

Arthrose du genou glucosamine et chondroïtine inefficaces ?



Dr Jacques Brown

L'éclat de la glucosamine vient d'être terni. Tout comme celui de la chondroïtine sulfate. Aux États-Unis, une étude subventionnée par les National Institutes of Health, a démontré qu'aucun des deux produits ne réduit efficacement la douleur des patients souffrant d'arthrose du genou¹. Même en association, les deux

suppléments alimentaires ne sont pas plus performants. Sauf, peut-être, chez les patients dont la douleur est assez importante, mais cela reste à confirmer par une autre recherche.

GAIT (*Glucosamine/chondroitin Arthritis Intervention Trial*), l'étude à double insu et à répartition aléatoire qui a révélé ces faits, comprenait 1583 patients présentant une gonarthrose douloureuse, mais dont la souffrance n'était toutefois pas très importante pour la plupart. L'âge moyen des sujets, dont 64 % étaient des femmes, s'élevait à 59 ans.

Les participants ont été distribués en cinq groupes qui allaient prendre chaque jour pendant 24 semaines respectivement :

- 1500 mg de glucosamine ;
- 1200 mg de chondroïtine sulfate ;
- 1500 mg de glucosamine et 1200 mg de chondroïtine sulfate ;
- 200 mg de célécoxib ;
- un placebo.

Les sujets pouvaient utiliser jusqu'à 4000 mg

d'acétaminophène par jour comme analgésique. La mesure principale de cette recherche, menée par le Dr Daniel Clegg de l'université de l'Utah, était une diminution de 20 % de la douleur au genou. « On ne peut rien reprocher à la méthodologie de cette étude. Elle porte, en outre, sur des sujets qui sont représentatifs des patients souffrant d'arthrose », estime le Dr Jacques Brown, chef du Service de rhumatologie au Centre hospitalier universitaire de Québec.

Les constats de l'étude ? La glucosamine et la chondroïtine sulfate ne sont pas plus efficaces qu'un placebo pour réduire la douleur de 20 %. Ce niveau de soulagement a ainsi été atteint chez :

- 60,1 % des patients prenant un placebo ;
- 64,0 % des sujets sous glucosamine ;
- 65,4 % des personnes recourant à la chondroïtine sulfate ;
- 66,6 % des malades employant les deux médicaments ;
- 70,1 % des participants recevant du célécoxib.

Parmi les cinq groupes, seul le célécoxib s'est significativement démarqué du placebo. Le recours à l'acétaminophène n'a, par ailleurs, pas été massif : les patients ont pris de 1,6 à 1,9 comprimé de 500 mg par jour.

Moins efficaces que le célécoxib

La glucosamine et la chondroïtine sulfate ne se sont pas révélées inefficaces sur toute la ligne. Chez les 354 malades dont les douleurs allaient de modérées à importantes, l'association des deux suppléments a été significativement plus efficace que le placebo : elle a soulagé 79,2 % des patients contre 54,3 %. Le célécoxib, par contre, ne s'est pas avéré supérieur au placebo. « L'analyse des données d'un sous-groupe ne permet jamais de tirer de conclusions définitives. Les résultats qui en ressortent doivent toujours être confirmés par une autre étude », rappelle le Dr Brown.

Deux ou trois fois par jour, le rhumatologue se

1. Clegg DO, Reda DJ, Harris CL et coll. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 795-808.

fait interroger sur l'efficacité de la glucosamine ou de la chondroïtine sulfate. Sa réponse reste identique à la lumière de l'étude GAIT. « J'explique aux patients qu'il n'y a pas de preuves scientifiques que la glucosamine ou la chondroïtine sulfate prises par voie orale se rendent vraiment jusqu'au cartilage. Ces deux produits sont des constituants normaux du cartilage. Ils permettent d'y attirer du liquide, ce qui donne à cette structure sa souplesse et son incompressibilité pendant les mouvements. En présence d'arthrose, cependant, la concentration de glucosamine et de chondroïtine sulfate diminue. Théoriquement, si on arrivait à l'augmenter localement, ce serait bénéfique pour les articulations. »

Le chapitre de la glucosamine et de la chondroïtine sulfate est-il presque clos ? Peut-être pas. « L'étude GAIT montre seulement que ces produits n'ont pas d'effets analgésiques pour soulager la douleur causée par l'arthrose. Mais est-ce qu'ils ne pourraient pas être employés pour ralentir la dégradation du cartilage, comme semblent l'indiquer ceux qui en préconisent l'emploi ? Cette étude ne répond pas à cette question. Il en faudra une autre pour le savoir. » 🍷

Hypertension et hyperlipidémie

Caduet : deux traitements en un seul comprimé

Julie Calvé

L'amlodipine (Norvasc^{MC}) et l'atorvastatine (Lipitor^{MD}), deux des médicaments les plus prescrits dans le monde, sont maintenant offerts en un seul comprimé : le Caduet^{MC}. Un antihypertenseur et antiangineux ainsi qu'un régulateur du métabolisme des lipides réunis dans le même produit.

