

Étude RUTH les deux faces du raloxifène



Dr Jacques Brown

À la lumière de l'étude RUTH (*Raloxifene Use for The Heart*), le profil d'innocuité du raloxifène (Evista®) apparaît maintenant plus clairement¹. Du côté des avantages, le médicament n'augmente pas le risque de complications coronariennes, contrairement à l'hormonothérapie substitutive. Mais il y a plus. Le raloxifène diminue le taux de cancer du sein invasif et la probabilité de fractures vertébrales cliniques. De l'autre côté cependant, la molécule accroît le risque de thrombo-embolies veineuses

et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) mortels.

Le raloxifène est-il finalement plus bénéfique que dangereux ? En fait, les avantages et les

risques de la molécule s'équivalent, ont calculé les chercheurs de l'étude RUTH, la D^{re} Elizabeth Barrett-Connor, de l'Université de Californie, et ses collègues. L'augmentation du nombre d'affections causées par Evista est compensée par le nombre d'affections évitées (tableau 1).

« Quand un clinicien envisage de prescrire du raloxifène à une femme ménopausée, il doit tenir compte des risques de maladie individuels et des préférences personnelles de la patiente. Il lui faut également évaluer les bienfaits potentiels du médicament par rapport aux risques et par rapport à la disponibilité des autres interventions », conseillent les auteurs.

Le D^r Jacques Brown, lui, se réjouit des résultats de l'étude. Le rhumatologue a dorénavant à sa disposition une molécule encore peu employée qui, grâce à son nouveau profil d'innocuité, peut faire concurrence aux bisphosphonates. « Je pense qu'un modulateur sélectif des récepteurs œstrogéniques (SERM) comme l'Evista a l'avantage de pouvoir être utilisé à long terme et de façon sûre contre l'ostéoporose. »

Le spécialiste estime qu'il faut demeurer

vigilant à l'égard de l'innocuité à long terme des bisphosphonates. « On ne possède actuellement qu'un recul de 10 ans pour ces molécules. Jusqu'à maintenant, il n'y a aucune preuve qu'elles entraînent une suppression excessive du remodelage osseux lorsqu'elles sont utilisées de façon continue pendant une décennie. Cependant, après leur arrêt, elles semblent exercer un effet

1. Barrett-Connor E, Mosca L, Collins P et coll. Effects of raloxifene on cardiovascular events and breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 2006 ; 355 : 125-37.

Tableau 1. Modification du risque de plusieurs affections liées au raloxifène

Affection	Augmentation ou diminution du risque (IC 95 %)	Nombre de cas de plus ou de moins pour 1000 femmes traitées pendant un an
Troubles coronariens	Aucun changement	—
Cancer du sein invasif	↓ 44 % (0,38 à 0,83)	↓ 1,2
Fractures vertébrales	↓ 35 % (0,47 à 0,89)	↓ 1,3
AVC mortels	↑ 49 % (1,00 à 2,24)	↑ 0,7
Thrombo-embolies veineuses	↑ 44 % (1,06 à 1,95)	↑ 1,2

IC : intervalle de confiance

résiduel sur les os pendant encore quelques mois. Il est donc intéressant de pouvoir ajouter à notre arsenal thérapeutique un médicament comme l'Evista dont l'effet cesse rapidement après l'arrêt. Cela rend son utilisation clinique plus sûre à long terme », précise le D^r Brown, également chef du Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire de Québec.

Un suivi médian de 5,6 ans

L'étude RUTH, qui s'est déroulée dans 26 pays, comprenait 10 101 femmes ménopausées, âgées en moyenne de 67,5 ans et présentant une maladie coronarienne ou plusieurs facteurs de risque. Les participantes devaient avoir un score de risque cardiovasculaire de 4 ou plus selon un système de points qui tient compte :

- de la présence d'une maladie coronarienne établie (4 points) ;
- de la présence d'une maladie artérielle dans une jambe (4 points) ;
- de l'âge (70 ans ou plus : 2 points) ;
- du diabète (3 points) ;
- du tabagisme (1 point) ;
- de l'hypertension (1 point) ;
- de l'hyperlipidémie (1 point).

Dans cette étude, financée par Eli Lilly, les sujets ont été répartis au hasard en deux groupes, dont l'un a pris quotidiennement un placebo et l'autre 60 mg de raloxifène pendant quelque 5,6 ans. Les deux principaux points d'aboutissement de l'essai clinique étaient l'apparition d'un grave trouble coronarien (décès d'origine coronarienne, infarctus du myocarde ou hospitalisation à cause d'un syndrome coronarien aigu) ou d'un cancer du sein invasif.

