

par Emmanuèle Garnier

La coloscopie virtuelle aussi intéressante que la coloscopie optique ?



Dr^e Sophie Laplante

La coloscopie virtuelle faite par tomodensitométrie peut être aussi efficace pour déceler les néoplasies colorectales que la traditionnelle coloscopie optique chez les patients sans symptômes. Les avantages de la nouvelle technique ? Un examen moins pénible, plus rapide et ne nécessitant pas de sédation.

Des données publiées dans le *New England Journal of Medicine*

montrent qu'un système de coloscopie virtuelle muni d'un logiciel 3D retirant toutes les images trompeuses de selles résiduelles est particulièrement performant¹. Sa sensibilité, qui atteint 93,9 % pour la détection des polypes adénomateux d'au moins 8 mm de diamètre, est similaire à celle de la coloscopie optique, qui est de 91,5 %. Et sa spécificité monte à 92,2 %.

« Ce système est comme une Ferrari. Le problème est que la plupart des médecins qui pratiquent la coloscopie virtuelle sont en Volkswagen », précise la **Dr^e Sophie Laplante**, professeure adjointe de clinique au Département de radiologie de l'Université de Montréal. La coloscopie virtuelle peut être pratiquée avec ou sans administration d'un produit de contraste par voie orale, la veille de l'examen. Cette substance imprègne le résidu fécal et le rend ensuite plus facile à distinguer des polypes. La force du logiciel en trois dimensions de l'étude est d'effectuer une soustraction informatique de toutes les images contenant des substances opacifiées.

Avec l'équipement dont elle dispose, la Dr^e Laplante peut elle aussi analyser la lumière colique en deux et en trois dimensions, mais doit retrancher mentalement les images de résidus fécaux marqués. Mais même quand elle pratiquait avec une technique moins perfectionnée, sans opacification des selles, la radiologue parvenait à atteindre une sensibilité d'environ 88 % pour la détection des polypes de 10 mm et plus. Avec le marquage des matières fécales, les résultats seraient encore meilleurs. « Les données préliminaires sur l'efficacité de cette technique sont très encourageantes, même sans le logiciel de l'étude », assure la radiologue de l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Quelle est actuellement l'utilité de la coloscopie virtuelle ? Pour l'instant, cette technique fait figure de second choix. On y recourt pour les patients qui ne peuvent subir une coloscopie optique à cause d'une maladie diverticulaire, d'adhérences intra-abdominales, d'un dolichocôlon ou d'une autre raison médicale. Cet examen est également utile lorsque l'endoscopie a échoué, que le lavement baryté n'a pas fonctionné ou que le patient est réfractaire à la coloscopie habituelle.

1. Pickhardt PJ, Choi JR, Hwang I et coll. Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults. *N Engl J Med* 2003 ; 349 : 2191-200.

ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

<i>La coloscopie virtuelle aussi intéressante que la coloscopie optique ?</i>	14
<i>Accouchement prématuré et sulfate de magnésium des données intéressantes</i>	16
<i>La myéloperoxydase un nouveau marqueur de complications cardiaques</i>	18
<i>Antibiothérapie un nouvel antibiotique injectable à posologie monoquotidienne</i>	19
<i>Dysfonction érectile un nouveau médicament sur le marché</i>	20
<i>Pharmacothérapie recourir au CIP pour se rassurer</i>	22
<i>L'exercice physique : pour la santé des jeunes</i>	110
<i>Le Défi, « J'arrête, j'y gagne ! » Un taux important de réussite</i>	151

La comparaison des deux techniques

La coloscopie optique, qui est l'examen de référence, conserve un grand avantage : les patients dans la cinquantaine qui la passent n'ont pas à la subir de nouveau avant 10 ans. Ce qui n'est pas le cas pour la coloscopie virtuelle. « La littérature récente semble indiquer qu'elle doit être pratiquée tous les deux ou trois ans, selon le risque du patient. Je pense qu'avec les nouveaux développements, on se rapprochera d'un intervalle de cinq à dix ans », explique la D^{re} Laplante.

La nouvelle étude du *New England Journal of Medicine* pourrait contribuer à ce changement. Elle révèle non seulement que la coloscopie virtuelle peut être aussi efficace que l'examen optique, mais qu'elle l'est parfois davantage. Le D^r Perry Pickhardt, de Bethesda, et ses collaborateurs l'ont prouvé en faisant passer à 1233 adultes de 50 à 70 ans sans symptômes, à la fois une coloscopie virtuelle et une coloscopie optique le même jour. Les sujets, dont le risque de cancer colorectal était moyen, ont pris par voie orale la solution habituelle pour préparer le côlon. Ils ont également reçu, entre autres, 500 ml de baryum destiné à marquer les selles résiduelles pour en retrancher les images au cours de la coloscopie virtuelle.

Les participants ont d'abord passé l'examen virtuel pratiqué par des radiologues. Les spécialistes inséraient un cathéter rectal flexible en même temps que de l'air était insufflé dans le côlon. Quand ils repéraient un polype sur la paroi distendue, ils le mesuraient et en notaient l'emplacement. Le second examen, la coloscopie optique, a ensuite été réalisé par des coloscopistes, pour la plupart gastro-entérologues, qui ont à leur tour photographié et mesuré les excroissances.

À la troisième étape, un coordonnateur entrait en jeu. Dès que le coloscopiste avait terminé l'examen d'un segment du côlon, il lui révélait les résultats de l'examen de son collègue radiologue. Si la coloscopie virtuelle avait permis de repérer un polype qu'il n'avait pas vu, le coloscopiste réexaminait la section de l'intestin où devait se trouver la tumeur. Les examens virtuels et optiques ont ensuite été comparés à cette troisième coloscopie.

