LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

CAHIER DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE

MISE AU POINT SUR LE BOTOX

ENTREVUE AVEC DEUX PIONNIÈRES, LES DRES MADELEINE ET SUZANNE GAGNON

DÉCOUVREZ CE QUE LES LASERS PEUVENT FAIRE POUR VOUS

COMMENT CHOISIR LE BON FILTRE SOLAIRE

LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AU TABAC

NOVEMBRE
VOL 4 • NO 4
5,95$
Société canadienne des postes. Envoi de publications canadiennes. Contrat de vente n° 4001180.

L'ORÉAL PARIS

Faites confiance à la marque de protection solaire la plus recommandée par les dermatologues*.

OMBRELLE
SOLAR EXPERTISE MC

À L'ABRI SOUS LE SOLEIL.

Le Mexoryl® est un des filtres solaires les plus reconnus sur le marché par les dermatologues canadiens. Il absorbe efficacement les rayons UVA-UVB, tout en étant très doux pour votre peau.

mexoryl® TECHNOLOGY†

Sans colorant. Sans parfum. Hypoallergénique.

LA MARQUE DE PROTECTION SOLAIRE LA PLUS RECOMMANDÉE PAR LES DERMATOLOGUES CANADIENS*

ombrelle.ca

*Sondage auprès des dermatologues canadiens, février 2008. †Mexoryl XL, Mexoryl SX et autres filtres solaires.

Éditeur
Ronald Lapierre

Directrice de la publication
Dominique Raymond

Comité aviseur
François Lamoureux, M.D., M.Sc, président
Normand Cadieux, B.Pharm., M.Sc.
Jacques Turgeon, B.Pharm, Ph.D.
Catherine Lalonde, M.D.

Collaborateurs
Dr Jean Boulanger, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue
Dr Jacques Charbonneau, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue
Dr Alain Dansereau, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue
Dr Madeleine Gagnon, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue
Dr Suzanne,Gagnon, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue
Dr André Gervais, MD, Pneumologue
Dr Andrée Mathieu-Serra, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue
Dr Marie-Christine Roy, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue
Dr Louis-Georges Ste-Marie, MD, Endocrinologue
Dr Guy Sylvestre, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue
Dr Geneviève Thérien, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue

Journalistes / Chroniqueurs
Nicole Charest
Denis Durand
Marie-Claude Roy

Correction-révision
Anik Messier

Direction artistique, infographie et impression
Le Groupe Communimédia inc.
Tél. : (450) 665-3660
communimedia@videotron.ca

Développement des affaires
Normand Desjardins, vice-président

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

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

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 :
132, De La Rocque
St-Hilaire QC J3H 4C6

Par téléphone (sans frais) :
1-800-561-2215

Le Patient est publié six fois par année par les Éditions Multi-Concept inc.
1600, boul. Henri-Bourassa Ouest, Bureau 425
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

SOMMAIRE

4 LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

10 LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AU TABAC

14 LE DÉNOSUMAB (PROLIA™), UN NOUVEAU MEMBRE DE NOTRE ARSENAL THÉRAPEUTIQUE CONTRE L'OSTÉOPOROSE

17 LA VIE NE SERA PLUS LA MÊME! (UN FINANCIER)

20 LAVAUX, DANS LES VIGNES DU VERTIGE

22 MADÈRE : VÉRITABLE JARDIN FLOTTANT

CAHIER DERTATOLOGIE ESTHÉTIQUE

2 DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE : QUAND LA SCIENCE ET L'ART SE COMBINENT À MERVEILLE

6 POURQUOI DEVONS-NOUS UTILISER DES ÉCRANS OU FILTRES SOLAIRES?

10 LES SOINS DE LA PEAU DU VISAGE

15 LA DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE LES TECHNOLOGIES PHYSIQUES : LES LASERS

20 LE NEUROMODULATEUR BOTOX®

24 LES APPAREILS NON-LASER EN DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE

28 LES SUBSTANCES DE COMBLEMENT INJECTABLES

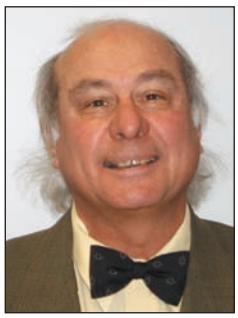
AVERTISSEMENT :

Les photos «avant et après» sont publiées dans ce magazine à titre indicatif afin de fournir de l'information sur la nature de l'intervention. Elles ne constituent aucunement une garantie de résultat.

Pensons environnement!
Le Patient maintenant disponible sur internet

Vous préférez recevoir une version électronique de votre magazine? Rien de plus simple! Communiquez avec nous par :

Téléphone : **(514) 331-0661**
Courriel : **abonnement@lepatient.ca**
Internet : **www.lepatient.ca**



François Lamoureux,
M.D., M. Sc.

LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

LA PEAU, PLUS QU'UNE ENVELOPPE EXTÉRIEURE

La peau est beaucoup plus qu'une simple enveloppe extérieure du corps humain lui donnant sa forme et sa couleur extérieure.

