

LOMBALGIE CHRONIQUE

Maintenir le traitement par manipulation vertébrale ou non ?

LE TRAITEMENT DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE NON SPÉCIFIQUE CONSTITUE UN DÉFI POUR LE MÉDECIN VU L'ABSENCE DE PATHOLOGIE OBJECTIVABLE ET CLAIREMENT IDENTIFIÉE. NOUS AVONS PRÉSENTÉ, LORS DES CHRONIQUES PRÉCÉDENTES (22 JUIN), LES OPTIONS THÉRAPEUTIQUES APPUYÉES PAR LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET LES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE.

Rappelons ici ces traitements démontrés efficaces pour la lombalgie aiguë: manipulation vertébrale chiropratique (2-3 visites/semaine, 4 semaines), exercice aérobique léger (marche 2 fois/jour, 5 à 15 minutes), acétaminophène au besoin (650 mg toutes les 6-8 heures), éducation et réassurance du patient. Lorsque le patient réagit favorablement au traitement prescrit, avec une résolution complète de son état et un retour rapide au travail et aux activités de la vie quotidienne sans limitation, le succès thérapeutique est rapidement constaté. Toutefois, lorsque le patient ne réagit pas favorablement au traitement, ou présente une amélioration partielle, la chronicité menace. Et c'est sans compter tous les patients qui ne consultent qu'après des années de souffrance. Après tout, les patients victimes de lombalgie non spécifique représentent 85 % des consultations pour lombalgie. Et 10 % d'entre eux développeront une maladie chronique, contribuant à une mobilisation importante des ressources du système de santé.

Nous avons également rapporté (19 octobre) que les soins de maintien de la santé, tels qu'effectués par le chiropraticien après un épisode de lombalgie aiguë, étaient plus efficaces pour prévenir les rechutes lorsqu'on les compare aux soins médicaux ou aux soins de physiothérapie.

Poursuivre ou non ?

La question se pose donc ainsi : jusqu'à quel moment le traitement par manipulation vertébrale doit-il être poursuivi ? Des chercheurs du département de chiropratique de l'Université du Québec à Trois-Rivières ont jeté les bases d'une telle investigation dans une étude préliminaire¹. Des médecins égyptiens ont ensuite tenté de répondre à cette épineuse interrogation². Afin de tester l'efficacité des traitements de maintien par manipulation vertébrale (SMT) dans la réduction à long terme de la douleur et de l'invalidité associées à la lombalgie chronique non spécifique après un épisode de traitement initial, les chercheurs ont recruté 93 patients. Ils les ont ensuite attribués à trois groupes expérimentaux.

Le premier groupe a reçu une manipulation vertébrale feinte (Sham manipulation) durant un mois, pour ensuite cesser toute intervention pendant neuf mois (groupe témoin). Le second groupe a reçu un traitement par manipulation vertébrale à raison de trois séances par semaine durant un mois, suivi par

un arrêt de traitement (groupe SMT non maintenu). Le troisième groupe a reçu un traitement par manipulation vertébrale intensif similaire, qui a toutefois été suivi d'un traitement de maintien à raison d'une séance toutes les semaines pour les neuf mois suivants (groupe SMT maintenu).

Les mesures subjectives comportaient le questionnaire d'invalidité d'Oswestry, la douleur évaluée par échelle visuelle analogue (VAS), l'indice de santé générale évalué par le questionnaire SF-36 et l'analyse subjective de progression par le pa-

tient, de 0 à 5. Les mesures objectives comportaient la mesure d'amplitude de mouvement en flexion latérale et par le test de Schober modifié. Les résultats sont probants : après un mois d'intervention, les patients ayant reçu le traitement par manipulation vertébrale présentaient des niveaux de douleur et d'incapacité significativement inférieurs à ceux des patients ayant reçu le traitement simulé.

