

## Soulagement des lombalgies Le chaud ou le froid ?



Dr Alain Neveu

De la chaleur ou du froid pour soulager les maux de dos ? Une analyse de la Cochrane Collaboration indique que la chaleur pourrait diminuer la douleur et l'incapacité liées aux lombalgies. L'effet est cependant modeste et de courte durée<sup>1</sup>. Et n'a été démontré que pour les sujets atteints depuis moins de trois mois. L'ajout d'exercices à la chaleur semble, par ailleurs,

accroître le soulagement et le fonctionnement du patient. Et le froid ? Il n'y a pas assez de données pour conclure à des effets bénéfiques.

« Cette analyse confirme qu'il est adéquat d'appliquer de la chaleur pour permettre aux personnes souffrant de lombalgie de bouger et de faire de l'exercice. Il faut éviter le repos complet, parce qu'il est en soit un facteur de risque de prolongation des problèmes », explique le **Dr Alain Neveu**, médecin du travail qui se consacre entre autres à la réadaptation au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge.

### L'efficacité de la chaleur

L'équipe de la Cochrane Collaboration, qui a effectué une revue de littérature sur les effets de la chaleur et du froid dans le traitement des lombalgies, a retenu neuf études comprenant 1117 sujets atteints de lombalgie. Les maux de dos étaient classés en trois catégories : aigus, s'ils duraient depuis moins de six semaines ; subaigus, s'ils étaient présents

depuis de six à 12 semaines ou chroniques, s'ils se prolongeaient depuis plus de trois mois.

Les neuf études avaient des méthodologies très différentes. Les chercheurs n'ont pu fusionner les données que de deux d'entre elles. Deux des essais cliniques bien faits, comprenant 258 sujets et portant sur l'efficacité d'une ceinture lombaire chauffante. Ce produit, à utilisation unique, consiste en une bande de tissu contenant des ingrédients qui, lorsqu'ils sont exposés à l'oxygène, dégagent de la chaleur pendant au moins huit heures. Les deux études, subventionnées par le fabricant, indiquent que l'emploi de cette ceinture diminue la douleur d'environ 17 % au bout de 5 jours par rapport à un placebo pris par voie orale.

D'autres études plaident cependant aussi en faveur du recours à la chaleur. L'une d'elles a ainsi montré que l'application d'une couverture chauffante pendant 25 minutes procurait un plus grand soulagement dans les heures qui suivaient que l'utilisation d'une couverture non chauffée pour un mal de dos qui venait d'apparaître. Une autre a révélé qu'une ceinture chauffante diminuait plus efficacement la douleur que la prise d'un comprimé d'acétaminophène ou d'ibuprofène et améliorerait davantage l'état fonctionnel du patient.

### Rassurer le patient

L'application de chaleur serait également plus utile que la lecture d'un livret d'information a révélé une étude de 100 patients faite dans les règles de l'art. La différence était manifeste le lendemain et trois jours plus tard, mais pas au bout d'une semaine. La comparaison, qui peut surprendre, est plus judicieuse qu'il n'y paraît.

« Une étude a montré que le fait de fournir au patient un livret qui le rassure sur son état est très efficace. Cela l'amène à recourir à des méthodes de soulagement et à s'activer davantage, précise le Dr Neveu. Il est bien connu que lorsqu'une personne est dans la phase aiguë d'une lombalgie,

1. French SD, Cameron M, Walker BF et coll. Superficial heat or cold for low back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1, Art. No.: CD004750.pub2. DOI: 10.1002/14651858. CD004750.pub2.

## Nouveau guide sur les lombalgies

Le tout nouveau guide de pratique québécois CLIP, *Clinique des lombalgies interdisciplinaire, en première ligne* est maintenant offert dans Internet. S'adressant aux médecins de première ligne, aux physiothérapeutes et aux ergothérapeutes, il traite à la fois de l'évaluation du patient souffrant d'une lombalgie, de l'approche thérapeutique à adopter et de la prise en charge de la lombalgie associée à une incapacité persistante.

