

1 Érythème polymorphe récidivant

Quel est le meilleur traitement pour un cas d'érythème multiforme récidivant chez un adolescent de 14 ans?

— Question posée par
Dre Julie Thibault,
Nicolet (Québec)

Lorsqu'on parle d'érythème polymorphe (EP) ou d'érythème « multiforme » (traduction littérale de l'anglais), on parle alors d'une éruption cutanée aiguë caractérisée par des lésions d'aspects variables, associant des papules et des plaques en cocardes ainsi que des vésicules siégeant surtout aux extrémités et au visage, touchant surtout les jeunes hommes.

Il est important de distinguer cette entité de l'érythème polymorphe-like qui fait plutôt référence à des entités bien distinctes comprenant le syndrome de Stevens-Johnson et la nécrolyse épidermique toxique qui sont alors causées par des médicaments.

L'érythème polymorphe est causé dans 90 % des cas par une infection par le virus herpes simplex (VHS-1). Comme cette condition est reliée à un stimulus antigénique persistant, la récurrence de l'EP est plutôt la règle que l'exception. C'est donc une condition qui se contrôle davantage qu'elle ne se guérit. Ainsi, le contrôle du VHS par l'utilisation de médicaments antiviraux peut prévenir la récurrence de l'EP.

Pour le traitement d'un EP récidivant, options sont donc possibles en première ligne :

- Une thérapie antivirale continue à l'aide de valacyclovir, d'acyclovir ou de famciclovir. Cette option est reconnue comme étant la plus efficace jusqu'à ce jour;
- Une thérapie antivirale intermittente à l'aide d'acyclovir prescrit au premier signe d'une récurrence d'infection à VHS;
- L'utilisation d'acyclovir topique est également possible, toutefois son efficacité demeure peu démontrée.

En seconde ligne, d'autres agents systémiques peuvent être employés pour un patient présentant un EP récurrent malgré l'usage d'une thérapie antivirale continue. L'azathioprine, le mycophénolate mofétil ou la dapsone sont alors suggérés.

De plus, il est de mise de traiter les symptômes légers de prurit et de douleur de l'EP par l'utilisation de corticostéroïdes topiques et d'antihistaminiques oraux. Lorsqu'il y a une implication grave des muqueuses orales, il peut être utile d'employer un glucocorticostéroïde systémique tel que la prednisone orale.

Dr Simon Nigen et Marilyne Laverdière, résidente, ont répondu à cette question.

2 Gangrène sèche à un orteil

Un patient présente une gangrène sèche à un orteil, peut-il demeurer dans cet état ou doit-il subir une chirurgie?

— Question posée par
Dre Nadine Leblanc,
Bromont (Québec)

La gangrène sèche est le résultat de l'interruption du flot sanguin d'étiologie non infectieuse dans le tissu atteint. Les patients souffrant d'insuffisance artérielle sont plus à risque de développer une gangrène sèche, et les extrémités inférieures sont les plus souvent atteintes. Il y a une démarcation distincte entre le tissu nécrotique et le tissu viable dans ce type de gangrène. La putréfaction est limitée et l'infection est typiquement absente.

L'histoire naturelle d'une gangrène sèche est l'auto-amputation, qui consiste en un détachement spontané du tissu gangreneux. L'intervention chirurgicale n'est pas toujours nécessaire. Le patient doit alors être sous surveillance étroite pour prévenir les infections. Une évaluation vasculaire périphérique est de mise.

Dr Simon Nigen et Dre Rui Li, résidente, ont répondu à cette question.

3 Signes de démence

Quels sont les signes habituels de démence?

- Question posée par
Dre Gail Beck,
Ottawa (Ontario)

La démence est un syndrome caractérisé par une altération des fonctions cognitives. Selon le type de démence, les signes varieront. La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente de démence. Elle se caractérise par une baisse de la mémoire récente, ce qui amène la personne atteinte à oublier les conversations, les rendez-vous et à poser plusieurs fois la même question. Il peut aussi y avoir une atteinte du langage, des fonctions exécutives (planification, résolution de problèmes) et des autres sphères cognitives.

