

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DE TOUS LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

**L'ÉCHOGRAPHIE
DURANT LA GROSSESSE :
UNE FENÊTRE SUR
LA MÈRE ET LE FŒTUS**

**ENDOMÉTRIOSE :
L'ÉTAT DES LIEUX EN 2019**

**LA MIGRAINE TRAITÉE
PAR DES ANTICORPS :
UNE PERCÉE SCIENTIFIQUE MAJEURE**

**LES AVANCÉES
MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES**

DÉCEMBRE 2018
VOL 12 • NO 5

5,95\$



Société canadienne des postes. Envoi de publications
canadiennes. Contrat de vente n°4001180.

Le programme



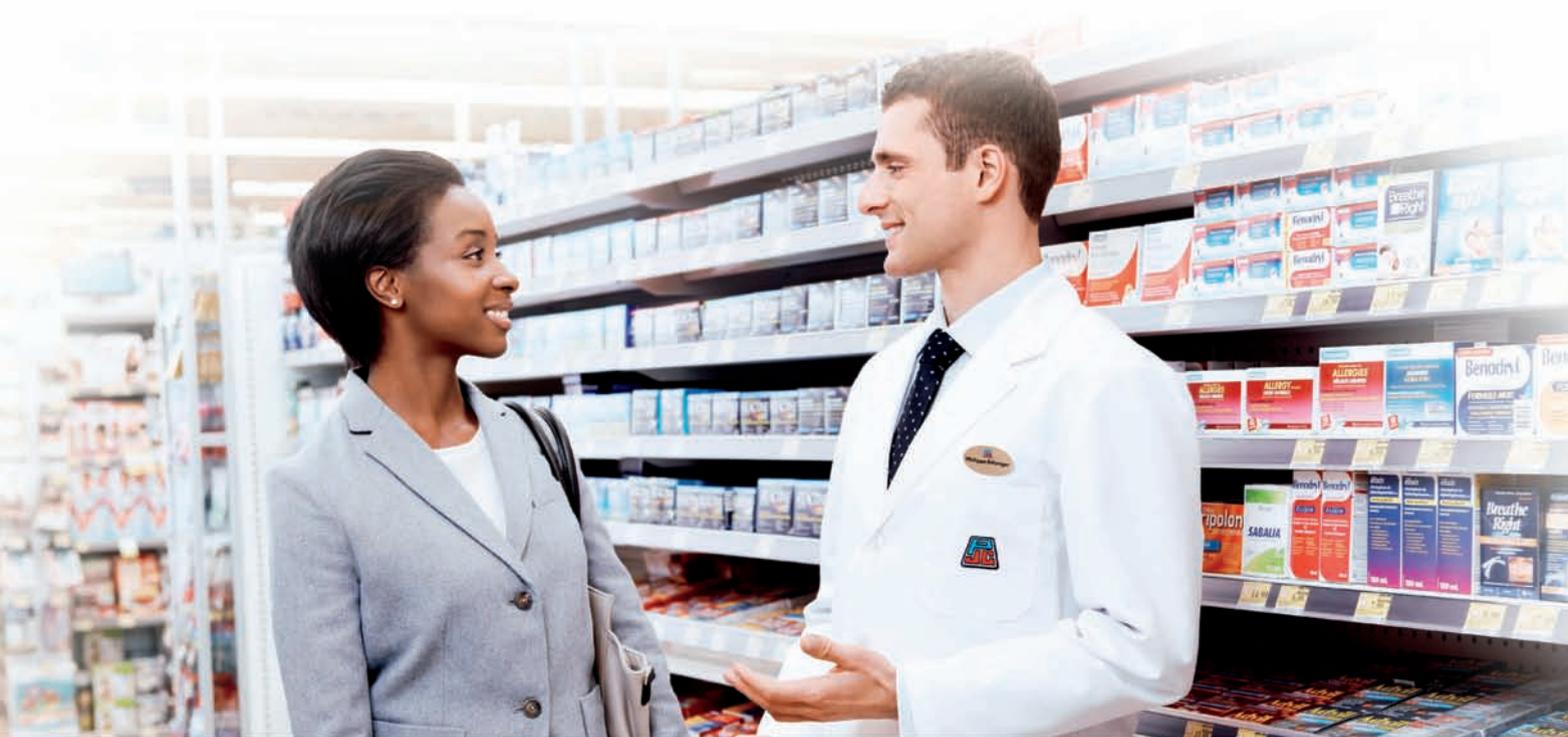
L'outil idéal qui permet aux patients de s'assurer de la gestion optimale de leur pression artérielle.

Destiné aux patients, mais aussi utile pour les professionnels de la santé !

Avec ce programme, le patient peut partager directement ses données de pression artérielle avec son pharmacien et peut autoriser son médecin à consulter rapidement ses résultats en lui fournissant son *Code d'accès personnel*.

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

« Ensemble pour la surveillance de la pression artérielle »



Ce service est offert par les pharmaciens propriétaires affiliés à  **Jean Coutu**

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

www.communimedia.ca

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 ARTICLE RETOUR SUR LE PRIX HIPPOCRATE

10 L'ÉCHOGRAPHIE DURANT LA GROSSESSE : UNE FENÊTRE SUR LA MÈRE ET LE FOETUS

14 ENDOMÉTRIOSE : L'ÉTAT DES LIEUX EN 2019

18 LA MIGRAINE TRAITÉE PAR DES ANTICORPS : UNE PERCÉE SCIENTIFIQUE MAJEURE

20 MIEUX COMPRENDRE ET TRAITER SA CELLULITE

24 LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

26 LA SURDITÉ SUBITE : UNE URGENGE MÉDICALE

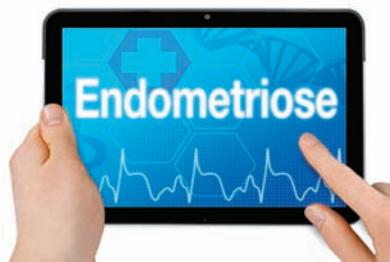
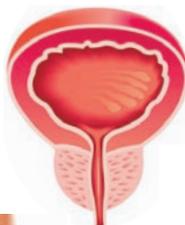
30 COMMENT DIMINUER LES IMPACTS DE LA PERTE AUDITIVE

32 HYPROCURE

34 UNE ZONE DE TURBULENCE

36 ÉLARGISSEZ VOS HORIZONS DE PLACEMENT

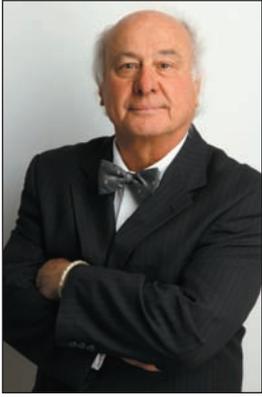
40 MADÈRE : VÉRITABLE JARDIN FLOTTANT



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



François Lamoureux,
M.D., M. Sc.

« À partir de la cinquantaine, 80 % des hommes amorceront un début d'hypertrophie de la prostate et, après 80 ans, la totalité des hommes aura une hypertrophie bénigne de la prostate. Celle-ci sera plus marquée chez certains avec des manifestations qui nécessiteront des interventions pharmacologiques ou chirurgicales. »

LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES



LA PROSTATE À quoi sert donc cette glande?

Il s'agit d'une glande que seul l'homme possède. En effet, la prostate, cette glande fibromusculaire située sous la vessie et en antérieur de l'ampoule rectale, accompagne l'homme tout au long de sa vie. Elle peut devenir, passé la cinquantaine, une source de soucis et de désagréments.

D'un poids à l'âge adulte d'environ 25 grammes, elle amorce une croissance rapide à la puberté sous l'effet des androgènes, soit la testostérone, provenant des testicules et des surrénales. Tout au long de la vie, elle continuera à grossir. À partir de la cinquantaine, 80 % des hommes amorceront un début d'hypertrophie de la prostate et, après 80 ans, la totalité des hommes aura une hypertrophie bénigne de la prostate. Celle-ci sera plus marquée chez certains avec des manifestations qui nécessiteront des interventions pharmacologiques ou chirurgicales. Comme on peut le découvrir dans l'article du professeur Fred Saad à la page 16.

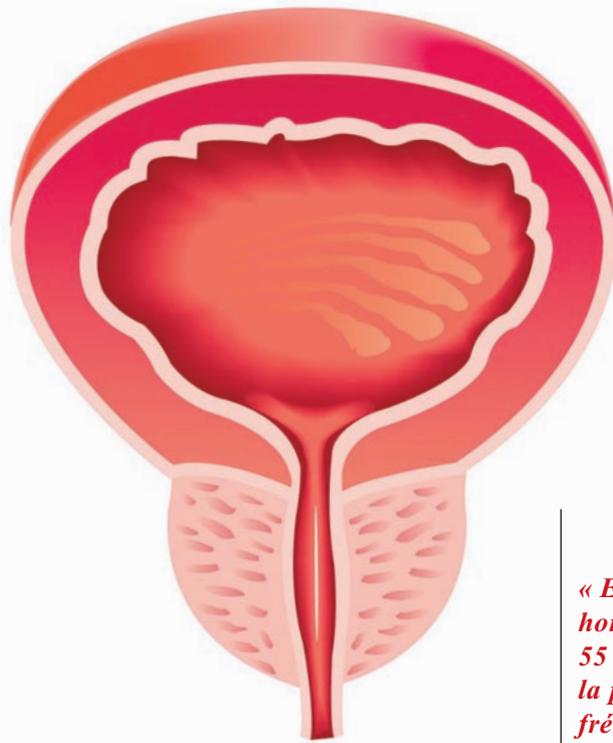
Chez les individus castrés, il ne peut y avoir d'hypertrophie bénigne de la prostate. C'est donc une glande hormono-dépendante androgénique.

Dans d'autres occasions, une inflammation de la glande, parfois d'origine bactérienne, se manifestera sous forme aiguë ou chronique : c'est la prostatite. On peut retrouver sans cause précise ce phénomène de prostatite chez de jeunes hommes âgés de 30 à 40 ans. Dans ces deux situations, le patient devra être pris en charge par son médecin.

Enfin ce que redoute tout homme qui avance en âge, c'est la découverte d'un cancer de la prostate. En effet chez les hommes de plus de 55 ans, le cancer de la prostate est le plus fréquent après le cancer du côlon. Ce cancer peut être fulminant chez une faible majorité d'hommes (environ 3% des cas) et mettre fin à la vie d'un homme, demeurer latent pendant des années sans aucune manifestation clinique, ou encore se développer progressivement. On estime qu'un homme sur deux âgé de plus de soixante ans a des cellules cancéreuses à la prostate.

Alors, cette fameuse glande en quoi sert-elle à l'homme? Est-elle utile malgré ses potentiels désagréments?

D'abord, c'est une glande fibromusculaire située sous la vessie et à travers de laquelle passent deux conduits. Le premier, l'urètre, qui relie la vessie au pénis assure l'écoulement de l'urine, l'autre est le canal éjaculateur qui permet l'éjaculation du sperme provenant des testicules et des glandes séminales. La prostate, par ces deux conduits, assure soit la continence ou la fécondité de l'homme. En effet, la prostate évite la perte incontrôlée d'urine et dirige l'éjaculat dans la bonne direction en évitant l'éjaculation à rebours, c'est-à-dire en rétrograde, dans la ves-



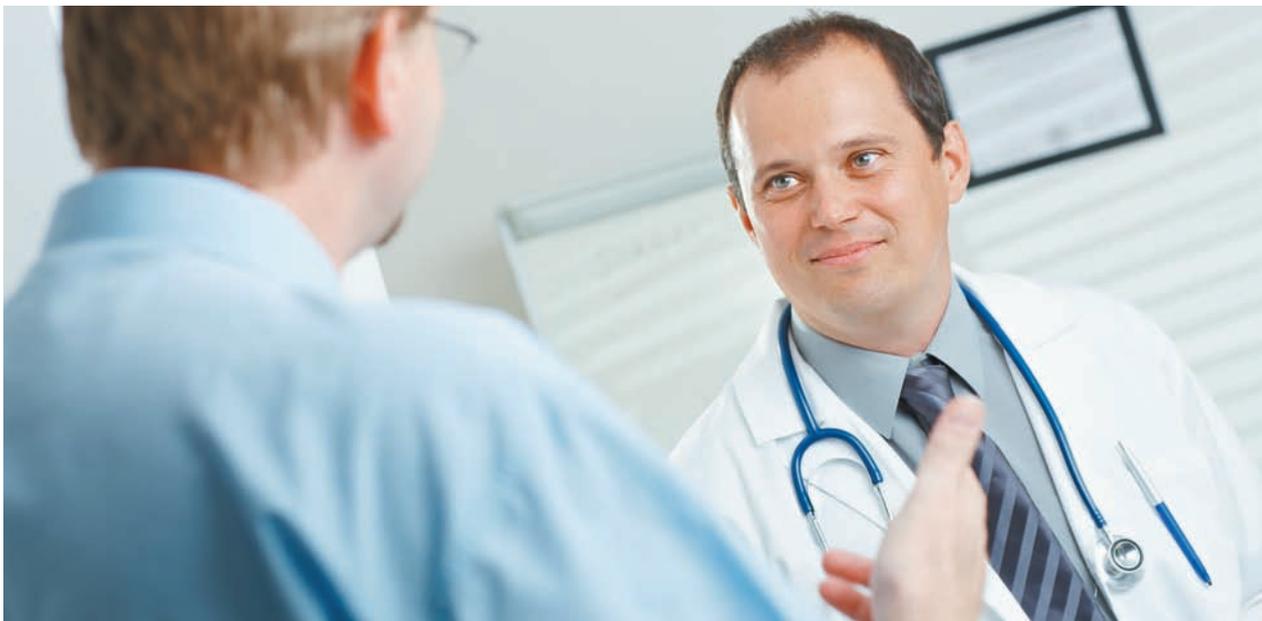
sie. À la manière d'un clapet, il assure au bon moment soit l'évacuation de l'urine, soit l'évacuation du sperme.

Une bonne prostate est fort utile à l'homme, mais une mauvaise prostate peut lui causer de forts soucis et mettre précocement fin à sa vie.

Heureusement, aujourd'hui, les médecins urologues peuvent, dans la majorité des cas, soulager même guérir ou réduire considérablement les effets nocifs de ces trois scélérats de la prostate que sont la prostatite, l'hypertrophie bénigne de la prostate et le cancer de la prostate.

Être un homme a son intérêt, mais sa prostate peut être imprévisible... elle mérite donc qu'on l'ait à l'œil. ■

« En effet chez les hommes de plus de 55 ans, le cancer de la prostate est le plus fréquent après le cancer du côlon. Ce cancer peut être fulminant chez une faible majorité d'hommes (environ 3% des cas) et mettre fin à la vie d'un homme, demeurer latent pendant des années sans aucune manifestation clinique, ou encore se développer progressivement. »



RETOUR SUR LE PRIX HIPPOCRATE 2018 : CÉLÉBRER L'EXCELLENCE DES SOINS

par Fadwa Lapierre



C'est devenu une tradition. Depuis huit ans, le Prix Hippocrate réunit des professionnels de la santé qui croient à l'adage « Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin ». Ces passionnés ont choisi la voie de l'innovation, bravant les conventions établies pour le bien des patients. L'interdisciplinarité des soins vit une période faste au Québec. Elle réussit à s'imposer grâce à des figures d'exception qui ont une vision et qui se dévouent pour la réaliser.

C'est devant une salle comble de plus de 200 convives au chic Ritz-Carlton que la remise de prix a eu lieu l'automne dernier. Pour M. Jean-Paul Marsan, pharmacien retraité émérite et

fondateur du Prix Hippocrate, cette soirée a une signification toute particulière.

« Avec cet événement, on abat les silos existants du domaine de la santé. Il suffit de voir la diversité des professionnels assis à une même table, c'est unique, se réjouit-il. Les gens partagent leur expertise avec fierté. On souligne le travail de ces leaders qui ont su convaincre leurs pairs de mettre leurs efforts en

commun. Ses équipes interdisciplinaires sont des exemples à suivre. »

Ce n'est pas le fruit du hasard si la présidence d'honneur du Gala était assurée par M. Claude Chevalier, fondateur et président du conseil de BioK Plus International. Ce dernier a joué un rôle précurseur et déterminant dans l'interdisciplinarité en combinant les ressources de la science pharmaceutique aux idéaux de l'industrie des produits alimentaires, il y a plus de 20 ans! Son entreprise familiale poursuit par ailleurs les recherches et le développement dans un souci d'innovation. M. Chevalier fut très heureux de constater l'audace et la ténacité dont ont fait preuve les gagnants pour offrir de meilleurs soins aux patients.

