

par Emmanuèle Garnier

### Récentes lignes directrices sur le diabète

#### nouveautés concernant le dépistage et le traitement

Les nouvelles lignes directrices publiées par l'Association canadienne du diabète présentent de récentes données qui changent le traitement et la détection du diabète. Il s'agit du premier guide sur le diabète dans le monde à être totalement fondé sur des études.

Le document recommande maintenant le dépistage du diabète chez les patients dès l'âge de 40 ans, l'intervention dans les cas d'intolérance au glucose, le recours rapide à deux antidiabétiques quand l'hyperglycémie initiale est importante et la réduction du taux d'hémoglobine glyquée (A1c) à moins de 6 % quand c'est possible sans risque.

Les *Lignes directrices 2003 de pratique clinique pour la prévention et la prise en charge du diabète au Canada* comporte également des nouveautés dans le domaine des complications non seulement macrovasculaires (voir

l'article suivant), mais aussi microvasculaires. En particulier dans le domaine rénal.

#### Nouveaux tests recommandés

Qu'y a-t-il de neuf du côté de la néphropathie ?

« Cette complication peut être traitée efficacement dès ses premiers stades et même être renversée », explique le **D<sup>r</sup> Stewart Harris**, président du comité d'experts sur les Lignes directrices et titulaire de la chaire McWhinney d'études de médecine familiale à l'Université Western, en Ontario.

La détection de la microalbuminurie est ainsi cruciale. Une nouvelle analyse est recommandée dans ce but. « Nous voulons mettre l'accent sur l'utilisation annuelle d'un test d'urine très simple, le rapport albumine/créatinine », explique le D<sup>r</sup> Harris. La collecte d'urine pendant 24 heures, beaucoup plus lourde, qui livrait les mêmes informations, n'est plus proposée.

Autre nouveauté : l'estimation annuelle de la clairance de la créatinine. « C'est une mesure très sensible de l'insuffisance rénale précoce. On tend à se fier au taux de créatinine sérique pour déceler ce problème, mais il s'agit d'un marqueur tardif », rappelle le médecin.

Quel médicament faut-il prescrire pour freiner la progression de la néphropathie ? Dans le cas du diabète de type 2, les patients présentant une albuminurie devraient prendre un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) si la clairance de la créatinine est inférieure ou égale à 60 ml par minute. Si elle est supérieure à ce seuil, les patients peuvent recevoir un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou un ARA. Quant aux inhibiteurs des canaux calciques qui ne font pas partie de la classe des dihydropyridines, comme le diltiazem ou le vérapamil, leur utilisation peut être envisagée pour diminuer l'excrétion urinaire d'albumine chez les patients hypertendus.



D<sup>r</sup> Stewart Harris

### ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

<i>Récentes lignes directrices sur le diabète nouveautés concernant le dépistage et le traitement</i> .....	15
<i>Réduire les complications macrovasculaires</i> .....	16
<b>Asystole</b>	
<i>la vasopressine plus efficace que l'épinéphrine ?</i> .....	22
<b>Mises en garde</b>	
<i>Valdécoxib et graves réactions cutanées</i> .....	24
<i>Association pyrazinamide-rifampine et lésions hépatiques</i> .....	24
<i>Signaler les effets indésirables des produits naturels</i> .....	25
<b>Bibliographies</b>	
<i>Les vaccins : Avoir la piqûre pour la santé de votre enfant</i> .....	137
<i>Trousse de Brousse, comment traverser la jungle du cancer</i> .....	137
<i>Le retour de certaines éponges contraceptives</i> .....	183
<b>Le programme VESPA</b>	
<i>pour l'amélioration de l'asthme</i> .....	185


## Des journées de suivi du diabète

Abordant des sujets aussi variés que le diabète chez les enfants, la dysfonction érectile, l'alimentation, la transplantation de pancréas, les nouvelles lignes directrices s'intéressent aussi aux aspects psychologiques du diabète.

« Dans une étude à laquelle j'ai collaboré, de 15 % à 20 % des patients diabétiques avaient souffert de dépression au moins une fois depuis l'annonce de leur maladie, indique le D<sup>r</sup> Harris. Les médecins doivent être au courant de ce fait et en tenir compte. »

Le nouveau guide recommande un dépistage régulier des problèmes psychosociaux, de la dépression et des troubles anxieux. Pour découvrir les problèmes psychologiques, le médecin peut recourir à des questions ouvertes sur le stress, le soutien social, la conception de la maladie et les comportements nuisant à la maîtrise de la glycémie.

Le guide consacre également un chapitre à l'organisation et à la façon de prodiguer des soins. Il conseille entre autres aux médecins d'organiser des journées de suivi de patients diabétiques. « Moi, j'aime bien le faire le premier lundi du mois. Je ne vois alors que des diabétiques, à moins de cas urgents. Cela permet de rester concentré sur cette maladie. On est alors plus constant dans nos soins et on n'est pas distrait par d'autres problèmes cliniques. J'ai mon personnel infirmier et je peux arranger ma clinique pour faciliter la pesée, la mesure de la pression sanguine, etc. », explique le D<sup>r</sup> Harris, qui est lui-même médecin de famille.