« C'est la première fois qu'on associe ainsi des médicaments qui agissent sur deux facteurs de risque complètement différents et indépendants pour prévenir et traiter des maladies cardiovasculaires », indique le **D^r Philippe L.-L'Allier**, cardiologue à l'Institut de Cardiologie de Montréal et professeur

adjoint de clinique à l'Université de Montréal.

Il existe déjà des médicaments antihypertenseurs qui comprennent deux molécules différentes qui agissent, toutefois, sur un facteur de risque unique.

Le Caduet présente donc un avantage pratique pour les personnes prenant plusieurs médicaments, ce qui s'avère généralement le cas des patients traités pour des problèmes de santé cardiovasculaire. Plus encore, le fait de prendre un seul comprimé plutôt que deux contribuerait à la réussite du traitement. « L'observance dépend directement du nombre de comprimés, comme l'a montré une importante littérature scientifique », précise le D^r L.-L'Allier. Les deux composés du médicament n'ont cependant pas ensemble d'effets synergétiques.

Le Caduet peut également être prescrit à titre préventif aux patients hypertendus qui présentent au moins trois des facteurs de risque reconnus des maladies cardiovasculaires, tels que le diabète, le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le fait d'être de sexe masculin et l'âge (55 ans et plus).

Le nouveau médicament est offert en huit associations de doses différentes (amlodipine/atorvastatine) : 5 mg/10 mg ; 5 mg/20 mg ; 5 mg/40 mg ; 5 mg/80 mg ; 10 mg/10 mg ; 10 mg/20 mg ; 10 mg/40 mg ; 10 mg/80 mg. Un choix intéressant, mais néanmoins « fixe et limité », observe le cardiologue. Le nouveau médicament ne devrait, par ailleurs, pas être prescrit comme traitement initial, question de déterminer en premier lieu la dose de chacun de ses composants.

Le Caduet se vend de 94 \$ à 122 \$, ce qui s'avère moins cher que les deux médicaments achetés séparément dont le total varie de quelque 113 \$ à 153 \$. Le prix de l'amlodipine varie généralement de 50 \$ à 70 \$ et celui de l'atorvastatine de 63 \$ à 84 \$. Le Caduet n'a toutefois pas encore été approuvé par la RAMQ.

Le Caduet n'est peut-être que le précurseur d'une toute nouvelle génération de médicaments dits « d'approche globale ». Un traitement pharmacologique associant les quatre médicaments les plus communément prescrits pour le traitement des maladies cardiovasculaires (amlodipine, atorvastatine, bêtabloquant et aspirine) fait actuellement l'objet de recherche en Australie. 🍷

Grossesse et arrêt des antidépresseurs risque élevé de récurrence de la dépression

Les femmes sous antidépresseurs devraient-elles cesser leur traitement pendant la grossesse ? D'un côté, il y a les risques pour l'enfant, comme ce nouveau lien entre l'hypertension pulmonaire chez le nouveau-né et la prise d'inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine à la fin de la grossesse (voir page 19)¹. De l'autre, il y a la santé de la mère. Les femmes enceintes qui ont souffert de graves dépressions s'exposent à un taux de rechute de 68 % quand elles interrompent leur traitement, montre une nouvelle étude².



M^{me} Brigitte Martin

Que décider ? « Chez les femmes qui ont des antécédents de dépression importante, le risque de cesser les antidépresseurs est probablement plus élevé que celui de complications néonatales », analyse M^{me} **Brigitte Martin**, pharmacienne au Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine et

responsable du centre IMAGE chargé de fournir des informations téléphoniques sur les médicaments et la grossesse aux professionnels de la santé.

La forte probabilité d'une récurrence de la

dépression, que confirme une étude du *Journal of the American Medical Association* (JAMA), pèse ainsi lourd dans la balance. Les auteurs de la recherche, le D^r **Lee Cohen**, du Massachusetts General Hospital, et ses collègues ont quantifié ce risque en suivant 201 patientes enceintes au sein de trois centres spécialisés dans le traitement des maladies psychiatriques pendant la grossesse.

