

Cancer de la prostate les effets bénéfiques de la prostatectomie



D^r Fred Saad

Les bienfaits de la prostatectomie radicale semblent désormais beaucoup plus certains. « La réduction absolue du risque de décès au bout de 10 ans est faible, mais la diminution du risque d'apparition de métastases et de progression locale de la tumeur est substantielle », soutiennent les

auteurs de la *Scandinavian Prostate Cancer Group Study*, qui publient leurs dernières données dans le *New England Journal of Medicine*¹.

« Ces résultats confirment qu'un patient atteint d'un cancer de la prostate peut mourir de cette maladie s'il ne reçoit pas de traitement précocement. Il faut intervenir surtout si l'homme est relativement jeune et en bonne santé », estime le D^r Fred Saad, directeur du Service d'uro-oncologie au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Mais, parallèlement, une longue étude de cohorte américaine, publiée dans le *Journal of the American Medical Association*, révèle que le taux de mortalité annuel dû au cancer de la prostate reste stable 15 ans après le diagnostic². Des données qui ne plaident pas en faveur d'un traitement radical des cancers de la prostate localisés et de faible grade.

« Les résultats des deux études ne sont pas

contradictoires », assure le D^r Saad, également professeur titulaire à l'Université de Montréal. L'étude d'observation américaine montre que le risque de décès lié au cancer de la prostate n'est minime que chez les patients dont la tumeur est de faible grade. Or, le cancer des sujets de l'essai scandinave était plus grave.

De nombreux avantages

La *Scandinavian Prostate Cancer Group Study*, dirigée par la D^{re} Anna Bill-Axelson, s'est déroulée dans 14 centres de Suède, de Finlande et d'Islande. Les chercheurs ont comparé, dans cette étude à répartition aléatoire, la prostatectomie radicale à la surveillance active chez 695 hommes de moins de 75 ans atteints d'un cancer de la prostate peu avancé.

Les trois quarts des sujets présentaient une tumeur de stade T2, c'est-à-dire confinée à la prostate. Mais, dans la plupart des cas, le cancer atteignait un score de Gleason de 5 ou plus, ce qui indique qu'il n'était pas très bien différencié et était donc susceptible de progresser (voir encadré). Lorsque la maladie s'aggravait, les patients des deux groupes pouvaient recevoir un traitement hormonal.

En 2002, les chercheurs suédois avaient

Encadré

Score de Gleason

Le score de Gleason indique la gravité du cancer de la prostate. Cette mesure tient compte à la fois du degré de différenciation des cellules tumorales et du nombre de mitoses, reflet de la prolifération cellulaire. Le score de Gleason s'échelonne de 2 à 10. Un grade faible, soit de 2 à 4, caractérise un cancer bien différencié dont la progression est généralement lente. Un grade moyen, de 5 à 7, est associé à une croissance imprévisible : l'évolution de la tumeur peut être comme celle d'un cancer de faible grade ou de grade élevé. Un grade entre 8 et 10 signifie que le cancer est peu différencié et aura davantage tendance à se propager.

1. Bill-Axelson A, Holmberg L, Ruutu M et coll. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 1977-84.

2. Albersten PC, Hanley JA, Fine J. 20-year outcomes following conservative management of clinically localized prostate cancer. *JAMA* 2005 ; 293 : 2095-101.

dévoilé les résultats préliminaires de leur essai clinique. Trois ans plus tard, avec un suivi médian de 8,2 ans, ils peuvent maintenant établir qu'au bout d'une décennie la prostatectomie radicale est plus avantageuse pour leurs sujets que la simple surveillance avec intervention en cas d'apparition de symptômes ou de métastases. Selon leur estimation, pour une période de 10 ans, l'opération chirurgicale est associée à une :

- **diminution significative de 44 % du risque de décès dû au cancer de la prostate.** La réduction absolue n'est cependant que de 5,3 % : le taux de décès liés au cancer de la prostate atteint 14,9 % chez les 348 sujets en observation par rapport à 9,6 % chez les 347 hommes qui ont subi une prostatectomie radicale.
- **baisse significative de 26 % du taux de mortalité globale.** Le nombre total de décès passe ainsi de 32 % chez les patients sous surveillance active à 27 % chez les participants opérés.
- **réduction significative de 40 % du risque d'apparition de métastases éloignées.** L'incidence cumulative de métastases éloignées était similaire dans les deux groupes pendant les cinq premières années. Cependant, au bout de 10 ans, selon les estimations, le taux d'hommes victimes de métastases grimpe à 25,4 % dans le groupe sous observation, mais seulement à 15,2 % dans le groupe traité.
- **diminution de 67 % du taux de patients dont le cancer de la prostate a progressé localement.** Après 10 ans, la maladie a évolué chez 19,2 % des hommes ayant subi la prostatectomie et chez 44,3 % des sujets qui étaient surveillés. La différence entre les deux groupes était déjà significative après cinq ans.

