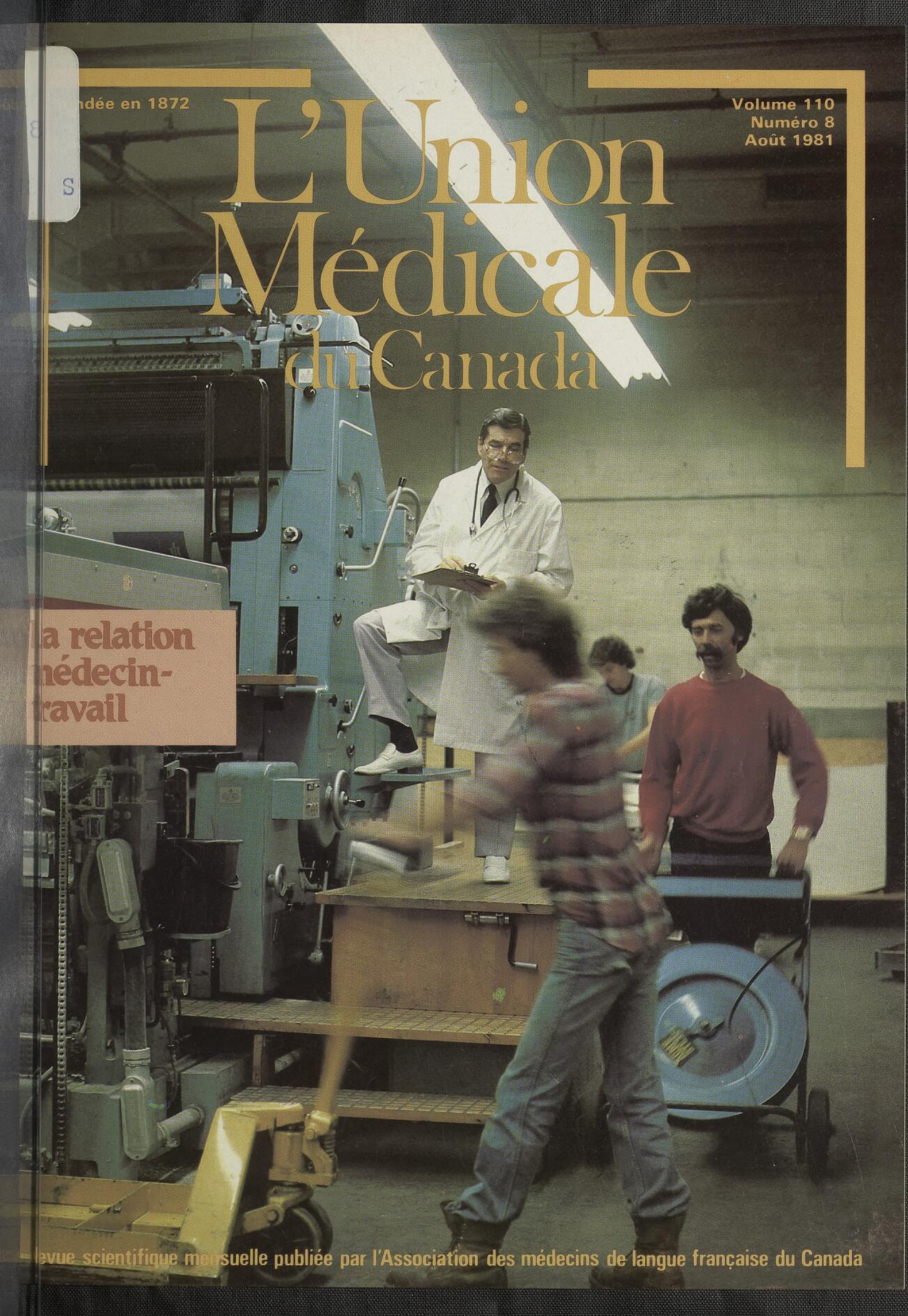
ndée en 1872

L'Union Médicale du Canada

Volume 110
Numéro 8
Août 1981

a relation médecin-travail



evue scientifique mensuelle publiée par l'Association des médecins de langue française du Canada



Là quand il en faut...

- endormissement rapide
- maintient un sommeil profond et reposant de 6 à 8 heures*

*Matta, B. et al (1974). Curr. Ther. Res., *16*:958

803 MARQUE DÉPOSÉE: HALCION CF 1773.1

LA COMPAGNIE UPJOHN DU CANADA
865 YORK MILLS ROAD, DON MILLS, ONTARIO

PAAB CCPP ACIM

disparu quand il n'en faut plus

- demi-vie de 2.5 à 5 heures, sans accumulation significative de métabolites actifs
- patient alerte le lendemain*

*Roth, T. et al (1977). Drugs Expt. Clin. Res., *1*:279

PAAB CCPP ACIM



Renseignements thérapeutiques page 703

L'AMLFC: une prise en main de son propre destin!

Parce qu'elle s'appuie sur la solidarité professionnelle et linguistique de quelque 200,000 confrères francophones dans le monde entier, l'Association des médecins de langue française du Canada vous offre de :

- consolider votre identité au sein du monde médical francophone ;
- vous engager au sein d'un groupe culturellement homogène ;
- témoigner, dans votre langue, d'une pensée scientifique vigoureuse ;
- intervenir dans des débats qui impliquent la médecine et les médecins ;
- contribuer à la francophonie médicale mondiale ;
- assurer la mise à jour de vos connaissances scientifiques ;
- retrouver vos confrères et amis par-delà les disparités interspécialités et les distances interrégionales.

Une présence nationale et internationale

Le Congrès annuel de l'AMLFC, ses conférences internationales, ses symposiums, ses tournées régionales, ses prises de position, ses publications, ses prix et distinctions, sont autant d'activités qui contribuent à la promotion scientifique et culturelle de la médecine d'expression française.

Des services sur mesure

- Réseau-Med
- Sonomed
- L'Union Médicale du Canada
- Avantages socio-économiques

fondée en 1872

L'Union Médicale du Canada

Volume 110
Numéro 8
Août 1981

Revue scientifique mensuelle publiée par l'Association des médecins de langue française du Canada

Paul Duchastel, *président*
Monique Boivin-Lesage, *vice-président*
Aurélien Carré, *secrétaire*
André Boyer, *trésorier*

Conseil de rédaction

Marcel Cadotte, *président*
Pierre-Maxime Bélanger
Pierre Biron
Jean-Marc Bordeleau
Monique Camerlain
Michel Copti
Paul David
Michel Dupuis
Claude Goulet
Bernard Hazel
Michel Jutras
Marcel Rheault

Équipe de rédaction

Édouard Desjardins, *rédacteur en chef émérite*
André Arsenault, *rédacteur en chef*
Lucien Lewys-Abenhaim, *rédacteur en chef adjoint*
Marcel Rochon, *rédacteur*
Jacques Tremblay, *rédacteur*
A. Normand Pilotte, *graphiste*
Gabrielle Faucher, *adjointe au rédacteur en chef*
Micheline Lévy, *assistante à la rédaction*

Répertorié dans le Current Contents / Clinical Practice.

Collaborateurs

Paul-Marie Bernard
Georges Bordage
Pierre Boulanger
Martial Bourassa
Jacques Cantin
Claude Caron
Michel Chrétien
Francine Décary
Jacques-E. DesMarchais
Camille Dufault
Robert Duguay
Jean-Jacques Ferland
J.-Mario Giroux
Jean-Gil Joly
René Lamontagne
Richard Leclaire
Christiane Mascrès
Louise A. Monday
Daniel Myhal
Pierre Rivest
Léon Tétreault
Gérard Tremblay
Maurice Verdy
Pierre Viens
Jean Wilkins

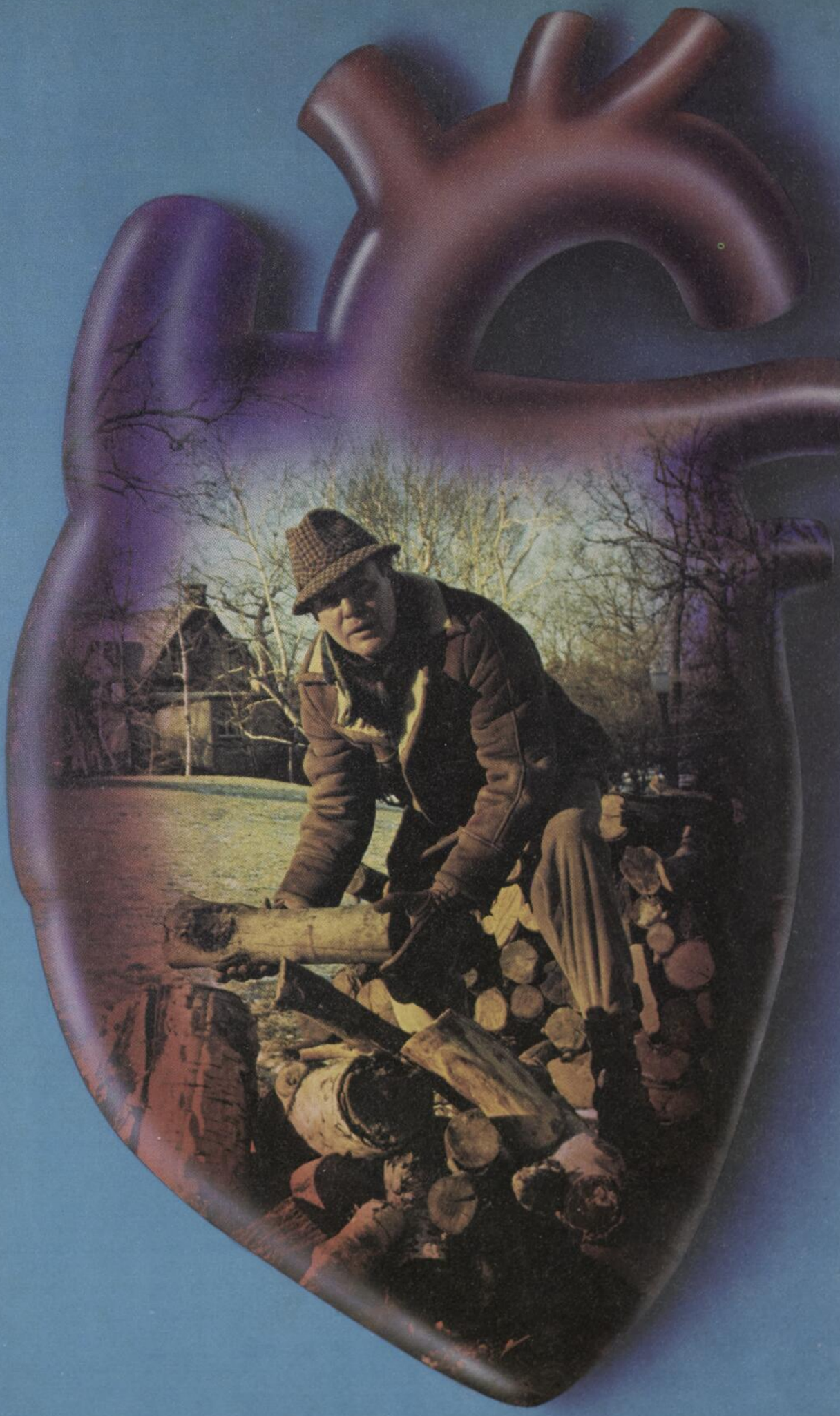
Abonnements: 50 $ par année, 60 $ U.S.A., 65 $ autres. Étudiants: 15 $. Les membres de l'A.M.L.F.C. sont automatiquement abonnés.

Impression:
Imprimerie Coopérative Harpell
1, Pacifique,
Ste-Anne-de-Bellevue
H9X 1B0

Publicité:
M. Gérard Lapointe,
directeur de la publicité,
L'Union Médicale du Canada,
1440, rue Ste-Catherine ouest,
suite 510, Montréal H3G 2P9
téléphone: (514) 866-2053

membre du CCAB AMM PAAB CCPP

Dépôt légal: Bibliothèque Nationale du Québec - RADAR ISSN 0041-6959



Quand la pression fatigue le coeur...

L'âge et l'hémodynamique de l'hypertension

Chez les patients de 45 ans et moins, les changements hémodynamiques dans l'hypertension consistent souvent en une augmentation du débit et de la fréquence cardiaques, la résistance périphérique totale restant à un niveau normal. Par contre, chez les hypertendus plus âgés chez qui le débit cardiaque est normal, on constate une plus grande résistance périphérique globale.[1]

ALDOMET* réduit la résistance périphérique

Le méthyldopa (ALDOMET*) abaisse la tension artérielle en réduisant la résistance périphérique.[2] Le débit cardiaque se maintient habituellement sans accélération du rythme; quelquefois le pouls ralentit chez certains malades. Cette façon de traiter l'hypertension fait échec aux dérangements hémodynamiques que l'on soupçonne dans ces cas.

ALDOMET* permet habituellement à l'appareil cardio-vasculaire de s'adapter à l'activité du sujet

"Il semblerait, du moins d'après les travaux passés en revue, que le méthyldopa n'a pas modifié la réponse du coeur soumis à un effort physique."[3]
"En règle générale, l'hypotension d'effort et les variations tensionnelles diurnes surviennent rarement pendant un traitement au méthyldopa."[3]
(citations traduites)

ALDOMET* peut souvent être administré en 2 prises par jour

"...le méthyldopa...en deux prises par jour...un régime posologique qui vient s'ajouter à ceux qui existent déjà pour favoriser l'observance thérapeutique. De tels régimes s'imposent pour obtenir de meilleurs résultats dans le traitement de l'hypertension."[4] (citation traduite)

Un moyen logique de traiter les hypertendus, surtout ceux de 45 ans et plus



aldomet*

(MÉTHYLDOPA, norme de MSD)

MSD | MERCK SHARP & DOHME CANADA LIMITÉE
C.P. 1005, POINTE-CLAIRE, DORVAL H9R 4P8

Aldomet*

(méthyldopa, norme de MSD)

Le méthyldopa est contre-indiqué dans les cas d'affection hépatique évolutive et d'hypersensibilité. Il est important de savoir que pendant un traitement au méthyldopa, l'épreuve de Coombs peut devenir positive et que de l'anémie hémolytique et des troubles hépatiques peuvent survenir.

INDICATIONS: Hypertension artérielle. Peut être employé en association avec un diurétique ou un autre antihypertenseur ou avec les deux à la fois chez les sujets souffrant d'hypertension à des degrés divers ou encore dès le début d'un traitement antihypertensif chez certains sujets qui ne devraient pas prendre de diurétique pour commencer.

RECOMMANDATIONS POSOLOGIQUES: ADULTES: La dose habituelle d'adulte est de 250 mg deux ou trois fois par jour pendant les 48 premières heures. On peut ensuite augmenter ou diminuer la dose quotidienne, de préférence à intervalles d'au moins 2 jours jusqu'à l'obtention de l'effet désiré. La posologie maximale est de 3 g par jour.

Des doses plus faibles peuvent s'imposer chez des sujets atteints d'insuffisance rénale ou chez des personnes âgées plus sensibles ou atteintes d'artériosclérose avancée.

Il peut parfois se produire de la tolérance, habituellement au cours du deuxième ou du troisième mois du traitement. L'addition d'un diurétique ou l'augmentation de la posologie du méthyldopa rétablira souvent la maîtrise efficace de la tension artérielle.

CONTRE-INDICATIONS: Maladie du foie en évolution telle qu'hépatite aiguë et cirrhose en évolution; troubles hépatiques ou anémie hémolytique rapportés lors d'un traitement antérieur avec le méthyldopa (voir MISE EN GARDE); hypersensibilité au médicament.

MISE EN GARDE: Il faut savoir que pendant un traitement au méthyldopa, les résultats de l'épreuve de Coombs peuvent devenir positifs et que de l'anémie hémolytique et des troubles hépatiques peuvent survenir. Ces rares cas d'anémie hémolytique et de troubles hépatiques peuvent donner lieu à des complications qui peuvent devenir mortelles à moins qu'ils ne soient reconnus et traités à temps. Veuillez lire attentivement la présente rubrique afin de vous renseigner davantage sur ces réactions.

Lors d'un traitement prolongé au méthyldopa, la fréquence de résultats positifs de l'épreuve directe de Coombs se situe en moyenne entre 10 et 20 p.c. De tels résultats se manifestent d'ordinaire dans les 6 à 12 mois après le début du traitement au méthyldopa. La fréquence est la plus faible chez les malades auxquels on administre 1 g de méthyldopa ou moins par jour. Ce phénomène peut à l'occasion être associé à de l'anémie hémolytique pouvant provoquer des complications possiblement mortelles. On ne peut pas prévoir quels patients présentant une épreuve directe de Coombs positive développeront une anémie hémolytique. La présence passée ou éventuelle d'une épreuve directe de Coombs positive ne constitue pas en soi une contre-indication à l'usage du méthyldopa. Si cette épreuve devient positive pendant le traitement au méthyldopa, le médecin doit déterminer s'il y a présence concomitante d'anémie hémolytique et si de tels résultats peuvent soulever un problème. Par exemple, quand l'épreuve directe de Coombs est positive, il arrive moins souvent que l'épreuve indirecte de Coombs le soit aussi, ce qui peut être le signe d'une incompatibilité à l'épreuve croisée de compatibilité sanguine.

Il est souhaitable au début d'un traitement au méthyldopa de procéder à une numération globulaire (hématocrite, hémoglobine, numération érythrocytaire) à des fins de référence ou pour déterminer s'il y a anémie. Il faut procéder à ces examens à intervalles réguliers pendant la durée du traitement afin de dépister la présence d'anémie hémolytique. Il peut même être avantageux d'effectuer une épreuve directe de Coombs avant le traitement, puis de 6 à 12 mois plus tard. La présence de l'anémie hémolytique et d'une épreuve de Coombs positive peut, pendant un traitement au méthyldopa, être attribuable à l'administration de ce médicament, le retrait du méthyldopa s'impose donc dans ce cas.

L'anémie connait habituellement une prompte rémission. Si non, il sera bon d'administrer des corticostéroïdes ou d'envisager d'autres causes possibles d'anémie. Ne jamais reprendre l'administration du méthyldopa après avoir constaté des manifestations d'anémie hémolytique. Habituellement lorsque le méthyldopa provoque une épreuve de Coombs positive, seule ou accompagnée d'anémie hémolytique, les globules rouges sont revêtus d'immunoglobulines G (gamma) seulement. Il se peut que l'épreuve de Coombs ne redevienne normale que des semaines, voire des mois, après le retrait du médicament.

S'il arrive qu'une transfusion sanguine soit nécessaire chez un patient soumis au méthyldopa, il faudra procéder aux épreuves directe et indirecte de Coombs. En l'absence d'anémie hémolytique, seule l'épreuve directe de Coombs sera habituellement positive. Le cas échéant, cette épreuve ne créera pas d'incompatibilité à l'épreuve croisée de compatibilité sanguine ni ne nuira à la détermination du groupe sanguin. Si l'épreuve indirecte de Coombs est aussi positive, il sera difficile d'interpréter les résultats de l'épreuve croisée de compatibilité majeure et c'est alors que les conseils d'un hématologue ou d'un spécialiste en problèmes de transfusion deviendront nécessaires.

On a parfois observé de la fièvre au cours des trois premières semaines de traitement avec le méthyldopa, fièvre qui était accompagnée, dans certains cas, d'éosinophilie ou d'anomalies dans une ou plusieurs épreuves d'explorations fonctionnelles du foie. Il peut également se produire de l'ictère avec ou sans fièvre, ce qui survient habituellement dans les deux ou trois mois qui suivent le début du traitement. Dans certains cas, ces constatations sont semblables à celles que l'on observe en présence de cholestase. On a rarement rapporté des cas de nécrose hépatique mortelle après l'usage du méthyldopa, phénomène compatible avec une hypersensibilité au médicament. Il faut procéder périodiquement à une exploration fonctionnelle du foie au cours des 6 à 12 premières semaines de traitement ou chaque fois que se déclare une fièvre inexpliquée. En présence de fièvre, d'ictère, d'anomalies dans les épreuves fonctionnelles du foie, interrompre le traitement au méthyldopa. Si ces manifestations sont attribuables au méthyldopa, elles disparaissent habituellement après le retrait du médicament et on ne doit pas reprendre le traitement au méthyldopa dans ces cas. User de prudence chez les sujets qui ont des antécédents d'affection ou d'insuffisance hépatique.

On a remarqué en de rares occasions une leucopénie réversible portant surtout sur les granulocytes. On a rapporté quelques rares cas de granulopénie. La numération des granulocytes et des leucocytes est promptement revenue à la normale après l'arrêt du traitement. En de rares occasions, des cas de thrombopénie réversible se sont présentés. Il peut y avoir potentialisation de l'action antihypertensive lorsque le méthyldopa est administré avec d'autres antihypertenseurs. Une surveillance étroite du malade s'impose afin de déceler tout effet secondaire ou toute manifestation inusitée d'idiosyncrasie au médicament.

Grossesse: L'administration de tout médicament à une femme enceinte ou susceptible de le devenir exige que l'on soupèse les avantages en regard des risques éventuels. On ne peut exclure la possibilité d'atteintes foetales.

PRÉCAUTIONS: Le méthyldopa doit être administré avec circonspection aux sujets qui ont des antécédents d'affection ou d'insuffisance hépatique (voir MISE EN GARDE). Le méthyldopa peut modifier les déterminations d'acide urique par la méthode au phosphotungstate, de la créatinine par la méthode au picrate alcalin et des SGOT par la méthode de la colorimétrie.

Comme le méthyldopa produit une fluorescence dans l'urine aux mêmes longueurs d'ondes que les catécholamines, on peut croire, à tort, à la présence de concentrations élevées de ces substances dans l'urine et poser, de ce fait, un diagnostic erroné de phéochromocytome. Il faut donc tenir compte d'une telle possibilité afin de ne pas soumettre inutilement ces cas à une intervention chirurgicale. Le méthyldopa n'est pas recommandé pour le traitement de patients souffrant de phéochromocytome. Il peut arriver quelquefois que l'urine exposée à l'air devienne foncée.

Interrompre l'administration de méthyldopa en présence de mouvements choréo-athétosiques involontaires chez des sujets souffrant d'une affection cérébrovasculaire bilatérale grave.

Il peut arriver que les malades souffrant d'insuffisance rénale répondent à des doses de médicament plus faibles. La syncope observée chez les malades âgés peut être attribuée à une sensibilité accrue et à la maladie artériosclérotique avancée. On peut l'éviter en diminuant la posologie.

Il peut être parfois nécessaire de réduire les doses d'anesthésiques chez les malades traités au moyen de méthyldopa. Si au cours de l'anesthésie de l'hypotension se manifeste, on peut habituellement la maîtriser à l'aide de vasopresseurs.

La dialyse élimine le méthyldopa et peut, de ce fait, provoquer un retour de l'hypertension.

RÉACTIONS DÉFAVORABLES: *Système nerveux central:* La sédation, la céphalée, l'asthénie ou la faiblesse sont habituellement des symptômes précoces et temporaires. Étourdissements, vertige, symptômes d'insuffisance cérébrovasculaire, paresthésie, parkinsonisme, paralysie de Bell, baisse de l'acuité mentale, mouvements choréo-athétosiques involontaires. Troubles psychiques comprenant cauchemars et psychoses légères réversibles ou dépression. Encéphalopathie toxique. *Système cardio-vasculaire:* Bradycardie, aggravation de l'angine de poitrine, hypotension orthostatique (dans ce cas, réduire la dose quotidienne), oedème (et gain de poids) habituellement soulagé par l'administration d'un diurétique, interrompre la prise du méthyldopa si l'oedème augmente ou si des signes d'insuffisance cardiaque apparaissent. *Appareil gastro-intestinal:* Nausées, vomissements, distension, constipation, flatulence, diarrhée, légère sécheresse de la bouche, sensibilité de la langue, glossophytie, pancréatite, sialadénite. *Troubles hépatiques:* Anomalies dans les épreuves de la fonction hépatique, ictère, troubles hépatiques. *Troubles hématologiques:* Épreuve de Coombs positive, anémie hémolytique, leucopénie, granulopénie, thrombopénie. *Troubles allergiques:* Fièvre associée à l'absorption du médicament, myocardite. *Divers:* Enchifrènement, augmentation du taux d'urée sanguine, gonflement des seins, gynécomastie, galactorrhée, impuissance, diminution de la libido, éruptions cutanées comprenant eczéma et éruptions lichéniformes, arthralgie légère, myalgie.

RENSEIGNEMENTS COMPLETS SUR DEMANDE.

PRÉSENTATION: Les comprimés ALDOMET* sont laqués, jaunes, biconvexes et sont présentés comme suit: **Ca 8737**—Le comprimé porte l'inscription MSD 135 sur une face; il renferme 125 mg de méthyldopa et il est présenté en flacons de 100 et de 1 000. **Ca 3290**—Le comprimé porte l'inscription MSD 401 sur une face; il renferme 250 mg de méthyldopa et il est présenté en flacons de 100 et de 1 000. **Ca 8733**—Le comprimé porte l'inscription MSD 516 sur une face; il renferme 500 mg de méthyldopa et il est présenté en flacons de 100 et de 250. **Ca 3293**—L'injection d'ester d'ALDOMET* HCl, solution limpide et incolore, renferme 250 mg de chlorhydrate de méthyldopate injectable aux 5 mL. Présenté en ampoules de 5 mL.

1. "L'âge et l'hémodynamique: Une nouvelle façon de concevoir le traitement antihypertensif," interview accordée par le docteur Frantz H. Messerli, directeur de la Hypertensive Diseases Ochsner Medical Foundation, Nouvelle-Orléans, Louisiane. (Tiré à part traduit)
2. ONESTI, G.L., "When hypertension is complicated", *Drug Therapy, 5,* juin 1975, pp. 66-78.
3. TARAZI, R.C., "Hemodynamic Effects of ALDOMET®", *ALDOMET® (methyldopa, MSD) in the Management of Hypertension,* M.H. Maxwell, (réd.) Merck & Co. Inc., West Point, Pa., 1978, pp. 73-79.
4. HOLLIFIELD, J.W. "Aldomet® (Methyldopa, MSD) and the Compliance Problem in Essential Hypertension", *ALDOMET® (methyldopa, MSD) in the Management of Hypertension,* M.H. Maxwell, (réd.) Merck & Co. Inc., West Point, Pa., 1978, pp. 129-140.

ADM-1-CA-778-F CCPP

MSD MERCK SHARP & DOHME CANADA LIMITÉE
C.P. 1005, POINTE-CLAIRE, DORVAL, H9R 4P8

Politique éditoriale

L'Union Médicale du Canada est un périodique mensuel scientifique dont la vocation principale est d'animer la communauté francophone nord-américaine. Ce médium est ouvert à toutes les disciplines de la santé. La rédaction invite tous les professionnels scientifiques à soumettre un matériel susceptible d'intéresser cette communauté.

Tout matériel publié a été approuvé par le Comité de lecture et le Conseil de rédaction de la revue. Les auteurs sont invités à préparer leurs écrits conformément aux conditions de publication et de façon à ce qu'ils s'intègrent au niveau de l'une des rubriques de la grille éditoriale. Cette grille représente la structure habituelle de notre table des matières, ce qui permet au lecteur de retrouver une organisation familière en sept sections. Chacune de ces sections poursuit des objectifs spécifiques qui se reflètent dans leurs contenus

1- *Dossier :* regroupement monothématique d'articles portant sur une question scientifique générale ou d'actualité.
2- *Formation médicale continue :* matériel à vocation andragogique destiné aux particiens.
3- *Articles originaux :* information scientifique spécialisée et originale.
4- *Concepts nouveaux :* revues critiques de la littérature portant sur des sujets d'intérêt clinique ou fondamental.
5- *Documents et réflexions :* matériel d'intérêt général et de faction moins technique.
6- *Communications et correspondance :* observations cliniques ou travaux préliminaires, lettre à l'éditeur et commentaires des lecteurs.
7- *Tribune éditoriale :* commentaires de la rédaction et prises de position éditoriales.

Tout article publié dans L'Union Médicale du Canada demeure la responsabilité entière de ses auteurs et n'engage en rien la revue.

Conditions de publication

Les manuscrits,
dactylographiés à double interligne sur un seul côté du papier avec une marge minimum de 4 cm, doivent être soumis en deux exemplaires. L'original et la copie doivent être complets et comprendre le texte, les légendes, les tableaux, les références de même que les figures qui doivent être imprimées sur papier glacé. Les articles doivent être inédits et complétés par un résumé d'au plus 150 mots rédigé en français et en anglais sur deux feuilles séparées.

Auteurs et titres :
Sur une feuille séparée, donner un titre en français et en anglais qui comporte chacun moins de 75 caractères. On peut ajouter un sous-titre d'au plus 150 caractères. Suivent le nom de(des) auteur(s) prénom(s).

Bas de page :
Sur la page titre, indiquez (A) un court texte (350 espaces) indiquant l'origine de l'article et l'organisme subventionnant ; (B) un renvoi donnant l'affiliation institutionnelle de chaque auteur ; (C) le nom, la qualification et l'adresse de l'auteur principal à qui les demandes de tirés à part devront être envoyées ; (D) la clé des abréviations.

Tableaux :
Chaque tableau doit être dactylographié à double interligne, un par feuille, être numéroté en chiffres romains et porter une courte légende suffisamment explicite permettant une interprétation instantanée qui n'oblige pas le lecteur à se référer au texte pour comprendre l'essentiel.

Illustrations :
Les dessins et graphiques doivent être dessinés professionnellement, tracés à l'encre noire (de Chine), photographiés et imprimés sur papier glacé. Le lettrage devra être assez grand pour demeurer visible une fois réduit sur 5.5 cm (13 picas) ou sur 8.4 cm (20 picas) en largeur. Chaque illustration doit porter, au verso, sur étiquette pré-encollée, (A) le numéro de la figure, (B) le nom de l'auteur et (C) une indication pour le haut de la figure. Les microphotographies devraient poter un marqueur interne. Les photographies de patients seront masquées à moins d'être accompagnées d'un consentement écrit permettant de les rendre tel quel. Les légendes devront être dactylographiées à double interligne sur une feuille à part et être précédées de leur numéro correspondant.

Bibliograhie :
Les références doivent être numérotées par ordre de citation. Celles apparaissant dans les illustrations et les tableaux recevront un numéro séquentiel suivant l'endroit où ceux-ci sont mentionnés dans le texte. La bibliographie doit être rédigée selon les normes de l'Index Medicus et se limiter aux plus importantes. Par exemple : Lévesque, H. P., Sylvestre, J., Dusseault, R. G. et coll. : La tomographie axiale assistée d'ordinateurs dans l'évaluation des glandes surrénales. Union Méd. Canada, 1978 ; 107 : 1063-1069. Un maximum de 30 références sera publié de façon habituelle.

Frais de publication :
L'Union Médicale du Canada assume les frais de deux (2) illustrations (clichés ou tableaux) pour chaque article ; tout supplément est aux frais de l'auteur. Les tirés à part sont aux frais de l'auteur et doivent être commandés sur le papillon qui accompagne les épreuves.

Comité de lecture :
L'acceptation ou le refus des manuscrits relèvent du Conseil de rédaction et de son Comité de lecture. Aucun changement ne sera fait sans le consentement de l'auteur.

Responsabilités :
Tout article publié dans L'Union Médicale du Canada demeure la responsabilités de ses auteurs et ne doit pas être considéré comme engageant la politique générale de L'Union Médicale du Canada.

L'Abonnement :
Est de cinquante dollars par anée (U.S.A. 60 $; autres, 65 $). Les membres actifs en règle de l'Association des médecins de langue française du Canada sont considérés comme abonnés. Tarif étudiant : 15 $.

fondée en 1872

L'Union Médicale du Canada

Volume 110
numéro 8
Août 1981

Notre page couverture

La relation médecin-travail

Sarrau blanc, cols bleus, cols blancs, la machine, l'outil ou l'environnement, ou le médecin socio-biologiste malgré lui.



Illustration photographique Bob Fisher©

Dossier

La formation du médecin en médecine du travail.....687
Huguette Demers et Jules Brodeur

Le cadre institutionnel de la pratique de la médecine du travail au Québec.....691
Paul Landry

Formation médicale continue

Les indications des bloquants bêta-adrénergiques....697
Pierre Larochelle, Jacques Lelorier

Pseudo-angine costo-claviculaire.....701
Jean Ratte et Roch Lévesque

La névrose d'angoisse : synthèse clinique.....704
Réjean Fontaine et Lucie Lassonde

Communications et correspondance

Analyse des facteurs de risque de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Résultats préliminaires.....715
J.C. Forest, F. Clavel, J. Côté, R. Guindon et C. Gosselin

L'utilisation systématique du bloc paracervical lors de la pose d'un stérilet.....721
A. Amyot-Legault

Le carcinome "Oat Cell" du poumon : un diagnostic ambigu, un traitement à repenser.....728
Roger Gareau

Effets des modifications du programme sur l'acquisition des connaissances en sciences fondamentales et sur les attitudes à l'égard de ces matières.....733
W.D. Dauphinée, V. Patel et H.M. Scott

Concepts nouveaux

Les interactions cellulaires dans la réponse immunologique (2e partie) 739
André Caron

Documents et Réflexions

L'aptitude médicale au travail 745
Monique Boivin

Tribune éditoriale

La relation médecin-travail 753
Lucien Lewys-Abenhaim

Feuilles volantes

Le rouge et le noir (Dermato) 732
Gérard Decroix et Michel Journet

Sonomed (cassette no 6, série VII 748

L'en(vers) du Club (Parasito) 752
Pierre Viens

La force de L'Union (morceaux choisis, 1872) 752

54e Congrès de l'AMLFC

19, 20, 21 novembre 1981

Séminaire de Québec
Château Frontenac
Québec

Thème: le cancer et l'omnipraticien

Comité organisateur:

- Louis Dionne, président
- Luc Bélanger
- Jacques Cantin
- Yvan Drolet
- Jacques Laverdière
- François Lamoureux
- Michel Plante
- André Boyer
- Bertrand Savoie
- Jeannine Roy-Tardif

fondée en 1872

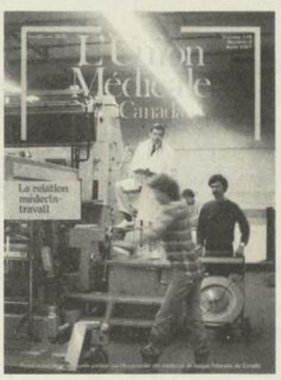
L'Union Médicale du Canada

Volume 110
numéro 8
Août 1981

Our front cover

The worker-doctor relationship

White smock, blue collars, white collars, tool, machines and environment: the new frontier of sociobiologic medicine.



Photographic illustration Bob Fisher©

Special feature

Medical Education in Occupational Medicine 687
Huguette Demers and Jules Brodeur

The New Institutional Setting for the Practice of Occupational Medicine in Quebec.....691
Paul Landry

Continuing Medical Education

Indications of Beta-adrenergic Blockers.....697
Pierre Larochelle, Jacques Lelorier

First Rib's Pseudo Angina 701
Jean-Ratte and Roch Lévesque

Anxiety Neurosis : Clinical Synthesis (part I).....704
Réjean Fontaine and Lucie Lassonde

Communications and correspondence

Frequency of Risk Factors in Peripheral Vascular Disease : a Preliminary Study.....715
J.C. Forest, F. Clavel, J. Côté, R. Guindon and C. Gosselin

The Systematic Use of the Paracervical Block at the Insertion of I.U.D. 721
A. Amyot-Legault

The Oat Cell Carcinoma of the Lung : Difficulties in Diagnosis and Reasons for Surgical Treatment.....728
Roger Gareau

Effects of Curricular Change on Attitudes and Cognitive Performance in Basic Science Subjects.....733
W.D. Dauphinée, V. Patel and H.M. Scott

New Concepts

The Immune Response. Part II.....739
André Caron

Facts and Thoughts

Fitness to Work.....745
Monique Boivin

Editorial

Occupation and the Physician 753
Lucien Lewys-Abenhaim

La formation du médecin en médecine du travail

Huguette Demers[1]
et Jules Brodeur[2]

Résumé

La formation en médecine du travail comporte une partie théorique, axée principalement sur l'acquisition de connaissances, et une partie pratique visant essentiellement au développement d'habiletés cliniques spécifiques. Les éléments d'un programme de formation comprennent les sujets d'étude suivants : hygiène industrielle, épidémiologie et biostatistiques, toxicologie industrielle, physiologie du travail et ergonomie, sociologie du travail, aspects légaux, aspects administratifs et aspects cliniques. Au terme de sa formation, le médecin du travail devrait être conscient que l'environnement de travail exerce une influence déterminante sur l'évolution des problèmes de santé et de sécurité au travail et que l'exercice de sa profession est une composante du programme général de santé communautaire.

Dans la majorité des pays industrialisés, c'est un fait maintenant bien reconnu que l'exercice de la médecine en milieu de travail impose au praticien l'obligation de compléter sa formation médicale de base : la qualité des soins à dispenser en dépend grandement. C'est à l'examen des fonctions du médecin du travail que l'on peut le mieux saisir les particularités de sa pratique médicale et, par la suite, identifier les éléments devant servir de complément à sa formation. La description des fonctions du médecin du travail apparaîtra plus tard dans un autre article ; il n'est donc pas utile de couvrir le sujet. Il importe néanmoins de rappeler, dès ce moment, quelques-unes des caractéristiques de l'exercice de la médecine en milieu de travail ; il n'en sera que plus facile de définir les objectifs de formation complémentaire et de suggérer un programme d'études permettant d'atteindre ces objectifs.

En premier lieu, la médecine du travail est axée sur la prévention et non sur le traitement. Cette orientation fait de l'exercice de la médecine du travail une composante du programme général de santé communautaire.

En deuxième lieu, le cadre physique où oeuvre le praticien n'est pas celui, relativement sécurisant, du milieu hospitalier mais bien celui, moins familier au départ, du milieu de travail lui-même.

En troisième lieu, l'approche médicale ne saurait suffire à elle seule à assurer le maintien de la santé en milieu de travail. En effet, les interventions-clés permettant d'agir de façon préventive visent deux niveaux : d'une part, celui de l'environnement, prioritaire et stratégique, car c'est indéniablement la source et le véhicule des agresseurs de la santé, et, d'autre part, celui de la personne, lorsque les mesures visant à assainir l'environnement sont inadéquates. Si le médecin possède parfois les outils pour contrer les effets nocifs de certains agresseurs sur la personne, il n'en est pas de même en ce qui touche le contrôle de la qualité de l'environnement. Nul ne s'étonnera donc qu'ici, peut-être davantage qu'ailleurs, le médecin doive fonctionner à l'intétieur d'une équipe.

Enfin, le contexte social, économique et politique dans lequel exerce le médecin du travail diffère considérablement de celui du cabinet privé. Ce contexte, c'est encore une fois celui du milieu de travail : l'organisation de l'entreprise, les méthodes de travail avec leurs risques et leurs contraintes, les relations de travail, la législation sur la qualité du milieu de travail, la santé et la sécurité, la compensation et la réparation, voilà autant de facteurs qui influencent la nature et la portée des actes médicaux.

Cette orientation, ce cadre physique, ce partage des responsabilités, ce contexte social, économique et politique forment une toile de fond à l'exercice de la médecine du travail ; ils contribuent à mieux situer le rôle du praticien et permettent d'élaborer une série d'objectifs éducatifs pour celui-ci.

1) Professeur adjoint de clinique, Département de médecine du travail et d'hygiène du milieu, Faculté de médecine, Université de Montréal et Médecin en santé au travail, Département de Santé Communautaire, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

2) Professeur titulaire, Département de médecin du travail et d'hygiène du milieu, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Tirés à part :

Docteur Huguette Demers, Département de médecine du travail et d'hygiène du milieu, Faculté de médecine, Univesité de Montréal, C.P. 6128, Succ. "A", Montréal, Québec, H3C 3J7.

1- Les objectifs généraux de la formation

Par une formation complémentaire en médecine du travail, le médecin acquiert un ensemble de connaissances dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. Il est capable d'utiliser ces connaissances dans sa pratique médicale et est motivé pour le faire. Les objectifs généraux peuvent dès lors se définir de la façon suivante :

1° Sur le plan des connaissances, le médecin du travail devrait être en mesure, au terme de sa formation,

- de décrire l'impact sur la santé des principaux agents agresseurs (chimiques, physiques, mécaniques, biologiques et psychosociaux) du milieu de travail ;
- de diagnostiquer les principales maladies professionnelles ;
- d'identifier les causes des accidents les plus fréquents ;
- de décrire l'influence du milieu de travail sur l'évolution des maladies non-professionnelles ;
- de décrire la structure du milieu de travail et la dynamique des relations employeurs-employés ;
- de connaître l'organisation des services de santé au travail, les ressources cliniques disponibles sur le plan individuel et sur le plan communautaire, ainsi que les méthodes cliniques appropriées pour prévenir ou contrôler les effets des agresseurs sur la santé ;
- de décrire l'organisation des services d'indemnisation des accidents et des maladies professionnelles et celle des services de réadaptation de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ;
- de décrire l'organisation des services d'inspection du milieu de travail ;
- de saisir la portée des principaux textes législatifs se rapportant à la santé et à la sécurité en milieu de travail.

2° Sur le plan des habiletés, le médecin du travail devrait être en mesure, au terme de sa formation,

- de faire un examen clinique en tenant compte des antécédents professionnels ;
- d'effectuer les divers examens de santé : examens pré-emploi, examens périodiques, examens de retour au travail ;
- d'évaluer l'aptitude physique et psychologique au travail ;
- de tenir les dossiers médicaux de façon adéquate ;
- d'effectuer une visite systématique des lieux de travail, en compagnie des personnes responsables de l'hygiène industrielle et de la sécurité, en vue de déceler et d'évaluer les risques pour la santé ;
- d'établir avec le comité paritaire un programme de surveillance de la santé dans une perspective de santé communautaire, selon les programmes-cadres en vigueur ;
- de développer et d'entretenir des liens avec les organismes gouvernementaux et para-gouvernementaux ayant des responsablités en santé et sécurité au travail ;
- de participer aux programmes d'information en santé et sécurité au travail de l'entreprise ;
- d'effectuer l'ensemble des tâches qui lui incombent en conformité avec les prescriptions des textes législatifs pertinents.

3° Sur le plan des attitudes, le médecin du travail devrait, au terme de sa formation,

- être conscient que l'environnement de travail exerce une influence sur la genèse, les manifestations et l'évolution des problèmes de santé et de sécurité au travail ;
- envisager les problèmes de santé et sécurité au travail sous l'angle de la prévention, en collaboration avec les autres professionnels de la santé et de la sécurité ;
- être capable d'auto-apprentissage et d'auto-évaluation en santé et sécurité au travail.

11- Les éléments d'un programme de formation

L'atteinte des objectifs précédents demande la mise en place d'un programme d'enseignement comprenant une partie théorique, axée principalement sur l'acquisition de connaissances, et une partie pratique visant essentiellement au développement d'aptitudes cliniques spécifiques ; l'atteinte des objectifs d'ordre affectif découlera de l'interaction entre les enseignants, les enseignés, les divers intervenants en milieu de travail et les partenaires sociaux faisant appel aux services cliniques de santé au travail.

On peut dès lors identifier les éléments d'un programme de formation en médecine du travail comme autant de sujets d'étude, ainsi que l'ont déjà suggéré certains auteurs américains[1] et européens[2].

Hygiène industrielle

L'hygiène industrielle se définit comme un domaine de science appliquée dont l'objet est de protéger la santé et la sécurité de la personne en intervenant directement sur le milieu du travail. Elle porte sur l'identification et la mesure des agresseurs, par des méthodes chimiques ou physiques, ainsi que sur le contrôle de ces agresseurs. L'hygiène industrielle traite des moyens et des habiletés requis pour assurer la qualité de l'environnement de travail ; son exercice relève donc de la compétence du chimiste et de l'ingénieur.

De toute évidence, il n'est pas nécessaire que le médecin acquière la maîtrise de cette discipline qu'est l'hygiène industrielle. Il importe plutôt qu'il possède une connaissance générale des démarches et des techniques propres à l'hygiène industrielle. Ainsi, le médecin doit être informé des principes des plus importantes méthodes d'échantillonnage et d'analyse de polluants, ainsi que des principes de leur utilisation au cours des enquêtes sur la qualité de l'environnement de travail. De même, les principes des plus importantes méthodes de contrôle des polluants et de leur utilisation dans un programme de prévention doivent lui être familiers. Enfin, le médecin doit savoir comment on élabore les normes d'exposition aux agents agresseurs et de quelle façon les organismes gouvernementaux voient à leur application.

Cet ensemble de notions, si élémentaires soient-elles, vise à donner au médecin une connaissance pratique du vocabulaire de l'hygiéniste industriel et à faciliter les échanges entre ces deux professionnels.

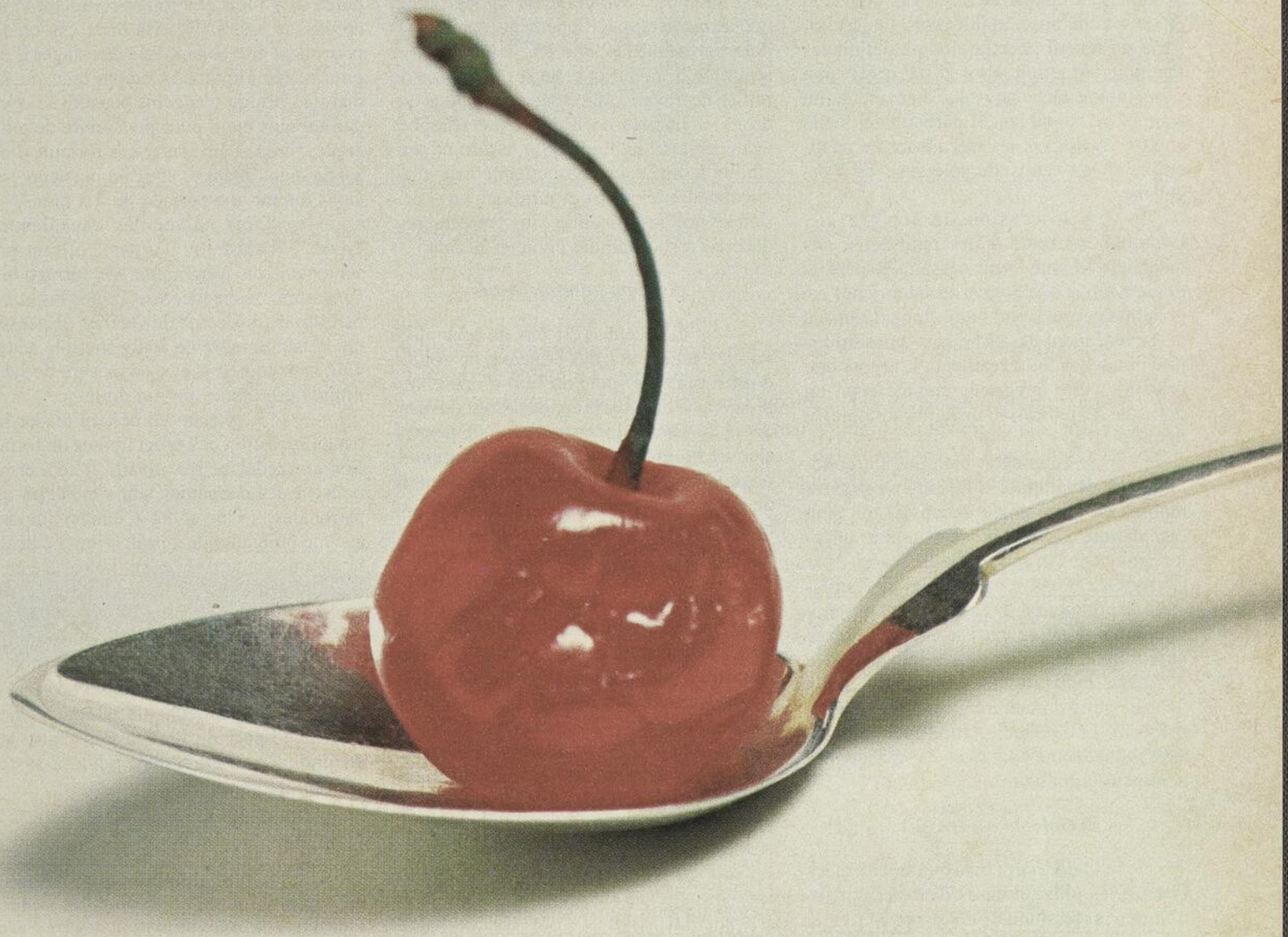
Épidémiologie

Il est superflu de rappeler la pertinence de posséder de solides connaissances en épidémiologie pour tout intervenant en santé au travail et ce, au-delà des enseignements obligatoires du curriculum des études médicales. Cette discipline rend compte de la distribution de la fréquence de phénomènes morbides chez l'homme : c'est l'aspect descriptif. De plus, l'épidémiologie recherche les causes de cette distribution : c'est l'aspect analytique ou étiologique. Cette discipline fournit donc un outil extrêmement précieux pour l'identification de grands problèmes de santé au travail ; une fois les problèmes identifiés et les correctifs proposés, l'épidémiologie peut évaluer la portée des correctifs eux-mêmes. Une connaissance pratique de la biostatistique s'avère très souhaitable car elle constitue un complément pour l'interprétation des données épidémiologiques.

Toxicologie industrielle

La connaissance des propriétés toxiques des principales classes d'agents chimiques est indispensable au praticien de la médecine du travail. Tout aussi importante est une bonne connaissance des principes de base de la toxicologie : particularités d'une intoxication quant à sa forme, quant au type d'action toxique et quant a la voie d'entrée ; conduite des épreuves d'évalution de la toxicité et d'établissement des limites admissibles ; mécanismes de l'action toxique. Comme beaucoup de nos connaissances sur les propriétés toxiques des agents chimiques nous viennent d'études effectuées chez l'animal de laboratoire, il importe d'aborder l'étude de la toxicologie avec un esprit critique et de comprendre l'utilité des études animales et surtout les limites de leur extrapolation à l'homme.

Exclusif!



Bactrim™ Roche®

La seule suspension de triméthoprime-sulfaméthoxazole à saveur de cerise offerte au Canada. Efficacité prouvée contre les souches sensibles de H. influenzae et S. Pneumoniae, les deux bactéries le plus souvent responsables de l'otite moyenne.[1, 2]

ROCHE®

Voir page 695
pour information posologique abrégée.

Can. 1023

Physiologie du travail et ergonomie

La physiologie du travail s'intéresse à l'homme au travail, à son activité physique, psychomotrice et psychosensorielle ; l'influence des ambiances (température, luminosité, ondes sonores, par exemple) sur la qualité du travail constitue un de ses champs d'application. La physiologie du travail cherche donc à définir les réactions fonctionnelles d'un organisme exerçant une tâche physique ou mentale, ou soumis à des ambiances particulières ; elle analyse également les mécanismes d'adaptation et les seuils de tolérance de l'orgaisme.

A l'occasion de son travail, l'homme confronté à des outils et à des machines, cherche sans cesse à les perfectionner. C'est à ce niveau qu'intervient l'ergonomie pour adapter la machine, l'outil et par conséquent la tâche aux possibilités fonctionnelles du travailleur. L'ergonomie peut donc être envisagée comme étant un domaine d'application de la physiologie du travail.

Si on conçoit bien que l'ergonomie s'est développée à la suite de progrès réalisés en physiologie du travail, on peut comprendre aussi facilement que le développement de l'ergonomie a été favorisé par les modifications remarquables des structures de production. L'exercice de l'ergonomie exige donc en plus une connaissance approfondie de ces structures, ce qui relève du génie industriel en particulier. Voilà donc un autre domaine d'interaction pour le médecin. D'où l'importance pour le praticien en médecine du travail de posséder des notions d'ergonomie.

