

par Emmanuèle Garnier

Dyslipidémie

les nouvelles recommandations



Dr Jacques Genest

Les nouvelles lignes directrices sur le traitement de la dyslipidémie et la prévention des coronaropathies sont maintenant plus simples¹. Elles établissent trois catégories de risque de maladies coronariennes : élevé, intermédiaire et faible. Et elles ne visent plus que deux paramètres : le taux de cholestérol LDL et le rapport cholestérol total/HDL.

Éliminée la réduction du taux de triglycérides ?
« Il y a relativement peu de preuve que ce facteur reste

important quand on diminue le taux de LDL de façon suffisante, explique le Dr Jacques Genest, l'auteur principal des nouvelles recommandations. Les nombreux patients qui, à cause de leur obésité abdominale, ont une concentration de triglycérides trop élevée peuvent, par ailleurs, la réduire de façon efficace en perdant du poids et en faisant de l'exercice. »

Autre changement que comportent les nouvelles recommandations : le risque de coronaropathie d'un patient sera dorénavant calculé à l'aide des tables mises à jour de l'étude de Framingham (voir Tableau 1). « La méthode d'évaluation sera ainsi uniforme dans toute l'Amérique du Nord », précise le Dr Genest, également directeur du Département de cardiologie de l'Université McGill.

Catégories de risque faible, intermédiaire et élevé

« Les principales recommandations que nous faisons sont de continuer à cibler non pas un taux de cholestérol précis, mais bien le risque global du patient », indique le Dr Genest. Quelles personnes entrent alors dans la nouvelle catégorie de risque élevé ? Il y a d'emblée toutes celles qui souffrent d'une maladie coronarienne, d'une affection vasculaire cérébrale, d'une maladie artérielle périphérique, d'une maladie rénale chronique ou du diabète. Les tables de Framingham incluent également dans ce groupe les personnes asymptomatiques dont le risque de décéder d'une maladie coronarienne ou de subir un infarctus du myocarde non mortel sera de 20 % au cours des dix prochaines années. Entre un à deux millions de Canadiens entrent dans cette nouvelle catégorie. Et ils doivent être traités. « Bien des études ont prouvé l'efficacité des mesures pharmacologiques chez les différents types de patients de ce groupe », précise le cardiologue.

La catégorie de personnes présentant un risque intermédiaire comprend simplement celles à qui les tables de Framingham prédisent un risque de 10 % à 20 % de décès de nature cardiaque ou d'infarctus du myocarde non mortel en 10 ans. Un groupe d'environ

ÉCHOGRAPHIES CE MOIS-CI

Dyslipidémie	
les nouvelles recommandations	14
Les nouvelles lignes directrices sur le diabète	
lutter plus tôt, plus efficacement	19
Test PAP	
tous les ans ou tous les trois ans ?	20
Mise en garde	
Antipsychotiques atypiques et diabète :	
modification dans les monographies	23
Surdité	
un guide pour mieux comprendre	
les personnes malentendantes	24
Bibliographies	
Guide des interactions médicaments,	
nutriments et produits naturels	111
Guide pratique d'utilisation	
des psychotropes en gériatrie	111
Enjeux psychosociaux de la santé	112
Traité de psychologie de la santé	112
Les Québécois vivent plus vieux !	141

1. Genest J, Frohlich J, Fodor G et coll. Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease: 2003 update. *CMAJ* 2003 ; 169 : 921-4.

Tableau I. Modèles d'estimation du risque de coronaropathie après 10 ans, chez un patient ne souffrant pas de diabète et ne présentant pas de signes cliniquement manifestes de maladie cardiovasculaire, à l'aide des données issues de l'étude Framingham Heart¹

Hommes						Femmes							
Facteur de risque		Points pour évaluer le risque				Facteurs de risque		Points pour évaluer le risque					
Groupe d'âge						Groupe d'âge							
20-34 ans		-9				20-34 ans		-7					
25-39 ans		-4				35-39 ans		-3					
40-44 ans		0				40-44 ans		0					
45-49 ans		3				45-49 ans		3					
50-54 ans		6				50-54 ans		6					
55-59 ans		8				55-59 ans		8					
60-64 ans		10				60-64 ans		10					
65-69 ans		11				65-69 ans		12					
70-74 ans		12				70-74 ans		14					
75-79 ans		13				75-79 ans		16					
Taux de cholestérol total (mmol/l)						Taux de cholestérol total (mmol/l)							
		Groupe d'âge (ans)							Groupe d'âge (ans)				
		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79			20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 4,14		0	0	0	0	0	< 4,14		0	0	0	0	0
4,15-5,19		4	3	2	1	0	4,15-5,19		4	3	2	1	1
5,20-6,19		7	5	3	1	0	5,20-6,19		8	6	4	2	1
6,20-7,20		9	6	4	2	1	6,20-7,20		11	8	5	3	2
≥ 7,21		11	8	5	3	1	≥ 7,21		13	10	7	4	2
Fumeur						Fumeuse							
Non		0	0	0	0	0	Non		0	0	0	0	0
Oui		8	5	3	1	1	Oui		9	7	4	2	1
Taux de C-HDL (mmol/l)						Taux de C-HDL (mmol/l)							
≥ 1,55						-1	≥ 1,55						-1
1,30-1,54						0	1,30-1,54						0
1,04-1,29						1	1,04-1,29						1
< 1,04						2	< 1,04						2
Pression systolique (mm Hg)						Pression systolique (mm Hg)							
		Non traitée		Traitée				Non traitée		Traitée			
< 120		0		0		< 120		0		0			
120-129		0		1		120-129		1		3			
130-139		1		2		130-139		2		4			
140-159		1		2		140-159		3		5			
≥ 160		2		3		≥ 160		4		6			
Total des points						Total des points							
		Risque après 10 ans (%)						Risque après 10 ans (%)					
< 0		< 1				< 9		< 1					
0-4		1				9-12		1					
5-6		2				13-14		2					
7		3				15		3					
8		4				16		4					
9		5				17		5					
10		6				18		6					
11		8				19		8					
12		10				20		11					
13		12				21		14					
14		16				22		17					
15		20				23		22					
16		25				24		27					
≥ 17		≥ 30				≥ 25		≥ 30					

Risque après 10 ans :
 _____ %

Risque après 10 ans :
 _____ %

1. Grundy SM, Pasternak R, Greenland P et coll. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation* 1999; 100 : 1481-92.

