

Étude ROCQ sur l'ostéoporose ne pas négliger les fractures de fragilité



Dr Louis Bessette

« Quatre-vingts pour cent des fractures qui surviennent chez les femmes de 50 ans et plus sont liées à l'ostéoporose », s'est aperçu le **Dr Louis Bessette**, l'un des rhumatologues qui dirigent l'étude *Reconnaître l'ostéoporose et ses conséquences au Québec* (ROCQ). Mais des observations encore plus troublantes inquiètent le chercheur.

Ainsi, la majorité des femmes qui subissent une fracture par fragilisation osseuse ne reçoivent toujours pas, six mois plus tard, de traitement contre

l'ostéoporose. Et le tiers de ces patientes en sont au moins à leur deuxième accident fracturaire. « C'est inquiétant, parce qu'il ne se passe rien. Personne ne s'inquiète de leur qualité osseuse », déplore le Dr Bessette, qui pratique au Centre hospitalier de l'Université Laval.

L'étude ROCQ, menée par les **Dr^s Jacques Brown**, de l'Université Laval, **Louis-Georges Ste-Marie**, de l'Université de Montréal, et Louis Bessette, force à un sombre constat : après une fracture ostéoporotique, la plupart des patientes restent exposées à un important risque fracturaire, même si la majorité consultent par la suite un médecin.

« Quand il y a une fracture par fragilisation osseuse, on est en présence d'une ostéoporose clinique et il faut la traiter. L'accident fracturaire est un critère plus important que l'ostéodensitométrie », rappelle le Dr Bessette, qui a récemment présenté ses résultats au congrès de l'American Society for Bone and Mineral Research.

Des cas d'ostéoporose non traitée

L'étude ROCQ, menée dans trois régions du Québec, soit Montréal, Québec et la Mauricie,

Encadré

Fractures par fragilisation osseuse

- Fracture survenue sans traumatisme important
- Fracture due à une chute en position debout ou assise
- Fracture découlant d'une chute de moins de 1 m de hauteur
- Fracture survenue après avoir raté de une à trois marches d'escalier
- Fracture s'étant produite au cours d'un mouvement dans l'axe normal de l'os

s'est penchée sur les femmes de 50 ans et plus victimes d'une fracture. Les participantes ont été recrutées dans 17 salles de plâtre d'unités d'orthopédie ou pendant leur hospitalisation dans les cas de fractures compliquées.

Au cours des 16 semaines qui ont suivi l'accident fracturaire, chacune des 1774 femmes recrutées a été appelée par un intervieweur. Il s'enquerrait de l'endroit de la fracture et des circonstances dans lesquelles elle s'était produite. Selon les réponses obtenues, les lésions étaient classées comme traumatiques ou ostéoporotiques (*voir encadré*).

Ainsi, parmi les participantes, 18 % avaient subi une fracture traumatique et 82 % une fracture de fragilité. La proportion de ces dernières croissait avec l'âge (*voir figure*). Le phénomène a surpris les chercheurs par son ampleur. « ROCQ est la première étude à se pencher sur ce problème depuis 35 ans », souligne le Dr Bessette.

Six à huit mois après la fracture, la deuxième phase de l'étude a été enclenchée. Parmi les patientes victimes d'une fracture de fragilité, 468 ont répondu au second questionnaire téléphonique : Ont-elles communiqué avec un médecin après leur fracture ? Un diagnostic

d'ostéoporose a-t-il été posé ? Quel traitement a été entrepris ?

Au moment où la fracture s'est produite, 17 % des patientes interrogées étaient déjà traitées pour l'ostéoporose. Parmi les participantes qui ne l'étaient pas, 82 % n'avaient toujours pas de traitement pharmacologique de six à huit mois plus tard. En définitive, l'ostéoporose de 73 % des patientes victimes d'une fracture par fragilisation osseuse n'avait pas été diagnostiquée ni traitée.

Pourtant, 73 % des 468 participantes avaient vu un médecin, en plus de l'orthopédiste, après leur accident. Elles avaient consulté au sujet de la fracture ou pour un autre problème de santé. Aux yeux du D^r Bessette, un clinicien aurait dû intervenir. « Il faut sensibiliser les orthopédistes qui voient toutes ces femmes. Il faut aussi rappeler aux omnipraticiens que lorsqu'une patiente a subi une fracture, il faut déterminer si cette lésion est attribuable à l'ostéoporose et traiter la femme en conséquence. » Parmi les participantes interviewées, 93 % avaient un médecin de famille et 33 % avaient déjà subi au moins une autre fracture après l'âge de 40 ans.

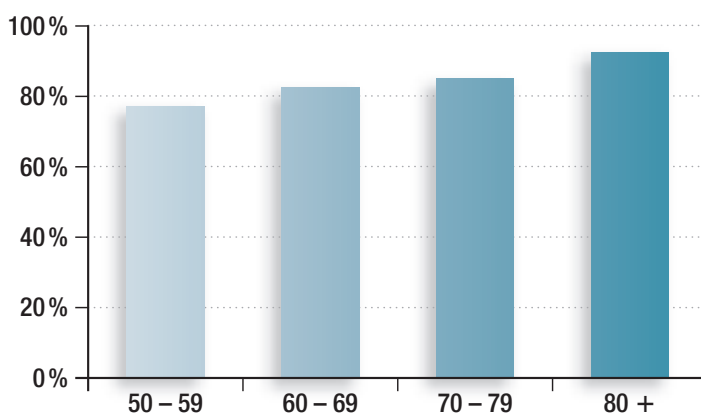
Intervenir directement auprès des femmes

Qu'en est-il des tests d'ostéodensitométrie ? La densité minérale osseuse de la moitié des patientes avait été mesurée avant que ne survienne la fracture. Après la lésion, 29 % avaient également passé le test. Bien des participantes ont d'ailleurs confié à l'intervieweur que leurs résultats étaient normaux.

