

Emmanuèle Garnier

# Maux de dos

## un algorithme pour prédire le retour au travail



Dr Pierre Frémont

Du nouveau dans le domaine de la lombalgie : un algorithme pronostique mis au point par des chercheurs québécois<sup>1</sup>. Le modèle permettrait de prédire quel patient souffrant de maux de dos a de bonne chance d'être de retour au travail dans deux ans. L'instrument, fait de sept questions, incorpore autant des facteurs psychologiques, que physiques et cliniques. Mieux, il aiguille vers des

éléments qui pourraient être corrigés.

La première variable que le nouvel outil cerne est de nature psychique : l'idée que le patient se fait de son cas. Croit-il qu'il sera de retour au travail dans trois mois ? S'il n'en a pas l'impression, le pronostic est assez sombre. Mais ce facteur n'est pas irréversible, explique le **Dr Pierre Frémont**, omnipraticien et professeur aux

départements de réadaptation et de médecine familiale de l'Université Laval, qui a participé à la recherche.

« À l'aide de données scientifiques, on peut dédramatiser la période aiguë de la lombalgie et les croyances catastrophiques que le patient peut entretenir », affirme le médecin. En effet, les résultats des études sont encourageants. Les nouvelles données montrent, par exemple, que plus de la moitié des sujets retournent au travail au bout de trois mois sans présenter de problème.

Mais quelle influence a une vision optimiste sur l'évolution de la lombalgie ? « On peut penser que le comportement des patients en est changé. Ils n'ont pas peur d'aller nager ou de marcher. Ils ne craignent pas d'aggraver leur problème. Ils prennent leurs médicaments pour maîtriser la douleur et recommencent à bouger normalement. »

### Des interactions complexes

Le nouvel algorithme clinique comporte également des variables biomédicales liées au mauvais pronostic de la lombalgie. Ainsi, il prend en considération l'irradiation de la douleur dans les membres, ce qui permet de tenir

compte de lésions comme la hernie discale. L'outil se penche également sur les interventions chirurgicales que le patient a déjà subies au dos.

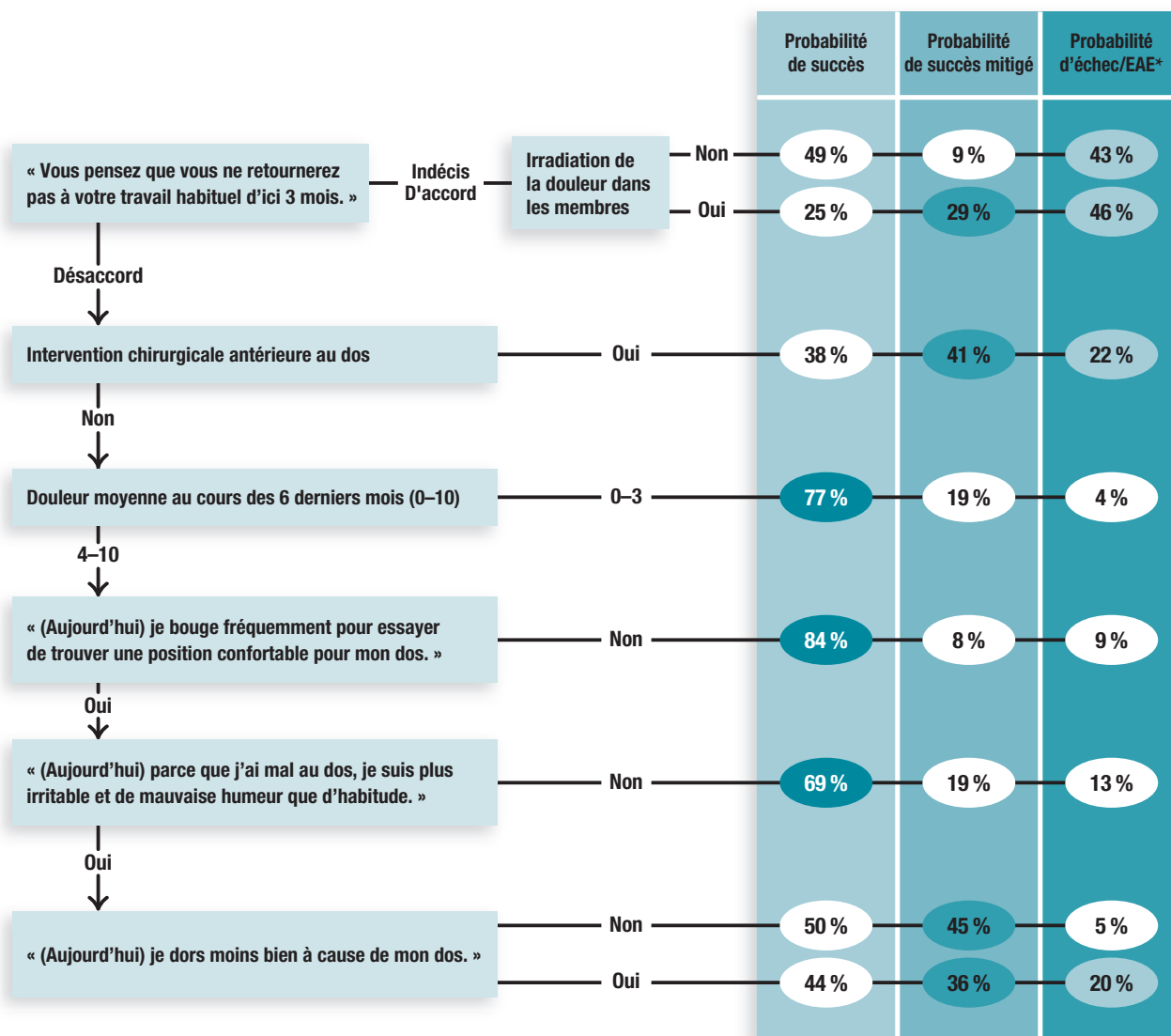
La douleur et ses répercussions constituent, pour leur part, des points centraux du modèle. Une échelle visuelle analogue allant de 0 à 10 permet d'évaluer la souffrance physique moyenne des six derniers mois. Puis des questions déterminent ses effets sur le confort, l'humeur et le sommeil du patient. L'algorithme permet alors de débrouiller les interactions complexes entre ces éléments. Ainsi, une personne qui souffre beaucoup, mais n'a pas besoin de bouger constamment pour trouver une position confortable pour le dos a 84 % de chance de retourner avec succès au travail. Par contre, si la douleur est

