

par Emmanuèle Garnier

Endocrinologie l'acarbose pour échapper au diabète

Le paysage de la prévention du diabète de type 2 est en train de se modifier. Un second antidiabétique, l'acarbose (Prandase®), pourrait repousser l'apparition de la maladie chez des patients intolérants au glucose. Le D^r Jean-Louis Chiasson, endocrinologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), et ses collaborateurs viennent de le démontrer dans une étude multicentrique dont les résultats sont publiés dans le *Lancet*¹.

Un premier antihyperglycémiant, la metformine, avait déjà réussi à diminuer le taux d'apparition du diabète

chez des patients à risque dans une étude dévoilée il y a quelques mois. Une réduction de 31 %². « La metformine est efficace pour les patients jeunes et les obèses, alors que l'acarbose agit peu importe l'indice de masse corporelle, l'âge et le sexe. Mais la mesure préventive la plus efficace reste la diète et l'exercice », précise l'investigateur principal de l'étude. Le changement du mode de vie peut faire reculer le risque de 58 %, a révélé un essai clinique².



Le D^r Jean-Louis Chiasson.

Une réduction d'au moins 25 % du taux de diabète

Le D^r Chiasson et ses collègues canadiens, ainsi que des chercheurs de huit autres pays ont suivi 1429 patients randomisés intolérants au glucose qui ont pris soit 100 mg d'acarbose, soit un placebo, trois fois par jour. Les sujets devaient présenter une glycémie se situant entre 7,8 mmol/L et 11,1 mmol/L après une épreuve d'hyperglycémie provoquée, et entre 5,6 et 7,7 mmol/L à jeun. Dans cette étude, financée par Bayer, 40 % des patients venaient du Canada.

L'acarbose, susceptible de produire des effets gastro-intestinaux, a d'abord été donné à une dose de 50 mg par jour, qui a ensuite été accrue graduellement. Parallèlement, les sujets ont reçu des conseils diététiques pour réduire ou maintenir leur poids et été encouragés à faire régulièrement de l'exercice. Le suivi a duré en moyenne 3,3 ans.

Les effets de toutes ces mesures ? Les patients traités à l'acarbose avaient 25 % moins de risque de devenir

ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

Endocrinologie	
l'acarbose pour échapper au diabète	15
Diabète	
parution d'un nouveau guide pour les cliniciens	16
Hormonothérapie substitutive	
faibles doses et masse osseuse	23
Accouchement en présentation du siège	
la césarienne cause moins d'incontinence	24
Prévention secondaire des maladies coronariennes	
clopidogrel et argent	26
Infections nosocomiales	
réduire les infections à <i>Staphylococcus aureus</i> chez les opérés ...	29
Polyarthrite rhumatoïde	
le méthotrexate accroîtrait la survie des patients	109
Mise en garde	
des cas d'érythroblastopénie liés à l'Eprex	110
Diabète	
InDuo, à la fois glucomètre et doseur d'insuline	110
Déficience en testostérone	
homologation d'AndroGel	111
Bibliographies	
Full sexuel	112
Bon poids Bon cœur avec la méthode Montignac	112
Guide pratique de communication scientifique	113
Psychologie de la désadaptation	113
Le groupe de référence grossesse-travail sur le Web	130
Activité physique et enfants	
guides canadiens pour les enfants et les jeunes	135
Faiblesse neuromusculaire, hyperlactatémie et stavudine	137

1. Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, et al. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: the STOP-NIDDM randomised trial. *Lancet* 2002 ; 359 : 2072-7.

2. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformine. *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 393-403.

diabétiques que les sujets témoins pendant les quelque trois ans de l'étude. Le diagnostic était confirmé par une seule épreuve d'hyperglycémie provoquée. Mais lorsque les résultats de deux tests étaient pris en considération – ce que recommandent maintenant les lignes directrices –, la diminution du taux de diabète grimpait à 36 %.

Selon l'essai clinique, 32 % des patients prenant de l'acarbose sont devenus diabétiques, tout comme 42 % du groupe témoin. Mais à l'autre extrémité du spectre, la tolérance au glucose s'est normalisée chez 35 % des participants traités avec l'antihyperglycémiant et chez 31 % des sujets recevant le placebo. « Il s'agit d'une diminution de quelque 20 % au cours de l'étude. C'est très significatif », précise le chef du Laboratoire de recherche sur le diabète et la régulation métabolique du CHUM.

16

Le dépistage prochain de l'intolérance au glucose

Les bienfaits préventifs de l'acarbose s'estompent avec l'arrêt du traitement. La dernière partie de l'étude l'a clairement montré. Pendant les trois derniers mois, les patients demeurés non diabétiques dans les deux groupes ont pris un placebo. Environ 15 % de ceux qui avaient été traités avec le médicament sont devenus diabétiques, alors que ce taux était de 11 % chez les sujets témoins.

Mais quel a été le rôle des conseils prodigués aux patients sur l'alimentation et l'exercice ? Les sujets du groupe expérimental ont perdu en moyenne 0,5 kg durant l'étude, et ceux qui ont reçu le placebo ont gagné 0,3 kg. La perte de poids a contribué à atténuer le risque de diabète chez les participants traités, reconnaissent les chercheurs. Toutefois, l'acarbose restait efficace même après l'ajustement en fonction du changement de poids.

Le côté un peu plus sombre du traitement a été ses effets secondaires. Flatulences, diarrhée et douleurs abdominales. Ils ont affecté 13 % des patients traités et seulement 3 % des sujets témoins.

Les nouvelles données, tant sur la metformine et l'acarbose que sur le mode de vie, risquent de modifier la pratique clinique. « Il faut évaluer rapidement l'opportunité de dépister et de traiter les patients présentant une intolérance au glucose », estime le D^r Chiasson. À son avis, un dépistage des populations à risque pourrait être bientôt recommandé : patients ayant des antécédents familiaux de diabète, femmes ayant eu un diabète gestationnel, personnes hypertendues, obèses ou ayant des dyslipidémies et groupes ethniques comme les autochtones.

« En ce qui concerne le traitement, il est clair que la première intervention à suggérer sera la modification des habitudes alimentaires et l'augmentation de l'activité physique. On devra ensuite décider quand s'ajoutera l'intervention pharmacologique », indique le professeur de l'Université de Montréal. ☞

Diabète

parution d'un nouveau guide pour les cliniciens

Un nouveau guide sur le diabète de type 2 destiné aux professionnels de la santé vient de paraître sous la signature du **D^r Jean Desaulniers**, médecin de famille, et du **D^r Dany Rioux**, endocrinologue. Les deux cliniciens de Trois-Rivières se sont entourés d'une trentaine d'experts québécois, dont 14 endocrinologues et divers spécialistes des quatre coins de la province.

Format de poche. Textes succincts. Tableaux synthétiques. Le *Guide pratique du diabète de type 2* est un instrument

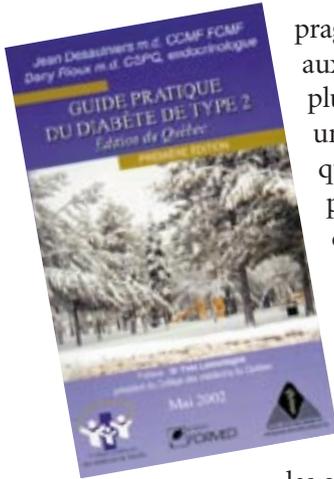


Photo : Ermanuèle Garnier.

