

Grippe

débat sur l'utilisation des antiviraux



Dr Brian Ward

Faudrait-il cesser de recourir à l'oseltamivir (Tamiflu®) et au zanamivir (Relenza®) dans les cas de grippe ordinaire ? C'est ce que conseillent des chercheurs dans le *Lancet*, après avoir analysé les données existantes¹. « À cause de leur faible efficacité réelle, les inhibiteurs de la neuraminidase ne devraient pas être

utilisés contre la grippe saisonnière, mais seulement dans les cas d'épidémies graves ou de pandémies, et devraient être associés à d'autres mesures de santé publiques. »

L'oseltamivir et le zanamivir seraient ainsi peu utiles dans la pratique réelle ? « Les données montrent qu'ils sont inefficaces contre les infections ressemblant à la grippe », précisent les auteurs de l'étude, le Dr Tom Jefferson, du Cochrane Vaccine Field, en Italie, et ses collègues. Un problème, puisque les médecins n'ont aucun moyen de savoir si le patient en face d'eux a contracté un influenza virus de type A, de type B, un virus respiratoire syncytial, un virus para-influenza ou un autre microbe. Cependant, quand une grave épidémie de grippe ou une pandémie sévit, la situation est différente : les cliniciens peuvent obtenir des informations sur le virus en circulation. « Dans ce cas, la probabilité que le patient soit infecté par un virus grippal de type A ou B (c'est-à-dire qu'il souffre d'une vraie grippe) est plus forte. Par conséquent, tant l'efficacité potentielle que l'efficacité réelle

des inhibiteurs de la neuraminidase en sont accrues, et il devrait y avoir une réduction de l'écart entre les deux », affirment les chercheurs.

Le Dr Brian Ward, directeur de la Division des maladies infectieuses de l'Université McGill, s'oppose à une position aussi radicale. « Il est inacceptable de ne pas donner à un patient un médicament qui pourrait lui sauver la vie. Mais je suis d'accord pour qu'on utilise les inhibiteurs de la neuraminidase d'une façon intelligente afin qu'ils soient encore efficaces dans le cas d'une éventuelle pandémie. »

Mais comment savoir, comme le soulèvent les chercheurs, si le patient est vraiment infecté par un influenza virus ? « Pendant une vraie saison de grippe, sur dix personnes qui sont à l'urgence pour des symptômes de grippe, huit l'ont vraiment. On ne traitera donc que deux patients inutilement. Par contre, s'il s'agit de cas sporadiques ou même d'une saison de grippe peu intense, là, je suis d'accord avec les auteurs. Il faudrait traiter une centaine de personnes pour en guérir deux », précise le microbiologiste.

L'emploi prophylactique est déconseillé

Les inhibiteurs de la neuraminidase semblent efficaces dans le cadre d'études. La méta-analyse des chercheurs révèle qu'en prophylaxie l'oseltamivir a une efficacité contre la grippe de 61 % à la dose de 75 mg par jour et de 73 % à celle de 150 mg par jour. Le zanamivir qui, lui, doit être inhalé, prévient 62 % des cas à la dose quotidienne de 10 mg.

Malgré ces données, la prescription préventive d'inhibiteurs de la neuraminidase serait déconseillée. « Pour éviter l'apparition d'une résistance, je pense qu'on ne doit pas utiliser ces antiviraux de manière prophylactique. Je n'en recommande l'utilisation que pour sauver des vies », indique le Dr Ward.

Le Dr Jefferson et ses collègues, de leur côté,

1. Jefferson T, Demicheli V, Jones M et coll. Antivirals for influenza in healthy adults: systematic review. *Lancet* 2006. Publié en ligne le 19 janvier 2006. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)67970-1.

signalent même que « l'utilisation prophylactique des inhibiteurs de la neuraminidase pendant une épidémie grave ou une pandémie pourrait accroître la vulnérabilité à l'infection en empêchant la séroconversion et en facilitant la sélection de virus mutants résistant aux inhibiteurs de la neuraminidase. »

Et pour le traitement ? Pris au cours des 48 heures qui suivent l'apparition des symptômes de la grippe, les inhibiteurs de la neuraminidase réduisent la durée des symptômes et diminuent l'excrétion nasale du virus. L'oseltamivir, à une dose quotidienne de 150 mg, prévient en outre l'apparition de complications des voies respiratoires inférieures, en particulier des bronchites et des pneumonies.

La solution : la vaccination

Il existe deux autres antiviraux contre la grippe : l'amantadine et la rimantadine. Les chercheurs les déconseillent encore plus. « Nos données montrent que les inhibiteurs de la protéine M2 (l'amantadine et la rimantadine) ont surtout un effet symptomatique sur la grippe causée par l'influenzavirus de type A puisqu'ils ne préviennent pas l'infection et ne réduisent pas l'excrétion virale. De plus, comme ils peuvent entraîner de graves effets secondaires et qu'une résistance peut apparaître rapidement, leur emploi contre la grippe saisonnière ou pandémique doit être déconseillé, surtout en l'absence d'autres mesures. »

La rimantadine s'est effectivement révélée inefficace pour prévenir la transmission de la grippe ou des infections lui ressemblant. L'amantadine, par contre, prévient l'apparition de la grippe de type A dans 61 % des cas et celle de syndromes grippaux dans 25 % des gens. Elle cause cependant des nausées, de l'insomnie et des hallucinations. Chez les personnes déjà atteintes, l'amantadine diminue significativement la durée de la fièvre, mais ne réduit pas l'excrétion nasale d'influenzavirus de type A. La rimantadine a des effets semblables, selon des données moins nombreuses dont on dispose.