Pratique, le document de l'Association canadienne du diabète fournit également en annexe des outils tels qu'une liste d'éléments à vérifier au cours de la consultation, un organigramme de gestion de l'hyperglycémie pour le diabète de type 2, des feuillets d'information pour les patients, etc. La version électronique, disponible au [www.diabetes.ca](http://www.diabetes.ca), est muni d'un outil de recherche. 

## Réduire les complications macrovasculaires

Les nouvelles lignes directrices sur le diabète ne laissent rien au hasard pour prévenir les complications cardiovasculaires : protection des vaisseaux, traitement de la dyslipidémie, réduction de l'hypertension, thérapie antiplaquettaire. Les statistiques sont implacables : environ 80 % des diabétiques mourront d'un trouble vasculaire.

« L'un des changements clés que nous avons apportés concerne l'importance à accorder à la protection vasculaire », explique le D<sup>r</sup> Lawrence Leiter, qui a dirigé la rédaction du chapitre Macrovascular Complications, Dyslipidemia and Hypertension. Le directeur du Service d'endocrinologie et du métabolisme de l'hôpital St. Michael, à Toronto, place cette précaution au sommet des priorités.

L'avalanche d'études sur les différents médicaments pouvait plonger le médecin dans la confusion. Fallait-il privilégier les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) pour protéger les reins ? Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) pour prévenir les maladies cardiovasculaires ? D'autres antihypertenseurs très efficaces ? Les auteurs ont mis de l'ordre dans les données.

« La priorité est de réduire le risque de maladies cardiaques par la prise d'un IECA, d'aspirine, la maîtrise du taux de cholestérol et de la pression, l'abandon du tabac, la perte de poids et l'activité physique », précise le D<sup>r</sup> Leiter, également professeur à l'Université de Toronto. Vient ensuite le traitement de l'hypertension. « Si la pression reste élevée alors



D<sup>r</sup> Lawrence Leiter

que la personne prend déjà un IECA, il faut la traiter selon les lignes directrices sur l'hypertension ». La protection des reins arrive en troisième lieu. « Quand un patient déjà sous un IECA, a une pression normalisée, mais présente toujours une protéinurie, on peut envisager de lui prescrire un ARA ou un inhibiteur des canaux calciques qui ne fait pas partie de la classe des dihydropyridines. »

### Dyslipidémie

Dans le domaine de la dyslipidémie, les lignes directrices sur le diabète s'accordent avec les récentes recommandations du Groupe de travail sur l'hypercholestérolémie et les autres dyslipidémies. Principale différence : la majorité des diabétiques sont considérés comme présentant un risque élevé de maladies cardiovasculaires. Leurs valeurs cibles sont donc faibles :

	Cholestérol LDL	Cholestérol total/HDL
Patient à risque élevé	< 2,5 mmol/l	< 4
Patient à risque moyen	< 3,5 mmol/l	< 5

Un petit groupe de diabétiques ne seraient cependant exposés qu'à un risque modéré de problèmes cardiovasculaires. Tant chez ceux qui sont atteints de l'affection du type 1 que du type 2. « Il s'agit de patients jeunes, diabétiques depuis peu, ne présentant pas d'autres facteurs de risque vasculaire ni de complications », indique le D<sup>r</sup> Leiter.

Chez les patients souffrant de diabète de type 2, la dyslipidémie la plus fréquente consiste en une hypertriglycéridémie et un faible taux de cholestérol HDL. Leur taux de cholestérol LDL est généralement normal, cependant il cache souvent un nombre élevé de petites particules denses de LDL. Ces dernières peuvent être évaluées par le dosage de l'apolipoprotéine B. « On ne recommande pas de prescrire d'emblée ce test, mais on indique qu'il peut être utile parce qu'il donne une meilleure estimation du nombre de particules athérogènes et peut, par conséquent, permettre de mieux définir le

risque vasculaire », explique le D<sup>r</sup> Leiter. La concentration optimale de l'apolipoprotéine B serait inférieure à 0,9 g/l pour les patients encourant un risque élevé et à 1,05 g/l pour ceux dont le risque est moyen.

Le traitement ? Du côté des médicaments, une statine est de mise quand le taux de cholestérol LDL est trop élevé. Lorsque l'hypertriglycéridémie est supérieure à 4,5 mmol/l, des fibrates devraient être prescrites. L'arsenal de médicaments comprend également des produits comme les inhibiteurs de l'absorption de cholestérol. Et la niacine ? Elle permet d'augmenter le taux de cholestérol HDL et de réduire celui des triglycérides et du cholestérol LDL. On lui a reproché d'accroître la résistance à l'insuline et de nuire à la maîtrise de la glycémie. « Selon certaines données, ces effets ont été exagérés. La niacine peut être très utile dans certains cas », estime le D<sup>r</sup> Leiter.