Sociologie du travail

C'est à ce niveau que se situent les lacunes les plus sérieuses dans la préparation des professionnels de la santé et de la sécurité au travail. L'environnement de travail est souvent une source de conflits économiques, légaux et politiques. C'est avec une naïveté désarmante que les professionnels de la santé découvrent que leurs recommandations basées sur des données d'ordre purement scientifique ne peuvent être mises en application pour des motifs qui échappent complètement à leur contrôle. Le moins que l'on puisse souhaiter est qu'ils connaissent l'existence de ces pressions et la dynamique des facteurs qui en sont à l'origine.

Un cours d'introduction à la sociologie du travail devrait inclure les éléments suivants : définitions de l'approche sociologique et de la notion de travail ; organisation du travail des rapports sociaux ; portrait social, économique et démographique du Québec ; description des associations syndicales et patronales québécoises, y compris leur structure et leur idéologie ; exposé des enjeux des relations de travail au Québec ; analyse du rôle des comités paritaires en usine.

Aspects légaux

La formation du médecin du travail doit également comporter un exposé sur le contenu et la portée des textes législatifs se rapportant à la santé et à la sécurité en milieu de travail. A ce chapitre, il importe de traiter de l'évolution de la législation québécoise et, spécifiquement, des lois les plus pertinentes : celle sur la santé et la sécurité du travail et celle sur la qualité du milieu de travail ; une étude de la Charte des droits et libertés de la personne s'impose également. C'est l'occasion, enfin, de sensibilier le médecin au fonctionnement et au vocabulaire législatif et juridique en précisant les notions suivantes : lois, règlements, décrets, responsabilité civile et pénale.

Aspects administratifs

L'accent n'est pas du tout placé ici sur l'acquisition des principes de gestion d'un service de santé au sein d'une entreprise, mais bien sur la connaissance du mandat et du fonctionnement 1) de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, organisme responsable de la mise en oeuvre de la loi sur la santé et la sécurité du travail et 2) du réseau de santé communautaire auquel le législateur a confié un rôle de coordination et de mise en application des programmes de prévention. C'est faire preuve d'un optimisme raisonnable que de croire que la connaissance des mécanismes administratifs d'un organisme conduit à une utilisation optimale des ressources de cet organisme, ainsi qu'à un exercice éclairé des droits et des privilèges que confèrent les lois et les règlements aux personnes ayant à traiter avec l'appareil administratif.

Aspects cliniques

Le médecin du travail est un praticien avant tout. Par sa formation de base en médecine, il est en mesure de poser les actes diagnostiques et thérapeutiques propres à l'exercice de la médecine du travail. Il importe néanmoins que le médecin complète l'apprentissage des habiletés cliniques requises pour l'exercice de la médecine du travail au moyen d'un stage effectué sous la direction d'un praticien reconnu. Mais au-delà de la compétence clinique traditionnelle, il faut que le médecin acquière une compétence en santé communautaire afin d'être en mesure d'établir des programmes appropriés de surveillance de la santé pour les populations à risque dont il a la responsabilité : à cet égard, les services de santé au travail des départements hospitaliers de santé communautaire constituent des lieux d'apprentissage tout à fait adéquats.

III- Le rôle de l'Université dans la formation en médecine du travail

A ce jour, au Canada, le médecin qui désire exercer la médecine du travail n'est soumis à aucun programme de formation spécifique ; le soin d'acquérir une expérience en ce domaine est laissé à l'initiative individuelle. L'Université est en mesure d'offrir un programme sous la forme d'un Diplôme d'études supérieures d'une durée de 9 mois environ et comptant trente crédits de cours. De 6 à 9 de ces crédits pourraient être consacrés à des stages d'apprentissage clinique. Compte tenu du fait que très peu de médecins peuvent se dégager à temps plein pour poursuivre de telles études, on doit envisager une formule d'enseignement intensif, étalé en plusieurs sessions durant une période de 3 à 5 ans.

Trois universités canadiennes, Laval, McMaster et Toronto, offrent présentement un programme de formation à l'intention des médecins. Toutes les autres facultés de médecine du Québec dispensent un certain nombre de cours en santé au travail, sans toutefois être en mesure de sanctionner ces études par un diplôme.

En prenant un certain leadership dans la création des programmes de formation en médecine du travail, et ceci en réponse à des demandes tant syndicales que patronales, l'Université n'entend imposer aucune obligation à la profession médicale, ni aucun standard régissant l'exercice de la médecine du travail. Faisant appel à ses propres ressources, ainsi qu'à celles du milieu clinique déjà en place, l'Université souhaite favoriser l'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'attitudes en santé au travail dans le domaine de sa compétence, dans le respect du droit à l'enseignement du praticien et en restant fidèle à sa responsabilité sociale.

summary

Training physicians in the theoretical and practical aspects of occupational medicine should rely on exposure to the following content areas : industrial hygiene, epidemiology and biostatistics, toxicology, ergonomics, work sociology, legal aspects, administrative aspects and clinical aspects. Strong emphasis is placed on the fact that training in and practice of occupational medicine should be done in a perspective of public health.

bibliographie

1.Wegman, D.H., Peters, J.M., Fine, L.J., Boden, L.I. et Burgess, W.A.
Teaching occupational health to physicians. J. Med. Educ., 1978 53 : 746-751.

2.Champeix, J. et Hentz, P.
La formation des médecins du travail dans les neuf pays de la communauté européenne. Arch. mal. prof. méd. trav. séc. soc. 1978 ; 39 : 207-225.

Le cadre institutionnel de la pratique de la médecine du travail au Québec

Paul Landry[1]

Résumé

La nouvelle Loi sur la santé et sécurité du travail décrète que tous les médecins actifs dans le domaine devront oeuvrer à l'intérieur du réseau public de distribution des services de santé. Cela implique qu'ils devront épouser une nouvelle philosophie axée sur la prévention et des stratégies d'approche empruntées à la Santé Communautaire.

Leur appartenance obligatoire aux Départements de Santé Communautaire des hôpitaux désignés les amèneront progressivement à participer aux principales fonctions confiées à ces organismes soit, des fonctions de conseil, de formation, d'information et surtout de surveillance de l'environnement et de surveillance médicale.

La mise en oeuvre progressive des dispositions de la nouvelle Loi sur la santé et la sécurité du travail (loi du Québec, chapitre 63, décembre 1979) entraînera des modifications profondes dans le contexte de la pratique de la médecine du travail au Québec. Même si, dans un premier temps, tous les secteurs industriels ne seront pas affectés de la même manière, on peut d'ores et déjà prévoir qu'à moyen terme, c'est-à-dire probablement d'ici cinq ans, tous les médecins directement impliqués au niveau de la dispensation des services de santé au travail devront oeuvrer à l'intérieur d'un cadre institutionnel relié au réseau public de distribution de services de santé.

Le but de cet article n'est pas de faire une revue exhaustive de cette Loi qui a déjà donné lieu à un débat public prolongé, mais bien plutôt de situer plus concrètement la tâche et la place du médecin du travail, désormais appelé à s'adapter aux exigences de deux énormes bureaucraties : celle du Ministère des Affaires sociales (M.A.S.) et celle de la nouvelle Commission de la Santé et Sécurité du Travail (C.S.S.T.).

Tour à tour, nous discuterons brièvement :

1° — du changement de philosophie ou d'orientation qui s'impose en raison des valeurs sociales véhiculées par la nouvelle Loi ;

2° — de la nécessité d'appartenance au département de santé communautaire d'un centre hospitalier désigné ;

3° — des modes organisationnels possibles ;

4° — de quelques contradictions apparentes qui se traduiront au niveau du vécu du médecin du travail.

Un nouvelle philosophie

Comme en témoigne le premier paragraphe de ses notes explicatives, la nouvelle Loi "a pour objet d'établir les mécanismes de participation des travailleurs et des employeurs à l'élimination des causes d'accidents du travail et de maladies professionnelles." Il s'agit donc essentiellement de prévention primaire par le moyen privilégié de la participation active des principaux intéressés, selon des concepts de prise en charge, de parité et de concertation.

D'une façon générale, les services de santé au travail sont relativement peu développés au Québec. En effet, ils sont quasiment inexistants, sauf dans les grandes entreprises, et, lorsqu'ils existent, à quelques exceptions près, ils se préoccupent très

1) M.D., M. P.H., directeur, Département de Santé Communautaire, Centre Hospitalier Maisonneuve-Rosemont et professeur adjoint, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Tirés-à-part :

Docteur Paul Landry, Département de Santé Communautaire, Centre Hospitalier Maisonneuve-Rosemont, 5415 boul. de l'Assomption, Montréal, Qué. H1T 2M4.

peu d'élaborer des programmes de surveillance spécifiques en fonction des risques encourus par les travailleurs.

Historiquement, ces services de santé se sont surtout limités à administrer les premiers soins ou soins d'urgence, à effectuer des examens de pré-embauche et à contrôler les absences ou les certificats médicaux des travailleurs. Dans certains cas, des services de médecine générale ont pu être dispensés sur les lieux du travail.

En règle générale, le médecin était employé et rémunéré par l'employeur. Le plus souvent il bénéficiait d'un statut de cadre dans l'entreprise et relevait soit du directeur des ressources humaines ou encore, directement, de la haute Direction de la compagnie. Dans ce contexte, son rôle s'apparentait plus à celui d'un gestionnaire et souvent sa crédibilité ou son impartialité était remise en cause par les travailleurs et leurs représentants, surtout dans les cas litigieux.

Désormais, le médecin du travail devra s'inspirer d'une nouvelle philosophie beaucoup plus globale axée surtout sur la prévention. Sans nier l'importance de l'approche clinique, il devra davantage s'appuyer sur les stratégies d'interventions de la santé communautaire. Celle-ci, en effet, repose sur la mobilisation de toutes les forces vives d'un milieu pour y promouvoir et maintenir "le plus haut degré de bien-être physique, mental et social" (déf. OIT/OMS).

Dans un excellent article publié en 1978, Vézina[1] a longuement explicité comment les grandes fonctions de la santé communautaire devaient s'appliquer au domaine de la santé au travail. En effet, l'analyse des besoins ou problèmes de santé, l'élaboration de programmes pour répondre à ces besoins, la coordination des ressources nécessaires et l'évaluation tant de l'impact que du fontionnement des programmes, l'ensemble de ces fonctions peut et doit se traduire en termes d'approches concrètes englobant la prévention, l'ergonomie et la promotion globale de la santé.

Par ailleurs, le concept de "prise en charge" implique une remise en question des modes traditionnels d'intervention professionnelle. En effet, la relation habituelle soignant-soigné engendre une certaine dépendance qui peut porter atteinte à l'autonomie et constituer une entrave à la participation active des premiers intéressés. Le médecin du travail devra de plus en plus se concevoir comme une personne ressource, une aide et un soutien pour chacun des travailleurs, premiers responsables de leur propre santé, ainsi que pour les comités paritaires de santé et sécurité au sein de chaque établissement.

Mais voyons plus concrètement le contexte dans lequel cette nouvelle philosophie devra s'incarner.

L'appartenance au département de santé communautaire (D.S.C.)

L'article 117 de la Loi stipule que "un médecin peut être nommé responsable des services de santé d'un établissement si le centre hospitalier dont le D.S.C. assure ces services a, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, accepté sa demande d'exercer sa profession aux fins de l'application du présent chapitre."

Créés par le règlement en vertu de cette Loi sur les services de santé et les services sociaux, dès 1974, la plupart des 32 D.S.C. étaient implantés et assumaient une responsabilité globale de protection de la Santé Publique, pour des populations d'environ 200,000 personnes en moyenne.

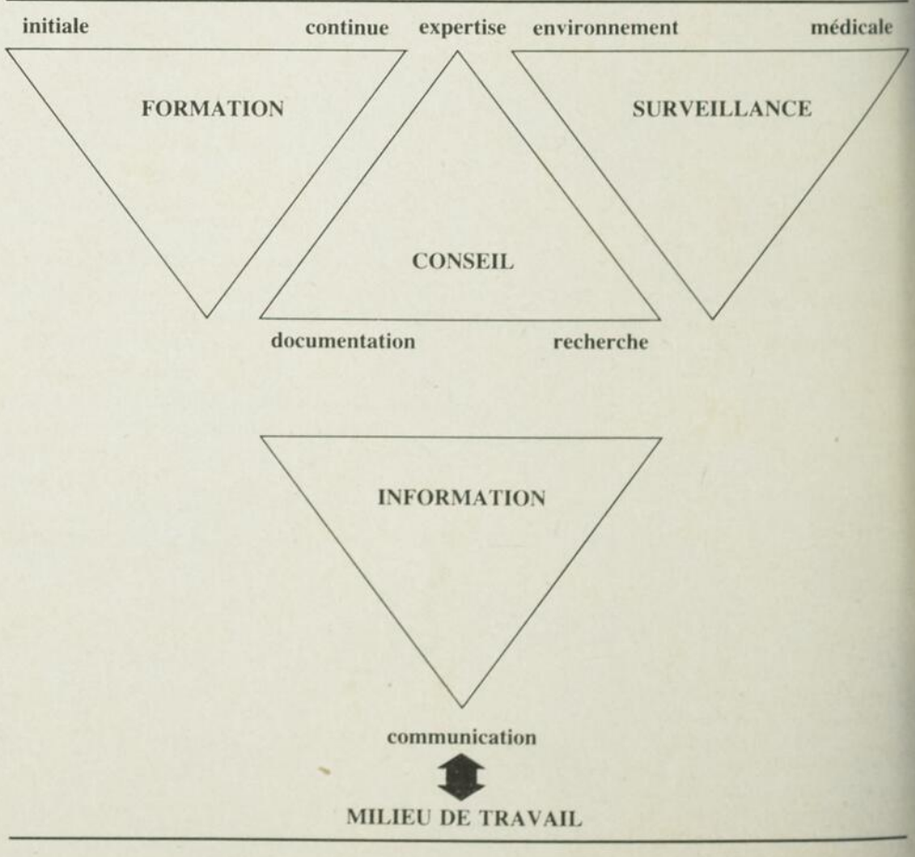
A compter du début de 1975, certains accidents majeurs et des situations dangereuses pouvant affecter ou compromettre la santé de plusieurs centaines de travailleurs ont incité les autorités gouvernementales à demander à certains D.S.C. d'intervenir, d'abord pour faire enquête puis pour élaborer ou réaliser des programmes spécifiques de contrôle et de surveillance. Un peu plus tard, chacun des 32 Chefs de D.S.C. fut assermenté en tant que médecin hygiéniste avec les pleins pouvoirs de cette fonction selon les dispositions de la Loi des établissements industriels et commerciaux (Loi du Québec, chapitre 150, 1964).

Par la suite, progressivement, tous les D.S.C. se sont impliqués à des degrés divers et d'une façon générale ; la qualité et l'objectivité de leurs interventions ont contribué à confirmer leur crédibilité et leur légitimité tant vis-à-vis des travailleurs que des employeurs. C'est d'ailleurs là la principale raison pour laquelle le législateur a choisi de confier au D.S.C. un rôle primordial dans la coordination et la mise en application, sur le territoire qu'il dessert, des programmes de santé spécifiques aux établissements. Ainsi, l'article 127 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail confère au Chef du D.S.C. un ensemble de fonctions qui en font au niveau sous-régional une ressource de tout premier ordre, tant pour la C.S.S.T. que pour les comités paritaires de son territoire.

La figure 1 résume de façon concise les fonctions générales du D.S.C. en santé au travail. Ainsi, dans l'optique où les travailleurs et les employeurs conjointement devront prendre en charge la santé et la sécurité du travail, la fonction de conseil devient centrale dans l'organisation du programme de santé au travail du D.S.C. Cette fonction doit d'abord s'appuyer sur l'expertise des membres du personnel, c'est-à-dire leur capacité de porter un jugement "éclairé" sur des questions relatives à la

Figure I

Fonctions générales du D.S.C. en santé au travail.





Brefs renseignements thérapeutiques à la page 699

santé au travail. Par ailleurs, cette expertise doit elle-même être alimentée par une bonne base documentaire et surtout des activités de recherche. En effet, le D.S.C. doit être prêt à développer et à réaliser des recherches sur des problèmes de santé au travail, identifiés tant par son personnel que par les travailleurs et les employeurs eux-mêmes.

Expertise, documentation et recherche contribuent donc à générer la fonction conseil du D.S.C. en santé au travail mais tout ce potentiel de ressources ne servira à rien s'il n'atteint pas les travailleurs et les employeurs. C'est pourquoi la fonction de conseil repose sur la fonction information. La communication des connaissances acquises et produites au D.S.C. est essentielle au bon fonctionnement du système. D'autre part, cette communication doit se faire dans les deux sens ; en effet, les travailleurs et les employeurs connaissent plus en profondeur leur milieu de travail, ils sont les premiers à en ressentir les effets ; ils constituent donc des sources d'information privilégiées.

Ce retour de l'information prend encore plus d'importance si l'on considère la troisième fonction générale du D.S.C., la formation. Il faut comprendre ici qu'il s'agit surtout de la formation des professionnels qui vont oeuvrer dans le domaine de la santé au travail, la Loi laissant à d'autres (la C.S.S.T. et les associations sectorielles) la plus grande responsabilité dans la formation des travailleurs et des employeurs.

Enfin, le D.S.C. assumera aussi la fonction de surveillance des milieux de travail et de l'état de santé des travailleurs. En effet, en tant que responsable de la mise en application des programmes de santé spécifiques aux établissements, le D.S.C. devra réaliser conjointement les deux principaux éléments de ce programme. D'abord, la surveillance de l'environnement qui permet d'évaluer les risques pour la santé aux différents postes de travail dans l'établissement, ensuite, la surveillance médicale qui assure par des examens de pré-embauche ou périodiques un dépistage des maladies professionnelles et leur prévention.

Cette fonction surveillance doit, bien sûr, prendre apui et s'articuler avec la fonction conseil. La surveillance fait appel à l'expertise, celle des médecins et infirmières qui vont appliquer les programmes de santé mais aussi celle des autres professionnels qui vont les aider à le faire comme, entre autres, les ingénieurs et techniciens en environnement. La fonction surveillance assure aussi la cueillette des données nécessaires aux recherches épidémiologiques qui visent à démontrer l'existence de liens entre certaines maladies et différents facteurs du milieu de travail.

Enfin, la surveillance comme toutes les autres fonctions, a pour aboutissement l'information du milieu de travail. En effet, tous les résultats de la surveillance de l'environnement et de la surveillance médicale doivent être communiqués aux travailleurs et aux employeurs surtout si des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs sont détectés.

Modes d'organisation des services de santé au travail

Précisons en premier lieu, que tous les médecins agréés par le Centre Hospitalier devraient être regroupés au sein du D.S.C. dans un service de médecine du travail, analogue au service de médecine générale. Le Chef de ce service de médecine du travail, choisi en fonction de son expérience dans le domaine et surtout de ses qualités de leadership, sera responsable principalement de la qualité des services prodigués et aussi il devra s'assurer de maintenir et améliorer la compétence professionnelle des membres de son service. Il est probable que pour être agréés, la plupart des médecins devront accepter de poursuivre un programme de formation en cours d'emploi selon les exigences du Chef du D.S.C. D'ailleurs, comme nous l'avons vu, la formation continue de tous les professionnels impliqués est une des fonctions générales confiées au D.S.C.

L'article 115 de la Loi précise que "les services de santé pour les travailleurs d'un établisement sont fournis dans l'établissement. Ils peuvent également être fournis dans un centre hospitalier et/ou un centre local de services communautaires (C.L.S.C.). Ils peuvent enfin être fournis ailleurs lorsque le Chef du D.S.C. croit que cela est nécessaire en raison de la non-disponibilité des autres locaux."

Cela implique trois principaux types d'organisation. En effet, d'une part, dans les grandes entreprises, on devrait retrouver en permanence et sur place toute la gamme des services de santé sous la supervision directe du médecin responsable. Ce service pourrait être relié directement au service de médecine du travail du D.S.C.

Par ailleurs, pour les petites et moyennes entreprises (P.M.E.), deux modes organisationnels sont possibles. En premier lieu, dans les territoires où les C.L.S.C. existent et fonctionnent, ces établissements du réseau des Affaires Sociales devraient être privilégiés. En effet, créés pour concrétiser une conception globale de la santé, axés sur la prévention et l'action communautaire, les C.L.S.C. devraient être en mesure d'assumer en première ligne les services de santé aux travailleurs dans les établissements situés sur leur territoire.

Enfin, dans les zones à forte concentration de P.M.E. comme dans les vastes parcs industriels de nos grandes villes, il convient d'envisager la mise sur pied de cliniques inter-entreprises de santé au travail. Ces nouveaux centres de santé, à l'instar de certains modèles européens, pourraient s'avérer une formule encore plus efficace et rentable, toujours dans l'optique de support et de soutien à la prise en charge par les milieux eux-mêmes de leur santé et sécurité au travail.

De toute façon, quel que soit le modèle proposé, le choix du médecin responsable appartient en premier lieu au comité de santé et sécurité dans chaque établissement (article 118) et c'est ce médecin responsable qui doit élaborer un programme de santé spécifique à chaque établissement (articles 112 et 113). Ce programme sera par la suite approuvé par le comité de santé et sécurité et soumis pour évaluation au Chef du D.S.C.

Sans élaborer davantage sur le contenu des programmes spécifiques qui nécessairement varieront d'un établissement à l'autre, voyons maintenant quelques-uns des problèmes anticipés au niveau du vécu des praticiens de la médecine du travail.

Quelques contradictions apparentes

Par tradition et surtout par formation, la plupart des médecins au Québec sont allergiques à la bureaucratisation et à toute forme d'encadrement. En effet, éminemment autonomes et souvent individualistes, ils sont formés pour prendre des décisions rapides et efficaces et en assumer eux-mêmes la pleine responsabilité. Dans notre société, la pratique de la médecine s'est faite surtout selon des modalités inspirées du libéralisme. Le médecin jusqu'à maintenant a été surtout un "entrepreneur libre", dispensant ses services à des patients qui le consultent librement et par choix individuel. D'ailleurs, la Loi sur les services de santé et les services sociaux garantit ce droit pour l'individu de choisir sa source de soins et, réciproquement, en dehors des cas d'urgence, le droit pour le médecin de choisir son patient.

Selon l'esprit et la lettre de la nouvelle Loi sur la santé et la sécurité du travail, les comités paritaires doivent choisir leur médecin responsable. Cependant, une fois que ce premier choix collectif est fait, les travailleurs ont le devoir de "se soumettre aux examens de santé exigés pour l'application de la présente Loi et des règlements", comme le souligne l'article 49 qui détermine les obligations générales des travailleurs.

Cette contradiction entre droit individuel et droit collectif a été maintes fois décriée par une des grandes centrales syndicales. Il est évident que les exigences de la surveillance médicale dans sa dimension épidémiologique impliquent que le médecin du travail en première ligne applique le même programme à l'ensemble des travailleurs exposés à des risques spécifiques. Cependant, la santé du travailleur dans son individualité est essentiellement indivise et globale. Il n'existe pas, en tant que telle, une santé au travail, une santé à domicile, une santé du loisir, etc... mais bien plutôt une santé personnelle affectée de façon po-

tive ou négative par un ensemble de conditions de vie, par l'environnement physique : psycho-social et surtout par certaines habitudes de vie telle l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme, le goût du risque et bien d'autres...

Bien sûr, dans une optique de prévention, le médecin du travail devra d'abord s'adresser aux effets des agresseurs spécifiques au milieu de travail. Cependant, il ne doit jamais perdre de vue la globalité de la santé du travailleur et la nécessité d'en promouvoir tous les aspects. Le problème qui se pose alors est celui de l'articulation entre les services de santé en milieu de travail et ceux dispensés en première ligne par le médecin de famille. Il faudra évidemment éviter le piège de se limiter à une médecine générale traditionnelle en milieu de travail.

Cependant, à la limite le modèle idéal serait peut-être celui du Centre de santé de quartier, où des équipes multidisciplinaires offrent aux travailleurs et à leurs familles toute la gamme des services de santé tant préventifs que curatifs, incluant les services de médecine du travail.

Quoiqu'il en soit, dans le contexte québécois actuel où coexiste, à côté du réseau public de dispensation de soins, un large secteur de pratique privée de la médecine, le médecin du travail devra s'assurer d'une communication intense et continue avec le médecin de famille du travailleur et ceci, dans le plus strict respect de la confidentialité des informations échangées.

D'autre part, jusqu'à quel point le médecin devra-t-il envers et contre tout, protéger la santé du travailleur ? Comment concilier la liberté de choix et les prescriptions d'une Loi et de ses règlements ? Si le travailleur choisit consciemment de s'exposer lui-même à certains risques sérieux pour sa santé en échange de certains avantages financiers, le médecin du travail devrait-il le protéger contre lui-même ? Après l'avoir informé des dangers auxquels il s'expose, devra-t-il lui interdire l'accès au travail "pour son plus grand bien" ? Si le médecin est essentiellement une personne ressource, un support et un soutien, peut-il se substituer à la décision des travailleurs qui doivent maintenant se prendre en charge et assumer eux-mêmes la responsabilité de leur santé ?

Il est probable qu'au cours des prochaines années, ces questions et bien d'autres trouveront des réponses qui s'inscriront de façon plus ou moins harmonieuse dans un processus dynamique de compromis et d'équilire entre certaines valeurs prédominantes dans notre société. De toute façon, la réforme qui s'amorce dans le domaine de la santé au travail s'inspire véritablement des idéaux de la social-démocratie à la québécoise, laquelle est issue du contexte nord-américain.

Le médecin du travail et toute l'équipe de santé sont invités à y jouer un nouveau rôle qui constitue un défi des plus stimulants.

summary

The new Law on Health and Security of Work stipulates that all physicians involved in occupational heath in Quebec will eventually work within the public system of health care. This implies that they will have to adopt a new philosophy based on prevention and the strategies of community Health. Their necessary integration into the Departments of Community Health (D.S.C.) of designated hospitals, will progressively bring them to participate in the main functions of these structures. The D.S.C. will mainly be involved in counselling, formation information and environmental and medical surveillance.

The organisational setting of occupational health services will vary according to the size of the work places and local circumstances.

This reform of occupational medicine will bring forth certain contradictions which outline the difficulty of implanting the ideals of Social Democracy in a North American context.

bibliographie

1. Vézina, Michel.
La santé publique via la santé au travail. Union Méd. Canada, 1978 ; 107 : 650.

Bactrim™ Roche®

Résumé posologique

Indications
Traitement des infections suivantes, quand elles sont causées par des germes sensibles:
- infections de l'appareil respiratoire supérieur et inférieur (bronchite chronique, en particulier) ainsi qu'otite moyenne aiguë et chronique
- infections des voies urinaires aiguës, récurrentes et chroniques
- infections des voies génitales: urétrite gonococcique sans complications
- infections gastro-intestinales
- infections de la peau et des tissus mous
- pneumonite à *Pneumocystis carinii* chez le nourrisson et l'enfant.

'Bactrim' n'est pas indiqué dans le traitement des infections virales et des infections à *Pseudomonas* ou à *Mycoplasma*.

Contre-indications
En présence de lésions hépatiques graves ou d'insuffisance rénale lorsqu'il est impossible de déterminer régulièrement les concentrations sériques; en présence de dyscrasies sanguines ou d'hypersensibilité connue à la triméthoprime ou aux sulfamides.
Chez la femme enceinte ainsi que chez les nouveau-nés ou les prématurés pendant les premières semaines de vie.

Précautions
Il convient de mettre en balance les risques et les avantages prévus chez les sujets atteints de lésions hépatique ou rénale, d'obstruction des voies urinaires, de dyscrasies sanguines, d'allergies ou d'asthme bronchique. Il faut diminuer la posologie chez les insuffisants rénaux. Ne pas administrer si le taux de créatinine sérique est supérieur à 2 mg%. On doit envisager la possibilité de surinfection par un organisme non sensible.

Réactions indésirables
Les plus courantes sont: nausées, vomissements, intolérance gastrique et rash.
On rencontre, moins souvent: diarrhée, constipation, flatulence, anorexie, pyrosis, gastrite, gastro-entérite, urticaire, céphalées et altérations hépatiques (élévations anormales de la phosphatase alcaline et de la transaminase sérique).
À l'occasion, on fait état de: glossite, oligurie, hématurie, tremblements, vertige, alopécie et élévation de l'azote uréique sanguin, de l'azote non protéique sanguin et de la créatinine sérique.
Altérations hématologiques: neutropénie et thrombocytopénie surtout, et, plus rarement, leucopénie, anémie aplasique ou hémolytique, purpura, agranulocytose et hypoplasie médullaire. Elles se manifestent surtout chez les personnes âgées et sont habituellement réversibles à l'arrêt du traitement.

Posologie
Enfants: 6 mg de triméthoprime par kg de poids corporel par jour et 30 mg de sulfaméthoxazole par kg de poids corporel par jour, répartis en deux doses égales.
Adultes et enfants de 12 ans et plus:
Posologie habituelle:
1 comprimé 'Bactrim' DS 'Roche' ou 2 comprimés pour adultes, deux fois par jour.
Posologie minimale et pour un traitement prolongé:
½ comprimé 'Bactrim' DS 'Roche' ou 1 comprimé pour adultes, deux fois par jour.
Posologie maximale (infections graves): 1½ comprimé 'Bactrim' DS 'Roche' ou 3 comprimés pour adultes, deux fois par jour.
Dans les cas d'infections aiguës, prolonger le traitement pendant un minimum de 5 jours ou jusqu'à ce que le malade ait été asymptomatique pendant 48 heures, et, dans les infections des voies urinaires, jusqu'à ce que l'urine soit stérile.
Gonorrhée sans complications: 2 comprimés pour adultes ou 1 comprimé 'Bactrim' DS 'Roche', quatre fois par jour pendant 2 jours.
Pneumonite à *Pneumocystis carinii*: 20 mg/kg/jour de triméthoprime et 100 mg/kg/jour de sulfaméthoxazole en quatre doses fractionnées pendant 14 jours.

Présentation
Comprimé pour adultes: Comprimé vert, capsuliforme, biconvexe, gravé ROCHE C sur une face, rainuré et gravé BACTRIM sur l'autre, dosé à 80 mg de triméthoprime et 400 mg de sulfaméthoxazole.
Flacons de 100 et 500. Conditionnement unitaire, boîtes de 100.
Comprimé DS: Comprimé blanc, capsuliforme, biconvexe, gravé ROCHE sur une face, rainuré et gravé BACTRIM DS sur l'autre, dosé à 160 mg de triméthoprime et 800 mg de sulfaméthoxazole.
Flacons de 100 et 250.
Suspension: Aromatisée à la cerise, contenant 40 mg de triméthoprime et 200 mg de sulfaméthoxazole par 5 ml.
Flacons de 100 et 400 ml.
Comprimé pédiatrique:
Comprimé blanc, cylindrique, biplan, gravé ROCHE sur une face, à rainure simple et gravé C dans chaque hémicycle sur l'autre, dosé à 20 mg de triméthoprime et 100 mg de sulfaméthoxazole.
Flacons de 100.

Monographie disponible sur demande.

TM: Marque de commerce de Hoffmann-La Roche Limitée
® Marque déposée

1 Goodman et Gilman, The Pharmacological Basis of Therapeutics, 6e éd., Collier MacMillan Canada Ltd., Toronto 1980, 1116.

2 Sanford, J.P., Guide to Antimicrobial Therapy 1979, J.P. Sanford, M.D.

'Bactrim' 'Roche' est inscrit dans la Liste de médicaments.

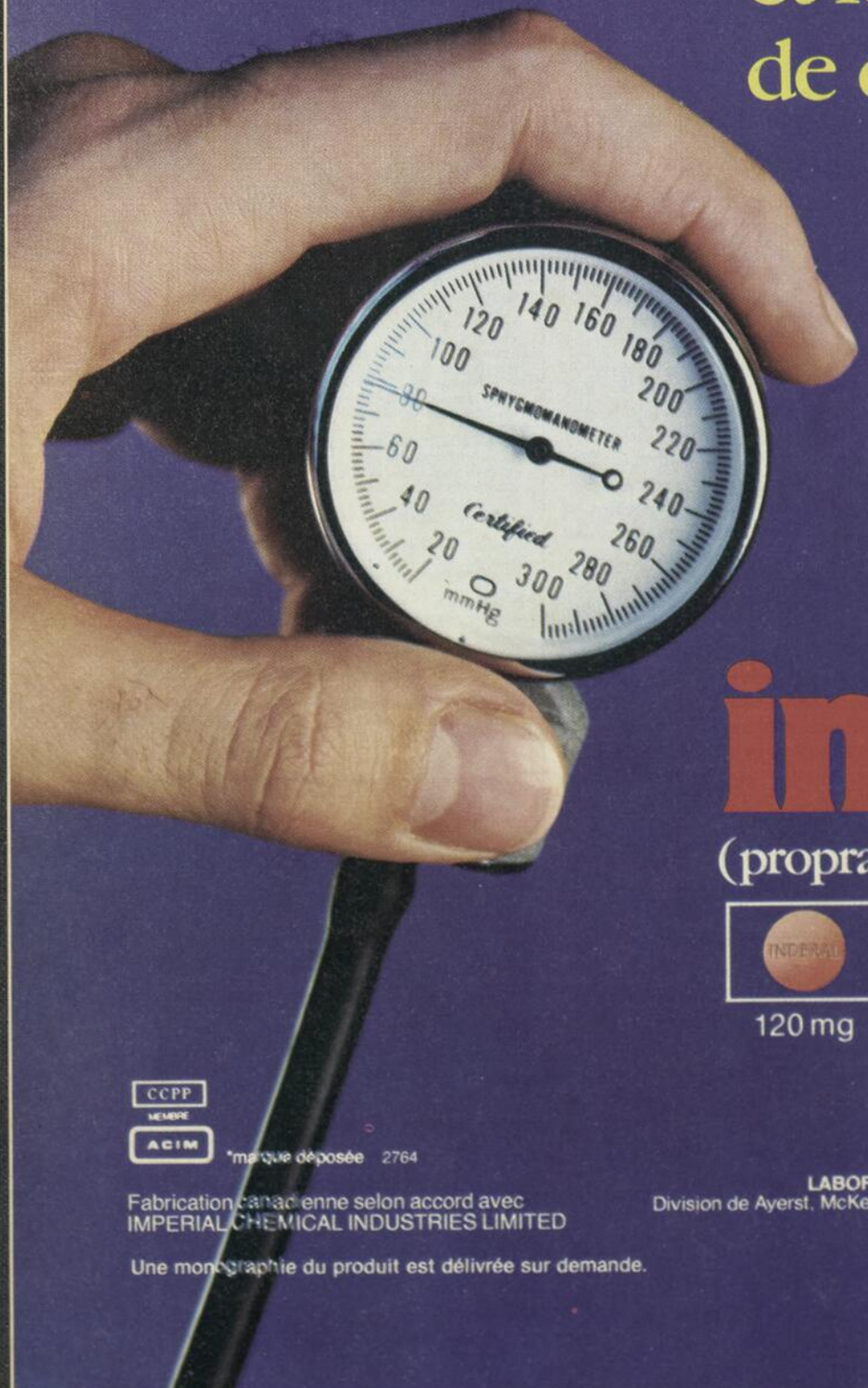
ROCHE Hoffmann-La Roche Limitée
Vaudreuil, Québec J7V 6B3

PAAB CCPP

À l'avant-garde de la recherche en médecine et en chimie

indéral

Le bêta-bloquant le plus utilisé et le plus digne de confiance



indéral*

(propranolol)



120 mg 80 mg 40 mg 10 mg

CCPP MEMBRE ACIM

*marque déposée 2764

Fabrication canadienne selon accord avec
IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED

Une monographie du produit est délivrée sur demande.

LABORATOIRES AYERST
Division de Ayerst, McKenna & Harrison Inc.
Montréal, Canada

Il n'y a pas de substitut pour la qualité

Ayerst

Les indications des bloquants bêta-adrénergiques*

2e partie

Pierre Larochelle[1] et Jacques Lelorier

Résumé

Six bloquants des récepteurs bêta-adrénergiques sont disponibles pour prescriptions au Canada soit le métoprolol, nadolol, oxprénolol, pindolol, propranolol et timolol.

Outre l'hypertension artérielle, l'insuffisance coronarienne et les arrythmies cardiaques, les bloquants bêta-adrénergiques peuvent être utilisés dans le traitement de la migraine, de l'anxiété, des tremblements, du glaucome à angle ouvert et des symptômes de la thyrotoxicose.

Les agents bloquants β-adrénergiques disponibles au Canada sont au nombre de six actuellement. Leurs différentes propriétés ont été résumées dans la première partie de cet article.

Bloquants non -sélectifs sans activité agoniste partielle :

Propranolol
Timolol
Nadolol

Bloquants non-sélectifs avec activité agoniste partielle :

Oxprénolol
Pindolol

Bloquants cardio-sélectifs sans activité agoniste partielle :

Metroprolol

Les bloquants bêta-adrénergiques sont maintenant bien acceptés comme une partie importante du traitement de l'hypertension artérielle et ont même été recommandés comme traitement initial dans certaines circonstances. Cette acceptabilité de ces agents semble dépendre surtout du fait qu'ils sont bien tolérés par les patients avec un minimum d'effets secondaires. La réduction de la tension artérielle est très variable d'un individu à l'autre mais en moyenne on peut s'attendre à une réduction de 15 à 20% de la systolique et de 10 à 15% de la diastolique lorsqu'ils sont employés seuls. Cependant lorsqu'employés seuls, une réponse satisfaisante n'est vue que chez 40% des patients et ils obtiennent leur meilleure efficacité lorsqu'employés avec un diurétique puisqu'alors 70 à 90% des patients obtiendront un contrôle adéquat de leur tension artérielle. Chez les patients où l'on n'obtient pas un contrôle adéquat avec ces deux agents, l'addition d'un vasodilatateur augmentera le pourcentage de réussite. Différentes études ont de plus démontré que l'utilisation des bêta-bloqueurs pouvaient réduire l'incidence de décès à la suite d'une premier infarctus bien que ces résultats aient été jugés comme peu convaincants[1]. Cependant une étude récente par un groupe multicentrique norvégien a indiqué que le traitement à long terme par le timolol chez les patients ayant survécu à un infarctus du myocarde réduisait la mortalité et le taux de réinfarction[2].

Effets secondaires

Les effets secondaires principaux des bêta-bloqueurs seront reliés à leur propriété de bloquer les récepteurs bêta-adrénergiques.

Asthme

L'asthme peut être précipité chez les patients susceptibles par tous les bêta-bloqueurs. Dans une population donnée, le risque peut être réduit à un niveau minime si l'on choisit adéquatement les patients et on exclut les patients avec une histoire d'asthme récent. On doit utiliser ces médicaments avec beaucoup de prudence chez les patients qui ont une histoire d'asthme durant leur enfance et chez les patients atteints de bronchite sans bronchospasme évident.

Il est généralement accepté que le risque est moins grand de provoquer un bronchospasme si l'on utilise un bêta-bloqueur cardio-sélectif à petites doses. La possibilité demeure d'utiliser ces bloqueurs cardio-sélectifs en association avec un agoniste β_2 bronchodilatateur. D'autres études ont aussi démontré que les bêta-bloqueurs avec activité agoniste partielle ou activité

1) M.D., Ph.D., F.R.C.P.(C).
2) M.D., Ph.D., F.R.C.P.(C).

Institut de Recherches Cliniques de Montréal, Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal et le Département de Pharmacologie de l'Université de Montréal.

* Ceci est la suite d'un article publié en juin 1981.

Mots clés :
Hypertension, traitement, bêta-bloqueurs.

sympathomimétique intrinsèque sont aussi moins susceptibles d'augmenter la résistance des voies aériennes que le propranolol. Il n'en demeure pas moins que tous ces agents doivent être utilisés avec discernement chez les patients susceptibles de bronchospasme et un traitement anti-hypertensif autre devrait être tenté si possible.

Insuffisance cardiaque

Comme chez les patients asthmatiques, l'insuffisance cardiaque est dans la majorité des cas considérée comme une contre-indication à l'utilisation des bêta-bloqueurs puisqu'il pourrait déclencher une insuffisance cardiaque sévère. L'asthme comme l'insuffisance cardiaque seront généralement provoqués dès les premières doses qui bloqueront l'activité sympathique nécessaire et vitale à un maintien de leur activité. Chez les patients avec une fonction myocardique réduite et qui nécessitent l'utilisation de bêta-bloqueurs, Frishman[3] émet l'opinion que la digitale et les diurétiques sont utilisés, de préférence, avec un agent cardio-sélectif ou possédant une activité sympathomimétique intrinsèque. Frishman émet ce commentaire sous réserve qu'il n'y a pas d'études in vivo pour le supporter et que ces médicaments peuvent aussi précipiter de l'insuffisance cardiaque. L'insuffisance cardiaque est donc une contre-indication.

Effets sur la circulation périphérique

La sensation d'extrémités froides est associée avec les changements hémodynamiques après bloc des récepteurs bêta-adrénergiques, c'est-à-dire vasoconstriction périphérique secondaire à une réduction de débit cardiaque et effet d'une stimulation, adrénergique non antagonisée. La fréquence de cet effet secondaire a été rapportée comme moindre après l'utilisation de bloquants cardio-sélectifs et des bloquants possédant une activité sympathomimétique intrinsèque[3,1,4]. Cependant cet énoncé n'a pu être prouvé par d'autres auteurs et tous les bêta-bloqueurs doivent donc être utilisés avec précaution chez les patients atteints de maladies vasculaires périphériques surtout ceux atteints de claudication intermittente. Ces patients rapportent souvent une exagération de leurs symptômes après utilisation de bêta-bloqueurs.

Effets sur le système nerveux central

L'insomnie, les rêves, les hallucinations et la dépression ont été décrits après l'utilisation de bloquants bêta-adrénergiques. Ces effets semblent plus fréquents avec les agents qui pénètrent facilement dans le système nerveux central tel le propranolol. Cependant ces effets ont été décrits avec tous les bêta-bloqueurs à des degrés variables[5].

Conduction auriculo-ventriculaire

Un ralentissement du rythme cardiaque est une réponse normale au traitement avec un bloquant adrénergique sans activité sympathomimétique intrinsèque. Les patients sans problème cardiaque tolèreront en général sans difficulté un rythme cardiaque à 50/min. Les agents avec activité sympathomimétique intrinsèque réduiront peu ou pas le rythme cardiaque au repos. S'il y a une pathologie de la conduction auriculo-ventriculaire, l'utilisation d'un bêta-bloqueur peut provoquer une brady-arythmie sévère. Il a cependant été suggéré par Waal-Manning[6] qu'un bêta-bloquant avec activité sympathomimétique intrinsèque pourrrait être utilisé avec prudence.

Autres effets secondaires

Les effets secondaires autres ont été décrits avec tous les bêta-bloqueurs comme nausées, vomissements, diarrhée, douleurs épigastriques et constipation. Il existe de rares cas de purpura et d'agranulocytose.

Des crampes musculaires ont été décrites principalement avec le pindolol.

Autres indications

L'utilité des bêta-bloqueurs dans l'insuffisance coronarienne et dans les arythmies cardiaques est un phénomène connu. Il existe maintenant d'autres indications pour ces bloquants des récepteurs bêta-adrénergiques[3,7,8].

Migraine

Actuellement seul le propranolol est accepté pour le traitement préventif des épisodes de migraine. Le mécanisme d'action n'est pas connu mais semble être relié à l'inhibition de la vasodilatation périphérique.

Tremblement

Le propranolol a été rapporté comme étant utile dans le tremblement à l'activité tel le tremblement essentiel familial et le tremblement associé à l'âge.

Anxiété

Bien que les études soient peut concluantes sur l'utilité de ces médicaments dans le traitement de l'anxiété, ils peuvent bloquer les manifestations physiologiques d'épisodes d'anxiété en bloquant la tachycardie et le tremblement.

Glaucome à angle ouvert

Le maleate de timolol en goutte ophtalmologiques a été démontré efficace dans le traitement du glaucome à angle ouvert. Le médicament est absorbé et les patients atteints d'asthme, de bloc auriculo-ventriculaire ou d'insuffisance cardiaque doivent l'utiliser avec précaution.

Thyrotoxicose

Les bêta-bloqueurs vont réduire les manifestations cliniques de la thyrotoxicose surtout la tachycardie mais ils ne protègeront pas contre les complications associées aux effets de l'hormone thyroïdienne. Dans ces circonstances, il est jugé préférable d'utiliser un bêta-bloqueur ne possédant pas d'activité sympathomimétique intrinsèque.

Le sevrage aux bêta-bloquants

Une augmentation de la sévérité de l'angine, des arythmies ventriculaires, des infarctus du myocarde et des morts subites a été attribuée à l'arrêt brusque du propranolol chez des patients coronariens[9]. Quoique divers mécanismes aient été invoqués pour expliquer le phénomène, une hypersensitivité aux catécholamines[10] demeure la cause la plus probable. Dans l'hypertension, le phénomène de sevrage a été

Tableau I

Propriétés pharmacodynamiques des bêta-bloquants

	cardio-sélectivité	Stabilisation des membranes	Activité sympathomimétique intrinsèque (A.S.I.)
Métoprolol	+	±	-
Nadolol	-	-	-
Oxprénolol	-	+	+ +
Pindolol	-	+	+ + +
Propranolol	-	+ +	-
Timolol	-	-	-

également démontré pour le métoprolol[11] et est probablement une caractérisque commune à tous les bêta-bloquants à l'exception du pindolol qui en semble dépourvu[12]. La conséquence pratique de ceci est que tous les bêta-bloquants ne doivent pas être discontinués brusquement. Une diminution graduelle sur une période d'une semaine semble être une attitude raisonnable et prudente.

Posologie

Quoique la demie-vie biologique (demie-vie du médicament dans le sang) de la plupart des bêta-bloquants est de seulement quelques heures, la demie-vie de leur effet pharmacologique étant plus prolongée on peut habituellement les administrer deux fois par jour (B.I.D.). L'exception est le nadolol qui ayant une demie-vie de vingt-quatre heures peut être donné une fois par jour (d.).

Certains bêta-bloquants (propranolol et métoprolol) sont présentement disponibles en formulations pharmaceutiques à libération prolongée qui permet également une administration quotidienne.

Conclusion

Les bêta-bloqueurs sont des médicaments utiles et puissants dont les indications semblent continuellement augmenter. Quoique le mécanisme d'action de la plupart de leurs effets thérapeutiques demeure difficile à expliquer, leurs effets secondaires correspondent bien à leurs propriétés pharmacologiques. Le choix judicieux d'un bêta-bloquant, peut donc minimiser les effets secondaires de ces médicaments sur certains patients.

summary

Six beta-adrenoreceptor blocking drugs are available for prescription in Canada : metoprolol, nadolol, oxprenolol, pindolol, propranolol and timolol.

The beta-blockers are not only used in hypertension, angina and cardiac arrythmias but also in the treatment of migraine, anxiety tremor, open angle glaucoma and to great symptoms of thyrotoxicosis.

bibliographie

1. **Meir M., Orwin J., Rogg H., Brunner H. :** β-adrenoreceptor antagonists in hypertensive. drugs. Ed. by A. Scriabini. Raven Press, New-York, 1980.
2. **Norvegian Multicenter Study Group:** Timolol-induced reduction in mortality and reinfarction inpatients surviving an acute myocardial infarction. N Engl J Med 304 : 801-808, 1981.
3. **Frishman W.W. H. :** Clinical pharmacology of the beta-adrenoreceptor blocking drugs. Ed. Appleton, Century-Crafts, New-York, 1980.
4. **Marshall D.J., Robert C.J.C. Barret D.D.W. :** Raynaud's phenomenon as side effect of beta-blockers in hypertension. Br Med. J. 1 ; 1498-1499, 1976.
5. **Simpson F.O. :** β-adrenoreceptor blocking drugs in hypertension. cardiovascular drugs vol 2, 56-83, 1977, Adis Press, ed. by CS Avery.
6. **Waal-Manning H.J. :** the best results. Curr. Ther. 19 ; 43-52, 1978.
7. **Waal-Manning J.J. :** Which beta-blocker. Drugs 12, n° 9, 412-441, 1976.
8. β-adrenoreceptors blockings drugs. in cardiovascular drugs, Vol 2, Avery GS, se ries ed., University Park Press, 1978, 230 pp.
9. **Lindenfeld J., Crawford M.H., O'Rourke R.A., Levine S.P., Montiel M.M., Horwitz L.D. :** Adrenergic responsiveness after abrut proprano-lol withdrawal in normal subjects and in patients with angina pectoris. circulation 62, n° 4 ; 704-711, 1980.
10. **Nattel S., Rangno R.E., Van Loon G. :** Mechanism of propranolol withdrawal phenomena. circulation 59, n° 6 ; 1158-1164, 1979.
11. **Langlois S., Rangno R.E. :** Comparative changes of with drawal phenomena after pindolol (pind), propranolol (pro), and metoprolol (met). Clin. Res. 28 ; 664 a. 1980.

Dalmane® Roche®

Résumé posologique

Indications
Traitement des insomnies caractérisées par un endormissement difficile, de fréquents réveils nocturnes et des réveils précoces. 'Dalmane' est indiqué en traitement intermittent de courte durée aux personnes qui ont des habitudes de sommeil irrégulières ou qui souffrent d'insomnie récurrente; toutefois, l'efficacité et l'innocuité d'un traitement prolongé n'ont pas encore été établies.

Contre-indications
'Dalmane' est contre-indiqué en présence d'une hypersensibilité connue au médicament et chez les enfants de moins de 15 ans.

Mise en garde
L'innocuité du 'Dalmane' chez les femmes enceintes ou en âge de concevoir n'a pas encore été établie; on devra alors mesurer les effets bénéfiques de ce médicament aux risques possibles pour la mère et l'enfant.

Précautions
Sujets âgés ou affaiblis: Limiter la dose d'attaque à 15 mg afin de prévenir l'éventualité d'hypersédation, d'étourdissements et d'ataxie.
Troubles émotifs: Administrer prudemment aux malades fortement déprimés ou en phase de dépression latente évidente et ne pas négliger la possibilité de tendances suicidaires chez certains sujets; des mesures de protection s'imposent alors.
Potentialisation de l'action médicamenteuse: Prévenir les malades de s'abstenir de consommer des boissons alcooliques ou de prendre d'autres agents dépresseurs du SNC lors d'un traitement au 'Dalmane'.
Dépendance physique et psychologique: Administrer avec prudence aux malades portés à accroître la posologie d'eux-mêmes.
Prévenir les malades de redoubler de vigilance dans toute situation exigeant une parfaite acuité mentale ou des réflexes rapides immédiatement après la prise du médicament. Si 'Dalmane' est administré pendant une période prolongée, il convient d'évaluer périodiquement la formule sanguine et les fonctions rénale et hépatique. Les mesures de précaution habituelles s'imposent chez ceux qui souffrent d'insuffisance rénale ou hépatique.

Effets secondaires
Les effets secondaires les plus fréquents, en particulier chez les sujets âgés ou affaiblis, sont des étourdissements, de la somnolence, des sensations ébrieuses et de l'ataxie (voir Précautions).
On a signalé des cas isolés de dyscrasie sanguine, de troubles visuels, gastro-intestinaux, respiratoires et cardio-vasculaires, et de réactions paradoxales. La liste complète des effets secondaires observés est présentée dans la monographie du produit.

Posologie
Afin d'obtenir les effets bénéfiques optimaux, il importe d'adapter la posologie aux besoins individuels.
La dose habituelle pour adultes est de 30 mg au coucher.
Chez les sujets âgés ou affaiblis, on recommande un traitement initial de 15 mg jusqu'à ce que la réaction individuelle soit connue.