Devant la solution imparfaite que représentent les antiviraux, le D^r Ward

préconise la vaccination. « Il faut pousser les gens à se faire vacciner. Je n'accepte pas que des patients disent qu'ils préfèrent prendre des antiviraux au besoin plutôt que de se faire vacciner. D'ailleurs, rien ne garantit qu'ils pourront obtenir ces médicaments s'ils attrapent la grippe. »

Peu efficaces contre la grippe aviaire ?

Mais les inhibiteurs de la neuraminidase, dont on tente de préserver l'efficacité, seront-ils utiles dans le cas d'une épidémie de grippe aviaire ? Les données ne sont pas très encourageantes. Le D^r Jefferson et ses collaborateurs reconnaissent qu'ils n'ont pu trouver de données crédibles montrant l'efficacité de l'oseltamivir contre cette infection.

La souche H5N1 du virus grippal de type A semble, par ailleurs, pouvoir devenir très rapidement résistant au Tamiflu. Récemment, des chercheurs ont signalé dans le *New England Journal of Medicine* le cas de huit patients vietnamiens infectés par ce virus et traités par l'oseltamivir². On a trouvé chez deux de ces malades, qui sont morts, des virus devenus résistants pendant la thérapie. L'un des patients avait pourtant reçu l'antiviral très tôt, selon les normes.

Le virus de la grippe aviaire ne semble pas réagir de la même manière que les influenza virus ordinaires. « Ce n'est pas anormal de trouver des virus résistants chez les patients traités avec l'oseltamivir pour une grippe normale. Cependant, la santé des gens s'améliore au cours du traitement. Le médicament permet au corps d'avoir le temps de résister de façon naturelle », explique le D^r Ward.

Le danger que laisse également entrevoir l'étude est celui de la propagation de virus mutants. « Ces données sont inquiétantes, parce que le recours à l'oseltamivir est l'une des stratégies préventives clés de l'Organisation mondiale de la santé et des organismes nationaux chargés de la lutte contre la grippe aviaire en Amérique et en Europe. » 

2. De Jong MD, Thanh TT, Khanh TH et coll. Oseltamivir resistance during treatment of influenza A (H5N1) infection. *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 2667-72.

Patients atteints de BPCO

les bêtabloquants ne seraient pas contre-indiqués



Photo : Jean-Pierre Boudreau

D^r Patrick Bellemare

Jusqu'à présent, ils étaient contre-indiqués chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)*. On craignait qu'ils ne provoquent une grave réaction respiratoire. Les bêtabloquants cardio-sélectifs viennent maintenant d'être réhabilités par un groupe de travail de la Cochrane

Collaboration qui a écarté ces craintes¹.

« On ne devrait pas systématiquement priver les patients souffrant de BPCO de bêtabloquants cardio-sélectifs étant donné qu'ils ont des effets bénéfiques prouvés pour des affections comme l'insuffisance cardiaque, les maladies coronariennes et l'hypertension », concluent les chercheurs qui ont effectué une méta-analyse.

Les auteurs se sont penchés sur vingt études contrôlées à répartition aléatoire, à simple ou à double insu, portant sur des sujets atteints de BPCO. Ils ont réanalysé leurs données concernant les effets des bêtabloquants cardio-sélectifs sur le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) et l'incidence des symptômes. Les médicaments scrutés comprenaient l'aténolol (Tenormin®), le métoprolol (Betaloc®, Lopresor®), le bisoprolol

(Monacor®), l'acébutolol (Monitan®, Rhotral®, Sactal®), le practolol et le céliprolol à des doses thérapeutiques ou suprathérapeutiques.

Conclusion ? Les bêtabloquants cardio-sélectifs, qu'ils aient été pris une seule fois ou sur une longue période, n'ont pas davantage modifié le VEMS et les symptômes respiratoires que le placebo. Ces médicaments n'ont pas non plus eu d'effets sur le VEMS après la prise de stimulants des récepteurs bêta₂-adrénergiques. L'administration de bêtabloquants restait sûre même lorsque la BPCO était grave.

Jusqu'alors, les lignes directrices considéraient la BPCO comme une contre-indication à la prise de bêtabloquants : des cas de bronchospasme avaient déjà été liés à des bêtabloquants non cardio-sélectifs. Toutefois, le mécanisme d'action de ces médicaments diffère de celui des molécules bêtabloquantes cardio-sélectives. Ces dernières ont une affinité pour les récepteurs bêta₁ plus de 20 fois supérieure à celle pour les récepteurs bêta₂. En théorie, ils devraient donc présenter moins de risques de causer une bronchoconstriction.