### Hypertension

Les nouvelles recommandations réduisent les valeurs cibles de la pression à 130/80 mm Hg ou moins et en font le seuil à partir duquel le patient doit être traité.

Par quel antihypertenseur commencer ?

« Plusieurs seraient de bons choix initiaux. Mais certains nous semblaient préférables à d'autres », explique le D<sup>r</sup> Leiter. On retrouve ainsi dans l'ordre :

- les IECA ;
- les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II ;
- les bêtabloquants cardiosélectifs ;
- les diurétiques thiazidiques ;
- les inhibiteurs des canaux calciques à longue durée d'action.

Dans les faits, le choix de l'antihypertenseur de première intention n'a pas vraiment d'importance, estime paradoxalement le D<sup>r</sup> Leiter. « Le diabétique moyen aura besoin de trois ou quatre médicaments pour réduire sa pression aux valeurs fixées. »

### Traitement antiplaquettaire

Les diabétiques ont un taux de mortalité et

de morbidité de deux à quatre fois plus élevé à cause des maladies cardiovasculaires.

Le dysfonctionnement de leurs plaquettes contribuerait à ce phénomène. « Les données montrent que le fait de traiter les patients diabétiques par de faibles doses d'aspirine, après avoir recouru à toutes les autres mesures, permet de réduire encore davantage les risques de maladies vasculaires », précise le D<sup>r</sup> Leiter.

La plus faible dose possible d'acide acétylsalicylique doit être utilisée (entre 80 mg/jour et 325 mg/jour) à cause des risques d'effets secondaires. Ce traitement n'augmente toutefois pas la probabilité de saignements dans le corps vitré chez les patients souffrant d'une rétinopathie diabétique et n'accroît pas les risques d'accidents vasculaires cérébraux ou d'hémorragies mortelles chez les personnes dont l'hypertension est maîtrisée. Les patients qui ne tolèrent pas l'aspirine peuvent recourir au clopidogrel (Plavix<sup>MC</sup>). ☞

## Asystole

### la vasopressine plus efficace que l'épinéphrine ?

L'injection de vasopressine avant l'arrivée à l'hôpital serait plus efficace que l'administration d'épinéphrine chez les patients en asystole, révèle une étude autrichienne publiée dans le *New England Journal of Medicine*<sup>1</sup>. La vasopressine peut ainsi faire passer de 20 % à 29 % le taux de survie au moment de l'admission. Dans les cas de fibrillation ventriculaire ou d'activité électrique cardiaque sans pouls, elle donnait cependant les mêmes résultats que l'adrénaline.

« C'est une importante percée pour la science de la réanimation », n'hésite pas à déclarer le D<sup>r</sup> Kevin McIntyre, de la Harvard Medical School, qui signe l'éditorial accompagnant l'article<sup>2</sup>. Le médecin déborde d'enthousiasme devant les résultats. « Les praticiens devraient

peut-être être encouragés à ajouter immédiatement l'utilisation de la vasopressine dans leur protocole de réanimation. »

Les données emballent cependant beaucoup moins le D<sup>r</sup> Alain Vadeboncoeur, chef du Service d'urgence de l'Institut de Cardiologie de Montréal. « Ce qui est intéressant en médecine, c'est la survie des patients intacts sur le plan neurologique. Il est loin d'être clair dans cette étude que les sujets s'en sortaient bien dans ce domaine. »

L'étude autrichienne se déroulait par ailleurs au sein d'un système préhospitalier différent de celui du Québec. « Le contexte est important. L'utilisation de la vasopressine et de l'épinéphrine a déjà été comparée dans les cas d'arrêts cardiaques survenant à l'hôpital. Il n'y avait pas de différence dans leur efficacité. »

### Coma et atteintes neurologiques

Le chercheur autrichien Volker Wenzel a mené dans son pays, mais aussi en Allemagne et en Suisse, une étude avec ses collaborateurs, la *European Resuscitation Council Vasopressor during Cardiopulmonary Resuscitation Study*. Les sujets consistaient en 1186 patients victimes d'un arrêt cardiaque à l'extérieur de l'hôpital. Présentant une fibrillation ventriculaire, une activité électrique sans pouls ou une asystole, ils avaient besoin d'une réanimation cardiorespiratoire et d'un traitement vasopresseur. Les participants recevaient soit de la vasopressine, soit de l'adrénaline. Le médecin qui leur portait secours pouvait, au besoin, leur administrer un traitement additionnel d'adrénaline.

1. Wenzel V, Krismer AC, Arntz HR et coll. A comparison of vasopressin and epinephrine for out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med* 2004 ; 350 : 105-13.