Les résultats sont intéressants. Même si tous les polypes adénomateux de plus de 6 mm de diamètre

n'ont pas été repérés avec la coloscopie virtuelle, elle a permis d'en découvrir 21 qui étaient passés inaperçus avec l'examen optique. Mieux, elle a permis de déceler deux polypes cancéreux alors que l'examen traditionnel n'en avait découvert qu'un. La nouvelle technique a également donné la possibilité de découvrir cinq cancers non liés au côlon : un lymphome et des carcinomes bronchogéniques, ovarien et rénal.

Les patients préfèrent le virtuel

Qu'en ont pensé les patients ? Parmi les 1005 sujets qui ont répondu au questionnaire, 49,8 % préféreraient passer une coloscopie virtuelle la prochaine fois et 41,1 % une coloscopie optique. Toutefois, 54,3 % des participants se souvenaient d'un plus grand inconfort avec l'examen virtuel et 38,1 % avec la coloscopie optique. La sédation qu'avaient reçue les sujets pour le second examen a cependant pu altérer leur souvenir. Enfin, plus de 90 % des patients étaient satisfaits de la coloscopie virtuelle.

La D^{re} Laplante a déjà, elle aussi, sondé 90 patients qui avaient passé les deux examens. « Deux sujets sur trois avaient senti moins de douleur au cours de la coloscopie virtuelle, même si elle est pratiquée sans sédation. On donne toutefois aux patients un anticholinergique pour empêcher l'apparition de crampes. »

Le test virtuel a également l'avantage d'être plus rapide. Dans l'étude du D^r Pickhardt, les patients ont passé en moyenne 14,1 minutes dans la salle de coloscopie virtuelle et 31,5 minutes dans celle d'endoscopie. Avec la période de récupération nécessaire après la sédation, la coloscopie optique a demandé en moyenne 95,9 minutes aux participants.

La coloscopie virtuelle a cependant ses inconvénients. Les patients chez qui des polypes sont découverts doivent ensuite subir une polypectomie par coloscopie optique. Ils représentent environ de 4 % à 15 % des personnes examinées. Certains chercheurs ne recommandent donc pas de prescrire un examen virtuel à ceux qui présentent un risque élevé de cancer colorectal. D'autres, par contre, estiment qu'il est tout à fait indiqué chez ces patients, parce que la sensibilité du test est plus grande lorsque la prévalence de l'affection est élevée.

L'examen virtuel n'est, par ailleurs, pas facile à

obtenir. Peu de radiologues le pratiquent au Québec. « Pour le faire adéquatement, explique la D^{re} Laplante, il faut avoir effectué une coloscopie virtuelle chez une cinquantaine de patients et avoir pu comparer les résultats obtenus avec ceux de la coloscopie optique, ou encore avoir été formé à partir d'une base de données dans un centre reconnu. » ❧

Accouchement prématuré et sulfate de magnésium des données intéressantes

Il semblerait possible de réduire le risque de dysfonctionnements moteurs grossiers chez les enfants très prématurés. Comment ? En administrant une perfusion de sulfate de magnésium à la mère juste avant l'accouchement. Cette intervention tendrait également à diminuer la mortalité infantile et le taux de paralysie cérébrale, bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs.

Le D^r Christian Lachance, néonatalogiste à l'Hôpital Sainte-Justine, reste méfiant devant ces données publiées dans le *Journal of the American Medical Association*¹. Les résultats sont trop modestes. « Cette étude ne permet pas de faire de nouvelles recommandations, d'autant plus qu'il y a eu beaucoup de controverse au sujet du sulfate de magnésium ces dernières années. »

L'essai clinique a été fait sur 1062 femmes qui allaient accoucher dans les 24 heures d'un enfant de moins de 30 semaines. Les participantes randomisées ont reçu pendant 20 minutes, par perfusion, soit une solution de 0,5 g/ml de sulfate de magnésium, soit un placebo, puis une perfusion d'entretien de 2 ml/h pendant 24 heures.

Les chercheurs australiens qui ont mené l'étude, la D^{re} Caroline Crowther et ses collaborateurs, ont pu suivre 1047 enfants jusqu'à l'âge corrigé de deux ans.

Les résultats liés aux critères d'évaluation primaires ne sont malheureusement pas significatifs. Le taux de mortalité a ainsi été de 13,8 % chez les bébés dont la mère a reçu du sulfate de magnésium et de 17,1 % chez ceux du groupe témoin. Chez les enfants survivants, la paralysie cérébrale a touché 6,8 % des sujets du groupe traité et 8,2 % de ceux du groupe témoin.

Par contre, la différence entre les deux groupes a été significative en ce qui concerne les dysfonctionnements moteurs grossiers, un critère d'évaluation secondaire : 3,4 % des enfants dont la mère a été traitée avec du sulfate de magnésium en souffraient à l'âge corrigé de deux ans, comparativement à 6,6 % des enfants du groupe témoin. Le taux à la fois de décès et de dysfonctionnement moteur, qui atteignait 17 % dans le groupe expérimental, était également moins élevé statistiquement que celui du groupe sous placebo, qui s'élevait à 22,7 %.

Pas d'effets dangereux

Contrairement à d'autres études plus petites, l'essai clinique australien n'a pas associé d'effets délétères au sulfate de magnésium. En 2002, dans une petite étude, trois des vingt enfants dont la mère avait reçu ce traitement souffraient de paralysie cérébrale, alors qu'il n'y avait eu aucun cas chez les 23 enfants du groupe témoin². Cinq ans plus tôt, un essai à répartition aléatoire portant sur 57 sujets avait été arrêté avant terme, parce que le taux de mortalité



D^r Christian Lachance.

