

par Emmanuèle Garnier

Syndrome coronarien aigu trop de médicaments inutiles ?

Photo : Service audiovisuel, Hôpital Laval.



Le D^r Peter Bogaty.

Le patient qui a été victime d'un syndrome coronarien aigu (SCA) a-t-il vraiment besoin de tout l'arsenal pharmacologique qu'on lui assène ? Et si certains médicaments ne lui apportaient aucun bienfait ? C'est trop souvent le cas, affirment deux cardiologues québécois, le D^r Peter Bogaty et le D^r James Brophy, dans le *Lancet*¹.

« Nous traitons les patients avec de plus en

plus de médicaments et d'interventions, mais sélectionnons de moins en moins ceux qui en bénéficieront vraiment », dénonce le D^r Bogaty, directeur de l'Institut de cardiologie de Québec. Le spécialiste remet en question l'utilisation de plus en plus généralisée du clopidogrel, des statines, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), des antiglycoprotéines IIb/IIIa et des stratégies effractives pour le traitement du syndrome coronarien aigu.

Pas de réduction du taux de mortalité

Les IECA ? Ils ne réduisent pas le taux de mortalité au bout de 30 jours chez 99,5 % des patients victimes d'un infarctus du myocarde. À l'origine de la prescription généralisée des IECA aux patients ayant eu un SCA, il y a l'étude HOPE. Un essai clinique qui ne concernait que des sujets à l'état stable et non ceux atteints d'un syndrome coronarien aigu. En outre, dans cette étude, plus de 96 % des personnes qui prenaient du ramipril n'ont pas

bénéficié d'une réduction du risque d'infarctus du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux ou de décès de nature cardiovasculaire. « Ne pourrions-nous pas être plus sélectifs et n'envisager le recours à ces médicaments que chez les patients atteints d'une maladie coronarienne et souffrant aussi d'hypertension, de diabète, de problèmes vasculaires répétitifs ou de dysfonction cardiaque modérée ou grave ? Chez ces malades particulièrement vulnérables, les IECA ont constamment apporté des bienfaits absolus plus importants », soutiennent les deux cardiologues dans leur analyse.

Le clopidogrel non plus ne devrait pas être prescrit de façon aussi large. Dans les études, près de 98 % des patients n'ont pas tiré d'avantages à le prendre et son ajout à l'aspirine n'a pas réduit le taux de mortalité. « Peut-être que l'emploi du clopidogrel devrait être envisagé seulement chez les patients dont l'état demeure instable ou qui ont des troubles vasculaires aigus récurrents malgré un traitement avec l'aspirine », suggèrent les D^{rs} Bogaty et Brophy. Mais d'où vient l'idée que le clopidogrel est si efficace ? « On lit dans la publicité que ce médicament diminue le risque d'apparition de trois points d'aboutissement combinés : les décès, les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux. Or, le médicament ne réduit que le taux d'infarctus, et ce modestement », précise le

19

ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

Syndrome coronarien aigu <i>trop de médicaments inutiles ?</i>	19
Réduction du risque de diabète <i>nouveau bienfait de l'énalapril</i>	28
Erreurs pharmacologiques évitables <i>comment y échapper</i>	29
Syndrome respiratoire aigu sévère <i>contamination par macrogouttelettes</i>	31
Hyperlipidémie <i>Crestor : pour les patients à risque de coronopathie</i>	32
<i>Zyprexa : un bon adjuvant aux stabilisateurs de l'humeur</i>	33
Mises en garde <i>pas de diathermie pour les porteurs d'électrodes</i>	136
<i>Permax et la valvulopathie cardiaque</i>	136
Le programme PRIISME <i>tous unis contre le diabète</i>	137
Imagerie médicale <i>les maux de dos ? le casse-tête !</i>	137
Bibliographies <i>Une médecine à sauver</i>	138
<i>Pneumologie clinique</i>	138
<i>Le D^r Jocelyn Demers honoré par le CMQ</i>	173

1. Bogaty P et Brophy J. Increasing burden of treatment in the acute coronary syndromes: is it justified? *Lancet* 2003; 361 : 1813-16.

directeur de l'Institut de cardiologie de Québec.

Les inhibiteurs du récepteur plaquettaire IIb/IIIa n'ont pas non plus échappé au regard scrutateur des cardiologues québécois. Résultat : aucune étude n'a pu leur prouver que ces molécules réduisent le taux de mortalité chez les patients souffrant d'un syndrome coronarien aigu. Une méta-analyse indiquait par ailleurs que seuls les patients qui avaient été soumis à une intervention coronarienne percutanée bénéficiaient des antiglycoprotéines IIb/IIIa. Les quelque 16 000 sujets qui n'avaient subi ni coronarographie ni angioplastie n'en ont pas tiré de bienfaits. Pis, chez les femmes, le médicament a été associé à une augmentation de 15 % des effets néfastes.

« À cause de la faiblesse des données sur l'efficacité de cette classe de médicaments, de l'augmentation du risque de saignement et du coût, il est difficile de justifier les algorithmes aux critères larges utilisés pour les inhibiteurs de la glycoprotéine IIb/IIIa des plaquettes recommandés dans les lignes directrices et dont les compagnies pharmaceutiques font si vigoureusement la promotion. Une approche sélective, réservant ces agents aux patients réfractaires au traitement standard ou qui doivent subir une intervention coronarienne percutanée risquée, semble plus appropriée », préconisent les D^{rs} Bogaty et Brophy.

D'importants enjeux financiers

Faut-il recourir à une stratégie effractive ou conservatrice chez les patients frappés d'un syndrome coronarien ? Controverse. « On tend actuellement à généraliser le recours aux traitements invasifs sur la base d'études qui révèlent des avantages discutables », affirme le D^r Bogaty. Dans les faits, la grande majorité des patients victimes d'un syndrome coronarien aigu se rétablissent bien, même s'ils présentent une nouvelle dépression du segment ST ou une augmentation du taux de troponines, des caractéristiques liées à un grand risque. « Je préconise une approche plus sélective qui réserve les interventions invasives aux malades qui répondent mal au traitement habituel ou qui présentent certains facteurs de très grand risque comme une instabilité hémodynamique ou une insuffisance cardiaque. »

Dernière cible des cardiologues : les statines. Elles

sont souvent prescrites d'office à l'hôpital aux victimes d'un syndrome coronarien aigu. Mais les données cliniques ne seraient pas suffisantes pour justifier l'emploi de ces médicaments pendant la phase aiguë de la maladie coronarienne. Ne vaudrait-il pas mieux commencer par des mesures diététiques et ne prescrire les statines qu'après l'hospitalisation, si cela est nécessaire ? Les D^{rs} Bogaty et Brophy le croient.

« L'enjeu pour l'industrie est énorme. Si l'hypolipémiant est prescrit pendant la phase initiale du syndrome coronarien, le patient le prendra ensuite pendant des années. Les compagnies pharmaceutiques ont fait plusieurs études pour voir si l'administration de statines au cours de la phase aiguë du syndrome coronarien présentait un avantage, mais les résultats se sont révélés modestes, voire nuls », précise le D^r Bogaty, qui ne nie cependant pas l'utilité à long terme des hypolipémiants pour bien des patients.

