LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DE TOUS LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

LA PERTE AUDITIVE

LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

L'OTITE DÉMYSTIFIÉE

LE NÉVROME DE MORTON

LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

JUILLET 2018
VOL 12 • NO 2
5,95 $

Société canadienne des postes: Envoi de publications canadiennes. Contrat de vente n° 40011180.

S'ENGAGER,
CONSTRUIRE,
TRANSFORMER
DES VIES.
En développant sans cesse de nouveaux traitements,
Servier est plus déterminé que jamais à changer le cours
des choses pour les patients souffrant d'un cancer.
SERVIER
Oncologie

Éditeur
Ronald Lapierre

Directrice de la publication
Dominique Raymond

Développement des affaires et marketing
Nicolas Rondeau-Lapierre

Comité d'orientation
Francois Lamoureux, M.D.,M.Sc, président
Jean-Luc Urbain M.D., Ph.D.
Jean Paul Marsan, pharmacien
Jean Bourcier, pharmacien
Hussein Fadlallah, M.D.
Johanne Francoeur, infirmière, M.Sc.
Irène Marcheterre, directrice communication CHUM
Karl Weiss, M.D., M.Sc.

Le Prix Hippocrate
Jean-Paul Marsan, directeur général

Direction artistique et impression
Le Groupe Communimédia inc.
contact@communimedia.ca

Correction-révision
Anik Messier

Publicité
Simon Rondeau-Lapierre
Tél. : (514) 331-0661
slapierre@editionsmulticoncept.com

Nicolas Rondeau-Lapierre
Tél. : (514) 331-0661
nlapierre@editionsmulticoncept.com

Les auteurs sont choisis selon l'étendue de leur expertise dans une spécialité donnée. **Le Patient** ne se porte pas garant de l'expertise de ses collaborateurs et ne peut être tenu responsable de leurs déclarations. Les textes publiés dans **Le Patient** n'engagent que leurs auteurs.

Abonnement
6 numéros (1 an)
Canada : 30 $ par année
International : 46 $ (cdn) par année

Pour vous abonner
Par correspondance :
1600, boul. Henri-Bourassa Ouest, Bureau 405
Montréal (Québec) H3M 3E2

Par téléphone : 514-331-0661

Le Patient est publié six fois par année
par les Éditions Multi-Concept inc.
1600, boul. Henri-Bourassa Ouest, Bureau 405
Montréal (Québec) H3M 3E2

Secrétariat :
Tél. : (514) 331-0661
Fax : (514) 331-8821
multiconcept@sympatico.ca

Toutes les annonces de produits pharmaceutiques sur ordonnance ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique.

Dépôt légal :
Bibliothèque du Québec
Bibliothèque du Canada

Convention de la poste-publication
No 40011180

Nous reconnaissons l'appui financier du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du Canada pour les périodiques (FCP) pour nos activités d'édition.

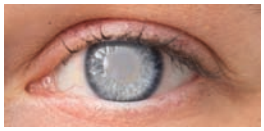
SOMMAIRE

4 LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

6 LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

8 L'OTITE DÉMYSTIFIÉE

12 LA PERTE AUDITIVE : PAS À PAS VERS L'ACCEPTATION



14 Y-A-T-IL UN LIEN ENTRE LA PERTE AUDITIVE ET L'ALZHEIMER?

16 DOCTEUR, J'AI UNE BOULE DANS LA GORGE

20 LE CANCER DE LA BOUCHE : UNE DÉTECTION PRÉCOCE PEUT SAUVER DES VIES

22 LE NOUVEAU VISAGE DE L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

26 LE NÉVROME DE MORTON

28 LES SIMULATIONS CLINIQUES EN PHARMACIE : LE THÉÂTRE MÉDICAL AU SERVICE DE L'ENSEIGNEMENT

34 REER, CELI OU REMBOURSEMENT ANTICIPÉ DU PRÊT HYPOTHÉCAIRE?

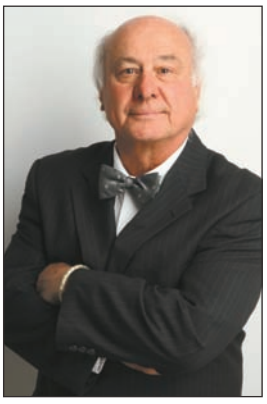
36 LA MONTÉE DU ROSÉ EN TROIS PHASES

40 LE HONDURAS : TRÉSORS ARCHÉOLOGIQUES, JUNGLE ET RÉCIF DE CORAIL

Pensons environnement!
Le Patient maintenant disponible sur internet

Vous désirez consulter votre magazine en ligne? Rien de plus simple! Rendez-vous au :
www.lepatient.ca

LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES



François Lamoureux,
M.D., M. Sc.

« L'œil, c'est la fenêtre de l'être humain sur le monde extérieur, et l'oreille la porte d'entrée du monde extérieur vers l'intérieur de l'être humain. »

« L'oeil est sûrement un des organes les plus sophistiqués et complexes de l'organisme. C'est également l'un des plus sollicités par le cerveau pour assurer non seulement à l'être humain, mais à tout animal doté de cette formidable vitrine, la possibilité d'interagir avec son milieu ambiant. »

AUCUN AUTRE SENS N'ÉGALE LA VISION

Les yeux collectent pour l'être humain plus d'information que ne le font tous les autres sens réunis. Les yeux regardent et, par des millions de fibres optiques, relaient l'information au cerveau; ce dernier décode, organise et interprète l'information.

L'oeil est sûrement un des organes les plus sophistiqués et complexes de l'organisme. C'est également l'un des plus sollicités par le cerveau pour assurer non seulement à l'être humain, mais à tout animal doté de cette formidable vitrine, la possibilité d'interagir avec son milieu ambiant. Il existe plusieurs types d'yeux, que ce soit les yeux multiples d'une araignée ou les yeux composés d'une mouche, mais pour l'humain, il s'agit d'un globe oculaire unique par oeil.

La présence des deux yeux permet au cerveau d'évaluer la distance entre les objets et de mesurer leur taille relative; en fait, les deux yeux sont essentiels à la vision en trois dimensions.

Chaque oeil peut balayer un champ visuel qui varie entre 140 et 150 degrés, mais le champ visuel commun des deux yeux s'articule sur un champ de 100 degrés. Seuls les objets dans ce champ binoculaire sont visualisés avec la perception des distances.

Le fait que l'être humain, à l'état embryonnaire, développe deux yeux répond bel et bien à une fonction essentielle de la vision, soit la vision en trois dimensions.

Le cyclope Poliphème, ce géant à l'unique oeil qu'Ulysse rencontra lors d'un de ses voyages, avait vraiment un handicap majeur : il ne voyait pas en trois dimensions.

Pour réaliser en continu l'incroyable film de tous les instants de la vie en trois dimensions et en couleurs, l'oeil humain doit être doté d'une caméra si sophistiquée que probablement jamais une caméra construite par l'homme ne pourra même approcher le niveau de sophistication de l'oeil humain.

Cet oeil, enfoui dans une orbite osseuse et bien protégé par les paupières et leurs cils, est également doté d'une armure musculaire qui, en plus de le protéger, lui donne ses mouvements.

Une fenêtre vitrée, la cornée, permet aux rayons lumineux de pénétrer dans l'oeil et, par la suite, de subir un accommodement par le cristallin, petite lentille interne entre la cornée et l'humeur vitrée. Par la suite, ces rayons lumineux, selon que l'objet se trouve proche ou loin, sont refocalisés par l'entremise du cristallin sur la rétine, à l'arrière de l'oeil.

Lorsqu'ils arrivent sur la rétine, au fond de l'oeil, les rayons lumineux sont décodés par deux types de cellules; les millions de cellules en bâtonnets convertissent les influx lumineux en énergie pour son transport par les nerfs optiques, jusqu'à l'arrière du cerveau. Quant aux cônes, l'autre type de cellules, ils sont sensibles aux couleurs et se concentrent sur un point précis de la rétine, la fovéa. À ce stade, l'image générée sur la rétine est en couleur, mais inversée. Le cerveau redressera le tout et y modulera la distance et la taille relative entre les objets visualisés.

Tout ce processus extrêmement complexe et sophistiqué se reproduit en continu, à chaque instant de la vision.

Plusieurs agresseurs, parfois les plus insoupçonnés, sont à l'affut; l'être humain ne doit pas se contenter d'avoir de beaux yeux, mais doit aussi bien les protéger.

Bien que le soleil produise la lumière qui permet à l'oeil de voir, ses rayonnements peuvent sérieusement endommager plusieurs composantes de l'oeil comme le cristallin, lui faisant perdre sa transparence, entraînant la cataracte, ou encore en augmentant la possibilité de développer un mélanome de la rétine, un cancer qui peut se révéler très agressif.

Enfin, on commence à donner espoir à certains aveugles en implantant dans l'oeil des capteurs par la greffe d'une rétine artificielle. Une prothèse rétinienne électronique compte environ 60 pixels de résolution et atteindra bientôt les 600 pixels; l'oeil en possède l'équivalent de millions.

Au cours des prochaines générations, certains aveugles bénéficieront de ces avancées majeures : on sera alors dans le domaine d'une rétine artificielle implantée, à base de nanodiamants. ■

MAIS QUI SONT DONC CES MÉDECINS SPÉCIALISTES OPHTALMOLOGISTES ET OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES?

Vivre sans la vue ou l'audition, c'est vivre dans un état de privation douloureux. On naît habituellement avec deux yeux et deux oreilles qui nous permettent de découvrir et de garder le contact avec le monde extérieur avec lequel on devra interagir à chaque instant de notre existence.

Dès le début de la vie, le bébé reconnaîtra la voix de sa mère ou de son père puis progressivement, par l'entremise de sa vision, il découvrira les traits de ses parents. Il se sentira protégé et rassuré lors de ses premiers balbutiements avec le monde extérieur. Par la suite, au cours des années, son audition et sa vision se raffineront encore davantage.

L'œil, c'est la fenêtre de l'être humain sur le monde extérieur, et l'oreille la porte d'entrée du monde extérieur vers l'intérieur de l'être humain.

Parfois ces deux sens sont les victimes de processus agressifs et délétères imprévus. C'est un traumatisme pénétrant direct, c'est une tumeur qui se développe, c'est une bactérie, un ver ou un virus qui attaque, parfois c'est une perte soudaine de la vision ou encore une baisse continue de la vision ou de l'audition ou une lésion qui progresse dans la bouche ou l'aire pharyngée.

Heureusement nous avons ces grands chirurgiens super formés lors de très longues études, ces médecins spécialistes de la micro-anatomie et de la micro-chirurgie sont comme des sapeurs-pompiers de garde 24 heures sur 24 heures en disponibilité d'intervention.

Car souvent, comme par exemple dans un traumatisme pénétrant ou encore dans un décollement soudain de la rétine de l'œil, leur intervention se comptera en minutes.

En d'autres circonstances, ils redonneront en moins de dix minutes la vue aux porteurs de cataractes. Tous, un jour, selon que l'on vive assez vieux, subirons une perte progressive de l'acuité visuelle par l'opacification de nos cristallins. On pourrait ainsi énumérer tant de situations qui pour eux sont leur quotidien. On en retrouve quelques-unes dans le présent LePatient.

Que d'admiration pour ces collègues chirurgiens, les meilleurs parmi les meilleurs. ■

« Dès le début de la vie, le bébé reconnaîtra la voix de sa mère ou de son père puis progressivement, par l'entremise de sa vision, il découvrira les traits de ses parents. »

LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

Conrad Charles Kavalec, B.Sc., M.D.C.M., F.R.C.S.(C), D.A.B.O.

« Les cataractes peuvent être congénitales et perturber le développement de la vue. On procède à leur ablation lorsqu'elles sont jugées visuellement significatives. »

« Cette chirurgie a évolué et constitue une procédure sûre et efficace pour corriger la perte visuelle causée par la cataracte, en plus de présenter l'avantage d'une procédure réfractive en éliminant le besoin de porter des lunettes. »

Le cristallin humain est très flexible à la naissance et sa forme s'adapte quand on en rapproche le point focal. Cette capacité à faire le point se perd entre 45 et 55 ans et plusieurs développent le besoin de porter des lunettes. Après 65 ans, on observe des signes de jaunissement du cristallin — ou sclérose du noyau —, de même que des opacités blanchâtres du cortex périphérique. Ordinairement, les cataractes sont visuellement significatives après 75 ans et, à 85 ans, la plupart des gens ont été opérés.

Les cataractes peuvent être congénitales et perturber le développement de la vue. On procède à leur ablation lorsqu'elles sont jugées visuellement significatives. Elles peuvent se développer chez les adultes avant 65 ans; elles progressent alors souvent rapidement. Elles peuvent être liées à un traumatisme, à une maladie systémique nécessitant un recours aux corticostéroïdes, ou encore à une maladie oculaire.

Les cataractes ne peuvent pas être retirées au laser. Cette chirurgie a évolué et constitue une procédure sûre et efficace pour corriger la perte visuelle causée par la cataracte, en plus de présenter l'avantage d'une procédure réfractive en éliminant le besoin de porter des lunettes. L'intervention comporte des incisions avec sonde à ultrasons, d'une longueur qui varie entre 2 et 3 mm de lon-

gueur et qui ne nécessitent aucune suture pour sécuriser la plaie. Les systèmes de retrait des cataractes par laser sont en voie de développement, mais ils sont dispendieux et ne sont pas facilement accessibles.

Pour la chirurgie de la cataracte, on utilise des gouttes d'anesthésie topique et la xylocaïne en gelée. On injecte parfois dans l'œil de la xylocaïne sans préservation pour accroître l'anesthésie et il arrive aussi que des patients aient besoin de sédation. Les aiguilles ne sont que rarement utilisées et il est extrêmement rare d'avoir à recourir à l'anesthésie générale.

La chirurgie dure en moyenne de 6 à 10 minutes et les patients peuvent rentrer chez eux le jour même. Un chirurgien peut facilement effectuer entre 20 et 40 opérations par jour. Ordinairement, les patients retrouvent une bonne vision dès le lendemain matin et n'ont plus besoin de porter leurs lunettes. Ils reprennent leurs activités normales le jour suivant. Ils pourront vaquer à leurs occupations quotidiennes habituelles. Ils n'ont qu'à appliquer des gouttes préopératoires et postopératoires pour prévenir l'inflammation et l'infection.

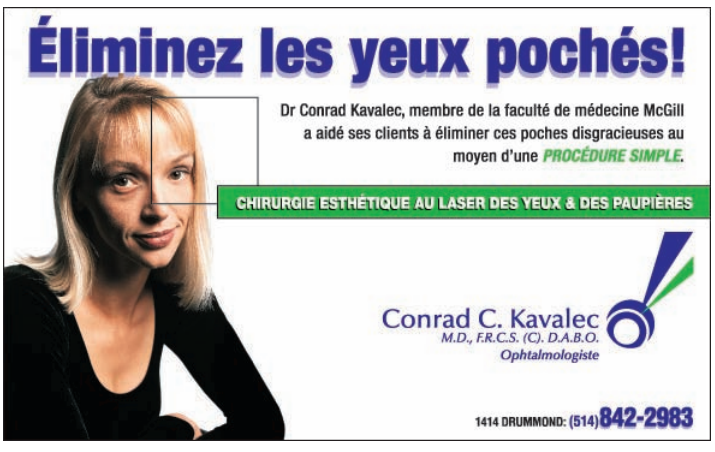
Une fois le cristallin humain retiré, il est remplacé par une lentille intraoculaire (LIO), ce qui évitera au patient le port de lunettes très épaisses ou de lentilles de contact. Les lentilles modernes sont faites de plastique acrylique ou de silicone flexible et elles sont pliées avant l'insertion. La taille de la zone optique que présente la LIO varie entre 4 et 6,5 mm. La taille de l'incision est quant à elle inférieure à celle de la lentille, puisque les lentilles peuvent être pliées à l'aide de forceps ou de cartouches, avant d'être insérées dans la plaie qui ne requiert pas de suture pour assurer l'étanchéité de la fermeture. Les lentilles qui ne se plient pas requièrent des incisions plus grandes, et les sutures qui s'en suivent entraînent l'astigmatisme.

La puissance de la lentille est déterminée avant l'opération, à l'aide d'appareils à ultrasons et à infrarouge qui mesurent les paramètres nécessaires au calcul de la puissance de la lentille qui corrigera l'erreur réfractive du patient. Les lentilles modernes peuvent corriger la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme. Il est donc possible de faire en sorte que l'œil voie de loin pour la conduite d'un véhicule, de près pour la lecture et l'ordinateur ou encore les deux, pour éliminer l'habitude de porter des lunettes.

On dispose maintenant de lentilles bifocales permettant au patient de voir de loin et de près, des deux yeux en même temps. Il y a également des lentilles qui bougent avec l'œil à l'aide des muscles ciliaires pour rétablir l'accommodation. Éventuellement, on verra des lentilles insérées par des incisions de moins de 2 mm de longueur et qui pourront améliorer les caractéristiques bifocales. Éventuellement, les patients ne porteront plus de lunettes après la chirurgie.

Plusieurs patients ont déjà subi une chirurgie réfractive au laser excimer (LASIK) pour éliminer le besoin de porter des lunettes, et cela complique le calcul de la LIO quand la chirurgie de la cataracte s'avère nécessaire. Les technologies de mesure préopératoire évoluent constamment pour améliorer la précision et permettre aux patients de ne pas porter de lunettes après la chirurgie. L'extraction de lentilles claires s'effectue lorsque la lentille n'est pas significativement épaisse et que le patient veut se faire opérer pour corriger une erreur réfractive. Ces patients ne sont généralement pas candidats au LASIK. La chirurgie de la cataracte est devenue, au cours des dernières années, de plus en plus sécuritaire et les lentilles sont devenues plus polyvalentes; l'extraction des lentilles claires est par conséquent devenue un choix de chirurgie réfractive viable, surtout depuis qu'il est possible de restaurer la bifocalité et l'accommodation de manière permanente.