Source : Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease: 2003 update. Reproduit du *CMAJ* (28 octobre 2003 : 169 [9] p. 923) avec l'autorisation de l'éditeur, © 2003 Canadian Medical Association.

5 millions de Canadiens. « Il faut fortement inciter ces personnes à modifier leur mode de vie. La présence de certains marqueurs, comme un taux élevé de protéine C réactive de haute sensibilité ou d'apolipoprotéine B, pourrait permettre de déterminer qui bénéficierait en plus d'un traitement médicamenteux », affirme le Dr Genest.

La catégorie de patients à faible risque comprend les personnes dont la probabilité de trouble cardiaque sera inférieure à 10 % au cours de la prochaine décennie. « On ne devrait probablement pas prescrire de médicaments à ce type de patients pour tenter de réduire leur risque, même si leur taux de cholestérol est élevé. »

Un nouveau facteur peut cependant bouleverser le classement dans ces catégories de risque : les antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce. Leur seule présence hisse le patient à un niveau supérieur. Ainsi, le score du risque global doit être doublé s'il est prouvé que parmi ses parents au premier degré un homme a eu une maladie coronarienne avant 55 ans ou une femme avant 65 ans.

Le syndrome métabolique

Et le fameux syndrome métabolique ? Les nouvelles recommandations le définissent par la présence de trois des cinq facteurs suivants : obésité abdominale, résistance à l'insuline, concentration sanguine élevée de triglycérides, faible taux de cholestérol HDL et hypertension. Faut-il classer d'emblée les patients qui souffrent de ce syndrome dans la catégorie de risque intermédiaire ? Pas encore. « On ignore pour l'instant si le risque posé par ce syndrome est plus élevé que la somme des risques liés à ses composantes », précise le spécialiste. Néanmoins, l'enjeu est suffisamment important pour que les nouvelles recommandations considèrent ce syndrome comme un facteur influençant l'évaluation du risque.

Tableau II. Catégories de risque et taux de lipides cibles

Catégorie de risque	Taux cible	
	Taux de C-LDL (mmol/l)	Rapport cholestérol total : C-HDL
Élevé* (risque de coronaropathie après 10 ans \geq 20 % ou antécédents de diabète [†] ou de toute autre maladie athéroscléreuse)	< 2,5 <i>et</i>	< 4,0
Modéré (risque après 10 ans : 11 % – 19 %)	< 3,5 <i>et</i>	< 5,0
Faible[‡] (risque après 10 ans \leq 10 %)	< 4,5 <i>et</i>	< 6,0

Légende : C-LDL – cholestérol à lipoprotéines de basse densité ; H-LDL – cholestérol à lipoprotéines de haute densité.

*On peut aussi utiliser comme mesure les apolipoprotéines B, particulièrement pour suivre les patients traités par des statines. Un taux optimal d'apolipoprotéines B chez un patient exposé à un risque élevé est < 0,9 g/l. Chez le patient exposé à un risque modéré, ce taux est < 1,05 g/l, alors que chez celui exposé à un faible risque, il est < 1,2 g/l.

[†] dont les sujets souffrant de maladie rénale chronique et ceux qui sont soumis à des dialyses pendant des périodes prolongées.

[‡] Pour la catégorie du risque « très faible », le traitement peut être retardé si l'évaluation du risque cardiovasculaire après 10 ans est < 5 % et le taux de C-LDL est < 5 mmol/l.

Source : Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease: 2003 update. Reproduit du *CMAJ* (28 octobre 2003 : 169 [9] p. 924) avec l'autorisation de l'éditeur, © 2003 Canadian Medical Association.

Directeur du Centre cardiovasculaire de Laval, le Dr Rafik Habib, est satisfait de voir le syndrome métabolique apparaître dans les nouvelles lignes directrices. « Avant, on ne mettait jamais d'étiquette sur ce problème. Maintenant, on peut poser un diagnostic. Cela permettra de sensibiliser le patient aux conséquences de ce syndrome s'il ne fait rien. On pourra lui expliquer pourquoi il en souffre et comment il peut le corriger », explique l'omnipraticien.



Dr Rafik Habib

Traitements

Du côté des traitements, les nouvelles lignes directrices n'ont plus que deux cibles : le cholestérol LDL et le rapport cholestérol total/HDL. Les taux à atteindre sont déterminés en fonction du risque du patient (voir Tableau 2). Pour y arriver plusieurs moyens sont disponibles.

Cholestérol LDL. Pour les patients à risque élevé, outre les changements de mode de vie et d'alimentation, les nouvelles recommandations préconisent la prise de 40 mg par jour de simvastatine (Zocor®) ou l'équivalent et, comme objectif, un taux de cholestérol LDL inférieur à 2,5 mmol/l.

Et quand les statines ne sont pas suffisantes pour réduire le taux de cholestérol LDL ? Un second médicament peut être ajouté, comme le nouvel inhibiteur de l'absorption du cholestérol, l'ezetimibe (Ezetrol®), ou une résine, telle que la cholestyramine, ou encore le colestipol.

