

Étude DREAM, volet rosiglitazone diminution du risque de diabète



Dr Jean-Louis Chiasson

Dorénavant, il est possible de diminuer de 60 % le risque d'apparition du diabète chez des personnes prédiabétiques. Comment ? Par la prise de rosiglitazone (Avandia). Ce médicament permettrait même à la moitié des patients de retrouver une glycémie normale. L'étude canadienne DREAM, qui a été réalisée sur plus de 5000 sujets, marque un tournant dans la prévention du diabète¹.

« On peut maintenant proclamer qu'il est possible de prévenir le diabète dans les populations à risque, ou à

tout le moins d'en retarder l'apparition », estime le **Dr Jean-Louis Chiasson**, cochercheur de l'essai clinique et chef du Service d'endocrinologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Ces résultats devraient se répercuter sur les prochaines lignes directrices de l'Association canadienne du diabète et de différents organismes dans le monde.

On disposait déjà de plusieurs mesures pour prévenir le diabète. À eux seuls, l'exercice et une alimentation adéquate peuvent abaisser de plus de 50 % le risque d'apparition de la maladie. « Cependant, l'observance à long terme est un grand défi », indique le Dr Chiasson. D'autres médicaments comme l'acarbose et la metformine, pour leur part, diminuent le risque de 25 % à 30 %. C'est donc à cet arsenal que vient s'ajouter la rosiglitazone.

L'étude *Diabetes REduction Assessment with*

1. The DREAM Trial Investigators. Effect of rosiglitazone on the frequency of diabetes in patients with impaired glucose tolerance or impaired fasting glucose: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006 ; 368 : 1096-105.

ramipril and rosiglitazone Medication (DREAM) s'est déroulée dans 21 pays, dont le Canada qui comptait à lui seul plus de 1000 sujets. Les 5269 participants, âgés en moyenne de 55 ans, présentaient une intolérance au glucose ou une hyperglycémie à jeun (*encadré*), tout en étant exempts de maladies cardiaques.

Les participants ont été distribués au hasard en deux groupes. Dans l'un, 2365 sujets ont pris quotidiennement 8 mg de rosiglitazone pendant trois ans, dans l'autre, 2634 ont reçu un placebo. Parallèlement, dans chaque groupe, un sous-groupe prenait aussi du ramipril (Altace) et un autre un placebo, ce qui constituait le second volet de l'étude (*voir Étude DREAM, volet ramipril*).

Les effets de la rosiglitazone

Après un suivi médian de trois ans, les résultats observés sont impressionnants. Seulement 11,6 % des patients sous rosiglitazone, par rapport à 26,0 % dans le groupe témoin, sont devenus diabétiques ou sont morts, critères d'évaluation principaux de l'étude. La diminution du risque atteint ainsi 60 % ($P < 0,0001$). La différence entre les deux groupes s'est dessinée dès la première année.

Il y a cependant plus : 50,5 % des participants prenant la thiazolidinédione ont retrouvé une glycémie normale par rapport à 30,3 % dans le groupe témoin. Cela constitue une hausse de 71 % ($P < 0,0001$). La rosiglitazone a surtout agi sur la glycémie mesurée deux heures après une hyperglycémie provoquée : une baisse de 1,6 mmol/l par rapport au placebo ($P < 0,0001$). La glycémie à jeun médiane, elle, n'a été réduite que de 0,5 mmol/l.

L'antidiabétique paraît, toutefois, plus efficace chez certains sujets : les plus corpulents. « La rosiglitazone semble réduire ou éliminer la relation entre l'augmentation de l'obésité

et un plus grand risque de diabète », ont noté les auteurs. Par exemple, la réduction du risque d'apparition du diabète ou de mort était de 40 % lorsque l'indice de masse corporelle (IMC) était inférieur à 28 kg/m², et de 68 % quand l'IMC dépassait 32 kg/m².

Ce phénomène est normal, précise le D^r Chiasson, qui était également membre du comité directeur de l'étude. « Les gens dont l'IMC est élevé ont une plus grande probabilité de devenir diabétiques. Donc, automatiquement, si l'on diminue, par une intervention, le risque dans cette population-là, le pourcentage de personnes qui en bénéficieront sera plus élevé. »

La rosiglitazone présente, par ailleurs, d'autres avantages. Pendant la première année, la concentration d'enzymes hépatiques (ALT) était inférieure de 4,2 U/l dans le groupe expérimental ($P < 0,0001$). « Les patients atteints du syndrome métabolique – qui comprend entre autres l'intolérance au glucose –, présentent souvent une stéatose hépatique, ce qui entraîne une augmentation du taux d'enzymes ALT, AST et GGT. Il est possible que la diminution du taux d'enzyme due à la rosiglitazone soit un signe de la réduction de la taille du foie. C'est une hypothèse intéressante qu'il faudrait vérifier », estime l'endocrinologue.

