

par Emmanuèle Garnier

Hormonothérapie substitutive et démence

des résultats concernant les femmes de 65 ans et plus

Nouvelle brique pour les défenseurs de l'hormonothérapie. Cette fois, la *Women's Health Initiative Memory Study* (WHIMS) révèle que la prise d'œstrogènes et de progestatifs ne fait rien de moins que de doubler le risque de démence chez les femmes ménopausées de 65 ans et plus¹!



Photos : Emmanuèle Garnier.

La D^{re} Barbara Sherwin.



Le D^r Serge Gauthier.

ont montré que les patientes qui prenaient des hormones entre l'âge de 50 et de 60 ans couraient 50 % moins de risques d'avoir la maladie d'Alzheimer à l'âge de 75 ans. Et ce, même si elles n'avaient pas été sous hormonothérapie durant 15 ou 25 ans. »

La D^{re} Sherwin

n'est néanmoins pas étonnée des résultats de WHIMS. Une importante étude américaine, menée chez des femmes de 70 ans et plus, avait déjà indiqué que les œstrogènes ne protégeaient pas les patientes âgées qui n'emploient l'hormonothérapie que depuis quelques années.

23 cas de plus par 10 000 femmes

L'étude WHIMS a été conduite chez 4532 des participantes du volet de l'étude *Women's Health Initiative* (WHI) portant sur l'association œstroprogestative. Aucune des patientes

12

Wyeth Canada, le fabricant de l'association œstroprogestative Premplus®, recommande la prudence devant ces conclusions. « On ne devrait prescrire une hormonothérapie qu'à la dose minimale et pendant la plus courte durée possible en tenant compte des objectifs thérapeutiques recherchés et des risques propres à chaque patiente. »

Codirectrice de la clinique de ménopause du Centre universitaire de santé McGill, la D^{re} Barbara Sherwin, pour sa part, ne s'alarme pas des résultats de WHIMS. « Les femmes recrutées pour cet essai clinique ne sont pas représentatives des patientes que nous traitons. Celles qui entreprennent une hormonothérapie ont entre 45 et 55 ans, et les conclusions de cette étude ne s'appliquent pas à elles. »

Paradoxalement, les œstrogènes auraient, au contraire, un effet protecteur quand ils sont pris au début de la ménopause, explique la chercheuse. « Des études d'observation

1. Shumaker SA, Legault C, Rapp SR et al. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: The Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003 ; 289 : 2651-62.

ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

<i>Hormonothérapie substitutive et démence des résultats concernant les femmes de 65 ans et plus</i>	12
<i>Bouffées de chaleur proposer un antidépresseur ?</i>	14
<i>Mises en garde répaglinide et gemfibrozil : une association contre-indiquée</i>	16
<i>vente de produits illégaux contenant de l'éphédrine</i>	16
<i>Dermatite atopique un deuxième médicament non stéroïdien sur le marché</i>	100
<i>Un nouveau glucomètre pour comprendre les facteurs influençant la glycémie</i>	101
<i>Électrochocs efficaces, et même vitaux, malgré les effets indésirables</i>	101
<i>Bibliographies</i>	
<i>Le fantôme intérieur</i>	103
<i>Les Cahiers de soins palliatifs</i>	126

Un effet différent sur les troubles cognitifs légers

Le D^r Serge Gauthier, directeur de l'Unité de recherche sur la maladie d'Alzheimer du Centre d'étude McGill sur le vieillissement, est déçu. Il espérait que les résultats de l'étude WHIMS seraient au moins neutres. « On savait déjà que les œstrogènes ne fonctionnaient pas comme traitement principal ou d'appoint de la maladie d'Alzheimer. On va maintenant tourner la page sur le rôle préventif des œstrogènes associés à un progestatif et se concentrer davantage sur la réduction des dépôts d'amyloïdes et sur la recherche d'anti-inflammatoires mieux tolérés. »

Une donnée issue de cette étude a toutefois retenu l'attention du chercheur : l'hormonothérapie n'aurait pas la même influence sur les troubles cognitifs légers que sur la démence. Ainsi, dans le groupe sous hormones, le taux de personnes présentant de petites atteintes cognitives n'a pas été statistiquement supérieur à celui du groupe témoin. La prise d'œstrogènes et de progestatifs n'accroîtrait donc pas la fréquence de ces troubles, mais n'aurait pas non plus l'effet protecteur que certains espéraient.