« Dans la littérature médicale, on n'a pas décrit d'effets respiratoires nuisibles liés aux nouveaux bêtabloquants sélectifs que l'on utilise, comme le bisoprolol, confirme le D^r Patrick Bellemare, pneumologue-intensiviste à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Pour les bêtabloquants cardio-sélectifs plus anciens, comme le métoprolol, des réactions de bronchospasme ont été observées, mais à de très fortes doses. »

Une supervision médicale est nécessaire

Peut-on maintenant prescrire sans crainte des bêtabloquants aux patients atteints de BPCO ? Il faut quand même prendre certaines précautions, estime le D^r Bellemare. « Ces patients doivent commencer la prise des bêtabloquants sous une supervision médicale relativement étroite parce que, le plus souvent, leur degré de bronchoréactivité n'est pas connu. » Les bronchospasmes dus aux bêtabloquants ont surtout été observés chez des patients asthmatiques et la BPCO a, dans quelque 15 % des cas, une composante d'obstruction bronchique réversible.

*Aussi appelée maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

1. Salpeter S, Ormiston T, Salpeter E. Cardioselective beta-blockers for chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, issue 4. Art. No. : CD003566.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD003566.pub2.

Idéalement, le traitement devrait être entrepris à l'hôpital, par exemple au cours d'un séjour pour un trouble cardiaque et, à la rigueur, en cabinet. « Si on la commence de manière ambulatoire, il faut que le suivi initial soit effectué sur une base quotidienne », précise le spécialiste, aussi professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal.

Point rassurant, la méta-analyse du groupe de travail de la Cochrane révèle que la prise de bêtabloquants était aussi sûre chez les patients dont la BPCO avait une composante obstructive réversible que chez les autres. « Le véritable risque réside dans le fait que le patient a pu avoir un mauvais diagnostic et souffre non pas de BPCO, mais d'asthme. Si on l'expose alors à des bêtabloquants, il peut avoir une grave réaction », précise le spécialiste, également président de l'Association des pneumologues du Québec.

Des avantages plus importants que les risques

Les bêtabloquants cardiosélectifs sont des médicaments particulièrement utiles. Ils diminuent le risque de décès des patients atteints d'hypertension, d'insuffisance cardiaque, de maladie coronarienne ou qui ont subi une intervention chirurgicale vasculaire importante.

Devant tant d'avantages, bien des cliniciens n'ont pas attendu la publication d'études pour prescrire des bêtabloquants à des malades souffrant de BPCO. « C'est une pratique relativement acceptée que de commencer le traitement sous surveillance chez ce type de patients, si l'on considère que les bienfaits cardiovasculaires des bêtabloquants sélectifs dépassent le risque de troubles respiratoires, qui est théorique. »

En 1998, une étude avait d'ailleurs montré que la balance penchait en faveur de la prise des bêtabloquants cardiosélectifs chez les patients ayant survécu à un infarctus du myocarde et atteints d'asthme ou de BPCO. Le taux de mortalité de ceux qui avaient reçu des bêtabloquants était significativement plus faible que celui des sujets qui n'en avaient pas eu².

2. Gottlieb SS, McCarter RJ, Vogel RA. Effect of beta-blockade on mortality among high-risk and low risk patients after myocardial infarction. *N Eng J Med* 1998 ; 339 : 489-97.

Cancer du poumon moins fumer en vaut-il la peine ?

Cela vaut-il la peine pour un grand fumeur de réduire sa consommation de tabac ? En ramenant de 20 à 10 le nombre de cigarettes qu'il fume par jour, il peut atténuer de 27 % son risque de cancer du poumon, viennent de montrer trois médecins danois¹. Les fumeurs légers, qui s'en tiennent depuis longtemps à neuf cigarettes par jour en moyenne, eux, ont un risque de 56 % inférieur à celui des gros fumeurs.

Le gain attribuable à une réduction de l'usage du tabac n'est certes pas énorme. Une baisse de quelque 25 % du risque pour une réduction de 50 % du nombre de cigarettes fumées. Cette disproportion pourrait tenir aux plus grandes bouffées de cigarette que prendraient les ex-gros fumeurs. « On peut penser que l'écart entre la réduction mentionnée du nombre de cigarettes fumées et la diminution du risque calculée peut s'expliquer en grande partie par une consommation compensatoire de tabac », expliquent les chercheurs dans le *Journal of the American Medical Association*.

Une diminution du risque

La D^{re} **Nina Godtfredsen**, du Copenhagen University Hospital, et ses collègues ont analysé les données de presque 20 000 adultes danois suivis pendant en moyenne 18 ans dans le cadre d'une étude d'observation. Les participants ont eu deux évaluations consécutives, comprenant à la fois un examen physique et un questionnaire sur leurs habitudes de vie, à des intervalles de cinq à dix ans entre 1964 et 1988. Les sujets ont été divisés en six groupes selon leur consommation de tabac :

- les grands fumeurs (qui consommaient au moins 15 cigarettes par jour) ;
- les grands fumeurs qui ont réduit leur consommation d'au moins 50 % ;
- les fumeurs légers (qui fumaient de 1 à 14 cigarettes par jour) ;
- les nouveaux ex-fumeurs (qui ont cessé entre le

1. Godtfredsen NS, Prescott EP, Osler M. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA* 2005 ; 294 : 1505-10.

- premier et le second examen) ;
- les ex-fumeurs de longue date (ne fumaient pas au début de l'étude) ;
 - les non-fumeurs.