Risque d'insuffisance cardiaque

Sur le plan des effets secondaires, le taux de troubles cardiovasculaires était similaire dans les deux groupes. Néanmoins, une donnée inquiète le D^r Chiasson. Quatorze des patients prenant de la rosiglitazone (0,5 %) ont souffert d'insuffisance cardiaque contre deux dans le groupe témoin (0,1%). Un risque cinq fois plus élevé ($P = 0,01$).

Le risque de défaillance cardiaque, un problème associé à la famille des thiazolidinédiones, doit être pris au sérieux, souligne l'endocrinologue.

Définitions

Intolérance au glucose :

- ⊗ glycémie à jeun $< 7,0$ mmol/l ;
- ⊗ glycémie deux heures après l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale entre 7,8 mmol/l et 11,1 mmol/l.

Hyperglycémie à jeun :

- ⊗ glycémie à jeun entre 6,1 mmol/l et 7 mmol/l ;
- ⊗ glycémie deux heures après l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale $< 11,1$ mmol/l.

Normoglycémie :

- ⊗ glycémie à jeun $< 6,1$ mmol/l ;
- ⊗ glycémie deux heures après l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale $< 7,8$ mmol/l.

« Les sujets de DREAM ne présentaient pas de risque élevé de maladies cardiovasculaires. Toutefois, dans la population prédiabétique, beaucoup de gens ont une série de facteurs de risque de troubles cardiaques ou ont déjà des problèmes coronariens ou cardiaques. Dans ces cas, il faut peser le pour et le contre avant de prescrire de la rosiglitazone. »

L'autre inconvénient de l'antidiabétique est le gain pondéral. Ses utilisateurs ont pris en moyenne 2,2 kg de plus que les sujets témoins ($P < 0,001$). Leur santé n'en a cependant pas pâti, puisque leur rapport taille-hanche a diminué. Leur tour de hanche a augmenté de 1,8 cm alors que leur tour de taille n'a pas changé. « Les gens n'aiment cependant pas prendre du poids, que ce soit aux hanches ou au ventre », reconnaît l'endocrinologue.

Les autres traitements du prédiabète ont aussi

leurs réactions indésirables. La metformine, par exemple, est contre-indiquée chez les patients âgés dont la fonction rénale est diminuée. L'acarbose, lui, peut causer des effets secondaires comme les flatulences.

Finalement, dans quelle mesure la prise de rosiglitazone est-elle bénéfique ? Quand on traite 1000 personnes avec ce médicament pendant trois ans, on évite 144 cas de diabète, mais l'on a quatre ou cinq cas d'insuffisance cardiaque congestive de plus.

Il reste encore plusieurs obstacles avant de pouvoir traiter les patients prédiabétiques par la rosiglitazone. « L'utilisation du médicament dépend du gouvernement provincial qui acceptera ou non de payer pour des mesures préventives. Il affirme vouloir favoriser la prévention, mais lorsque vient le moment de déboursier, il recule. Cela a été le cas jusqu'à présent pour les deux autres médicaments, l'acarbose et la metformine, dont l'efficacité a été prouvée pour diminuer l'apparition du diabète dans une population à risque élevé », explique le D^r Chiasson.

Étude DREAM, volet ramipril non, les IECA ne préviennent pas le diabète

On se posait la question depuis longtemps. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) réduisent-ils vraiment le risque d'apparition du diabète ? « La réponse est non », peut maintenant trancher le D^r Jean-Louis Chiasson, co-investigateur de l'étude DREAM. Le volet ramipril de l'essai clinique révèle que la prise de cet antihypertenseur ne diminue pas significativement l'incidence du diabète ou le taux de décès chez les sujets prédiabétiques¹.

L'étude *Diabetes REduction Assessment with ramipril and rosiglitazone Medication* comportait


1. Les chercheurs de l'étude DREAM. Effect of ramipril on the incidence of diabetes. *N Engl J Med* 2006 ; publié dans www.nejm.org, le 15 septembre 2006 (10.1056/NEJMoa065061).