« L'ostéodensitométrie est utile pour déterminer quelles patientes il faut traiter parmi celles qui n'ont jamais subi de fracture. Mais dès qu'il y a un accident fracturaire sans

Figure

Proportion de fractures par fragilisation osseuse selon le groupe d'âge



traumatisme important, on doit commencer un traitement sans tenir compte de la densité minérale osseuse. Les résultats de l'examen peuvent être normaux, mais la qualité osseuse ne l'est pas », précise le D^r Bessette.

Le rhumatologue et ses confrères vont tenter de déterminer les facteurs responsables du décalage entre la prise en charge réelle des patientes et le traitement souhaitable. Cet écart thérapeutique pourrait peut-être s'expliquer par des résultats d'ostéodensitométrie normaux.

Que faire pour remédier à la situation ? Les rhumatologues québécois explorent maintenant une nouvelle voie : une intervention directe auprès des femmes ayant une fracture de fragilité. Ils ont commencé à envoyer aux participantes des documents et une vidéo sur l'ostéoporose. Dans un an, des intervieweurs vérifieront si ce programme de formation les a incitées à consulter un médecin et leur a permis d'être traitées. Les résultats seront dévoilés en mars 2007. 📄

Epidémie d'infections à *Clostridium difficile* éviter les fluoroquinolones



Dr Jacques Pépin

Depuis 2002, une nouvelle souche de *Clostridium difficile* frappe le Québec. Des bactéries particulièrement virulentes et mortelles qui ont entraîné la mort de 16,7 % des malades qu'elles ont infectés. Le principal facteur de risque des patients touchés ? La prise de fluoroquinolones, ont découvert le Dr Jacques Pépin et son équipe de l'Université de Sherbrooke¹.

Plusieurs précautions peuvent cependant permettre d'échapper aux épidémies d'infections à *C. difficile*, selon les chercheurs

québécois, qui publient leurs données dans *Clinical Infectious Diseases*. Ils conseillent aux médecins non seulement de restreindre l'emploi des fluoroquinolones et de plusieurs autres antibiotiques également liés à l'apparition de cette infection, mais aussi de raccourcir les antibiothérapies contre certaines infections communes.

Les méfaits des quinolones

Désirant comprendre les facteurs qui ont favorisé l'épidémie d'infections à *C. difficile* dans leur hôpital, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), le Dr Pépin et ses collaborateurs ont effectué une étude rétrospective sur les cas qui s'y sont produits entre janvier 2003 et juin 2004. Ils ont revu les dossiers de 5619 patients hospitalisés dans les unités de médecine interne, de médecine familiale, de gastro-entérologie et de chirurgie

générale. Parmi ces malades, 293 ont été victimes de diarrhées nosocomiales à *C. difficile*.

Parmi les nombreux facteurs de risque étudiés, les antibiotiques se sont révélés les plus importants. « Mais il ne sont pas tous égaux. Les fluoroquinolones sont de loin ceux qui exposent le plus les patients à l'infection par le *C. difficile* actuellement présent au Québec », explique le Dr Pépin, spécialiste en maladies infectieuses et professeur au Département de microbiologie et d'infectiologie à l'Université de Sherbrooke. À elles seules, les quinolones étaient responsables de 35,9 % des cas.

Plusieurs autres classes d'antibiotiques ne sont cependant pas non plus inoffensives. Un risque de niveau moyen était associé aux trois générations de céphalosporines, aux macrolides, à la clindamycine et aux inhibiteurs de la β -lactame/ β -lactamase. En raison de la fréquence différente de leur utilisation, les céphalosporines ont été directement liées à 10,7 % des cas et la clindamycine, à seulement 1,5 % des infections à *C. difficile*. Par contre, contrairement à ce que soupçonnaient les chercheurs, les inhibiteurs de la pompe à protons n'étaient aucunement liés aux diarrhées.

Ces données marquent un tournant dans l'épidémiologie des infections nosocomiales à *C. difficile* qui, auparavant, étaient surtout liées aux céphalosporines et à la clindamycine. Au cours des dernières années, l'emploi des fluoroquinolones s'est toutefois accru. Par exemple, près du quart des 5619 patients étudiés en avaient reçues. Cette pression pourrait avoir favorisé l'émergence d'une nouvelle souche résistante aux quinolones. En plus de sa virulence, se propage efficacement par les graves diarrhées qu'il cause et n'est pas très sensible au métronidazole.

Quels antibiotiques employer ?

Les précautions habituelles pour juguler la transmission d'infections ont une efficacité limitée contre le *C. difficile*, dont les spores peuvent survivre des mois dans un hôpital. La solution ? Une utilisation judicieuse des antibiotiques. Plusieurs mesures sont recommandées :

1. Pepin J, Saheb N, Coulombe MA et coll. Emergence of fluoroquinolones as the predominant risk factor for *Clostridium difficile*-associated diarrhea: a cohort study during an epidemic in Quebec. *Clinical Infectious Diseases* 2005 ; 41 : 1254-60.


