

par Emmanuèle Garnier

Insuffisance cardiaque réduire le risque de fibrillation auriculaire



La D^{re} Anique Ducharme.

Photo : Jean Leclair, Institut de cardiologie de Montréal.

« En prescrivant des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), on peut diminuer de presque 80 % le risque d'apparition d'une fibrillation auriculaire chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. C'est phénoménal », souligne la D^{re} Anique Ducharme, qui a fait cette découverte en collaboration avec ses collègues, les D^{rs} Jean-Claude Tardif et Martial

Bourassa. Cardiologues de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM), les chercheurs viennent de publier ces résultats dans *Circulation*¹.

Les données de la spécialiste plaident en faveur non seulement de la prescription d'IECA aux patients atteints de défaillance cardiaque, mais aussi de l'administration à fortes doses. « Dans notre étude, les sujets recevaient 10 mg d'énalapril, deux fois par jour. Si on ne leur prescrit que la moitié ou le quart de la dose, j'ignore si cela pourra prévenir la fibrillation auriculaire », précise la spécialiste, également directrice de la Clinique de l'insuffisance cardiaque de l'ICM.

Les observations de la D^{re} Ducharme sont importantes puisque 40 % des patients atteints d'une insuffisance cardiaque de classe IV souffriront de fibrillation auriculaire.

1. Vernes E, Tardif J-C, Bourassa MG, et al. Enalapril decreases the incidence of atrial fibrillation in patients with left ventricular dysfunction: Insight from the Studies Of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) Trials. *Circulation* 2003 ; 107 : 2926-31.

La complication peut entraîner une embolie cérébrale, une importante morbidité ou la mort. « L'intérêt de nos résultats vient du fait qu'il est très rare que l'on puisse faire de la prévention chez les grands malades. »

Les IECA sembleraient, par ailleurs, dotés de nombreuses propriétés. Il y a quelques mois, le D^r Tardif, a montré dans une étude à laquelle a participé la D^{re} Ducharme, que ces médicaments réduisaient également le risque d'apparition du diabète.

Une diminution du risque absolu de 18,6 %

À la fin des années 80, de nombreux patients de l'Institut de cardiologie de Montréal souffrant d'un dysfonctionnement du ventricule gauche ont participé à l'étude multicentrique SOLVD (*Studies Of Left Ventricular Dysfunction*) portant sur l'énalapril. La D^{re} Ducharme et ses collaborateurs ont analysé les dossiers des 374 sujets qui, initialement, ne souffraient pas de fibrillation auriculaire ou de flutter. Parmi ces malades, 186 avaient pris de l'énalapril et 188 un placebo, pendant en moyenne 2,9 ans. Une cardiologue de l'équipe a examiné tous les électrocardiogrammes qu'ils avaient passés au cours de cette période à l'occasion de leurs traitements ou de leur suivi habituel.

Les résultats sont saisissants : 24 % des patients ayant reçu un placebo ont été victimes d'une fibrillation auriculaire, alors que seulement 5,4 % du groupe sous énalapril en ont subi une. L'effet semblait encore plus prononcé parmi les patients les moins symptomatiques.

Globalement, il suffit de traiter pendant presque trois ans cinq patients souffrant d'insuffisance cardiaque pour

ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

Insuffisance cardiaque	
réduire le risque de fibrillation auriculaire	20
Réduction des risques de problèmes cardiovasculaires	
une nouvelle voie : les régimes pauvres en glucides	21
Ostéoporose	
alendronat et hormonothérapie ?	110
Mise en garde	
Pas de Paxil pour les enfants	111
Prévenir le syndrome sérotoninergique	131
Certificat de mérite pour le D^r Jean-François Dorval	133

prévenir un épisode de fibrillation auriculaire. « Cela signifie que l'on est capable d'éviter à 20 % de cette population la prise de médicaments supplémentaires, tels qu'un anticoagulant et un antiarythmique », souligne la D^{re} Ducharme.

