

PHARMACOTHÉRAPIE DU TROUBLE BIPOLAIRE

CAS CLINIQUES POUR L'OMNI QUI VEUT GARDER LE MORAL

Les patients atteints d'une maladie affective bipolaire auraient des symptômes la moitié du temps¹.

Le suivi pharmacologique représente un des défis sur le plan clinique. Stabilisateurs de l'humeur, antipsychotiques, antidépresseurs... Comment s'y retrouver? Voici quelques astuces pour gérer la pharmacothérapie de la maladie affective bipolaire, que nous illustrons par des exemples inspirés des consultations que vous nous acheminez.

Anne Sophie Boulanger et Pierre Landry

M^{ME} BEAUSOLEIL VEUT GARDER LA FORME

Vous voyez M^{me} Beausoleil, 40 ans, pour un suivi.

Connue pour une maladie affective bipolaire stabilisée sous lithium depuis dix ans, elle entre dans votre bureau en disant : « Docteur, je suis épuisée ! Je me lève plusieurs fois chaque nuit pour uriner... »

L'apparition d'une nycturie doit soulever l'hypothèse d'un diabète insipide néphrogénique, la complication rénale la plus fréquente associée au lithium. L'accumulation du médicament dans les cellules principales du tubule collecteur produit une résistance à l'hormone antidiurétique responsable du déficit de concentration des urines, présent chez de 20 % à 40 % des patients traités par le lithium². M^{me} Beausoleil confirme être incommodée par une polyurie et une polydipsie secondaire. Un bilan paraclinique indique une faible densité urinaire ainsi qu'une osmolarité plasmatique supérieure à l'osmolarité urinaire. Un recueil des urines de 24 heures pourrait être envisagé pour mieux quantifier la polyurie (diurèse dépassant trois litres par jour).

VOTRE CONDUITE

D'abord, vous renseignez M^{me} Beausoleil sur l'importance de maintenir un apport hydrique élevé, pour compenser les pertes urinaires. Autrement, elle pourrait présenter une grande déshydratation, compliquée d'une insuffisance rénale aiguë et d'une hypernatrémie. Une telle situation est associée à un risque d'intoxication au lithium, compte tenu de l'élimination rénale de la molécule et de son indice thérapeutique particulièrement étroit.

Vous évaluez avec la patiente les avantages et les risques de la poursuite du lithium, d'autant plus que ce médicament lui a permis de rester en rémission de manière prolongée. Si elle continue à le prendre, une diminution de la dose pourrait être envisagée, car le diabète insipide néphrogénique est lié à une lithémie élevée³. Cependant, le diabète insipide risque de devenir irréversible après plusieurs années de traitement par le lithium^{2,3}. M^{me} Beausoleil décide finalement d'arrêter le lithium.

COMMENT MODIFIER LE TRAITEMENT ?

Le *tableau I*⁴⁻⁶ présente les options pharmacologiques du traitement d'entretien de la maladie affective bipolaire. Les données sont actuellement insuffisantes pour guider le choix de la molécule à prioriser, qui reposera par conséquent sur le profil d'innocuité, l'expérience du médecin et l'avis du patient¹.

Vous convenez avec M^{me} Beausoleil de remplacer le lithium par le divalproex. Avant de prescrire une nouvelle molécule, vous effectuez les examens paracliniques suggérés dans le *tableau II*. Comme une thrombocytopénie et une toxicité hépatique sont des complications possibles mais rares du divalproex, un suivi de la numération plaquettaire et du taux d'enzymes hépatiques s'impose. Le médecin doit s'assurer que la patiente emploie un moyen de contraception en raison de la tératogénicité du divalproex, principalement sous la forme de malformations du tube neural. Le divalproex pouvant entraîner une prise de poids, un suivi des paramètres métaboliques est aussi justifié.

Vous maintenez la dose de lithium et établissez la dose de divalproex à une concentration plasmatique thérapeutique (350 mmol/l – 700 mmol/l). Vous diminuez ensuite sur quatre à huit semaines le lithium jusqu'à la cessation complète, car un arrêt brusque est associé à un risque élevé de rechutes¹.