5269 participants présentant une intolérance au glucose ou une hyperglycémie à jeun. Les sujets ont été distribués de manière aléatoire dans un groupe recevant quotidiennement soit un placebo, soit jusqu'à 15 mg de ramipril (Altace). Après une période médiane de trois ans, le taux de nouveaux cas de diabète ou de décès était de 18,1 % dans le groupe recevant l'IECA et de 19,5 % dans le groupe témoin ($P = 0,15$).

Le ramipril donnait, toutefois, un petit avantage aux sujets qui le prenaient : ils avaient 16 % plus de chance de redevenir normoglycémiques que les participants témoins ($P = 0,001$). À la fin de l'étude, 42,5 % des patients sous ramipril et 38,2 % des sujets prenant le placebo présentaient une glycémie normale à jeun et deux heures après une épreuve d'hyperglycémie provoquée.

Les résultats de l'étude DREAM ne justifient donc pas l'utilisation du ramipril pour prévenir le diabète. Pourtant, de nombreux essais cliniques avaient semblé indiquer que les IECA et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine pouvaient avoir cette propriété. « Dans la majorité de ces études, la diminution de l'incidence du diabète allait de 25 % à 35 %, ce qui est très important. Cependant, ces essais n'avaient pas été spécifiquement conçus pour étudier cette question. On n'y relevait que des glycémies à jeun et des cas de diabète diagnostiqués par le médecin traitant. Aucune épreuve d'hyperglycémie provoquée n'y avait été effectuée », explique le D^r Chiasson, chef du Service d'endocrinologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Le ramipril, toutefois, reste recommandé comme antihypertenseur chez les patients intolérants au glucose ou diabétiques. « Il a une action néphroprotectrice dans cette population, précise le spécialiste. On sait qu'il y a d'autres antihypertenseurs qui provoquent des effets néfastes sur la tolérance au glucose ou l'homéostasie du glucose. »

Les sujets de l'essai DREAM prenaient parallèlement au ramipril ou au placebo, soit de la rosiglitazone, soit un second placebo. Il n'y a pas eu d'interactions entre les deux médicaments en ce qui concerne les critères d'évaluation primaires et secondaires de l'étude. 

Chirurgie esthétique taux de suicide plus élevé chez les porteuses d'implants mammaires

Francine Fiore

Selon des données publiées récemment dans l'*American Journal of Epidemiology*, le taux de suicide des femmes porteuses d'implants mammaires est supérieur de 73 % à celui des femmes du même âge dans la population générale. Ces résultats sont issus d'une étude canadienne qui se penchait sur le taux de mortalité des patientes ayant eu recours à une augmentation mammaire pour des raisons esthétiques.

L'étude a été réalisée auprès de 24 600 femmes, soit 17 400 Québécoises et 7200 Ontariennes, par les D^{rs} Jacques Brisson et Louis Latulippe, de la Faculté de médecine de l'Université Laval, en collaboration avec des chercheurs de l'Université de Toronto. Les participantes de l'étude, âgées en moyenne de 32 ans au moment de l'intervention chirurgicale qui a eu lieu entre 1974 et 1989, ont été suivies pendant quelque quinze ans. Au cours de cette période, 58 d'entre elles se sont suicidées alors qu'on se serait attendu à ce qu'il y en ait 34.

Le groupe témoin était composé de 16 000 femmes ayant subi une opération de chirurgie plastique autre que l'augmentation mammaire. Chez ces sujets, le taux de suicide a été supérieur de 55 % à celui des femmes de la population générale.

Fragilité psychologique ?

Médecin épidémiologiste spécialisé dans la recherche sur le cancer du sein, le D^r Brisson, précise que le fait d'avoir des implants mammaires ne favorise pas le suicide chez les femmes, puisque le taux de patientes ayant mis fin à leurs jours était également plus élevé dans le groupe témoin ayant subi un autre type d'intervention de chirurgie esthétique. « Dans les deux groupes, le taux de

suicide était plus élevé que chez les femmes du même âge vivant à la même époque dans la population générale », fait remarquer le médecin.

Des études ont déjà mentionné que certaines patientes qui reçoivent des implants mammaires peuvent avoir une faible estime personnelle, un manque de confiance en elles et des problèmes de santé mentale plus fréquents, notamment la dépression, que les femmes dans la population générale.