Cependant, quand le patient se porte bien, de nombreux médecins hésitent à augmenter la dose. « Je pense qu'il faut néanmoins persévérer et accroître la dose jusqu'à ce que l'on obtienne le même seuil que dans les études, à moins que le patient présente trop d'effets secondaires », estime la cardiologue. ❧

Réduction des risques de problèmes cardiovasculaires

une nouvelle voie : les régimes pauvres en glucides



Le D^r Jean Dumesnil.

Quel régime conseiller aux patients qui veulent perdre du poids ? Une diète à faible teneur en glucides, comme celle de Montignac, ou un régime traditionnel contenant peu de lipides ? Selon deux nouvelles études publiées par le *New England Journal of Medicine* (NEJM), certains facteurs de risque de maladies coronariennes seraient davantage réduits par la

diminution de l'apport en sucre.

Le domaine des régimes amaigrissants pourrait être à un tournant. Plusieurs chercheurs visent dorénavant une nouvelle cible : les glucides. « On a négligé le rôle des hydrates de carbone dans le problème de l'obésité. On ne s'est concentré que sur les graisses. Il est grand temps

qu'on se réveille », estime le D^r Jean Dumesnil, cardiologue à l'Institut de cardiologie de l'hôpital Laval, qui s'est intéressé à la question.

Lentement, les données scientifiques commencent à s'accumuler. Le D^r Gary Foster et ses collaborateurs viennent de montrer, dans le NEJM, qu'après un an, les personnes obèses suivant une diète pauvre en glucides bénéficient d'un meilleur taux de triglycérides et d'un taux de cholestérol HDL plus élevé que ceux des sujets ayant adopté un régime contenant peu de graisses. L'alimentation à faible teneur en glucides permettrait d'obtenir des changements du même ordre que ceux que peuvent apporter la niacine et les fibrates.¹

La difficile question de l'observance

L'équipe du D^r Foster a mené une étude auprès de 63 sujets obèses. Environ la moitié a suivi la diète Atkins, pauvre en hydrates de carbone, mais riche en protéines et en graisses. Pour aider les participants à bien se conformer à ce régime très populaire aux États-Unis, les investigateurs leur ont remis le livre *Dr. Atkins' New Diet Revolution*. Les autres sujets ont adopté un régime traditionnel, à faible teneur en calories et en graisses, et riche en glucides. Pour les guider, les chercheurs leur ont fourni un exemplaire de *The LEARN Program for Weight Management*.

Quel type d'alimentation a fait perdre le plus de poids ? Pendant les six premiers mois, les sujets prenant peu de glucides ont maigri de 7 kg en moyenne, alors que ceux qui limitaient leur apport en graisses ont perdu 3,2 kg en moyenne. La différence est significative, mais elle cesse de l'être après un an. L'amaigrissement n'est plus alors que de 4,4 kg pour les premiers et de 2,5 kg pour les seconds. Les participants testant la diète Atkins ont ainsi repris du poids. « Il est possible que ce régime était trop difficile à suivre », avance le D^r Dumesnil, également professeur à l'Université Laval.

L'alimentation préconisée par Atkins a par ailleurs un défaut : elle ne réduit pas le taux de cholestérol LDL. « Ce régime ne constitue pas la recette parfaite, estime le cardiologue. Il permet la prise de matières grasses à tout rompre, et de n'importe quelle origine. J'ai l'impression que les chercheurs auraient obtenu de meilleurs résultats si la diète avait été plus sélective sur le plan des lipides. »

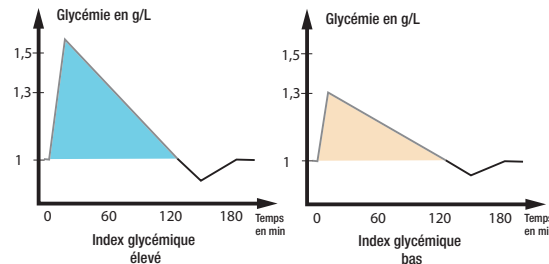
1. Foster GD, Wyatt HR, Hill JO et al. A randomized trial of a low-carbohydrate diet for obesity. *N Engl J Med* 2003 ; 348 : 2082-90.

Les glucides pourraient être divisés en bons et en mauvais sucres selon leur « index glycémique », un concept mis au point au Canada dans les années 70.