Présentation
Capsules à 15 mg de chlorhydrate de flurazépam, orange et ivoire, gravées ROCHE C et DALMANE 15 (à l'encre noire) alternativement sur le corps et l'embout.
Capsules à 30 mg de chlorhydrate de flurazépam, rouge et ivoire, gravées ROCHE C et DALMANE 30 (à l'encre noire) alternativement sur le corps et l'embout.
Flacons de 100 et 500.

Monographie disponible sur demande.

ROCHE®
Hoffmann-La Roche Limitée
Vaudreuil, Québec J7V 6B3

A l'avant-garde de la recherche en médecine et en chimie

®Marque déposée
Can. 1057

PAAB
CCPP



Parce que les femmes réagissent différemment à une vaginite...

Flagystatin® (métronidazole-nystatine) Ovules et Crème

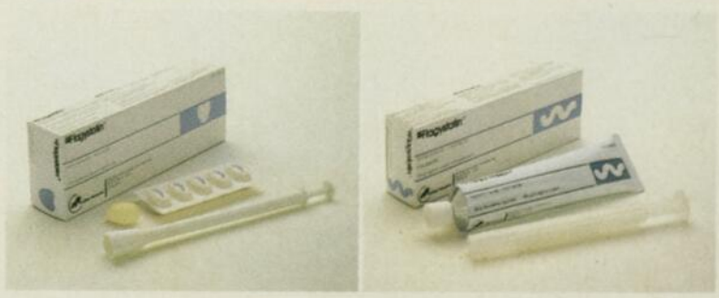
le traitement efficace adapté aux besoins des femmes

Pertes abondantes

Lorsqu'il lui faut un traitement discret, les nouveaux ovules Flagystatin lui offrent efficacité, confort et commodité. Les ovules, à dispersion uniforme et rapide, ne salissent pas, ne tachent pas, ne gênent pas.

Démangeaisons cuisantes

Flagystatin crème apaise les démangeaisons et la brûlure vulvo-vaginales, tout en maîtrisant rapidement l'infection.



Récidives

Dans les cas rebelles, Flagystatin est synonyme d'efficacité exceptionnelle contre les infections mixtes à C. albicans et T. vaginalis; le taux de guérison peut atteindre 98%[1]*.

1. Vartiainen, E., Widholm, O., Acta Obstet. Gynec. Scand., 49, Supp. 2, Helsinki, 1970.

*Utilisé avec Flagyl oral contre le Trichomonas.

®Marque déposée

Renseignements thérapeutiques page 729

RHÔNE-POULENC

PAAB
CCPP

Pseudo-angine costoclaviculaire

Jean-M. Ratte[1]
et Roch Lévesque[2]

Résumé

La pseudo-angine costoclaviculaire n'est pas une affection exceptionnelle. Le diagnostic est très facile quand on y pense.
Une dizaine de cas observés en 1 an permet d'affirmer la responsabilité de l'irritation du ganglion stellaire par un mauvais fonctionnement de la première côte. Celle-ci représente le facteur étiologique commun des différentes manifestations du syndrome costoclaviculaire. La disparition des symptômes par la physiothérapie ou la résection de la première côte dans les cas rebelles est un argument en faveur de cette hypothèse. L'étude de l'asymétrie motrice peut expliquer la prédominance unilatérale des symptômes malgré une prédisposition anatomique bilatérale.

Avec un rythme respiratoire de seize par minute la première côte et les structures musculo-tendineuses avoisinantes effectuent des mouvements d'ascension et de descente vingt-trois mille quarante fois par vingt-quatre heures. Ce travail incessant de l'articulation costo-vertébrale explique l'atteinte possible du ganglion stellaire tout proche. On observe chaque année une centaine de cas adressés pour syndrome du défilé thoracique dans la région du Bas Saint-Laurent-Gaspésie. Soixante pour cent présentent des phénomènes de Raynaud secondaires à la compression costo-claviculaire. Notre intérêt pour la forme pseudo-angineuse a été éveillé, au cours d'une recherche sur le traitement des troubles vasomoteurs, par les travaux de Paul Nogier sur le rôle de l'irritation du ganglion stellaire dans l'inhibition de la réflexothérapie auriculaire[1]. La méconnaissance de cette entité pathologique entraîne des problèmes diagnostiques qui mettent à l'épreuve la sagacité du cardiologue le plus averti. La facilité du diagnostic quand l'attention est éveillée à cette possibilité épargne de nombreux frais au malade et à la collectivité. Cette pseudoangine costo-claviculaire a été observée une dizaine de fois au cours de la dernière année. Cette expérience forme la base des considérations cliniques et diagnostiques suivantes. Le nombre limité de cas ne permet pas une étude statistique significative.

Considérations cliniques

Le tableau habituel est celui d'une angine d'effort avec sensation de serrement rétro-sternal et paresthésies du bras gauche. Les examens biologiques sont normaux. L'électrocardiogramme est normal. L'épreuve du tapis roulant reste toujours négative. Les bêtabloquants sont sans effets. La coronarographie pratiquée devant la persistance inquiétante des symptômes (2 cas) ne montre pas de lésion significative. L'absence de caractère organique, confirmée par de nombreux cardiologues, fera donner l'étiquette de "psychique". L'impossibilité de poser un diagnostic amènera en effet des problèmes psychiques et des réactions dépressives parfois sérieuses. Deux malades ont même subi de la sismothérapie, évidemment inefficace. Et pourtant le diagnostic est simple si on y pense. Il suffit de rechercher des signes de compression vasculo-nerveuse au niveau du défilé thoracique.

Certaines particularités cliniques peuvent augmenter l'index de suspicion. La topographie de la sensation angineuse est plus pectorale que rétrosternale. Les paresthésies du bras gauche s'accompagnent souvent de cervicalgies. La dyspnée d'effort fréquemment associée ne cadre pas avec le tableau chez une personne jeune sans signe d'insuffisance cardiaque.

L'examen physique montre dans 9 cas sur 10 un souffle sous-clavier en abduction, une baisse significative de l'amplitude du pouls au cours des manoeuvres d'Adson ou d'hyperabduction. Même en l'absence de signes de compression intermittente artérielle ou veineuse, la manoeuvre de claudication intermittente décrite par Roos permettra le diagnostic[2]. Elle reproduit la symptomatologie. Une sensation de bras mort en moins de deux minutes

1) M.D. F.R.C.S.(C), Département de Chirurgie Hôpital St-Joseph Rimouski, — Québec.
2) M.D. C.S.P.Q., Service de Cardiologie Hôpital Saint-Joseph Rimouski — Québec.

est pathognomonique. Il va sans dire que cet examen doit se faire en position assise et en décubitus, car souvent le pouls n'est pas modifié en décubitus alors qu'il diminue et peut même disparaître complètement en position assise. En effet, la position assise entraîne la mise en tension des muscles cervicaux et de la première côte. Le décubitus entraîne un relâchement musculo-tendineux et une décompression des structures vasculo-nerveuses.

Considérations diagnostiques

L'examen clinique suffit à faire le diagnostic devant l'association d'une angine d'effort et de signes de compression vasculo-nerveuse costoclacivulaire intermittente. Cependant, un tel diagnostic de pseudo-angine costoclaviculaire ne peut être posé de façon définitive que par l'élimination d'une angine réelle par les moyens diagnostiques habituels. L'épreuve du tapis roulant doit être négative. La coronarographie reste indiquée si un doute sérieux persiste en présence d'une anomalie du profil lipidique ou une histoire familiale d'infarctus.

L'exploration vasculaire fonctionnelle par Döppler directionnel et pléthysmographie digitale est indispensable pour confirmer le diagnostic de compression vasculaire artérielle ou veineuse costoclaviculaire. Une disparition complète des bruits artériels en abduction ou adduction, ou uniquement une disparition des bruits diastoliques en cas de compression moindre, orienteront vers l'étiologie du tableau angineux[3].

Un gradient de pression veineuse au bras se traduisant par un bruit döpplerien continu en abduction confirmera la compression veineuse[4]. Le bilan artériographique est nécessaire seulement en cas d'indication opératoire par échec de la physiothérapie ou en présence d'un gradient de pression de 30 mmHg entre les 2 bras[2].

L'audition par le malade de ses bruits artériels au cours des manoeuvres exploratoires présente un double intérêt. Il comprend la nature mécanique de son problème, ce qui rassure sur son état mental dont l'intégrité a pu être mise en doute devant la persistance des symptômes et l'impossibilité de leur donner une étiquette. La rétroaction biologique est facilitée ; en effet, la diminution de l'angoisse provoquée par cette réassurance diminue la contracture réflexe de la musculature céphalogyre, entraînant ainsi une décompression du plexus brachial. La connaissance des positions contraignantes facilitera la correction posturale.

Considérations étiologiques

Il existe une bonne douzaine de synonymes pour le syndrome du défilé thoracique selon qu'on insiste sur l'agent compressif ou l'élément comprimé mais la première cote représente le facteur étiologique commun des différents syndromes[5]. Selon la structure anatomique la plus comprimée les symptômes d'appel seront artériels, veineux ou nerveux. L'atteinte isolée est rare. Le rôle de l'irritation du ganglion stellaire est controversé[6] souvent ignoré[7]. Selon notre expérience il joue un rôle important. Un rappel de son anatomie montre qu'il fournit des branches cardiaques, médiastinales, oésophagiennes et pulmonaires. Il fournit également des branches carotidiennes. L'irritation des branches cardiaques est certainement à l'origine de la sensation d'angor par compression ou étirement des ligaments costo-vertébraux avoisinants. La résection du plexus préaortique par Arnulf en 1946 a été un des premiers traitements chirurgicaux de l'angine. Les paresthésies du bras accompagnant l'angine traduisent la compression des fibres sympathiques accompagnant le plexus brachial Les douleurs irradiées au bras gauche dans les cas d'angine sans compression costoclaviculaire sont dues à des connexions synaptiques dans le ganglion stellaire. La pseudo-angine est souvent associée (9 cas sur 10) à une dyspnée d'effort et au repos. Le souffle est court. Selon l'expression populaire, les gens courent après leur respiration.

La pseudo-angine est également associée à un syndrome pseudo-oesophagien (6 cas sur 10) avec dysphagie haute[8]. Plus rarement ces syndromes pseudo-oesophagiens et pseudo-asthmatiques peuvent être la première manifestation d'une compression costoclaviculaire. L'interrogatoire poussé des maladies atteints de syndrome du défilé thoracique met souvent en évidence ces symptômes qui paraissent bizarres quand on oublie l'anatomie du ganglion stellaire et de ses branches.

L'amélioration et la disparition des symptômes à la suite d'une sympathectomie cervico-dorsale confirme le rôle pathogénique du sympathique dans la sensation d'angor. Habituellement la physiothérapie avec la correction posturale suffit à lever l'irritation du sympathique par la première cote. La résection de cette dernière avec sympathectomie complémentaire n'est nécessaire qu'en cas d'échec de la physiothérapie (1 cas sur 10).

La subluxation costo-vertébrale de la première côte est habituellement (8 cas sur 10) post-traumatique, accident de voiture avec fléxion-extension cervicale brutale ou chute dans les escaliers. L'antécédent traumatique datant de plusieurs années est souvent oublié. L'oédème post-traumatique des muscles latéraux du cou ou les micro-hémorragies intramusculaires entraînent des foyers de fibrose qui entretiennent la contracture musculaire tardive.[9]

Les défauts de la statique posturale (affaisement de la voûte plantaire) provoquent une stimulation anormale de la chaîne proprioceptive posturale[10]. Il s'ensuit une contracture lombaire et cervicale. La contracture des muscles de la ceinture scapulaire et des muscles cervicaux suffit à provoquer un mauvais fonctionnement du jeu de la première côte. Ce défaut de la statique a été retrouvé dans tous les cas, 8 femmes et 2 hommes. C'est ce qui explique le fait que la pseudo-cardialgie a très bien été décrite par les praticiens de la médecine manuelle[8]. La prédominance féminine de la laxité ligamentaire plantaire peut être d'origine hormonale[6]. Le raccourcissement apparent d'un membre inférieur, primaire ou secondaire, provoque les mêmes contractures algiques lombaires et cervicales à l'origine du malfonctionnement de la première côte qui irrite alors le stellaire.

On comprend donc pourquoi la pseudo-angine costoclaviculaire est méconnue. Seule une approche holistique donnera le réflexe de regarder la plante des pieds devant un tableau d'angine de poitrine. La correction physiothérapique du trouble postural constitue une épreuve diagnostique et thérapeutique.

L'atteinte du ganglion stellaire gauche est nécessaire pour provoquer les paresthésies du bras gauche. La sensation angineuse peut-etre due à une irritation du stellaire droit. Le diagnostic est donc plus difficile quand la sensation angineuse est accompagnée de paresthésies du bras droit. Le retentissement psychique de la pseudo-angine pose de nombreux problèmes. L'asthénie habituelle peut être secondaire à la limitation de l'activité physique par la pseudo-angine. Une légère insuffisance vertébrobasilaire peut être provoquée par la coudure de l'ostium de l'artère vertébrale au cours de l'abduction des bras ou de la rotation de la tête[6].

L'incompréhension du médecin devant cette angine atypique, qui ne veut pas se nommer, entraîne un stress important qui aggrave le cercle vicieux de la contracture cervico-scapulaire. Le soulagement du malade devant la compréhension de la nature de son problème a déjà été signalé. La présence de dyslatéralité chez deux malades atteints de pseudo-angine ayant été suivi en psychiâtrie avant qu'on puisse trouver l'origine de leurs problèmes, ouvre une voie de recherche intéressante. L'étude de l'asymétrie motrice axioproximale[11] va certainement nous donner la clé de la prédominance unilatérale des symptômes alors que la compression costoclaviculaire est habituellement bilatérale. L'asymétrie fonctionnelle du système nerveux autonome[12] est également en cours d'étude. Le problème est de savoir si elle est primitive ou dépendante de l'asymétrie cérébrale.

Conclusion

Le diagnostic de pseudo-angine costoclaviculaire est facile quand on est le dernier de la chaîne de nombreux médecins qui ont examiné le malade. Cependant, on ne peut trouver que ce que l'on cherche.

La méconnaissance de cette affection ayant entraîné des situations tragiques chez deux malades justifie cette présentation. Seule une approche holistique, que notre spécialisation rend difficile, avec un examen de la tête aux pieds, trouve le chemin du coeur.

summary

Out of 100 cases of Thoracic outlet syndrome observed in one year, 10 were first seen for a pseudoangor pectoris syndrome. This symptom in supposed to be provoked by the irritation of the stellate ganglion, owing to the first rib's abnormal movement. The diagnosis is easily made by the physical findings of the thoracic outlet syndrome. The suspicion index should be high in front of a long acting angina without electrical signs. Postural abnormalities with secondary spasm of neck muscles are usually found. A forgotten whiplash is frequent. Physiotherapy alleviates the symptoms in 90% of cases. First rib resection and cervico-dorsal sympathectomy is indicated in case of failure of physiotherapy.

bibliographie

1.Nogier, Paul et Piro, Claude :
Séminaire d'auriculomédecine, Wheatley - Ontario - 16-18 Nov. 1979.

2.Roos, David :
Congénital anomalies associated with thoracic outlet syndrome. Amer. J. Surg. 132 : 771-778, 1976.

3.Pisko Dubienski, Z. Adam et Hollingsworth, John :
Clinical application of Doppler ultrasonography in the thoracic outlet syndrome. Can. J. Surg., 21 : 145-150, 1978.

4.Ratte, Jean M. et Beauchesne, Pierre :
Sténose intermittente de la veine axillaire Union Méd. Canada, 110 : 349, 1981.

5.Clagett, O.T. :
Présidential adress research and prosearch. J. Thorac-Cardiovasc. Surg., 4 : 153, 1962.

6.Mercier, Cl et Huguet J.F. :
Les syndromes vasculaires de la traversée thoraco-brachiale. Masson, éditeur, 1976, page 40.

7.Kelly, Thomas R. :
Thoracic outlet syndrome – current concepts of treatment. Ann. Surg., 90 : 657-662, 1979.

8.Bourdiol, René J. :
Médecine manuelle et ceinture scapulaire. Maisonneuve, éditeur, 1972.

9.Kovacs, René :
Séminaire d'auriculomédecine. 28 juin 1980 – Montréal.

10.Bourdiol, René J. :
Pied et Statique – Maisonneuve, éditeur, 1980.

11.Vanden-Abeele, Jacques :
Les asymétrie motrices des membres. Union Méd. Canada ; 109 : 1689-1693, 1980.

12.Wexler, B.E. :
Cerebral laterality and psychiatry A review of the litterature. Amer. J. Psychiat. 137 : 279-291, 1980.

Halcion

Hypnotique (triazolam)

Renseignements thérapeutiques

Mode d'action: Halcion (triazolam) est une benzodiazépine à action hypnogène de courte durée.

Lors des études (de 1 à 21 jours) effectuées chez l'homme, dans les laboratoires du sommeil, le triazolam a réduit la latence du sommeil, prolongé la durée du sommeil et diminué le nombre de réveils nocturnes. D'après certaines de ces études, une insomnie de rebond peut survenir lors de la cessation du traitement.

Aucun effet respiratoire significatif ni aucune dépression cardio-vasculaire importante ne furent observés au cours des études de tolérance effectuées avec des doses thérapeutiques de triazolam.

Chez l'homme, les doses orales de triazolam sont bien absorbées. La demi-vie du produit est courte, soit d'environ trois heures, et après des doses multiples il n'y avait, dans le sang, aucune accumulation de triazolam ni de ses métabolites. La principale voie d'excrétion des doses orales est l'urine; l'excrétion fécale est d'environ 8%.

Dans deux études distinctes, des doses de 0.5 mg de triazolam n'ont pas affecté le temps de prothrombine ni les taux plasmatiques de warfarine chez des volontaires mâles ayant reçu de la warfarine sodique per os.

Indication et usage clinique: Halcion (triazolam) est un agent hypnotique utile pour le traitement de courte durée de l'insomnie. Il ne doit pas être utilisé pendant plus de 21 jours consécutifs.

Contre-indications: Halcion (triazolam) est contre-indiqué chez les sujets hypersensibles à ce composé ainsi que chez les personnes souffrant de myasthénie grave et celles avec antécédents de glaucome. L'innocuité et l'efficacité de ce produit n'ont pas été établies pour les sujets de moins de dix-huit ans.

Au cours des études expérimentales, le triazolam et ses métabolites furent sécrétés dans le lait des rates. Ces études n'ayant pas été effectuées chez l'humain, il s'ensuit que ce médicament ne doit pas être pris durant la période de lactation.

Mise en garde: Il importe d'avertir les personnes prenant le Halcion (triazolam) que l'emploi simultané d'alcool et de neurodépresseurs risque de produire un effet additif. L'association alcool/doses thérapeutiques de triazolam a causé une sévère dépression du système nerveux central.

Des cas d'amnésie antérograde, de sévérité variable, ont été signalés suivant l'emploi de doses thérapeutiques d'Halcion. D'autres benzodiazépines ayant également causé cet effet, des études sont actuellement en cours pour en déterminer la signification clinique.

On n'a pas pu démontrer de dépendance physique ni psychique chez des patients ayant reçu 0.5 mg/jour de triazolam pendant 90 jours, ni chez des volontaires normaux ayant pris des doses de 1 mg par jour pendant 42 jours. Il importe toutefois de surveiller de près les personnes ayant une tendance à abuser de médicaments.

Chez les patients âgés ou débiles, et chez ceux avec troubles cérébraux de nature organique, on recommande d'amorcer le traitement au Halcion avec la plus petite dose possible, pour l'augmenter graduellement, si besoin est, afin d'éviter le risque de sédation excessive, d'étourdissement et de troubles de la coordination.

Emploi durant la grossesse: L'innocuité du Halcion n'a pas été établie chez la femme enceinte. Ce composé n'est donc pas recommandé au cours de la grossesse ni durant la période de lactation. Des études ont révélé que l'emploi de benzodiazépines (chlordiazépoxide et diazépam) et de méprobamate, au cours du premier trimestre de la grossesse, risque de causer des malformations congénitales. Le triazolam étant un dérivé de la benzodiazépine, son usage est donc rarement justifié chez la femme en âge de concevoir. S'il est prescrit, il importe d'avertir la patiente de voir son médecin, si elle pense être enceinte ou voudrait le devenir, en vue de terminer le traitement.

Précautions: Faire preuve de prudence en présence de symptômes de dépression ou de signes de dépression latente, particulièrement une tendance au suicide, nécessitant des mesures de protection.

Avertir le patient de ne pas s'engager dans des activités exigeant une parfaite acuité mentale comme le maniement de machines ou la conduite d'une automobile, peu de temps après la prise du médicament.

Se montrer vigilant face à un dysfonctionnement rénal ou hépatique.

Réactions défavorables: La fréquence et la sévérité des réactions défavorables du Halcion (triazolam) sont reliées à la dose. Les réactions les plus fréquentes sont: somnolence matinale, abrutissement, vertiges, étourdissement, troubles de la coordination, céphalée et nausées. Une somnolence grave et des troubles de la coordination signalent une intolérance au médicament ou le surdosage. Les réactions moins fréquentes sont: agitation, altérations gustatives, dépression, vue trouble, irritabilité, amnésie antérograde (voir MISE EN GARDE), constipation, éruption cutanée, diarrhée, malaises épigastriques, nervosité, faiblesse, confusion, yeux brûlants, sécheresse de la bouche, tinnitus, palpitations, fatigue, hoquet, hallucinations, troubles visuels, élévation des taux des SGOT, bilirubine totale et directe et phosphatase alcaline. Des réactions paradoxales (stimulation, excitation, hyperactivité ou autre réaction adverse du comportement) ont été rapportées. Leur fréquence est plus grande s'il y a des antécédents de troubles émotionnels et/ou de maladie mentale.

Symptômes et traitement du surdosage: Le surdosage d'Halcion (triazolam) se manifeste par une extension de l'activité pharmacologique, soit les effets de somnolence et d'hypnose. Il importe de surveiller la respiration, le pouls et la pression sanguine, et de prendre les mesures qui s'imposent. Effectuer immédiatement un lavage gastrique. Administrer des liquides i.v. et maintenir les voies aériennes libres.

Les études expérimentales sur les animaux indiquent que de massives doses intraveineuses de triazolam peuvent causer un collapsus cardio-pulmonaire et que ce processus peut être inversé par la respiration mécanique positive et la perfusion i.v. de lévartérénol. De plus, l'hémodialyse et la diurèse forcée ne semblent pas être fort utiles. Comme pour tout surdosage intentionnel, le médecin doit considérer la possibilité que le sujet ait également avalé d'autres médicaments.

Posologie et mode d'administration: Il importe d'individualiser la posologie pour obtenir l'effet hypnotique recherché et pour éviter une hypersédation et d'autres effets indésirables.

Posologie adulte: La dose initiale recommandée est de 0.25 mg, à ajuster selon la réaction du patient, avec un maximum de 0.5 mg.

Posologie gériatrique: Vu la sensibilité accrue des personnes âgées, la dose initiale doit être de 0.125 mg. Elle peut, au besoin, être portée au maximum de 0.5 mg.

Présentation: Halcion (triazolam) est présenté sous forme de comprimés sécables: 0.125 mg (mauve), 0.25 mg (bleu clair) et 0.5 mg (blanc) en flacons de 100 et de 500.

Pour l'insomniaque
une meilleure nuit de sommeil... minimum d'effet sur l'activité du lendemain

Monographie envoyée sur demande.

UN PRODUIT DE LA RECHERCHE
Upjohn
SUR LE SNC

7811 MARQUE DÉPOSÉE: HALCION CF 1037.2B

LA COMPAGNIE UPJOHN DU CANADA
865 YORK MILLS ROAD
DON MILLS, ONTARIO

PAAB CCPP

MEMBRE ACIM

La névrose d'angoisse : synthèse clinique*

(Première partie)

Réjean Fontaine[1]
et Lucie Lassonde[2]

Résumé

La névrose d'angoisse a d'abord été décrite par Freud et a été ulilisée en médecine depuis environ 30 ans. Son diagnostic est complexe et exige l'élimination de plusieurs conditions médicales et psychiatriques. Comme symptômes caractéristiques on retrouve l'anticipation, la tension, l'hyperactivité autonome, les troubles du sommeil. L'incidence et le déveoppement de la maladie sont décrits. Plusieurs hypothèses concernant l'étiologie sont exposées. La nature familiale de l'anexiété est reconnue.Les théories biologiques et psychologiques tentent de l'expliquer. Finalement son évolution a tendance à être chronique pour la plupart des cas.

L'anxiété est connue comme symptôme depuis plusieurs siècles. Cependant, ce n'est qu'au cours du 20ième siècle qu'on a commençé à étudier et à utiliser ce concept en milieu clinique. Dans l'anxiété normale, la menace ou le danger est réel et l'individu réagit par l'inquiétude ou par l'anticipation. Sa réaction est proportionnelle à l'intensité de la menace. Par ailleurs, l'anxiété devient pathologique lorsque l'inquiétude ou l'anticipation atteint des proportions importantes sans qu'il y ait danger réel. Dans ce cas, les réactions de l'individu deviennent mésadaptées. L'anxiété dite pathologique se retrouve dans plusieurs conditions psychiatriques mais plus spécialement dans la névrose d'angoisse où elle joue un rôle de premier ordre.

L'importance de l'anxiété pour l'omnipraticien est telle qu'environ 35% des consultations qui nous sont demandées par les omnipraticiens concernent des cas où l'anxiété est un des symptômes prédominants. Il apparaît donc important à ce niveau de préciser le syndrome, les symptômes et le diagnostic différentiel.

Dans cette perspective, une connaissance de la névrose d'angoisse s'avère importante. C'est pourquoi nous consacrons le présent article à l'étude de cette entité. Nous verrons successivement: son historique, son diagnostic, son développement, son étiologie, son pronostic et son diagnostic différentiel.

Historique

L'historique de la névrose d'angoisse remonte à Freud qui fut le premier à décrire et utiliser ce concept à la fin du siècle dernier.[1] Selon lui, la névrose d'angoisse constitue, comme l'hypochrondrie, une "névrose actuelle". Par opposition aux psycho-névroses, telle que la névrose dépressive où les difficultés émergent davantage de l'intrapsychisme, les névroses actuelles auraient selon l'auteur un aspect biologique spécifique.

En Amérique ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale que les cliniciens ont vraiment commencé à utiliser le diagnostic de névrose d'angoisse. L'utilisation clinique de ce syndrome est donc plus tardive que celle des autres syndromes psychiatriques (v.g. dépression, manie, schizophrénie) et ce, en dépit du fait que l'anxiété en tant qu'émotion ait été indentifiée depuis de nombreux siècles.

Diagnostic

Les conditions psychiatriques caractérisées par l'anxiété sont diverses et les classifications récentes le soulignent. Ainsi, le DSM III* divise les états d'anxiété en névrose d'angoisse (anxiété généralisée et états de panique), en états phobiques, en états obsessionnels et finalement en stress post-traumatique. À l'intérieur de cette classification, la névrose d'angoisse constitue donc un état d'anxiété et comporte deux entités distinctes. Tout d'abord, l'anxiété

* Travail présenté dans le cadre de l'éducation médicale continue en avril 1980 à l'hopital Royal Victoria.

1) M.D., F.R.C.P.(c). Clinique d'anxiété du Allan Memorial Institute. Psychiâtre à l'hôpital Royal Victoria. Associé à de l'Université McGill. Consultant à la Clinique Médicale de la Vallée du Richelieu.

2) M. Ps., Consultante à la Clinique Médicale de la Vallée du Richelieu. Psychothérapeute en pratique privée.

Tirés à part :

Réjean Fontaine, M.D., 1025 avenue des Pins (ouest), Montréal P. Que., Canada H3A 1A1.

* Classification américaine des maladies psychiatriques qui fut revisée récemment afin d'intégrer les recherches des vingt dernières années et de fournir aux cliniciens une approche diagnostique systématisée pour les différents syndromes.

Renseignements thérapeutiques page 750 →

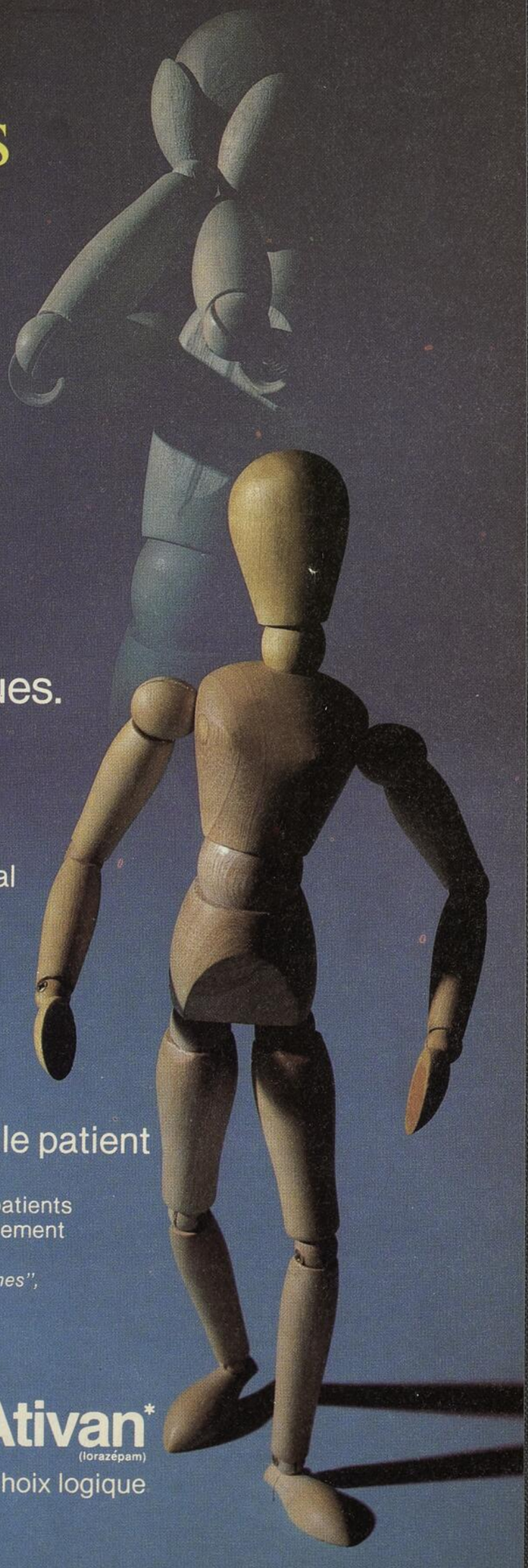
Nouvelles recommandations convaincantes

Du Comité de revue des médicaments du Royaume-Uni, concernant l'emploi des benzodiazépines

Etabli en vertu du "British Medicines Act", en 1975, pour juger de la sûreté, de la qualité et de l'efficacité des médicaments.

Les anxiolytiques à courte durée d'action sont préférés en présence de diverses situations cliniques.

- Lorsqu'on doit éviter l'accumulation
- Lorsque le patient doit demeurer éveillé durant la journée
- Chez le vieillard
- En présence de trouble hépatique ou rénal



Ativan*

(lorazépam)

Contrôle l'anxiété sans désorienter le patient

"L'absence d'accumulation médicamenteuse rend les patients moins sujets à la somnolence et à la diminution de rendement dans les tâches manuelles."

CRM, "Revue systématique des benzodiazépines", BMJ, 29 mars 1980

Ativan* (lorazépam)

Un premier choix logique

Wyeth

Wyeth Ltée,
Downsview, Ontario M3M 3A8

*Marque déposée

généralisée est primaire et persistante (i.e. continue pendant au moins un mois). Ses traits cardinaux sont : tension, appréhension, hyperactivité autonome, changements au niveau du sommeil et de la vigilance. Pour leur part, les états de panique sont caractérisés par des attaques d'anxiété aiguë qui sont d'une durée maximale d'environ une heure. Ces attaques se répètent et contribuent à la formation d'un état d'anxiété important et chronique.

Le DSM III[2] offre donc une conception des états d'anxiété qui est simple, facile à utiliser et dont la fiabilité ("interrater reliability") est très bonne. Cependant, selon nous, la subdivision de la névrose d'angoisse en deux entités est discutable et ce n'est que dans quelques années que l'on pourra savoir si cette subdivision est valable. De plus, la littérature actuelle ne fait état d'aucune donnée concernant le développement et le pronostic de ces deux entités. Pour ces raisons nous consacrons le présent article au diagnostic plus global de névrose d'angoisse au lieu de nous attarder davantage sur ses subdivisions (anxiété généralisée et états de panique.

Le diagnostic de la névrose d'angoisse repose tout d'abord sur l'exclusion d'anxiété secondaire (cf diagnostic différentiel). Dans cette perspective, l'histoire, l'examen physique et les examens de routine (incluant les fonctions thyroïdiennes et l'électrocardiogramme) nous semblent requis. Ainsi, grâce aux examens médicaux on s'assure du bon état physique du patient et on obtient une ligne de base afin de pouvoir évaluer au besoin les changements physiologiques si la maladie devient chronique. Pour sa part, l'histoire de la maladie actuelle a pour but d'identifier les symptômes caractéristiques de la névrose d'angoisse qui sont :

a) l'anticipation :

l'inquiétude, l'appréhension, les ruminations et les peurs non spécifiques.

b) la tension psychomotrice :

la nervosité, l'impatience, l'incapacité de se détendre, les tremblements, les douleurs et les contractions des muscles striés.

c) l'hyperactivité autonome :

sudation, palpitations, froideur des extrémités, sécheresse de la bouche, manifestations digestives.

d) troubles du sommeil et de la vigilance :

insomnie, sommeil non reposant, cauchemars, fatigue, apathie.

e) changements cognitifs :

capacité de concentration moindre, difficultés mnésiques (vg : se rappeler des noms et des numéros de téléphone connus).

Dans le diagnostique de la névrose d'angoisse, les cinq symptômes cihaut mentionnés doivent être présents et d'une durée minimale d'un mois. Afin de quantifier ces symptômes ou de suivre l'évolution spontanée d'un patient ou son évolution à la suite d'un traitement, les cliniciens disposent d'échelles d'évaluation telle que l'échelle de Hamilton ou encore une échelle plus subjective telle que HSCL-90.* L'utilisation de ces échelles ou d'autres mesures apparait très importante pour permettre au clinicien de suivre l'évolution de la maladie.

La prévalence de la névrose d'angoisse est d'environ 5% de la population en général[3] et les auteurs ne s'accordent pas pour savoir si cette condition est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Pour sa part, Lader, à la clinique externe de l'hopital Maudsley, note que ce diagnostic représente 8 à 10% de leur population psychiatrique. Ces données impliquent donc que la plupart des gens souffrant de cette forme de névrose ne sont jamais vus en psychiatrie et que, souvent, le médecin de famille serait le principal thérapeute.[4].

Développement de la maladie

Cette psychopathologie débute habituellement par une attaque aiguë d'appréhension qui peut conduire à la panique. Cet état s'accompagne d'hyperactivité du système autonome qui simule la présence d'un trouble cardiaque, d'où la dénomination de névrose cardiaque ou syndrome de Da Costa. Dans les mois qui suivent la première attaque, les attaques d'anxiété se répètent et le patient devient insécure, préoccupé de sa santé et prudent dans les endroits inconnus. Habituellement, ces attaques se greffent sur une période dépressive d'intensité subclinique et surviennent chez le jeune adulte alors qu'il remet en question ses choix de l'adolescence et sa vie actuelle et qu'il se sent plus vulnérable. Également, au cours de cette phase du vulnérabilité il y a souvent un ou des événements traumatiques (vg. maladie dans la famille, accidents, pertes, etc). Dans cette perspective, Teitelbaum[5] a revu deux cents patients ayant subi un évènement traumatique important et il note que 20% d'entre eux ont développé une réaction d'anxiété névrotique. Ces données supportent le concept de "période d'incubation" ou de "phénomène Napalkov" qui donne lieu au "conditionnement immédiat" tel que décrit par Pavlov (cf. étiologie).

* "Hopkins symptoms checklist" comprend plusieurs versions incluant un nombre différent de questions concernant les symptômes névrotiques qui sont par la suite regroupés en facteur (vg : anxiété, dépression) pour fin de quantification. Le patient indique la sévérité de chacun des symptômes (0-1-2-3-4).

Étiologie

L'étiologie de la névrose d'angoisse est complexe. Quatre principaux facteurs ont été mis en relief au cours des dernières décennies: le facteur génétique, biologique, intrapsychique et celui de l'apprentissage. Les cliniciens connaissent bien l'incidence familiale marquée de la névrose d'angoisse. Cependant la méthodologie des études concernant cet aspect est trop limitée pour que l'on puisse isoler le facteur génétique des autres facteurs. Une étude génétique sera présentée et par la suite nous décrirons quelques études de l'incidence familiale.

L'aspect génétique de cette psychopathologie a intéressé les cliniciens depuis plusieurs décennies. Plusieurs cas de jumeaux ont été reportés dans la littérature. Chez les jumeaux monozygotes Young et coll.[6] ont observé une concordance de 50% et de 65% si les cas douteux sont inclus. Par ailleurs, chez les jumeaux hétérozygotes, la concordance est de 4% i.e. équivalente à l'incidence familiale en général. Ces pourcentages n'ont pas été revisés en utilisant une méthodologie plus récente (vg. correction pour l'âge) mais si on les compare à ceux obtenus pour d'autres entités psychiatriques, ils sont très significatifs. Des études prospectives d'adoption sont en cours et vont préciser la signification de ces taux de concordance chez les jumeaux monozygotes anxieux puisque plusieurs facteurs non génétiques peuvent être impliqués : problèmes d'identité, carence maternelle, difficultés de socialisation...

D'autre part, l'incidence familiale a fait l'objet de plusieurs études. Ainsi Cohen,[7] il y a plus de vingt-cinq ans, a décrit un risque d'anxiété de 22% chez les parents de premier degré d'un patient anxieux (cf parents, fratrie, les enfants du patient). Noyes[8] en utilisant la même méthodologie (cf information obtenue du patient) confirme ce pourcentage. Si on corrige pour l'âge on obtient 19% et si on inclut les cas douteux on obtient 26%. À l'intérieur de ces mêmes études les auteurs ont noté que deux fois plus de femmes que d'hommes souffrent d'anxiété. De plus l'incidence d'alcoolisme est accrue par la présence d'anxiété, et ce, surtout chez les hommes et on peut se demander s'il s'agit d'autotraitement ou de complication de l'alcoolisme qui augmenterait l'anxiété. En utilisant une méthodologie plus rigoureuse (cf. entrevues de tous les parents du premier degré), une étude contrôlée[9] a démontré que le risque est de 31% alors que le groupe contrôle n'a qu'un risque de 4% tout comme l'incidence dans la population en général. Cette étude a également démontré le plus grand nombre de cas d'anxiété chez la femme (2:1). Ces études qui cherchent à mettre en relief l'aspect familial de la névrose d'angoisse, ne parviennent pas formellement à distinguer le facteur génétique de facteurs psychologiques et environne-

mentaux. Cependant, certains auteurs restent convaincus de l'existence d'un facteur génétique. Par ailleurs la plupart des patients souffrant de cette condition ne présentent pas d'histoire familiale positive. Il faut donc chercher la contribution de d'autres facteurs étiologiques qui n'ont pas été considérés dans les études concernant l'incidence familiale de cette psychopathologique.

Ainsi, certaines recherches se sont intéressées à l'aspect biologique de la névrose d'angoisse. D'abord, Pitts et McClure[10] ont élaboré la théorie du lactate. Selon cette théorie, l'anxiété conduirait à une augmentation du lactate ionique ayant pour effet de lier le calcium sérique et provoquerait un état d'hyperactivité du système nerveux central. Cette production accrue de lactate semble reliée aux effets glycolytiques de l'adrénaline. L'injection de lactate induit un état de panique chez environ 90% des patients anxieux alors que ce phénomène survient chez une minorité de cas contrôle. D'autres recherches[11] ont obtenu les mêmes résultats mais elles les ont attribués à la présence d'alcalose métabolique que l'on observe au cours de l'hyperventilation. De plus, elles ont vérifié l'hypothèse de l'alcalose en injectant du bicarbonate de sodium, ce qui conduit à des résultats semblables à ceux de Pitts et coll. Finalement, ces deux hypothèses biologiques sont insuffisantes pour rendre compte de la complexité de l'étiologie de la névrose d'angoisse.

Pour sa part, depuis Freud, l'école psychanalytique a contribué largement à la compréhension de la névrose d'angoisse. Les hypothèses analytiques gravitent autour du point de vue de Freud voulant que l'anxiété soit un signal que l'émotion réprimée déclenche lorsqu'elle cherche à s'exprimer. Dans cette perspective, l'anxiété découlerait d'un conflit intrapsychique, i.e. d'un conflit entre les différentes instances de la personnalité. L'Égo érige des défenses telle que la répression pour empêcher l'expression d'émotions jugées inacceptables.

L'inefficacité ou la faiblesse de ces défenses conduit à la névrose d'angoisse ou à différents symptômes névrotiques selon la modalité des défenses utilisées. D'après la théorie psychanalytique, il y aurait quatre types d'anxiété. D'abord l'anxiété du Surmoi, c'est-à-dire la crainte d'être surpris ainsi que la honte et la culpabilité qui s'y rattachent. Puis, l'anxiété de castration, c'est-à-dire la peur de l'atteinte physique ou de la blessure morale. Il y aurait également l'anxiété de séparation définie par l'anticipation de la perte de l'objet qui est le prototype de la séparation d'avec la mère au cours de l'enfance. Finalement, on retrouve l'anxiété pulsionnelle qui serait la crainte de perdre le contrôle sous l'effet de la pulsion. En conclusion, selon le point de vue psychanalytique l'anxiété est strictement reliée au monde intérieur de l'individu et en reflète ses conflits et ceci est différent de la position de Freud.

Finalement, pour expliquer l'étiologie de la névrose d'angoisse, les théories du comportement stipulent que l'anxiété présente est apprise. Selon ces théories l'anxiété pathologique est due à l'association d'un stimulus neutre et d'un événement traumatique. Cette anxiété serait névrotique et mésadaptée. La névrose d'angoisse semblerait donc reliée à une série d'événements subtraumatiques. C'est alors qu'il est question de période d'incubation ou de phénomène de Napalkov[13]. Ces concepts constituent la base de la théorie d'Eysenck[14] qui stipule qu'un événement traumatique donne peu ou pas de symptôme et que ce n'est qu'après quelques semaines que les symptômes s'accroissent et prennent une intensité névrotique chez des gens prédisposés. Dans le même sens, il est bien connu que chez l'humain la menace d'un trauma est souvent plus anxiogène que le trauma lui-même. Ainsi, dans les sociétés modernes et complexes, le stress peut être une décision, un but difficilement atteignable, un événement politique plutôt que social ou biologique. Dans cette même perspective, des études de la "névrose expérimentale" chez l'animal démontrent que cette dernière peut être induite par une stimulation intolérable ou déplaisante ou par une situation fortement conflictuelle. En conclusion, selon les théories du comportement, la névrose d'angoisse repose sur un conditionnement qui nécessite certains prérequis : période d'incubation, traumatismes répétés, perte de la sécurité interne.

Pronostic

Concernant le pronostic de la névrose d'angoisse, il faut d'abord mentionner que son évolution est sujette à des fluctuations importantes et que les symptômes reliés à cette condition sont persistants chez la plupart des sujets qui en sont atteints. Selon Kerr et coll.[15], 12% des patients souffrant de névrose d'angoisse sont asymptômatiques, 15% sont symptomatiques avec atteinte importante sur le plan fonctionnel et 73% sont légèrement symptomatiques sans atteinte fonctionnelle significative. Ces auteurs ont également démontré qu'après six mois de postcure 44% des anxieux étaient améliorés par rapport à 67% chez les dépressifs. En d'autres termes, si l'on compare ces deux conditions, l'anxiété au cours de la phase aiguë est moins sévère et l'atteinte fonctionnelle est moindre que dans la dépression, mais elle a davantage tendance à devenir chronique et les complications associées à cette chronicité semblent plus sévères. C'est pourquoi le taux de réadmission en milieu hospitalier est plus élevé chez les anxieux (36%) que chez les dépressifs (22%).[16] Finalement, plusieurs complications de la névrose d'angoisse ont été décrites : alcoolisme, consommation accrue de psychotropes, dépression secondaire récurrente, maladies dites psychosomatiques telles que l'hypertension et autres maladies cardiovasculaires et affections digestives. En conclusion, le pronostic de la névrose d'angoisse est réservé car la tendance à la chronicité est forte et il y a risque de plusieurs complications.

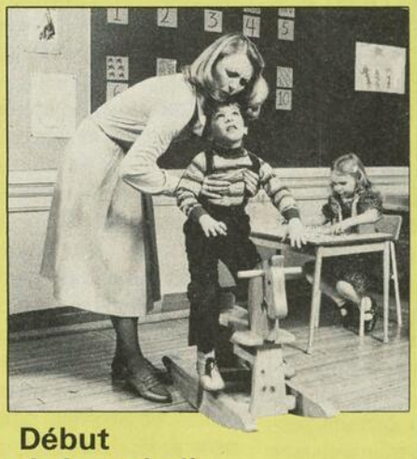
Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de la névrose d'angoisse est très complexe. Tout d'abord, il faut éliminer les conditions médicales où l'anxiété est dite symptomatique en se basant sur l'histoire de la maladie, sur l'examen physique, sur des examens de laboratoire de routine et quelques examens plus spécifiques (vg. fonctions thyroïdiennes etc). L'histoire de la maladie permet d'éliminer la consommation excessive d'agents susceptibles d'induire de l'anxiété (vg. acide salicylique, café, amphétamines ou autres psychodysleptiques, alcool, etc.) et de mettre en évidence des maladies physiques où l'anxiété est présente (vg. angine, syndrome pré-menstruel, maladie de Ménière, tachycardie paroxystique etc). Pour sa part, l'examen physique permet d'éliminer du moins, en partie, plusieurs conditions médicales (vg. maladie obstructive pulmonaire, hyperthyroïdisme, maladies neurologiques, etc). Finalement les examens de laboratoire permettent d'éliminer certaines conditions comme l'infarctus du myocarde, l'embolie pulmonaire, l'hyper ou l'hypothyroïdie, les désordres métaboliques, et les maladies neurologiques (vg. l'épilepsie, etc). Le diagnostic différentiel exige donc une investigation complexe et laborieuse de la part du clinicien.

Bien que l'anxiété joue un rôle de premier ordre dans la névrose d'angoisse elle se retrouve dans plusieurs entités psychiatriques où elle constitue un des symptômes prédominants. Parmi ces entités, quatre conditions apparaissent les plus importantes : le stress, la dépression, l'agoraphobie el le syndrome cérébral organique.

a) Le stress est un concept qui a été très utilisé au cours des dernières décénnies. C'est le Dr H. Selye qui, en étudiant des extraits glandulaires exposés à des agents toxiques, a appliqué ce concept au plan clinique. Dans ses expériences, il y a un stress (agent toxique) et un syndrome d'adaptation.[17] Plus tard, un certain isomorphisme lui a permis de transposer sa théorie au plan psychosocial. Ainsi le stress ou plutôt le syndrome d'adaptation (car on a confondu l'agent et la réaction de l'organisme) est exogène ou réactionnel par opposition à l'anxiété pathologique qui est davantage endogène. Bien sûr le tout se situe sur un continuum et est de nature très complexe. Dans la même perspective psychosociale, les travaux concernant les événements stressants ("life events" de Holme et Rahe)[18] ont précisé l'utilisation clinique

Dans les cas d'arthrite, optez pour u



Début de la maladie

Elle s'est soignée elle-même, et malgré des doses toujours plus fortes, elle n'arrive plus à obtenir de soulagement. Elle recherche un médicament pouvant la soulager efficacement mais qui ne causera pas d'effets indésirables inhabituels.



Aggravation de la maladie

Ses symptômes s'aggravent. Il se plaint de douleurs nocturnes et de raideur articulaire matinale. Il ne veut pas utiliser de suppositoires mais il désire être soulagé afin de pouvoir dormir paisiblement.

SYNTEX
Syntex Inc., Mississauga, Ontario
Montréal, Québec

MEMBRE
ACIM
CCPP

...aitement qu'ils peuvent continuer

Rx Naprosyn 250 mg b.i.d.



Traitement d'attaque qu'elle peut continuer

Naprosyn est aussi efficace que l'AAS pour soulager les symptômes de l'arthrite.[1,2,3] Un traitement commencé avec Naprosyn peut habituellement être continué parce qu'il est nettement mieux toléré que l'AAS et que la fréquence des effets secondaires affectant le tube digestif est beaucoup plus faible.[1,3,8]

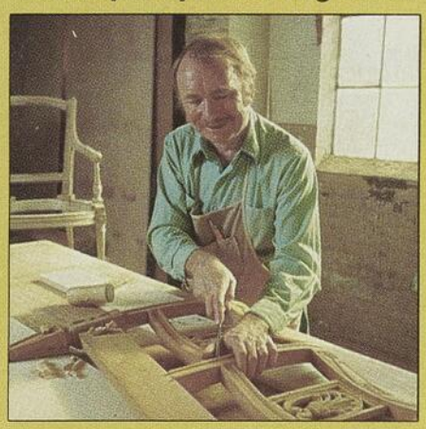
Traitement d'attaque
La posologie habituelle est de 500 mg/jour

Matin — Soir



Nouveau! Posologie quotidienne maximale

Rx Naprosyn 500 mg b.i.d.



Efficace pour le traitement à long terme

Dans des études d'une durée de six mois à six ans,[4,5,6,7] il a été établi que la posologie de Naprosyn pouvait être augmentée jusqu'à 1000 mg par jour. Maintenant, les patients peuvent obtenir le soulagement dont ils ont besoin sans nécessairement avoir à tolérer des effets secondaires inhabituels. Pour la plupart, Naprosyn procure jusqu'à 12 heures de soulagement continu. Pour un bon contrôle de la douleur nocturne et de la raideur matinale, une double dose au coucher assure un sommeil paisible sans qu'il soit nécessaire d'utiliser les suppositoires.

Traitement à long terme
La posologie peut être augmentée jusqu'à un maximum de 1000 mg/jour.

Matin — Soir



Pr Naprosyn®

...e traitement d'attaque que la plupart peuvent continuer.

du concept de stress. Ils ont élaboré des échelles qui nous permettent de quantifier le stress et d'autres chercheurs étudient l'adaptation de l'humain à la suite d'un événement. Un autre aspect de ces recherches nous permet de dinstinguer entre le stress et l'anxiété pathologique. En effet, l'événement stressant n'entraîne pas nécessairement un affect dysphorique ou déplaisant (v.g. à la suite d'une promotion...) et s'il y a un affect déplaisant (v.g. réaction de deuil), on peut généralement relier l'événement à la réaction émotive. D'autre part, l'anxiété pathologique s'accompagne de dysphorie importante qui souvent n'apparait pas liée à des événements récents. En conclusion, le stress est caractérisé par son aspect exogène, par une adaptation de l'humain et par la présence d'une émotion normale ou habituelle dans un contexte culturel donné.