2. McIntyre KM. Vasopressin in asystolic cardiac arrest. *N Engl J Med* 2004 ; 350 : 179-181.



D<sup>r</sup> Alain Vadeboncoeur

Photo : Sylvain Durocher

Résultats ? Les effets de la vasopressine ont été similaires à ceux de l'adrénaline chez l'ensemble des patients atteints d'un arrêt cardiaque. Premier critère d'évaluation, le taux de survie au moment de l'admission à l'hôpital était ainsi de 36 % avec le médicament expérimental et de 31 % avec l'épinéphrine. Une différence non significative. Le pourcentage de survivants à la sortie de l'hôpital s'effondrait ensuite à 10 % dans les deux groupes.

Les données sur l'état cérébral inquiètent cependant le D<sup>r</sup> Vadeboncoeur. « Dans le groupe qui a reçu de la vasopressine, 52 % des survivants avaient une atteinte neurologique grave ou étaient dans le coma, ce qui n'était le cas que de 39 % des patients du groupe traité par l'épinéphrine. Cette différence, même si elle n'est pas significative, est préoccupante. »

Chez les sujets en asystole, cependant, la vasopressine s'est révélée supérieure à l'épinéphrine, tant en ce qui concerne le taux de survie au moment de l'hospitalisation (29 % contre 20 %) que celui à la sortie de l'hôpital (4,7 % par rapport à 1,5 %). « Comme l'a démontré une étude *in vitro*, la vasopressine reste un vasoconstricteur efficace même lorsqu'il y a une grave acidose, tandis que les catécholamines sont alors moins puissantes », expliquent le D<sup>r</sup> Wenzel et ses collègues.

L'urgentologue montréalais reste critique. « On peut avancer l'hypothèse que grâce à la vasopressine le cœur des patients en asystole peut mieux survivre, mais rien n'indique que le même effet se produit dans le cerveau. Les personnes en asystole sont particulièrement exposées aux atteintes neurologiques. »

### Association vasopressine-épinéphrine

L'étude européenne s'intéressait également à l'association vasopressine-épinéphrine. Quand la circulation spontanée n'était pas rétablie trois minutes après une première injection de 40 UI de vasopressine ou de 1 mg d'adrénaline, le patient recevait une seconde dose du même produit. Si aucune amélioration ne survenait, le médecin pouvait

alors décider d'administrer à sa discrétion une injection additionnelle d'épinéphrine. Cela s'est produit pour 732 patients.

Ce sont les malades qui ont d'abord reçu de la vasopressine qui s'en sont le mieux tirés. Ils étaient plus nombreux à être en vie à leur arrivée à l'hôpital (26 % comparativement à 16 %) et à sortir en vie de l'établissement (6 % comparativement à 2 %).

Ces résultats confirment ceux d'autres études, selon les chercheurs. « Chez le porc, quand une asphyxie prolongée réduit le taux d'adrénaline endogène et cause une ischémie fondamentale, l'administration de vasopressine associée à de l'épinéphrine donne des pressions d'irrigation coronarienne trois fois plus importante que celles que l'on obtient soit avec l'adrénaline soit avec la vasopressine seules. Ces résultats semblent indiquer que la présence de l'un de ces deux médicaments pourrait accroître les effets de l'autre, en particulier en cas d'ischémie prolongée. »

Cette seconde partie de l'essai clinique a cependant une faiblesse : le traitement additionnel par l'adrénaline était laissé à la discrétion du médecin. « On ne peut donc savoir si les deux groupes étaient toujours semblables. C'est d'autant plus ennuyeux que les chiffres sont très petits à la fin de l'étude », explique le D<sup>r</sup> Vadeboncoeur. En effet, moins de 30 patients ont survécu.

Le bilan neurologique n'est pas non plus brillant. Vingt-cinq des survivants qui ont reçu une dose additionnelle d'épinéphrine ont été évalués. « La moitié des patients initialement traités par la vasopressine présentaient de graves atteintes sur le plan neurologique ou étaient dans le coma. Cela n'a été le cas que d'un des cinq patients dans l'autre groupe. Il est ainsi possible que la vasopressine permette à un plus grand nombre de patients de survivre en demeurant toutefois dans le coma ou avec d'importants déficits neurologiques. »

Conclusion ? « Ces progrès devraient donner lieu sans délai à de nouveaux standards de soins », écrit le D<sup>r</sup> McIntyre après avoir analysé les données. Le D<sup>r</sup> Vadeboncoeur ne partage



pas cet avis. « En donnant de la vasopressine ou de la vasopressine et de l'épinéphrine à un patient en asystole, on fait du bien au cœur, mais il n'est pas clair qu'on en fasse à la personne. L'intéressante hypothèse concernant l'effet supérieur de la vasopressine dans les cas d'asystole reste par ailleurs à confirmer. » ❧

## Mises en garde

### Valdécoxib et graves réactions cutanées

Le *Bulletin canadien des effets indésirables* révèle que Santé Canada a reçu neuf déclarations de réactions cutanées soupçonnées d'être associées au valdécoxib (Bextra<sup>MC</sup>) depuis la commercialisation du produit en décembre 2002. Cinq de ces cas étaient graves. Le valdécoxib est indiqué dans le traitement des signes et symptômes de la polyarthrite rhumatoïde et de l'arthrose, et pour soulager la douleur associée à la dysménorrhée.