Avant l'opération, le chirurgien doit procéder à une bonne évaluation physique et psychologique, selon le D^r Brisson. Mais souvent, le premier consulté pour une augmentation mammaire est le médecin de famille à qui la patiente demande le nom d'un spécialiste. « Le médecin de famille doit porter une attention particulière aux raisons qui incitent sa patiente à subir ce type d'intervention. Le généraliste doit s'assurer qu'elle ne souffre pas de dépression ni d'une certaine fragilité psychologique et qu'elle ne souhaite pas régler ses problèmes par la chirurgie esthétique. Si ses motivations révèlent des difficultés que ne peut résoudre la chirurgie plastique, le médecin doit adresser sa patiente à des personnes qui peuvent lui apporter une aide psychologique. »

Un taux de mortalité global plus bas

Pendant les 15 ans qu'a duré le suivi des patientes ayant reçu des implants mammaires, 480 sont décédées de différentes causes. Fait intéressant, leur taux de mortalité global était plus bas de 26 % que celui des femmes de la population générale, du même âge, vivant à la même époque. Selon les chercheurs, cette différence s'explique par l'incidence réduite des décès dus aux cancers, notamment celui du sein, et des maladies cardiovasculaires.

Ces données ne signifient toutefois pas que les implants mammaires protègent du cancer du sein. « Les femmes qui reçoivent des implants mammaires ont généralement un statut socioéconomique plus élevé et sont en meilleure santé que la moyenne des femmes de la population générale », précise le D^r Brisson. De même, il indique que l'incidence réduite du cancer du sein peut s'expliquer par le fait que les femmes qui reçoivent des implants ont peu de tissus mammaires, ce qui favorise moins l'apparition d'un cancer du sein. 📄

1. Villeneuve PJ, Holowaty EJ, Brisson et coll. Mortality among Canadian Women with Cosmetic Breast Implants. *Am J Epidemiol* 2006 ; 164 : 334-41.

Prévention de diverses anomalies congénitales graves multivitamines et acide folique pendant la période prénatale

Les multivitamines prénatales enrichies d'acide folique sont associées à une réduction du risque non seulement d'anomalies du tube neural, mais également d'autres malformations congénitales graves, selon une méta-analyse publiée dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada* (JOGC)¹.

La consommation de ces suppléments avant la grossesse diminuerait la probabilité d'anomalies cardiovasculaires de 48 % et de malformation des membres de 43 %, selon les études de cohorte et les essais comparatifs compris dans la méta-analyse (*tableau*). En outre, d'après des études cas-témoins, les multivitamines pourraient également réduire le risque de fentes palatines, de fentes orales, d'anomalies du tractus urinaire et d'hydrocéphalie congénitale. Mais ces effets protecteurs n'étaient pas confirmés par les essais comparatifs et les études de cohorte analysés.

Des chercheurs de l'Ontario, la D^{re} Ingrid Goh, de l'Université de Toronto, et ses collègues ont retenu 41 études, publiées de 1966 à 2005,

1. Goh YI, Bollano E, Einarson TR et coll. Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: A meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2006 ; 28 : 680-9.

Prise de multivitamines enrichies d'acide folique et réduction du risque d'anomalies congénitales

Anomalies	Diminution approximative	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Résultat significatif ou non*
Anomalie du tube neural				
⊙ Études cas-témoins	33 %	0,67	0,58-0,77	Significatif
⊙ Études de cohorte et essais comparatifs hasardisés	48 %	0,52	0,39-0,69	Significatif
Anomalies cardiovasculaires				
⊙ Études cas-témoins	22 %	0,78	0,67-0,92	Significatif
⊙ Études de cohorte et essais comparatifs hasardisés	39 %	0,61	0,40-0,92	Significatif
Anomalies des membres				
⊙ Études cas-témoins	52 %	0,48	0,30-0,76	Significatif
⊙ Études de cohorte et essais comparatifs hasardisés	43 %	0,57	0,38-0,85	Significatif
Fente palatine				
⊙ Études cas-témoins	24 %	0,76	0,62-0,93	Significatif
⊙ Études de cohorte et essais comparatifs hasardisés	58 %	0,42	0,06-2,84	Non significatif
Fente orale avec ou sans fente palatine				
⊙ Études cas-témoins	37 %	0,63	0,54-0,73	Significatif
⊙ Études de cohorte et essais comparatifs hasardisés	42 %	0,58	0,28-1,19	Non significatif
Anomalies du tractus urinaire				
⊙ Études cas-témoins	52 %	0,48	0,30-0,76	Significatif
⊙ Études de cohorte et essais comparatifs hasardisés	32 %	0,68	0,35-1,31	Non significatif
Hydrocéphalie congénitale				
⊙ Études cas-témoins	63 %	0,37	0,24-0,56	Significatif
⊙ Études de cohorte et essais comparatifs hasardisés	hausse de 54 %	1,54	0,53-4,50	Non significatif

* Sur le plan statistique

portant sur des enfants dont les mères ont pris des suppléments multivitaminiques avant ou pendant la période de conception. Les données de ces études ont été extraites par des analystes indépendants. Les chercheurs ont ensuite comparé le taux d'anomalies congénitales des enfants dont les mères avaient pris des suppléments multivitaminiques à celui des bébés de femmes n'y ayant pas recouru.