« Ces résultats semblent indiquer que, dans la majorité des cas, les troubles cognitifs légers ne se transformeront pas en maladie d'Alzheimer. Il pourrait s'agir de deux problèmes différents. Le diagnostic de trouble cognitif léger est comme une boîte noire dans laquelle on classe temporairement les problèmes de certaines personnes qui vieillissent, mais ne souffrent pas vraiment de la maladie d'Alzheimer. » On devrait avoir plus d'informations sur le lien entre ces deux affections en avril 2004, au congrès international de Montréal, où seront dévoilées de nouvelles données.

ne souffrait initialement de démence. Les sujets, répartis de manière aléatoire dans deux groupes, ont pris quotidiennement soit un placebo, soit un comprimé de 0,625 mg d'œstrogènes équin conjugués et de 2,5 mg de médroxyprogestérone (Prempro®).

Les résultats, obtenus au bout de quatre ans en moyenne, sont troublants : 66 % des 61 femmes chez qui une démence a été diagnostiquée étaient sous hormonothérapie, alors que seulement 34 % étaient sous placebo. Dans les deux groupes, la maladie d'Alzheimer constituait le type de démence le plus fréquent.

Les résultats seraient cependant moins dramatiques qu'ils ne le paraissent. Le risque accru lié à l'hormonothérapie ne résulterait qu'en un surplus de 23 cas de démence par 10 000 femmes par année.

La différence entre les deux groupes a commencé à se dessiner après la première année et a persisté jusqu'à la fin de l'étude. « L'une des hypothèses possibles repose sur l'augmentation du risque d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) qui a été observée dans le volet œstrogènes-

progestatif de l'étude WHI, avancent les chercheurs. Bien que le risque de démence probable soit accru même chez les participantes de l'étude WHIMS qui ne présentaient pas d'AVC nouveaux ou antérieurs, nous ne pouvons déterminer à partir de ces données si de petits AVC non détectés étaient plus susceptibles de se produire chez les participantes qui prenaient des œstrogènes et un progestatif ou si de tels accidents pouvaient être responsables de l'augmentation du risque », indiquent les chercheurs.

Les progestatifs joueraient-ils un rôle dans l'apparition de la démence ? Peut-être. L'autre volet de WHI, qui portait sur la prise d'œstrogènes seuls par des femmes hystérectomisées, pourrait apporter la réponse à cette question. Certaines recherches chez les animaux

montreraient que l'association œstroprogestative semble inverser les effets bénéfiques des œstrogènes seuls.

Quelle conclusion faut-il tirer ? « WHIMS est une étude bien organisée. On ne peut contredire ses données, reconnaît la D^{re} Sherwin. Mais elle nous apprend seulement qu'il n'y a pas de bonne raison de commencer à traiter des femmes de 65 ans et plus avec des œstrogènes associés à un progestatif. »

La société Wyeth, de son côté, estime que les médecins doivent prendre en considération les conclusions de l'étude WHIMS quand ils évaluent les bienfaits et les risques de l'hormonothérapie d'association chez les femmes traitées ou qui envisagent de l'être. Mais, pour la compagnie, l'hormonothérapie est toujours pertinente « lorsqu'elle est utilisée conformément à ses indications, c'est-à-dire le soulagement des symptômes de la ménopause, comme les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes et la sécheresse vaginale, et la prévention concomitante de l'ostéoporose postménopausique. »

Bouffées de chaleur proposer un antidépresseur ?

Que proposer à une patiente ménopausée qui ne veut pas d'hormonothérapie pour traiter ses bouffées de chaleur ? De la paroxétine à libération lente (Paxil® CR), suggère une étude financée, conçue, réalisée et analysée principalement par GlaxoSmithKline, le fabricant du médicament. Les données viennent d'être publiées dans le *Journal of the American Medical Association*¹.