« Cet index correspond en fait à la surface du triangle de la courbe d'hyperglycémie induite par l'aliment glucidique testé. On donne arbitrairement l'index 100 au glucose (molécule chimiquement pure et donc invariable), et celui des autres aliments glucidiques est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{surface du triangle de l'aliment glucidique testé}}{\text{surface du triangle du glucose}} \times 100$$

L'index glycémique sera donc d'autant plus élevé que l'hyperglycémie (forte valeur du « pic glycémique ») induite par l'aliment glucidique testé aura été plus importante. »¹



Exemples d'aliments à index glycémique élevé (> 50)	Exemples d'aliments à index glycémique faible (< 50)
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Bière ☉ Pomme de terre ☉ Riz instantané ☉ Pain blanc ☉ Carotte cuite ☉ Maïs soufflé 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Pain complet ☉ Petits poids en conserve ☉ Pâtes complètes ☉ Figue, orange, poire ☉ Carotte crue ☉ Abricot sec

1. Dumesnil JG et Montignac M. *Bon poids, bon cœur avec la méthode Montignac*. Flammarion Québec, 2002, pp. 89-90.

La faiblesse commune des deux régimes ? L'observance. Dans le groupe suivant la diète Atkins, 39 % des sujets ont abandonné, tout comme 43 % des participants qui limitaient leur consommation de lipides. Cependant, 88 % des personnes qui ont tenu jusqu'au sixième mois ont poursuivi leur diète jusqu'au bout.

Le second essai clinique publié dans le *New England Journal of Medicine* confirme les données de la première étude². La recherche, qui ne s'étend toutefois que sur six mois, porte sur 132 sujets très obèses, dont beaucoup étaient diabétiques. Réalisée par l'équipe du D^r Frederik Samaha, elle montre que 14 % des participants qui ont suivi un régime à faible teneur en glucides ont perdu au moins 10 % de leur poids de base, ce qui n'a été le cas que de 3 % de ceux qui ont réduit leur consommation de lipides. Autres avantages de l'alimentation limitant l'apport de glucides : elle permet d'obtenir une baisse du taux de triglycérides de 20 % par rapport aux valeurs initiales et un accroissement de 6 % de la sensibilité à l'insuline chez les sujets non diabétiques.

2. Samaha FF, Iqbal N, Seshadri P et al. A low-carbohydrate as compared with a low-fat diet in severe obesity. *N Engl J Med* 2003 ; 348 : 2074-81.

La meilleure formule : bons sucres, bonnes graisses

Les deux études du *New England Journal of Medicine* ne font finalement pas une démonstration éclatante de la supériorité du régime à faible teneur en glucides. « Elles révèlent un filon prometteur, nuance le D^r Dumesnil. Si les recherches vont plus loin et évaluent une alimentation à faible teneur en glucides plus raffinée, l'on pourrait obtenir des résultats beaucoup plus percutants. J'ai moi-même expérimenté un régime de ce type et mené une étude à court terme dont les résultats ont été très bons. »

Le D^r Dumesnil a adopté, il y a sept ans, la méthode Montignac qui, contrairement à celle d'Atkins, n'élimine pas les glucides, mais les sélectionne en fonction de leur indice glycémique (*voir l'encadré*). « Il y a de bons et de mauvais sucres, comme il y a de bonnes et de mauvaises graisses », explique le spécialiste. Sur le plan des lipides, le cardiologue consomme surtout des lipides insaturés, amélioration qu'il a apportée à la diète Montignac. Grâce à ce régime, le D^r Dumesnil a perdu 21 kg et

Suite page 110 >>>

amélioré son bilan lipidique. Il a obtenu les mêmes résultats chez 12 sujets obèses. Après seulement six jours de régime, leur taux de triglycérides a diminué de 35 %³.