Les données ci-haut mentionnées concernent le stress normal qu'occasionnent les événements qui surviennent de façon courante au cours d'une vie de tout individu (vg : pertes, décès d'un être cher, maladies, accidents). D'autre part, il existe des événements stressants qui sont exceptionnels chez l'humain (vg : viol, combats militaires, torture, etc...). C'est en référence à ces derniers événements et aux réactions qu'ils entraînent que le DSM-III considère que le stress peut constituer une entité pshychiâtrique et introduit le concept de "stress post-traumatique", concept dont il a été fait mention dans la section diagnostique de cet article.

b) La dépression en tant que syndrome (versus symptôme) est souvent confondue avec la névrose d'angoisse. Dans les deux états on retrouve de l'anxiété et de la dépression. Cependant, le syndrome dépressif se caractérise par une évolution autonome, i.e. les événements généralement plaisants (v.g. une sortie) ont peu d'impact sur la condition clinique. De plus, il y a généralement un changement psychomoteur, une apathie ou manque d'intérêt, une variation diurne et des symptômes végétatifs (anorexie, perte de poids, insomnie...) En général, la dépression se traduit par une atteinte du fonctionnement et une évolution épisodique.

c) L'agoraphobie est très reliée à la névrose d'angoisse et, dans les deux cas, l'anticipation anormale est présente. Cependant, l'agoraphobie se caractérise comme les autres phobies par un évitement des situations qui provoquent la peur : être seul à la maison, les activités hors de chez-soi, les endroits publics. Les phobies autres que l'agoraphobie font partie du diagnostic différentiel mais contrairement à ce qui se passe dans la névrose d'angoisse, la peur et l'anxiété vécues sont reliées uniquement aux situations évitées.

d) Le syndrome cérébral organique à ses débuts se manifeste souvent par de l'inquiétude, une tension accrue et une atteinte intellectuelle minime. Les travaux récents dans le domaine de la neuropsychologie ont démontré l'atteinte cognitive et nous ont fourni une multitude de tests qui nous permettent de confirmer ou d'infirmer l'impression diagnostique d'organicité soupçonnée au cours du bilan médical. Les lésions cérébrales peuvent être diffuses comme dans les états démentiels, l'alcoolisme chronique...ou peuvent être focales comme dans le cas de tumeurs ou d'accidents vasculaires. Le clinicien doit être informé de ce diagnostic différentiel pour les patients qui développent de l'anxiété après la trentaine.

Conclusion

En conclusion, la névrose d'angoisse constitue une condition psychiatrique importante et complexe. Son diagnostic nécessite plusieurs rencontres avec le patient. Bien que l'omnipraticien ait une position privilégiée pour établir une bonne relation avec ce dernier et pour le connaître au plan personnel et médical, sa fonction exige une grande perspicacité car il doit éliminer la possibilité de la présence d'autres conditions physiques et psychiatriques. Une fois établie le diagnostic de névrose d'angoisse, son traitement constitue un deuxième volet dont il sera question dans un article ultérieur.

remerciement

Les auteurs désirent remercier Josée Simoneau pour sa contribution à l'étape de la récréation du présent article.

summary

Anxiety Neurosis was coined by Freud, and has been used in medicine for the last 30 years. As consultants, we have often treated patients with this illness, or its complications. Its diagnosis is complex, and involves the exclusion of several medical and psychiatric conditions. The symptoms of anticipation, tension, autonomic hyperactivity, sleep disturbances are present. The incidence and development of the illness are described.

Several hypothesis have been summarized for the etiology of this medical condition. The familial nature of anxiety is recognized. Biological and psychological theories provide an explanation for this. Finally, the course of this disease fluctuates and for most cases, is chronic. Complications such as alcoholism, secondary depression, psychosomatic illnesses... are of great concern for the clinician and add to the complexity of this disorder.

bibliographie

1.Freud, S :
The Justification for Detaching from Neurasthenia, a Particular Syndrome : The Anxiety Neurosis. In Collected Works, Vol. 1 : 78 - 106. Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis, 1894.

2.Spitzer, R.L. et coll. :
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3e, American Psychiatric Association, 1980.

3.Lader, M.H :
The Nature of Anxiety. Brit. J. Psychiat., 121 : 481-491, 1972.

4.Lader, M :
The Present Status of the Benzodiazepines in Psychiatry and Medicine. Arzneimittel Forschung/Drug Research, 30 (1) : 910-914, 1980...

5.Teitelbaum, H.A. :
Single Stress, Post Traumatic Neurosis and One-Trial Conditioning. Conditional Reflex, 7 : 186, 1972.

6.Young, J.P.R., Fenton, GW., Lader, MH :
The Inheritance of Neurotic Traits : A Twin Study of the Middlesex Hospital Questionnaire. Brit. J. Psychiat., 119 : 393-408, 1971.

7.Cohen, M.E., Badal, D.W., Kilpatrick, A. et coll. :
The High Familial Prevalence of Neurocirculatory Asthenia. (Anxiety Neurosis, Effort Syndrome). Amer. J. Hum. Genet., 3 : 126-158, 1951.

8.Noyes, R., Clancy, J., Growe, R. et coll. :
The Familial Prevalence of Anxiety Neurosis. Arch. Gen. Psychiat., 35 : 1057-1059, 1978.

9.Growe, R.R., Pauls, D.L., Slymen, D.J. Noyes, R. :
A Family Study of Anxiety Neurosis. Arch. Gen. Psychiat., 37 : 77-80, (janv.) 1980.

10.Pitts, E.N., Jr., McClure, J.N., Jr :
Lactate Metabolism in Anxiety Neurosis. New Eng. J. Med., 277 : 1329-1336, 1967.

11.Grosz, H.J., Farmer, B.B. :
Pitts and McClure's Lactate Anxiety Study Revisited. Brit. J. Psychiat. 120 : 415-418, 1972.

12.Gilliland, R.M. :
Anxiety : A psychoanalytic view. In Fann, W.E., Karacan, I., Pokorny, A.D., Williams, R.L. (éd) : Phenomenology and Treatment of Anxiety. Spectrum Publication, New York, 406, 1979.

13.Napalkov, A.V. :
Information Processes of the Brain. Prog. Brain Res., 2 : 59, 1963.

14.Eysenck, H.J. :
A theory of the Incubation of Anxiety/Fear Responses. Behav. Res. Ther., 6 : 309, 1968.

15.Kerr, R., Roth, M., Schapira, K. :
Prediction of Outcome in Anxiety States and Depressive Illness. Brit. J. Psychiat., 124 : 125-133, 1974.

16.Prusoff, B., Klerman, G.L. :
Differentiating Depressed from Anxious Outpatients. Arch. Gen. Psychiat. 30 : 302-304, 1974.

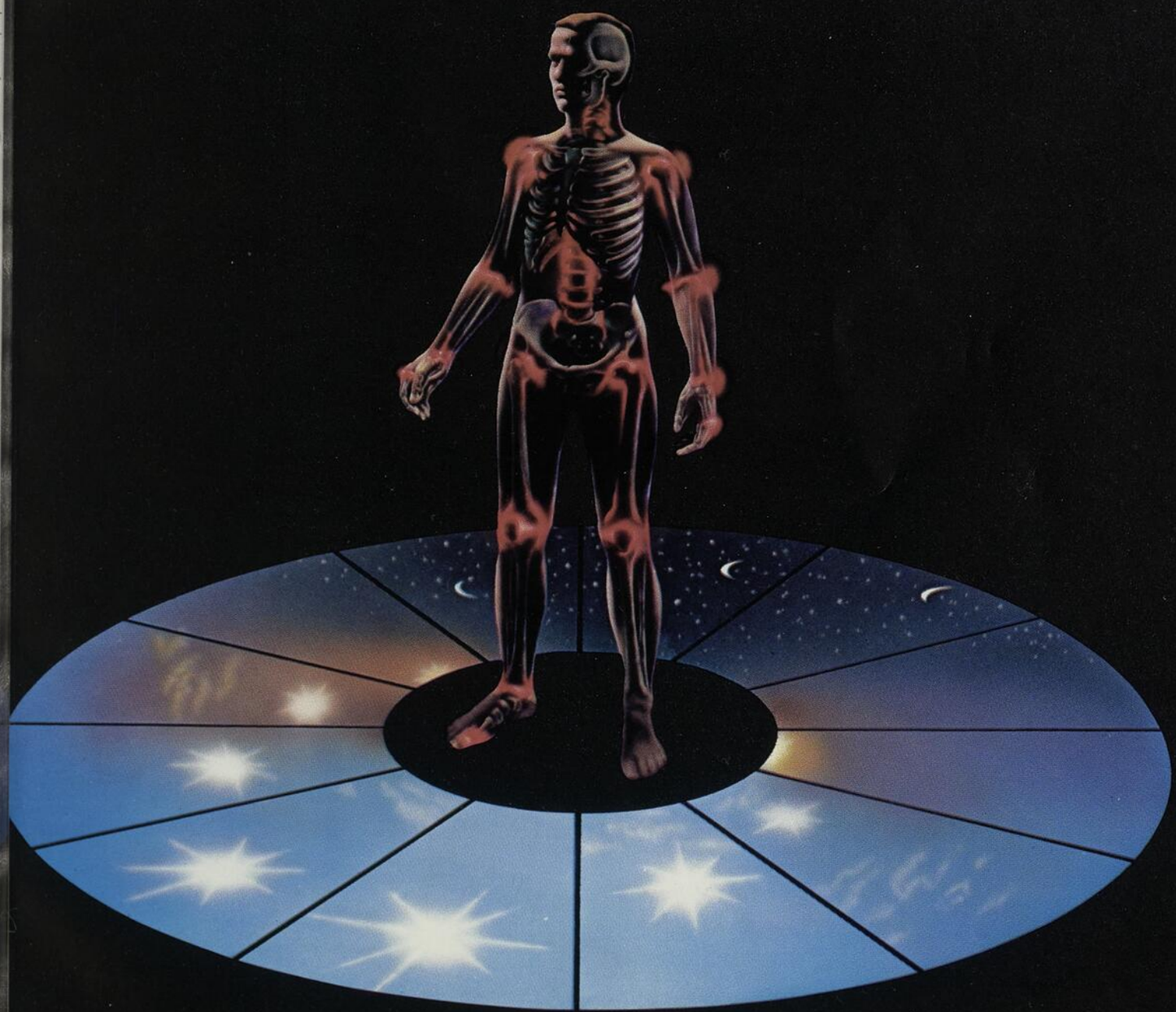
17.Brown, B.B. :
Prespectives on Social Stress, in Selye's Guide to Stress Research. Ed. H. Selye, Van Nostrand Reinhold Co., N.Y., 1980.

18.Holmes, T.H., Rahe, R.H. :
The Social Readjustment Rating Scale. J. Psychosom. Res., 11 : 213-218, 1967.

Pfizer présente

Feldene*

piroxicam/pfizer

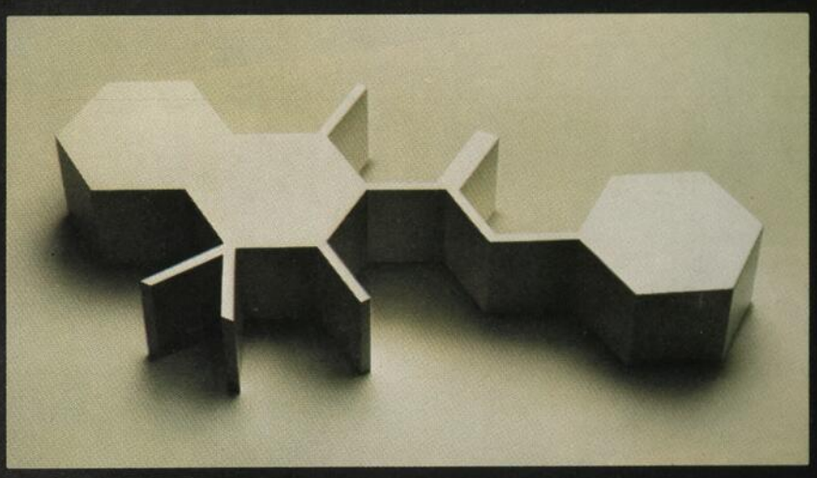


Le premier antiarthritique qui soulage 24 heures sur 24 avec une seule prise quotidienne pendant tout le traitement

Feldene

un antiarthritique nouveau et **différent**

Une molécule unique en son genre

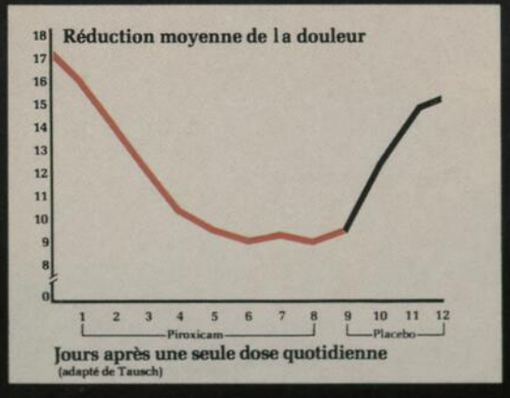




Le Feldene, un oxicam, est un antiarthritique nouveau et différent qui possède des propriétés pharmacocinétiques distinctes, notamment une haute puissance par mg, une longue demi-vie plasmatique ainsi qu'une bonne tolérance.

Soulagement de la douleur et de l'inflammation 24 heures sur 24 avec une seule prise quotidienne

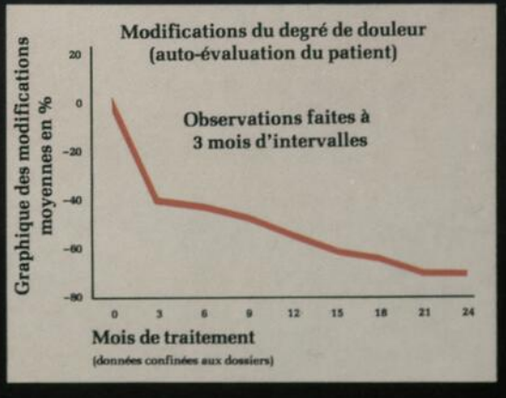
Le Feldene offre un soulagement rapide de la douleur ...



Il calme la douleur de la polyarthrite rhumatoïde dès le premier jour.

Le Feldene a produit une réduction rapide et continue de la douleur au cours du traitement. Lorsqu'on a remplacé le Feldene par un placebo, on a observé une perte graduelle de l'effet thérapeutique.

qui est maintenu pendant le traitement au long cours.



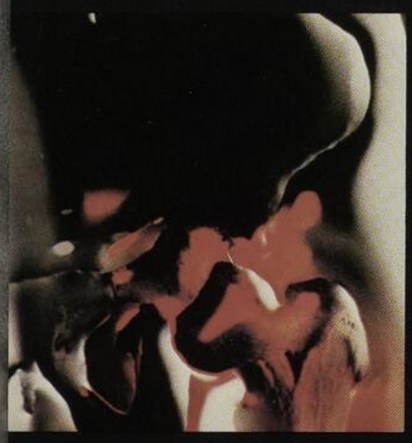
Réduction continue de la douleur de l'arthrose pendant 2 ans.

Le Feldene a produit une réduction marquée et continue de la douleur de l'arthrose chez les patients étudiés pour une période allant jusqu'à 104 semaines.

Dans l'arthrite chronique, le Feldene soulage 24 heures sur 24 avec une seule prise quotidienne.

Un rendement exceptionnel dans l'arthrose †

Le Feldene a été étudié chez plus de 1200 patients atteints d'arthrose au cours d'études qui ont duré jusqu'à trois ans.

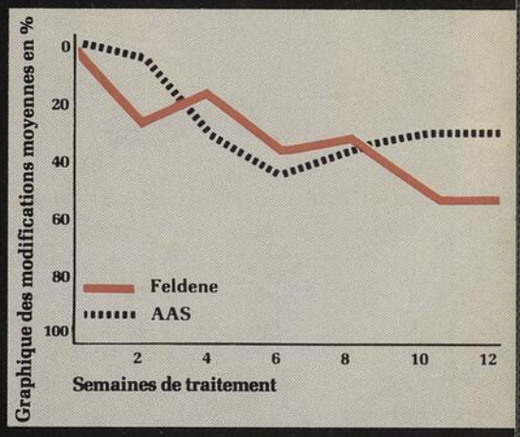


Feldene:

- ☐ a nettement réduit la douleur et a amélioré la mobilité;
- ☐ a maintenu ces améliorations durant le traitement au long cours;
- ☐ est préféré au traitement antérieur par la plupart des patients inclus dans une importante étude multicentre;
- ☐ s'est avéré aussi efficace que l'indométhacine pour réduire la douleur et améliorer la mobilité;
- ☐ a amélioré l'état général du patient.

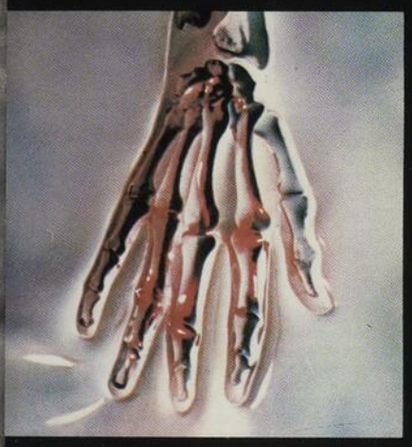
L'efficacité de 20 mg de Feldene se compare à celle de 3,9 g d'acide acétylsalicylique.

Au cours d'une étude à double insu d'une durée de 12 semaines, 20 mg de Feldene en une prise quotidienne et 3,9 g (moyenne) d'acide acétylsalicylique par jour ont produit une nette amélioration de la douleur qui se comparait du point de vue statistique. (Myers et coll.)



Efficacité au long cours dans la polyarthrite rhumatoïde †

Plus de 600 patients ont été traités par le Feldene lors d'études qui ont duré jusqu'à trois ans.

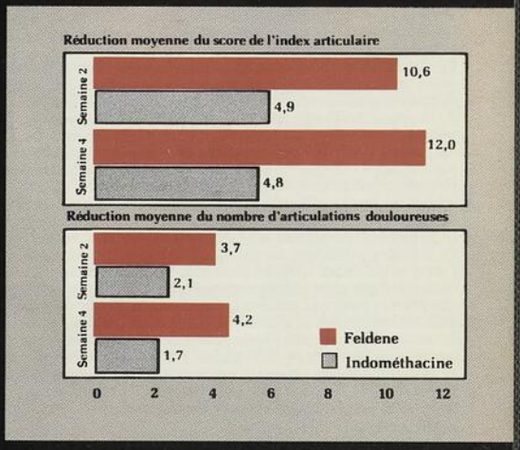


Feldene:

- ☐ a réduit le nombre d'articulations douloureuses, enflées et sensibles;
- ☐ a amélioré la mobilité des articulations et a réduit la raideur matinale;
- ☐ a maintenu l'amélioration lors du traitement au long cours;
- ☐ s'est avéré plus efficace que l'indométhacine pour réduire la douleur et améliorer l'index articulaire;
- ☐ a amélioré l'état général du patient.

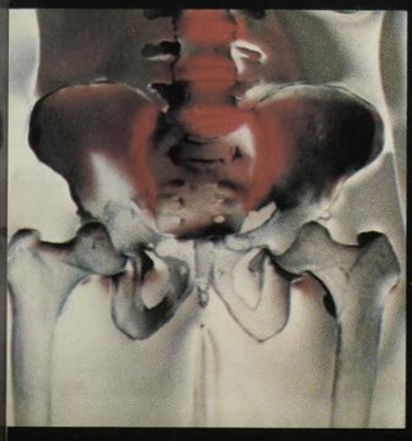
Excellente efficacité en comparaison avec l'indométhacine

Le Feldene, administré à la posologie d'une prise quotidienne de 20 mg, a été comparé à l'indométhacine, administrée à la posologie de 25 mg trois fois par jour, au cours d'une étude croisée à double insu. À la 2e et à la 4e semaines, le Feldene était beaucoup plus efficace que l'indométhacine pour réduire le nombre d'articulations sensibles ($p<0,05$) et l'index articulaire ($p<0,01$). (Dixon et Davies)



Nette amélioration dans la spondylarthrite ankylosante †

Plus de 160 patients ont été traités par le Feldene lors d'études au long cours qui ont duré jusqu'à trois ans.



Feldene:

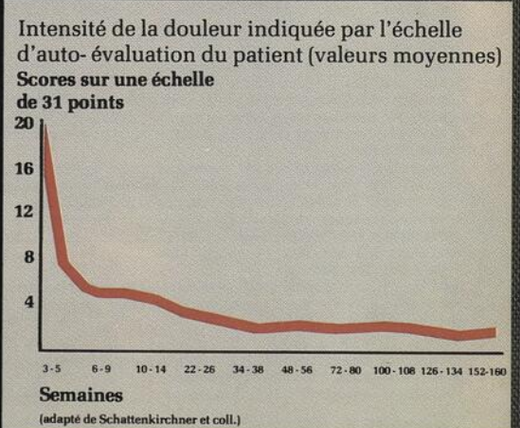
- ☐ a constamment réduit la douleur;
- ☐ a produit une nette amélioration de l'expansion thoracique;
- ☐ a amélioré la mobilité de la colonne vertébrale;
- ☐ a maintenu l'amélioration pendant le traitement au long cours.

Soulagement à long terme de la spondylarthrite ankylosante

Lors d'une étude d'une durée allant jusqu'à 3 ans et portant sur 83 patients...

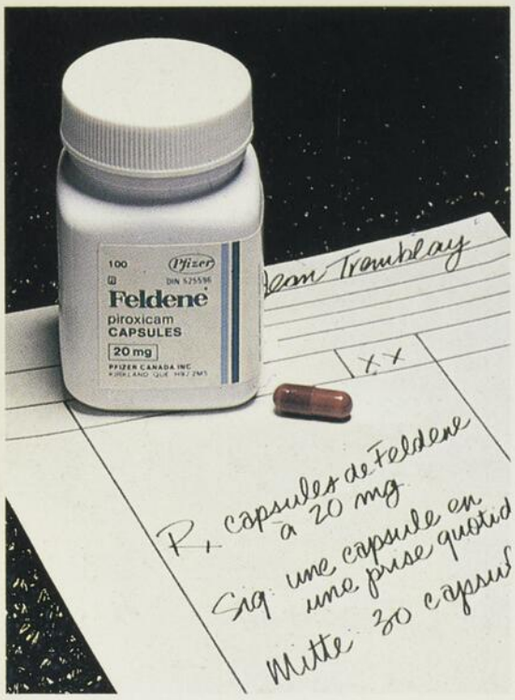
«On a observé une amélioration de la mobilité chez plus de 80% des patients, et la plupart des caractéristiques cliniques ont montré une plus grande amélioration à mesure que l'étude se poursuivait. Le médicament a été très bien toléré; seulement 16 patients ont signalé des effets secondaires.» (Schattenkirchner et coll.)

Intensité de la douleur indiquée par l'échelle d'auto-évaluation du patient (valeurs moyennes)



(adapté de Schattenkirchner et coll.)

†Données confinées aux dossiers



Un rendement exceptionnel dans l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante.

Bien toléré par le tractus gastro-intestinal

Au cours d'une étude de 8 semaines portant sur 1218 patients atteints d'arthrose, 89% des patients n'ont présenté aucun symptôme gastro-intestinal. Les effets secondaires gastro-intestinaux qui se produisent sont habituellement de gravité faible à moyenne et n'entravent pas le cours du traitement. **(Dessain et coll.)**

Bien accepté par les patients

Au cours d'études à double insu, la fréquence des effets secondaires était peu élevée et très peu de patients ont dû interrompre le traitement par le Feldene.

Bien approprié au traitement au long cours

L'efficacité au long cours associée à la bonne tolérance gastro-intestinale et à la bonne acceptation par le patient, font du Feldene un médicament bien approprié au traitement au long cours.

CLASSIFICATION PHARMACOLOGIQUE
Antiinflammatoire doté de propriétés analgésiques.

ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Le FELDENE (piroxicam) est un antiinflammatoire non stéroïdien doté de propriétés analgésiques et antipyrétiques. Son mode d'action n'est pas entièrement connu. Le FELDENE (piroxicam) inhibe l'activité de la prostaglandine-synthétase. La réduction de la biosynthèse des prostaglandines qui en résulte peut expliquer en partie son action antiinflammatoire. Le FELDENE (piroxicam) n'agit pas par stimulation de l'axe hypophyso-surrénalien.
Dans la polyarthrite rhumatoïde, l'efficacité de 20 mg de FELDENE (piroxicam) par jour s'est avérée semblable à celle de 4,5 g d'acide acétylsalicylique par jour.
Le FELDENE (piroxicam) est bien résorbé après son administration orale. La rapidité et le taux de résorption ne sont pas influencés par l'administration de nourriture ni d'antiacides. L'administration d'une seule dose orale de 20 mg a produit des concentrations plasmatiques maximales en 4 heures environ. Chez l'homme, la demi-vie plasmatique est d'environ 45 heures. Lorsque le médicament est administré chaque jour, les concentrations plasmatiques augmentent pendant cinq à sept jours au cours desquels elles atteignent un état d'équilibre. Ces concentrations ne sont pas dépassées suite à l'ingestion quotidienne continue du médicament.
Le FELDENE (piroxicam) est largement métabolisé. Moins de 5% de la dose quotidienne est excrété sous forme inchangée dans l'urine et les selles. L'hydroxylation du cycle pyridinique de la chaîne latérale avec glycuroconjugaison et élimination urinaire constitue le principal processus métabolique. Environ 5% de la dose est métabolisé et excrété sous forme de saccharine.
Au cours d'une période d'observation de quatre jours, vingt hommes en santé ont reçu 20 mg par jour de FELDENE (piroxicam) en une ou plusieurs prises; ils ont présenté beaucoup moins de pertes de sang dans les selles que dix témoins en santé qui recevaient 3,9 g d'acide acétylsalicylique par jour.

INDICATIONS
Le FELDENE (piroxicam) est indiqué dans le traitement symptomatique de la polyarthrite rhumatoïde, de l'arthrose (affection dégénérative des articulations) et de la spondylarthrite ankylosante.

CONTRE-INDICATIONS
Le FELDENE (piroxicam) ne devrait pas être administré aux patients atteints d'un ulcère gastro-duodénal ou d'une inflammation active du tractus gastro-intestinal ni à ceux qui ont récemment été atteints de telles affections.
Le FELDENE (piroxicam) est contre-indiqué chez les patients qui ont manifesté une hypersensibilité au médicament. Puisqu'une sensibilité croisée a été démontrée, le FELDENE (piroxicam) ne devrait pas être administré aux patients chez qui l'acide acétylsalicylique ou les autres antiinflammatoires non stéroïdiens ont provoqué l'asthme, la rhinite ou l'urticaire.

MISE EN GARDE
Usage durant la grossesse et la lactation
L'innocuité du FELDENE (piroxicam) n'a pas été établie durant la grossesse et l'allaitement; par conséquent, son usage n'est pas recommandé dans ces états. Nous ne savons pas si le FELDENE (piroxicam) traverse la barrière placentaire ni s'il est excrété dans le lait maternel.
Aucun effet tératogène n'a été observé au cours des études sur la reproduction chez les animaux. Chez les rates et les lapines qui ont reçu du FELDENE (piroxicam) durant la gestation, on a constaté une augmentation de la fréquence de dystocie, et la parturition a été retardée; chez la rate, il s'est aussi produit une inhibition de la lactation.
Usage chez les enfants
Le FELDENE (piroxicam) n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 16 ans parce que la posologie et les indications n'ont pas été établies.

PRÉCAUTIONS
On a signalé des cas d'ulcères gastro-duodénaux et des saignements gastro-intestinaux à la suite de l'administration de FELDENE (piroxicam). L'administration du médicament doit être surveillée attentivement chez les patients dont les antécédents révèlent une affection au niveau de la partie supérieure du tractus gastro-intestinal. Les effets secondaires gastro-intestinaux étant fonction de la dose, il ne faut pas administrer plus de 20 mg par jour.
Il faut user de prudence lorsqu'on administre le FELDENE (piroxicam) aux patients atteints d'insuffisance rénale ou hépatique.
Comme les autres antiinflammatoires, le FELDENE (piroxicam) peut masquer les signes habituels d'une infection.
Le FELDENE (piroxicam) diminue l'agrégation plaquettaire et prolonge le temps de saignement. Il faut tenir compte de ces effets chez les patients qui reçoivent des anticoagulants et tenir ces patients sous une stricte surveillance.
Interactions médicamenteuses
Les études chez l'homme ont révélé que l'administration concomitante de FELDENE (piroxicam) et d'acide acétylsalicylique n'a aucun effet d'importance clinique sur les concentrations plasmatiques de ces deux médicaments.
Le FELDENE (piroxicam) se lie fortement aux protéines; on peut donc s'attendre à ce qu'il déloge les autres médicaments qui se lient aux protéines. Le médecin doit suivre de près les besoins posologiques pour les anticoagulants coumariniques et les autres médicaments qui se lient fortement aux protéines lorsque ces médicaments sont administrés en même temps que le FELDENE (piroxicam).

EFFETS SECONDAIRES
Chez 1025 patients traités par le FELDENE (piroxicam), les effets secondaires gastro-intestinaux sont ceux qui ont été observés le plus souvent (17,3% des patients). Le traitement a dû être interrompu chez 3,9% des patients. Les effets secondaires les plus graves comprenaient les ulcères gastro-duodénaux (1,8%) et les saignements gastro-intestinaux (0,1%). Voici, en résumé, l'incidence des autres effets secondaires:
Gastro-intestinaux
Malaises abdominaux, 5,7%; flatulence, 5,2%; nausées, 4,8%; douleurs abdominales, 4,7%; malaises épigastriques, 4,1%; constipation, 3,8%; diarrhée, 3,2%; anorexie, 2,0%; vomissements, 1,0%; indigestion, 0,7%.
Système nerveux central
Étourdissements, 4,1%; céphalées, 4,1%; somnolence/sédation, 2,1%; autres (tous inférieurs à 1,0%): amnésie, anxiété, dépression, hallucinations, insomnie, nervosité, paresthésie, modification de la personnalité, tremblements et vertige.
Dermatologiques
Éruptions cutanées, 2,4%; prurit, 1,1%; autres (tous inférieurs à 1,0%): alopécie.
Génito-urinaires
Oedème, 2,7%; autres (tous inférieurs à 1,0%): dysurie, fréquence urinaire, hématurie, oligurie et ménorragie.
Oto-rhino-laryngologiques et ophtalmiques
Stomatite, 1,0%; autres (tous inférieurs à 1,0%): vision brouillée, irritation et gonflement des yeux, surdité, tinnitus, épistaxis et glossite.
Divers (tous inférieurs à 1,0%)
Difficultés respiratoires, douleurs thoraciques, hypertension, palpitations, tachycardie, hypoglycémie, sueurs, soif, frissons, rougeurs, augmentation de l'appétit.
Les modifications des paramètres de laboratoire observées au cours du traitement par le FELDENE (piroxicam) comprenaient une diminution de l'hémoglobine, de l'hématocrite, des plaquettes et de la numération des leucocytes; elles comprenaient aussi une élévation de l'azote uréique sanguin, de la créatinine, de l'acide urique et des enzymes hépatiques (LDH, ATGO, ATGP et phosphatase alcaline).

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE
Aucun cas de surdosage n'a été signalé. Aucun antidote spécifique n'étant connu, nous recommandons un traitement d'appoint et symptomatique.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION
Dans la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, il est recommandé de commencer le traitement par le FELDENE (piroxicam) à raison de 20 mg en une seule prise quotidienne. Cette dose peut aussi être administrée en deux prises quotidiennes de 10 mg. La dose d'entretien chez la plupart des patients est de 20 mg par jour. Un nombre relativement petit de patients peuvent être maintenus à la posologie de 10 mg par jour.
Dans l'arthrose, la dose d'attaque recommandée est de 20 mg de FELDENE (piroxicam) en une seule prise quotidienne. Cette dose peut aussi être administrée en deux prises quotidiennes de 10 mg.
La dose d'entretien habituelle est de 10 à 20 mg par jour.
La posologie du FELDENE (piroxicam) ne doit pas dépasser 20 mg par jour vu l'incidence accrue d'effets secondaires gastro-intestinaux.

PRÉSENTATION
Les capsules de FELDENE (piroxicam) sont présentées en flacons de 100: 10 mg, capsules n° 2 de gélatine dure et opaque de couleur marron et bleu; 20 mg, capsules n° 2 de gélatine dure et opaque de couleur marron.

Monographie du produit fournie sur demande.

BIBLIOGRAPHIE

Dessain, P. et coll., *Piroxicam in the treatment of osteoarthritis: a multicentre study in general practice involving 1218 patients.* J. Int Med. Res. (1979), pp. 335 à 343.

Dixon, A.S. et Davies, J., *A double-blind crossover comparison of Piroxicam and indomethacin in the treatment of rheumatoid arthritis*, dans *Piroxicam: A New Non-steroidal Antiinflammatory Agent*, compte rendu d'un colloque à Wiesbaden, Allemagne le 4 septembre 1979, *Academy Professional Information Services Inc.*, New York, (1980), pp. 14 à 21.

Myers, A.R. et coll., données confinées aux dossiers de Pfizer Canada Inc.

Schattenkirchner, M. et coll., *An Open Long-Term Study of Piroxicam in Ankylosing Spondylitis Patients*, dans *Piroxicam: A New Non-steroidal Antiinflammatory Agent*, compte rendu d'un colloque à Wiesbaden, Allemagne le 4 septembre 1979, *Academy Professional Information Services Inc.*, New York, (1980), pp. 28 à 36.

Tausch, G., *Speed of onset and duration of action of piroxicam in patients with rheumatoid arthritis: a placebo-controlled study*, dans *Piroxicam: A New Non-steroidal Antiinflammatory Agent*, compte rendu d'un colloque à Wiesbaden, Allemagne, le 4 septembre 1979, *Academy Professional Information Services, Inc.*, New York, (1980), pp. 22 à 27.



Feldene

soulage 24 heures sur 24 avec une seule prise quotidienne

Pfizer Kirkland (QUÉBEC) H9J 2M5

PAAB CCPP

* Préparé par Pfizer Canada Inc. (U.I.)
Pfizer Inc., propriétaire de la marque de commerce

F/JA4/C1F

Analyse des facteurs de risque de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Résultats préliminaires.

J.C. Forest, F. Clavel[1]
J. Côté[2], R. Guidoin et C. Gosselin

Résumé

Nous avons évalué les facteurs de risque de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs par une étude de 135 dossiers consécutifs de malades examinés en vue d'une première intervention chirurgicale. Soixante-cinq dossiers seulement ont été utilisés. Les malades furent divisés en deux groupes : non-diabétiques et diabétiques. Le tabagisme (93% dans le premier groupe et 83% dans le second) constituait le facteur de risque le plus fréquent, l'hypertension artérielle suivait avec respectivement 43% et 39%. Les dyslipidémies se présentaient comme suit : hypercholestérolémie 36% et 39%, hypertriglycéridémie 23% et 28%. Les autres facteurs du risque présentaient un profil équivalent à la population générale du milieu étudié.

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs est relativement fréquente dans les pays de l'hémisphère nord : un minimum de 250, 000 prothèses sont implantées annuellement à travers le monde pour rétablir le flot sanguin artériel périphérique. Néanmoins elle demeure une maladie mal définie en regard de ses facteurs étio-pathologiques. L'incidence de cette maladie dégénérative des artères des membres inférieurs semble varier d'un pays à l'autre selon les facteurs de risque associés[1-10]. Ceux-ci sont multiples. Alors que la prévalence des facteurs de risque des cardiopathies ischémiques est bien définie dans les populations des pays occidentaux[11-14], incluant la population québécoise[15-17], celle concernant les artériopathies chroniques oblitérantes des membres inférieurs demeure vague, imprécise. Les facteurs impliqués sont généralement considérés comme étant semblables. Est-ce bien le cas ? Afin d'aider à préciser leur importance dans le développement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, les facteurs suivants ont été retenus pour notre analyse : stress, tabagisme, hypertension artérielle, éthylisme, dyslipidémie, obésité, histoire familiale et niveau de scolarité.

Sujets et méthode

Nous avons colligé 135 dossiers consécutifs de malades de l'hôpital St-François d'Assise qui furent opérés une première fois afin de rétablir la circulation artérielle périphérique, compromise à la suite d'une artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs. Les dossiers renfermant toutes les informations requises, particulièrement les taux de cholestérol, des triglycérides et de la glycémie, furent retenus. Les dossiers des malades décédés ne furent pas pris en considération. Tous les diabétiques présentaient un dossier complet. L'échantillon final qui fut analysé en détail se limitait ainsi à 65 patients. Ces derniers ont répondu à un questionnaire détaillé lors d'une entrevue téléphonique.

Les sujets retenus furent divisés en deux groupes : les non diabétiques[47] et les diabétiques[18] afin de mieux préciser les différences quant aux facteurs de risque. Les pontages artériels pratiqués sur les diabétiques peuvent en effet conduire à des résultats plus aléatoires en raison d'une absence plus fréquente de cicatrisation autour de la greffe synthétique[18-20].

L'angiographie comme les observations per-opératoires ont revélé que la plupart des malades souffraient d'artériopathies oblitérantes hautes impliquant les artères iliaques (48%), le carrefour aorto-iliaque (15%), la zone fémoropoplitée (35%) ; le blocage en aval du trépied poplité se limitait à 2% des cas. Par ailleurs, plusieurs types d'obstruction pouvaient se rencontrer chez le même malade.

Résultats

Malades non diabétiques

Ce premier groupe comprenait 47 malades (38 hommes et 9 femmes) dont l'âge moyen était de 56 ans figure 1). Parmi les facteurs de risque étudiés, c'est le tabagisme qui fut rencontré le plus souvent en association avec une artériopathie le plus

1) Récipiendaire d'une bourse de maîtrise du Conseil québécois de la recherche sociale.
2) Récipiendaire d'une bourse d'été de ministère des Affaires sociales du Québec.
Correspondance et **tirés-à-part :** Dr Robert Guidoin, Laboratoire de chirurgie expérimentale, Pavillon Agriculture-Services, Université Laval, Québec, G1K 7P4.

souvent en association avec une artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Dans ce groupe de malades, nous dénotions 44 fumeurs soit 93% des individus étudiés ; 23% fumaient moins de 20 cigarettes par jour, 13% en fumaient entre 20 et 40 et 8% plus de 40. Le tabagisme remontait à moins de 30 ans chez 8 malades. Ces derniers présentaient d'ailleurs le pourcentage le plus élevé de gros fumeurs (plus de 40 cigarettes par jour). Après l'opération seulement 11 fumeurs sur 44 ont cessé. Les autres ont maintenu leur consommation au même niveau, cependant, certains disaient l'avoir légèrement réduite.

L'hypertension artérielle constituait le deuxième facteur le plus souvent rencontré. En effet, 43% des individus soit 20 personnes souffraient d'hypertension. Il s'agissait d'hypertension légère dans 15 cas et modérée dans 5 cas.

Les figures 2 et 3 montrent les taux sanguins de cholestérol et de triglycérides des malades étudiés. Les taux moyens de cholestérol et de triglycérides furent respectivement de 5.98 mmol/l (230 mg/dl) et 1.79 mmol (163 mg/dl). 36% des malades avaient une cholestérolémie au-delà de 6.24 mmol (240 mg/dl) et 23% avaient un cholestérol au-dessus de 6.76 mmol/l (260 mg/dl), 21% des malades avaient un taux de triglycéride au-delà de 2.2 mmol/l (200 mg/dl).

Les facteurs de risque reconnus en rapport de l'arthérosclérose : le tabagisme, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies étaient absents chez seulement deux malades, un homme de 55 ans et une femme de 34 ans. Un seul facteur, habituellement le tabagisme, fut retrouvé chez 20 malades. Deux facteurs associés ont été retrouvés chez 20 non diabétiques tandis que trois facteurs associés furent rencontrés chez sept malades.

Quarante-sept pourcent de ces malades avaient un poids superieur au poids idéal (32% souffraient d'embonpoint et 15% étaient obèses). Les habitudes alimentaires ne semblaient pas différer de celles observées pour l'ensemble de la population, compte tenu du milieu. Quatre pourcent des malades avaient pratiqué un sport sur une base régulière, mais 32% ne faisaient de l'exercice que de façon occasionnelle, et 64% n'avaient pratiqué aucun sport.

Du point de vue des habitudes éthyliques, 24 de ces malades (51%) ne prenaient de l'alcool qu'à l'occasion seulement. Parmi les buveurs réguliers, 90% étaient des buveurs de bière. L'intervention chirurgicale ne semble pas avoir modifié les habitudes d'une façon marquée.

L'évaluation des antécédents personnels a permis de démontrer que 3 malades avaient eu un accident cérébrovasculaire (5%) tandis que 19% avaient déjà fait un infarctus du myocarde ; 20% des malades présentaient un ECG anormal.

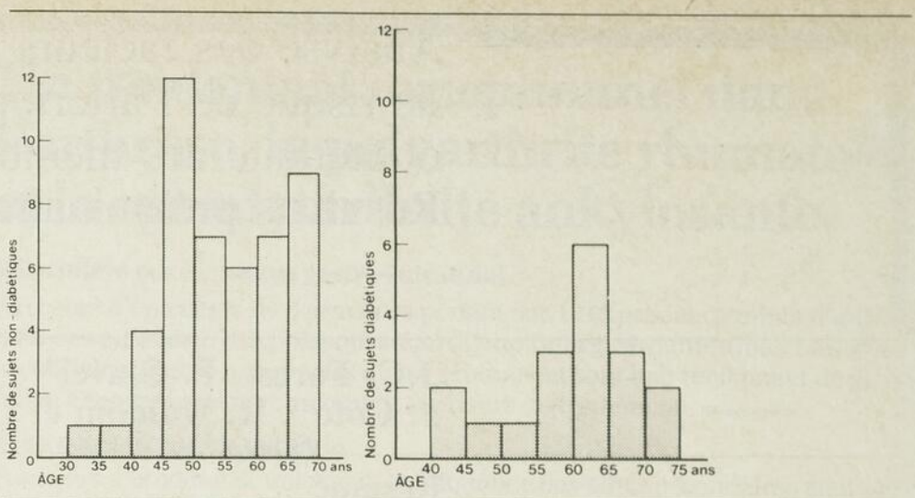


Figure 1 : répartition selon l'âge des malades non diabétiques et diabétiques dont les dossiers ont été utilisés pour la présente étude.

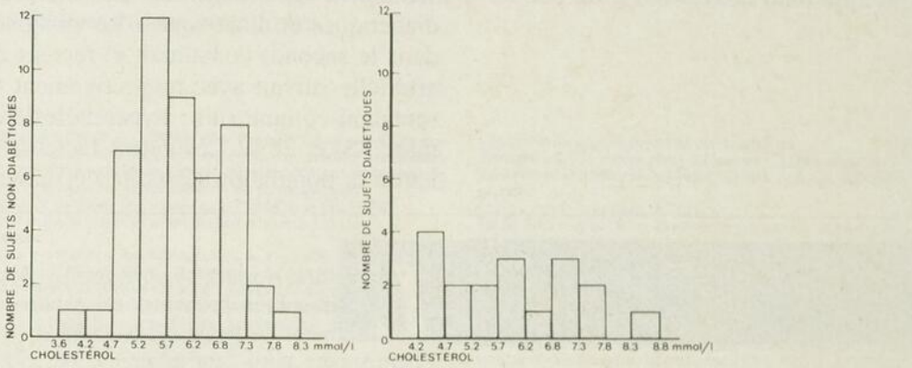


Figure 2: taux de cholestérol observés chez les malades non diabétiques et diabétiqués.

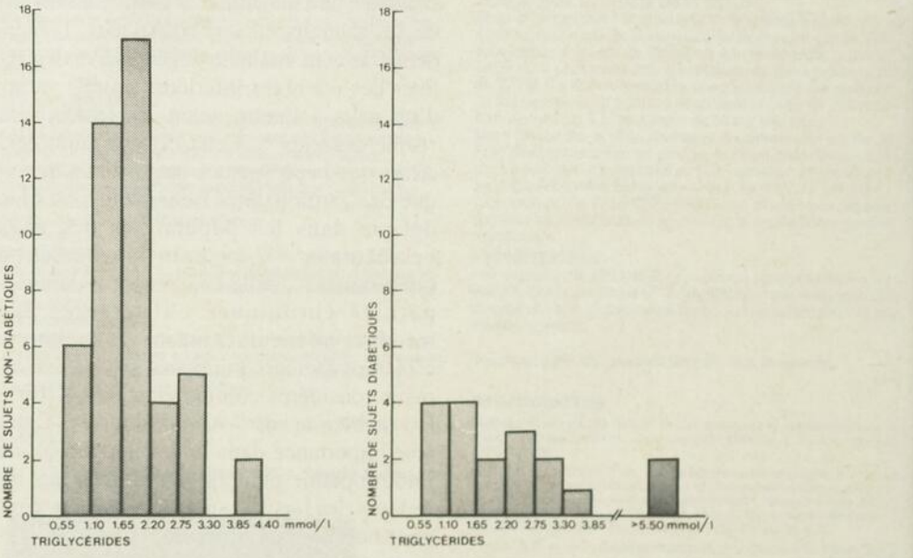


Figure 3 : triglycérides observés chez les malades non diabétiques et diabétiques.

Groupe des malades diabétiques

Dix-huit malades étaient diabétiques : cinq femmes et 13 hommes. 13 diabétiques étaient insulino-dépendants. Leur âge moyen étaient de 60 ans (45-72 ans). Précisons encore que tous les dossiers des malades diabétiques ont été analysés en détail. (Figure 1).

Le tabagisme était le facteur de risque associé le plus fréquent dans ce groupe de malades (83%). La moitié des diabétiques (50%) souffraient de dyslipidémie. La cholestérolémie moyenne était de 5.93 mmol/l et la triglycéridémie moyenne de 2.3 mmol/l. Sept malades (39% des dia-

bétiques) avaient une cholestérolémie au-dessus de 6.24 mmol/l (240 mg/dl) et cinq avaient une cholestérolémie au-dessus de 6.76 mmol/l (.60 mg/dl). Six diabétiques avaient des triglycérides sériques au-dessus de 2.2 mmol/l (200 mg/dl). Trente-neuf pour cent des malades avaient une hypertension modérée et 66% des malades souffraient d'embonpoint ou d'obésité. Trente-neuf pour cent d'entre eux avaient déjà fait un infarctus du myocarde. Seulement trois malades de ce groupe prenaient de l'alcool régulièrement. En considérant le diabète, le tabagisme, l'HTA et les dyslipidénies comme principaux facteurs de risque de l'athérosclérose, cinq patients avaient quatre facteurs de risque, sept avaient trois facteurs associés, six avaient deux facteurs associés.

Discussion

Le Tableau II indique la répartition des interventions chirurgicales vasculaires au Québec en 1979. 53% des interventions pour artériopathie oblitérante des membres inférieurs sont effectués chez des malades dont l'âge s'étend de 55 à 70 ans.

Trois-cent soixante-quatorze interventions pour le rétablissement du flot sanguin périphérique ont été pratiquées sur des malades de 75 ans et plus ; dans cette tranche d'âge, il n'y avait que 6 pontages aorto-coronariens et 21 interventions au niveau des carotides. Le pourcentage de femmes dans l'ensemble des malades nous semble très élevé et méritera une analyse plus détaillée. Nous devons même noter que 13% des hommes avaient moins de 50 ans pendant que l'on trouvait 18% des femmes dans cette tranche d'âge.

Quoiqu'il en soit, la fréquence de l'artériopthie chronique oblitérante des membres inférieurs dans une population donnée est difficile à chiffrer en raison de la complexité des études épidémiologiques dans ce domaine. Benhamou[9] la situe à 1% en France , allant de 0.3% à 3 ou 4% entre 30 et 70 chez la femme ; elle est aussi plus tardive. Selon la tendance actuelle, la population atteinte est de plus en plus jeune : l'âge moyen se situe présentement entre 55 et 60 ans. Un malade sur quatre présente des symptômes avant 40 ans mais un seulement sur 10 consulte avant cet âge. Comment expliquer ce phénomène ? La maladie arrive-t-elle prématurément ? S'agit-il d'un meilleur dépistage ? Est-ce le développement des techniques d'exploration fonctionnelle atraumatiques ? La mortalité des artériopathies périphériques ne représente que 6% de la totalité des décès consécutifs à des maladies cadio-vasculaires ; celles-ci occupent la première place dans les causes de mortalité de la population (42%) et impliquent d'abord les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux ; les artères rénales et digestives sont en général moins touchées que l'aorte abdominale et les artères périphériques.

Tableau I

Nombre de dossiers étudiés :	65
• malades de sexe masculin	: 51
• malades de sexe féminin	: 14
Age moyen	: 56 ans
Situation de famille :	
• mariés	: 80%
• veufs, div. célibataires	: 20%
Occupation :	
• profes. ou cols blancs	: 5%
• ouvriers spécialisés	: 14%
• ouvriers non spécialisés	: 25%
• inactifs et retraités	: 36%
• sans emploi	: 10%
• assistés sociaux	: 10%
Scolarisation :	
• 7ème année	: 51%
• secondaire	: 40%
• post-secondaire	: 9%

Caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques de l'échantillon.

Nos résultats illustrent la nette prédominance des malades de sexe masculin qu'ils soient diabétiques (76%) ou non (62%). Le pourcentage de femmes est cependant proportionnellement plus élevé que dans les études semblables provenant de l'étranger et rapportées à ce jour. S'agit-il simplement du reflet d'un pourcentage très élevé de femmes de cette tranche d'âge dans la population québécoise, d'une susceptibilité accrue des femmes aux artériopathies oblitérantes ou plus simplement d'un protocole d'étude différent ? En 1960 aux États-Unis, Juergens notait une fréquence d'une femme pour onze hommes[1]. Dans une étude similaire effectuée en Grande-Bretagne au début des années 70, Greenhalgh a observé un rapport de 15 hommes pour une femme (109 hommes vs 7 femmes ; âge moyen 54 ans allant de 40 à 69 ans)[10]. En 1977, dans une série de 13,500 dossiers de malades âgés de 50 ans et moins et souffrant d'affections cardio-vasculaires, Jaillard en France ne décelait que 93 artériopathies oblitérantes des membres inférieurs (93 hommes et 3 femmes) soit 0.7% des malades. Ces chiffres doivent être nuancés car la population étudiée était jeune et cette pathologie se manifeste davantage dans des tranches d'âge plus élevées[7].

Le tabagisme apparait comme le facteur de risque le plus souvent associé à cette forme d'athérosclérose, tant chez les non diabétiques (93%) que chez les diabétiques (83%). La fréquence du tabagisme avoisinerait les 60% dans la population québécoise. Nos observations rejoignent les résultats obtenus par d'autres groupes. A Fra-

Tableau II :

Répartition des interventions chirurgicales vasculaires pratiquées au Québec en 1979 selon le type d'opération, l'âge et le sexe des malades (d'après les chiffres de la RAMQ).

Type	Pontages aorto-coronariens			Chirurgie des carotides			Chirurgie vasculaire périphérique		
âge des malades	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total
≥ 29	5	0	5	2	0	2	60	30	90
30 - 34	18	3	21	1	3	4	22	9	31
35 - 39	68	10	78	2	0	2	47	25	72
40 - 44	118	20	138	7	5	12	108	36	144
45 - 49	213	31	244	20	11	31	198	95	293
50 - 54	337	64	401	79	25	104	364	139	503
55 - 59	320	97	417	100	42	142	622	165	787
60 - 64	218	75	293	110	72	182	634	150	784
65 - 69	97	57	154	118	55	173	577	148	725
70 - 74	21	8	29	45	17	62	403	109	512
≤ 75	4	2	6	13	8	21	248	126	374
Total	1419	367	1786	497	238	735	3283	1032	4315

mingham (USA), selon Gordon, le tabagisme fut un précurseur plus important de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs que des cardiopathies ischémiques et de l'athérosclérose des catrotides[13]. Myers en Australie[21] rapporta 90% de tabagisme parmi 217 malades dans une population où celui-ci se situe à 40% pour les hommes et 30% pour les femmes. Juergens aux USA au début des années 60[1] et Shead en Inde en 1978[6] observèrent un tabagisme supérieur à 90%. Toutefois Syntychova[2] en Tchécoslovaquie n'en nota que 76%. Peut-être faudrait-il aller plus loin et rechercher les causes du tabagisme[22].

Étreint par la douleur



(N) Percocet*

Procure un soulagement efficace et soutenu

Seul le Percocet réunit l'acétaminophène et l'efficacité de l'oxycodone, afin de soulager la douleur modérée à modérément intense.
Une seule dose de Percocet commence à agir en 15 à 30 minutes et peut procurer jusqu'à six heures de soulagement.