Rapport cholestérol total/HDL. La réduction de ce rapport chez les patients à risque élevé est une entreprise plus ardue. Certains changements de mode de vie permettent de s'attaquer aux deux composantes de l'équation. Pour faire baisser la triglycéridémie et ainsi réduire le taux de cholestérol total, exercices et intensification du régime alimentaire, et en particulier, consommation de sucres raffinés et d'alcool. Pour accroître la concentration de cholestérol HDL : exercices aérobiques, augmentation de la consommation de graisses monoinsaturées, prise modérée d'alcool (si le taux de triglycérides est normal) et perte de poids.

Sur le plan pharmacologique, l'association statine-niacine est très efficace chez les patients qui présentent à la fois une dyslipidémie et un faible taux de cholestérol HDL. L'étude HATS a démontré que cette association réduisait l'incidence de problèmes cardiovasculaires ainsi que la progression de l'athérosclérose chez les personnes souffrant de maladie coronarienne². Si les patients ne tolèrent pas la niacine, on peut lui substituer des fibrates.

Quand une petite diminution du taux de triglycérides est nécessaire à la normalisation du rapport cholestérol

total/HDL, de l'huile de saumon peut être ajoutée aux statines. Autre possibilité dans les cas d'hypertriglycéridémie légère ou de faible taux de cholestérol HDL : accroître la dose de statine, même si le taux de cholestérol LDL recherché est atteint.

De nouveaux outils diagnostiques

Les recommandations de 2003 présentent également toute une série de nouveaux outils : les dosages de l'apolipoprotéine B, de la lipoprotéine(a), de l'homocystéine et de la protéine C réactive de haute sensibilité. Ces analyses seront-elles dorénavant utilisées pour évaluer le risque des patients ? « Nous ne disposons pas encore d'assez de données pour le recommander, explique le D^r Genest. Mais il faut se préparer à considérer ces nouveaux facteurs. »

L'apolipoprotéine B. Sa concentration sanguine refléterait le nombre total de particules athérogènes, comme les VLDL, les LDL, les lipoprotéines de densité intermédiaire, et pourrait constituer une meilleure estimation du risque de problèmes vasculaires que le taux de cholestérol LDL. « Le dosage de l'apolipoprotéine B est utile lorsqu'on veut mieux évaluer le risque des patients atteints d'hypertriglycéridémie », explique le D^r Habib, aussi responsable de la Clinique des lipides au Centre cardiovasculaire de Laval. Particulièrement pratique dans les cas de syndrome métabolique, le test permettrait de déterminer s'il est opportun de traiter un patient par des statines.

La lipoprotéine(a). Une concentration élevée de cette particule constituerait un facteur prédictif d'athérosclérose précoce. Il serait très utile de la mesurer chez les patients présentant des antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce. « La concentration sanguine de lipoprotéine(a) est d'origine génétique. On ne peut donc pas la modifier. Quand elle est élevée, on ne peut que diminuer le plus possible le taux de cholestérol LDL afin de réduire la progression de l'athérosclérose », affirme le D^r Habib.

La protéine C réactive de haute sensibilité. Le dosage de cette protéine permet de dépister les patients particulièrement exposés aux complications coronariennes, même s'ils ne sont que dans la catégorie de risque intermédiaire. « Un résultat positif révèle un risque plus élevé et permet de déterminer s'il faut un traitement. Dans l'affirmative, ce résultat nous aide également à convaincre le patient que cela en vaut la

2. Brown BG, Zhao XQ, Chait A et coll. Simvastatin and niacin, antioxidant vitamins, or the combination for the prevention of coronary disease. *N Engl J Med* 2001 ; 345 :1583-92.

peine », explique le directeur du Centre cardiovasculaire de Laval. Cette analyse n'est cependant pratiquée que dans les laboratoires spécialisés ou privés.

L'homocystéine. Chez les patients atteints de maladie coronarienne, un taux élevé d'homocystéine est lié à un grand risque de complications. Son taux est d'ailleurs souvent important chez les patients souffrant d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire. Le dosage de cet acide aminé est cependant onéreux.

En ce qui concerne le diagnostic d'athérosclérose asymptomatique, les lignes directrices de 2003 recommandent à la fois un examen physique et le calcul de l'indice de pression systolique cheville-bras, qui est le rapport de la pression systolique mesurée à la cheville sur celle de l'artère brachiale. Un ratio de moins de 0,9 révèle la présence d'une maladie athéroscléreuse artérielle périphérique qui peut être ou non symptomatique.

« Je pense que les nouvelles recommandations constituent un bon guide. Elles ressemblent aux lignes directrices américaines. Cette nouvelle version est, par ailleurs, un peu plus détaillée que les autres. À mon avis, elle va dans la bonne direction », conclut le D^r Habib. ☞

Les nouvelles lignes directrices sur le diabète

lutter plus tôt, plus efficacement

« Le quart des personnes chez qui l'on pose un diagnostic de diabète présentent déjà des complications, ce qui signifie que leur glycémie est mal maîtrisée depuis environ 10 ans. Il y a une certaine urgence à agir », déclare le D^r Jean-François Yale. Directeur du Centre de jour métabolique de l'Hôpital Royal Victoria, le spécialiste fait partie du comité d'experts qui a dressé les lignes directrices de 2003 sur le diabète. L'objectif : lutter plus tôt et plus efficacement contre la maladie.