Le principal défi d'un régime amaigrissant demeure l'observance, reconnaît le D^r Dumesnil. À ses yeux, la méthode Montignac est plus facile à suivre que les autres. « C'est une approche plus modulée que celles qui recommandent de renoncer aux sucres, mais sans se soucier des graisses ou font l'inverse. Dans les deux cas, ce sont des régimes trop extrêmes. »

Des calories rassasiantes

Quel serait le lien entre la réduction de l'apport en glucides et l'amélioration du bilan lipidique ? « On n'a pas toutes les explications, reconnaît le D^r Dumesnil. Je pense que l'insuline est au centre du problème. Le taux de cette hormone monte de façon anormale quand on mange de mauvais sucres. Toute une cascade métabolique néfaste s'ensuit et se répercute sur les triglycérides, le cholestérol HDL, le stockage des graisses et la résistance à l'insuline. »

Il est cependant étonnant qu'une alimentation pauvre en sucre puisse faire maigrir autant, sinon plus, qu'un régime à faible teneur en graisse. « Les lipides contiennent plus de calories, mais ils vous comblent davantage. Les gens qui consomment plus de graisses et de protéines mangent ainsi moins. Les sucres raffinés, par contre, posent un problème, parce qu'ils ne donnent que des calories vides et ne procurent pas de sensation de satiété. »

Les régimes à faible teneur en glucides commencent donc à susciter l'intérêt : la diète Atkins, la méthode Montignac, les travaux du P^r Walter Willett, de l'Université Harvard, les publications du D^r Dumesnil et maintenant les deux articles parus dans le *New England Journal of Medicine*, accompagnés de deux éditoriaux. « Il commence à y avoir un certain nombre de données, estime le cardiologue québécois. Il est urgent d'entreprendre des études plus approfondies. Il faut maintenant considérer d'autres avenues que le guide alimentaire canadien et les recommandations traditionnelles. »

3. Dumesnil JG et al. Effect of a low-glycaemic index – low-fat – high protein diet on the atherogenic metabolic risk profile of abdominally obese men. *Br J Nutr* 2001 ; 86 : 557-68.

Ostéoporose

alendronate et hormonothérapie ?

Comment obtenir une importante hausse de la masse osseuse de manière sûre et efficace chez des femmes âgées ? En associant la prise d'alendronate et l'hormonothérapie. De nouvelles données montrent qu'ensemble, les deux médicaments sont plus puissants que le bisphosphonate ou les hormones seuls¹. « Cette association pourrait représenter une solution pour les femmes souffrant d'une ostéoporose grave ou chez qui l'un des deux médicaments n'a pu produire une réponse adéquate », estiment les auteurs de l'étude.

Les chercheurs, la D^{re} Susan Greenspan, de l'Université de Pittsburgh, et ses collaborateurs, ont randomisé 373 femmes de 65 ans et plus après une phase d'essai de trois mois avec l'hormonothérapie. Un tiers des participantes était ostéoporotique et les deux tiers ostéopéniques. Les patientes ont pris 10 mg d'alendronate par jour ou une hormonothérapie (0,625 mg par jour d'œstrogènes équinés conjugués avec médroxyprogestérone, chez les femmes qui avaient leur utérus et sans progestatif chez les autres), ou encore une association des deux agents ou un placebo. Les participantes recevaient également des suppléments de calcium et de la vitamine D.

Au bout de 36 mois, l'association alendronate-hormones a donné de fortes hausses de densité minérale osseuse par rapport au placebo : 5,9 % pour l'ensemble de la hanche, 10,4 % pour la colonne lombaire postéro-antérieure et 11,8 % pour la colonne lombaire latérale. « Les augmentations de la densité minérale osseuse observées après trois ans de bithérapie dépassent celles qui ont été relevées dans la plupart des essais cliniques chez des femmes ostéoporotiques traitées avec de l'alendronate, du risédronate ou du chlorhydrate de raloxifène », précisent les chercheurs.

La bithérapie s'est ainsi révélée beaucoup plus efficace que les deux autres traitements. La densité minérale osseuse de l'ensemble de la hanche, qui s'est accrue en moyenne de 5,9 % avec les deux médicaments, n'a augmenté que de 4,2 % avec l'alendronate seul et de 3 %

1. Greenspan SL, Resnick NM, Parker RA. Combination therapy with hormone replacement and alendronate for prevention of bone loss in elderly women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003 ; 289 : 2525-33.