MISE EN GARDE Ce produit présente un potentiel d'abus.

Endo*
Laboratoires Endo
7000, avenue du Parc
Montréal, P.Q. H3N 1X1
Subsidiaire de E.I. du Pont de Nemours Co. (Inc.)

DU PONT

*Déposée

INDICATIONS: Pour le soulagement de la douleur de caractère modéré à modérément intense (Percocet), ou pour le soulagement de la douleur bénigne à modérée (Percocet-Demi), accompagnée ou non de fièvre, particulièrement chez les malades allergiques à l'acide acétylsalicylique ou pour qui l'acide acétylsalicylique est contre-indiqué.
CONTRE-INDICATIONS: État asthmatique, états de dépression respiratoire ou convulsif pré-existants, hypersensibilité à l'oxycodone, à l'acétaminophène ou à la caféine.
À l'encontre de l'acide acétylsalicylique, l'acétaminophène n'est pas contre-indiqué chez les malades souffrant d'ulcère ou de goutte.
MISES EN GARDE: L'oxycodone peut entraîner une dépendance du type de celle qu'engendre la morphine et a donc le potentiel d'être pris abusivement. Comme c'est le cas avec tous les médicaments narcotiques administrés par la voie buccale, la dépendance physique et psychique et la tolérance peuvent s'établir à la suite d'une administration répétée. Il peut altérer les capacités physiques ou mentales ou les deux nécessaires à l'accomplissement de tâches virtuellement dangereuses telles que la conduite d'une voiture ou la manipulation de machinerie. Il faut en prévenir le malade en conséquence. Une dépression cumulative du SNC peut affecter les malades prenant d'autres analgésiques narcotiques, un anesthésique général, des inhibiteurs de la monoamine oxydase, des antidépresseurs tricycliques, des phénothiazines ou d'autres tranquillisants, des hypnotiques sédatifs ou de l'alcool. Si l'on se propose un traitement concomitant, il faut réduire la posologie d'un ou de plusieurs de ces agents. On n'a pas encore déterminé la sécurité d'emploi au cours de la grossesse en regard des effets nocifs possibles sur le développement du foetus, il ne faut donc pas administrer Percocet ou Percocet-Demi aux femmes enceintes à moins, qu'à l'avis du médecin, les bienfaits escomptés dépassent les risques possibles. L'administration de Percocet ou de Percocet-Demi à des parturientes en travail peut provoquer une dépression respiratoire chez les nouveau-nés. Ne pas administrer Percocet aux nourrissons ou aux enfants, bien qu'il soit possible d'administrer Percocet-Demi aux enfants de six ans ou plus.
PRÉCAUTIONS: Les effets dépressifs des narcotiques sur la respiration et leur capacité d'élever la tension du liquide rachidien peuvent être grandement accentués en présence de **blessure à la tête,** d'autres lésions intra-crâniennes ou d'une tension intra-crânienne élevée déjà existante. Les médicaments narcotiques peuvent rendre le diagnostic plus difficile et masquer l'évolution clinique chez les malades souffrant de **blessures à la tête** ou **d'affections abdominales aiguës.** En raison du risque de dépression cardiaque ou respiratoire, administrer avec prudence aux malades **âgés** ou **affaiblis** de même qu'aux malades souffrant d'hémorragie, de troubles graves de la fonction hépatique, respiratoire ou rénale, d'hypothyroïdisme, de la maladie d'Addison, d'hypertrophie de la prostate et de rétrécissement de l'urètre. Les analgésiques narcotiques ne doivent être utilisés dans le traitement des **céphalées** que lorsque ces dernières se montrent réfractaires à tout autre traitement, afin de minimiser le risque de dépendance psychologique ou physique.
EFFETS SECONDAIRES: Les réactions suivantes peuvent survenir: étourdissements, vertiges, somnolence, nausées et vomissements de même que de l'euphorie, de la dysphorie, de la constipation et du prurit.
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES: Employés avec d'autres dépresseurs du SNC, ils peuvent avoir un effet cumulatif.
CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSAGE: Signes et symptômes: Dépression respiratoire, somnolence extrême évoluant vers un état de stupeur ou de coma, flaccidité des muscles squelettiques, peau froide et moite et parfois bradycardie et hypotension. Dans les cas graves de surdosage, il peut survenir de l'apnée, une défaillance circulatoire, un arrêt cardiaque et la mort. L'intoxication aiguë à l'acétaminophène se caractérise par l'anorexie, les nausées, les vomissements et une transpiration abondante dans les deux à trois heures après ingestion, troubles qui peuvent s'accompagner de cyanose et de méthémoglobinémie; on a aussi signalé les symptômes suivants: hypertrophie et sensibilité du foie accompagnées d'une élévation anormale des épreuves de la fonction hépatique qui survient dans les 48 heures et qui est suivie d'un ictère, d'anomalie de la coagulation, de myocardiopathie, d'encéphalopathie, d'insuffisance rénale et de mort due à une nécrose du foie. Une dose de 10 grammes d'acétaminophène provoque une intoxication, et une qui dépasse les 15 g peut être fatale. L'intoxication hépatique survient lorsque les niveaux sanguins atteignent 300 μg/ml dans les quatre heures après ingestion.
Traitement: Rétablir un échange respiratoire suffisant. Le naloxone, la nalorphine ou le lévallorphan sont des antidotes spécifiques contre la dépression respiratoire provoquée par des narcotiques. Administrer une dose appropriée d'un antagoniste, de préférence par voie intraveineuse, et répéter au besoin pour maintenir une respiration suffisante; garder le malade sous une surveillance continue. Suivre avec soin les recommandations du fabricant accompagnant le produit. Ne pas administrer d'antagoniste en l'absence d'une dépression respiratoire ou cardio-vasculaire assez marquée pour avoir une importance clinique. Administrer selon les besoins de l'oxygène, des solutés intraveineux, des vasoconstricteurs et recourir à toute mesure de soutien jugée nécessaire. Il peut être utile de débarrasser le système digestif au moyen d'un lavement ou d'un lavage gastrique. L'hémodialyse pratiquée dans les dix heures après l'ingestion peut aussi être utile. Déterminer les niveaux plasmatiques de l'acétaminophène.
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION Comprimés Percocet: La dose habituelle chez l'adulte est d'un comprimé aux six heures, au besoin, contre la douleur.
Comprimés Percocet-Demi: La dose habituelle chez l'adulte est d'un à deux comprimés aux six heures. Enfants de douze ans et plus: la moitié d'un comprimé toutes les six heures. Enfants de six à douze ans: un quart de comprimé toutes les six heures. Non indiqué pour les enfants de moins de six ans.
Adapter la posologie selon l'intensité de la douleur et de la réaction du malade.
FORMES POSOLOGIQUES Comprimés Percocet: Flacons de 40, 100 et 500 comprimés blancs sécables, contenant chacun 4.5 mg de chlorhydrate d'oxycodone, 0.38 mg de téréphthalate d'oxycodone, 325 mg d'acétaminophène et 32 mg de caféine.
Comprimés Percocet-Demi: Flacons de 40, 100 et 500 comprimés bleus quadrisécables, contenant chacun 2.25 mg de chlorhydrate d'oxycodone, 0.19 mg de téréphthalate d'oxycodone, 325 mg d'acétaminophène et 32 mg de caféine.

Guide posologique complet sur demande.

La prévalence des autres facteurs de risque reconnus de l'athérosclérose apparaît plus variable. Dans notre étude, l'hypertension artérielle était le 2ième facteur retrouvé le plus fréquemment. Quarante-trois pour cent des non diabétiques et trente-neuf pour cent des diabétiques en souffraient. La prévalence del'hypertension dans notre groupe de malades est le double de celle retrouvée dans la population québécoise[16]. Trente-six pour cent des malades avaient une cholestérolémie au-dessus de 6.24 mmol/l (240 mg/dl) et 23% avaient des triglycérides au-delà de 2.2 mmol/l (200 mg/dl) chez les non diabétiques. Chez les diabétiques on retrouvait des chiffres semblabes, soit 39% des malades avaient une cholestérolémie au-dessus de 6.24 mmol/l (240 mg/dl) et 33% une triglycéridémie au-dessus de 2.2 mmol/l (200 mg/dl). Dans la population de la région de Québec, selon Robitaille, une hypercholestérolémie est observée chez 10.1% des individus de 35 à 64 ans[16]. Même si l'hypercholestérolémie et l'hypertriglycéridémie sont classiquement considérées comme prédisposant à l'athérosclérose, il convient d'étudier avec soin les lipoprotéines plasmatiques puisque l'on admet maintenant que les liprotéines de faible poids moléculaire (low density lipoproteins LDL) favorisent l'apparition de plaques athéromateuses.[23].

L'hypertension artérielle comme les dyslipidémies pourrait jouer un rôle dans l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs puisqu'elle se retrouve avec une prévalence de 2 à 4 fois plus élevée que dans la population québecoise. Associés au tabagisme ces facteurs semblent jouer un rôle encore plus considérable[24].

Le diabète fut décelé chez 13% de nos malades et chez ce groupe on a retrouvé à peu près la même prévalence des facteurs de risque en ce qui concerne le tabagisme, l'hypertension et les dyslipidémies. La prévalence du diabète dans l'artérosclérose des membres inférieurs varie considérablement selon les pays mais est habituellement plus faible qu'au Québec[3,7,11]. Une enquête succinte auprès des différents départements de médecine et de compagnies d'assurance-vie nous a permis de situer à 3% de la population le nombre de diabétiques adultes.

Compte tenu de l'âge des malades, la fréquence de maladies vasculaires associées c'est-à-dire les cardiopathies ischémiques et les antécédents cérébro-vasculaires, semble voisine de celle de la population québécoise. Les antécédents familiaux en regard de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs ne peuvent être retenus comme facteurs de risques puisque seulement un patient avait eu un parent opéré pour un problème de claudication intermittente. Ces résultats concernant l'histoire familiale sont différents de l'étude de Puchmayer et Bulvas en Tchécoslovaquie[4] qui démontrèrent une relation entre l'existence de troubles circulatoires des membres inférieurs chez la famille et le risque d'artérosclérose oblitérante des membres inférieurs. Cependant, la relation entre les autres maladies vasculaires oblitérantes (maladie coronarienne et accident cérébro-vasculaire) chez la parenté était faible en l'absence de facteurs de risque associées.

L'évaluation de l'importance relative des facteurs impliqués dans une artériopathie oblitérante des membres inférieurs ne peut pas être traitée par une analyse univariée. Il faut avoir recours à des analyses multivaricées[25]. Johnston a déjà utilisé oette approche pour prévoir l'issue de sympatectomies lombaires[41]. A partir d'une analyse multivariée, on pourrait définir avec exactitude le profil des malades qui sont opérés à cause d'artériopathies oblitérantes des membres inférieurs.

Conclusion

Les principaux facteurs de risque associés aux maladies cardio-vasculaires se retrouvent chez les malades présentant des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs. Le tabagisme apparaît être le principal facteur impliqué suivi par l'hypertension artérielle et les dyslipidémies. Le diabète découvert à l'âge adulte se retrouve chez 13% des malades. Aucune relation ne fut démontrée entre l'histoire familiale, l'obésité, l'éthylisme et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Notre population s'est avérée insuffisante pour différencier les cardiopathies ischémiques, des artériopaties oblitérantes à l'exception de l'âge. Toutefois, selon les chiffres de la RAMQ, ces malades sont en général plus âgés que les coronariens.

remerciements

Ce travail a été supporté par la Fondation du Québec des maladies du coeur et le Ministère de la Santé et du Bien-être Social du Canada.

L'aide et l'encouragement des docteurs Louis Levasseur et Gérard Roy ont été très appréciés. Nous désirons également remercier le personnel des archives médicales de l'hôpital St-François d'Assise dont le concours nous a été très précieux. Nous devons assurer le docteur P. Bergeron et C. Zambon, la Régie de l'Assurance Maladie du Québec de toute notre gratitude pour leur bienveillante collaboration. Nous ne saurions oublier les malades qui ont accepté de répondre à notre questionnaire et toutes les personnes qui nous ont aidés dans la réalisation de ce travail, particulièrement les docteurs Jean Veilleux et Robert Carrier et Alyne Dion.

summary

135 consecutive records of patients admitted to the surgical wards with peripheral arterial disease were reviewed. Of these, 65 records contained the necessary information for the study and the patients available for an interview. 47 patients were non-diabetic (mean age, 56) and 18 were diabetic (mean age, 60). Smoking (93% in the non-diabetic group and 83% in the diabetic group) was the risk factor found with the highest frequency. High blood pressure was the second most frequent risk factor (43% and 39% respectively). Hypercholesterolemia was found in 36% of the non-diabetic patients and 39% of the diabetic while hypertriglyceridemia was found in 23% dans 28% of the patients of the two groups respectively. Other factors such as obesity, positive personal and family history, food and alcohol consomption, physical exercice and education were not found to be different in frequency compared to the general population.

bibliographie

1.Juergens, J.L., Barker, N.W., Hines, E.A. :
Arteriosclerosis obliterans : review of 530 cases with special reference to pathogenic and prognosis factors. Circulation, 21 : 188, 1960.

2.Syntychova, M., Bovdik, F. :
Obliterating arteriosclerosis of the arteries of the lower extremities in men aged 60-69 years : an epidemiological study. Rev. Czech. Med., 22 : 225, 1976.

3.Inada, K., Hayashi, M. :
Chronic occlusive arterial disease of lower extremity in Japan. Arch. Surg., 88 : 154, 1964.

4.Puchmayer, V., Bulvas, M. :
Positive family history as a risk factor of obliterative atherosclerosis. Cor. Vasa, 20 : 283, 1978.

5.Gordon, L., Kannel, W.B. :
Predisposition to atherosclerosis in the head, heart and legs. J.A.M.A., 721 : 661, 1972.

6.Shead, G.V., Oomen, R.M., Savarirayan, S.S. :
The pattern of non-diabetic peripheral vascular disease in South India. Br et J. Surg., 65 : 49, 1978.

7.Jaillard, J., Lekieffre, J., Carré, A. et coll. :
Facteurs de risque dans les artériopathies athéromateuses chroniques des membres inférieurs chez le sujet de 50 ans et moins de 50 ans. Chirurgie, 103 : 589, 1970.

8.Benhamou, A.C. :
Conduite pratique actuelle devant une artérite des membres inférieurs. Pharmacorama, 15 : 7, 1980.

9.Joosens, J.V. :
The parameters of atherosclerosis mortality. Acta Cardiol. (Brux), suppl. 11 : 145, 1965.

10.Greenhalgh, R.M., Lewis, B., Rosengarten, D.S. et coll. :
Serum lipids and lipoproteins in peripheral vascular disease. Lancet, 11 : 947, 1971.

11.Kannel, W.B., McGee, D.L. :
Diabetes and cardiovascular risk factors. The Framing-ham study. Circulation, 59 : 8, 1979.

12.Gordon, T., Kannel, W.B. :
Predisposition to atherosclerosis in the head, heart and legs. The Framingham study. Jama, 221 : 661, 1972.

13.Kannel, W.B., Gordon, T. :
Cardiovascular risk factors in the aged : the Framingham study, dans Epidemiology of aging edité par S.G. Haynes et M. Feimleib. NIH Publication, 80 -969, 1980. p. 65.

14.Richard, J.L., Ducimetière, P., Bonnaud, G. et coll. :
Incidence et évaluation du risque de maladie coronarienne. Étude prospective parisienne — Arch. Mal. Coeur. 70 : 531, 1977.

Restoril.
Un sommeil qui se rapproche du sommeil naturel.

Action: Le Restoril (témazépam) est un hypnotique actif de la série des benzodiazépines. En laboratoire d'étude sur le sommeil, le témazépam a diminué le nombre de réveils nocturnes sans affecter la période de latence du sommeil. L'arrêt du médicament n'a pas donné lieu à une insomnie de rebond. Le témazépam a diminué le stade 3 du sommeil, ainsi que l'ensemble des stades 3 et 4, et il a rallongé, par compensation, le stade 2, sans toutefois altérer la période de MOR (mouvements oculaires rapides).

Le témazépam oral est bien absorbé par l'organisme humain. Sa demi-vie plasmatique est de 8 à 10 heures (les variations d'un sujet à l'autre étant considérables). Un état d'équilibre a été atteint par des doses multiples en trois à cinq jours, en général. Le médicament est éliminé surtout par les urines, sous forme de métabolites inactifs 0-conjugués.

Indications et emploi clinique: Le Restoril (témazépam) est un hypnotique utile dans le traitement à court terme de l'insomnie. Il ne diminue pas, *toutefois, la période d'endormissement.*

Son efficacité n'a pas encore été démontrée chez les personnes de moins de 18 ans. Comme les autres hypnotiques, le Restoril n'est pas indiqué pour une administration prolongée.

Contre-indications: le Restoril (témazépam est contre-indiqué chez les patients ayant une hypersensibilité connue aux benzodiazépines et dans la myasthénie grave (fatigue et épuisement du système musculaire avec paralysie musculaire progressive, mais sans perturbation sensorielle d'atrophie, pouvant affecter les muscles, en particulier ceux du visage et de la gorge).

Mise en garde: *Activités exigeant une capacité de réaction rapide:* Puisque le Restoril (témazépam) exerce un effet hypnotique, on doit déconseiller aux patients dans les heures qui suivent la prise du médicament, de conduire une automobile, de travailler sur une machine ou toute activité exigeant une parfaite acuité mentale et de bons réflexes.

Dépendance physique et psychologique: Comme il en est avec toutes les benzodiazépines, on doit éviter de prescrire le Restoril aux sujets enclins aux abus de médicaments. La prudence est de rigueur chez tous les patients dont les antécédents indiquent une possibilité de dépendance psychologique. Les symptômes de sevrage, qui ont tendance à se manifester après un emploi prolongé de benzodiazépines, sont identiques à ceux d'une anxiété accentuée, et peuvent apparaître pour justifier la continuation de la prise du médicament.

Potentialisation médicamenteuse: Le Restoril peut renforcer l'effet des dépresseurs du système nerveux central tels que l'alcool, les barbituriques, les hypnotiques non barbituriques, les antihistaminiques, les narcotiques, les antipsychotiques, les anti-dépresseurs et les anticonvulsivants. En conséquence, plusieurs benzodiazépines ne doivent pas être administrées en même temps, et on doit faire preuve d'extrême prudence si d'autres dépresseurs du SNC sont administrés en association au Restoril. En raison de cette potentialisation médicamenteuse, on doit déconseiller aux patients la prise simultanée d'autres dépresseurs du SNC et la consommation d'alcool.

Emploi pendant la grossesse: L'innocuité du Restoril chez la femme enceinte n'a pas été établie. En conséquence, ce produit ne doit pas être administré pendant la grossesse. Plusieurs études ont indiqué un risque plus élevé de malformations congénitales associées à l'administration de benzodiazépines de chlordiazépoxyde, de diazépam et de méprobamate, au cours du premier trimestre de la grossesse. Puisque le témazépam est un dérivé de la benzodiazépine, son administration est rarement justifiée chez les femmes en âge de procréer. Au cas où le médicament est prescrit à une femme en âge de procréer, on doit lui conseiller de consulter son médecin si elle a l'intention d'avoir un enfant ou si elle soupçonne une grossesse.

Administration pendant l'allaitement: Le Restoril, en toute probabilité, passe dans le lait maternel. En conséquence, il ne doit pas être administré aux femmes qui allaitent.

Précautions: *Administration aux patients présentant des troubles émotifs:* Le Restoril (témazépam) doit être administré avec prudence aux patients manifestant des symptômes de dépression, ou de dépression latente, particulièrement s'ils ont des tendances suicidaires. Des mesures de protection doivent être prises dans ce cas.

Administration aux personnes âgées et débiles: Les personnes âgées et débiles ou celles souffrant de syndrome organique cérébral sont prédisposées à la dépression centrale, même avec de faibles doses de benzodiazépines et sont susceptibles de présenter des réactions paradoxales avec ce type de médicament. Par conséquent, le Restoril ne devrait être administré à ce genre de patients qu'aux doses les plus faibles possibles qui doivent être adaptées, sous surveillance médicale stricte, à la réaction du patient, en cas de nécessité.

Généralités: Le témazépam est métabolisé par le foie et éliminé surtout par les reins. Il faut donc être prudent lorsqu'on administre ce médicament à des personnes qui peuvent souffrir d'insuffisance hépatique et/ou rénale.

Effets secondaires: Les effets secondaires les plus courants qui ont été signalés à la suite de l'administration du témazépam et d'autres médicaments de cette catégorie ont consisté en: étourdissements, léthargie et somnolence. De la confusion, de l'euphorie, une démarche ébrieuse, de l'ataxie et des tendances à la chute sont souvent observées. Des réactions paradoxales telles que: excitation, stimulation, hyperactivité et hallucinations sont rarement observées.

D'autres réactions indésirables peuvent consister en: faiblesse, anorexie, nystagmus horizontal, vertiges, tremblements, difficultés de concentration, perte de l'équilibre, sécheresse de la bouche, vision trouble, palpitations, perte de connaissance, hypotension, dépression, difficultés respiratoires, nausées, diarrhée, gêne abdominale, troubles génito-urinaires, prurit, éruptions cutanées, urticaire et amnésie antérograde. Le témazépam a donné lieu, à l'occasion, à des tests hépatiques anormaux.

Symptômes et traitement du surdosage: On peut s'attendre à ce que les symptômes de l'intoxication aiguë par le Restoril (témazépam), comme ceux des autres benzodiazépines, reflètent une dépression du SNC, et consistent en: somnolence, confusion, état comateux accompagné d'un ralentissement ou d'une abolition des réflexes. Avec des doses très élevées, on peut observer une dépression respiratoire, de l'hypotension et, pour terminer, un coma. Si le patient est conscient, on doit induire les vomissements, mécaniquement ou à l'aide d'émétiques (ex: de 20 à 30 mL de sirop d'ipéca). Un lavage gastrique doit être effectué aussi rapidement que possible. Si le patient est inconscient on doit faire une intubation endotrachéale à sonde, afin de prévenir l'aspiration et les complications pulmonaires. Le maintien d'une ventilation suffisante est essentiel, et un apport hydrique intraveineux devrait être effectué pour provoquer la diurèse. L'administration intraveineuse de vaso-presseurs tels que le bitartrate de lévartérénol ou de métaraminol peut s'avérer utile pour combattre l'hypotension, mais ne doit être utilisée qu'en cas d'absolue nécessité. Les avantages d'une épuration extrarénale comme traitement d'urgence dans l'intoxication par la benzodiazépine n'ont pas été démontrés. En cas d'excitation, il ne faut pas administrer de barbiturique, car on ne doit pas oublier la possibilité de l'ingestion de plusieurs substances.

Posologie et administration: Une dose appropriée de somnifère doit apporter l'effet hypnotique recherché, sans sédation ni entrave des activités normales, le lendemain.

Dose adulte: La dose adulte recommandée de Restoril (témazépam) est de 30 mg, au coucher.

Personnes âgées et débiles: La dose initiale ne doit pas dépasser 15 mg, au coucher. (Se reporter au chapitre "Précautions").

L'administration du Restoril doit être limitée au traitement à court terme et ne doit pas dépasser la quantité correspondant à un cycle d'administration. Les ordonnances ne doivent pas être renouvelées sans réévaluation des besoins des patients. Le témazépam n'est pas indiqué chez les patients âgés de moins de 18 ans.

Présentation: Se présente en capsules dosées à 30 mg de témazépam (rouge foncé et bleu, marquées: Restoril 30 et Anca) et dosées à 15 mg de témazépam (rouge foncé et couleur chair, marquées: Restoril 15 mg et Anca) en flacons de 100 capsules. *Les capsules doivent être gardées à l'abri de l'humidité et de la chaleur.* Le témazépam (Restoril) figure au Tableau F (médicaments délivrés sur ordonnance).

anca
Whitby, Ontario
Dorval, Québec

PAAB
CCPP

15.Goulet, C., Allard, C., Poirier, R. :
Étude épidémiologique d'une population urbaine canadienne-française. Facteurs associés au profil coronarien. Coeur Méd. Int., 7 : 256, 1968.

16.Robitaille, N.M., Christen, A., Dagenais, G.R. et coll. :
Prévalence des facteurs de risque de la maladie coronarienne dans la région de Québec. Clin. Invest. Med., 2 : 13, 1979.

17. Direction Générale de la Planification. Ministère des Affaires Sociales du Québec. Mortalité, morbidité et facteurs de risque reliés aux maladies du système circulatoire au Québec. 78E 502, 1978.

18.Guidoin, R., King, M., Blais, P. et coll. :
A biological and structural evaluation of retrieved Dacron arterial prostheses, NIH/NBS report (sous presse).

19.Berger, K., Sauvage, L.R., Rao A.M. et coll. :
Healing of arterial prostheses in man : its incompleteness. Ann. Surg., 175 : 118, 1972.

20.Moore, W.S., Malone, J.M. :
Vascular reconstruction in the diabetic patient. Angiology, 29 : 741, 1978.

21.Myers, K.A., King, R.B., Scott, D.F. et coll. :
The effect of smoking on the late patency of arterial reconstruction in the legs. Brit. J. Surg., 63 : 267, 1978.

22.Sterling, T.D. :
Does smoking kill workers or working kill smokers ? or the mutual relationship between smoking, occupation and respiration disease. Inst. J. Health Sc., 8 : 437, 1978.

23.Brun, D., Moorjani, S. :
Tribune éditoriale. Union Méd. Canada, 109 : 1763, 1980.

24.Strasser, T. :
Utilisation du concept de facteur de risque en pathologie cardio-vasculaire. Rev. Epidem. Santé Publ., 24 : 301, 1976.

25.Laforge, H. :
Analyse multivariée : présentation matérielle et programmes universels d'ordinateur à l'usage des sciences humaines et biologiques. Presses de l'Université Laval, 1978.

26.Walker. P.M., Johnston, K.W. :
Predicting the success of sympathectomy. A prospective study using discriminant function and multiple regression analysis. Surgery, 87 : 1980.

L'utilisation systématique du bloc paracervical lors de la pose d'un stérilet

A. Amyot-Legault

Résumé

A la suite des remarques de certaines patientes et face aux nombreux gynécologues qui déconseillent l'usage du stérilet pour les nulligestes, l'auteur suggère l'utilisation généralisée du bloc paracervical lors de la pose du DIU pour en diminuer la douleur et la fréquence des chocs vaguaux. Cette assertion est généralement acceptée dans la littérature médicale et confirmée par ses statistiques personnelles. De plus l'auteur semble trouver à cette façon de procéder un avantage au point de vue continuation d'utilisation du stérilet et satisfaction de la patiente pour lesquelles il suggère deux formules d'évaluation.

C'est devant les remarques de certaines patientes (telles que : "Je suis venue vous consulter parce qu'on m'a dit que vous "geliez" pour poser les stérilets et qu'ainsi ce n'était pas douloureux...", ou encore : "Si on ne m'avait pas affirmé que vous faisiez un bloc à toutes vos patientes, je n'aurais jamais voulu un deuxième stérilet... j'ai eu trop mal à la pose du premier..."), et surtout, devant le refus de plusieurs gynécologues d'installer un stérilet aux nullipares prétextant le choc vagual trop fréquent, le haut taux de rejet et l'exérèse ultérieure presque certaine du stérilet pour des saignements ou des douleurs insupportables, que je me suis demandé s'il n'y avait pas lieu de généraliser l'usage du bloc paracervical lors de la pose d'un stérilet.

I Tout d'abord, les principes

Le stérilet malgré ses imperfections connues (manque d'efficacité à 100%, augmentation et prolongement des menstruations, aggravation de la dysménorrhée, augmentation du risque de grossesse ectopique, aggravation des infections pelviennes,) demeure une méthode contraceptive de choix (deuxième contraceptif au point de vue efficacité, motivation de la patiente tous les deux ans seulement, aucun effet systémique connu autre que sur l'utérus,). Il est donc regrettable que certaines patientes s'en privent par crainte de la douleur inconnue mais tellement bien décrite par les "amies" ou déjà ressentie lors de stérilets antérieurs. D'autant plus que cette douleur peut facilement être minimisée par le bloc paracervical. Et même si la douleur occasionnée par la pose d'un stérilet sans anesthésie locale est tolérable, pourquoi la faire subir à la femme si on peut la lui éviter? L'anesthésie locale n'est-elle pas utilisée de routine pour les traitements dentaires et la chirurgie mineure d'urgence sans égard au seuil de tolérance de l'individu?

Déjà, en 1975, Lippes "employait de façon routinière une anesthésie paracervicale pour réduire la douleur et les réflexes pneumogastriques"[1]. De même, en 1979, le bulletin "Population Reports" dans ses directives pour l'emploi des DIU, recommande la pratique d'une "anesthésie intracervicale ou un blocage paracervical...dans les cas de femmes qui n'ont jamais été enceintes, des femmes à sténose du col ou des femmes qui sont susceptibles d'avoir une syncope."[2]. Comment expliquer alors son usage si restrictif ici ?

Enfin, en faisant un parallèle entre les contractions dystociques, douloureuses et inefficaces lors du travail de l'accouchement qui redeviennent eutociques, indolores et efficaces, à la suite d'un bloc paracervical, ne pourrait-on pas de la même façon diminuer les rejets, les douleurs tardives et les saignements anormaux causés par le stérilet en même temps que les douleurs immédiates et les chocs vaguaux lors de la pose ?

II Puis, les chiffres...

C'est pour tenter de répondre à cette question que les dossiers de tous les stérilets dont la pose à mon bureau, du 1er janvier 1976 au 30 septembre 1980, s'est accompagnée d'un bloc paracervical, sont revus ici. Les premières années, seules les nullipares bénéficiaient du bloc ; mais par la suite, toutes les femmes, sauf celles qui le refusaient expressément, en profi-

) M.D., CSPQ, FACOG, gynécologue-obstétricienne, Hôpital Santa Cabrini et Hôpital Marie-Enfant.

taient. C'est ainsi que 842 patientes dont l'âge variait entre 16 et 52 ans, (pour un âge moyen de 26.4 ans), et dont 74.35% étaient des nullipares (554 nulligestes et 72 aborta), ont eu durant cette période une anesthésie locale lors de la pose d'un stérilet. Cinq centimètres cubes de lidocaïne, un pour cent, avec ou sans épinéphrine, étaient injectés de chaque côté du col au niveau des ligaments utéro-sacrés à l'aide de la trousse Cutter pour anesthésie paracervicale. Très occasionnellement, on a dû compléter par une troisième dose intracervicale de cinq centimètres cubes. 401 Gyné-T et 433 Cu-7 ont été installés.

Il est important de noter que les chiffres cités plus bas ne peuvent se comparer aux études américaines habituellement publiées qui utilisent, pour leur part, la méthode des tables de vie ou de mortalité[3]. C'est ainsi qu'on étudie les stérilets posés pendant une certaine période, vg. six ou douze mois, mais pour cette période seulement sans égard à leur devenir. L'étude se base sur le premier segment seulement : une fois que le stérilet a été enlevé, peu importe la raison, le cas ne fait plus partie de l'étude. Enfin, tout au long des procédures pour l'évaluation statistique des stérilets, interviennent de nombreux facteurs correctifs que seul un ordinateur pourrait fournir alors que dans l'étude actuelle, les patientes sont étudiées telles qu'elles se présentent au bureau du gynécologue ou du praticien général ; non seulement les femmes qui viennent pour un premier stérilet mais aussi celles qui désirent une réinsertion après un rejet, celles qui en sont à leur deuxième ou troisième stérilet tout autant que celles qui prolongent indûment la durée d'utilisation de leur DIU. Les statistiques utilisées sont donc pour la plupart descriptives ; leurs résultats sont faciles à interpréter et à comparer avec ceux des profanes non statisticiens.

A la pose du stérilet

Parmi les 842 patientes, (Tableau I), 21 femmes (soit 2.49%) ont accusé des douleurs légères (10 cas), modérées (9 cas) ou très fortes (2 cas), incluant un stérilet qui a dû être enlevé avant le départ de la patiente pour douleurs intolérables. Ce pourcentage de 2.49 se compare avantageusement avec celui de 17% chez les nullipares et 6% chez les multipares utilisatrices du Cu-7, d'après le Population Reports[4]. D'autre part, 38 patientes ont présenté une lipothymie légère (32 cas), modérée (4 cas) ou une perte de conscience complète (2 cas). Une femme a fait une crise convulsive épileptiforme et une autre a présenté quelques convulsions ; ni l'une ni l'autre n'avaient d'antécédent neurologique connu. D'après le "Population Reports", "les syncopes se produisent le plus fréquemment à l'occasion de l'insertion des dispositifs rigides dans une proportion qui peut atteindre 10% chez les nullipares"[5].

Une difficulté technique a été notée dans 5.82% des cas ou 49 fois, soit 17 dilatations cervicales difficiles, 4 introductions malaisées du stérilet, 20 rejets immédiats ainsi que 8 stérilets qui n'ont pu être posés (7 à cause d'une dilatation cervicale impossible et 1 à la suite de trois rejets immédiats successifs). Cinq des huit stérilets non installés ont été enrégistrés les deux premières années de pratique ce qui confirme l'importance de l'habilité du médecin dans l'évaluation de stérilets[6].

Tableau I

Pose du stérilet : 842 patientes.

	# patientes	%
Douleurs	21	2.49
Lipothymie	38	4.51
Difficultés techniques	49	5.82

Tableau II **Adaptation au stérilet : 335 femmes interrogées.**

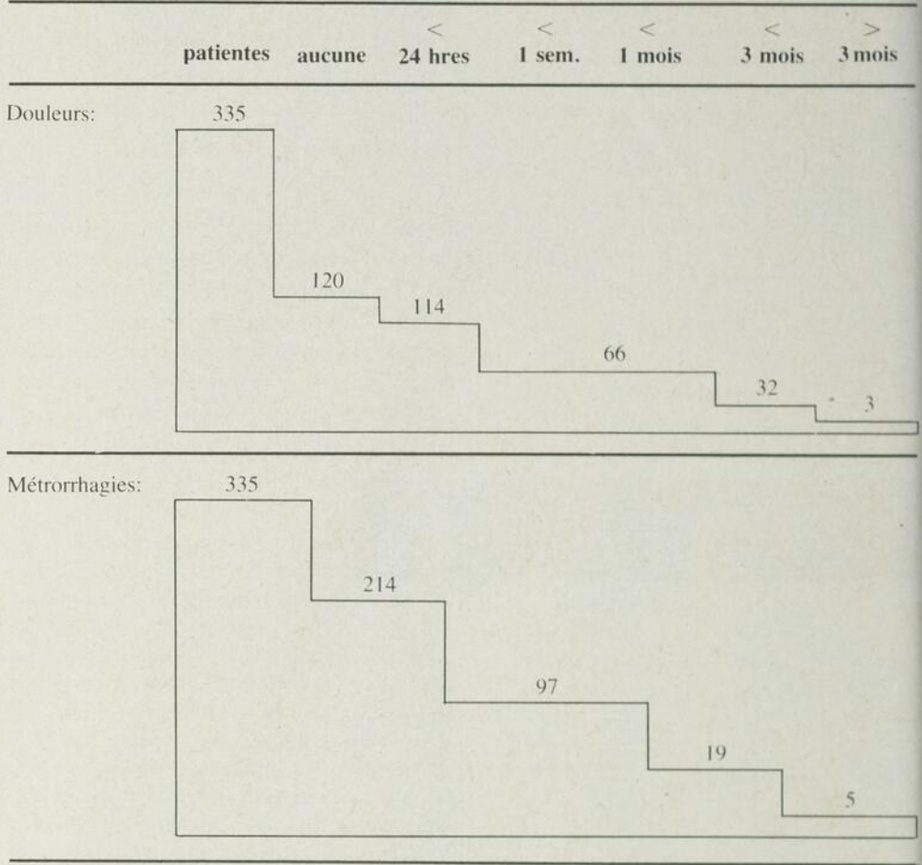


Tableau III

Modifications des menstruations: 380 femmes.

Modifications	Ptes	1ère menstruation			Après 1 an d'utilisation		
		Égal	Augmente	Diminue	Égal	Augmente	Diminue
Durée	#	171	197	12	212	142	26
	%	45	51.84	3.16	55.79	37.37	6.84
Douleur	#	236	130	14	251	121	8
	%	62.11	34.21	3.68	66.05	31.84	2.11
Flot	#	183	179	18	258	105	17
	%	48.16	47.11	4.73	67.90	27.63	4.47

Durant l'adaptation

Parmi les 335 patientes expressément interrogées sur leur adaptation au stérilet pendant les trois premiers mois après l'insertion, 120 femmes ont déclaré n'avoir ressenti aucune douleur. Parmi les 215 femmes qui en avaient accusée, 142 soit les deux tiers d'entre elles, n'ont utilisé aucun analgésique. On peut donc, à partir de ces

Pour enrayer nausées et vomissements



STÉMÉTIL®

(prochlorpérazine)

Anti-émétique pharmacologiquement complet et bien toléré

- bloque les zones chimioréceptrices des centres du vomissement, élevant le seuil des réflexes[1,2]
- réduit les stimuli amorcés par l'anxiété, sans altérer les facultés mentales[3]
- inhibe la conduction nerveuse du réflexe de vomissement provoqué par l'irritation du tractus gastro-intestinal[4]

Renseignements complets sur demande.

- augmente de façon significative le tonus du sphincter inférieur de l'oesophage (SIO), sans affecter la pression oesophagienne, diminuant de ce fait la tendance à la régurgitation[5]
- est présenté en comprimés à 5 et 10 mg, Capsules 'Spansule'* à 10 mg, suppositoires à 5 et 10 mg, liquide à 5 mg/5 ml et ampoules à 10 mg/2 ml.

*Marque déposée de Smith Kline & French Canada Ltd. pour les capsules à désagrégation prolongée.

RHÔNE-POULENC

PAAB CCPP MEMBRE ACIM

Renseignements thérapeutiques à la page 729

chiffres, conclure que 78.8% des femmes n'ont eu aucune douleur, ou n'ont ressenti qu'un inconfort ne nécessitant aucune médication. De même, 214 patientes (soit 63.97%) n'ont présenté aucune métrorrhagie, 97 (29%) en ont accusé les premier mois de la pose, 19 (5.7% incluant une exérèse de stérilet pour cette raison) ont saigné durant les trois premiers mois et 5 femmes (1.81%) dont trois demandant le retrait de leur stérilet, ont eu des saignements intermenstruels pendant plus de trois mois (tableau II).

Lors des menstruations

La revue des dossiers de 380 femmes, interrogées en 1979 et 1980 sur les modifications de leurs menstruations à la suite de la pose d'un stérilet, a été résumé dans le tableau III. La durée de la menstruation a été inchangée dans 45 et 56% des cas, ou prolongée de un à quatorze jours chez 52 et 37% des femmes, pour une moyenne de 3.04 jours à la première menstruation et de 2.75 jours après un an. Dans 3 et 7% des cas, la période de saignement a été raccourcie de un à trois jours pour une moyenne de 1.63 et 1.48 jour respectivement. Ce qui donne pour l'ensemble des femmes porteuses de stérilet avec cuivre, une augmentation de 1.5 jour, comparable aux statistiques de Guillebaud[7].

La douleur menstruelle, après un an, semble avoir été plus souvent identique (66%) et moins souvent augmentée (32%) que lors de la première menstruation (62 et 34%). Quant aux modifications quantitatives du flot menstruel, elles sont, d après les données des patientes, définitivement et statistiquement moins marquées après la première année (saignement égal dans 67.74% des cas et augmenté dans 27.69% des cas) que le premier mois après la pose (égal dans 48.29% des cas et augmenté dans 46.98% des cas).

Néanmoins, il s'agissait, pour la patiente, de comparer sa douleur menstruelle avec stérilet en place à sa dysménorrhée antérieure sans DIU. De même, en était-il du flot menstruel. Le tout se faisant de mémoire et se rapportant à une période éloignée pour celles qui avaient utilisé des anovulants plus ou moins longtemps avant le stérilet. Ces chiffres sont donc difficiles à interpréter et ne seraient de plus, pour certains auteurs, que le reflet de l'adaptation autant psychique que physiologique de la femme à son stérilet[8].

Notons, enfin, que 60% des femmes qui ont accusé des douleurs menstruelles, avec ou sans leur stérilet, n'utilisaient jamais d'analgésiques.

La durée d'utilisation

Sur les 834 stérilets posés depuis 1976, 412 ont été enlevés à des moments divers et pour des raisons multiples résumées dans le tableau IV. Quelques-uns des DIU ont été retirés pour plus d'un motif : d'où 478 indications pour 412 exérèses. La moitié (49.27% ou 203 stérilets) des dispositifs intra-utérins enlevés l'ont été durant le vingt-quatrième mois d'utilisation (recommandé d'ailleurs comme date d'expiration pour les stérilets avec cuivre), et même après. Vint-sept patientes seulement (13.3%) sur ces 203 femmes avaient une indication médicale associée telle que la douleurs, le saignement, le rejet, une grossesse non voulue et autres troubles médicaux en relation avec le stérilet.

Quatorze grossesses ont été diagnostiquées dans cette étude, soit 1.5 grossesse non voulue par 100 années-femmes selon la formule de Pearl. Cette formule ramène tous les chiffres comme si cent couples utilisaient la méthode contraceptive étudiée pendant un an et se calcule de la façon suivante: nombre de grossesses non voulues x 1200 ÷ nombre total de mois d'utilisation = nombre de grossesses non voulues par 100 années-femmes.

$$\frac{144 \times 1200}{111525} = 1.5$$

Les 111525 mois ont été totalisés par 763 patientes, soit 842 femmes moins 8 stérilets non posés et 71 patientes non revues après la mise en place de leur stérilet. En plus d'une grossesse ovarienne droite rupturée, il y eu 13 grossesses intrautérines dont 4 se sont terminées par une grossesse et un accouchement normal, 6 par un avortement provoqué, 2 par une fausse-couche spontanée, et la treizième femme ayant expulsé spontanément quelques débris placentaires a vu sa grossesse se continuer quelque temps pour se terminer vingt-quatre heures après une amniocentèse. Le rapport entre la grossesse ectopique et les quarante grossesses intrautérines est de 2.5% et se compare à celui trouvé par Tatum et Schmidt qui notent d'ailleurs une augmentation de ce taux avec la durée d'utilisation du stérilet[8]. Lors de l'examen diagnostique de la grossesse, 3 stérilets étaient déplacés dans l'endocol, 7 étaient intrautérins et la localisation des 4 autres n'est pas connue.

Quarante stérilets sur 412, (9.71%, ou 8.77% si on ajoute les 44 patientes qui avaient encore leur stérilet en place après vingt-quatre mois : stérilets qui auraient dû avoir été enlevés), ont été retirés pour rejet partiel ou localisation dans le canal cervical. Ont été exclus de ce nombre, tel que suggéré par Tietze[3], les rejets immédiats à la pose compilés dans les difficultés techniques, et les rejets avec grossesse associés inclus dans les grosses non voulues. Le pourcentage de 9.71 ou de 8.77 ne représente donc pas l'incidence de rejet par rapport à cent insertions, puisque tous les stérilets encore en place pour une durée de moins de vingt-quatre mois ne sont pas inclus, mais seulement le taux de rejet par rapport aux stérilets enlevés, ou aux stérilets retirés plus ceux qui auraient dû l'être.

Trente-cinq femmes ont fait ôter leur stérilet pour des motifs médicaux en rapport avec leur stérilet, soit : 9 pour salpingites certaines ou possibles, 2 pour autoextractions accidentelles, 2 pour manque d'efficacité à cent pour cent, 1 pour cervicite, 2 pour douleurs péniennes chez le partenaire et 19 pour troubles multiples tels que "picotement, mastalgie, fatigue, mal partout..." qui, d'après Tietze,[3] doivent être inclus dans ce groupe en autant que la patiente croit que ses malaises sont en relation avec son stérilet. 22 autres raisons, celles-là, indépendantes du stérilet, en ont aussi motivé l'exérèse soit : 3 hystérectomies pour pathologie gynécologique, 12 ligatures tubaires, 4 vasectomies, 2 ménopauses et 1 départ du partenaire.

Sur les 422 patientes dont la durée d'utilisation est incomplète, 44 femmes avaient leur stérilet depuis vingt-quatre mois ou plus, 71 n'avaient jamais été révues ou rejointes après la mise en place de leur DIU, et 351 femmes ou l'utilisaient depuis moins de deux ans ou avaient perdu contact avec nous durant leur relance.

Taux de continuation et de satisfaction

Parmi les 698 femmes à qui un stérilet a été posé pour la première fois à mon bureau, 52 patientes en avaient déjà utilisé un ou plusieurs, pour un total de 58 stérilets antérieurs ou un taux de continuation de 8.31% (52/698). Par contre, lors de l'exérèse des 412 stérilets, 160 stérilets ont été replacés chez 136 femmes ; ce qui fait un taux de continuation de 38.83% (160/412). Il ne faut pas confondre ce taux de continuation qui est vraisemblablement une preuve de satisfaction éprouvée par une femme face à son stérilet comme méthode contraceptive, avec le taux de continuation des statistiques habituelles sur les stérilets qui n'est que la compilation des femmes dont le stérilet est encore en place à la fin de la période étudiée.

Une autre façon d'évaluer la satisfaction des utilisatrices d'un DIU face à leur méthode contraceptive pourrait être d'additionner : n. de stérilets en place depuis plus de 24 mois + n. de stérilets de moins de 24 mois enlevés pour une grossesse planifiée + n. de stérilets de moins de 24 mois enlevés pour raisons autres que médicales et sans rapport avec le stérilet + n. de stérilets enlevés à terme sans raison médicale associée comme saignement, douleur, rejet, grossesse non voulue et autres troubles, de multiplier ce chiffre par 100, et de le diviser par le n. total de stérilets enlevés + n. de stérilets en place pour une durée plus grande ou égale à 24 mois. On obtiendrait ainsi un pourcentage des satisfactions.

Dans cette série-ci, il s'agirait de

$$\frac{44 + 49 + 10 + 171 \times 100}{412 + 44} = 60.09\%$$

Renseignements thérapeutiques à la page 720 →



Restoril. Un sommeil qui se rapproche du sommeil naturel.

Efficacité éprouvée dans le propre laboratoire de sommeil du malade – sa chambre à coucher.

Tableau IV

Exérèse des stérilets : 412 stérilets enlevés.

Motifs	Moins de 6 mois	6-24 mois	Moins de 24 mois	24 mois et plus	Total
Grossesses planifiées	3	46	49	24	73
Douleurs	14	34	48	11	59
Saignements	14	37	51	10	61
Rejets	28	10	38	2	40
Grossesses non voulues	3	9	12	2	14
Expirations	0	0	0	174	174
Divers	12	26	38	19	57
en relation avec le stérilet	(8)	(20	(28)	(7)	(35)
sans relation avec le stérilet	(4)	(6)	(10)	(12)	(22)
Total des motifs	**74**	**162**	**236**	**242**	**478**
Nombre de stérilets enlevés	**67**	**142**	**209**	**203**	**412**

Tableau V

Stérilets avec durée incomplète d'utilisation : 422 stérilets encore in utero.

Durée de plus de 24 mois	44
Durée de moins de 24 mois	351
Patientes non revues après la pose	71
Nombre total	**422**

Conclusion

Il est donc démontré que l'anesthésie paracervicale lors de la pose d'un stérilet rend celle-ci moins douloureuse et diminue l'incidence du choc vagual. Elle rend ainsi accessible l'usage du stérillet comme méthode contraceptive aux nulligestes et aux femmes qui craignent la douleur anticipée ou déjà éprouvée. Par contre, contrairement à l'hypothèse du début de ce travail, la modification des menstruations chez les porteuses de stérilet ne semble pas influencée par l'usage du bloc paracervical au moment de l'installation du DIU. En effet, d'après plusieurs auteurs[9], le nombre de retraits pour saignements et douleurs menstruels par rapport au nombre de retraits pour d'autres raisons médicales varierait de 2.45 à 4.11 alors que celui de la série actuelle est évaluée à 3.64 (Voir tableau IV). Enfin, certaines données de cette étude pourraient militer en faveur de l'utilisation du bloc paracervical, même si on ne peut les comparer, les études sur ces points précis manquant dans la littérature médicale actuelle. Par exemple, le fait qu'après la pose du stérilet, 78.8% des femmes n'aient ressenti aucune douleur ou qu'un léger inconfort ne nécessitant point d'analgésique, ou encore, le taux de 60.09% de satisfaction des femmes face à leur stérilet pour lequel nous suggérons une formule d'évaluation. Notons de plus que 38.83% des stérilets enlevés pour quelques motifs que ce soient, ont été remplacés immédiatement par un autre DIU. Ce chiffre peut s'élever à 47.2%, ou un peu moins qu'un stérilet sur deux, si on soustrait les retraits pour grossesse planifiée qui, par définition, excluent le désir actuel d'un autre stérilet. Nous pensons donc, en accord d'ailleurs avec d'autres cliniciens, que l'usage du bloc paracervical lors de la pose du stérilet devrait se généraliser pour permettre l'accès à ce moyen contraceptif à un plus grand nombre de femmes, pour en augmenter leur satisfaction et le taux de continuation.

summary

Because of negative comments from patients and gynaecologists who are reluctant to offer an I.U.D. to nulliparas, the author purposes the paracervica block as a routine procedure for painless insertion of I.U.D. and prevention of vasovagal reactions. This procedure was found to be largely recommended through the medical litterature and its effectivenes confirmed by the author's series. Continuation rate was increased, as well as patients satisfaction. Guidelines are also proposed for futher evaluation.

bibliographie

1)Lippes, J., Malik, T., Tatum, H.J. : The post coital copper-T.Paper presented at The Thirteen Annual Physicians. Los Angeles. California. April 17, 1975. 8 p. cité dans Pop. Reports, Série J (9) : J-12. Juil. 1976. Ed ang. Janv. 1976.

2)Anonyme : Pop. Reports Série B (3) : B-28. Nov. 1979. Ed. ang. May 1979.

3)Tietze, C., Lewit, S. : Recommended procedures for the statistical evaluation of intrauterine contraception. Stud Fam. Plan., 4(2) : 35-42, 1973.

4)Anonyme : Differences in DIU data by parity vanish when "confidence levels" are reconcilied. Obstrie Gynecol. News 9(3) : 2, 60-61. Feb 1, 1974, cité Pop. Reports Série b (2) : B-36. Dec. 1976. Ed ang aug 1975.

5)Anonyme : Pop. Reports Série B (2) : B-37. déc. 1976.

6)Hefnawi, F., Segal, S.J. : Analysis of intrauterine oontraception. Proceeding of the Third International Conference on intrauterine contraception. Cairo. Arab Republic of Egypt. 12-12 déc. 1974. Amerdcan Elsevier Publ. Co.N.Y.

7)Guillebaud, J., Bonnar, J. : Longer though lighter menstrual and intermenstrual bleeding with copper as compared to inert intrauterine devices. Brit. J. Obstit Gynecol; 85(9) : 707-712 sept 1978., cité par Pop, Reports Série B(3) : B-19. nov. 1979.

8)Pop. Reports, Série B (3) : B-25 nov. 1979.

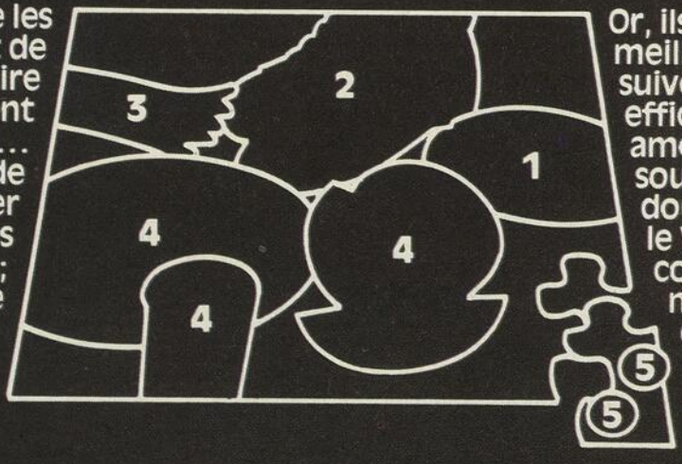
9) idem p. B-18

10) idem p. B-36-37.