Toutes les participantes avaient un lourd passé dépressif : âgées en moyenne de 19 ans lors des premiers symptômes, elles avaient fait une dépression d'une durée de 15 ans en moyenne. Au moment de leur entrée dans l'étude, elles étaient enceintes de moins de 16 semaines. Toutes prenaient ou avaient pris jusqu'à récemment des antidépresseurs. Elles étaient euthymiques depuis au moins les trois mois qui précédaient leurs dernières règles.

Un risque de récurrence cinq fois plus élevé

Le D^r Cohen et ses collaborateurs ont divisé les patientes en quatre groupes selon la décision qu'elles avaient prise de poursuivre leur traitement antidépresseur à partir de la période de conception, de le cesser pendant au moins une semaine, de le diminuer ou de l'intensifier (voir le tableau). À chaque visite mensuelle, les chercheurs évaluaient leur état mental.

Parmi les 82 femmes qui ont poursuivi leur traitement antidépresseur, le taux de rechutes s'est limité à 26 %. Par contre, chez les 65 sujets

Tableau

Les différents groupes de femmes enceintes de l'étude

Catégorie	Nombre	Taux de récurrences de la dépression
Maintien de la dose	82	26 %
Interruption du traitement	65	68 %
Diminution de la dose	34	35 %
Augmentation de la dose	20	45 %
Total	201	

1. Chambers CD, Hernandez-Diaz S, Van Marter LJ. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 579-87.

2. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL et coll. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006 ; 295 : 499-507.

qui l'ont interrompu, ce pourcentage a grimpé à 68 %. Le risque de ces patientes est en fait multiplié par cinq quand on tient compte de différents facteurs comme le nombre d'épisodes antérieurs, le type de médicaments utilisés et l'état matrimonial.

Par ailleurs, chez les 34 femmes qui ont opté pour une réduction de leur dose d'antidépresseurs, 35 % sont redevenues dépressives. Parmi ces participantes et celles qui ont cessé de prendre des antidépresseurs, 61 % ont repris leur pharmacothérapie au cours de la grossesse.

Les risques d'une récurrence

Serait-il utile d'interrompre le traitement antidépresseur au moins pendant la période de la conception ? Les chercheurs soulignent que la moitié des femmes qui l'ont fait n'ont pas eu de dépression pendant le premier trimestre de la grossesse. Cette précaution n'est cependant pas indispensable, estime M^{me} Martin. « Bien que les données soient encore insuffisantes pour exclure tous les risques, beaucoup d'études montrent que la prise d'antidépresseurs au début de la grossesse n'augmente pas le risque de malformations graves. Il est vrai cependant que la paroxétine (Paxil®) a récemment fait l'objet d'une mise en garde à cause d'une petite augmentation du risque de malformation cardiaque. »

Malgré les faibles risques pour l'enfant, beaucoup de femmes, même avec de lourds antécédents de dépression, désirent cesser tout traitement à partir de la conception. Le D^r Cohen et ses collègues ont été frappés de le constater dans leur étude. Sur les 201 femmes qu'ils ont suivies, 99 ont cessé ou diminué leurs doses.

L'interruption de la prise d'antidépresseurs fait cependant planer la menace d'une réapparition de la dépression. Et les répercussions peuvent être graves : troubles de l'appétit, effet sur le poids, parfois perturbation du déroulement de la gestation. « Il y a également un risque accru de gestes suicidaires, d'abus ou de consommation de substances psychotropes. La dépression peut avoir des répercussions sur le réseau familial et social ou être une entrave

à la préparation de la venue de l'enfant. La mère risque également d'arriver à l'accouchement dans un état psychique qui ne facilite pas la création du lien avec le bébé, ce qui pourrait avoir des répercussions sur le développement de l'enfant », explique le D^r Martin St-André, psychiatre au CHU Sainte-Justine, à Montréal.

Pour sa part, le spécialiste n'interrompt pas le traitement antidépresseur de ses patientes enceintes.

Il n'en diminue les doses que si elles sont extrêmement élevées. « Il faut s'assurer qu'il y a une couverture au moment où le risque de dépression est le plus élevé, c'est-à-dire pendant les premières semaines de la période post-partum. Si on cesse le traitement, on est à la merci du retour des symptômes. Et comme les antidépresseurs prennent un certain temps à faire effet, il peut y avoir un bris de couverture pendant plusieurs semaines. »