Le jury expérimenté était composé de ses coprésidents, Dr Charles Bernard, président du Collège des médecins du Québec, M. Bertrand Bolduc, président de l'Ordre des pharmaciens du Québec et Mme Lucie Tremblay, présidente de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, ainsi que de ses membres, Dr Jean-Bernard Trudeau, secrétaire adjoint au Collège des médecins du Québec, M. Patrick Boudreault, directeur des affaires externes et du soutien professionnel de l'Ordre des pharmaciens du Québec et M. Denis Leclerc, président de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. Après des délibérations rigoureuses, fidèles à la qualité des dossiers reçus, ils ont récompensé trois projets aussi marquants que variés.

TABLE D'HONNEUR

En haut de gauche à droite :

M. Claude Chevalier,
Président du Conseil et fondateur
de Bio-K Plus International inc.;

Mme. Lucie Tremblay,
Présidente de l'Ordre des infirmières
et infirmiers du Québec;

M. Bertrand Bolduc,
Président de l'Ordre des
pharmaciens du Québec.

En bas de gauche à droite :

Dr Martin Juneau,
cardiologue et grand gagnant
du Prix Hippocrate 2018;

Dr Charles Bernard,
Président du Collège
des médecins du Québec;

M. Jean-Paul Marsan,
pharmacien retraité émérite et
fondateur du Prix Hippocrate;

M. François J. Coutu,
président du Groupe Jean Coutu.





Grand gagnant Prix Hippocrate 2018 : Centre ÉPIC, Institut de cardiologie de Montréal

Le plus grand centre de prévention cardiovasculaire au Canada vient de fêter ses 50 ans. L'équipe pilotée par le cardiologue Dr Martin Juneau propose une panoplie de programmes autour de l'exercice physique tant dans un objectif de bonne condition physique que de rétablissement. Il rêve que ce modèle soit inclus dans divers centres hospitaliers.



Médaille Mention honorable Prix Hippocrate 2018 : Clinique Ados + CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

L'équipe de l'omnipraticienne Dr Manon Duchesne de la Clinique Ados+ au sein du Groupe de Médecine Familiale Universitaire de Verdun (GMF-U) offre un filet primordial aux jeunes du Sud-Ouest-Verdun en difficulté qui n'ont pas de médecin de famille. Grâce à ce projet pilote, le suivi est simplifié et personnalisé, un soutien qui fait la différence.



Médaille Mention honorable Prix Hippocrate 2018 : Protocole d'intervention lavallois en santé mentale Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

L'équipe de Carol Ladouceur, directrice du programme santé mentale et dépendance du CISSS

Laval, s'est donnée comme complexe mission de s'assurer que les droits des personnes vulnérables ayant commis un délit soient respectés dans une orientation de dignité, d'accessibilité aux soins et de réduction des méfaits.

Le sculpteur Jean-Michel Simard est l'artiste derrière la magnifique statuette de bronze du Prix Hippocrate.

Les discussions animées des participants du Gala laissent présager que d'autres projets verront le jour, inspirés par les réalisations présentées!

Rendez-vous au prochain gala du Prix Hippocrate le 12 septembre 2019 à l'hôtel Ritz-Carlton sous la présidence d'honneur de M. Frédéric Fasano, directeur général de Servier Canada et président du conseil d'administration de Médicaments novateurs Canada, un secteur où l'interdisciplinarité a fait ses preuves et a amélioré la vie de milliers de patients. ■



NOS PARTENAIRES PRÉSENTS :

PLATINE

Bio K Plus International

OR

**Abbvie - Le Groupe Jean Coutu
Banque Royale du Canada - Servier**

BRONZE

**L'Ordre des pharmaciens du Québec
Le Collège des médecins du Québec
L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
AQPP - APES - GlaxoSmithKline
Merck - Sanofi - Pfizer
Novartis - CHUM
Médicaments Novateurs Canada
Financière Sun Life - Cain Lamarre
La Personnelle**

APPEL DE CANDIDATURES

ATTRIBUTION DE LA NEUVIÈME ÉDITION DU PRIX HIPPOCRATE PAR LE MAGAZINE LE PATIENT

Le Prix Hippocrate est attribué à une équipe de professionnels de la santé du Québec afin de rendre hommage et honorer leurs activités interdisciplinaires dans le domaine de la santé, et ce pour le plus grand bien de leurs patients.

Le Prix Hippocrate 2019

Les candidatures seront examinées par un jury formé de représentants du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des pharmaciens du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.

Veillez soumettre votre candidature **avant le 6 mai 2019**. S.V.P., veuillez rédiger votre soumission sur un maximum de quatre pages en complétant les points suivants :

- **TITRE ET DESCRIPTION DU PROJET**
- **CHEF DE L'ÉQUIPE**
- **BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS**
- **NOMS DES PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS AVEC ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE**

CRITÈRES DE SÉLECTION

- **PROJET INNOVATEUR**
- **PERTINENCE ET IMPORTANCE**
- **IMPORTANCE DE L'INTERDISCIPLINARITÉ**
- **DONNÉES PROBANTES DE SUPPORT**
- **RÉSULTATS INTÉRESSANTS**
- **DIFFUSION/PUBLICATION DES RÉSULTATS**
- **QUALITÉ DE LA PRÉSENTATION**
- **INTERVENTION SUR LE TERRAIN**



Le Prix Hippocrate

Le magazine Le Patient à :

jpmarsan@sympatico.ca

OU

rlca@qc.aira.com

La remise des Prix Hippocrate aura lieu à Montréal le 12 septembre 2019 à l'occasion d'un dîner gala à l'Hôtel Ritz Carlton de Montréal

9^e SOIRÉE GALA DU PRIX HIPPOCRATE



Frédéric Fasano

Il nous fait plaisir de vous informer que la soirée gala du neuvième Prix Hippocrate aura lieu jeudi le 12 septembre 2019 à l'hôtel Ritz Carlton de Montréal sous la présidence d'honneur de monsieur Frédéric Fasano, directeur général de Servier Canada.



Frédéric Fasano a été nommé directeur général de Servier Canada en 2011. Actuellement à Laval (Québec), M. Fasano a plus de 20 ans d'expérience dans des postes de direction au sein de filiales internationales de Servier, y compris sept ans en Europe (France, Italie) et deux ans en Amérique latine (Brésil, Argentine).

Sous sa direction, Servier Canada a réussi à accroître son engagement dans le paysage des sciences de la vie du Canada. En 2014, Servier a inauguré son nouveau complexe de Laval, au Québec, qui abrite le Centre d'excellence en recherche clinique et le Centre national de formation professionnelle. Ce nouveau centre soutient la croissance des activités de Servier dans tout le Canada.

La preuve du vif engagement de M. Fasano dans le paysage canadien des sciences de la vie n'est plus à faire : il préside le conseil d'administration de Médicaments novateurs Canada et il est membre du conseil d'administration de Montréal InVivo. L'une de ses réalisations remarquables dans la croissance du secteur des sciences de la vie au Canada a été la création d'une entreprise de biotechnologie, ILKOS Therapeutics, dont le siège social est à Laval. Ce partenariat naissant avec les principaux intervenants de la FTQ, les Fonds CTI Sciences de la vie et Servier Canada a donné lieu à un investissement de 21 millions de dollars, par trois partenaires également engagés dans la poursuite du développement clinique d'un médicament novateur qui pourrait constituer une percée clinique majeure dans le traitement des ulcères veineux aux jambes.

M. Fasano est également un conseiller du commerce extérieur de la France et membre de la chambre de commerce française au Canada. Il parle couramment l'anglais, le français et l'italien. Il détient un diplôme en pharmacie de l'Université Paris-Sud XI ainsi qu'un MBA de l'ESSEC Business School. Sa vaste expérience en gestion générale en Europe, en Amérique latine et en Amérique du Nord lui a permis d'établir de solides relations durables avec un large éventail d'intervenants en sciences de la vie, y compris des gouvernements de tout le Canada, des dirigeants d'universités, de centres de recherche, d'autres entreprises de biotechnologie et du secteur des sciences de la vie.





Michele Perillo

Professeur assistant de radiologie, Université McGill
Radiologiste, Hôpital général juif et Centre d'imagerie médicale Clarke



Vincent Pelsser

Professeur assistant de radiologie, Université McGill
Radiologiste, Hôpital général juif et Centre d'imagerie médicale Clarke

L'ÉCHOGRAPHIE DURANT LA GROSSESSE : UNE FENÊTRE SUR LA MÈRE ET LE FŒTUS



INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, les soins prénataux ont grandement progressé, parallèlement à de multiples avancées technologiques. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) fœtale et les tests génétiques permettent d'établir des diagnostics précoces et de plus en plus pointus pour de multiples maladies et anomalies fœtales, permettant une optimisation de la prise en charge prénatale et périnatale. Par contre, l'échographie demeure encore l'une des pierres angulaires du diagnostic prénatal vu son accessibilité, son absence d'effets adverses sur le fœtus et la mère, et son faible coût. L'échographie a un rôle spécifique propre selon le stade de la grossesse, soit au premier, deuxième ou troisième trimestre. Évidemment, l'échographie permet également de diagnostiquer des pathologies qui ne sont pas en lien direct avec la grossesse, comme l'appendicite, colique rénale, cholécystite ou autres.

ÉCHOGRAPHIE DU PREMIER TRIMESTRE

Dans le contexte d'une grossesse normale, l'échographie du premier trimestre peut être effectuée pour dater avec précision l'âge gestationnel et ainsi obtenir la date prévue d'accouchement. Traditionnellement, l'âge gestationnel est déterminé en fonction du premier jour du dernier cycle menstruel. Il n'est par contre pas possible pour certaines femmes de déterminer avec précision cette date. De plus, la méthode traditionnelle présume d'un cycle menstruel régulier de 28 jours et devient imprécise en cas de cycles irréguliers ou de plus de 28 jours.

L'obtention de l'âge gestationnel est optimale lorsque l'échographie est effectuée avant la 14^e semaine de grossesse. En effet, plus l'échographie est effectuée précocement, plus le datisme sera précis. L'estimation la plus précise de l'âge gestationnel est faite en mesurant la longueur crano-caudale (LCC, ou CRL en anglais pour « crown-rump length »), c'est-à-dire la

distance entre le haut de la tête du fœtus et ses fesses (Figure 1). Cette mesure est obtenue sur une image sagittale parfaite. Si l'âge gestationnel estimé par échographie varie de plus de sept jours avec la mesure estimée selon la date des dernières menstruations, alors la date obtenue par l'échographie sera celle qui sera retenue.

Dans certains centres spécialisés, la mesure de la clarté nuchale est également effectuée durant le premier trimestre, et est utilisée comme une des variables pour déterminer le risque d'anomalies génétiques telle la trisomie 21 (syndrome de Down).

Puisque l'échographie n'emploie pas de radiations ionisantes dommageables, elle est très souvent utilisée en première ligne pour une patiente enceinte présentant des saignements vaginaux, des douleurs pelviennes ou d'autres symptômes aigus. Bien qu'un saignement vaginal au premier trimestre puisse résulter d'une multitude de causes, la plus dangereuse d'entre elles en termes de morbidité et mortalité est une grossesse ectopique, c'est-à-dire une grossesse qui s'est implantée et se développe en dehors de l'utérus. Au fur et à mesure que la grossesse ectopique progresse, le risque d'hémorragie massive augmente. Une grossesse ectopique est idéalement diagnostiquée lorsqu'un sac gestationnel et un pôle fœtal sont identifiés en dehors de l'utérus (Figure 2). Malheureusement, pour de multiples raisons, cela n'est pas toujours possible. Une grossesse ectopique est habituellement diagnostiquée vers sept semaines de grossesse ou avant, alors que le pôle fœtal ne mesure que quelques millimètres. De plus, la localisation extra-utérine peut-être très variable, ce qui ajoute au niveau de difficulté du diagnostic. Donc, en pratique clinique, un diagnostic de grossesse ectopique est le plus souvent établi lorsque la cavité endométriale est « vide » (sans sac gestationnel), et que le beta-HCG sanguin augmente.

D'autres causes de saignement du premier trimestre incluent un avortement, une menace d'avortement et un saignement sous-chorionique.

Dans le cas d'une grossesse au-delà de cinq semaines d'âge gestationnel, un sac gestationnel et un pôle fœtal devraient être identifiés. Il est donc raisonnable de présumer qu'une femme enceinte au-delà de cinq semaines de grossesse avec des saignements vaginaux, et dont l'échographie ne permet pas de localiser la grossesse, a soit une grossesse ectopique ou bien un avortement. Il faut prendre en considération que la plupart des femmes se présenteront pour un saignement vaginal avant qu'une échographie de datisme ne soit effectuée, et donc que l'âge gestationnel sera calculé en fonction de la date du début de leur dernière menstruation. Tel qu'énoncé plus haut, beaucoup de femme ne peuvent être certaines de cette date, ce qui entraîne la possibilité de diagnostiquer une grossesse normale très précoce comme étant anormale, et d'administrer un agent abortif non requis tel méthotrexate. Dans de telles circonstances,

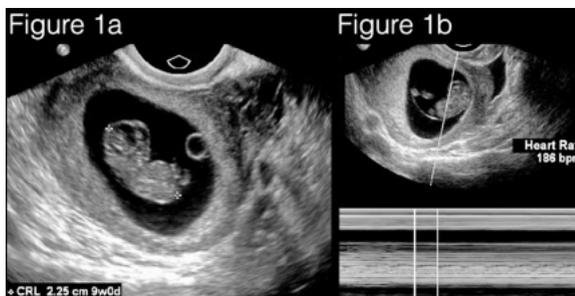


Figure 1. Exemple d'une échographie de datisme du 1er trimestre. La figure 1a montre une grossesse intra-utérine avec un fœtus ayant une LCC de 2.25cm, correspondant à une grossesse de 9 semaines et 0 jour. La figure 1b confirme la présence de battements cardiaques réguliers à 186/minutes.

une corrélation avec le taux de beta-HCG sérié et une échographie de contrôle sont alors nécessaires avant qu'une conclusion définitive ne soit faite. Il faut entre autres savoir que dans le cas d'une grossesse intra-utérine normale, avec un taux de beta-HCG de moins de 1000, le sac gestationnel n'est normalement pas visible dans la cavité endométriale.

Un saignement du premier trimestre peut survenir chez une femme dont l'échographie est normale (grossesse intra-utérine), et dont le col utérin est fermé. Cette condition est appelée menace d'avortement. Ceci survient chez environ 25 % des grossesses, et est associé à un taux de perte fœtale variant de 15 à 50 %. Dans ce contexte, la patiente devrait avoir un suivi clinique rapproché ainsi qu'une autre échographie selon la pertinence clinique.

Finalement, un saignement du premier trimestre peut être expliqué par un hématome sous-chorionique, consistant en une accumulation de sang entre la paroi de l'utérus et la membrane chorionique (Figure 3).

ÉCHOGRAPHIE DU DEUXIÈME TRIMESTRE

L'échographie du 2^e trimestre est effectuée dans le but d'évaluer l'anatomie fœtale. Elle permet d'étudier chaque organe individuellement, en s'assurant qu'il est présent et localisé au bon endroit, et que sa mor-

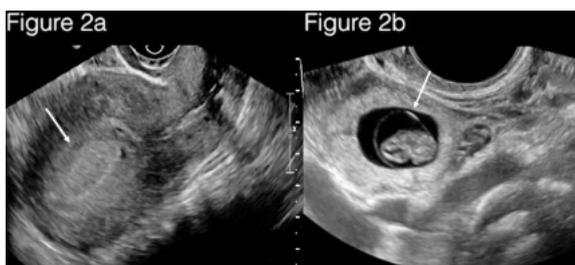


Figure 2. Échographie d'une femme enceinte avec un saignement du 1er trimestre. La figure 2a montre une cavité endométriale "vide" (flèche), sans sac gestationnel. La figure 2b démontre un sac gestationnel avec pôle fœtal (flèche) adjacent à l'utérus, compatible avec une grossesse ectopique.