« Ces données sont suffisantes pour considérer que les multivitamines semblent donner des avantages en matière de prévention des anomalies



Dr Serge Melançon

congénitales. Un clinicien qui discute de la prise d'acide folique avec une patiente désirant devenir enceinte peut lui parler de cette étude rétrospective. Comme les multivitamines ne sont pas connues pour créer des problèmes de santé, on peut recommander

aux femmes d'en prendre », affirme le **Dr Serge Melançon**, directeur du Service de génétique médicale à l'Hôpital de Montréal pour enfants.

Cette mesure est d'autant plus intéressante qu'un enfant sur 33 est atteint d'une anomalie congénitale au Canada. Elle a toutefois ses limites, puisqu'environ la moitié des grossesses ne sont pas planifiées. Par ailleurs, l'étude n'a montré aucun effet préventif contre le syndrome de Down, la sténose du pylore, la cryptorchidie ou l'hypospadias.

L'étude du JOGC est, toutefois, une méta-analyse ayant des limites. « Elle n'a pas de valeur prospective », souligne le Dr Melançon. Pour confirmer l'effet des multivitamines enrichies d'acide folique sur la prévalence des malformations congénitales, il faudrait réaliser une étude prospective de plusieurs années. « Elle devrait également mesurer l'état de santé de l'enfant et de la mère, examiner les diverses complications ou états maladifs pendant cette période, mesurer la croissance du bébé et divers autres paramètres », recommande le médecin généticien. 📖

Traitement de l'asthme l'indispensable enseignement au patient

Francine Fiore

Au Canada, 58 % des asthmatiques maîtrisent mal leur maladie, selon le nouveau sondage pancanadien *Control of Asthma and Side-Effects* (CASE)¹. Ces données ont été publiées dans le numéro de septembre du bulletin de la Société canadienne de l'asthme intitulé *État de la population asthmatique*².

L'étude CASE a été réalisée auprès de 1003 patients de plus de 18 ans, souffrant d'asthme depuis en moyenne 17,5 ans, traités à l'aide d'un corticostéroïde en inhalation administré en monothérapie ou en association avec un agoniste des récepteurs β_2 à action prolongée. Parmi les sujets interrogés, 24 % ont mentionné avoir des effets indésirables, dont une douleur à la gorge ou à la bouche après le traitement. Soixante-sept pour cent ont parlé de leurs problèmes à leur médecin de famille. Cependant, parmi ceux qui n'ont pas abordé la question, 25 % ont arrêté le traitement ou diminué la dose.

« Le problème fondamental dans la maîtrise de l'asthme est la non-observance du traitement, indique le **Dr Louis-Philippe Boulet**, pneumologue à l'Hôpital Laval, à Québec. Les gens ont peur de prendre leurs médicaments de crainte d'effets secondaires et ne savent souvent pas comment



Dr Louis-Philippe Boulet

1. Fitzgerald JM, Chan CK, Boulet LP. A Canadian Survey—Medication use, asthma control and oropharyngeal side effects in a population of Canadian asthma patients. The Control of Asthma and Side Effects (CASE). ATS Conference 2006, résumé # 660.

2. On peut obtenir un exemplaire du bulletin de la Société canadienne de l'asthme, *État de la population asthmatique*, au www.asthma.ca.

les utiliser. De plus, ils refusent de prendre des mesures comme arrêter de fumer ou éliminer les allergènes de leur environnement, particulièrement en ce qui concerne les animaux domestiques auxquels ils sont allergiques. »

Enseigner au patient

Le D^r Boulet estime que trop peu de patients sont dirigés vers les centres d'enseignement sur l'asthme afin d'apprendre ce qu'est leur maladie et comment utiliser les médicaments. « Il est important que les patients sachent que ces centres existent et qu'ils soient dirigés vers l'un d'eux, dit-il. Souvent, le patient manque de motivation. Il ne sait pas à quoi s'attendre et croit tout connaître de sa maladie. La visite à un centre d'enseignement sur l'asthme est pourtant de courte durée. Elle consiste en une rencontre d'environ une heure avec une infirmière ou un autre professionnel de la santé spécialisé en asthme, suivie de rencontres ultérieures si nécessaire. »