Et qu'en est-il pour les futures mères sous antidépresseurs qui sont moins atteintes que celles de l'étude du *JAMA* ? « Certaines femmes désirent cesser la prise d'antidépresseurs pour ne prendre aucun risque pour l'enfant. On doit évaluer leur probabilité de rechute à la lumière de certains critères comme la gravité de la dépression traitée, sa durée, le temps qui s'est écoulé depuis les dernières manifestations, la fréquence des récurrences et la présence antérieure d'une dépression pendant la période post-partum », précise le psychiatre. La décision d'interrompre le traitement antidépresseur peut se défendre dans certains cas, estime-t-il, mais elle exige un suivi médical plus étroit. Dans tous les cas, ajoute le spécialiste, la psychothérapie individuelle et familiale demeure un outil central. ☞



D^r Martin St-André

Photo : Chantal Huot / CHU Sainte-Justine

ISRS et grossesse risque d'hypertension pulmonaire chez l'enfant

Un nouveau risque est associé à la prise d'inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) après la vingtième semaine de grossesse : l'hypertension pulmonaire persistante chez le nouveau-né. Ce danger, que met en lumière une étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* (NEJM), reste cependant peu fréquent¹.

« Jusqu'à présent, on pensait que la grande majorité des problèmes que présentaient les enfants exposés aux ISRS étaient bénins et passagers, comme la tachypnée, l'hypertonie et l'irritabilité. De 20 % à 30 % de ces bébés peuvent être touchés. L'étude du *NEJM* nous révèle toutefois que chez une très petite proportion d'entre eux, les effets peuvent être plus graves », affirme **M^{me} Brigitte Martin**, pharmacienne responsable du centre d'information téléphonique IMAGE du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

Les auteurs de l'étude, **M^{me} Christina Chambers**, de l'université de Californie, et ses collaborateurs, ont voulu explorer le lien possible qui s'était dessiné entre l'hypertension pulmonaire et la prise de fluoxétine (Prozac) à la fin de la grossesse dans une étude de cohorte. Dans le cadre d'une étude cas-témoins, l'équipe de recherche a donc interviewé, au cours des six mois qui ont suivi l'accouchement, 377 mères dont le bébé avait été victime d'hypertension pulmonaire et 836 femmes témoins qui avaient eu un enfant au cours de la même période.

Les résultats ont confirmé les soupçons. Quatorze des mères d'enfants victimes d'hypertension pulmonaire (3,7 %) avaient pris des ISRS après la 20^e semaine de grossesse contre six dans le groupe témoin (0,7 %). Le risque d'hypertension pulmonaire lié à la prise de ces antidépresseurs est multiplié par six quand on tient compte de facteurs comme le diabète de la mère, sa race

et son indice de masse corporelle.

Le risque n'est toutefois pas aussi grand qu'on pourrait le craindre. « Environ 99 % des femmes prenant l'un de ces médicaments vers la fin de la grossesse accouchera d'un enfant qui ne souffrira pas d'hypertension pulmonaire persistante », précisent les auteurs. De manière plus détaillée, ils indiquent que « si l'on assume que le risque relatif d'hypertension pulmonaire de 6,1 observé dans notre étude est exact et que le lien est causal, le risque absolu des femmes qui recourent aux ISRS dans la dernière partie de leur grossesse est relativement bas (environ de 6 à 12 cas pour 1000 femmes). » Normalement, cette complication survient chez un ou deux enfants pour 1000 naissances vivantes.

Et y a-t-il des risques pour les femmes enceintes à prendre un ISRS au début de la grossesse ou à recourir à un autre antidépresseur ? Les chercheurs n'ont pas constaté de lien entre la persistance de la circulation foetale et la prise d'un ISRS avant la vingtième semaine. Ni avec l'utilisation d'un antidépresseur autre qu'un ISRS au cours de la grossesse.


Une accumulation possible du médicament

Contrairement à la croyance générale, la période critique en ce qui concerne l'emploi d'ISRS n'est pas seulement l'embryogenèse. « D'après les données dont on dispose, la prise d'antidépresseurs ne pose pas de risques élevés de malformations structurelles pendant le premier trimestre. La fin de la grossesse, par contre, est plus délicate », note M^{me} Martin.

Mais d'où vient ce risque lié à la consommation d'ISRS au cours de la seconde moitié de la gestation ? M^{me} Chambers et ses collaborateurs avancent plusieurs hypothèses, dont l'une selon laquelle les poumons constituent un réservoir pour les antidépresseurs. Une accumulation substantielle d'ISRS y a été observée. « La sérotonine a non seulement des propriétés vasoconstrictrices qui augmentent la résistance vasculaire pulmonaire, mais aussi des effets mitogéniques et comitogéniques sur les cellules des muscles lisses pulmonaires, expliquent les chercheurs. Par conséquent, un taux plus élevé