Dorénavant, le dépistage du diabète commence non plus à partir de 45 ans, mais de 40 ans, ce qui représente environ 2,5 millions de Canadiens de plus à tester. Et les médecins ne seront plus seulement à la recherche de diabétiques, mais aussi de patients intolérants au glucose. Ainsi, lorsque la glycémie à jeun atteint entre 5,7 mmol/l et 7 mmol/l, il faut dorénavant

procéder à un test d'hyperglycémie provoquée. On sait aujourd'hui que différentes mesures permettent aux personnes prédiabétiques d'échapper à la maladie : perte de poids modérée, activité physique régulière ou traitement pharmacologique.

Quand c'est le diagnostic de diabète qui tombe, les cliniciens doivent maintenant recourir sans tarder au traitement optimal. Finie la prescription par étapes de plusieurs médicaments. Le taux d'hémoglobine glyquée – qui s'écrit dorénavant A1C – est à 10 % et doit être ramenée à 7 % ? Il faut employer d'emblée plus d'un antidiabétique. « On sait que chacune des trois principales classes de médicaments diminue l'A1C de 1 % à 1,5 %. Même si le patient répondait de façon exceptionnelle à un seul produit, son taux d'hémoglobine glyquée diminuerait au mieux de 2 % et ne descendrait donc qu'à 8 %. C'est pourquoi il faut donc commencer avec deux médicaments. Cela ne sert à rien d'attendre », soutient le D^r Yale, également professeur à l'Université McGill.

Un taux idéal d'A1C de 6 %

Les nouvelles lignes directrices resserrent également les exigences concernant les valeurs cibles de glycémie. Elles recommandent encore aux diabétiques d'atteindre une concentration d'hémoglobine glyquée d'au plus 7 %, mais conseillent à ceux qui peuvent le faire sans risque de la réduire à moins de 6 %. « Ce taux plus bas va devenir le nouvel objectif au début de la maladie. Quand le diabète progresse et que le patient a besoin de médicaments de type sécrétagogue, comme le glyburide (DiaBeta®), ou d'insuline, un objectif de 7 % ou moins devient alors plus réaliste », précise le D^r Yale.

Dans le domaine des complications du diabète, les recommandations concernant les yeux, les reins et les pieds changent peu. Les grandes modifications surviennent sur le plan cardiovasculaire. Jusqu'à 80 %



D^r Jean-François Yale

des diabétiques décéderont d'une maladie de ce système. Le comité d'experts a donc voulu que les mesures prophylactiques soient dès le départ plus musclées. Le traitement de la dyslipidémie est dorénavant plus intensif (voir les récentes normes dans *Dyslipidémie : les nouvelles recommandations*, à la page 14). La prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine se fait plus précoce. La prise d'aspirine s'étend à presque tous les diabétiques. Et, enfin, la pression artérielle optimale est réduite à 130/80 mm Hg ou moins (plutôt qu'à 130/85 mm Hg ou moins).

Les lignes directrices de 2003 sur le diabète, qui remplacent celles de 1998, tiennent compte de toutes les nouvelles données moissonnées dans les grandes études. « Ces nouvelles recommandations vont amener les médecins à agir plus rapidement et à ne plus attendre, croit le D^r Yale. J'espère que cela permettra d'obtenir une meilleure maîtrise générale de la glycémie. » Le document complet sur les lignes directrices est disponible au www.diabetes.ca. ☞

Test PAP

tous les ans ou tous les trois ans ?

Le test de Papanicolaou peut-il vraiment être effectué tous les trois ans ? Une nouvelle étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* vient de le confirmer chez les femmes de 30 ans à 64 ans dont les résultats des trois tests précédents étaient normaux¹. Mais quelle est l'augmentation du risque auquel s'exposent les patientes ? Par rapport aux trois examens cytologiques annuels, un test triennal n'accroîtrait en fait la probabilité de cancer cervical que d'environ trois cas pour 100 000 femmes.

Prolonger l'intervalle entre les examens cytologiques serait donc sûr. Et bien sûr économique. Mais est-ce prudent ? « La pratique du test de Papanicolaou tous les trois ans demande un registre national ou un suivi sans faille, avertit le D^r Pierre Drouin, gynécologue-oncologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Il faut s'assurer que les patientes passeront un autre examen cytologique dans 36 mois. »

Le calcul du risque lié au dépistage triennal a été fait par le D^r George Sawaya, de San Francisco, et ses collègues. Les chercheurs ont analysé les données des

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) qui offrent un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus aux femmes américaines de faible revenu.

Les auteurs de l'étude se sont penchés sur les données relatives à 938 576 femmes de moins de 65 ans.

Ils ont constaté que la fréquence des dysplasies était plus élevée chez les

participantes de moins de 30 ans et chez celles qui n'avaient pas eu d'autres tests de Papanicolaou au sein du programme.

Les investigateurs se sont particulièrement intéressés aux 31 728 patientes de 30 à 64 ans qui avaient eu trois résultats normaux ou plus au test cytologique. Chez elles, la prévalence des néoplasies intra-épithéliales cervicales de grade 2 était très basse (0,028 %), tout comme celle des néoplasies de grade 3 (0,019 %). Aucune des femmes n'a eu de cancer invasif du col de l'utérus.

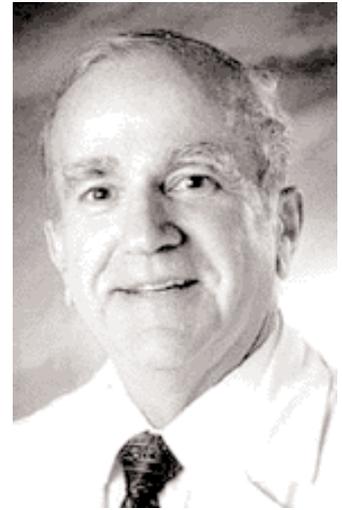
À l'aide d'un modèle mathématique permettant d'estimer le taux de transformation des dysplasies en tumeur maligne, les chercheurs ont évalué que le risque de cancer associé au dépistage trisannuel, après trois résultats normaux aux examens cytologiques, serait de :

- 5 cas pour 100 000 chez les femmes de 30 à 44 ans ;
- 2 cas pour 100 000 chez les participantes de 45 à 59 ans ;
- 1 cas pour 100 000 chez les sujets de 60 à 64 ans.