Le D^r Jean Desaulniers.

Suite page 23 ►►

◀◀◀ Suite de la page 16



pragmatique. « Nous avons demandé aux auteurs d'écrire de la manière la plus schématique possible. Ce livre est un outil formateur pour le médecin qui le lit de la première à la dernière page, mais peut aussi être un document de référence », indique le D^r Desaulniers.

Le Guide, qui constitue une revue de la littérature, est à la fine pointe des connaissances. Il se divise en quatre parties. Les chapitres d'introduction cernent

les critères diagnostiques du diabète de type 2, son suivi et sa physiopathologie. La deuxième partie s'attarde aux différents organes touchés par la maladie et aux perturbations qui lui sont parallèles : troubles lipidiques, hypertension, obésité. Viennent ensuite les chapitres sur les traitements, incluant une section sur les produits naturels. Le document se clôt sur les dernières études et les recherches en cours.

Le Guide a reçu l'appui de l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie – où le D^r Desaulniers est responsable de la formation continue – et le Collège québécois des médecins de famille. Publié par les Éditions Formed, ce livre, dont le prix est de 24,95 \$, est vendu dans les librairies universitaires et le sera sous peu dans les autres librairies. ☘

Hormonothérapie substitutive

faibles doses et masse osseuse

Peut-on réduire les doses de l'hormonothérapie de remplacement sans mettre en péril ses effets sur la masse osseuse ? Le D^r Robert Lindsay et ses collaborateurs viennent de montrer que de faibles doses d'œstrogènes, seuls ou avec de la médroxy-

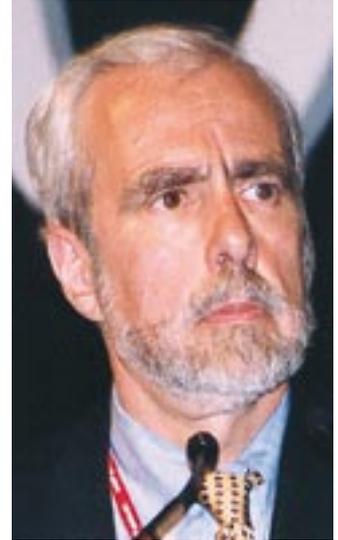
progesterone, peuvent accroître la densité minérale osseuse chez des femmes au début de la ménopause¹.

Les chercheurs américains, qui publient leurs résultats dans le *Journal of the American Medical Association*, ont vérifié les effets de plusieurs doses d'œstrogènes équinés conjugués : 0,625 mg, 0,45 mg, 0,3 mg. Les œstrogènes étaient pris seuls ou avec 2,5 ou 1,5 mg de médroxyprogesterone. Les 695 sujets étaient des femmes de 40 à 65 ans dont les dernières règles remontaient à moins de quatre ans. Les patientes randomisées

recevaient pendant deux ans soit l'une des hormonothérapies testées, soit un placebo. Toutes devaient prendre en outre 600 mg de calcium élémentaire par jour.

Au bout de 24 mois, la densité minérale osseuse de la hanche et de la colonne vertébrale s'est significativement accrue chez toutes les

1. Lindsay R, Gallagher JC, Kleerekoper M, et al. Effect of lower doses of conjugated equine estrogens with and without medroxyprogesterone acetate on bone in early postmenopausal women. *JAMA* 2002 ; 287 : 2668-76.



Le D^r Robert Lindsay.



Le D^r Louis-Georges Ste-Marie.

participantes qui avaient reçu des hormones. Le contenu minéral osseux du corps entier a augmenté dans tous les groupes traités, sauf dans celui à qui la dose de 0,3 mg d'œstrogènes par jour a été assignée. Les femmes du groupe témoin, par contre, ont perdu de la masse osseuse dans la colonne lombaire et le corps entier au cours cette étude subventionnée par Wyeth Research.

« Chez les femmes ayant au début de la ménopause une masse osseuse normale, on vise à maintenir cette dernière. Or, l'étude montre que la dose de 0,3 mg le fait aussi bien que celle de 0,625 mg, explique le **D^r Louis-Georges Ste-Marie**, directeur du Laboratoire des maladies osseuses métaboliques du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Seule ombre au tableau, la dose de 0,3 mg n'accroît pas la masse osseuse dans le corps entier comme les autres doses, mais à tout le moins elle la préserve, contrairement au placebo. »

24

De nouvelles options

Les plus fortes doses d'œstrogènes sont-elles les plus efficaces ? Cela semblerait être le cas, selon les données sur la densité minérale osseuse de la colonne lombaire. « La dose de 0,625 mg augmente davantage la masse osseuse que celle de 0,3 mg, mais le but du traitement préventif n'est pas d'en gagner. Il n'est pas sûr que le fait d'obtenir un pourcentage un peu plus important de masse osseuse donne des bénéfices substantiels », précise l'endocrinologue.

Et l'ajout de médroxyprogestérone donne-t-il un avantage supplémentaire ? Il a accru la densité minérale osseuse de la colonne vertébrale, mais n'a eu un effet significatif qu'associé à la dose de 0,625 mg d'œstrogènes. « Je ne pense pas que ce gain de masse osseuse justifie l'addition d'un progestatif pour les femmes hystérectomisées dont la masse osseuse est normale », juge cependant le D^r Ste-Marie.

Les doses de 0,3 mg et de 0,45 mg, avec ou sans progestatif, seraient ainsi de nouvelles options pour les femmes qui entrent dans la ménopause. « C'est une avenue intéressante.

Les faibles doses pourraient être associées à moins d'effets secondaires et inciter plus de femmes à accepter de prendre l'hormonothérapie substitutive pendant plus longtemps. » Cependant, des recherches doivent vérifier si ces faibles doses d'hormones permettront avec le temps de réduire le taux de fractures. ❧

Accouchement en présentation du siège

la césarienne cause moins d'incontinence

Le recours planifié à la césarienne pour les accouchements où l'enfant se présente par le siège réduit le risque d'incontinence chez la mère et n'est pas associé trois mois plus tard à une augmentation d'autres problèmes : douleur, effets sur les relations sexuelles, dépression postpartum, etc.

La **D^{re} Mary Hannah** et son équipe ont fait passer aux participantes de l'étude *Term Breech Trial* un questionnaire trois mois après leur accouchement. Au cours de la première phase de l'essai clinique, ces patientes randomisées dont l'enfant s'était présenté par le siège avaient été incluses soit dans un groupe pour lequel une césarienne avait été planifiée, soit dans un groupe qui devait accoucher par voie vaginale.

Presque 1600 femmes ont répondu au questionnaire. Les résultats, publiés dans le *Journal of the American Medical Association*, indiquent que des problèmes d'incontinence urinaire ont touché 4,5 % des femmes du groupe qui devait subir une césarienne, mais 7,3 % de celles pour qui un accouchement vaginal avait été prévu¹.

« Cette étude faite avec randomisation

1. Hannah ME, Hannah JW, Hodnett ED, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized term breech trial. *JAMA* 2002 ; 287 : 1822-31.