Une autre cause fréquente de démence est une combinaison de maladie d'Alzheimer et vasculaire où on retrouvera, en plus de l'atteinte de la mémoire, une atteinte des fonctions exécutives et souvent des signes moteurs à l'examen neurologique.

Dans la démence frontale, on retrouve comme signes habituels une atteinte de type comportementale (apathie ou désinhibition) et des troubles du langage et de la planification.

Dans la démence à corps de Lewy, les signes habituels sont les fluctuations de l'atteinte cognitive, des signes de parkinsonnisme et des hallucinations visuelles. Comme on le constate, la démence peut donc se présenter sous plusieurs formes, et les signes varient. Mais, une constante demeure peu importe le type de démence : ces atteintes cognitives entraîneront une difficulté pour la personne atteinte de fonctionner dans son quotidien.

Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.

4 Diarrhées depuis trois mois

Colite inflammatoire non spécifique : comment aborder le problème avec ce diagnostic en présence de diarrhées depuis plus de trois mois?

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

Une colite inflammatoire non spécifique est une colite inflammatoire de type Crohn ou ulcéreuse. Elle est dite non spécifique ou indéterminée, car le médecin n'est pas encore en mesure de dire si c'est une maladie de Crohn ou une colite ulcéreuse.

En général, l'évolution de la maladie permettra d'établir un diagnostic plus précis dans les mois ou les années à venir. Cela n'a pas, en général, de conséquences importantes sur la prise en charge ou le traitement qui doit être celui habituellement choisi dans ces deux maladies (5-ASA, corticostéroïdes, immunomodulateurs ou agents biologiques). En cas de diarrhée, dans tous les cas, il faut rechercher d'autres causes associées (*C. difficile*, etc.) et, sauf contre-indication, traiter le patient à l'aide d'antidiarrhéiques symptomatiques (cholestyramine, Imodium®, etc.).

Dr Mickael Bouin a répondu à cette question.

5

Post-infarctus et entraînement

Pour un patient prenant des bêtabloquants en post-infarctus, comment calculer la fréquence cardiaque maximale et la fréquence à viser si celui-ci veut s'entraîner?

— Question posée par
Dr Jacques Boisselle,
Jonquière (Québec)

La prescription de l'exercice en période post-infarctus est un art en soi. Plusieurs méthodes sont utilisées pour la détermination de la fréquence cardiaque cible. Chez le patient qui prend des bêtabloquants, une façon de déterminer la fréquence maximale est d'effectuer une épreuve d'effort limitée par les symptômes. La fréquence maximale obtenue devient la référence, et le calcul se basera sur cette valeur. Par exemple, sous bêtabloquants, un effort de faible intensité sera une cible de moins de 60 % de la fréquence maximale atteinte sur le tapis, un effort modéré entre 61 et 79 % et un effort intense plus de 80 %. Adresser le patient en réhabilitation cardiaque post-infarctus fait partie, de nos jours, du standard de traitement.

Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.

6

Trouble bipolaire et médication

Est-ce qu'on peut prescrire de la lurasidone 120 mg 1 f.p.j. dans le trouble bipolaire pour une période plus prolongée qu'un à deux ans?

— Question posée par
Dr Régent Roy,
Danville (Québec)

La lurasidone est un antipsychotique atypique approuvé aux États-Unis et disponible dans ce pays depuis 31 mois. Le Canada est le deuxième pays à le commercialiser depuis septembre 2012. Il est actuellement indiqué au Canada dans le traitement de la schizophrénie. Son indication dans le traitement du trouble bipolaire est attendue dans les prochains mois. Le recul clinique dans le traitement d'entretien du trouble bipolaire en est donc à ses débuts, tout au plus. La plus longue étude entreprise avec cette molécule est une étude sur la schizophrénie avec une extension jusqu'à 22 mois. Deux études de six semaines avec extension d'un an ont été entreprises sur le trouble bipolaire. Toutefois, on peut supposer qu'un patient bipolaire qui est stable depuis deux ans en prenant de la lurasidone peut le demeurer à plus long terme.

Dre Marie-Josée Filteau a répondu à cette question.



Pr **GRASTEK™**
Extrait allergénique standardisé,
fléole des prés (*Phleum pratense*)
comprimé sublingual, 2 800 UAB



™ Marque de commerce de MSD International Holdings GmbH, utilisée sous licence.
© 2014, Merck Canada Inc., filiale de Merck & Co., Inc. Tous droits réservés.