Actuellement, le traitement de fond de l'asthme demeure les corticostéroïdes pris par inhalation, précise le D^r Boulet. « Si l'asthme n'est pas maîtrisé de cette façon, le médecin peut alors, après avoir vérifié l'observance au traitement, la présence d'autres maladies, la technique de prise des inhalateurs et les facteurs environnementaux, prescrire un médicament associant un bronchodilatateur à action prolongée et un corticostéroïde. » Les corticostéroïdes peuvent, toutefois, être occasionnellement liés à des effets indésirables, habituellement sous forme de candidiase ou de dysphonie, qui sont susceptibles de réduire la fidélité au traitement. « Il faut donc reconnaître ces réactions et apporter les mesures correctives appropriées. »

Selon le pneumologue, le rôle du médecin de famille est fondamental non seulement dans le traitement de l'asthme, mais également dans l'enseignement au patient. « De plus en plus, les médecins de famille prescrivent un traitement approprié aux besoins du patient, dit-il. Le problème se situe sur le plan de l'utilisation. »

De l'avis du D^r Boulet, le médecin de famille doit d'abord poser le bon diagnostic et ensuite déterminer si l'asthme est maîtrisé adéquatement.

« Malheureusement, il ne se fait pas encore suffisamment de test de la fonction respiratoire, dit-il. Ils sont essentiels, car il peut y avoir confusion entre l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive. »

Il existe actuellement une centaine de centres d'enseignement sur l'asthme au Québec. On peut en trouver la liste dans le site du Réseau québécois sur l'asthme et de la MPOC, au www.rqam.ca. Par ailleurs, le D^r Boulet dirige le site www.asthme-quebec.ca contenant des informations utiles tant aux médecins qu'aux patients, en plus de divers documents d'aide à la pratique. 📄

Mise en garde

Mise à jour de la monographie du Ketek

La monographie du Ketek (télithromycine) inclut maintenant de nouveaux renseignements sur des cas d'hépatotoxicité parfois mortels, d'exacerbation de la myasthénie grave et de syncope survenus chez des patients prenant l'antibiotique. Ces effets ont été signalés dans des observations cliniques publiées et dans des déclarations d'effets indésirables après la commercialisation.

Ainsi, des cas de dysfonctionnement hépatique, dont certains mortels, sont survenus pendant ou immédiatement après un traitement par le Ketek. Le médecin et le patient doivent donc surveiller l'apparition éventuelle de symptômes d'hépatite. Si ces derniers surviennent, les patients « doivent être avisés de cesser le traitement par KETEK et de consulter immédiatement un médecin pour une évaluation comportant des épreuves de la fonction hépatique », mentionne la monographie. La télithromycine est contre-indiquée chez tout patient ayant eu une hépatite ou un ictère associés à son utilisation.

Par ailleurs, des patients atteints de myasthénie grave ont subi une exacerbation fatale de leur affection ou ont souffert d'une insuffisance respiratoire potentiellement mortelle alors qu'ils prenaient du Ketek. L'antibiotique n'est donc pas recommandé chez ces patients à moins qu'il n'y ait aucun autre traitement possible. Dans

ce cas, « il faut suivre de près les patients et les informer de cesser le traitement par KETEK et de consulter immédiatement un médecin s'ils remarquent une exacerbation de leurs symptômes », recommande le fabricant, Sanofi-aventis.

Certains patients traités par la téli-thromycine ont également subi une syncope, généralement associée à un syndrome vagal. Les patients doivent donc être informés de l'apparition possible de cet effet ainsi que de ses conséquences au cours d'activités comme la conduite d'un véhicule, l'utilisation de machinerie lourde ou d'autres situations potentiellement dangereuses. ☞

Bulletins pédiatriques

Francine Fiore

À quel rythme bébé doit-il boire ? Comment stimuler son développement ? Que faire en cas de coliques ? Les réponses à ces questions et à plusieurs autres se trouvent dans les *Bulletins pédiatriques*. Destinée aux parents, la série comprend onze bulletins portant sur les soins à donner à l'enfant, de la naissance à l'âge de cinq ans.

Le premier bulletin, qui concerne le nouveau-né de la naissance à 4 semaines, comporte, par exemple, des renseignements sur l'allaitement maternel et au biberon, sur la façon de changer une couche, de donner un bain, etc. On indique également aux parents comment se détendre et s'occuper d'eux-mêmes afin d'être en mesure de bien répondre aux besoins de l'enfant.