16

### ÉCHOGRAPHIES CE MOIS - CI

<i>Maux de dos</i>	
<i>un algorithme pour prédire le retour au travail</i> .....	16
<i>Étude GOAL</i>	
<i>la maîtrise optimale de l'asthme</i> .....	19
<i>Mise en garde</i>	
<i>Permax et le risque de valvulopathie cardiaque</i> .....	21
<i>Gélules Carbolith de 150 mg</i> .....	22
<i>Rapport du coroner</i>	
<i>liposuccion et complications mortelles</i> .....	22

**Figure. Algorithme clinique pour la prédiction du « retour au travail en bonne santé », au bout de deux ans, des travailleurs souffrant de maux de dos et consultant en première ligne**



Les zones colorées indiquent les catégories les plus à risque, pour chaque groupe, qui ont été utilisées pour le calcul des mesures de validité.

**Source :** Dionne C, Bourbonnais R, Frémont P et coll. Le pronostic occupationnel des travailleurs aux prises avec des affections vertébrales. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail (IRSST), Québec, Rapport R-356, 2004, 148 pages.

associée à des effets sur l'humeur, le sommeil ou la nécessité de se repositionner constamment, le pronostic est plus réservé. « Ces faits soulignent l'importance de bien prendre en charge le patient et de comprendre les lombalgies de façon globale », précise le D<sup>r</sup> Frémont.

Le modèle apporte un nouveau regard sur les maux de dos. « Au-delà des mesures des déficiences neurologiques et de la recherche de fractures ou de cancer, on doit s'intéresser aux croyances et aux incapacités du patient », résume le médecin.

## Une valeur prédictive négative élevée

L'algorithme du retour au travail a été construit au cours d'une étude dirigée par le **P<sup>r</sup> Clermont Dionne**, du Département de réadaptation de l'Université Laval. Pendant deux ans, le chercheur et son équipe ont interrogé à cinq reprises 867 travailleurs ayant consulté un médecin pour un mal de dos limitant leur capacité de travailler. Les sujets venaient de trois unités de médecine familiale et de quatre grandes urgences de la région de Québec.

Les chercheurs ont réussi à déterminer différents facteurs qui influençaient le retour au travail, qu'ils qualifient de « réussi » quand il se produit sans difficulté. Mais ils se sont également intéressés aux cas de « succès mitigés » – où les patients, revenus au travail, présentaient encore des incapacités et s'absentaient –, aux « échecs après essai », où les sujets ont tenté au moins une fois, mais en vain, de reprendre leur emploi – et finalement aux « échecs », situations où les personnes ne sont jamais retournées travailler. Grâce aux données récoltées, les chercheurs ont pu construire un modèle prédictif embrassant ces quatre catégories.