7

Études sur les triptans

Y a-t-il des études qui comparent les triptans entre eux afin de déterminer lesquels sont les meilleurs?

— *Question posée par Dr Alain Renzo, Québec (Québec)*

Il y a eu plusieurs études qui ont essayé de comparer les triptans, dont celle de Ferrari MD, Roon KI et leurs collaborateurs¹ et celle de Belsey JD².

Malgré ces études, on retient surtout qu'il y a une très grande variabilité interindividuelle des paramètres cinétiques des triptans oraux. En effet, l'absorption varie entre les sujets, et même chez le sujet lui-même selon qu'il est en crise de migraine ou pas, et ce, pour le même triptan utilisé. Cela ajouté au fait que les différences entre les paramètres cinétiques des triptans oraux sont minimes rend la comparaison entre les différentes molécules difficile et peu utile cliniquement.

Ce qu'on fait habituellement en clinique pour surmonter ce problème est d'essayer plusieurs triptans chez un patient. Ce dernier finira par trouver celui qui le soulagera le plus, le plus longtemps et avec le moins d'effets secondaires.

Références :

1. Ferrari MD, Roon, et coll. Oral triptans (serotonin 5-HT_{1B/1D}) agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet*. 2001; 358(9294):1668-75.
2. Belsey JD. Cost effectiveness of oral triptan therapy: a trans-national comparison based on a meta-analysis of randomised controlled trials. *Curr Med Res Opin*. 2004; 20(5):659-69.

Lecture suggérée :

Ferrari A, Tiraferri I, et coll. Why pharmacokinetic differences among oral triptans have little clinical importance: a comment. *J headache Pain*. 2011; 12(1):5-12.

Dre Nicole Khairallah a répondu à cette question.

**MAINTENANT
DISPONIBLE**

Aller à la page 25 pour l'information complète



Merck Canada Inc., Kirkland, Québec

© Marque déposée de Merck Sharp & Dohme Corp., filiale de Merck & Co., Inc., utilisée sous licence.

© 2014, Merck Canada Inc., filiale de Merck & Co., Inc. Tous droits réservés.



UNE FOIS PAR JOUR

Janumet XR

comprimés à libération modifiée
de sitagliptine et de chlorhydrate de metformine

8

Antibiotiques et CIA

Quelle est la prophylaxie antibiotique recommandée (type, raison, durée) pour une patiente venant de subir une chirurgie pour communication interauriculaire?

— *Question posée par
Dre Denise Bélisle,
Montréal (Québec)*

Pour une fermeture de communication interauriculaire (CIA) avec implantation de prothèse par voie percutanée ou par chirurgie (Dacron® ou péricarde) sans lésions résiduelles (autres malformations non réparées ou shunt intracardiaque), nous procédons au besoin à l'antibioprophylaxie de l'endocardite durant les six premiers mois post-intervention si des interventions à haut risque sont prévues (interventions dentaires excluant nettoyage simple, intervention des voies aériennes supérieures ou s'il y a intervention gastro-intestinale ou urinaire dans le contexte d'infection active). Le choix d'antibiotique varie selon le site impliqué et les allergies.

Pour les manipulations aux dents ou des voies aériennes, l'amoxicilline 2 g *per os* 30 à 60 minutes avant l'intervention, sans deuxième dose, est le choix recommandé. Pour les allergies à la pénicilline, la clindamycine 600 mg est une alternative acceptable.

Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.

9

Sialorrhée et maladie de Parkinson

Que dire de la sialorrhée excessive chez les personnes âgées atteintes de maladie de Parkinson?

— *Question posée par
Dre Andrée-Anne Guay,
Saint-Césaire (Québec)*

La production de salive excessive ou sialorrhée se retrouve parfois dans la maladie de Parkinson. Elle est associée à la bradykinésie dont souffrent ces patients ce qui les empêche de bien gérer les liquides, que ce soit la salive ou les liquides ingérés.