Encadré

Une bactérie plus virulente et plus mortelle

Depuis 2002, le visage de l'infection à *C. difficile* a changé au Québec. La nouvelle souche qui est apparue, la NAP1/027, est beaucoup plus virulente que les précédentes, ont prouvé le D^r Pépin et ses collaborateurs dans le *Lancet*². Elle produit 16 fois plus de toxines A et 23 fois plus de toxines B que les 12 principales souches qui sévissaient auparavant dans les hôpitaux d'Amérique du Nord. Ces deux toxines sont les responsables des atteintes et de l'inflammation qui surviennent dans le côlon.

La souche NAP1/027, que l'on trouve aussi aux États-Unis, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, est par ailleurs plus mortelle. Au Québec, le taux de mortalité dû à l'infection est de 16,7 % un an après le diagnostic, ont calculé les chercheurs sherbrookoises.

L'équipe du D^r Pépin a comparé le taux de mortalité de patients victimes d'une infection nosocomiale à *C. difficile* à celui de patients non contaminés appariés selon le sexe, l'âge, l'indice de comorbidité de Charlson et la durée de l'hospitalisation avant l'apparition de la diarrhée chez le sujet infecté. Trente jours après le diagnostic, 23 % des patients contaminés étaient morts par rapport à 7 % dans le groupe témoin. Après un an, le taux de décès grimpeait à 37,3 % chez les sujets infectés et à 20,6 % chez les autres. Une différence de 16,7 %, indiquent les chercheurs dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*³. L'hospitalisation des patients contaminés a, en outre, duré en moyenne presque 11 jours de plus que celle des autres sujets.

L'infection à *C. difficile* n'est ainsi plus ce qu'elle était. « Environ un sixième des patients hospitalisés qui ont eu des diarrhées liées à *C. difficile* sont morts, alors qu'on se serait attendu à ce qu'ils survivent au moins un an autrement », écrivent les auteurs. Le changement est important. « Jusqu'à récemment, la bactérie était considérée comme un agent pathogène ennuyeux, mais n'ayant pas de conséquence mesurable sur la mortalité. » 

2. Warny M, Pepin J, Fang A et coll. Toxin production by an emerging strain of *Clostridium difficile* associated with outbreaks of severe disease in North America and Europe. *Lancet* 2005 ; 366 : 1079-84.

3. Pepin J, Valiquette L, Cossette B. Mortality attributable to nosocomial *Clostridium difficile*-associated disease during an epidemic caused by a hypervirulent strain in Quebec. *CMAJ* 2005 ; 173. DOI:10.1503/cmaj.050978. Publié en ligne le 22 septembre 2005 (www.cmaj.ca).


- réduire le recours aux fluoroquinolones ;
- remplacer les antibiotiques liés à un risque moyen d'infections à *C. difficile* par des aminoglycosides (tels que la gentamicine ou la tobramycine), quand c'est possible. Cette substitution peut se faire, par exemple, pour des patients souffrant d'infections intra-abdominales ou d'une pyélonéphrite, et dont la fonction rénale est normale.
- administrer du triméthoprime-sulfaméthoxazole aux patients atteints d'une infection urinaire causée par une bactérie sensible à cet agent ;
- effectuer, chez les patients hospitalisés pour une pneumonie extrahospitalière, des prélèvements pour prescrire rapidement un antibiotique à faible spectre. Cela permet d'éviter d'employer non seulement la lévofloxacine, mais aussi l'association de ceftriaxone et d'azithromycine, qui est liée au même risque d'infection à *C. difficile*.

La longueur de l'antibiothérapie peut également être un facteur déterminant. « Pour la première fois, nous avons été en mesure de prouver que le risque d'infections à *C. difficile* lié à certains

antibiotiques était influencé par la durée de leur utilisation », soulignent les chercheurs dans leur article. C'était le cas des quinolones, des céphalosporines de première génération, du céfuroxime, de la clindamycine et des macrolides. Selon les auteurs, il faut donc envisager des traitements plus courts chez certains patients, comme chez ceux qui souffrent d'une pneumonie ou d'une infection intra-abdominale.

Les mesures préconisées par le D^r Pépin et ses collègues semblent être efficaces. Les médecins du CHUS ont commencé au printemps 2004 à changer leurs habitudes de prescription.

« Ils ont diminué de quelque 35 % l'emploi de ciprofloxacine et de 50 % le recours aux céphalosporines de deuxième et de troisième générations. Je pense que c'est ce qui nous a permis de baisser notre taux d'incidence d'infections à *C. difficile* », précise le D^r Pépin.

L'hiver dernier, le taux du CHUS était bien inférieur à celui de la plupart des grands hôpitaux de Montréal et de sa périphérie, assure le spécialiste qui se fonde sur les statistiques du ministère de la Santé et des Services sociaux. 

Etude MELANY découvrir les futurs diabétiques



Dr Jean-François Yale

Comment reconnaître les futurs diabétiques parmi des hommes jeunes, en bonne santé et à la glycémie normale ? En mesurant leur taux de glucose, leur indice de masse corporelle (IMC) et leur triglycéridémie, annoncent des chercheurs israéliens dans le *New England Journal of Medicine*¹. Lorsque la glycémie des hommes qu'ils ont étudiés se situait entre 5,05 et 5,50 mmol/l, le risque d'apparition du diabète était multiplié par huit en présence

d'obésité ou d'un taux de triglycérides d'au moins 1,69 mmol/l. Mais le danger était présent dès que la glycémie seule dépassait... 4,83 mmol/l.