Quelle est la fiabilité du nouvel instrument ? « L'algorithme est meilleur quand il indique un pronostic favorable, mais sa valeur reste quand même intéressante lorsque l'issue prédite est plus mauvaise », soutient le D<sup>r</sup> Frémont. La valeur prédictive négative du modèle

est effectivement élevée : de 74 % à 91 %. C'est-à-dire que le pourcentage de patients qui retournent réellement au travail, parmi ceux que le modèle avait indiqué, est élevé.

La valeur prédictive positive de l'outil québécois est cependant plus faible. La proportion de personnes qui ne reprennent pas leur emploi selon les prédictions du modèle est moins grande (*Voir le tableau*). « Le modèle permet quand même de cerner un sous-groupe où se retrouve la majorité des patients qui présentera une évolution défavorable, ce qui offre un gain d'information utile pour le clinicien. La valeur prédictive positive du modèle est de 57 % pour l'ensemble des catégories « succès mitigé », « échec après essai » et « échec », précise le médecin.

### Retour au travail vers la douzième semaine

Diverses données sur l'évolution des maux de dos émergent également de la recherche de M. Dionne. Tout au long des deux ans de suivi, la lombalgie des patients s'est atténuée, mais les progrès étaient marqués de points tournants. La diminution des incapacités fonctionnelles et le soulagement de la douleur étaient ainsi plus prononcés six semaines après la première consultation médicale. Puis, à la douzième semaine, la majorité des sujets avaient repris le travail.

Plusieurs facteurs modifiables influent sur la résorption de la lombalgie. Le sentiment d'efficacité personnelle, par exemple, est un élément protecteur.


### Valeur des mesures de validité du modèle prédictif court du « retour au travail en bonne santé » dans les deux échantillons

	Échantillon de travail (n = 354)			Échantillon de validation (n = 506)		
	Échec /Échec après essai	Succès mitigé	Succès mitigé + Échec /Échec après essai	Échec/ Échec après essai	Succès mitigé	Succès mitigé + Échec/ Échec après essai
Erreur de classification	37,0 %			40,5 %		
Sensibilité	79 %	64 %	73 %	74 %	60 %	69 %
Spécificité	64 %	60 %	71 %	62 %	59 %	63 %
Valeur prédictive +	31 %	32 %	66 %	33 %	29 %	57 %
Valeur prédictive -	94 %	85 %	78 %	91 %	84 %	74 %

Source : Dionne C, Bourbonnais R, Frémont P et coll. Le pronostic occupationnel des travailleurs aux prises avec des affections vertébrales. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail (IRSST), Québec, Rapport R-356, 2004, 148 pages.

La relation du patient avec son médecin et sa satisfaction à l'égard des services de santé reçus sont également importantes. Mais les données n'en disent pas plus sur ces points. Les incapacités fonctionnelles, tout comme les croyances et les craintes à l'égard du travail, joueraient aussi un rôle.

Quel est finalement le bilan de l'état des sujets ? Après trois mois, 80 % des sujets sont de retour au travail, et cette proportion reste stable jusqu'à la fin de l'étude de deux ans. Par contre, 25 % conservent des incapacités fonctionnelles ou doivent s'absenter à cause de douleurs tandis qu'environ 20 % ne parviennent toujours pas à reprendre le travail.

On peut télécharger gratuitement l'étude *Le pronostic occupationnel des travailleurs aux prises avec des affections vertébrales* en allant au [www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca) 

## Étude GOAL

### la maîtrise optimale de l'asthme



Dr André Cartier

Les patients qui ne maîtrisent pas encore leur asthme pourraient y parvenir dans une proportion de 71 %, peu importe la gravité de leur affection, révèle l'étude GOAL<sup>1</sup>. Le traitement qui permet cette réussite ? L'association de salmétérol et de fluticasone pendant un an. Par comparaison, la fluticasone employée seule est moins efficace. En effet, elle permet, au bout de 12 mois, à seulement 59 %

des sujets de maîtriser leur asthme.

L'Advair®, l'association de fluticasone et de salmétérol, ne devrait-il pas alors être prescrit d'emblée à tous les asthmatiques dont les symptômes sont mal maîtrisés ? « Non, chez l'asthmatique qui ne prend pas de corticostéroïdes par inhalation, l'étude GOAL montre que la fluticasone employée seule, à raison de 200 µg par jour, permet une bonne maîtrise de l'asthme chez environ 39 % des sujets contre près

de 50 % de ceux qui sont traités par l'association fluticasone-salmétérol. Un corticostéroïde seul, à faible dose, demeure donc le premier choix dans ce cas, commente le Dr André Cartier, chef du Service de pneumologie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Cependant, si l'asthme du patient n'est toujours pas maîtrisé après quelques semaines de traitement, on doit alors recourir à l'Advair ou à un équivalent, plutôt que de doubler les doses de corticostéroïdes. »

L'étude GOAL confirme, en effet, que l'ajout d'un agoniste bêta-2 à longue durée d'action est plus efficace que l'accroissement de la dose de stéroïdes par inhalation. « Il ne faut pas faire passer la dose de fluticasone de 100 µg, deux fois par jour, à 250 µg, deux fois par jour, mais plutôt changer pour Advair® 100, un produit pris par inhalation deux fois par jour », précise le Dr Cartier, également professeur titulaire de clinique à l'Université de Montréal.

