

Symptômes urinaires chez l'homme

parfois deux médicaments valent mieux qu'un



Photo : Mikael Ohana/CHUM

D^r Steven Lapointe

Deux médicaments valent parfois mieux qu'un pour traiter les hommes ayant plusieurs symptômes urinaires, dont ceux d'une vessie hyperactive. Certains patients n'obtiennent de résultats ni avec un médicament indiqué dans les cas d'hypertrophie bénigne de la prostate, comme la tamsulosine (Flomax), ni avec un produit contre

les symptômes de la vessie hyperactive, comme la toltérodine ER (Detrol LA). Par contre, l'association des deux médicaments peut être efficace, selon une étude du *Journal of the American Medical Association*¹.

Pourquoi deux produits ? Les symptômes urinaires viennent souvent d'une hypertrophie bénigne de la prostate. L'accroissement du tonus du muscle lisse de cette glande et du col vésical obstrue l'orifice urétral de la vessie. Le traitement habituel est la prise d'un antagoniste des récepteurs alpha-adrénergiques, comme la tamsulosine, qui permet un relâchement de ces muscles. Cependant, le patient peut avoir

parallèlement une vessie hyperactive. Un antimuscarinique, comme la toltérodine, qui réduit l'hyperactivité du détrusor est alors nécessaire.

Dans une étude financée par Pfizer, le D^r Steven Kaplan et ses collaborateurs ont recruté des hommes de 40 ans et

plus qui présentaient des symptômes à la fois de vessie hyperactive et d'hyperplasie bénigne de la prostate. Près du quart des participants souffraient d'incontinence à cause de mictions impérieuses. Pour participer à l'étude, les sujets devaient entre autres avoir un score IPSS (International Prostate Symptom Score) de 12 ou plus, être incommodés au moins modérément par leurs symptômes, avoir huit mictions et plus par 24 heures et trois mictions impérieuses ou plus. Ils pouvaient ou non souffrir d'incontinence urinaire.

Les 879 sujets retenus, qui venaient de 95 cliniques d'urologie américaines, ont été répartis au hasard en quatre groupes prenant chaque jour respectivement :

- 4 mg de toltérodine ER (extended release [à action prolongée]) ;
- 0,4 mg de tamsulosine ;
- une association de toltérodine ER et de tamsulosine ;
- un placebo.

Les patients devaient inscrire dans un journal le moment de leurs mictions et leur impériosité pendant les cinq jours précédant les visites d'évaluation. Le principal critère d'efficacité de l'essai clinique était la perception qu'avaient les sujets des bienfaits du traitement.

Au bout de 12 semaines, 80 % des patients prenant l'association de tamsulosine et de toltérodine ont estimé que le traitement était

Résultats de l'essai clinique

Placebo	Toltérodine ER*	Tamsulosine	Toltérodine ER + Tamsulosine
215 patients	210 patients	209 patients	217 patients
Amélioration perçue chez 62 %	Amélioration perçue chez 65 %	Amélioration perçue chez 71 %	Amélioration perçue chez 80 %
	$P = 0,48$ contre placebo (non significatif)	$P = 0,06$ contre placebo (non significatif)	$P < 0,001$ contre placebo (significatif)

* Extended Release (à action prolongée)

1. Kaplan SA, Roehrborn CG, Rovner ES et coll. Toltérodine and tamsulosin for treatment of men with lower urinary tract symptoms and overactive bladder: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006 ; 296 : 2319-28.

bénéfique. Cela a été le cas de 71 % de ceux qui recouraient uniquement à la tamsulosine, de 65 % des hommes traités par la toltérodine et de 62 % des sujets sous placebo (*tableau*). Seul le groupe prenant l'association avaient des résultats significativement différents de ceux du groupe témoin.

En outre, par rapport aux sujets sous placebo, les participants qui avaient reçu le double traitement présentaient significativement moins d'impériosités mictionnelles avec et sans incontinence, de mictions par 24 heures et de mictions pendant la nuit. Ils obtenaient également un meilleur résultat au score IPSS.

Vérifier la présence de rétention urinaire

Tous les hommes présentant des symptômes à la fois de vessie hyperactive et d'hypertrophie de la prostate peuvent-ils prendre l'association de tamsulosine et de toltérodine ? Non. Certains patients ont d'ailleurs été exclus de l'étude, notamment ceux qui présentaient un résidu après la miction de plus de 200 ml, un débit urinaire maximal inférieur à 5 ml/s ou qui avaient déjà eu une rétention urinaire nécessitant un cathétérisme.

Ces exclusions constituent une sage précaution, selon le **D^r Steven Lapointe**, urologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et professeur agrégé de clinique. « La toltérodine peut précipiter une rétention urinaire. » Il n'y a finalement eu dans l'étude qu'un cas de rétention urinaire exigeant un cathétérisme dans le groupe sous toltérodine ER et qu'un dans le groupe sous bithérapie.

Avant de prescrire la toltérodine seule ou en association, il faut donc s'assurer que le patient ne présente pas de rétention urinaire. « On peut vérifier la présence d'un globe vésical à l'examen clinique, mais ce n'est pas toujours évident quand le patient est obèse. S'il y a un doute quant à une vidange vésicale inadéquate, il existe différentes façons de mesurer le résidu postmictionnel, que ce soit par échographie ou, de manière plus effractive, par un cathétérisme postmictionnel », explique le D^r Lapointe.