Après la deuxième phase de traitement (10 mois), les patients ayant reçu le traitement de maintien présentaient alors des niveaux de dou-

leur et d'incapacité significativement inférieurs à ceux du groupe n'ayant reçu les soins qu'en phase aiguë. Qui plus est, les patients ayant reçu le traitement intensif seulement ont vu leur amplitude de mouvement progresser durant le premier mois de l'étude, pour ensuite revenir près du niveau initial, contrairement aux patients du groupe maintenu, qui ont vu une amélioration tout au long des 10 mois de l'étude.

Poursuivre !

Cette étude confirme donc l'efficacité du traitement par manipula-



ACCUPRIL^{MD}
(chlorhydrate de quinapril)

ACCURETIC^{MD}
(chlorhydrate de quinapril et hydrochlorothiazide)

Résumé des renseignements posologiques

Critères de sélection des patients

CLASSE PHARMACOLOGIQUE :
ACCUPRIL : Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA)
ACCURETIC : Inhibiteur de l'ECA/Diurétique

INDICATIONS :
ACCUPRIL : traitement de l'hypertension essentielle et traitement de l'insuffisance cardiaque congestive en tant qu'adjuvant des diurétiques et/ou des glucosides digitaliques.
ACCURETIC : traitement de l'hypertension essentielle chez les patients pour qui le traitement d'association est approprié.

CONTRE-INDICATIONS :
ACCUPRIL et ACCURETIC sont contre-indiqués chez les patients hypersensibles à l'un des composants de ces produits; chez ceux ayant déjà eu un œdème angioneurotique lors d'un traitement antérieur par un inhibiteur de l'ECA; chez les femmes enceintes ou qui prévoient le devenir, chez les femmes aptes à procréer qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives efficaces. Les femmes aptes à procréer ne peuvent prendre ACCUPRIL et ACCURETIC que si une grossesse est très improbable et que si elles connaissent les risques auxquels le fœtus pourrait être exposé. Étant donné que l'hydrochlorothiazide entre dans sa composition, ACCURETIC est contre-indiqué chez les patients présentant une anurie ou qui sont hypersensibles à d'autres sulfamidés.

Renseignements relatifs à l'innocuité

MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS
Administrés aux femmes enceintes, les inhibiteurs de l'ECA peuvent être cause de morbidité et de mortalité fœtales et néonatales. On dénombre plusieurs douzaines de cas signalés dans la littérature médicale publiée à l'échelle mondiale. Lorsqu'une grossesse est décelée, il faut cesser dès que possible l'administration d'ACCUPRIL et d'ACCURETIC.

Des cas d'œdème angioneurotique (et d'œdème angioneurotique intestinal) ont été rapportés durant l'emploi d'ACCUPRIL et d'ACCURETIC; les patients de race noire sont plus exposés à cette réaction que les patients d'autres races, de même que les patients ayant des antécédents d'œdème angioneurotique non imputable au traitement par inhibiteur de l'ECA. L'œdème angioneurotique avec atteinte laryngée peut être mortel. Lorsqu'un stridor laryngé ou un œdème angioneurotique de la face, de la langue ou de la glotte apparaissent, il faut cesser immédiatement l'administration d'ACCUPRIL ou d'ACCURETIC, donner au patient les soins médicaux pertinents, conformément à la pratique médicale, et observer attentivement l'évolution de son état jusqu'à la disparition de l'œdème. L'œdème angioneurotique intestinal devrait faire partie du diagnostic différentiel chez les patients sous inhibiteur de l'ECA ayant des douleurs abdominales, même en l'absence d'œdème angioneurotique de la face et d'anomalie des taux de C₁ estérase.

Une hypotension symptomatique survient parfois après l'administration du quinapril (habituellement après la première ou la deuxième prise ou lorsqu'on augmente la dose, et plus particulièrement en présence d'hypovolémie); cette réaction peut entraîner un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral chez le patient atteint de cardiopathie ischémique ou de maladie vasculaire cérébrale; il faut donc amorcer le traitement sous étroite surveillance médicale.