« L'imagerie par résonance magnétique (IRM) fœtale et les tests génétiques permettent d'établir des diagnostics précoces et de plus en plus pointus pour de multiples maladies et anomalies fœtales, permettant une optimisation de la prise en charge prénatale et périnatale. »



« L'échographie a un rôle spécifique propre selon le stade de la grossesse, soit au premier, deuxième ou troisième trimestre. »

phologie est normale. Par exemple, l'examen pourra confirmer la présence du cœur dans l'hémithorax gauche, que chaque chambre cardiaque a une taille normale et que l'aorte et l'artère pulmonaire sont positionnées adéquatement. Si une anomalie est détectée ou même soupçonnée, la patiente sera référée dans un centre spécialisé pour une échocardiographie fœtale et possiblement une IRM. Le diagnostic prénatal des malformations cardiaques est crucial puisqu'il permet une planification périnatale appropriée. Une chirurgie cardiaque peut dès lors être planifiée dans un environnement contrôlé dans un centre spécialisé, améliorant grandement les chances de survie. Bien qu'une description détaillée de l'évaluation morphologique fœtale au 2^e trimestre est au-delà de la portée de cet article, une évaluation des organes fœtaux et la conduite appropriée en cas de détection sont traitées de la même façon (Figure 4).

L'échographie du 2^e trimestre est très utile pour détecter des signes secondaires d'anomalies génétiques ou chromosomiques. Ceci inclut la présence d'un point

cardiaque hyperéchogène, une échogénicité accrue de l'intestin, des kystes du plexus choroïde, etc. La présence de ces marqueurs, en combinaison avec d'autres facteurs, peut justifier des tests prénataux de détection d'anomalies chromosomiques plus invasifs telle une amniocentèse ou bien une biopsie chorionique.

L'échographie évaluera également la quantité de liquide amniotique. Une quantité trop importante de liquide, appelée polyhydramnios, peut être observée dans des conditions neurologiques affectant la capacité à avaler ou bien dans le cas d'anomalie intestinale telle l'atrésie. Une quantité trop faible de liquide, appelé oligohydramnios, suggère une anomalie rénale ou de la vessie.

Finalement, une évaluation de la position du placenta sera effectuée pour s'assurer qu'il ne recouvre pas complètement le col utérin (placenta prævia) ou bien qu'il ne jouxte pas le col (placenta marginal), puisque ces positions anormales peuvent entraîner des hémorragies massives durant l'accouchement. Si la position du placenta est anormale au moment de l'échographie du 2^e trimestre, une échographie sera effectuée au 3^e trimestre pour déterminer le besoin d'une césarienne ou non, puisque la position du placenta peut toujours se normaliser au fur et à mesure que la grossesse progresse.

ÉCHOGRAPHIE DU TROISIÈME TRIMESTRE

Toutes les femmes enceintes ne requièrent pas systématiquement une échographie au 3^e trimestre. Lorsqu'effectuée à ce moment, une échographie sert pour l'évaluation de la croissance fœtale dans le cas de grossesse à risque principalement (grossesse gémellaire, ou femme ayant un diabète gestationnel). Elle est également utile pour réévaluer la position du placenta et la présentation fœtale (tête, siège, ou autre).

CONCLUSION

L'échographie demeure un outil précieux pour l'évaluation de la femme enceinte. Son utilité va de l'examen obstétrical de routine pour détecter des anomalies fœtales jusqu'à l'évaluation de situation urgentes tant du côté maternel que fœtal. ■

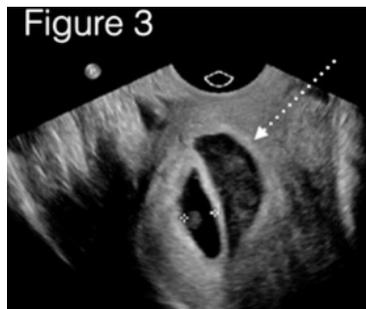


Figure 3. Femme de 31 ans présentant un saignement du 1er trimestre. L'échographie met en évidence un croissant hypoéchogène (flèche pointillée) adjacent au sac gestationnel (entre les +), compatible avec un hématome sous-chorionique.

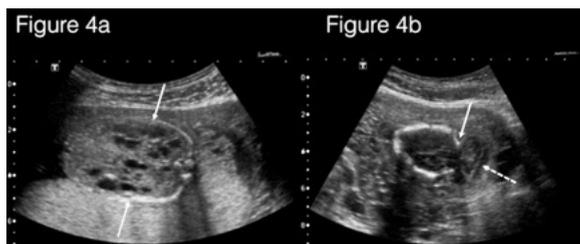


Figure 4. Échographie de routine du 2e trimestre. La figure 4a démontre des reins augmentés de taille contenant de multiples kystes (flèches pleines). La figure 4b montre une discontinuité de l'os occipital (flèche pleine) avec herniation postérieure du contenu intra-crânien (flèche pointillée), appelé encéphalocèle occipitale. À noter l'absence de liquide amniotique. Cette condition appelée syndrome de Meckel-Gruber constitue un exemple d'anomalies fœtales diagnostiquées souvent fortuitement.

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.



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

Offre limitée du 15 janvier au 15 mai 2018

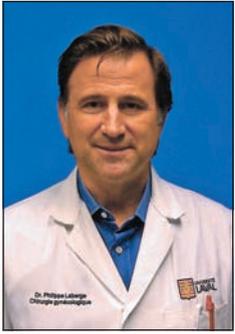
Rejoignez le • Join
BIODERMA
CLUB
via www.bioderma.ca



#BiodermaCanada
www.bioderma.ca

LA BIOLOGIE AU SERVICE DE LA DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Dr Philippe Laberge
Chef de Service
Gynécologie-Reproduction
chez CHU de Québec-
Université Laval

« Le diagnostic de l'endométriose est clinique et se fait d'abord par le questionnaire et l'examen physique. »

ENDOMÉTRIOSE : L'ÉTAT DES LIEUX EN 2019

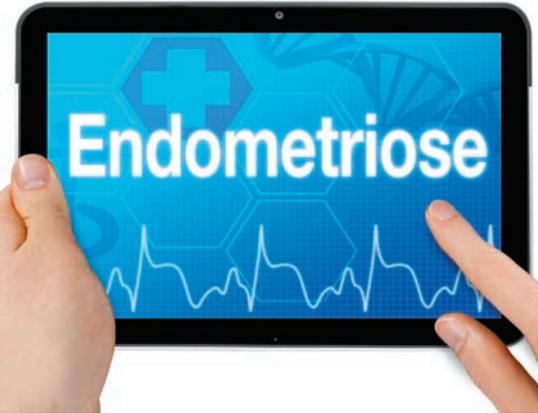
INTRODUCTION

L'endométriose, soit la prolifération de cellules endométriales à l'extérieur de l'utérus, est présente chez plus de 10 % de la population en âge de reproduction et jusqu'à 50 % chez les femmes infertiles. Au Canada, c'est plus de 1,7 millions de femmes de 12 à 49 ans affligées par des douleurs et/ou de l'infertilité!

L'étiologie demeure à ce jour nébuleuse : reflux menstruel par les trompes certes, mais pourquoi certaines femmes développent des lésions et d'autres non? Facteurs héréditaires, cellulaires et immunologiques de l'endomètre ou du péritoine font sans doute partie de la réponse. La conséquence est un phénomène inflammatoire majeur propice au développement d'adhérences, de lésions péritonéales tantôt superficielles, tantôt profondes, qui causent des douleurs d'abord menstruelles, cycliques, et qui peuvent ensuite dégénérer en douleur pelvienne chronique non-menstruelle ou acyclique et très difficile à traiter. L'infertilité est une conséquence de l'environnement péritonéal toxique avec ou sans perturbation anatomique des trompes et de la réduction de la réserve ovarienne. L'endométriose ne tue pas; toutefois elle se présente parfois par des manifestations cliniques étonnantes tel qu'un pneumothorax cataménial, secondaire à la présence de lésions diaphragmatiques.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'endométriose est clinique et se fait d'abord par le questionnaire et l'examen physique. La principale plainte est la dysménorrhée importante, progressive depuis la ménarche ou d'apparition plus tardive, et qui ne répond pas bien à la prescription d'anti-inflammatoire ou d'acétaminophène. On devrait avoir alors le réflexe de se dire : « ce pourrait être de l'endométriose ». La dysménorrhée peut également être accompagnée de dysparéunie profonde, de



dysurie ou de dyschésie. Il peut y avoir plus rarement des métrorragies secondaires à une lésion d'endométriose vaginale ou une dysfonction ovulatoire en raison d'un kyste d'endométriose (qu'on appelle endométriome). Un autre symptôme évocateur d'endométriose est l'infertilité primaire, pour laquelle on retrouve près de 50% des femmes atteintes. Une histoire familiale devrait être recherchée car il y a trois à dix fois plus d'endométriose chez les femmes qui ont un parent du premier degré affligé par cette maladie.

A l'examen physique on se concentre sur un examen gynécologique attentif d'abord au speculum en vérifiant l'intégrité de la muqueuse vaginale jusque dans chacun des fornix : une lésion vaginale bourgeonnante et bleutée sera évocatrice d'endométriose et la référence à un gynécologue devra être effectuée sans délai. Au toucher vaginal on palpera les annexes à la recherche d'un kyste ou d'une douleur, et on mobilisera l'utérus pour évaluer sa taille et sa position. Quoiqu'il soit vrai qu'un utérus fortement rétroversé puisse témoigner de la présence d'endométriose profonde avec un phénomène adhérentiel en postérieur, il faut cependant se rappeler que 15 % des femmes sans pathologie ont l'utérus dans cette position. On portera une attention particulière à la palpation des ligaments utéro-sacrés à la recherche de nodules douloureux. Enfin un toucher recto-vaginal viendra compléter l'examen et permettra d'évaluer la souplesse et l'absence de nodularité au niveau de la cloison recto-vaginale. Toute anomalie à ce niveau requerra une consultation en gynécologie.

INVESTIGATION

Dans la plupart des cas, l'imagerie médicale a une place de choix : grâce aux progrès technologiques et à la meilleure qualité des images, elle remplace de nos jours la laparoscopie à des fins uniquement diagnostiques dans la plupart des cas. Une échographie pelvienne sera d'une grande utilité en première ligne et si besoin, une résonance magnétique sera aussi prescrite. Il n'est pas nécessaire de demander une mesure du CA-125 lorsqu'on suspecte



de l'endométriose, sauf s'il y a un kyste ovarien persistant. Un CA-125 très élevé peut évoquer la possibilité d'un cancer de l'ovaire, qui se retrouve dans 1% des endométrioses.

QUAND RÉFÉRER

Il n'est pas nécessaire de référer en gynécologie afin d'obtenir un diagnostic. La littérature est maintenant sans équivoque à ce sujet : il n'y a plus de place de nos jours pour soumettre votre patiente à une laparoscopie dans le simple but de savoir si elle est atteinte d'endométriose. La patiente devra toutefois être référée dans le cas d'un examen gynécologique anormal, d'une échographie démontrant la présence d'un endométriome, d'infertilité, ou encore d'un échec aux traitements de première ligne en cas de douleur pelvienne.

TRAITEMENT MÉDICAL DE PREMIÈRE LIGNE

Puisque l'endométriose est une conséquence de l'inflammation causée par le reflux menstruel, la meilleure approche en première ligne est de supprimer le cycle ovulatoire et donc les menstruations: ceci est accompli le plus souvent avec des contraceptifs hormonaux combinés prescrits en continu ou même séquentiels. À défaut de pouvoir prescrire les anovulants, un traitement aux progestatifs seuls (acétate de noréthindrone, dienogest, acétate de médroxyprogestérone, stérilet de lévonorgestrel) est également un bon choix en première ligne.

Les traitements non hormonaux sont aussi très utiles, soit la prescription d'anti-inflammatoires et d'analgésiques non-narcotiques : les narcotiques ne devraient être que rarement utilisés et votre patiente devrait faire l'objet d'une référence en gynécologie avant de prescrire des opiacés pour la dysménorrhée.

Finalement quoique la littérature soit assez limitée et de qualité discutable, les propriétés anti-inflammatoires d'une diète riche en oméga-3 peuvent être utiles, tout comme certaines herbes médicinales chinoises, alors que l'utilisation des cannabioïdes dans un contexte d'endométriose demeure expérimentale. Dans les cas de douleur pelvienne chronique, de douleur non menstruelle persistante depuis plus de 6 mois, la référence en gynécologie est indiquée car la prise en charge est complexe et souvent multidisciplinaire.

TRAITEMENT MÉDICAL DE DEUXIÈME LIGNE

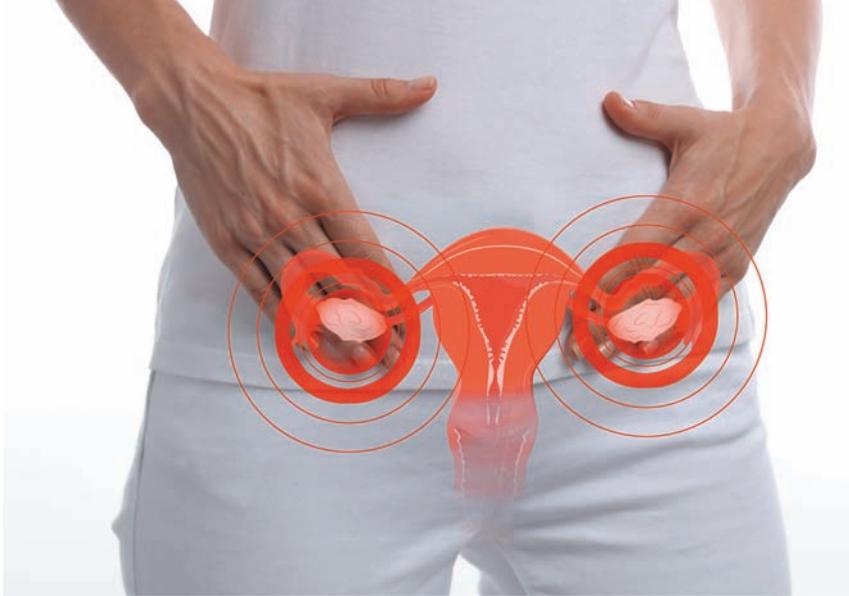
Celui-ci sera prescrit par le gynécologue après une évaluation complète, mais pas nécessairement chirurgicale, de votre patiente. Les traitements de deuxième ligne sont réservés lorsque le traitement de première ligne n'a pas été efficace ou encore pour lesquels on a noté des effets secondaires graves ou intolérables. Ce sont des traitements hormono-suppressifs, qui bloquent l'axe hypophysio-gonadique et engendrent ainsi non seulement une anovulation, mais aussi un hypoestrogénisme. Cet état diminue non seulement la douleur mais induit l'aménorrhée. On y retrouve les agonistes de la Gn-Rh tel que l'acétate de leuprolide en administration intra



musculaire, la goséréline par voie sous-cutanée et la nafaréline par voie intra nasale. L'effet suppressif sur les lésions d'endométriose et leur inflammation se produit après la période initiale de « *flair-up* » de deux semaines environ, et il n'est pas rare que votre patiente se plaigne de douleur ou de menstruations plus importantes durant cette période car l'agoniste libère d'abord la FSH avant d'occuper tous les récepteurs hypophysaires entraînant la cessation de production d'estrogènes par les ovaires. Une fois l'hypoestrogénisme obtenu, les douleurs pelviennes diminuent notablement, voire disparaissent, tout comme la dysménorrhée. Toutefois cet état s'accompagne souvent des effets classiques de la ménopause, soit les symptômes vasomoteurs, l'altération du sommeil, de la concentration, l'apparition de dyspareunie en raison de sécheresse vaginale, la baisse de libido, et tout ceci à des degrés divers et imprévisibles d'une femme à l'autre. De plus, dans le cas d'une utilisation de plus de six mois, il y a une perte de la masse osseuse, qui n'est pas totalement récupérée à l'arrêt du traitement. Pour toutes ces raisons, les agonistes de la Gn-Rh sont habituellement prescrits en association avec un traitement de compensation (add-back therapy) qui comprend une petite dose d'estrogènes pour amenuiser l'importance des effets secondaires et maintenir la masse osseuse, sans nuire aux bénéfices de l'hypoestrogénisme sur la réduction de la douleur.