« L'emploi d'antidépresseurs pour réduire les bouffées de chaleur n'est pas nouveau, précise le **D^r Pierre Fugère**, gynécologue-obstétricien au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Le Prozac® a été le premier à être étudié pour cette indication, puis il y a eu l'Effexor® et, maintenant, nous avons le Paxil. Les essais cliniques montrent que ces médicaments sont assez efficaces. Cependant, quand on propose aux femmes des antidépresseurs comme traitement des problèmes liés à la ménopause, elles les refusent d'emblée. »

Les auteurs de l'étude sur la paroxétine estiment, eux, que la solution est intéressante. Leur essai clinique portait sur 165 femmes ménopausées qui avaient au moins deux bouffées de chaleur par jour et qui ne suivaient pas d'hormonothérapie depuis au moins six semaines. Parmi les participantes randomisées, 56 ont reçu un placebo, 51 ont pris une dose quotidienne de 12,5 mg de paroxétine à libération lente et 58 une dose de 25 mg, et ce pendant six semaines.

À la fin de l'étude, la fréquence des bouffées de chaleur est passée :

- de 7,1 à 3,8 par jour (réduction de 3,3) avec une dose quotidienne de paroxétine de 12,5 mg de paroxétine ;
- de 6,4 à 3,2 par jour (diminution de 3,2) avec une dose quotidienne de 25 mg ;

- de 6,6 à 4,8 par jour (baisse de 1,8) avec le placebo.

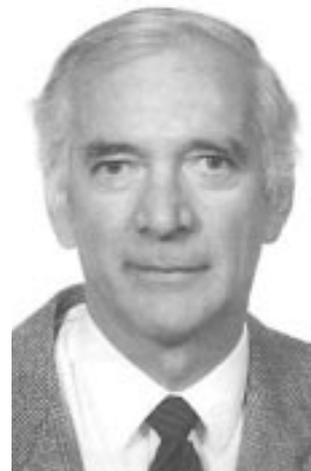
Le taux de réponse a été de 62,5 % dans le groupe qui prenait la dose de paroxétine de 25 mg par jour, de 58,3 % dans celui qui recourait à la dose de 12,5 mg et de 42,9 % chez les sujets témoins.

Utile dans des cas particuliers

La paroxétine à libération lente a été, en général, bien tolérée. Les problèmes le plus souvent signalés, mais qui étaient moins nombreux dans le cas de la dose de 12,5 mg, consistaient en des maux de tête, des nausées et de l'insomnie. La paroxétine n'a par ailleurs pas semblé avoir de répercussion sur le fonctionnement sexuel. Douze des 109 femmes qui prenaient l'antidépresseur et deux des sujets témoins ont néanmoins abandonné l'étude à cause d'effets indésirables. « La paroxétine à libération lente peut être une solution de rechange efficace et acceptable à l'hormonothérapie substitutive et aux autres thérapies qui visent à soulager les bouffées de chaleur de la ménopause », concluent les chercheurs.

Le D^r Fugère, pour sa part, préfère proposer des produits naturels aux patientes qui ne veulent pas entendre parler d'hormonothérapie. « Les produits à base d'actée en grappes donnent certains résultats, même si leur action n'est pas spectaculaire. Je recommande aussi, parfois, de la clonidine (Dixarit®), qui a un effet vasculaire et qui peut donc atténuer les bouffées de chaleur. »

Le gynécologue n'écarte toutefois pas le Paxil. Le médicament peut être utile dans des cas particuliers. « Il m'arrive d'en prescrire à une femme chez qui on a diagnostiqué un cancer du sein et qui, après avoir subitement cessé de prendre ses hormones, est affectée par des symptômes très pénibles. Ce genre de



Le D^r Pierre Fugère.

1. Stearns V, Beebe KL, Iyengar M et al. Paroxetine controlled release in the treatment of menopausal hot flashes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003 ; 289 : 2827-34.

patiente acceptera de recourir temporairement à des antidépresseurs. J'emploie également ces médicaments chez les femmes qui souffrent de tension prémenstruelle. »

Le meilleur traitement pour les symptômes de la ménopause reste encore l'hormonothérapie substitutive. « Aucune donnée n'a montré qu'elle avait des effets délétères pendant les cinq premières années », rappelle le D^r Fugère. Le spécialiste estime, en outre, que la prise d'hormones au cours de cette période est plus sûre que l'emploi d'antidépresseurs.