Les inhibiteurs de l'ECA ont déjà causé une agranulocytose et une aplasie médullaire, bien que rarement. Aussi, la surveillance périodique de la numération leucocytaire est-elle à envisager, en particulier en présence de collagénose vasculaire et/ou de néphropathie.

Comme des traces d'inhibiteurs de l'ECA ont été trouvées dans le lait maternel et que les diurétiques thiazidiques sont excrétés dans le lait maternel, l'emploi d'ACCUPRIL et d'ACCURETIC n'est pas recommandé pendant l'allaitement. De plus, l'efficacité et l'innocuité d'ACCUPRIL et d'ACCURETIC n'ayant pas été établies chez les enfants, l'emploi de ces agents n'est pas recommandé dans ce groupe d'âge.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les mises en garde qui précèdent, sur le bon emploi d'ACCUPRIL et d'ACCURETIC et les circonstances dictant l'abandon de ces agents, consulter les monographies respectives de ces produits.

EFFETS INDÉSIRABLES

ACCUPRIL a fait l'objet d'études d'innocuité à long terme chez plus de 1100 patients hypertendus traités pendant 1 an ou plus. Dans les essais cliniques comparatifs sur l'hypertension, les effets indésirables (habituellement bénins et passagers) s'étant produits le plus fréquemment sont les suivants : céphalées (8,1 %), étourdissements (4,1 %), toux (3,2 %), fatigue (3,2 %), rhinite (3,2 %), nausées et/ou vomissements (2,3 %) et douleurs abdominales (2,0 %). Les effets indésirables les plus graves ont été l'œdème angioneurotique (0,1 %), l'insuffisance rénale (1 cas), l'agranulocytose (1 cas) et l'hyperazotémie légère (2 cas chez des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque congestive). Des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux sont survenus. Ils étaient peut-être secondaires à une hypotension excessive chez des patients à risque élevé.

Dans le cadre d'essais comparatifs portant sur l'innocuité d'ACCUPRIL, 525 patients ayant eu au moins 1 épisode d'insuffisance cardiaque congestive ont été évalués. Les fréquences des effets indésirables ont été semblables chez les 2 sexes ainsi que chez les sujets âgés (≥ 65 ans) et les plus jeunes (< 65 ans). Les effets indésirables les plus fréquents ont été les suivants : étourdissements (11,2 %), toux (7,6 %), douleur thoracique (6,5 %), dyspnée (5,5 %), fatigue (5,1 %) et nausées/vomissements (5,0 %). Les effets indésirables les plus graves ont été les suivants : œdème angioneurotique (0,1 %), douleur thoracique d'origine inconnue (0,8 %), angine de poitrine (0,4 %), hypotension artérielle (0,1 %) et dysfonction rénale; l'hypotension (0,8 %) et la toux (0,8 %) ont constitué les principaux motifs d'abandon. Des cas d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral ont été observés. De rares cas de pneumonie éosinophile ont été signalés. De rares cas d'hépatite ou d'insuffisance hépatique ont été signalés avec les autres inhibiteurs de l'ECA.

L'innocuité d'ACCURETIC a été évaluée chez 1571 patients souffrant d'hypertension artérielle essentielle pendant au moins 1 an. Dans les essais cliniques comparatifs, les effets indésirables s'étant produits le plus fréquemment étaient les suivants : céphalées (6,7 %), étourdissements (4,8 %), toux (3,2 %) et fatigue (2,9 %). Les effets indésirables se sont limités à ceux rapportés précédemment avec l'emploi du quinapril ou de l'hydrochlorothiazide séparément dans le traitement de l'hypertension et incluaient les céphalées (6,7 %), les étourdissements (4,8 %), la toux (3,2 %) et la fatigue (2,9 %). Le traitement a été arrêté chez 2,1 % des patients en raison d'effets indésirables. Les raisons de l'abandon du traitement les plus fréquentes ont été les céphalées (0,5 %) et les étourdissements (0,3 %). Les effets indésirables graves ou significatifs sur le plan clinique observés chez moins de 0,2 % des patients traités par le quinapril et l'hydrochlorothiazide étaient les suivants : hématurie, goutte, syncope et œdème angioneurotique.