Avantages et risques

Les résultats de RUTH sont intéressants. « Le grand message de l'étude est que le raloxifène,

contrairement à l'hormonothérapie, a un effet neutre sur le plan coronarien », précise le D^r Brown. Le taux annualisé de troubles coronariens graves était de 2,1 % dans le groupe sous raloxifène et de 2,2 % dans le groupe témoin. Une différence non significative.

Les données concernant le cancer du sein sont plus flamboyantes. L'Evista a réduit de 44 % le risque d'apparition d'une tumeur invasive. Une diminution de 1,2 cas pour 1000 femmes traitées pendant un an. Le médicament a, en réalité, surtout réduit le taux de tumeurs invasives possédant des récepteurs d'œstrogènes. Cet effet du raloxifène se manifestait tant chez les femmes dont le risque était élevé selon le score de Gail, que chez celles dont le risque était faible. « L'étude RUTH ainsi que l'étude STAR² confirment les résultats de plus petites études qui ont montré une diminution du taux de cancer du sein. Certaines indiquent que cette action peut se poursuivre pendant huit ans d'utilisation. Il s'agit d'un avantage important du raloxifène », estime le D^r Brown.

Sur le plan de l'ostéoporose, le raloxifène a également des effets bénéfiques. Dans l'essai RUTH, il a réduit de 35 % le taux de fractures vertébrales. Il a ainsi permis une diminution de 1,3 cas pour 1000 femmes traitées par année.

Mais le médicament n'est pas sans risque. L'Evista a été associé à une augmentation de 49 % du risque d'AVC mortels. Cela constituait une hausse de 0,7 cas pour 1000 femmes traitées pendant un an. De plus, il a accru le taux de thrombo-embolies veineuses de 44 %. Un accroissement de 1,2 pour 1000 femmes-années. « Sur ce plan, il a un peu le même profil que l'hormonothérapie. On savait cependant

2. Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL et coll. Effects of Tamoxifen vs Raloxifene on the Risk of Developing Invasive Breast Cancer and Other Disease Outcomes: The NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 Trial. *JAMA* 2006 ; 295 : 2727-41.

Tableau II. Le marché des médicaments contre l'ostéoporose en 2005

	Nombre estimé d'ordonnances exécutées par les pharmacies de quartier		Part de marché (%) des médicaments contre l'ostéoporose décrits dans ce document	
	Québec	Canada	Québec	Canada
Médicaments contre l'ostéoporose	2 580 736	6 093 643	100	100
Alendronate Fosamax Novo-Alendronate Apo-Alendronate Co Alendronate Riva-Alendronate	1 377 769	2 830 092	53,4	46,4
Risédrionate Actonel	899 447	1 823 911	34,9	29,9
Raloxifène Evista	169 467	331 943	6,6	5,4
Calcitonine (saumon) Miacalcin Apo-Calcitonin Calcimar Sandoz-Calcitonin Caltine	84 418	155 696	3,3	2,6
Acide étidronique Didronel Gen-Etidronate CO Etidronate	581	13 109	0	0,2
Acide étidronique et calcium Didrocal	48 849	938 272	1,9	15,4
Tériparatide Forteo	205	620	0	0

Le marché des médicaments contre l'ostéoporose est défini dans ce tableau par les molécules suivantes : l'alendronate, le risédrionate, le raloxifène, la calcitonine, l'acide étidronique et le tériparatide.

Source : Enquête canadienne CompuScript ©IMS Health.

déjà que l'Evista augmentait le taux de troubles thrombo-emboliques », indique le D^r Brown.

Finalement, les bienfaits et les risques du raloxifène s'annulent. Il n'y a d'ailleurs pas eu de différence significative entre le taux de mortalité global du groupe sous raloxifène et celui du groupe témoin.

Une molécule plus séduisante

L'étude RUTH pourrait changer la pratique des cliniciens. Le raloxifène sera dorénavant plus facile à proposer aux femmes ménopausées sujettes à l'ostéoporose. « Les patientes se demandent souvent quel effet peut avoir la prise

d'un médicament pendant des années sur les troubles cardiovasculaires et le cancer du sein. Ces deux maladies constituent certainement les plus grandes craintes que les femmes ont à la ménopause. Maintenant, on sait que non seulement le raloxifène prévient et traite l'ostéoporose, mais il donne en plus aux patientes un avantage supplémentaire pour leur santé : la diminution du risque de cancer du sein », explique le D^r Brown.