La D^{re} Anne Sophie Boulanger est résidente V en psychiatrie à l'Université de Montréal. Le D^r Pierre Landry, psychiatre, exerce à la clinique des maladies affectives de l'Hôpital du Sacré-Cœur et est consultant au module de psychopharmacologie de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

TABLEAU I

OPTIONS PHARMACOLOGIQUES DE 1^{RE} INTENTION POUR LE TRAITEMENT D'ENTRETIEN DE LA MALADIE AFFECTIVE BIPOLAIRE⁴⁻⁶

	Dose de départ	Dose d'entretien*	Ajustement en cas d'insuffisance rénale	Ajustement en cas d'insuffisance hépatique	Principaux effets indésirables	
Lithium	300 mg – 600 mg, 1 f.p.j. (adultes) 150 mg, 1 f.p.j. (personnes âgées)	Selon le dosage plasmatique† : 0,6 mmol/l – 1 mmol/l	Oui	Non	Gain de poids Hypothyroïdie Polyurie, polydipsie Hyperparathyroïdie Déclin progressif de la fonction rénale	Nausées Vomissements Diarrhées Tremblements Ataxie Sédation, fatigue Troubles menstruels
Divalproex	250 mg, 2 f.p.j.	Selon le dosage plasmatique† : 350 mmol/l – 700 mmol/l	Oui	Surveiller les enzymes hépatiques	Gain de poids Céphalées Alopécie Thrombocytopénie Leucopénie Élévation du taux d'enzymes hépatiques Ostéoporose	
Lamotrigine‡	25 mg, 1 f.p.j.	De 100 mg à 300 mg, 1 f.p.j.	Oui	Oui	Étourdissements Céphalées Éruption cutanée (y compris le syndrome de Stevens-Johnson)	
Antipsychotiques de 2 ^e et de 3 ^e générations : ▶ olanzapine ▶ quétiapine ▶ rispéridone§ ▶ aripiprazole§	Consultez l'article suivant : Iskandar H. Les antipsychotiques à toutes les sauces. <i>Le Médecin du Québec</i> 2012 ; 47 (9) : 63-8.					

* Peut différer des posologies lors du traitement aigu des manies ou des dépressions. † L'échantillon pour le dosage plasmatique est prélevé douze heures après la dernière dose de médicament. ‡ Efficacité limitée pour la prophylaxie des épisodes maniaques. § Efficacité limitée pour la prophylaxie des épisodes dépressifs.

M. BRÛLÉ MANQUE D'ÉNERGIE

Vous diagnostiquez un épisode dépressif majeur chez M. Brûlé, 31 ans, connu pour une maladie affective bipolaire traitée par le divalproex : « Je n'ai plus d'entrain, je dors sans arrêt... Docteur, prescrivez-moi un antidépresseur ! »

Durant l'évolution d'une maladie affective bipolaire, les épisodes dépressifs surviennent plus fréquemment que les manies et ont des répercussions fonctionnelles plus importantes. Chez M. Brûlé, vous devez néanmoins exclure la possibilité d'une cause organique. L'hypothèse d'une dysthyroïdie serait pertinente si ce patient prenait du lithium, qui confère un risque six fois plus élevé d'hypothyroïdie⁷. La consommation de substances intoxicantes doit être vérifiée, car elle pourrait participer aux symptômes dépressifs. Aussi, il faut s'assurer que les symptômes végétatifs, dont la fatigue, ne constituent pas des effets indésirables du divalproex (tableau I⁴⁻⁶).

TABLEAU II | BILAN INITIAL SPÉCIFIQUE À L'INTRODUCTION DU LITHIUM, DU DIVALPROEX ET DE LA LAMOTRIGINE

Lithium	Divalproex	Lamotrigine
<ul style="list-style-type: none"> ▶ β-hCG ▶ Bilan métabolique ▶ TSH ▶ Électrolytes ▶ Calcium ▶ Créatinine, urée ▶ Analyse d'urine ▶ ECG si ≥ 40 ans ou antécédents cardiaques 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ β-hCG ▶ Bilan métabolique ▶ Formule sanguine (numération plaquettaire) ▶ AST, ALT 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ β-hCG

β-hCG : hormone chorionique gonadotrophique ; TSH : thyroïdostimuline ; ECG : électrocardiogramme ; AST : aspartate transaminase ; ALT : alanine transaminase
Tableau des auteurs.

QUEL TRAITEMENT OFFRIR ?