La D^{re} Sylvie Bazin.

confirme ce que l'on a toujours pensé : la césarienne diminue le risque d'incontinence urinaire », indique la D^{re} Sylvie Bazin, gynécologue-obstétricienne à l'Hôpital Saint-Sacrement, à Québec. « Si l'on refaisait l'analyse statistique en utilisant la méthode d'accouchement que les femmes ont réellement eue (analyse selon le traitement) plutôt que celle qui leur a été assignée initialement (analyse selon l'intention de traiter), la différence entre les taux d'incontinence serait probablement encore plus marquée. »

Faut-il planifier les césariennes qui seront nécessaires ?

La D^{re} Bazin s'est particulièrement intéressée à une réflexion des auteurs de l'article. Selon eux, il est raisonnable d'offrir une césarienne planifiée aux femmes enceintes chez qui cette intervention a de grandes chances d'être nécessaire. Certaines données, mentionnent-ils, indiquent que le taux de mortalité maternelle est plus faible quand une césarienne électorale est pratiquée que lorsqu'on projette un accouchement par voie naturelle alors qu'une césarienne d'urgence risque de s'avérer indispensable.

« Les résultats de l'étude n'indiquent pas qu'il faut pratiquer une césarienne avant le travail chez une femme dont l'enfant se présente par le siège, précise la D^{re} Bazin. Par contre, la remarque des investigateurs nous incite à nous interroger sur notre ligne de conduite actuelle. On pourrait éviter certaines complications en planifiant la césarienne avant le travail plutôt qu'en essayant de faire un accouchement par les voies naturelles alors qu'une césarienne risque de s'imposer. »

Au cours du *Term Breech Trial*, auquel ont participé 2088 femmes, la planification d'une césarienne avait par ailleurs été associée à un taux de morbidité et de mortalité néonatales de 1,6 %, alors que la décision de pratiquer à l'avance un accouchement vaginal avait été liée à un taux de 5 %.

Des mères satisfaites

Quelle est la satisfaction des femmes à l'égard du mode d'accouchement qui leur a été assigné ? Chez les mères dont l'enfant se présente par le siège, la méthode compterait en fait peu dans l'appréciation des soins, ont découvert les chercheurs. Les femmes des deux groupes étaient aussi susceptibles de répondre qu'elles avaient aimé le mode d'accouchement et qu'elles ne regrettaient pas d'avoir participé à l'étude.

« Il est intéressant de constater que les patientes ne sont pas du tout insatisfaites. Elles ne sont ainsi pas trop déçues quand on leur propose une césarienne pour le bien du bébé », note la D^{re} Bazin.

De manière globale, les femmes qui devaient subir une césarienne n'ont pas signalé plus de problèmes que celles qui étaient supposées accoucher par voie vaginale. Il n'y avait ainsi pas de différence au bout de trois mois dans le signalement de la douleur au cours des 24 dernières heures, le taux de dépression postpartum, le pourcentage de femmes trouvant facile de s'occuper de leur enfant. La méthode d'accouchement n'a pas non plus eu d'effet sur les rapports sexuels, la douleur

qu'ils pouvaient occasionner ou la satisfaction à l'égard de la sexualité. ❧

Prévention secondaire des maladies coronariennes

clopidogrel et argent

Jusqu'à combien faut-il dépenser pour accroître la qualité de vie et le taux de survie ? L'efficiencia des nouveaux traitements coûteux commence maintenant à être scrutée à la loupe.

Des chercheurs viennent ainsi d'examiner celle du clopidogrel (Plavix^{MC}) et de l'aspirine. Leur conclusion : il serait avantageux que l'aspirine soit plus prescrite pour la prévention secondaire des maladies coronariennes, ce qui n'est pas le cas pour le clopidogrel, sauf si on le réserve aux patients qui ne peuvent prendre de l'acide acétylsalicylique¹.

Actuellement, environ 85 % des patients qui sortent de l'hôpital après avoir subi un infarctus du myocarde prennent de l'aspirine. L'équipe du **D^r Jean-Michel Gaspoz**, un chercheur

1. Gaspoz JM, Coxson PG, Goldman PA, et al. Cost-effectiveness of aspirin, clopidogrel, or both for secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 1800-6.

suisse, a estimé que si tous les Américains souffrant d'une maladie coronarienne qui ont besoin de ce médicament le prenaient pendant 25 ans, le rapport coût-efficacité serait de 11 000 \$ par année de vie gagnée ajustée en fonction de la qualité. Une mesure rentable. Le recours au clopidogrel pour les 6 % des patients pour qui l'aspirine est contre-indiquée accroîtrait la facture à quelque 31 000 \$ par année de vie gagnée ajustée en fonction de la qualité. Moins économique, mais encore efficient.

Et si le clopidogrel était prescrit à tous les patients ayant besoin d'une mesure de prévention secondaire ? Le nouveau médicament réduit de 9 % de plus que l'aspirine le risque relatif d'accident vasculaire

cérébral ischémique, d'infarctus du myocarde et de mort de cause vasculaire chez les personnes qui ont une maladie cardiovasculaire. Donnée avec l'aspirine, il diminue de 20 % de plus que l'acide acétylsalicylique pris seul la possibilité de complications cardiovasculaires chez les patients qui ont souffert d'un syndrome coronarien aigu.

Mais quel est le prix de ce gain d'efficacité ? La prescription du clopidogrel seul ou associé à l'aspirine à toutes les personnes qui en ont besoin reviendrait à plus de 130 000 \$ par année de vie gagnée ajustée en fonction de la qualité. Une option « financièrement peu attrayante », jugent les auteurs, dont l'analyse est publiée dans le *New England Journal of Medicine*.

Évidemment, si le fabricant réduisait le prix du clopidogrel, la facture serait plus facile à absorber. Les chercheurs ont calculé que si le coût du médicament n'était plus que de un dollar américain plutôt que de 3,22 \$ – ce qui constitue une baisse de 70 % –, un traitement au clopidogrel et à l'aspirine reviendrait à moins de 50 000 \$ par année de vie gagnée ajustée en fonction de la qualité.

Une autre approche : l'évaluation des risques

La solution consiste-t-elle à prescrire de l'aspirine à tous les patients dont l'état l'exige et de réserver le clopidogrel à ceux qui ne peuvent prendre de l'acide acétylsalicylique ? Chef du département de cardiologie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le **D^r Donald Palisaitis** préfère prescrire le clopidogrel en se fondant sur une évaluation du risque.

« Il n'est probablement pas nécessaire de prescrire du clopidogrel et de l'aspirine à tous les malades qui ont besoin de mesures de prévention secondaire, estime le cardiologue. Si un patient encourt un faible risque de subir des problèmes cardiaques au cours de la prochaine année, je ne vais pas lui imposer plus de médicaments qu'il n'est nécessaire. L'association du clopidogrel et de l'aspirine accroît la possibilité de saignement. Par contre, si le risque de complications cardiaques du

malade est élevé, il vaut la peine de lui donner du clopidogrel et de l'aspirine, et de faire payer plus cher le gouvernement ou le patient. Étant donné son état, cet argent est bien investi. »

Aux yeux du D^r Palisaitis, le praticien n'a cependant pas à gérer le budget du gouvernement. « Le rôle du médecin est de proposer le meilleur traitement possible pour son patient. Mais le clinicien a quand même une certaine responsabilité envers l'État : il doit déterminer quels malades bénéficieront le plus des nouveaux traitements. »



Le D^r Donald Palisaitis.