Le raloxifène pourrait, par ailleurs, devenir une solution de rechange aux bisphosphonates chez les patientes relativement jeunes. Par exemple, chez une femme de 58 ans qui cesse l'hormonothérapie après cinq ans, mais présente des facteurs de risque d'ostéoporose ou une ostéoporose établie. « Ce qu'on avait jusqu'alors à lui proposer c'était de prendre des bisphosphonates jusqu'à 80 ans, soit pendant plus de 20 ans. Je ne dis pas que c'est néfaste d'utiliser ces médicaments pendant une aussi longue période. Ce sont cependant des molécules qui

s'accumulent graduellement sur le tissu osseux et dont on ignore l'innocuité après 10 ans. »

Le raloxifène semble donc un médicament plus rassurant. Mais les risques d'AVC et de thrombo-embolies ? « Il convient d'évaluer les risques et les avantages du raloxifène avant de le prescrire aux femmes postménopausées ayant des antécédents d'AVC ou de facteurs de risque d'AVC importants, tels qu'un accident ischémique transitoire ou de la fibrillation auriculaire », recommande un avis d'Ely Lilly, publié dans le site de Santé Canada. Le D^r Brown est d'accord. « Je ne prescrirai pas l'Evista à une dame chez qui le risque de maladie thrombo-embolique est accru, qui est hypertendue ou qui a des risques d'AVC. »

Malgré ces effets indésirables, le raloxifène conserve un profil intéressant. Actuellement, l'Evista constitue 7 % des médicaments antiostéoporotiques prescrits au Québec, alors que les bisphosphonates représentent 88 % du marché (*tableau 2*). 

La grippe chez les enfants

une infection peu diagnostiquée



Dr Marc Lebel

Le constat est assez troublant. Chez les jeunes enfants infectés par l'influenzavirus, la grippe est souvent peu diagnostiquée. Dans des cliniques et des urgences américaines, la maladie n'a été identifiée que chez 17 % des enfants grippés, indique un article du *New England Journal of Medicine*¹. Et ce pourcentage ne grimpe qu'à 28 % chez les enfants hospitalisés à cause de leurs symptômes.

Dans trois comtés américains comprenant les villes de Nashville, de Rochester et de Cincinnati, des chercheurs du New Vaccine Surveillance Network (NVSN) ont recruté des enfants de moins de cinq ans qui présentaient une infection aiguë des voies respiratoires ou de la fièvre¹. Les petits patients provenaient soit d'hôpitaux, où ils avaient été admis à cause de leurs symptômes, soit de cliniques ou d'urgences pédiatriques. L'équipe de recherche a effectué des prélèvements du nez et de la gorge chez chaque participant pour vérifier la présence de l'influenzavirus par culture virale et par amplification en chaîne par polymérase (PCR).

De 2000 à 2004, 2797 enfants hospitalisés ont été recrutés, dont 160 avaient la grippe, selon les épreuves de laboratoire. La plupart des sujets infectés étaient très jeunes : presque la moitié avaient moins de six mois et 80 %, moins de deux ans. Beaucoup présentaient de la fièvre, de la toux et une rhinorrhée. Les médecins traitants n'ont diagnostiqué la grippe que dans 28 % des cas. Chez la moitié des enfants, les cliniciens ont posé un diagnostic de bronchiolite, de maladie virale, de fièvre ou de sepsis potentiel.

« La grippe n'est pas facile à diagnostiquer chez le jeune enfant, explique le **Dr Marc Lebel**, pédiatre

infectiologue au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Le syndrome grippal avec myalgie, que l'on voit chez l'adulte, est plus rare chez l'enfant de moins de cinq ans. Chez eux, le mode de présentation clinique est souvent de la fièvre, de la toux et une rhinorrhée qui constituent des symptômes peu spécifiques. »

Le recours plus fréquent aux tests diagnostiques rapides serait-il une solution, comme le suggèrent les auteurs de l'étude, la **Dr^e Katherine Poehling**, du Centre universitaire médical Vanderbilt, à Nashville, et ses collaborateurs ? Le Dr Lebel le pense. Au moins pour les petits patients hospitalisés. Au cours de l'étude, les médecins traitants n'avaient fait passer un test de la grippe qu'à 33 % des enfants. « Cela pourrait permettre de diminuer le nombre d'examen et d'antibiothérapie inutiles. Quand un jeune enfant fait de la fièvre, le problème est de savoir s'il a une bactériémie ou une pneumonie qui nécessite un traitement. Dans l'étude, il n'y a eu qu'un cas d'infection bactérienne chez les enfants hospitalisés et grippés. »