Le D^r Fugère n'hésite par ailleurs pas à relativiser les résultats de la *Women's Health Initiative* (WHI). « Cette étude a été faite chez des femmes âgées de 50 à 80 ans. Elle indique que certaines des patientes qui prenaient des œstrogènes et un progestatif ont eu des problèmes cardiovasculaires, mais étaient-ce les femmes de 75 ans ou celles de 55 ans ? Les données n'étaient pas présentées par tranches d'âges. Par ailleurs, on ne sait pas si l'œstrogénothérapie seule, qu'étudie l'autre volet de WHI, n'aura pas des effets favorables sur le plan cardiovasculaire, ce qui changerait toutes les données. » ❧

Mises en garde

Répaglinide et gemfibrozil : une association contre-indiquée

L'emploi simultané du répaglinide (GlucoNorm®), un antidiabétique, et du gemfibrozil, un hypolipidémiant, pourrait causer de graves hypoglycémies. Selon une étude récente, le gemfibrozil amplifierait et prolongerait l'effet hypoglycémiant du répaglinide, en augmentant considérablement sa concentration plasmatique.

Chez des volontaires en bonne santé, le pic plasmatique du répaglinide a été 2,4 fois plus élevé après la prise concomitante des deux médicaments. Le gemfibrozil ferait également passer la demi-vie de l'antidiabétique de 1,3 heure à 3,7 heures et multiplierait

sa concentration plasmatique au bout de 7 heures de presque 29 fois.

En Europe, l'association gemfibrozil-répaglinide est maintenant contre-indiquée. L'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments, à l'origine de la mise en garde, a d'ailleurs reçu cinq rapports d'hypoglycémies graves survenues à la suite de la prise simultanée des deux médicaments. Au pays, Santé Canada a demandé à Novo Nordisk, qui commercialise le répaglinide, de diffuser ces nouvelles données sur son produit. ❧

Vente de produits illégaux contenant de l'éphédrine

Malgré le rappel ordonné par Santé Canada, en janvier 2002, certains produits contenant de l'éphédra/éphédrine ainsi que de la caféine ou d'autres stimulants continuent à être vendus illégalement. Ils seraient proposés pour perdre du poids, pour augmenter la masse musculaire ou, encore, pour connaître un regain d'énergie.

Ces produits illégaux peuvent provoquer des accidents vasculaires cérébraux, des crises ou des arythmies cardiaques, des convulsions, des psychoses et des décès. Santé Canada a recensé plus de 60 effets indésirables.

La vente de certains médicaments contenant de l'éphédra/éphédrine, comme les décongestifs nasaux, est cependant autorisée, mais dans la mesure où ces produits ne contiennent pas de caféine ni plus de 8 mg d'éphédrine par dose.

Les médicaments visés par le rappel de Santé Canada étaient entre autres :

- les produits à base d'éphédra/éphédrine dont l'unité posologique est supérieure à 8 mg d'éphédrine ou dont le fabricant recommande de prendre plus de 8 mg par dose ou plus de 32 mg par jour, ou pour lesquels il indique ou laisse entendre qu'une utilisation de plus de sept jours est adéquate ;
- tous les produits mixtes contenant de l'éphédra/éphédrine associé à des stimulants

Suite page 100 ►►►

◀◀◀ *Suite de la page 16*

(comme la caféine) et à des ingrédients susceptibles d'accroître l'effet de l'éphédra/éphédrine dans l'organisme ;
● les produits à base d'éphédra/éphédrine associés à une allégation implicite et non corroborée d'effet coupe-faim, de perte de poids, d'accélération du métabolisme, de tolérance accrue à l'exercice, d'augmentation de la masse musculaire et du niveau d'énergie, ou de prolongation de l'état d'éveil, ou encore d'effets euphorisants ou stimulants. ☹

Dermatite atopique un deuxième médicament non stéroïdien sur le marché

par Luc Dupont

100

L'Elidel® (pimécrolimus), un nouveau médicament d'ordonnance non stéroïdien, vient d'être approuvé par Santé Canada pour le traitement à court terme, ou intermittent à long terme, de l'eczéma atopique d'intensité légère ou modérée.

« L'Elidel est, après le Protopic®, le deuxième médicament non stéroïdien destiné au traitement de l'eczéma, indique le **D^r Alain Ouellet**, dermatologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Sa grande qualité est de ne pas entraîner d'atrophie de la peau, contrairement aux corticostéroïdes topiques. »

Ce qui caractérise en effet les médicaments anti-eczéma de la nouvelle génération est leur ingrédient actif – le pimécrolimus pour l'Elidel et le tacrolimus, pour le Protopic – qui est plus sélectif que celui des traditionnels corticostéroïdes. Il inhibe l'élément de la chaîne immunitaire qui mène à l'inflammation, mais sans affecter les fibroblastes et les vaisseaux sanguins, laissant ainsi la peau intacte.