1. Chambers CD, Hernandez-Diaz S, Van Marter LJ. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 579-87.

de sérotonine circulant dans le fœtus et une accumulation de sérotonine dans les poumons peuvent résulter en une prolifération des cellules des muscles lisses, ce qui est une caractéristique de l'hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né. »

Les risques associés à la prise d'ISRS pendant la grossesse n'ont peut-être pas encore tous été explorés. Récemment, GlaxoSmithKline révélait qu'une seconde étude avait confirmé que la prise de paroxétine (Paxil® et Paxil CR^{MC}) pendant le premier trimestre de grossesse était liée à un risque légèrement accru de malformations cardiaques chez l'enfant. « Ces études continuent à nous rappeler que le fait de prescrire un antidépresseur à une femme enceinte n'est pas un geste anodin », conclut la pharmacienne. 

Hernies inguinales chez l'homme attendre l'accroissement des symptômes avant d'opérer



Dr Jeffrey Barkun

Jusqu'à présent, les hommes ayant une hernie inguinale, même peu gênante, devaient être opérés. Une nouvelle option est maintenant possible : la surveillance. Des chercheurs, dont des Montréalais, viennent de montrer qu'on peut retarder sans danger l'intervention chirurgicale quand les symptômes sont minimes et n'opérer que s'ils s'aggravent.

L'étude, publiée dans le *Journal of the American Medical Association*, indique que les sujets non opérés ne sont pas plus nombreux à ressentir, au bout de deux ans, une douleur limitant leurs activités que ceux qui ont subi l'intervention¹. En outre, la complication redoutée, l'incarcération aiguë de la hernie,

s'est révélée rare chez les hommes non traités.

« Quand on a proposé cette étude, beaucoup de médecins, surtout aux États-Unis, nous ont dit qu'il n'était pas éthique de ne pas opérer un patient atteint d'une hernie inguinale. On se doutait qu'ils avaient tort. Au Canada, on le savait d'autant plus, que les listes d'attente entraînent involontairement une période d'observation », explique le Dr Jeffrey Barkun, chef de chirurgie générale au Centre universitaire de santé McGill et l'un des auteurs de l'étude. Dans sa propre pratique, les patients doivent parfois patienter jusqu'à huit mois avant de subir une cure de hernie inguinale.

Pas plus de complications post-opératoires

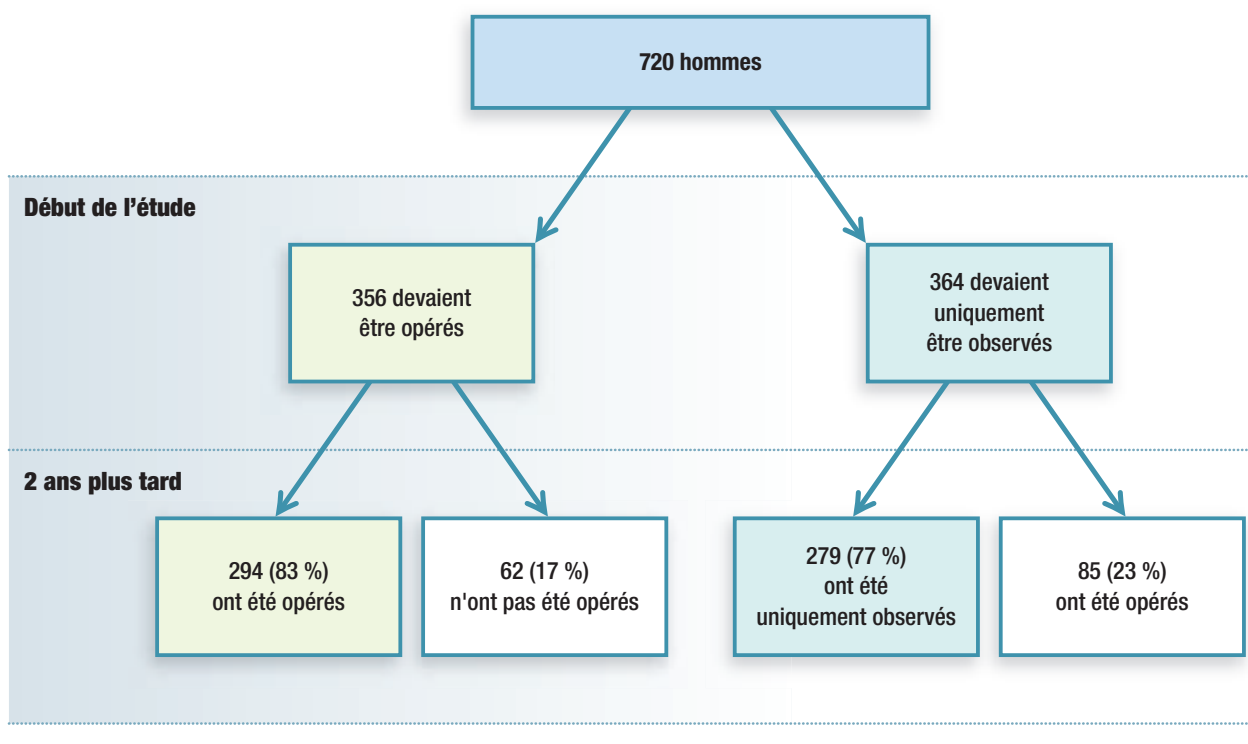
L'étude à laquelle a participé le Dr Barkun comprenait 720 hommes, âgés en moyenne de 58 ans, ayant une hernie inguinale causant peu de symptômes. Ils ne ressentaient pas de douleur ni d'inconfort qui limitaient leurs activités habituelles et n'avaient pas non plus de difficultés à réduire leur hernie.