Une autre raison de l'écoulement de salive est un phénomène dysautonomique avec surproduction de salive. En effet, chez les patients parkinsoniens, on constate plusieurs manifestations dysautonomiques : la sialorrhée, la constipation et l'hypotension orthostatique en sont quelques exemples. Il faut surveiller la sialorrhée, car l'écoulement continu de salive touchant les commissures des lèvres peut entraîner des plaies.

Malheureusement, il n'y a pas de traitement efficace recommandé. Un traitement potentiel serait anticholinergique, mais cette médication augmente le risque de delirium chez la personne âgée. Une approche de soins plutôt que pharmacologique doit être préconisée. Il faut toutefois revoir la médication du patient et tenter de cesser les neuroleptiques si la personne en prend ou, à tout le moins, diminuer la dose le plus possible.

Dre Lucie Boucher a répondu à cette question.

10

Apnée du sommeil et chirurgie bariatrique

Quelle est la proportion de patients chez qui on peut espérer que le syndrome d'apnée du sommeil disparaisse à la suite d'une chirurgie bariatrique?

La perte de poids importante qui suit en général une chirurgie bariatrique peut en effet réduire de façon notable la gravité d'un syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil (SAHS), quoique l'effet soit variable d'un sujet à l'autre.

Une étude récente¹ a démontré que l'indice d'apnée-hypopnée (IAH) moyen était passé de 39,5 à 15,6 par heure près de huit mois après la chirurgie (< 10 chez 58,2 % des patients). Une méta-analyse² avait démontré une réduction de 71 % de l'IAH après une telle chirurgie, mais 62 % des patients avaient une maladie résiduelle (IAH > 15 événements/heure). Donc, même si ces patients peuvent espérer voir disparaître leur SAHS après une telle chirurgie, ce ne sera pas le cas pour la majorité d'entre eux et il faudra toujours les réévaluer au moyen d'une étude du sommeil quand le poids sera devenu stable.

Références :

1. Raveslout MJ, et coll. Assessment of the Effect of Bariatric Surgery on Obstructive Sleep Apnea at Two Postoperative Intervals. *Obes Surg.* 2013.
2. Greenburg DL, Lettieri CJ, Eliasson AH. Effects of surgical weight loss on measures of obstructive sleep apnea: a meta-analysis. *Am J Med.* 2009; 122:535-42.

Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.

11

FA et habitudes de vie

À part le traitement pharmacologique, quels sont les changements des habitudes de vie conseillés aux patients atteints de fibrillation auriculaire (FA)?

— Question posée par
Dre Myvan Nguyen,
Verdun (Québec)

Les stimulants (comme la caféine, le thé, les boissons énergétiques, etc.) doivent être consommés avec modération, voire être complètement évités. L'alcool peut être un facteur précipitant (surtout chez ceux qui en boivent de grandes quantités en peu de temps) et sa consommation devrait être raisonnable.

Les patients souffrant d'apnée du sommeil ou soupçonnés d'en souffrir devraient subir une évaluation et/ou avoir accès à l'appareillage nécessaire pour cette condition puisqu'elle est également associée à un risque accru de FA.

Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.

Lolo™
est maintenant
disponible



LOLO™ et sa représentation graphique sont des marques de commerce de Warner Chilcott Company, LLC. © 2014 Actavis Specialty Pharmaceuticals Co., Mississauga, Ont. Tous droits réservés.



Lolo™
10 mcg d'éthinylestradiol
1 mg d'acétate de noréthindrone

12 Maux de tête après l'effort

Que faire avec les céphalées survenant après le sport (céphalées d'effort)?

— Question posée par
Dre Marlène Langelier,
Varenes (Québec)

La prévalence des céphalées primaires à l'effort est de 1 %; elles sont plus fréquentes chez les hommes. Elles surviennent plus communément quand il fait chaud, en altitude ou après la prise d'alcool ou de caféine et, évidemment, après un exercice physique.

Elles sont uni- ou bilatérales, souvent pulsatiles. Elles durent de 5 minutes à 48 heures et peuvent être accompagnées de nausées, de vomissements, de phonophobie et de photophobie. Elles ont tendance à cesser spontanément au bout de trois à six mois.

Il est essentiel d'éliminer une cause secondaire après un premier épisode en faisant une imagerie appropriée, avec ou sans ponction lombaire, pour éliminer une hémorragie sous-arachnoïdienne ou une dissection artérielle.