« On n'élimine pas pour autant les corticostéroïdes qui demeurent encore, à mes yeux, les plus efficaces pour combattre l'eczéma aigu, s'empresse cependant d'ajouter

le D^r Ouellet. L'Elidel devient cependant pour moi un médicament en première intention pour traiter les dermatites dans les zones sensibles, c'est-à-dire là où la peau est déjà mince, comme les paupières et les plis cutanés. »

Chez les adultes, deux essais cliniques ont comparé l'Elidel à divers corticostéroïdes sous forme de crème (la bétaméthasone, la triamcinolone et l'hydrocortisone). Dans les deux études, le nouveau venu s'est avéré moins efficace que les autres médicaments. Dans le traitement de longue durée (de 6 et de 12 mois), l'Elidel a néanmoins diminué la fréquence des poussées d'eczéma, ainsi que le recours aux corticostéroïdes. Chez les enfants de 2 à 18 ans, par ailleurs, aucune étude comparative n'a été faite avec un agent corticostéroïdien.

La crème au réfrigérateur

Pour ce qui est des effets secondaires, la sensation de brûlure figure parmi les symptômes signalés le plus fréquemment. « Une étude menée chez l'adulte a même montré qu'elle touche une personne sur quatre (une sur six chez l'enfant), indique le D^r Ouellet. À cet égard, on conseille de garder la crème au réfrigérateur, car l'impression de fraîcheur que l'on obtient alors à l'application peut atténuer la sensation de brûlure. »

Enfin, il est important de prévenir les patients qu'ils ne doivent pas s'exposer au soleil durant le traitement. « Bien qu'aucun lien n'ait été démontré entre les cancers de la peau et l'Elidel, le fabricant fait quand même cette recommandation. Le médicament, qui agit sur la peau comme un immunomodulateur, pourrait diminuer localement les défenses immunitaires habituelles de l'organisme contre les rayons du soleil », précise le dermatologue.

Le médicament est présenté en tubes de 15 g, de 30 g et de 60 g. Celui de 30 g se vend autour de 80 \$. En comparaison, pour la même quantité, le Protopic coûte quelque 90 \$ et la bétaméthasone environ 8 \$. ☹

Un nouveau glucomètre pour comprendre les facteurs influençant la glycémie

Un nouvel appareil, le OneTouch® UltraSmart^{MC}, permet aux diabétiques non seulement de mesurer leur glycémie, mais aussi d'enregistrer des données sur leur consommation de glucides, leurs activités physiques, leur médication et leur état de santé. Cet outil leur donne ainsi la possibilité de faire des liens entre le taux de glucose et différents facteurs.

Le OneTouch UltraSmart est muni de quatre boutons qui donnent chacun accès à un menu. La touche « repas » permet, par exemple, d'inscrire la quantité de glucides, de lipides, de calories et de lipides ingérés. Avec le bouton « médicaments », l'utilisateur marque la quantité d'hypoglycémifiants oraux ou d'insuline qu'il s'administre, ou encore des informations sur sa pompe à insuline. La touche « exercice » est destinée à l'enregistrement de l'intensité et de la durée de l'activité physique. Pour finir, le bouton « santé » donne la possibilité de noter différents facteurs comme le stress, le moment des règles (pour les femmes) ou une maladie, ainsi que des données sur le taux de cholestérol, la pression artérielle, les examens oculaires, etc.

L'un des grands intérêts de l'appareil réside dans les différentes analyses qu'il permet d'effectuer. Les glycémies peuvent être présentées sous forme de graphiques ou de moyennes par repas, par périodes précédant ou suivant l'exercice, ou encore par semaine, par mois ou par trimestre. Le OneTouch UltraSmart indique également le pourcentage des valeurs de glycémie qui respectent l'intervalle ciblé.

« Cet appareil va me permettre d'avoir un meilleur portrait de ma gestion du diabète,

estime un patient qui a testé le OneTouch UltraSmart pour *Le Médecin du Québec*.

Dans les carnets qu'on utilise habituellement, on ne voit que des chiffres, alors que maintenant je dispose de moyennes. C'est très pratique. »

Relativement simple à utiliser, l'appareil faciliterait également les ajustements de la posologie. « Je me suis aperçu que je ne m'injecte probablement pas assez d'insuline au petit-déjeuner, explique le patient.