Photo : Stéphanie Dedeils/Hôpital Sainte-Justine

1. Crowther CA, Hiller JE, Doyle LW et coll. Effect of magnesium sulfate given for neuroprotection before preterm birth: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003 ; 290 : 2669-76.

2. Mittendorf R, Dambrosia J, Pryde PG et coll. Association between the use of antenatal magnesium sulfate in preterm labor and adverse health outcomes in infants. *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 186 : 1111-8.

infantile semblait plus élevé dans le groupe dont les mères avaient reçu du sulfate de magnésium. En outre, les données préliminaires d'une étude menée par le Neonatal Network du National Institute of Child Health and Human Development indiquaient une augmentation de 60 % des cas de paralysie cérébrale associée à l'exposition foetale au sulfate de magnésium.

Les données de la D^{re} Crowther vont dans une direction opposée. Même si elle n'est pas significative, la diminution des taux de décès et de paralysie cérébrale peut être importante sur le plan clinique, soulignent les chercheurs. Le D^r Lachance abonde dans le même sens. « Nous disposons de très peu d'outils pour prévenir les complications neurologiques de la prématurité. Nous sommes donc ouverts à tout ce qui pourrait être efficace. Selon mon point de vue de néonatalogiste, il me semble effectivement que l'on perçoit une tendance intéressante dans le cas de l'énorme cohorte de l'étude australienne. »

La piste est donc prometteuse. Les auteurs estiment, pour leur part, qu'il faut attendre les résultats des autres essais cliniques sur le sulfate de magnésium avant de recommander son utilisation généralisée pour protéger les enfants qui vont naître avant 30 semaines. ❧

La myéloperoxydase un nouveau marqueur de complications cardiaques

Un nouveau marqueur, la myéloperoxydase, permettrait non seulement de déterminer le risque à court terme d'infarctus du myocarde d'un patient se présentant à l'urgence à cause de douleurs thoraciques, mais aussi sa probabilité d'avoir des troubles cardiaques au cours des 30 jours et des six mois suivants. Ce nouvel outil serait capable de repérer les patients à risque même si leur dosage de troponine T est négatif.

Ce qu'est la myéloperoxydase ? Une enzyme des leucocytes. Elle pourrait être l'un des mécanismes par lesquels les globules blancs déstabilisent les plaques au cours du syndrome coronarien aigu. Son taux est d'ailleurs élevé dans les lésions fissurées, observées chez des patients décédés subitement à la suite d'un trouble cardiaque.

« Ce marqueur est intéressant, mais il ne changera pas la pratique demain. On est à plusieurs années de son utilisation courante, estime le D^r Jean-Claude Tardif, directeur de la recherche clinique à l'Institut de cardiologie de Montréal. Au-delà du taux de cholestérol, les chercheurs sont en quête de marqueurs qui pourraient indiquer le risque potentiel du patient en reflétant son statut inflammatoire. »

Ce nouveau marqueur, la myéloperoxydase, a fait l'objet d'une étude qui a été publiée dans le *New England Journal of Medicine*¹. À Cleveland, la D^{re} Marie-Luise Brennan et ses collègues ont vérifié si le taux plasmatique de myéloperoxydase permettait de prédire le risque de problèmes cardiovasculaires chez 604 patients se présentant à l'urgence à cause d'une douleur thoracique. Le laps de temps moyen entre l'apparition de leurs symptômes et l'arrivée à l'hôpital était de quatre heures.

Les résultats ont été concluants. Ainsi, le taux de myéloperoxydase mesuré à l'arrivée à l'urgence était plus élevé chez les sujets qui allaient subir un infarctus du myocarde dans les 16 heures. Sa concentration était également accrue chez ceux qui ont dû se soumettre à une revascularisation ou qui ont été victimes d'un problème cardiaque grave dans les 30 jours ou les six mois suivants.

Le dosage de la myéloperoxydase peut-il



D^r Jean-Claude Tardif

Photos : Jean Leclair – Institut de Cardiologie de Montréal.

1. Brennan M-L, Penn MS, Van Lente F et coll. Prognostic value of myeloperoxidase in patients with chest pain. *N Engl J Med* 2003 ; 349 : 1595-604.

aussi être un marqueur de la présence de plaques vulnérables ? Pour le savoir, les chercheurs ont examiné le taux de l'enzyme chez le sous-groupe de patients dont le dosage des troponines était négatif ($\leq 0,1$ ng/ml). Dans cette cohorte de 462 sujets sans nécrose myocardique, la concentration de myéloperoxydase était significativement plus élevée chez ceux qui allaient avoir des problèmes cardiaques importants dans les 30 jours et dans les six mois suivants.

« Je ne suis pas étonné des résultats de cette étude, affirme le D^r Tardif, qui mène lui aussi des travaux sur la myéloperoxydase. Ce ne sont cependant pas des données définitives. Il s'agit d'une étude relativement petite et portant sur un groupe de sujets très précis : ceux qui se présentent à l'urgence pour des douleurs thoraciques. Ces résultats doivent être confirmés par d'autres études, menées chez d'autres groupes de patients. »

Un futur outil utile à l'urgence

Le taux de myéloperoxydase pourrait devenir un outil très utile à la salle d'urgence. Les chercheurs ont calculé que le dosage de la troponine T, à lui seul, ne permettait de prédire que 58 % des problèmes cardiaques graves qui se sont produits dans le mois qui a suivi. Mais lorsqu'ils ajoutaient la mesure du taux de myéloperoxydase, ce pourcentage atteignait les 85 %. Parallèlement, 22 % des patients dont les résultats du dosage de la troponine T étaient négatifs ont quand même été victimes d'un trouble cardiaque grave dans les 30 jours qui ont suivi. L'addition du dosage de la myéloperoxydase permettait de réduire ce pourcentage à 15 %.