Si le test de Papanicolaou était effectué tous les ans, pendant trois ans, le risque estimé serait de :

- 2 cas pour 100 000 chez les patientes de 30 à 44 ans ;
- 1 cas pour 100 000 chez les femmes de 45 à 59 ans ;
- 1 cas pour 100 000 chez les participantes de 60 à 64 ans.

Les risques liés aux deux fréquences d'examen sont ainsi identiques chez les femmes de 60 à 64 ans et ne



D^r Pierre Drouin

1. Sawaya GF, McConnell KJ, Kulasingam SL et coll. Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical-cancer screenings. *N Engl J Med* 2003 ; 349 : 1501-9.

présentent qu'une petite différence dans les deux groupes de patientes plus jeunes.

Un organisme de supervision national ou provincial

Les économies engendrées par un examen tous les trois ans plutôt que chaque année serait substantielles. D'ailleurs, le nombre de tests de Papanicolaou et de colposcopies nécessaires pour éviter un cas de cancer de plus par le dépistage annuel de 100 000 femmes est élevé : 69 665 examens cytologiques additionnels et 3861 colposcopies de plus, par exemple, chez les patientes de 30 à 44 ans.

L'idée d'espace les examens cytologiques n'est pas nouvelle. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et différentes associations médicales ont commencé à l'envisager il y a quelques années. Aux États-Unis, l'American Cancer Society recommande déjà un intervalle de trois ans entre les tests Pap chez les femmes de plus de 30 ans ayant obtenu trois résultats négatifs consécutifs. Les CDC ont, eux aussi, changé leurs politiques de dépistage en partie à la lumière des travaux de l'équipe du Dr Sawaya.

Néanmoins, avant de recommander de réduire la fréquence des tests de Papanicolaou au Canada, il faut s'assurer de ne pas mettre en péril l'efficacité de notre dépistage, met en garde le Dr Drouin, également professeur à l'Université de Montréal. L'incidence du cancer du col utérin des Canadiennes est parmi les plus faibles du monde. « Ce qui me préoccupe, c'est que depuis que l'on a commencé à affirmer qu'un examen cytologique n'est pas nécessaire tous les ans, certaines patientes n'ont pas passé de tests cytologiques depuis des années et sont maintenant atteintes d'un cancer du col de l'utérus. »

Selon le spécialiste, il faudrait un organisme national ou provincial qui non seulement tienne un registre des patientes et s'assure qu'elles passent un test de Papanicolaou tous les trois ans, mais veille aussi à la qualité des prélèvements et à celle du travail fait dans les laboratoires. « Quand tout est effectué de façon professionnelle, un examen cytologique tous les ans n'est effectivement pas nécessaire. Pour une plus grande sécurité, il faudrait que la patiente passe également le test de dépistage du virus du papillome humain pour pouvoir repérer les types qui sont associés au cancer du col utérin. » ❧

Mise en garde

Antipsychotiques atypiques et diabète

modification dans les monographies

par Luc Dupont

À la demande de Santé Canada, les fabricants d'antipsychotiques atypiques ont commencé à inclure dans la monographie de leurs médicaments respectifs des informations sur le lien présumé entre ces produits et des troubles du métabolisme du glucose, comme l'hyperglycémie et le diabète. Les produits concernés sont l'olanzapine (Zyprexa®), la rispéridone (Risperdal®), la quétiapine (Seroquel®) et la clozapine (Clozaril®).

La monographie de la rispéridone mentionne dorénavant que « comme avec d'autres antipsychotiques, de l'hyperglycémie et une exacerbation de diabète ont été rapportées dans de très rares cas lors de l'utilisation de Risperdal ». La monographie du Zyprexa, qui comporte un avertissement similaire, ajoute qu'un « suivi clinique approprié est conseillé auprès des patients ayant un diabète ou pouvant y être exposés ». De tels changements devraient apparaître sous peu dans la monographie du Clozaril et du Seroquel.

« Cette modification s'est faite sur la base de renseignements recueillis auprès de multiples sources, indique M^{me} Krista Apse, porte-parole du bureau de Santé Canada, à Ottawa. Nos données viennent de nos centres de collecte d'information des effets indésirables, des agences de réglementation des autres pays et des sociétés pharmaceutiques. Ce qui importait pour nous, c'était d'en arriver à un portrait global de la situation. »

Entre le moment de la mise en marché des antipsychotiques atypiques et le 7 juin 2001, le Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments a reçu un total de 37 déclarations portant sur des cas de déficit soupçonné du métabolisme du glucose associé à ces médicaments. Dans 17 des 37 cas, les effets s'étaient produits dans

les cinq mois suivant le début du traitement. En 1999, une étude transversale avait d'ailleurs montré l'existence d'un lien possible entre le diabète de type 2 et certains antipsychotiques. On avait alors diagnostiqué la maladie chez 15,5 % des patients schizophrènes traités à la clozapine, chez 11 % de ceux qui avaient pris de l'olanzapine et chez 6 % de ceux qui avaient reçu de la rispéridone.