Pour signaler la survenue d'un effet indésirable soupçonné, communiquer avec Santé Canada au 1-866-234-2345.

Administration

La posologie d'ACCUPRIL et d'ACCURETIC doit être adaptée à chaque cas. Hypertension artérielle : La dose initiale d'ACCUPRIL recommandée (chez les patients ne prenant pas de diurétique) est de 10 mg, 1 fois par jour. La posologie doit ensuite être adaptée selon l'effet du traitement sur la pression artérielle, généralement à intervalles de 2 à 4 semaines. Il ne faut pas dépasser 40 mg par jour.

Insuffisance cardiaque congestive : La dose initiale d'ACCUPRIL recommandée est de 5 mg, 1 fois par jour, à administrer avec étroite surveillance médicale. Après cette dose initiale, il faut garder le patient en observation pendant au moins 2 heures ou jusqu'à ce que sa pression artérielle ait été stabilisée pendant au moins 1 heure supplémentaire. Lorsque la dose initiale d'ACCUPRIL est bien tolérée, on doit augmenter la posologie graduellement à 10 mg, 1 fois par jour, 20 mg, 1 fois par jour, puis à 40 mg divisés en 2 prises égales, en fonction du résultat thérapeutique. La dose quotidienne maximale est de 40 mg.

L'association fixe ACCURETIC ne doit pas servir pour le traitement initial. La dose d'ACCURETIC doit être déterminée par le réglage de la dose de chaque composant. Dans certains cas, une administration biquotidienne peut s'avérer nécessaire; les patients n'ont généralement pas besoin d'une dose d'hydrochlorothiazide supérieure à 50 mg par jour, surtout lorsqu'ils prennent aussi d'autres antihypertenseurs.

Consulter les monographies respectives de ces produits pour obtenir des renseignements complets sur la posologie dans des populations particulières de patients.

Perception et apparences trompeuses

DES VISITES PÉRIODIQUES APRÈS L'ÉPISODE DE TRAITEMENT INITIAL CONTRIBUENT À PRÉVENIR DE FUTURS ÉPISODES DE LOMBALGIE.

tion vertébrale dans le traitement de la lombalgie chronique non spécifique. La contribution nouvelle des auteurs est cependant l'affirmation que des visites périodiques après l'épisode de traitement initial contribuent à une meilleure évaluation du progrès, à la détection et au traitement hâtif de problèmes surgissant à nouveau, le tout permettant la prévention de futurs épisodes de lombalgie et le maintien de l'amélioration des résultats obtenus en termes de douleur et d'incapacité.

Afin de demeurer conséquent avec les résultats présentés ici, le médecin qui recommande les soins par manipulation vertébrale chiropratique à ses patients souffrant de lombalgie chronique non spécifique doit donc considérer le bénéfice représenté par les soins de maintien après l'épisode de traitement initial intensif. ◀

1. Descarreaux M, Blouin J, Drolet M et coll. *Efficacy of preventive spinal manipulation for chronic low back pain and related disabilities: a preliminary study. J Manipulative Physiol Ther 2004; 27 : 509-14.*
2. Mohammed K, Senna, MD, et Shereen A. Machaly, MD. *Does Maintained Spinal Manipulation Therapy for Chronic Nonspecific Low Back Pain Result in Better Long-Term Outcome? Spine 2011, vol. 36, No 18, p. 1427-37.*