La myéloperoxydase se compare avantageusement aux autres marqueurs : sa sensibilité est de 66 %, alors que celle de la troponine T est de 58 %, celle de la CK-MB, de 42 % et celle de la protéine C réactive, de 32 %. Sa spécificité par contre est de 61 %, alors qu'elle est de 100 % pour la troponine T, de 95 % pour la CK-MB et de 69 % pour la protéine C réactive.

« Le dosage de la myéloperoxydase est un outil très prometteur qui nous aidera à prédire les syndromes coronariens aigus, parce que cette enzyme est libérée par les leucocytes activés, qu'elle est présente à un taux élevé dans les plaques vulnérables et qu'elle est active sur le plan catalytique. En outre, elle a des liens mécanistes avec des facteurs touchant le développement et la stabilité des plaques », indiquent les auteurs de l'étude. ☞

Antibiothérapie **un nouvel antibiotique injectable** **à posologie monoquotidienne**

par Luc Dupont

Santé Canada a approuvé plus tôt cette année l'Invanz^{MC} (ertapénem sodique), un nouvel antibiotique indiqué, chez les adultes, dans le traitement des infections modérées ou graves suivantes :

- infections intra-abdominales compliquées ;
- infections compliquées de la peau et des structures cutanées ;
- pneumonies extrahospitalières ;
- infections urinaires compliquées, dont la pyélonéphrite ;
- infections pelviennes aiguës, comprenant l'endomyométrite du post-partum, l'avortement septique et les infections gynécologiques postopératoires.

« C'est un nouvel antibiotique qui appartient au groupe des carbapénems, des antibiotiques à très large spectre qui sont efficaces même dans les cas de flore résistante, explique le D^r Michael Libman, chef du Département de microbiologie de l'Hôpital général de Montréal (Centre universitaire de santé McGill). Mais, chose assez bizarre pour un nouveau médicament, il est moins puissant que les autres molécules de la même classe, l'imipénem et le mérépénem. »

L'activité antibactérienne de l'ertapénem se limite, en effet, aux espèces de *Pseudomonas*

et d'*Acinetobacter*, des agents pathogènes typiques des infections contractées dans le milieu hospitalier. L'ertapénem est également peu actif contre les entérocoques et les staphylocoques résistant à la méthicilline.

« Cette limitation n'en fait pas pour autant un médicament inefficace, poursuit le D^r Libman. L'ertapénem reste un antibiotique à large spectre, mais d'une efficacité comparable à celle d'autres antibiotiques comme le Timentin[®] (ticarcilline-clavulanate) ou le Maxipime^{MD} (céfépime). Il est tout à fait indiqué pour traiter les infections mixtes intra-abdominales acquises dans la collectivité. »

Selon le microbiologiste, le principal intérêt de l'Invanz réside dans sa posologie monoquotidienne, dont l'efficacité équivaut à des traitements d'association nécessitant plusieurs doses par jour. Dans le cas d'infections intra-abdominales compliquées, les études cliniques ont montré qu'un gramme d'ertapénem une fois par jour équivalait à 3,375 grammes de l'association pipéracilline/tazobactam (Tazocin[®]) administrée toutes les six heures, de même qu'à un traitement associant deux grammes de ceftriaxone (Rocephin[®]) par jour et 500 mg de métronidazole (Flagyl[®], NidaGel[®], etc.) toutes les huit heures.

Risque de résistance croisée

Les avantages potentiels d'un traitement monoquotidien au moyen d'un seul médicament sont, entre autres, une réduction de l'utilisation des ressources du système de santé. L'ertapénem se range, en outre, parmi les antibiotiques les moins coûteux.

« Toutefois, si à cause de ces avantages pécuniaires, les hôpitaux l'adoptent comme antibiotique de base et l'administrent en grande quantité, pourrait-on assister à l'apparition d'une résistance croisée avec les autres carbapénems, qui actuellement sont parmi les seuls à pouvoir traiter efficacement les infections intra-abdominales graves devenues résistantes ? », s'interroge le D^r Libman

La monographie de l'Invanz indique effectivement une possibilité de résistance croisée entre l'ertapénem et d'autres carbapénems. Toutefois, les études *in vitro* et les études de surveillance indiquent que cette résistance croisée n'est pas complète. « Ce risque serait bien moindre si l'ertapénem n'était qu'un antibiotique parmi d'autres utilisés dans les hôpitaux », conclut le microbiologiste.

L'ertapénem peut être administré par perfusion intraveineuse ou par injection intramusculaire, à raison de un gramme une fois par jour. Son prix, pour le traitement d'une infection intra-abdominale compliquée, est de 524,48 \$ par jour. ❧

Dysfonction érectile un nouveau médicament sur le marché

par Luc Dupont

Le Viagra^{MC} n'est désormais plus seul dans sa catégorie ! Santé Canada a approuvé au début de l'automne l'utilisation du Cialis^{MC} (tadalafil), un médicament indiqué dans le traitement de la dysfonction érectile.