Mieux sélectionner les patients

Le constat est finalement brutal : de nombreux patients cardiaques prennent trop de médicaments inutilement. Comment en sommes-nous arrivés là ? L'une des clés de la réponse réside dans les essais cliniques. « Les compagnies pharmaceutiques, qui sont souvent à l'origine des études, tentent d'être le moins sélectif possible dans le recrutement des sujets. Comme le traitement évalué n'est généralement pas mauvais, elles parviennent à montrer qu'il offre, pour beaucoup de patients, un avantage statistiquement significatif, mais dont la pertinence clinique est discutable », soutient le D^r Bogaty. Et en toile de fond, on retrouve aussi les relations complexes entre la puissante industrie pharmaceutique, les chercheurs désireux de publier des résultats positifs, les cliniciens à la recherche de recettes simples et les chefs de file qui proposent des lignes directrices renforçant souvent les conclusions de leurs propres études.

Comment réagir ? « Il faut jeter un regard plus critique sur les études et mieux sélectionner les patients auxquels on prescrit un traitement pour être plus certains qu'ils en tirent profit », conseille le D^r Bogaty. ❧

Suite page 28 ►►►

Réduction du risque de diabète

nouveau bienfait de l'énalapril

L'énalapril (Vasotec®) procurerait aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque un avantage jusque-là inconnu : la diminution du risque de devenir diabétiques. Cette découverte, faite à l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) par le D^r Jean-Claude Tardif et ses collaborateurs, a été dévoilée dans *Circulation*¹.

Directeur de la recherche clinique à l'ICM, le D^r Tardif a révisé avec ses collègues les données des 391 patients qu'ils avaient recrutés dans le cadre de l'étude multicentrique SOLVD (*Studies Of Left Ventricular Dysfunction*) qui évaluait l'effet de l'énalapril sur la survie de patients souffrant de dysfonctionnement du ventricule gauche. Les chercheurs ont retenu les dossiers des 291 sujets qui n'étaient initialement pas diabétiques. Dans ce groupe, 153 participants prenaient entre 5 et 20 mg d'énalapril par jour et 138 un placebo.

Pendant le suivi, qui a duré en moyenne trois ans, 31 des sujets du groupe témoin (22,4 %) sont devenus diabétiques, ce qui n'a été le cas que de 9 des patients traités avec l'énalapril (5,9 %). L'effet a été particulièrement frappant au sein du sous-groupe de participants présentant une intolérance au glucose au début de l'étude, et dont la glycémie à jeun s'élevait initialement à 6,1 mmol/L. Parmi ces sujets, un seul de ceux qui prenaient de l'énalapril est devenu diabétique (3,3 %), mais 11 l'ont été dans le groupe qui recevait le placebo (48 %).

Mais par quel mécanisme l'énalapril peut-il réduire le risque d'apparition du diabète ? Le médicament jouerait sur deux fronts,

explique le D^r Tardif. « Des études réalisées chez les animaux et les humains semblent indiquer que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) augmenteraient la production d'insuline tout en diminuant la résistance périphérique à cette hormone. Les IECA, qui améliorent la fonction endothéliale et diminuent la vasoconstriction, accroîtraient la circulation du sang dans le pancréas, d'une part, ce qui stimulerait le fonctionnement des cellules bêta, et d'autre part dans les muscles, où la consommation de glucose en serait accrue. »

Certaines données avaient mis les chercheurs montréalais sur la piste du nouvel effet protecteur des IECA. L'étude HOPE, par exemple, semblait ainsi indiquer – mais avec des données moins rigoureuses que celles issues de SOLVD – que le ramipril pouvait, entre autres, réduire le risque d'apparition de nouveaux cas de diabète. D'autres essais cliniques, comme CAPP ou LIFE, laissaient également entrevoir cet avantage.

Prescrire des doses plus fortes

La menace de diabète qui plane sur les patients souffrant de défaillance cardiaque est réelle. Dans les grandes études qui portent sur des sujets atteints de ce trouble cardiaque, entre 20 et 25 % sont également diabétiques. Heureusement, la plupart des patients présentant une insuffisance cardiaque prennent déjà des IECA. Alors que faire de plus à la lumière des résultats de l'étude montréalaise ? « Il faut que le patient reçoive la plus forte dose d'IECA qu'il puisse supporter, répond le D^r Tardif. Souvent, quand une personne présente peu de symptômes, le médecin estime que sa défaillance cardiaque est maîtrisée et ne lui en prescrit qu'une très faible quantité. »

La prise d'un IECA pourrait être particulièrement salutaire pour les patients traités par les bêtabloquants. Les médicaments



Photo : Jean Leclair.

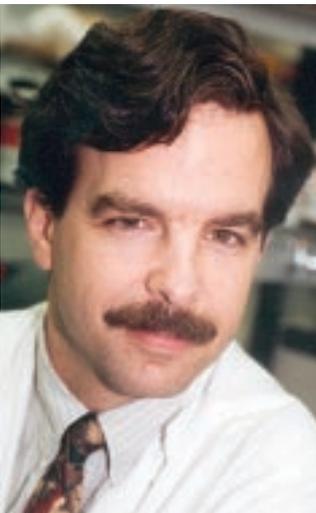
Le D^r Jean-Claude Tardif.

1. Vermes E, Ducharme A, Bourassa MG et al. Enalapril reduces the incidence of diabetes in patients with chronic heart failure: Insight from the Studies Of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD). *Circulation* 2003 ; 107 : 1285-90.

de cette classe, qui font maintenant partie de la thérapie standard de l'insuffisance cardiaque, augmentent souvent le risque de diabète.

Mais des patients sans défaillance cardiaque pourraient-ils bénéficier des propriétés nouvellement découvertes de l'énalapril ? « Il est tentant d'extrapoler nos données à une population beaucoup plus large », affirme le D^r Tardif. Les résultats de son étude pourraient peut-être ouvrir une avenue inédite. « Même si nos données ne le prouvent pas, il serait possible que les IECA diminuent l'incidence du diabète chez les patients particulièrement prédisposés à cette maladie, comme les obèses ou les hypertendus. » ❧

Erreurs pharmacologiques évitables comment y échapper



Le D^r Jean Cusson.

« S'il y a un domaine où le médecin peut commettre des erreurs, c'est bien dans celui des médicaments. Mais on peut prendre des précautions pour les éviter et ne pas avoir à en déclarer », explique le D^r Jean Cusson, interniste et pharmacologue à l'hôpital Charles LeMoine.

Selon une étude menée chez des personnes âgées, les problèmes les plus graves liés aux médicaments sont ceux qui peuvent être le mieux prévenus¹. Ils surviennent généralement durant la prescription ou pendant le suivi, mais sont parfois aussi dus à l'inobservance du traitement.

Des chercheurs américains, le D^r Jerry Gurwitz et ses collaborateurs, ont étudié quelque 30 400 personnes de 65 ans et plus

inscrits à une HMO (*Health Maintenance Organisation*) de Nouvelle-Angleterre. Pendant 12 mois, ils ont relevé tous les problèmes qu'ont eu les participants à cause de leurs médicaments.

En un an, 1523 problèmes médicamenteux ont été découverts, dont 27,6 % auraient pu être prévenus. Parmi les réactions survenues, 578 étaient graves, potentiellement mortelles ou fatales. Le plus troublant est que 42,2 % d'entre elles auraient pu être évitées.

Les étapes critiques

Parmi les erreurs évitables notées par les chercheurs, 58,4 % se sont produites au moment de la prescription. De quoi s'agissait-il ?