Dans d'autres pays, des effets comme l'érythème polymorphe, le syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) et l'érythrodermie bulleuse avec épidermolyse (EBE) ont déjà été liés au médicament. Au Canada, aucun patient n'a cependant présenté ces problèmes.

Dans deux des cas canadiens, les patients avaient des antécédents d'allergie aux sulfamides. Santé Canada estime que « compte tenu de la gravité du SSJ et de l'EBE, les médecins ne devraient pas prescrire de valdécoxib à des patients ayant des antécédents de réactions allergiques aux sulfamides et devraient faire preuve de prudence chez les patients prédisposés à une réaction allergique à de multiples médicaments. » L'hypothèse d'une réaction croisée entre des sulfamides antimicrobiens et d'autres composés renfermant des sulfamides reste controversée. La monographie du valdécoxib indique néanmoins que le médicament est contre-indiqué chez les patients ayant déjà eu une réaction allergique aux sulfamides.

Comment se présentent le syndrome de Stevens-Johnson et l'érythrodermie bulleuse avec épidermolyse ? Au moins la moitié des patients qui en ont été atteints ont ressenti au cours des deux semaines précédentes des symptômes pseudo-grippaux, tels que de la fièvre, des malaises, une rhinite, des douleurs à la poitrine, des vomissements, de l'angine, de la toux, de la diarrhée, des maux de tête, une myalgie et une arthralgie. La progression de l'éruption à la desquamation peut se produire en quelques jours, voire en quelques heures. Des complications fatales comme une infection ou une insuffisance rénale ou respiratoire peuvent alors survenir.

« Comme le valdécoxib a une demi-vie d'environ huit heures, le retrait de ce médicament dès l'apparition de symptômes pseudo-grippaux est susceptible de diminuer le risque de l'EBE et du SSJ chez certains patients. Par conséquent, les professionnels de la santé devraient inciter leurs patients qui prennent du valdécoxib à consulter leur médecin si des symptômes cutanés ou pseudo-grippaux surviennent », recommande le Bulletin.

Santé Canada a également reçu des déclarations d'effets secondaires cutanés graves associés au rofécoxib (Vioxx<sup>®</sup>) et au célécoxib (Celebrex<sup>MC</sup>) chez des patients avec et sans antécédents de réaction allergique aux sulfamides. ❧

### Association pyrazinamide- rifampine et lésions hépatiques

D'importantes lésions hépatiques ont été associées à la prise concomitante de pyrazinamide (Tebrazid<sup>®</sup>, pms-Pyrazinamide) et de rifampine dans le cadre du traitement de la tuberculose latente. Il est par conséquent recommandé de ne plus prescrire cette association médicamenteuse comme traitement de première intention aux patients atteints de la maladie sous sa forme latente.

Aux États-Unis, un récent rapport des Centers for Disease Control and Prevention

(CDC) a révélé qu'un nombre élevé d'hospitalisations et de décès s'étaient produits à cause d'une toxicité hépatique survenue après l'utilisation d'une association de pyrazinamide et de rifampine chez des patients souffrant de tuberculose latente. Le régime de médicaments maintenant proposé par les CDC pour soigner cette forme de l'affection est décrit au [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5231a4.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5231a4.htm)

Les recommandations concernant le traitement de la tuberculose active ne sont cependant pas modifiées. On peut consulter celles de la Société canadienne de la tuberculose au [www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/tbpc-latb/pubs\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/tbpc-latb/pubs_f.html) ☞

## Signaler les effets indésirables des produits naturels

Depuis janvier, le nouveau Règlement sur les produits de santé naturels est en vigueur. Dorénavant, les fabricants de substances thérapeutiques naturelles devront déclarer les effets secondaires signalés. Les professionnels de la santé, de leur côté, peuvent faire connaître à Santé Canada les réactions qu'ils constatent en recourant au formulaire sur les effets indésirables.

Grâce à ce nouveau règlement, tous les produits naturels homologués auront un NPN (numéro de produit naturel) qui permettra à Santé Canada, entre autres, d'en retracer les ingrédients. Il faudra cependant attendre six ans avant que cette disposition ne soit appliquée à toute l'industrie.