Le double traitement a, par ailleurs, été associé à un effet secondaire relativement fréquent : la sécheresse de la bouche. Il a touché 21 % des participants ayant reçu la bithérapie. Par comparaison, 7 % des patients recourant soit à la tamsulosine, soit à la toltérodine ER et 2 % des sujets sous placebo s'en sont plaints. « Certains patients peuvent cesser leur traitement parce

qu'ils trouvent le problème de sécheresse de la bouche pire que leurs symptômes », précise le D^r Lapointe.

Dans sa pratique, l'urologue prescrit déjà la bithérapie à certains patients. « On peut commencer par donner un seul médicament, soit un alphabloquant comme la tamsulosine. Il faut penser au coût, parce que c'est un traitement que le patient prendra longtemps. » Le prix de la tamsulosine s'élève à quelque 41 \$ par mois et celui de la toltérodine ER à environ 67 \$ mensuellement. « Si les symptômes ne diminuent pas avec la tamsulosine, on ajoute l'anticholinergique. Il serait possible de commencer la prise des deux médicaments en même temps, mais il faut également tenir compte du fait que la toltérodine cause davantage d'effets secondaires que l'alphabloquant. »

Qu'est-ce qui dérange vraiment le patient ?

Les résultats de cette étude américaine, qui n'a duré que douze semaines, se maintiendront-ils à long terme ? Difficile de le savoir. « Les symptômes de l'hypertrophie bénigne de la prostate sont fluctuants. L'évolution naturelle de la maladie fait qu'il y a une amélioration spontanée chez le tiers des patients, aucun changement chez un autre tiers et une détérioration chez le dernier tiers », note le D^r Lapointe.

Par ailleurs, à lui seul le placebo a été associé à une amélioration de l'état de 60 % des patients. Toutefois, les sujets témoins ne peuvent pas être considérés comme un groupe sans traitement, parce qu'ils devaient eux aussi remplir un journal. Cet exercice pouvait aider les participants à prendre conscience du fait que certaines modifications de leurs habitudes diminuaient leurs symptômes.

L'association de tamsulosine et de toltérodine ER peut, par ailleurs, ne pas être la réponse que cherche le patient. Avant de prescrire un traitement, il faut bien l'interroger, conseille le D^r Lapointe. « Il faut voir ce qui l'incommoder réellement. Certains, sans le dire ouvertement, craignent que leurs problèmes ne soient le signe d'un cancer de la prostate. Quand on les rassure, après leur avoir fait passer des tests, plusieurs ne semblent plus vraiment ennuyés par leurs symptômes. Il faut également chercher ce qui dérange le plus le patient. Est-ce que ce sont les symptômes obstructifs ou irritatifs ? Ou encore les mictions fréquentes ou nocturnes ? » Les réponses détermineront ce qui conviendra le mieux au patient. 🍷

Le rimonabant un nouveau médicament pour perdre du poids



D^r Dominique Garrel

Une nouvelle molécule antiobésité devrait bientôt être mise sur le marché : le rimonabant (Acomplia). Le médicament est efficace entre autres chez les personnes obèses et diabétiques. Associé à des changements d'habitudes de vie, il permettrait à ces patients

de perdre en moyenne 5,3 kg en un an, selon l'étude RIO-Diabetes publiée dans le *Lancet*¹.

Il augmenterait le taux de cholestérol HDL, diminuerait celui de l'hémoglobine glyquée et agirait sur plusieurs facteurs de risque de problèmes cardiovasculaires et métaboliques.

On savait déjà le rimonabant efficace chez les obèses non diabétiques. « L'amaigrissement et le maintien de la perte de poids sont généralement plus difficiles chez les patients atteints de diabète de type 2 », précisent les auteurs de RIO-Diabetes, étude à laquelle ont participé quinze chercheurs canadiens, dont plusieurs Québécois et 140 de leurs patients.

Le mécanisme du nouveau produit serait différent de celui des autres médicaments antiobésité. En inhibant les récepteurs cannabinoïdes de type 1, il agirait sur le système endocannabinoïde qui joue un rôle important dans la régulation de l'appétit, les dépenses énergétiques, le métabolisme des lipides

et du glucose et la dépendance au tabac.

« On ne sait pas très bien comment fonctionne le rimonabant. Le système endocannabinoïde sur lequel il agit est lié au processus de récompense. Le geste de se reconforter en mangeant, en prenant de l'alcool ou en fumant est déclenché par cette voie neurochimique du cerveau », explique le **D^r Dominique Garrel**, endocrinologue.

Directeur du Département de nutrition de l'Université de Montréal, le D^r Garrel connaît bien la molécule pour être membre du conseil scientifique de Sanofi-Aventis et investigateur dans d'autres études sur le rimonabant.