### Maîtrise totale et bonne maîtrise

L'étude GOAL (Gaining Optimal Asthma control), un essai clinique d'un an à double insu et à répartition aléatoire, a permis de comparer l'efficacité de l'association salmétérol-fluticasone à celle de la fluticasone seule chez 3421 patients dont l'asthme était mal maîtrisé.

Les chercheurs – le Dr Eric Bateman, de l'Afrique du Sud, et ses collaborateurs – visaient la « maîtrise totale » de l'asthme : aucun signe de la maladie pendant sept semaines sur huit. À défaut de l'atteindre, ils tentaient d'obtenir une « bonne maîtrise », critère plus souple qui acceptait la présence sporadique de symptômes diurnes et le recours limité aux médicaments de secours (*Voir l'encadré*). Cette dernière définition est plus près de celle de la maîtrise acceptable de l'asthme proposée dans les recommandations canadiennes sur le traitement de l'asthme<sup>2</sup>.

Les doses initiales étudiées commençaient à 100 µg ou à 250 µg de fluticasone deux fois par jour, selon la gravité de la maladie des patients. Les investigateurs ont ensuite augmenté les quantités de stéroïdes toutes

1. Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J et coll. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining optimal asthma control study. *Am J Respir Crit Care Med* 2004 ; 170 : 836-44.

2. Boulet P, Bai TR, Becker A et coll. Principes directeurs du consensus canadien sur l'asthme : Quoi de neuf? *Can Respir J* 2001 ; 8 : Suppl A, 5A-27A.

les 12 semaines jusqu'à ce que l'asthme des sujets soit totalement maîtrisé ou que la dose maximale de fluticasone, soit 500 µg deux fois par jour, soit atteinte. Au cours de la phase de suivi de cette étude de 12 mois, les patients ont continué à prendre la dose optimale à laquelle ils étaient parvenus.

### Viser la disparition de tous les symptômes ?

L'association salmétérol-fluticasone sort gagnante de l'essai clinique GOAL, financé par GlaxoSmithKline. Ce traitement a permis de maîtriser l'asthme d'un plus grand nombre de patients que la fluticasone employée seule :

Patients ayant obtenu une bonne maîtrise de l'asthme	Salmétérol-fluticasone		Fluticasone	
Après une hausse des doses	63 %		50 %	
Après un an	1 %		59 %	

Patients ayant atteint une maîtrise totale	Salmétérol-fluticasone		Fluticasone	
Après une hausse des doses	31 %		19 %	
Après un an	41 %		28 %	

Enthousiasmés par leurs données, les chercheurs n'hésitent pas à proposer une nouvelle vision du traitement de l'affection : un asthme sans symptômes. « Les résultats de notre étude semblent indiquer que la maîtrise totale de la maladie doit être le but du traitement de tous les patients asthmatiques », affirment-ils.

Le D<sup>r</sup> Cartier reste sceptique devant cette proposition. « Est-ce vraiment nécessaire d'augmenter les doses d'un patient pour faire passer la maîtrise de son asthme de « bonne » à « totale » ? Il faudra que des études nous indiquent le rapport coûts-avantages de cette approche. Le prix des doses plus élevées des stéroïdes par inhalation et les effets secondaires potentiels à long terme, par exemple, sur la peau ou les os doivent en effet être pris en considération. »

L'étude GOAL dévoile par ailleurs un autre fait : les gains associés au maintien prolongé des doses optimales d'antiasthmatiques. Contrairement à ce que recommandent les lignes directrices, les investigateurs n'ont pas réduit les doses une fois l'asthme maîtrisé. Résultat : pendant la période de suivi, qui allait de trois à neuf mois, la proportion de patients dont l'asthme était bien maîtrisé est passée de 63 % à 71 % avec la fluticasone et le salmétérol, et de 50 % à 59 % avec la

fluticasone seule. En outre, chez d'autres patients, la maîtrise de l'asthme, qui était bonne, est devenue totale au cours de cette période.