### Échinacée, Ginkgo biloba et millepertuis

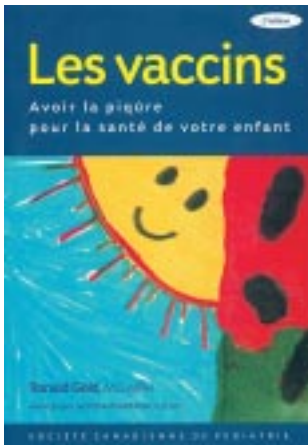
Les produits naturels sont loin

d'être inoffensifs. Le *Bulletin canadien des effets indésirables* a recensé, dans la base de données de Santé Canada, des réactions signalées depuis 1998 concernant trois substances connues. L'échinacée, par exemple, a fait l'objet de 23 rapports, dont quatre concernaient des réactions allergiques. « Les symptômes allaient de

(Suite à la page 183) >>>

## Les vaccins : Avoir la piqûre pour la santé de votre enfant

de Ronald Gold



Faire vacciner son enfant ou pas ? Voilà la grande question que se posent encore bien des parents. Pourtant la vaccination fait partie de la prévention de maladies infectieuses graves et contribue à sauver des vies.

Dans ce qui est considéré comme le grand livre des vaccins au Canada, le **D<sup>r</sup> Ronald Gold**, spécialiste en la matière, répond avec précision aux questions les plus fréquentes des parents et de toute personne préoccupée par la santé et le bien-être des enfants. Publiée pour la première fois en 1997 par la Société canadienne de pédiatrie sous le titre *Faire vacciner mon enfant c'est important*, la deuxième édition de cet ouvrage est enrichie de nouvelles données et comporte de nombreuses modifications.

Tout en utilisant les termes médicaux, l'auteur démythifie la vaccination infantile par une présentation simple et facile d'accès. En vue d'une meilleure compréhension, il fait l'historique de chacune des maladies pour lesquelles il existe un vaccin, en explique les causes ainsi que le mode de transmission et le rôle du système immunitaire.

Afin de dissiper l'aspect rébarbatif du vocabulaire, le D<sup>r</sup> Gold fait une liste de vaccins, donne la signification des abréviations comme celle du vaccin RRO (rougeole-rubéole-oreillon), décrit les modes d'administration et le fonctionnement de chacun. En outre, il indique comment évaluer la multitude d'informations, pas toujours précises, circulant sur les vaccins et propose une liste de sites Web et autres ressources fiables. Des fichiers de renseignements et un calendrier de vaccination s'ajoutent au texte rehaussé de 20 belles illustrations réalisées par des jeunes du Canada.

Société canadienne de pédiatrie, Ottawa, Ontario, 2002, 344 pages, 19,95 \$.

## Trousse de Brousse, comment traverser la jungle du cancer

de Vie Nouvelle



Le cancer est un combat pour lequel il faut être bien armé. Destiné aux personnes souffrant de cette maladie et à leurs proches, ce petit guide aux allures de livre de poche est un outil précieux contenant une foule de renseignements pour s'orienter sur ce terrain miné.

Conçu par les bénévoles de Vie Nouvelle, un groupe d'entraide œuvrant à l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, ce guide pratique et rapide à consulter en est à sa deuxième édition. Tout d'abord, il apprend au lecteur à connaître son nouvel environnement en s'attaquant au vocabulaire et explique tous ces mots qui décrivent ses maux ainsi que les traitements. Ensuite, il ouvre grandes les portes de l'hôpital en décrivant les différents services dont peut avoir besoin le patient, comme la radio-oncologie, la psycho-oncologie, la diététique, la pastorale, les soins à domicile, etc.

Comme un répertoire, il propose également une multitude de ressources telles que des groupes de soutien, de relaxation et de visualisation. Préoccupés par le bien-être des patients, les auteurs qui ont eux-mêmes été atteints par la maladie ou engagés dans son traitement abordent aussi les médecines complémentaires, dont l'acupuncture, l'ostéopathie, la musicothérapie et la naturopathie. Tous les services mentionnés s'accompagnent des numéros de téléphone, des courriels et des sites Web. Rien n'est laissé au hasard, et des passe-temps, des lectures et d'autres activités y sont même suggérés. Ici et là, des pensées positives parsèment le texte pour un nouveau regard sur la maladie et la vie. On peut se procurer la *Trousse de Brousse* en communiquant avec Vie Nouvelle au (514) 890-8000, poste 15000.

Vie Nouvelle, Centre d'oncologie, Hôtel-Dieu du CHUM, Montréal 2002, 96 pages, 5 \$.



◀◀◀ (Suite de la page 25)

l'éruption à une enflure de la langue et des lèvres, jusqu'à une réaction anaphylactique. »

Le *Ginkgo biloba*, qui inhiberait le facteur d'activation des plaquettes, a été à l'origine de 21 déclarations concernant surtout des troubles plaquettaires, des saignements et des problèmes de coagulation. « Il y a lieu d'être vigilant lorsque le ginkgo est utilisé en même temps que des anticoagulants et des médicaments affectant l'agrégation plaquettaire (p. ex., warfarine, AAS, AINS, ticlopidine et clopidogrel) », avertit le Bulletin. Les patients qui vont subir une intervention chirurgicale ne devraient pas non plus prendre de *Ginkgo biloba* dans les 36 heures précédentes.