- d'un mauvais choix thérapeutique ou de médicament (27,1 %) ;
- d'erreurs de dose (24 %) ;
- d'instructions inadéquates données au patient (18 %) ;
- de prescriptions d'un produit menant à une interaction médicamenteuse prévisible (13,3 %).

« Il est clair que si le médecin avait été plus attentif ou s'il y avait eu un meilleur filet de sécurité, des corrections auraient pu être apportées », note le D^r Cusson.

L'étude montre également que 60,8 % des erreurs évitables ont eu lieu pendant le suivi. Dans bien des cas, le médecin n'a pas :

- surveillé adéquatement les résultats des tests de laboratoire (36,1 %) ;
- réagi ou est intervenu trop tard devant des signes, des symptômes ou des résultats de laboratoire indiquant une toxicité médicamenteuse (36,6 %).

« Les hospitalisations dues à la prise de Coumadin sont un bon exemple de ce genre de problème. Les patients arrivent à l'urgence avec des hémorragies ou un RIN (rapport international normalisé) très élevé. Dans la plupart des cas, il s'agit soit d'une interaction avec un antibiotique, soit d'un mauvais suivi »,

1. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003 ; 289 : 1107-1116.

explique le D^r Cusson, également professeur à l'Université de Sherbrooke.

Les erreurs dues à la non-observance du traitement étaient également fréquentes : 21,1 % des cas. Certains patients refusaient de prendre le médicament, s'administraient la mauvaise dose, poursuivaient le traitement alors qu'ils auraient dû l'arrêter, ou encore prenaient les médicaments d'une autre personne.

Des médicaments fréquemment utilisés

Les erreurs qui peuvent être commises par les médecins ne viendraient pas de la complexité

des médicaments. Les produits le plus souvent en cause dans les problèmes évitables : les agents destinés au traitement des maladies cardiovasculaires (24,5 %), les diurétiques (22,1 %), les analgésiques non opiacés (15,4 %), les hypoglycémifiants (10,9 %) et les anticoagulants (10,2 %). « La plupart sont des catégories de médicaments fréquemment employées. Il est difficile de dire que nous ne les connaissons pas bien », souligne le D^r Cusson.

Dans 65,3 % des cas, les symptômes du patient ont duré plus de 24 heures. Et dans 1,2 % des erreurs, le sujet en est mort. Les troubles

Un formulaire pour éviter les erreurs

Après la sortie de l'hôpital, jusqu'à 61 % des patients pourraient avoir des problèmes à cause de leurs médicaments. Environ la moitié des ordonnances sont d'ailleurs modifiées pendant l'hospitalisation. Pour réduire le risque d'erreurs, le D^r Jean Cusson et ses collègues ont créé un formulaire de départ de l'hôpital.

Le nouveau document permet au médecin de dresser la liste des médicaments du patient au moment de son admission, de préciser pendant le séjour ceux dont il renouvelle, modifie ou cesse la prescription, et d'y rédiger l'ordonnance de départ (voir figure). Une copie est destinée au patient, une autre à son pharmacien, et la dernière reste dans le dossier médical.

Le formulaire a été testé sur une période de 28 jours dans les trois hôpitaux du Centre hospitalier de l'Université de Montréal chez 34 patients et comparé à l'ordonnance de départ habituelle donnée à 55 patients au cours du mois précédent.

Pour 82 % des patients qui ont reçu le nouveau formulaire, les indications qu'a ensuite inscrites le pharmacien communautaire dans leur dossier correspondaient totalement à l'ordonnance de départ, alors que cela ne s'est produit que dans 40 % des cas avec l'ordonnance habituelle, révèlent les données publiées dans *The Annals of Pharmacotherapy*¹. Les principales améliorations venaient du fait que les médicaments éliminés à

l'hôpital avaient été retirés du dossier du pharmacien et que les informations sur les allergies, que le médecin notait sur la formule, y étaient plus souvent inscrites.

Dans plusieurs hôpitaux du Québec, certains services recourent au nouveau formulaire de sortie d'hôpital en attendant d'avoir un système informatisé. À l'hôpital Charles LeMoine, où travaille le D^r Cusson, ce document sera utilisé dans les unités où les patients doivent prendre de nombreux médicaments. ☞

1. Paquette-Lamontagne N, McLean WM, Besse L et al. Evaluation of a new integrated discharge prescription form. *Ann Pharmacother* 2001 ; 35 : 953-8.

Figure

ORDONNANCES MÉDICALES DE DÉPART		FORMULAIRE À L'ESSAI				
VERSION DE TRAVAIL		HÔPITAL Charles LeMoine				
Allergies :						
DATE :		DATE :				
Appuyez fermement avec un stylo à bille		ORDONNANCE DE DÉPART				
MÉDICAMENTS AVANT L'ADMISSION	NOTES / COMMENTAIRES					
1.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	1.				
2.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	2.				
3.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	3.				
4.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	4.				
5.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	5.				
6.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	6.				
7.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	7.				
8.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	8.				
9.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	9.				
10.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	10.				
11.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	11.				
12.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	12.				
13.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	13.				
14.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	14.				
15.	<input type="checkbox"/> cont. <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> cessé	15.				
Pharmacien(ne) :		REPETATUR NR 1 2 3 4 5				
Télé-avertisseur :		NOM LETTRES MOULÉES # LICENCE				
		SIGNATURE				

évitables causés par les médicaments ont surtout affecté l'appareil rénal et l'équilibre électrolytique (26,6 %) ou le tractus gastro-intestinal (21,1 %), consistaient en des hémorragies (15,9 %), ont touché le système endocrinien et métabolique (13,8 %) et ont été de nature neuropsychiatrique (8,6 %).

L'étude du D^r Gurwitz devrait faire réfléchir, estime le D^r Cusson. « Elle montre noir sur blanc que des réactions graves surviennent chez des patients qui sont représentatifs de notre clientèle. Dans les deux tiers des réactions évitables, le médecin y a joué un rôle. Si l'on se fie aux données de cette recherche, chaque année, 2 % des patients âgés de la plupart des médecins connaissent une réaction grave ou mortelle qui aurait pu être évitée... » ❧

Syndrome respiratoire aigu sévère contamination par macrogouttelettes



Le D^r Yves Robert.

Pour prévenir la transmission du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) au sein d'un hôpital, le port du masque est particulièrement efficace, viennent de montrer des chercheurs de Hong Kong. Il protège mieux que l'utilisation des gants, de la blouse et le lavage des mains. L'infection se transmettrait par gouttelettes, ce que semblaient déjà indiquer les données épidémiologiques.

La nouvelle est rassurante. « La contamination ne se produit ainsi pas par aérosol, un mode de transmission très contagieux par

lequel le malade met en suspension dans l'air des microgouttelettes infectées. Le virus du SRAS est plutôt transmis par des personnes

contaminées qui toussent et projettent des macrogouttelettes », explique le D^r Yves Robert, médecin-conseil en maladies infectieuses au ministère de la Santé et des Services sociaux.

En Chine, le D^r Seto et ses collaborateurs ont étudié les cas de 13 membres du personnel infectés et de 241 non infectés qui se sont occupés de 11 patients atteints du SRAS dans cinq hôpitaux. Les chercheurs ont interrogé les participants sur leur port du masque, des gants, de la blouse et sur leur lavage des mains.