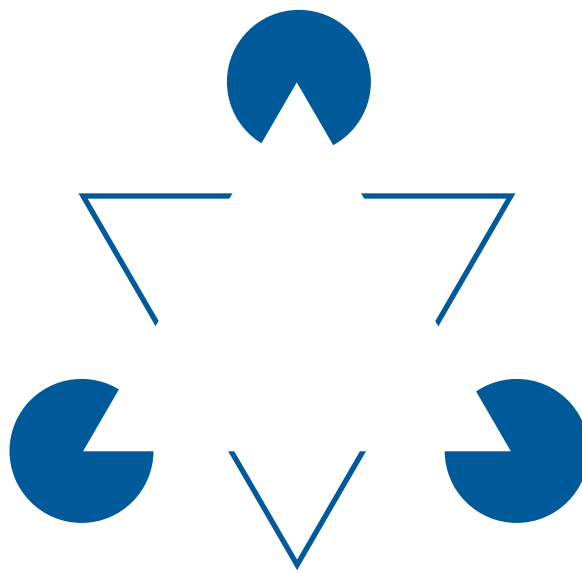
EN CONFÉRENCE, IL M'ARRIVE D'UTILISER LE MOTIF DE KANZISA (FIGURE 1) ET D'INVITER LES PARTICIPANTS À LE DÉCRIRE. GÉNÉRALEMENT, ILS RÉPONDENT : DES TRIANGLES, DES PAC-MEN, L'ÉTOILE DE DAVID. POURTANT, IL N'Y A QUE DES DISQUES TRONQUÉS ET DES SEGMENTS DE DROITE. TOUTEFOIS, NOUS SOMMES TELLEMENT HABITUÉS À REPÉRER LES TRIANGLES QU'IL FAUT FAIRE UN EFFORT POUR NE PAS LES PERCEVOIR. SE POURRAIT-IL QU'IL EN SOIT DE MÊME POUR L'ANALYSE DES RÉALITÉS QUE NOUS RENCONTRONS AU FIL DES JOURS ?

Mécanismes neurologiques

Si certains programmes neurologiques, comme le réflexe de succion et la respiration, sont innés et disponibles dès la naissance, alors que d'autres apparaissent avec le temps en fonction de la maturation du cerveau, la plupart de nos « connaissances » sur le monde sont acquises à travers l'expérience.

D'ailleurs, nous sommes invités depuis la petite enfance à repérer des triangles. Nos récepteurs sensoriels envoient un signal électrochimique vers le néocortex, qui est modifié au fil des étapes de traitement neurophysiologique en fonction des caractéristiques physiques (nombre, orientation, couleur, etc.) des formes perçues. Par un mécanisme que Donald Hebb a appelé « assemblage cellulaire », les neurones qui sont actifs en même temps finissent par créer des connexions en nombre suffisant pour fonctionner dorénavant en réseau. Ainsi, l'apprentissage des formes géométriques crée des réseaux qui, lorsqu'on voit partiellement un triangle ou un carré, accélèrent le traitement de l'information avant même que nous en ayons

Figure 1



conscience. C'est le principe d'inférence néocorticale qui, dans le cadre du motif, nous donne l'impression que nous voyons un triangle ou l'étoile, à cause des empreintes laissées par l'expérience de discrimination géométrique.

Biais d'intentionnalité

Les empreintes physiologiques traduisent un concept qui explique

ties, ce qui pourrait se traduire par « je me sens manipulé ».

Risques durant la pratique clinique

Durant la formation universitaire, nous apprenons à relever des indices qui facilitent la lecture des difficultés physiques ou psychiques des patients. La lecture d'un livre, la formation théorique et la supervision effectuée par un patron contribuent à accélérer

DANS DES SITUATIONS DE STRESS, LA FATIGUE DE COMPASSION GUETTE LE CLINICIEN ET PEUT INDUIRE UNE RÉACTION PLUS SUBJECTIVE QU'OBJECTIVE EN FONCTION DE LA MANIÈRE DONT IL SE REPRÉSENTE LA SANTÉ OU LES CRITÈRES QU'IL PRIVILÉGIE POUR POSER SON DIAGNOSTIC.

comment, depuis notre plus tendre enfance, nous analysons l'environnement ou les faits en fonction de notre expérience. Cette expérience repose autant sur des éléments objectifs que sur l'impact émotionnel ressenti dans la situation. Et plus forte est l'émotion, plus l'empreinte physiologique est importante et affectera la lecture que nous ferons de la réalité présente et induira des modes d'action en fonction de la teinte de cette lecture.