Le recours au divalproex dans le traitement de la dépression s'appuie sur des données de mauvaise qualité et n'est donc recommandé qu'en deuxième intention⁴. Une optimisation de la posologie de M. Brûlé pourrait toutefois être considérée en fonction de la tolérance de ce dernier au médicament. Le médecin ne doit pas oublier de vérifier la fidélité du patient à son traitement médicamenteux en procédant à un dosage plasmatique du divalproex.

La prescription d'antidépresseurs demeure controversée chez les patients atteints de troubles bipolaires, bien qu'elle soit fréquente. Par ailleurs, des risques de virage hypomaniaque ou maniaque, d'épisodes avec caractéristiques mixtes (combinant symptômes dépressifs et maniaques), de cycles rapides (≥ 4 épisodes en un an) et de suicidabilité accrue sont décrits, bien que les données soient insuffisantes pour les confirmer. Ils seraient plus grands pour les antidépresseurs tricycliques et la venlafaxine (tableau III). S'ils ne sont pas associés à un stabilisateur de l'humeur (anticonvulsivants, lithium) ou à un antipsychotique, tous les antidépresseurs devraient être évités chez les patients souffrant d'une maladie affective bipolaire⁸. Lorsqu'un traitement antidépresseur est amorcé, un suivi rapproché s'impose. En cas d'évolution vers une instabilité de l'humeur plus marquée, d'idées suicidaires nouvelles ou plus intenses et de décompensations répétées de la maladie, l'antidépresseur doit être retiré. Il doit aussi l'être sans délai s'il y a émergence de symptômes maniaques.

Pour M. Brûlé, vous considérez plutôt l'ajout de lamotrigine, un anticonvulsivant dont l'efficacité est prouvée dans le traitement de la dépression bipolaire, mais pas dans la prévention des rechutes maniaques, ce qui justifie le main-

TABLEAU III | RISQUE DE VIRAGE MANIAQUE AVEC UN ANTIDÉPRESSEUR

Antidépresseurs comportant moins de risque de virage maniaque

- ▶ Bupropion
- ▶ Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) (ex. : sertraline)

Antidépresseurs comportant plus de risque de virage maniaque

- ▶ Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) (ex. : venlafaxine)
- ▶ Antidépresseurs tricycliques

Tableau des auteurs.

tien du divalproex. Vous avertissez le patient de l'existence d'un délai d'action. L'ajustement de cette molécule doit se faire graduellement sur plusieurs semaines pour limiter la survenue d'une éruption cutanée grave, soit le syndrome de Stevens-Johnson, qui touche 0,1% des adultes⁵. L'apparition d'une éruption cutanée, habituellement dans les huit premières semaines de traitement, nécessite l'arrêt impératif du traitement médicamenteux. Le divalproex inhibe la glucuronidation de la lamotrigine, en augmentant les taux plasmatiques de 200%⁵. Il faut donc commencer par une demi-dose de lamotrigine (12,5 mg par jour), puis faire l'ajustement progressif deux fois plus lentement afin d'éviter les risques d'une éruption cutanée toxique. La dose visée se situe entre 100 mg et 150 mg par jour plutôt qu'entre 200 mg et 300 mg.

Outre la lamotrigine, vous pourriez également traiter la dépression de M. Brûlé par le lithium (en visant une lithémie entre 0,6 mmol/l et 1 mmol/l) ou la quétiapine (posologie de 150 mg à 300 mg par jour), en ajout ou en substitution du divalproex. Ces agents agiront comme traitement d'entretien (prophylaxie) lorsque la maladie sera stabilisée (tableau I⁴⁻⁶). Encore une fois, le profil d'innocuité guidera le choix de la molécule.

M. SOUCY SE SENT FÉBRILE

M. Soucy, un ingénieur de 29 ans, a eu deux épisodes de manie, un à 21 ans et l'autre à 25 ans. Après sa deuxième manie, il a sombré dans une dépression profonde ayant nécessité une hospitalisation. Son état est stable depuis plus de trois ans. Son médecin de famille le suit depuis un peu plus d'un an. M. Soucy prend de la venlafaxine XR (150 mg, le matin) et du lithium (900 mg, au coucher). Depuis deux mois, il se sent toutefois de plus en plus anxieux en raison des exigences de son travail et éprouve des inquiétudes pour son emploi. Il y a six semaines, il a recommencé à consommer du cannabis quotidiennement en soirée pour se détendre et trouver le sommeil. Il souhaitait vous rencontrer, car il dort moins de cinq heures par nuit depuis quatre ou cinq jours. Il est plus irritable avec ses collègues, plus anxieux et fait des erreurs liées à un trouble de concentration.