« Personnellement, je prescrirai ce médicament à des patients obèses sans antécédents psychiatriques, qui ont un faible taux de cholestérol HDL et des habitudes alimentaires où le système de récompense intervient fortement. »

Une perte de poids modeste

L'étude RIO-Diabetes, financée par Sanofi Synthelabo, comprenait 1047 patients obèses ou ayant un surplus de poids et atteints de diabète de type 2 mal maîtrisé. L'indice de masse corporelle des participants allait de 27 kg/m² à 40 kg/m², leur taux d'hémoglobine glyquée de 6,5 % à 10,0 % et leur glycémie à jeun de 5,6 mmol/l à 15,0 mmol/l. Tous les sujets prenaient de la metformine ou des sulphonylurées.

Pendant un an, les participants, distribués de façon aléatoire en trois groupes, ont pris quotidiennement soit un placebo, soit 5 mg de rimonabant, soit 20 mg du produit. Ils devaient, en outre, suivre un régime légèrement hypocalorique et recevaient des conseils pour accroître leur degré d'activité physique. Seulement 692 sujets ont terminé l'étude, mais leur nombre était similaire dans les trois groupes.

La perte de poids, qui était le principal critère d'évaluation de l'étude, a été de :

- ⊙ 1,4 kg avec le placebo ;
- ⊙ 2,3 kg avec 5 mg de rimonabant ($P = 0,01$ par rapport au placebo) ;
- ⊙ 5,3 kg avec 20 mg de rimonabant ($P < 0,0001$ par rapport au placebo).

Dans le groupe prenant 20 mg de rimonabant, 49 % ont perdu 5 % ou plus de leur poids et 16 %

1. Scheen AJ, Finer N, Hollander P et coll. Efficacy and tolerability of rimonabant in overweight or obese patients with type 2 diabetes: a randomised controlled study. *Lancet* 2006. Publié en ligne le 27 octobre. DOI : 10.1016/S0140-6736(06)69571-8.

Perte de poids selon le groupe de traitement

	Placebo	Rimonabant, 5 mg	Rimonabant, 20 mg
Perte de poids \geq 5 %	14,5 %	21,7 % ($P = 0,02$)	49,4 % ($P < 0,0001$)
Perte de poids \geq 10 %	2,0 %	6,2 % ($P = 0,01$)	16,4 % ($P < 0,0001$)
Perte de poids en kg	1,4	2,3 ($P = 0,01$)	5,3 ($P < 0,0001$)

en ont perdu pas moins de 10 % (tableau). Parmi les sujets témoins, seuls 15 % ont maigri d'au moins 5 %.

Le D^r Garrel n'est pas très impressionné par l'effet du rimonabant. « La perte de poids est d'environ 5 kg chez des gens pesant en moyenne 96 kg. Ce n'est pas mieux que ce que l'on obtient avec l'orlistat (Xenical) ou la sibutramine (Meridia). »

Le groupe témoin, par ailleurs, n'a maigri que 1,4 kg. « C'est un point faible de l'essai clinique. Quand on regarde une étude sur l'obésité, la première chose à vérifier est la perte de poids du groupe témoin. Cela indique si les patients ont été bien pris en main. Est-ce que la diététiste les a suivis ? Est-ce qu'ils ont tenu un journal alimentaire ? » Visiblement, le soutien offert aux participants de l'étude RIO-Diabetes n'a pas été très efficace. Une étude sur la sibutramine a pourtant montré en 2005 que l'effet d'un médicament antiobésité peut être potentialisé par des changements d'habitudes de vie efficaces et bien encadrés². « L'effet peut être spectaculaire », précise le spécialiste.

Une hausse du taux de cholestérol HDL

Le rimonabant a, par contre, une action particulièrement intéressante sur un paramètre important : la concentration de cholestérol HDL. La dose de 20 mg a permis d'augmenter ce taux de 15,4 % alors que la hausse n'a été que de 7,1 % avec le placebo ($P < 0,001$). En outre, tout au long des 52 semaines de l'étude, le taux de HDL s'est accru constamment sans atteindre de plateau. « Cela laisse penser qu'il va peut-être continuer à grimper. Très peu de médicaments augmentent la concentration de cholestérol HDL. C'est un effet

2. Wadden TA, Berkowitz RI, Womble LG et coll. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 2111-20.

extrêmement intéressant. »

En ce qui concerne la glycémie, 68 % des patients prenant 20 mg de rimonabant ont obtenu un taux d'hémoglobine glyquée inférieure à 7 %, ce qui n'a été le cas que de

48 % des sujets du groupe témoin. Plus de patients sous rimonabant ont même dû diminuer leurs doses d'antidiabétique. « Le fait de perdre du poids améliore la glycémie », fait remarquer le D^r Garrel.

Le rimonabant à forte dose a également permis de réduire les valeurs de plusieurs autres paramètres : le tour de taille, la concentration de triglycérides, le taux de cholestérol non HDL, la pression systolique et le taux de protéine C réactive de haute sensibilité.

Les participants, de leur côté, ont remarqué que leur comportement à l'égard de la nourriture s'était amélioré. Ils pouvaient suivre plus facilement un régime, avaient moins d'appétit et ressentaient moins l'envie de nourriture grasse ou sucrée.