« L'un des avantages du Cialis est sa durée d'action beaucoup plus longue que celle du Viagra : jusqu'à trente-six heures après la prise du médicament, au lieu de quatre, indique le D^r Peter Chan, urologue au Centre universitaire de santé McGill. Le patient peut ainsi avoir des relations sexuelles plus naturellement et plus librement puisqu'il n'est plus confiné à la fenêtre étroite de quatre heures à l'intérieur de laquelle tout devait se passer. »

Le tadalafil est efficace 30 minutes après son absorption, et son action peut durer entre 24 et 36 heures. Les essais cliniques ont montré que les patients sous Cialis obtenaient des résultats similaires à ceux des consommateurs de Viagra. Le médicament serait également efficace chez les diabétiques et les patients ayant

été traités pour un cancer de la prostate.

Selon le D^r Chan, le Cialis constitue aussi une option intéressante quand le Viagra ne fonctionne pas, notamment parce que le patient ne respecte pas les instructions sur la prise du médicament et de nourriture. « On sait que le Viagra ne fait pas bon ménage avec des aliments riches en gras qui en limitent l'absorption. Le Cialis, par contre, est beaucoup plus simple à prendre, car l'ingestion concomitante de nourriture ne fait aucune différence », explique le spécialiste.

Un inhibiteur de la PDE₅

Le Cialis appartient à la catégorie des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (PDE₅). En bloquant l'action de cette enzyme, le médicament empêche la dégradation d'un agent chimique, la guanosine monophosphate cyclique (GMPc), qui est responsable de la relaxation des muscles lisses et, par conséquent, de l'afflux de sang dans les tissus péniens.

Le tadalafil présente les mêmes effets secondaires que son concurrent, soit des maux de tête (11,4 %) et des nausées (7,4 %). Il causerait cependant très peu de perturbations de la vision, grâce à une meilleure spécificité du médicament, selon le D^r Chan.

Le Cialis n'offre toutefois pas une plus grande innocuité que le Viagra. « Il est important que les médecins sachent que le tadalafil est soumis aux mêmes contre-indications que le Viagra, insiste le D^r Chan. Le médicament est déconseillé aux personnes qui prennent des nitrates ou qui souffrent de maladies cardiaques graves. » L'urologue de McGill estime que les accidents cardiovasculaires, voire les décès, survenus au cours des dernières années parmi des patients prenant du Viagra étaient vraisemblablement dus au fait que ces précautions n'avaient pas été respectées.

La dose de Cialis recommandée est de 20 mg, à prendre avant les relations sexuelles. Le médicament, qui sera aussi offert en comprimés de 10 mg, devrait être sur le marché dans les prochains mois. ❧

Pharmacothérapie

recourir au CIP pour se rassurer

par Luc Dupont

Médecins, infirmières et pharmaciens pourront dorénavant compter sur une ressource de très haut niveau pour obtenir des informations sur les médicaments. L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a, en effet, procédé à la fin octobre, conjointement avec la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et la compagnie AstraZeneca Canada, à l'inauguration officielle des nouveaux locaux de son Centre d'information pharmaceutique (CIP).

Non seulement le CIP dispose d'installations plus vastes, mais il bénéficie maintenant d'outils informatiques plus puissants. « Le système est suffisamment performant pour que l'on ait fait une demande auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux afin de devenir un centre de deuxième ligne en information pharmaceutique, explique la directrice du CIP, la pharmacienne **Cécile Lecours**. Si c'est accepté, notre centre pourrait ainsi aider les infirmières d'Info-Santé, comme cela se fait déjà en Ontario. »

En moyenne : 24 minutes

Le CIP offre aux professionnels de la santé un service de consultation téléphonique pour des demandes d'information pharmaceutique de tous ordres. Exemples : peut-on prescrire un médicament X si le patient a eu tel effet secondaire avec une molécule similaire ? À quoi correspond le médicament Y que prenait un patient immigrant jusqu'à son arrivée ici ? Une patiente peut-elle continuer sans danger à employer ce médicament pendant sa grossesse ? Quel type d'interaction peut-il se produire sur le plan du cytochrome P-450 dans tel cas compliqué de polypharmacologie ? En plus de la consultation par téléphone, le CIP offre également au médecin la possibilité de recevoir

(Suite à la page 110) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 22)

rapidement à son bureau des articles scientifiques de référence portant sur les questions posées.

« Notre rôle n'est pas de dire au médecin quoi faire pour aider son patient, mais de répertorier pour lui, en un court laps de temps, ce qu'indiquent les plus récentes publications sur le sujet, qui peuvent aussi comprendre des exposés de cas. En d'autres mots, on veut aider le clinicien à prendre sa décision en lui fournissant les dernières données probantes disponibles », ajoute M^{me} Lecours, qui est aussi directrice du Département de pharmacie de l'Hôpital du Sacré-Cœur.

Le CIP est essentiellement structuré autour de pharmaciens-experts qui travaillent presque exclusivement au centre d'information et qui sont donc rompus aux méthodes les plus fines de recherche. Ils peuvent compter, pour ce faire, sur une série de logiciels donnant accès à un nombre important de banques de données (Drugdex, Inpharma/Reactions/Efacts, Medline), et sur un centre de documentation où sont répertoriés l'ensemble des questions déjà posées au CIP, ainsi que de nombreux dossiers déjà constitués sur de multiples sujets.

Le CIP fonctionne généralement avec trois pharmaciennes à la fois qui traitent un volume d'environ 40 appels par jour : deux d'entre elles répondent au téléphone, tandis que la troisième poursuit des recherches de fond sur les demandes un peu plus complexes. « En général, on répond à 30 % des questions sur-le-champ, et à au moins 50 % en deux heures. En ce qui concerne les autres demandes, le temps pour donner une réponse dépend de leur degré de complexité. Nous avons calculé qu'il fallait en moyenne 24 minutes pour répondre à un interlocuteur », explique la directrice du CIP.