Ce processus physiologique peut aussi induire des biais d'intentionnalité, qui se caractérisent par l'attribution à autrui d'une intention particulière, souvent négative, en réponse à un événement accidentel ou à une maladresse relationnelle.

Par exemple, une personne ayant consommé trop d'alcool tend à interpréter les faits en fonction d'empreintes reflétant généralement ses blessures relationnelles et à induire des réactions défensives ou dépressives. En fait, les empreintes déclenchant les réactivités schizo-paranoïaques sont plus accessibles, puisque l'alcool altère de manière transitoire le fonctionnement d'aires cérébrales qui, usuellement, inhibent les empreintes de l'enfance et, conséquemment, ravive d'éventuelles incompréhensions qui seront projetées sur l'autre.

Par ailleurs, il est courant d'entendre certaines personnes affirmer qu'on les manipule au lieu de locutions reflétant la prise en compte de leur part de responsabilité, ne serait-ce qu'au niveau des émotions ressen-

tant devant la souffrance d'un patient peut conduire certains à croire qu'ils sont à l'abri de toute forme de subjectivité ou de jugements de valeur, parce qu'ils ont acquis de larges connaissances ou qu'ils utilisent des critères standardisés. Or, du moins en ce qui concerne la santé mentale, ils ne tiennent pas compte du *continuum* dans le développement neurophysiologique de la personne et invitent à une conclusion qui détermine la nature de l'intervention, qui pourrait, dans certains cas, être précoce, voire incomplète. La volonté d'aider, le manque de temps, la résonance émotionnelle avec la détresse des patients, la peur d'une plainte, la difficulté de concilier travail et famille, etc. sont autant de sources qui peuvent altérer le bon jugement clinique, sauf s'ils sont pris en considération dans le processus décisionnel.

Les professionnels travaillant à l'urgence, les médecins de famille et les psychiatres pourraient ainsi être les cliniciens les plus sensibles à ces éventuels biais d'interprétation, à cause du peu de temps dont ils disposent pour évaluer les critères déterminant la problématique médicale. Dans des situations de stress, la fatigue de compassion guette le clinicien et peut induire une réaction plus subjective qu'objective, en fonction de la manière dont il se représente la santé ou les critères qu'il privilégie pour poser son diagnostic. Par exemple, lors de la fameuse pandémie de grippe A(H1N1), les patients arrivant en détresse physiologique ont peut-être été parfois étiquetés « H1N1 », alors que les symptômes observés auraient pu refléter d'autres pathologies qui n'ont peut-être pas reçu toute l'attention nécessaire. Dès lors, se pourrait-il que la manière dont la crise sanitaire a été gérée par certains responsables ait été affectée par des éléments plus subjectifs qu'objectifs ?

Nous sommes tous des êtres humains, influencés par nos connaissances, mais aussi par nos empreintes émotionnelles. La prise en compte, seul ou en compagnie de collègues, du risque de biais permet d'améliorer la qualité du processus de décision et la démarche réflexive qui vise à affiner nos interventions. ◀

Pour en savoir plus

- L. Girard, « Une réflexion diagnostique au service du processus psychothérapeutique », *Revue québécoise de Gestalt*, vol. 11, 2008, p. 121-157.
- J. Monzée, « Construction de la perception et apparences trompeuses », in J. Monzée, *Ce que le cerveau a dans la tête*, Montréal, Liber, 2011, p. 29-56.
- F. Papin, « Stress chez les médecins » (dossier spécial), *L'actualité médicale*, 13 décembre 2010 (1^{re} partie) et 19 janvier 2011 (2^e partie).