« On va devenir de plus en plus perfectionnistes, parce qu'on s'aperçoit qu'il n'y a pas de seuil à partir duquel le risque de diabète disparaît, explique le Dr Jean-François Yale, directeur du Centre de jour métabolique à l'Hôpital Royal-Victoria, à Montréal. Le même continuum existe pour les complications cardiaques : plus la glycémie est basse, moins il y a de risque. Toutefois, cela ne signifie pas qu'il est réaliste de réduire la glycémie de tout le monde au niveau le plus bas. »

L'ombre du syndrome métabolique

L'étude israélienne MELANY (*Metabolic, Lifestyle, and Nutrition Assessment in Young Adults*), menée par les Drs Amir Tirosh et Iris Shai, portait sur 13 163 soldats de 26 à 45 ans, non diabétiques (glycémie à jeun initiale inférieure à 5,55 mmol/l). Les chercheurs ont analysé

les résultats d'analyse sanguine et d'examen physique de ces hommes ainsi que les données sur leur mode de vie. Ils ont ensuite suivi les soldats pendant presque six ans en moyenne. Au cours de cette période, 208 des sujets sont devenus diabétiques (deux glycémies à jeun de 7 mmol/l ou plus).

La probabilité qu'avait un soldat de devenir diabétique au cours des années augmentait en fonction de sa glycémie à jeun initiale. Un homme dont le taux se situait entre 5,28 mmol/l et 5,50 mmol/l avait presque trois fois plus de risques qu'un autre dont la glycémie était inférieure à 4,5 mmol/l. Dès que le seuil de 4,83 mmol/l était franchi, le risque augmentait. Il y a cependant un problème à utiliser ce critère : le nombre de personnes concernées. Plus de la moitié de la cohorte avait un taux de glucose de plus de 5,0 mmol/l.

Pour cerner plus précisément les futurs diabétiques, on peut ajouter certains facteurs de risque. Entre autres, un haut taux de triglycérides. La présence d'une triglycéridémie de 1,69 mmol/l ou plus chez des sujets dont la glycémie se situait entre 5,05 mmol/l et 5,50 mmol/l multipliait le risque par 8,23 par rapport à ceux dont la triglycéridémie était plus basse et la glycémie, inférieure à 4,77 mmol/l.

L'obésité est un second facteur de risque qui peut s'ajouter à la glycémie. Le risque était 8,29 fois plus élevé chez les soldats dont l'IMC était de 30 ou plus et la glycémie se situait entre 5,05 mmol/l et 5,50 mmol/l quand on les comparait aux hommes qui avaient un IMC inférieur à 25 et un taux de glucose en dessous de 4,77 mmol/l.

Ces résultats n'étonnent pas le Dr Yale. « Les études sur le syndrome métabolique montrent que le risque de diabète augmente beaucoup chez les personnes présentant des anomalies métaboliques ou atteintes d'obésité, surtout abdominale. »

Les données israéliennes confirment par ailleurs l'intérêt de la récente décision de l'American Diabetes Association d'abaisser le seuil de normalité de la glycémie de 6,06 mmol/l à 5,55 mmol/l. Malgré cette nouvelle définition, l'étude montre encore qu'une glycémie se trouvant dans la partie supérieure de la normale peut augmenter le risque de diabète de type 2.

1. Tirosh A, Shai I, Tekes-Manova D et coll. Normal fasting plasma glucose levels and type 2 diabetes in young men. *N Engl J Med* 2005; 353 : 1454-62.

Une approche de société

Aux yeux des chercheurs israéliens, les données découvertes pourraient ouvrir la porte à la prévention du diabète chez les hommes jeunes et en bonne santé. Il est ainsi dorénavant possible d'envisager des interventions préventives. Plusieurs approches se sont révélées efficaces chez les patients à risque : modification du mode de vie ou prise de metformine, de thiazolidinédiones, d'acarbose ou d'orlistat. Il faut maintenant vérifier si ces mesures sont utiles dans cette population jeune et saine.

Et les femmes ? « Même si l'étude présentée par Tirosh et coll. se penche seulement sur les hommes, il n'y a pas de raison de croire que les conclusions ne s'appliquent qu'à eux », estime le **D^r Ronald Arky**, de la Harvard Medical School, à Boston, dans son éditorial du *New England Journal of Medicine*². À son avis, tant chez les hommes que chez les femmes, lorsque la glycémie est entre 5,05 mmol/l à 5,50 mmol/l, il faut effectuer un counselling sur le poids et le mode de vie ainsi qu'une évaluation du profil lipidique.

Mais les médecins ont-ils les moyens de traiter toutes ces personnes ? « Même chez les patients dont la glycémie se situe entre 6,1 mmol/l et 7,0 mmol/l, qui courent donc un grand risque de devenir diabétiques, pratiquement rien n'est fait, même si les lignes directrices recommandent une intervention. Il faudrait changer les habitudes de vie de ces personnes, mais notre système de santé ne couvre pas, en général, les honoraires des diététistes », fait remarquer le D^r Yale.

Que faire pour aider les éventuels diabétiques ? « Les mesures que l'on pourrait prendre comme médecins pourraient avoir un effet individuel, mais le coût par personne traitée serait tellement prohibitif que l'on va complètement détruire le système. Je pense que les mesures destinées à la jeune population devront plutôt être des approches de société. Sinon, on va complètement submerger le réseau de soins. »

2. Arky RA. "Doctor, is my sugar normal?" *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 1511-3.

Cancer du sein

réévaluation de la mammographie de dépistage

Francine Fiore

Selon les conclusions d'un rapport de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), la mammographie pour le dépistage du cancer du sein est justifiée pour les femmes de 50 à 69 ans, mais n'est pas indiquée pour celles de 40 à 49 ans.