Renseignements thérapeutiques à la page 744 →



Il est essentiel que les patients souffrant de maladie vasculaire ériphérique changent leur style de vie... ; doivent: (1) cesser de fumer; (2) s'adonner régulièrement à des exercices physiques; (3) prendre soin de leurs extrémités et (4) modifier leur égime alimentaire.



Or, ils peuvent obtenir de bien meilleurs résultats si, de surcroît, ils suivent un régime médicamenteux efficace. (5) VASODILAN* peut améliorer la circulation sanguine, soulager les engourdissements, la douleur et les crampes. D'ailleurs, le VASODILAN* ne semble pas contrarier l'action d'autres médicaments pris de manière concomitante, en particulier les médicaments indiqués dans le traitement du glaucome ou du diabète.

VASODILAN* 20 mg

(chlorhydrate d'isoxsuprine)

UN ASPECT IMPORTANT DU TRAITEMENT DES MALADIES VASCULAIRES PÉRIPHÉRIQUES



BRISTOL

Le carcinome "Oat Cell" du poumon : un diagnostic ambigu, un traitement à repenser

Roger Gareau[1]

Résumé

Cet article traite des difficultés rencontrées dans le diagnostic du carcinome "oat cell" du poumon. L'auteur, qui est pathologiste, justifie pourquoi il pense qu'une tumeur opérable du poumon devrait être réséquée même si c'est un carcinome "oat cell".

Depuis l'avènement de la chimiothérapie, la médecine a fait un pas de plus dans le traitement du carcinome "Oat cell" du poumon. Du fait que le pronostic de ce cancer s'avère mauvais à plus ou moins brève échéance, on le présume généralisé lors du diagnostic, mais on obtient quand même de bonnes rémissions par la chimiothérapie alliée à la radiothérapie, tout en évitant la chirurgie. Il faut vraiment être pathologiste pour oser remettre en question un concept thérapeutique aussi simple, logique, rassurant et suggérer que ce pas de plus peut nous éloigner du but poursuivi : le plus grand bien du patient.

Le contenant et le contenu

Ce bel automatisme, déclenché par un "mot-diagnostic" magique à consonnance anglosaxone, devient suspect lorsqu'on s'arrête à penser que le carcinome "Oat cell" n'est pas nécessairement généralisé et qu'on prive ainsi de la guérison le patient privilégié dont le cancer serait opérable. On s'inquiète encore davantage quand on sait que le diagnostic de carcinome "Oat cell" n'a pas exactement la même signification pour tous les pathologistes même si tous admettent qu'il désigne une variante indifférenciée de cancer du poumon dont les cellules, en forme de grain d'avoine, sont composées d'un noyau allongé et d'un cytoplasme peu abondant. On l'appelait jadis sarcome "Oat cell" à cause de sa ressemblance avec le réticulosarcome. L'Organisation Mondiale de la Santé préconise le terme de carcinome indifférencié à petites cellules qu'elle subdivise de la façon suivante :

Carcinome indifférencié à petites cellules fusiformes ;

Carcinome indifférencié à petites cellules polygonales ;

Carcinome indifférencié à petites cellules lymphocytaires en grain d'avoine ;

Autres.

Cette systématisation résulte d'un effort sincère pour que s'accordent les pathologistes américains et européens. Elle donne, à mon sens, trop d'importance à la cytologie, trop peu à l'histologie et à la microscopie électronique. Au moment où les TEMistes* sont en mesure de préciser la nature carcinoïdienne, épidermoïde ou adénocarcinomateuse des cellules néoplasiques, pourquoi les classifications ignoreraient-elles les zones bien différenciées des tumeurs ?

Le traumatisme du prélèvement

Le prélèvement au bronchoscope traumatise ces petites cellules néoplasiques mal différenciées, fragiles, que la moindre pression écrase, surtout si l'affilage de la pince à biopsie laisse à désirer. Écrabouillées, irrémédiablement mêlées à la nécrose et à la fibrose, elles forcent le pathologiste à procéder par élimination plutôt qu'à poser un diagnostic électif. Après avoir disposé de l'inflammation chronique non spécifique à cause de la monotonie cellulaire, de la nécrose et de la fibrose, il écarte le diagnostic de lymphome en raison du noyau allongé anguleux des cellules et de leur cytoplasme un peu trop abondant. Il ne reste que le diagnostic de carcinome indifférencié à petites cellules. Reconnaissons qu'un tel diagnostic, fondé sur quelques cellules, écrasées au point d'être presque méconnaissables, est à tout le moins boiteux. Il serait plus conforme à la réalité de l'énoncer de la manière suivante : "Tumeur maligne probablement épithéliale, dont il faudrait préciser la nature sur un échantillon plus adéquat". L'idéal serait que le diagnostic fût porté sur un spécimen de pneumonectomie de lobectomie ou au moins de tumorectomie. Mais comme le patient est trop souvent inopérable, il faut alors se contenter de la cytolo-

1) M.D., Chef du Service de pathologie chirurgicale, Hôtel-Dieu de Montréal, professeur titulaire de Clinique, Département de pathologie, Université de Montréal.

Pour les **tirés-à-part,** veuillez vous adresser à : Roger Gareau, M.D., Département de pathologie, 3840, rue St-Urbain, Montréal, Québec, H2W 1T8.

Mots nouveaux

***TEMistes :**

Par ce mot nous désignerons les ultramicroscopistes qui utilisent le "Transmission Electron Microscope" par opposition aux SEMistes qui utilisent le "Scanning Electron Microscope".

HPS :

Hématoxyline - Phloxine - Safran. Coloration de routine à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

HAPS :

Hématoxyline - Bleu alcian - PAS - Safran. Tétrachrome qui colore les mucopolysaccharides neutres et acides, les noyaux et le collagène. On l'utilise à l'Hôtel-Dieu de Montréal depuis septembre 1960.

Grimelius :

Coloration à l'argent permettant de déceler les granulations argentophiles intracytoplasmiques correspondant aux granulaions neurosécrétoires observées en M.E.

M.E. :

Microscope électronique.

gie des expectorations et/ou de la biopsie endoscopique pour confirmer le diagnostic radiologique de la tumeur et amorcer le traitement palliatif.

Rôle du microscope optique

Il convient de rassurer les cliniciens dont le pathologiste ne peut utiliser le microscope électronique. Le HPS et quelques colorations spéciales permettent au pathologiste de déterminer la nature exacte du carcinome "Oat cell". Les critères histologiques habituels lui permettent de reconnaître la différenciation épidermoïde ou carcinoïdienne dans les zones différenciées des tumeurs. Le HAPS et le Grimelius s'avèrent une aide précieuse dans cette recherche délicate. Le HAPS colore en rouge les mucopolysaccharides neutres, – dont le glycogène, – et en bleu, les mucopolysaccharides acides dans les cytoplasmes et les cavités de sécrétion. Le Grimelius teint en noir les granulations argentophiles intracytoplasmiques du carcinoïde, homologues des granulations neuroendocriniennes observées en microscopie électronique. Les rares spécimens d'exérèse chirurgicale qui nous parviennent sont toujours étudiés à l'état frais et sur coupes par congélation. Après avoir établi un diagnostic préliminaire à l'intention du chirurgien et sélectionné un prélèvement pour la M.E., nous nous tournons vers la polarisation pour mettre en évidence les graisses biréfringentes dont l'identification ultérieure sera impossible même en M.E. Présentes dans les cellules épithéliales des tumeurs primitives du poumon, ces graisses anisotropes autorisent le diagnostic de carcinoïde. La polarisation décèle aussi, grâce à leur biréfringence, les amas de kératine camouflés dans la nécrose, les cellules dyskératotiques et les globes cornés qui justifient le diagnostic de carcinome épidermoïde.

Et le traitement ?

Le clinicien chargé du traitement s'appuie sur la radiologie et les disciplines connexes pour déceler les métastases. Les patients atteints de carcinome "Oat cell" inopérable dûment diagnostiqué seront soumis à la chimiothérapie alliée à la radiothérapie. Quant aux autres, plus rares, – plus heureux aussi, – il serait souhaitable, contrairement à la tendance actuelle, qu'ils fussent soumis à la chirurgie quel que soit le diagnostic histologique. Dès lors, le patient bénéficiera de l'extirpation de sa tumeur et d'une planification éclairée du traitement médical subséquent. Le pathologiste disposera d'un matériel abondant, de bonne qualité, facile à examiner au microscope photonique et électronique, susceptible de conduire à un diagnostic histologique complet. Le statisticien, pour sa part, obtiendra des diagnostics précis, détaillés, comparables, qui fourniront des séries homogènes, lesquelles permettront d'améliorer encore le pronostic du carcinome "Oat cell" du poumon.

STÉMÉTIL®
(prochlorpérazine)

Indications: nausées et vomissements d'origines diverses: troubles gastro-intestinaux, intolérance médicamenteuse, mal des transports et mal des rayons, états post-opératoires, grossesse, vertige et migraines.

Posologie: Adultes, voie orale – 5 à 10 mg, 3 ou 4 fois par jour; pour les cas très bénins, une dose unique de 5 à 10 mg est souvent suffisante. Capsules 'Spansule': une ou deux toutes les 12 heures. Cette dose peut être augmentée au besoin de 10 mg tous les 2 ou 3 jours jusqu'à ce que les symptômes soient maîtrisés. Traitement d'entretien: réduire la posologie à la dose minimale efficace. A cause des faibles doses requises en pédiatrie, les Capsules 'Spansule' ne devront pas être utilisées chez les enfants. **Voie rectale** – 1 ou 2 suppositoires de 25 mg par jour. **Enfants, voies orale ou rectale** – Jusqu'à 10 mg par jour en prises fractionnées, selon le poids.

Voie parentérale (ne pas dépasser 40 mg par jour) – **En médecine générale:** 5 à 10 mg I.M., 2 ou 3 fois par jour. **En chirurgie:** 5 à 10 mg I.M., 1 à 2 heures avant l'anesthésie. Répéter une fois au cours de l'intervention, si nécessaire. Après l'opération, même dose de 5 à 10 mg, répétée toutes les 3 ou 4 heures. Pendant et après l'intervention, on peut administrer par voie I.V. à la concentration de 20 mg par litre dans un liquide de perfusion. **En obstétrique:** 10 mg I.M. au début du travail; nouvelles doses de 10 mg au besoin. Post partum: la dose quotidienne habituelle est de 15 à 30 mg P.O. ou I.M.

Contre-indications: états comateux ou de profonde dépression du SNC produits par les hypnotiques, les analgésiques, les narcotiques, l'alcool, etc.; hypersensibilité aux phénothiazines; dyscrasie sanguine; dépression de la moelle osseuse, atteinte hépatique.

Mises en garde et précautions: préciser l'étiologie des vomissements avant de recourir au médicament car son action anti-émétique pourrait masquer les symptômes de pression intracrânienne ou d'obstruction intestinale. Chez les patients ayant présenté des troubles convulsifs, administrer un anticonvulsif durant le traitement. De la dyskinésie tardive peut survenir chez des patients recevant un traitement à long terme. Si des dépresseurs du SNC sont employés, tenir compte d'un effet additif possible. Administrer avec grande prudence chez les sujets souffrant de glaucome ou d'hypertrophie de la prostate. Le médicament peut altérer la vigilance ou la rapidité des réflexes; prévenir les maladies de ne pas conduire une voiture ou exécuter un travail mécanique de précision au cours des premiers jours de traitement. Se rappeler que tout médicament doit être utilisé avec prudence pendant la grossesse, particulièrement au cours du premier trimestre.

Effets secondaires: des réactions extrapyramidales, des modifications de la régulation thermique et des convulsions ont été observées. Prendre en considération les autres effets dus aux dérivés de la phénothiazine: pour liste complète, voir la monographie.

Surdosage: aucun antidote spécifique; traitement symptomatique. Si un hypertenseur est nécessaire, employer la noradrénaline (non l'adrénaline qui risque d'aggraver l'hypotension).

Présentations: comprimés à 5 et 10 mg; **liquide** à 5 mg par c. à thé (5 ml); **ampoules** de 2 ml à 10 mg (5 mg par ml); **suppositoires** à 5 et 10 mg. **capsules 'Spansule'** à 10 mg.

1. GOODMAN, L., GILMAN, A.: Pharmacological Basis of Therapeutics, 5e ed., 1975. 2. TODAY'S DRUGS: Brit. Med. J., 1, 1970. 3. PETERFY, G., PINTER, J.: Cur. Therap. Res., 14, (9), 1972. 4. WOLF, J.W.: Missouri Med., 59, (16), 1962. 5. BROCK-UTNE, J.G.: Brit. J. Anaest., (50), 1978.

RHÔNE-POULENC PHARMA Inc.
8580, Esplanade, Montréal
® usager autorisé

Flagystatin®
(métronidazole-nystatine)

Indications: Infections vaginales mixtes à Trichomonas vaginalis et à Candida albicans.
Contre-indications: Hypersensibilité à l'un des constituants du Flagystatin.
Éviter l'administration concomitante de Flagyl oral chez les patientes présentant des troubles neurologiques en évolution ou des antécédents de dyscrasie sanguine, d'hypothyroïdisme ou d'hyposurrénalisme, à moins que de l'avis du médecin, les avantages ne l'emportent sur les risques possibles pour les patientes.
Mise en garde: La nystatine ne possède que peu ou pas d'activité antibactérienne tandis que le métronidazole exerce une activité sélective vis-à-vis certaines bactéries anaérobiques; par conséquent, le Flagystatin n'est peut être pas efficace dans les infections vaginales bactériennes. Le Flagystatin ne devra être prescrit qu'en présence évidente d'infestation à Trichomonas.
Précautions: Si le partenaire sexuel présente des symptômes d'infestation à Trichomonas, il devra aussi être traité avec du Flagyl, par voie orale, pour éviter une réinfestation. Il est possible que des effets secondaires observés au cours d'un traitement oral au métronidazole se produisent au cours de l'administration vaginale de Flagystatin.
Au moment d'administrer du Flagyl par voie orale (voir monographie Flagyl), on devra prendre les précautions suivantes:
Aviser les malades de ne pas consommer d'alcool qui risque de déclencher des réactions semblables à celles que l'on observe avec le disulfiram. Bien qu'aucune anomalie hématologique persistante n'ait été observée durant les études cliniques, il convient de contrôler la formule leucocytaire (totale et différentielle) avant et après l'administration du Flagyl, surtout s'il faut répéter le traitement.
Le métronidazole traverse la barrière placentaire. Bien qu'il ait été donné à des femmes enceintes sans provoquer de complications apparentes, il vaut mieux éviter la voie orale pendant la grossesse et ne pas administrer le produit pendant les trois premiers mois.
Interrompre le traitement par voie orale si l'on note de l'ataxie ou d'autres symptômes d'atteinte du SNC.
Effets secondaires: Les effets secondaires observés au cours d'un traitement au Flagystatin sont peu nombreux et bénins: sensation de brûlure ou d'irritation. Le goût amer, les nausées et les vomissements déjà constatés avec le métronidazole, furent surtout observés lorsque Flagyl oral était administré en même temps que le traitement local au Flagystatin. Au cours des essais cliniques avec le Flagystatin, certaines réactions qui ne sont pas nécessairement dues au produit, furent notées: taches de pigmentation cutanée dans la région des genoux, boursouflures sur tout le corps, douleur et oedème aux poignets et aux chevilles, prurit, céphalées, langue saburrale et fatigue.
Surdosage: Il n'y a pas d'antidote spécifique. Après un lavage gastrique, instituer un traitement symptomatique.
Posologie et administration: Introduire profondément dans le vagin, chaque soir, pendant 10 jours, un comprimé vaginal, ou un ovule, ou encore le contenu d'un applicateur de Crème Flagystatin. Si après 10 jours la guérison n'est pas obtenue, un deuxième traitement peut être administré. Si le Trichomonas n'est pas complètement éliminé, administrer par voie orale 250 mg de Flagyl deux fois par jour pendant 10 jours.
Présentations: Comprimés vaginaux à 500 mg de métronidazole et 100,000 unités de nystatine. Boîtes de 10 avec applicateur. Ovules vaginaux à 500 mg de métronidazole et 100,000 unités de nystatine. Boîtes de 10 avec applicateur. Crème vaginale en tube de 55 g avec applicateur. Un plein applicateur donne une dose de 500 mg de métronidazole et 100,000 unités de nystatine.

Renseignements complets sur demande.

RHÔNE-POULENC PHARMA Inc.
8580 Esplanade, Montréal

PAAB CCPP MEMBRE ACIM

Traitez la douleur arthritique et l'inflammation tout en réduisant les risques d'irritation gastrique

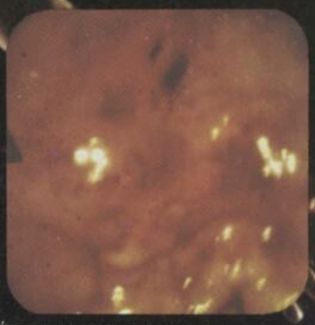
entrophen*

(comprimés d'acide acétylsalicylique, USP) à enrobage entéro-soluble au POLYMÈRE* 37



Un traitement visant à soulager la douleur, à réduire l'inflammation et à améliorer la mobilité. L'enrobage au POLYMÈRE* 37* réduit les risques d'irritation gastrique causée par des doses élevées d'a.a.s.

TRAITEMENT AVEC L'A.A.S. ORDINAIRE



Érosions aiguës de la muqueuse gastrique après l'administration orale d'a.a.s. non enrobé à raison de 3,9 g par jour durant 14 jours.[1]

TRAITEMENT AVEC ENTROPHEN*



Érosions de la muqueuse gastrique après le même régime posologique au moyen d'ENTROPHEN*-10. Les salicylémies obtenues avec ENTROPHEN* et l'a.a.s. ont été semblables.[1]

ENTROPHEN* pour un traitement des troubles arthritiques comportant moins de risques d'irritation gastrique... un médicament avec lequel on peut amorcer et poursuivre le traitement et sur lequel on peut compter

1. Giroux, Y. et coll.. "Les effets sur la muqueuse gastrique de l'acide acétylsalicylique enrobé (ENTROPHEN) et de l'acide acetylsalicylique usuel. Étude comparative par endoscopie". *Union Médicale du Canada 106, 6,* juin 1977, pp. 841-847.

*® Marque déposée

Frosst

COMPRIMÉS

entrophen*

(comprimés d'acide acétylsalicylique, USP)
à enrobage entéro-soluble au
POLYMÈRE 37*

CLASSIFICATION THÉRAPEUTIQUE

Agent anti-inflammatoire et analgésique
Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire

DESCRIPTION

ENTROPHEN* (comprimés d'acide acétylsalicylique, USP) est un comprimé entérosoluble d'acide acétylsalicylique enrobé de POLYMÈRE 37*, un alcool polyvinylique partiellement estérifié.

ACTION

L'acide acétylsalicylique (a.a.s.) est doté à la fois de propriétés analgésique, antipyrétique et anti-inflammatoire.

Bien que les effets analgésiques et antipyrétiques du produit aient une grande utilité dans les affections rhumatismales, on utilise principalement l'a.a.s. pour réduire les effets du processus inflammatoire. L'inhibition de la synthèse des prostaglandines peut jouer un rôle dans l'action anti-inflammatoire de l'a.a.s.

En inhibant la synthèse des prostaglandines, l'a.a.s. inhibe également l'agrégation plaquettaire et la réaction de libération. Le thromboxane A_2 joue un rôle essentiel dans l'agrégation plaquettaire. Or, l'a.a.s. empêche la formation de thromboxane A_2 par acétylation de la cyclo-oxygénase des plaquettes. L'effet inhibiteur sur la synthèse des prostaglandines est irréversible et persiste pour la durée de vie des plaquettes.

L'enrobage au POLYMÈRE 37* résiste fortement à la désagrégation dans les liquides aqueux dont le pH est inférieur à 3,5 pendant au moins 2 heures et peut se désagréger dans des liquides aqueux dont le pH est d'au moins 5,5 en 10 à 30 minutes. Ainsi, le POLYMÈRE 37* est efficace pour empêcher la libération de l'a.a.s. dans l'estomac tout en lui permettant de se dissoudre dans la partie supérieure de l'intestin grêle et d'être absorbé au niveau du duodénum.

Des études cliniques ont démontré que l'acide acétylsalicylique, enrobé de POLYMÈRE 37* (comprimés d'acide acétylsalicylique, USP) réduit ou élimine le risque d'irritation gastrique pendant une salicylothérapie intensive et de longue durée.

INDICATIONS

ENTROPHEN* (comprimés d'acide acétylsalicylique, USP) est indiqué lorsque l'intolérance gastrique à l'a.a.s. est un problème.

ENTROPHEN* est indiqué pour le soulagement des symptômes des affections suivantes:

- Arthrose
- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondylarthrite
- Bursite
- Et autres formes de rhumatisme
- Troubles de l'appareil locomoteur

Dans le rhumatisme articulaire aigu, toutefois, il faut administrer conjointement de la pénicilline ou tout autre médicament approprié.

De façon générale, on considère l'a.a.s. comme le traitement fondamental de la plupart des formes d'arthrite.

ENTROPHEN* est également indiqué pour diminuer le risque de récidives d'accident ischémique transitoire ou d'accident cérébrovasculaire chez les hommes ayant des antécédents d'ischémie cérébrale transitoire par embole de plaquettes et de fibrine. À l'heure actuelle, rien ne prouve que l'a.a.s. puisse prévenir les accidents ischémiques transitoires chez la femme ou être bénéfique comme traitement une fois l'accident thrombotique survenu, tant chez l'homme que chez la femme.

CONTRE-INDICATIONS

- Allergie aux ingrédients.
- Ulcère gastro-duodénal évolutif.
- Malades ayant manifesté une réaction de bronchospasme à l'a.a.s. ou aux médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens.

MISE EN GARDE

L'a.a.s. est l'une des causes les plus fréquentes d'intoxication accidentelle chez les bébés et les enfants en bas âge. Aussi doit-on conserver ENTROPHEN* (comprimés d'acide acétylsalicylique, USP) hors de la portée des enfants.

PRÉCAUTIONS

On doit administrer avec prudence les préparations qui renferment des salicylés aux personnes qui souffrent d'asthme, d'allergies ou qui ont des antécédents d'ulcération gastro-intestinale ainsi qu'à celles qui ont des tendances aux saignements ou qui souffrent d'hypoprothrombinémie ou d'une anémie importante.

Les salicylés peuvent modifier les résultats de tests de la fonction thyroïdienne.

De rares cas d'hépatite aiguë chez des sujets présentant une salicylémie au-dessus de 25 mg/100 mL et atteints de lupus érythémateux disséminé et de polyarthrite rhumatoïde juvénile ont été rapportés. Les patients se sont rétablis après le retrait du médicament.

Administration durant la grossesse

L'a.a.s. ne semble pas avoir d'effets tératogènes. On a démontré que l'a.a.s. retarde la parturition chez les rats mais on a observé ce même effet avec les agents anti-inflammatoires non stéroïdiens qui inhibent la synthèse des prostaglandines.

L'administration de fortes doses d'a.a.s. (3 g par jour) durant la grossesse peut prolonger la gestation et la parturition.

En raison de la possibilité d'effets défavorables chez le nouveau-né et des pertes sanguines que peut encourir la mère, il ne faut pas administrer d'a.a.s. au cours des trois derniers mois de la grossesse.

Interactions médicamenteuses

Quand ENTROPHEN* (comprimés d'acide acétylsalicylique, USP) est prescrit de pair avec des anticoagulants, il faut user de prudence car l'a.a.s. peut potentialiser l'action de ces derniers.

Les salicylés peuvent aussi potentialiser les effets des hypoglycémiants de la catégorie des sulfonylurées. De fortes doses de salicylés peuvent entraîner de l'hypoglycémie et modifier les besoins du diabétique en insuline.

Bien qu'à fortes doses les dérivés salicylés aient une action uricosurique, de plus petites quantités peuvent inhiber la clearance de l'acide urique et ainsi diminuer les effets uricosuriques du probénécide, de la sulfinpyrazone et de la phénylbutazone.

L'excrétion de sodium que produit la spironolactone peut décroître en présence de salicylés.

Les dérivés salicylés ralentissent également l'élimination rénale du méthotrexate.

RÉACTIONS DÉFAVORABLES

Réactions gastro-intestinales: nausées, vomissements, diarrhée, saignements gastro-intestinaux et ulcération. Réactions auditives: tinnitus, vertige, surdité. Réactions hématologiques: leucopénie, thrombocytopénie, purpura. Réactions allergiques et dermatologiques: urticaire, oedème angioneurotique, prurit, éruptions cutanées diverses, asthme et anaphylaxie. Réactions diverses: hépatite toxique aiguë réversible, confusion mentale, somnolence, sudation et soif.

SYMPTÔMES DU SURDOSAGE ET TRAITEMENT

Symptômes

Dans les intoxications légères, on peut observer les signes suivants: respiration rapide et profonde, nausées, vomissements (provoquant de l'alcalose), hyperpnée, vertiges, tinnitus, rougeurs, sudation, soif et tachycardie. (De fortes concentrations sanguines d'a.a.s. provoquent de l'acidose.) Dans les cas graves, on peut observer: fièvre, hémorragie, excitation, confusion, convulsions ou coma et insuffisance respiratoire.

Traitement

Le traitement est essentiellement symptomatique et doit comporter des mesures de soutien. Administrer de l'eau, un antidote universel et vider ensuite l'estomac en provoquant des vomissements ou en faisant un lavage gastrique. Donner des boissons (p. ex. un bouillon salé) pour compenser la perte sodique. Si le malade est incapable de garder les liquides qu'il a absorbés, on peut alors traiter l'alcalose en injectant un soluté salé hypertonique par voie intraveineuse. En présence d'acidose causée par les salicylés, on donne de préférence du bicarbonate de sodium par voie intraveineuse parce qu'il augmente l'excrétion des salicylés par les reins. La vitamine K est indiquée s'il y a des signes d'hémorragie. L'hémodialyse a été utilisée avec succès.

La dépression respiratoire peut nécessiter une ventilation artificielle avec source d'oxygène. En cas de convulsions, il est préférable d'administrer de la succinylcholine tout en pratiquant la ventilation artificielle avec source d'oxygène. On ne doit pas utiliser les agents qui inhibent le système nerveux central.

L'hyperthermie et la déshydratation constituent une menace pour la vie du malade. Le traitement devra, en premier lieu, viser à y remédier et à maintenir une fonction rénale suffisante. Tout enfant dont la température rectale dépasse 40°C doit être soigné au moyen de frictions à l'eau froide ou à l'alcool.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Effet analgésique et antipyrétique

Administrer jusqu'à 2,925 g par jour au besoin.

Effet anti-inflammatoire

Étant donné que la suppression de l'inflammation croît à mesure que la posologie des salicylés augmente, même quand celle-ci dépasse le seuil de la toxicité, l'objectif du traitement est d'utiliser la dose la plus élevée possible tout en évitant de provoquer des effets toxiques. La plupart des malades peuvent tolérer une salicylémie de l'ordre de 20 à 25 mg pour cent. Le plus souvent, les échecs thérapeutiques proviennent d'une administration insuffisante d'a.a.s.

La méthode habituelle qui permet d'obtenir une salicylémie anti-inflammatoire efficace de 20 à 25 mg pour cent consiste à déterminer la posologie en amorçant le traitement au moyen de 2,6 à 3,9 g par jour compte tenu de la taille, de l'âge et du sexe du patient. S'il y a lieu, on ajuste graduellement la posologie en l'augmentant de 0,65 g par jour jusqu'à ce qu'il se produise des symptômes de salicylisme, par exemple des symptômes auditifs. Alors, on réduit la posologie de 0,65 g par jour jusqu'à disparition de ces symptômes et on maintient ce régime aussi longtemps que cela se révèle nécessaire.

Chez les adultes, la dose moyenne à laquelle le tinnitus se manifeste est de 4,5 g par jour, mais elle peut s'échelonner entre 2,6 et 6,0 g par jour.

Une administration intermittente est inefficace. On doit donc avertir les malades de ne pas modifier la dose de jour en jour suivant l'intensité de la douleur car celle-ci peut fluctuer indépendamment du degré d'inflammation.

On considère qu'un régime posologique continu de 0,65 g quatre fois par jour constitue la dose minimale chez les adultes. L'administration d'ENTROPHEN* (comprimés d'acide acétylsalicylique, USP) doit se faire en quatre prises quotidiennes. Afin que le soulagement se prolonge pendant la nuit et jusqu'au petit matin, la dernière prise doit avoir lieu au coucher.

Quand la posologie d'entretien est atteinte, il peut être utile d'administrer ENTROPHEN*-15 pour encourager le malade à collaborer à son traitement.

Dans un tel traitement, l'idéal serait de surveiller la salicylothérapie par des évaluations périodiques de la salicylémie. Toutefois, si cette méthode se révèle peu pratique, on peut accepter la manifestation de symptômes auditifs sous forme de tinnitus ou de surdité comme indice que l'on a atteint la dose maximale tolérable.

Il existe une relation inverse entre les niveaux de salicylémie auxquels les symptômes auditifs se produisent et l'âge du malade. Chez le jeune adulte, ces symptômes se manifestent habituellement aux environs de 20 à 30 mg pour cent. Chez les enfants, toutefois, ces niveaux peuvent être beaucoup plus élevés, ou les symptômes auditifs peuvent sembler absents. Du fait que la toxicité peut se produire chez les enfants sans qu'ils ne manifestent de signes avant-coureurs, on administre habituellement une dose quotidienne d'a.a.s. de 50 à 100 mg par kilo de poids et on surveille les niveaux sériques jusqu'à ce qu'ils atteignent une concentration d'environ 30 mg pour cent.

Rhumatisme articulaire aigu

On recommande une posologie quotidienne totale de 100 mg par kilo de poids, administrée en doses fractionnées afin de soulager la douleur, le gonflement et la fièvre.

Attaques ischémiques cérébrales (chez l'homme)

La posologie recommandée est de 1 300 mg par jour (650 mg, deux fois par jour ou 325 mg, quatre fois par jour).

PRÉSENTATION

N° 472—Le comprimé ENTROPHEN*-15 renferme 975 mg d'acide acétylsalicylique, USP, enrobé de POLYMÈRE 37*. Il est laqué, ovale, de couleur jaune pâle et il porte le nom FROSST d'un côté et le numéro 472 de l'autre. Flacons de 100 et 500.

N° 470—Le comprimé ENTROPHEN*-10 renferme 650 mg d'acide acétylsalicylique, USP, enrobé de POLYMÈRE 37*. Il est laqué, ovale, de couleur orange et il porte le nom FROSST d'un côté et le numéro 470 de l'autre. Flacons de 100, 500 et 1 000.

N° 438—Le comprimé ENTROPHEN*-5 renferme 325 mg d'acide acétylsalicylique, USP, enrobé de POLYMÈRE 37*. Il est laqué, rond, brun et il porte le nom FROSST d'un côté et le numéro 438 de l'autre. Flacons de 100, 500 et 1 000.

MONOGRAPHIE SUR DEMANDE

1-189-F

CCPP

MEMBRE ACIM

*Marque déposée

Frosst

CHARLES E. FROSST ET CIE
KIRKLAND, QUÉBEC

Feuille volante

dermato

Le rouge et le noir

Gérard Decroix[1] et Michel Journet[2]

Monsieur M.P., 34 ans, peintre en bâtiment, présente depuis quatre mois, au niveau de la face dorsale du deuxième orteil droit, une tumeur d'environ 1.5 cm de diamètre, sessile, quoique légèrement étranglée à sa base, de couleur brun-rouge avec des marbrures noirâtres. Sa surface est croûteuse et squameuse, suintante même par endroits (fig. 1).

Le patient dit que sa lésion s'est développée rapidement et qu'elle saignotte facilement.

On apprend par ailleurs que, ne portant pas de souliers de sécurité pour travailler, quelques semaines avant l'apparition de la tumeur, il s'est blessé le pied droit en heurtant un échafaudage.

▶ Votre conduite serait alors :

1- Diriger le malade vers un centre de radiothérapie.
2- Le référer à un chirurgien pour qu'il procède à une amputation de l'orteil.
3- Faire une biopsie et attendre.
4- Exécuter une excision simple de la lésion et retenir le spécimen pour étude histopathologique.

Figure 1



Figure 2

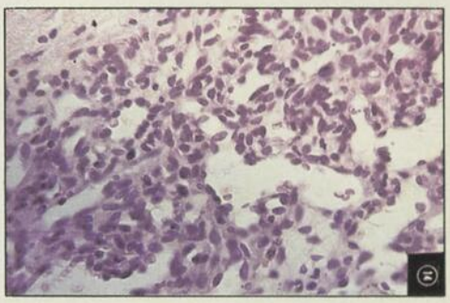
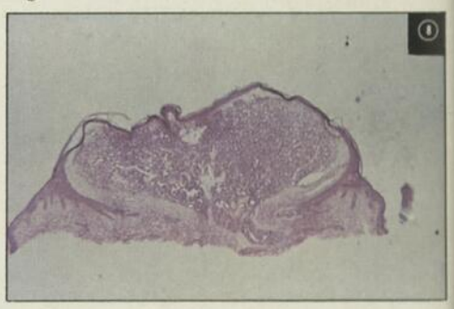


Figure 3



La quatrième attitude serait la bonne, car il s'agit d'un granulone pyogénique. Le diagnostic différentiel est à faire ici entre une grosse verrue vulgaire irritée et surinfectée, un mélanome, un épithélioma spino-cellulaire, une tumeur glomique.

Cliniquement, le collet de peau saine étranglant la tumeur à sa base est hautement caractéristique ; le saignement au moindre contact, la rapidité de son développement et la notion de traumatisme antérieur, sont d'autres arguments étayant le diagnostic de granulome pyogénique.

Cette tumeur que l'on rencontre très fréquemment survient à tout âge, mais particulièrement chez l'enfant et le jeune adulte.

Il s'agit d'une prolifération vasculaire réactionnelle dont le mécanisme est inconnu, faisant suite à un traumatisme. L'implication du rôle joué par la surinfection, fréquemment rencontrée, est reconnue comme très improbable.

A l'examen histologique (fig. 2 et 3) on voit, sous un épiderme aminci, un amas de vaisseaux néoformés dont l'endothélium est turgescent, enrobés d'un stroma lâche et oedémateux. L'épiderme s'invagine à la base de la tumeur. Les lésions plus vieilles sont souvent le siège d'une réaction inflammatoire, sous la forme d'un infiltrat leucocytaire dans le stroma.

Pour les lésions petites et pédiculées, un simple curetage avec fulguration de la base est suffisant. Les lésions plus grosses peuvent nécessiter une excision elliptique avec suture de la plaie.

La production technique de cette feuille volante est une gracieuseté de Shering Canada Inc.

1) M.D., F.R.C.P.(C).
2) M.D., F.R.C.P.(C), service de dermatologie, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

Effets des modifications du programme sur l'acquisition des connaissances en sciences fondamentales et sur les attitudes à l'égard de ces matières

W.D. Dauphinée,[1], V. Patel[2] et H.M. Scott[2]

Résumé

Le présent article décrit la nature des changements des sujets pré-cliniques à la faculté de médecine de l'Université McGill et leurs effets sur les attitudes des étudiants à l'égard des sciences fondamentales de leur programme d'études médicales et sur leur acquisition de ces connaissances.

Au cours des années soixante, l'une des préoccupations majeures des écoles de médecine d'Amérique du Nord visait les changements qu'il fallait apporter aux programmes.[1] La faculté de médecine de l'université McGill ne fit pas exception à la règle. En 1969, le comité consultatif permanent sur l'enseignement de la médecine au niveau du premier cycle (Permanent Advisory Committee on Undergraduate Medical Education - PACUME) recommanda plusieurs changements majeurs dans le programme de la faculté de médecine.[2] Deux de ces recommandations allaient avoir des répercussions importantes sur l'enseignement "pré-clinique", touchant l'enseignement des sciences fondamentales, i.e. présentation précoce des matières cliniques, et l'augmentation du temps consacré aux cours à option.

En 1970, la faculté approuva les recommandations du PACUME et fixa l'échéance pour la mise en vigueur des changements de programme à la rentrée de 1973. Les changements touchaient directement la partie du programme consacrée aux sciences fondamentales. On réduisit à un an et demi les deux années traditionnellement consacrées à l'enseignement des sciences fondamentales qui précèdent les stages cliniques (Phase I). Pour intégrer l'enseignement des sciences fondamentales sur une période de temps plus courte, bon nombre de travaux pratiques en laboratoire ont été réduits, particulièrement en biochimie et en physiologie, au cours de la première année universitaire, et en microbiologie et pathologie, au cours de la seconde année. De plus, une réorganisation de l'horaire a permis de consacrer des heures auparavant dévolues à la pathologie, à la pharmacologie, à la microbiologie et à l'épidémiologie à un nouveau cours, "biologie de la maladie" enseigné parallèlement aux stages cliniques, soit de janvier à juin en deuxième année, et de septembre à décembre, en troisième année (Phase II).

Toutefois, les professeurs des sciences fondamentales se virent offrir une autre occasion d'enseigner leurs matières, à la fin des stages cliniques (clinical clerkship). On mit au point un programme d'options en sciences fondamentales prévu pour les mois de janvier, février et mars de la quatrième année du programme (basic sciences option ou B.S.O.). Ce programme comprend de 60 à 65 mini-cours d'une durée d'un mois chacun, à raison de 2 à 3 demi-journées par semaine, l'enseignement se faisant en petits groupes. On a conçu ces mini-cours pour présenter à nouveau aux étudiants les sciences fondamentales dans une perspective clinique après qu'ils eurent profité des stages cliniques. La prémisse était que les étudiants saisiraient mieux l'importance des sciences fondamentales en médecine clinique. Chaque étudiant devait choisir deux options par mois, soit six cours au total. Le tableau I présente un échantillon des "mini-cours" ou options offerts pendant chacune des périodes de trois mois. On encourageait les étudiants à choisir des options portant sur des sciences différentes.

A la suite de l'adoption du "nouveau" programme en 1973, on chargea le centre d'éducation médicale de surveiller les effets de ces changements sur les résultats des étudiants aux examens, sur leurs attitudes et sur leurs choix professionnels. Le présent rapport décrit les effets des changements énumérés plus haut sur les résultats obtenus dans l'acquisition des connaissances en seciences fondamentales et sur les attitudes des étudiants à l'égard de ces matières.

Méthodes

Les résultats obtenus à la première partie du NBME, de 1971 à 1979, ont été réexaminés. Les notes moyennes obte-

1) Centre d'éducation médicale, Université McGill.

2) Anciennement directeur du centre d'éducation médicale de l'université McGill. Actuellement, chef du département de médecine, Université de Sherbrooke.

Tableau I

Exemples choisis de départements participant au programme B.S.O. et de cours offerts.

Département d'anatomie
Anatomie pour chirurgiens
Département de biochimie
Métabolisme des glucides et des lipides et leur rapport avec le diabète et l'artériosclérose. La génétique dans la pratique médicale. Rôle des hormones dans les états pathologiques et normaux. Biochimie de la nutrition et métabolisme.
Département d'épidémiologie et de santé
Cours d'épidémiologie de 2e et de 3e cycles. Hygiène du travail. Prise de décision en médecine clinique. Sujets d'actualité en épidémiologie clinique.
Département d'histoire de la médecine
Illich et ses critiques. Le malade, le médecin et la maladie. Système de soins comparés
Département de microbiologie
La stratégie de la thérapeutique antimicrobienne. Destruction des tissus par des mécanismes immuns Les méthodes diagnostiques microbiologiques pour le généraliste. Approches moléculaires pour l'analyse de cellules malignes chez l'homme et chez l'animal. Maladies parasitaires tropicales. Les greffes de nos jours.

nues par les étudiants de l'université McGill ont été comparées aux moyennes enregistrées pour l'ensemble des universités. Nous avons pu ainsi observer les résultats des étudiants de McGill pendant quatre ans avant que les diplômés de 1977 ne se présentent à cet examen en 1975 et de suivre ensuite ces mêmes résultats pendant les cinq ans qui ont suivi l'adoption du nouveau programme. L'observation a porté sur les sujets suivants : anatomie, biochimie, physiologie, pathologie, microbiologie, pharmacologie et sciences du comportement. La seule science fondamentale qui n'a pas fait l'objet d'une évaluation dans le NBME, première partie, a été l'épidémiologie.

Les étudiants de quatrième année en médecine, les cliniciens et les enseignants de sciences fondamentales participant à ce programme ont été l'objet d'une évaluation portant sur différentes variables : attitude, formation et organisation. Les données ont été recueillies au moyen de tests de rendement, de questionnaires, de "checklists" et d'entrevues. On a évalué les attitudes à l'égard du nouveau programme de sciences fondamentales et en particulier au sujet des options en sciences fondamentales, chez les professeurs et chez les étudiants, au moyen d'un questionnaire et d'une entrevue.

Les étudiants "senior" de la promotion de 1978 ont répondu aux questionnaires à deux reprises : au début du B.S.O. et à la fin du programme. On trouvera au tableau II la formation et l'orientation de la promotion de 1978. Des 155 étudiants, 53 étaient diplômés d'un programme de cégep, tandis que 68 détenaient un B.Sc. Seulement 22 des 155 étudiants avaient une formation en lettres : 10 autres étaient détenteurs d'une M.Sc. ou d'un D.Ph. En répondant à un questionnaire structuré, les étudiants plus avancés (160) ont pu indiquer leur attitude face à l'étude des sciences fondamentales au cours des années qui précèdent la clinique (ancien système) et la comparer à l'enseignement de ces matières en deux phases, avant et après les stages. Tous les étudiants ont subi un examen à la fin du programme d'options de sciences fondamentales et on a noté les réponses au questionnaire sur une échelle en 5 points de type Likert. On a examiné les attitudes des professeurs à l'aide d'entrevues semi-structurées au cours desquelles des questions similaires ont été posées à trente professeurs de sciences fondamentales.

Une autre étude sur la réussite des étudiants en sciences fondamentales a déjà été présentée[3] et sera publiée séparément.

Au cours de la période qui a suivi les changements, jusqu'à maintenant, aucune modification importante n'a été apportée au contenu en sciences fondamentales enseigné au cours des années qui précèdent la clinique ou dans le cadre du programme B.S.O.

Résultats

Les résultats obtenus à la première partie de l'examen NBME, apparaissent aux figures 1 et 2. La figure 1 illustre les résultats pour l'ensemble de la première partie de l'examen. Il faut noter que, exception faite des diplômés de 1972 et de 1975, entre 53% et 82% des étudiants des autres "promotions" se sont présentés à l'examen. Les promotions de 1972 à 1976 (celle de 1973 exclue) ont obtenu des résultats se situant de 12 à 22points du score moyen de toutes les écoles représentées à l'examen. On note une baisse marquée chez les diplômés de 1977, la première promotion soumise au "nouveau" programme. Depuis la promotion de 1978, les notes n'ont cessé d'augmenter. La figure 2 donne les résultats pour 6 des 7 sujets de sciences fondamentales. Les résultats d'anatomie, matière la moins affectée par la révision du programme, sont demeurés assez stables ; toutefois, en microbiologie et d'une façon moindre, en physiologie, biochimie et pathologie, ils accusent une baisse au moment des changements de programme, fléchissement qui est suivi d'une amélioration des résultats. La pharmacologie fait exception puisqu'on note une hausse continue des résultats en cette matière depuis la promotion de 1973.

Aux tableaux III et IV, on trouve les résultats de l'analyse des données provenant des étudiants et des professeurs. Le tableau III montre qu'étudiants et professeurs ont préféré l'enseignement des sciences fondamentales réparti sur les années précédant et suivant la clinique. Le tableau IV nous donne les résultats des questions portant sur les

FIGURE 1
NBME PARTIE 1 EXAMEN TOTAL
COMPARAISON DES MOYENNES : McGILL ET T
LES CANDIDATS

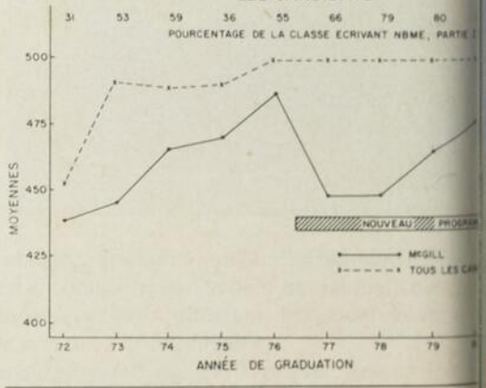
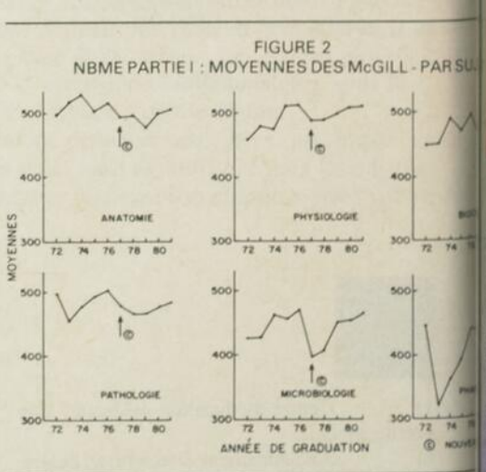


FIGURE 2
NBME PARTIE I : MOYENNES DES McGILL - PAR SU



Certains enfants sont reconnaissants de respirer librement.

Oui, reconnaissants de chaque journée libre de bronchospasme quand les médicaments n'altèrent pas leurs activités quotidiennes.

Le Sirop Pédiatrique Choledyl* procure:

- une bronchodilatation à long terme sans développement de tolérance;
- une incidence minimale d'effets secondaires sur le S.N.C., le système cardiovasculaire ou digestif;
- une compatibilité avec les autres médicaments;
- une concentration qui permet d'individualiser exactement la posologie aux besoins du patient

Sirop Pédiatrique Choledyl

Un agent fondamental du traitement bronchodilatateur

MAINTENANT formule sans alcool à saveur de vanille-menthe fraîche — favorablement acceptée par plus de 70% des enfants asthmatiques

Aussi disponible sous forme de comprimés de 100 mg de Choledyl

DESCRIPTION: Chaque comprimé bleu moyen contient 300 mg d'oxtriphylline, le comprimé jaune pâle contient 200 mg d'oxtriphylline, et le comprimé rose contient 100 mg d'oxtriphylline. L'Elixir Choledyl de couleur caramel, à saveur de sherry, contient 100 mg d'oxtriphylline par 5 mL. Le NOUVEAU Sirop Pédiatrique Choledyl à couleur brun-rougeâtre et à saveur de vanille-menthe contient 50 mg d'oxtriphylline par 5 mL. L'oxtriphylline est le sel cholinique de la théophylline. Il est le plus soluble du groupe comparativement à l'aminophylline, il est moins irritant pour la muqueuse gastrique et plus facilement absorbé par la muqueuse gastro-intestinale.
INDICATIONS: Choledyl (oxtriphylline) est indiqué pour soulager le spasme bronchique dans les maladies pulmonaires obstructives, y compris la bronchite, l'asthme et l'emphysème pulmonaire.
CONTRE-INDICATIONS: Hypersensibilité aux préparations à base de théophylline.
PRÉCAUTIONS: L'usage concomitant d'autres préparations contenant de la théophylline peut provoquer des effets secondaires, surtout de la stimulation du S.N.C. chez les enfants.
EFFETS SECONDAIRES: On a rapporté des malaises gastriques et, à l'occasion, des palpitations et une stimulation du S.N.C.
PRÉSENTATION: Comprimés de 300 mg en flacon de 100; comprimés de 200 mg en flacons de 100 et 500; comprimés de 100 mg en flacon de 100; Elixir en flacons de 500 mL et 2 L; Sirop Pédiatrique en flacons de 500 mL et 2 L.

Aussi disponible sous forme d'Expectorant
DESCRIPTION: Chaque comprimé rose saumon renferme 200 mg d'oxtriphylline et 100 mg de guaifénésine. Chaque dose de 5 mL de l'Elixir à saveur de cerise, dans un liquide hydro-alcoolique (20% d'alcool), contient 100 mg d'oxtriphylline et 50 mg de guaifénésine.
PRÉSENTATION: Comprimés de Choledyl Expectorant en flacons de 100. Elixir de Choledyl Expectorant en flacons de 250 et 500 mL.

PARKE-DAVIS

Parke-Davis Canada Inc., Scarborough, Ontario

*M. Enr. de Warner-Lambert Compagnie, Parke-Davis Canada Inc., usager aut.

MEMBER ACIM

PAAB CCPP

Tableau II

Formation des diplômés de 1978

Grade/diplôme	Sujets féminins	Sujets masculins	Total
Cegep	10	43	53
B. Sc.	6	18	22
B.A.	4	18	2
M.Sc./D.Ph.	3	7	10
Autre	–	2	2
Totaux	23	132	155

attitudes de l'étudiant face aux sciences fondamentales avant et après le programme B.S.O. en dernière année. La note moyenne pour chacun des critères d'attitude a été plus élevée après le programme B.S.O. qu'avant. Ces résultats font donc apparaître un changement positif au niveau de l'attitude des étudiants face aux sciences fondamentales sur une période aussi brève que trois mois.

Discussion

On ne peut tirer que certaines conclusions à partir de ces données, puisqu'il y a de nombreux facteurs qui influencent les résultats des étudiants en plus des modifications du programme : motivation des étudiants et des professeurs, cours harmonieux, niveau universitaire des étudiants qui se présentent à l'examen, changements parmi les chefs de département ou chez les coordonnateurs et dans les systèmes d'évaluation des étudiants. Malgré les nombreux facteurs qui ne facilitent pas l'identification des effets d'un remaniement de programme, il y a trois explications plausibles. Le facteur "modification du programme" a exercé sa propre influence puisqu'un retour graduel aux résultats antérieurs a été observé à l'examen NBME, première partie, sans qu'on ne soit revenu aux méthodes d'enseignement antérieures ; ou alors, les professeurs, réagissant aux résultats obtenus, ont ajusté leur enseignement pour se conformer aux normes du NBME; enfin, d'autres facultés ont pu se déplacer sur l'échelle NBME au cours de la même pédiode.

Quelle que soit la raison, la baisse des résultats n'a été que temporaire. Les données du NBME ne nous permettent pas de déterminer si les changements effectués ont été valables ou non. Toutefois, les résultats semblent signaler l'imprudence éventuelle d'une réaction trop forte à des résultats "faibles", après seulement une ou deux années d'observation d'un seul indice comme le NBME. Il semblerait donc qu'une période d'observation prolongée d'un seul paramètre (n'importe lequel), en conjonction avec d'autres types de surveillance soit justifiée, avant de procéder à des changements majeurs. Il n'existe que peu de rapports sur ce dernier point, mais deux études méritent notre attention. Goldhaber a signalé que la Harvard School of Medicine a réinstitué son programme plus traditionnel de sciences fondamentales et d'évaluation des étudiants après avoir observé un fléchissement des résultats du NBME, première partie, obtenus par la première promotion exposée au nouveau programme.[4] Des données semblables ont été signalées par Shapiro à l'école de médecine de l'université de Pittsburgh.[5] On a observé une baisse des résultats obtenus au NBME, première et deuxième parties, à la suite d'un remaniement majeur du programme en 1967.