Plus efficace chez les moins de 65 ans

La prostatectomie radicale n'est pas aussi bénéfique chez tous les hommes, reconnaissent les auteurs. « Nous avons découvert que la réduction du taux de décès dus au cancer que permettait la prostatectomie radicale était plus élevée chez les patients de moins de 65 ans, et même limitée à ce groupe » (voir figure 1). Chez

ces hommes plus jeunes, le taux de mortalité qu'entraînait le cancer de la prostate était d'ailleurs particulièrement élevé : l'incidence cumulative au bout de 10 ans était de 19,2 % chez ceux qui n'avaient pas été opérés.

À la lumière de ces données, faut-il changer la pratique clinique ? Les chercheurs ne conseillent pas de le faire sans l'appui d'autres données. Les groupes d'hommes jeunes n'étaient pas suffisamment importants, et l'analyse des auteurs, qui ne reposait pas dès le départ sur une hypothèse biologique, était simplement exploratoire.

Finalement, qu'apportent les résultats de l'étude scandinave ? « Comme, en termes absolus, la réduction de la mortalité est modérée, la prise de la décision clinique et le choix des conseils à prodiguer au patient resteront difficiles, admettent les chercheurs. Les données additionnelles montrant que la prostatectomie diminue substantiellement le risque d'apparition de métastases et d'accroissement local symptomatique de la tumeur peut cependant être utile pour guider le choix du traitement. »

Un facteur important : le grade du cancer

Il y a toutefois un autre facteur, particulièrement puissant, dont il faut tenir compte : le grade du cancer. C'est ce que révèle l'étude de cohorte américaine d'une durée médiane de 24 ans. Un chercheur du University of Connecticut Health Center, le Dr Peter Albertsen, et un spécialiste du Département d'épidémiologie et de biostatistiques de l'Université McGill, M. James Hanley, ont analysé rétrospectivement les données de 767 hommes de 55 à 74 ans atteints d'un cancer de la prostate localisé. Les patients avaient soit été simplement surveillés, soit avaient eu un traitement antiandrogène.

« Les hommes dont le cancer de la prostate était de faible grade présentaient un risque minimal de mourir de cette maladie pendant les 20 ans de suivi », ont observé les auteurs. Chez ces patients au score de Gleason de 2 à 4, le taux de mortalité était de 6 décès pour

1000 personnes-années. Par contre, chez les hommes dont le score de Gleason atteignait de 8 à 10, le risque de mourir du cancer de la prostate au cours des 10 ans qui suivaient le diagnostic était élevé. Leur taux de décès atteignait 121 pour 1000 personnes-années. Lorsque le grade de la tumeur était intermédiaire, le risque de décès l'était aussi (voir figure 2, page suivante).

Cinq après la publication des premiers résultats qui reposaient sur un suivi de 15 ans, le taux de mortalité due au cancer de la prostate de cette cohorte américaine n'a globalement pas changé. Il était de 33 pour 1000 personnes-années pendant les 15 premières années, puis de 18 pour 1000 personnes-années au bout de 20 ans. La différence entre ces deux taux n'est pas statistiquement significative après correction pour la différence histologique des tumeurs.

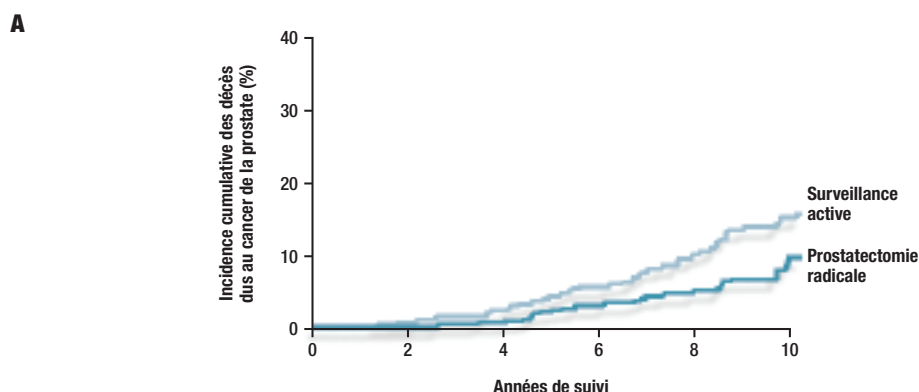
« C'est fascinant le cancer de la prostate, mais c'est un casse-tête quand on doit décider si on donne ou non un traitement précoce. Il y a beaucoup de facteurs dont il faut tenir compte », explique le D^r Saad. Grâce aux nouvelles données, on sait maintenant qu'il peut être préférable de traiter un patient de moins de 65 ans dont le

cancer est virulent et de ne pas opérer un homme plus âgé dont la tumeur est de faible grade.