Comme prévention, on conseille au patient d'augmenter graduellement l'intensité de l'exercice et de prendre du naproxène ou de l'indométacine avant. On peut aussi utiliser les bêtabloquants comme dans la prophylaxie de la migraine.

Références :

1. Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vasquez-Barquero A, Berciano J. Cough, exertional, and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology*.1996; 46:1520-1524.
2. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des céphalées 2011.

Dre Nicole Khairallah a répondu à cette question.

La prévalence des céphalées primaires à l'effort est de 1 %; elles sont plus fréquentes chez les hommes.



Pr **GRASTEK**TM
Extrait allergénique standardisé,
fléole des prés (*Phleum pratense*)
comprimé sublingual, 2 800 UAB



Merck Canada Inc., Kirkland, Québec

™ Marque de commerce de MSD International Holdings GmbH, utilisée sous licence.
© 2014, Merck Canada Inc., filiale de Merck & Co., Inc. Tous droits réservés.



13

L'ASA en prévention du diabète

Afin d'atteindre un contrôle optimal du diabète de type 2 avec les antihyperglycémiants oraux chez un patient, j'ai demandé au laboratoire un test de glycémie à jeun et un dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}). Est-ce qu'un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale est aussi nécessaire et sa valeur est-elle prise en compte pour le contrôle?

— *Question posée par
Dr Vitou Constantine,
Ville Mont-Royal (Québec)*

Dans le suivi du diabète, on utilise l'HbA_{1c} comme outil principal pour évaluer l'efficacité du traitement. La cible pour la plupart des patients est une HbA_{1c} ≤ 7 %. Cette cible est personnalisée selon l'âge du patient, la durée de la maladie, le risque d'hypoglycémie, la présence de maladie cardiovasculaire et l'espérance de vie.

Lorsque les glycémies capillaires ne concordent pas avec la valeur d'HbA_{1c}, une mesure de la glycémie veineuse à jeun au laboratoire (avec mesure simultanée de la glycémie capillaire) permet de détecter l'exactitude des mesures de glycémie prises par le patient. L'hyperglycémie orale provoquée n'est pas utilisée pour le suivi, mais plutôt pour confirmer la présence de diabète dans certains cas.

Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne de diabète.
Disponibles gratuitement : <http://guidelines.diabetes.ca>, Chapitre 9 : *Monitoring glycemie control*.

Dre Hortensia S. Mircescu a répondu à cette question.

Université 
de Montréal

Annonce de cours

Médecine d'assurance et d'expertise en sciences de la santé

Formations automne 2014 et hiver 2015

Si vous faites de l'expertise et n'avez pas suivi de formation, inscrivez-vous au DESS ou au microprogramme en médecine d'assurance et d'expertise en sciences de la santé. De plus en vous inscrivant à cette formation médicolégale, vous pourrez vous qualifier plus facilement comme expert auprès de la Cour. Vous pouvez commencer votre formation en automne 2014 ou en hiver 2015.

Renseignements et inscriptions

Mme Sarah Aubry : sarah.aubry@umontreal.ca

Dr François Sestier : francois.sestier@umontreal.ca

www.mae.umontreal.ca/fr/quebec

14

Dépression qui s'améliore peu

J'ai quelques cas de dépressions qui évoluent depuis plus de cinq ans avec peu d'amélioration. Avez-vous des suggestions qui pourraient aider?

— *Question posée par Dr Gilles Lapointe, Varennes (Québec)*

Après cinq ans d'évolution, plusieurs facteurs concourent à la chronicité et à la résistance. Le patient, le médecin et la famille peuvent avoir tendance à baisser les bras, et obtenir un avis extérieur (collègue ou coéquipier) peut aider grandement. Il faut tenter de comprendre avec le patient les facteurs de résistance au traitement. Quels sont les avantages et les inconvénients d'une rémission à ce stade?