Puissant inducteur du cytochrome P450, le millepertuis commun, de son côté, peut réduire le taux sanguin de certains médicaments en dessous du seuil thérapeutique. Ce produit risque également de déclencher un syndrome sérotoninergique lorsqu'il est administré avec des inhibiteurs du recaptage du 5-HT ou d'autres médicaments accroissant l'activité sérotoninergique, comme les triptans. Le millepertuis a d'ailleurs fait l'objet de 45 avis auprès de Santé Canada.

Actuellement, la concentration des ingrédients actifs et la posologie ne figurent pas toujours sur les produits de santé naturels sans numéro d'identification du médicament (DIN). Il est ainsi difficile de déterminer la dose exacte qu'a prise le patient. L'étiquette des produits n'indique pas non plus systématiquement l'espèce ou la

partie de la plante utilisée, ce qui peut rendre plus difficiles la déclaration et l'analyse des effets secondaires associés aux herbes médicinales. ☞

## Le retour de certaines éponges contraceptives

par Luc Dupont

Les éponges contraceptives Today<sup>MD</sup> sont de nouveau en vente libre au Canada, après une absence de huit ans. Cette marque de contraceptif féminin avait disparu du marché en 1995, après que son fabricant en eut cessé la production.

« Il y avait eu à ce moment-là des problèmes liés à l'application vaginale prolongée de certains produits sanitaires, que ce soit les tampons ou certaines éponges superabsorbantes, explique le D<sup>r</sup> Serge Bélisle, chef du Service d'obstétrique-gynécologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Comme des inquiétudes sur le plan de la santé publique avaient alors surgi, le fabricant avait décidé de son propre chef d'en suspendre la production. »

### Le même produit

Le retour de cette éponge contraceptive ne survient pas à la suite de nouvelles données sur ce qui s'était passé. « À ma connaissance, il n'y a pas eu d'études majeures sur le sujet. Et il

(Suite à la page 185) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 183)

n'y a pas non plus eu de modifications importantes de l'éponge qui vient d'être réintroduite », affirme le gynécologue-obstétricien.

Il s'agit donc du même produit, qui vient s'ajouter aux marques déjà existantes sur le marché. Les mêmes statistiques qu'auparavant s'appliquent en ce qui concerne son efficacité contraceptive : c'est-à-dire entre 89 % et 91 %. « Lorsqu'elles sont utilisées seules, les méthodes consistant en une barrière mécanique ont un taux d'échec variant de 15 % à 25 %, selon le degré de fertilité de la femme. C'est pourquoi il est conseillé d'en utiliser deux simultanément. »

Et dans quelles situations recommande-t-on l'éponge ? « On le fait quand la femme choisit de recourir à des méthodes de barrière mécanique, répond le D<sup>r</sup> Bélisle. Par exemple, une patiente qui ne pourrait prendre la pilule peut très bien décider d'employer le condom avec son conjoint, en utilisant en plus une mousse, un diaphragme ou une éponge vaginale. »

### **Un phénomène culturel**

Au Québec, les méthodes offrant une barrière mécanique ne sont pas très populaires. Et celles qui nécessitent une application intravaginale, comme le diaphragme, la mousse, l'éponge ou le condom féminin, le sont encore moins. Le D<sup>r</sup> Bélisle croit qu'il s'agit d'un phénomène culturel. « Je pense que c'est lié à la façon dont les femmes ont été élevées. On constate d'ailleurs la même réticence à la ménopause : les méthodes

d'application vaginale d'hormones, quand même assez répandues en Amérique du Nord, sont très peu acceptées au Québec par les femmes ménopausées. »

L'éponge contraceptive est offerte en paquet de quatre au coût d'environ 12 \$. ☺

## **Le programme VESPA**

### **pour l'amélioration de l'asthme**

*par Francine Fiore*

Préoccupé par l'importante morbidité associée à l'asthme, un groupe de partenaires<sup>1</sup> provenant de différents secteurs de la santé a uni ses efforts dans le cadre du programme VESPA (Vers l'excellence dans les soins aux personnes asthmatiques). L'objectif est d'améliorer la pratique médicale et la fidélité au traitement pour augmenter la qualité de vie des patients.