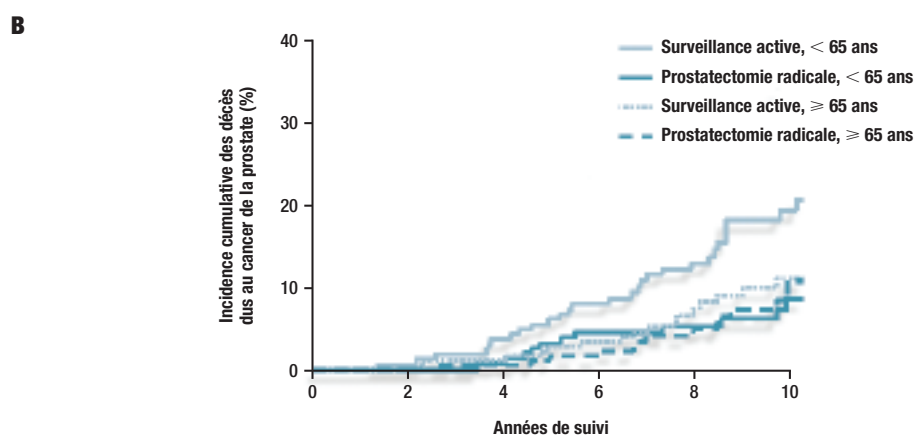
Les résultats des deux nouvelles études pourraient changer les prochaines lignes directrices. « Je pense que ce sont deux études importantes sur le cancer de la prostate. Elles vont nous aider à revoir la place du traitement par rapport à la simple surveillance des patients. »

Figure 1

Incidence cumulative des décès dus au cancer de la prostate dans les deux groupes de l'étude, de manière globale (A) et selon l'âge (B)



Nombre de sujets à risque						
Prostatectomie radicale	347	343	332	284	210	118
Surveillance active	348	341	326	279	198	104