Les symptômes de M. Soucy évoquent un début d'hypomanie. Vous devez donc les traiter sans tarder pour éviter une détérioration de l'état de votre patient. Plusieurs facteurs de risque sont présents, bien qu'il soit difficile de cibler précisément celui qui prédomine. Le cannabis semble agir comme un bon anxiolytique et comme un somnifère pour M. Soucy. En réalité, cependant, les études montrent que le cannabis favorise l'émergence d'une manie et une instabilité de l'humeur⁹. Pour cette raison, le médecin doit encourager le patient à mettre fin à sa consommation. La venlafaxine constitue un deuxième facteur de risque. La réduction à une dose de 75 mg est indiquée, mais il ne faut pas cesser le médicament abruptement en raison d'un risque important de syndrome de sevrage. L'arrêt de la venlafaxine ou son remplacement par la lamotrigine ou un autre antidépresseur comportant moins de risque de virage maniaque, comme le bupropion ou la sertraline, pourrait être envisagé⁸ (tableau III). Le clinicien doit tout de même vérifier la

lithémie, car le risque de virage maniaque est plus élevé si l'antidépresseur n'est pas prescrit avec un stabilisateur de l'humeur⁸. L'ajout d'un somnifère, soit une benzodiazépine (ex. : clonazépam, 1 mg) ou un antipsychotique à faible dose (quétiapine, 25 mg – 50 mg ou olanzapine, 5 mg – 7,5 mg), favorisera le sommeil. De saines habitudes de sommeil (voir l'article des D^{rs} Bernard Gauthier, Jean Leblanc, Roger Godbout et Virginie Doré-Gauthier intitulé : « L'œuf ou la poule ? Les troubles du sommeil et les maladies affectives », dans le présent numéro) ainsi que l'activité physique¹⁰ optimiseront la qualité du sommeil, surtout chez un patient en voie de décompensation. Enfin, pour réduire au minimum les répercussions de l'hypomanie sur la carrière, un bref arrêt de travail doit être considéré dans le but de stabiliser l'état du patient et d'éviter le pire. Si, après quelques jours, l'insomnie et les symptômes d'hypomanie persistent, il faut sans aucun doute opter pour un antipsychotique à une dose plus élevée étant donné l'efficacité rapide de cette classe de médicaments comparativement à un stabilisateur de l'humeur dans cette phase de la maladie¹¹.

M^{ME} SANSREGRET VEUT ARRÊTER SES PILULES

M^{me} Sansregret, une enseignante de 26 ans, vous est envoyée pour un suivi. Elle a été hospitalisée trois semaines pour un premier épisode de manie. Au moment de son congé de l'hôpital, son psychiatre lui a prescrit du carbonate de lithium (900 mg), de la rispéridone (2 mg) et du clonazépam (1 mg). Depuis trois mois, elle n'a aucun symptôme. Elle a repris le travail il y a trois semaines. Son psychiatre vous demande d'assurer le suivi pharmacologique de sa patiente pendant deux ans. Il pourra la revoir au besoin. Dès la deuxième rencontre, M^{me} Sansregret vous mentionne qu'elle souhaite arrêter le traitement médicamenteux le plus rapidement possible. Elle se sent bien, mais éprouve des effets indésirables, notamment un gain de huit livres et une fatigue matinale.

Les guides de pratique britanniques du NICE¹² et de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry¹³ recommandent un traitement pharmacologique d'entretien d'au moins douze à vingt-quatre mois après la rémission des symptômes d'un premier épisode maniaque, car près de la moitié des patients sont susceptibles de faire une rechute dès la première année. La durée peut néanmoins être modulée en fonction de divers facteurs de risque (tableau IV).