L'étude GOAL laisse cependant en suspens d'importantes questions, fait remarquer le D<sup>r</sup> Cartier. « Elle n'indique pas s'il faut diminuer la dose, ce qui ne fait pas de doute dans mon esprit, ni après combien de temps le faire. »

### L'utilisation prolongée de fortes doses

L'association salmétérol-fluticasone (S-F) semble profiter davantage aux patients les plus malades. Les sujets avaient été divisés en trois strates selon la quantité de corticostéroïdes par inhalation qu'ils prenaient avant de commencer l'essai clinique : strate 1, aucun stéroïde ; strate 2, une faible dose (500 µg par jour ou moins de bécloéthasone ou l'équivalent) ; strate 3, une dose moyenne (entre 500 µg et 1000 µg de bécloéthasone par jour ou l'équivalent).

Dans les strates 2 et 3, la différence entre les résultats du traitement d'association et ceux de la fluticasone seule (F) sont beaucoup plus marqués que dans la strate 1. Ainsi, le pourcentage de patients dont l'asthme est bien maîtrisé est :

Strate	S-F	F	Différence
1 (aucun stéroïde)	71 %	65 %	6 %
2 (doses antérieures faibles)	69 %	52 %	17 %
3 (doses antérieures moyennes)	51 %	33 %	18 %

Ces résultats s'expliquent. « Chez les patients qui n'ont jamais pris de stéroïdes par inhalation, une faible dose est très efficace, explique le D<sup>r</sup> Cartier. Par contre, pour ceux qui en utilisaient déjà, l'ajout d'un agoniste bêta-2 à longue durée d'action a plus d'effets que la hausse de leur dose de corticostéroïdes. »

La maîtrise de l'asthme est par ailleurs plus rapide avec l'association fluticasone-salmétérol qu'avec la fluticasone seule. Dans les strates 2 et 3, la bithérapie a permis de traiter adéquatement cinq semaines plus tôt l'asthme de 50 % des patients par rapport à la fluticasone seule. Dans la strate 1, cependant, la différence n'a été que d'une semaine.

L'association salmétérol-fluticasone offre également la possibilité d'employer des doses plus faibles de corticostéroïdes. Ainsi, dans la strate 2, la prise de 100 µg matin et soir d'Advair a permis de bien maîtriser l'asthme chez le même pourcentage de sujets que



**Définitions de la maîtrise de l'asthme****Maîtrise totale**

- Aucun symptôme diurne
- Aucun recours à un agoniste bêta-2 de secours
- Un débit expiratoire de pointe équivalent à 80 % ou plus de la valeur prédite
- Pas de réveil pendant la nuit
- Pas d'exacerbations
- Aucune visite à l'urgence
- Pas d'effets secondaires nécessitant une modification du traitement

**Bonne maîtrise**

Les critères d'une bonne maîtrise sont les mêmes que ceux de la maîtrise totale, sauf en ce qui concerne les points suivants :

- des symptômes diurnes pendant deux jours ou moins par semaine ;
- l'utilisation d'un agoniste bêta-2 de secours pendant deux jours ou moins, et ce, à quatre occasions ou moins par semaine.

Ces définitions sont fondées sur les lignes directrices du Global Initiative for Asthma des National Institutes of Health.

250 µg de fluticasone matin et soir. Par contre, dans la strate 1, la bithérapie n'a pas donné un résultat aussi impressionnant.

À la lumière de ces nouvelles données, les lignes directrices doivent-elles être modifiées ? Devrait-on prescrire de l'Advair en première ligne pour l'asthme léger ? « Je ne crois pas, réplique le D<sup>r</sup> Cartier. Il reste à prouver que le pourcentage supplémentaire de patients dont l'Advair permet de bien maîtriser l'asthme en vaut le coût. D'autres études montrent que, même pour l'asthme léger, ce médicament est probablement un peu plus efficace que le Flovent® (fluticasone). Mais, est-ce que cela vaut la peine de le donner à tous les asthmatiques pour obtenir ce léger gain ? » ❧

## Mise en garde

### Permax et le risque de valvulopathie cardiaque

Deux études cas-témoins récentes ont permis de découvrir la présence d'une valvulopathie cardiaque

chez un nombre important de patients parkinsoniens traités par le Permax® (pergolide). Ces données laissent supposer que ce problème pourrait survenir plus souvent qu'on ne l'avait d'abord cru.