Aucune des 69 personnes qui avaient suivi les quatre mesures de protection n'a été contaminée, a découvert l'équipe chinoise, qui publie ses résultats dans le *Lancet*¹. Par contre, tous les membres du personnel qui ont été infectés ont omis au moins une des précautions. En réalité, cependant, seul le port du masque comptait vraiment. Le recours aux gants, à la blouse et le lavage des mains n'apportaient pas de protection supplémentaire.

Les masques n'ont toutefois pas tous le même effet protecteur. Lequel faut-il choisir ? Le masque chirurgical, ou mieux, le N95. Le masque de papier s'est avéré inefficace : deux des sujets qui en portaient ont été infectés. « On ne recommande jamais de tels masques comme moyen de protection contre les gouttelettes, car ils sont facilement mouillés par la salive », préviennent les investigateurs.

Pas de contamination par les mains

Selon les données de l'équipe chinoise, la transmission du virus du SRAS, de toute évidence, ne s'effectuait pas par aérosol : 30 % des sujets non contaminés ne portaient pas de masque. Elle se produirait plutôt par gouttelettes : aucun de ceux qui se protégeaient avec un masque chirurgical ou un masque N95 n'a été infecté.

Le masque cependant ne protégerait plus lorsqu'un nébulisateur est employé chez un patient infecté. « C'est comme si l'on vaporisait

1. Seto WH, Tsang D, Yung RW et al. Effectiveness of precautions against droplets and contact in prevention of nosocomial transmission of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Lancet* 2003 ; 361 : 1519-20.

alors le virus dans la pièce, ce qui augmente sa contagiosité. À Toronto, le recours à un nébulisateur a causé un problème majeur. Un des patients souffrant du SRAS qui en avait eu un à l'urgence a ainsi infecté son voisin. » Les investigateurs ont d'ailleurs exclu de l'étude un hôpital où une importante éclosion de SRAS avait eu lieu à cause de l'emploi d'un nébulisateur.

Et qu'en est-il des autres modes de contamination ? Des chercheurs ont récemment découvert que le germe peut survivre dans un environnement hostile pendant 24 heures. « Bien des personnes s'en sont inquiétées. Elles y voyaient un autre mode de transmission du virus. Mais une donnée de l'étude chinoise sur la contamination par les mains est rassurante : l'association entre le port des gants et l'infection n'était pas significative », souligne le D^r Robert.

Quelles précautions devrait-on donc conseiller au personnel soignant des hôpitaux québécois ? « Je recommande l'utilisation des mesures de prévention générale lorsqu'on place un patient en isolement respiratoire. Cependant, pour les professionnels de la santé travaillant au triage dans une urgence et ne pouvant changer de blouse et de gants entre chaque patient, la mesure de protection essentielle est le port du masque. » ❧

Hyperlipidémie

Crestor : pour les patients à risque de coronopathie

par Luc Dupont

Une nouvelle statine réduisant les taux de cholestérol, Crestor® (rosuvastatine calcique), vient d'être approuvée par Santé Canada pour le traitement de l'hypercholestérolémie, qu'elle soit primaire ou familiale, ainsi que pour celui de la dyslipidémie mixte.

« Les résultats cliniques montrent que Crestor arrive mieux que ses concurrents à abaisser jusqu'aux seuils visés les taux de cholestérol, explique le D^r François Gilbert, endocrinologue et directeur de la Clinique des lipides de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Avec les autres statines, on ne réussit à atteindre les valeurs cibles que dans 50 % des cas en moyenne. Les meilleures, comme Lipitor^{MC}, réussissent dans 60 à 65 % des cas à

abaisser suffisamment le taux de mauvais cholestérol. Or, les études sur le Crestor ont démontré que le taux de réussite pouvait être de 10 % supérieur, soit autour de 75-80 %. »

Régulateur du métabolisme des lipides, Crestor fait partie de la même classe de médicaments que les autres statines. Il agit en inhibant, à l'intérieur du foie, l'HMG-CoA réductase, cette enzyme essentielle à la biosynthèse du cholestérol.

Crestor réduit plus efficacement le cholestérol-LDL

Les études cliniques ont révélé qu'à la dose de départ de 10 mg, Crestor réduisait davantage le taux de cholestérol-LDL que 10 mg d'atorvastatine : 50 % par rapport à 39 %. En outre, la nouvelle statine permet de diminuer davantage le ratio cholestérol total/cholestérol-HDL que l'atorvastatine à 10 mg ou la simvastatine à 20 mg : 40 % par rapport à 32 % et à 29 %, respectivement. Enfin, Crestor augmente le cholestérol-HDL plus efficacement que l'atorvastatine à 10 mg : 8 % par rapport à 6 %.

« Cette efficacité supérieure en fait un médicament particulièrement indiqué pour les patients le plus fortement prédisposés aux maladies coronariennes, c'est-à-dire ceux dont le risque de subir un infarctus dans les 10 prochaines années est de 40 % et plus, et qui ne répondent pas suffisamment bien aux autres statines », poursuit le D^r Gilbert. Crestor est également une bonne solution de traitement pour des patients particulièrement à risque, dont le taux de cholestérol-LDL très élevé rend difficile l'atteinte des valeurs cibles.

Moins de douleurs musculaires

On reproche généralement aux statines de produire des douleurs musculaires. Qu'en est-il ici ? « Crestor semble mieux toléré ; il cause moins de douleurs musculaires en tout cas, indique l'endocrinologue. Probablement qu'il est mieux métabolisé et plus facilement éliminé, ce qui diminue le risque d'effets indésirables. »

Crestor est présenté sous forme de comprimés de 10, 20 et 40 mg. Il est administré à raison d'une dose unique quotidienne. Son prix, pour 30 comprimés de 10 mg : environ 53 \$. En comparaison, le coût de 30 comprimés d'atorvastatine (Lipitor) est d'à peu près 63 \$ pour la dose de 10 mg et de quelque 77 \$ pour celle de 20 mg. ❧

Zyprexa : un bon adjuvant aux stabilisateurs de l'humeur

par Luc Dupont

l'halopéridol. De même, il commence à agir plus rapidement que le divalproex et aussi vite que l'halopéridol. Le valproate et le lithium se sont avérés par ailleurs plus efficaces en association avec l'olanzapine qu'en monothérapie.

Le Zyprexa a cependant un important effet indésirable : la prise de poids. Dans les essais cliniques, l'association

Suite page 136 >>>

Une nouvelle arme vient de s'ajouter à l'arsenal thérapeutique de la psychose maniacodépressive. Santé Canada a récemment approuvé une nouvelle indication de Zyprexa® (olanzapine) : le traitement de courte durée des épisodes maniaques ou mixtes du trouble bipolaire.

« Le médicament ne disqualifie en rien le lithium ou les autres stabilisateurs de l'humeur, explique le **D^r Daniel Saint-Laurent**, psychiatre à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Il apparaît plutôt comme un adjuvant à ces stabilisateurs, un agent qui permet de maîtriser rapidement les épisodes d'hypomanie ou de manie, qui sont néanmoins toujours susceptibles de survenir. »

Également indiquée depuis 1996 pour traiter les symptômes schizo-affectifs, l'olanzapine – une thiénobenzodiazépine – est un agent antipsychotique présentant une grande affinité notamment pour les récepteurs sérotoninergiques et dopaminergiques.