Récemment, soit en octobre 2018, Santé Canada a approuvé un nouveau médicament par voie orale pour le traitement des douleurs associées à l'endométriose. Il s'agit de l'élagolix (nom générique) commercialisé sous le nom de Orilissa, qui est un antagoniste des récepteurs de Gn-Rh. C'est donc dire qu'il n'y a pas de période initiale d'augmentation de la FSH et l'effet suppressif est immédiat, évitant cette période de deux semaines nuisible et inutile à nos patientes. L'avantage indéniable de la voie orale est notre capacité à ajuster le dosage en fonction des effets obtenus tant au niveau de la réduction des douleurs que de l'intensité des effets secondaires, le résultat recherché étant l'amélioration de la qualité de vie. De plus les effets sont rapidement réversibles une fois la médication cessée, contrairement aux formes dépôt. Deux études randomisées avec groupe

« Puisque l'endométriose est une conséquence de l'inflammation causée par le reflux menstruel, la meilleure approche en première ligne est de supprimer le cycle ovulatoire et donc les menstruations: ceci est accompli le plus souvent avec des contraceptifs hormonaux combinés prescrits en continu ou même séquentiels. »



« Il n'est pas nécessaire de référer en gynécologie afin d'obtenir un diagnostic. La littérature est maintenant sans équivoque à ce sujet : il n'y a plus de place de nos jours pour soumettre votre patiente à une laparoscopie dans le simple but de savoir si elle est atteinte d'endométriose. »

contrôle ont démontré l'efficacité de l'antagoniste des récepteurs de la Gn-Rh à réduire les douleurs. Deux dosages ont été étudiés soit 150 mg une fois par jour et 200 mg deux fois par jour; ils ont tous les deux été approuvés par Santé Canada mais à ce jour seule la posologie de 150 mg die est disponible. L'efficacité de la suppression des estrogènes est évidemment proportionnelle à la dose, tout comme l'efficacité de la réduction des douleurs et l'intensité des effets secondaires. Il n'y a pas de durée de temps limitée à prescrire ces comprimés; toutefois le dosage de 200 mg deux fois par jour devrait probablement s'accompagner d'un traitement compensatoire pour prévenir la perte de densité osseuse. L'élagolix n'est pas contraceptif et une contraception mécanique ou avec un progestatif (acetate de noréthindrone, stérilet de lévo-norgestrel) est recommandée. Le traitement devrait être débuté au début des règles de manière à éliminer toute possibilité de grossesse. Tout comme les agonistes de la GnRh, il n'est pas recommandé chez les femmes de moins de 18 ans, chez les femmes ayant un saignement utérin anormal non investigué, une affection hépatique ou chez les femmes atteintes d'ostéoporose.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

La place de la chirurgie dans l'endométriose est appelée à changer significativement; d'une part ce n'est plus nécessaire d'opérer pour établir le diagnostic, qui est d'abord clinique et radiologique, et d'autre part il faut reconnaître que les chirurgies n'ont qu'un effet transitoire sur la douleur, en plus de compromettre la réserve ovarienne pour une fertilité future. Il a été démontré que les lésions d'endométriose récidivent et que le taux de fertilité après chirurgie n'est amélioré que pour une période post-opératoire de 12 à 18 mois. En conséquence on tend de plus en plus à limiter les indications chirurgicales que je résume dans le tableau suivant :

- Masse ovarienne d'étiologie incertaine
- Douleur avec lésions endométriotiques à l'imagerie qui ne répond pas au traitement médical
- Désir de grossesse imminent et douleur pelvienne
- Famille complétée et douleur pelvienne

La chirurgie sera conservatrice dans les cas où la fertilité doit être préservée excision de kyste d'endométriose, d'adhérences ou de nodule intestinal) ou davantage radicale (hystérectomie avec ovariectomie) dans les cas où la famille sera complétée. Dans sa vie reproductive, souhaitons ainsi que la femme qui souffre d'endométriose n'ait pas à subir plusieurs chirurgies délétères, d'autant plus que les lésions profondes augmentent en sévérité après chaque laparoscopie (voir tableau). Le traitement médical à long terme devrait être privilégié, au moins jusqu'à ce que la famille soit complétée.

TRAITEMENT MULTI-MODAL

Dans les cas de douleurs pelviens chroniques, de douleur non menstruelle et de dysparéunie profonde chronique, un phénomène complexe et redoutable s'installe, la sensibilisation nerveuse centrale (central sensitization). En bref, la perception de la douleur est constante et parfois intense, et aucun médicament seul ne vient à bout de cette douleur, pas plus que la chirurgie extirpative. La tentation à prescrire des opiacés est forte mais c'est un piège dans lequel il ne faut pas tomber. Il faut donc référer ces femmes dans des centres ayant une expertise en gestion de la douleur pelvienne chronique, centres qui sont malheureusement trop peu nombreux au Québec. Idéalement ces centres regroupent des gynécologues avec un intérêt pour le sujet, mais aussi des infirmières spécialisées, des psychologues, des physiothérapeutes et au besoin des anesthésistes. La prise en charge est donc multi-modale et demeure à ce jour un grand défi, car médecins autant que patientes sont frustrés par la détresse engendrée par la douleur et l'impuissance des médecins à la guérir. Espérons que les recherches en cours sur l'étiologie de l'endométriose, ainsi que sur les traitements novateurs tel que les anticorps intra-veineux pour dissoudre la fibrose adhérentielle, permettront de réduire le fardeau qui afflige au moins une femme sur dix au Québec. Et espérons que les médecins sauront faire entendre leur voix, au nom de leurs patientes, pour obtenir le financement nécessaire à la création de ces cliniques de la douleur.

CONCLUSION

L'endométriose est une affection fréquente, énigmatique, dont les modalités diagnostiques se sont simplifiées. Par contre la prise en charge thérapeutique demeure un défi, alors que plusieurs options médicales sont disponibles pour nos patientes, et la place de la chirurgie est moins prépondérante et se précise petit à petit. Souhaitons que les avancées dans le domaine thérapeutique suivront les avancées dans le domaine diagnostique, car nous ne sommes pas encore en mesure de clamer la victoire sur l'endométriose. ■

MAINTENANT OFFERT AU CANADA!



Voici le

NOUVEAU

Pr **Orilissa**^{MC}
comprimés d'élagolix



MEMBRE DE
MÉDICAMENTS
NOVATEURS
CANADA



abbvie.ca

Imprimé au Canada
© Corporation AbbVie
LEX/031A – octobre 2018

abbvie

LA MIGRAINE TRAITÉE PAR DES ANTICORPS : UNE PERCÉE SCIENTIFIQUE MAJEURE



Dre Elizabeth Leroux,
présidente de la Canadian
Headache Society

« La règle d'or dans le monde de la migraine : il n'y a pas d'approche miraculeuse unique. La migraine est une maladie neurologique complexe caractérisée par une grande variabilité et diversité sur le plan des symptômes, de la sévérité, des déclencheurs, et de la réponse aux traitements. »



L'histoire de Marie-Ève, 35 ans, commence il y a 20 ans, alors qu'elle était adolescente. Elle avait des maux de tête... pires qu'un simple mal de tête. Nausée, intolérance à la lumière, aux sons, aux odeurs, incapacité à se concentrer... le Tylenol ne faisait rien, l'Advil aidait à peine. Au début, les crises n'étaient pas trop fréquentes. Après sa grossesse, tout a déboulé. Les crises survenaient 10 à 20 jours par mois, et étaient entrelacées avec des petits maux de tête lancinants. Elle se bourrait d'acétaminophène, et de café. Elle ne dormait plus. Son cou faisait mal constamment. Finalement, elle a reçu un diagnostic de migraine chronique. La course à obstacles a commencé. Médicament après médicament, les effets secondaires s'accumulaient, mais les migraines continuaient. Elle a tenté les diètes, l'acupuncture, l'hypnose. Et toujours, elle se faisait dire « c'est ton stress, tu devrais t'hydrater davantage, faire du yoga... c'est peut-être dans ta tête... ».

L'histoire de Marie-Ève n'est que trop fréquente. Dans le monde, 15 % de la population souffre de migraine à divers degrés (la migraine chronique touche 2 % de la population). Cette maladie neurologique touche trois fois plus de femmes que d'hommes, et 10 % des enfants, ce qui en fait la troisième maladie la plus fréquente de toutes les maladies, selon l'Organisation mondiale de la santé. L'OMS reconnaît la migraine comme la principale cause d'années vécues avec une invalidité chez les moins de 50 ans!

Malgré ces statistiques très bien établies, les migraineux se sentent souvent seuls, incompris et ont rarement accès à des soins personnalisés et centrés sur leurs besoins réels. Le fait que la migraine soit invisible sur les scans et IRM est une des raisons du stigma qui pèse sur les migraineux.

Il n'y a pas de cause unique à la migraine. Plusieurs facteurs, dont de multiples gènes, sont impliqués, et rendent le cerveau sensible à certains déclencheurs. Les mécanismes de la crise sont maintenant mieux connus. Il s'agit d'un « orage » ou débalancement électrique et chimique dans le cerveau. Des substances ou « peptides »



inflammatoires sont relâchés près des méninges et des artères, ce qui cause la douleur. Cette douleur peut cependant être ressentie dans différentes zones, comme les yeux, les tempes, mais aussi le cou et les sinus.

On structure le traitement de la migraine en trois catégories d'approche, et pour chacune il y a plusieurs options :

1. Approches comportementales : utilisation d'un calendrier de crise et adaptation des habitudes de vie (sommeil, rythme de vie, diète, gestion de l'énergie et du stress, posture et exercice).
2. Traitement de la crise lorsqu'elle survient « au besoin » avec des anti-inflammatoires ou des triptans.
3. Traitement préventif pris régulièrement pour diminuer la fréquence des crises (comprimés, injections).

La règle d'or dans le monde de la migraine : il n'y a pas d'approche miraculeuse unique. La migraine est une maladie neurologique complexe caractérisée par une grande variabilité et diversité sur le plan des symptômes, de la sévérité, des déclencheurs, et de la réponse aux traitements. Il faut adapter à chaque personne et plusieurs essais sont souvent nécessaires.

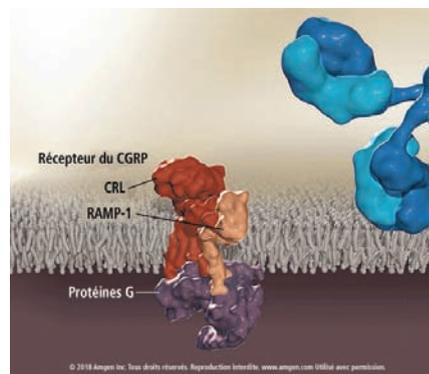
L'arrivée des anticorps contre le CGRP (*calcitonin gene related peptide*) ou son récepteur, est une révolution dans le monde de la migraine. Pour la

toute première fois, un traitement préventif est basé sur notre compréhension scientifique des mécanismes neurologiques de la migraine, et non sur des découvertes fortuites.

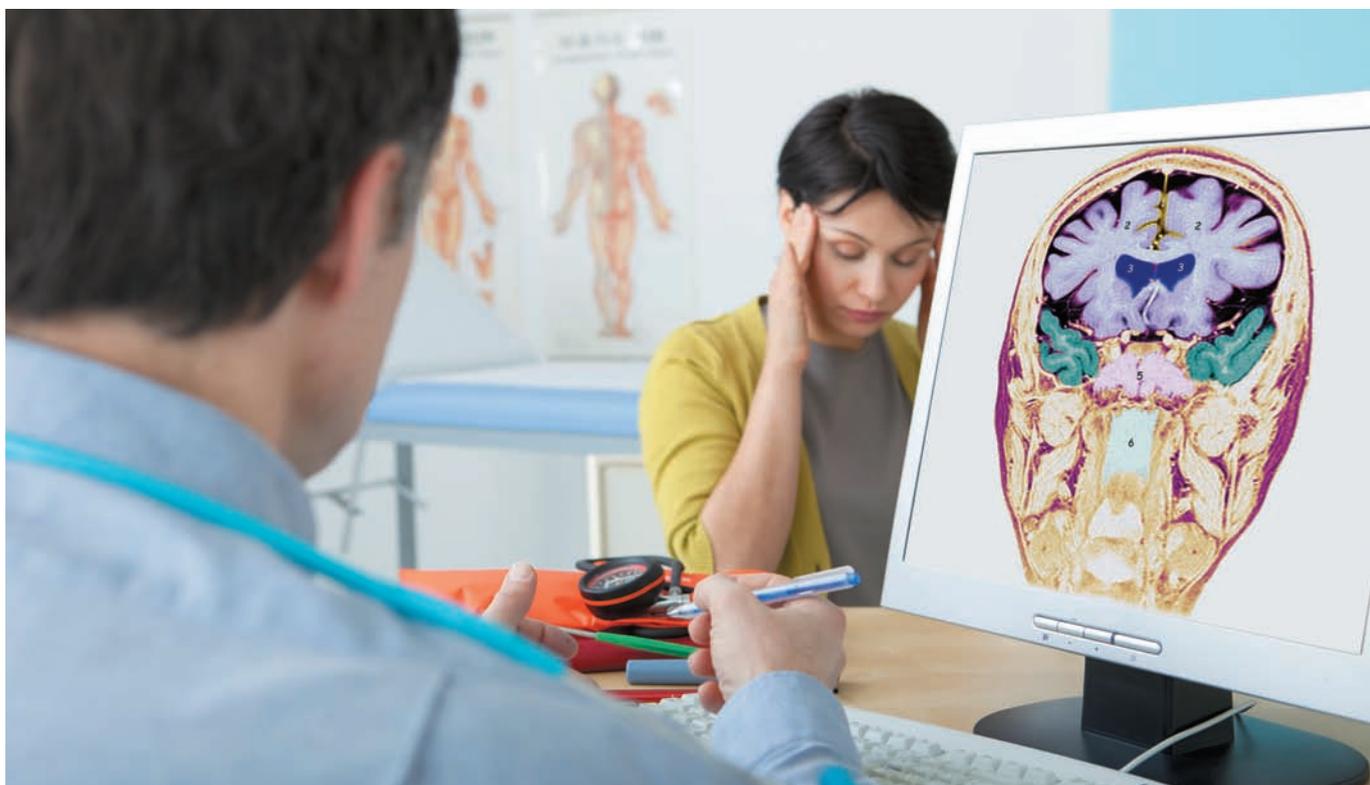
Le premier anticorps pour la prévention de la migraine chez l'adulte, l'erenumab ou Aimovig, est disponible au Canada depuis décembre 2018. Ce traitement est administré par injection, à domicile, une fois par mois. Près de 50 % des migraineux épisodiques et 40 % des migraineux chroniques verront une réponse favorable de 50 % sur leurs crises. Un sous-groupe de patients, les « super répondeurs » voient une amélioration de 75 %. Les effets secondaires sont en général mineurs et peu fréquents en comparaison avec les médicaments déjà disponibles.

En conclusion, l'avenir est prometteur pour les personnes souffrant de migraine. La recherche est active, de nouveaux traitements sont disponibles. On peut espérer que ces nouvelles données diminuent les préjugés sur la migraine et encouragent le milieu de la santé à être plus proactif dans le traitement de cette condition.

Pour plus d'information et un lien avec une communauté de patients, consulter www.migrainequebec.com. ■



« L'arrivée des anticorps contre le CGRP (calcitonin gene related peptide) ou son récepteur, est une révolution dans le monde de la migraine. »





Jean-François Tremblay,
dermatologue, MDCM
FRCPC

Clinique esthétique
Médime
6100, du Boisé suite
114, Montreal,
Québec, H3S 2W1,
514-739-7444
www.Medime.com

« La cellulite est une condition très fréquente chez les femmes et peut atteindre jusqu'à 8 femmes sur 10 à un moment ou un autre dans leur vie.

Les hommes peuvent aussi être affectés, mais beaucoup plus rarement. À ce jour, il n'existe aucun moyen de se débarrasser de façon complète et permanente de la cellulite, car il s'agit d'une condition chronique. »

MIEUX COMPRENDRE ET TRAITER SA CELLULITE

Qu'est-ce que la cellulite?

La **cellulite** est une condition qui se réfère à l'aspect capitonné ou de peau d'orange de la peau et se retrouve le plus souvent au niveau des cuisses, des fesses, mais aussi parfois au niveau du ventre, du dos, des bras et des mollets. Cette texture de la peau que l'on considère généralement inesthétique résulte d'un changement de structure de la couche de gras située sous la peau. La cellulite existe à différents niveaux de sévérité et peut s'accompagner de lourdeur, douleurs et crampes au niveau des zones atteintes. À l'examen, la peau peut être pâle et froide et démontrer au toucher une texture indurée et inélastique.

La cellulite est une condition très fréquente chez les femmes et peut atteindre jusqu'à 8 femmes sur 10 à un moment ou un autre dans leur vie. Les hommes peuvent aussi être affectés, mais beaucoup plus rarement. À ce jour, il n'existe aucun moyen de se débarrasser de façon complète et permanente de la cellulite, car il s'agit d'une condition chronique. Cependant, les avancées médicales et technologiques permettent maintenant à plusieurs personnes de traiter et par la suite entretenir leur cellulite afin de les rendre plus à l'aise avec leur apparence.

Comment se forme la cellulite?

Quelles sont les causes?

La formation de la cellulite résulte du changement de la structure ou organisation de la couche de gras sous-cutané. La rétention d'eau et l'engorgement des tissus sont au cœur du problème. Ce phénomène s'accompagne d'une réaction inflammatoire et de la formation de cloisons fibreuses (murets cicatriciels) entre les amas de cellules graisseuses donnant l'aspect "matelassé" ou "capitoné".