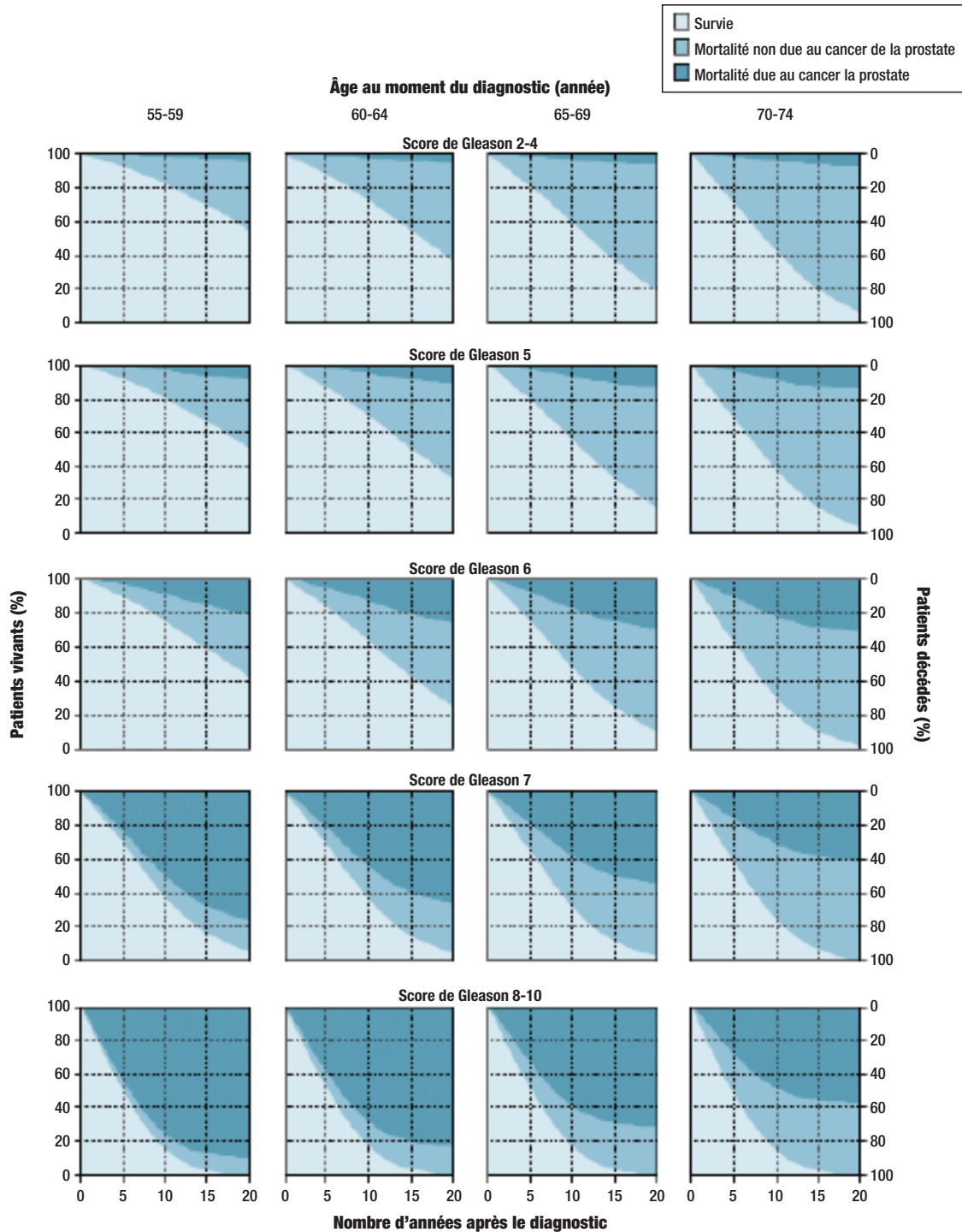


Nombre de sujets à risque						
Prostatectomie radicale, < 65 ans	157	156	151	135	110	66
Surveillance active, < 65 ans	166	161	153	128	96	56
Prostatectomie radicale, ≥ 65 ans	190	187	181	149	100	52
Surveillance active, ≥ 65 ans	182	180	173	151	102	48

Copyright © 2005 Massachusetts Medical Society (MMS). Tous droits réservés. Traduit avec l'autorisation de la MMS, 2005.

Figure 2

Survie et mortalité cumulative due au cancer de la prostate et à d'autres causes, jusqu'à vingt ans après le diagnostic, selon l'âge au moment du diagnostic et le score de Gleason



JAMA 2005 ; 293 : 2095-101. Copyright © 2005, American Medical Association. Tous droits réservés.

SARM aux soins intensifs isoler ou pas les patients infectés ?

Pas de différence



D^{re} Isabelle Alarie

Faut-il cesser, dans les unités de soins intensifs, d'isoler les patients infectés par une souche de *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline (SARM) ? Peut-être, selon des chercheurs britanniques. Leurs résultats, publiés dans le *Lancet*, montrent que le fait de placer les patients porteurs de la

bactérie dans des chambres individuelles ou de les regrouper ne réduit pas le risque de contamination¹.

« Comme il y a des risques à déplacer et à isoler des malades dans un état critique dans des chambres individuelles, nos données semblent indiquer qu'il faut réévaluer les politiques d'isolation dans les unités de soins intensifs où le SARM est endémique. On doit trouver des mesures préventives plus efficaces », soutiennent les auteurs de l'étude, le D^r Jorge Cepeda, des University College London Hospitals, et ses collègues.

L'étude britannique va cependant à l'encontre des autres recherches dans le domaine, précise la D^{re} Isabelle Alarie, microbiologiste-infectiologue au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS). « Dans les unités ordinaires, lorsque l'on regroupe les patients porteurs du SARM, on voit une nette diminution du taux d'infections nosocomiales dues à cette bactérie. Des études l'ont d'ailleurs montré. »

Dans deux unités de soins intensifs d'hôpitaux londoniens, le D^r Cepeda et son équipe ont comparé pendant un an deux façons de procéder lorsque les patients devenaient infectés ou colonisés par le SARM. Pendant les trois premiers mois, selon la politique habituelle, les malades étaient réinstallés dans des chambres individuelles ou regroupés dans une salle. Au cours des six mois suivants, les porteurs de la bactérie résistante n'étaient pas déplacés à moins d'être contaminés par un autre germe multirésistant ou à déclaration obligatoire. Puis, durant les trois derniers mois, c'était le retour à la politique traditionnelle d'isolation.

Les patients passaient un test de dépistage du SARM à leur arrivée, puis chaque semaine par la suite. Le personnel devait prendre des précautions particulières pour éviter la transmission du microbe : port de la blouse entre chaque patient et de gants pour manipuler les malades. « Les patients étaient presque en isolement de contact, même s'ils n'étaient pas regroupés », note la D^{re} Alarie.

Parmi les personnes qui n'étaient pas porteuses du SARM au départ et qui ont séjourné plus de 48 heures aux soins intensifs, 42 sur 347 sont devenues colonisées pendant la phase expérimentale où il n'y a pas eu de déplacement de patients et 54 sur 351 au cours des deux phases où les malades étaient isolés selon la procédure habituelle. La différence n'est pas statistiquement significative. Le nombre de patients morts au cours du traitement contre la bactérie était, par ailleurs, similaire pendant les différentes phases.

« Même si nous n'excluons pas un petit effet, nous n'avons obtenu aucune preuve, contrairement aux attentes de bien des experts, que le fait de déplacer les patients porteurs du SARM dans des chambres individuelles ou de les regrouper dans des salles était associé à une réduction de la contamination », concluent les chercheurs. Les résultats, similaires dans les deux hôpitaux, ne

s'appliquent cependant qu'aux unités de soins intensifs.