Achat d'une banque de temps

Omnipraticienne dans une clinique privée à Saint-Hubert, la D^{re} **Lise Chalut** a recours à ce service depuis deux ans. « Je l'utilise comme centre tertiaire, dit-elle. C'est une façon de me rassurer dans les situations difficiles. La plupart du temps, j'ai les connaissances théoriques qu'il faut, mais pour les cas épineux, j'appelle le CIP. Je pourrais évidemment entrer en contact avec un spécialiste, mais peut-être que celui-ci n'aurait rencontré que trois ou quatre cas de ce type dans sa



pratique. Avec le CIP, j'ai une vision globale. »

Le Centre d'information pharmaceutique offre aux professionnels de la santé la possibilité de faire l'achat d'une banque de temps de service. Cela donne accès au service régulier du CIP de questions et réponses, à un service par courriel, ainsi qu'à deux publications.

Quatre choix d'achat de banque de temps sont offerts : bloc de 300 minutes : 245 \$; 600 minutes : 485 \$; 900 minutes : 720 \$; 1200 minutes : 940 \$.

Pour en savoir plus, on peut joindre le CIP du lundi au vendredi de 9 h à 17 h au numéro de téléphone suivant : (514) 338-2213.

Ligne sans frais : 1 888 265-7692

Courriel : cip.hsc@ssss.gouv.qc.ca

Site Internet : www.infocip.com

L'exercice physique : pour la santé des jeunes.

par Francine Fiore

Considérés comme les champions de la sédentarité au Canada, les jeunes Québécois auraient intérêt à bouger davantage. Voilà pourquoi, depuis trois ans, le Comité d'action ÉPS (éducation physique santé) presse le gouvernement du Québec d'augmenter le temps alloué à l'activité physique et à la santé à l'école.

Formé de différents professionnels œuvrant auprès des jeunes, le Comité souhaite que le ministère de l'Éducation oblige les écoles élémentaires et secondaires

à consacrer au moins 150 minutes par semaine, soit 30 minutes par jour, aux cours d'éducation physique et de santé. Ces établissements n'offrent actuellement que 60 minutes par semaine.

Sonnant l'alarme, le Comité rappelle au gouvernement Charest qu'il a fait de la santé son cheval de bataille pendant sa campagne électorale. « Cependant, rien n'est fait pour améliorer la situation », déplore M. Yves Potvin, éducateur physique et porte-parole du Comité. Le précédent gouvernement s'était pourtant engagé à augmenter le temps d'éducation physique dans les écoles.

Des données inquiétantes

« L'embonpoint a doublé au cours des vingt dernières années et l'obésité infantile a plus que triplé pour atteindre plus de 10 % des jeunes âgés de 6 à 17 ans, indique M. Paul Boisvert, gestionnaire de la Chaire de recherche sur l'obésité Donald B. Brown de l'Université Laval, à Québec. La progression augmente d'environ 1 % par année, ce qui prend des allures d'épidémie. »

Les résultats préliminaires de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois réalisée de janvier à mai 1999 auprès de plus de 4000 jeunes âgés de 9, 13 et 16 ans, indiquent que les jeunes Québécois ont un profil inquiétant en ce qui concerne les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires¹. Ainsi, 22 % des enfants de 9 ans et 54 % des adolescents de 16 ans possèdent au moins un facteur de risques de maladies cardiovasculaires. Les données révèlent également une progression de la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint chez les garçons et les filles ainsi que d'importantes modifications lipidiques (HDL, LDL et triglycérides) et de la pression artérielle. Les chercheurs concluent que cette situation accroîtra de façon importante la morbidité et le taux de mortalité chez les futures générations de Québécois. À leur avis, il importe de créer des programmes de prévention chez les jeunes et de suivre l'évolution à long terme de leurs facteurs de risque.

Culture de la santé

Le comité d'action ÉPS a officiellement demandé au

gouvernement de prendre trois mesures : procéder à l'évaluation de la santé des jeunes, agir concrètement pour améliorer leur condition physique et augmenter le minimum d'heures d'éducation physique dans les écoles. « Nous souhaitons créer une véritable culture de la santé au Québec fondée sur la prévention, notamment au moyen de l'exercice physique. »

Convaincus de l'importance de cette démarche auprès du gouvernement, de nombreux organismes accordent leur soutien au Comité, dont la FMOQ. « Les médecins omnipraticiens constatent de plus en plus l'émergence de certains problèmes qui démontrent que la condition physique de nos jeunes est loin d'être optimale, écrit le D^r Renald Dutil, président de la FMOQ dans sa lettre d'appui au Comité. Ces problèmes découlent notamment de mauvaises habitudes alimentaires et du peu de temps accordé par ces jeunes à l'exercice physique. Il est évident que les solutions à ces problèmes

(Suite à la page 151) >>>

Le syndrome de Sjögren

Une maladie auto-immune chronique



**Vous connaissez quelqu'un qui en souffre
ou qui a les symptômes suivants :**

- yeux secs
- bouche sèche
- muqueuses sèches
- peau sèche
- arthrite
- fatigue

**Nous avons un groupe de soutien
et d'entraide en français et en anglais.**

Pour plus d'informations, appelez :

Association du syndrome de Sjögren

**Téléphone : (514) 934-3666
ou sans frais, 1 877 934-3666**

1. Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois (ESSEA 1999), Direction Santé Québec de l'Institut de la Statistique du Québec, novembre 1999.