Quand le test devient nécessaire dans une clinique

Pour le volet ambulatoire de l'étude, les chercheurs ont recruté dans des cliniques et des urgences 1742 enfants de moins de 5 ans ayant une infection respiratoire aiguë ou de la fièvre pendant les 13 semaines les plus intenses de la saison de la grippe de 2002-2003 et de 2003-2004. L'infection à influenzavirus a été confirmée par culture virale et PCR chez 274 d'entre eux. Presque tous souffraient de fièvre, de toux et d'une rhinorrhée. Les médecins n'ont toutefois réussi à diagnostiquer la grippe que chez 17 % de ces enfants.

Faut-il aussi faire passer une épreuve diagnostique à tous les petits patients ambulatoires présentant des symptômes ? « On ne le recommande pas, affirme le Dr Lebel, qui souligne la difficulté d'une telle mesure. Cependant, il faut tester les enfants qui appartiennent aux groupes exposés aux complications, comme les immunodéprimés, les greffés, les cardiaques, car un traitement antiviral pourrait leur être bénéfique en cas de grippe. Il faudrait également faire passer le test à l'enfant si un membre de la famille fait partie d'un groupe à risque, par exemple, si l'un d'eux a un cancer. Dans ce cas, on peut offrir un traitement à l'enfant

1. Poehling KA, Edwards KM, Weinberg GA et coll. The underrecognized burden of influenza in young children. *N Engl J Med* 2006 ; 355 : 31-40.

et une protection au reste de la famille. Il faut savoir que l'enfant excrète une quantité plus importante de virus et pendant plus longtemps que l'adulte. » Le problème est que l'accès aux analyses diagnostiques est difficile pour les médecins de cabinets privés, reconnaît le spécialiste.

Par ailleurs, les tests diagnostiques de la grippe ne sont pas totalement fiables. Chez les 160 enfants grippés et hospitalisés de l'étude du NVSN, 52 (33 %) ont passé un test diagnostique à la demande de leur médecin. Le résultat ne s'est révélé positif que chez 38 patients, soit 24 % d'entre eux. « Ces tests de diagnostic rapides sont pratiques, mais ils peuvent manquer de sensibilité et de spécificité, en particulier au début et à la fin de l'épidémie », précise le D^r Lebel.

La meilleure solution : la vaccination

Chez les très jeunes enfants, la grippe est un problème fréquent et grave, démontrent également les données de la D^{re} Poehling et de son équipe. Les chercheurs ont calculé que 0,9 enfant de moins de 5 ans pour 1000 était hospitalisé annuellement à cause d'une infection à *influenzavirus*. « C'est un taux comparable à celui qu'on retrouve chez les personnes âgées et les groupes à risque. C'est important de reconnaître que l'influenza touche aussi les jeunes enfants et conduit à des hospitalisations », estime le D^r Lebel.

En ce qui concerne les cliniques et les urgences, le taux de consultations dues à la grippe a atteint 122 pour 1000 enfants en 2003-2004. Cette année-là, 19 % des enfants qui étaient amenés chaque semaine à la clinique pour une infection respiratoire aiguë ou de la fièvre étaient contaminés par l'*influenzavirus*, et ce pourcentage grimpa à 29 % à l'urgence. L'année précédente, en 2002-2003, le taux avait été de 10 % dans les cabinets et de 6 % à l'urgence.

« L'apport le plus important de cette étude est de faire prendre conscience que les jeunes enfants sont à risque. Et l'on peut faire quelque chose : les vacciner », indique le pédiatre-infectiologue. Cette mesure est recommandée pour tous les enfants faisant partie des catégories à risque, ce qui inclut aussi les enfants normaux de 6 à 23 mois. « Il ne faut pas oublier que la première fois qu'un enfant de moins de 9 ans est vacciné, on doit lui administrer deux doses à un mois d'intervalle », rappelle le spécialiste. L'entourage des petits de moins de 24 mois devrait également se faire vacciner. 🦋

Papillomavirus humain de nouveaux vaccins

Merck Frosst vient de lancer un nouveau vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) : le Gardasil^{MC}. Le produit a été conçu pour prévenir le cancer du col de l'utérus, les dysplasies cervicales, vulvaires et vaginales ainsi que les verrues génitales causés par les VPH de types 6, 11, 16 et 18. Mais un autre vaccin contre le papillomavirus pointe aussi à l'horizon : le CervarixTM. Fabriqué par GlaxoSmithKline, il devrait être homologué en 2007.