Pendant le suivi, qui commençait après la deuxième évaluation, 864 nouveaux cas de cancer du poumon ont été diagnostiqués, ont constaté les chercheurs en couplant leurs données avec celles du très fiable Danish National Cancer Registry. Les auteurs ont calculé que par rapport aux grands fumeurs,

la diminution du risque était de :

- 27 % pour les gros fumeurs qui ont réduit de moitié leur consommation de cigarettes ;
- 56 % pour les fumeurs légers ;
- 50 % pour ceux qui ont récemment cessé de fumer ;
- 83 % pour ceux qui ont arrêté de fumer depuis longtemps ;
- 91 % pour les non-fumeurs.

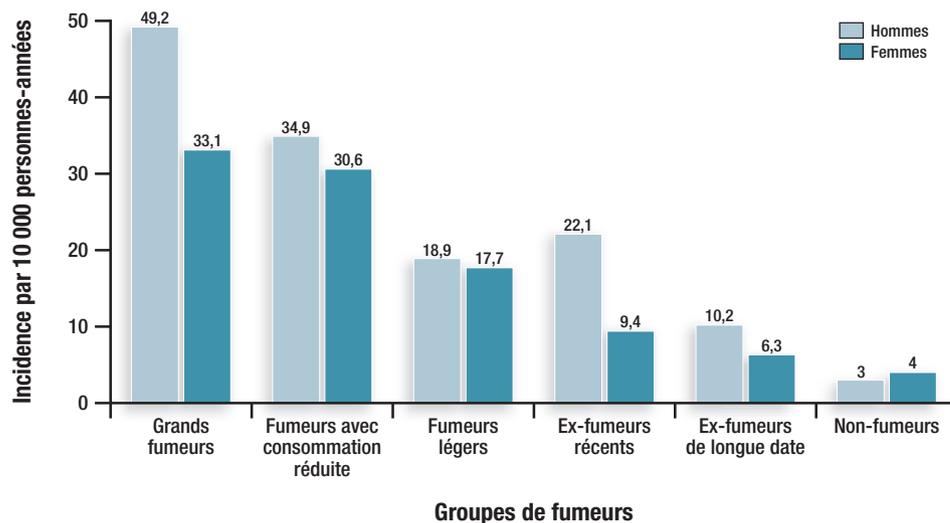
Étrangement, le risque des ex-grands fumeurs – qui ont réduit leur consommation de 22 à 8,5 cigarettes par jour en moyenne – reste plus élevé que celui des fumeurs légers dont la consommation était similaire – c'est-à-dire de neuf cigarettes par jour en moyenne. Mais il y aurait une explication à ce phénomène. Dans un sous-groupe de 13 000 sujets qui avaient passé des analyses sanguines, les chercheurs ont découvert que les taux de monoxyde de carbone et de cotinine des anciens grands fumeurs restaient plus élevés que ceux des fumeurs légers. « Cela indique que des mécanismes compensatoires apparaissent dans les études d'observation où il n'y a pas de thérapie de remplacement de la nicotine », écrivent les auteurs.

Le risque des autres maladies ne diminue pas

Faut-il insister pour que les grands fumeurs

Figure

Taux d'incidence du cancer du poumon normalisés en tenant compte de l'âge



Taux d'incidence fondés sur la deuxième évaluation de 11 151 hommes et de 8563 femmes de Copenhague, Danemark.
 Source : Godtfredsen NS, Prescott EP, Osler M. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA* 2005 ; 294 : 1505-10.

diminuent leur consommation de tabac ? Peut-être n'est-ce pas la meilleure stratégie. L'effet de la réduction de l'usage du tabac n'est pas aussi bénéfique sur certaines affections graves que sur le cancer du poumon. Ainsi, les grands fumeurs qui coupent d'au moins 50 % leur consommation de cigarettes n'amoindrissent pas leur risque d'infarctus du myocarde, d'hospitalisation pour une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), ni de décès de toutes causes, ont démontré la D^{re} Godtfredsen et ses collègues dans des études précédentes.

« Il faut inciter les gens à cesser de fumer et non à réduire leur consommation de cigarettes, car il s'agit encore de la meilleure façon de diminuer les effets nuisibles du tabac, surtout depuis que l'on a montré que le risque de maladies comme la BPCO et l'infarctus du myocarde – qui ont de plus grandes répercussions sur la santé publique que le cancer du poumon – n'était pas réduit après la diminution de la consommation de tabac », concluent les chercheurs.

Et que deviennent ces fumeurs qui ont limité leur tabagisme ? Dans l'étude, 50 % ont continué par la suite à être des fumeurs légers, 20 % ont totalement abandonné le tabac et 30 % ont recommencé à beaucoup fumer. 🚬

La télépsychiatrie au secours des régions

Francine Fiore



Dr Robert Perreault

Réalité des temps modernes, la télépsychiatrie apparaît comme une intéressante solution partielle à la pénurie de psychiatres en régions éloignées. Afin d'assurer l'excellence de ce service, un récent rapport de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) fait des recommandations autant sur le plan clinique que technique.