Index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

ALTANA PHARMA INC. / SOLVAY PHARMA INC.
Pantoloc..... 17..... 112

ASTRAZENECA CANADA INC.
Symbicort..... couv. III..... 136-137

AVENTIS PHARMA INC.
Altace..... 28-29..... 150-151
Ketek..... 94-95..... 119-121

BAYER INC.
Avelox..... 78..... 134-135

BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE
Micardis..... 34..... 104
Spiriva..... 21..... 142-143

BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC.
Cefzil..... 6..... 118

DALE-PARIZEAU LM
..... 101

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ
Fonds FMOQ..... 152

GLAXOSMITHKLINE INC.
Advair..... 37..... 115-117
Avandia..... 102-103..... 148-149

JANSSEN-ORTHO INC.
Corporatif..... 88-89
Pariet..... 24..... 146-147

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE
Biaxin PED..... 90
Biaxin XL..... 64..... 132-133

**MERCK FROSST CANADA & CIE /
SCHERING CANADA INC.**
Ezetrol..... couv. IV..... 122-123

NOVARTIS PHARMA CANADA INC.
Elidel..... 8-9..... 124-125
Zelnorm..... 38..... 126-127

**OFFICE CANADIEN
DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS**
..... 109

PFIZER CANADA INC.
Accupril..... couv. II..... 128-129
Aricept..... 74..... 113
Lipitor..... 10..... 140-141

PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA
Bextra..... 62-63..... 138-139

PURDUE PHARMA
OxyContin..... 60..... 130-131

SYNDROME DE SJÖRGEN
..... 111

WYETH-AYERST CANADA INC.
Premarin..... 70..... 144-145
Triphasil..... 4..... 114

Traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde : Il faut individualiser la posologie d'ALTACE (ramipril). Au moment de commencer le traitement, il faut tenir compte des médicaments que prend déjà le patient et de sa tension artérielle avant le traitement. On doit entreprendre le traitement sous étroite surveillance médicale, généralement en milieu hospitalier, de 3 à 10 jours après un infarctus aigu du myocarde, si le patient est stable sur le plan hémodynamique et qu'il présente des signes cliniques d'insuffisance cardiaque. On recommande de commencer le traitement par une posologie de 2,5 mg d'ALTACE, 2 fois par jour, soit une prise le matin et une le soir. Si le patient tolère bien cette posologie, on peut l'augmenter en la doublant tous les 1 à 3 jours, selon la réaction du patient. La dose quotidienne maximale d'ALTACE ne devrait pas dépasser 5 mg, 2 fois par jour. Après avoir administré la première dose d'ALTACE, on doit surveiller le patient pendant au moins deux heures et ensuite jusqu'à ce que la tension artérielle soit demeurée stable pendant au moins une heure. Si cette posologie entraîne de l'hypotension chez le patient, on recommande de diminuer la dose à 1,25 mg, 2 fois par jour, lorsque l'hypotension aura été traitée adéquatement (voir la section MISES EN GARDE – Hypotension). Les patients qui ont connu un déficit sodique ou hydrique et ceux qui ont reçu des diurétiques présentent un risque accru d'hypotension (voir la section MISES EN GARDE – Hypotension). On peut observer une chute excessive de la tension artérielle, surtout dans les cas suivants : après l'administration de la première dose d'ALTACE lors de chaque ajustement posologique, après chaque première augmentation de la dose d'ALTACE, après l'administration de la première dose d'un traitement concomitant avec un diurétique ou après avoir augmenté la dose d'un diurétique administré en association. Si la situation le permet, la dose de tout traitement concomitant avec un diurétique devrait être réduite, ce qui peut diminuer le risque d'hypotension (voir la section PRÉCAUTIONS – Interactions médicamenteuses). Chez ces patients, il faut envisager la diminution de la dose de départ jusqu'à 1,25 mg d'ALTACE.

Utilisation en présence d'une dysfonction rénale : Chez les patients présentant une altération de la fonction rénale (clairance de la créatinine entre 20 et 50 mL/min/1,73 m² de surface corporelle), on recommande généralement de commencer le traitement par une posologie de 1,25 mg d'ALTACE, une fois par jour. On peut augmenter cette dose avec prudence jusqu'à 1,25 mg d'ALTACE, 2 fois par jour, selon la réaction du patient sur le plan clinique et sa tolérance. Les données dont on dispose sur l'utilisation du ramipril à la suite d'un infarctus aigu du myocarde chez les patients présentant une insuffisance cardiaque et une insuffisance rénale grave sont insuffisantes (voir les sections ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Pharmacocinétique et métabolisme, et PRÉCAUTIONS – En présence d'une dysfonction rénale).

Utilisation en présence d'une dysfonction hépatique : Les données dont on dispose sur l'utilisation du ramipril à la suite d'un infarctus aigu du myocarde chez les patients présentant une insuffisance cardiaque et une dysfonction hépatique sont insuffisantes. Il faut donc réduire la dose et exercer une étroite surveillance de ces patients (voir les sections ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Pharmacocinétique et métabolisme, et PRÉCAUTIONS – En présence d'une dysfonction hépatique).

Prise en charge des patients présentant un risque élevé d'événements cardiovasculaires : La dose initiale recommandée est de 2,5 mg d'ALTACE, 1 fois par jour. Cette dose doit être augmentée graduellement, selon la tolérabilité. Il est recommandé de doubler la dose après 1 semaine de traitement, puis de la faire passer à 10 mg après 3 autres semaines de traitement. La dose d'entretien habituelle est de 10 mg par jour (voir les sections ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS). Pour les groupes présentant un risque particulier, comme les patients atteints d'une dysfonction rénale ou hépatique, ou présentant un risque accru d'hypotension (patients avec un déficit hydrique ou sodique, patients traités par un diurétique), suivre les recommandations posologiques données précédemment (voir les sections MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

FORME POSOLOGIQUE

a) Composition

Les capsules d'ALTACE (ramipril) dosées à 1,25 mg, 2,5 mg, 5,0 mg et 10,0 mg contiennent respectivement 1,25 mg, 2,5 mg, 5,0 mg et 10,0 mg de ramipril, l'ingrédient actif. Composition qualitative des capsules d'ALTACE, quelle que soit leur teneur en principe actif : ramipril, amidon prégélatinisé (comme diluant, lubrifiant et agent désintégrant) et enveloppes de gélatine vides. Pour toutes les teneurs d'ALTACE, les enveloppes de gélatine vides sont composées de gélatine, mais les colorants sont spécifiques à chaque teneur (voir ci-dessous).