« L'intérêt de ces vaccins est énorme, parce qu'on a enfin un outil pour prévenir l'infection par le VPH et ses complications. Pendant longtemps on a eu l'impression que la médecine était impuissante devant ce virus. On ignorait quelles personnes en étaient infectées, comment s'en débarrasser – en dehors de la destruction des lésions –, quels patients ne guérissaient pas de l'infection et comment prévenir la contamination, puisque les condoms n'étaient pas très efficaces », explique le D^r Marc Steben, qui a été l'un des investigateurs des études de Merck Frosst sur le Gardasil.

Les deux nouveaux vaccins ont en commun de protéger contre les VPH de types 16 et 18, responsables d'environ 70 % des cancers du col de l'utérus. Cependant, le Gardasil offre en plus une immunité contre les types 6 et 11, à l'origine des condylomes. Le Cervarix, par contre, permet d'avoir une « protection substantielle » contre les types 45 et 31, qui viennent au troisième et quatrième rangs des VPH oncogènes les plus prévalents, affirme GlaxoSmithKline. Le produit protégerait ainsi contre les papillomavirus à l'origine de 80 % des cancers du col de l'utérus.

L'efficacité du Gardasil semble très élevée. Quatre études portant sur presque 21 000 femmes de 16 à 26 ans ont montré que chez les participantes qui n'ont jamais été infectées par l'un des quatre types de VPH que contient le vaccin et qui ont reçu les trois doses du produit, le taux d'efficacité du Gardasil est de 100 % contre les néoplasies intraépithéliales cervicales de degré 2 et 3 et contre les adénocarcinomes *in situ* du col de l'utérus.

En ce qui concerne les néoplasies vulvaires et vaginales ainsi que les verrues génitales, les résultats sont similaires.

Mais, dans la population, toutes les jeunes femmes ne ressemblent pas à ces sujets. Certaines sont déjà infectées par un type de VPH. Lorsque l'analyse comprenait toutes les participantes qui avaient eu au moins une dose et pouvaient ou non être déjà infectées par l'un des types, le Gardasil diminuait de seulement 39 % le taux de néoplasies intraépithéliales cervicales de degré 2 et 3 et les adénocarcinomes *in situ* du col de l'utérus.

À qui est destiné le Gardasil ? Aux patientes de 9 à 26 ans. « Cependant, ce sont les jeunes filles de 9 à 12 ans qui en tireront le maximum de bienfaits, parce qu'elles n'ont pas encore été en contact avec le virus. L'infection s'acquiert surtout au cours des premières relations sexuelles. On sait que plus on attrape le VPH jeune, plus le risque de cancer du col à long terme est grand », affirme le D^r Steben, spécialiste des maladies de la vulve au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Mais les patientes plus âgées peuvent aussi bénéficier du vaccin. Le clinicien le proposera donc également aux jeunes femmes dans la vingtaine. « Cela vaut la peine de l'offrir, même si c'est moins rentable sur le plan de la santé publique. »

Et qu'en est-il des garçons et des hommes ? Pour l'instant, les indications du vaccin ne les incluent pas. Toutes les études d'efficacité ont d'abord été menées chez les femmes pour vérifier l'effet protecteur du Gardasil contre le cancer du col de l'utérus. Cependant, un essai clinique d'efficacité est en cours sur des sujets de sexe masculin. Le vaccin semblerait provoquer une très bonne réponse immunitaire chez les garçons, selon certaines données.

Les femmes vaccinées n'échapperont pas, par ailleurs, aux examens gynécologiques. « Le suivi systématique et le test Pap doivent continuer à être effectués tel qu'il est indiqué, même chez les femmes qui ont reçu GARDASIL^{MC} », prévient la monographie.

Le vaccin se donne en trois doses. La patiente doit recevoir la deuxième deux mois après la première et la dernière quatre mois après. Le Gardasil est vendu aux pharmacies 135 \$ la dose, soit quelque 405 \$ pour une vaccination complète. ☞

Pandémie de grippe ***les recommandations à suivre***

Francine Fiore

Dans l'éventualité d'une pandémie de grippe, l'Institut national de santé publique du Québec a publié, en juillet dernier, un document intitulé *Mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels*, rédigé par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec.