Ce guide présente les données probantes les plus récentes sur lesquelles les trois groupes de professionnels pourront fonder leurs décisions cliniques, précise le D<sup>r</sup> Alain Neveu, qui a collaboré à l'ouvrage. L'objectif du document est également de permettre à ces thérapeutes de transmettre à leurs patients communs les mêmes messages rassurants et les mêmes encouragements à bouger.

Rédigé par le D<sup>r</sup> Michel Rossignol et M. Bertrand Arsenault, le guide CLIP se trouve entre autres dans le site de la FMOQ au [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org) (Formation professionnelle > Outils de formation > Boîte à outils).



il faut la rassurer et lui expliquer la bénignité de sa lésion. Il est très rare que les maux de dos découlent d'atteintes graves. » S'inspirant du livret britannique au cœur de cette étude, l'omnipraticien a lui-même rédigé, il y a quelques années, la brochure *Tournez le dos à la lombalgie*, publiée par la FMOQ.

Les bienfaits de la chaleur pourraient, par ailleurs, être accrus par l'activité physique. Une étude de grande qualité portant sur 100 sujets atteints de lombalgies aiguës ou subaiguës a prouvé que la chaleur et les exercices soulageaient davantage la douleur et améliorait encore plus le fonctionnement que l'application de la chaleur seulement, les exercices seuls ou la lecture d'un livret d'information au bout de sept jours.

Quels exercices faut-il pratiquer ? Dans l'étude, les sujets ont effectué les exercices de McKenzie, qui comprennent des extensions du dos vers l'arrière, mais ces derniers ne fonctionneraient que lorsque la lombalgie se double d'une sciatgie, précise le D<sup>r</sup> Neveu. « Il n'y a pas d'exercices spécifiques

reconnus comme efficaces en phase aiguë pour l'ensemble des maux de dos. Il faut simplement que le patient marche, bouge et change de posture souvent. »

À la lumière de toutes ces données, les chercheurs de la Cochrane Collaboration, le D<sup>r</sup> S. French et ses collègues, concluent que des preuves de niveau moyen et issues d'un petit nombre d'études montrent que la chaleur permet une réduction à court terme de la douleur et des incapacités chez des patients souffrant d'une lombalgie aiguë ou subaiguë. L'ajout d'exercices peut être utile.

## Quand recourir au froid ?

Et le froid ? Quel est son rôle dans le soulagement des maux de dos ? « En physiothérapie et en médecine sportive, on recourt au froid lorsque les gens viennent de se blesser pour diminuer la dilatation des vaisseaux et réduire la réaction inflammatoire », précise le D<sup>r</sup> Neveu.

La glace serait-elle inutile pour les maux de dos qui se prolongent ? « Le seul conseil que je donne au sujet du froid aux patients qui ont une lombalgie qui dure depuis longtemps, c'est de faire de l'exercice et ensuite d'appliquer soit de la chaleur, soit de la glace. Je laisse le soin aux gens de choisir ce qui leur paraît le plus efficace », indique le médecin du travail.

Le clinicien a été surpris que les chercheurs de la Cochrane Collaboration n'aient trouvé que peu d'études sur le froid et les lombalgies. Les trois retenues avaient, en outre, de grandes faiblesses méthodologiques. « Aucune conclusion ne peut être tirée concernant l'utilisation du froid dans le traitement de la douleur dans le bas du dos », ont d'ailleurs dû admettre les auteurs.

Finalement, les données pour confirmer la pertinence de la chaleur ou du froid dans le traitement de la lombalgie sont assez limitées. « Les essais inclus étaient très hétérogènes sur le plan des interventions utilisées, des traitements comparatifs, des critères d'évaluation, de la durée du suivi et de la présentation des données. Par conséquent, il n'a pas été possible d'effectuer de méta-analyses significatives et il a été difficile de parvenir à des conclusions fermes pour la plupart des types de traitements », reconnaissent les auteurs de l'analyse. 🌀

## Coloscopie et cancer colorectal

### À quel âge peut-on cesser le dépistage ?

Faut-il encore faire passer systématiquement une coloscopie de dépistage après 80 ans ? Non, semblent indiquer des chercheurs dans le *Journal of the American Medical Association*<sup>1</sup>. Ils ont découvert que même si la prévalence des néoplasies augmente avec l'âge, le dépistage par coloscopie donne aux patients de 80 ans et plus une augmentation de l'espérance de vie qui ne représente que 15 % de celle qu'on peut obtenir au début de la cinquantaine.