La peau est un organe extrêmement complexe composé de plus de 2000 milliards de cellules en perpétuelle régénération et dont environ 3000 cellules meurent chaque minute. La peau, d'ailleurs, se renouvelle entièrement tous les mois.

En plus de servir d'enveloppe protectrice et imperméable et de nous donner notre aspect extérieur, la peau, grâce à ses millions de récepteurs, permet de transmettre au cerveau les informations provenant du toucher. Le cerveau peut ainsi identifier un phénomène de douleur, de plaisir ou encore le signal d'une pression légère ou plus ferme.

« En plus de servir d'enveloppe protectrice et imperméable et de nous donner notre aspect extérieur, la peau, grâce à ses millions de récepteurs, permet de transmettre au cerveau les informations provenant du toucher. »

La peau, en association avec les systèmes pileux et le réseau des glandes sudoripares, réagit et protège l'humain des variations thermiques que son environnement lui impose. On retrouve d'ailleurs au niveau des différentes couches de la peau près de 10 % du sang total d'un être humain.

La peau nous protège également des rayons du soleil, surtout des rayons ultraviolets de types A et B qui peuvent pénétrer les couches profondes de la peau. La peau réagit toujours de la même façon sous l'effet de ces rayons. Les mélanocytes localisés dans la couche épidermique libèrent de la mélanine, la peau s'assombrit, c'est ce qu'on appelle communément « bronzer ».

La peau est de façon bien compréhensible le site de colonisation de millions de micro-organismes. Au niveau du visage, on peut en trouver des concentrations encore plus élevées. Par exemple, une verrue commune est le résultat d'une réaction de la peau à la colonisation d'un virus, le papovirus.

La peau peut être le site de multiples agressions, soit de nature traumatique, comme une contusion ou une plaie pénétrante ou encore par brûlure par rayons du soleil, par des phénomènes électriques, par une source de chaleur ou encore par des produits chimiques.

La peau peut également être le siège de phénomènes d'inflammation comme dans l'acné, à fond allergique comme dans l'eczéma ou immunologique comme dans le vitiligo (décoloration) où l'organisme fabrique des anticorps contre ses propres mélanocytes, cellules responsables d'une peau brune ou rougeâtre.

Lorsque les micro-organismes comme les streptocoques ou les staphylocoques se multiplient en grand nombre sur des lésions préexistantes, une infection comme l'impétigo peut apparaître.

La peau peut également être le siège d'un dérèglement du contrôle de multiplication cellulaire et donner naissance à des lésions cancérigènes comme le mélanome, le cancer spino-cellulaire et probablement le cancer le plus fréquent au monde, le cancer cutané baso-cellulaire.

La peau, en plus de ses propriétés extrêmement complexes, possède un extraordinaire système d'autoréparation qui nous assure une bonne imperméabilité et une protection contre le monde extérieur.

C'est un organe bizarre à la fois extrêmement vivant dans ses couches profondes, mais dont la manifestation ultime extérieure se compose de cellules mortes. ■

LE SQUELETTE, CET ORGANE INSOUPÇONNÉ DE L'ÊTRE HUMAIN

Le squelette et le cerveau sont probablement les deux organes les plus complexes que l'Homme possède.

Sans tissu osseux, il n'y a pas de vie humaine possible. L'os est un tissu exceptionnel aux fonctions multiples, insoupçonnées et extrêmement sophistiquées. En plus de sa fonction d'enveloppe protectrice des organes internes de l'être humain, il lui donne son apparence extérieure, lui permet de se tenir debout et de se mouvoir, plutôt que d'avoir à vivre dans un bocal. Plus de 206 os se répartissent sur l'ensemble du squelette, avec plus de 300 articulations associées à des muscles et des ligaments. Pour assurer des mouvements fins et précis, importants pour les mains, par exemple, on parle de l'intervention de près de 50 muscles.

Au niveau des articulations se rajoutent des tissus cartilagineux qui agissent comme coussinets protecteurs contre les chocs et les vibrations, mais aussi assurent la lubrification constante des articulations en secrétant, au besoin, le liquide synovial.

Les os de la mâchoire permettent à l'être humain de s'alimenter en assurant une mastication adéquate des aliments. Les osselets de l'oreille moyenne : l'enclume, le marteau et l'étrier, sont essentiels à l'audition. L'os hyoïde, le seul petit os fixe du squelette, assure quant à lui la phonation chez cet animal qui parle. Les sinus, ces cavités osseuses que l'on retrouve au niveau du massif facial, donnent la tonalité de la voix propre à chaque individu.

L'os est également un organe extrêmement vascularisé, de nombreux vaisseaux sanguins y sont présents. La moelle osseuse est l'essentiel siège de production des globules rouges.

L'os est également le site d'un véritable laboratoire qui assure un remaniement continuel du tissu osseux. C'est une vie en soi. C'est là que l'on retrouve plus de 99 % du calcium présent dans l'être humain, en échange continuel avec le calcium sérique pour assurer le renouvellement du squelette.