Les sujets ont été répartis de manière aléatoire en deux groupes. Le premier, composé de 356 hommes, devait être opéré et le second, comptant 364 patients, simplement observé. Le suivi a duré, selon les sujets, entre deux et 4,5 ans.

Au bout de 24 mois, les résultats ont été les mêmes dans les deux groupes : une douleur suffisamment intense pour limiter les activités était apparue chez 5,1 % des hommes en observation et chez 2,2 % des sujets opérés. La différence n'est pas significative. Le fonctionnement physique des patients était également similaire dans les deux groupes. « On a découvert, par ailleurs, que dans les deux cas une certaine amélioration se produisait avec le temps », note le Dr Barkun, dont le centre a fourni 80 des sujets de l'étude.

L'analyse a été effectuée, comme il se doit, selon « l'intention de traiter », c'est-à-dire qu'on considérait que chaque sujet appartenait à son groupe initial. Cependant, au bout de deux ans, 17 % de ceux qui devaient avoir une cure de

1. Fitzgibbons RJ, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO et coll. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006 ; 295 : 285-92.

Figure**Patients participant à l'étude**

hernie ne l'ont pas eue. De même, 23 % des 364 hommes en observation ont été opérés à leur demande (figure).

Sur le plan clinique, ces patients qui ont été traités après avoir commencé à être surveillés fournissent de riches informations. La majorité a réclamé l'intervention à cause de l'augmentation de la douleur ou de l'inconfort herniaires. Après l'opération, leur fonctionnement physique s'est grandement amélioré. Ces hommes n'ont, par ailleurs, pas subi plus de complications post-opératoires que ceux qui ont été opérés dès le début de façon prophylactique. Au bout de quatre ans, 31 % des hommes en observation s'étaient fait opérés.

Le risque de douleur chronique dû à l'opération

À quels risques réels s'exposaient les patients non opérés ? En deux ans, un seul sujet sous surveillance a eu une incarceration aiguë de la hernie sans étranglement, ce qui représente 0,3 % des cas. Au bout de quatre ans, un second patient

a subi une incarceration aiguë avec occlusion intestinale. La fréquence de cette complication est ainsi de 1,8 pour 1000 patients-années. Ces données sont nouvelles. Jusqu'à présent, on ignorait l'évolution naturelle d'une hernie inguinale non traitée.

L'opération, par ailleurs, comporte aussi ses risques. « L'une des séquelles peut être l'apparition d'une douleur chronique. Ce problème touche jusqu'à 10 % des patients. Dans notre étude, on cherchait entre autres à savoir si cela valait la peine de prendre ce risque », dit le D^r Barkun. Au bout de trois ans, 1,7 % des hommes opérés éprouvaient des problèmes tels qu'une douleur chronique limitant leurs activités.

Un suivi serré

Que change cette étude dans la pratique clinique ? Les omnipraticiens qui diagnostiquent une hernie inguinale chez un patient peuvent continuer à les adresser à un chirurgien, selon le D^r Barkun. Mais ils pourront lui expliquer,

s'il ressent peu de douleur, que l'opération ne sera pas nécessairement immédiate ni automatique.

Si le patient préfère attendre avant de rencontrer un chirurgien, le généraliste devra le suivre de près. « Je pense qu'il faut examiner ce patient plus d'une fois par année. J'ai tendance à revoir mes propres patients tous les quatre à six mois. Je leur demande de revenir avant s'ils commencent à avoir des symptômes ou si la hernie change de taille. Comme la manière de procéder que propose notre étude est nouvelle, il est difficile de savoir quelles balises utiliser », explique le chirurgien.