Les causes de la cellulite demeurent à ce jour partiellement incomprises. Les hormones féminines et l'hérédité semblent être les facteurs principaux. La puberté, la grossesse, l'allai-

tement, les menstruations et les traitements hormonaux (contraceptifs) peuvent déclencher la cellulite. Dans certaines familles, il semble y avoir une transmission de cette tendance de mère en fille. Il est aussi à noter que la cellulite est beaucoup plus fréquente chez les femmes blanches que les femmes noires ou asiatiques.

Les habitudes de vie telle l'exercice, l'alimentation et le tabagisme semble également favoriser son apparition. Une alimentation riche en sel et en gras et l'inactivité physique favorisent la rétention d'eau au niveau des jambes et des cuisses et peuvent donc accentuer la cellulite. Les toxines en circulation résultant du tabagisme favoriseraient la réaction inflammatoire et cicatricielle dans les tissus.

Peut-on prévenir la cellulite?

Les facteurs génétiques et hormonaux ayant un rôle important à jouer dans la formation de la cellulite, il est pratiquement impossible de "prévenir" complètement la cellulite. Cependant, l'optimisation du style de vie et l'élimination des facteurs aggravants peuvent aider à minimiser les symptômes et la progression de la sévérité de la cellulite. Le tableau 1 résume les attitudes préventives utiles.

Tableau 1.

- 1) Exercice physique régulier des jambes
- 2) Éviter les aliments de type malbouffe riche en gras, sel et sucre
- 3) Éviter bains et douches chaudes prolongées
- 4) Éviter bas ou vêtements constrictifs au niveau des cuisses
- 5) Éviter sédentarité et position assise ou debout prolongée immobile.
- 6) Éviter tabagisme
- 7) Éviter embonpoint

Quels sont les technologies et traitements disponibles pour la cellulite?

Tel que mentionné auparavant dans cet article, il n'existe aucun traitement qui permet d'éliminer de façon complète et permanente la cellulite. La cellulite est aussi une condition chronique comme le sont la peau sèche, les cheveux gris ou la forme physique, et nécessite donc un entretien régulier à la suite des traitements afin de maximiser et maintenir les bienfaits. Voici dans les paragraphes suivants les technologies sécuritaires et efficaces qui retiennent notre attention.

Lipomassage profond (Endermologie LPG)

Le traitement par Endermologie LPG repose sur l'utilisation d'un appareil qui effectue un palper rouler mécanique et par aspiration suivant des techniques précises afin de décongestionner les tissus et de favoriser l'élimination des toxines inflammatoires qui favorisent le durcissement de la cellulite. Le traitement favorise une activation du métabolisme, la

réduction de la circonférence des zones traitées et le raffermissement de la peau. Lors des séances de traitement, le patient revêt une combinaison moulante et la technicienne endermologiste travaille avec la pièce à main de l'appareil sur les zones affectées. Le traitement est sans douleur et s'associe d'une sensation de détente et massothérapie. Une cure d'endermologie requiert généralement une série de 8 à 16 séances selon le niveau de sévérité. Les bienfaits commencent généralement à apparaître après 3 à 6 séances. Un entretien régulier est recommandé par la suite au 2 à 4 semaines selon le niveau de sévérité du trouble congestif. L'endermologie LPG peut être combinée avec les traitements Venus Freeze MP2, Accent, Thermage, Liposonix et la liposuction pour maximiser les bienfaits (voir paragraphes plus bas).

Traitement par radiofréquence multipolaire et champs magnétiques pulsés (Venus Freeze MP2)

Le traitement (MP)2 Venus Freeze est une technologie combinant la synergie de la radiofréquence multipolaire et de pulsés électromagnétiques afin de stimuler le rajeunissement de la peau et le remodelage corporel. Au niveau du derme, l'effet thermique de la radiofréquence induit un resserrement des fibres de collagènes relâchées dans la peau et stimule les cellules fibroblastes à produire du nouveau collagène, des fibres élastiques et le tissu de soutien. Ces changements réparateurs se traduisent en une apparence plus ferme et lisse de la peau. La technologie permet également d'agir au niveau du gras sous-cutané. L'effet de la radiofréquence induit la production de lipase, une enzyme qui stimule l'élimination du gras emmagasiné dans les cellules graisseuses (adipocytes), ce qui résulte en une amélioration des contours de la silhouette et une réduction de la cellulite. Selon les zones traitées, la durée d'une séance de traitement varie entre 20 à 60 minutes. Le traitement n'occasionne aucune douleur. Les patients ressentent une

« Les facteurs génétiques et hormonaux ayant un rôle important à jouer dans la formation de la cellulite, il est pratiquement impossible de "prévenir" complètement la cellulite. Cependant, l'optimisation du style de vie et l'élimination des facteurs aggravants peuvent aider à minimiser les symptômes et la progression de la sévérité de la cellulite. »

Photos fesses & cuisses

*Ces photos sont publiées à titre indicatif afin de fournir de l'information sur la nature de l'intervention. Elles ne constituent aucunement une garantie de résultats

Avant



Après 8 traitements



Patiente du Dr. Jean-François Tremblay de la clinique MédIME à Montréal www.medime.com

* Les photo avant-après du Dr Tremblay ont été réalisées avec Venus Freeze.

Photos dos

* Ces photos sont publiées à titre indicatif afin de fournir de l'information sur la nature de l'intervention. Elles ne constituent aucunement une garantie de résultats

Avant



Après 8 traitements



Patiente du Dr. Jean-François Tremblay de la clinique MédIME à Montréal www.medime.com

* Les photo avant-après du Dr Tremblay ont été réalisées avec Venus Freeze.



Appareil laser VelaShape

de façon combinée la congestion liquidienne des tissus et favorise l'élimination de gras sous-cutané par l'effet des infrarouges. Le traitement est d'une durée de 20 à 50 minutes et ne requière aucune préparation particulière. Le traitement est généralement sans douleur, mais peut requérir du drainage lymphatique ou endermologie avant de débiter chez les patients ayant une cellulite très congestive ou douloureuse. Une cure au VelaShape est réalisée à raison d'une fois par semaine sur une période de 6 à 16 semaines selon le niveau de sévérité. Les bienfaits au niveau de la cellulite, de la fermeté de la peau et du drainage lymphatique apparaissent progressivement après quelques séances. Un entretien mensuel est recommandé par la suite afin de maintenir les bienfaits. Cette technologie peut être combinée avec l'endermologie LPG pour la maintenance de la surcharge liquidienne.

Réduction circonférencielle et réduction de cellulite



AVANT



APRÈS

5 traitements VelaShape

Photos courtoisie de Gerald Boey, MD, Canada

« La cellulite est aussi une condition chronique comme le sont la peau sèche, les cheveux gris ou la forme physique, et nécessite donc un entretien régulier à la suite des traitements afin de maximiser et maintenir les bienfaits. »

sensation de chaleur diffuse sur la peau, sans plus. La peau demeure rouge et chaude pour quelques heures après le traitement, mais sans apparence de blessure. Les activités normales et sportives peuvent être poursuivies le jour même. Il est à noter que le traitement est efficace et sécuritaire pour tous les types et couleurs de peau. Selon le niveau de sévérité de la cellulite, de 8 à 16 séances seront à prescrire. Chez plusieurs patients, on observe des résultats dès la première séance, mais des résultats progressifs de 4 à 8 semaines suivant le traitement. Les effets réparateurs et de resserrement au niveau de la peau sont considérés durables, mais un entretien au 4 à 12 semaines peuvent être requis afin de maintenir et prévenir la perte des bienfaits.

Traitement par infrarouge, radiofréquence et lipomassage (VelaShape)

La technologie VelaShape II utilise la combinaison de la lumière infrarouge, la radiofréquence et le massage mécanique par aspiration pour traiter la cellulite et le relâchement cutané. Cette technologie adresse donc

Traitement par radiofréquence Thermage Cellulite et Accent

Le traitement par radiofréquence bipolaire Thermage cellulite et Accent émettent des ondes au niveau des couches profondes du derme et du gras sous-cutané afin de stimuler le raffermissment de la peau et d'atténuer les amas de cellules adipeuses qui forme les capitons de cellulites. Le traitement est réalisé en une seule séance et procure des bienfaits progressifs sur la fermeté de la peau à l'intérieur de 8 à 12 semaines après le traitement. Le traitement est généralement bien toléré, mais peut être chez certains patients plus inconfortable, mais tout de même tolérable. Une cure par radiofréquence Accent nécessite une série de 6 à 10 séances hebdomadaire ou aux 2 semaines. La séance d'une durée de 20 à 50 minutes s'accompagne d'une sensation de chaleur, mais n'est pas douloureuse. Ces traitements sont fréquemment combinés avec l'endermologie et le drainage lymphatique manuel pour favoriser l'élimination de la rétention d'eau et accélérer les bienfaits.

Traitement par Ultrasons Liposonix et Ultrashape

Les traitements par ultrasons Liposonix et Ultrashape visent principalement l'élimination de gras sous-cutané afin d'améliorer la silhouette et d'atténuer les bourrelets indésirables. L'expérience clinique et les données scientifiques récentes démontrent toutefois que le traitement Liposonix permet de "décompresser" les tissus atteints de cellulite et de raffermir les tissus ainsi atténuant l'apparence de la cellulite. La technologie Liposonix émet des ultrasons à haute fréquence concentrés qui détruisent de façon permanente les cellules graisseuses (adipocytes) dans la peau. Le traitement au Liposonix ne requiert qu'une seule séance d'environ 1 heure et les bienfaits apparaissent progressivement sur une période de 4 à 16 semaines après le traitement. Le traitement est inconfortable à douloureux pour certaines personnes. La technologie Ultrashape émet des ultrasons non concentrés qui favorisent la production de lipase et le désengorgement des cellules graisseuses sous la peau. Une cure Ultrashape nécessite habituellement de 4 à 6

séances d'une durée de 40 à 90 minutes. Le traitement est non-douloureux à légèrement inconfortable. Les bienfaits apparaissent progressivement sur 4 à 12 semaines. Ces deux technologies peuvent être utilisées seules ou en combinaison avec Venus Freeze ou Velashape pour maximiser les bienfaits.

Microliposuction et liposuction assistée par laser

La liposuction n'est généralement pas considérée comme une option valable pour le traitement de la cellulite et dans certains cas, peut même aggraver celle-ci. Par contre, dans certains cas, une technique de liposuction par microcannule assistée ou non par laser peut être bénéfique afin de désengorger les tissus graisseux, réduire les cloisons fibreuses nuisibles et raffermir la peau. La technique de microliposuction requière une intervention dans une salle opératoire, mais est généralement réalisée avec anesthésie locale par injection seulement. Une convalescence avec ecchymoses et enflure est attendue et requière le port de bas support pour quelques semaines après le traitement. Ces techniques sont réservées aux cas plus sévères ou particuliers.

Crèmes et gels anticellulites

Le traitement par crèmes et gels et suppléments nutritifs anticellulites demeure un sujet controversé. Les évidences scientifiques quant à l'efficacité de celles-ci

demeurent faibles. Les ingrédients actifs rencontrés dans ces produits incluent entre autres les méthylxanthines (théophylline, aminophylline, caféine), la pentoxyphilline et autres extraits botaniques comme le ginkgo biloba, extrait de thé vert, etc. Les comprimés botaniques par comprimés ou tisanes favorisant la production d'urine visent à atténuer la rétention d'eau. Une mise en garde s'impose quant à l'utilisation de ces produits, en particulier chez les patients atteints de conditions médicales à cause du risque d'interaction avec leurs médicaments. Le rôle des crèmes est controversé à cause de la pénétration limitée des ingrédients actifs dans les couches profondes de la peau et dans le gras sous-cutané. Les résultats attendus se veulent tout au plus léger et de passages ou bien complémentaires à d'autres traitements plus poussés.

Conclusion

La cellulite est une condition de la peau et non pas une maladie, par contre celle-ci a un impact important sur l'estime de soi et la qualité de vie d'un grand nombre de femmes. Il s'agit d'une condition chronique que l'on ne peut pas à ce jour éliminer complètement et pour toujours. Toutefois, les avancées technologiques des dernières années nous permettent maintenant d'adresser de façon sécuritaire et efficace le problème qu'est la cellulite et d'aider les femmes à se sentir belles et bien dans leur peau. ■

« Le traitement par crèmes et gels et suppléments nutritifs anticellulites demeure un sujet controversé. Les évidences scientifiques quant à l'efficacité de celles-ci demeurent faibles. »



FINANCIÈRE DES
PROFESSIONNELS

L'INDÉPENDANCE* FAIT NOTRE FORCE!

Chaque jour, nous guidons des milliers de médecins spécialistes vers le meilleur choix de placements et de produits financiers en fonction de leurs objectifs, et ce, en toute impartialité.

**NOUS TRAVAILLONS À FAIRE FRUCTIFIER
VOTRE PATRIMOINE. POINT À LA LIGNE.**

ENVIE D'EN SAVOIR PLUS ?

1 844 866-7257 / fprofessionnels.com



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Actionnaire de
Financière des professionnels
depuis 1978



* Créée par des médecins spécialistes et gérée par cinq associations actionnaires, Financière des professionnels est la seule société indépendante d'une institution bancaire.



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

LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

« 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 signi-

ficatives. 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.



« 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. »

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. ■





**Dre Caroline Labbé
MD, FRCSC**

Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
CRSSS Alphonse-Desjardins
Hôtel-Dieu de Lévis

« Une baisse d'audition rapide est une urgence de consultation médicale. Un examen otologique (examen du conduit auditif et du tympan) doit être fait rapidement par un médecin afin d'établir un diagnostic. »

LA SURDITÉ SUBITE : UNE URGENCE MÉDICALE



MISE EN SITUATION

Vous vous levez un matin. Vous entendez un bruit intense dans votre oreille, accompagné d'une sensation de lourdeur et d'une baisse de votre audition. Vous pouvez être atteint d'une surdité subite. Vous devez rapidement consulter un médecin!

INTRODUCTION

Une baisse d'audition rapide est une urgence de consultation médicale. Un examen otologique (examen du conduit auditif et du tympan) doit être fait rapidement par un médecin afin d'établir un diagnostic. Un traitement approprié et/ou l'orientation vers un médecin



spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale devra être initié.

La surdité subite neuro-sensorielle affecte annuellement près de 5 à 20 personnes par tranche de 100 000 habitants, soit près de 4 000 nouveaux cas par année aux États-Unis.

Elle affecte autant les hommes que les femmes, mais très rarement les enfants.

DIAGNOSTIC

On définit la surdité subite comme étant une baisse d'audition rapide dans un délai de 72 heures ou moins. Elle affecte habituellement une seule oreille. Elle peut être accompagnée d'une sensation d'oreille pleine (dite « plénitude ») et de l'apparition d'un nouvel acouphène, soit un bourdonnement ou un sifflement dans l'oreille affectée. On rapporte que 30 % à 40 % des surdités subites se présentent accompagnées d'un vertige. Parfois, des maux de tête ou plus rarement une paralysie faciale et des lésions cutanées à l'oreille pourront se manifester.

L'histoire d'un traumatisme physique ou sonore, d'une chirurgie à l'oreille ou d'événement antérieur de variation de l'audition seront des points importants à préciser. La surdité subite bilatérale est rarissime.



L'examen pourra éliminer la présence d'un bouchon de cérumen ou la présence d'un corps étranger dans le conduit auditif. En tel cas, le nettoyage de ce dernier corrigera la situation et l'audition sera rétablie.



Une perforation accidentelle du tympan due à l'utilisation d'un coton-tige (Q-Tips) ainsi que la présence d'une otite externe peuvent aussi être visualisées et traitées. Le diagnostic d'une otite séreuse secondaire à un rhume ou à une allergie (rhume des foins) pourra également être porté. Toutes ces causes sont appelées surdité de conduction et sont très souvent temporaires.