La possibilité de ne pas isoler les patients peut paraître tentante. D'autant plus que le temps médian pour préparer et effectuer le déplacement d'un patient était de 27 minutes dans l'étude. Les données des chercheurs ne convainquent cependant pas la D^{re} Alarie. La spécialiste a déjà expérimenté l'utilité du regroupement des patients infectés par le SARM dans un hôpital de Québec. « C'était un moyen efficace et qui, indirectement, favorisait le lavage des mains. Peut-être qu'il était plus gênant pour le personnel de ne pas se nettoyer les mains en sortant de la zone où les patients infectés avaient été regroupés. Peut-être qu'il y avait un peu plus de surveillance à cause de cette mesure. »

Le lavage des mains

Les chercheurs britanniques n'ont pas manqué d'étudier l'importante question du lavage des mains. Ils ont observé 543 occasions où le personnel aurait pu se nettoyer les mains. Dans 237 cas, le risque de contamination était important. Le personnel ne s'est cependant lavé les mains que dans 50 de ces situations, ce qui donne un taux d'observance de 21 %.

Bien des centres hospitaliers connaissent le même problème. « Nous avons réalisé des études sur le lavage des mains au CHUS. Le taux observé était comparable à celui que l'on retrouve habituellement dans la littérature, soit environ 40 % », indique la D^{re} Alarie.

L'absence du lavage des mains est le facteur de transmission du SARM le plus important, précise la microbiologiste-infectiologue. « On a beau regrouper les patients, recommander le port de la blouse, il reste que la transmission du SARM s'effectue par des mains contaminées. »

D'autres études nécessaires

Même si les recommandations du D^r Cepeda et de ses collègues pouvaient être convaincantes, elles ne seraient pas applicables dans des unités de soins intensifs comme celle du CHUS. Les chambres ne comportent qu'un seul lit. Les patients sont donc déjà isolés.

Il serait malgré tout possible de regrouper des malades porteurs de la bactérie dans des chambres adjacentes pour qu'ils soient dans la même section de l'unité de soins intensifs. La D^{re} Alarie n'exclut pas la possibilité de le faire. « Si dans la chambre voisine de celle d'un patient infecté par le SARM on installe un malade non contaminé et dans la pièce suivante un patient infecté, on augmente les risques de transmission de la bactérie. Les gens qui sortent de la chambre peuvent oublier de se laver les mains. »

Un autre point qui rend le contexte de l'étude britannique différent de celui du Québec : la prévalence du SARM. Dans les unités de soins intensifs anglais, un patient sur six est porteur de la bactérie résistante. Au Québec, le taux est beaucoup plus bas et le problème de la transmission du SARM, moins aigu. « Au CHUS, le taux de nouveaux cas nosocomiaux a été de 7,9 pour 1000 admissions pour l'année 2004-2005 », explique la D^{re} Alarie.

« Les données britanniques ne s'appliquent donc pas vraiment à notre situation, conclut la spécialiste. Cependant, il serait intéressant d'avoir d'autres études pour connaître l'efficacité réelle du regroupement des patients. Par ailleurs, il faut savoir que les mesures de prévention contre le SARM restent importantes. Certains pays comme le Danemark et les Pays-Bas, qui ont des mesures plus strictes, possèdent un taux de prévalence inférieur à 1 %, alors que cette bactérie est endémique dans le reste de l'Europe. »

Nouveau traitement de l'asthme un anticorps qui réduit la réaction inflammatoire

Aline Charest

Un nouveau traitement de l'asthme vient d'être homologué par Santé Canada. Le Xolair®

(omalizumab), un anticorps monoclonal, permet de diminuer la fréquence des crises et de mieux maîtriser les symptômes des patients dont l'asthme est modéré ou grave.

Comment fonctionne le nouveau produit ? Il bloque l'action de l'immunoglobuline E (IgE) en s'y liant et réduit ainsi la réaction inflammatoire allergique chez les patients. Pour en bénéficier, les asthmatiques doivent cependant avoir obtenu un résultat positif à un test cutané (ou *in vitro*) à un aéroallergène non saisonnier tel que les acariens de la poussière, les chats ou les chiens.

« C'est un médicament efficace qui permet une réduction allant jusqu'à 25 % du taux d'exacerbations de l'asthme, selon l'étude INNOVATE réalisée auprès de 200 asthmatiques », affirme le **D^r André Cartier**, chef du Service de pneumologie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Le médicament, dont le prix est élevé, n'est cependant pas indiqué pour tous les asthmatiques. « On devrait le prescrire à ceux dont l'asthme est très grave et qui, malgré un traitement optimal, ne parviennent pas à maîtriser leur maladie. Leurs exacerbations restent fréquentes et nécessitent des doses de plus en plus fortes de prednisone. »

Le principal bienfait de l'omalizumab tient à la diminution de la fréquence des exacerbations asthmatiques. Cet avantage a été montré non seulement dans l'étude INNOVATE, mais aussi dans deux essais cliniques à répartition aléatoire portant sur 1071 patients souffrant d'asthme modéré ou grave et prenant quotidiennement des corticostéroïdes par inhalation. Le pourcentage de sujets victimes d'au moins une exacerbation grave (définie par la prise de prednisone, une visite à l'urgence ou une hospitalisation) pendant 16 semaines s'élevait à 26,9 % dans le groupe prenant un placebo alors qu'il n'était que de 13,7 % chez les patients sous Xolair.