Dans les études cliniques, le Zyprexa s'est révélé plus efficace que le divalproex pour traiter, pendant un court laps de temps, la symptomatologie des épisodes maniaques et mixtes aigus du trouble bipolaire I, et d'une efficacité comparable à celle de

olanzapine-lithium ou olanzapine-valproate a été liée à une fréquence élevée d'augmentation de poids : 26 %, contre 7 % pour le placebo. « Effectivement, le médicament peut stimuler l'appétit et entraîner une importante prise de poids », admet le D^r Saint-Laurent. La prise de poids moyenne est de 5,4 kg, et s'accroît chez les patients recevant une dose élevée d'olanzapine (15 ± 2,5 mg/jour). « Pour prévenir ce problème, il faut en informer le patient, lui donner des conseils d'hygiène alimentaire et le suivre étroitement en réévaluant périodiquement les effets secondaires et la posologie du médicament. »

Le psychiatre n'hésite pas à suggérer l'utilisation du Zyprexa, comme traitement de choix pour les patients sous lithium en consultation externe, et qui peuvent manifester tout à coup des signes d'hypomanie. « L'olanzapine peut permettre une maîtrise rapide de la situation, en évitant surtout que le patient glisse tout à fait dans la manie, explique-t-il. Mais dans ces cas-là, il ne s'agit pas seulement de prescrire du Zyprexa. Il faut aussi s'assurer que le lithium que doit recevoir le patient est encore à sa juste dose thérapeutique. » Si le patient a cessé de prendre ce stabilisateur de l'humeur, le Zyprexa peut aussi, selon le spécialiste, être utilisé jusqu'à ce que les concentrations thérapeutiques du lithium soient rétablies dans l'organisme.

Le Zyprexa se présente sous forme de comprimés de 2,5 mg, de 5 mg, de 10 mg, de 15 mg et de 20 mg ; on peut aussi se le procurer en cachets à dissolution orale de 5 et de 10 mg, sous le nom de Zyprexa Zydis®. Le prix mensuel, pour une posologie de 10 mg par jour, ce qui est normalement visé, est d'environ 235 \$.

Mises en garde

pas de diathermie pour les porteurs d'électrodes

La diathermie, ou recours à la chaleur

profonde, est dangereuse pour les porteurs d'électrodes métalliques. Ces dernières se retrouvent dans les stimulateurs cardiaques, les défibrillateurs, les implants cochléaires, les systèmes de stimulation cérébrale profonde et les stimulateurs de croissance osseuse et de la moelle épinière.

Aux États-Unis, deux patients ont subi des atteintes graves et permanentes à cause d'un traitement diathermique à ondes courtes. La thérapie a endommagé les tissus entourant les électrodes du système de stimulation cérébrale profonde qui leur avait été implanté.

La diathermie, tant à ondes courtes qu'à micro-ondes, peut être dangereuse pour les porteurs d'électrodes. La diathermie à ultrasons, pour sa part, ne comporte de risques que si le traitement est appliqué directement sur les électrodes, sur l'appareil implanté ou aux alentours.

Comment un traitement par la chaleur peut-il causer des dommages ? Le dispositif de diathermie émet une énergie qui, en atteignant les électrodes, peut provoquer une chaleur excessive dans les tissus environnants et causer des blessures graves, parfois mortelles. La diathermie peut être dangereuse même si l'appareil est réglé à une température qui n'engendre pas de chaleur profonde. Elle peut aussi endommager les systèmes implantés et en dérégler le fonctionnement.

La diathermie est employée par certains professionnels de la santé pour soulager la douleur, la raideur et les spasmes musculaires. On y recourt également pour réduire la contraction des articulations, pour diminuer la tuméfaction et la douleur après une intervention chirurgicale et pour accélérer la guérison des blessures.

Permax et la valvulopathie cardiaque

Une valvulopathie cardiaque serait apparue chez un petit nombre de patients prenant du Permax® (pergolide), employé pour le traitement

de la maladie de Parkinson. « L'évaluation pathologique des valvules qui ont été enlevées par chirurgie était compatible avec la valvulopathie associée au syndrome carcinoïde et l'utilisation d'autres alcaloïdes de l'ergot », précisent les sociétés Eli Lilly et Draxis Health dans une lettre adressée aux professionnels de la santé.

La valvulopathie pouvait concerner une ou plusieurs valvules, indiquent les rapports de post-commercialisation. Des valvules aortiques, mitrales et tricuspides ont été touchées. « On ignore si les changements valvulaires fibreux sont liés à la fibrose rétropéritonéale, pleurale et péricardique, qui sont des effets indésirables très rares mais bien connus, observés avec Permax® », indiquent les compagnies pharmaceutiques.

Dans certains cas, l'arrêt du médicament a permis de réduire les symptômes ou les manifestations de la valvulopathie. Un remplacement valvulaire a été nécessaire chez deux patients.

Depuis que le Permax® a été lancé aux États-Unis, en 1989, un nombre très limité de cas de valvulopathie a été signalé. Chez les quelque 500 000 personnes qui ont été traitées par le pergolide dans le monde entier, on a relevé des problèmes valvulaires chez moins de 1 patient sur 20 000 (0,005 %). Aucun cas n'a été rapporté au Canada. ❧

Le programme PRIISME

tous unis contre le diabète

par Francine Fiore

Le nouveau programme PRIISME-diabète vient d'être lancé. Innovateur, ce concept est une approche multidisciplinaire fondée sur un enseignement personnalisé aux patients et une formation spécifique des professionnels de la santé. L'un des objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux est justement de réduire

de 30 % l'incidence du diabète au Québec d'ici 2012.

La stratégie de PRIISME-diabète repose sur la promotion de meilleures habitudes de vie (alimentation et exercice physique), le dépistage précoce, l'intervention rapide et l'utilisation optimale des médicaments prescrits. Mais sa grande particularité consiste en la coordination des efforts de tous les intervenants, dont les médecins, les infirmières, les diététistes et les pharmaciens.

À Laval, le projet PRIISME est amorcé depuis plus d'un mois déjà. « Actuellement, nous formons les médecins de quatre cliniques privées, alors que les patients qu'ils traitent suivent des cours en groupe dans les CLSC, explique le **D^r André Bélanger**, endocrinologue à la Cité de la Santé. » D'autres projets PRIISME seront implantés sous peu, dont un à Rimouski, deux autres à Montréal et éventuellement un en Ontario.

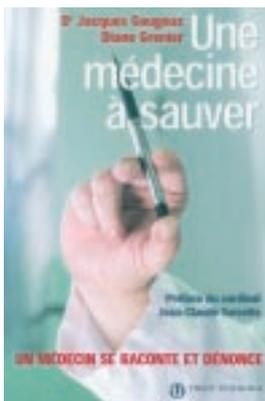
Créé il y a quatre ans, le programme PRIISME a déjà fait ses preuves en santé pulmonaire, notamment dans les cas d'asthme et de maladie pulmonaire obstructive chronique. Il a permis de diminuer de 30 % à 40 % le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations, de réduire l'absentéisme et de favoriser une meilleure utilisation des médicaments.