Ce rapport est le résultat d'une méta-analyse de huit études portant sur la mammographie de dépistage réalisées entre 1963 et 1982, aux États-Unis, en Suède, au Royaume-Uni et au Canada. Cette réévaluation des données avait pour objectif de vérifier les preuves scientifiques déterminant l'âge idéal pour le dépistage de masse du cancer du sein. Ces études ont démontré que la mammographie de dépistage de masse entraîne une réduction de la mortalité par cancer du sein de 24 % à 29 % chez les femmes de plus de 50 ans. Toutefois, les données n'indiquent aucune diminution significative chez les patientes de 40 à 49 ans.

Ces études n'apportent donc pas de preuves scientifiques permettant de recommander le dépistage par mammographie chez les femmes de moins de 50 ans. Cependant, les conclusions du rapport de l'AETMIS devront être revues au moment de la publication des résultats – en particulier du taux de mortalité – d'un essai ciblant des femmes plus jeunes (*UK Age Trial*), amorcé en 1991 au Royaume-Uni.

Fondé sur ces études, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), qui offre une mammographie tous les deux ans aux femmes de 50 à 69 ans depuis 1998, demeure donc pertinent. Les plus jeunes peuvent demander une ordonnance à leur médecin pour passer cet examen.

Une réévaluation nécessaire

Selon le **D^r André Robidoux**, directeur médical

de la Clinique des maladies du sein du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, qui a révisé le rapport de l'AETMIS, cette réévaluation des études était fondamentale. « Il faut se poser des questions sur ce que l'on fait afin de s'assurer que l'on réalise les bonnes choses, dit le titulaire de la Chaire Scotia en diagnostic et traitement du cancer du sein de l'Université de Montréal. Nous devons agir en fonction de données probantes, car il faut éviter d'exposer les femmes à des rayonnements sans avoir la preuve qu'il y a un bénéfice en ce qui concerne le risque de décès par cancer du sein. De plus, il faut éviter les effets néfastes des faux positifs, des rappels et des biopsies non nécessaires. »

Bien sûr, les études scientifiques comportent des lacunes. Mais elles sont toutes en faveur du dépistage par la mammographie. « Nous avons les études que l'on a, dit le D^r Robidoux. On peut toutes les critiquer, car aucune n'est parfaite. » Toutefois, le rapport de l'AETMIS indique qu'il y a de bonnes raisons de croire que des programmes de dépistage modernes et bien menés pourraient permettre de déceler et de diagnostiquer le cancer du sein à un stade plus précoce et peut-être d'obtenir une réduction de la mortalité plus importante que celle que l'on observe dans les essais sur le dépistage. « La mammographie permet de découvrir des cancers de plus en plus petits, soit de 1 mm à 3 mm, ainsi que des microcalcifications, ce qui favorise la guérison », indique le chirurgien-oncologue. Grâce au dépistage, nous souhaitons atteindre une réduction de la mortalité de 25 % à 30 % chez les femmes de plus de 50 ans, ce qui est important. Cependant, il faut que la population ciblée participe. » À son avis, si le taux de mortalité est à la baisse, il ne faut pas oublier non plus l'effet sur la survie de l'amélioration des traitements, dont la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie ciblée, les thérapies antihormonales et les médicaments.

Par ailleurs, le rapport de l'AETMIS indique que des clichés mammographiques de qualité, une deuxième lecture d'un certain nombre d'entre eux et l'expertise des lecteurs permettent de réduire le nombre de faux positifs et d'assurer la qualité du dépistage. ☞

Mises en garde **Administer le Nimotop** **par la bonne voie**

Le Nimotop® (nimodipine), un inhibiteur des canaux calciques indiqué comme traitement d'appoint de l'hémorragie sous-arachnoïdienne, doit être donné par voie orale. Des effets graves, voire mortels, ont été signalés après l'administration erronée du médicament par voie intraveineuse.

Lorsque le patient ne peut avaler la capsule parce que, par exemple, il est inconscient, « il faut percer les deux extrémités de la capsule au moyen d'une aiguille de calibre 18 et en aspirer le contenu dans la seringue. **On doit ensuite vider le contenu dans une sonde nasogastrique *in situ* et l'y faire descendre au moyen de 30 ml de soluté physiologique (à 0,9 %)** », recommande le fabricant, Bayer.

Strattera et risque **d'automutilation**

Le Strattera^{MC} (atomoxétine), indiqué dans le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, pourrait exercer sur le comportement et les émotions des effets susceptibles d'augmenter le risque d'automutilation, avertit Eli Lilly.

Le fabricant fait cette mise en garde après avoir pris connaissance d'une méta-analyse portant sur des études comparant l'atomoxétine à un placebo. Les données indiquent que les enfants et les adolescents qui prenaient le médicament avaient plus fréquemment des pensées suicidaires que les sujets témoins. Un des patients traités par le Strattera a d'ailleurs fait une tentative de suicide.

L'atomoxétine, un inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline, est indiqué pour les enfants à partir de six ans, les adolescents et les adultes. La méta-analyse révèle cependant que tous les cas d'apparition de pensées suicidaires concernaient des enfants de 7 à 12 ans. Ce type de problème n'a pas été signalé chez les adolescents, qui constituaient environ le quart des

sujets. Chez les adultes non plus, on n'a pas remarqué d'augmentation du risque d'événements liés au suicide.