Je prends en moyenne 48 grammes de glucides le matin et je me donne en moyenne 8,5 unités d'insuline, mais ma glycémie moyenne reste trop haute. Avec ces données, ce sera plus facile de discuter de ce problème avec mon médecin. »

Fabriqué par LifeScan, l'appareil coûte 99 \$, mais grâce à la réduction du fabricant et à différents rabais promotionnels, son prix peut être ramené à moins de 60 \$. ☞



Électrochocs efficaces, et même vitaux, malgré les effets indésirables

par Luc Dupont

Les électrochocs constituent non seulement un traitement efficace pour certaines maladies, mais également une intervention nécessaire et vitale dans de nombreux cas, malgré leurs effets cardiovasculaires et cognitifs indésirables. Telle est l'idée maîtresse qui se dégage du rapport sur l'utilisation des électrochocs, publié au début de cette année par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS).

Principale indication : la dépression majeure

Les électrochocs (ou électroconvulsothérapie [ECT]) s'avèrent un traitement de premier choix

chez les patients souffrant d'une dépression majeure grave, qui présentent les caractéristiques suivantes :

- résistance ou intolérance à la pharmacothérapie, et chez lesquels la psychothérapie cognitive n'est pas indiquée ou n'a pas eu d'effet thérapeutique ;
- risque de suicide très élevé ;
- souffrance psychique ou détérioration physique assez importante pour qu'un début d'action thérapeutique très rapide soit primordial.

L'ECT permet de soulager les symptômes dépressifs pendant quatre à six semaines. Le risque de rechute est cependant élevé si l'ECT n'est pas suivie d'une autre forme de traitement. On a constaté, dans une étude menée dans un centre tertiaire, que presque tous les patients traités par l'ECT avaient subi une rechute dans les six mois suivants, lorsqu'ils n'avaient pas bénéficié par la suite d'une pharmacothérapie.

Le soulagement de la dépression grave est l'indication de l'ECT pour laquelle on dispose des meilleures preuves d'efficacité. Pour ce qui est des autres indications, comme la schizophrénie, la qualité des preuves demeure très médiocre, malgré plus d'un demi-siècle d'utilisation. Le recours à l'ECT pour cette dernière maladie – de même que pour les manies – devrait être très limité, et se faire en fonction du jugement clinique du médecin et des préférences du patient.

Entre 1988 et 2001, au Québec, le nombre de séances d'électrochocs a plus que doublé, passant de 0,47 à 1 séance par 1 000 personnes de la population générale. Ce taux se compare toutefois à celui qu'on observe ailleurs au Canada et dans les autres pays industrialisés.

De la technique « à froid » à l'ECT modifiée

L'ECT pratiquée aujourd'hui est très différente de la technique utilisée à l'origine, celle que l'on a pu voir dans le film de Milos Forman : *One flew over the cuckoo's nest*. La technique qui y était alors montrée – l'ECT non modifiée « à froid », c'est-à-dire sans anesthésie –

a été remplacée, au milieu des années 1950, par celle de l'ECT modifiée. Les électrochocs s'accompagnent maintenant d'une anesthésie générale, de l'administration d'un relaxant musculaire et de l'oxygénation du patient. À la technique bilatérale (application des électrodes des deux côtés de la tête), on préfère en outre la technique unilatérale droite, dont les effets indésirables semblent moins prononcés.

Même si la thérapie a considérablement évolué depuis son introduction en psychiatrie en 1938, on ignore toujours son mode d'action. Selon la théorie anticonvulsivante (l'une des trois explications qui existent actuellement), l'ECT agirait sur le seuil convulsif. Naguère, la convulsion provoquée par la dépolarisation des neurones du cortex cérébral était considérée comme suffisante pour obtenir un effet thérapeutique. On sait aujourd'hui que la convulsion est nécessaire, mais insuffisante. L'effet thérapeutique semblerait plutôt découler de la dépolarisation de structures cérébrales plus profondes.