Le fabricant, Shire BioChem, donne les conseils suivants aux médecins :

- Évaluer les bienfaits et les risques des agonistes dopaminergiques dérivés de l'ergot, comme le pergolide. L'emploi de Permax n'est, par ailleurs, pas recommandé chez les patients ayant des antécédents d'inflammation séreuse, de fibrose ou de valvulopathie cardiaque, surtout si ces affections sont survenues pendant un traitement par d'autres dérivés de l'ergot.
- Faire un bilan cardiovasculaire, comprenant notamment une échocardiographie, avant le début du traitement pour rechercher les valvulopathies occultes. Une surveillance périodique (examen physique, radiographie, échocardiographie, tomographie) doit ensuite être effectuée pour diagnostiquer la valvulopathie ou la fibrose qui pourrait apparaître.
- Tenir compte du fait que la prise de doses de Permax supérieures à 5 mg par jour n'est pas recommandée. Le taux de valvulopathies cardiaques associées au Permax pourrait être plus élevé lorsque les doses dépassent la posologie maximale conseillée.
- Informer le patient ou son aidant du risque de valvulopathie cardiaque et d'autres réactions fibrotiques séreuses.
- Mettre fin au traitement si une valvulopathie cardiaque ou un trouble fibrotique apparaît. Cependant, la prise du médicament ne doit pas cesser abruptement, car cela pourrait aggraver la maladie de Parkinson, provoquer des hallucinations et de la confusion ou encore des symptômes ressemblant au syndrome malin des neuroleptiques.

En avril 2003, la société Shire BioChem avait déjà signalé des cas de valvulopathies cardiaques chez un nombre limité de patients traités par le Permax. Les deux études cas-témoins récentes semblent indiquer que le problème est beaucoup plus important. « Malgré la présence de variables confusionnelles importantes dans le plan des deux études, des cas de valvulopathie cardiaque dont les caractéristiques évoquent un rapport de causalité avec un dérivé de l'ergot sont survenus pendant ces études à une incidence qualifiée de « très courante » (c'est-à-dire plus de 1/10 d'après les critères de déclaration du CIOMS III) », indique le fabricant. ❧

## **Gélules Carbolith de 150 mg**

Les gélules Carbolith<sup>MD</sup> (lithium) de 150 mg, utilisées dans le traitement de la psychose maniaco-dépressive, ont été rappelées. Des tests récents effectués par le fabricant, Valeant Canada, montrent que le produit pourrait ne pas fournir suffisamment de médicament pour être efficace.

L'entreprise recommande aux médecins de faire passer des analyses sanguines aux patients qui prennent les gélules visées par le rappel et d'effectuer une surveillance clinique et chimique des éventuels effets secondaires. Le produit pourrait entraîner une aggravation de la psychose maniaco-dépressive. Cette détérioration est susceptible d'occasionner des symptômes associés à la manie, comme une excitation psychomotrice, des idées délirantes de grandeur, un mauvais jugement et de l'agressivité.

Comme la fenêtre thérapeutique du lithium est très étroite – la concentration plasmatique devrait se situer entre 0,5 et 1,2 mmol/l –, les patients dont l'affection a été stabilisée par un taux se situant dans la limite inférieure, peuvent se retrouver avec une concentration trop basse à cause du produit.

À l'opposé, les patients qui sont habitués à une libération du médicament plus faible qu'elle ne devrait l'être pourraient avoir une réaction lorsqu'ils reçoivent la pleine dose de lithium. Une toxicité légère peut entraîner des tremblements des mains, de la soif et des mictions plus fréquentes, de la somnolence, des tintements dans les oreilles et une vision troublée. Une toxicité plus grave risque de causer de la confusion, des contractions musculaires, des vomissements, de la diarrhée, des convulsions, le coma et la mort. ☞

## **Rapport du coroner liposuccion et complications mortelles**

En raison des cas médiatisés, plus personne n'ignore que des complications dramatiques peuvent survenir à l'occasion de certaines interventions de chirurgie plastique. Récemment, la coroner **Line Duchesne** remettait son rapport sur le cas d'une dame décédée

d'une thrombo-embolie après avoir subi une liposuccion.

Pourtant, tout avait bien commencé. La patiente était arrivée par avion à Montréal avec sa sœur et deux amies. Quelques jours plus tard, elle se rendait dans une clinique privée pour y subir diverses interventions. Le médecin qui l'avait vue un mois plus tôt avait diagnostiqué un excédent de graisse sur le ventre et les cuisses ainsi qu'un excédent cutané associé à une hypoplasie mammaire. L'opération, sous anesthésie générale, devait durer quatre heures.

Pendant l'intervention, 570 cc de graisse solide étaient retirés du bas du dos, 100 cc du flanc droit, 300 cc du flanc gauche et 350 cc des deux bras. La patiente subissait également une augmentation mammaire, une liposuccion abdominale et une lipectomie. À la fin de l'opération, on lui avait administré 5000 unités d'héparine par voie sous-cutanée et 5000 autres le matin suivant.