Quelle qu'ait été la baisse initiale dans les résultats, nos données semblent indiquer qu'une période d'observation calme se jusitifie avant d'en arriver à des conclusions hâtives. Il est certain que, dans le cas présent, les notes obtenues au NBME, première partie, ont montré une amélioration et les autres paramètres ont indiqué que les professeurs et les étudiants préfèrent le nouveau programme que les attitudes des étudiants face aux sciences fondamentales en ont bénéficié. Ces résultats globaux ont été suffisamment encourageants pour que le comité chargé du programme recommande la poursuite du programme "divisé" de sciences fondamentales.

Conslusion

L'expérience de la faculté de médecine de l'université McGill nous amène à recommander que les systèmes d'examens fondés sur des questions à choix multiples, tels que le NBME, même s'ils jouent un rôle utile comme guides, ne devraient pas être les seuls ou les principaux critères d'évaluation des changements au niveau d'un programme d'enseignement médical. Dans le cas ou l'on se sert des résultats obtenus à ces examens comme indice d'efficacité du programme, on recommande qu'une période d'observations de plusieurs années soit allouée avant de procéder à des jugements sur les conséquences des remaniements de programme.

Tableau III

Diplômés de 1978 : pourcentage de réponses :

"Faut-il enseigner les sciences fondamentales au cours des années qui précèdent et qui suivent l'enseignement clinique plutôt qu'uniquement au cours des années qui précèdent la clinique?"

Pourcentage (nombre) de réponses

	Oui	Non
Étudiants (N = 100)	90 (90)	10 (10)
Professeurs (N = 30)	80 (24)	20 (6)

Tableau IV

Diplômés de 1978

Attitudes des étudiants à l'égard des sciences fondamentales avant et après le programme B.S.O.

Attitude à l'égard des Sciences fondamentales :	Score moyen avant B.S.O. N = 120	Score moyen après B.S.O. N = 100
1. Apprécié les sciences fondamentales	3.5	4.3
2. S'est souvenu d'une grande partie de la matière enseignée aux cours de sciences fondamentales	2.9	4.0
3. Un nouvelle exposition aux sciences fondamentales a permis de saisir l'importance de ces matières en clinique	3.3	4.1
4. Les connaissances de sciences fondamentales seront précieuses au cours d'une carrière en médecine clinique	3.3	4.3
5. L'étude des sciences fondamentales au début et à la fin du programme de médecine est supérieure à l'étude de ces matières seulement au début	4.1	4.4

Test T significatif pour $p < .01$
($T = 5.8038$, D.L. = 4)

summary

There have been many innovations in curricular design employed by North American Schools of Medicine during the 1970's. This paper describes the nature of curricular changes in the pre-clinical subjects at McGill's Faculty of Medicine and their impact on Students' attitudes towards and cognitive performance in the basic science subjects of the medical curriculum. The students' performance on the National Board of Medical Examiners (NBME) Part I examination was used as an indicator of student cognitive performance in the basic sciences. Faculty were interviewed and student questionnaires were administered to determine Faculty and student attitudes towards the basic sciences after changes in the curricular design for the same subjects. Subsequent to the revision NBME Part I performance fell but gradually recovered after five years to previous level of performance. Faculty and students' attitudes about teaching changes for the basic sciences were favourable. It is suggested that time to re-equilibrate is an important factor in the development of any curricular evaluation and that other methods besides multiple choice examinations should be used in curricular evaluation.

bibliographie

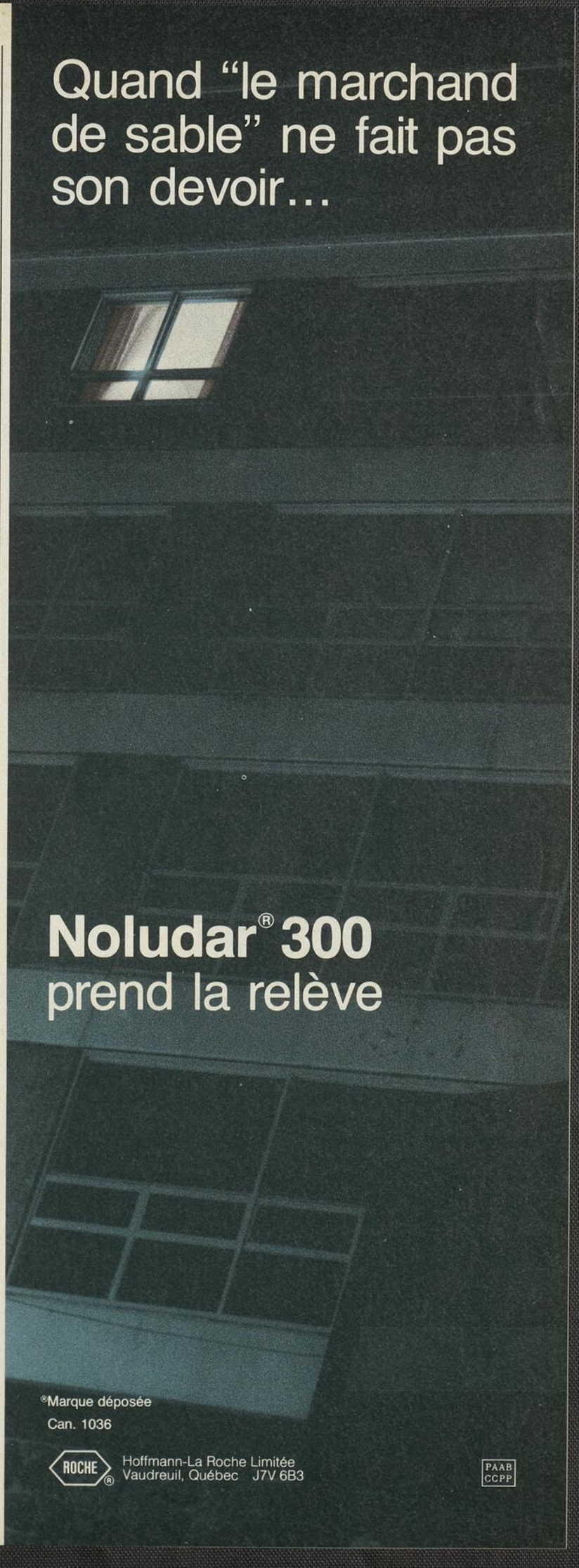
1.Hunt, A.D. :
A Time of Change and Reform in A.D. Hunt and L.T. Weeks (Eds), Reform in Medical Education Since 1960. Marching to a Different Drummer. Michigan, Michigan State University Foundation, 1979.

2.Pacume Report.
Presented to Faculty of Medicine, McGill University, janvier à juin, 1969.

3.Patel, V. et Scott, H.M. :
Initial Evaluation of an Innovative Basic Science Program. Proceeding of Seventh Annual Conference on Research in Medical Education, New Orleans, 335-340, octobre, 1978.

4.Goldhaber, S.Z. :
Medical Education : Harvard Reverts to Tradition. Science. 181 : 1027-1032, 1973.

5.Shapiro, A.P., Schuck, R.F., Schultz, S.G., Barnhill, B.N. :
The Impact of Curricula Change on Performance on National Board Examintions. J. Med. Educat. 49 : 1113-1118, decembre 1974.



La confiance: un facteur propre à l'expérience.

Anturan — la seule sulfinpyrazone offerte aux médecins canadiens qui ait fait l'objet d'une évaluation clinique étendue dans le monde entier.



Geigy
Dorval, Qué

PAAB
CCPP
G-0070

Les interactions cellulaires dans la réponse immunologique

2e partie*

André Caron[1]

Résumé

Dans cette deuxième partie, l'auteur revoit les modèles d'interactions cellulaires au niveau de l'arc afférent de la réponse immunologique et s'intéresse à la régulation génétique de cette réponse.

Modèles d'interactions cellulaires au niveau de l'arc afférent

1) Voies afférentes humorales indépendantes des lymphocytes Th

Immunogènes indépendants des lymphocytes Th

Les immunogènes capables de stimuler les lymphocytes B, sans participation des lymphocytes Th, sont de larges molécules polymériques constituées d'une succession de déterminants antigéniques identiques. Cependant, toutes les molécules constituées d'une succession de déterminants antigéniques identiques ne sont pas nécessairement des immunogènes indépendants des lymphocytes TH : par exemple, les copolymères d'acides aminés de type lévogyre sont des immunogènes dépendants des lymphocytes Th, tandis que les dextrogyres sont indépendants de ceux-ci[17] ; il est donc bien possible que la distribution spatiale de la molécule détermine la dépendance ou l'indépendance d'un immunogène vis-à-vis des lymphocytes Th.

La majorité des immunogènes indépendants des lymphocytes Th sont catabolisés très lentement et persistent donc pour une période prolongée, ce qui peut contribuer à leur propriété d'indépendance[19].

Les principaux immunogènes indépendants des lymphocytes Th sont le polysaccharide pneumococcique (S III), le lipo-polysaccharide d'Escherichia coli (L.P.S.), la flagelline polymérisée, le polyvinyl pyrollidone (P.V.P.), le dextran et le leven[17,19].

*Il existe d'excellentes revues de ces sujets chez la souris[6,17,19,22,22,27,28,29,36,] et chez l'homme[30,31].

Interactions entre ces immunogènes et les lymphocytes B

La présentation d'un immunogène indépendant des lymphocytes Th ne semble pas nécessiter de macrophage[17] ; elle induit leur prolifération et leur transformation en plasmocyte ; ceux-ci sécrètent alors des immunoglobulines appartenant presqu'exclusivement au groupe IgM, et ayant généralement une faible affinité pour l'antigène[19]. La formation de lymphocytes B mémoires semble peu importante.

Rôle des lymphocytes T

La réponse immunologique à ces immunogènes indépendants des lymphocytes Th est accrue après traitement au serum antilymphocytaire, qui a la propriété de détruire les lymphocytes T ; ceci suggère une certaine régulation par les lymphocytes Ts[17].

II) Voies afférentes humorales dépendantes des lymphocytes Th

a) Caractéristiques générales

Au cours de la progression d'une réponse immunologique humorale dépendante des lymphocytes T[19], on assiste à la synthèse successive d'IgM, puis d'IgG et finalement d'IgA, [37] (la synthèse successive d'IgM puis d'IgA, sans passer par la phase de sécrétion d'IgG, a aussi été observée)[37], ou à la synthèse successive d'IgM puis d'IgE[2]. Durant ce processus de succession de la portion constante des chaînes lourdes des immunoglobulines, la portion variable elle, demeure la même, conservant ainsi le même déterminant idiotypique[37].

On assiste aussi à une synthèse d'anticorps ayant une affinité de plus en

1) M.D., F.R.C.P., résident en immunologie clinique, Hôpital Royal Victoria, Montréal.

* Cet article est la deuxième partie d'une revue commencée dans le numéro 5, vol. 110, U.M.C., 1981.

plus grande pour l'antigène, et ceci est probablement dû à la stimulation de plus en plus sélective des clones de plasmocytes sécrétant les anticorps de plus grande affinité[19].

Finalement, on assiste à la formation d'une mémoire immunologique bien établie au niveau des lymphocytes B.

b) Réaction de type IgM – IgG – IgA

- **interaction entre l'immunogène et le lymphocyte B**

L'immunogène vient se fixer sur la portion Fab d'une immunoglobuline de surface d'un lymphocyte B appartenant à un clone spécifique, et ceci entraîne la prolifération de ce clone[8] ; cette interaction ne nécessite pas la présence de macrophage.

- **rôle des lymphocytes T "helpers"**

Certains lymphocytes Th, appartenant à un clone particulier, se fixent, grâce à leurs récepteurs spécifiques, sur certains déterminants de l'immunogène présentés par un macrophage, et deviennent activés[17,19].

Une fois activés, ils se multiplient et stimulent la différenciation des lymphocytes B, qui eux ont déjà commencé à se multiplier après leur contact avec l'immunogène, en plasmocytes sécrétant des immunoglobulines spécifiques[8]. Cette stimulation des lymphocytes B est secondaire à la libération de facteurs humoraux par les lymphocytes Th, et ne nécessite pas de contact direct entre les lymphocytes Th et B. A date, deux facteurs ont été identifiés : un facteur spécifique pour l'antigène, de poids moléculaire de 50,000 daltons, exprimant un déterminant Ia, et qui a pour rôle de stimuler le clone de lymphocytes B spécifiques pour l'antigène[14,17] ; un facteur non spécifique pour l'antigene (aussi appelé facteur allogénéique), composé de deux protéines (12,000 et 35,000 daltons), exprimant un déterminant Ia, et qui apour rôle de stimuler de façon non spécifique plusieurs clones de lymhocytes B, chacun étant spécifique pour un antigène différent[17].

- **rôle des lymphocytes T suppresseurs**

Certains lymphocytes Ts exercent une activité suppressive sur les lymphocytes Th, et la séquence des événements nécessaires à leur activation est assez complexe et pas complètement élucidée[19,27,28,29, 34,36,41].

Un lymphocyte T pré-m, après avoir été activé par un déterminant immunogénique, libère un facteur spécifique pour l'antigène, ayant un poids moléculaire d'environ 50,000 daltons, exprimant un déterminant I-J, et ce facteur vient stimuler de façon spécifique un lymphocyte Tm[29].

Après l'activation de ce lymphocyte Tm, il se produit une série d'interactions plus ou moins bien documentées, dont le résultat final est l'apparition d'un lymphocyte Ts ; celui-ci libère un facteur spécifique pour l'antigène, de poids moléculaire d'environ 50,000 daltons, n'exprimant pas de déterminant Ia ou I-J, et qui vient inhiber de façon spécifique le lymphocyte Th répondant au même déterminant antigénique[29].

c) Réaction de type IgM – IgE

- **interaction entre l'immunogène et le lymphocyte B**

L'immunogène vient se fixer sur l'immunoglobuline de surface d'un lymphocyte B appartenant à un clone spécifique, et ceci entraîne la prolifération de ce clone[2]. Cette interaction est indépendante de la présence de macrophage.

Il existe aussi un facteur soluble, libéré par des lymphocytes B stimulés par des immunogènes et qui entraîne la conversion de lymphocytes B exprimant des IgM de surface en lymphocytes B exprimant des IgE de surface[2].

- **rôle des lymphocytes T "helpers"**

Les lymphocytes Th sont indispendables à la différenciation des lymphocytes B exprimant des IgE de surface en plasmocytes sécrétant des IgE spécifiques[2].

L'activation de ces lymphocytes Th et le mécanisme par lequel ils viennent stimuler les lymphocytes B ne sont pas bien documentés, mais il semble probable que ce processus soit similaire à celui décrit dans la réaction de type IgM – IgG – IgA.

- **rôle des lymphocytes T suppresseurs**

Certains lymphocytes Ts, agissant par l'intermédiaire d'un facteur humoral spécifique pour un antigène, empêchent la formation de lymphocytes B mémoires et de plasmocytes sécrétant des IgE[2,17], probablament en inhibant les lymphocytes Th. La stimulation de ces lymphocytes Ts spécifiques pur un antigène semble se faire suivant un processus similaire à celui décrit dans la réaction de type IgM — IgG — IgA[27].

On a aussi décrit des lymphocytes Ts non spécifiques pour un antigène, qui produisent un facteur qui diminue globalement toute réponse immunologique médiée par les IgE[38].

III) Voies afférentes cellulaires médiées par des lymphocytes T

a) Réaction de type retardée

Certains lymphocytes Td, appartenant à un clone particulier, se fixent grâce à leurs récepteurs spécifiques, sur certains déterminants de l'immunogène présenté par un macrophage, et deviennent activés. Une fois activés, ils prolifèrent et libèrent des lymphokines[1,10,11].

Ce type de réaction est aussi sous le contrôle de lymphocytes T inhibiteurs (Ts-d) spécifiques pour un antigène, et eux aussi semblent activés par un processus similaire à celui décrit dans la réaction de type IgM – IgG – IgA[27].

b) Réaction médiée par des lymphocytes T cytotoxiques

Certains lymphocytes Tc, appartenant à un clone particulier, deviennent activés après avoir reconnu certaines structures immunogéniques au moyen de leurs récepteurs spécifiques. Une fois activés, ils prolifèrent et deviennent cytotoxiques pour les cellules cibles exprimant à leur surface les antigènes ayant servi à leur stimulation immunogénique[5,11].

Simultanément, certains clones de lymphocytes Ta deviennent activés après présentation de la structure antigénique par un macrophage. Une fois activés, ils prolifèrent et viennent amplifier les processus d'activation des lymphocytes Tc[5,11]. L'existence de lymphocytes T inhibiteurs (Ts-c) a aussi été démontrée dans ce type de réaction[35].

IV) Voies afférentes cellulaires médiées par les cellules N.K.

Nous ne connaissons rien actuellement sur les étapes de l'activation des cellules N.K.

Régulation génétique de la réponse immunologique

La régulation génétique de la réponse immunologique se manifeste de deux façons : d'abord en exerçant une restriction au niveau de la coopération entre les cellules responsables de cette réponse immunologique, et ensuite en contrôlant la réponse immunologique à différents immunogènes spécifiques.

Elle a surtout été étudiée au niveau de la coopération entre les macrophages et les lymphocytes T "helpers", et entre ceux-ci et les lymphocytes B.

1) Restriction génétique au niveau de la coopération intercellulaire

La restriction génétique semble s'exercer par l'intermédiaire des antigènes d'histocompatibilité (système H-2 chez la souris ou système HLA chez l'homme) et plus particulièrement au niveau des déterminants ou antigènes Ia chez la souris ou de leurs équivalents chez l'homme, c'est-à-dire les déterminants HLA-D[12].

Ⓟ Voltaren®

Guide Thérapeutique Concis
Ⓟ VOLTAREN®
(diclofénac sodique)

Effets
Le diclofénac sodique est un agent anti-inflammatoire non stéroïdien doué de propriétés analgésiques et antipyrétiques. Son mode d'action n'est pas entièrement élucidé, toutefois, il n'agit pas à travers l'axe hypophyso-surrénal. Le diclofénac sodique inhibe la synthèse des prostaglandines en interférant dans l'action de la prostaglandine-synthétase. Cet effet inhibiteur pourrait expliquer en partie ses actions.
Il existe une étroite corrélation entre certaines réactions fébriles et l'augmentation des taux de prostaglandines dans le cerveau. Le diclofénac (0,5 mcg/ml) diminue la formation des prostaglandines E_2 qui est en parallèle avec l'antipyrèse, mais il ne provoque pas d'hypothermie chez l'animal afébrile.
Du point de vue de son efficacité clinique, une dose de 75 mg de diclofénac produit un effet semblable à 3,6 g d'acide acétylsalicylique.
Chez l'homme, une dose orale de diclofénac sodique est rapidement et presque entièrement absorbée et distribuée dans le sang, le foie et les reins. Les concentrations plasmatiques maximales sont atteintes en moins de 1,5 heure après l'ingestion. Vu que la cinétique du diclofénac sodique n'est pas un type de réaction de premier ordre, il n'est pas possible de calculer sa demi-vie apparente. Le diclofénac sodique se lie fortement à l'albumine sérique. Toutefois, les taux plasmatiques du diclofénac seront réduits chez un patient qui prend simultanément des salicylates. Chez l'homme, le diclofénac est excrété principalement par les reins (40 à 60%), son principal métabolite étant un conjugué du dérivé hydroxylé.

Indications et usage clinique
Le VOLTAREN (diclofénac sodique) est indiqué pour le traitement symptomatique de l'arthrite rhumatoïde et de l'ostéo-arthrite sévère, y compris l'arthrose de la hanche.

Contre-indications
Le VOLTAREN (diclofénac sodique) est contre-indiqué chez les patients dont l'anamnèse révèle une affection inflammatoire active ou récente du tractus gastro-intestinal comme par exemple un ulcère gastro-duodénal, une gastrite, une entérite régionale ou une colite ulcéreuse.
Le VOLTAREN est contre-indiqué chez les patients qui ont manifesté une hypersensibilité au médicament. Puisqu'une sensibilité croisée a été démontrée, le VOLTAREN ne doit pas être administré aux patients chez qui l'acide acétylsalicylique ou les autres agents anti-inflammatoires non stéroïdiens ont provoqué de l'asthme, de la rhinite ou de l'urticaire.

Mise en garde
Usage durant la grossesse et l'allaitement
La sûreté du VOLTAREN (diclofénac sodique) n'a pas été établie durant la grossesse et l'allaitement et par conséquent son usage n'est pas recommandé dans ces états. Dans des études de la reproduction chez des rates, des lapines et des souris, on a constaté que l'administration du diclofénac sodique avant et après le début de l'accouchement avait prolongé la période de gestation et d'accouchement. Des résultats similaires ont été observés avec d'autres agents anti-inflammatoires non stéroïdiens. L'évidence suggère que cet effet pourrait être dû à une diminution de la contractilité utérine résultant de l'inhibition de la synthèse des prostaglandines.
Le diclofénac sodique traverse facilement la barrière placentaire. Chez une patiente qui suivait un traitement prolongé avec le VOLTAREN à une dose quotidienne de 150 mg, les taux mesurés dans le lait maternel étaient de 100 ng/ml. Par extrapolation, un enfant de 4 à 5 kg qui consomme un litre de lait maternel par jour absorberait moins de 0,03 mg/kg/jour de VOLTAREN.
Usage chez les enfants
Le VOLTAREN n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 16 ans puisque sa sécurité et son étendue posologique n'ont pas été établies dans ce groupe d'âges pédiatriques.

Système nerveux central
On a signalé les effets suivants à la suite d'un traitement avec le VOLTAREN: céphalées, étourdissements, sensations de tête légère et confusion mentale. Les patients qui éprouvent ces symptômes doivent être mis en garde contre la conduite d'une automobile ou de machines dangereuses.

Précautions
Vu qu'on a déjà observé des effets secondaires gastro-intestinaux avec le VOLTAREN (diclofénac sodique) on recommande la prudence lorsque administré à des patients ayant des antécédents d'ulcère gastro-duodénal, de mélëna ou d'affections gastro-intestinales. Il faut bien peser les avantages par rapport aux risques avant d'utiliser ce médicament chez ces patients. (Voir les sections CONTRE-INDICATIONS et RÉACTIONS INDÉSIRABLES.)
Les patients souffrant d'épilepsie, de la maladie de Parkinson ou de psychoses exigent une surveillance toute spéciale.
On doit faire des examens périodiques du système hématopoïétique chez les patients qui suivent un traitement prolongé avec le VOLTAREN, vu qu'il s'est déjà présenté des anomalies de la fonction médullaire (voir RÉACTIONS INDÉSIRABLES). On recommande de faire des examens périodiqus de l'hémoglobine car il peut se présenter de l'anémie secondaire à une toxicité des voies gastro-intestinales.
Il faut exercer la prudence lorsqu'on administre le VOLTAREN aux patients souffrant d'atteinte de la fonction hépatique ou rénale.
A cause de ses propriétés anti-inflammatoires, antipyrétiques et analgésiques, le VOLTAREN peut masquer les signes habituels d'une infection et le médecin doit être vigilant en vue de dépister toute infection chez les patients traités avec ce médicament.
On recommande de faire des examens ophtalmologiques périodiques chez les patients qui suivent un traitement prolongé avec des agents anti-inflammatoires non stéroïdiens.
Interactions médicamenteuses
Chez l'homme, l'acide acétylsalicylique diminue les concentrations sériques du VOLTAREN lorsque ces deux médicaments sont administrés conjointement.
Les études pharmacodynamiques n'ont pas révélé de potentialisation des effets des médicaments hypoglycémiants ou anticoagulants oraux par suite de l'administration conjointe du VOLTAREN. Il faut quand même user de prudence lorsqu'on administre des anticoagulants en même temps que le VOLTAREN.
Chez les animaux de laboratoire (rats et chiens) l'effet diurétique du chlorthalidone a été progressivement réduit par des doses croissantes de VOLTAREN.

Réactions indésirables
Les réactions gastro-intestinales et du système nerveux central sont celles que l'on a observées le plus souvent. Les plus graves comprenaient des ulcères gastriques et des saignements gastro-intestinaux.
La fréquence approximative des réactions indésirables est indiquée ci-après:
Gastro-intestinales: 15,2%
- Malaise épigastrique ou abdominal, pression, lourdeur ou gonflement: 6%
- Douleur épigastrique, gastrique ou abdominale: 5%
- Nausées: 2%
- Anorexie: 1%
- Diarrhée, vomissements, flatulence, constipation ou éructation: 1%
- Ulcération gastrique ou duodénale et saignements: 0,2%

Système nerveux central: 9%
- Étourdissement: 5%
- Céphalées: 3%
- Malaises, insomnie, somnolence, concentration perturbée, trouble de la vision, fatigue: 1%

Cardiovasculaires: 4,5%
- Palpitations: 2,5%
- Angine, arythmies: 2%

Dermatologiques: 4%
- Rash: 2%
- Prurit: 1,5%
- Éruption cutanée, eczéma, érythème urticarien: moins de 0,5%
- Un patient a présenté un syndrome de Stevens-Johnson.

Oedème et rétention d'eau: 2,5%
- Oedème facial: 2%
- Oedème généralisé: 0,5%

Hématologiques:
- Certains patients ont manifesté de l'anémie secondaire aux saignements gastro-intestinaux.

Respiratoires:
- Asthme chez les patients sensibles à l'AAS.

Il s'est présenté d'autres réactions indésirables, mais dans des circonstances où il était difficile d'en déterminer la cause. On a relevé les réactions suivantes:
Gastro-intestinales: hyperacidité, stomatite, langue saburrale.
Système nerveux: concentration perturbée, sudation.
Hématologiques: rarement leucopénie, thrombocytopénie, anémie aplastique.
Hépatiques: ictère.
Ophtalmologiques: vision brouillée.
Cardiovasculaires: exacerbation de l'insuffisance cardiaque.
Résultats des épreuves de laboratoire
Les anomalies suivantes ont été parfois observées: élévation des taux de transaminases, thrombocytopénie et leucopénie.

Symptômes et traitement du surdosage
On n'a pas rapporté de cas de surdosage avec le VOLTAREN (diclofénac sodique) jusqu'à maintenant. Il n'y a pas d'antidote spécifique pour le VOLTAREN. On recommande un traitement d'appoint et symptomatique comprenant l'induction des vomissements ou le lavage gastrique. On peut aussi considérer l'emploi de mesures visant à diminuer l'absorption (charbon activé) et à accélérer l'élimination (dialyse).

Posologie et administration
Dans l'arthrite rhumatoïde, instituer le traitement au VOLTAREN (diclofénac sodique) à une posologie de 25 ou 50 mg trois fois par jour, selon la sévérité de l'état. En traitement d'entretien, diminuer la posologie à la dose minimale qui procure un contrôle soutenu des symptômes, habituellement 25 mg trois fois par jour.
Dans l'ostéo-arthrite, la dose d'attaque et d'entretien est habituellement de 25 mg trois fois par jour. Ajuster individuellement à la dose minimale qui procure le contrôle des symptômes.
La dose maximale recommandée est de 150 mg par jour. Le VOLTAREN se prend avec de la nourriture et les comprimés sont à avaler entiers.

Présentation
VOLTAREN (diclofénac sodique) comprimé à 25 mg: jaune, rond, légèrement biconvexe, entéro-soluble, bords biseautés, avec les lettres "BZ" imprimées sur un côté et "GEIGY" sur l'autre.
VOLTAREN (diclofénac sodique) comprimé à 50 mg: brun pâle, rond, légèrement biconvexe, entéro-soluble, bords biseautés, avec les lettres "GT" imprimées sur un côté et "GEIGY" sur l'autre.
VOLTAREN est présenté en flacons de 100 et 500. Garder à la température ambiante et à l'abri de l'humidité. Monographie fournie sur demande.

Références

1. Rossi, F. A., Baroni, L., J.Int.Med.Res. (1975) 3, 267.
2. Bijlsma, A., Scand.J.Rheumatology (1978) Suppl. 22: 74-80.

PAAB
CCPP

Voltaren 25 mg



Voltaren 50 mg

grandeur normale

Geigy
Dorval, Qué.
H9S 1B1

a) Au niveau de la coopération entre macrophage et lymphocyte T "helper"

Jusqu'à récemment, on pensait que pour qu'il y ait coopération entre un macrophage et un lymphocyte Th, il fallait qu'il y ait identité au niveau de leurs déterminants Ia ; ceci était basé sur le fait qu'un lymphocyte Th, déjà sensibilisé in vivo à un immunogène spécifique, ne pouvait être restimulé in vitro par ce même immunogène que s'il était présenté par un macrophage exprimant le même déterminant Ia que le lymphocyte Th[10,14, 16]. On savait aussi qu'un lymphocyte Th, déjà sensibilisé in vivo à un immunogène spécifique et exprimant à sa surface deux déterminants Ia différents (2 allèles différents), pouvait être restimulé in vitro par ce même immunogène présenté par un macrophage n'exprimant à sa surface qu'un seul des déterminants Ia exprimés par le lymphocyte Th [14,16].

Or, on a récemment démontré qu'on peut in vitro sensibiliser un lymphocyte Th à un immunogène spécifique qui lui est présenté par un macrophage n'exprimant pas un déterminant Ia identique[16] ; dans ce cas ce lymphocyte Th ne peut être restimulé in vitro par ce même immunogène que s'il est présenté sur un macrophage exprimant le même déterminant Ia que celui exprimé par le macrophage ayant servi à sa sensibilisation[16,17]. Ceci signifie qu'un lymphocyte Th ne peut reconnaître et répondre à un immunogène que si celui-ci lui est présenté par un macrophage exprimant le même déterminant Ia que le macrophage ayant participé à sa sensibilisation, et il n'est pas du tout nécessaire que ce macrophage exprime le même déterminant Ia que le lymphocyte Th.

b) Au niveau de la coopération entre lymphocyte T "helper" et lymphocyte B

On croyait aussi que pour qu'il y ait coopération entre un lymphocyte Th et un lymphocyte B, il fallait encore qu'il y ait identité au niveau des déterminants Ia ; ceci était encore basé sur le fait qu'un lymphocyte B déjà sensibilisé in vivo à un immunogène dépendant des lymphocytes Th, ne pouvait être restimulé in vitro par ce même immunogène qu'en présence d'un lymphocyte Th déjà sensibilisé à cet immunogène et exprimant le même déterminant Ia que le lymphocyte B[16]. En plus, on avait observé qu'un lymphocyte Th déjà sensibilisé in vivo à un immunogène et exprimant deux déterminants Ia différents, pouvait stimuler secondairement in vitro un lymphocyte B, déjà sensibilisé à ce même immunogène et n'exprimant qu'un seul des deux déterminants Ia exprimés par le lymphocyte Th[14].

Cependant, il a été démontré à partir de modèles chimériques (animaux irradiés et ayant reçu des cellules hémopoiétiques provenant de différentes souches de la même espèce) qu'un lymphocyte Th et un lymphocyte B, exprimant des déterminants Ia différents, pouvaient coopérer entre eux dans l'élaboration d'une réponse immunologique à un immunogène spécifique[14]. Encore une fois, ceci semble mettre un doute sur la théorie disant que la coopération cellulaire au niveau de la réponse immunologique nécessite une identité au niveau des déterminants Ia.

II) Contrôle génétique de la réponse immunologique à un antigène spécifique

Le contrôle génétique de la réponse immunologique a surtout été démontré dans des réactions médiées par des IgG.

a) Gène Ir se manifestant au niveau de la coopération entre macrophage et lymphocyte T "helper"

Les gènes Ir sont ceux qui permettent une réponse immunologique à un immunogène spécifique. On a démontré dans certains modèles expérimentaux que le gène Ir se manifeste au niveau de l'interaction entre le macrophage qui présente l'immunogène et le lymphocyte Th[10,14,16, 20] ; en effet, un lymphocyte Th, déjà sensibilisé in vivo et provenant d'une souris issue de l'accouplement d'une souris répondant à l'immunogène et d'une souris non répondante, peut être restimulé in vitro par ce même immunogène si celui-ci est présenté par un macrophage originant de la souris parentale répondante ; cependant, il ne peut l'être si le macrophage origine de la souris parentale non répondante.

Dans d'autres modèles expérimentaux on a réussi à démontrer qu'il fallait deux gènes Ir différents pour permettre une réponse à un immunogène spécifique[14].

b) Gènes Ir se manifestant au niveau de la coopération entre lymphocyte T "helper" et lymphocyte B

On a aussi démontré dans certains modèles expérimentaux que le gène Ir peut se manifester au niveau du lymphocyte Th, qui ne peut pas produire le facteur stimulant spécifique[14]. Le gène Ir peut aussi se manifester au niveau du lymphocyte B qui ne peut répondre au facteur stimulant spécifique[14]. Enfin, une souris peut ne pas répondre à un immunogène spécifique parce qu'elle présente les deux lacunes décrites ci-haut[14].

℞ Neosporin*

solution oto-ophtalmique et onguent

Indications: solution oto-ophtalmique: Prophylaxie et traitement des infections oculaires.
Onguent: Infections oculaires externes dues à des germes sensibles.
Contre-indications: Hypersensibilité à l'un quelconque des composants du produit.
Précautions: Comme avec les autres préparations antibiotiques, l'usage prolongé peut entraîner une pullulation de germes non sensibles, y compris de fongus. Si cela se produit, les mesures appropriées doivent être appliquées.
Solution oto-ophtalmique: Ne doit pas être employée en application sous-conjonctivale ou intraoculaire, ni pour l'irrigation des trajets fistuleux à proximité de l'œil ou de l'orbite.
Posologie: solution oto-ophtalmique: On suggère 1 ou 2 gouttes dans l'œil affecté 2 à 4 fois par jour, ou plus souvent au besoin.
Onguent: Appliquer 2 à 5 fois par jour sur la région affectée.
Présentation: solution oto-ophtalmique: Composition par ml: sulfate de polymyxine B, 5 000 unités; sulfate de néomycine, 2,5 mg; gramicidine, 0,025 mg. En flacons plastiques de 10 ml avec stilligoutte.
Onguent: Composition, par gramme: sulfate de polymyxine B, 5 000 unités; bacitracine zinc, 400 unités; sulfate de néomycine, 5 mg, dans un excipient de pétroléine à bas point de fusion. En tubes de 3,5 g (avec embout ophtalmique).

℞ Cortisporin*

suspension ophtalmique et onguent

Indications: suspension ophtalmique: Traitement des infections et de l'inflammation ophtalmiques: conjonctivite bactérienne non purulente, allergique, printanière et phlycténulaire; épisclérite et blépharite non suppurées; kératite interstitielle, sclérosante, postopératoire ou de l'acné rosacée; brûlures chimiques et thermiques de la cornée.
Onguent: Inflammation du secteur antérieur de l'œil, y compris les infections bactériennes dues à des germes sensibles. Aussi, pour le traitement des affections allergiques et des brûlures chimiques et thermiques de la cornée.
Contre-indications: Ce médicament est contre-indiqué dans les conjonctivites et les blépharites suppurées aiguës, les lésions tuberculeuses, fongiques ou virales de l'œil, y compris la kératite arborescente et les affections intéressant le segment postérieur de l'œil. Ce produit est contre-indiqué chez les sujets ayant déjà manifesté une hypersensibilité à l'un quelconque de ses composants.
Précautions: L'emploi ophtalmique prolongé de la stéroïdothérapie en application locale peut causer chez certains sujets une élévation de la tension intraoculaire. Dans les maladies où il y a amincissement de la cornée, on a signalé des cas de perforation au cours de l'emploi de topiques stéroïdiques.
Comme avec toute préparation antibiotique, l'usage prolongé peut entraîner une pullulation de germes non sensibles, y compris de fongus. Si cela se produit, les mesures appropriées doivent être appliquées.
Surdosage, traitement: Symptomatique.
Posologie: suspension ophtalmique: 1 ou 2 gouttes dans l'œil toutes les 3 ou 4 heures; au besoin, plus souvent dans les cas aigus.
Onguent: Appliquer une très mince couche 2 à 4 fois par jour. Dans les affections chroniques de l'œil, l'arrêt du traitement doit se faire graduellement en réduisant progressivement la fréquence des applications pour atteindre éventuellement une seule application par semaine.
Présentation: suspension ophtalmique: Composition de la suspension stérile, par ml: sulfate de polymyxine B, 10 000 unités; sulfate de néomycine, 5 mg; hydrocortisone, 10 mg (1%). En flacons plastiques de 7 ml avec stilligoutte.
Onguent: Composition, par gramme: sulfate de polymyxine B, 5 000 unités; bacitracine zinc, 400 unités; sulfate de néomycine, 5 mg; hydrocortisone, 10 mg, dans un excipient de pétroléine à bas point de fusion. En tubes de 3,5 g (avec embout ophtalmique).
Renseignements posologiques supplémentaires disponibles sur demande.

Division médicale Calmic
Burroughs Wellcome Ltd.
LaSalle, Qué.

*Nom déposé PAAB CCPP C-8003



Pr Neosporin*

solution oto-ophtalmique stérile
(Polymyxine B, Néomycine, Gramicidine)

Une formule qui fait double emploi

Pourquoi? Parce que grâce à son action bactéricide à large spectre vos patients reçoivent un traitement rapide et efficace contre presque tous les organismes pathogènes des yeux et des oreilles, incluant *Pseudomonas aeruginosa*, le plus résistant des pathogènes de l'œil.

NEOSPORIN peut être utilisé comme agent thérapeutique et prophylactique dans une grande variété d'infections des yeux et des oreilles: conjonctivite, blépharite, kératite et otite externe.

NEOSPORIN: La formule logique.

Lorsqu'une démangeaison et une douleur accompagnent l'infection

Pr Cortisporin*

Pour les yeux:
La suspension ophtalmique stérile (Polymyxine B, Néomycine, Hydrocortisone)
L'onguent ophtalmique stérile (Polymyxine B, Néomycine, Bacitracine, Hydrocortisone)

Pour les oreilles:
Les gouttes otiques (Polymyxine B, Néomycine, Hydrocortisone)

CALMIC

*Nom déposé

VASODILAN*
(chlorhydrate d'isoxsuprine)
20mg

Dose initiale recommandée
20 mg 4 fois par jour

INDICATIONS
Dans les maladies vasculaires périphériques:
Pour le soulagement des symptômes tels que: claudication intermittente; froideur, engourdissement, douleur et crampe aux extrémités—dans le traitement de l'artériosclérose oblitérante, de vasculopathie d'étiologie diabétique, de thromboangéite (maladie de Buerger), de maladie de Raynaud, de conditions post-phlébitiques, d'acroparesthésie, de syndrome de gelure et d'ulcères des extrémités (se rapportant à l'artériosclérose au diabète, à la maladie variqueúse).
Dans les maladies cérébro-vasculaires:
Pour le soulagement des symptômes causés ou aggravés par l'insuffisance circulatoire ou l'angiospasme associés à des affections variées telles que l'artériosclérose et l'hypertension.
CONTRE-INDICATIONS
Vasodilan NE DOIT PAS être donné immédiatement après un accouchement ou en présence de saignement artériel.
EFFETS SECONDAIRES
Peu d'effets secondaires ont été constatés avec les doses orales recommandées. Des palpitations passagères et des étourdissements sont parfois constatés mais peuvent être contrôlés par une réduction de la dose. L'injection de Vasodilan en doses intramusculaires de 10 mg peut provoquer l'hypotension et la tachycardie. Ces symptômes sont plus prononcés avec des doses plus fortes. Par conséquent, des doses intramusculaires de plus de 10 mg sont à déconseiller. Une administration intramusculaire de 5 à 10 mg peut être répétée à des intervalles appropriés.
PRÉCAUTIONS
En présence de tachycardie ou d'hypotension pré-existante, l'injection intramusculaire doit être administrée avec plus de soin et le patient doit être étroitement surveillé. L'administration intraveineuse dans le cas de maladie vasculaire périphérique n'est pas à recommander en raison des effets secondaires indésirables qu'elle risque de provoquer.
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION
Dans les maladies vasculaires périphériques et cérébrales:
Par voie orale: 20 mg t.i.d. ou q.i.d. pendant au moins 21 jours. La posologie subséquente peut être réglée selon chaque cas particulier. Par voie intramusculaire: 5 à 10 mg (1 à 2 mL) deux ou trois fois par jour. L'administration intramusculaire peut être employée lors du traitement initial des symptômes aigus et graves. Lorsque ces symptômes sont contrôlés, le traitement doit être continué par voie orale.
PRÉSENTATION
Comprimés, 20 mg (bleus)—flacons de 50 et 250 comprimés. 10 mg (blancs)—flacons de 100 et 500 comprimés. Ampoules, injection 5 mg par mL—ampoules de 8 mL et de 120 mL—boîtes de 24 ampoules.

Renseignements thérapeutiques complets fournis sur demande.

*T.M. Détenteur autorisé

BRISTOL
LABORATOIRES BRISTOL DU CANADA
Unité de Bristol-Myers Canada Inc.
Belleville, Ontario
Candiac, Québec

CCPP

ACIM

VS-1199F

c) Gènes Is se manifestant au niveau de la coopération entre macrophage et lymphocyte T

Les gènes Is sont ceux qui inhibent une réponse à un immunogène spécifique, et ce en permettant une stimulation préférentielle des lymphocytes Ts par rapport aux lymphocytes Th. On a démontré dans certains modèles expérimentaux que le gène Is se manifeste lui aussi au moment de la présentation de l'immunogène aux lymphocytes T, et régularise alors la stimulation préférentielle des lymphocytes T pré-m par rapport aux lymphocytes Th[41] : en effet, un lymphocyte Th, déjà sensibilisé in vivo et provenant d'une souris issue de l'accouplement d'une souris répondante à l'immunogène et d'une souris non répondante, ne peut être restimulé in vitro par cet immunogène que si celui-ci lui est présenté par un macrophage provenant de la souris parentale répondante ; cependant, il peut aussi être stimulé in vitro par l'immunogène présenté par un macrophage provenant de la souris parentale non répondante, si on ajoute au milieu de culture un anti-sérum anti-déterminant I-J : cet anti-sérum bloque la stimulation des lymphocytes Ts, laissant ainsi libre cours à la stimulation des lymphocytes Th[41]

d) Gènes Is se manifestant au niveau de la coopération entre les lymphocytes T responsables de l'activation du lymphocyte T suppresseur

Dans certains systèmes, on a démontré que le gène Is pouvait se manifester à d'autres niveaux qu'au niveau de l'interaction macrophage-lymphocyte T : en effet, chez certaines souris répondantes, les lymphocytes T pré-m impliqués dans l'arc suppresseur ne peuvent pas produire le facteur suppresseur spécifique, tandis que chez d'autres les lymphocytes Tm ne peuvent pas répondre à ce facteur produit par les lymphocytes T pré-m[41] ; par contre, on a réussi à obtenir des souris non répondantes en croisant ensemble les deux types de souris précédents[41] ; ceci démontre en plus que la suppression d'une réponse à un immunogène peut dépendre de plus d'un gène Is.

Conclusion

Les interactions cellulaires impliquées dans la réponse immunologique sont le sujet de multiples recherches à travers le monde. Ceci se comprend assez bien, car c'est un modèle d'interactions assez aisé à étudier : en effet, il est relativement facile de prélever les cellules responsables de cette réponse, de les marquer, de les injecter à différents animaux ou de les étudier in vitro. Mieux comprendre ce qui se passe entre ces cellules est intéressant en soi et peut déboucher sur de multiples applications pratiques. Mais ce n'est pas tout : bien comprendre ce qui se passe dans ces modèles relativement aisés à étudier peut nous aider à mieux comprendre et à mieux orienter les recherches au niveau d'autres modèles d'interactions cellulaires.

Chaque décennie répond à quelques questions posées durant les décennies précédentes, mais aussi chaque décennie nous présente de nouvelles perspectives, nous ouvre de nouvelles avenues de recherches. J'aimerais bien faire des prédictions sur ce que la prochaine décennie apportera au domaine de l'immunologie, mais j'ai l'impression que trop de découvertes inattendues vont se produire pour oser m'y risquer.

summary

In this second article, the author reviews the models of cellular interactions in the afferent pathway of the immunological response. The genetic regulation of that response is presented.

remerciements

L'auteur tient à remercier le Dr Roseline LeBel pour son aide et ses précieuses critiques dans l'élaboration de ce travail.

bibliographie

36. Krakauer, R.S. et coll. Suppressor factors :
potential for immunotherapy. Immunopharmacol., 2 : 271, 1980.

37. Gearhart, P. et coll. :
Successive switching of antibody isotypes expressed within the lines of a B-cell clone. Proc. Natl Acad. Sci. U.S.A., 77 : 5428, 1980.

38. Katz, D.H. :
Control of IgE antibody production by suppressor substances. J. Allergy Clin. Immunol., 62 : 44, 1978.

39. Moretta, L. et Coll. :
Functional analysis of two human T cells subpopulations : help and suppression of B cell responses by T cells bearing receptors for IgM or IgG. J. Exp. Med., 146 : 184, 1977.

40. Ramshaw, I. A. et coll. :
Discrimination of suppressor T cells of humoral and cell mediated immunity by anti Ly and anti Ia sera. Cell Immunol., 31 : 364, 1977.

41. Benacerraf, B. et coll. :
Specific suppressor responses to antigen under I region centrol. Fed. Proc., 38 : 2053, 1979.

L'aptitude médicale au travail

Monique Boivin[1]

Résumé

Le constat d'aptitude médicale au travail repose sur le jugement d'une seule personne : le médecin. La portée sociale d'un tel jugement est indéniable. Il doit donc être basé sur de solides connaissances médicales et des connaissances du milieu de travail et se situer à l'intérieur des législations qui régissent notre société.

L'aptitude médicale au travail repose sur le jugement d'une seule personne : le médecin. Il s'agit d'un jugement d'une portée sociale très grande, puisqu'il peut amener la perte d'un emploi pour une personne ou l'aggravation d'un état de santé déficient pour une autre et même la poursuite en justice du médecin qui aura mal exercé son jugement.

Pour exercer un tel jugement, le médecin doit posséder une connaissance aussi précise que possible de la tâche à laquelle on destine son interlocuteur et avoir un sens clinique poussé qui lui permette de bien jauger la santé de la personne qui se présente devant lui.

La tâche

Elle a de nombreuses caractéristiques qui peuvent toutes être importantes pour la personne qui passe le tiers de sa vie dans son milieu de travail. J'énumérerai ici les principales caractéristiques qui doivent attirer l'attention du médecin responsable.

D'abord le lieu géographique où travaille cette personne (en ville, à la campagne, dans le bois, à la Baie James) doit être pris en considération. La présence de centres de soins spécialisés à distance raisonnable est importante dans certains cas de maladies chroniques. Le travail s'effectuera-t-il dehors, en usine ou dans un bureau ? Autant d'endroits qui ont leurs particularités. L'air ambiant y sera-t-il pollué et par quoi ? La température sera-t-elle chaude, très chaude, froide ou très froide ? Le degré d'humidité ou de sécheresse a un impact sur certaines personnes susceptibles. La présence de vapeurs ou de gaz doit être connue. Certains emplois exposent les travailleurs à des radiations, lesquelles et à quelle intensité ? Certains autres se font en milieu hyperbare et il importe de le savoir. L'intensité du bruit doit aussi être connue. Les caractéristiques chimiques et biologiques d'un emploi sont directement reliées au processus de fabrication ou à la vocation de l'entreprise. Les emplois dans les usines de produits pharmaceutiques, les laboratoires de recherches, les hôpitaux, la pétrochimie, l'alimentation, etc. ont tous des caractéristiques chimiques ou biologiques dont il faut tenir compte.

Les caractéristiques ergonomiques : A quel effort physique sera soumis le travailleur ? Quelle sera sa position de travail ? Est-ce un travail dur ou facile ? Quelle partie de son corps sera le plus sollicitée, ses bras, ses jambes ou sa colonne vertébrale? Sera-t-il assis devant un écran sept heures par jour? Quel outil aura-t-il à utiliser journellement (la scie à chaîne, la torche à acétylène ou la voiture)?

Les caractéristiques de l'horaire de travail : la semaine de trente-cinq heures ou de soixante-dix heures ? La fréquence du temps supplémentaire est à connaître.

Les caractéristiques psychologiques : certaines tâches à la chaîne sont incompatibles avec certaines personnalités. D'autres tâches, de par la performance qu'elles exigent ou l'endroit où elles s'exercent, ne s'adressent pas aux phobiques. Enfin, il est bien connu que certaines tâches de responsabilité entraînent avec elles leur quota de stress.

Les caractéristiques vestimentaires et de protection individuelle : plusieurs types d'emplois nécessitent le port de vêtements spéciaux et surtout d'appareils visant à assurer la sécurité individuelle des travailleurs. Il suffit de penser au scaphandrier, à certains opérateurs de hauts fourneaux, à l'attirail de bottes, casques, gants, protecteurs auditifs, etc. dont sont affublés la plupart des travailleurs.

Cette énumération est succinte et je sais que chaque médecin du travail pour-

1) Médecin responsable de la construction Hydro-Québec, Montréal.

rait y ajouter sa propre liste, mais elle veut faire comprendre la complexité de la technologie qui nous entoure et toutes les facettes d'une tâche qu'il faut connaître avant de pouvoir poser un jugement d'aptitude. Le médecin responsable doit acquérir ces connaissances et comprendre à fond chacune des phases de fabrication dans son usine ou industrie. Il multipliera ses visites sur le terrain à son plus grand profit et à la satisfaction des travailleurs qui aiment partager la connaissance de leur milieu. Dans la plupart des grandes industries, il existe des descriptions de tâches et le médecin sera bien avisé d'en prendre connaissance avant chaque examen d'aptitude. Il est important de connaître la nomenclature de chaque tâche, afin de se rendre compte qu'un "opérateur" de salle de cuve d'une acierie fait un travail bien différent de celui de "l'opérateur" de poste d'Hydro-Québec. Chaque usine à un vocabulaire correspondant à ses activités propres.

La personne

Cette connaissance du milieu et de la tâche n'est destinée en somme qu'à aider la personne, employé(e) syndiqué(e) ou cadre, homme ou femme, appelé(e) à travailler dans ce contexte. Le médecin doit maintenant se servir de son art et de sa science pour évaluer l'état de santé de cette personne compte-tenu des agresseurs potentiels auxquels elle sera soumise durant les années à venir. Le travail postulé ne doit pas provoquer l'apparition de maladie ni aggraver un état de santé déjà déficient, ni accélérer le processus normal de vieillissement.

L'examen médical comprendra tous les tests de dépistages simples, quitte à les compléter par des tests plus sophistiqués si le clinicien le juge à propos. En général, l'examen d'embauche comprendra les examens suivants :

- Poids et taille
- Hémoglobine (fait à l'hémoglobinomètre)
- Examen d'urine (Bâtonnets N-Multistix)
- V.D.R.L. (comme service à la communauté)
- S.M.A.C. (réservé aux employés de plus de 40 ans)
- Spirométrie
- Ortho-rater ou Snellen
- Audiométrie
- Électrocardiogramme (réservé aux employés de plus de 40 ans)
- Questionnaire sur les antécédents
- Questionnaire subjectif
- Examen physique complet

A cette liste, s'ajouteront divers tests spécifiques à l'agresseur identifié dans la tâche. Ainsi, les travailleurs sous radiation devront se soumettre à une batterie de tests sanguins, les employés de cafétérias à d'autres, les pilotes d'avion ou d'hélicoptère auront leurs tests spécifiques, etc., etc. Selon les symptômes présentés par la personne, le médecin pourra juger à propos de réclamer certains tests particuliers. La consultation des dossiers d'hospitalisations antérieures s'avère aussi un instrument important.

L'adéquation personne-tâche

Ce n'est que lorsqu'il a acquis une bonne connaissance de la tâche à accomplir et de l'état de santé de la personne qui postule l'emploi que le médecin peut former son jugement d'aptitude. L'adéquation personne-tâche ne peut être un phénomène statique fixé dans le temps. Il faut prévoit que le jeune opérateur de 20 ans vieillira et que son profil de carrière en fera soit un technicien, un contremaître ou un journalier. C'est pourquoi le jugement d'aptitude médicale devra être renouvelé à plusieurs reprises pendant la vie de travail d'une personne.