« La chirurgie dure en moyenne de 6 à 10 minutes et les patients peuvent rentrer chez eux le jour même. Un chirurgien peut facilement effectuer entre 20 et 40 opérations par jour. Ordinairement, les patients retrouvent une bonne vision dès le lendemain matin et n'ont plus besoin de porter leurs lunettes. »



Dr. Ted L. Tewfik, md, FRCSC,
Professeur titulaire,
Département d'oto-rhino-laryngologie et CCF,
Université McGill,
Montréal, Qc.

L'OTITE DÉMYSTIFIÉE

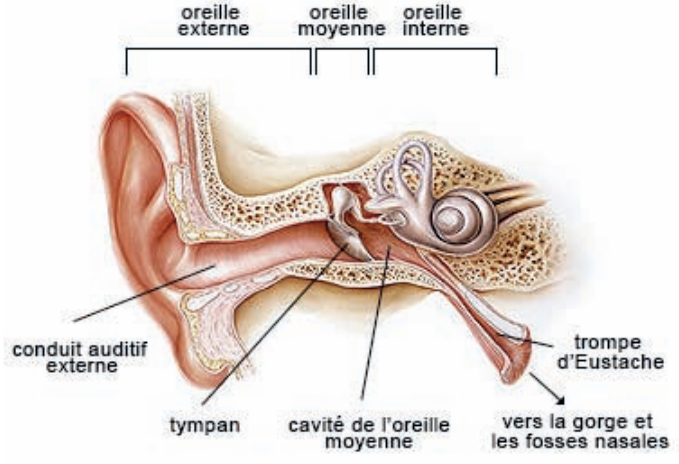
Les trois principales composantes de l'oreille sont (figure 1) :

A) L'oreille externe qui comprend deux segments: le pavillon et le conduit auditif externe(CAE). Le CAE a la forme d'une corne acoustique dont le diamètre rapetisse au fur et à mesure que l'on se rapproche du tympan. Ses deux tiers externes ont un squelette cartilagineux, alors que son tiers interne est creusé dans l'os temporal. Cette partie interne est revêtue d'une peau dotée de nombreux pores, de glandes sébacées et de glandes apocrines (ou cérumineuses).

B) L'oreille moyenne qui comprend le tympan et les trois osselets (la chaîne ossiculaire). Celle-ci est formée, d'externe en interne, du marteau, de l'enclume, et de l'étrier. Ces noms proviennent de leurs formes caractéristiques. Puisque l'oreille moyenne est creuse, un environnement de haute pression poserait le risque de perforer le tympan. Pallier ce risque est la fonction des trompes d'Eustache. Ces trompes relient l'oreille moyenne aux fosses nasales afin d'assurer une pression égale de part et d'autre du tympan.

C) L'oreille interne contient non seulement l'organe de l'ouïe, mais aussi le vestibule et les canaux semi-circulaires, organe de l'équilibre, responsable de la perception de la position angulaire de la tête et de son accélération.

Figure 1: Anatomie des trois sections de l'oreille.



L'OTITE EXTERNE (OU OTITE DU NAGEUR)

Le tableau clinique est résumé dans le tableau 1. Les trois stades cliniques de l'otite externe sont:

• Le stade pré-inflammatoire : La maladie débute suite à la perturbation du canal externe souvent causée par des manipulations visant à éliminer le cérumen. On observe ensuite un œdème de l'épiderme et une obstruction du système apo-pilo-sébacé. À ce stade, le patient se plaint surtout de démangeaison et de plénitude dans l'oreille et ces symptômes l'incitent à se gratter. Le cycle démangeaison-grattage endommage encore plus la couche cérumineuse et favorise la pénétration des bactéries. À ce stade précoce, l'application de gouttes acidifiantes peut arrêter la propagation de l'infection.

• Le stade inflammatoire aigu : Dans ce stade, le grattage de l'oreille désorganise la couche épithé-

liale et favorise l'invasion bactérienne, entraînant de la douleur. L'examen du CAE révèle la présence d'un érythème et d'un œdème léger et aussi d'une faible quantité de sécrétions lipides. C'est le stade de l'inflammation bénigne. Lorsque la maladie atteint le stade de l'inflammation modérée, les démangeaisons, la douleur et la sensibilité auriculaire sont plus intenses. L'exsudat est plus épais et l'oedème du CAE est plus marqué, mais le conduit n'est pas obstrué (figure 2). Si la maladie n'est pas traitée, elle évolue vers le stade de l'inflammation grave qui est caractérisée par une douleur intolérable aggravée par le fait de mastiquer ou par le mouvement de la peau ou des tissus mous environnants. L'œdème grave oblitère la lumière du CAE (figure 3) qui contient maintenant un écoulement abondant, verdâtre et purulent.

• Le stade inflammatoire chronique. L'otite externe chronique est attribuable à des infections sub-cliniques récurrentes, traitées de façon incomplète. L'examen du CAE est parfois difficile à cause du rétrécissement du conduit, mais l'épiderme est desséché, squameux et épaissi par la desquamation superficielle (figure 4). À ce stade, le traitement consiste à nettoyer le CAE et à installer des gouttes d'antibiotiques et de corticostéroïdes

Les agents pathogènes impliqués dans l'otite externe sont indiqués dans le tableau 2.

Le traitement

Grâce aux quatre principes fondamentaux du traitement énumérés au tableau 3, le clinicien obtiendra la résolution de l'infection.

Un traitement d'une durée de 10 jours à l'aide de gouttes otiques est, en général suffisant. Au stade plus avancé de la maladie, l'œdème obstrue le CAE et empêche les gouttes de bien pénétrer dans l'oreille. Les cas échéants, le médecin devra insérer une mèche auriculaire (de Pope) dans le CAE. Les gouttes d'antibiotiques sont appliquées sur la mèche. Après 2 à 5 jours le médecin peut retirer la mèche. Si l'œdème n'est pas résolu, le médecin peut insérer une nouvelle mèche.

Dans les cas d'otite externe grave, les tissus mous péri auriculaires sont parfois atteints. On devrait alors prescrire des antibiotiques par voie orale, en association avec un agent topique. L'antibiotique oral doit exercer une activité à large spectre et couvrir à la fois les micro-organismes Gram positive et Gram négatif. Les pénicillines antistaphylococciques, les céphalosporines de première génération ou les fluoroquinolones antipseudomonas conviennent à ces patients.

Tableau 1: Diagnostic de l'otite externe

Symptômes
Douleur Prurit Écoulement
Signes
Erythème Œdème Débris dans le CAE Sécrétions Sensibilité du CAE
Test de laboratoire
Cultures bactériennes
Examens radiologiques
Indiqués seulement s'il s'agit d'une otite externe nécrosante

Tableau 2: Agents pathogènes de l'otite externe

Les agents pathogènes de l'otite externe
Pseudomonas aeruginosa
Staphylococcus aureus
Staphylococcus epidermidis
Streptococcus pyogenese
Steptococcus pneumoniae
Escherichia coli
Enterobacter
Proteus mirabilis
Bacteroides fragilis
Peptostreptococcus

La prévention est un volet important du traitement. Il faut recommander aux nageurs de bien assécher leurs oreilles après l'activité.

L'OTOMYCOSE : OU OTITE EXTERNE FONGIQUE

Ce type d'infection est à l'origine de 10% à 30% de tous les cas d'otites externes. Pour se multiplier, les champignons ont besoin d'humidité, de chaleur et de noirceur. La présence du diabète ou d'un trouble du système immunitaire créent aussi un terrain propice à la survenue d'une infection fongique. De 80% à 90% des infections fongiques sont causées par l'Aspergillus, et les autres 10 à 20% par le Candida.

« Dans les cas d'otite externe grave, les tissus mous péri auriculaires sont parfois atteints. On devrait alors prescrire des antibiotiques par voie orale, en association avec un agent topique. L'antibiotique oral doit exercer une activité à large spectre et couvrir à la fois les micro-organismes Gram positive et Gram négatif. »

Tableau 3. Le traitement de l'oreille externe.

Le traitement de l'otite externe :
Les quatre principes fondamentaux du traitement de l'otite externe : 1) Nettoyages fréquents du CAE 2) Utilisation judicieuse des antibiotiques 3) Analgésie 4) Prévention d'une nouvelle infection
Gouttes otiques antibiotiques:
Ciprofloxacine Néomycine Gentamycine Chloramphénicol

Figure 2. Otite externe aigüe modérée

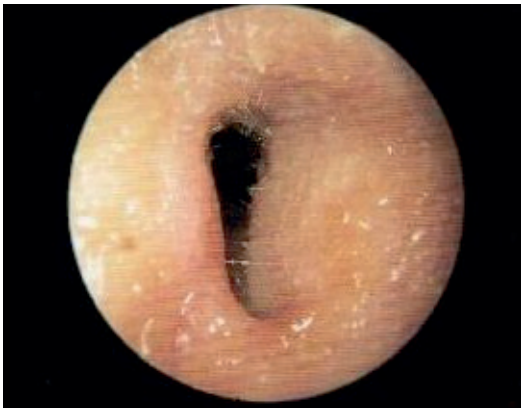


Figure 3. Otite externe aigüe grave

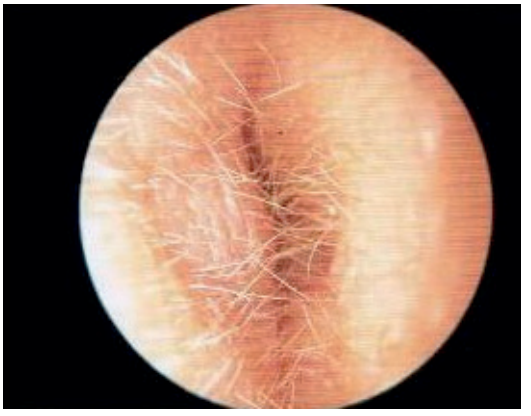


Figure 4. Otite externe chronique

Figure 5. Otite externe fongique (otomycose)

« L'otite moyenne aiguë est l'infection la plus fréquente chez l'enfant avant l'âge de 6 ans. À 3 ans, plus de 80% des enfants ont déjà présenté au moins une otite moyenne aiguë. Celle-ci est aussi l'une des principales causes d'antibiothérapie chez les enfants d'âge pré-scolaire. »

L'otite fongique se manifeste par des démangeaisons et une otorrhée. L'otoscopie permet d'observer dans le CAE des débris noirs, jaunes, gris, verdâtres ou blancs (figure 5). Des cultures fongiques sont nécessaires pour confirmer le diagnostic dans les cas douteux. Les gouttes otiques anti-fongiques sont indiquées pour le traitement.

Les complications: L'otite externe nécrosante, autrefois appelée otite externe maligne, est une complication grave qui peut menacer la vie de la personne atteinte. Puisque cette forme d'otite dépasse la portée de cet article, nous ne discuterons pas du tableau clinique, des investigations ou du traitement. Si le clinicien soupçonne une telle complication, le patient doit être orienté à un oto-rhino-laryngologue dans un centre tertiaire de soins.

L'OTITE MOYENNE

L'otite moyenne aiguë (OMA)

L'OMA est l'infection la plus fréquente chez l'enfant avant l'âge de 6 ans. À 3 ans, plus de 80% des enfants ont déjà présenté au moins une otite moyenne aiguë. Celle-ci est aussi l'une des principales causes d'antibiothérapie chez les enfants d'âge pré-scolaire[2].

Les facteurs en cause sont:

- Le mauvais fonctionnement du conduit (ou trompe) d'Eustache qui est courte, et horizontale chez l'enfant,
- Les rhino-pharyngites fréquentes (garderies, écoles)
- L'hypertrophie des végétations adénoïdes
- L'immaturité immunologique.

Bactériologie

Les germes en cause sont le plus souvent :

- *Haemophilus influenzae* (40% des cas).
- *Streptococcus pneumoniae* (ou « Pneumocoque ») (35% des cas)
- *Moraxella Catarrhalis* (10% des cas)

Les autres bactéries comme *Staphylococcus aureus, pseudomonas aeruginosa* sont moins fréquentes.

Diagnostic

Les signes et symptômes de l'otite aigüe sont les suivants :

- De l'otalgie (l'enfant va souvent se tirer l'oreille affectée),
- De l'irritabilité,
- Une diminution de l'appétit,
- Des troubles du sommeil,
- Des troubles digestifs,
- Une conjonctivite,
- Des antécédents d'otites,

- La fièvre est en général comprise entre 38°5 et 40°C.
- Des convulsions fébriles sont possibles.
- Otoscopie (voir tableau 4).
- L'examen du tympan peut nous montrer un des 3 stades suivants (selon la gravité) :
  - Le stade congestif (figure 6)
  - Le stade de suppuration (ou suppuratif), voir figure 7
  - Le stade perforé

Traitement

La guérison dans la majorité des cas est entre le 7e et le 14e jour. Le traitement antalgique/antipyrétique et la surveillance de l'enfant sont très importants. L'antibiothérapie par Amoxicilline ou Amoxicilline/acide clavulinique est la plus utilisée. L'enfant doit être revu dans une semaine pour s'assurer de l'absence de complications graves, mais heureusement, très rares (0.1% des cas).

Les complications de l'otite moyenne incluent :

- Surdité
- Perforation du tympan
- Mastoïdite
- Méningite
- Paralysie faciale
- Labyrinthite
- Thrombose du sinus latéral
- Abcès épidural
- Empyème sous-dural
- Abcès cérébral
- Hydrocephalus optique

Pour les otites séreuses persistantes et ou récidivantes :

1) La consultation d'un médecin oto-rhino-laryngologue est recommandée lorsque les otites deviennent problématiques. Pour les formes récurrentes, il est essentiel de chercher l'origine des récidives.

2) Antibiotiques. En cas de récidive d'otite aiguë (otites récurrentes), on peut choisir des antibiotiques plus puissants. En cas d'otite séreuse, les antibiotiques à long terme ne sont pas indiqués.

3) Ablation des glandes adénoïdes. Si les glandes ou végétations adénoïdes sont volumineuses et obstruent les trompes d'Eustache, elles peuvent provoquer des otites récurrentes.

« La consultation d'un médecin oto-rhino-laryngologue est recommandée lorsque les otites deviennent problématiques. Pour les formes récurrentes, il est essentiel de chercher l'origine des récidives. »

L'OTITE EXTERNE (OU OTITE DU NAGEUR)
La prévention est un volet important du traitement. Il faut recommander aux nageurs de bien assécher leurs oreilles après l'activité.

Jeanne Villeneuve,
Audioprothésiste,
Groupe Forget

LA PERTE AUDITIVE : PAS À PAS VERS L'ACCEPTATION

« Les étapes qu'auront à traverser les individus devant l'acceptation de la perte auditive se rapprochent de celles vécues lors d'un deuil. Le cheminement entre les signes précurseurs et l'acceptation se fait généralement en cinq étapes. »

Accepter la perte de l'une de ses facultés, c'est avant tout un travail d'acceptation de soi qui demande du temps. C'est d'accepter la rupture avec le passé et se mettre en action avec le présent et vers le futur. C'est pourquoi il est nécessaire de placer la question psychologique au cœur de cette préoccupation. Les étapes qu'auront à traverser les individus devant l'acceptation de la perte auditive se rapprochent de celles vécues lors d'un deuil. Le cheminement entre les signes précurseurs et l'acceptation se fait généralement en cinq étapes. Toutefois, le récit de chacun peut modifier la durée de chacune de ces étapes.

1RE ÉTAPE : L'IGNORANCE

La perte auditive s'intègre subtilement dans la vie de tous les jours. Au départ, nous n'en avons pas forcément conscience. Certains changements se profilent à l'horizon. À titre d'exemples, nous faisons répéter, nous mettons le volume de la télévision plus fort, nous n'entendons plus lorsque les gens nous parlent d'une autre pièce, nos proches nous font des remarques, etc. La perte auditive est difficile à percevoir.

2E ÉTAPE : LE REFUS ET LE DÉNI

Nous n'admettons pas que le problème existe malgré les signes quotidiens. Nous prétendons que les autres marmonnent, articulent mal, ou encore que l'environnement est trop bruyant. Cette étape est marquée par le déni de sa perte auditive et par l'absence de prise en charge. Nous refusons d'admettre le problème.

3E ÉTAPE : LE DÉSESPOIR

Beaucoup de personnes auront tendance à s'isoler et à avoir une faible estime de soi. Cette étape est sans doute l'une des plus difficiles. Les contacts sociaux et les sorties deviennent ardus et la communication épuisante et stressante. Nous sommes gênés et ne voulons pas dévoiler notre problème. La perte auditive reste encore un sujet tabou et un sentiment d'impuissance nous envahit.

4E ÉTAPE : LE DÉTACHEMENT

En raison des nombreux changements qui affectent la vie de tous les jours, que ce soit dans la modification de nos contacts sociaux, de nos rapports avec notre environnement ou de notre sécurité, bref de notre qualité de vie, on voit subtilement émerger une problématique réelle que nous estimons devoir régler. Le détachement est une étape de transition vers l'acceptation. Les émotions sont moins intenses et nous sommes capables de voir la réalité dans son ensemble.

5E ÉTAPE : L'ACCEPTATION ET L'ADAPTATION

À cette étape, nous espérons grandement avoir une meilleure qualité de vie. La consultation auprès d'un professionnel ainsi que l'appareillage sont envisagés et des actions sont prises. Il est important de mentionner que prendre la décision de porter des appareils auditifs ne signifie pas nécessairement que la perte d'audition soit acceptée. Cependant, elle marque un pas de géant dans la bonne direction.

Après le diagnostic ou l'appareillage, une période d'adaptation sera nécessaire pour constater les bénéfices et retrouver une vie normale. Les conseils des professionnels sont alors nécessaires pour la réadaptation au monde sonore et à la communication.

Certains peuvent prendre jusqu'à sept ans avant de parcourir l'ensemble de ces étapes, tandis que d'autres resteront coincés à l'une de ces étapes et, malheureusement, ne parviendront pas à faire le pas suivant.

Accepter sa perte auditive signifie traverser plusieurs étapes qui valent la peine d'être franchies pour une qualité de vie enfin retrouvée. ■

Obtenez un dépistage auditif sans frais

Offre valide jusqu'au 1er juillet 2019.