Rédigés par le **D^r Jean Labbé**, professeur titulaire au Département de pédiatrie de l'Université Laval et médecin-conseil à la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, en collaboration avec plusieurs médecins et autres professionnels de la santé, les *Bulletins pédiatriques* constituent un complément aux conseils que reçoivent les parents au moment de la visite pédiatrique. Précis, clairs et concis, les *Bulletins pédiatriques* peuvent être consultés régulièrement par les parents et des illustrations en facilitent la compréhension.

Depuis leur première parution, en 1994, les *Bulletins pédiatriques* sont utilisés dans plusieurs cliniques médicales et CLSC du Québec. Cette

quatrième édition tient compte des plus récentes connaissances et des recommandations des organismes officiels tels que Santé Canada et la Société canadienne de pédiatrie. L'ensemble des onze bulletins, présentés dans un cahier à anneaux, coûte 115 \$ et donne le droit de photocopier les textes en nombre illimité pour les distribuer aux parents. Les commandes doivent être faites par Internet au www.fmed.ulaval.ca/fmc, par téléphone au 418 656-5958 ou par courriel au fmc@fmc.ulaval.ca ☞

Des mots pour mieux décrire la douleur !

Francine Fiore

Douleur vive, intense, sourde, profonde, superficielle, tenaillante, harcelante, pénétrante, épuisante, généralisée, palpitante, cuisante, se présentant sous forme de fourmillements, de pincements ou d'engourdissements ! Ces mots et plusieurs autres décrivent bien la douleur et font partie d'un tout nouvel outil, qui a la forme d'un questionnaire, intitulé « Les mots pour le dire... ».

Évidemment, le médecin ne peut ni voir ni ressentir la douleur qui affecte son patient. De plus, ce dernier n'utilise pas toujours les mots justes pour parler de sa souffrance physique et bien expliquer ce qu'il ressent. Ce questionnaire a donc été conçu afin d'aider les patients à mieux décrire leur douleur et la manière dont elle perturbe leur vie.

Ce nouvel instrument propose un formulaire portant sur tous les aspects de la douleur et sur ses manifestations. Le patient est invité, dans un premier temps, à cocher les mots ou les expressions correspondant le mieux au type de douleur qu'il ressent. Il doit ensuite en indiquer la localisation (tête, dos, bras, jambes, etc.), le moment de son apparition, sa durée, son intensité. En outre, il doit préciser si la douleur est constante, intermittente, subite, si elle se déplace ou si elle est limitée à une partie du corps, comment elle nuit à ses activités quotidiennes, etc. Une section porte également sur les éléments

(Suite à la page 137) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 27)

déclencheurs (température, marche, exercice, manque d'exercice), les facteurs aggravants (bouger, rester immobile, transporter des choses lourdes, etc.), ce qui la soulage (chaleur, froid, repos, exercice, médicaments d'ordonnance ou en vente libre, etc.).

Ce guide, approuvé par l'Association des pharmaciens du Canada, a été créé à l'initiative de Janssen-Ortho et de Soins-santé grand public McNeil. On peut le trouver au www.pharmacists.ca (Cliquer sur Putting your pain into words/Les mots pour le dire). ☞

Prix du Conseil médical du Canada au D^r Carlos Brailovsky

Francine Fiore

Le D^r Carlos Brailovsky, professeur de médecine familiale à la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Québec, et directeur du Centre d'évaluation des sciences de la santé, a reçu le Prix pour contribution exceptionnelle dans l'évaluation des compétences cliniques 2006 décerné par le Conseil médical du Canada (CMC).



D^r Carlos Brailovsky

Diplômé en médecine de l'Université de Buenos Aires, en Argentine, en 1961, le D^r Brailovsky a travaillé pendant six ans au Centre de recherche sur le cancer, à Paris. En 1963, il a obtenu un certificat en statistiques appliquées à la médecine à l'Université de Paris et, en 1988, une maîtrise en enseignement médical à l'Université Laval.