Les conclusions de l'étude concernent par ailleurs des hommes en bonne santé. « Elles ne s'appliquent pas nécessairement à un patient plus âgé atteint de plusieurs affections, comme des troubles cardiaques, et dont l'état peut se détériorer. Si ce patient doit finir par être opéré, peut-être vaut-il mieux qu'il le soit tout de suite. » ☞

Programme d'enseignement sur la dermatite atopique

Francine Fiore

Le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine a lancé récemment un nouveau programme d'enseignement portant sur la dermatite atopique (eczéma atopique) pour permettre une meilleure compréhension de la maladie et un traitement optimal.

Réalisé sous la direction de la D^{re} **Danielle Marcoux**, dermatologue pédiatrique au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, ce programme est offert sous la forme de deux documents, soit un guide à l'intention des intervenants et une série d'affiches explicatives destinées aux patients et à leur famille. Ces outils peuvent être utilisés par les intervenants afin de modifier le comportement des enfants et des parents.

Bien que la cause et la pathogenèse de la dermatite atopique ne soient pas complètement élucidées, le texte permet de revoir certains éléments du processus inflammatoire, dont les facteurs immunologiques,

génétiques, métaboliques et infectieux.

Des notions fondamentales, dont les critères diagnostiques et les facteurs aggravants (produits irritants, climat, agents microbiens, allergènes environnementaux et alimentaires, stress et émotions), sont également revues.

Bien sûr, il est question de traitement et du processus décisionnel à suivre afin d'en maximiser les bienfaits. Ainsi, le programme fait le point sur les préparations hydratantes (onguents, crèmes et lotions), les corticostéroïdes topiques, les immunomodulateurs topiques, la photothérapie, la psychothérapie ainsi que la phytothérapie et les médecines douces. Sur le plan des complications, il est question des surinfections microbiennes, dont les infections bactériennes.

Les affiches explicatives qui complètent le guide présentent des illustrations en couleurs que le médecin peut utiliser pour faire comprendre la maladie aux enfants et à leurs parents. Un tableau indique, par exemple, la quantité de médicaments topiques à appliquer en fonction de l'âge du patient et de la région touchée.

Le programme sur la dermatite atopique est offert en français et en anglais au coût de 49,95 \$. On peut le commander en appelant M^{me} Marise Labrecque au (514) 345-4671 ou au 345-2350. ☞

Le Tamiflu de nouveau dans les pharmacies

Les pharmacies peuvent maintenant obtenir, mais de manière limitée, des doses de Tamiflu® (oseltamivir). Jusqu'à présent, seuls les hôpitaux et les centres d'hébergement et de soins de longue durée aux prises avec des éclosions de grippe pouvaient se procurer le médicament. À cause de l'augmentation croissante de l'activité grippale, Hoffman-La Roche permet donc la distribution d'une certaine quantité d'oseltamivir dans les pharmacies de quartier. La société pharmaceutique tient cependant à ce que le Tamiflu soit réservé uniquement aux patients souffrant de la grippe. ☞

(Suite à la page 119) >>>

(Voir la chronique Livres, page 141) >>>

Traitement chirurgical de l'obésité

**efficace mais
peu accessible !**

Francine Fiore

Un nouveau rapport de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) confirme que le traitement de l'obésité morbide par chirurgie bariatrique est sûr, efficace, mais difficilement accessible. Par conséquent, l'AETMIS recommande de déterminer les besoins actuels et futurs en chirurgie bariatrique, d'augmenter les capacités de réaliser cette opération et d'en assurer l'accès, d'une façon équitable, à toutes les personnes du Québec qui en ont besoin.

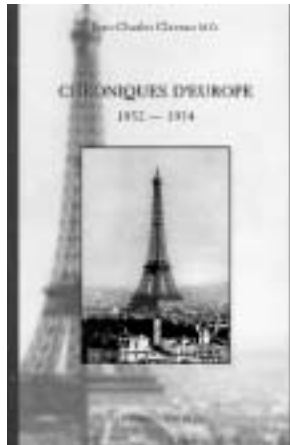
Selon les auteurs du rapport, les établissements de soins offrant la chirurgie bariatrique doivent établir un processus rigoureux de sélection des candidats à cette opération et déterminer les cas prioritaires. Ils devront, en outre, disposer d'installations adaptées aux patients obèses. L'AETMIS recommande donc la création d'un registre national sur l'obésité morbide et sa prise en charge afin de mieux cerner la prévalence de la maladie et d'évaluer l'efficacité et l'innocuité des différents traitements chirurgicaux actuels.