Prenez un rendez-vous dès maintenant au
1-888-ENTENDRE

Le plus grand réseau d'audioprothésistes au Québec
www.groupeforget.com

GROUPE FORGET
AUDIOPROTHÉSISTES
Retrouvez le plaisir d'entendre

Sophie Waridel,
audiologiste,
Audiosanté

Y-A-T-IL UN LIEN ENTRE LA PERTE AUDITIVE ET L'ALZHEIMER ?

« Une récente étude a établi que les personnes âgées malentendantes seraient plus susceptibles de développer une démence ou la maladie d'Alzheimer que les personnes âgées ayant une audition normale. »*

Plusieurs se demandent s'il y a un lien entre la perte auditive et l'Alzheimer. La maladie d'Alzheimer est une dégénérescence des capacités cognitives. Il s'agit de la forme la plus connue de démence. Afin d'identifier tous les facteurs qui causent cette maladie, des chercheurs ont étudié le sujet. Selon les résultats, la surdité pourrait avoir un lien avec ce déclin cognitif.

En effet, une récente étude* a établi que les personnes âgées malentendantes seraient plus susceptibles de développer une démence ou la maladie d'Alzheimer que les personnes âgées ayant une audition normale. Ces recherches ont été menées sur près de 2 000 personnes âgées entre 75 et 84 ans. Les participants qui présentaient une perte auditive avaient une dégénérescence cognitive de 30 % à 40 % plus élevée que ceux qui entendaient normalement. Le niveau de ce déclin était, selon les chercheurs, directement lié au degré de la surdité.

POURQUOI EXISTE-T-IL UNE RELATION ENTRE LA PERTE AUDITIVE ET L'ALZHEIMER ?

Afin d'expliquer le lien entre la perte auditive et l'Alzheimer, trois principales théories ont été élaborées par les chercheurs de cette étude.

1re théorie : l'isolement social

L'isolement social s'avère déjà être un facteur de risque de la maladie d'Alzheimer. En effet, la soli-

tude est liée à une augmentation de l'inflammation dans tout le corps et par le fait même à la sensibilité accrue au stress. Ce symptôme engendre plusieurs troubles en lien avec l'âge, notamment la démence. De plus, une perte auditive qui n'est pas corrigée peut mener à l'isolement. Les personnes malentendantes tendent à diminuer peu à peu leurs activités sociales et à s'engager bien malgré elles vers le repli sur soi.

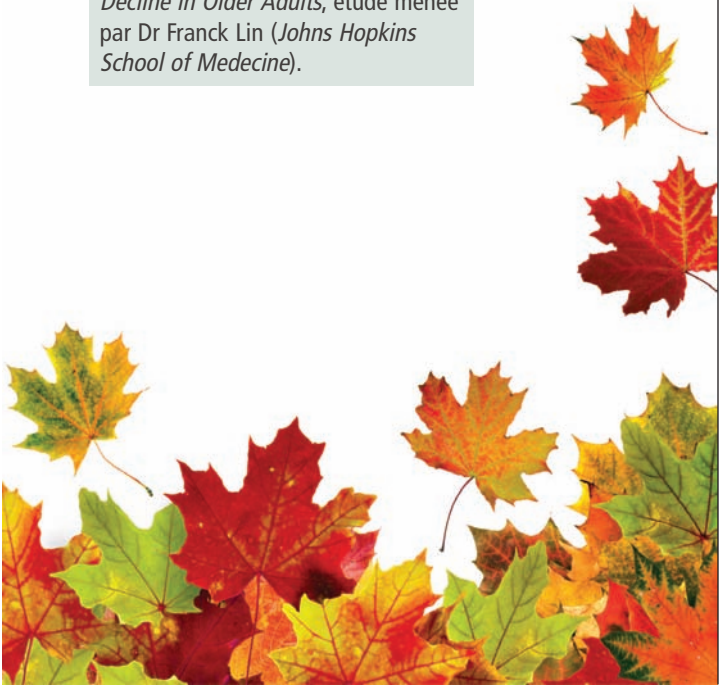
2e théorie : la charge cognitive

L'effort que fournit le cerveau pour comprendre et traduire les sons qu'il entend difficilement peut épuiser son énergie. Il consacre ainsi moins d'efforts aux autres parties cérébrales qui en ont besoin, comme la mémoire.

3e théorie : le lien pathologique entre la perte auditive et l'Alzheimer

Il existerait un lien pathologique, c'est-à-dire qui est relatif à la maladie, entre la perte auditive et l'Alzheimer. Il pourrait également y avoir un facteur génétique ou environnemental qui conduirait à ces deux conditions à la fois. Les résultats de ces recherches ont démontré que la perte auditive ne doit pas être négligée, puisqu'elle peut mener à des conséquences à long terme sur les capacités cognitives. Avec des études plus avancées, les chercheurs espèrent prouver que la correction auditive contribuera à réduire l'incidence de cette dégénérescence. ■

*Source : *Hearing Loss and Cognitive Decline in Older Adults*, étude menée par Dr Franck Lin (*Johns Hopkins School of Medecine*).



Polyclinique de l'Oreille

Les oreilles nous parlent.

Un examen auditif est la première étape vers une meilleure audition.

Nos services en santé auditive

Médecine ORL

Audiologie générale

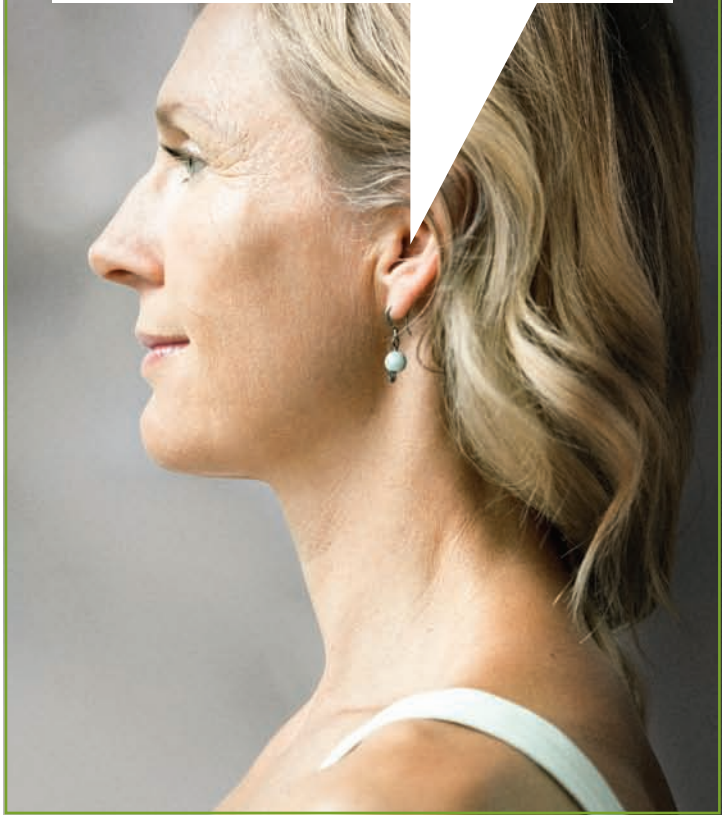
Audiologie pédiatrique

Audioprothèse

Prenez RDV dès maintenant

www.polycliniquedeloreille.com

Le plus grand réseau de professionnels de la santé auditive au Québec



Dr. Simon Gagnon M.D., F.R.C.S. (C)
Oto-Rhino-Laryngologiste

DOCTEUR, J'AI UNE BOULE DANS LA GORGE…

CAS CLINIQUE

Mme. G. LeMotton est âgée de 54 ans. Elle se plaint d'une sensation désagréable de «boule» dans la gorge, et ce, depuis quelques années déjà. Elle a l'impression d'avoir des sécrétions dans sa gorge. Elle tente régulièrement de les cracher, mais elle il y arrive rarement. Elle se «dérhume» fréquemment ce qui l'embête, elle, tout comme son entourage. Son médecin de famille l'a déjà envoyé consulter un spécialiste. Elle avait été déçue de cette consultation. Le spécialiste lui avait dit que son examen était normal, qu'elle ne devait pas s'inquiéter. Elle n'arrive pas à comprendre comment il pouvait dire une chose pareille. Elle a dit à son médecin de famille, après cette consultation, qu'elle n'était pas folle et sentait bel et bien un corps étranger dans sa gorge. Elle craint qu'un cancer puisse avoir été manqué.

DÉFINITION

Le Globus pharyngé est une sensation persistante ou intermittente, non douloureuse, d'avoir un corps étranger ou une boule («lump» en anglais) dans la gorge.

« Le Globus pharyngé est une sensation persistante ou intermittente, non douloureuse, d'avoir un corps étranger ou une boule («lump» en anglais) dans la gorge. »

Cette condition dure souvent depuis longtemps avant que le patient ne se décide à consulter. Elle est difficile à traiter et a tendance à récidiver.

Il s'agit d'une condition très fréquente. Elle compte pour environ 4 % de toutes les nouvelles consultations en Oto-Rhino-Laryngologie. Il est estimé qu'une bonne proportion des adultes dits «normaux» (jusqu'à 46 %) pourrait présenter ces symptômes à un moment ou l'autre de leur vie. Cependant, seuls ceux dont les symptômes persisteront plus longtemps consulteront.

Les hommes souffriraient de cette condition aussi souvent que les femmes. Par contre, les femmes seraient plus sujettes à consulter pour cette condition ce qui contribue à la perception, répandue chez les professionnels de la santé, qu'il s'agit d'une condition affectant surtout les femmes.

Le Globus ne date pas d'hier. Hippocrate faisait référence à cette condition il y a 2500 ans. Nous devons cependant à Purcell (1707) d'être le premier à bien décrire l'ensemble des symptômes et la définir comme une condition, une entité propre.

Cette condition fut longtemps appelée «Globus Hystéricus». La raison en étant probablement que la majorité des patients consultant pour cette condition étaient des femmes. Ces dernières étant anxieuses face à leur condition et sans compter que la grande majorité des médecins étaient des hommes… ces derniers, devant un examen normal et faute d'explications, étaient prompts à attribuer la situation à un phénomène psychologique.

L'appellation «Globus Hystéricus» a connu une longue carrière étant fréquemment utilisée jusque dans les années 1980. À cette époque, plusieurs études ont démontré que les patients souffrant de cette condition ne présentaient pas plus de traits de personnalité hystrionique que la population normale. Donc, l'hystérie devait être écartée du tableau. Alors pourquoi le mythe du problème de nature psychologique a-t-il duré si longtemps?

La réponse réside probablement dans le fait que les patients souffrant de Globus rapportent, dans 96 % des cas, une exacerbation de leurs symptômes dans des périodes stressantes de leur vie.

Malcomson en 1968 fut le premier à suggérer que le terme Globus Pharyngé était plus approprié. Il s'agit

d'ailleurs de la seule appellation qui devrait être employée aujourd'hui.

SYMPTÔMES

Comme en fait part la définition, les patients se plaindront d'une gêne au niveau de la gorge. L'impression d'avoir une boule ou un corps étranger dans la gorge. La sensation est le plus souvent diffuse et bilatérale quoiqu'occasionnellement les symptômes puissent parfois se retrouver plus d'un côté que de l'autre. Les patients conservent en général un bon état général et ne perdent pas de poids. Ils éprouvent une gêne à la déglutition, mais sans blocage franc des aliments. La sensation est souvent présente depuis un certain temps (plusieurs semaines, voir des mois ou des années). Les patients diront rarement spontanément que les symptômes sont augmentés en situations stressantes, mais répondront souvent par l'affirmative s'ils sont questionnés sur le sujet. Ils diront sentir des sécrétions dans leur gorge, mais avoir de la difficulté à cracher quoi que ce soit.

Le clinicien se doit cependant d'être à l'affût de symptômes et de signes considérés «d'alarme». Un patient exhibant ces signes ou symptômes devra faire l'objet d'une investigation plus poussée et d'une attention particulière.

C'est symptômes et signes sont principalement : la douleur, une difficulté franche à avaler (dysphagie), une douleur à la déglutition (odynophagie), une modification de la voix (dysphonie) objectivable, une franche latéralisation des symptômes et une perte de poids.

CAUSES

Aucune cause n'a clairement été identifiée pour le Globus. Cette condition serait probablement multifactorielle. Plusieurs causes potentielles ont été notées par le passé et doivent faire partie du diagnostic différentiel du médecin rencontrant un patient se plaignant d'un Globus pharyngé. (Tableau 1)

Une cause potentielle retient particulièrement l'attention au cours des dernières années : le reflux laryngo-pharyngé (RPL). Il s'agirait d'une variante du reflux gastro-oesophagien (RGO). Ce dernier est bien connu. Il s'agit d'une situation où le contenu acide de l'estomac remonte dans l'œsophage entraînant des brûlures d'estomac et des remontées acides (pyrosis). Le premier est quant à lui le même phénomène de remontées où le contenu de ce qui reflux (qu'il soit acide ou non) entraîne des symptômes nommés extra-digestifs (globus, toux chronique et autres). Le reflux serait présent chez 23 à 68% des patients se présentant avec un Globus.

Le RPL pourrait entraîner des symptômes au niveau de la gorge par deux principaux mécanismes. Le premier serait la remontée directe d'un contenu acide jusque dans la gorge. Ceci peux occasionner, si assez fréquent, des lésions laryngées (rougeur, inflammation, granulome) qui seront visibles lors de l'examen ORL.

Le deuxième mécanisme est un mécanisme «réflexe» de protection. En présence d'acide ou d'un autre reflux (biliaire), l'œsophage informe le tronc cérébral de cette situation. Ce dernier de façon réflexe entraînera une augmentation du tonus du sphincter oesophagien supérieur qui est une entité musculaire à la partie supérieure de l'œsophage et située dans le cou. Cette contraction vise à empêcher le contenu remontant l'œsophage d'atteindre l'entrée des voies respiratoires (le larynx et les cordes vocales) et causer des problèmes respiratoires. Cette augmentation du tonus musculaire serait perçue par le patient, ce qui explique ses symptômes. Cependant, cette augmentation de tonus n'est cependant pas visible pour le médecin examinant le larynx. Cette hypothèse réconcilie donc la situation vécue par le patient avec ce que constate souvent le médecin, c'est-à-dire la présence de symptômes ressentis par le patient et l'absence d'anomalie notée par le médecin.

Tableau 1
CAUSES POTENTIELLES DE GLOBUS

- Reflux laryngo-pharyngé
- Dysfonction du sphincter oesophagien supérieur
- Dysmotilité oesophagienne
- Pathologie inflammatoire du pharynx (pharyngite, amygdalite,…)
- Tumeur du larynx ou du pharynx (bénigne ou cancer)
- Tumeur de l'œsophage
- Hypertrophie de la base de la langue (amygdales linguales)
- Tissu gastrique hétérotopique
- Épiglottitie rétroversée
- Pathologie thyroidienne (nodule, goître, cancer)
- Facteurs psychologiques

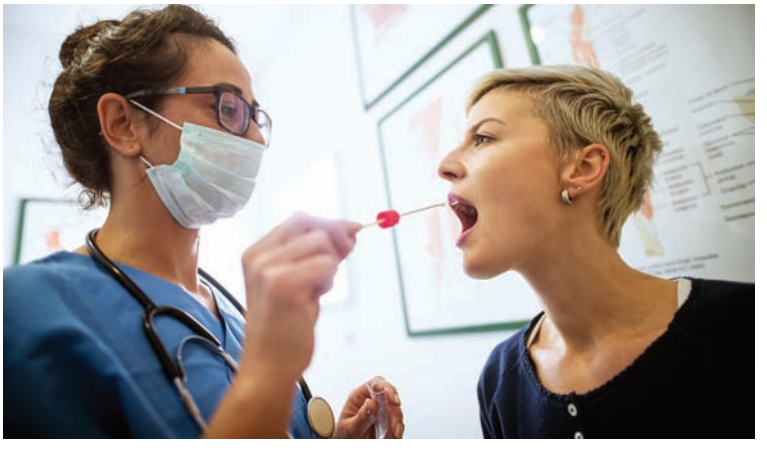
DIAGNOSTIC

Il n'y a pas de consensus concernant comment diagnostiquer le Globus. Autrefois, le Globus était un diagnostic d'exclusion. C'est-à-dire que les médecins évoquaient ce diagnostic après avoir éliminé d'autres causes et devant l'absence de celles-ci un diagnostic de Globus était porté.

Maintenant, le diagnostic de Globus n'en est plus un d'exclusion. Lorsque les symptômes sont assez typiques et qu'il y a absence de symptômes ou signes d'alarme et que l'examen ORL complet est normal ; le diagnostic de Globus peut être porté sans autre investigation. Plusieurs tests diagnostics ont été utilisés afin de pouvoir cerner le diagnostic de Globus et ses causes, mais aucun n'a réussi à se démarquer pour jeter un peu de lumière sur cette entité.

La démarche diagnostique débute d'abord par un questionnaire serré sur les symptômes, leur apparition,

« Les patients conservent en général un bon état général et ne perdent pas de poids. Ils éprouvent une gêne à la déglutition, mais sans blocage franc des aliments. La sensation est souvent présente depuis un certain temps (plusieurs semaines, voir des mois ou des années). »



leur durée, les facteurs pouvant les affecter et la présence ou l'absence de symptômes ou signes d'alarme.

Par la suite, un examen attentif de la sphère ORL doit être fait. Le cou sera examiné à la recherche d'une augmentation de volume ou d'une masse dans la glande thyroïde, d'une autre masse cervicale (ganglion ou autre). L'examen de la cavité buccale, de la gorge (pharynx) et des cordes vocales (larynx) devra être fait. Au besoin l'ORL utilisera un naso-laryngoscope flexible (appareil à fibre optique introduit par le nez) pour examiner attentivement toutes ces régions anatomiques. Le naso-laryngoscopie flexible est le seul examen sur lequel la littérature sur le sujet s'entend comme étant utile dans la majorité des cas de Globus.

« L'examen ORL complet permettra d'éliminer, à lui seul, la majorité des pathologies importantes que ce soit au niveau thyroïdien, pharyngé et laryngé. »

L'examen ORL complet permettra d'éliminer, à lui seul, la majorité des pathologies importantes que ce soit au niveau thyroïdien, pharyngé et laryngé.