Les auteurs de l'étude, le **D<sup>r</sup> Otto Lin** du Virginia Mason Medical Center, à Seattle, et ses collègues estiment qu'une « coloscopie de dépistage chez les patients très âgés ne doit être effectuée qu'après avoir pris très attentivement en considération les avantages potentiels et les risques de l'examen, ainsi que les préférences du patient. »

Les chercheurs ont recruté 1244 personnes sans symptômes à qui ils ont fait passer une coloscopie au Virginia Mason Medical Center. Les sujets appartenaient à trois groupes d'âge : 50-54 ans, 75-79 ans et 80 ans et plus. Le D<sup>r</sup> Lin et ses collaborateurs ont trouvé que la prévalence de lésions coliques prolifératives bénignes ou malignes était de :

- 13,8 % chez les personnes de 50-54 ans ;
- 26,5 % chez les patients de 75 à 79 ans ;
- 28,6 % dans le groupe des 80 ans et plus.

Ces données confirment donc que le taux de lésions précancéreuses croît avec l'âge. Cependant, selon les calculs des chercheurs, l'augmentation moyenne de l'espérance de vie obtenue grâce à la coloscopie n'était que de 0,13 année chez les patients de 80 ans et plus, alors qu'elle atteignait 0,85 année chez les sujets de 50 à 54 ans. Ainsi, chez les participants les plus âgés, la hausse de l'espérance de vie était 6,5 fois moins grande.

Le D<sup>r</sup> Lin et son équipe ont obtenu ces chiffres en mesurant la prévalence des néoplasies dans les trois groupes et en faisant une estimation de

l'augmentation de l'accroissement de l'espérance de vie pour chaque sujet. Les chercheurs ont comparé l'espérance de vie de chaque patient avec celle qu'il aurait eue s'il n'avait pas passé la coloscopie.

### Un examen moins utile avec l'âge

« L'étude du D<sup>r</sup> Lin indique qu'il faut décider au cas par cas si l'on doit faire passer une coloscopie aux patients de 80 ans et plus, explique le **D<sup>r</sup> Jacques Gratton**, gastro-entérologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Personnellement, comme clinicien, je suis relativement réticent à faire subir cet examen à un patient très âgé. Je discute avec lui pour qu'il comprenne très bien dans quoi il s'engage. Cependant, si la personne de 80 ans est active, en bonne santé et veut passer l'examen, la situation est différente. »

Le D<sup>r</sup> Lin et ses collègues ont, par ailleurs, montré que le nombre de coloscopies par année de vie sauvée était beaucoup plus élevé chez les patients plus âgés que chez les plus jeunes :

- 1,2 examen chez les participants de 50 à 54 ans ;
- 5,8 chez les patients de 75 à 79 ans ;
- 8,0 chez les sujets de plus de 80 ans.

Une étude antérieure avait déjà établi qu'il fallait effectuer 227 coloscopies pour éviter un décès dû au cancer colorectal chez les hommes de 80 à 84 ans et 140 chez les femmes de 80 à 84 ans. Par comparaison, il ne fallait que de 61 à 63 examens chez les sujets de 50 à 54 ans<sup>2</sup>.

Ainsi, pour les patients très âgés, les avantages de passer une coloscopie seraient moins importants qu'on ne l'avait cru. « Cette étude montre que le dépistage systématique chez les patients très âgés ne devrait probablement pas entrer dans les moeurs médicales. Il faut évaluer la pertinence de l'examen au cas par cas », conclut le D<sup>r</sup> Gratton. 🍷



D<sup>r</sup> Jacques Gratton

1. Lin OS, Kozarek RA, Schembre DB et coll. Screening colonoscopy in very elderly patient: prevalence of neoplasia and estimated impact on life expectancy. *JAMA* 2006 ; 295 : 2357-65.