TENEUR EN PRINCIPE ACTIF	COUVERCLE DE LA CAPSULE	FOND DE LA CAPSULE
1,25 mg	Oxyde de fer jaune Dioxyde de titane	Dioxyde de titane
2,5 mg	Oxyde de fer jaune AD&C rouge n° 3 Dioxyde de titane	Dioxyde de titane
5,0 mg	AD&C bleu n° 2 AD&C rouge n° 3 Dioxyde de titane	Dioxyde de titane
10,0 mg	AD&C bleu n° 2 AD&C rouge n° 3 Oxyde de fer noir Dioxyde de titane	Dioxyde de titane

b) Recommandations concernant la stabilité et la conservation du produit

Conserver ALTACE (ramipril) dans son contenant d'origine, à une température ambiante inférieure à 25 °C, et pas au-delà de la date de péremption indiquée sur le contenant. **PRÉSENTATION :** ALTACE (ramipril) est offert en capsules de gélatine dure de calibre n° 4 : 1,25 mg (fond blanc opaque et jaune), 2,5 mg (fond blanc opaque et orange), 5,0 mg (fond blanc opaque et rouge), 10,0 mg (fond blanc opaque et bleu). Les capsules ALTACE de 1,25 mg, 2,5 mg, 5,0 mg et 10,0 mg sont conditionnées en boîtes de 30 capsules (2 plaquettes alvéolées de 15 capsules chacune). Flacons de 100 capsules et de 500 capsules également disponibles.

Monographie du produit disponible sur demande.

Références : 1. Monographie d'ALTACE. 2. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators (HOPE) Trial. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000;342(3):145-53.

© Marque déposée du groupe Aventis, utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc., Laval (Québec) H7L 4A8.  50069717

◀◀◀ (Suite de la page 111)

sont d'abord préventives et exigent une éducation à de meilleures habitudes de vie et un temps supérieur accordé aux exercices physiques. »

**Le Défi,
« J'arrête, j'y gagne ! »**

**un taux important
de réussite**

par Francine Fiore

Fort de son immense succès, le Défi « J'arrête, j'y gagne ! » revient pour une cinquième année consécutive du 1^{er} mars au 11 avril 2004. Il permet à des fumeurs, soutenus par un parrain ou une marraine de leur choix, de s'engager à renoncer au tabac durant au moins les six semaines du programme.

À la suite du Défi, le taux de cessation après un an était de 28 % en 2000 et de 29 % en 2002¹. Par comparaison, un fumeur qui arrête seul a 6 % de chances de réussir. S'il utilise une aide pharmacologique comme le timbre, ce taux se situe entre 12 % et 19 %.

Très populaire, le Défi rejoint chaque année environ 30 000 fumeurs dont l'âge moyen est de 37 ans. Les femmes y participent en plus grand nombre (58 %) que les hommes (42 %). Par contre, plus d'hommes (25 %) réussissent à abandonner le tabac que les femmes (22 %).

Comme tous les moyens sont bons pour cesser de fumer, environ 55 % de ceux qui ont réussi dans le cadre du Défi ont eu recours à une aide, dont le timbre.

Comment expliquer le succès du

Échographies

151

programme, alors qu'on compte tant d'échecs en ce qui concerne l'arrêt du tabagisme ? « Le Défi a diminué l'opposition qu'il y avait entre fumeurs et non-fumeurs, dit le D^r Louis Gagnon, d'Acti-Menu. Tout se fait dans le respect. Le programme regroupe des gens qui veulent cesser de fumer et a pour but de les aider. Et si l'on n'a pas réussi, on s'inscrit à nouveau. La seule chose néfaste est de cesser d'essayer. »

Solidarité, encouragement et soutien des proches sont donc des éléments-clés pour cesser de fumer. « Le Défi, ça marche, dit M^{me} Louise Labrie, conseillère à la Direction de la santé, parce qu'on en parle partout dans les médias. En plus, le parrainage permet d'accompagner les fumeurs qui se retrouvent dans un programme vraiment humain. »

Pour participer

Cette année, le Défi comporte un nouveau volet, Objectif famille sans fumée, qui assure aux participants un environnement sans fumée et permet à leurs enfants de grandir à l'abri de cette habitude.

La démarche étant fondée sur le soutien, les participants bénéficient d'un service d'aide personnalisée par l'entremise de la ligne « J'arrête ! » (1 888 853-6666). Ils peuvent également visiter le centre d'arrêt tabagique (CAT) de leur région et consulter le site Internet où ils peuvent s'inscrire au Défi entre le 1^{er} janvier et le 29 février 2004. Un bulletin d'inscription est également disponible dans les hebdomadaires locaux, les CLSC, les directions de la santé publique et plusieurs cliniques médicales. En outre, sur la présentation de leur carte d'inscription dans une pharmacie Jean Coutu, les participants recevront gratuitement une trousse pour les aider dans leur entreprise. ☞

1. Études réalisées par Écho sondage auprès de 3000 participants à chaque étude.