Les effets indésirables constituent un des facteurs qui amène M^{me} Sansregret à vouloir cesser de prendre ses médicaments. D'ailleurs, les études montrent que l'observance pharmacologique est problématique chez la moitié des patients et que les effets indésirables en sont une des causes principales¹⁴. Par conséquent, le médecin doit demeurer à l'écoute du patient puisque ces effets peuvent survenir après quelques mois de traitement (ex. : gain de poids) alors qu'à d'autres moments le patient peut faussement attribuer certains symptômes physiques aux médicaments¹⁵. Ainsi, dans le cas de M^{me} Sansregret, le médecin doit d'abord la convaincre de poursuivre son traitement en revoyant avec elle les symptômes de sa manie et les conséquences qu'ils ont eues sur son fonctionnement. Dans un deuxième temps, il doit diminuer progressivement les médicaments responsables des effets indésirables. Les stabilisateurs de l'humeur doivent être priorités durant la période d'entretien, mais l'association avec un antipsychotique assure une meilleure prophylaxie¹⁶. Pour cette dame, la somnolence matinale et le gain de poids sont problématiques. Ainsi, le médecin peut envisager une réduction graduelle du clonazépam (pour réduire la somnolence matinale) sans compromettre la stabilité de l'humeur de la patiente. Il doit néanmoins préserver le sommeil de cette dernière lors de ce changement. Il doit également questionner la patiente sur ses habitudes alimentaires et l'encourager à faire de l'exercice physique pour perdre du poids. Si ces stratégies s'avèrent insuffisantes, une diminution graduelle de la rispéridone (ex. : 0,25 mg par mois jusqu'à 1 mg) peut être considérée. Le lithium, tout comme la rispéridone, peut aussi entraîner un gain de poids. Encore une fois, le médecin doit conserver le stabilisateur de l'humeur. Il est donc préférable de miser sur des changements d'habitudes alimentaires et de vie afin de maintenir le traitement médicamenteux et de favoriser une meilleure prophylaxie. Si les effets indésirables diminuent suffisamment en réduisant un médicament, il ne faut plus modifier la dose des médicaments et il faut poursuivre le traitement pendant une période totale de 24 mois. Les psychotropes pourront alors être cessés peu à peu sur une période de deux à trois mois, en commençant par l'antipsychotique, suivi du stabilisateur de l'humeur. Bien entendu, il faut reprendre le traitement aux doses précédentes si la patiente présente des signes ou des symptômes d'une rechute.

POUR EN SAVOIR PLUS...

- ▶ Iskandar H. Les antipsychotiques à toutes les sauces. *Le Médecin du Québec* 2012; 47 (9) : 63-8.

TABLEAU IV

FACTEURS DE RISQUE POUVANT INFLUER SUR LA DÉCISION DE PRESCRIRE UN TRAITEMENT DE LONGUE DURÉE APRÈS UNE PREMIÈRE MANIE*

- ▶ Consommation de drogues
- ▶ Abus d'alcool
- ▶ Geste suicidaire
- ▶ Antécédents familiaux de bipolarité
- ▶ Instabilité de l'humeur
- ▶ Jeune âge
- ▶ Trouble de sommeil

* Durée habituelle recommandée : d'un à deux ans

Tableau des auteurs.

CONCLUSION

Vous êtes maintenant mieux outillés pour faire face à certaines situations cliniques nécessitant l'ajustement de la pharmacothérapie de vos patients atteints d'un trouble bipolaire. Le traitement de cette maladie s'avère complexe. La pharmacologie n'est qu'un des moyens servant à assurer le suivi de ces personnes. Appuyez-vous sur les guides de pratique, comme celui du CANMAT⁴, et n'hésitez pas à consulter un psychiatre pour obtenir du soutien. Réévaluez l'état du patient fréquemment durant les ajustements pharmacologiques et procédez lentement lors des remplacements de médicaments, à moins qu'il y ait toxicité. Méfiez-vous des effets indésirables qui, trop souvent, sont la source d'une faible observance pharmacologique et d'une rechute de la maladie. //

Date de réception : le 27 avril 2015

Date d'acceptation : le 31 mai 2015

La D^{re} Anne Sophie Boulanger et le D^r Pierre Landry n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Calkin C, Alda M. Beyond the guidelines for bipolar disorder: practical issues in long-term treatment with lithium. *Can J Psychiatry* 2012; 57 (7) : 437-45.
2. Lerma EV. Renal toxicity of lithium. *UpToDate* 2014. Site Internet : www.uptodate.com/contents/renal-toxicity-of-lithium [Date de consultation : novembre 2014].
3. Le Roy Y, Delmas Y, Verdoux H. Complications rénales chroniques induites par le lithium : revue de littérature. *L'Encéphale* 2009; 35 (6) : 605-10.