2. Ko CW, Sonnenberg A. Comparing risks and benefits of colorectal cancer screening in elderly patients. *Gastroenterology* 2005 ; 129 : 1163-70.

## Dix ans avant la prochaine coloscopie ?

« Nos données semblent indiquer que les coloscopies de dépistage n'ont pas à être effectuées à des intervalles de moins de 10 ans », confirment des chercheurs manitobains dans le *Journal of the American Medical Association*<sup>1</sup>. Au Canada et aux États-Unis, les lignes directrices recommandent ce laps de temps pour les patients de 50 ans et plus sans facteur de risque. Cependant, ces recommandations ne reposent que sur des données théoriques : l'estimation du temps nécessaire à la transformation d'un polype adénomateux en adénocarcinome.

Le **D<sup>r</sup> Harminder Singh** et ses collègues de l'Université du Manitoba viennent de montrer que le risque de cancer colorectal reste réduit plus de 10 ans après un résultat de coloscopie négatif. La probabilité qu'une tumeur colorectale maligne apparaisse devient même plus faible que dans la population générale : le risque n'est que de 60 % à 70 % de celui de l'ensemble des gens.

En se servant des relevés d'honoraires des médecins, les chercheurs ont repéré les patients qui ont passé une coloscopie sans biopsie ni polypectomie au Manitoba, entre 1989 et 2003. Ceux qui avaient subi une endoscopie gastro-intestinale basse depuis moins de cinq ans ou déjà eu un cancer colorectal, une maladie intestinale inflammatoire ou une intervention chirurgicale avec résection colorectale n'ont cependant pas été retenus. Une cohorte de 32 203 patients, issue de la Manitoba Health's Physician Billing Claims, a ainsi été formée. Les sujets ont été suivis jusqu'à la fin de l'étude ou jusqu'au diagnostic d'un cancer colorectal, à leur décès ou à leur départ du Manitoba.

Le D<sup>r</sup> Singh et ses collègues ont ensuite

comparé l'incidence du cancer colorectal de cette cohorte dont les résultats de coloscopie ont été négatifs à celle de la population générale de la province. L'incidence de cancer colorectal était de 1,1 cancer pour 1000 personnes dans ce groupe, un taux de 31 % inférieur à celui auquel on se serait attendu en tenant compte du taux général dans la population. Pendant plus d'une décennie, l'incidence est restée faible dans la cohorte.

Les chercheurs se sont particulièrement intéressés au sous-groupe de patients qui n'ont pas passé d'autres coloscopies par la suite. Ces sujets avaient de bonnes chances de ne pas avoir d'antécédents familiaux de cancer colorectal, un facteur de risque qui nécessite des endoscopies plus fréquentes. L'équipe du D<sup>r</sup> Singh a calculé que dans ce sous-groupe qui n'a subi qu'un examen, le taux de cancer colorectal était encore plus bas : 0,7 cancer pour 1000 personnes-années. Par rapport à la population générale, cela constitue une réduction de 50 % à 75 % de l'incidence de cancer colorectal. Et chez ces sujets aussi le risque restait réduit pendant plus de 10 ans.

« Cette étude prouve, autrement qu'avec des modèles mathématiques, et avec une certitude tout à fait satisfaisante, qu'on peut dire à un patient sans facteur de risque que l'intervalle de 10 ans avant la prochaine coloscopie totale est tout à fait correct », estime le **D<sup>r</sup> Jacques Gratton**. 

## Rapport du coroner Décès à la suite d'une liposuction

*Francine Fiore*

Le 2 mai 2004, une dame de 56 ans décédait après avoir subi, quelques jours auparavant, une liposuction aux deux cuisses et aux deux genoux, suivie d'une lipectomie du ventre et des cuisses. Selon les résultats de l'autopsie, le décès a été principalement causé par des embolies

1. Singh H, Turner D, Xue L et coll. Risk of developing colorectal cancer following a negative colonoscopy examination: Evidence for a 10-year interval between colonoscopies. *JAMA* 2006 ; 295 : 2366-73.

pulmonaires aiguës massives bilatérales.