La Gorgée barytée et la Vidéofluoroscopie, qui consiste à faire des clichés radiologiques ou tourner un vidéo pendant que le patient avale une préparation de Baryum n'est pas indiqué pour le diagnostic de Globus si l'examen ORL est normal et qu'il n'y a pas de symptômes ou signes d'alarme pointant vers une pathologie oesophagienne. Si une telle pathologie est suspectée, une oesophago-gastroscopie serait plus utile ; quoique cette dernière soit inutile pour le diagnostic de Globus sous réserve des mêmes conditions que pour les examens avec Baryum.

« Le Globus pharyngé est une pathologie fréquente. Un questionnaire adéquat et un examen ORL complet sont nécessaires pour porter le diagnostic en toute sécurité. Des explications concernant la pathologie, tout comme la réassurance sont nécessaires pour que le patient comprenne ce qui lui arrive. »

La manométrie oesophagienne est peu utile pour le diagnostic de Globus, ces résultats étant trop variables et trop souvent non concluants à moins de suspecter une dysmotilité oesophagienne.

Pour ce qui est des tests visant à mesurer le RPL, aucun à ce jour n'a permis de diagnostiquer de façon claire le RPL. La pHmétrie de 24 heures avec double sonde qui un examen où une sonde est introduit par le nez jusque dans l'œsophage. Cette sonde comporte des sondes mesurant l'acidité. La sonde doit être portée pendant 24 heures et un enregistrement des épisodes de reflux est fait. Selon le nombre et/ou la durée de ces épisodes, le diagnostic de RGO est fait. Cet examen malheureusement ne fait pas consensus pour le diagnostic de RPL. Par conséquent, son utilité dans le Globus est quasi nulle.

TRAITEMENT

Il y a peu ou pas d'études bien conçues concernant le traitement du Globus. Les cliniciens doivent donc ainsi se rabattre sur des opinions d'experts. De ce côté, en 2008, une publication internationale sur le Globus où des experts du Royaume-Uni, de l'Irlande, de la Belgique, de l'Espagne et du Japon faisaient le point sur le Globus et son traitement.

Tous s'entendent pour dire que la réassurance et des explications de la condition au patient étaient les points les plus importants. Dissiper toute crainte concernant la présence d'un cancer est un élément important pour le patient et souvent non avoué par ce dernier. Mais comme pour Mme. G. LeMotton, la réassurance seule est souvent insuffisante. Les patients doivent comprendre pourquoi, en dépit de leurs symptômes, l'examen peut-être normal. Ceci brisera souvent le cycle des multiples consultations pour ce problème.

Il y a une tendance lourde sur le plan mondial à suggérer si les symptômes du patient sont importants, un essai thérapeutique pour le reflux laryngo-pharyngé (RPL). Cet essai thérapeutique devra inclure des conseils de préventions (certaines restrictions sur le plan alimentaire…) et l'utilisation d'un médicament de la classe des Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Il est suggéré d'utiliser les IPP à hautes doses (deux fois par jour) et de façon prolongée (3 mois) dans le cadre d'un essai thérapeutique, ceci basé sur l'opinion d'une multitude d'experts mondiaux en l'absence d'études de qualité sur le sujet.

Le patient sera alors réévalué après l'essai thérapeutique de 3 mois. Si les symptômes n'ont absolument pas changé, la médication doit être cessée. Si les symptômes ont diminué de façon significative, la médication pourra être réduite pour éventuellement être cessée. Si l'amélioration est modérée, la même dose peut être conservée pour un autre 3 mois et la conduite réévaluée à ce moment.

L'orthophonie est une modalité parfois utilisée avec quelques succès. Cependant, cette modalité, pour le moment, devrait être réservée à une clientèle limitée. De la même façon, la psychothérapie ou une thérapie comportementale peuvent parfois être utilisées, mais encore, pour quelques cas démontrant une détresse psychologique ou une difficulté à fonctionner correctement dans leur vie de tous les jours.

CONCLUSION

Le Globus pharyngé est une pathologie fréquente. Un questionnaire adéquat et un examen ORL complet sont nécessaires pour porter le diagnostic en toute sécurité. Des explications concernant la pathologie, tout comme la réassurance sont nécessaires pour que le patient comprenne ce qui lui arrive. Selon la clinique, un essai thérapeutique pour le RPL peut-être fait. Environ 40 % des patients auront des symptômes persistants. Mais plus de 60% seront grandement améliorés après une prise en charge initiale adéquate. ■

abbvie

Relever les plus grands défis en santé demande un effort concerté.

C'est grâce à notre détermination et à notre collaboration que nous pourrons offrir des solutions novatrices qui répondent à certaines des maladies les plus graves et les plus complexes au monde.

Voilà pourquoi AbbVie s'associe avec les pharmaciens de tout le pays, s'assurant ainsi que les patients ont accès aux traitements et à l'information qui leur sont essentiels pour vivre une meilleure vie.

Nous savons que nous pouvons obtenir de meilleurs résultats en unissant nos forces plutôt qu'en travaillant en vase clos.

AbbVie concentre ses efforts à développer des options thérapeutiques en immunologie, en oncologie, en virologie, ainsi qu'en neurosciences et en médecine générale – des domaines pour lesquels elle possède une expertise éprouvée et où elle peut avoir un impact considérable.

À mesure que nous continuons à mettre au point des médicaments qui changent la donne, nous poursuivons notre partenariat avec vous pour nous assurer que les patients obtiennent les meilleurs résultats possible.

abbvie.ca
@abbviecanada

LE CANCER DE LA BOUCHE :
UNE DÉTECTION PRÉCOCE PEUT SAUVER DES VIES

Alex M. Mlynarek
MD, MSc, FRCSC

Chirurgien ORL

Spécialiste en oncologie cervico-faciale

Professeur Adjoint
Département d'Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
Université McGill

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le cancer de la cavité buccale est parmi les plus répandus dans le monde entier. On estime que 650 000 nouveaux cas de cancer de la bouche sont diagnostiqués chaque année. Le taux de mortalité pour le cancer buccal est plus élevé que le cancer du col, le lymphome, le cancer de la thyroïde, ou le mélanome.

Il existe plusieurs types de cancers de la bouche, mais environ 90 % sont des carcinomes épidermoïdes originant des tissus qui tapissent la bouche et les lèvres. Le cancer buccal implique le plus souvent la langue, mais il peut également se produire sur le plancher de la bouche, la face interne de la joue, la gencive ou les lèvres.

Il est important de noter que la majorité des cancers de la bouche sont liés à des comportements modifiables tels que le tabagisme et la consommation importante d'alcool. Les autres facteurs comprennent une mauvaise hygiène bucco-dentaire, l'irritation causée par les prothèses dentaires mal ajustées, une mauvaise alimentation et certaines infections buccales et dentaires chroniques. L'infection par le virus du papillome humain (VPH), en particulier le type 16, est un facteur de risque connu.

La plupart des cancers se présentent par une masse ou un ulcère qui peut se manifester par des douleurs, des saignements ou des problèmes de déglutition ou de la parole. Toute lésion suspecte de la cavité buccale nécessite une biopsie afin de diagnostiquer rapidement un éventuel cancer. Par la suite, une évaluation clinique complète de la région de la tête et du cou, incluant une scopie flexible des voies aérodigestives supérieures et un examen des aires ganglionnaires cervicales, doit être entreprise par un médecin spécialiste en otorhinolaryngologie.

Différentes radiographies sont souvent nécessaires afin d'évaluer l'étendue de la tumeur et éliminer les métastases (principalement au poumon ou au foie). Un système de classification (dit TNM) est utilisé pour stratifier les cancers de la bouche et fournir un pronostic approximatif et guider le traitement.

Si le cancer buccal est diagnostiqué à un stade précoce, le traitement est généralement très efficace. L'excision chirurgicale de la tumeur est le traitement de choix pour les cancers de la cavité buccale. L'ablation des ganglions du cou (évidement ganglionnaire ou dissection du cou) est souvent réalisée afin d'éliminer toute métastase lymphatique. La radiothérapie, avec ou sans chimiothérapie, est parfois utile.

En raison de la nature essentielle des structures de la cavité buccale, la chirurgie pour les cancers doit être suivie d'une reconstruction appropriée afin de préserver la fonction et l'apparence esthétique du patient. Plusieurs lambeaux sont disponibles afin de reconstruire les structures enlevées pendant l'excision du cancer.

Les taux de survie pour le cancer oral dépendent entre autres du site précis et du stade du cancer au

« On estime que 650 000 nouveaux cas de cancer de la bouche sont diagnostiqués chaque année. Le taux de mortalité pour le cancer buccal est plus élevé que le cancer du col, le lymphome, le cancer de la thyroïde, ou le mélanome. »

Fig 1. Carcinome épidermoïde de la langue orale

Fig 2. Défaut après l'ablation du cancer (hémiglossectomie)

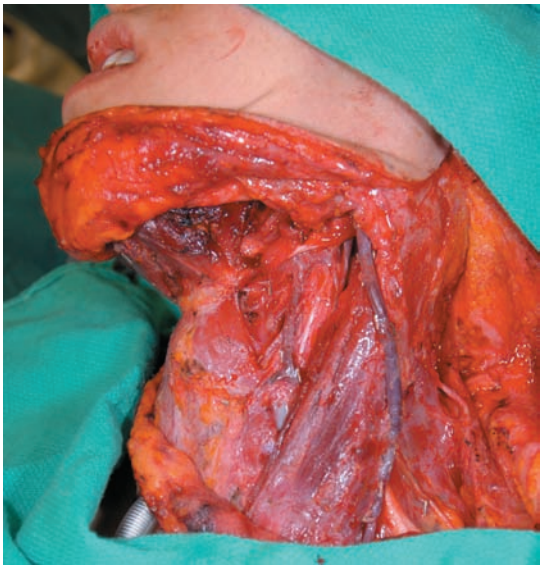


Fig 3. Apparence du cou en peropératoire après une dissection chirurgicale.

Fig 4. Reconstruction du déficit de l'hémiglossectomie avec un lambeau libre de l'avant-bras

moment du diagnostic. Dans l'ensemble, les études récentes démontrent que la survie est d'environ 57 % à cinq ans. Les taux de survie pour les cancers de stade 1 (ou peu avancés) sont toutefois de l'ordre de 90 %, d'où l'importance d'une détection précoce.

Le traitement des cancers de la bouche nécessite une équipe multidisciplinaire qui regroupe des spécialistes de plusieurs disciplines notamment la chirurgie ORL, la radio oncologie, l'oncologie médicale, la nutrition, l'orthophonie, les soins infirmiers, la radiologie et la psychologie.

Si vous êtes inquiet au sujet d'une lésion buccale suspecte, n'hésitez pas à référer le patient à un spécialiste ORL de votre région. ■

« Différentes radiographies sont souvent nécessaires afin d'évaluer l'étendue de la tumeur et éliminer les métastases (principalement au poumon ou au foie). Un système de classification (dit TNM) est utilisé pour stratifier les cancers de la bouche et fournir un pronostic approximatif et guider le traitement. »

Dre Edith Villeneuve, MD, FRCPC,
professeur adjoint de clinique au département de médecine et membre du service de rhumatologie du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal.

LE NOUVEAU VISAGE DE L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

L'arthrite rhumatoïde (AR) est la l'arthrite inflammatoire la plus fréquente avec une prévalence d'environ 1 %. Lorsqu'on évoque le diagnostic d'arthrite rhumatoïde, c'est souvent l'image de mains et de pieds déformés qui nous vient en tête. L'AR se caractérise par une inflammation de la membrane synoviale qui entoure les articulations, on parlera alors de synovite. Non traitée, elle entraîne une destruction du cartilage et des os conduisant à des déformations articulaires et une perte de fonction. L'AR est également une maladie systémique reliée à diverses manifestations extra-articulaires ainsi qu'à une mortalité précoce principalement due au risque cardiovasculaire augmenté. Heureusement, au cours des dernières années, de nombreuses avancées ont permis d'améliorer radicalement le pronostic de l'AR ce qui devrait changer la perception qu'on en a.

PRÉSENTATION CLINIQUE

L'AR affecte environ 2-4 femmes pour un homme et son incidence augmente avec l'âge avec un pic autour de 75 ans. La présentation classique est celle de l'apparition graduelle et progressive de douleur et gonflement affectant principalement les petites articulations des mains et des pieds. La douleur peut initialement être intermittente et migratoire, mais tend éventuellement à devenir persistante. La distribution classique est celle d'une atteinte symétrique des petites articulations des mains (poignets, métacarpophalangiennes et interphalangiennes proximales avec une épargne des interphalangiennes disatles) et des pieds (métatarsophalangiennes (Figure 1). Les épaules, coudes, genoux et chevilles peuvent également être impliqués. Toutefois, jusqu'à un tiers des patients peuvent se présenter de façon aiguë avec des symptômes systémiques associés tels que fièvre, fatigue et perte de poids ou encore comme une polymyalgia rheumatica (douleur et raideur au niveau des ceintures scapulaires et pelviennes). Plus rarement, les patients se présenteront sous forme de monoarthrite ou oligoarthrite (< 5 synovites).

« L'AR affecte environ 2-4 femmes pour un homme et son incidence augmente avec l'âge avec un pic autour de 75 ans. La présentation classique est celle de l'apparition graduelle et progressive de douleur et gonflement affectant principalement les petites articulations des mains et des pieds. »

DIAGNOSTIC

Auparavant, puisque les traitements semblaient avoir peu d'impact sur la progression naturelle de la maladie, on mettait peu d'emphase sur le diagnostic et le traitement précoce de la maladie. Toutefois, au cours des 15 dernières années, de nombreuses études ont démontré les bénéfices d'un traitement précoce. En effet, le meilleur annonciateur de réponse au traitement est une courte durée des symptômes avec les meilleurs résultats généralement vus chez les patients dont la durée des symptômes est de moins de 3 mois. On reconnaît donc maintenant l'importance d'un traitement et donc d'un diagnostic précoce. Les

Tableau 1. Critères de classification de l'arthrite rhumatoïde de l'ACR 1987.

Critères de classification de l'arthrite rhumatoïde de l'ACR 1987	
Un patient remplit les critères lorsqu'au moins 4 critères sont présents depuis plus de 6 semaines	
Critère	**Définition**
Raideur matinale	Raideur qui persiste plus d'une heure avant l'amélioration optimale des symptômes
Synovites d'au moins 3 articulations	Trois synovites doivent être objectivées par le clinicien
Synovites impliquant la main	Au moins une articulation de la main est affectée
Arthrite symétrique	Atteinte simultanée des mêmes régions notées de façon bilatérale (l'atteinte bilatérale des IPP, MCP ou MTP n'implique pas une symétrie absolue)
Nodules rhumatoïdes	Notés aux surfaces des extenseurs ou des proéminences osseuses et objectivés par le clinicien
Facteur rhumatoïde	Démonstration de la présence du facteur rhumatoïde
Érosions radiologiques	Changements typiques de l'AR aux radiographies de la main incluant la présence d'érosions

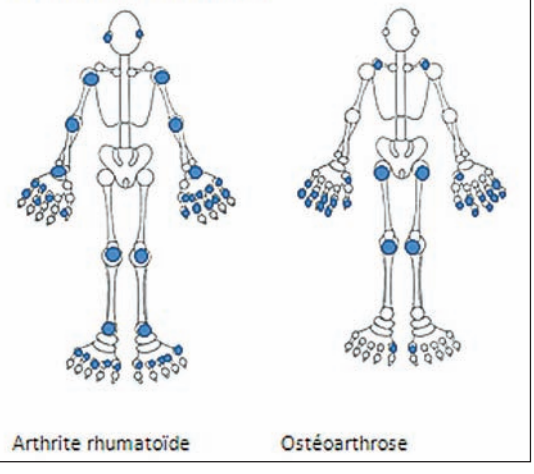
Tableau 2. Critères de classification de l'arthrite rhumatoïde ACR-EULAR 2010.

Critères de classification de l'arthrite rhumatoïde de l'ACR-EULAR 2010	
Pour appliquer les critères, on doit avoir une synovite objectivable à l'examen physique qui ne êut être expliqué par un autre cause. Un patient avec un score égal ou supérieur à 6 peut être classé comme ayant une arthrite rhumatoïde	
Distribution des articulations impliquées (0-5)	
1 grosse articulation	0
2-10 grosses articulations	1
1-3 petites articulations (grosses articulation non comptées)	2
4-10 petites articulations	3
> 10articulations (au moins 1 petite articulation)	5
Sérologie	
FR et anti-CCP négatifs	0
FR ou anti-CCP faiblement positif	2
FR ou anti-CCP fortement positif (> 3X la normale)	3
Durée des symptômes	
< 6 semaines	0
>= 6 semaines	1
Marqueurs inflammatoires	
VS et CRP normale	0
VS ou CRP anormale	1

patients devraient donc être référés le plus rapidement possible à un rhumatologue lorsqu'un diagnostic d'arthrite rhumatoïde est suspecté.

Bien que développé en tant que critères de classification, les critères d'arthrite rhumatoïde de l'Amercian College of Rheumatology (ACR) de 1987 sont souvent utilisés comme critères diagnostics (Tableau 1). Toutefois, ces critères ont été développés chez des patients avec une arthrite rhumatoïde dont la durée moyenne des symptômes était de 7 ans et ils manquent de sensibilité et de spécificité chez les patients avec une courte durée de la maladie. Les rhumatologistes tentant de voir les patients avec une arthrite inflammatoire de plus en plus précocement, plusieurs d'entre eux ne rempliront pas les critères de l'ACR de 1987 lors de leur première visite. On a donc introduit le terme d'arthrite indifférenciée pour représenter les patients présentant avec une arthrite inflammatoire qui ne satisfaisaient pas les critères de classification pour l'Ar ou une autre forme d'arthropathie inflammatoire (arthrite psoriasique, collagénose, spondyloarthrite, …) Le devenir de ces patients est toutefois très variable. Alors qu'une importante proportion (30-50% selon les études) peut connaître une résolution spontanée de leurs symptômes, une grande partie évoluera vers une forme spécifique d'arthrite inflammatoire, le plus souvent l'AR, ou demeurera indifférenciée.