Innocuité : risques et incertitudes

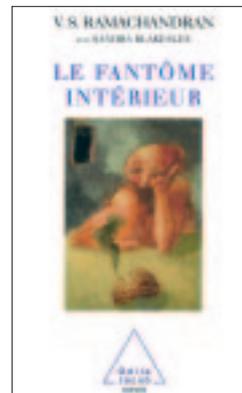
Les complications cardiovasculaires constituent le risque physique immédiat le plus important associé à l'administration de l'ECT. L'activation du parasymphatique, qui a lieu tout de suite après la stimulation, peut être en effet à l'origine d'une bradycardie et, occasionnellement, d'une asystolie. Pour éviter ces complications, il est primordial que la technique anesthésique soit adéquate.

En ce qui a trait aux répercussions sur la mémoire, on sait que l'ECT peut toucher les souvenirs antérieurs aux séances, mais ces effets ne dépassent habituellement pas quelques semaines, voire quelques mois. Chez un certain nombre de patients, la mémoire des événements antérieurs serait cependant affectée de façon permanente, mais les données disponibles ne semblent pas être en mesure de préciser l'importance de

par Francine Fiore

Le fantôme intérieur

par V.S. Ramachandran et Sandra Blakeslee



Bien que les années 90 aient été la décennie du cerveau, on est loin d'en connaître tous les mystères. Nombreux sont les phénomènes extraordinaires et inexplicables. Le Dr V. S. Ramachandran, directeur du Center for Brain and Cognition de l'Université de Californie à San Diego, a accompli un travail imposant sur

ce sujet. S'appuyant sur des cas réels, il relate dans son livre des situations pour le moins bizarres. Par exemple, un homme atteint d'épilepsie parle avec Dieu ou une femme affirme se servir de son bras paralysé. Ces gens, pourtant lucides et rationnels, connaissent des expériences délirantes.

S'intéressant particulièrement aux douleurs fantômes, le Dr Ramachandran conclut que le cerveau, lui, n'oublie pas les membres disparus. À son avis, la douleur ou l'impression de présence sont le fruit d'une réorganisation de l'image corporelle dans le cortex sensoriel. Il a donc trouvé le moyen d'amputer le fantôme en lui superposant l'image d'un membre sain à l'aide d'un simple miroir. Et cela marche !

Par ailleurs, l'auteur décrit le syndrome de Capgras, une erreur d'identification qui conduit le patient à prendre des proches pour des imposteurs. Il aborde également le syndrome de Charles Bonnet qui entraîne des hallucinations chez des millions de personnes ayant souffert de glaucome, de cataractes, de dégénérescence maculaire ou de rétinopathie diabétique. Il s'intéresse aussi aux syndromes « mystiques » associés au dysfonctionnement des lobes temporaux, à la neurologie du rire et à l'effet placebo. En fait la grande question à laquelle tente de répondre l'auteur est la suivante : comment l'esprit influence-t-il le corps sain ou malade ? ❧

Éditions Odile Jacob, Paris, 2002. 367 pages, 29,95 \$.

Suite page 126 ►►►

ce risque. L'AETMIS rapporte que de telles retombées sont maintenant généralement acceptées par les différents milieux de soins, même si la probabilité de leur apparition est encore inconnue. L'Agence estime qu'il ne s'agit plus de savoir si l'ECT a ou non des effets permanents sur la mémoire, mais si on doit conclure que ce phénomène peut survenir chez « de nombreux patients » ou chez « certains patients » seulement.

Suicide et électrochocs

Dernier point : le suicide. Les opposants à l'ECT utilisent souvent le cas du suicide de l'écrivain Ernest Hemingway pour avancer que l'ECT peut être responsable de gestes d'autodestruction. Ils citent à l'appui cette page tirée d'une des biographies consacrées à l'auteur du *Vieil Homme et la mer* (Papa Hemingway: *A Personal Memoir* [1967]) : « Alors qu'il subissait, contre sa volonté, une série d'électrochocs à la fameuse Mayo Clinic, Ernest Hemingway a dit à A. E. Hotchner qui lui rendait visite : "Eh bien ! Fallait-il vraiment me démolir la tête, effacer ma mémoire, qui constitue mon capital, et me condamner au chômage ? Le traitement a été formidable, brillant mais nous avons perdu le patient. C'est un sale tour, Hoch, terrible" ... Quelques jours après sa sortie d'hôpital, à la suite d'une deuxième série d'électrochocs, Hemingway s'enlevait la vie avec un fusil de chasse. »

Selon la vision des défenseurs de l'ECT, la discussion sur le lien entre ce traitement et le suicide devrait plutôt porter sur le risque de suicide causé par la dépression. On estime en effet aujourd'hui à 2,2 % le nombre de patients souffrant de dépression (et n'ayant pas été hospitalisés) qui se suicideront.