Atteinte d'obésité, la patiente, qui pesait 100 kilos, présentait de multiples antécédents médicaux et chirurgicaux. Elle souffrait, entre autres, d'hypertension artérielle, d'hyperuricémie, d'hypothyroïdie, d'hypercholestérolémie et prenait plusieurs médicaments. Son décès aurait-il pu être évité ?

Afin de rendre la liposuction plus sûre, l'American Society of Plastic Reconstructive Surgery a publié des lignes directrices en 1999. Elle recommande que le poids des patients devant subir ce type d'intervention chirurgicale n'excède pas 30 % de leur poids idéal. De plus, elle indique de surveiller l'état volumétrique afin d'équilibrer avec précision les ingestats (y compris les infiltrats sous-cutanés) et les excréats.

Dans le cas présent, la patiente a subi une liposuction de 2600 cc et l'exérèse de 1135 grammes de tissus cutanograisseux. Selon le rapport du coroner, le D<sup>r</sup> Claude Paquin, il a été difficile d'évaluer précisément la quantité d'ingestats et d'excréments, puisque le volume de la solution de Kline administrée n'a pas été mesuré et que le dosage urinaire n'a été fait qu'à la salle de réveil.

Compte tenu de l'obésité de la patiente et de la durée de l'intervention, le coroner soutient également que la thromboprophylaxie durant l'opération nécessitait l'utilisation d'appareils pneumatiques de compression intermittente des membres inférieurs ou de bas élastiques et, pendant la période postopératoire, le port de bas élastiques ainsi que l'administration sous-cutanée d'héparine standard ou de faible poids moléculaire. Mais, selon le rapport, ces techniques n'ont pas été appliquées, et la patiente n'a pas reçu de médicament antithrombotique après l'intervention.

Le rapport mentionne, par ailleurs, que la thromboprophylaxie périopératoire doit tenir compte des facteurs de risque du patient, soit des antécédents de thrombo-embolies veineuses et de fractures des os longs des membres inférieurs, de la présence de veines variqueuses, d'obésité, d'insuffisance cardiaque et de cancer, d'un repos au lit pendant plus de cinq jours avant l'intervention chirurgicale, d'une durée opératoire

prévue de plus de trente minutes et d'un âge supérieur à 60 ans.

Le coroner a fait plusieurs recommandations. Il a ainsi demandé à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec de sensibiliser ses membres qui pratiquent des liposuccions aux complications thrombo-emboliques qui peuvent en découler si certaines règles ne sont pas respectées. Il a également souhaité que le dossier de la patiente soit revu par le Collège des médecins du Québec et que le comité d'évaluation de l'acte médical de l'hôpital en cause fasse des recommandations afin de prévenir des décès évitables comme celui-ci. ☞

## Mises en garde

### Modification de la monographie du Tequin

À la suite du signalement de graves hypoglycémies et d'importantes hyperglycémies chez des patients traités par le Tequin® (gatifloxacine), Bristol-Myers Squibb a apporté plusieurs changements à la monographie du médicament.

Le document indique dorénavant que le Tequin est contre-indiqué chez les diabétiques, « car des cas graves d'hypoglycémie et d'hyperglycémie ont été signalés dans cette population. » Mais des problèmes de chute, et surtout d'élévation du taux de glucose, ont aussi été notés chez des non-diabétiques. La nouvelle monographie mentionne qu'outre le diabète, il existe plusieurs facteurs de risque d'anomalies de la glycémie au cours du traitement par le Tequin :

- l'âge (65 ans ou plus) ;
- l'insuffisance rénale ;
- la prise concomitante de médicaments modifiant la glycémie (en particulier les hypoglycémifiants).