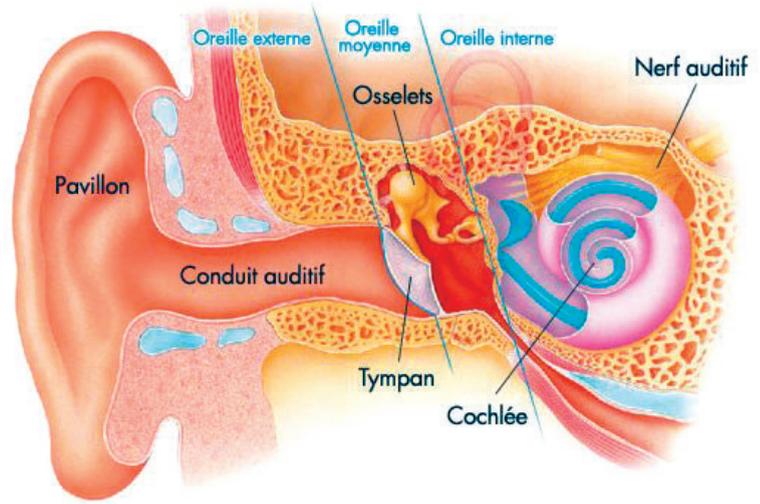
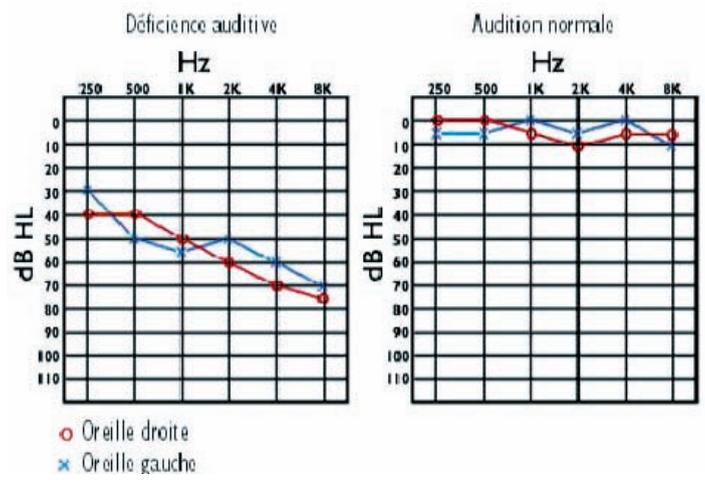


La surdité subite du nerf auditif est généralement due à une infection virale de l'oreille interne. Elle peut être permanente ou transitoire. Elle survient le plus souvent de façon spontanée. Elle peut aussi être d'origine vasculaire ou immunologique. Il est souvent difficile d'affirmer avec certitude la raison de sa présence.

Cependant, il est parfois possible d'associer la surdité subite à une fracture du crâne, à un traumatisme sonore subit (explosion, coup de fusil ou après un spectacle rock), à un barotraumatisme (plongée sous-marine ou lors d'un vol d'avion avec présence d'une otite mal guérie), à une complication de chirurgie de l'oreille moyenne (remplacement des osselets ou exérèse d'un cholestéatome), à une maladie de Ménière ou à la présence d'une tumeur bénigne du nerf auditif (neurinome acoustique).

En général, le médecin de famille ou l'urgentologue consulté vous référera en urgence à un ORL, médecin spécialiste de l'audition. Ce dernier pourra compléter l'examen otologique à l'aide d'un microscope et d'un diapason. Cet examen aidera à différencier la surdité subite neurosensorielle de la surdité dite de conduction. Par la suite, l'ORL demandera une évaluation de votre audition par l'obtention d'un audiogramme. Cet examen consiste à établir de

façon précise votre niveau d'audition dans chaque oreille. On parlera de surdité subite si on retrouve une perte d'audition de 30dB dans trois fréquences consécutives de l'oreille affectée.



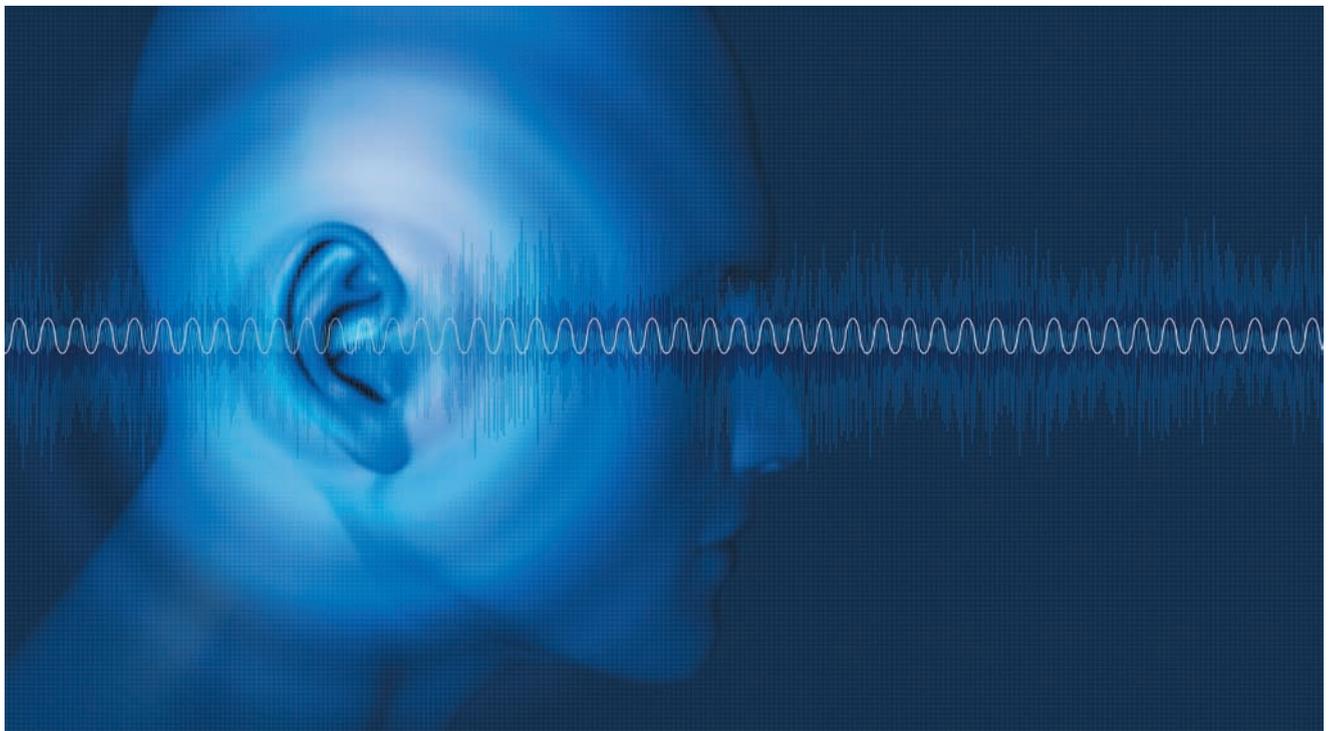
L'ORL pourra, dans certains cas, demander une résonance magnétique des conduits auditifs internes. Cet examen de radiologie est très rarement fait en urgence.

TRAITEMENT

Selon les recommandations de l'American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation (AAO-HNSF), le seul traitement reconnu et ayant démontré un avantage à son utilisation dans la surdité subite est la corticothérapie. Ce médicament (cortisone) pourra être administré en comprimés ou par injection dans l'oreille moyenne pour une durée de traitement de 7 à 21 jours.

Malgré tout, on doit garder en mémoire qu'un certain nombre de patients pourra récupérer spontanément d'une surdité subite.

« La surdité subite du nerf auditif est généralement due à une infection virale de l'oreille interne. »



« En général, le médecin de famille ou l'urgentologue consulté vous réfèrera en urgence à un ORL, médecin spécialiste de l'audition. Ce dernier pourra compléter l'examen otologique à l'aide d'un microscope et d'un diapason. Cet examen aidera à différencier la surdité subite neurosensorielle de la surdité dite de conduction. »

PRONOSTIC

Les facteurs suivants influenceront la récupération de la surdité subite :

1. **Délai** : il est reconnu que plus le patient consulte rapidement, plus grandes sont ses chances d'une meilleure guérison.
2. **Sévérité** : Il est reconnu que plus la surdité est sévère, moins bon est le pronostic.
3. **Courbe de l'audiogramme** : il est reconnu que le pronostic est meilleur si la surdité prédomine sur les basses fréquences (sons graves).
4. **Symptômes associés** : si on exclut la plénitude et l'acouphène, la présence de vertige ou d'autres symptômes est plutôt signe de mauvais pronostic.
5. **Antécédents** : un âge avancé, le diabète, la prise de médicaments dits ototoxiques ainsi que les maladies cardio-vasculaires sont considérés comme des facteurs aggravants.

ÉVOLUTION

L'ORL pourra confirmer l'atteinte permanente de surdité seulement après avoir effectué un audiogramme six mois après la pose du diagnostic de surdité subite.

Bon nombre de patients connaîtront une récupération totale ou partielle de l'audition.

Cependant, même si l'audition s'améliore, un acouphène persistant peut demeurer.

Si, malheureusement, une surdité permanente persiste, séquelle de la surdité subite, une prothèse auditive pourra être prescrite par votre ORL. Une orientation en réadaptation auditive pourra également être une avenue, le cas échéant.

CONCLUSION

La surdité subite est une urgence médicale. C'est une maladie à connaître et à reconnaître rapidement. Consultez un médecin sans délai pour une meilleure prise en charge. ■

RÉSUMÉ

- La surdité subite se définit comme la perte d'audition d'une oreille qui survient subitement en moins de trois jours.
- Elle est parfois accompagnée de sensation de plénitude et d'acouphène.
- Il est primordial d'obtenir un examen médical afin d'éliminer toute autre cause de surdité et d'être rapidement orienté en ORL pour une évaluation complète otologique et le début d'un traitement approprié.
- Il est reconnu que plus court est le délai entre le début de la surdité subite et le début du traitement, meilleur est le pronostic et la récupération de l'audition.



Banque Royale

Le Forfait privilège RBC : une offre inégalée à un coût très avantageux !

Comme **pharmacien** membre de la Fédération des pharmaciens du Québec (FPQ), vous pouvez bénéficier de l'un des plus avantageux forfaits de services bancaires du marché. Grâce à notre offre remarquable, vous économisez et obtenez d'intéressantes bonifications sur vos prêts.

La FPQ et RBC Banque Royale : un partenariat privilégié

RBC Banque Royale® entretient une relation d'affaires privilégiée avec la FPQ en offrant à ses membres un ensemble complet de services bancaires spécialement adapté aux **pharmaciens**.

Le Forfait bancaire privilège RBC : Petit prix. Grande valeur.

Le Forfait bancaire privilège RBC® vous en donne plus pour votre argent.

Forfait bancaire VIP RBC® : Obtenez une réduction sur les frais mensuels de ce forfait, soit une économie annuelle de 235 \$. En plus de recevoir un service prioritaire, vous pouvez notamment effectuer un nombre illimité d'opérations, accéder aux Services bancaires mobiles¹ RBC, et choisir l'une de nos cartes de crédit de prestige sans frais annuels.

Carte Visa Infinite⁺ Voyages^{MC} RBC : Cette carte vous donne la possibilité d'accumuler de précieux points RBC Récompenses® et de les échanger contre des billets d'avion pour le vol de votre choix, sur n'importe quelle compagnie aérienne, sans période d'interdiction ni restriction de sièges.

À titre de client élite, profitez d'avantages de voyage exclusifs tels que des surclassements gratuits (selon les disponibilités) et des tarifs privilégiés lorsque vous effectuez vos réservations. Qui plus est, vous pouvez compter sur la carte Visa Infinite Voyages pour vous fournir la couverture d'assurance dont vous avez besoin et voyager en toute tranquillité d'esprit.

Et ce n'est pas tout ! Conscients de la valeur de votre temps, nous vous invitons à tirer parti d'un service de conciergerie haut de gamme, une gracieuseté de Visa Infinite. Un simple appel téléphonique vous permet d'obtenir de l'aide en tout temps, où que vous soyez. Que ce soit pour organiser une sortie, réserver une bonne table, acheter des billets pour des événements spéciaux, la conciergerie Visa Infinite peut répondre à pratiquement toutes vos demandes.

Marge de crédit Royale® : Accédez à des fonds facilement et rapidement, grâce à une marge de crédit qui vous est offerte au taux préférentiel, soit le plus bas taux du marché.



Pour en savoir davantage sur nos solutions et services conçus pour répondre à vos besoins personnels :

Composez le 1 800 80 SANTÉ (1 800 807-2683).
Passez à la succursale la plus près de chez vous.

® / ^{MC} Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada. RBC et Banque Royale sont des marques déposées de Banque Royale du Canada.

⁺ Toutes les autres marques de commerce appartiennent à leur propriétaire respectif.

¹ Les Services bancaires mobiles RBC sont offerts par la Banque Royale du Canada, RBC Placements en direct Inc. et RBC Dominion valeurs mobilières Inc. VPS102067 120769 (07/2018)



Marie-Michèle Béliveau,
audiologiste,
Polyclinique de l'Oreille

COMMENT DIMINUER LES IMPACTS DE LA PERTE AUDITIVE



« L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à plus de 630 millions le nombre d'individus dans le monde touchés par la perte auditive. »

Notre quotidien est une trame sonore souvent tenue pour acquise : la voix d'un proche, le rire d'un ami, une chanson empreinte de souvenirs... Mais qu'arrive-t-il lorsque notre audition nous joue des tours ? Les conversations avec les proches deviennent des défis, le travail moins intéressant et les loisirs moins réjouissants. Les impacts de la perte auditive sont multiples, pouvant être autant émotionnels que physiques : isolement, gêne, frustration, diminution de l'estime de soi, fatigue, stress, apparence de difficultés cognitives, etc.

QUELS SONT LES IMPACTS DE LA PERTE AUDITIVE SUR NOTRE QUOTIDIEN ?

C'est bien parce que ces conséquences touchent une corde sensible que plusieurs personnes hésitent d'abord à en parler. Ajoutons à cela le côté pratique : entendre la minuterie du four, le téléphone qui sonne, l'alarme de feu qui se déclenche ou la circulation en voiture. Il en va ainsi de notre sécurité et de notre autonomie. De

plus, il arrive de plus en plus que l'acouphène soit l'élément principal qui amène une personne à consulter. Sous-estimé par le passé, il cause pourtant de plus en plus de maux de tête...

COMBIEN DE PERSONNES SOUFFRENT DE PERTE AUDITIVE À TRAVERS LE MONDE ?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à plus de 630 millions le nombre d'individus dans le monde touchés par la perte auditive. Avec un environnement de plus en plus bruyant et une population vieillissante, il est important d'être à l'affût de notre santé auditive pour préserver notre qualité de vie. Les gens que nous côtoyons dans le cadre de notre métier nous rappellent à quel point une audition fonctionnelle peut changer une perspective de vie, et ce, qu'il s'agisse d'un enfant en plein développement, d'un travailleur inquiet ou d'une personne âgée esseulée...

QUELLES SONT LES SOLUTIONS POUR RÉDUIRE LES IMPACTS DE LA PERTE AUDITIVE ?

L'audiologiste travaillera à trouver des solutions personnalisées en faisant l'analyse de vos difficultés de communication et de vos besoins. Cela commence toujours par une bonne connaissance de la perte auditive et de ses conséquences. Parmi les solutions, les stratégies de communication demeurent un point de départ important : la conversation peut se trouver bonifiée par la simple modification de nos habitudes de vie. Les aides auditives ou aides de suppléance à l'audition peuvent également être d'excellents moyens d'y parvenir.