L'omalizumab diminue également les symptômes de l'asthme et améliore la fonction pulmonaire. « Le traitement permet de réduire le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations ainsi que la prise de

corticostéroïdes par la bouche », ajoute le **D^r Cartier**. Une étude faite sur 246 patients atteints d'asthme allergique grave a d'ailleurs montré que 73,8 % des patients sous omalizumab ont pu diminuer leur dose de fluticasone d'au moins de moitié, alors que seulement 50,8 % des patients prenant un placebo ont pu le faire.

Anaphylaxie

L'omalizumab, dont le prix est de quelque 700 \$ la fiole de 150 mg, est donné par voie sous-cutanée à raison de 150 mg à 375 mg toutes les deux ou quatre semaines. La préparation de la solution peut prendre de 30 à 40 minutes et doit être administrée par le médecin ou l'infirmière.

« Le médicament est très sûr », affirme le **D^r Cartier**. La réaction indésirable la plus grave est cependant l'anaphylaxie, qui est survenue chez trois patients sur 3854 dans les essais cliniques, en l'absence d'autres déclencheurs allergiques. « Il est recommandé de garder en observation le patient pendant deux heures », précise le spécialiste. Le fabricant du médicament, Novartis, a d'ailleurs ouvert des cliniques spécialisées où les patients peuvent recevoir l'injection et faire l'objet d'une surveillance.

Certains critères limitent toutefois le nombre de patients pouvant recevoir de l'omalizumab. Le taux sanguin d'IgE doit se situer entre 30 UI/ml et 700 UI/ml. Et la masse corporelle ne doit être trop importante (maximum de 150 kg), car la dose, qui est fonction du poids, ne doit pas dépasser 375 mg à la fois. « À cause de toutes ces restrictions, mais surtout de l'indication qui est très limitée, moins de 1 % des personnes asthmatiques peuvent recevoir de l'omalizumab au Canada. Cela peut sembler peu, mais pour les asthmatiques très gravement atteints, le médicament apporte une amélioration importante de la qualité de vie », assure le **D^r Cartier**.

Le coût moyen d'un traitement par le Xolair serait d'environ 20 000 \$ par année. Le médicament n'est pas sur la liste des médicaments d'exception, mais le fabricant offre un programme de soutien financier au patient. 🏠

Anémie falciforme dépistage mère-enfant

Francine Fiore



Dr Stéphane Barrette

Maladie génétique touchant particulièrement les enfants de race noire ainsi que ceux d'origine arabe, indienne ou moyen-orientale, l'anémie falciforme est souvent ignorée et, par conséquent, peu traitée. Au Québec, on estime son incidence à 1 pour 4300 naissances de bébés vivants.

Des milliers d'enfants et d'adultes peuvent ainsi être atteints de cette affection sans que personne ne le sache. À cause des unions interraciales, la maladie peut également

apparaître dans des groupes qui ne sont pas à risque.

Quels sont les principaux symptômes de cette maladie potentiellement mortelle ? Fièvre, douleur abdominale et thoracique ainsi qu'anémie grave. Ses complications sont la vasculopathie, l'accident vasculaire cérébral (AVC), la rétinopathie, l'infection à pneumocoque, la méningite et le choc septique. En l'absence de diagnostic, de 15 % à 20 % des enfants touchés meurent avant l'âge de dix ans.

Les bébés et les autres...

Dans les populations à risque, tous les enfants doivent être considérés d'emblée comme étant atteints d'anémie falciforme jusqu'à preuve du contraire, à cause de la morbidité et de la mortalité élevées de l'affection, estime le Dr Stéphane Barrette, hématologue-oncologue, responsable de la clinique d'anémie falciforme à l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal. « Un enfant victime d'un AVC à 7 ans a 50 % de chance d'en faire un autre important dans les six mois qui suivent s'il ne bénéficie pas d'un programme transfusionnel régulier », précise le médecin.

Par conséquent, l'Association de l'anémie falciforme du Québec, appuyée par plusieurs

médecins spécialistes du domaine, réclame la création d'un programme de dépistage universel chez les nouveau-nés québécois. Facile à réaliser, le test consiste à pratiquer une chromatographie pour rechercher l'hémoglobine S. L'Hôpital Saint-Luc, du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, l'effectue d'ailleurs de façon systématique chez tous les bébés naissants.

En attendant, dans les groupes à risque, les femmes enceintes ou qui souhaitent le devenir, doivent subir le test de dépistage. Si la femme et son conjoint sont porteurs de la maladie, une amniocentèse peut être pratiquée pour savoir si le fœtus est atteint. Une interruption de grossesse peut être suggérée si le résultat est positif.