Troubles dépressifs

Quels sont les effets secondaires du rimonabant ? Le produit a, en général, été bien toléré. Cependant, un peu plus de patients prenant la dose de 20 mg ont abandonné l'étude, principalement à cause de troubles dépressifs, de nausées et d'étourdissements. Il n'y a toutefois pas eu d'événement néfaste grave lié à des problèmes psychiatriques, soulignent les chercheurs.

Ces données ne rassurent pas totalement le D^r Garrel. « J'ai observé, au cours d'une des études à laquelle j'ai participé, des cas de pensées suicidaires pures. Par exemple, un patient qui n'était pas déprimé ne voulait plus conduire, parce que dès qu'il était au volant, il voulait foncer dans un mur. » Le rimonabant joue sur des mécanismes cérébraux que l'on connaît mal, estime l'endocrinologue. Et les patients à qui ces idées fatales apparaissent n'ont pas le réflexe de cesser le produit. « Il faut donc être prudent. J'éviterais de prescrire ce

médicament aux patients qui ont eu des épisodes dépressifs et je mettrais en garde les autres contre la possibilité de pensées suicidaires. »

Le D^r Garrel a également observé un ou deux cas d'anhédonie. « Le patient me disait qu'il n'avait pas envie de manger, ni envie de rien. Il se rendait cependant compte que cet état était dû au médicament parce qu'il ne l'avait jamais expérimenté auparavant. »

Où se situera le rimonabant dans le marché des médicaments contre l'obésité ? « En ce qui concerne la perte de poids, les résultats de ce produit sont moyens. Il n'est pas meilleur que les autres médicaments antiobésité existants, et ses effets secondaires sont plus préoccupants. Par contre, il a l'avantage d'augmenter le taux de cholestérol HDL. » 

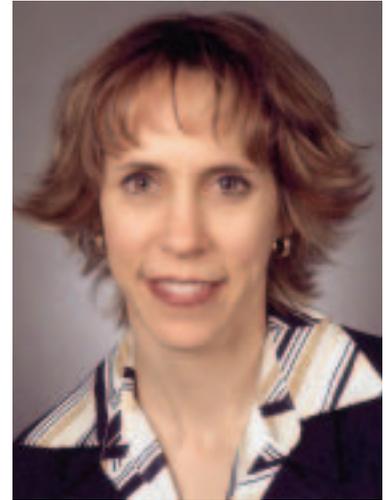
Alimentation et prévention des AVC les bienfaits du régime méditerranéen

« L'alimentation est bien plus importante pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux (AVC) que ne l'estiment la plupart des médecins », soutient dans *Stroke* le D^r David Spence, du Stroke Prevention and Atherosclerosis Research Centre, de l'Institut de recherche Robarts à London, en Ontario¹.

Pourquoi imposer des régimes avec peu de gras, qui ne diminuent la cholestérolémie à jeun que de 5 % à 10 %, alors qu'une statine peut l'abaisser de 50 % ? Parce que ce qui est critique pour l'organisme, explique le D^r Spence, c'est davantage le taux de cholestérol postprandial que la cholestérolémie à jeun. « Le taux de cholestérol est mesuré à jeun pour réduire les variations des mesures. Cependant, les êtres humains ne sont à jeun que pendant les dernières heures de la nuit. Ce qui affecte l'endothélium

pendant environ 18 heures par jour « sont les taux postprandiaux de lipides, de cholestérol et de cholestérol oxydé ainsi que le stress oxydatif qui suivent les repas contenant des gras *trans*, des graisses animales ou du glucose. »

Nutritionniste au Centre ÉPIC, le centre de médecine préventive de l'Institut de Cardiologie de Montréal, M^{me} Élise Latour est d'accord. « Il faut se rendre compte que notre lipidémie est toujours dans la phase postprandiale. Il faut environ huit heures pour digérer un repas riche en gras. Il y a ainsi constamment des gras circulants. On doit faire



M^{me} Élise Latour

baisser ce taux en faisant attention à la quantité et au type de gras que l'on mange et en consommant des oméga-3. »

Les bienfaits du régime méditerranéen

Le régime méditerranéen, riche en fruits et légumes, en produits céréaliers à grains entiers, en gras de bonnes qualités (huile d'olive, de canola et de poisson) et pauvre en graisses animales et en cholestérol alimentaire, est particulièrement bénéfique contre les maladies cardiovasculaires. La *Lyon Diet Heart Study* a montré qu'il réduisait de 60 % de plus le taux d'AVC et d'infarctus du myocarde en quatre ans que le régime de l'American Heart Association. Cette diminution est même deux fois plus grande que celle qu'a produite la simvastatine dans la *Scandinavian Simvastatin Survival Study*, où le taux d'infarctus du myocarde a été réduit de 40 % en six ans.

À quoi est due la supériorité de l'alimentation méditerranéenne ? Des chercheurs ont montré que les aliments les plus efficaces seraient ceux qui contiennent beaucoup d'antioxydants, comme les fruits, les légumes, les poissons riches en oméga-3 et l'huile de canola. Comme les couleurs et les saveurs des fruits et des légumes

1. Spence D. Nutrition and stroke prevention. *Stroke* 2006 ; 37. (DOI: 10.1161/01.STR.0000236633.40160.ee)

viennent de leurs antioxydants, le D^r Spence estime que « nous devons manger des fruits et des légumes de toutes les couleurs. »

L'alimentation méditerranéenne fait l'unanimité. « De plus en plus de données montrent que si l'on a une alimentation de ce type, on ne se trompe pas. Plus on lit d'études sur ce régime alimentaire et plus on en découvre les bienfaits. On ne mentionne jamais d'effets néfastes », explique M^{me} Latour.