On ignore le mécanisme d'action exact par lequel certains antipsychotiques atypiques pourraient causer le diabète. De multiples facteurs seraient en jeu. Selon une des hypothèses, l'antagonisme des récepteurs histaminiques et, peut-être, des récepteurs sérotoninergiques pourrait provoquer un gain de poids qui serait ensuite susceptible d'entraîner des modifications du métabolisme du glucose. Mais l'antagonisme de la sérotonine pourrait également réduire la capacité de réponse des cellules β du pancréas, qui sécrèteraient ainsi moins d'insuline, ce qui provoquerait une hyperglycémie. On sait par ailleurs que les patients schizophrènes peuvent être prédisposés au diabète. ❧

Surdité un guide pour mieux comprendre les personnes malentendantes

par Francine Fiore

Trop souvent, les personnes malentendantes ou sourdes vivent de graves problèmes de communication dans le plus grand silence. Ces difficultés prennent une importance particulière lorsque leur santé est en cause. N'osant pas trop faire répéter le médecin, elles ignorent des renseignements essentiels sur leur état.

C'est donc pour sensibiliser les professionnels de la santé et les aider à améliorer leur approche auprès des personnes malentendantes que **M^{me} Hélène Caron**, audiologiste du Programme Aînés de l'Institut Raymond-Dewar, a rédigé le *Guide du professionnel de la santé et de l'intervenant auprès de la personne aînée ou adulte ayant des problèmes d'audition*¹.

Le livre est né de l'expérience professionnelle et

personnelle de l'audiologiste, puisqu'elle est elle-même malentendante. « J'ai constaté d'immenses lacunes chez les professionnels de la santé qui doivent s'occuper de personnes malentendantes, dit-elle. À cause des problèmes que cela crée, ces dernières se privent de consulter un médecin. Au cours de mes trois accouchements, par exemple, j'ai vécu des situations dramatiques, car je ne comprenais rien. »



M^{me} Hélène Caron

Tout ne serait pourtant qu'une question d'attitude et d'organisation. « Le médecin a tendance à parler en écrivant la tête penchée, fait remarquer M^{me} Caron. La personne malentendante ne le voit alors pas. Comme elle doit percevoir l'expression du visage et le mouvement des lèvres, elle n'arrive pas à comprendre ce qu'on lui dit. » À son avis, le médecin n'aurait qu'à relever la tête et tout irait mieux.

Le Guide propose une multitude de trucs et d'astuces faciles à appliquer. Par exemple, on y apprend qu'il faut choisir un endroit calme et bien éclairé pour discuter avec une personne malentendante. Cette dernière doit être placée dos à la fenêtre plutôt qu'en face, pour qu'elle puisse bien voir son interlocuteur. On doit éviter de lui parler trop vite, de faire des phrases longues, de changer de sujet sans la prévenir et d'exagérer l'articulation.

En plus de conseils pratiques, le texte décrit de façon précise et concise la perte auditive, explique les différents termes y étant associés, traite de problèmes fréquents, dont la presbyacousie ou la perte auditive due à l'âge, les acouphènes et de bien d'autres troubles.

Des éléments diagnostiques permettant de déceler les

1. L'Institut Raymond-Dewar est un centre de réadaptation spécialisé en surdité et en communication. Les médecins peuvent y adresser directement leurs patients. L'Institut est situé au 3600, rue Berri, à Montréal. Des visites à domicile sont prévues pour les personnes ne pouvant se déplacer.

(Suite à la page 141) >>>

Guide des interactions médicamenteuses, nutrimentales et produits naturels

par Alice Locong et Danielle Ruel



Un de vos patients prend un vasodilatateur et adore la réglisse naturelle. En plus, il boit beaucoup de café. Eh bien, c'est à déconseiller !

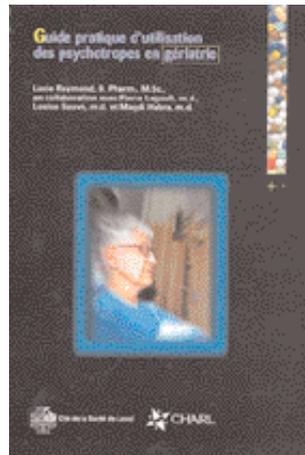
Un autre reçoit un traitement anticoagulant et abuse de camomille. Attention ! À fortes doses, cette plante peut augmenter les risques de saignement. Non, tous les aliments ne conviennent pas à tout le monde. Autre exemple, l'alcool pris en même temps que l'insuline et les antihyperglycémiantes sulfonylurés augmente les risques d'hypoglycémie, les effets des médicaments étant accrus par la suppression de la néoglucogenèse. De même, la caféine potentialise l'effet bronchodilatateur de la théophylline, ces deux substances étant des dérivés des xanthines. Alors la prudence et la circonspection s'imposent.

Dans ce guide, deux spécialistes en nutrition, Alice Locong et Danielle Ruel, décrivent en termes clairs l'influence des aliments sur l'absorption des médicaments et les répercussions de ces derniers sur les nutrimentales. Dans cette deuxième édition revue et mise à jour, une nouvelle section est consacrée aux produits naturels de plus en plus en vogue. Présentés sous forme de tableaux, les médicaments sous ordonnance ou en vente libre au Canada sont regroupés par classe pharmacologique. Chacun est accompagné de la liste des aliments et des produits à éviter, ainsi que des symptômes les plus fréquents à la suite de leur ingestion. En annexe, on retrouve les principales manifestations cliniques des déséquilibres en électrolytes, en vitamines et en minéraux, les apports nutritionnels recommandés et une liste des aliments à haute teneur en vitamines, minéraux et oligo-éléments, en caféine, en tyramine, etc. ☘

Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2003, 530 pages, 40 \$

Guide pratique d'utilisation des psychotropes en gériatrie

par Lucie Raymond, en collaboration avec les D^s Pierre Legault, Louise Sauvé et Magdi Habra.