Retrouver l'audition est un important processus où l'adaptation fait partie des suites de la perte auditive. Heureusement, il s'agit d'étapes dans lesquelles l'audiologiste est tout ouïe à vos besoins. Une évaluation auditive complète est la première étape vers une meilleure audition. Consultez un audiologiste dès aujourd'hui pour un test auditif et connaître les solutions adaptées à vos besoins. ■

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

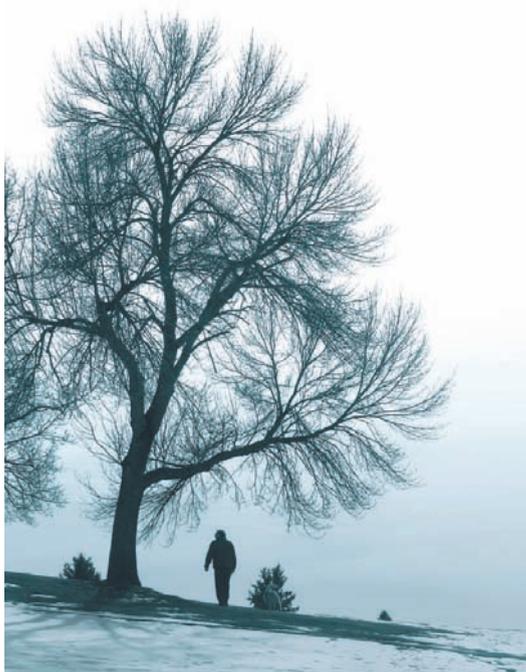
Prenez RDV
dès maintenant

www.polycliniquedeloreille.com

**Polyclinique
de l'Oreille**



Plus de 55 cliniques au Québec



*Les conséquences de la perte
auditive sont multiples : isolement,
gêne, frustration, etc.*





Dr Martin Scutt,
Podiatre et clinicien
à UQTR

« L'implant talo-calcanéen HyProCure offre désormais un contrôle permanent interne permettant de garder le pied en bon alignement, permettant un transfert de force physiologique au niveau du pied, de la cheville, du genou, de la hanche et du bas du dos. »



HYPROCURE

Une portion importante de la population souffre d'un malalignement répétitif et progressif du pied mettant sous tension ou compression l'ensemble des structures osseuses, articulaires, ligamenteuses et tendineuses du pied, de la cheville, du genou, de la hanche et du bas du dos. Cette condition génétique est due à une pente excessive des facettes articulaires entre l'os de la cheville, le talus, et celui du talon, le calcaneus, de même qu'à une faiblesse ligamentaire telle que lorsque le poids du corps est transféré au pied, l'arche s'effondre, le talon s'incline exagérément vers l'intérieur et l'avant-pied se déforme ou

se déplace latéralement. Cette distorsion du pied en charge s'aggrave avec le temps et surcharge les structures de support du pied jusqu'à ce que les symptômes apparaissent au niveau du pied : oignons, orteils marteaux ou en hypercontraction, fasciite plantaire, tendinite à répétition, névrite de compression (névrome de Morton), capsulite ou douleur à l'avant-pied... sans parler des torsions imposées à la marche au genou et à la hanche, accélérant l'ostéoarthritis dégénérative et imposant la mise en place de prothèses du genou ou de la hanche...

Les orthèses plantaires, associées au port constant (de 12 à 16 heures par jour) de souliers adéquats et supportants constituent une solution efficace pour la grande majorité des patients hors d'alignement, et ce, à tout le moins pour plusieurs décennies. Que faire lorsque le patient ne répond plus au traitement orthotique conservateur dont la puissance demeure tout de même limitée et dépendante de la qualité des chaussures et de l'assiduité du port des orthèses? Sans compter que certains patients ne tolèrent pas les orthèses dû à une pression excessive ressentie dans l'arche du pied, ou simplement au fait qu'ils ne trouvent pas les souliers adéquats pour porter avec les orthèses.

L'implant talocalcanéen HyProCure offre désormais un contrôle permanent interne permettant de garder le pied en bon alignement, permettant un transfert de force physiologique au niveau du pied, de la cheville, du genou, de la hanche et du bas du dos. La mise en place de l'implant est une procédure simple et mineure qui s'effectue sous anesthésie locale tant chez l'adulte que chez l'enfant de 12 ans et plus. Cet implant garde le sinus du tarse ouvert et bloque tout déplacement excessif du talus (os de la cheville) durant la marche, la course ou la simple station debout. Son effet est tellement puissant qu'il permet non seulement de stopper la progression mais de renverser jusqu'à 25% la déformation du pied causée par un oignon ou hallux valgus ou des orteils marteaux ou en hypercontraction. Un tel implant éliminera le transfert de force anormal causant une kyrielle d'affections douloureuses telles les fasciites plantaires chroniques, tendinites, névrites ou irritation de branches nerveuses par friction ou compression. Tout ceci sans avoir à couper d'os, ce qui accélère la guérison au point que la danse peut être reprise trois semaines après la procédure. Dans la majorité des cas, il n'y a aucune douleur post opératoire; seul un inconfort mineur est présent pour quelques semaines.

Les patients qui éprouvent des symptômes reliés aux pieds plats flexibles dont l'effondrement de l'arche peut être rétabli par de simples manipulations lors de l'examen clinique sont de bons candidats pour la procédure. Pour débiter, le podiatre va prendre des rayons-x des pieds du patient pour mesurer les angles de l'astragale et le calcaneum précisément pour calculer si le patient peut profiter de cette procédure. Un appareil de scopie C-Arm est utilisé lors de l'implantation pour assurer le bon alignement de l'Hyprocure.

Plus de 17,000 hyprocures ont été implantées en Amérique du Nord. Cet implant a été inventé par l'Américain Michael Graham, il y a de cela environ 15 ans. Plusieurs études démontrent que la majorité des patients avec Hyprocure sont très satisfaits et aussi peu que 5% d'entre eux ont besoin de

retrait de l'appareil. Les conditions traitées par Hyprocure sont les talalgies, surpronations, oignons, tendinites de poste tibiale, fasciites plantaires, crampes musculaires aux pieds et douleurs aux genoux, hanches et au dos.

La plupart des patients peuvent marcher normalement quelques semaines après la chirurgie et peuvent reprendre l'activité physique deux mois suivant la procédure. Plus la majorité, deux semaines de congé du travail est largement suffisant. Un an suivant la procédure, le corps sera en général complètement adaptée et la qualité de vie du patient sera nettement améliorée!

Pour plus d'information consulter notre site www.podiatrerivenord.com ou appeler au (450) 979 0303 (Rosemère) ou 450 937 5055 (Laval).
Dr Martin Scutt, podiatre et clinicien à UQTR. ■

« La mise en place de l'implant est une procédure simple et mineure qui s'effectue sous anesthésie locale tant chez l'adulte que chez l'enfant de 12 ans et plus. »





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

« Pour l'épargnant qui gère son portefeuille en respectant une politique de placement à long terme bien précise, il n'y a pas grand-chose à faire mis à part constater l'évolution des marchés en dent de scie. »

UNE ZONE DE TURBULENCE

Prîere de garder vos ceintures attachées jusqu'à ce que le commandant éteigne la consigne... « Zone de turbulence »; le qualificatif est bien faible pour décrire l'état actuel des marchés. Hausse de 350 points à New York, baisse de 450 le lendemain, suivie d'une autre baisse de 300 le surlendemain. Pendant ce temps, Toronto peine à suivre la remontée, mais encaisse la presque totalité de la débâcle. Comble de malheur, la hausse des taux fait bien mal paraître le marché obligataire, cumulant quelques reculs mensuels pour finir l'année en territoire négatif. Mais que se passe-t-il? Sommes-nous dans la même situation que lors de la crise de 2007-2008. Mais d'où provient toute cette volatilité? Nous nous retrouvons à la fin d'un cycle financier qui a débuté à la suite de la récession de 2008. La volatilité sur les différents marchés est engendrée par une plus grande nervosité chez l'investisseur devant l'incertitude quant à la durée éventuelle du présent cycle. Un cycle financier d'une durée de 10 ans n'est cependant pas exceptionnel. On n'a qu'à se rappeler celui de 1960 à 1970, ou encore plus près de nous entre 1990 et 2000. Certains se souviendront de l'excès de volatilité des marchés en 2000 et, croyez-moi, ce phénomène n'était nullement attribuable au « bogue de l'an 2000 »!

Phénomène à surveiller, s'il en est un, est le rapport entre les taux d'échéance à court terme et les taux d'échéance à long terme. Les 8 récessions répertoriées chez nos voisins du Sud depuis 1960 sont survenues immédiatement après l'inversement de la courbe des taux d'intérêt, les taux d'échéance à court terme (3 mois) devenant supérieurs aux taux à plus long terme (10 ans). Lorsqu'on analyse la situation actuelle de plus près, on se rend bien compte que la tendance des taux d'intérêt pointe effectivement vers une récession. L'éventualité d'une récession aux États-Unis n'est donc pas une lubie d'économiste mais un scénario probable au cours des prochains mois.

Comment alors gérer nos avoirs en prenant en compte cette hypothèse? D'abord : ne pas paniquer! Pour l'épargnant qui gère son portefeuille en respectant une politique de placement à long terme bien précise, il n'y



a pas grand-chose à faire mis à part constater l'évolution des marchés en dent de scie. On peut alors décider de rééquilibrer son portefeuille de temps à autre de façon à ramener ses positions près de leur cible. De plus, le gestionnaire de placement proactif qui a anticipé à temps cette « zone de turbulence » aura préalablement encaissé ses profits sur ses titres américains et placé le produit ainsi réalisé en marché monétaire, le temps de laisser passer l'orage. Comme les marchés financiers ont tendance à rebondir rapidement, il ne faudrait cependant pas laisser « dormir » cette somme trop longtemps au risque de manquer le train du marché en forte hausse (pensons à 2009). En redéployant les liquidités ainsi obtenues dans le marché canadien par exemple, le gestionnaire réalisera de très bonnes aubaines à l'achat de titres qui se transigent à des prix à peine plus haut que leur valeur comptable et qui versent d'excellents dividendes. Certains secteurs du S&P/TSX assurent une plus grande stabilité que les secteurs plus cycliques. Ceux de la consommation de base, des télécommunications ou des services financiers en sont de bons exemples. L'épargnant pourra s'y replier et y percevoir de bons dividendes. Une mise en garde s'impose : gare à la synchronisation de marchés (market timing), une approche qui relève plus de l'art ou de l'intuition que de la science...

Il n'existe hélas pas de recette miracle en pareil contexte sauf pour les détenteurs de la vérité absolue ou bien les utilisateurs de boule de cristal. ■

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

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.

ÉLARGISSEZ VOS HORIZONS DE PLACEMENT

TIREZ PARTI DES AVANTAGES D'UNE RÉPARTITION DE L'ACTIF ACTIVE ET STRATÉGIQUE.

« La répartition active de l'actif gère le risque et le rendement d'un portefeuille en ajustant en permanence sa composition, soit la somme placée dans diverses catégories d'actif, notamment actions, obligations et liquidités. »



NE METTEZ PAS TOUS VOS OEUFS DANS LE MÊME PANIER

C'est un conseil qu'on donne couramment aux épargnants. Et pour une bonne raison. Investir dans diverses catégories, comme des actions ou des obligations, peut atténuer le risque si une ou plusieurs d'entre elles font les frais de turbulences sur les marchés. Une telle diversification peut prendre une allure assez complexe; les grandes catégories y sont sous-divisées, par exemple, en actions canadiennes, américaines et internationales de sociétés à petite capitalisation et à grande capitalisation ainsi qu'en obligations de sociétés et d'État canadiennes, américaines et internationales. La répartition active et stratégique de l'actif ajoute cependant une autre dimension importante.

Au lieu de simplement diversifier le portefeuille, cette approche transfère les oeufs d'un panier à l'autre selon les occasions du moment sur les marchés financiers. Si la diversification est relativement statique (on choisit combien d'oeufs mettre dans chaque panier, puis on n'y touche plus), la répartition de l'actif se révèle, quant à elle, dynamique.

Le principal atout pour les épargnants est bien entendu que cette capacité d'ajuster activement les placements du portefeuille peut réduire le risque et améliorer les rendements sur de longues périodes.

LA RÉPARTITION DE L'ACTIF SOUS LA LOUPE

La répartition active de l'actif gère le risque et le rendement d'un portefeuille en ajustant en permanence sa composition, soit la somme placée dans diverses catégories d'actif, notamment actions, obligations et liquidités. Ces catégories d'actif tendent à être associées à des niveaux de risque et de rendements antérieurs distincts, et à se comporter différemment selon la période du cycle économique.

La répartition de l'actif a pour but de regrouper diverses catégories d'actif de façon à obtenir le meilleur rendement possible tout en minimisant le risque dans divers contextes économiques, sans perdre de vue l'objectif du portefeuille. C'est une mécanique complexe, souvent mieux réussie au moyen d'un portefeuille de répartition de l'actif géré par un expert.

« La répartition de l'actif a pour but de regrouper diverses catégories d'actif de façon à obtenir le meilleur rendement possible tout en minimisant le risque dans divers contextes économiques, sans perdre de vue l'objectif du portefeuille. »

FONCTIONNEMENT

En pratique, un portefeuille géré selon une stratégie de répartition active de l'actif peut au départ combiner les mêmes catégories d'actif qu'un portefeuille diversifié. Au fil du temps, toutefois, sa répartition de l'actif changera selon quantité de facteurs, dont l'analyse que fait le gestionnaire de portefeuille des grandes tendances économiques mondiales et la fluctuation du cours des titres de certaines catégories d'actif.

Un portefeuille de répartition de l'actif peut se composer de parts de fonds gérés de manière active et de fonds négociés en bourse (FNB) gérés passivement. Parfois, les fonds communs de placement forment le noyau du portefeuille tandis que les FNB permettent au gestionnaire de saisir, promptement et à un moindre coût, les occasions à court terme ou bien celles qui présentent certaines catégories d'actif précises ou non traditionnelles. Jumelant ainsi gestion passive et active, les portefeuilles de répartition de l'actif procurent un niveau de diversification additionnel aux épargnants.

Point important : les portefeuilles de répartition de l'actif gérés de façon professionnelle reposent sur

l'expertise d'un gestionnaire de portefeuille. Ce dernier repère les meilleures occasions et détermine si elles peuvent profiter au portefeuille. Autrement dit, il est avisé de mener des recherches à propos de différents gestionnaires de portefeuille afin d'en choisir un au savoir-faire éprouvé, un volet où votre conseiller peut vous être d'une aide précieuse.

BÉNÉFICES À LONG TERME POUR LES ÉPARGNANTS

La répartition de l'actif permet aux gestionnaires de gérer plus activement les portefeuilles de manière à favoriser le rendement et à diminuer le risque, tout en exploitant une stratégie largement considérée comme une composante clé du succès pour les placements à long terme.

Les retombées ne s'arrêtent pas là : la répartition de l'actif a le pouvoir de rassurer les épargnants à l'égard de leurs placements. En effet, sachant que les gestionnaires professionnels qu'ils ont choisis suivent l'actualité sur les marchés, prêts à réagir à tout moment, ils risquent moins d'être tentés de vendre en cas de creux temporaire et de se retrouver pris à attendre le prochain redressement pour réintégrer les marchés.

« Point important : les portefeuilles de répartition de l'actif gérés de façon professionnelle reposent sur l'expertise d'un gestionnaire de portefeuille. Ce dernier repère les meilleures occasions et détermine si elles peuvent profiter au portefeuille. »

M. Robin Fournel, B.A.A., M. Fisc., Pl. Fin., CIM, FCSI Planificateur financier et conseiller en placements Placements Manuvie Incorporée, succursale de Ville St-Laurent



M. Fournel peut être rejoint à :
Robin.Fournel@placementsmanuvie.ca
ou au 514-787-1709

Avec plus de 30 ans d'expérience, Robin est planificateur financier et détient une maîtrise en fiscalité. Au cours des dix dernières années, il s'est spécialisé dans le marché des professionnels de la santé, accompagnant des médecins et des médecins spécialistes en particulier. Il a choisi Placements Manuvie pour l'accès à la gamme complète de produits et services nécessaires pour la planification financière et fiscale de ses clients ainsi que pour la liberté du choix des fournisseurs. Cela lui permettra d'être en mesure d'offrir à sa clientèle ce qu'il y a de mieux afin de répondre à leurs besoins spécifiques.

Placements Manuvie

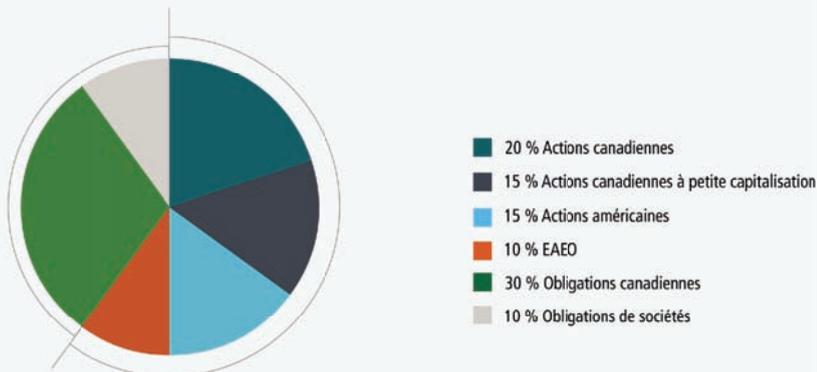
Placements Manuvie incorporée est membre du Fonds canadien de protection des épargnants. Le nom Placements Manuvie ainsi que le logo qui l'accompagne sont des marques de service et de commerce déposées, réservées à l'usage de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturiers et de ses sociétés affiliées, y compris Placements Manuvie incorporée.