Une simulation par ordinateur

Le D^r Gaspoz et ses collègues en sont venus à évaluer l'efficacité de la prise du clopidogrel et de l'aspirine en utilisant un programme de simulation par ordinateur. Ils se sont intéressés à des patients américains de 35 à 84 ans chez qui apparaîtrait une maladie coronarienne entre 2003 et 2027 et à laquelle ils survivraient. Les investigateurs ont calculé, pour cette période de 25 ans, les dépenses qu'entraîneraient ces sujets s'ils n'avaient pas de traitement prophylactique. Ils ont ensuite comparé ces données à celles de quatre scénarios :

- La prise d'aspirine pour tous les patients atteints d'une maladie coronarienne qui le peuvent ;
- La prise d'aspirine pour ceux qui le peuvent et de clopidogrel pour ceux chez qui l'acide acétylsalicylique est contre-indiqué ;
- La prise de clopidogrel pour tous les patients ;
- La prescription d'aspirine et de clopidogrel pour tous les patients qui le peuvent.

La simulation, qui a tenu compte des coûts des effets secondaires, présumait que 94,3 % des patients pouvaient être traités avec de l'aspirine et 100 % avec le clopidogrel. Le prix d'un cachet enrobé d'aspirine de 325 mg a été estimé à 0,04 dollar américain, et celui d'un comprimé de 75 mg de clopidogrel à 3,22 \$.

« Comme clinicien, j'ai toujours quelques réticences à l'égard des études sur l'efficacité des médicaments, parce que leurs conclusions dépendent du modèle utilisé. Certaines, par exemple, peuvent inclure des complications comme les accidents vasculaires cérébraux, et d'autres non. Le coût est différent dans chaque cas », signale le D^r Palisaitis. Une autre étude a d'ailleurs calculé que le rapport coût-efficacité du clopidogrel était d'environ 27 000 \$ par année de vie gagnée ajustée en fonction de la qualité chez les patients qui avaient déjà eu un accident vasculaire cérébral ou un accès ischémique transitoire.

Les conclusions de l'étude du D^r Gaspoz sont par ailleurs difficiles à appliquer au Québec, juge le cardiologue montréalais. La recherche a été réalisée en tenant compte des coûts du système américain, qui est bien différent de celui du Québec. ❧

Infektions nosocomiales

réduire les infections à *Staphylococcus aureus* chez les opérés

Des applications intranasales de mupirocine (Bactroban®) avant une opération permettraient de réduire le taux d'infections nosocomiales à *Staphylococcus aureus* chez les patients porteurs de la bactérie. Une étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* révèle que seulement 4 % des porteurs opérés qui ont reçu l'antibiotique ont eu une telle infection¹. Un taux presque deux fois moins élevé que dans le groupe témoin.

« C'est une étude très intéressante. Elle propose une nouvelle avenue. La mupirocine est facile à appliquer et a peu d'effets secondaires », commente le D^r François Lamothe, chef du département de microbiologie et d'infectiologie

1. Perl TM, Cullen JJ, Wenzel RP, et al. Intranasal mupirocin to prevent postoperative *Staphylococcus aureus* infections. *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 1871-7.

du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

En quoi consiste l'essai clinique ? Le D^r Trish Perl, de l'Iowa, et son équipe ont suivi 3864 patients qui allaient subir une opération générale, gynécologique, neurologique ou cardiothoracique.



Le D^r François Lamothe.

Les sujets randomisés devaient recevoir avant l'opération, pendant un maximum de cinq jours, une application biquotidienne dans chaque narine soit d'un onguent de mupirocine calcique, soit d'un placebo.

Parmi les 891 sujets dont les narines étaient colonisées par *S. aureus*, 444 ont eu l'antibiotique et 447 la crème inactive. Résultat : le taux d'infections nosocomiales à *S. aureus*, qui a été de 7,7 % chez les porteurs non traités, a été réduit d'environ la moitié chez ceux qui ont reçu de la mupirocine.

L'effet de la mesure a été moins spectaculaire pour les plaies chirurgicales infectées par *S. aureus*. Parmi les 3864 sujets étudiés, ce pourcentage a été d'environ 2,3 % tant chez les patients traités et que non traités. La différence n'était pas non plus significative dans le groupe de patients dont les narines abritaient la bactérie. Plusieurs raisons expliqueraient cependant ces résultats. Ainsi, peu de plaies ont été contaminées par *S. aureus*, et moins de la moitié de ces infections sont survenues chez les porteurs. En outre, certains patients auraient été infectés par des souches venant d'autres malades ou de professionnels de la santé.

L'étude démontre cependant bien le rôle que

Suite page 109 >>>

◀◀◀ Suite de la page 29

joue *S. aureus* quand il est tapi dans les narines. Dans le groupe témoin, la probabilité que la plaie chirurgicale soit infectée par le microbe était 4,5 fois plus élevée chez les porteurs que chez ceux qui étaient exempts du germe.

Et la résistance bactérienne ?

Le problème des infections nosocomiales est important. Chaque année, plus de 40 millions de patients se font opérer aux États-Unis, et jusqu'à 20 % d'entre eux contractent une telle infection pendant la période postopératoire. « *S. aureus* est le deuxième germe le plus fréquemment isolé dans les infections nosocomiales », précise le D^r Lamothe.

La solution proposée par l'équipe du D^r Perl est intéressante, mais le problème de la résistance bactérienne hante les experts. Une souche insensible à la mupirocine peut rapidement surgir et se répandre quand l'antibiotique est employé à grande échelle dans un milieu hospitalier fermé. Ce scénario ne s'est cependant pas matérialisé au cours de l'étude. Seuls quatre isolats se sont révélés résistants à la mupirocine, dont trois provenaient de patients recevant un placebo. L'antibiotique n'était cependant employé que pendant une courte période avant l'opération.

Un traitement à la mupirocine sera-t-il bientôt une mesure prophylactique chez les porteurs de *S. aureus* qui se feront opérer ? « Il faut maintenant que d'autres essais cliniques confirment les résultats de cette recherche. On doit également s'assurer que le rapport coût-bénéfice est intéressant. Il l'est probablement, parce que les infections nosocomiales sont très onéreuses », estime le D^r Lamothe. ☞

Polyarthrite rhumatoïde

le méthotrexate accroît la survie des patients

Le méthotrexate est bénéfique pour les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde. Non seulement il agit sur les articulations, mais il permettrait aussi d'accroître la survie des patients. La clé probable du phénomène ? Le médicament réduirait le taux de décès de cause cardiovasculaire. Le risque de mortalité des

patients traités avec le méthotrexate serait de 60 % inférieur à celui des sujets souffrant de polyarthrite rhumatoïde n'ayant jamais pris cet antirhumatismal¹.