Les personnes âgées, plus susceptibles de présenter une altération de la fonction rénale, courent davantage de risque de subir des réactions

(Suite à la page 91) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 22)

toxiques. De graves troubles de l'homéostasie du glucose ont d'ailleurs été observés chez certaines au cours d'un traitement par le Tequin. « Les patients âgés peuvent être atteints d'un diabète non diagnostiqué, d'une altération de la fonction rénale due à l'âge ou de problèmes médicaux sous-jacents et/ou prendre en concomitance des médicaments modifiant la glycémie, ce qui peut les exposer davantage à des anomalies graves de la glycémie », mentionne le fabricant.

Le médecin doit donc, chez les personnes âgées, choisir avec soin la dose de Tequin et peut surveiller leur fonction rénale. Chez les patients atteints d'insuffisance rénale, il doit adapter la dose du médicament.

### **Expliquer les signes d'hypoglycémie et d'hyperglycémie**

L'hypoglycémie survient généralement au cours des trois premiers jours du traitement, tandis que l'hyperglycémie se produit souvent à partir du quatrième. « Si des signes et des symptômes d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie se manifestent chez un patient traité par Tequin, on doit amorcer immédiatement le traitement approprié et cesser l'administration de Tequin », indique dorénavant la monographie.

Dans la section sur les interactions médicamenteuses, un ajout précise que la prise simultanée de Tequin et de glyburide chez des patients atteints de diabète de type 2 n'a aucun effet sur leur élimination respective. Par contre, il faut administrer avec prudence la gatifloxacine et le probénécide (Benuryl<sup>MC</sup>) de manière concomitante, car une augmentation de l'aire sous la courbe (ASC)\* du Tequin peut provoquer des anomalies de l'homéostasie du glucose.

Le fabricant conseille aux professionnels de la santé, pour finir, certaines précautions essentielles. « Lorsque vous prescrivez ou délivrez TEQUIN, nous vous recommandons d'expliquer à vos patients les moyens de déceler toute modification de la glycémie et les mesures qu'ils devraient prendre le cas échéant », recommande le fabricant. 

\* Exprime la quantité totale de médicament dans le sang au cours d'une période de 24 heures.

(Suite à la page 95) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 91)

## Médicaments pour traiter le TDAH et troubles cardiaques

Les monographies de tous les médicaments indiqués dans le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) contiennent dorénavant les mêmes recommandations destinées à réduire le risque de troubles cardiaques. Sur le plan pharmacologique, ces produits, des sympathomimétiques, sont susceptibles d'accroître le risque de mort subite ou de décès dû à des troubles cardiaques. Cependant, ces effets indésirables sont très rares.

### Médicaments concernés

Nom du produit	Fabricant
Adderall XR® (Sels mixtes d'amphétamine à libération prolongée)	Shire BioChem inc.
Attenade™ (dextrométhylphénidate)	Bioavail Pharmaceuticals Canada (approuvé, mais non commercialisé au Canada par le fabricant)
Biphentin® (méthylphénidate à libération contrôlée)	Purdue Pharma (approuvé, mais non commercialisé au Canada par le fabricant)
Concerta* (méthylphénidate à libération prolongée)	Janssen-Ortho inc.
Dexedrine® (dextroamphétamine)	GlaxoSmithKline inc.
Ritalin® (méthylphénidate)	Novartis Pharma Canada inc.
Ritalin SR® (méthylphénidate à libération prolongée)	Novartis Pharma Canada inc.
Strattera® (atomoxétine)	Eli Lilly Canada

\*Marque de commerce utilisée sous licence à Janssen-Ortho inc.  
Source : site Internet de Santé Canada

Les médicaments pour traiter le TDAH stimulent généralement le système nerveux sympathique de manière légère à modérée. Toutefois, leur action peut produire des troubles mortels chez des patients de tout âge, en particulier chez ceux qui ont déjà une affection cardiovasculaire. Pour l'instant, aucune étude clinique n'a indiqué que l'incidence des effets indésirables cardiaques graves était plus élevée chez les patients traités avec ces médicaments, et aucun rapport de pharmacovigilance n'a mentionné de taux de déclaration accru à ce sujet.