Le rôle du médecin de famille

Souvent le médecin de famille est le seul que consultent les membres des populations à risque. Que peut-il faire ? Dans un premier temps, il doit proposer un test de dépistage à tous les membres de la famille. Dans le cas d'un couple désirant un enfant, il lui faut offrir un counselling génétique si les résultats des deux tests sont positifs, car il y a alors une chance sur quatre que le futur bébé soit atteint. « Le médecin de famille peut le faire s'il se sent à l'aise ou demander une consultation à notre centre pour que nous rencontrions les parents », précise le Dr Barrette.

À l'urgence, les médecins doivent également se montrer vigilants. Un enfant fébrile appartenant à un groupe à risque doit d'emblée être traité comme s'il était atteint d'anémie falciforme, tant que le contraire n'est pas prouvé, puis orienté vers un centre spécialisé, soit l'Hôpital Sainte-Justine ou l'Hôpital de Montréal pour enfants. « Il faut consulter immédiatement et ne pas attendre au lendemain matin. Un traitement antibiotique intraveineux est urgent, car le patient peut mourir d'un choc septique en quelques heures », explique le Dr Barrette.

Les enfants atteints de la maladie sont traités par antibiothérapie ou transfusion sanguine. Actuellement, le seul moyen de guérir l'anémie falciforme est la greffe de moelle osseuse venant d'un membre de la famille. Ce traitement n'est toutefois envisagé qu'en tout dernier recours en raison des risques qu'il entraîne, dont le rejet, les infections et le choc septique. 🦋

Mises en garde

Les antipsychotiques atypiques, risqués pour les patients âgés déments

Les antipsychotiques atypiques présenteraient des risques pour les personnes âgées atteintes de démence, avertit Santé Canada. De récentes études ont révélé que, chez ces patients, le taux de mortalité était 1,6 fois plus élevé parmi ceux qui prenaient des antipsychotiques de deuxième génération que chez ceux qui recevaient un placebo.

Les médicaments concernés, le Seroquel® (quétiapine), le Zyprexa® (olanzapine) et le Risperdal® (rispéridone), sont indiqués dans le traitement de la schizophrénie. Les deux premiers ne sont cependant pas homologués pour soigner les troubles de comportement chez les personnes âgées souffrant de démence. Le troisième, le Risperdal, a par contre été approuvé pour le traitement à court terme de l'agressivité et de la psychose chez les patients atteints de démence grave.

L'avis de Santé Canada s'étend également au Clozaril® (clozapine) de la même famille que les trois autres médicaments, même s'il n'a pas fait l'objet d'études chez les personnes âgées souffrant de démence.

Devant ces nouvelles données sur les antipsychotiques atypiques, Santé Canada a demandé aux fabricants d'ajouter une mise en garde et une description du risque dans la monographie de ces produits et le feuillet destiné aux patients. 📄

Réaction allergique possible après l'administration de Tubersol

Des réactions allergiques aiguës, comprenant l'anaphylaxie, l'œdème de Quincke, l'urticaire ou la dyspnée, ont été signalées à la suite d'un test cutané intradermique utilisant le Tubersol® (tuberculine dérivée de protéines purifiées). Ces effets restent cependant rares.

De 1993 à 2005, neuf cas de réactions allergiques graves ou d'apparition de symptômes d'allergie ont été observés au Canada et 17 dans le reste du monde. Pendant ces 12 ans, 14 millions de doses de Tubersol ont cependant été distribuées au pays et plus de 360 millions sur la planète.

Les cas signalés au Canada concernaient des patients qui n'avaient aucun antécédent d'exposition à la tuberculine. Ils ont eu des réactions d'hypersensibilité, notamment des réactions anaphylactiques, un œdème de Quincke, un œdème, de l'urticaire, un gonflement ou une sensation de constriction du pharynx, une tuméfaction des lèvres et des éruptions urticariennes.

« Il convient d'avoir à portée de main une solution de chlorhydrate d'épinéphrine (1 : 1000) et d'autres agents appropriés pour pouvoir traiter immédiatement une éventuelle réaction anaphylactique ou d'hypersensibilité aiguë », recommande le fabricant, Sanofi Pasteur.

Les professionnels de la santé qui effectuent le test cutané doivent également surveiller le patient pendant au moins 15 minutes après l'inoculation pour déceler les réactions immédiates. Cette précaution doit être prise chaque fois que le Tubersol est administré. 📄

Reminyl et déficit cognitif léger : les données définitives

En janvier dernier, Janssen-Ortho dévoilait des données inquiétantes concernant deux études sur le Reminyl® (galantamine) réalisées chez des patients atteints d'un léger déficit cognitif, mais non de démence. Les résultats, alors préliminaires, montraient un taux de mortalité plus élevé chez les participants qui prenaient le médicament que chez les sujets témoins. En outre, le Reminyl ne s'était pas révélé efficace chez ces patients.