Mise en garde

Pas de Paxil pour les enfants

Le Paxil® (paroxétine) ne doit plus être prescrit à des enfants ni à des jeunes de moins de 18 ans. De nouvelles données ont révélé que le risque de suicide pouvait être plus important chez ceux qui prenaient le médicament que chez les sujets témoins.

Au cours de trois essais cliniques faits auprès d'enfants et d'adolescents atteints d'un trouble dépressif majeur, la fréquence des idées suicidaires, des tentatives de suicide ou d'automutilation a grimpé à 5,3 % chez les 378 jeunes qui avaient pris de la paroxétine, alors qu'il était de 2,8 % chez les 285 participants qui avaient reçu le placebo. Certaines de ces réactions sont survenues au cours de la période de sevrage thérapeutique graduel. Le médicament ne s'est, par ailleurs, pas montré plus efficace que le placebo pour le traitement de la dépression.

Directives de GlaxoSmithKline

Au Canada, le Paxil n'est pas indiqué chez les enfants et les jeunes de moins de 18 ans. Toutefois, il arrive que des médecins le prescrivent à cette population. Après avoir consulté des praticiens indépendants, experts en pédopsychiatrie, GlaxoSmithKline, en accord avec Santé Canada, donnent les directives suivantes :

- « PAXIL® ne doit pas être prescrit à titre de nouveau traitement aux patients de moins de 18 ans.
- Si le traitement du patient par PAXIL® est concluant, on doit envisager de mener le traitement à terme comme option thérapeutique.
- Dans tous les autres cas, un changement de thérapie doit être envisagé. Si le médecin décide de cesser le traitement par PAXIL®, **il est très important de ne pas stopper soudainement l'administration de PAXIL® en raison du risque d'apparition de symptômes associés à l'arrêt du traitement.** On préconise, dans la mesure du possible, une réduction graduelle de la dose plutôt qu'un arrêt brusque du médicament. Si des symptômes intolérables surviennent à la suite d'une réduction de la dose ou de l'arrêt du traitement, il faut rajuster le retrait graduel du médicament en fonction de la réponse clinique du patient. Il faut toujours surveiller le patient lors de l'arrêt du traitement, quelle que soit la raison

Suite page 131 ►►►



Le Dr Jean Dumesnil.

avec l'hormonothérapie. Ces résultats confirment des observations qui avaient déjà été faites chez les femmes plus jeunes.

À l'heure de l'étude WHI

Mais à l'ère de l'étude WHI, peut-on encore prescrire des hormones uniquement pour fortifier la masse osseuse ? Si l'on peut aisément ajouter de l'alendronate au traitement des femmes sous

hormonothérapie, l'inverse est plus difficile.

« Je ne prescrirai pas une hormonothérapie à une personne prenant un bisphosphonate simplement parce que sa densité osseuse me semble basse. Je réserverai l'association d'hormones et d'alendronate aux patientes qui ont connu un échec thérapeutique avec l'un des deux agents, c'est-à-dire qui ont, par exemple, subi une fracture pendant leur traitement sous monothérapie », explique le **Dr Louis-Georges Ste-Marie**, directeur du Laboratoire des maladies osseuses et métaboliques du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Le spécialiste n'est d'ailleurs pas totalement convaincu par les résultats obtenus par la Dr^{ce} Greenspan. « À cause du faible nombre de sujets, on ne peut être sûr que le gain de masse osseuse supplémentaire que procure la bithérapie est cliniquement significatif et qu'il permet de réduire davantage le risque de fracture. Certaines études montrent qu'il n'est pas nécessaire d'augmenter de façon très marquée la masse osseuse pour protéger un patient. »

L'étude américaine pouvait d'ailleurs difficilement prouver l'effet antifracturaire de la bithérapie : seulement un tiers des sujets souffraient d'ostéoporose. « Néanmoins, il reste intéressant de voir que l'association d'alendronate et d'hormonothérapie substitutive est bien tolérée, et a un effet sur la masse osseuse des femmes âgées, patientes qui sont plus exposées aux fractures. » ❧

pour laquelle PAXIL® est prescrit. »