Mais peut-on remplacer ainsi le psychiatre ? Pas du

tout ! La télépsychiatrie n'est pas un substitut à la pratique psychiatrique en face-à-face. Elle ne remplace pas non plus l'installation de cliniciens en région. Son objectif est d'assurer des soins complémentaires d'une qualité équivalente à ceux qu'offrirait un psychiatre sur place. « La recherche démontre que c'est possible, affirme le **Dr Robert Perreault**, psychiatre à la Direction de la santé publique et professeur à l'Université McGill. Les psychiatres des milieux universitaires ont la responsabilité d'assurer un service de soutien en région. De plus, les nouvelles politiques en matière de santé mentale accordent un rôle plus important aux médecins de première ligne auxquels les psychiatres doivent apporter leur soutien. Ainsi, le médecin de famille fera la première intervention et orientera son patient vers un psychiatre dans les cas les plus complexes. La télépsychiatrie convient bien à ce mode de pratique. »

Indications et contre-indications

Selon les experts, la télépsychiatrie peut être utilisée chez l'adulte, l'enfant et la personne âgée. Elle est indiquée, entre autres, pour l'évaluation du patient, la confirmation du diagnostic, la révision des médicaments, l'élaboration de plans de soins cliniques, le suivi, les expertises médico-légales et certaines urgences psychiatriques. On pourrait même y ajouter la thérapie

individuelle, de couple ou familiale.

Toutefois, la télépsychiatrie est contre-indiquée chez les patients qui refusent la télémédecine, les sujets violents, instables ou impulsifs, ceux qui présentent un risque de suicide imminent ou une dangerosité immédiate, ceux qui ont besoin d'un suivi particulier non disponible au lieu primaire de consultation. De même, cette approche ne convient pas aux personnes souffrant d'un trouble mental pouvant être exacerbé par l'utilisation d'un moyen de télécommunication (par exemple, un patient schizophrène ayant des hallucinations) ou chez celles à qui il faut annoncer une mauvaise nouvelle en personne à cause des réactions émotives possibles. En outre, les gens qui présentent des déficiences auditives, visuelles ou cognitives limitant leur capacité de communiquer par l'entremise de cette méthode, ne peuvent être traités à l'aide de la télépsychiatrie.

Chez les jeunes, la télépsychiatrie se prête bien à des problèmes comme la dépression, l'anorexie, les troubles du comportement et le syndrome d'hyperactivité avec déficit d'attention. Cependant, un travail préalable de la part des intervenants qui s'occupent des jeunes doit être effectué sur place, soit l'évaluation scolaire, l'évaluation du développement de l'enfant, l'évaluation familiale, etc. Les contre-indications à la télépsychiatrie sont les mêmes que chez l'adulte.

La télépsychiatrie se révèle également un instrument intéressant pour les consultations entre les professionnels de la santé qui s'occupent des patients dans un hôpital et le psychiatre, ainsi que pour la formation médicale.

Technique et éthique

Les recommandations sur le plan technique sont fondamentales. « Il s'agit là d'une caractéristique novatrice de ce rapport, précise le Dr Perreault, qui a été conseiller pour la mise au point des normes techniques qui y sont présentées. Les établissements qui souhaitent recourir à la télépsychiatrie devront prévoir l'installation d'un équipement de pointe et d'une salle de consultation correspondant à des critères d'aménagement précis. Toutefois, le Dr Perreault insiste sur le fait qu'il n'est pas nécessaire de choisir les appareils les plus chers pour obtenir une bonne qualité. Par ailleurs, il n'y a rien à craindre du point de vue de l'éthique, puisque les critères de confidentialité sont les mêmes que partout ailleurs. Le secret professionnel n'est pas menacé. Si la présence d'un technicien est nécessaire, il n'entendra pas la consultation. »

(Suite à la page 118) >>>

Mises en garde

Ketek et insuffisance hépatique

Un article des *Annals of Internal Medicine* a récemment décrit trois cas d'insuffisance hépatique associés à l'antibiotique Ketek® (télichromycine). Les patients présentaient tous un ictère et un dysfonctionnement hépatique. L'un des malades a réussi à se rétablir. Toutefois, un deuxième a dû subir une greffe, et un troisième est mort.

Santé Canada, qui a publié une mise en garde dans son site Internet pour attirer l'attention sur le lien possible entre le Ketek et de graves problèmes de foie, précise cependant qu'aucun cas d'insuffisance hépatique mortel ou nécessitant une greffe n'a été signalé au Canada. L'organisme étudie actuellement, toutefois, des cas de troubles hépatiques moins graves.

Le Ketek est vendu au Canada depuis 2003 et est indiqué dans le traitement de la pneumonie, des infections de la gorge et des sinus, de la bronchite chronique et d'infections graves ou résistant à plusieurs médicaments.