La prise en charge du patient déprimé doit être globale et intégrer les domaines psychologiques, comportementaux et sociaux. Lors d'une résistance au traitement, c'est-à-dire lors d'une persistance des symptômes dépressifs ou d'une amélioration seulement partielle pendant un traitement conduit de manière adéquate, il convient de revoir le diagnostic. En effet, un grand nombre de patients souffrent de comorbidités qui rendent le traitement d'un autre trouble psychiatrique ou d'une comorbidité psychiatrique ou somatique, d'un trouble somatique sous-jacent à la dépression ou d'une dépression induite par des substances plus difficile. Dans la majorité des cas, un traitement antidépresseur aide à restaurer le fonctionnement normal du sommeil et de l'appétit, et à retrouver l'initiative et une perception positive de la vie. Plusieurs personnes gardent cependant des symptômes de dépression marquants comme un manque de confiance en soi, des troubles du sommeil ou de l'anxiété. Tenter la prise de lithium à une dose thérapeutique pourrait être un traitement d'appoint intéressant.

Des études solides démontrent l'efficacité des antipsychotiques atypiques comme traitement d'appoint aux antidépresseurs, particulièrement la quétiapine à 150 ou 300 mg (NNT = 8-9) et l'aripiprazole à une dose moyenne de 10 mg (NNT = 5-10). Ils peuvent tous deux induire un gain de poids et, surtout avec la quétiapine, des perturbations métaboliques, alors qu'un tiers des patients traités avec l'aripiprazole expérimente de l'akathisie en début de traitement. Des petites études récentes supportent la combinaison d'antidépresseurs dont l'association de mirtazapine à un ISRS, au bupropion ou à la venlafaxine. Les approches de neurostimulation sont à considérer.

Une psychothérapie cognitive faite par un psychologue spécialisé dans cette approche thérapeutique est toutefois cruciale pour aider le patient à se réengager dans le processus thérapeutique, pour améliorer l'estime de soi et pour reprendre espoir.

Dre Marie-Josée Filteau a répondu à cette question.

15

Ostéoporose, vitamine D et posologie

Dans un contexte d'utilisation curative de la vitamine D (p. ex. pour une ostéoporose avérée), y a-t-il des recommandations sur l'utilité d'ajuster la posologie en fonction des résultats des taux sanguins?

— *Question posée par Dr Paul Lépine, Québec (Québec)*

Selon les recommandations d'Ostéoporose Canada, le taux sanguin optimal visé de 25 (OH) vitamine D est de 75 nmol/L. Toutefois, procéder à un dosage sérique systématiquement chez tous les patients n'est pas recommandé par Ostéoporose Canada, mais il est conseillé de le faire trois mois après le début d'un traitement pharmacologique.

La dose recommandée est de 800 à 1 000 UI 1 f.p.j. sous forme de vitamine D3. En pratique, nous utilisons fréquemment la vitamine D à 10 000 UI p.o. une fois par semaine; avec ce dosage, nous atteignons presque toujours le taux sérique optimal. Lorsque le taux n'est pas atteint, une augmentation du dosage de 40 UI haussera le taux sérique d'environ 0,7 nmol/L.

Dr Mark Hazeltine a répondu à cette question.

16

Période de contagiosité d'une syphilis

Combien de temps après un traitement pour une syphilis primaire considère-t-on un patient comme non contagieux?

— Question posée par
Dre Danielle Lajoie,
St-Romuald (Québec)

La réponse à cette question simple est plus complexe qu'elle n'apparaît à première vue. Tout dépend du statut immunitaire du cas index, du traitement utilisé pour traiter la syphilis et de la réponse sérologique qu'on obtiendra une fois la syphilis traitée.

Si on parle d'une syphilis primaire chez un patient immunocompétent, traité avec de la pénicilline benzathine G telle que recommandée dans les directives nationales canadiennes, quelques jours à une ou deux semaines seraient suffisants pour déclarer un patient non contagieux. Le *Tréponéma pallidum*, agent de la syphilis, est très sensible à la pénicilline et il ne semble pas présenter de résistance clinique à celle-ci. Cependant, comme une ITSS ne survient pas toujours seule certains patients peuvent également être séropositifs pour le VIH et la réponse au traitement est souvent moins bonne que chez la personne immunocompétente. La période de contagiosité peut théoriquement être plus longue du fait d'une moins bonne réponse à la pénicilline découlant d'un système immunitaire altéré. De plus, si le traitement donné est différent de la pénicilline pour des raisons d'hypersensibilité ou d'intolérance antérieure, la période de contagiosité peut aussi être plus importante que chez la personne qui a reçu de la pénicilline. Enfin, la personne traitée dont les titres sérologiques de la syphilis ne diminuent pas après le traitement peut être plus susceptible d'être potentiellement plus contagieuse (du fait d'une réinfection ou d'une non réponse) que la personne dont les titres sérologiques diminuent de façon significative ou se négativent après le traitement.