Le D^r Hyon Choi et ses collègues ont analysé les données sur 1240 patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde traités à une clinique, le Wichita Arthritis Center. Les participants qui faisaient partie de la cohorte, commencée en 1981, n'avaient jamais pris auparavant de méthotrexate. Les chercheurs ont comparé les sujets qui ont ensuite reçu ce médicament avec ceux qui ont été traités avec d'autres produits ou n'ont reçu aucun antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM).

Pendant le suivi, 191 patients sont décédés. Les 588 patients qui avaient commencé un traitement au méthotrexate présentaient les pires pronostics. Néanmoins, avant l'ajustement pour ces facteurs de confusion, le risque de décès des patients traités avec le méthotrexate était réduit de 20 % par rapport à celui des sujets qui n'en prenaient pas. Après correction, la diminution grimpa à 60 %. Le nombre de morts dues à un trouble cardiovasculaire, lui, était réduit de 70 %, et les taux des autres types de décès étaient abaissés de 40 %.

Les autres ARMM, par contre, ne procuraient pas le même effet. La sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, la pénicillamine et les injections intramusculaires d'or ne semblaient avoir aucune influence significative sur le taux de mortalité.

« Ces résultats sont importants dans le cadre du traitement à long terme de la polyarthrite rhumatoïde, parce que les décès dus à un trouble cardiovasculaire sont fréquents dans cette population et contribuent grandement à son taux excédentaire de mortalité », affirment les auteurs.

Comment expliquer le lien entre le méthotrexate et la réduction du taux de décès, en particulier de cause cardiovasculaire ? « Nos données soulèvent la curieuse possibilité que le méthotrexate réduise l'activité de la polyarthrite rhumatoïde et la mortalité due aux troubles cardiovasculaires en supprimant certains de leurs mécanismes communs. » Un exemple : l'activation des macrophages et des mastocytes, un trait important de la polyarthrite rhumatoïde. Ce mécanisme pourrait entraîner la dégradation du collagène et contribuer ainsi à déstabiliser les plaques d'athérosclérose. ☞

1. Choi HK, Hernan MA, Seeger JD, et al. Methotrexate and mortality in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study. *Lancet* 2002 ; 359 : 1173-7.

Mise en garde **des cas d'érythroblastopénie** **liés à l'Eprex**

À travers le monde, 124 cas d'érythroblastopénie ont été signalés chez des patients souffrant d'insuffisance rénale traités avec l'Eprex® (époétine alfa), révèle le fabricant, Janssen-Ortho, dans une lettre adressée aux professionnels de la santé. Le temps médian d'apparition de l'érythroblastopénie était de 11 mois après le début du traitement. Au Canada, 27 cas présumés ont été notés après la commercialisation du produit.

À la fin du mois de novembre, Janssen-Ortho informait les professionnels de la santé que des cas d'érythroblastopénie chronique acquise étaient apparus après un traitement avec l'Eprex ou d'autres érythropoïétines chez des patients atteints d'insuffisance rénale. La nouvelle missive a cette fois pour but d'exposer l'ampleur du problème et de donner les dernières statistiques.

La plupart des cas signalés sont liés à l'administration sous-cutanée de l'érythropoïétine. Selon les données recueillies dans une dizaine de pays, l'incidence serait de 0,66 par 100 000 années-patients lorsque l'Eprex est administré par voie intraveineuse, mais elle grimpe à 19,57 par 100 000 années-patients lorsqu'il est donné par voie sous-cutanée. Au milieu des années 90, le médicament, qui était auparavant surtout administré par voie intraveineuse, a commencé à être régulièrement donné par voie sous-cutanée.

Recourir à la voie intraveineuse

Quelles mesures faut-il prendre quand on doit traiter avec l'Eprex des malades souffrant d'insuffisance rénale chronique ? « On devrait dans la mesure du possible administrer le produit par voie intraveineuse à ces patients (en pré-dialyse, hémodialyse et dialyse péritonéale).

S'il n'est pas possible d'utiliser la voie intraveineuse, on devrait évaluer le rapport risques-avantages de l'administration sous-cutanée pour chaque patient », recommande le fabricant.

Le médecin doit également surveiller la réponse clinique après l'administration de l'époétine alfa. Si le médicament perd soudainement son efficacité ou que l'anémie s'aggrave, il faut explorer les causes typiques d'une mauvaise réponse à l'Eprex : carence en fer, en folates ou en vitamine B12, intoxication par l'aluminium, infection ou inflammation, perte de sang, hémolyse, etc. Lorsque le clinicien ne trouve aucune cause d'anémie et soupçonne une érythroblastopénie, il doit interrompre immédiatement le traitement à l'Eprex, puis envisager de faire passer au patient un test de détection des anticorps anti-érythropoïétine et un examen de la moelle osseuse. Le patient ne doit pas recevoir une autre érythropoïétine.

Janssen-Ortho enquête intensément sur les causes possibles de l'apparition d'érythroblastopénies. « D'après les résultats des recherches jusqu'à maintenant, aucun facteur unique n'a été trouvé ; un certain nombre de facteurs pourraient contribuer au développement de l'immunogénicité de la protéine exogène, l'époétine, et tous les facteurs possibles font l'objet de recherches. »

Pour obtenir plus d'informations sur l'Eprex, on peut entrer en communication avec le service d'information médicale de Janssen-Ortho au 1 800 567-3331. ☎

Diabète

InDuo, à la fois glucomètre et doseur d'insuline

Me suis-je injecté de l'insuline à midi ? Était-ce une dose de 10 ou de 15 unités ? Ces questions préoccupent plusieurs diabétiques insulino-dépendants. Un nouveau système

contenant à la fois un glucomètre et une seringue pourrait les aider. Coûtant 150 \$,



L'appareil InDuo^{MC} enregistre la dose d'insuline et le moment de l'injection.

Mis au point par

Novo Nordisk et LifeScan, l'appareil, relativement petit, est composé de deux unités qui s'emboîtent. À l'intérieur se trouve le doseur d'insuline, à l'extérieur, le glucomètre. Le patient peut obtenir les résultats de sa glycémie en cinq secondes. Comme un échantillon de seulement 1 µL de sang est nécessaire, l'utilisateur peut faire le prélèvement sur les doigts, mais aussi sur le bras. Le doseur d'insuline, lui, est entre autres muni d'un système de sécurité qui en bloque l'utilisation si la cartouche d'insuline est mal engagée. Le patient est ainsi sûr de s'administrer la dose désirée.

Pour se servir du nouveau système, le diabétique doit cependant employer la nouvelle insuline Novorapid[®] conçue pour être administrée immédiatement avant les repas. Analogue de l'insuline humaine dans lequel un acide aminé, la proline, a été remplacé par l'acide aspartique, elle forme moins d'hexamères que l'insuline humaine ordinaire. Cette caractéristique lui permet d'être absorbée plus rapidement. Elle entre en action 10 minutes après avoir été injectée par voie sous-cutanée dans l'abdomen et atteint son effet maximal en une à trois heures. ❧

Déficiences en testostérone

homologation d'AndroGel

Santé Canada a homologué un gel de testostérone à 1 %, l'AndroGel^{MC}. Le médicament, réservé aux hommes, est indiqué pour traiter la dysfonction sexuelle et les symptômes climactériques causés par une déficience en testostérone, ainsi que l'hypogonadisme primaire ou hypogonadotrophique.