Le programme, lancé par GlaxoSmithKline, a reçu l'appui de nombreux organismes du milieu de la santé, dont la FMOQ, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le Collège des médecins du Québec. D'ici trois ans, ce laboratoire pharmaceutique investira trois millions de dollars dans PRIISME-diabète. Selon le **D^r Yves Lamontagne**, président du Collège des médecins du Québec, PRIISME est un excellent modèle de partenariat entre les secteurs public et privé. « Ce projet améliorera la santé et la qualité de vie des malades et apportera une aide considérable aux médecins de famille, car ce sont eux qui suivent 90 % des diabétiques », fait-il remarquer. ❧

Suite page 171 ►►►

Une médecine à sauver un médecin se raconte et dénonce

par Jacques Gougoux et Diane Grenier



En danger la médecine ? Plusieurs croient que oui ! Et pour cause ! Dans la conjoncture actuelle de pénurie de médecins, de déficits budgétaires, d'engorgements des salles d'urgences et de listes d'attente sans fin, sa qualité semble menacée.

Certains prétendent que c'était mieux avant ! Eh bien, le D^r Jacques Gougoux raconte comment ça se passait vraiment. Au cours de ses 60 ans de pratique de la pneumologie à l'hôpital du Sacré-Cœur à Montréal, il en a vu de toutes les couleurs. Témoin et acteur des grands événements et réformes qui ont façonné la médecine et le système de santé, il en rappelle les progrès, les victoires, les erreurs et les échecs.

Puisant dans ses souvenirs, le D^r Gougoux signe un texte à la fois historique et biographique prenant parfois des allures pamphlétaires. Rappelant la situation sanitaire en France, son pays d'origine, et celle du Québec jusqu'au début du XX^e siècle, il en souligne les faits marquants, dont l'avènement de la bactériologie qui a sauvé le monde et de la radiologie qui a révélé l'intérieur du corps humain.

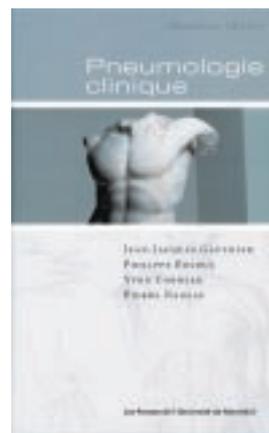
D'autres transformations majeures sont abordées dans l'ouvrage, dont le remplacement des servantes de Dieu par les infirmières, le passage du médecin de famille à la médecine familiale, l'arrivée des femmes en médecine et, bien sûr, la grande révolution de l'assurance maladie.

Pourtant le D^r Gougoux estime qu'il reste encore beaucoup à faire. À son avis, aux innovations scientifiques révolutionnaires s'oppose souvent un manque d'humanisme et de professionnalisme. Entre autres, il se demande ce qu'est devenu le « bon docteur », celui qui ne soignait pas des maladies mais des patients et, surtout, s'il est encore possible de sauver la médecine qui pourrait bien être en péril. ❧

Éditions Trait d'Union, Montréal, 2002, 293 pages, 29,95 \$.

Pneumologie clinique

par Jean-Jacques Gauthier, Philippe Bolduc, Yvon Cormier et Pierre Nadeau



Pour sa deuxième édition revue, améliorée et enrichie de nouveaux auteurs et de sept chapitres, *Pneumologie clinique* fait le point sur les maladies du poumon et la façon de les dépister et de les traiter. Alors que la première édition avait été rédigée uniquement par des experts de l'Université de Montréal, la nouvelle a été réalisée par une cinquantaine de professionnels de la santé en provenance

des quatre universités québécoises, sous la direction de quatre grands spécialistes.

Précis, clair et pratique, le texte aborde les manifestations cliniques et les façons d'établir un diagnostic différentiel, les maladies elles-mêmes et le traitement. Prenant l'allure d'un véritable *textbook*, cet ouvrage fait le tour de la pneumologie en passant par tous les détours nécessaires pour bien comprendre l'étiologie des nombreuses maladies pouvant affecter l'appareil respiratoire.

À l'aide d'exemples cliniques bien étayés, les auteurs proposent une grande révision des différentes approches diagnostiques et thérapeutiques. Entre autres, il y est question de la tuberculose qui refait surface et de la pneumonie nosocomiale. Dans un contexte de vieillissement de la population, les auteurs traitent également de l'approche gériatrique en pneumologie. Il est aussi question des problèmes respiratoires au cours de voyages en avion, de la transplantation pulmonaire, des traumatismes du thorax, de l'apnée du sommeil, de l'éthique et de bien d'autres choses. Finalement, pour le praticien qui désire se rafraîchir la mémoire, un chapitre porte sur les techniques d'imagerie. ❧

Les Presses de l'Université de Montréal, 2002, 762 pages, 90 \$.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

Aucun cas de surdosage avec VIOXX® (rofécoxib) n'a été rapporté au cours des études cliniques.

Dans les études cliniques, l'administration de doses uniques de VIOXX® allant jusqu'à 1 000 mg et de doses multiples allant jusqu'à 250 mg par jour durant 14 jours n'a pas entraîné de toxicité importante.

En cas de surdosage, on doit mettre en œuvre les mesures de soutien habituelles, c'est-à-dire évacuer la substance non absorbée du tractus digestif, assurer une surveillance médicale et, si nécessaire, amorcer un traitement d'appoint.

Le rofécoxib ne peut pas être éliminé par hémodialyse; on ne dispose d'aucune donnée sur l'élimination du rofécoxib par dialyse péritonéale.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

VIOXX® (rofécoxib) est administré par voie orale.

Arthrose

La dose initiale recommandée est de 12,5 mg une fois par jour. Certains patients peuvent obtenir des bienfaits additionnels en augmentant la dose à 25 mg une fois par jour. La posologie maximale recommandée est de 25 mg par jour. On devrait utiliser la dose efficace la plus faible (voir ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Etudes cliniques, Arthrose).

Polyarthrite rhumatoïde

La dose recommandée est de 25 mg une fois par jour. La posologie maximale recommandée est de 25 mg par jour. On a aussi évalué l'efficacité de VIOXX® administré à raison de 50 mg une fois par jour, mais cette posologie ne s'est pas avérée significativement plus efficace que celle de 25 mg une fois par jour. On devrait utiliser la dose efficace la plus faible (voir ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Etudes cliniques, Polyarthrite rhumatoïde).

Soulagement de la douleur aiguë et traitement de la dysménorrhée primaire

La dose initiale recommandée est de 50 mg une fois par jour. Les doses subséquentes sont de 25 mg à 50 mg une fois par jour. La posologie maximale recommandée est de 50 mg par jour. VIOXX® a été évalué pour le soulagement de la douleur aiguë pendant une période maximale de 5 jours. L'administration à long terme de la dose de 50 mg n'est pas recommandée (voir ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Etudes cliniques, Analgésie, y compris dans les cas de dysménorrhée primaire).

Il n'est pas nécessaire de régler la posologie chez les personnes âgées, les personnes souffrant d'insuffisance rénale légère ou modérée (clairance de la créatinine : 30 à 80 mL/min) ou les sujets atteints d'insuffisance hépatique légère (score de Child-Pugh : 5-6). Chez les sujets atteints d'insuffisance hépatique modérée (score de Child-Pugh : 7-9), il est recommandé d'administrer la dose la plus faible possible. La dose maximale recommandée dans le traitement à long terme est de 12,5 mg une fois par jour. On ne dispose d'aucune donnée clinique chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave (score de Child-Pugh : > 9) (voir ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Pharmacocinétique, Populations particulières).

VIOXX® peut être pris avec ou sans aliments.