4. Yatham LM, Kennedy SH, Parikh SV et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord* 2013; 15 (1) : 1-44.
5. GlaxoSmithKline. Monographie de Lamictal. Toronto : GlaxoSmithKline; 2015. 66 p. Site Internet : www.gsk.ca/french/docs-pdf/product-monographs/Lamictal.pdf [Date de consultation : décembre 2014].
6. Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ, Procyshyn RM et coll. *Clinical handbook of psychotropic drugs*. 20^e éd. Boston : Hogrefe; 2014. 388 p.
7. McKnight RF, Adida M, Budge K et coll. Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379 (9817) : 721-8.
8. Pacchiarotti I, Bond DJ, Baldessarini RJ et coll. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (11) : 1250-62.
9. Kvitland LR, Melle I, Aminoff SR et coll. Continued cannabis use at one year follow up is associated with elevated mood and lower global functioning. *BMC Psychiatry* 2015; 15 (11) : 1-7.
10. McGlinchey EL, Gershon A, Eidelman P et coll. Physical activity and sleep: Day to day associations among individuals with and without bipolar disorder. *Ment Health Phys Act* 2014; 7 (3) : 183-90.
11. Cipriani A, Barbui C, Salanti G. et coll. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2011; 378 (9799) : 1306-15.
12. National Collaborating Centre for Mental Health. *Bipolar Disorder: The management of Bipolar Disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care*. Leicester : The British Psychological Society; 2006.
13. Grunze H, Kasper S, Goodwin G et coll. Task force on the treatment guidelines for bipolar disorders: (WFSBP) guidelines for the treatment of bipolar disorders, part III: maintenance treatment. *World J Biol Psychiatry* 2004; 5 (3) : 120-35.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- La littérature et l'expérience clinique indiquent qu'il faut diminuer très graduellement le lithium sur plusieurs semaines, car un arrêt abrupt est associé à un risque élevé de rechutes.
 - S'ils ne sont pas associés à un stabilisateur de l'humeur (anticonvulsivants, lithium) ou à un antipsychotique, tous les antidépresseurs devraient être évités chez les patients souffrant d'une maladie affective bipolaire.
 - Les guides de pratique britanniques du NICE¹² et de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry¹³ recommandent un traitement pharmacologique d'entretien d'au moins douze à vingt-quatre mois après la rémission des symptômes d'une première manie.
14. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M. et coll. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 2009; 70 (4) : 1-46.
 15. Amanzio M. Nocebo effects and psychotropic drug action. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2015; 8 (2) : 159-61.
 16. Buoli M, Serati M et Altamura AC. Is the combination of mood stabilizer plus an antipsychotic more effective than mono-therapies in long-term treatment of bipolar disorder? A systematic review. *J Affect Disord* 2014; 12 (8) : 152-4.

PUBLIREPORTAGE

CANCER COLORECTAL

PRESCRIRE UN TEST DE DÉPISTAGE AUX 2 ANS PEUT SAUVER DES VIES

En tant que médecin, il est important de prescrire le test de dépistage du cancer colorectal Recherche de sang occulte dans les selles par méthode immunologique (RSOSI) aux 2 ans aux personnes asymptomatiques à risque moyen. C'est en effet ce test de dépistage du cancer colorectal, et non la coloscopie, qui est conseillé pour les personnes âgées de 50 à 74 ans asymptomatiques et n'ayant pas d'antécédents familiaux ou personnels significatifs de cancer colorectal ou de polypes adénomateux.

On estime que de **10 000 à 15 000 décès** pourraient être évités si 80 % des Canadiens de 50 ans ou plus subissaient un test de dépistage au cours des 10 années à venir¹.

Pour télécharger le formulaire *Demande d'analyse de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSI) par méthode immunologique* et l'*Algorithme de dépistage du cancer colorectal en fonction du risque*, visitez la section du site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux sur le sujet : msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdcdr

¹ Statistiques canadiennes sur le cancer 2011.



Santé
et Services sociaux
Québec