Pour l'instant, Santé Canada :

- ⊗ déconseille de prescrire du Ketek aux patients ayant déjà des problèmes hépatiques ;
- ⊗ recommande que tout patient traité par l'antibiotique consulte immédiatement son médecin en cas de jaunissement de la peau ou des yeux ou encore d'apparition d'autres symptômes de problèmes hépatiques, comme une perte d'appétit, des urines foncées, des selles pâles, des démangeaisons ou une douleur abdominale ;
- ⊗ estime que les patients sous Ketek qui ne présentent aucun des effets secondaires mentionnés devraient continuer à prendre le médicament, à moins d'un avis contraire de leur médecin. 📞

Anti-TNF α et réactivation de l'hépatite B

« Une réactivation du virus de l'hépatite B (VHB) a été signalée chez de très rares patients atteints d'une hépatite B chronique ayant reçu les agents anti-TNF α Enbrel, Humira ou Remicade », avertissent les fabricants de l'éta nercept, de l'adalimumab et de l'infliximab,

les trois médicaments en cause. Ces inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha, ou anti-TNF α , sont entre autres prescrits pour traiter la polyarthrite rhumatoïde.

À cause de ces très rares cas de réactivation de l'hépatite B (moins de 1 cas pour 10 000 personnes traitées), il est recommandé que les patients présentant des facteurs de risque liés à cette infection passent des tests de détection du VHB avant de prendre des anti-TNF α . Chez ceux qui se révèlent porteurs, les signes et les symptômes de rechute de l'infection virale doivent être surveillés tout au long du traitement et plusieurs mois après la fin.

Dans les cas signalés, l'infection par le VHB a commencé à évoluer cliniquement entre trois semaines et 20 mois après le début du traitement. Cependant, il est difficile d'établir un lien de cause à effet direct avec les anti-TNF α , parce que la majorité des patients prenaient aussi d'autres médicaments affectant le système immunitaire, comme le méthotrexate, l'azathioprine et des corticostéroïdes. Des rechutes de l'infection par le VHB ont déjà été observées après la prise d'immunodépresseurs.

Chez la plupart des patients touchés dont on connaît l'évolution de la maladie, l'état s'est amélioré après l'arrêt de la prise de l'anti-TNF α ou après un traitement antiviral. Mais des décès se sont quand même produits.

Les signes et les symptômes de l'infection par le VHB consistent en :

- ⊗ une jaunisse ;
- ⊗ une sensation de malaise ;
- ⊗ de la fatigue ;
- ⊗ une perte d'appétit ;
- ⊗ des douleurs articulaires ;
- ⊗ des douleurs abdominales. 📞

Données supplémentaires sur la paroxétine et les malformations cardiaques

Une deuxième étude importante a confirmé que la prise de paroxétine (Paxil® et Paxil CR^{MC}) pendant le premier trimestre de grossesse est liée à un risque un peu plus grand de malformations cardiaques congénitales que la consommation d'autres antidépresseurs.

Le fabricant de la paroxétine, GlaxoSmithKline, avait

(Suite à la page 173) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 26)

Helicobacter pylori rendre le test d'urée ¹³C plus disponible

Francine Fiore

Le test respiratoire à l'urée marquée au ¹³C devrait être offert dans tous les établissements de soins du Québec, recommande une récente étude de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS).

Actuellement, on utilise surtout le test respiratoire à l'urée marquée au ¹⁴C pour diagnostiquer l'infection à *Helicobacter pylori*. Toutefois, cet examen qui emploie la radioactivité ne peut être pratiqué que dans un établissement qui dispose d'un service de médecine nucléaire. Le test

respiratoire à l'urée marqué ¹³C, par contre, n'a pas cet inconvénient, et peut être administré partout.

« Les deux tests sont excellents, mais celui à l'urée marquée au ¹³C peut être pratiqué par une infirmière, dans un cabinet privé ou à la clinique. Il suffit qu'on envoie l'échantillon à un laboratoire capable de l'analyser », explique le **D^r Carlo Fallone**, directeur de la division de gastro-entérologie de l'Hôpital Royal Victoria du Centre universitaire de santé McGill et consultant pour le rapport de l'AETMIS.

Le test à l'urée marqué au ¹³C permettrait, par ailleurs, de diminuer

le nombre d'endoscopies et, par conséquent, de faire des économies, souligne le spécialiste. « L'attente pour subir une endoscopie est longue. Chez un jeune patient qui souffre de dyspepsie sans signes alarmants, la gastroscopie n'est pas

nécessaire. On peut recourir uniquement au test respiratoire afin de poser le diagnostic. Ce type d'examen est beaucoup plus précis qu'une analyse sanguine qui peut donner des résultats positifs, même chez un patient non infecté par la bactérie. Ainsi, le test respiratoire permet d'éviter des traitements antibiotiques inutiles. »



D^r Carlo Fallone

Le test à l'urée marquée au ¹³C a été ajouté, en avril 2005, à la liste des examens de laboratoire couverts par le régime d'assurance maladie du Québec, précise le rapport de l'AETMIS. L'organisme recommande d'ailleurs que les médecins du Québec soient informés de la disponibilité de cet examen.