Feront suite à l'examen d'embauche, les examens suivants prévus au programme de santé de l'entreprise :

Les examens de postes à risques

Ces examens sont prévus à divers intervalles selon le ou les risques inhérents à la tâche. Plus une tâche est lourde, plus la périodicité des examens sera courte. Certains employés sont examinés annuellement, d'autres tous les deux ans. Ces examens comprendront plus ou moins d'éléments, selon les risques identifiés. Ainsi, les travailleurs sur écrans cathodiques subiront principalement des examens répétés de leur vision. Par ailleurs, le mineur subira un examen général. Le protocole à suivre pour chacun de ces examens est généralement pré-déterminé dans le programme de santé.

Les examens de retour au travail après absence par accident ou maladie

Tout accident ou maladie peut avoir des conséquences sur l'aptitude d'une personne à continuer son emploi. Il est donc important qu'une évaluation d'aptitude se fasse à son retour au travail. L'examen portera alors sur les suites de l'accident ou de la maladie. Ici, la médication prescrite est un bon indice de la gravité de l'atteinte, ainsi que la connaissance des résumés de dossiers d'hospitalisations. Le concours des médecins traitants devrait être recherché et s'avère souvent très utile. Il appartient cependant au médecin du travail d'émettre le jugement d'aptitude, car il est le seul à connaître la nature de la tâche à accomplir. C'est là un de ses rôles privilégiés.

Les consultations

Même en industrie, le médecin est soumis à des consultations qui proviennent des employés eux-mêmes, des collègues de travail et des patrons. Toutes ces consultations sont autant d'occasions de réviser le constat d'aptitude. C'est qu'on retirera d'un travail dangereux une personne sous forte médication tranquillisante ou un alcoolique connu. On revisera aussi le constat d'aptitude lors d'un transfert à un autre type d'emploi.

La communication du jugement d'aptitude

Une fois le jugement d'aptitude formé, le médecin doit en informer les intéressés. La première personne intéressée est le (la) postulant (e) ou l'employé (e) à qui le médecin doit expliquer les raisons médicales qui motiveront soit un refus d'emploi, soit les restrictions permanentes ou temporaires émises, soit la demande d'un transfert à un autre genre d'emploi, soit toute autre modification apportée à l'exécution de sa tâche.

La communication avec les administrateurs de l'entreprise passe généralement par le bureau du personnel et doit être formulée sur une fiche administrative spécialement conçue à cet effet. Il est important que cette fiche offre plus de possibilités de dialogue que les qualificatifs "apte" ou "non apte" d'autrefois, trop simplistes et restrictifs et qui risquent donc d'être préjudiciables à la personne. On sait que certaines personnes peuvent, de par leur état de santé, faire n'importe quoi, n'importe où. D'autres, par contre, peuvent très bien faire la tâche qu'on leur destine sans pour cela être apte à faire n'importe quoi dans l'entreprise. Ainsi, un épileptique peut très bien faire un travail de bureau, mais ne peut devenir chauffeur de fardier. La fiche d'aptitude doit permettre de faire ces distincions tout en ne dévoilant pas le diagnostic. Il existe plusieurs types de fiche d'aptitude et leur valeur respective réside dans les possibilités de nuances qu'elles offrent et aussi dans la formulation adéquate des messages qu'elles véhiculent. Il est donc important que le médecin s'assure que les préposés au bureau du personnel interprètent bien sa codification afin d'éviter tout préjudice à la personne.

L'éthique et la législation

Comme dans toute pratique médicale, le médecin, dans son jugement d'aptitude, est toujours soumis à son code d'éthique. Ses connaissances médicales devront être continuellement maintenues à jour et il devra avoir recours à des consultations médicales auprès de spécialistes pour bien éclairer son jugement, s'il y a lieu. Il devra toujours pouvoir défendre son diagnostic médical devant ses pairs. Il est aussi tenu à la confidentialité du dossier et cette tâche sera d'autant plus facile que sa crédibilité sera grande auprès des employés et des employeurs. On emploie un médecin en industrie pour donner des avis administratifs

basés sur sa science particulière qui est la médecine. Il n'a pas à discuter cette science avec les intéressés mais bien de leur faire profiter d'avis éclairés basés sur des connaissances sûres de la médecine et du travail.

La Charte des Droits et Libertés de la Personne empêche toute discrimination à l'emploi. Une discrimination pour raisons médicales ne peut être acceptée que si elle est "fondée sur les qualités exigées de bonne foi pour un emploi" (article 20). Ce n'est que sur la base de cet article que l'on peut exclure une personne d'un emploi. Le programme de santé d'une entreprise entreprise devra bien identifier les agresseurs et donc les contre-indications médicales à certains types d'emplois. Toutefois connaissant les variations individuelles dans les manifestations de chaque maladie, le médecin ne devra pas d'emblée éliminer une personne sans avoir évalué son cas avec soin. Ainsi, même si l'asthme est une contre-indication au travail minier, le médecin a le devoir d'évaluer l'aptitude d'un postulant asthmatique : nous savons jusqu'à quel point l'asthme est polymorphe et que certains asthmatiques pourraient travailler dans une mine sans pour autant aggraver leur maladie. L'incapacité d'une personne à assumer les exigences particulières d'un poste de travail doit dont être établie sur une base individuelle.

La loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées oblige aussi le médecin à une étude minutieuse de la personne handicapée et de toutes les facettes de la tâche à accomplir. On ne peut plus refuser, par exemple, un emploi à un handicapé sous le prétexte que son embauche exigerait de faire relever un banc de travail dans un atelier.

Autrefois, l'examen médical d'embauche faisait figure d'examen discriminatoire orienté vers les intérêts de l'entreprise et des bénéfices marginaux. La société a évolué et l'examen d'embauche est maintenant strictement orienté vers la préservation de l'intégrité physique et mentale de la personne qui postule l'emploi. Le médecin ne doit même pas fonder son jugement sur des prédictions d'évolution possible de certaines maladies chroniques. La définition du terme santé recueillie dans le dictionnaire me semble très adéquate : "fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme humain pendant une période appréciable".

L'aptitude médicale au travail est basée sur le jugement d'un médecin, jugement dont il aura à répondre devant plusieurs intervenants, soit l'employé, l'employeur, le syndicat, la Corporation Professionnelle, la Charte des Droits et Libertés de la Personne, la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, le D.S.C. et la C.S.S.T.

Confronté à autant de juges, le médecin est bien seul et il ne peut se permettre d'être un médecin de compagnie ou un médecin de syndicat, mais il doit être un professionnel dont l'efficacité repose sur une science médicale éclairée et une bonne connaissance du milieu de travail.

summary

The medical ability to work lies upon the judgment of one person : the doctor. The social impact of such a judgment is indeniable. It must therefore be based on solid medical knowledge and an adequate appreciation of the work place. It must also take into consideration the laws that govern our society.

bibliographie

- Charte des Droits et Libertés de la Personne.
- Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées.
- Amphaux M. — Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, 1979.

P Naprosyn®

un traitement d'attaque que la plupart des patients arthritiques peuvent continuer

Classification thérapeutique
Agent anti-inflammatoire oral, à propriétés analgésiques et antipyrétiques.
Indications
Ostéoarthrite, polyarthrite rhumatoïde, spondylite ankylosante.
Contre-indications
Ulcère peptique en évolution, inflammation du tube digestif. Hypersensibilité au médicament. Personnes chez qui l'aspirine ou d'autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiques provoquent l'asthme, la rhinite ou l'urticaire.
Mise en garde
L'innocuité de Naprosyn n'a pas été établie chez les femmes enceintes, les nourrices et les enfants. Par conséquent, on recommande de ne pas l'administrer à ces patients.
Précautions
Administrer Naprosyn sous surveillance étroite aux patients qui sont sujets aux irritations du tube digestif, à ceux qui présentent une diverticulose et à ceux qui ont un antécédent d'ulcère peptique. Naprosyn peut déplacer de leurs sites de liaison d'autres médicaments liés à l'albumine et causer ainsi des interactions médicamenteuses. Par exemple, les personnes qui prennent de la bishydroxycoumarine, de la warfarine, de l'hydantoïne, des sulfamides ou des sulfonylurées doivent être surveillées de très près pour déceler tout signe de surdosage ou de toxicité, si l'on ajoute Naprosyn à leur régime thérapeutique.
Chez quelques patients, on a constaté un oedème périphérique bénin. Par conséquent, les patients dont la fonction cardiaque est diminuée devraient être gardés en observation s'ils prennent Naprosyn. Le médecin doit se rappeler que les effets anti-inflammatoires, analgésiques et anti-pyrétiques de Naprosyn peuvent masquer les signes ordinaires d'une infection. Naprosyn est excrété dans l'urine surtout et devrait être administré avec prudence aux insuffisants rénaux. Naprosyn peut augmenter les taux urinaires des stéroïdes 17-cétogènes à cause de l'interaction entre le naproxène ou ses métabolites et le **m**-dinitrobenzène utilisé dans ce dosage. On conseille donc de suspendre le traitement au Naprosyn 48 heures avant de pratiquer des tests de la fonction surrénalienne.
Réactions adverses
Tube digestif: saignements gastro-intestinaux peu fréquents, avec ou sans ulcération. Dans certains cas, il a été difficile d'établir leur rapport avec Naprosyn. Autres réactions adverses, par ordre décroissant de fréquence; pyrosis, constipation, douleur abdominale, nausée, diarrhée, dyspepsie, diverticulite. Seules quelques-unes ont été assez graves pour interrompre le traitement.
Peau: les éruptions ont été relativement rares et en général elles ont disparu à l'arrêt du traitement: Autres réactions par ordre décroissant de fréquence: prurit, sudation, purpura. L'oedème angioneurotique a été observé rarement.
Système nerveux central: céphalée, étourdissements, somnolence, dépression et fatigue occasionnels. Chez quelques patients seulement, ces effets (céphalée, étourdissements) ont été assez graves pour interrompre le traitement.
Sang: bien qu'aucun rapport causal n'ait été établi, on a signalé de rares cas de thrombocytopénie ou de leucopénie.
Système cardio-vasculaire: dyspnée, oedème périphérique bénin, ecchymoses et palpitations ont été signalés rarement.
Système hépatique: on a rapporté un cas de jaunisse avec Naprosyn qui est réapparu à la suite d'une administration ultérieure; cependant aucun lien causal avec ce médicament n'a pu être établi avec certitude.
Vue et audition: on a signalé quelques anomalies oculaires comprenant des altérations de la cornée, des opacités du cristallin, la dégénérescence maculaire et une vision trouble mais leur rapport avec Naprosyn n'a pas été établi. On a signalé quelques cas de tinnitus bénins ou modérément graves.
Bouche et gorge: quelques maux de gorge graves ont été observés mais leur rapport avec Naprosyn n'a pas été établi.
Épreuves de laboratoire: dans l'étude du temps de saignement, il faut se rappeler que Naprosyn diminue l'agrégation plaquettaire et prolonge le temps de saignement. On a relevé des anomalies isolées dans d'autres épreuves de laboratoire pendant un traitement au Naprosyn, mais aucune tendance claire n'a été notée qui permette de conclure à une toxicité possible.
Posologie et administration
Dans l'ostéoarthrite, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylite ankylosante, la dose quotidienne ordinaire est de 500 mg par jour. Cette dose quotidienne peut être augmentée à 1 000 mg ou diminuée, selon la réaction du malade. Ce n'est pas nécessaire d'administrer Naprosyn plus de deux fois par jour.
Présentation
Comprimés ovales, biconvexes, gravés d'un N sur une face et de SYNTEX sur l'autre. Chaque comprimé vert pâle contient 125 mg de naproxen. Flacons de 100 et 500 comprimés. Chaque comprimé jaune contient 250 mg de naproxen. Flacons de 50 et 250 comprimés. Une monographie est disponible sur demande.
Références
1. Diamond H, Alexander S, Kuzell W, Lussier A, Odone D, Tompkins R. Naproxen and Aspirin in Rheumatoid Arthritis: A Multicenter Double-Blind Crossover Comparison Study. J Clin Pharmacol 1975; 15:335-9. 2. Bowers DE, Dyer, HR, Fosdick WM, Keller KE, Rosenberg AL, Sussman P et al, Naproxen in Rheumatoid Arthritis. A Controlled Trial, Ann Intern Med 1975; 83 (4) :470-5. 3. Melton JW, Lussier A, Ward JR, Neustadt D, Multz C. Naproxen vs Aspirin in Osteoarthritis of the Hip and Knee. J Rheumatol 1978; 5 (3) :338-46. 4. Luftschein S, Bienenstock H, Varady JC, Stitt FW, Increasing Dose of Naproxen in Rheumatoid Arthritis: Use with and without Corticosteroids. J Rheumatol 1979; 6 (4) :397-404. 5. Hazleman BL, Mowat AG, Sturge RA, Hall M, Seifert MH, Liyanage SP, Mathews JA, Jenner JR, Engler C. A Long Term Trial of a Higher Dose of Naproxen in the Treatment of Rheumatoid Arthritis, Ankylosing Spondylitis and Osteoarthritis. Europ J Rheumatol 1979; 2:56-64. 6. Mowat AG, Ansell BM, Gumpel JM, Hill HFH, Hill AGS, Stoppard M. Naproxen in Rheumatoid Arthritis Extended Trial: Further Report. Europ J Rheumatol 1979; 2(1) :19-24. 7. Segre E. Long-Term Experience with Naproxen: Open-Label Cohort Survey of Nearly 900 Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis Patients. Curr Ther Res 1980; 28(1) :47-60. 8. Brogden RN, Heel RC, Speight TM, Avery GS. Naproxen: A Review. Drugs 1979; 18:241-77.

MEMBRE ACIM CCPP PAAB

SYNTEX
Syntex Inc., Montréal, Québec

sonomed

La surdité

Lise Ratelle-Caron[1]

Le but de cet exposé est de décrire brièvement différents types de surdité, de familiariser l'auditeur avec les méthodes utilisées pour les évaluer et enfin traiter plus en détail du problème de la presbyacousie en milieu gériatrique.

On présente, dans un premier temps, une explication de techniques audiométriques, afin de faciliter l'interprétation des résultats de l'audiogramme en vue d'un diagnostic différentiel. On décrit plus particulièrement le problème de la presbyacousie. Cette pathologie se caractérise par l'abaissement neuro-sensoriel de l'audition, surtout sur les fréquences aiguës. On constate également une difficulté marquée pour la compréhension de la parole. Un certain nombre d'autres manifestations histopathologiques et cliniques sont aussi présentées dans ce texte.

Enfin, on discute de la prothèse auditive et particulièrement de ses limites, compte tenu de la nature même de la presbyacousie.

1) M.S., Audiologiste, Hôtel-Dieu de Montréal.

Conduite à tenir devant... une protéinurie

V. Béroniade[1]

La protéinurie touche 5.2% de la population. Sa signification pronostique extrêmement variable impose la recherche de sa cause.

Protéinurie = l'excrétion de protéines dans les urines dépassant les quantités présentes chez l'individu normal (50-150 mg / 24 hres pour l'adulte, 35-60 mg / 24 hres pour l'enfant). La protéinurie "physiologique" résulte d'une imperfection du filtre glomérulaire dont 0.6 - 1% des "pores" présentent des dimensions dépassant 40 A° et qui se laissent donc traverser par les diverses protéines (20-30 gr/j) dans des proportions inversement proportionnelles avec leur poids moléculaires (tableau 1). Des mécanismes tubulaires récupèrent la presque totalité des protéines filtrées (réabsorption maximale = 70 gr / jour) avec une préférence particulière pour l'albumine. Aux protéines d'origine plasmatiques s'ajoutent des globulines sécrétées par les cellules tubulaires et provenant des voies urinaires. La protéinurie "physiologique" a donc une prédominance globulinique.

Tableau I

Relation entre le pourcentage des divers protéines qui traversent le filtre glomérulaire et leur poids moléculaire.

Protéine	Poids moléculaire	% filtrée
Myoglobine	17.500	75.0
Protéine Bence Jones	42.500	9.0
Hémoglobine	68.000	5.2
Sérum - albumine	72.000	0.6

Deux catégories de techniques (biochimiques et à bâtonnets imprégnés) permettent le dépistage de la protéinurie. Chaque catégorie a ses avantages et ses désavantages par rapport à l'autre. La sensibilité des deux catégories est telle qu'a l'exception de l'urine normale très concentrée elles ne dépistent que les "hyperprotéinuries" pathologiques.

1) M.D., D.Sci., F.R.C.P. (C), F.A.C.P. Chef du Service de Néphrologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Professeur titulaire de Clinique, Faculté de Médecine, Université de Montréal.

sonomed

Tableau II

Correspondance quantitative de l'évaluation semi-quantitative de la protéinurie par la technique des batonnets (combistix).

0	correspond	à < 4 mg %
Traces		à < 10 mg %
*		à 10 - 30 mg%
**		à 40 - 100 mg%
***		à 100 - 300 mg%
****		à > 500 mg%

Tableau III

Variantes physiopathologiques de protéinurie

1) De surcharge: présence protéines faible poids molécualire dans le plasma (myoglobine, protéine Bence Jones).
2) Par exsudation: inflammation ou saignement voies urinaires.
3) De type tubulaire: faible (< 1 gr / 24 hres) a prédominance globulinique, propre aux maladies tubulaires (Fanconi) et interstitielles (pyélonéphrite).
4) De type glomérulaire: souvent importante (> 3 gr / 24 hres) a prédominance d'albumine qui peut être presque la seule protéine excrétée (forme sélective). Propre aux maladies glomérulaires et vasculaires (néphroangiosclérose). La sélectivité a une valeur diagnostique pronostique et thérapeutique.

Tableau IV

Étiopathogénie de protéinuries

1. **Fonctionnelles:** altération nonlésionnelle de la perméabilité glomérulaire: orthostatique d'exercice, d'exposition au froid, fébrile (?)
2. **Par maléorganique prérénale:** stase cardiaque ou veineuse, polyglobulie, myélome.
3. **Par mal. organique post rénale:** infection, saignement voies urinaires.
4. **Par mal. oranique rénale:** Les classes 2, 3 diagnostic facile. Les classes 1, 4 diagnostic difficile surtout si protéinurie isolée.

Tableau V

Diagnostic des protéinuries

1) Intérrogatoire, examen physique complet, protéinurie 24 hres, électrophorèse protéines urinaires, glycémie, Ag Australien, cel LE, ANA, anti DNA, CH50, C3, C4, ASO, PEV.
2) Si protéinurie isolée séparer forme intermittente de forme persistante (généralement organique).
3) Si forme intermittente éliminer protéinurie orthostatique d'exercice d'exposition au froid et fébrile (attention!).
4) Si diagnostic impossible ponction biopsie rénale ou au moins investigation répétée.

L'intensité de la réaction aux techniques de dépistage permet une certaine évaluation de la concentration de protéines dans l'échantillon d'urine (tableau II). L'intérêt diagnostique de la quantité totale de protéines de 24 hres oblige a recourir à des techniques de dosage de précision variable (Kjeldall, b'uret). Enfin, des techniques nouvelles (électrophorèse sur papier, gelose, immunélectrophorèse, etc.) permettent l'analyse de la nature et de la concentration des différentes protéines, très utile sur le plan diagnostique.

A la fin de cette investigation on arrive à séparer 4 types de protéinurie pathologique (tableau III). La plus importante par ses implications pronostiques et thérapeutiques est la protéinurie de type glomérulaire. Les techniques analytiques permettent de séparer dans son cadre des variantes très sélectives (ou l'albumine dépasse 80-85% de protéines excrétées) et des variantes non sélectives (aspect électrophorétique superposable sur celui du plasma) avec tous les intermédiaires entre ces deux extrêmes. A coté de sa valeur diagnostique (les formes très sélectives correspondent presque exclusivement aux glomérulopathies à changements minimes) et implicitement thérapeutique, la sélectivité de la protéinurie a des implications pronostiques certaines (plus elle est non sélective plus les lésions sont grossières).

Pas toutes les protéinuries signifient affection rénale organique (tableau IV). Le diagnostic (tableau V) est relativement facile si la protéinurie apparaît dans un contexte clinique et paraclinique d'une néphropathie précise ou d'une maladie extrarénale dont les lésions rénales associées sont connues. Le diagnostic est plus difficile si la protéinurie apparaît comme manifestation unique (protéinurie isolée).

Dans cette condition la persistance de la protéinurie est en faveur d'une lésion organique tandis que les formes intermittentes qui n'apparaissent qu'en des conditions précises (orthostatisme, exercice, exposition au froid) pour disparaître dès que le stress physiologique a cessé, ont plus de chance d'être d'origine "fonctionnelle", sans lésion sous jacente. Pour affirmer cette nature fonctionnelle, il est indispensable de prouver que lorsque le stress a cessé la protéinurie change du type glomérulaire au type physiologique.

Toute une investigation est nécessaire si la protéinurie est persistante ou il y a association de signes d'une néphropathie. Si l'investigation n'aboutit pas a un diagnostic étiologique, le recours à la ponction biopsie rénale s'impose car on peut trouver une lésion susceptible de répondre d'une façon quelques fois complète à une thérapie spécifique.

Plusieurs indications sont données concernant la conduite a suivre devant une protéinurie isolée sans étiquette précise.

LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

EXAMENS

Les examens du Collège Royal ont lieu en septembre, chaque année. Les candidats qui désirent se présenter aux examens doivent prendre bonne note des points suivants :

1. Tout candidat doit soumettre une demande d'évaluation préliminaire de sa formation selon la formule règlementaire.
2. Les candidats qui poursuivent leurs études au Canada doivent soumettre cette demande un an à l'avance de la tenue des examens auxquels ils désirent se présenter. Ceux qui ont obtenu toute ou la majeure partie de leur formation à l'extérieur du Canada doivent soumettre cette demande dix-huit mois avant la date de leurs examens.
3. Les candidats dont la formation a été évaluée tel que décrit ci-dessus et qui désirent se présenter aux examens devront en informer le Collège, par écrit, avant le 1er février de l'année de l'examen. Sur réception de cet avis, le Collège obtiendra les rapports de l'évaluation faite auprès du candidat en cours de formation et les ajoutera à son dossier. Les candidats seront avisés par la suite de leur éligibilité aux examens et recevront une formule d'inscription si la réponse est favorable.
4. Les documents suivants sont disponibles au bureau de Collège :
   a) la formule de demande d'évaluation préliminaire de la formation ;
   b) le livret "Renseignements généraux et règlements concernant les normes de formation et les examens" ;
   c) les feuillets décrivant les règlements et normes de formation relatifs aux examens pour chaque spécialité. Les candidats doivent mentionner la ou les spécialités qui les intéressent ;
   d) le livret "Programme de formation spécialisée agréé par Le Collège des Médecins et Chirurgiens du Canada".
5. Toute demande doit être adressée comme suit :

Division de la formation et de l'évaluation
Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada
74, avenue Stanley, Ottawa, Ont. K1M 1P4
Tél. (613) 746-8177

Pr **Ativan*** (lorazépam)

Une benzodiazépine simple

COMPOSITION: Ativan 1 mg.—Chaque comprimé blanc, oblong, sécable renferme: lorazépam, 1 mg. (DIN 348325) Ativan 2 mg.—Chaque comprimé blanc, ovoïde, sécable renferme: lorazépam, 2 mg. (DIN 348333).
INDICATIONS: Ativan est utile pour le soulagement à court terme des manifestations d'anxiété excessive chez les patients souffrant de névrose d'angoisse.
CONTRE-INDICATIONS: Ativan est contre-indiqué chez les patients ayant une hypersensibilité confirmée aux benzodiazépines ainsi que chez les patients souffrant de myasthénie grave ou de glaucome à angle fermé aigu.
POSOLOGIE: La posologie d'Ativan doit être individualisée et soigneusement titrée afin d'éviter une sédation excessive ou un affaiblissement mental ou moteur. Comme avec tout autre anxiolytique sédatif, il n'est pas recommandé de prescrire ou d'administrer Ativan pendant des périodes dépassant six semaines. Il faut maintenir le patient sous observation dans les cas où une prolongation du traitement s'avère nécessaire.
Posologie habituelle pour adultes: On recommande une posologie adulte quotidienne de début de 2 mg administrée en doses divisées de 0.5 mg, 0.5 mg et 1.0 mg ou 1 mg et 1 mg. La posologie quotidienne doit être soigneusement augmentée ou diminuée, 0.5 mg à la fois, selon la réaction du patient et sa tolérance au produit. La posologie quotidienne habituelle est de 2 à 3 mg. Cependant la posologie optimale peut varier de 1 à 4 mg par jour chez certains patients. Il n'est pas ordinairement nécessaire d'excéder une posologie quotidienne de 6 mg.
Patients âgés et débilités: Chez ces patients, la dose initiale quotidienne ne devrait pas dépasser 0.5 mg et devrait être soigneusement et graduellement adaptée aux besoins de chaque patient, selon sa tolérance et sa réaction.
PRÉCAUTIONS: ***Administration aux personnes âgées:*** Les malades âgés ou débiles ou bien ceux souffrant de syndrome organique cérébral sont sujets à la dépression du SNC même lorsque les benzodiazépines sont prescrites à de faibles posologies. Par conséquent, on devrait administrer au début de très faibles doses en ne les augmentant que progressivement d'après la réaction du malade afin d'éviter les risques d'excès de sédation ou de troubles neurologiques.
Risques d'accoutumance: Ativan ne devrait pas être administré aux individus enclins à l'abus de médicaments. Il convient de l'administrer avec prudence aux malades enclins à la dépendance psychologique. Après l'administration de fortes doses, il est conseillé de ne réduire la posologie que graduellement.
Troubles mentaux et émotionnels: Ativan n'est pas recommandé dans le traitement de patients psychotiques ou déprimés.
Étant donné que ce type de médication peut provoquer de l'excitation et d'autres réactions paradoxales chez les patients psychotiques, il faut par conséquent veiller à ne pas l'administrer à des patients ambulatoires soupçonnés d'avoir des tendances psychotiques.
RÉACTIONS ADVERSES: La somnolence est l'effet secondaire rapporté le plus fréquemment. Les réactions adverses suivantes ont été également relevées: étourdissements, faiblesse, fatigue et léthargie, désorientation, ataxie, amnésie antérograde, nausée, modification de l'appétit, modification du poids, dépression, vision brouillée et diplopie, agitation psychomotrice, troubles du sommeil, vomissements, troubles sexuels, céphalées, éruptions cutanées, troubles gastro-intestinaux, troubles othorhinolaryngologiques, troubles musculo-squelettiques, et respiratoires.

Renseignements complets sur demande

Wyeth
Wyeth Ltée, Downsview, Ontario M3M 3A8
*Marque déposée

PAAB CCPP
ACIM

Feuille volante

parasito

L'en(vers) du Club

Pierre Viens[1]

Le Dr A.D. désire me parler de son beau-frère qui est de retour, depuis 2 mois, d'un séjour de vacances dans un Club bien connu au Sénégal.

Dr A.D.: Tu connais ce genre de vie, c'est quand même bien ! La nourriture est bonne, saine, abondante ; l'environnement est propre ; ce n'est pas une ambiance des plus stressantes. Pour mon beau-frère qui n'avait pas l'expérience des Tropiques, c'était l'occasion idéale. D'accord, dans le pays, les standards d'hygiène sont minimaux (!), mais le Club !

Consultant: Je sais, c'est une île de luxe dans un océan de misère (*).

Dr A.D.: Mon beau-frère y a passé un excellent séjour. Vraiment aucun ennui sérieux de santé. Quelques dérangements intestinaux sans importance, d'ailleurs partagés avec une bonne partie des vacanciers : ça se comprend lorsque manger devient (presque) l'activité principale.

Consultant: Est-il "sorti de l'île?

Dr A.D.: Oui, bien sûr. Mais pas souvent. Deux excursions organisées. Quelques promenades à Dakar pour voir le marché, faire des emplettes, s'acheter des "boubous"(**).

Consultant: Et changer un peu le menu !

Dr A.D.: J'imagine que oui. Il y a d'excellents restaurants en ville. Mais il a pris toutes les précautions nécessaires et *n'a jamais bu d'eau non stérilisée.*

Consultant: Et alors ?

Dr A.D.: C'est un peu curieux. Je te disais qu'il était de retour depuis 2 mois. Mais depuis trois ou quatre semaines, il se sent de plus en plus fatigué et présente même des poussées de fièvre : 38° ou 38.5°C le soir surtout. Il a perdu quelques kilos, il faut dire qu'il n'a plus d'appétit. La semaine dernière, il a contracté un rhume et il a noté que les quintes de toux provoquaient des douleurs à l'hypocondre droit. Je l'ai examiné soigneusement. Le seul indice inquiétant est cette douleur qui semble hépatique. Mais pas d'hépatomégalie vraie.

Consultant: Sa fonction intestinale ?

Dr A.D.: Il ne s'en plaint pas. J'ai fait analyser les selles, en bactériologie et en parasitologie : tous les résultats sont dans les limites de la normale.

Consultant: Il n'y a pas de parasites dans les selles ? Voilà qui sera déroutant... pour certains ! J'imagine que tu as pensé à l'hépatite infectieuse ?

Dr A.D.: Oui. Enfin compte tenu de la qualité de vie au Club, je n'y ai pas attaché trop d'importance... Jamais d'ictère. De plus la biochimie hépatique est strictement normale.

Consultant: Voilà qui me paraît l'hépatite, mais je retiens ce point qui aura une importance capitale tout à l'heure. Quant aux poussées fébriles, elles me feraient penser à...

Dr A.D.: La Malaria !

Consultant: Non. Après deux mois de retour d'Afrique, il s'agirait obligatoirement d'une rechute, et cela donne des fièvres rythmées aux 48 ou aux 72 heures, bien caractéristiques.

Dr A.D.: J'oubliais de te dire qu'à part une vitesse de sédimentation accélérée, l'hémogramme est normal.

Consultant: Le foie est-il douloureux à la palpation ?

Dr A.D.: Oui.

Consultant: Je pense qu'il faut l'hospitaliser, prescrire une scintigraphie et une échographie hépatiques. Et répéter les recherches de parasites dans les selles. En plus, quelques sérologies parasitaires nous seront utiles...

Dr A.D.: Même en l'absence d'éosinophilie ?

Consultant: Bien sûr !

Dr A.D. : C'est embêtant, ces fièvres d'origine indéterminée...

Consultant: Pas si indéteminée que ça. On s'en reparlera.

Votre diagnostic à ce stade

- ☐ hépatite anictérique
- ☐ phase hépatique de la malaria
- ☐ abcès amibien
- ☐ kyste hydatique
- ☐ cholécystite
- ☐ hépatocarcinome

* * * *

(*) L'expression n'est pas de moi, mais du Professeur S.D. de l'Université de Dakar.

(**) Amples tuniques magnifiquement brodées, splendides, et si confortables en été...

1) M.D., Ph.D., professeur agrégé au département de microbiologie et immunologie de l'Université de Montréal et membre du service des maladies infectieuses de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Feuille *volante*

parasito

Après trois jours d'investigation à l'hôpital, les soupçons étaient confirmés : scintigraphie et échographie montraient une image kystique de 1 cm de diamètre au lobe droit du foie. La sérologie anti-ambienne effectuée par immunofluorescence indirecte à l'Hôtel-Dieu de Montréal révélait un titre d'anticorps de 1:5600...

Consultant: Abcès amibien du foie.

Dr A.D.: Tu en es sûr ?

Consultant: Absolument. La sérologie ne ment pas ici. D'ailleurs, après ponction, on verra mieux.

(La ponction ramena un pus chocolaté rempli d'amibes mobiles).

Dr A.D.: Il y a ici un tas de choses incompréhensibles...

Consultant: Telles que ?

Dr A.D.: Pas de parasites dans les selles !

Consultant: Et alors ? L'invasion du foie s'est faite il y a plusieurs semaines, les kystes amibiens ont fort bien pu être diminués depuis.

Dr A.D.: La fonction hépatique est normale !

Consultant: Oui, cela est possible aussi. A un stade plus précoce d'invasion hépatique diffuse, avant la collection en abcès, l'histoire aurait été différente. Et on aurait obtenu un hémogramme de type infection bactérienne, vraisemblablement.

Dr A.D.: J'ai lu les symptômes de la dysenterie amibienne : ténesme, crachats rectaux, filets de sang, crampes, rien de cela chez lui !

Consultant: Dans l'intestin, l'amibe qui devient pathogène peut fort bien traverser la sous-muqueuse et envahir le sang sans laisser beaucoup de traces locales. C'est possible. Je dois avouer, ici, que cette éventualité est plutôt rare et complique le diagnostic : en général, les métastases amibiennes font suite à un épisode de dysenterie.

Dr A.D.: Pourquoi l'hémogramme est-il normal ?

Consultant: Les protozoaires ne sont pas éosinophilogènes.

Dr A.D.: Alors pourquoi ce titre d'anticorps ?

Consultant: Très élevé, au demeurant. Tout simplement parce qu'un immunogène n'est pas nécessairement un allergène. Alors que l'inverse est plus plausible : un allergène c'est le cas chez la plupart des helminthes tissulaires) est, souvent aussi, un immunogène ! Cette sérologie anti-amibienne est fort utile, mais il faut un titre élevé (> 1:400) avant de penser à l'amibiase métastatique.

Dr A.D.: Que va-t-il advenir de lui ?

Consultant: D'abord, refroidir l'abcès par un traitement intensif au flagyl. Si l'abcès ne se résorbe pas, il faudra l'évacuer.

Dr A.D.: En chirurgie ?

Consultant: Diable non ! A la seringue ! Et répéter les ponctions s'il le faut. C'est son état général (et l'évaluation sérologique dans 6 mois) qui confirmeront la guérison.

Dr A.D.: Avec un taux d'anticorps pareil, en voilà un, au moins, qui pourra se dire vacciné !!

Consultant: Justement pas. Les anticorps anti-parasitaires ne sont pas protecteurs.

Dr A.D.: On peut donc se recontaminer sans cesse ?

Consultant: Oui, si on n'est pas prudent ou... pas chanceux !

110 ans! La force de L'Union

Textes choisis par Gabrielle Faucher.

(Union Méd. Canada, 1 : 145, 1871).

Les mois de janvier, février et mars que nous venons de traverser ont fourni, pour cette ville, une somme de maladies et de décès qui dépasse de beaucoup celle des mois correspondants des années précédentes. Le chiffre de la mortalité des enfants s'est élevé au double de celui de l'année dernier pour ce trimestre, un excédant de 150. Si l'on compare ces statistiques avec celles des autres villes d'amérique et d'Europe on trouve que Montréal occupe une place proéminente dans la lugubre échelle des mortalités, car elle égale, sur ce point, les centres les plus maltraités.

Les maladies typhoïdes, la scarlatine, la rougeole ont sévi à peu près au degré ordinaire et produit les mêmes résultats que les années antécédentes ; les inflammatoires érésypélateuses ont fait un bon nombre de victimes. La dyssenterie a été plus commune que d'ordinaire et les maladies intestinales en général ont pris une place importante dans le cadre des maladies prévalentes. La petite vérole s'est montrée redoutable à l'excès dans certains quartiers, et elle rend compte presque à elle seule de la mortalité inaccoutumée qui vient d'être constatée. La somme de décès par la variole, pour le mois que nous finissons, s'élève au-dessus de 130, ce qui prouve la violence de l'épidémie et doit faire réfléchir ceux qui voudraient encore s'obstiner à n'y vois que des cas isolés.

... Il serait fort à désirer que la population fut mise au courant de tout ce qui concerne les maladies épidémiques, de leurs causes, de leurs progrès et des moyens d'en prévenir le développement. L'ignorance sur ce point est vraiment déplorable parmi la classe illétrée, beaucoup s'imaginant que ces maladies ont un caractère de facilité qu'il est inutile de chercher à combattre. ...

Les lieux publics, les églises, etc., sont encombrés de personnes qui séjournent avec des varioleux, des scarlatineux, des typhiques sans se douter que tout ce qui émane d'eux est imprégné de miasmes contagieux. L'ignorance est si grande chez un certain nombre, qu'on en voit ne pas craindre d'exposer leurs enfants dans un lit commun avec des patients souffrant de maladies contagieuses. L'éducation, sous ce rapport, est certainement très négligée surtout parmi nos nationaux. ...

Tribune éditoriale

Lucien Lewys-Abenhaim

La relation médecin-travail

Décidement, les esclaves des romains n'avaient pas la vie belle. Pas assez acharnés au labeur, ils subissaient alors le suplice du tripalium, instrument de torture à trois pieux. C'est ce mot, tripalium, que le français a retenu pour désigner le travail. Le tripalium était donc une sorte de thérapie agressive contre la paresse. Labor aut tripalium, labeur ou travail, nous n'avons aujourd'hui littéralement plus le choix.

Bien que vaincu, mais après avoir tenu tête pendant deux ans aux légions romaines, Spartacus a transmis aux générations suivantes l'espoir de voir bannir le tripalium. Que le travail soit libre et bienfaisant.

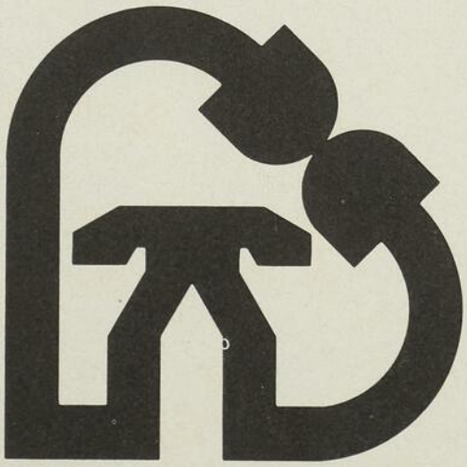
Voilà que, vingt siècles après, l'on découvre que le travail peut être malfaisant. Bien sûr, les atteintes à la santé avaient été décrites chez les esclaves des mines de cuivre ; au XVII siècle on parlait presque de maladies professionnelles ; jusqu'à Sherlock Holmes qui pouvait deviner l'activité professionnelle d'un ouvrier en observant les déformations de son anatomie. Oui, mais jamais la société n'avait pris conscience de façon aussi aigue de ce fait : le travail peut être pathogène.

Il s'agit bien sûr d'un abus de language. Tout travail n'est pas automatiquement pathogène. Que l'on se penche sérieusement sur les données que nous fournit l'épidémiologie et l'on peut constater que bien des activités professionnelles semblent exemptes de maladies spécifiques, sauf événement stochastique. Pour un bon nombre, le travail ne peut être considéré comme nuisible que s'il est aliénant, mais ceci est une autre histoire. La maladie professionnelle, l'accident du travail, touchent de façon sérieuse certaines catégories professionnelles ou sociales. L'on a même dit que le salaire serait le meilleur prédicteur, de façon négative, de la morbidité professionnelle ; ce qui prouve que l'on peut faire dire aux chiffres n'importe quoi, car si les gens les plus mal payés ont le plus d'accident, ce n'est certainement pas une relation de cause à effet. Disons simplement que les travaux les plus dangereux sont, globalement, ceux qui sont le plus mal rémunérés, car il s'agit souvent des tâches les moins qualifiées. Les travailleurs en question paient donc deux fois.

Voici donc que pour ces tâches, que certains traitent d'esclavage salarié, le tripalium peut faire partie intégrante du travail. Voilà que l'on peut perdre sa vie à la gagner et que la société se trouve devant un conflit mettant aux prises deux valeurs fondamentales pour elles : la santé et le travail.

Qui dit travail, pense aussitôt production, productivité, rendement, compagnies, profits, économie nationale, intérêts financiers, mais aussi syndicats, grèves, luttes sociales, voire partis. Et qui pense santé appelle sur le champ l'homme-miracle, sorcier des temps modernes à qui l'on demande non seulement de soulager l'humanité souffrante, mais aussi de dire comment rester jeune, savoir naître ou mourir, qui doit aujourd'hui en savoir autant de la psychologie que de l'anthropologie et bien d'autres choses encore : le médecin.

Or, jamais peut-être n'avait-on fait appel à lui pour un accouchement aussi difficile : faire jaillir la santé du ventre de la matrice industrielle. Devant une telle tâche, il ne peut qu'avouer sa faiblesse, surtout si on lui demande en plus d'être impartial !



Avant qu'une difficulté personnelle ne devienne un problème professionnel :

Réseau-Med

Confidentiel, anonyme et personnel.
1 (514) 866-2057

Index des annonceurs

Anca
(Restoril) 720-725

Association des médecins de langue française du Canada. 679-685

Ayerst, Laboratoires
(Indéral R) 696

Bristol Myers Pharmaceutical
(Vasodilan) 727-744

Calmic Inc.
(Neosporin) 742-743

Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada
(Examens) 750

Endo
(Percocet) 718

Charles E. Frosst & Cie
(Entrophen) 730-731

Geigy
(Anturan) 738
(Voltaren) ..... 4e couv. et 741

Hoffmann-La Roche Ltd
(Bactrim) 689-695
(Dalmane) 693-699
(Noludar) 737

Merck Sharp & Dohme Canada Limitée
(Aldomet) 680-681-682

Parke Davis
(Choledyl) 735

Pfizer Canada Inc.
(Feldene) 711-712-713-714

Rhône-Poulenc Pharma Inc.
(Flagystatin) 700-729
(Stémetil) 723-729

Smith Kline & French
(Dyazide) ..... 3e couv. et 754

Syntex
(Naprosyn) 708-709-747

Upjohn, Compagnie du Canada
(Halcion) ..... 2e couv. et 703

Wyeth
(Ativan) 705-750

SI L'ÉQUILIBRE POTASSIQUE EST UNE SOURCE D'INQUIÉTUDE L'ANTIKALIURIQUE DYAZIDE® EST LE CHOIX LOGIQUE.

POSOLOGIE ADULTE: Hypertension – la posologie d'attaque est d'un comprimé deux fois par jour, après les repas. La dose peut ensuite être augmentée ou réduite, selon les cas. Si deux comprimés par jour, ou plus, sont nécessaires, on les administrera en doses fractionnées. Oedème – la posologie d'attaque est d'un comprimé deux fois par jour, après les repas. Après retour au poids normal, on peut instituer une cure d'entretien d'un comprimé par jour. Ne pas dépasser quatre comprimés par jour.

INDICATIONS: Hypertension légère ou modérée chez les malades accusant de l'hypokaliémie et chez ceux pour qui la déplétion potassique est tout particulièrement dangereuse (digitalisés, par. ex.). Les médecins ne sont pas unanimes sur l'occurrence et/ou la signification clinique de l'hypokaliémie chez l'hypertendu traité aux diurétiques du type thiazide seuls, ni sur l'emploi des associations antikaliuriques comme traitement systématique de l'hypertension. Oedèmes liés à l'insuffisance cardiaque globale, à la cirrhose, au syndrome néphrotique; oedème produit par les stéroïdes et oedème idiopathique. "Dyazide" est précieux chez les malades dont la réaction aux autres diurétiques est inadéquate.

CONTRE-INDICATIONS: Dysergie rénale ou évolutive (notamment augmentation de l'oligurie et de l'azotémie) ou accroissement de l'atteinte fonctionnelle hépatique. Hypersensibilité. Potassium sérique élevé. Allaitement.

MISE EN GARDE: Les suppléments potassiques ne doivent pas être employés avec "Dyazide" car l'hyperkaliémie peut en résulter. On a signalé de l'hyperkaliémie (>5,4 mEq/l) chez divers malades: de 4% chez les moins de 60 ans à 12% chez les personnes de 60 ans et plus – l'occurrence totale étant inférieure à 8%. En de rares cas, on a observé conjointement des troubles cardiaques. Procéder à des dosages périodiques du potassium, surtout chez les personnes âgées, chez les diabétiques ou lorsqu'une insuffisance rénale est soupçonnée ou avérée. Si l'hyperkaliémie se manifeste, cesser l'administration de "Dyazide" et le remplacer par une thiazide seule. L'occurrence d'hypokaliémie est plus faible avec "Dyazide" qu'avec les thiazides seules; toutefois, si elle se manifeste, elle peut entraîner une intoxication digitalique.

PRÉCAUTIONS: Effectuer périodiquement des épreuves de laboratoire (azote uréique, électrolytes, par ex.) et un E.C.G., surtout chez les personnes âgées, chez les diabétiques, dans les cas d'insuffisance rénale et chez ceux qui ont accusé de l'hyperkaliémie au cours d'un précédent traitement à l'aide de "Dyazide". Il peut se produire un déséquilibre électrolytique, notamment chez les malades soumis à des régimes pauvres en sel ou à de fortes doses de "Dyazide" pendant de longues périodes. Suivre de près les cirrhotiques aigus pour déceler rapidement tout signe de coma hépatique. On peut observer une rétention d'azote réversible. Les malades doivent être observés régulièrement par suite de l'occurrence possible de dyscrasies sanguines, d'atteinte hépatique ou d'autres réactions idiosyncrasiques. Effectuer les épreuves de laboratoire nécessaires. Des réactions de sensibilisation peuvent se produire chez les malades ayant des antécédents d'allergie ou d'asthme. Il est recommandé de pratiquer des analyses hématologiques périodiques chez les cirrhotiques avec splénomégalie. Ajuster la posologie des antihypertenseurs administrés conjointement. Les effets antihypertenseurs de "Dyazide" peuvent être accrus chez le malade ayant subi une sympathectomie. L'hyperglycémie et la glycosurie peuvent se produire. Chez les diabétiques, les besoins en insuline peuvent se trouver modifiés. Il arrive qu'apparaissent l'hyperuricémie et la goutte. On a signalé que les thiazides provoquent parfois une exacerbation ou une activation du lupus érythémateux disséminé. On a constaté des altérations pathologiques des parathyroïdes chez des personnes soumises à un traitement prolongé par les thiazides. Le triamtérène peut provoquer une diminution de la réserve alcaline avec possibilité d'acidose métabolique. Il est possible que l'administration de "Dyazide" provoque une élévation des transaminases. Les thiazides peuvent diminuer la réaction artérielle à la noradrénaline et accroître l'effet paralysant de la tubocurarine; par conséquent, on agira avec circonspection chez des malades sur le point de subir une intervention chirurgicale. Les thiazides traversent la barrière placentaire et se retrouvent dans le lait maternel. Il peut en résulter, chez le foetus ou le nouveau-né, une hyperbilirubinémie, une thrombocytopénie, une altération du métabolisme glucidique et autres réactions indésirables qui se sont produites chez l'adulte. Ne pas prescrire aux femmes enceintes à moins que le médicament ne soit considéré comme essentiel à la santé de la malade.

RÉACTIONS INDÉSIRABLES: Les effets secondaires suivants sont liés à l'emploi des thiazides ou du triamtérène:

Voies digestives: xérostomie, anorexie, irritation gastrique, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, ictère cholestatique, pancréatite, inflammation des glandes salivaires. Les nausées peuvent généralement être évitées en administrant le médicament après les repas. Ne pas oublier que les nausées et les vomissements peuvent aussi indiquer un déséquilibre électrolytique (voir "Précautions"). Système nerveux central: étourdissements, vertiges, paresthésies, céphalées, xanthopsie.

Réactions dermatologiques par hypersensibilité: fièvre, purpura, anaphylaxie, photophobie, éruptions cutanées, urticaire, angéite nécrosante.

Réactions hématologiques: leucopénie, thrombocytopénie, agranulocytose, anémie aplastique.

Réactions cardiovasculaires: l'hypotension orthostatique peut se manifester et peut être aggravée par l'alcool, les barbituriques ou les narcotiques. Déséquilibre électrolytique (voir "Précautions").

Réactions diverses: hyperglycémie, glycosurie, hyperuricémie, spasmes musculaires, faiblesse, impatience motrice, troubles transitoires de l'accommodation.

PRÉSENTATION: Comprimés couleur pêche, sécables, monogrammés SKF E93, en flacons de 100, 500, 1,000 et 2,500. DIN 181528.

PAAB CCPP Renseignements généraux disponibles sur demande.
© Smith Kline & French Canada Ltd, 1981 DZ:M.181CF

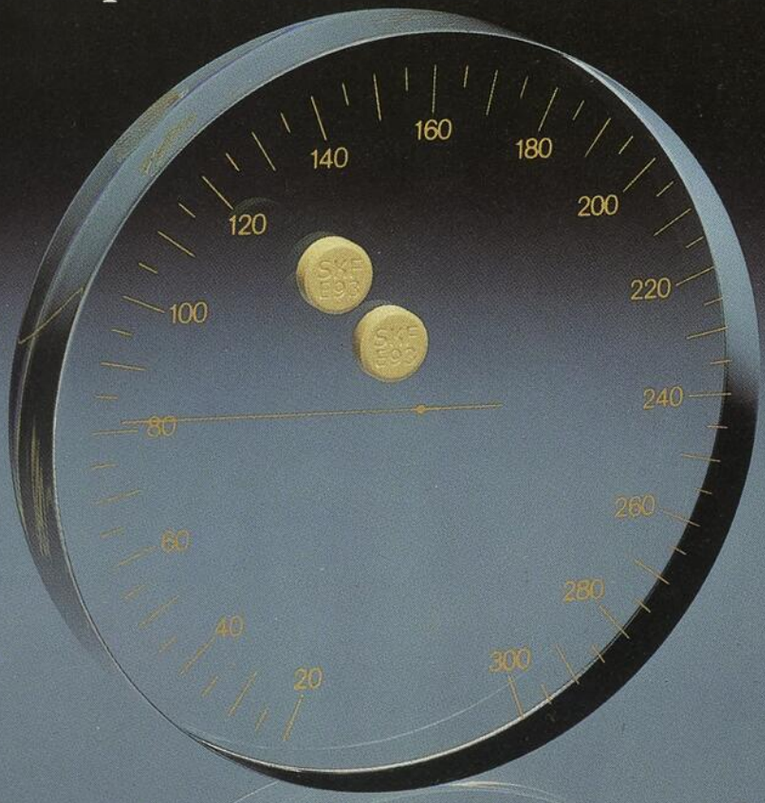
Dyazide®
(25 mg d'hydrochlorothiazide, 50 mg de triamtérène)

SK&F
une société SmithKline

SMITH KLINE & FRENCH CANADA LTD
Mississauga, Ont. L5N 2V7

QUAND L'ÉQUILIBRE POTASSIQUE EST UNE SOURCE D'INQUIÉTUDE

La façon logique et simple de limiter la fuite potassique liée au traitement diurétique



Abaisse la tension artérielle—Conserve le potassium

Dyazide®

(25 mg d'hydrochlorothiazide, 50 mg de triamtérène)

SK&F
une société SmithKline

Voltaren®

Attendu par un bon nombre de vos patients.



Ostéo-arthrite

provoquée par le surmenage.

Voltaren parce que :

- son puissant effet contre la douleur et l'inflammation a été démontré à maintes reprises dans des études cliniques mondiales.

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
REÇU LE
SEP 18 1981

Ostéo-arthrite

mauvaise tolérance au traitement antérieur.

Voltaren parce que:

- c'est une substance chimique nouvelle et différente qui pourtant a déjà fait ses preuves dans le monde entier.
- son effet sur la muqueuse gastrique et les pertes sanguines sont considérablement moindres comparativement à l'AAS.[1]
- le comprimé est petit et facile à avaler ce qui entraîne une meilleure observance du traitement.





Arthrite rhumatoïde

récidive

Voltaren parce que:

- il procure un soulagement de la douleur et un bon contrôle de l'inflammation ainsi qu'une tolérance désirable. Ces attributs sont essentiels à tout médicament anti-arthritique lorsqu'un traitement au long cours s'impose.

Dans l'ostéo-arthrite et l'arthrite rhumatoïde

Voltaren

(diclofénac sodique)

le médicament que nombre d'arthritiques attendaient.

Geigy
Dorval, Québec H9S 1B1

PAAB
CCPP

1. Uthgenannt, H:
Compte rendu d'un Symposium au cours du VIIIe Congrès européen de rhumatologie. Helsinki, 1975.

G-1005

Renseignements thérapeutiques page 741