La dame avait passé la nuit à la clinique et, le lendemain, s'était rendue à sa chambre d'hôtel où elle avait réservé les services d'infirmières auxiliaires. Tout s'est bien déroulé bien jusqu'au surlendemain vers 18 h 30. La patiente s'est alors effondrée inanimée. L'infirmière auxiliaire puis les ambulanciers ont tenté en vain de la ranimer. Le médecin d'Urgences santé a finalement constaté le décès. L'autopsie a révélé que la femme est morte d'une thrombo-embolie des deux troncs artériels pulmonaires.

Au cours de son enquête, la coroner a constaté que plusieurs facteurs de risque étaient présents : la patiente était obèse et l'intervention chirurgicale était longue. Des dispositifs pneumatiques de compression des membres inférieurs auraient donc dû être utilisés pendant l'opération. La dame aurait également dû recevoir par voie sous-cutanée de l'héparine normale ou de faible poids moléculaire après l'opération, puis toutes les 12 heures jusqu'à ce qu'elle puisse se déplacer normalement, c'est-à-dire pendant de cinq à sept jours.

La coroner a constaté qu'après l'opération, la patiente portait un vêtement exerçant une compression sur le ventre, les cuisses et les genoux ainsi qu'un bandage élastique sur les jambes.

« Le dossier ne précise pas comment les bandages

**(Suite à la page page 95) >>>**

administré en dernier recours seulement aux patients ne présentant pas d'arythmie cardiaque ni de cardiopathie ischémique et quand des mesures plus sûres ont échoué. La dose du médicament à administrer est déterminée seulement d'après l'effet obtenu. Le remplissage vasculaire doit être effectué avec prudence en raison du risque de surcharge cardiaque. Une bradycardie et/ou des bradyarythmies ont été observées dans certains cas de surdosage par la nifédipine. Il faut dans ces cas prendre les mesures cliniques nécessaires d'après la nature et la gravité des symptômes. **PSYCHOLOGIE ET ADMINISTRATION** La psychologie doit être adaptée en fonction de la tolérance et de la réponse du patient au médicament. Les comprimés ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> (nifédipine) doivent être avalés sans être croqués et ne doivent pas être fractionnés. En règle générale, chaque étape de l'ajustement posologique doit durer de 7 à 14 jours afin de permettre au médecin d'évaluer la réponse du patient à une dose donnée avant de passer à des doses plus élevées. Étant donné que l'état d'équilibre des concentrations plasmatiques est atteint au cours de la deuxième journée de traitement, il est possible d'accélérer l'ajustement posologique si les symptômes le justifient et si le patient est surveillé de près. **Angine de poitrine** Le traitement par ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> doit normalement débuter avec 30 mg une fois par jour. L'expérience de l'administration de doses supérieures à 90 mg par jour aux angineux étant limitée, il n'est pas recommandé d'administrer de telles doses. Les angineux dont l'état est maîtrisé par les capsules ADALAT<sup>®</sup> administrées seules ou en association à un bêta-bloquant peuvent recevoir des comprimés ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> à la dose quotidienne équivalente la plus proche. L'ajustement à la hausse ou à la baisse de la dose peut être nécessaire et doit être effectué dès qu'il s'impose sur le plan clinique. **Hypertension** Le traitement doit normalement débuter avec 20 ou 30 mg une fois par jour. La dose d'entretien usuelle est de 30 à 60 mg une fois par jour. L'administration de doses supérieures à 90 mg par jour n'est pas recommandée. Chez les patients qui passent de ADALAT<sup>®</sup> PA 10 ou 20 à ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup>, la posologie initiale de ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> ne doit pas dépasser 30 mg une fois par jour, selon le schéma posologique précédemment prescrit. Au besoin, la posologie de ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> peut être portée à 60 mg une fois par jour. Après le passage de ADALAT<sup>®</sup> PA à ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup>, la tension artérielle et les symptômes du patient doivent être surveillés de près. Aucun «effet rebond» n'a été observé à l'arrêt de traitement par ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup>. Cependant, si l'arrêt du traitement par la nifédipine est nécessaire, il est conseillé, sur le plan clinique, de diminuer la dose graduellement sous étroite surveillance d'un médecin.

#### RENSEIGNEMENTS PHARMACÉUTIQUES

##### (I) Substance médicamenteuse

Dénomination commune :	nifédipine
Nom chimique :	Ester diméthylé de l'acide 1,4-dihydro-2,6-diméthyl-4-(o-nitrophényl)-3,5-pyridine-dicarboxylique.
Formule moléculaire :	C <sub>21</sub> H <sub>18</sub> N <sub>2</sub> O <sub>6</sub>
Poids moléculaire :	346,3
Description :	La nifédipine est un ester diméthylé de l'acide pyridine dicarboxylique. C'est une fine poudre jaunâtre, pratiquement insoluble dans l'eau mais soluble dans l'éthanol. Elle est photosensible et, exposée à la lumière, elle se transforme en un dérivé pharmacologiquement inactif de la pyridine sous l'action d'un processus oxydo-réducteur intramoléculaire.