Figure 1. Distrbution articulaire classique de l'arthrite rhumatoïde et de la'arthrose



Afin de remédier à cette situation, de nouveaux critères de classification de l'arthrite rhumatoïde ont récemment été élaborés. Leur objectif principal est d'identifier les patients qui auront des symptômes persistants et nécessitent l'instauration d'un traitement anti-rhumatismal. Les critères d'arthrite rhumatoïde ACR-EULAR de 2010 ont donc récemment été publiés (Tableau 2). Tout d'abord, le patient doit remplir 2 conditions préalables soit : 1- avoir une synovite objectivable à l'examen physique et 2- ne pas pouvoir expliquer cette synovite par une autre pathologie (goutte, arthrite psoriasique, collagénose…).

Lorsqu'un patient se présente avec un tableau de douleurs articulaires, il est donc important de d'abord procéder à un questionnaire et un examen physique rigoureux. On voudra d'abord déterminer si les douleurs ont un caractère inflammatoire ou mécanique (Tableau 3). Une douleur dite inflammatoire sera habituellement pire le matin et associée à une raideur matinale de plus de 60min. Elle s'améliore avec l'exercice et les patients décriront souvent une récidive de la raideur avec le repos. La douleur peut également réveiller la nuit, généralement en deuxième moitié de nuit. La distribution des articulations impliquées peut également être utile pour tenter de préciser le diagnostic (Figure 1). Les douleurs d'allure mécanique seront généralement causées par l'arthrose. En présence de douleur d'allure inflammatoire, la revue des systèmes deviendra très impor-

« Auparavant, puisque les traitements semblaient avoir peu d'impact sur la progression naturelle de la maladie, on mettait peu d'emphase sur le diagnostic et le traitement précoce de la maladie. Toutefois, au cours des 15 dernières années, de nombreuses études ont démontré les bénéfices d'un traitement précoce. »

« On reconnaît donc maintenant l'importance d'un traitement et donc d'un diagnostic précoce. Les patients devraient donc être référés le plus rapidement possible à un rhumatologue lorsqu'un diagnostic d'arthrite rhumatoïde est suspecté. »

Tableau 3. Éléments servant à caractériser la nature d'une douleur articulaire

Douleur inflammatoire	Douleur mécanique
Pire le matin, au réveil	Pire en fin d'après-midi
Raideur matinale > 60 min	Raideur matinale < 60 min, svt < 30min
S'améliore avec l'activité	Pire avec l'activité
Anklyose avec le repos	S'améliore au repos
Éveil nocturne en 2e moitié de nuit	On peut retrouver des éveils nocturnes survenant le plus souvent aux changements de position et qui seront généralement de brève durée

« L'objectif lors de l'instauration du traitement chez un patient avec une AR nouvellement diagnostiqué est donc celui de rémission ou à tout le moins d'une activité faible de la maladie. »

tante afin de tenter de préciser à quel type d'arthrite inflammatoire nous faisons face.

L'examen physique permettra de confirmer la présence de synovite se caractérisant par un gonflement lors de la palpation de l'articulation associé à une douleur et /ou une diminution de l'amplitude articulaire. On recherchera également des signes (nodules, tophi, psoriasis, rash, ulcères aphteux…) nous permettant de préciser le type d'arthrite inflammatoire auquel nous faisons face.

Au niveau de l'investigation sanguine, on pourra rencontrer une anémie normocytaire, une thrombocytose et une élévation de la vitesse de sédimentation (VS) et de la protéine C réactive (CRP) témoignant de la réaction inflammatoire. Ces trouvailles ne sont toutefois pas spécifiques. Le bilan biochimique et hépatique, quant à lui, servira à évoquer certains diagnostics différentiels ou à identifier des comorbidités qui devront être prises en compte lors du choix de traitement. Le facteur rhumatoïde (FR) et l'anti-CCP sont des anticorps qui sont associés à l'AR. L'anti-CCP plus nouvellement identifié est légèrement plus spécifique que le facteur rhumatoïde avec une sensibilité similaire. Toutefois, ils peuvent tous deux être présents chez une faible proportion de la population normale. Il est donc important de demander ces analyses seulement si l'histoire et l'examen nous orientent vers une arthrite inflammatoire. On complètera généralement le bilan avec un ANA si on soupçonne une collagénose ainsi qu'une analyse d'urine, une radiographie pulmonaire et des radiographies des mains et des pieds. Une ponction articulaire avec analyse du liquide synovial peut être effectuée pour exclure une arthrite microcristalline ou une cause infectieuse.

« La prise en charge devrait d'abord inclure l'éducation du patient, des références en ergothérapie et physiothérapie au besoin ainsi que la promotion de saines habitudes de vie : alimentation équilibrée, exercice et cessation tabagique, le tabac ayant été démontré comme un facteur de mauvais pronostic. »

TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Durant de nombreuses années, le but du traitement était de contrôler les symptômes et de limiter les déformations et l'atteinte fonctionnelle. Plus récemment, grâce au diagnostic et au traitement plus précoce, à la survenue de nouvelles stratégies de traitement et de nouveaux agents pharmacologiques, on réussit à atteindre une rémission de la maladie (un état sans activité apparente de la maladie et qui n'est pas associé à une progression radiologique ni à une perte de fonction) chez un nombre grandissant de patients. L'objectif lors de l'instauration du traitement chez un patient avec une AR nouvellement diagnostiqué est donc celui de rémission ou à tout le moins d'une activité faible de la maladie.

La prise en charge devrait d'abord inclure l'éducation du patient, des références en ergothérapie et physiothérapie au besoin ainsi que la promotion de saines habitudes de vie : alimentation équilibrée, exercice et cessation tabagique, le tabac ayant été démontré comme un facteur de mauvais pronostic.

La probabilité d'atteindre la rémission sera maximisée par la combinaison de l'initiation précoce du traitement pharmacologique, de l'ajustement du traitement en visant une cible et de l'utilisation adéquate des différents agents thérapeutiques disponibles.

1- Traitement précoce
Tel que mentionné plus haut, une courte durée de la maladie (généralement <3 mois) est le facteur le plus fortement associé à une meilleure réponse clinique et un délai dans le traitement conduit à une progression radiologique plus grande. Certains auteurs ont même avancé le concept de "window of opportunity" où un traitement précoce pourrait altérer l'évolution naturelle de la maladie et induire une rémission à long terme voire même une guérison (rémission maintenue sans médication).

2- Traitement vers une cible
L'importance du "treat-to-target" ou traitement vers une cible, concept emprunté au diabète, a également été démontrée. Pour ce faire, plusieurs indices d'activité de la maladie ont été élaborés. Les plus couramment utilisés sont le DAS28, CDAI et le SDAI. Il s'agit de scores composés de différents éléments utilisés pour évaluer l'activité de l'AR soit le nombre d'articulations douloureuses, le nombre d'articulations enflées, les paramètres inflammatoires (VS et CRP) ainsi qu'une évaluation globale de la maladie faite par le patient et le médecin. On suggère d'évaluer les patients aux 1-3 mois selon l'activité de la maladie et d'ajuster le traitement afin d'atteindre notre cible. Cette cible devrait être la rémission ou la faible activité de la maladie pour lesquelles il existe des définitions propres à l'indice d'activité de la maladie qu'on aura choisi d'utiliser. On utilise également un questionnaire évaluant la fonction du patient et des radiographies des mains et de pieds généralement faite annuellement pour s'assurer de l'absence de perte de fonction et de progression structurale.

3- Agents thérapeutiques
Il existe 2 catégories d'agents anti-rhumatismal : les anti-rhumatismaux à action lente (ARAL) et les agents biologiques. On utilise également les anti-inflammatoires et les corticostéroïdes comme traitement adjuvant.

a- ARAL
Le traitement initial consiste à l'utilisation d'ARAL seul ou en combinaison. Le méthotrexate (MTX) est l'agent le plus fréquemment utilisé et généralement le premier à être prescrit. Il peut être utilisé seul ou en combinaison avec d'autres ARAL selon l'activité de la maladie et la présence de facteurs de mauvais pronostic. Les ARAL les plus souvent associées au MTX sont l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine alors que le léflunomide ou la sulfasalazine seront habituellement utilisés comme alternative au MTX chez les patients présentant une contre-indication ou une intolérance. Les sels d'or et l'azathioprine constituent d'autres options thérapeutiques.

b- Traitement adjuvant
Comme les ARAL prennent souvent de 3-4mois avant d'être efficaces, on aura habituellement recours à des agents adjuvants lors de l'instauration du traitement. Chez les patients dont la maladie est légèrement active, l'utilisation d'anti-inflammatoire non-stéroïdiens peut être adéquate. Par contre, chez les patients avec une maladie plus active, on aura souvent recours à l'usage de corticostéroïdes soit par injection intra-articulaire, intramusculaire ou par voie orale à dose faible ou modérée. Il est toutefois important de tenter de limiter leur utilisation aux premières semaines de traitement afin d'éviter les effets secondaires reliés à leur utilisation à long terme.

c- Agents biologiques
Disponibles depuis le début des années 2000, les agents biologiques ont permis de changer dramatiquement le pronostic des patients ne répondant pas adéquatement aux ARAL. Ils constituent un traitement de 2e ligne et sont utilisés en combinaison avec le MTX chez les patients chez qui l'activité de la maladie demeure modérée ou sévère malgré l'essai d'au moins 2 ARAL. Les anti-TNF, ciblant le TNF une cytokine impliquée dans la cascade inflammatoire, ont été les premiers disponibles. Il en existe aujourd'hui 5 soit l'étanercept, l'adalimumab, le golimumab et le certolizumab et l'infliximab. Depuis, se sont également ajoutés des agents biologiques avec un mécanisme d'action différent soit l'abatacept (inhibiteur de la costimulation des cellules T), le rituximab (dirigé contre les cellules B) et le tocilizumab (anti-IL-6).

CONCLUSION
Au cours des 2 dernières décennies, d'importants changements dans l'identification, la prise en charge et le traitment de l'arthrite rhumatoïde ont permis une nette amélioration du pronostic et de la qualité de vie de ces patients. Toutefois, une faible proportion de patients demeurent réfractaire au traitement et plusieurs questions demeurent: Quel est le traitement initial optimal ? Peut-on identifier précocement les patients qui nécessiteront un agent biologique? Peut-on prédire la réponse à un agent donné ? L'optimisation de la prise en charge des patients atteints d'AR demeure donc en constante évolution et on espère que d'ici quelques années, la rémission sera un objectif atteignable chez tous nos patients.

« La probabilité d'atteindre la rémission sera maximisée par la combinaison de l'initiation précoce du traitement pharmacologique, de l'ajustement du traitement en visant une cible et de l'utilisation adéquate des différents agents thérapeutiques disponibles. »

LE NÉVROME DE MORTON

Maxime Patenaude, D.P.M.

Le névrome de Morton ne peut être qualifié de névrome dans le vrai sens du terme et n'a pas été décrit à l'origine par Morton. Il s'agit en fait d'une fibrose périneurale, un tissu réactif causant une compression du nerf qui fut décrit en 1845 par Durlacher plus de 30 ans avant T.G. Morton.[1] Voilà une entrée en matière pour le moins paradoxale, d'une condition nébuleuse, mais plus fréquente qu'on peut le croire. En effet, le névrome de Morton doit être en tête de liste des diagnostics différentiels chez les patients souffrant d'une douleur de l'avant-pied dans des chaussures fermées.

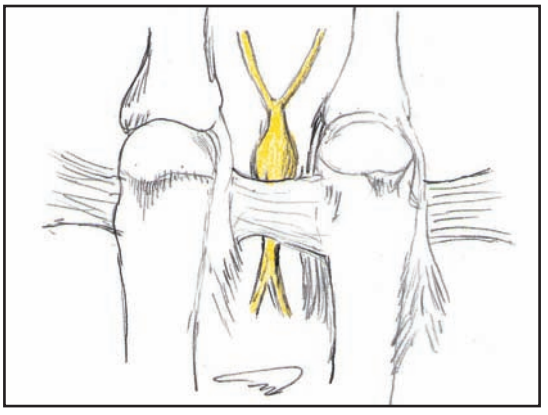
« En effet, le névrome de Morton doit être en tête de liste des diagnostics différentiels chez les patients souffrant d'une douleur de l'avant-pied dans des chaussures fermées. »

Les symptômes souvent décrits sont ceux d'engourdissement temporaire et de chocs électriques, particulièrement des troisièmes et quatrièmes orteils. Les patients ont une impression de bosse à la plante du pied, comme si leur bas était mal placé. Par contre, la description des symptômes, comme dans plusieurs conditions, n'est pas toujours « comme dans les livres ». Une douleur d'origine neurologique semble être souvent difficile à communiquer pour le patient. Plusieurs termes sont utilisés comme brûlure, serrement, inconfort profond, picotement, pression. Ces symptômes apparaissent généralement de façon aiguë et demeurent tant que le patient n'enlève pas la source de la compression, habituellement ses chaussures. Il est rare que ces douleurs soient présentes pieds nus.

La cause de cette fibrose périneurale est à la base d'origine mécanique. L'irritation du nerf se fait au niveau des têtes métatarsiennes où un carcan est formé par le ligament transverse profond, les deux métatarses adjacents et le sol (figure1). Entre 80 et 85 % des névromes se situent dans le troisième espace intermétatarsien.[2] Le nerf digital commun de cet espace est de plus gros calibre, étant composé de deux branches afférentes des nerfs plantaires médial et latéral, ce qui n'est pas le cas des autres espaces. Plus important encore est le fait que cet espace est situé entre les colonnes médiales et latérales du pied, là où le mouvement est accentué à la démarche (figure 2). Il se peut qu'un névrome se forme entre le deuxième et le troisième métatarse, mais cela est beaucoup plus rare.

Le diagnostic d'un névrome de Morton est principalement basé sur l'historique et la présentation des symptômes. L'examen clinique est utile mais peut être difficile à reproduire. La douleur peu irradier à l'ensemble des structures anatomiques adjacentes, mais bouger l'articulation métatarsophalangienne ou encore exercer une pression directe à la tête du métatarse ne devraient pas être douloureux. Par contre, une compression des tissus mous de l'espace entre les têtes métatarsiennes devrait reproduire les

Figure 1

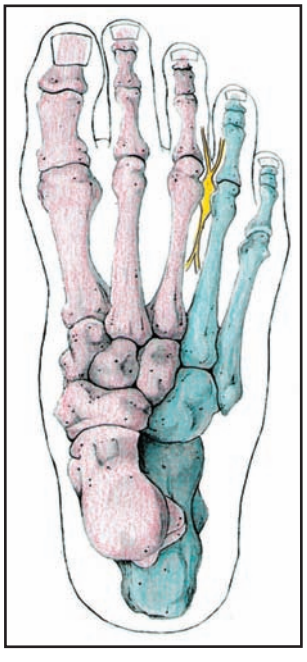


symptômes. Lorsque cette pression est combinée à un serrement de l'avant-pied avec l'autre main, on peut sentir un déclic, nommé « clic de Mulder », qui confirme la présence d'un névrome.

L'apport des imageries médicales dans l'établissement du diagnostic n'est pas négligeable. L'échographie se veut la modalité de choix. Elle est plus sensible, plus rapide et moins coûteuse qu'une résonnance magnétique. Cette dernière est également utile, mais est liée à un haut taux de faux négatif.[2,3] En termes de diagnostics différentiels, on peut inclure une fracture de stress du métatarse, arthrose, arthrite, synovite et capsulite de l'articulation métatarsophalangienne, une tendinite des flexeurs ainsi qu'une bursite intermétatarsienne. Il est primordial de considérer ces alternatives lorsqu'un autre espace que le troisième est impliqué. Encore une fois, le névrome de Morton est un diagnostic principalement clinique.

Le traitement le plus simple d'une telle condition est bien sûr de limiter la compression de l'avant-pied. Le patient dira souvent que d'enlever son soulier et masser la région aident beaucoup à diminuer la douleur. Est-ce une surprise de pointer la largeur des souliers et la hauteur des talons comme des facteurs principaux dans l'apparition des symptômes? Un soulier large avec une semelle plus rigide et une hauteur de talon limitée à 4 cm (pas 4 pouces!) est recommandé. La glace et les anti-inflammatoires semblent avoir peu d'effets positifs. Lorsque la fibrose périneurale est trop importante, un cercle vicieux semble être enclenché et la résolution de symptômes peut prendre un certain temps. Si le choix des chaussures est raisonnable et que la douleur persiste, la correction de la biomécanique fautive du pied est de mise. Une orthèse plantaire pourra limiter le mouvement causant l'irritation et la compression du nerf. L'infiltration de corticostéroïdes, préférablement échoguidé pour éviter les petits tendons des muscles interdigitaux, fonctionne très bien.[5,6] Après une période de 10 à 12 mois de traitements conservateurs ayant échoué, la chirurgie peut être envisagée. Le tout consiste à la résection du nerf digital commun, à la bifurcation des nerfs digitaux propres, là où le névrome se trouve habituellement. La conséquence est bien sûr la perte de sensation entre les orteils concernés. Aucune action motrice n'est affectée. Les résultats à long terme, si le diagnostic est bien confirmé au préalable, sont encourageants.[7]

Figure 2



Le névrome de Morton peut être fort incommodant et limiter la moindre activité. S'il n'est pas pris en charge rapidement, il entre dans un cercle vicieux qui demande plus de temps et d'efforts pour obtenir un soulagement adéquat. Cette condition requiert souvent des changements à long terme au niveau des choix d'activités et de chaussures. Certains types de pied sont plus susceptibles de mener à l'irritation du nerf et peuvent bénéficier d'un contrôle biomécanique. Les traitements conservateurs sont en général très efficaces mais peuvent s'avérer néfastes si le mauvais diagnostic est posé. Par exemple, l'utilisation de corticostéroïdes dans une articulation instable peut occasionner la déchirure de la plaque plantaire et mener à la formation d'un orteil marteau. Si la fibrose périneurale est trop importante ou présente depuis trop longtemps, la chirurgie demeure une bonne alternative. ■

« Les symptômes souvent décrits sont ceux d'engourdissement temporaire et de chocs électriques, particulièrement des troisièmes et quatrièmes orteils. Les patients ont une impression de bosse à la plante du pied, comme si leur bas était mal placé. »

« Le diagnostic d'un névrome de Morton est principalement basé sur l'historique et la présentation des symptômes. L'examen clinique est utile mais peut être difficile à reproduire. »

Références

1. Giakoumis M, Ryan JD, Jani J : *Histologic Evaluation of Intermetatarsal Morton's Neuroma.* J Am Podiatr Med Assoc 103(3): 218-222, 2013.