Suspension orale

La suspension orale VIOXX® à 12,5 mg/5 mL peut être substituée aux comprimés VIOXX® à 12,5 mg dans toutes les indications susmentionnées.

COMPOSITION

Chaque comprimé VIOXX® (rofécoxib) renferme soit 12,5 mg ou 25 mg de rofécoxib et les ingrédients non médicinaux suivants : cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, hydroxypropylcellulose, lactose, oxyde ferrique jaune et stéarate de magnésium.

Chaque 5 mL de la suspension orale VIOXX® renferme 12,5 mg de rofécoxib et les ingrédients non médicinaux suivants : acide citrique (monohydraté), citrate de sodium (dihydraté), eau purifiée, gomme xanthane, solution de sorbitol et arôme de fraise, ainsi que du méthylparabène sodique à 0,13 % et du propylparabène sodique à 0,02 % comme agents de conservation.

STABILITÉ ET ENTREPOSAGE

Comprimés VIOXX®

Conserver à 25 °C; des écarts sont permis entre 15 °C et 30 °C (température ambiante).

Suspension orale VIOXX®

Conserver à 25 °C; des écarts sont permis entre 15 °C et 30 °C (température ambiante). Craint le gel. Bien agiter avant l'emploi.

PRÉSENTATION

Le comprimé VIOXX® à 12,5 mg est crème ou blanc cassé, rond, en forme de cupule et porte le code MRK 74 d'un côté et VIOXX de l'autre. Flacons de 30, 100 et 1 000.

Le comprimé VIOXX® à 25 mg est jaune, rond et porte le code MRK 110 d'un côté et VIOXX de l'autre. Flacons de 30, 100 et 1 000.

La suspension orale VIOXX® à 12,5 mg/5 mL est opaque, blanche ou jaune pâle, à saveur de fraise. Agiter le flacon pour que la suspension redevienne homogène. Flacon de 150 mL (12,5 mg/5 mL).

MONOGRAPHIE FOURNIE SUR DEMANDE

(830-a,4,03)

34410622, 34410699, 34410700, 34410715, 34410716, 34410717

Membre



Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.

MERCK FROSST CANADA & CIE

C.P. 1005, POINTE-CLAIRE
DORVAL (QUÉBEC) H9R 4P8

« « « Suite de la page 137

Imagerie médicale

les maux de dos ? le casse-tête !

par Luc Dupont

Les maux de dos sont souvent des casse-tête... D'autant plus qu'il y a fréquemment absence de corrélation entre les observations faites grâce aux techniques d'imagerie médicale et les symptômes ou douleurs signalés par les patients. C'est dans ce contexte que des chercheurs du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) ont évalué une nouvelle technologie de visualisation de la colonne vertébrale, l'imagerie par résonance magnétique à champ ouvert (IRMCO), une version améliorée de l'IRM standard¹.

Contrairement aux autres types d'imagerie où le patient est toujours examiné en position couchée, l'IRMCO, grâce à sa configuration ouverte, permet l'examen en position assise, à genoux et avec une flexion du tronc. Elle permet également de visualiser la colonne en temps réel lorsque celle-ci est mise en charge (poids posé sur les épaules du patient).

Les chercheurs se sont demandé si, grâce à ces remarquables particularités, on pouvait enfin arriver à affecter une mesure physiologique à l'expression

de la douleur. Cent deux sujets participaient à l'étude : 50 personnes asymptomatiques, dont une moitié avait une apparence de lésion à l'IRM pouvant amener un médecin à présumer une lombalgie, de même qu'un groupe de 52 patients lombalgiques, dont 31 présentaient des lésions vertébrales visibles.

Des résultats décevants

Les résultats obtenus ont été assez décevants, si l'on tient compte des promesses que laissait présager la technologie. Ainsi :

- les chercheurs n'ont noté aucune différence significative entre les mesures prises à l'aide de l'IRMCO sur les participants asymptomatiques, qu'ils présentent une apparence de lésion ou non, et ce, quels que soient la position ou le mouvement ;
- chez les patients souffrant de maux de dos mais ne montrant aucune lésion discale, les dimensions du disque étaient essentiellement identiques à celles du disque sain d'une personne asymptomatique ;
- l'effet de charge (18 kilogrammes) n'a pas modifié la dynamique intervertébrale ;
- les variations de position n'ont apporté que très peu d'informations supplémentaires, seulement quatre nouvelles lésions ayant pu être découvertes grâce à l'IRMCO ;
- par contre, la technologie a bien montré que les disques pathologiques des patients lombalgiques sont plus affaiblis et plus minces que les disques malades des personnes asymptomatiques, et ce, dans toutes les postures étudiées. Toutefois, des études classiques de

Echographies

171

1. Roy J-F, Moutquin J-M, Lindsay C, Montmigny P, Bergeron F, Bouchard G, Dufour M, Grondin P. *Sensibilité et spécificité de la résonance magnétique à champ ouvert pour l'objectivation de l'état symptomatique lombaire*, Rapport R-299, 23 pages (5,35 \$).

Suite page 173 >>>

dans le cadre d'essais cliniques contrôlés. Un patient a été retiré des essais cliniques pour cause de leucopénie. **Neutropénie** : Un nombre de neutrophiles $\leq 1,5 \times 10^3/\text{mm}^3$ a été calculé chez 1,3 % des patients qui ont pris TEVETEN® et chez 1,4 % des patients qui ont reçu le placebo dans le cadre d'essais cliniques contrôlés. Aucun patient n'a été retiré d'un essai clinique pour cause de neutropénie. **Thrombocytopénie** : Un nombre de plaquettes $\leq 100 \times 10^9/\text{L}$ a été calculé chez 0,3 % des patients qui ont pris TEVETEN® (un patient) et chez aucun des patients qui ont reçu le placebo dans le cadre d'essais cliniques contrôlés. Quatre patients qui ont reçu TEVETEN® dans le cadre d'essais cliniques ont été retirés pour cause de thrombocytopénie. Dans un cas, la thrombocytopénie était présente avant l'administration de TEVETEN®. **Potassium sérique** : Une valeur de potassium $\geq 5,6 \text{ mmol/L}$ a été observée chez 0,9 % des patients qui ont pris TEVETEN® et chez 0,3 % des patients qui ont reçu le placebo dans le cadre d'essais cliniques contrôlés. Un patient a été retiré des essais cliniques pour cause d'hyperkaliémie, et trois l'ont été pour cause d'hypokaliémie. **POSOLOGIE ET ADMINISTRATION** Il faut adapter la posologie de TEVETEN® (mésylate d'éprosartan) aux besoins particuliers de chaque patient. Au début du traitement, il faut tenir compte d'un traitement médicamenteux récent au moyen d'antihypertenseurs, du degré d'élévation de la tension artérielle, d'une restriction à l'égard du sel et des autres facteurs cliniques pertinents (voir MISES EN GARDE – Hypotension). Il faudra peut-être adapter la posologie des agents hypertenseurs utilisés avec TEVETEN® (éprosartan). TEVETEN® peut être pris avec ou sans aliment, mais il devrait être pris systématiquement de la même façon en ce qui concerne la nourriture et au même moment à chaque jour. **Monothérapie** La dose initiale recommandée de TEVETEN® (mésylate d'éprosartan) est de 600 mg une fois par jour. Après le début du traitement, il peut s'écouler de 2 à 3 semaines avant qu'une réduction maximale de la tension artérielle ne soit obtenue chez la plupart des patients. Chez les patients où la maîtrise de la tension artérielle n'est pas satisfaisante, on peut accroître la dose à 800 mg une fois par jour. Chez certains patients traités une fois par jour, l'effet antihypertenseur peut diminuer vers la fin de l'intervalle posologique. Si une maîtrise satisfaisante ne peut être maintenue pendant 24 heures, on devrait envisager l'administration biquotidienne de la même dose quotidienne totale. Si la maîtrise de la tension artérielle obtenue en monothérapie au moyen de TEVETEN® n'est pas satisfaisante, on peut administrer un diurétique thiazidique en concomitance. **Traitement diurétique concomitant** La prudence s'impose lorsqu'on introduit un traitement au moyen de TEVETEN® à des patients qui reçoivent des diurétiques puisqu'ils peuvent avoir subi une hypovolémie et risquent donc davantage de manifester de l'hypotension après avoir entrepris un autre traitement antihypertenseur. Dans la mesure du possible, l'administration de tous les diurétiques devrait cesser deux à trois jours avant l'administration de TEVETEN® afin de réduire la probabilité d'hypotension (voir MISES EN GARDE – Hypotension, et PRÉCAUTIONS – Interactions médicamenteuses). Si cela est impossible en raison de l'état du patient, TEVETEN® devrait être administré avec prudence et il faudrait surveiller étroitement la tension artérielle. Par la suite, la posologie devrait être adaptée selon la réponse individuelle du patient. **Adaptation de la posologie chez les patients âgés, atteints d'insuffisance hépatique et d'insuffisance rénale grave** : Il faudrait envisager une dose de départ moins élevée, soit de 400 mg une fois par jour.