Le D^r Fallone estime, pour sa part, que le médecin de famille doit avoir accès rapidement à ce test. « À ma connaissance, il est déjà offert à l'Hôpital Royal Victoria ainsi qu'à l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal, car les enfants peuvent aussi être porteurs de la bactérie. »

(Suite à la page 123) ▶▶▶

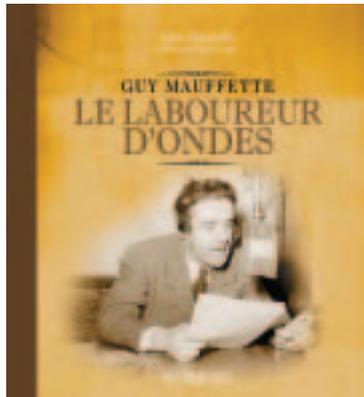
◀◀ (Suite de la page 118)

Livre Francine Fiore

Guy Mauffette

Le laboureur d'ondes

Luc Dupont



Comédien, réalisateur et surtout animateur, Guy Mauffette fut l'un des pionniers de la radio québécoise. Sans contredit, sa voix et son style radiophonique ont fait de lui un animateur unique en son genre. Ce *radioman* avait d'ailleurs recours sans détour à la poésie afin d'ourler ses propos de rêve et de fantaisie.

Plusieurs se souviendront de l'émission intitulée *Cabaret du soir qui penche*, diffusée à Radio-Canada de 1960 à 1973, où « l'Oiseau de nuit », comme on surnommait

Guy Mauffette, en avait séduit plusieurs. Mais en plus d'animer, il a aussi réalisé de nombreuses émissions de radio dont *Un homme et son péché*, de Claude-Henri Grignon.

Par cette biographie, Luc Dupont, aussi journaliste au *Médecin du Québec*, rend hommage à l'homme et à l'artiste, à l'amoureux de l'information et des mots. À partir d'interviews que lui a accordées Guy Mauffette, l'auteur trace un portrait à la fois étonnant et attachant de ce grand maître des ondes. Et pour mieux le faire connaître, l'ouvrage est rehaussé de nombreuses photographies d'archives illustrant les principales étapes de sa carrière en compagnie de ses collègues et amis, dont Félix Leclerc, les Compagnons de Saint-Laurent, Fernand Seguin et plusieurs autres.

Homme orchestre, Guy Mauffette a touché à tout ou presque dans le domaine des arts. Si la radio a été le grand tremplin qui l'a fait connaître, il a été aux premières loges du théâtre québécois en compagnie d'Henri Letondal, d'Henri Deyglun, de Jacques Auger, des sœurs Giroux, etc. Également chanteur, il a fait partie de la Société canadienne d'opérette et des Variétés lyriques. À travers la trajectoire de cet animateur de radio hors du commun, c'est l'âge d'or de la radio québécoise qui nous est livré. Un beau livre pour mieux se souvenir de Guy Mauffette. 📖

Éditions MultiMondes, 2005, 240 pages, 29,95 \$

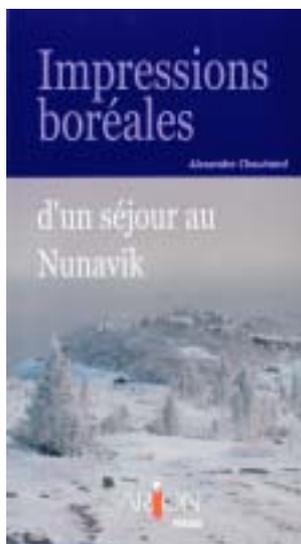
(Suite à la page 127) ▶▶▶

◀◀ (Suite de la page 123)

Livre Francine Fiore

Impressions boréales d'un séjour au Nunavik

d'Alexandre Chouinard



Après avoir effectué des stages dans le Grand Nord québécois et été enseveli sous une avalanche de neige, le D^r Alexandre Chouinard a été séduit par cette terre du bout du monde. Ainsi, en 2001, il a choisi de commencer sa pratique en médecine familiale au centre de santé Tulattavik de l'Ungava, à Kuujuaq.

Afin de briser l'isolement et de partager avec d'autres sa passion pour ce milieu fascinant, le D^r Chouinard commence à écrire et à décrire sa vie quotidienne. Voici donc un recueil de ses impressions, bonnes et parfois moins bonnes, de son séjour chez les Inuits. Rédigé comme un journal de bord, ce livre nous permet de suivre le D^r Chouinard dans des aventures de toutes sortes. Par beau

temps ou par blizzard, on l'accompagne en motoneige dans la toundra jusqu'au fjord Nachvak, à travers les monts Torngat hantés par de mauvais esprits et dans bien d'autres endroits peu rassurants. Mais la beauté et l'immensité des lieux sont présentes à chaque tournant.

Outre la nature qu'il révèle dans toute sa splendeur, l'auteur trace également le portrait de la pratique d'un médecin dans cette région très éloignée. De même, il raconte le choc subi à ses retours dans le Sud, à Montréal. À côté de Kuujuaq, la rue Saint-Laurent lui apparaît comme une jungle peuplée de téléphones cellulaires et de pare-chocs agressifs. Enivré par son nouvel environnement, le D^r Chouinard demeurera sur place jusqu'au jour où il sera atteint d'une crise de « nordite » aiguë qu'il guérira en parcourant l'Europe à bicyclette. Mais, pour lui, le Nord demeurera à jamais une page de vie bien remplie. ☺

Ariion Éditions Inc. Lac Beauport, Québec, 176 pages.