Viande, œufs et cholestérol

Du côté des viandes, il faut se méfier du taux postprandial de gras et du stress oxydatif. Mais même si un repas riche en viande perturbe la fonction endothéliale pendant plusieurs heures, un traitement préalable par les vitamines C et E peut réduire les dommages, a montré une étude. Le régime méditerranéen serait également bénéfique à cet égard. Il améliorerait la fonction endothéliale chez les hommes hyperlipidémiques.

La consommation de cholestérol doit également être surveillée. Le National Cholesterol Education Program recommande un apport inférieur à 300 mg par jour pour les personnes dont le risque de maladies vasculaires est faible et de moins de 200 mg par jour pour les gens exposés à un risque élevé. Or, un œuf contient à lui seul 275 mg de cholestérol. Autant qu'un steak de huit onces. « Des données montrent que les patients ayant un risque de maladies vasculaires ne devraient pas consommer de jaunes d'œuf », soutient le médecin.

Faut-il vraiment priver les patients cardiaques d'œufs ? M^{me} Latour s'y oppose. « Il y a des gens chez qui la consommation de cholestérol alimentaire a de grandes répercussions sur la cholestérolémie alors que chez d'autres elle n'aura presque pas d'effet. C'est une question de génétique. Tant que les patients n'auront pas accès à la nutriginomique, on leur dira de limiter leur consommation de jaunes d'œufs à trois par semaine. » La diététiste se refuse à imposer une restriction alimentaire de plus à des patients, sans savoir si cela leur sera bénéfique.

Néanmoins, pour le D^r Spence, un régime

alimentaire adéquat pour les patients ayant des maladies vasculaires ne devrait contenir aucun jaune d'œuf, et moins de viande, rouge ou blanche, que la quantité généralement consommée en Amérique du Nord.

Homocystéine et vitamine B₁₂

Et qu'en est-il de l'homocystéine ? « Un fort taux d'homocystéine totale augmente le risque de thrombose, détériore la fonction endothéliale et accroît le stress oxydatif », explique le D^r Spence. Plusieurs de ces effets régressent avec un traitement par les folates et les vitamines B₆ et B₁₂ destiné à réduire le taux d'homocystéine. Cependant, des études récentes ont montré que ce type de thérapie ne baisse ni l'incidence des AVC, ni le taux d'infarctus du myocarde. Mais pour le D^r Spence, il ne faut pas conclure dès maintenant à l'inefficacité des folates et des vitamines B₆ et B₁₂.

Selon le spécialiste, la carence en vitamine B₁₂ est plus fréquente qu'on ne le croit chez les personnes âgées. À ses yeux, le seuil considéré comme normal est trop bas pour réduire leur taux d'homocystéine totale. Certains auraient donc besoin de plus fortes doses de B₁₂. M^{me} Latour est prudente concernant cette question. « La majorité de la vitamine B₁₂ est synthétisée par les bactéries de l'intestin. Le reste vient des produits animaux. Il est donc assez rare que l'on trouve des carences en cette vitamine. Je ne pense pas qu'il y ait assez de données pour prescrire des suppléments à toutes les personnes âgées. Il faut cependant s'assurer que leur alimentation de base est équilibrée. »

L'alimentation : un atout

Ainsi une partie de la solution pour réduire le risque d'apparition d'un AVC réside dans l'alimentation : un régime méditerranéen avec un apport en cholestérol limité et une consommation de viande modérée. « La beauté de l'alimentation méditerranéenne c'est que ce n'est pas un aliment isolé qui produit les effets bénéfiques, mais bien tout l'ensemble », indique M^{me} Latour. 🍴

Mise en garde

Vaporisateurs à base de benzocaïne

Santé Canada continue à recevoir des signalements de cas de méthémoglobinémie associée à l'utilisation de vaporisateurs à base de benzocaïne. Aucun cas n'a toutefois été mortel. Dans la littérature médicale, le nombre de patients touchés semble également en hausse.

Les vaporisateurs contenant de la benzocaïne sont utilisés pendant des interventions chirurgicales, dentaires ou autres pour produire une anesthésie topique des muqueuses et réduire les réflexes pharyngés et trachéaux. La méthémoglobinémie associée à leur emploi est une réaction peu courante qui réduit la capacité des globules rouges à capter l'oxygène et à le transporter. Elle peut entraîner une cyanose, une faiblesse et le coma. La benzocaïne existe sous de nombreuses formes topiques, mais presque tous les cas de méthémoglobinémie signalés étaient liés à l'utilisation de vaporisateurs. Leur teneur en benzocaïne (14 %-20 %) est d'ailleurs plus élevée.

Santé Canada tient à souligner que les vaporisateurs à base de benzocaïne doivent être employés judicieusement pour réduire les risques au minimum.