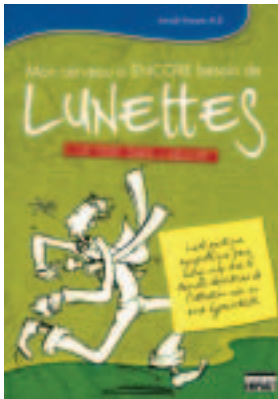
Les patients traités par l'atomoxétine pourraient donc courir plus de risques d'avoir des réactions comme des pensées suicidaires, de l'hostilité et

des sautes d'humeur. « Il est recommandé de surveiller étroitement l'apparition de pensées suicidaires ou de tout autre indicateur de risque de comportement suicidaire chez les patients de tous âges, y compris une agitation dans les émotions ou le comportement », conseille Eli Lilly. ☞

Livres *Francine Fiore*

Mon cerveau a ENCORE besoin de lunettes **le TDAH chez l'adulte**

Annick Vincent



Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) se manifeste dès l'enfance par des symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité. Toutefois, plus de la moitié des enfants souffrant de ce problème entraînent leurs symptômes à l'âge adulte.

Si la bougeotte et l'agitation diminuent avec l'âge, l'impulsivité et les difficultés d'attention sont des aspects qui persistent souvent toute la vie. Voilà pourquoi la D^e Annick Vincent,

psychiatre, a rédigé cet ouvrage. Après avoir publié *Mon cerveau a besoin de lunettes* pour expliquer aux enfants ce qu'est le TDAH, elle présente des connaissances à la fine pointe de la recherche afin d'aider les adultes atteints de ce problème.

Selon sa théorie, les différents outils visant à réduire l'intensité des symptômes agissent comme des lunettes pour le cerveau et l'aide à se concentrer. Ainsi, les médicaments interviennent telle une paire de « lunettes biologiques » et les différents mécanismes d'adaptation tels des « lunettes psychologiques ».

Agréable à consulter, ce beau livre vert, aux couleurs de l'espoir et à l'allure d'une bande dessinée, est enrichi des nombreuses d'illustrations de Nadia Berghella. En compagnie de deux guides, soit des personnages caricaturaux, monsieur Grouille et madame Oups, le lecteur fait de nombreuses découvertes sur le TDAH.

À partir de clin d'œil humoristiques et de témoignages de patients, l'auteure fait le point sur les symptômes et les traitements pharmacologiques spécifiques aux adultes actuellement disponibles au Canada. De même, elle indique les ressources et services qui leur sont offerts et propose des astuces efficaces et de nombreux trucs pratiques afin d'aider les adultes à mieux vivre avec le TDAH.

Les Éditions Académie Impact, Québec 2005, 96 pages, 19,95 \$.

Alimentation et santé cardiovasculaire

Chantal Guévremont



Voici le nouveau menu du jour. Il se compose d'une entrée d'oméga-3, accompagnée d'un assortiment d'antioxydants, suivi d'un plat de protéines assaisonnées d'acide folique et d'une salade arrosée de gras mono-insaturés. Et pour couronner le tout, un dessert mariant fibres, vitamines et potassium est à l'honneur. Trop sérieux et peu alléchant croyez-vous ? Pas du tout. Maintenant, voyons comment préparer un tel délice. Diététiste à l'Unité de cardiologie de la Cité de la Santé de Laval,

Chantal Guévremont, révèle les secrets de ces petits plats, bons pour la santé en général et pour celle du cœur en particulier. Débordant de délicieux conseils et d'astuces pour bien se nourrir, ce guide facile à consulter, indique les éléments nutritionnels essentiels, particulièrement ceux qui doivent être absorbés pour conserver un cœur et des artères en bonne santé.

Dans un langage clair et vulgarisé, l'auteure se penche sur les éléments fondamentaux sur le plan cardiovasculaire, dont le cholestérol, les lipoprotéines, les triglycérides, etc. En outre, la diététiste explique ce qu'est un bilan lipidique et comment calculer l'indice de masse corporelle et mesurer le tour de taille. On apprend même à lire les étiquettes des produits alimentaires. À tout cela s'ajoutent des listes d'aliments à consommer afin de s'assurer d'un apport adéquat des nutriments suggérés, des recettes faciles à réaliser et même les choix à faire au restaurant.

Éditions Ressources, Saint-Jérôme (Québec), 2005, 111 pages, 17,95 \$.

Mon guide nutritionnel

pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle

*Sous la direction
de Denis Drouin et Alain Milot*



On l'a toujours dit : bien manger, c'est bon pour la santé. Et une saine alimentation joue un rôle fondamental dans la maîtrise de l'hypertension artérielle. Et attention ! Couper

le sel ne suffit pas. Il faut aussi surveiller la consommation d'alcool, de gras, de sucre, etc. Outil de prévention, ce guide est conçu en fonction de cet important facteur de risque de la maladie cardiovasculaire qu'est l'hypertension. Ce livre révèle donc comment faire les bons choix à l'épicerie, au restaurant ainsi qu'à la maison.