Ces recommandations s'appliquent à tous les établissements où des personnes affectées par la grippe pandémique pourraient se trouver et être traitées, soit les hôpitaux, les urgences, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, etc. Les mesures préconisées s'appliquent aussi aux cliniques médicales et aux cabinets privés et concernent également les travailleurs de la santé qui donnent des soins à domicile.

À partir de ce document, chaque établissement a la responsabilité d'élaborer son propre plan selon ses besoins et sa réalité. « Nous avons publié des recommandations d'experts devant être appliquées à tout le Québec afin qu'il n'y ait pas de différence entre les milieux de soins, précise le D^r Richard Côté, médecin spécialiste en santé communautaire, responsable du secteur prévention, contrôle, surveillance en maladies infectieuses à l'Institut national de santé publique du Québec. À la suite de ces recommandations, le patient devrait être protégé de la même façon, qu'il se trouve dans un grand centre urbain ou en région. »

Ce que tout médecin doit savoir

Tant en établissement qu'en clinique ou à domicile, la protection de tous les travailleurs de la santé s'impose. « Si on veut que les médecins, les infirmières et les autres membres du personnel demeurent en poste, la première chose à faire est de s'assurer qu'ils sont protégés, indique le D^r Côté. Il faut donc créer une barrière entre la personne qui donne les soins et celle qui les reçoit. Cette barrière peut également servir à protéger le patient du professionnel et contribuer à réduire le risque de propagation. »

Par conséquent, les auteurs du rapport soutiennent que tous les membres du personnel soignant en milieu hospitalier, y compris les médecins, doivent porter un masque chirurgical pendant les contacts étroits avec un patient infecté. Il est important de changer de masque aux fréquences recommandées et d'éviter de le laisser pendre autour du cou ou à l'oreille. Le professionnel de la santé doit également porter des gants et faire attention de ne pas contaminer l'environnement quand ils sont souillés. En aucun cas, les gants ne doivent être réutilisés. Il faut les jeter après chaque patient.

En présence de risque de souillures des vêtements par des liquides biologiques, comme le sang ou les sécrétions respiratoires d'un patient, il est recommandé de porter une blouse à manches longues de la taille appropriée et qui couvrent complètement les régions prévues.

Afin de se protéger davantage au cours de certains actes, comme une intubation endotrachéale, un traitement par nébuliseur, une bronchoscopie, une aspiration, qui peuvent entraîner la production de très petites particules aériennes de sécrétions respiratoires, le personnel soignant doit porter des gants, une blouse, des lunettes de protection ou un écran facial et un équipement de protection respiratoire. Les blouses ne doivent être portées qu'une seule fois. Toujours afin de se protéger le plus possible, les professionnels de la santé doivent éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains contaminées (avec ou sans gants). En cas de risques d'éclaboussures, le port de lunettes étanches ou d'un écran facial est nécessaire.

L'hygiène des mains constitue, par ailleurs, un élément essentiel des pratiques de base. Elle comprend le lavage avec un savon ordinaire ou antiseptique et l'utilisation d'un rince-mains antiseptique à base d'alcool (gels, liquides, mousses) ne nécessitant pas l'utilisation d'eau. Il est recommandé de procéder à l'hygiène des mains après tout contact avec un patient infecté de même qu'après le retrait des masques, des gants et des blouses ou de toute autre pièce d'équipement de protection.

L'hygiène dans les salles d'attente

Par ailleurs, les salles d'attente des cliniques et des cabinets privés doivent également faire l'objet

de mesures de prévention et offrir tout le matériel nécessaire pour l'hygiène des mains. « Il faut aménager les salles d'attente dans les cliniques et les cabinets afin de regrouper les patients présentant des symptômes pour qu'ils soient à l'écart des autres », indique **M^{me} Lucie Beaudreau**, conseillère principale en prévention des infections nosocomiales à l'Institut national de santé publique. Selon les recommandations, une distance d'au moins un mètre devrait être prévue entre les personnes infectées et les autres. Des affiches peuvent être utilisées afin de rappeler au patient de mentionner au personnel médical la présence de symptômes de la grippe et lui indiquer les mesures de prévention de la transmission. Les auteurs du rapport recommandent de faire porter un masque aux patients qui toussent et de les encourager à avoir une bonne hygiène des mains. « Les médecins devraient d'ailleurs s'assurer que tous les patients respectent l'hygiène et l'étiquette respiratoires », précise le D^r Coté.