(Suite à la page 155) >>>

Épilepsie, connaissance du cerveau et société

Sous la direction de Jean-Paul Amann, Catherine Chiron, Olivier Dulac et Anne Fagot-Largeault



L'épilepsie donne lieu à une véritable tempête dans le cerveau. Pour la personne qui en souffre, il s'agit d'une catastrophe naturelle insupportable. Et bien qu'elle soit très répandue, l'épilepsie est une maladie neurologique souvent incomprise d'une grande partie de la population. À travers les siècles, elle a été entourée de mythes et de fausses croyances.

Ce livre est le résultat d'une collaboration entre un groupe de médecins et une équipe de philosophes qui retracent le parcours historique et social de la maladie. Dans une approche multidisciplinaire, les auteurs présentent les plus récentes données cliniques, de la neurobiologie classique à la neuro-imagerie moderne en passant par les traitements médicaux et chirurgicaux.

Toutefois, l'aspect scientifique s'éclaire des lumières de l'histoire, de la philosophie et de la sociologie. Associée à des personnages célèbres, dont Jules César, Alexandre le Grand, saint Paul, Flaubert et Dostoïevski, l'épilepsie revêt un aspect littéraire et populaire. Ainsi, il est question de la maladie dans l'antiquité grécolatine, alors que les symptômes inquiétants du grand mal étonnaient et faisaient même peur ainsi que de l'approche de la maladie par les médecins grecs. Le texte revoit les grandes interrogations suscitées par l'épilepsie aux XVII^e, XVIII^e siècles alors que les victimes étaient considérées comme des possédés. Puis on passe au XIX^e siècle alors que la maladie est enfin comprise et que Charcot prononce le divorce entre l'hystérie et l'épilepsie, qui est dorénavant reconnue comme un problème neurologique.

Bien sûr, il est question de l'épilepsie dans les sociétés actuelles et de ses conséquences sur les malades. Un chapitre porte sur le traitement et les essais thérapeutiques, notamment chez l'enfant, ainsi que sur les aspects éthiques de ce type d'études. En outre, les auteurs donnent la parole aux malades, à leurs proches et à leurs associations. ☞

Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2006, 160 pages, 25 \$.

(Suite à la page 126) >>>

Souffrance et médecine

Serge Daneault



Non, la souffrance n'est pas toujours soulagée, et les choses doivent changer. Pourtant, l'apaisement de la douleur devrait être la première préoccupation des soignants. Or, il semble que cet aspect soit oublié dans la formation et la pratique de la plupart des professionnels de la santé.

Cet ouvrage vise à mieux faire comprendre la souffrance des personnes touchées par une maladie terminale,

en l'occurrence le cancer. Il a pour objectif de susciter une prise de conscience de la souffrance des malades et à apporter des changements afin de soulager ces derniers.

L'auteur, **Serge Daneault**, exerce la médecine palliative à domicile à partir du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance, au centre-ville de Montréal, et à l'Hôpital Notre-Dame, à Montréal. Il est également professeur à l'Université de Montréal. Dans son livre, rédigé à la suite d'une étude empirique auprès des malades, le D^r Daneault partage son expérience personnelle et propose une réflexion sur la souffrance et la triste réalité qu'elle engendre.

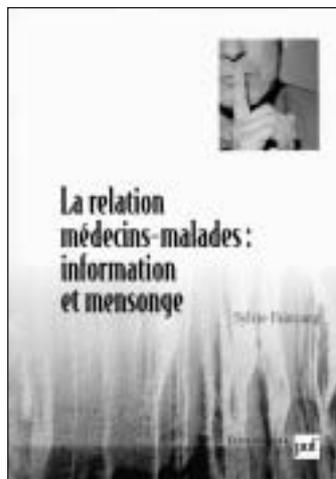
Serge Daneault explore les différents types de souffrance et insiste sur la nécessité de les soulager adéquatement. Il discute également de la perception de la douleur par les soignants et parle de leur propre souffrance lorsqu'ils n'arrivent pas à soulager leurs patients par manque de temps, de ressources, de lits. Le lecteur apprend de la bouche des malades eux-mêmes qu'ils se sentent souvent traités non pas comme des personnes, mais comme des objets ou des porteurs de maladie par des soignants qui ne semblent pas les voir. Ainsi, l'auteur suggère certaines modifications à apporter au système de santé afin d'assurer un meilleur accompagnement des patients aux prises avec la souffrance. ☺

Les Presses de l'Université du Québec, Québec, 2006, 180 pages, 27 \$.

(Suite à la page 138) >>>

La relation médecins-malades : information et mensonge

Sylvie Fainzang



Toute vérité n'est pas bonne à dire selon le proverbe. Il semble que ce soit parfois le cas entre un médecin et son patient. Bien sûr, ce dernier a droit à toute l'information concernant sa santé. Mais reçoit-il tous les renseignements qu'il désire, et que veut-il savoir vraiment ?

Pas facile de dire la vérité aux patients. Si certains veulent connaître tous les détails touchant leur état de santé, le diagnostic de leur maladie, les traitements ainsi que les risques et les avantages qui en découlent, d'autres préfèrent ne pas vraiment le savoir. De même, de nombreux patients ne disent pas non plus toute la vérité aux médecins.