L'AndroGel est un gel topique incolore que les hommes appliquent une fois par jour sur les épaules, le haut des bras ou l'abdomen. Il libère une quantité d'hormones qui procure une concentration normale de testostérone circulante (10,3 nmol/L à 36,2 nmol/L). Le gel est vendu en deux doses, 2,5 g et 5 g, dont le prix pour 30 sachets est d'environ 133 \$.

La posologie initiale est de 5 g, mais elle peut par la suite être augmentée à 7,5 g et à 10 g. La peau n'absorbe toutefois que 10 % du produit au cours d'une période de 24 heures. Une étude a montré que les trois doses provoquaient chez des patients hypogonadiques une augmentation appréciable de la masse musculaire et de la masse corporelle, et diminuait le pourcentage de graisse. Chez les hommes qui avaient employé quotidiennement 10 g de gel, la teneur minérale des os de la hanche et de la colonne vertébrale s'était considérablement accrue.

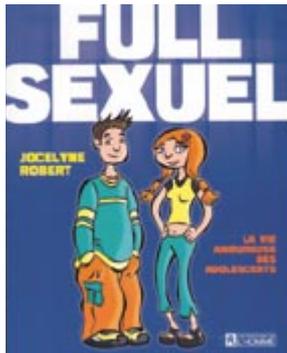
Sur le plan sexuel, le gel procure une importante augmentation de la libido. Les sujets de l'étude obtenaient une durée d'érection qu'ils jugeaient plus satisfaisante et un accroissement de la rigidité du pénis. Le traitement a parallèlement eu des effets bénéfiques sur l'humeur et les problèmes de fatigue.

Risque pour les partenaires

Les hommes qui emploient le gel doivent prendre certaines précautions. Une étude faite sur des utilisateurs et leur partenaire féminine a

Full sexuel **la vie amoureuse des adolescents**

par Jocelyne Robert



Forte de sa longue expérience auprès des jeunes, Jocelyne Robert, sexologue et pédagogue, tenait à offrir *Full sexuel* aux adolescents qu'elle a accompagnés au cours des dernières années. « J'en avais ras le bol de l'information sexuelle qu'on déguise en épouvantail, des leçons de tuyauterie et de plomberie des manuels ou des émissions de télé axées sur la norme, la performance et la mécanique plutôt que sur l'invention, le plaisir et la relation », écrit-elle. Au-delà des dangers et des conséquences désastreuses de la sexualité, elle souligne qu'il y a tant à dire sur les joies qu'elle procure.

L'ouvrage aborde différentes facettes de la sexualité dans l'univers des adolescents : l'angoisse de plaire aux autres, l'importance de l'estime de soi, la peur de la fameuse première fois, comment parler de protection sexuelle et les réalités de devenir mère à 15 ans. Le livre aborde aussi de nombreux sujets tabous, tels que l'homosexualité, l'exploitation sexuelle, le viol et la masturbation. Écrit sur un ton ludique mais respectueux et illustré avec humour, il propose aux jeunes de vivre leur sexualité avec maturité et sous le signe de la communication.

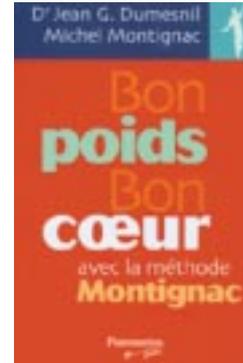
Au chapitre des contraceptifs, l'auteur expose sa « méthode coco », ou contacts érotiques non coïtaux, qui consiste à remplacer les rapports sexuels complets par des caresses, des massages et autres galipettes sans risquer de provoquer une grossesse. De nombreux adolescents s'interrogent face à la masturbation. Elle explique clairement qu'ils peuvent la pratiquer sans risque, mais aussi que la détente orgasmique qu'elle provoque contribue à soulager les crampes menstruelles chez les filles, apaise la tension sexuelle et peut surtout éviter aux jeunes de se précipiter dans des rapports sexuels prématurés, bâclés ou décevants.

Jocelyne Robert est bien connue du grand public comme auteure de livres à succès autant que comme animatrice et chroniqueuse à la télévision. Dans cet ouvrage, elle soutient qu'il ne suffit pas de parler de sexualité, il faut plutôt en parler mieux. Elle veut prouver aux jeunes que la sexualité est avant tout une partie de plaisir, de bonheur, et un grand plongeon dans la vie amoureuse.

Éditions de l'Homme, Montréal, 2002, 192 pages, 19,95 \$.

Bon poids Bon cœur **avec la méthode Montignac**

par Jean G. Dumesnil et Michel Montignac



Le D^r Jean Dumesnil est cardiologue. Souffrant d'un excès de poids, il s'est fait convaincre de suivre la méthode Montignac. Étonné du succès de la diète – il a perdu près de 21 kg en six mois et réglé un problème d'hypercholestérolémie –, il a entrepris de s'attaquer à la validation scientifique de cette méthode avec les chercheurs Angelo Tremblay et Jean-Pierre Després de l'Université Laval. Leurs résultats ont non seulement prouvé l'efficacité de la diète en matière d'amaigrissement, mais ont surtout montré qu'elle entraînait des effets bénéfiques remarquables sur le plan de la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires. L'étude a fait l'objet d'une publication dans la revue *British Journal of Nutrition* en novembre 2001.

Bon poids Bon cœur explique les fondements scientifiques de la nutrition et la démarche entreprise pour valider l'effet de la méthode Montignac sur 12 hommes volontaires. Cette approche, basée sur les index glycémiques, n'impose aucune restriction quantitative. Il a été démontré que la méthode avait des effets bénéfiques sur le profil métabolique, davantage que de nombreuses diètes, même celle que prescrit l'American Heart Association. En six jours seulement, les chercheurs ont noté que le régime Montignac produit des taux de glucose et d'insuline beaucoup moins importants après les repas. Alors que le taux du cholestérol HDL reste inchangé, les taux de triglycérides diminuent de façon spectaculaire, soit de 35 %. Ces résultats étaient si prometteurs que les chercheurs ont entrepris une investigation à long terme, présentement en cours.

« L'augmentation effarante de l'obésité et du diabète dans toutes les couches de la société témoigne d'un échec collectif quant à notre alimentation », écrivent le D^r Dumesnil et M. Montignac. Le principal coupable de ce phénomène : le sucre. La plupart des diètes soustraient le gras mais négligent l'abondance de sucre que recèlent beaucoup d'aliments, comme près de 90 % des yogourts et des céréales. « Même parmi les cardiologues, la prévention nutritionnelle est un élément négligé du système, indiquent les auteurs. La venue de nouveaux médicaments plus puissants a contribué à amplifier la perception que la plupart des diètes n'ont qu'une importance relative dans le traitement des patients. »

Avec cet ouvrage, le D^r Dumesnil et M. Montignac tentent de faire prendre conscience au grand public comme aux professionnels de la santé qu'il existe de nouvelles avenues nutritionnelles très prometteuses.

Flammarion Québec, 2002, 288 pages, 24,95 \$.