2. *Morton's Neuroma: Interdigital Perineural Fibrosis - Wheeless' Textbook of Orthopaedics.*

3. Sharp RJ, Wade CM, Hennessy MS, et al: *The role of MRI and ultrasound imaging in Morton's neuroma and effect of the size of lesion on symptoms.* J Bone Joint Surg Br 85: 999-1005, 2003.

4. Ali Fazal M, Khan I, Thomas C : *Ultrasonography and Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Morton's Neuroma.* J Am Podiatr Med Assoc 102(3): 184-186, 2012.

5. Markovic M, Crichton K, et al : *Effectiveness of Ultrasound-Guided Corticosteroid Injection in the Treatment of Morton's Neuroma.* Foot Ankle Int 29(5) : 483-487, 2008.

6. Thomson CE, et al : *Methylprednisolone Injections for the Treatment of Morton Neuroma: A Patient-Blinded Randomized Trial.* J Bone Joint Surg Am, 2013 May 01; 95 (9): 790 -798

7. Coughlin MJ, Pinsonneault T : *Operative treatment of itnterdigital neuroma.* J Bone Joint Surg Am, 83(9) : 1321-1328, 2001.

Rachel Therrien[1] B.Pharm. M.Sc., Alessandra Stortini[1] Pharm.D. M.Sc., John Nguyen[1] B.Pharm. M.Sc et le groupe de simulation clinique

1. Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Le groupe de simulation clinique : Marie-Ève Grenier[1] B.Pharm. M.Sc., Jeannie Medeiros Charbonneau[1] Pharm.D. M.Sc., Pascaline Bernier[1] B.Pharm. M.Sc., Marie-Claude Langevin[1] B.Pharm. M.Sc., Jérôme Milette[1] spécialiste en simulation, Nathalie Nadon[1] M.Sc inf, IPS cardiologie, Dr Pierre Laramée[1] M.D. Cardiologue, Dr Daniel Payette[1] D. Psy., et Jean Morin[1] B.Pharm. M.Sc..

1. Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

LES SIMULATIONS CLINIQUES EN PHARMACIE :

LE THÉÂTRE MÉDICAL AU SERVICE DE L'ENSEIGNEMENT

INTRODUCTION

Depuis quatre ans, les pharmaciens du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) ont collaboré étroitement avec le centre d'enseignement (académie CHUM), pour élaborer un programme de simulation clinique interdisciplinaire. Notre vision, notre dynamisme et notre engagement pour l'enseignement ont contribué à l'élaboration d'un programme de simulation clinique. Le programme a d'abord été mis en place pour le personnel infirmier et les résidents en médecine, par la suite un projet pilote de simulation a été développé pour les pharmaciens et les résidents en pharmacie.

CONTEXTE ET BESOIN

De par sa formation académique, le pharmacien est préparé à répondre à différents contextes de soins cliniques et s'assurer de l'utilisation optimale des médicaments.

Cependant, ce dernier est moins bien outillé lorsqu'il doit jouer son rôle en situation aiguë dans un contexte où la condition du patient est critique, le stress entourant l'intervention importante, le risque de complication élevé et les enjeux pour le patient critique.

Des méthodes simples comme la lecture et l'analyse d'articles de soins critiques, l'observation et discussion de cas cliniques auraient pu être mises en place. Ces mesures pédagogiques ne permettent cependant pas de mettre l'étudiant en situation de stress et surtout de l'exposer à un nombre suffisant de situations critiques pour lui permettre de développer les habiletés requises pour ensuite les mettre en pratique dans sa vie professionnelle.

Enfin, pour répondre aux exigences que requiert une situation de soins aigus, nous voulions avoir une

Bio-K+ PLUS MD

UN ALLIÉ POUR **AMÉLIORER LA QUALITÉ** DES SOINS AUX PATIENTS

Bio-K+, le seul produit approuvé par Santé Canada en prévention première des infections au *C. Difficile* et des diarrhées associées à la prise d'antibiotiques*

65%

Réduit le risque de diarrhée associée à la prise d'antibiotiques (DAA)*

95%

Réduit le risque de diarrhée associée au *C. Difficile* chez les patients hospitalisés (DACD)*

*Gao et al. (2010). AM J Gastroenterol. 105 (7): 1636-1641

EFFICACE ET PEU COUTEUX

AMÉLIORE LA QUALITÉ DES SOINS AUX PATIENTS

PRÉVIENT LES INFECTIONS SECONDAIRES

RENFORCE LE SYSTÈME IMMUNITAIRE

SOCIÉTÉ FAMILIALE | QUÉBÉCOISE | INNOVANTE

1 800 593-2465 | biokplus.com

approche pédagogique qui se ferait en partenariat avec une équipe multidisciplinaire pour favoriser l'interaction avec les autres intervenants. Nous souhaitions également que l'application des connaissances soit le plus près possible des situations vécues dans la pratique.

C'est ainsi que la méthode d'apprentissage par simulation s'est imposée.

« Le programme a d'abord été mis en place pour le personnel infirmier et les résidents en médecine, par la suite un projet pilote de simulation a été développé pour les pharmaciens et les résidents en pharmacie. »

LA SIMULATION

a. Définition

La simulation clinique est un outil d'enseignement utilisé depuis les années 1970 en médecine et en soins infirmiers. La simulation sert de plateforme pour pratiquer les soins cliniques dans un environnement sécuritaire et dans un contexte adapté aux objectifs d'enseignement, assorti d'une rétroaction qui permet au participant de s'améliorer. Les prérequis requièrent que l'apprenant en formation professionnelle ait acquis les connaissances préalables et les capacités nécessaires, et soit animé par la volonté d'améliorer sa pratique.

Les objectifs d'enseignement sont variés et ne limitent pas aux connaissances médicales et pharmaceutiques. Ils doivent comprendre un ensemble de compétences tels que le leadership, la communication, la gestion du stress ainsi que la prise de décision en situation critique.

Des scénarios (cas cliniques) sont rédigés et les participants prennent part à la mise en scène pour résoudre la situation clinique, atteindre les objectifs d'apprentissage et démontrer leurs différentes habiletés. Pour augmenter le réalisme de l'immersion clinique, des comédiens ou des mannequins haute-fidélité tiennent le rôle du patient et des autres intervenants.

Les participants tentent de résoudre les cas comme ils le feraient dans la vraie vie, tout en évitant les conséquences sur un patient réel. Le scénario évolue de façon dynamique, selon les décisions cliniques des participants, pour que ces derniers puissent voir les résultats de leurs actions.

Lorsque le scénario est terminé, une période de rétroaction suit. Cette période s'avère essentielle, car elle permet de revenir sur les erreurs ou les bons coups et de consolider les apprentissages.

b. Le Département de pharmacie du CHUM et la simulation clinique

Nous avons, au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), de nombreux programmes d'enseignement sous forme de simulation pour les médecins et le personnel infirmier. En 2013, un pharmacien s'est introduit aux simulations données pour les médecins en collaborant entre autres aux aspects théoriques (enseignements avec algorithmes de traitement pour différentes situations critiques). En décembre 2016, le département de pharmacie a lancé son propre programme de simulation en multidisciplinarité avec les autres professionnels de la santé.

Lorsque nous avons conçu le programme, nous n'avons trouvé aucun programme d'enseignement offrant des simulations spécialement adaptées à la pharmacie clinique. Les recherches via Google et PubMed ont révélé un seul programme visant des étudiants en première année de pharmacie en Grande-Bretagne, pour l'apprentissage de l'examen physique médical et l'auscultation.

Nous travaillons depuis à construire et améliorer continuellement notre programme de simulation pour les pharmaciens et étudiants en pharmacie.

c. Déroulement d'une simulation en pharmacie clinique

Voici les étapes d'une simulation typique en pharmacie. Les étapes ci-mentionnées permettent d'atteindre les objectifs du programme.

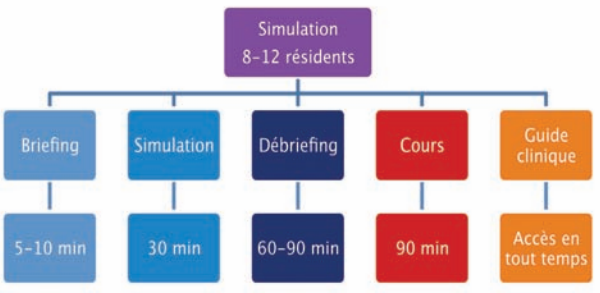
i. Briefing : définition des attentes et de l'aspect confidentiel entre les participants et les intervenants durant une simulation.

ii. Simulation : scénario clinique de simulation avec un réajustement dynamique en fonction des actions posées par les participants pour résoudre le problème clinique et les complications qui surviennent. Chaque simulation est différente, étant donné les nombreuses possibilités d'interventions cliniques.

iii. Débriefing : retour sur la simulation et les gestes de soins. C'est une des parties les plus importantes de la simulation clinique, car elle permet d'induire une réflexion fructueuse de la part des participants sur ce qui s'est bien ou moins bien passé. À partir de là, on peut aider les participants à acquérir les outils nécessaires permettant de s'améliorer.

iv. Cours théoriques : après la simulation, des articles et guides cliniques qui passent en revue les aspects théoriques de la simulation sont remis aux participants. Une à deux semaines après la simulation, une séance de révision et d'enseignement a lieu, pour assurer un maximum de rétention et d'intégration des connaissances.

v. Guide clinique : l'ensemble des cours et guides cliniques abordés au cours des simulations restent disponibles pour servir de base théorique à la prise de décision en pratique clinique via un programme de partage interne disponible au CHUM (Moodle CHUM notes). Moodle CHUM nécessite seulement un accès internet et est disponible par ordinateur portable, téléphone intelligent (iPhone, Androïd, BlackBerry), tablette (iPad ou autre).



Selon notre programme, une session de simulation peut recevoir de 10 à 12 participants répartis ainsi :

- 3 résidents participants actifs (permutation avec le second groupe de 3 résidents après 15 minutes)
- 3 résidents dans la salle de simulation comme observateurs, et ensuite participants (permutation avec le premier groupe après 15 minutes de simulation, pour continuer la simulation en fonction des décisions prises à la première partie)
- 2 résidents dans la salle de contrôle
- 4 résidents dans la salle d'observation

d. Travail en équipe

Le travail du pharmacien est jugé optimal en présence d'une équipe multidisciplinaire. Lors des simulations, on met l'emphase sur la collaboration avec les différents professionnels de la santé. Nous travaillons de pair avec une infirmière, un médecin, un psychologue, un expert en simulation, etc. Nous cherchons présentement à intégrer également un inhalothérapeute.

e. Thèmes abordés

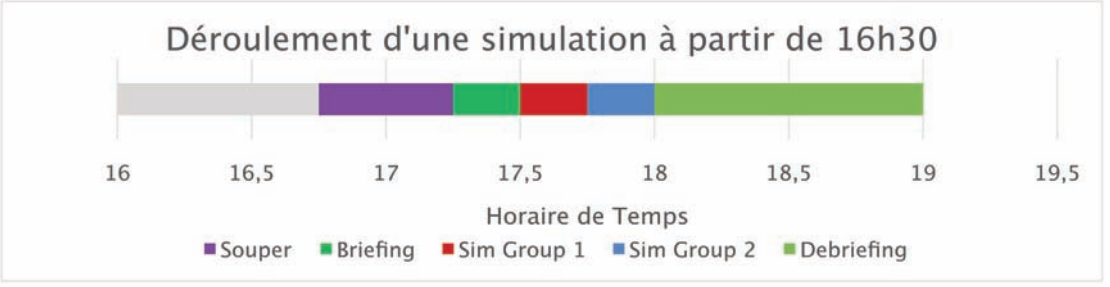
Thèmes des simulations

Au fil du temps nous avons développé plusieurs scénarios de simulation :

- Fibrillation auriculaire en présence d'asthme ou d'insuffisance cardiaque réfractaire aux traitements
- Intoxication au méthanol, à la digoxine, aux bloqueurs des canaux calciques ou aux bêtabloquants
- Syndrome coronarien aigu avec allergie au clopidogrel
- Antibiothérapie (pneumonie, pyélonéphrite, choc septique…) en présence d'allergie exigeant une décision rapide
- Insuffisance cardiaque décompensée avec allergie au furosémide
- Infarctus sur prise de cocaïne
- Détresse respiratoire et pneumonie
- Crise hypertensive
- Dissection aortique et renversement de la warfarine
- Erreur médicamenteuse grave
- Gestion de crise convulsive
- Gestion d'embolie pulmonaire et AVC aigu

FRAIS D'EXPLOITATION

Un programme de simulation clinique en pharmacie tel que décrit requiert beaucoup d'investissements autant lors de son développement et mise en place que pour son maintien. Chaque séance de simulation nécessite beaucoup de temps et de plusieurs ressources financières. La facture est absorbée par nos partenaires à l'académie CHUM, notre équipe multidisciplinaire qui le fait bénévolement et les administrateurs de notre département de pharmacie qui croient en nous. Cependant, cela nous nécessite



« La simulation clinique est un outil d'enseignement utilisé depuis les années 1970 en médecine et en soins infirmiers. La simulation sert de plateforme pour pratiquer les soins cliniques dans un environnement sécuritaire et dans un contexte adapté aux objectifs d'enseignement, assorti d'une rétroaction qui permet au participant de s'améliorer. »

à être soucieux des ressources et temps alloués pour chaque activité d'enseignement.

Une méthode que nous avons utilisée pour accueillir un plus grand nombre de participants est de scinder les groupes et d'offrir des séances de 30 minutes avec permutation des sous-groupes. On en profite pour faire évoluer la simulation vers une durée plus réaliste. Par exemple, dans la première partie, on demande des analyses sanguines et, dans la deuxième partie, les résultats de laboratoire nous sont transmis avec une gestion immédiate des valeurs critiques le cas échéant.

« À la lumière des commentaires des pharmaciens et résidents en pharmacie qui ont participé jusqu'à présent à notre programme de simulation clinique, ce dernier s'avère un atout important pour l'enseignement des connaissances en soins critiques et des aptitudes en gestion de crise. »

RÉCEPTION ET RÉSULTATS DES SONDAGES

Au cours de l'année 2017, nous avons fait 1 ou 2 simulations cliniques chaque mois, pour 15 séances au total; 13 résidents et pharmaciens se sont inscrits et ont participé régulièrement au programme. Dans un but d'amélioration continue, chaque participant a rempli un questionnaire pour nous faire savoir si notre programme d'enseignement correspondait aux besoins. Ainsi, 85 questionnaires ont été récoltés durant l'année 2017, et d'après leurs réponses, les participants confirmaient que l'expérience des simulations correspond à leurs besoins de formation clinique et pouvait les aider dans leur travail quotidien. Les résultats finaux sont encore en cours et feront l'objet d'une publication future.

CONCLUSION ET PROJETS D'AVENIR

À la lumière des commentaires des pharmaciens et résidents en pharmacie qui ont participé jusqu'à présent à notre programme de simulation clinique, ce dernier s'avère un atout important pour l'enseignement des connaissances en soins critiques et des aptitudes en gestion de crise.

Il ne semble pas y avoir de précédent au Canada pour ce genre de programme d'enseignement clinique et nous sommes très fiers de faire œuvre de pionniers dans ce domaine. Présentement, nous travaillons en collaboration avec la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal pour développer un projet pilote afin d'impliquer directement les étudiants en pharmacie dans un programme de simulation adapté pour eux.

Dans un futur rapproché, nous souhaitons partager avec d'autres l'expérience et multiplier les effets bénéfiques qui en découlent. Notre prochain défi est de faire connaitre notre programme et de l'orienter pour que le plus grand nombre de résidents en pharmacie de différents milieux hospitaliers puissent en profiter. ■

RÉFÉRENCES

1. Fernandez R, Parker D, Kalus JS, Miller D, Compton S. Using a human patient simulation mannequin to teach interdisciplinary team skills to pharmacy students. Am. J. Pharm. Educ. 2007:71(3); Article 51 (7 pages).

2. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, Erwing PJ, Hamstra SJ. Technology-enhanced simulation for health professions education : a systematic review and meta-analysis. JAMA 2011;306(9):978-88.

3. Kennedy CC, Cannon EK, Warner OD, Cook DA. Advanced airway management simulation training in medical education : a systematic review and meta-analysis. Crit. Care Med. 2014;42(1):169-78.

4. Mieure KD, Vincent WR, Cox MR, Jones MD. A high-fidelity simulation mannequin to introduce pharmacy students to advanced cardiovascular life support. Am. J. Pharm. Educ. 2010:74(2); Article 22 (7 pages).

5. Eng AJ, Namba JM, Box KW, Lane JR, Kim DY, Davis DP, Doucet JJ, Coimbra R. High-fidelity simulation training in advanced resuscitation for pharmacy residents. Am. J. Pharm. Educ. 2014:78(3); Article 59 (7 pages).

6. Gilliland I, Frei BL, McNeill J, Stovall J, Use of high-fidelity simulation to teach end-of-life care to pharmacy students in a interdisciplinarity course. Am. J. Pharm. Educ. 2012:76(4); Article 66 (7 pages).

7. Vyas D, Wombwell E, Russell E, Caligiuri F. High-fidelity patient simulation series to supplement introductory pharmacy practice experiences. Am. J. Pharm. Educ. 2010:74(9); Article 169 (8 pages).

8. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Gordon DL, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. Med Teach. 2005;27(1):10-28.

9. Thompson Bastin ML, Cook AM, Flannery AH. Use of simulation training to prepare pharmacy residents for medical emergencies. Am. J. Health-Syst. Pharm. 2017:74(6);424-9.