(Suite à la page 99) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 95)

### **Nouveaux renseignements apparaissant dans la monographie des médicaments indiqués dans le traitement du TDAH**

- ⊗ Le traitement médicamenteux du TDAH doit être amorcé à la plus faible dose possible. La dose doit ensuite être augmentée progressivement, étant donné que la réponse varie grandement d'un patient à un autre.
- ⊗ Les médicaments pour traiter le TDAH ne devraient pas être utilisés chez les patients ayant une maladie cardiaque symptomatique, une hypertension de modérée à grave, de l'artériosclérose à un stade avancé ou de l'hyperthyroïdie.
- ⊗ Les médicaments pour soigner le TDAH ne doivent pas, en général, être employés chez les patients atteints d'anomalies cardiaques structurelles.
- ⊗ Avant d'entreprendre le traitement, il est important de savoir si le patient a des antécédents familiaux de mort subite ou de décès lié à des troubles cardiaques, s'il pratique une activité physique intense ou s'il prend d'autres médicaments sympathomimétiques. En présence de facteurs de risque, le médecin peut juger qu'une évaluation cardiovasculaire plus approfondie est nécessaire avant de commencer le traitement.
- ⊗ La santé cardiovasculaire des patients qui ont besoin d'un traitement médicamenteux prolongé pour le TDAH doit être évaluée périodiquement, selon le jugement du médecin.
- ⊗ Les patients prenant des médicaments pour maîtriser le TDAH ne devraient pas cesser leur traitement sans avoir d'abord consulté leur médecin.

Source : site Internet de Santé Canada

## **Anzemet et graves troubles cardiaques**

On a signalé chez des enfants et des adolescents traités avec de l'Anzemet® (dalisétron) des cas d'arythmie supraventriculaire et ventriculaire persistante et d'infarctus du myocarde. Il y a également eu un cas d'arrêt cardiaque mortel.

L'Anzemet est indiqué uniquement chez les adultes pour prévenir les nausées et les vomissements provoqués par les chimiothérapies émétiques, dont les traitements à forte dose par le cisplatine. Cependant, dans les faits, le dalisétron est aussi

employé chez les adultes pour le traitement des nausées et des vomissements postopératoires et chez les enfants. Un nouvel avis publié dans le site Internet de Santé Canada mentionne toutefois que ces utilisations sont contre-indiquées, que le médicament soit administré par voie intraveineuse ou orale.

Le risque de problèmes cardiaques liés à l'Anzemet n'est pas nouveau. La monographie du produit, qui a été homologuée en 1997, mentionne dans ses mises en garde la possibilité de l'allongement de l'intervalle QT corrigé (QTc) et décrit les effets indésirables graves sur le plan cardiovasculaire.

(Suite à la page 103) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 99)

Santé Canada a demandé à tous les fabricants des médicaments de la classe des antagonistes des récepteurs 5-HT<sub>3</sub> comme l'Anzemet, le Kytril® (granisétron) et le Zofran® (ondansétron), de faire des analyses exhaustives sur le profil d'innocuité des produits à partir de leur banque de données. À la lumière de ces résultats, l'organisme gouvernemental prendra les mesures appropriées. 📄

## Risques possibles liés au Trasylol

Le Trasylol® (aprotinine) pourrait être associé à une augmentation du risque de troubles cardiovasculaires, cérébrovasculaires et de dysfonctionnement ou d'insuffisance rénale, met en garde la société Bayer, après la publication d'une étude dans le *New England Journal of Medicine (NEJM)*<sup>1</sup>. Le médicament est employé pour réduire les saignements chez les patients à risque qui subissent certaines opérations.

Au début de l'année, le *NEJM* publiait les résultats d'une étude d'observation comptant 4374 patients devant subir un pontage aorto-coronarien, dont 1295 étaient traités par l'aprotinine. L'administration du médicament était laissée à la discrétion du médecin. « Chez les patients qui ont reçu le Trasylol, il y avait peut-être au départ un risque plus élevé d'insuffisance rénale, d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque, d'accident vasculaire cérébral que chez les patients n'ayant pas reçu de médicament ou ayant reçu un autre médicament pour la réduction des pertes sanguines », précise Bayer, qui fabrique le produit.