Phobie sociale et trouble obsessionnel-compulsif

Il pourrait également y avoir un risque accru d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et d'automutilation chez les jeunes patients à qui le Paxil est prescrit pour le traitement de la phobie sociale. Certaines études ont révélé que la fréquence de ces problèmes était de 2,4 % (4/165) chez les sujets traités avec la paroxétine et de 0 % dans le groupe témoin (0/157). Ce type d'effet est également apparu au cours de la phase ouverte d'une étude sur le trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

« À la lumière de la concomitance bien établie de la dépression et d'autres troubles psychiatriques, des données additionnelles sont nécessaires avant de pouvoir confirmer l'emploi sûr de PAXIL chez les patients atteints de phobie sociale ou de TOC », indiquera la prochaine version de la monographie du médicament. Les nouvelles données sur l'emploi de la paroxétine chez les enfants n'affecteraient cependant pas son utilisation chez les adultes. ❧

Prévenir le syndrome sérotoninergique

Le syndrome sérotoninergique a fait l'objet de 53 notifications auprès de Santé Canada au cours des cinq dernières années, rapporte le *Bulletin canadien des effets indésirables*. Ce syndrome, qui peut être mortel, survient habituellement avec la prise de deux agents modificateurs de la sérotonine ou plus, mais peut également se produire avec un seul (voir *tableau* page 133).

Parmi les signalements reçus par Santé Canada, 33 portaient sur un inhibiteur sélectif du recaptage de la

sérotonine (ISRS), 10 sur un inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO) et 9 sur la venlafaxine. Quatre des patients touchés sont décédés.

Chez 75 % des personnes victimes du syndrome sérotoninergique, les symptômes se déclarent moins de 24 heures après le début du traitement ou d'une modification de la thérapie. La présentation clinique se caractérise habituellement à la fois par des changements cognitifs ou du comportement (confusion, agitation, léthargie, coma), par l'instabilité du système nerveux autonome (hyperthermie, tachycardie, diaphorèse, nausées, vomissements, diarrhée, dilatation des pupilles) et par des perturbations neuromusculaires (myoclonies, hyperréflexie, tremblements).

La sibutramine (Meridia®), un médicament contre l'obésité, a été impliquée dans plusieurs cas de syndrome sérotoninergique. Un patient en a ainsi été affecté après avoir pris le médicament avec de la fluoxétine (Prozac®). La monographie du Meridia recommande une période de cinq semaines entre la fin du traitement avec cet antidépresseur et le début de celui contre l'obésité. Dans le deuxième cas, la victime a pris de la sibutramine avec de la sertraline (Zoloft^{MD}). Elle avait cessé de prendre l'antidépresseur deux jours avant l'apparition des symptômes, alors que 14 jours auraient dû séparer les deux thérapies. Dans un troisième cas, aucun autre médicament concomitant n'a été signalé.

Un agent sérotoninergique peut par ailleurs s'accumuler dans l'organisme s'il est employé avec un médicament qui en inhibe le métabolisme. Le recours à ce dernier type de produit doit être considéré comme un facteur susceptible de déclencher le syndrome

Suite page 133 ▶▶▶

TABLEAU

Produits qui stimulent l'activité sérotoninergique*

Analgésiques

Codéine, fentanyl, mépéridine, pentazocine

Antidépresseurs

- ⊕ **IMAO** : moclobémide, phénelzine, tranlycypromine
- ⊕ **ISRS** : citalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline
- ⊕ **Antidépresseurs tricycliques** : amitriptyline, clomipramine, désipramine, doxépine, imipramine, nortriptyline
- ⊕ **Autres** : bupropion, mirtazapine, néfazodone, trazodone, venlafaxine

Antiparkinsoniens

Amantadine, bromocriptine, lévodopa, sélégiline

Drogues illicites

Cocaïne, amphétamines hallucinogènes comme, notamment, MDMA (« ecstasy »), LSD, mescaline

Thérapie antimigraleuse

Dihydroergotamine, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan, zolmitriptan

Divers

Bromphéniramine, buspirone, carbamazépine, dextramphétamine, dextrométhorphan, L-tryptophane, lithium, phentermine, réserpine, sibutramine, millepertuis, tétrabenazine

Note : On a aussi signalé des cas de syndrome sérotoninergique avec l'emploi du dextropropoxyphène, du dropéridol et du méclopramide, du linézolide et des antagonistes de la 5-HT₃ (dolasétron, granisétron, ondansétron). Un lien a également été rapporté entre les antipsychotiques atypiques (clozapine, olanzapine, rispéridone) et le syndrome sérotoninergique, lorsqu'on les utilise en association avec des agents sérotoninergiques.