Les résultats définitifs indiquent qu'il y a eu 13 décès parmi les 1026 participants traités par la galantamine et un seul parmi les 1022 recevant un placebo. « On ne connaît pas actuellement la

(Suite à la page 105) ▶▶▶

Nomination une omnipraticienne à la direction du CHA de Québec

Francine Fiore



D^{re} Marie Girard

L'ancienne présidente de l'Association des médecins omnipraticiens de Québec (AMOQ), la D^{re} Marie Girard, a été nommée directrice générale du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) en mai dernier. Médecin de famille et titulaire d'une maîtrise en administration des affaires, elle possède une grande expérience du milieu de la santé, conjuguée à la préoccupation constante d'améliorer la qualité des soins médicaux.

Au cours de sa carrière, la D^{re} Girard a occupé plusieurs postes prestigieux dans le réseau de la santé et des affaires sociales du Québec. Elle a été, entre autres, présidente-directrice générale de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière et directrice des services professionnels à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Sur le plan syndical, la D^{re} Girard a été membre du Bureau de la FMOQ, de 1988 à 1995, à titre de deuxième vice-présidente, pendant qu'elle était à la tête de l'AMOQ. ☞

◀◀◀ (Suite de la page 21)

raison de cette différence », affirme le fabricant. Environ la moitié des décès dans le groupe prenant du Reminyl était d'origine cardiovasculaire (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, mort subite). D'autres morts semblaient dues à une infection, au suicide ou au cancer.

Par ailleurs, rien n'indique qu'il existerait un risque de décès accru chez les patients atteints d'une forme légère à modérée de démence de type Alzheimer,

affection pour laquelle le Reminyl a été homologué. « On n'a pas observé cette différence de mortalité lors des essais du REMINYL portant sur la maladie d'Alzheimer », précise Janssen-Ortho.

La société pharmaceutique ne demandera donc pas que son produit soit indiqué dans le traitement des personnes atteintes d'un déficit cognitif léger. Elle a, de plus, révisé la monographie du Reminyl pour y inclure les données sur les patients atteints d'un léger déficit cognitif. ☞

Violence conjugale des spécialistes se prononcent

Johanne Carboneau



La violence conjugale détruit non seulement le couple, mais également la famille. Non seulement les femmes en souffrent-elles, mais également les hommes et les enfants, qui peuvent en être également victimes. Cachée comme une maladie honteuse, la violence conjugale doit être révélée au

grand jour afin de mettre fin à une situation morbide.

Le livre est issu de la Conférence québécoise sur la violence conjugale : Vivement la sécurité ! Dégager de nouvelles perspectives pour la protection des femmes et des enfants, organisée par le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, qui a eu lieu en mai 2004 à l'Université de Montréal. Au cours de ce symposium, une centaine de spécialistes ont tenté de faire le point sur ce problème. L'ouvrage traite bien sûr de la violence subie par les femmes, mais également de la violence que des femmes infligent aux hommes. En cherchant les origines de la violence, les experts se sont penchés sur le rôle de la sexualisation précoce des jeunes filles, de l'image des femmes dans la publicité et de l'apport de l'antiféminisme, du machisme et du masculinisme dans les comportements déviants. Différentes pistes de prévention, de dépistage, d'intervention et de protection y sont proposées. Véritable témoin de l'expertise québécoise, qui est l'une des plus originale dans le monde, cette publication s'adresse à toute personne qui désire comprendre cette problématique et contribuer à la protection des victimes. ☎

Les Éditions du remue-ménage, Montréal, 2005, 246 pages, 23,95 \$.

La communication professionnelle en santé

**Sous la direction de Claude Richard
et de Marie-Thérèse Lussier**



Si l'on dit souvent que la médecine est un art, la relation entre le médecin et son patient en constitue l'expression par excellence. Voici donc, sous la forme d'un livre facile à consulter, un cours de communication exhaustif. Il est, en outre, reconnu comme une activité de formation médicale continue par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Sous la direction de deux membres de l'équipe de recherche en soins de première ligne à la Cité de la santé de Laval, M. Claude Richard, psychologue, et la D^{re} Marie-Thérèse Lussier, professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal, plus de 40 professionnels d'ici et d'Europe ont conjugué leurs connaissances en santé et en communication afin de réaliser un document unique en son genre constituant une référence de choix pour tous les professionnels de la santé.

Mariant théorie et pratique, cet ouvrage se découpe en six parties et trente chapitres traitant de tous les aspects de la communication en santé. Présentés à partir d'éloquentes mises en scène, de nombreux exemples invitent le lecteur à assister au déroulement de l'entrevue médicale, à apprendre comment annoncer un diagnostic, un traitement et parfois une mauvaise nouvelle, tout en faisant face aux émotions de son patient et aux siennes.

Il est également question dans ce livre de l'approche à prendre avec des clientèles particulières, qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescents, de personnes âgées, de toxicomanes, de patients défavorisés ou d'origines, de cultures et de croyances différentes. Les auteurs abordent également la collaboration médecin-infirmière, médecin-pharmacien ainsi que la communication en soins palliatifs, à l'urgence, en soins à domicile, etc. ☎

Éditions du Renouveau pédagogique Inc., Montréal, 2005, 850 pages, 89,95 \$.