Guide pratique de communication scientifique comment captiver son auditoire

par Suzanne Grenier et Sylvie Bérard,
sous la direction de Sophie Malavoy



La communication orale a ses exigences propres. Le scientifique qui doit donner une conférence dans le cadre d'un colloque doit s'y plier, mais il trouvera dans le petit guide toutes les indications qui lui permettront de relever le défi. Les auteures l'accompagnent à toutes les étapes, de l'élaboration du texte à la période de questions.

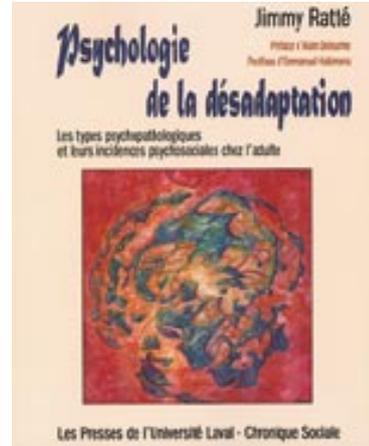
Le livret, dont la consultation est aisée, contient de précieux conseils. Par exemple, comment concevoir une introduction forte et susciter dès le début l'intérêt du public. Puis vient le développement. Il faut souligner les transitions, répéter l'idée maîtresse, définir les notions importantes. « Circulez entre l'abstrait et le concret par des exemples, des comparaisons et des images », conseillent les auteures. Finalement arrive la conclusion, un énoncé clair et succinct.

Comment agir une fois devant le public ? Le guide contient des conseils pour rendre l'exposé vivant, adopter le bon rythme et établir le contact avec l'auditoire. Il recèle également des trucs pour répéter et s'évaluer, avoir des aide-mémoire efficaces et tirer le meilleur parti des aides visuelles.

Association francophone pour le savoir, Montréal, 2002, 48 pages, 12 \$.

Psychologie de la désadaptation les types psychopathologiques et leurs incidences psychosociales chez l'adulte

par Jimmy Ratté



La psychopathologie fascine. Mais ce sont souvent ses aspects les plus sordides qui retiennent l'attention : meurtres en série, agressions sexuelles, suicides. Par contre, bien des comportements pathologiques moins spectaculaires passent inaperçus. Par exemple, l'homme qui menace de mort sa conjointe qui veut le quitter ou la mère qui prétexte des maux de tête pour que ses enfants prennent soin d'elle. Ce double regard sur la psychopathologie s'expliquerait par une censure inconsciente, individuelle et collective : les gens préfèrent s'intéresser aux comportements qu'ils jugent loin d'eux. « Quand ce dont il est question nous ressemble trop, nous n'y voyons généralement pas de lien avec le pathologique », affirme M. Jimmy Ratté, professeur à l'Université Laval.

Dans son livre, qui s'adresse aux étudiants universitaires et aux professionnels de la santé mentale, M. Ratté aborde les névroses, les états limites, les psychoses et les applications des connaissances en psychopathologie. Son ouvrage, qui ne suit pas le DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), présente les aspects symptomatiques, psychodynamiques et étiologiques de chaque trouble. De nombreuses et intéressantes histoires de cas y sont insérées.

Les Presses de l'Université Laval – Chronique sociale, Québec, 2002, 404 pages, 35 \$.

montré que la testostérone du gel pouvait être absorbée par une autre personne au cours de contacts cutanés vigoureux. Les femmes enceintes doivent être particulièrement vigilantes et éviter d'entrer en contact avec l'AndroGel. La testostérone peut nuire au fœtus, surtout au début de la grossesse.

Les patients chez qui le gel est contre-indiqué ? Les hommes qui souffrent d'un carcinome du

sein ou de la prostate. La monographie fait par ailleurs plusieurs mises en garde. Chez les patients âgés, par exemple, le risque d'apparition d'une hyperplasie prostatique ou d'un carcinome de la prostate pourrait être accru. Un oedème avec ou sans insuffisance cardiaque congestive pourrait d'autre part

Suite page 130 >>>

◀◀◀ *Suite de la page 113*

survenir chez les utilisateurs souffrant d'une maladie cardiaque, rénale ou hépatique. Le médicament doit également être prescrit avec prudence aux hypertendus. ☼

Le groupe de référence grossesse- travail sur le Web

par Emmanuelle Bergeron

Vous recherchez de l'information sur les risques que peut représenter un travail pour une femme enceinte ? Vos patientes désirent des ressources pour les aider à conjuguer emploi, grossesse en santé et allaitement ? Le groupe de référence grossesse-travail (GRGT), mandaté par le comité permanent CSST-MSSS, fournit maintenant une foule de renseignements à ce sujet dans son site Internet.

Le site offre des guides professionnels, des avis émis par les directeurs de santé publique ainsi que des revues et analyses des connaissances en matière de grossesse, d'allaitement et de travail. On y retrouve des informations sur la station debout, sur les bruits et les vibrations ainsi que sur les dangers potentiels de l'exposition à divers agents infectieux (coqueluche, rougeole, varicelle, etc.).

Les terminaux à écran de visualisation présentent-ils un risque pour la femme enceinte ? Le site

indique que bien qu'ils ne constituent pas un danger durant la grossesse, ils émettent de faibles doses de rayons X, d'ultraviolets, d'infrarouges et des radiations de basses fréquences. Une distance d'au moins un mètre des côtés ou de l'arrière de tout terminal est donc recommandée.

Et qu'en est-il du soulèvement de charges ? Il est associé à un risque d'avortement spontané, de contractions prématurées et de naissance avant terme. Dès le début de leur grossesse, les femmes devraient éviter de soulever des charges de plus de 10 à 15 kg, surtout si elles le font fréquemment. Mais le poids des objets n'est pas la seule dimension qui devrait être considérée pour mesurer la force exercée sur la colonne lombaire et sur les muscles abdominaux. Le site fournit des références permettant d'évaluer correctement le risque inhérent à chaque femme enceinte.

Prématurité et insuffisance de poids en hausse

Le nombre croissant de femmes sur le marché du travail justifie un examen attentif des risques pour la grossesse et l'allaitement. Au Québec en 1999, 7,7 % des nouveau-nés étaient prématurés, et 5,7 % avaient un faible poids à la naissance. Quant aux anomalies congénitales, quoique difficiles à répertorier précisément, leur incidence oscillerait entre 2 et 8 %. « Ces chiffres se comparent à ceux de la plupart des pays industrialisés, affirme **M^{me} Sylvie Montreuil**, agente de recherche au ministère de la Santé et des Services sociaux. Cependant, le taux de

Suite page 135 ▶▶▶

◀◀◀ *Suite de la page 130*

prématurité augmente, mais l'insuffisance de poids à la naissance est stable depuis quelques années au Québec. »

Les femmes soucieuses de leur carrière ont des enfants plus tard, ce qui augmente le risque de donner naissance à des enfants prématurés ou de faible poids. Mais les chercheurs ont aussi remarqué que moins les femmes sont scolarisées, plus il leur est difficile de mener leur grossesse à terme et d'avoir un enfant de poids adéquat. Mais d'autres facteurs, comme le recours aux technologies de reproduction, contribuent également à augmenter le nombre d'enfants prématurés et de faible poids à la naissance.