Anthropologue et directrice de recherche à l'INSERM, l'auteure, **Sylvie Fainzang**, s'attaque ici à un sujet pour le moins délicat, voire tabou, le mensonge dans la relation médecin-patient. Non seulement, l'auteure traite des pratiques de rétention de l'information et de soustraction de la vérité, mais elle aborde également le « mensonge par omission » et l'existence de véritables pratiques mensongères de la part des médecins comme des malades.

Cet ouvrage est le résultat d'une étude menée pendant quatre ans sur les échanges entre médecins et patients. Cette enquête a été réalisée à partir de l'observation de malades et de cliniciens en milieu hospitalier. L'auteure a tenté de comprendre ce que les médecins, d'un côté, et les malades, de l'autre, disent pour justifier leurs actes et leur comportement dans la transmission de l'information. Elle a ensuite analysé leur conduite sans toutefois les juger. Elle s'est également penchée sur le rôle des autres soignants et l'entourage non médical du patient dont la famille, les amis et les autres malades, dans la transmission des renseignements concernant la santé d'une personne. ☞

Les Presses universitaires de France, Paris, 2006, 168 pages, 39,95 \$.

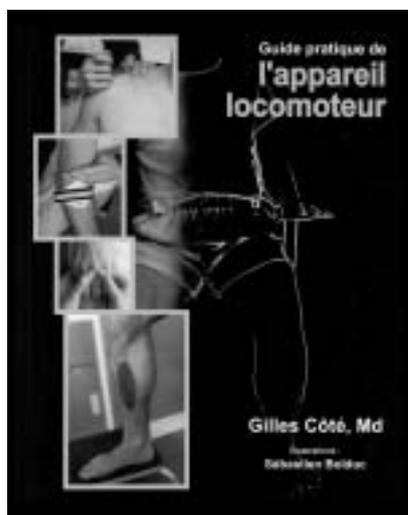
(Suite à la page 141) >>>>

◀◀ (Suite de la page 178)

Livres Francine Fiore

Guide pratique de l'appareil locomoteur

Gilles Côté



Les blessures de l'appareil locomoteur n'ont plus de secret pour le D^r Gilles Côté, médecin omnipraticien pratiquant à Rimouski. Dans son ouvrage, il passe en revue les différents problèmes de l'épaule, du coude, du poignet, de la main, de la colonne vertébrale, de la hanche, du genou, de la jambe et du pied. Du diagnostic au traitement, en passant par l'épidémiologie, l'anamnèse et les facteurs déclenchants, l'auteur fait le point d'une façon concise et précise sur tous les aspects des problèmes touchant ces parties du corps.

Le D^r Côté présente, entre autres, une approche clinique des blessures de l'épaule, dont la tendinite, la bursite, la capsulite, les problèmes de l'articulation glénohumérale et les lésions de l'articulation acromioclaviculaire. Une section est également consacrée aux maux liés à la colonne vertébrale, dont les cervicalgies, les dorsalgies et les lombalgies. Par ailleurs, l'auteur propose une évaluation d'une douleur à la hanche, décrit l'atteinte de l'articulation coxofémorale et discute des douleurs de la hanche d'origine non articulaire.

Bien sûr, il est aussi question des blessures au genou, dont la tendinite, la bursite, les problèmes fémoraux patellaires, l'arthrose du genou, les lésions méniscales et ligamentaires de même que des affections du genou durant l'enfance et l'adolescence. On y trouve des renseignements portant sur les blessures de la jambe et celles du tendon d'Achille, les entorses de la cheville, les différents problèmes du pied, dont les fractures, l'*hallux valgus* et la fasciite plantaire. Abondamment illustré, ce guide est facile à consulter et comporte une bibliographie et des adresses Internet utiles. ☞

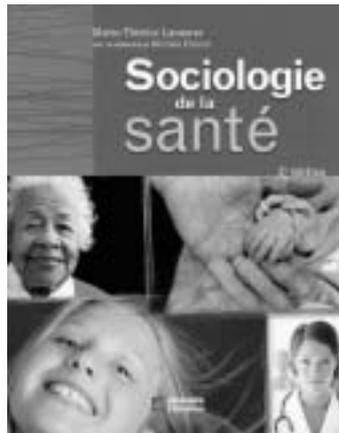
Éditions : Centre de documentation. Agence de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Rimouski, 2006, 119 pages, 53,45 \$.

Pour commander le livre, téléphoner au 418 727-4525 ou envoyer une télécopie au 418 723-1597.

(Suite à la page 144) ▶▶▶

Sociologie de la santé

Marie-Thérèse Lacourse



La santé et la maladie font partie de la vie. Ces deux aspects fondamentaux de l'existence touchent la population, mais également la société en général. Dans cet ouvrage, l'auteure, **Marie-Thérèse Lacourse**, spécialisée en sociologie de la santé, propose une réflexion sur différents aspects du système de santé.

Dans une description des grands indicateurs de santé au Québec, elle revoit les habitudes de vie des Québécois, discute des inégalités sociales en santé, de la pauvreté, des nouvelles maladies, du vieillissement de la population, de la privatisation de plus en plus présente des services de santé, etc.