Une autre étude d'observation, publiée dans *Transfusion*, semble pour sa part indiquer que l'administration de Trasylol augmente le risque de dysfonctionnement ou d'insuffisance rénale, mais ne montre pas de hausse du taux d'accidents cardiovasculaires ou cérébrovasculaires. 📄

1. Mangano D, Tudor I, Dietzel C et coll. The risk associated with aprotinin in cardiac surgery. *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 353-65.

2. Karkouti K, Beattie W, Dattilo K et coll. A propensity score case-control comparison of aprotinin and tranexamic acid in high-transfusion-risk cardiac surgery. *Transfusion*, édition en ligne, 1/20/06.

(Suite à la page 110) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 103)

## **Cancer du sein héréditaire**

### **Dépister, oui ou non ?**

*Francine Fiore*

Le risque des femmes porteuses d'une mutation des gènes BRCA1 et BRCA2 d'être un jour victimes d'un cancer du sein ou de l'ovaire est plus élevé que celui de la population générale. De plus, les personnes déjà atteintes et porteuses de la mutation courent un risque accru d'un deuxième cancer.

Actuellement, des tests de détection des mutations des gènes BRCA1 et BRCA2 sont offerts dans certains grands centres hospitaliers du Québec. Mais doit-on les proposer d'emblée à toutes les personnes qui présentent des antécédents familiaux de cancer

du sein ou de l'ovaire, quelle que soit l'importance de ce facteur de risque ?

Selon les conclusions d'un nouveau rapport de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), intitulé *Contribution des analyses moléculaires des gènes BRCA1/2 à l'évaluation du risque de prédisposition au cancer du sein ou de l'ovaire*, il semble qu'il n'existe actuellement pas de consensus en ce qui concerne les indications précises pour ces tests. Leur validité clinique n'aurait d'ailleurs pas été prouvée de façon optimale dans la littérature actuelle, qui comporte d'importantes lacunes.

Selon les conclusions du rapport, « les tests sont surtout utiles aux familles à risque élevé, dans lesquelles une mutation des gènes BRCA1/2 a été détectée. Chez les membres non atteints de la famille qui se soumettent aux tests et qui ne se révèlent pas

(Suite à la page 121) ▶▶▶



◀◀◀ (Suite de la page 110)

porteurs de la mutation, le risque de cancer du sein passe d'une probabilité élevée à un risque comparable à celui de la population générale. Par contre, les apparentés non atteints chez qui une mutation est détectée encourent un risque de cancer nettement supérieur à celui de la population générale. »

Mais, la détection de la mutation sera-t-elle vraiment efficace sur les plans prophylactique et thérapeutique ou servira-t-elle seulement à angoisser les porteurs ? « L'état actuel des travaux de recherche de l'AETMIS ne permet pas de présenter une vision complète des avantages et des risques et de formuler des recommandations définitives sur l'utilisation de tests de détection des mutations des gènes BRCA1/2 », peut-on lire dans ce rapport. L'équipe de l'AETMIS tentera cependant de répondre à ces questions.

« Nous allons maintenant nous pencher sur les enjeux organisationnels, soit les modalités d'offre de service en génétique du cancer et les répercussions économiques. Nous allons également faire une synthèse des revues récentes sur les effets psychosociaux, l'efficacité des mesures préventives et la validité analytique des tests ainsi qu'émettre des recommandations générales qui feront d'ici peu l'objet d'un nouveau rapport », précise **M<sup>me</sup> Ingeborg Blancquaert**, chercheuse et responsable de l'unité de génétique à l'AETMIS et l'une des auteures du rapport.

On peut consulter le rapport sur le site de l'AETMIS, au [www.aetmis.gouv.qc.ca](http://www.aetmis.gouv.qc.ca)