Lorsqu'elles souffrent de maladies multiples, les personnes âgées consomment souvent plusieurs médicaments en concomitance, dont des psychotropes. Quand les prescrire, lesquels choisir et à quelle posologie les administrer sont autant de questions auxquelles fait face le praticien.

Destiné aux médecins, pharmaciens et infirmières œuvrant auprès des personnes âgées, ce guide est une mine de renseignements.

Complétant les données déjà disponibles sur la psychopharmacologie gériatrique, il conjugue les connaissances actuelles à l'expérience des auteurs.

Tous les psychotropes employés au Canada sont répertoriés dans le guide. De même, on y passe en revue les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, les associations et les précautions à prendre. En plus, des cas spécifiques sont donnés en exemple. À la section portant sur les principes d'utilisation des psychotropes, on indique les doses minimales efficaces à utiliser, la façon de les majorer ou d'arrêter le traitement afin d'éviter que le patient ne subisse un syndrome neuroleptique malin, une allergie ou d'autres problèmes. Peu de texte, mais un foisonnement de renseignements présentés de façon schématique et sous forme de tableaux rendent la consultation de ce petit guide de poche rapide et facile en tout temps et en tout lieu. ☘

Éditions ressources, Laval, 2003, 80 pages, 12,99 \$.

Non vendu en librairie.

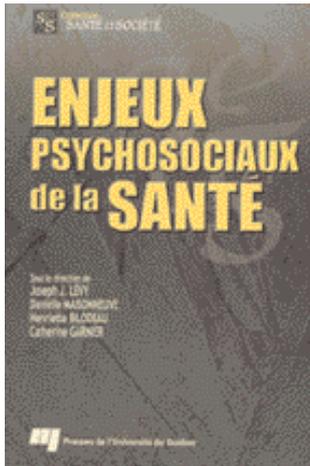
Pour commander : editionsressources@videotron.ca





Enjeux psychosociaux de la santé

sous la direction de Joseph J. Lévy, de Danielle Maisonneuve, d'Henriette Bilodeau et de Catherine Garnier



Offrant un vaste panorama de la réalité contemporaine, cet ouvrage trace un portrait précis de la santé dans la société en tenant compte des aspects psychologiques et sociaux en place. Né à la suite des colloques organisés par l'Institut Santé et Société de l'Université du Québec à Montréal dans le cadre du 70^e congrès de l'ACFAS (Association francophone

pour le savoir) tenu en 2002 à Québec, ce livre jette un nouveau regard sur la santé et ses enjeux.

Grâce à une approche multidisciplinaire, les auteurs font le point sur la situation et les grandes préoccupations de l'heure. À partir de leurs observations et de leurs expériences, ils éclairent le lecteur sur les nouveaux rapports entre la santé et la maladie, de même que sur la nouvelle relation entre les patients et les intervenants.

La santé au travail, la prévention, les dysfonctions sexuelles, l'image corporelle chez les jeunes filles, l'infection par le VIH et le sida, le bénévolat dans le secteur de la santé, l'approche socioculturelle, les interventions dans les milieux communautaires ne sont que quelques-uns des sujets abordés dans ce document. De même, on y fait l'évaluation de différents programmes d'intervention, notamment celui qui est destiné aux enfants présentant des troubles déficitaires de l'attention ou de l'hyperactivité.

En prime, une importante partie est consacrée aux médicaments, leur perception sociale, leur distribution, leurs usages et leurs répercussions sur la santé. Une place importante est aussi accordée à la médecine, à son évolution et à sa pratique. Les auteurs discutent entre autres des transformations de la médecine et du pouvoir médical. ❧

Presses de l'Université du Québec, Québec, 352 pages, 43 \$.

Traité de psychologie de la santé

sous la direction de Gustave-Nicolas Fisher



« Un esprit sain dans un corps sain », dit le vieux dicton. Plus que jamais cette affirmation semble vraie. Oui, il y aurait bel et bien un lien étroit entre l'esprit, la santé et la maladie.

Discipline relativement nouvelle, la psychologie de la santé propose un modèle biopsychosocial selon lequel l'approche médicale doit tenir compte de l'interaction des aspects biologiques, psychologiques et sociaux dans le maintien de la santé ou l'apparition de la maladie. Selon ces principes, la santé et la maladie ne doivent plus être considérées uniquement comme des manifestations strictement biologiques, mais comme l'expression d'un processus complexe dans lequel interviennent les facteurs psychosociaux. En fait, la psychologie de la santé permet de comprendre comment les gens réagissent à la maladie, à la santé et aux soins.

Rédigé par 26 spécialistes européens et nord-américains, dont des Canadiens et des Québécois, cet outil didactique présente les notions fondamentales de la psychologie de la santé. Y sont décrits les principaux concepts, théories, modèles et méthodes utilisés dans ce nouveau champ d'enseignement et de recherche.

En exposant leurs points de vue, les auteurs revisitent la santé et la maladie en tenant compte de nombreux éléments du quotidien. La modification des comportements des individus, le soutien social, la réadaptation, la relation soignant-patient, le contexte social, l'éthique, les aspects juridiques, l'environnement, le travail font partie de la multitude de sujets discutés.

Par ailleurs, un chapitre est consacré à la relation entre le stress et les maladies, dont les affections digestives et les problèmes cardiovasculaires. De même, la douleur et les maladies chroniques font l'objet de discussions. S'appuyant sur de nombreuses études, ce volumineux traité est destiné à tous les professionnels de la santé qui désirent intégrer les dimensions psychosociales de la santé et de la maladie dans leur approche diagnostique et thérapeutique ainsi que dans leur relation avec le patient. ❧

Éditions Dunod, Paris, 2002, 676 pages, 92,95 \$.