Au Québec, environ 40 % des travailleuses enceintes adhèrent au programme *Pour une maternité sans danger*. Mis sur pied par le Groupe de référence grossesse-travail (GRGT), le programme permet aux femmes enceintes ou qui allaitent de se soustraire aux dangers présents dans leur milieu de travail. ☘

Le site du GRGT : <http://www.inspq.qc.ca/grgt/>.

Activité physique et enfants

guides canadiens pour les enfants et les jeunes

par Luc Dupont

Préoccupé par la hausse alarmante des cas d'obésité chez les jeunes, Santé Canada a procédé il y a

quelques semaines au lancement des *Guides d'activité physique canadiens pour les enfants et les jeunes*.

Ces toutes premières directives nationales sur l'activité physique chez les enfants et les jeunes se veulent un outil concret offert aux médecins, parents, enseignants et autres intervenants pour inciter les enfants et les jeunes à faire plus d'activité physique.

Présentés de façon colorée et amusante – à la manière du Guide alimentaire canadien – ces petits fascicules (deux pages) se donnent pour objectif d'aider les enfants à augmenter de 30 minutes par jour le temps consacré à l'activité physique, tout en diminuant d'autant les activités passives : télévision, jeux vidéo ou Internet. Le moyen suggéré pour y arriver tient principalement en une combinaison d'activités modérées (patinage, bicyclette) et plus vigoureuses (course, soccer), dont la durée s'accroît graduellement sur une période de cinq mois. On y trouve également rassemblées un ensemble d'activités domestiques qui, mine de rien, aident à garder la forme : transporter les sacs d'épicerie ensemble, laisser l'auto à la maison lors de petites sorties, etc.

Ces guides s'inspirent de travaux de recherche de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (ICRCPMV), qui démontrent que plus de la moitié des enfants et des jeunes Canadiens ne sont pas suffisamment actifs pour favoriser une croissance et un développement optimaux. De plus, selon le *Journal de l'Association médicale canadienne*, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants a

Bonjour,

C'est avec plaisir que nous avons lu attentivement dans votre revue une série d'articles sur la surdité dans la section formation d'une parution de 2001.

La clarté des articles nous a été utile, mais surtout, il nous est apparu rassurant de voir que les omnipraticiens peuvent se tenir à jour de cette façon.

Dans ce contexte, nous vous informons que nous avons créé en septembre dernier le premier site Web et groupe de discussion francophone sur le syndrome de Klippel-Feil, destiné aux personnes atteintes et à leur entourage. Cela répond à un besoin important au Québec et en France puisque, selon les statistiques, plusieurs centaines de personnes par mois fréquentent notre site, et en moins de six mois, une dizaine de membres se sont joints à notre groupe. La plupart d'entre eux sont déçus qu'aussi peu de médecins connaissent le syndrome et puissent les soutenir.

Par ailleurs, comme ce syndrome est très peu connu des médecins et que la plupart des patients ont attendu des années avant de pouvoir consulter un spécialiste capable de formuler un diagnostic complet, nous sensibilisons les professionnels de la santé à propos de ce syndrome.

Nous vous invitons donc à informer les membres de votre Fédération et lecteurs de votre revue sur le syndrome de Klippel-Feil. Vous pouvez également leur faire connaître le site <http://www.cybertechs.qc.ca/priv/klippelfeil>.

Regroupement francophone Klippel-Feil
klippelfeil@sympatico.ca

respectivement doublé et triplé entre 1981 et 1996.

La prévalence de l'embonpoint chez les garçons est passée de 15 % en 1981 à 35,4 % en 1996, et chez les filles, de 15 à 29,2 %. La prévalence de l'obésité est quant à elle passée de 5 à 16,6 % chez les garçons et de 5 à 14,6 % chez les filles.

Ces guides peuvent être facilement consultés dans Internet à l'adresse suivante : www.santecanada.ca/guideap. Ils sont également offerts gratuitement aux médecins désireux de les utiliser ou de les distribuer. À cette fin, on compose, sans frais, le 1 888 334-9769. ☎

Faiblesse neuromusculaire, hyperlactatémie et stavudine

La prise de Zerit^{MD} (stavudine, d4T) serait associée à l'apparition de symptômes ressemblant aux signes cliniques du syndrome de Guillain-Barré, incluant l'insuffisance respiratoire, indique une mise en garde de Bristol-Myers Squibb. Depuis 1994, 22 cas ont été signalés,

Suite page 140 >>>

Index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

ASTRAZENECA CANADA INC.

Nexium 10-11 114-115
Symbicort 12 126-127

AVENTIS PHARMA INC.

Altace 52-53 124-125

BOEHRINGER INGELHEIM LTÉE

Combivent 25-27 98

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ 140

FOURNIER PHARMA INC.

Lipidil Supra 97 131

GLAXOSMITHKLINE

Avandia 64, 78-79 120-121

LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA

..... 105

MERCK FROSST CANADA & CIE

Vioxx couv. IV 132-135
Zocor 89 128-130

NOVARTIS PHARMA CANADA INC.

Zelnorm 17-20 21-22

ORGANON CANADA LTÉE

Marvelon couv. III

ORTHOPÉDIE EN PREMIÈRE LIGNE

..... 77

PFIZER CANADA INC.

FemHRT 6 136-137
Lipitor 35 122-123
Norvasc couv. II 106
Viagra 44 90-91

SCHERING CANADA INC.

Aerius 85 138
Nasonex 54 92

SMITH & NEPHEW INC.

Allewyn 86
Dynacast 72
Prép. du lit de la plaie ... 32
Santyl 96

SOLVAY PHARMA INC.

Pantoloc 80 119
Teveten 30-31 70-71

STIEFEL CANADA INC.

Rosazol 8 139

WYETH-AYERST CANADA INC.

Effexor (dépression) 36 116-118

dont sept se sont révélés mortels.

Les rapports font état d'une faiblesse neuromusculaire qui s'aggrave rapidement. Le problème est apparu chez des patients infectés par le VIH et prenant de la stavudine en association avec d'autres antirétroviraux. Bien des malades ont commencé par souffrir d'acidose lactique ou d'hyperlactatémie symptomatique et ont continué leur traitement malgré la présence de signes non spécifiques.

Acidose lactique

L'acidose lactique est l'une des complications associées à la prise d'analogues nucléosidiques comme la stavudine. « Il faudrait prêter une attention particulière aux premiers signes et symptômes d'épisodes cliniques liés à l'hyperlactatémie, car leur aggravation à l'extrême peut mener au syndrome d'acidose lactique (SAL), qui met la vie des patients en danger », rappelle Bristol-Myers Squibb.

Les premiers signes et symptômes associés à une concentration élevée de lactate peuvent passer inaperçus : fatigue généralisée, troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales et perte de poids soudaine et inexplicée), troubles respiratoires (tachypnée et dyspnée) ou symptômes neurologiques (dont la faiblesse motrice). « Il faudrait interrompre immédiatement le traitement antirétroviral des patients présentant ces symptômes et effectuer dans les plus brefs délais toutes les interventions médicales qui s'imposent. »

Est-ce fréquent ? Selon certaines données, l'acidose lactique serait rare et souvent liée à la prise d'associations d'antirétroviraux comprenant la stavudine. Mais l'incidence du problème n'a pas encore été mesurée par des études prospectives dotées d'un groupe témoin adéquat. ❧