10. Laboratoire de simulation clinique (LSC) [En ligne]. Sherbrooke: Université de Sherbrooke; 2017 [cité le 30 mai 2017]. Disponible: https://www.usherbrooke.ca/medecine/centre-de-simulation-pracciss/laboratoire-de-simulation-clinique-lsc/

11. Simulation clinique [En ligne]. Montréal: CHUM; 2017 [cité le 30 mai 2017]. Disponible: http://www.chumontreal.qc.ca/enseignement-academie/offre-de-formation/simulation-clinique

12. Morgan PJ, Tarshis J, LeBlanc V, Cleave-Hogg D, DeSousa S, Haley MF, Herold-McIlroy J, Law JA. Efficacy of high-fidelity simulation debriefing on the performance of practicing anaesthetists in simulated scénarios. Br. J. Anaesth. 2009;103(4):531-7. http://www.royalcollege.ca/rcsite/ppi/courses/simulation-educators-training-set-program-f

13. Eppich W. Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS) Development and Rationale for a Blended Approach to Health Care Simulation Debriefing. Sim Healthcare 2010:10:106-115:2015

C'EST DANS LA PEAU

QUE BIODERMA
A TROUVE LA SOLUTION
POUR RECONSTRUIRE SA
BARRIERE PROTECTRICE

ULTRA-APAISANT
ULTRA-NOURRISSANT

Atoderm Intensive Baume

SOIN HYDRATANT RÉPARATEUR ET ANTI-DÉMANGEAISONS

Immédiatement la peau est hydratée, les démangeaisons sont diminuées et la peau reconstruit elle-même sa barrière protectrice grâce au Brevet Skin Barrier Therapy™.
Sa texture ultra-nourrissante et non collante permet un habillage immédiat.
La peau est apaisée, confortable et plus résistante.
Durablement.

Rêves d'enfants
Children's Wish

1$ PAR PRODUIT VENDU SERA REVERSÉ À LA FONDATION RÊVES D'ENFANTS

Offre limitée du 15 janvier au 15 mai 2018

Rejoignez le • Join
CLUB
via www.bioderma.ca

#BiodermaCanada
www.bioderma.ca

LA BIOLOGIE AU SERVICE DE LA DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

REER, CELI OU REMBOURSEMENT ANTICIPÉ DU PRÊT HYPOTHÉCAIRE?

Sylvain B. Tremblay, ADM. A., PL. FIN.
Vice-président, Gestion privée
OPTIMUM GESTION DE PLACEMENTS INC.

En cette période d'effervescence en finance personnelle, quoi de plus à propos qu'une chronique sur l'ordre de priorité à apporter aux trois options que nous avons énumérées en titre? Le régime enregistré d'épargne-retraite (REER), le compte d'épargne libre d'impôt (CELI) ou le remboursement anticipé de votre prêt hypothécaire?

Je vous ai concocté un chiffrier de mon cru afin de comparer les trois options sur une période de 25 ans, mais avant d'en prendre connaissance, résumons les principales caractéristiques du CELI et du REER. Il est permis depuis 2008 de déposer à chaque année au compte d'épargne libre d'impôt,

« Dans le meilleur des mondes, il serait recommandé d'effectuer vos cotisations maximales aux deux régimes, mais comme nous avons tous des contraintes financières, on doit souvent mettre nos priorités aux bonnes places. »

REER, CELI et Prêt hypothécaire

Cotisation annuelle au CELI	5 500 $
Cotisation annuelle au REER	11 000 $
Remboursement anticipé prêt	5 500 $

					Versements hypothécaires		Épargne reportée	
Âge	CELI	Retrait	REER	Retrait	Régulier	Anticipé	CELI	REER
30	5 775		11 550		18 173	23 673		
31	11 564		23 128		18 173	23 673		
32	17 642		35 284		18 173	23 673		
33	24 024		48 048		18 173	23 673		
34	30 725		61 450		18 173	23 673		
35	37 761		75 523		18 173	23 673		
36	45 150		90 299		18 173	23 673		
37	52 907		105 814		18 173	23 673		
38	61 052		122 105		18 173	23 673		
39	69 605		139 210		18 173	23 673		
40	78 585		157 171		18 173	23 673		
41	88 015		176 029		18 173	23 673		
42	97 915		195 831		18 173	23 673		
43	108 311		216 622		18 173	23 673		
44	119 227		238 453		18 173	23 673		
45	130 688		261 376		18 173	23 673		
46	142 722		285 445		18 173	23 673		
47	155 358		310 717		18 173	23 673		
48	168 626		337 253		18 173	23 673		
49	182 558		365 115		18 173		24 856	49 398
50	197 186		394 371		18 173		50 955	101 582
51	212 545		425 090		18 173		78 360	156 374
52	228 672		457 344		18 173		107 134	213 906
53	245 606		491 211		18 173		137 347	274 314
54	263 386		526 772		18 173		169 070	337 744
55	282 055		564 110		18 173		202 380	404 344
56	301 658		603 316					
57	322 241		644 482					
58	343 853		687 706					
59	366 546		733 091					
60	390 373		780 746					
61	349 892	-60 000	734 783	-85 000				
62	307 386	-60 000	697 522	-85 000				
63	262 755	-60 000	658 398	-85 000				
64	215 893	-60 000	617 318	-85 000				
65	166 688	-60 000	574 184	-85 000				
66	115 022	-60 000	528 893	-85 000				
67	60 773	-60 000	481 338	-85 000				
68	3 812	-60 000	431 405	-85 000				
69	191	-3 812	378 975	-85 000				
70	0	-200	323 924	-85 000				

une somme pouvant atteindre 5 500 $ et laisser le cumul de ces cotisations capitaliser en totale franchise d'impôt pour l'éternité. Le contribuable qui avait 18 ans en 2008 et qui n'a jamais cotisé à son CELI, peut en 2018 effectuer une cotisation de 57 000 $. Quant au REER, la cotisation annuelle ne peut excéder 18 % du revenu déclaré l'année précédente, moins les cotisations à un régime de retraite privé. Tout comme dans un CELI, la capitalisation du cumul de vos cotisations est à l'abri des impôts. Comme les cotisations au REER sont déductibles de vos revenus pour fins d'impôts, les retraits sont bien entendu taxables.

Dans le meilleur des mondes, il serait recommandé d'effectuer vos cotisations maximales aux deux régimes, mais comme nous avons tous des contraintes financières, on doit souvent mettre nos priorités aux bonnes places.

Mon exemple est celui d'un ménage disposant d'un revenu net annuel de 88 000 $. Les deux composantes de ce ménage viennent d'avoir 30 ans et comme cadeau se sont acheté une propriété d'une valeur de 400 000 $ en effectuant un dépôt comptant de 80 000 $. Cela leur laisse un prêt hypothécaire de 320 000 $ sur une période d'amortissement de 25 ans, récemment négocié au taux de 3 %. Nous parlons d'un remboursement annuel de 18 173 $ ou bien 1 514 $ par mois. Après avoir payé toutes les factures, ils disposent annuellement de 5 500 $ à épargner.

On serait tenté par les versements anticipés systématiques pour se défaire de son prêt hypothécaire plus rapidement. Si l'on privilégie cette option, on se libère de cette contrainte dans 18 ans au lieu de 25, laissant alors de l'année 19 à 25, une plus grosse somme disponible à l'épargne. En fait, le montant alloué au remboursement du prêt hypothécaire plus les versements anticipés totalisent 23 673 $ qui seraient alors

épargnés annuellement pour obtenir un total de 202 380 $ si versés au CELI ou 404 344 $ si versés au REER au même taux de 5 %.

Si, au lieu de pencher pour l'hypothèque, notre ménage penche plutôt pour le CELI, il aura accumulé 282 055 $ à la fin de la 25e année, année lors de laquelle il aura remboursé en totalité son prêt hypothécaire. S'il opte plutôt pour le REER, il aura alors accumulé la somme de 564 110 $. La meilleure décision semble à ce stade-ci, être la cotisation au REER, mais comme son statut fiscal est moins avantageux que celui du CELI, qu'en est-il en réalité?

Planifions les cotisations de 5 500 $ annuellement au CELI ou de 11 000 $ au REER jusqu'à 60 ans pour une retraite l'année suivante et un besoin de revenu net de 60 000 $. Dans ces circonstances, le CELI s'éteindra à la fin de l'année où l'épargnant aura atteint 68 ans alors que le REER le mènera beaucoup plus loin.

Donc, le REER, sans aucune hésitation! ■

« Il est permis depuis 2008 de déposer à chaque année au compte d'épargne libre d'impôt, une somme pouvant atteindre 5 500 $ et laisser le cumul de ces cotisations capitaliser en totale franchise d'impôt pour l'éternité.»

Êtes-vous certain de tout voir?

Transparence des frais
Vision éclairée des marchés
Clarté de l'information
Solutions d'investissement adaptées

Pour vous renseigner sur nos services de gestion privée, contactez-nous au 514 288-7545.

OPTIMUM®
Optimum Gestion de Placements inc.
www.optimumgestion.com

LA MONTÉE DU ROSÉ EN TROIS PHASES

Auteure : Joanie Métivier

« Plus qu'un engouement, on note carrément une communauté, un style de vie basé autour de ce type précis de vin. »

Le rosé fait parler de lui de façon très exponentielle depuis quelques années. Plus qu'un engouement, on note carrément une communauté, un style de vie basé autour de ce type précis de vin. Il n'y a aucun doute, c'est une catégorie qui a eu sa juste part de hauts et de bas. Autrefois, il était vu comme un vin de très basse qualité, un sous-produit et je ne parle même pas du trait sexiste qui pouvait lui être attribué. Le rosé n'a pas toujours été sous les projecteurs, mais du jour au lendemain, dès que les tout premiers signes de la belle saison arrivent, c'est une vague rosâtre qui nous envahit. L'image et le discours ont changé concernant ce vin d'été par excellence, mais qu'elle a été la cause et les conséquences de ce changement d'âme?

PHASE 1 : LE ROSÉ COMME SOUS-PRODUIT

Il ne faut pas oublier que les vins, dès l'antiquité, étaient plutôt clairs. Déjà aux XVIe et XVIIe siècles, on retrouve des références aux vins clairs (Vinum Clarum) notamment en Provence. Au même moment, nous pourrions aussi mentionner les clairets bordelais, les vins paillet, vins de mère-goutte (vin de goutte), ou même de vins gris de perle (sud de France). C'est le docteur Jules Guyoy qui, en 1860, à la demande de Napoléon III, a établi une définition de base des vins rosés fondée sur un temps de cuvaison court. Fin XIXe siècle, Pasteur parle dans son étude, de vin « façon Tavel ». Ce qui donna à cette appellation le droit de revendiquer le titre de « 1er Rosé de France ». C'est maintenant la Provence qui est devenue le centre de ce style, en tant que première région de production. La tendance a évidemment tourné vers des vins plus consistants et le rosé a été oublié pendant quelques décennies. En France, on pouvait encore en retrouver, mais seulement à titre de restes de production ou d'erreurs de macération. Si une cave produisait un rosé, il était plus probable que ce soit une réflexion après coup, quelque chose pour compléter la gamme. Une fois que le jus destiné au vin rouge était pressé et produit, les restes étaient principalement bus par les gens le long de la Méditerranée comme une boisson légère pendant les mois chauds. La consommation était seulement locale, sans grand intérêt et certainement aucun

d'attrait qualitatif. L'image des rosés dans cette première phase s'est plutôt bâtie sur les seules bouteilles roses disponibles - des vins bonbon, trop sucrés pour être pris au sérieux. Un rosé doux portugais en particulier a fait fureur dans les années 70 et les Blush wines ou white zinfandels américain dans les années 90 ont suivi avec encore et toujours plus de sucre. Cette catégorie change maintenant et de plus en plus de vignobles sont persuadés d'investir dans la fabrication de vins rosés haut de gamme, avec des prix à la hauteur.

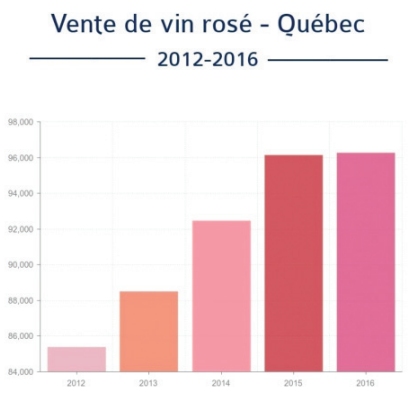
PHASE 2 : LE ROSÉ SÉRIEUX

Il y a du changement maintenant et de plus en plus de vignobles sont persuadés d'investir dans la fabrication de vins rosés haut de gamme, avec des prix à la hauteur. Au cours des années 1990, les producteurs de Provence, d'où viennent la plupart des rosés, mais aussi d'ailleurs, ont commencé à prendre au sérieux la fabrication d'un rosé qui serait bon et qui se vendrait. Ils ont commencé à désigner des vignobles pour cultiver des raisins spécialement pour faire du rosé. Bien qu'il y ait une grande diversité, la tendance est aux vins plutôt secs, toujours de plus en plus pâles et plus raffinés que jamais. Outre l'éclaircissement, on note une diversité au niveau des cépages, bien que sans mention sur l'étiquette dans 80% des cas, et de la provenance. La production ne vient pas seulement des pays traditionnels comme la France, mais aussi l'Espagne, l'Italie, la Grèce, la Nouvelle-Zélande, l'Afrique du Sud, etc. Les producteurs veulent les affranchir de leur réputation de « vins de soif », « facile à boire » ou « vins de filles ». La trajectoire ascendante actuelle de la popularité du vin rosé est directement liée à l'augmentation de la qualité et du changement de style drastique. Les rosés ont une belle acidité, peu importe le cépage, et s'harmonisent bien avec la viande blanche et les aliments sucrés et salés. Ils n'ont pas vraiment de tanins, mais plutôt une fraicheur incontestée, ce qui les rend polyvalents. Ce ne sont pas des vins percutants, mais décidément désaltérants.

Évidemment, face à la demande mondiale croissante, la production en est fortement stimulée. En 2014, le rosé représentait 10% des ventes de vins tranquilles au monde, un chiffre continuellement en hausse. (OIV) Ce regain d'intérêt pour le rosé haut de gamme a définitivement attiré plus de vignerons à s'investir dans cette catégorie. Les Rosés Ultra-Premium sont un phénomène récent en Côtes de Provence. Depuis 2006 seulement, Château d'Esclans avec leur Cuvée Garrus a montré le chemin à d'autres en repoussant les limites, du moins au niveau du prix. Un certain style de vie s'est associé au rosé. C'est rose, c'est frais, c'est partout! C'est un synonyme d'été, un excellent remplacement pour la bière et extrêmement en vogue. Il y a même une journée internationale du rosé tous les quatrièmes vendredis de juin, une initiative de l'Organisation internationale du Rosé en Provence. Les événements s'accumulent par exemple l'immense pique-nique rosé (Pinknic) qui a lieu chaque année à New York. Un autre signe de cette montée en popularité est le volume de recherche le concernant sur Google, tendance marquée d'une ascension fulgurante depuis les 5 dernières années.

« Le rosé n'a pas toujours été sous les projecteurs, mais du jour au lendemain, dès que les tout premiers signes de la belle saison arrivent, c'est une vague rosâtre qui nous envahit. »

« Si l'attention à la qualité et les cuvées spéciales on réussit à redonner ses lettres de noblesse au rosé, ce ne sont pas ces vins rares frôlant la barre des 100$ qui représentent la majorité des ventes. »



Source: SAQ

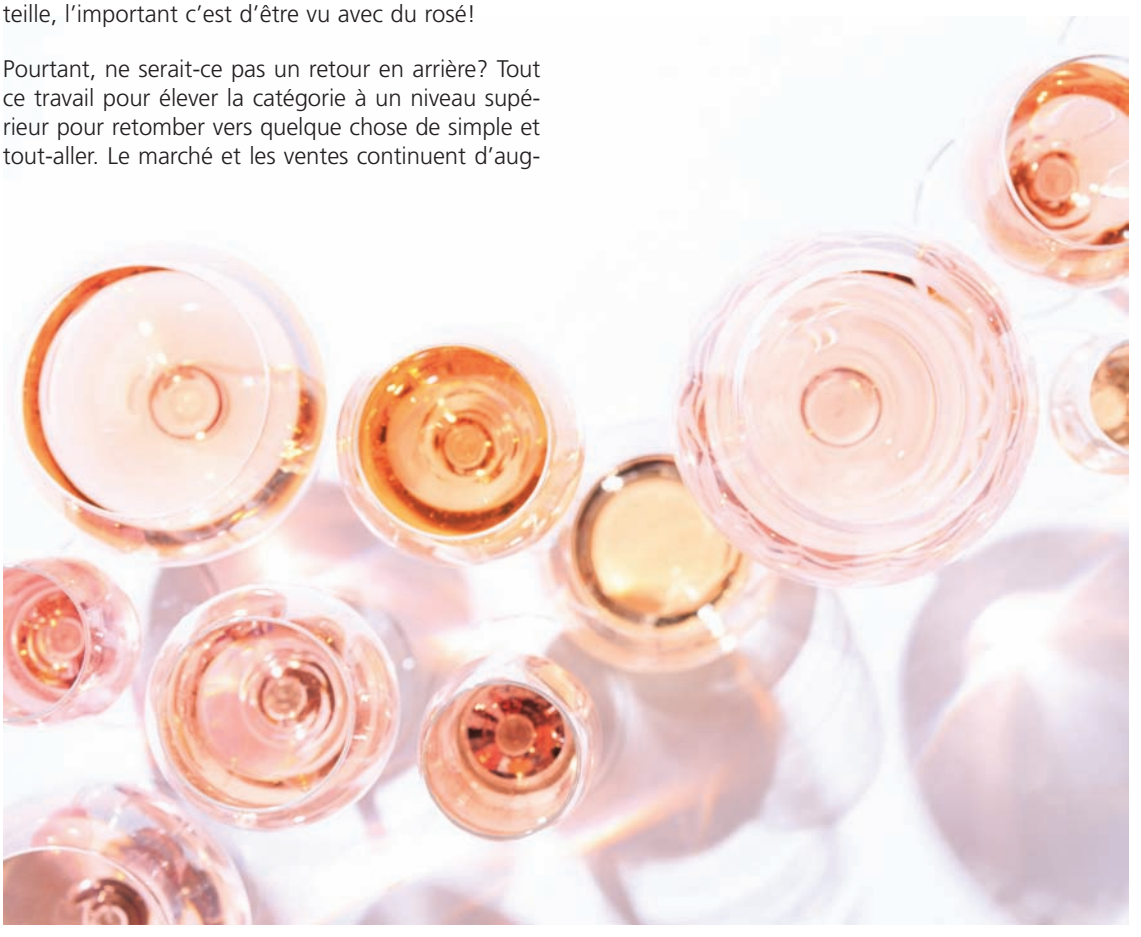
PHASE 3 : L'OBSESSION D'UN STYLE DE VIE #YESWAYROSÉ #ROSÉALLDAY

Si l'attention à la qualité et les cuvées spéciales on réussit à redonner ses lettres de noblesse au rosé, ce ne sont pas ces vins rares frôlant la barre des 100$ qui représentent la majorité des ventes. L'augmentation de la consommation est plutôt entraînée par les milléniaux. L'aspect visuel du Rosé aux couleurs tendres se prête parfaitement au jeu des réseaux sociaux. C'est carrément une obsession sur instagram et il y a une communauté, une niche spécialement dédiée au rosé. Toutefois, ce ne sont pas seulement les jeunes, dans la vingtaine, assoiffés qui ont créé ce mouvement, mais plutôt une combinaison. Le rosé est apprécié autant dans la communauté viticole, par les professionnels, les amateurs de vins; que dans la communauté numérique en tant que style de vie et non de produits de consommation. L'image projetée est plutôt festive et insouciante. Peu importe la qualité de ce que l'on boit, sec ou sournoisement sucré, tranquille ou pétillant, au verre ou carrément à la bouteille, l'important c'est d'être vu avec du rosé!