Ainsi, des diététistes spécialisées en santé cardiovasculaire y proposent une alimentation selon le régime DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*). Cette nouvelle approche nutritionnelle émanant du National Heart, Lung and Blood Institute des États-Unis mise sur les antioxydants, le calcium, les fibres, le magnésium, le potassium ainsi que sur plusieurs autres vitamines et minéraux. De nombreux tableaux indiquent quoi manger et en quelle quantité. Tout est passé en revue : les produits laitiers, les viandes, les poissons, les volailles, les fruits et légumes, etc. Une attention particulière est portée aux matières grasses puisqu'il y a souvent une certaine confusion en ce qui concerne les gras mono-insaturés, polyinsaturés et hydrogénés. La question des produits naturels et des médicaments y est également abordée. De même, on apprend, dans ce guide, comment déchiffrer les étiquettes alimentaires et découvrir la vraie valeur nutritive des produits. En outre, le lecteur y trouve un plan d'action personnalisé, des suggestions de lecture, une liste de sites Internet, des recettes ainsi qu'un lexique qui facilite la compréhension du texte.

Société québécoise d'hypertension artérielle, Montréal, 2005, 60 pages, 19,95 \$.

Commander à :

Librairie médicale et scientifique

Téléphone : (450) 464-3166

Télécopieur : (450) 464-7288

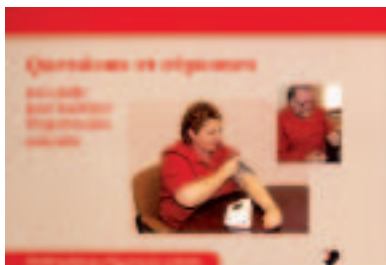
Courrier : LMS@videotron.ca

Site Internet : www.LMSBOOK.com

Questions et réponses

mon guide pour maîtriser l'hypertension artérielle

*Sous la direction
de Denis Drouin et Alain Milot*



C'est bien connu ! Tel un volcan endormi, l'hypertension artérielle est une maladie silencieuse causant de graves dommages lors de son éruption. Par conséquent, patients

et médecins doivent suivre de près les variations de la pression sanguine afin d'éviter une catastrophe comme l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral. Ce livre contient donc de précieux conseils provenant de nombreuses sommités médicales et répond aux questions que se posent les patients hypertendus et leurs proches.

Ainsi, le D^r Gérard E. Plante décrit ce qu'est la pression artérielle souvent appelée « haute pression », alors que les D^{rs} Serge Langlois et Alain Vanasse abordent la façon de la mesurer. De son côté, le D^r Yves **Lacourcière** insiste sur l'importance de la MAPA de 24 heures (mesure ambulatoire de la pression artérielle) qui constitue un outil complémentaire à la mesure de la pression au cabinet et à l'auto-mesure à domicile. Par ailleurs, le D^r Pierre Larochelle raconte comment se font le diagnostic et l'évaluation de la gravité de l'hypertension. Autre grand spécialiste en la matière, le D^r Pavel Hamet discute des questions d'hérédité et des autres troubles métaboliques associés à la maladie. Gériatre bien connue, la D^{re} Judith Latour, de son côté, parle bien sûr de l'hypertension chez la personne âgée. Présenté sous forme de blocs bien définis et rehaussé de nombreux tableaux et illustrations en couleurs, le texte est accessible à tous. En outre, ce guide donne des indications précises en vue de bien préparer la visite chez le médecin ou chez le pharmacien, renseigne sur ce qu'il faut faire en cas de malaise, etc. Il contient aussi un aide-mémoire pour les personnes atteintes d'hypertension.

Société québécoise d'hypertension artérielle, Montréal, 2005, 70 pages, 19,95 \$.

Commander à :

Librairie médicale et scientifique

Téléphone : (450) 464-3166

Télécopieur : (450) 464-7288

Courrier : LMS@videotron.ca

Site Internet : www.LMSBOOK.com (Suite à la page 121) >>>

◀◀ (Suite de la page 36)

Livres Francine Fiore

Paxil Blues

Antidépresseurs : la société sous influence

Christian Saint-Germain



Anxiété, dépression, panique, peu importe le problème. La solution c'est l'antidépresseur. Voilà du moins ce que croit une grande partie de la population. Bien sûr, l'humeur est une étrange colocataire de l'être humain. Souvent, elle présente des variations dont il faut s'accommoder. Afin de mieux maîtriser les hauts et les bas de cette compagne instable, il existe une cosmétique de l'humeur, une sorte de *lifting* moléculaire, soit l'antidépresseur qui remonte le moral en un rien de temps.

Sans nier l'évolution et les progrès scientifiques du traitement des problèmes psychotiques grâce aux molécules stabilisantes, l'auteur, **Christian Saint-Germain**, professeur en éthique appliquée au Département de philosophie de l'Université du Québec à Montréal, remet en question l'utilisation de masse des antidépresseurs. À l'heure où plusieurs vénèrent le dieu sérotonine, il dénonce la publicité et la commercialisation à outrance, moussées non pas par une préoccupation du bien-être des gens, mais par l'appât du gain des entreprises pharmaceutiques qu'il écorche au passage.

Avec humour et ironie, l'auteur trace le portrait d'une société qu'il dit « sous influence », celle des molécules du bien-être. À son avis, on banalise la dépression et les autres problèmes de l'humeur en tentant de les traiter à l'aide d'un comprimé, comme on le fait pour un simple mal de tête.

Selon l'auteur, les moyens de survie psychique et de maintien de l'ordre social se trouvent ailleurs que dans un arsenal de cataplasmes moléculaires. Sans apporter de solution de rechange, il estime que trop nombreux sont ceux qui acceptent la pénitence de l'antidépresseur, de ses effets secondaires et de l'accoutumance qu'il peut entraîner afin de se conformer à leur environnement prônant le bonheur à tout prix.

Les Éditions du Boréal, Montréal 2005, 163 pages, 22,50 \$.