Le D^r Brailovsky est l'un des principaux chercheurs canadiens dans le domaine de l'évaluation des compétences cliniques. Le Prix de réalisation exceptionnelle du CMC vise justement à reconnaître l'importance de ce secteur. Ce prix a également pour but de souligner l'engagement de l'organisme à assurer la prestation de soins de santé sûrs et accessibles dans tout le pays. ☞

◀◀ (Suite de la page 137)

Livres Francine Fiore

Le tabac à l'aube du XXI^e siècle

mise à jour des connaissances

Mohamed Ben Amar et Nancy Légaré



On le combat et pour cause. Le tabac fait mal ! C'est un tueur légal, néanmoins toléré par la société. Il s'agit du psychotrope le plus consommé dans le monde, après la caféine. Publié par le Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD), cet ouvrage présente les plus récentes données scientifiques sur le tabac. Conçu par deux pharmaciens-professeurs de l'Université de Montréal, **M. Mohamed Ben Amar**, spécialiste en biologie clinique et **M^{me} Nancy Légaré**, également spécialiste en psychiatrie clinique et en sciences biomédicales à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, ce livre est le fruit d'un travail de recherche exhaustif.

Rien n'échappe aux auteurs ! Tout ce qui touche le tabac y est discuté, que ce soit l'historique, la législation, l'épidémiologie, la pharmacologie, la pharmacocinétique ou les méfaits du tabac sur les systèmes respiratoire, cardiovasculaire et gastro-intestinal. Les deux pharmaciens décrivent également les effets de cette substance sur la fertilité, la grossesse, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent, sans oublier de parler des éléments cancérogènes. Évidemment, il est question des conséquences néfastes de la fumée secondaire, dont on ne se méfie jamais assez. En outre, les auteurs expliquent les interactions du tabac avec certains médicaments. Bien sûr, il est question des traitements pharmacologiques du tabagisme, des produits de remplacement de la nicotine, des thérapies de groupe et même de médecines parallèles, dont l'acupuncture, l'hypnose, l'homéopathie, etc. Une importante bibliographie et de nombreux tableaux complètent le texte. À lire pour se renseigner et pour cesser de fumer ! ☞

Éditions Le Centre québécois de lutte aux dépendances, Montréal, 2006, 188 pages, 20 \$

Le livre est disponible au :

Centre québécois de lutte aux dépendances

105, rue Normand, Montréal (Québec) H2Y 2K6

Tél. : 514 389-6336 Télécopie 514 389-1830

Courriel : info@cqld.com

Site : www.cqld.ca

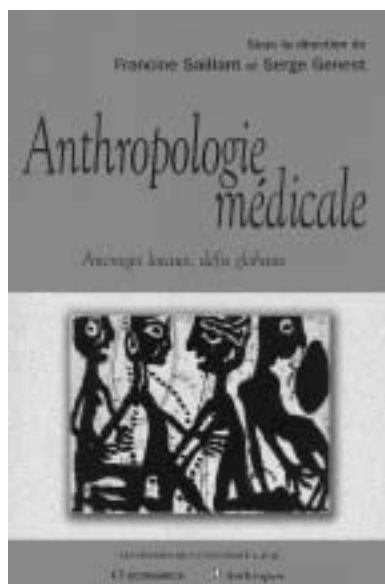
(Suite à la page 164) ▶▶▶

Livres Francine Fiore

Anthropologie médicale

Ancrages locaux, défis globaux

*Sous la direction
de Francine Saillant et Serge Genest*



Étroitement liée à l'environnement dans lequel évoluent les humains, l'anthropologie médicale permet de garder l'œil ouvert sur les réalités d'aujourd'hui dans le domaine de la santé. Dans ce livre, rédigé sous la direction de Francine Saillant et de Serge Genest, professeurs au Département d'anthropologie de l'Université Laval, des spécialistes de l'anthropologie médicale de différentes nationalités présentent des textes offrant une synthèse de la recherche et de l'enseignement dans leurs pays respectifs.

Convié à un véritable tour du monde de l'anthropologie médicale, le lecteur fait d'intéressantes découvertes ou renoue avec des thèmes qui lui sont chers en voyageant entre

l'Amérique et l'Europe. L'itinéraire comprend même un arrêt en Afrique afin d'évaluer les répercussions du sida sur ce continent défavorisé en matière de santé. Reflétant les enjeux contemporains, l'ouvrage consacre également un chapitre à la santé des femmes. On y rappelle comment les féministes des années 1960 ont fait tomber les tabous en osant discuter sur la place publique du corps des femmes, de leurs problèmes de santé, de leur sexualité ainsi que de la violence qu'elles subissent trop souvent. Ce livre, riche d'une imposante bibliographie, constitue un outil de référence et suscitera la réflexion sur les orientations et les enjeux de la médecine d'aujourd'hui et des systèmes de santé. ☞

Les Presses de l'Université Laval, Québec 2005, 490 pages, 49 \$.