Le rapport de l'AETMIS, *L'utilisation des électrochocs au Québec*, peut être consulté dans sa forme électronique à l'adresse suivante : www.aetmis.gouv.qc.ca. On peut également obtenir des exemplaires en communiquant avec l'AETMIS par télécopieur au (514) 873-1369, ou par courriel à aetmis@aetmis.gouv.qc.ca. ❧

Index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

ALTANA PHARMA INC. / SOLVAY PHARMA INC.

Pantoloc..... 23..... 120

ASTRAZENECA CANADA INC.

Crestor 128-couv. III 108-109

AVENTIS PASTEUR LTÉE

Dukoral 24..... 106-107

BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE

Micardis..... 40..... 121

Spiriva 19..... 114-115

DALE-PARIZEAU LM

..... 83

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ..... 127

GLAXOSMITHKLINE

Avandia..... 20, 38-39..... 104-105

LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA

..... 63

LIFESCAN

OneTouch Ultra 6

MERCK FROSST CANADA & CIE

Vioxx couv. IV 122-126

NOVARTIS SANTÉ FAMILIALE CANADA INC.

Habitrol 78..... 88

NOVARTIS PHARMA CANADA INC.

Zelnorm 26..... 118-119

PFIZER CANADA INC.

Accupril..... couv. II 116-117

Corporatif..... 45

Lipitor 15..... 112-113

PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA

Bextra..... 8-9..... 110-111

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

..... 87

WYETH-AYERST CANADA INC.

Triphasil 4..... 84

◀◀◀ Suite de la page 103

BIBLIOGRAPHIES (SUITE)

Les Cahiers de soins palliatifs



Au Québec, les soins palliatifs sont jeunes. En fait, l'idée a germé à la suite d'une conférence donnée par Elizabeth Kübler-Ross à l'Université McGill en 1972. Publié cinq ans auparavant, son livre intitulé *On Death and Dying* était considéré comme révolutionnaire.

Répondant à ce nouveau besoin d'accompagnement, *Les Cahiers de soins palliatifs* sont l'œuvre collective d'intervenants multidisciplinaires en ce domaine. Le premier numéro, portant sur les tendances et les enjeux, accorde une place de choix à l'éthique, à la recherche et au bénévolat. De même, il y est question de l'euthanasie.

Prenant un sens nouveau en accord avec la philosophie des soins palliatifs, la façon de soigner fait l'objet d'un deuxième numéro portant sur les manières d'améliorer la qualité de vie des malades, notamment par le soulagement de la douleur physique et psychologique. Les auteurs soutiennent que l'être humain doit être au centre des préoccupations des soignants chez qui la compétence est importante, mais la compassion primordiale. Comme un beau cadeau au lecteur, une lettre rem-

plie d'émotions d'une infirmière à une amie collègue permet de partager ses émotions après des journées très intenses vécues auprès d'un patient en soins de courte durée et témoigne de sa conception de la relation d'aide.

Un autre numéro est consacré aux proches engagés dans l'accompagnement du malade à la fin de sa vie et souvent, dans son maintien à domicile. Des données issues de travaux de recherches récentes révèlent le fardeau psychologique et émotionnel qu'ils portent et qui peut les conduire à l'épuisement. Ce numéro propose également une rencontre privilégiée avec la fondatrice des soins palliatifs à Londres en 1967, la D^{re} Cicely Saunders. En outre, un numéro est consacré à la dignité de l'être humain et un autre à l'importance d'une présence auprès du malade et à la façon de transformer les difficultés en autant d'occasions d'être présent à soi et à l'autre.

Au total, six petits livres pour soutenir les accompagnants dans leur cheminement en vue d'adoucir la fin des autres :

- Tendances et Enjeux
(volume 1, numéro 1) ;
- Soigner (volume 1, numéro 2) ;
- Les Proches (volume 2, numéro 1) ;
- L'engagement (volume 2, numéro 2) ;
- Honorer la dignité
(volume 3, numéro 1) ;
- Demeurer présent malgré tout
(volume 3, numéro 2). ❧

Les Publications du Québec, 2001-2002, 13,95 \$ chacun.