Note : IMAO = inhibiteurs de la monoamine oxydase, ISRS = inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, MDMA = méthylendioxy-méthamphétamine, LSD = diéthylamide de l'acide lysergique.

*Cette liste n'est pas exhaustive, car elle ne contient pas certains produits non commercialisés au Canada (par exemple, la dexfenfluramine, la fenfluramine, l'isocarboxazide et le tramadol).

Source : *Bulletin canadien des effets indésirables*, volume 13, numéro 3, juillet 2003. (Site Internet de Santé Canada).

sérotoninergique.

« On encourage les professionnels de la santé à consulter les monographies des produits sérotoninergiques pour y trouver les

contre-indications et des recommandations sur les périodes d'élimination, lorsqu'on change d'agent sérotoninergique », recommande le Bulletin. ☞

133

Certificat de mérite pour le D^r Jean-François Dorval



Photos : Emmanuelle Garnier.

Le coroner **Jean-François Dorval**, médecin de famille et président de l'Association des médecins omnipraticiens du Bas – Saint-Laurent, a reçu du Bureau du coroner le Certificat de mérite 2003. Le médecin s'est distingué par l'engagement exceptionnel qu'il a montré dans son milieu pour la protection de la vie humaine.

Coroner depuis 1992, le D^r Dorval a travaillé à plusieurs dossiers importants. Il a entre autres recommandé que les ambulances de la Gaspésie soient équipées de défibrillateurs et que les fenêtres de certains établissements de soins ne puissent s'ouvrir toutes grandes pour éviter les

Le D^r Jean-François Dorval.

Suite page 135 >>>

chutes. Le coroner a également été à l'origine d'une mise en garde qui avertissait le public des arythmies cardiaques mortelles que pouvait causer la cocaïne tant chez l'habitué que chez l'utilisateur occasionnel. Il y a deux ans, le D^r Dorval a été l'instigateur d'une campagne provinciale de prévention du suicide par les armes à feu. Inlassable, il a ensuite mis sur pied un programme de promotion des dons d'organes oculaires dans sa région.

Le D^r **Yvan Turmel**, lui aussi coroner et omnipraticien, a pour sa part reçu un certificat de mérite pour le rapport qu'il a rédigé sur les deux décès causés par l'accident de funiculaire qui s'est produit à Québec en 1996. ❧

Index des annonceurs

	Renseignements thérapeutiques
ALTANA PHARMA INC. / SOLVAY PHARMA INC.	
Pantoloc.....	17..... 134
ASTRAZENECA CANADA INC.	
Crestor.....	136-couv. III..... 124-125
AVENTIS PHARMA INC.	
Altace.....	28-29..... 132-133
BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE	
Micardis.....	40..... 94
Spiriva.....	19..... 114-115
DALE-PARIZEAU LM	
.....	39
FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ	
Fonds FMOQ.....	135
GLAXOSMITHKLINE	
Avandamet.....	53, 72-73..... 120-122
LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA	
.....	30
MERCK FROSST CANADA & CIE	
Cozaar.....	couv. IV..... 99-103
NOVARTIS PHARMA CANADA INC.	
Elidel.....	8-9..... 10-11
ORGANON CANADA LTÉE	
Marvelon.....	59
PFIZER CANADA INC.	
Aricept.....	46..... 123
Lipitor.....	13..... 116-117
Viagra.....	couv. II
PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA	
Bextra.....	22-23..... 112-113
PURDUE PHARMA	
Oxycontin.....	71..... 126-127
SANOFI-SYNTHÉLABO CANADA INC.	
Plavix.....	84-85..... 118-119
SCHERING CANADA INC.	
Nasonex.....	6..... 104
SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA	
.....	87
WYETH-AYERST CANADA INC.	
Effexor (dépression).....	88-89.....128-131
Triphasil.....	4..... 90