Tous ces facteurs doivent être pris en considération avant de déterminer la contagiosité d'un patient atteint de la syphilis. Il faut toutefois retenir que tous les contacts des derniers 90 jours d'un cas de syphilis primaire doivent être retracés et traités avec un traitement efficace, peu importe leur statut immunitaire au moment du retraçage et du traitement. Une sérologie pour le VIH doit être offerte et pratiquée chez toutes les personnes qui présentent une syphilis et un suivi sérologique (RPR [*Rapid Plasma Reagin*] ou VDRL [*Venereal Disease Research Laboratory*] et anticorps anti-VIH) doit être fait trois mois plus tard pour s'assurer que notre cas index a bien répondu au traitement et qu'il n'a pas contracté le VIH. Durant cette période, les mesures de prévention lors des relations sexuelles, tel le port du condom, doivent être préconisées et encouragées. Une discussion franche et directe avec le patient sur les mesures de prévention et l'attitude à adopter lors des relations sexuelles ultérieures, dans le but de diminuer un comportement sexuel à risque et la propagation des ITSS, est également essentiel. Il survient souvent qu'un patient ait une mauvaise connaissance et une mauvaise perception des habitudes sexuelles jugées à risque.

Référence :

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « Section 5 : Prise en charge et traitement d'infections spécifiques », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008.

Dr Alain Martel a répondu à cette question.

17 Cannabis et grossesse

Y a-t-il des conséquences à long terme (p. ex. le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité [TDAH]) pour un enfant dont la mère consommait régulièrement du cannabis durant la grossesse?

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

Le cannabis est l'une des drogues les plus fréquemment utilisées durant la grossesse et l'allaitement dans le monde, dont 5 % de consommations admises dans les pays développés. En raison de la perception de son innocuité dans plusieurs pays, de nombreuses femmes enceintes poursuivent leur usage de THC.

Les endocannabinoïdes sont des métabolites essentiels pour la régulation du mouvement, de l'appétit, de la douleur et de l'immunité. Ils sont présents très tôt dans le développement du cerveau fœtal et sont impliqués dans des processus neurodéveloppementaux critiques tels la prolifération neuronale, la migration, la synaptogénèse et le développement des systèmes de neurotransmission dopaminergique. Le cannabis absorbé durant la grossesse traverse facilement la membrane transplacentaire et peut produire une stimulation supra-physiologique du système cannabinoïde et interférer avec la maturation neuronale normale.

De plus en plus d'études précliniques et longitudinales effectuées chez l'homme soulignent que l'exposition *in utero* au cannabis altère le développement cognitif et comportemental. Une association significative entre un usage maternel important de cannabis, soit un joint ou plus par jour, et des performances académiques inférieures, particulièrement en lecture et en épellation, a été observée dans une importante étude longitudinale. Les effets deviennent perceptibles à l'âge scolaire avec une acquisition du langage, des habiletés visuo-spatiales et attentionnelles plus lentes et un niveau d'agressivité plus élevé chez les enfants exposés. Des problèmes persistent à l'adolescence avec un risque accru de dépression et de consommation de drogues. L'environnement dans lequel l'enfant grandit aura un effet protecteur ou aggravant de ces risques.

Ainsi, bien qu'on ne puisse actuellement confirmer une association claire entre l'exposition *in utero* au cannabis et le TDAH ou la psychose, les femmes enceintes devraient être encouragées à cesser toute consommation de cannabis et autres drogues dès le début de la grossesse et ne devraient pas allaiter si elles en consomment.



Référence :

1. Jaques SC, Kingsbury A, et coll. Cannabis, the pregnant woman and her child : weeding out the myths. *J Perinatol.* 2014; 34(6):417-424.

Dre Marie-Josée Filteau a répondu à cette question.