Pourtant, ne serait-ce pas un retour en arrière? Tout ce travail pour élever la catégorie à un niveau supérieur pour retomber vers quelque chose de simple et tout-aller. Le marché et les ventes continuent d'augmenter mondialement. Toutefois, il inclut maintenant les boissons aromatisées à base de vin, la montée du Moscato, les nouveaux termes inventés comme le Frosé ou le Brosé (Rosé pour homme). Les statistiques mondiales et locales montrent déjà un ralentissement au niveau de ce marché, depuis 2016 pour le Québec, et il y aura certainement des contrecoups.

En 2009, le ministère de l'Agriculture de l'Union européenne avait suggéré un projet visant à permettre la production de rosé à partir d'un mélange de vins rouges et blancs, comme il n'est permis qu'en Champagne pour la zone euro. Celui-ci a été abandonné promptement. Les producteurs européens de rosé traditionnel ayant protesté vigoureusement, insistant sur le fait que le programme porterait atteinte à l'image de qualité du rosé. Une image qui reste fragile pour l'instant. On peut facilement remarquer qu'il y a un décalage entre ce vin devenu populaire et la sommellerie, où l'approche du rosé demeure accessoire. Les cartes des vins n'y accordent pas une grande importance et l'enseignement le concernant reste basique et marginal. Le nouveau style « rosé de piscine » pourrait réussir à ternir l'image du rosé, sinon une certaine dualité pourrait s'instaurer. Il reste que pour l'instant, la place du rosé est encore incertaine : à notre table, en accord avec les mets les plus délicats ou seulement à la piscine en accord avec des flamants roses et des licornes gonflables. ■

« On peut facilement remarquer qu'il y a un décalage entre ce vin devenu populaire et la sommellerie, où l'approche du rosé demeure accessoire. Les cartes des vins n'y accordent pas une grande importance et l'enseignement le concernant reste basique et marginal. »



Peindre une chambre :
6 heures

Établir votre préadmissibilité[1] à une hypothèque :
60 seconds

Certaines tâches liées à l'achat d'une maison demandent du temps. Cela ne devrait pas être le cas pour la préadmissibilité à une hypothèque. Obtenez en 60 secondes une estimation personnalisée du montant que vous pouvez vous permettre de payer pour une maison à l'aide de l'outil Accessibilité réelle à la propriété RBC^MC^.

Renseignez-vous sur notre taux hypothécaire promotionnel du printemps[2]

Passez en succursale ou composez le **1-800 ROYAL®1-1 (1 800 769-2511)**

rbc.com/60secondes

[1] L'outil Accessibilité réelle à la propriété fournit une estimation du montant de l'hypothèque auquel vous pourriez être admissible auprès de nous en fonction de l'exactitude et de l'exhaustivité des renseignements fournis. Il est fourni uniquement à des fins d'information générale et ne constitue pas un conseil précis d'ordre financier ou autre. Aucune condition de financement ne doit être exclue en fonction des résultats obtenus à l'aide de l'outil Accessibilité réelle à la propriété. Ce n'est pas une approbation ou une préapprobation d'hypothèque. Vous devrez soumettre une demande distincte d'approbation ou de préapprobation d'hypothèque et un rapport de solvabilité complet. Il s'agit d'une indication d'admissibilité à une hypothèque, visant uniquement des propriétés résidentielles unifamiliales occupées par le propriétaire. Les travailleurs autonomes ou les personnes intéressées par une hypothèque non résidentielle doivent s'adresser à un conseiller en prêts hypothécaires de RBC®. Veuillez vous adresser à votre expert-comptable ou à d'autres conseillers professionnels avant de prendre une décision définitive, afin de vous assurer que la stratégie choisie répond à l'ensemble de vos besoins financiers et que votre situation personnelle a été prise en compte. La Banque Royale du Canada ne donne aucune garantie et ne fait aucune déclaration explicitement ou implicitement à l'égard des renseignements ou résultats liés au présent outil. La Banque Royale du Canada ne pourra être tenue responsable de dommages ou de pertes qui pourraient survenir à la suite d'une erreur ou d'une omission dans les renseignements ou les résultats, ou des mesures ou des décisions que vous pourriez prendre sur la foi de tels renseignements ou résultats.

[2] Au Québec, l'offre s'applique uniquement aux propriétés situées au Québec et aux nouvelles hypothèques résidentielles à taux fixe et à échéance fixe ou à taux variable et à échéance fixe de 1 à 10 ans. Ailleurs au Canada, l'offre s'applique uniquement aux nouvelles hypothèques résidentielles à taux fixe et à échéance fixe de 4 ans et de 5 ans. La garantie de taux est valable pour une période maximale de 120 jours suivant la date de la demande, après quoi la garantie de taux d'intérêt prend fin. Cette offre ne s'applique pas aux hypothèques avec avances progressives à la construction ni à la modification d'un prêt hypothécaire actuel de la Banque Royale du Canada, notamment une opération de transport, un décaissement de fonds supplémentaires, un renouvellement, un nouveau segment hypothécaire dans le cadre d'une Marge Proprio RBC® ou un transfert d'une hypothèque de la Banque Royale du Canada à une Marge Proprio RBC. D'autres conditions peuvent s'appliquer. Les taux hypothécaires promotionnels du printemps sont des taux réduits et ne sont pas les taux affichés de la Banque Royale du Canada. Par « taux affiché », il faut entendre le taux d'intérêt affiché par la Banque Royale du Canada pour ses hypothèques résidentielles. Cette offre peut être modifiée, retirée ou prolongée à tout moment sans préavis. Cette offre ne peut être jumelée ou combinée qu'à certaines autres offres de la Banque Royale du Canada. Pour être admissibles, les demandes d'hypothèque doivent mener à une préapprobation ou à une approbation hypothécaire écrite avec garantie de taux d'intérêt débutant le 2 février 2018 (Québec), le 23 février 2018 (Alberta), le 2 mars 2018 (Colombie-Britannique) ou le 2 avril 2018 (reste du Canada) et se terminant le 7 juillet 2018 inclusivement. Les fonds hypothécaires doivent être décaissés dans les 120 jours suivant la date d'effet de la garantie de taux. Consultez votre conseiller en prêts hypothécaires RBC pour plus de détails.

® / ^MC^ Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada. Les produits de financement personnel et les hypothèques résidentielles sont offerts par la Banque Royale du Canada sous réserve de ses critères de prêt standards de RBC.

113117 (02/2018)

LE HONDURAS
TRÉSORS ARCHÉOLOGIQUES, JUNGLE ET RÉCIF DE CORAIL

Au milieu de l'isthme de l'Amérique centrale, le Honduras a pour voisins immédiats le Nicaragua, le Guatemala et le Salvador. Il partage le golfe du Honduras avec le Belize, situé en face, au nord-ouest. Au sud-est du pays, le golfe de Fonseca donne sur l'océan Pacifique. La mer des Caraïbes représente une richesse inestimable pour les Honduriens, avec son magnifique archipel des Islas de la Bahia, les îles de la Baie. Ces îles ont été marquées par les Espagnols, Anglais et Néerlandais qui s'y sont successivement arrêtés, voire installés, mais surtout par les nombreux passages des pirates et des boucaniers. Ceux-ci laissent aujourd'hui la place aux plongeurs du monde entier car les fonds sous-marins y sont de toute beauté, avec des récifs coralliens réputés, notamment aux abords de l'île de Roatan.

Autre richesse du Honduras, son patrimoine archéologique exceptionnel, avec le site maya de Copan, à l'ouest du pays, tout près du Guatemala. Stèles et autels, escalier aux pétroglyphes… L'acropole, les temples et les tombeaux, bâtis dans une vallée recouverte par la jungle, semblent n'attendre que les visiteurs aux âmes d'explorateurs. Des paysages divers composent d'ailleurs le tableau hondurien : plaines côtières et vallées fertiles à l'approche de la mer des Caraïbes, qui font l'objet de cultures; îles et volcans dans le golfe de Fonseca; cayes des Caraïbes; montagnes des cordillères et jungle tropicale.

En outre, la capitale Tegucigalpa, la « Montagne d'argent », ne manque pas d'attraits, avec de beaux monuments, tels la cathédrale baroque du XVIIe siècle, l'ancienne université qui abrite aujourd'hui un musée, le Parlement ou encore l'église San Francisco du XVIe siècle. Le Honduras est donc un pays qui mérite d'être exploré, sous toutes les coutures…

GÉOGRAPHIE

Situé dans le triangle nord de l'Amérique centrale, avec le Guatemala et le Salvador, le Honduras bénéficie d'un accès à deux océans : l'océan Pacifique, via le golfe de Fonseca au sud, et l'océan Atlantique, par la mer des Caraïbes au nord.

Le pays est divisé en 18 départements. Les forêts recouvrent la majeure partie du territoire, en raison du climat tropical et, sur la côte nord-est, elles prennent la forme de mangroves. Dans les régions centrales, les montagnes d'origine volcanique (le Cerro Las Minas est le mont le plus élevé, 2 870 m) alter-

nent avec de profondes vallées, parcourues par des rivières dont les crues provoquent régulièrement des inondations et des éboulements pendant la saison des pluies. Dans les plaines côtières, les terres fertiles permettent la culture de bananes, de la canne à sucre, de maïs, sorgho et riz, entre autres.

Dans la mer des Caraïbes, le département des îles de la Baie (Islas de la Bahia, dont les trois îles principales sont Utila, Roatan et Guanaja) forme un archipel aux belles plages de sable blanc, très prisé des plongeurs car les récifs coralliens renferment des trésors de faune et de flore encore peu explorés. La Réserve de la biosphère Rio Platano (patrimoine mondial Unesco), dans la région de Mosquita au nord-est du pays, protège une forêt tropicale en danger (l'acajou est menacé, notamment à cause des coupes de bois illégales), et une faune variée en reptiles (crocodiles, tortues), mais aussi en oiseaux (377 espèces) et mammifères, tapir, jaguar, ocelot et pumas, pour ne citer que ceux-ci.

POPULATION ET CULTURE

Les traces archéologiques au Honduras, remontant à plusieurs millénaires avant notre ère, démontrent l'ancienneté et la richesse culturelle d'un pays très bien organisé avant l'arrivée des Européens, dans les premières années du XVIe siècle. Le site maya de Copan, proche du Guatemala, est connu pour ses stèles et son bel escalier orné de pétroglyphes. Dans les musées de Copan, vous pourrez aussi voir exposées des sculptures, des céramiques, des œuvres et de l'artisanat mayas, ainsi que d'intéressantes reconstitutions du site.

Le Honduras a été colonisé par les Espagnols pendant plus de 300 ans (1502-1821). Par ailleurs, les ressources minières du pays, en particulier l'or, ont attiré les pirates anglais et néerlandais aux XVIe et XVIIe siècles. Ce passé a donné lieu à une descendance métissée à 90 %, au Honduras, cependant, des groupes ethniques prédominent dans certaines régions, comme les Garifunas sur la côte caraïbe, ou les Lencas, près du Salvador. L'espagnol est la langue utilisée par les Honduriens, même si les ethnies indigènes parlent également leurs propres dialectes.

Majoritairement catholiques, avec toutefois une progression de l'église évangéliste, les Honduriens ont hérité d'un patrimoine religieux caractéristique de l'Espagne : à Tegucigalpa, la cathédrale baroque (XVIIIe siècle) et l'église San Francisco (XVIe siècle), mais aussi autour de la capitale, avec la Vierge de Suyapa, sainte patronne du Honduras, visible à la basilique de Suyapa. La pittoresque et charmante ville de Santa Lucia, à une douzaine de kilomètres de la capitale, illustre le passé colonial du pays. Le Honduras devient indépendant en 1821, et après une vie politique mouvementée, est aujourd'hui une république.

Côté cuisine, vous retrouverez la gastronomie latino-américaine avec les tortillas et les enchiladas, et découvrirez peut-être une recette datant de plus de 5 000 ans, celle des tamales de elote : ces crêpes de maïs, remplies de farce sucrée ou salée, sont cuites à la vapeur, roulées en papillotes dans des feuilles d'épi de maïs ou de bananiers. Le plat national hondurien demeure cependant le curile, sorte de bouillon de fruits de mer. Plus simplement, vous serez sans doute ravis de savourer des fruits et légumes tropicaux dans leur pays d'origine, car au Honduras, les avocats, mangues, papayes, ananas et bananes ont la valeur inestimable du goût véritable et de la fraîcheur…

CLIMAT

Le Honduras jouit d'un climat tropical : chaud et humide, ce climat favorise une végétation luxuriante, des forêts de jungle et des zones de mangrove en région côtière. Le littoral, notamment la côte atlantique au nord, subit plus régulièrement des précipitations et la moyenne annuelle de températures est plus élevée que dans les terres, allant de 20 °C à 40 °C, avec un taux d'humidité parfois étouffant.

En revanche, à l'intérieur du pays, l'altitude tempère le climat tropical : les températures oscillent entre 15 °C et 20 °C, et la pluie tombe moins régulièrement. On distingue deux saisons, un été sec, de novembre à avril, et un hiver pluvieux. D'avril-mai à octobre, c'est donc la saison des pluies, touchant en particulier le littoral de l'océan Atlantique (mer des Caraïbes) et la côte pacifique (golfe de Fonseca).

Les plaines côtières subissent des inondations parfois destructrices. D'autre part, le Honduras peut être frappé par les ouragans, principalement en octobre.

Ainsi, il est fréquent d'observer une différence de 5 °C entre les températures de la capitale Tegucigalpa (à 1 000 m d'altitude) et de La Ceiba (au bord de la mer des Caraïbes) au profit de cette dernière, ainsi que de gros écarts pluviométriques : 400 mm de pluie en décembre à La Ceiba pour seulement 10 mm le même mois à Tegucigalpa.

VOYAGE SUR MESURE AU HONDURAS

Cédez à l'immersion au cœur d'un pays injustement méconnu… le Honduras possède les richesses naturelles du Costa Rica, les trésors archéologiques du Guatemala et les plages du Belize, tous réunis sur son petit territoire. Mais la petitesse s'arrête là, tant les découvertes qui vous attendent seront sans limites!

Partez à la rencontre d'un Honduras magique qui se présente sous ses plus beaux aspects : ruines mayas, ethnies, jungle et enfin de sublimes plages caribéennes! Nous avons joué la carte de la variété tout au long de ces deux semaines : vous débuterez par les stèles millénaires du site maya de Copan qui trouvent aujourd'hui un écho moderne dans l'artisanat local des petits villages, avant de vagabonder dans des paysages sublimes à contempler sans retenue, en bateau dans la mangrove ou en rando dans la forêt tropicale, et les parcs nationaux où quantité d'activités ludiques et sportives vous attendent.

Pour vous remettre de ces émotions, direction les îles frangées de corail d'Utila et Roatan. C'est là qu'il vous faudra déployer tous vos talents de plongeurs pour admirer des fonds sous-marins uniques au monde par leur richesse et leurs couleurs, à moins que vous ne préfériez bronzer tranquillement un cocktail à la main sur les plages immaculées?

N'hésitez pas à contacter un conseiller spécialiste Uniktour du Honduras pour plus d'informations sur ce voyage sur mesure!

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

À NE PAS MANQUER DANS LE PROCHAIN NUMÉRO :

LE CANCER

LE PATIENT ACCEPTE LES PETITES ANNONCES

Jean-Paul Marsan
(514) 737-9979
jpmarsan@sympatico.ca

REP Communication inc.
Ghislaine Brunet,
Directrice des ventes
(514) 762-1667 poste 231 / gbrunet@repcom.ca

LISTE DE MÉDICAMENTS

Un outil précieux en cas de besoin !

Les patients peuvent en tout temps se procurer la liste complète de leurs médicaments et allergies auprès de leur pharmacien affilié à Jean Coutu.

Que ce soit chez le médecin ou en situation d'urgence, avoir à portée de main un résumé à jour du dossier d'ordonnances peut être fort utile.

Un outil gratuit qui favorise une meilleure collaboration entre médecins, pharmaciens et patients grâce au partage de l'information !

Ce service est offert par les

PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

affiliés à Jean Coutu

PLUS DE **40 ANNÉES**
D'EXCELLENCE CLINIQUE

SOLUTIONS DE CLASSE PROFESSIONNELLE EN IMAGERIE MOLÉCULAIRE

OVER **40 YEARS**
OF CLINICAL EXCELLENCE

ENTERPRISE CLASS SOLUTIONS FOR MOLECULAR IMAGING

www.hermesmedical.com - info@hermesmedical.com