Les professionnels de la santé qui donnent des soins à domicile, dont les médecins, doivent aussi faire preuve de vigilance. Par exemple, ils doivent faire un tri des patients avant la visite. Si une personne grippée se trouve dans la maison, il est recommandé de remettre la visite à plus tard si cette dernière n'est pas absolument nécessaire. En présence d'un patient atteint d'un syndrome d'allure grippal, les fournisseurs de soins à domicile doivent utiliser des moyens de protection, dont des gants.

En ce qui concerne les consultations en clinique ou en cabinet privé, il est recommandé de faire un tri au téléphone des patients pour tenter de réduire les visites inutiles. Selon les recommandations, il est fondamental que les différents milieux de soins renseignent adéquatement le personnel sur les questions de santé au travail dans le cadre d'une pandémie de grippe et établissent des mécanismes de surveillance de l'infection chez les travailleurs de la santé dès que la pandémie se manifeste dans la population.

Le document intitulé *Mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels* peut être consulté dans le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au www.inspq.qc.ca 

(Suite à la page 97) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 21)

Livres Francine Fiore

L'asthme chez l'enfant

Pour une prise en charge efficace

*Denis Bérubé, Sylvie Laporte,
Robert V. Thivierge et autres*



Souvent démunis et pris de panique devant leur enfant qui étouffe, les parents ont besoin d'être bien renseignés sur l'asthme. Des spécialistes partagent donc avec eux leurs connaissances dans un petit livre rédigé sous la direction du D^r Denis Bérubé, pédiatre-pneumologue.

Tout d'abord, les auteurs expliquent aux parents ce qu'est vraiment l'asthme. Ils en présentent les symptômes, le diagnostic, les facteurs déclencheurs, etc. Le lecteur apprend comment améliorer l'environnement de l'enfant. Les allergènes, dont les acariens, les animaux, les moisissures, le pollen et la fumée secondaire, font l'objet d'une attention particulière. Une section porte également sur les vaccins, dont certains assurent une protection, car l'asthme peut être plus difficile à maîtriser si l'enfant est contaminé par un virus et des bactéries.

Les parents apprendront également comment aider l'enfant asthmatique en veillant sur ses habitudes de vie et en particulier sur son alimentation, son sommeil, son activité physique et ses exercices respiratoires. Bien sûr, les différents traitements sont passés en revue. Et comme les crises d'asthme sont angoissantes, on y indique quoi faire en cas d'urgence. 🌬️

Éditions du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Collection du CHU Sainte-Justine pour les parents, Montréal 2006, 164 pages, 14,95 \$.

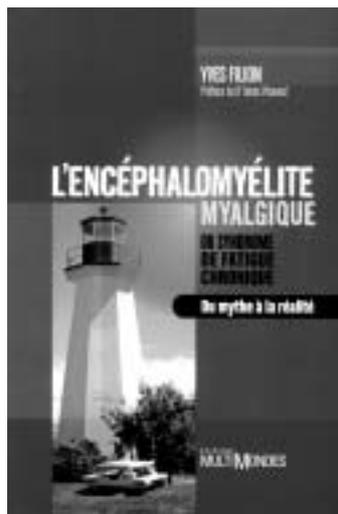
(Suite à la page 100) ▶▶▶

◀◀ (Suite de la page 97)

Livres Francine Fiore

L'encéphalomyélite myalgique

Yves Filion



Fatiguées d'être fatiguées, souffrantes et surtout incomprises, les personnes atteintes de l'encéphalomyélite myalgique (syndrome de fatigue chronique) ne savent pas toujours vers qui se tourner, car de nombreux préjugés persistent à l'égard de ce problème. Afin de démythifier cette affection, Yves Filion a rédigé un ouvrage éloquent.

Lui-même atteint du syndrome de fatigue chronique depuis 12 ans, l'auteur connaît bien sa maladie et la décrit avec précision. Conjuguant des notions de physiopathologie avec la dure réalité du quotidien, il discute entre autres des symptômes, du diagnostic, du rôle potentiel des virus et des bactéries, des mythes souvent associés à

ce problème, des traitements dont les médicaments dits naturels, l'alimentation et l'exercice. Sur un ton plus intime, il invite le lecteur à partager sa vie personnelle. Ainsi, il n'hésite pas à raconter les répercussions de la maladie sur sa relation amoureuse et sur son travail. Mais il n'oublie pas les bons moments liés à son affection, comme les rencontres avec les membres des groupes d'entraide. Il révèle, par ailleurs, comment une personne atteinte de ce syndrome peut reprendre goût à la vie.