(Suite à la page 123) ▶▶▶

◀◀ (Suite de la page 121)

Larmes artificielles GenTeal risque potentiel d'infection oculaire

Certains lots de larmes artificielles GenTeal, dans des contenants de 3,5 ml et de 10 ml, pourraient ne pas être stériles et constituer ainsi un risque d'infection oculaire grave, avertit Santé Canada. Le distributeur du produit, Novartis Pharma Canada, a d'ailleurs amorcé un rappel volontaire des lots concernés :

GenTeal – Contenant de 3,5 ml

Lot	Exp.
Z12417	Déc. 05
Z13029	Avr. 06
Z12906	Mai 06
Z12907	Juin 06
Z12908	Juin 06
Z13414	Juin 06
Z13171	Juin 06
Z13172	Juil. 06
Z13173	Juil. 06

GenTeal Gel – Contenant de 10 ml

Lot	Exp.
Z12420	Déc. 05
Z12902	Mars 06
Z13031	Avr. 06
Z13318	Juil. 06
Z13448	Nov. 06

Santé Canada, qui a spécifiquement recommandé aux consommateurs de ne pas utiliser ces lots, n'a reçu jusqu'à présent aucun signalement d'effets indésirables associés au produit. ☞

Allaitement maternel on oublie les recommandations

Francine Fiore

Malgré les recommandations de l'Agence de santé publique du Canada, seulement une nouvelle mère sur six nourrit son enfant exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie, indique les Rapports sur la santé de Statistiques Canada qui se fondent sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003. Les données révèlent, en outre, qu'au cours des cinq années précédant l'enquête, seulement 17 % des femmes ayant eu un enfant ont suivi ces directives.

L'ESCC nous apprend également que 85 % des mères ont essayé d'allaiter leur dernier bébé. Toutefois, plusieurs d'entre elles ont arrêté au cours du premier mois. Moins de la moitié ont poursuivi l'allaitement au sein pendant au moins six mois, et la moitié des mères de ce groupe ont donné exclusivement du lait maternel à leur bébé, sans ajout d'eau, de substitut du lait maternel, d'autres liquides ou d'aliments solides.

La proportion de femmes qui ont essayé d'allaiter leur bébé a quand même plus que triplé au cours des 40 dernières années. Au milieu des années 1960, seulement le quart des femmes avaient tenté de nourrir leur enfant au sein. ☞

(Suite à la page 145) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 123)

Enquête nationale sur la santé de la population

l'embonpoint entraîne l'obésité

Francine Fiore

Près du quart des Canadiens souffrant d'embonpoint en 1994-1995 étaient obèses huit ans plus tard, soit en 2002-2003, révèlent de nouvelles données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). À l'inverse, seulement 10 % de ceux qui avaient initialement un surpoids avaient retrouvé un poids santé.

Ainsi, plus de 1,1 million de Canadiens adultes sont devenus obèses, soit environ 600 000 nouveaux cas d'obésité chez les hommes et près de 500 000 chez les femmes en moins d'une décennie. L'obésité est apparue non seulement chez les personnes faisant déjà de l'embonpoint, mais également chez le tiers de celles qui avaient un poids santé au début de l'enquête.

Les participants, âgés de 20 à 56 ans en 1994-1995, ont été suivis pendant huit ans. Les hommes qui étaient dans la vingtaine et la trentaine en début d'étude et faisaient de l'embonpoint, de même que les femmes dans la vingtaine ayant un surplus de poids, étaient plus susceptibles de devenir obèses que ceux et celles qui étaient alors dans la cinquantaine.

Chez les hommes affichant un poids santé en 1994-1995, 38 % faisaient de l'embonpoint à la fin de l'étude comparativement à 28 % des femmes. Toutefois, 28 % des femmes présentant de l'embonpoint au départ étaient

(Suite à la page 156) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 145)

devenues obèses comparativement à 20 % des hommes. Bien que l'étude ne porte pas sur les enfants, les auteurs indiquent que l'obésité chez les parents augmente significativement le risque d'obésité chez les enfants.

Style de vie

Selon les données, le style de vie semble jouer un rôle dans la prise de poids. Les hommes atteints d'embonpoint et qui fumaient en 1994-1995 avaient 50 % plus de risque d'être obèses en 2002-2003 que ceux n'ayant jamais fumé. Ces résultats contredisent ceux d'autres études selon lesquelles les fumeurs auraient moins tendance à souffrir d'obésité que ceux qui n'ont jamais fumé. En outre, une analyse plus poussée des données de l'ENSP a mis en évidence une prise de poids chez les personnes qui avaient cessé de fumer depuis 1994-1995.

Chez les femmes faisant de l'embonpoint et qui consommaient occasionnellement de l'alcool, le risque

de devenir obèse était près de 50 % plus faible que chez celles qui n'avaient jamais bu. Bien qu'on observe une tendance comparable chez les hommes, l'association n'est pas statistiquement significative.

Et comme il fallait s'y attendre, les personnes faisant de l'embonpoint et dont l'activité physique était limitée présentaient un plus grand risque de devenir obèses. L'activité physique modérée, y compris la marche et le fait de rester debout, assure aux femmes qui font de l'embonpoint une certaine protection contre l'obésité.

Par ailleurs, le revenu entre en ligne de compte. Ainsi, les hommes et les femmes faisant de l'embonpoint et dont les revenus étaient élevés au début de l'étude avaient environ 40 % moins de risque de devenir obèses que les personnes aux revenus inférieurs.

L'étude a également porté sur des différences géographiques, mais n'a révélé aucune association entre la région du domicile et le risque d'obésité. 📍