##### (II) Composition

ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> est présenté en comprimés à 20, 30 et 60 mg qui s'administrent par voie orale. En plus du principe actif, la nifédipine, les comprimés ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> à 20, 30 et 60 mg contiennent les ingrédients inscrits suivants : oxyde de polyéthylène, acétate de cellulose, chlorure de sodium, hydroxypropylméthylcellulose 2910, stéarate de magnésium, hydroxypropylcellulose, dioxyde de titane, polyéthylène glycol 3350, oxyde de fer rouge, gomme-laque pharmaceutique et oxyde magnétique de fer synthétique.

##### (III) Stabilité et rangement :

Conserver entre 15 et 30 °C. Ne pas exposer à la lumière ni à l'humidité.

##### PRÉSENTATION

ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> (nifédipine) est offert en comprimés à libération progressive contenant 20, 30 et 60 mg de nifédipine.  
 ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> à 20 mg est offert en comprimés vieux rose portant l'inscription «ADALAT 20» d'un côté.  
 ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> à 20 mg est présenté en plaquettes alvéolées de 28 et 98 comprimés.  
 ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> à 30 mg est offert en comprimés vieux rose portant l'inscription «ADALAT 30» d'un côté.  
 ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> à 30 mg est maintenant présenté en plaquettes alvéolées de 28 et 98 comprimés.  
 ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> à 60 mg est offert en comprimés vieux rose portant l'inscription «ADALAT 60» d'un côté.  
 ADALAT<sup>®</sup> XL<sup>®</sup> à 60 mg est maintenant présenté en plaquettes alvéolées de 28 et 98 comprimés.

#### Monographie disponible sur demande

© Adalat est la marque originale de la nifédipine. Adalat, Bayer et la croix Bayer sont des marques déposées de Bayer AG utilisées sous licence par Bayer Inc. XL est une marque déposée de Bayer Inc. propre à la nifédipine à prise quotidienne unique. La forme ronde et la couleur rose constituent une marque de commerce de Bayer Inc.



Bayer Inc.  
 Division des produits pharmaceutiques  
 77 Bedford Road  
 Toronto, Ontario M9W 1G6 XL1155-0004F



◀◀◀ (Suite de la page 22)

## ENCADRÉ

### Recommandations de sécurité pour la liposuction

1. Bien choisir les patients : (patients compris dans la classe 1 de l'American Society of Anesthesiologists et ne présentant pas une surcharge pondérale supérieure à 30 % de leur poids idéal).
2. Utiliser la technique d'infiltration hyperhumide (*superwet*).
3. Effectuer une surveillance rigoureuse de l'état volémique des patients (emploi d'une sonde urinaire, surveillance hémodynamique non effractive, communication avec les anesthésistes).
4. Utiliser de manière judicieuse le remplacement liquidien (*fluid resuscitation*) (lignes directrices sur le remplacement liquidien périopératoire) ;
  - a) Moins de 5 litres d'aspirat : apport liquidien intraveineux pour les besoins de base, plus infiltrat par voie sous-cutanée ;
  - b) Plus de 5 litres d'aspirat : apport liquidien intraveineux pour les besoins de base, plus infiltrat par voie sous-cutanée, plus 0,25 ml de soluté cristalloïde par voie intraveineuse par millilitre d'aspirat dépassant 5 litres.
5. Garder toute la nuit dans un centre accrédité, à des fins de suivi, les patients ayant subi une liposuction importante (plus de 5 litres d'aspirat).
6. Utiliser des dispositifs de compression pneumatique aux membres inférieurs si l'intervention est effectuée sous anesthésie générale et suivre les recommandations antithrombotiques en fonction des facteurs de risque.
7. Maintenir les doses totales de lidocaïne en dessous de 35 mg/kg.

Adapté de Rohrich RJ, Beran SJ. Is Liposuction safe? *Plastic Reconstr* 1999 ; 104 ; 819.

étaient appliqués, ni s'ils offraient une compression suffisante et progressive sans effet de garrot qui aurait pu contribuer à la stase veineuse », écrit-elle.

La D<sup>re</sup> Duchesne a conclu à une mort accidentelle et recommande entre autres au Collège des médecins du Québec de prendre connaissance du rapport qu'elle a rédigé et de poursuivre sa réflexion sur les interventions chirurgicales effectuées dans des cliniques privées. ❧