La chirurgie bariatrique comprend deux principaux types d'interventions. Les premières

(Suite à la page 150) >>>

Chroniques d'Europe **(1952-1954)**

D^r Jean-Charles Claveau



Tout comme Ulysse, le **D^r Jean-Charles Claveau**, a fait un beau voyage dont il a rapporté d'innombrables images. Diplômé de médecine de l'Université Laval, à Québec, le jeune médecin vogue rapidement vers d'autres rivages. Cinquante ans plus tard, il raconte son périple. Ce livre est donc son « journal d'Europe ». Composé de notes de voyages et de lettres à ses proches, cet ouvrage témoigne de sa vision de l'Europe de l'après-guerre et des émotions qu'il a ressenties en constatant que la réalité était bien différente de celle des livres.

En septembre 1952, le D^r Claveau débarque donc au Havre pour se rendre à Paris afin d'y poursuivre ses études en pédiatrie. On le retrouve à l'Hôpital Bretonneau où le D^r Donat Lapointe, son patron de la Crèche Saint-Vincent-de-Paul, à Québec, l'avait envoyé faire un stage. Puis, il fait des séjours à l'Hôpital Trousseau et à l'École de puériculture du boulevard Brune, suit le cours de pédiatrie sociale du Centre international de l'Enfance, au Château de Longchamp, et fait un stage à l'Hôpital des Enfants-Malades.

De nombreuses anecdotes épicent le texte. On retrouve ainsi le D^r Claveau chez le duc de Brissac, alors qu'il remplace nul autre que le D^r Camille Laurin à un dîner officiel. Riche en observations et en expériences de toutes sortes, ce carnet de voyage nous fait partager le périple initiatique du jeune médecin, de Paris à Londres, où il poursuit sa formation, et dans toute l'Europe. Le D^r Claveau visite ainsi l'Espagne de Franco en passant par la campagne française. Ponctué de belles photographies, ce récit fera découvrir aux plus jeunes l'Europe du passé et ravivera bien des souvenirs chez les plus âgés, particulièrement chez les médecins ayant également étudié en Europe. Ce livre est le huitième ouvrage du D^r Claveau, qui est également l'auteur d'un roman, d'essais ainsi que de chroniques sur les villes de Québec et de Chicoutimi. 📖

Les Éditions Fleur de Lys, Québec, 2003, 312 pages, 24 \$.

Sur commande seulement :

Les Éditions Fleur de Lys, 18 Jardins-de-Mérici, apt. 524, Québec (Québec)
G1S 4W1 ou par téléphone au (418) 681-2301

◀◀◀ (Suite de la page 119)

visent à réduire la capacité gastrique. Les secondes, dites mixtes, associent à cette restriction gastrique la création d'un système de dérivation dans le tube digestif, ce qui permet de diminuer l'absorption intestinale des éléments nutritifs. Généralement pratiquées par laparotomie, ces techniques peuvent dorénavant se faire par laparoscopie, ce qui permet de réduire la durée de l'hospitalisation. « Au Québec, il y a d'excellents médecins qui pratiquent cette opération, indique l'un des co-auteurs du rapport, **M. Raouf Hassen-Khodja**, chercheur consultant à l'AETMIS. Mais les techniques ont évolué, et il était devenu nécessaire de procéder à une évaluation de la situation actuelle. »

Longue liste d'attente

L'un des rares médecins à pratiquer la chirurgie bariatrique par laparoscopie au Québec, le **D^r Nicolas Christou**, chirurgien généraliste au centre de chirurgie bariatrique du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), indique qu'il faut augmenter les ressources afin d'assurer un plus

grand accès à ce type d'intervention. « Nous sommes le seul centre au Québec à pratiquer la chirurgie bariatrique par laparoscopie. Actuellement, il est impossible pour un patient d'obtenir cette intervention chirurgicale, car la liste d'attente comprend plus de 800 personnes. » Selon le spécialiste, qui a été consultant pour le rapport de l'AETMIS, il faut former des chirurgiens à la chirurgie bariatrique par laparoscopie, désigner des centres d'excellence pour la pratique de cette intervention et former des équipes multidisciplinaires – comprenant des nutritionnistes, des psychologues, etc. – pour faire le suivi des patients.

Bien que les coûts de la chirurgie bariatrique soient relativement élevés (soit plus de 10 000 \$), ils seraient compensés par la diminution de la prévalence des maladies associées à l'obésité morbide (maladies cardiaques, diabète, etc.), la réduction de l'utilisation des ressources du système de santé, la baisse de la perte de productivité causée par l'incapacité ainsi que par l'amélioration de la qualité de vie des patients, peut-on lire dans le rapport. 📄