PRÉSENTATION DES FORMES POSOLOGIQUES TEVETEN® (mésylate d'éprosartan) est offert en comprimés enrobés d'une pellicule en dispersion aqueuse qui renferment du mésylate d'éprosartan, soit l'équivalent de 400 mg ou de 600 mg d'éprosartan, comme suit : comprimés ovales et roses de 400 mg, marqués en creux SOLVAY sur un côté et 5044 sur l'autre; comprimés blancs en forme de capsule de 600 mg, marqués en creux SOLVAY sur un côté et 5046 sur l'autre. TEVETEN® est offert en flacons de PEHD à bouchons de polypropylène blanc dans les formats de 100 comprimés de la teneur de 400 mg et de 100 comprimés de la teneur de 600 mg. Voir la Monographie de produit pour des instructions détaillées sur la posologie (disponible sur demande).

Références:

1. Teveten (mésylate d'éprosartan) monographie, août 2002.



60 Columbia Way Suite 102, Markham,
Ontario, Canada L3R 0C9
1 800 268-4276.

®Marque déposée utilisée sous licence par
Solvay Pharma Inc.



Index des annonceurs

	Renseignements thérapeutiques
ALTANA PHARMA INC. / SOLVAY PHARMA INC.	
Pantoloc	61 124
ASTRAZENECA CANADA INC.	
Crestor	176-couv. III 152-153
Symbicort	114 154-155
AVENTIS PHARMA INC.	
Actonel	8-9 145-147
Altace	4 148-149
Dukoral	40 158-159
BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE	
Micardis	52 174
Spiriva	49 164-165
DALE-PARIZEAU LM	
.....	83
DIMETHAID SOINS DE SANTÉ LTÉE	
Pennsaid	107, 109 156-157
FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ	
Fonds FMOQ	175
GLAXOSMITHKLINE	
Avandamet	43, 50-51 142-144
LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA	
.....	121
LIFESCAN	
InDuo	84
MERCK FROSST CANADA & CIE	
Singulair	10
Vioux	4 167-171
NOVARTIS PHARMA CANADA INC.	
Eiidel	23-25 26-27
OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS	
.....	33
ORGANON CANADA LTÉE	
Andriol	117 123
PFIZER CANADA INC.	
Aricept	62 166
Lipitor	13 160-161
Viagra	couv. II
PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA	
Bextra	20-21 162-163
PHARMACIA CANADA	
Celebrex	90 133-135
SANOVI-SYNTHÉLABO CANADA INC.	
Plavix	38-39 150-151
SCHERING CANADA INC.	
Nasonex	15 130
SOLVAY PHARMA INC.	
Teveten	44 172-173
SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA	
.....	60
WYETH-AYERST CANADA INC.	
Effexor (anxiété)	6 139-141
Effexor (dépression)	34

◀◀◀ Suite de la page 171

radiologie datant du début des années 1970 – radiographie en position couchée – avaient déjà démontré que les disques pathologiques des personnes souffrant de maux de dos étaient affaiblis et plus minces.

L'IRM remise en question...

Les chercheurs estiment donc, en conclusion, que l'étude des disques intervertébraux à l'aide de l'IRMCO s'avère peu utile au diagnostic des lombalgies. La recherche confirme d'ailleurs certains faits, notamment que la seule façon de distinguer une personne lombalgique consiste à mesurer le pincement discal, et que cela peut se faire par une radiographie ordinaire en examinant l'espacement intervertébral. En conséquence, les auteurs remettent en question la pertinence des méthodes d'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilisées comme premier outil diagnostique, particulièrement dans les cas de lombalgies non associées à des compressions de nerfs. Le simple examen radiologique faciliterait, dans ces circonstances, un diagnostic beaucoup plus rapide, réduisant ainsi le phénomène de chronicité.

Les médecins en sont donc quitte pour continuer à appliquer la stratégie de diagnostic suggérée jusqu'à maintenant, à savoir une bonne relation avec le patient, un examen clinique minutieux et le recours à l'imagerie, en tenant compte dorénavant des limites des méthodes d'IRM.

Pour plus de détails, on peut

Suite page 175 ▶▶▶

Échographies

◀◀◀ *Suite de la page 173*

télécharger gratuitement l'étude en composant l'adresse suivante : www.irsst.qc.ca. On peut aussi communiquer directement avec l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) : (514) 288-1551. ☎

Le D^r Jocelyn Demers honoré par le CMQ

par Francine Fiore

Le D^r **Jocelyn Demers**, qui se consacre depuis plus de 25 ans aux enfants atteints de cancer, a reçu le Grand Prix du Collège des médecins du Québec (CMQ) pour l'ensemble de sa carrière.

Désirant constamment améliorer la qualité de vie de ses jeunes patients, l'hémato-oncologue pour enfants a créé différents comités pour humaniser les soins palliatifs dans son domaine. Il a également mis sur pied un camp d'été pour les enfants malades et leur famille. Le spécialiste est aussi l'un des fondateurs de l'Association Leucan et de la Fondation Charles-Bruneau, et l'instigateur du Manoir Ronald-McDonald de Montréal.

Diplômé de l'Université de Montréal en 1965, le D^r Demers commence sa carrière à l'Hôpital pour enfants de Tunis, où il travaille pendant trois ans comme coopérant. Se spécialisant ensuite en pédiatrie et en hématologie, il pratique après à l'Hôpital de Montréal pour enfants avant de se joindre à l'équipe de l'hôpital Sainte-Justine, où il est chef du Service d'hématologie-oncologie de 1985 à 1995. Il occupe maintenant le poste de directeur-coordonnateur du Centre de cancérologie pédiatrique Charles-Bruneau de l'Hôpital Sainte-Justine, qu'il a cofondé en 1995. ☎