;
- Prise (orale ou parentérale) de stéroïdes systémiques à long terme ou répétée qui ne répond pas aux critères conventionnels pour l'usage récent prolongé (prednisone > ou = à 7,5 mg l f.p.j. pour moins de 3 mois);
- Dans les 12 derniers mois, 2 chutes récidivantes ou plus.

*Dr Mark Hazeltine a répondu à cette question.*

# 11

## Diabète et personne âgée

**Le but du traitement du diabète de type II chez la personne âgée : doit-on être très sévère?**

— *Question posée par Dre Marie Normand, Québec (Québec)*

La cible thérapeutique pour les personnes diabétiques est souvent fixée à une HbA<sub>1C</sub> inférieure à 7 %. Par contre, dans une population âgée avec des multiples comorbidités et un risque cardiovasculaire accru, une cible inférieure à 8 % peut être considérée acceptable. Il est aussi important d'utiliser des stratégies de traitement qui minimisent les hypoglycémies dans cette population à risque.

On espère que les nouvelles lignes directrices 2013 de l'Association Canadienne du diabète proposeront des recommandations ciblant cette population.

*Dr Hortensia S. Mircescu a répondu à cette question.*

## 12

**Diagnostic de cirrhose**

**À quelles valeurs d'alanine aminotransférase (ALT) et d'aspartate aminotransférase (AST) doit-on s'attendre lors d'un diagnostic de cirrhose?**

— *Question posée par  
Dre Diane F. Cusson,  
Lévis (Québec)*

Les transaminases sont les enzymes majeures de la cytolysse hépatique. Le degré d'élévation des transaminases dépend surtout de l'étiologie et du stade d'évolution de l'atteinte hépatique. Ainsi, les atteintes aiguës peuvent entraîner une augmentation importante des AST et ALT (jusqu'à plus de 1 000 fois la norme), alors qu'elle apparaît plus modérée dans les hépatites chroniques, avec des valeurs se situant généralement entre 2 et 15 fois la norme.

Il n'existe cependant pas de relation reconnue entre les taux sanguins de transaminases et l'importance des lésions histologiques hépatiques. Une cytolysse importante reflétant une hépatite aiguë peut survenir chez un patient porteur d'une hépatite chronique méconnue.

Un bilan plus complet d'hépatopathie chronique, clinique, et biologique, par FibroScan® ou biopsie, doit être effectué si l'on veut confirmer la présence d'une cirrhose.

*Dre Claire Fournier, M.D., hépatologue à l'hôpital Saint-Luc du CHUM, a répondu à cette question.*

## 13

**Vie quotidienne, vie domestique**

**Dans les cas de démence de type Alzheimer (de façon prédominante), sur quoi vous basez-vous pour traiter les patients (activités de base de la vie quotidienne/activités relatives à la vie domestique, problèmes cognitifs, trouble de comportement, de l'humeur ou relations sociales)?**

— *Question posée par  
Dr Marc Paquin,  
Sainte-Agathe (Québec)*

Pour commencer un traitement, je me base tout d'abord sur le diagnostic lui-même. Si on est en présence de démence de type Alzheimer, il doit donc y avoir une atteinte cognitive significative avec un impact fonctionnel. Par la suite, je détermine s'il y a présence de trouble de l'humeur (tristesse, anxiété, apathie surtout) ou de trouble de comportement (agitation, errance, agressivité, trouble délirant). Cette évaluation permet de mieux individualiser le suivi et de bien évaluer la réponse au traitement. En présence de trouble de l'humeur ou de trouble de comportement important, je vais tout d'abord tenter de contrôler ces symptômes avant d'amorcer un traitement avec un inhibiteur de l'acétylcholinestérase (donépézil, rivastigmine, galantamine). Lors du suivi, je réévalue les mêmes points qu'avant l'amorce du traitement pour vérifier qu'il y ait bien stabilisation des symptômes, ce qui correspond à un objectif de traitement réaliste. Les améliorations sont notées chez une minorité de patients.

*Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.*