◀◀◀ (Suite de la page 24)



problèmes d'audition sont aussi consignés dans le guide, dont la liste des symptômes de surdité et un test de dépistage. Une section indique d'ailleurs où adresser le patient pour une évaluation. Bien sûr, il est question des prothèses, mais aussi de l'aménagement d'un environnement propice au bien-être de la

personne malentendante. À tout cela s'ajoute une liste d'adresses où obtenir des services et une importante bibliographie.

M^{me} Caron souhaite que cet ouvrage devienne un outil de référence pour les professionnels de la santé. Facile à consulter, il permet à l'intervenant de mieux comprendre ce que vit la personne atteinte d'une perte auditive et de trouver rapidement une façon de l'aider.

Par ailleurs, des séances de formation continue sont offertes à tous les professionnels de la santé du Québec. Pour obtenir des renseignements, il faut composer le 1 888 ENTENDRE. Le guide est vendu à l'Institut Raymond-Dewar au prix de 25 \$.

Les Québécois vivent plus vieux !

par Francine Fiore

Depuis le début des années 1980, l'espérance de vie s'est considérablement accrue au Québec. La mortalité recule ! Bonne nouvelle ? Pas tant que cela ! En apparence spectaculaires, ces gains sont souvent moindres que dans les autres pays industrialisés.

C'est afin de faire la lumière sur la situation que **M. Robert Choinière**, de l'Unité Connaissance-surveillance de la Direction du développement et programmes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), a réalisé une étude exhaustive

(Suite à la page 143) ▶▶▶

Index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

ASTRAZENECA CANADA INC.

Crestor 18, 20-21 126-127

AVENTIS PHARMA INC.

Altace 6 142-143

Ketek..... 78-79 136-138

BAYER INC.

Cipro XL 94-95 114-115

DALE-PARIZEAU LM

..... 93

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ..... 144

GLAXOSMITHKLINE INC.

Advair..... 66-67 133-135

Avandamet..... 22, 30-31 130-132

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE

Biaxin XL..... 38 128-129

LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA

..... 10, 53

MERCK FROSST CANADA & CIE / SCHERING CANADA INC.

Ezetrol..... couv. IV 124-125

PFIZER CANADA INC.

Celebrex 68 139-141

Corporatif..... 47

Norvasc..... couv. II 113

PROCTER & GAMBLE INC.

MacroBID couv. III 96

PURDUE PHARMA

HyrdomorphContin..... 32 122-123

SANOFI-SYNTHÉLABO CANADA INC.

Plavix 84-85 116-117

WYETH-AYERST CANADA INC.

Effexor (anxiété)..... 4 118-121

Effexor (dépression) .. 8-9

◀◀◀ (Suite de la page 141)

portant sur une vingtaine de causes de décès. Il en divulgue les résultats dans une publication intitulée *La mortalité au Québec : une comparaison internationale*¹. Avec éloquence et un foisonnement de statistiques, l'auteur compare le Québec au reste du Canada et à 20 autres pays développés.

Au cours de la période allant de 1981-83 à 1996-98, le Québec a connu une diminution du taux de mortalité de 18 % chez les hommes et de 14 % chez les femmes. Dans l'ensemble des 21 pays, la baisse a cependant été de 20 % chez les hommes et de 19 % chez les femmes. Par rapport au reste du Canada, le Québec a d'ailleurs une surmortalité de 10 % chez les hommes et de 2 % chez les femmes. La mortalité infantile, quant à elle, a chuté de 37 % au Québec, ce qui demeure nettement en dessous de la moyenne de 49 % des 21 pays.

Du côté des bonnes nouvelles, l'étude révèle que, pour la période 1996-1998, la population québécoise se range parmi celles qui affichent le plus faible taux de maladies de l'appareil circulatoire – en particulier de troubles vasculaires cérébraux et artériels –, ainsi que de bronchites, d'asthme et d'emphysème.

La meilleure performance du Québec réside dans le domaine des cardiopathies ischémiques, grâce à une diminution de 38 % de cette affection chez les hommes et de

(Suite à la page 144) ▶▶▶

1. Choinière R. *La Mortalité au Québec : une comparaison internationale*. Institut national de santé publique du Québec, Québec, avril 2003, 88 p.

◀◀◀ (Suite de la page 143)

35 % chez les femmes. La réduction moyenne dans les 21 pays est, respectivement, de 33 % et de 30 %. Mais le taux du Québec est quand même plus élevé de 8 % par rapport à celui du reste du Canada chez les hommes et de 4 % chez les femmes. Face au Japon, la surmortalité grimpe d'ailleurs à 236 % chez les hommes et à 220 % chez les femmes.

Le rapport révèle également les faiblesses en ce qui concerne la santé des Québécois. Parmi les pays industrialisés, la province détient, chez les deux sexes, le taux le plus élevé de tumeurs malignes, dont le cancer du côlon et du rectum. Il en va de même pour le cancer du sein, les accidents de la circulation et les chutes accidentelles chez les femmes.

Les pires résultats du Québec concernent cependant le cancer du poumon : une augmentation de 4 % du taux chez les hommes et de... 102 % chez les femmes. Dans les autres pays, l'augmentation, chez ces dernières, est de seulement 48 % alors que chez les hommes la diminution est de 10 %. Par rapport au reste du Canada, la surmortalité au Québec est de 55 % chez les hommes et de 13 % chez les femmes. Comparativement à la Suède, elle atteint 207 % chez les hommes, et au Japon, 520 % chez les femmes.

En repérant les causes de décès qui frappent le plus lourdement les Québécois et en comparant ces données à celles des autres pays, l'étude de l'INSPQ permettra de déterminer de nouveaux objectifs de santé publique. Pour plus de renseignements, voir le site web de l'INSPQ au www.inspq.qc.ca ☞