* Docteur en neurosciences. Psychothérapeute. Directeur, Institut du développement de l'enfant et de la famille. Professeur associé, département de pédiatrie, Université de Sherbrooke. Chercheur, Laboratoire santé, éducation et situation de handicap, Université de Montpellier

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LES PRODUITS

PRÉCAUTIONS

Les monographies contiennent des précautions particulières au sujet des patients atteints d'insuffisance rénale. (p. ex., patients ayant une sténose des 2 artères rénales, une sténose unilatérale avec rein unique ou une insuffisance cardiaque congestive grave); patients dont la dialyse est effectuée à travers des membranes à débit rapide et suivant un traitement concomitant par un inhibiteur de l'ECA; patients recevant des inhibiteurs de l'ECA pendant l'aphérese des lipoprotéines de basse densité au dextran-sulfate; patients recevant des inhibiteurs de l'ECA pendant le traitement de désensibilisation au venin des hyménoptères; risque d'hyperkaliémie; risque d'hypoglycémie chez les diabétiques qui prennent de l'insuline ou des hypoglycémiques par voie orale; patients ayant une sténose de l'aorte (risque théorique seulement); sujets qui subissent une intervention chirurgicale importante ou sont anesthésiés avec des agents qui entraînent une hypotension. Consulter la monographie du produit pour obtenir des renseignements plus complets.

POSOLOGIE – POPULATIONS PARTICULIÈRES

Patients souffrant d'insuffisance rénale : Dans le traitement de l'hypertension, il faut réduire la dose initiale conformément à la clairance de la créatinine (consulter la monographie du produit pour obtenir des instructions précises). Chez le patient traité par hémodialyse, ACCUPRIL doit être administré les jours où le patient ne subit pas de dialyse (consulter la monographie du produit pour obtenir des renseignements plus complets). ACCURETIC est déconseillé en présence d'insuffisance rénale grave.

Patients âgés (> 65 ans) : Dans le traitement de l'hypertension, la dose initiale d'ACCUPRIL recommandée est de 10 mg, 1 fois par jour (en fonction de l'état de la fonction rénale); on doit ensuite augmenter graduellement la dose jusqu'à l'obtention d'un effet optimal.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Les monographies des produits exposent les interactions médicamenteuses qui peuvent survenir chez les patients qui prennent en même temps un inhibiteur de l'ECA et un diurétique, des agents augmentant la kaliémie (p. ex., spironolactone, triamterène ou amiloride, ou suppléments potassiques), du lithium, d'autres antihypertenseurs ou d'autres agents. Consulter la monographie respective des produits pour obtenir des renseignements supplémentaires. Les études de pharmacocinétique à dose unique n'ont mis en évidence aucune modification importante des paramètres pharmacocinétiques pendant l'administration concomitante d'ACCUPRIL avec le propranolol, l'hydrochlorothiazide, la digoxine ou la cimétidine. L'administration concomitante d'ACCUPRIL et de warfarine n'a pas provoqué de changement du temps de Quick.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

On ne dispose pas de données en ce qui concerne le surdosage d'ACCUPRIL ou d'ACCURETIC chez les humains. Les manifestations cliniques les plus probables consisteraient en des symptômes imputables à une hypotension artérielle grave, qu'on doit normalement traiter par expansion volumique à l'aide d'une solution de chlorure de sodium à 0,9 % administrée par voie intraveineuse. L'hémodialyse et la dialyse péritonéale ont peu d'effet sur l'élimination du quinapril et du quinaprilate.

Les signes et symptômes le plus souvent observés avec un surdosage d'hydrochlorothiazide en monothérapie sont ceux imputés à une déplétion électrolytique (hypokaliémie, hypochlorémie, hyponatrémie) et à une déshydratation due à une diurèse excessive. Si des glucosides digitaux ont également été administrés, l'hypokaliémie peut accentuer l'arythmie cardiaque.

Monographies des produits offertes sur demande. Composer le 1-800-463-6001, ou visiter notre site à l'adresse suivante : www.pfizer.ca.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

© 2010, Pfizer Canada Inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5

ACCUPRIL[®] et ACCURETIC[®] Parke, Davis & Company LLC

Pfizer Canada Inc., licencié

M.C. de Pfizer Inc, propriétaire / Pfizer Canada Inc., licencié



RENSEIGNEMENTS POSOLOGIQUES