Concept innovateur, le programme VESPA comporte

1. Les organismes membres de VESPA sont : le Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC, Merck Frosst Canada Ltée, AstraZeneca, le Collège des médecins du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, l'Association des pédiatres du Québec, l'Association des pneumologues du Québec, l'Ordre des pharmaciens, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, l'Association pulmonaire du Québec, Asthmédia, Asthma Allergy Information Association, le FRSQ-réseau en santé respiratoire, les régies régionales de Montréal, de Québec, de Laval, de l'Estrie, de la Montérégie et du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

(Suite à la page 187) >>>

# Index des annonceurs

Renseignements thérapeutiques	Renseignements thérapeutiques
<b>ASTRAZENECA CANADA INC.</b>	<b>LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA</b>
Atacand..... 132-133..... 164-165	..... 111
Crestor ..... 50, 52-53..... 168-169	
<b>AVENTIS PHARMA INC.</b>	<b>MERCK FROSST CANADA &amp; CIE</b>
Altace ..... 34-35..... 184-185	Vioxx ..... couv. IV..... 151-153
Ketek..... 80-81..... 155-157	
<b>BAYER INC.</b>	<b>NOVARTIS PHARMA CANADA INC.</b>
Avelox ..... 10..... 176-177	Elidel ..... 8-9..... 140-141
Cipro XL ..... 36..... 170-171	Zelnorm ..... 42..... 138-139
<b>BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE</b>	<b>OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS</b>
Micardis..... 38..... 142	..... 25
<b>BIOVAIL</b>	<b>ORGANON CANADA LTÉE</b>
Wellbutrin..... 17-19..... 20	Andriol ..... 101..... 145
<b>BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC.</b>	<b>PFIZER CANADA INC.</b>
Cefzil..... 6..... 134	Aricept ..... 62..... 150
<b>Conseil du médicament du Québec, Altana Pharma inc., AstraZeneca inc., Janssen-Ortho, Laboratoires Abbott Limitée et Solvay Pharma inc.</b>	Celebrex ..... 124..... 143-145
Utilisation optimale des IPP ..... couv. III	Lipitor ..... 13..... 172-173
	Norvasc..... couv. II..... 146
<b>DALE-PARIZEAU LM</b>	<b>PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA</b>
..... 131	Bextra..... 26-27..... 174-175
<b>FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ</b>	<b>PROCTER &amp; GAMBLE INC.</b>
Fonds FMOQ ..... 188	MacroBID ..... 41..... 154
<b>GLAXOSMITHKLINE INC.</b>	<b>PURDUE PHARMA</b>
Avandia..... 112-113..... 178-179	OxyContin ..... 96..... 162-163
Avandamet..... 122-123..... 147-149	<b>SOLVAY PHARMA INC.</b>
<b>JOHNSON &amp; JOHNSON</b>	Teveten ..... 120..... 186-187
Aveeno..... 90	<b>WYETH-AYERST CANADA INC.</b>
<b>LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE</b>	Alesse ..... 118-119..... 182-183
Biaxin pédiatrique ..... 82	Effexor (anxiété) ..... 4..... 158-161
Biaxin XL..... 114..... 166-167	Effexor (dépression) ..... 28..... 158-161
	Premarin..... 117..... 180-181

◀◀◀ (Suite de la page 185)

différents projets de recherche. Par exemple, celui qui est dirigé par le **D<sup>r</sup> Paolo Renzi**, pneumologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, a permis à 104 médecins de famille d'utiliser une étampe leur

rappelant les critères de maîtrise, d'éducation et de traitement établis par le Consensus canadien de traitement de l'asthme. « Bien que les médecins de famille possèdent des connaissances sur l'asthme, il reste bien des points à améliorer, explique le D<sup>r</sup> Renzi. Ils doivent

surveiller constamment l'environnement du patient, vérifier la manière dont il utilise son inhalateur, l'adresser au centre d'éducation en asthme, etc. Souvent le médecin ne pense pas à tout cela. L'étampe le lui rappelle. »

Selon le **D<sup>r</sup> Louis-Philippe Boulet**, pneumologue à l'Hôpital Laval à Québec et président de VESPA, ce programme a permis de déceler de nombreux points à améliorer. « Pour obtenir une plus grande maîtrise de l'asthme, il faut insister sur une meilleure utilisation des tests de fonction respiratoire, dont la spirométrie. En général, le médecin se fit davantage au questionnaire », dit-il. Un projet réalisé par la **D<sup>re</sup> Manon Labrecque**, pneumologue à l'Hôpital du Sacré-Cœur, à Montréal, porte justement sur l'accès à la spirométrie. Son programme aide le médecin à obtenir cet examen et à bien en interpréter les résultats.

Un autre projet a pour but d'améliorer les interventions éducatives auprès des infirmières, des pharmaciens, des inhalothérapeutes et des patients asthmatiques en ce qui concerne l'environnement. Ainsi, on tente de persuader les patients de diminuer les contacts avec les allergènes, comme les tapis, les animaux domestiques, etc.

À l'issue du programme VESPA, qui doit se poursuivre pendant encore une année, les partenaires souhaitent que les interventions qui auront réduit la morbidité soient diffusées et intégrées à un programme permanent de gestion de l'asthme. ☘