DIVERSIFICATION ET RÉPARTITION DE L'ACTIF

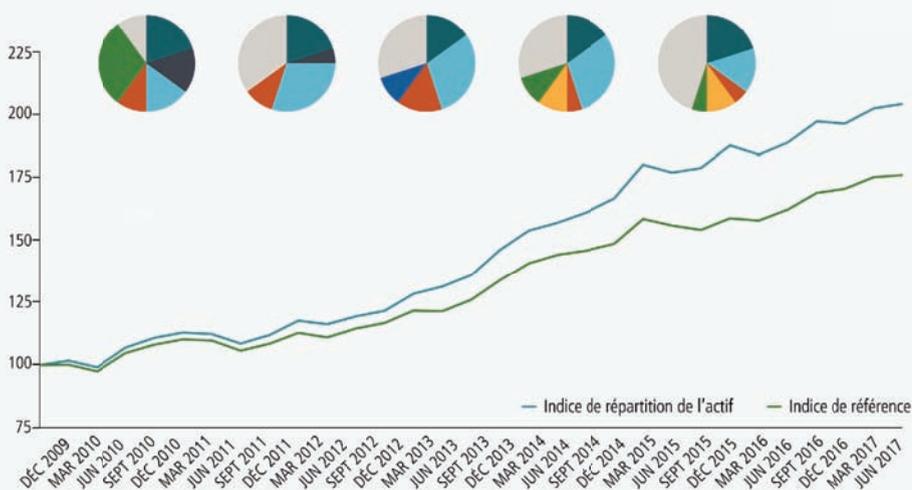
Le diagramme suivant illustre la différence entre un portefeuille diversifié et un qui épouse une stratégie de répartition active de l'actif.

Un portefeuille diversifié pourrait avoir l'air de ceci pendant une période assez longue :



À titre indicatif seulement.

Un portefeuille géré selon une stratégie de répartition de l'actif ressemblerait davantage à ceci :



Source : Gestion d'actifs Manuvie, juin 2017. Rendements en dollars canadiens. L'indice de répartition de l'actif est représenté à 15 % par un Fonds de revenu de dividendes, à 25 % par un Fonds d'actions américaines toutes capitalisations, à 15 % par un Fonds de placement international, à 5 % par une Catégorie d'actions asiatiques, à 10 % par un Fonds tactique de titres de créance américains et à 30 % par un Fonds à revenu stratégique. L'indice de référence est représenté à 20 % par l'indice composé RT S&P/TSX, à 25 % par l'indice RT S&P 500, à 5 % par l'indice RN MSCI EAEO, à 10 % par l'indice MSCI Asie (hors Japon), à 10 % par l'indice U.S. High Yield de Merrill Lynch de la Bank of America et à 30 % par l'indice RT Bloomberg Barclays Global Aggregate Bond. Il n'est pas possible d'investir directement dans un indice. Le rendement passé n'est pas garant des rendements futurs. Le taux de rendement indiqué ne sert qu'à illustrer les effets de la capitalisation et ne constitue pas une garantie de la valeur future du service de répartition de l'actif ou de la rentabilité du recours à un service de répartition de l'actif. À titre indicatif seulement.

Conserver leurs placements aide les épargnants à éviter de vendre à prix faible (après un recul) et d'acheter à prix fort (après une reprise). En ce sens, la répartition de l'actif améliore la discipline de placements que maints conseillers préconisent et aide ainsi les épargnants à garder le cap sur leurs objectifs financiers à court et à long terme puisqu'ils savent que les gestionnaires chevronnés ont les yeux rivés sur la conjoncture et apportent tous les ajustements nécessaires au portefeuille.

DÉTERMINEZ SI LA RÉPARTITION DE L'ACTIF CONVIENT À VOS BESOINS

Voyez avec votre conseiller si une répartition de l'actif active et stratégique peut vous aider à atteindre vos objectifs. La pertinence de cette approche dépendra notamment de vos objectifs de placement, de votre tolérance au risque et du moment où vous aurez besoin de votre argent. Cette avenue maximisera potentiellement les avantages que vous pourriez tirer de la diversification, se soldant par un potentiel de rendement supérieur et une meilleure protection contre le risque pour votre portefeuille de placement. ■



© 2017 Manuvie. Les personnes et les situations évoquées sont fictives et toute ressemblance avec des personnes vivantes ou décédées serait pure coïncidence. Le présent document est proposé à titre indicatif seulement. Il n'a pas pour objet de donner des conseils particuliers d'ordre financier, fiscal, juridique, comptable ou autre et les renseignements qu'il fournit ne doivent pas être considérés comme tels. Nombre des points analysés varient selon la province. Tout particulier ayant pris connaissance des renseignements formulés ici devrait s'assurer qu'ils sont appropriés à sa situation en demandant l'avis d'un spécialiste. Sauf erreurs ou omissions. La souscription de fonds communs de placement peut donner lieu au versement de commissions ou de commissions de suivi ainsi qu'au paiement de frais de gestion ou d'autres frais. Veuillez lire le prospectus des fonds avant d'effectuer un placement. Les fonds communs de placement ne sont pas garantis, leur valeur liquidative varie fréquemment et les rendements passés peuvent ne pas se reproduire. Toute somme affectée à un fonds distinct est placée aux risques du titulaire du contrat et peut prendre ou perdre de la valeur. Le nom Manuvie, le logo qui l'accompagne, les quatre cubes et les mots « solide, fiable, sûre, avant-gardiste » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

MK2870F HIVER 2017 AODA

Bio-K^{MD} PLUS

UN ALLIÉ POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS AUX PATIENTS

Bio-K^{MD}, 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



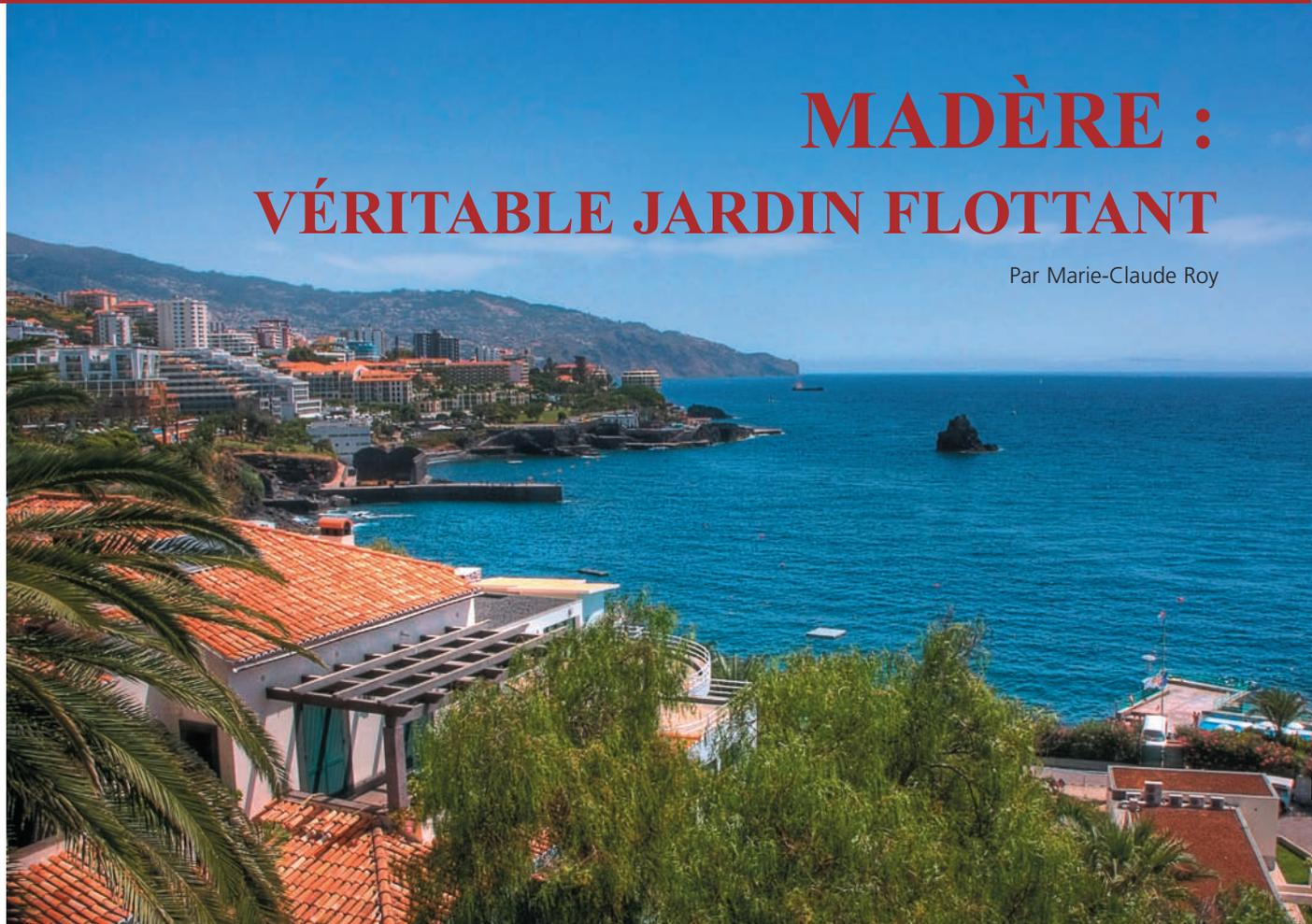
PRÉVIENT
LES INFECTIONS
SECONDAIRES



RENFORCE
LE SYSTÈME
IMMUNITAIRE

MADÈRE : VÉRITABLE JARDIN FLOTTANT

Par Marie-Claude Roy



Madère est un archipel du Portugal composé de l'île du même nom et de plusieurs autres petites îles, situé dans l'océan Atlantique, au large du Maroc. Que vous soyez au sommet d'un pic acéré, en delta-plane ou sur un terrain de golf, vous vous laisserez enivrer par l'harmonie de ce qui vous entoure.

Les îles de Madère, Porto Santo, Selvagens et Desertas composent l'archipel de Madère. Lors de sa découverte par les Portugais, en 1418, l'archipel était inhabité. La population actuelle résulte de la colonisation essentiellement portugaise. La population est donc d'origine européenne bien que Madère soit plus proche de l'Afrique que de l'Europe.

Avec leur histoire et leurs traditions uniques, les îles de cet archipel méritent bien leur titre de « jardin flottant ». La richesse du patrimoine naturel et culturel, la gastronomie et l'hospitalité de ses habitants contribuent à faire de Madère une destination privilégiée.

L'eau non polluée de la mer, les extraits d'algues et de plantes, l'air pur mêlé à l'arôme des fleurs : autant d'éléments naturels qui sont des bienfaits pour la santé. Avec une mer cristalline à la température agréable (entre 19 et 24 degrés Celsius), toutes les conditions sont réunies pour la pratique des sports

nautiques. Surf, planche à voile, plongée sous-marine, voile, canoë, ski nautique, pêche, etc., vous aurez l'embaras du choix pour vous détendre.

MONTE

Le village de Monte renferme de nombreux palais témoins de la splendeur des siècles passés. Romantique à souhait, Monte exerce une véritable



fascination sur ses visiteurs. Sa principale attraction est l'extraordinaire Jardin Tropical Monte Palace. Construit à la fin du XVIII^e siècle, ce jardin abrite d'innombrables espèces de plantes et de fleurs, dont certaines n'existent qu'à Madère, des lacs, des fontaines et des temples orientaux.

Non loin du Jardin Tropical Monte Palace se dresse l'église Nossa Senhora do Monte, patronne de Madère, que l'on célèbre le 15 août. La tour Malakof, belvédère d'une grande beauté, vous permet d'admirer le paysage de Monte jusqu'à Funchal.

Un des détours préférés dans la capitale de Madère, Funchal, est de monter le funiculaire du Parque Almirante Reis, dans la vieille partie de la ville, jusqu'au village de Monte, dans les montagnes au-dessus de la ville. Le voyage prend environ 15 minutes.

PORTO MONIZ

La ville de Porto Moniz est située à l'extrême nord-ouest de l'île de Madère et elle est considérée comme l'un des importants producteurs de vin et fournisseurs de poisson de l'île.

Bon nombre d'hôtels ont ouvert grâce à la popularité des piscines naturelles. Porto Moniz est donc devenue une destination de vacances à la mode et vaut aussi la peine pour une excursion d'un jour.

Les touristes apprécient énormément les piscines naturelles. Elles se trouvent au bord de la mer entre les rochers volcaniques. On peut s'y baigner ou prendre un bain de soleil à l'abri des marées du nord qui sont parfois un peu fortes.

L'Aquarium de Madère se trouve également à Porto Moniz et héberge environ 70 espèces marines qui vivent dans la mer de Madère. Les 12 aquariums géants montrent des requins, des raies de Madère, des raies pastenagues, des pieuvres, des étoiles de mer et beaucoup d'autres espèces.

À SAVOIR

Capitale : Funchal

Superficie : 801 kilomètres carrés

Population : 245 000 (estimation en 2001)

Langue officielle : Portugais

Monnaie : Euro

Climat : Les températures oscillent entre 23 degrés Celsius l'été et 17 degrés Celsius l'hiver. Grâce à l'influence des courants chauds, la température de l'eau est également très agréable, entre 22 degrés Celsius l'été et 18 degrés Celsius l'hiver.

FÊTE DE NOËL

Les traditions chrétiennes de Noël sont très ancrées dans la culture des Madériens. Elles se conjuguent aux festivités du Nouvel An pour proposer un programme riche en manifestations culturelles, artistiques et ethnographiques. Les festivités commencent dès le début du mois de décembre avec l'inauguration des illuminations dans les rues de Funchal. Elles se prolongent pendant tout le mois de décembre et jusqu'à l'Épiphanie.





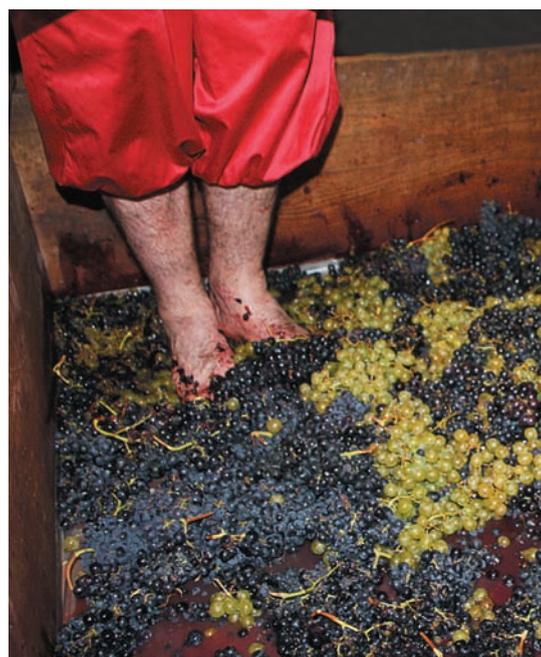
Les rues sont décorées de guirlandes de lumières multicolores et de fleurs. La musique est également présente et les chants de Noël sont un véritable charme pour les oreilles. C'est dans cette atmosphère de joie que les Madériens font leurs achats de Noël.

Après Noël, l'agitation continue, cette fois pour marquer le passage du dernier jour de l'année. L'amphithéâtre de Funchal se transforme en une gigantesque crèche illuminée. Aux douze coups de minuit, le ciel s'embrase dans un feu d'artifice spectaculaire pour célébrer la nouvelle année.

FÊTE DU VIN

Parmi les autres événements marquants à Madère, il y a la fête du vin qui se déroule en septembre. Cette fête vise à rendre hommage aux anciennes coutumes des habitants de l'île depuis le début de son peuplement.

Au centre de la capitale, plusieurs spectacles de son, lumière et folklore sont organisés sur le thème du vin et des vendanges. Dans la localité de Estreito de Câmara de Lobos, les festivités débutent avec les



vendanges. La cueillette des grappes, les cortèges de vendangeurs, le foulage du raisin et tout le rituel sont vécus avec enthousiasme par les participants et les spectateurs.

GASTRONOMIE

Il semble que la gastronomie de Madère est un trésor de santé grâce à la fertilité de la terre et à l'abondance de la vie maritime. Parmi les plats typiques à déguster, il y a le filet d'espada (poisson-épée), le steak de thon ou le thon en escabèche. Les amateurs de viande pourraient opter pour la traditionnelle brochette de bœuf cuite sur des branches de laurier ou la fricassée au vin et à l'ail. Pour terminer un bon repas, rien de mieux que le délicieux gâteau au caco (pain à base de farine et de patate douce).

À Madère, comme à Porto Santo, toute la gamme des restaurants est représentée, depuis les plus modernes et raffinés spécialistes de la cuisine internationale jusqu'aux restaurants régionaux.



ENSEMBLE

pour la santé de nos patients



Un message des
pharmaciens propriétaires
affiliés à  **Jean Coutu**



Plateforme professionnelle
en imagerie moléculaire
ÉPROUVÉE, PRÉCISE, PERSONNALISÉE