(Suite à la page 171) ▶▶▶

Hospitalisations à la hausse

Francine Fiore

Le taux d'hospitalisation pour des soins de courte durée au Canada a augmenté de 0,8 % en 2004-2005, après avoir connu une baisse au cours des années précédentes. La durée moyenne du séjour est demeurée la même en 2004-2005, mais elle avait diminué en 2003-2004, passant de 7,0 jours à 6,9 jours.

Publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ces nouvelles données se traduisent par un total de 2 161 848 admissions dans l'ensemble du Canada, soit 8,4 par tranche de 100 habitants. Au Québec, le nombre d'hospitalisations a augmenté de 17 178 en 2003-2004 alors que la durée moyenne du séjour a diminué de 1,1 %.

Ces modifications s'expliquent par un changement dans le type de patients et de traitements reçus. « Le patient hospitalisé il y a 10 ans pour une affection particulière, comme une amygdalite, bénéficiera aujourd'hui de soins ambulatoires comme la chirurgie d'un jour », a déclaré **M. Nizar Ladak**, directeur de l'information sur les services de santé à l'ICIS.

Dans l'ensemble du Canada, à peine plus du quart (27 %) des patients ont été hospitalisés en vue d'une intervention chirurgicale, la plupart (41 %) ayant reçu des soins médicaux. Dans la majorité des cas, il s'agissait de traitements pour des maladies digestives ou respiratoires, des problèmes cardiovasculaires ou le diabète. Les autres hospitalisations étaient liées aux soins maternels (13 %), aux soins aux nouveau-nés (11 %), aux soins pédiatriques (5 %) et aux soins en santé mentale (3 %).

Index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

ALTANA PHARMA / SOLVAY PHARMA INC.		
Pantoloc	15	162
ASTRAZENECA CANADA INC.		
Crestor	107, 109.....	142-143
Symbicort.....	97.....	172-173
BAYER		
Adalat XL	couv. III	119
Avelox.....	8.....	131-132
BELL CANADA		
Services		12
BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC.		
Avapro	6.....	129-130
Plavix.....	110.....	163-164
Spiriva	30.....	168-170
FOURNIER PHARMA INC.		
Lipidil EZ.....	52-53.....	156-157
GLAXOSMITHKLINE INC.		
Advair	42-43.....	120-123
JANSSEN-ORTHO INC.		
Reminyl	10-11	167
MERCK FROSST CANADA & CIE		
Ezetrol	couv. IV.....	152-153
NOVARTIS PHARMA INC.		
Diovan	54.....	144-146
ORGANON CANADA LTEE		
NuvaRing.....	16.....	160-161
PFIZER CANADA INC.		
Caduet.....	76-77	133-136
Celebrex	28-29.....	137-139
Lipitor.....	couv. II.....	158-159
PURDUE PHARMA		
Codeine Contin	44.....	140-141
SANOVI-AVENTIS		
Actonel	41.....	117-118
Altace	94.....	126-127
Lantus	66.....	154-155
Xatral.....	75	174
SOLUTIONS CLINIQUE		
Logiciel.....		98
SOLVAY PHARMA		
Androgel	34-35	128
STIEFEL CANADA INC.		
Stieprox.....	36	171
WYETH		
Alesse.....	4.....	124-125
Caltrate.....	33	136
Effexor (anxiété).....	64-65.....	147-151
Effexor (dépression)....	114-115.....	147-151
Pprevnar	78.....	165-166

**Le Médecin du Québec accepte maintenant
les petites annonces**

(514) 878-1911 – 1 800 361-8499
medque@fmoq.org

Dale-Parizeau LM.....		86
O&Y Enterprise – services immobiliers.....		74
Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal....		102

◀◀◀ (Suite de la page 27)

déjà lancé, en octobre dernier, un premier avis à la suite de la publication d'une étude épidémiologique américaine. Les données présentées laissaient supposer que le risque de malformations congénitales – notamment d'anomalies cardiaques – lié à la prise de la paroxétine pendant le premier trimestre de grossesse était un peu plus important avec la paroxétine qu'avec les autres antidépresseurs.

Maintenant, une nouvelle étude reposant sur les données du registre national des naissances de Suède confirme l'augmentation du risque d'anomalies cardiaques. Cependant, contrairement aux résultats américains, les données suédoises ne révèlent aucune hausse du taux de l'ensemble des malformations.

« Les résultats regroupés des deux études d'envergure se fondant sur des bases de données semblent maintenant indiquer que le risque de donner naissance à un enfant présentant une malformation cardiaque grimpe à environ 2/100 (2 pour cent) si la mère prend de la paroxétine durant le premier trimestre de grossesse alors qu'il se chiffre à environ 1/100 (1 pour cent) dans la population en général et chez les mères prenant d'autres antidépresseurs », précise GlaxoSmithKline.

Le Paxil est indiqué dans le traitement du trouble dépressif grave, du trouble obsessionnel-compulsif, du trouble panique, de la phobie sociale, de l'anxiété généralisée et de l'état de stress post-traumatique. Quant au Paxil CR, il est prescrit pour traiter le trouble dépressif grave, le trouble panique, la phobie sociale et le trouble dysphorique prémenstruel. ☞