Une section est consacrée à la santé des immigrants. Il y est question de l'importance des différents milieux culturels en ce qui concerne les soins et de l'approche interculturelle qui constitue une nouvelle réalité pour les professionnels de la santé d'aujourd'hui.

Si l'auteure parle de santé, elle fait aussi le point sur la maladie en tant que phénomène social et sur ses diverses manifestations dans les différentes sociétés. De même, elle présente un aspect historique en rappelant les maladies d'autrefois.

Cette deuxième édition est enrichie d'un nouveau chapitre sur la santé mentale. L'auteure présente une description de l'état de santé mentale de différents groupes sociaux en tenant compte des conditions de vie et explique les liens entre la pauvreté et la santé mentale. Comme solution de rechange à l'hospitalisation dans le soutien psychiatrique, l'auteure propose des approches communautaires et féministes, l'antipsychiatrie et le suivi dans le milieu.

En outre, toutes les données statistiques ont fait l'objet d'une révision et chacun des chapitres est complété par des suggestions de lectures, d'adresses de sites Web et de titres de documents audiovisuels. ☞

Les Éditions de la Chenelière inc., Montréal, 2006, 246 pages, 39,95 \$.

Pour commander

Communiquer avec le Service à la clientèle :
Téléphone : 514 273-8055 ou 1 800 565-5531
Télécopieur : 514 276-0324 ou 1 800 814-0324
Courriel : clientele@cheneliere.ca

(Suite à la page 160) >>>

Recommandations de Santé Canada

1. Évaluer attentivement les patients pour déceler les facteurs de risque prédisposant à la méthémoglobiniémie provoquée par la benzocaïne. Les facteurs de risque comprennent : lésions des muqueuses ou inflammation au point d'application, usage auprès de bébés, usage concomitant d'autres agents oxydants, cardiopathie, malnutrition et carences de certains enzymes comme la glucose-6-phosphate déshydrogénase ou l'hémoglobine réductase. Des produits pouvant remplacer les vaporisateurs à base de benzocaïne, comme les préparations topiques à la lidocaïne, sont offerts et leur usage devrait être considéré dans le cas des patients présentant des facteurs de risque de méthémoglobiniémie.
2. Consigner le nombre de vaporisations administrées et la durée de chacune, et y porter une attention particulière. Utiliser la quantité minimale de produit nécessaire pour obtenir l'effet escompté.
3. Surveiller les patients pour déceler les signes et les symptômes de méthémoglobiniémie, comme la pâleur, la cyanose, les nausées, la faiblesse musculaire, les étourdissements, la confusion, l'agitation, la dyspnée et la tachycardie.
4. Même en présence de sang artériel de couleur brun chocolat, un signe clinique classique de cette affection, confirmer les cas soupçonnés au moyen d'une cooximétrie, car celle-ci offre une mesure directe et exacte du taux de méthémoglobine. Ne pas se fier à l'oxymétrie pulsée ou à la gazométrie du sang artériel, car ces méthodes peuvent être trompeuses et fournir des résultats quasi-normaux dans de tels cas. Pour réduire le risque de morbidité, traiter immédiatement les cas présentant des signes cliniques importants de méthémoglobiniémie. ☞

Le grand monde des petits de 0 à 5 ans

Sylvie Bourcier



Bienvenue dans le grand monde des petits ! Dès qu'il ouvre les yeux, l'enfant part à la découverte de tout ce qui l'entoure. Ses parents ont pour mission de l'accompagner dans cette grande aventure de la vie. Ce petit livre est donc une invitation à découvrir son univers.

L'auteure, **Sylvie Bourcier**, consultante en petite enfance et professeure au certificat en petite enfance et famille de l'Université de Montréal, nous fait pénétrer dans les coulisses de la vie du tout-petit. Elle se place dans la peau de l'enfant afin de mieux le comprendre. Déjà, il est une personne entière et unique qui tente, à sa manière, d'ex-

primer qui il est et ce qu'il ressent. Lorsqu'il boude, se fâche ou semble insatisfait, il parle tout simplement de lui et souhaite être compris.

En plus de décrire les besoins et les comportements de l'enfant, l'auteure parle du rôle de la famille et donne de judicieux conseils concernant l'évolution de l'enfant. Touchant des sujets courants, elle répond à des questions comme : Jusqu'à quand peut-il conserver sa doudou qui le réchauffe et le rassure ? Qu'en est-il de la jalousie à l'arrivée d'un autre enfant dans la famille ? Il est également question de l'utilisation des corrections physiques dans l'éducation de l'enfant.

Jouer c'est sérieux pour l'enfant. Non seulement il s'amuse, mais il découvre son environnement, ses habiletés personnelles, la magie de la créativité, les couleurs, etc. C'est pour lui l'occasion d'affirmer ce qu'il ressent, ce qui l'intéresse et le passionne. Un autre sujet important de cet ouvrage est l'intégration de l'enfant dans le milieu de garde et à la maternelle, de même que le lien entre la famille et le milieu éducatif. ☞

Éditions du CHU Sainte-Justine, Collection du CHU Sainte-Justine pour les parents, Montréal, 2006, 168 pages, 14,95 \$.