Dans la préface qu'il signe, le **D^r Denis Phaneuf**, infectiologue et spécialiste du syndrome de fatigue chronique au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, reconnaît le peu de ressources médicales dans ce domaine et estime que ce livre défriche plusieurs chemins conduisant à l'amélioration de la vie des personnes atteintes.

L'auteur, pour sa part, a voulu lancer un cri du cœur, un cri de rage et de colère devant l'incrédulité à laquelle font face les personnes atteintes. Sans condamner la médecine pour le manque de solutions, il espère aider ses semblables à s'en sortir et les médecins à mieux comprendre ce problème et ceux qui en souffrent.

Éditions MultiMondes, Sainte-Foy, Québec, 2005, 400 pages, 34,95 \$.

(Suite à la page 129) ▶▶▶

◀◀ (Suite de la page 100)

Mises en garde **Aptivus** **et hémorragie** **intracrânienne**

Quatorze patients infectés par le VIH-1 et traités par l'Aptivus® (tipranavir) ont été victimes d'une hémorragie intracrânienne au cours d'études cliniques comptant un total de 6840 sujets. Huit d'entre eux ont succombé. L'Aptivus, qui est administré avec une faible dose de ritonavir (Norvir®), est prescrit aux patients ne répondant pas à d'autres traitements contre le VIH.

Des études *in vitro* ont montré que l'Aptivus inhibe l'agrégation des plaquettes humaines à des concentrations correspondant à celles des patients qui reçoivent l'association tipranavir-ritonavir. Cependant, aucun paramètre de coagulation ni aucun signe d'anomalies sanguines ne permettait de prédire quels patients allaient être atteints d'un saignement intracrânien.

Plus de la moitié des 14 sujets sous Aptivus qui ont subi une hémorragie intracrânienne présentaient toutefois d'autres problèmes médicaux (lésions du système nerveux central, traumatisme crânien, intervention neurochirurgicale, coagulopathie, hypertension ou abus d'alcool) ou encore prenaient d'autres médicaments, notamment des anticoagulants et des agents antiplaquettaires. Ces facteurs pourraient avoir causé les saignements ou y avoir contribué.

« Par conséquent, le traitement par APTIVUS/ritonavir devrait être administré avec prudence aux patients pouvant présenter un risque accru de saignement à la suite d'un traumatisme, d'une chirurgie ou d'autres affections médicales ou qui reçoivent d'autres médicaments reconnus pour accroître le risque de saignement, notamment les agents antiplaquettaires ou les anticoagulants », mentionne le fabricant, Boehringer Ingelheim, dans l'avis qu'il a envoyé aux professionnels de la santé. ☞

Remicade **et lymphomes T** **hépatospléniques** **chez des jeunes**

L'emploi de REMICADE® (infliximab) chez les enfants n'est pas autorisé au Canada, rappellent Centocor et Schering Canada. Cet anticorps monoclonal, qui cible le facteur de nécrose tumorale alpha (TNF α), est indiqué chez les adultes dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, de la maladie de Crohn, de la spondylarthrite ankylosante, de la colite ulcéreuse, de la polyarthrite psoriasique et du psoriasis vulgaire chronique.

Aux États-Unis, depuis la commercialisation du Remicade, six cas de lymphome T hépatosplénique ont été signalés chez des enfants et des jeunes adultes qui ont reçu le médicament pour traiter la maladie de Crohn. Cinq de ces patients sont décédés.

(Suite à la page 134) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 129)

Certains n'ont eu qu'une ou deux perfusions, mais d'autres ont reçu le traitement d'entretien pendant quatre ans. Cependant, comme les six patients ont aussi reçu d'autres immunodépresseurs, notamment l'azathioprine et la 6-mercaptopurine, il a été impossible d'établir clairement une relation de cause à effet entre l'emploi de l'infliximab et l'apparition du lymphome.

Le lymphome T hépatosplénique est une forme très rare de lymphome non hodgkinien qui touche surtout les adolescents et les jeunes hommes adultes. Seuls 150 cas ont été signalés dans la littérature médicale. La maladie se manifeste habituellement par une hépatosplénomégalie importante associée à une atteinte de la moelle osseuse et à une cytopénie. Les patients peuvent présenter des symptômes caractéristiques des lymphomes B, comme de la fièvre, une perte de poids et des sueurs nocturnes, mais sans avoir de lymphadénopathie ou de lymphocytose dans le sang périphérique. La maladie évolue très rapidement, et la plupart des patients meurent dans les deux ans qui suivent le diagnostic. ☹