Durant toute la vie de l'être humain, l'os est impliqué dans un processus sans fin de reconstruction et de destruction. Il peut facilement s'auto-réparer en cas de lésion traumatique.

Les cellules du tissu osseux, les ostéoblastes, ces cellules de reconstruction, et les ostéoclastes, ces cellules de destruction, sont programmées par différents facteurs externes. Les hormones humaines, parathormone, la calcitonine, les oestrogènes et la testostérone, par exemple, interviennent dans cette autorégulation. D'autres facteurs, comme une sol-

« Sans tissu osseux, il n'y a pas de vie humaine possible. L'os est un tissu exceptionnel aux fonctions multiples, insoupçonnées et extrêmement sophistiquées. »

licitation par la masse pondérale ou une activité physique, activent les mécanismes de reconstruction.

À l'échelle de la microscopie électronique, le tout se passe au niveau des cristaux d'hydroxyapatite. Par l'entremise de cette véritable membrane auto-échangeuse avec une surface de contact pratiquement équivalente à deux ou trois terrains de football, les ions de calcium et de phosphore sont programmés au besoin pour éventuellement précipiter sur des fibres de collagène pour former du nouvel os ou rapatrier ces ions lors du processus de destruction de l'os.

Durant toute la vie de l'être humain, l'os est impliqué dans un processus sans fin de reconstruction et de destruction. Quand le processus de reconstruction diminue trop à l'âge avancé, comparativement au processus de destruction, la quantité de calcium au niveau squelettique diminue, l'os devient poreux, se fragilise et devient vulnérable aux fractures. C'est l'ostéoporose.

Quel autre organe assure autant de fonctions vitales si essentielles aux activités quotidiennes de l'être humain et lui donne son apparence extérieure tout au long de sa vie? On comprend l'émerveillement du biologiste ou du physiologiste qui, jour à près jour, côtoie ce monde unique, fascinant et combien complexe. Comment est-ce possible que l'Homme puisse bénéficier d'un tel organe qui, au besoin, peut avoir la solidité des métaux les plus résistants ou, en d'autres situations, la fragilité de la porcelaine? ■

« Durant toute la vie de l'être humain, l'os est impliqué dans un processus sans fin de reconstruction et de destruction. Quand le processus de reconstruction diminue trop à l'âge avancé, comparativement au processus de destruction, la quantité de calcium au niveau squelettique diminue, l'os devient poreux, se fragilise et devient vulnérable aux fractures. C'est l'ostéoporose. »

ATIVAN est utilisé pour le soulagement à court terme des manifestations d'anxiété excessive chez les patients souffrant de névrose d'angoisse. Il est aussi utile comme traitement d'appoint pour le soulagement de l'anxiété excessive pouvant survenir avant les interventions chirurgicales. L'anxiété et le stress associés aux tensions de la vie quotidienne ne nécessitent habituellement pas de traitement par anxiolytiques.

ATIVAN est contre-indiqué chez les patients souffrant de myasthénie grave ou de glaucome aigu à angle fermé et chez ceux ayant une hypersensibilité confirmée aux benzodiazépines.

Des réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes graves ont été signalées en rapport avec l'emploi de benzodiazépines. On a signalé des cas d'œdème de Quincke affectant la langue, la glotte ou le larynx chez des patients, après qu'ils aient pris la première dose ou des doses subséquentes de benzodiazépines. Certains patients ont aussi présenté de la dyspnée, une constriction de la gorge ou des nausées et des vomissements. Certains patients ont dû être admis au service des urgences pour recevoir un traitement médical. L'œdème de Quincke au niveau de la langue, de la glotte ou du larynx peut entraîner une obstruction des voies respiratoires et la mort. On ne devrait pas tenter d'administrer de nouveau une benzodiazépine à un patient qui a présenté un œdème de Quincke après un traitement avec ce type de médicament.

L'utilisation d'ATIVAN n'est pas recommandée en présence de névrose dépressive ou de réactions psychotiques. Faute de données cliniques suffisantes, l'administration de lorazépam n'est pas recommandée chez des patients âgés de moins de 18 ans. Comme ATIVAN a un effet dépresseur sur le système nerveux central (SNC), il faut prévenir les patients traités par ce médicament de ne pas prendre simultanément d'autres médicaments dépresseurs du SNC. Les patients doivent aussi s'abstenir de consommer de l'alcool pendant la durée du traitement par le lorazépam à cause des risques de potentialisation. On ne doit pas administrer ATIVAN pendant la grossesse. Étant donné que le lorazépam est aussi un dérivé de la benzodiazépine, son administration est rarement justifiée chez la femme en âge de procréer. ATIVAN ne doit pas être administré à la femme qui allaite, à moins que les bienfaits prévus pour la mère l'emportent sur les risques possibles pour le nourrisson.

L'administration de benzodiazépines, y compris le lorazépam, peut entraîner une dépression respiratoire susceptible d'être fatale.

Des cas de sédation excessive ont été observés avec le lorazépam administré à des doses thérapeutiques normales.

La somnolence est la réaction indésirable signalée le plus souvent chez les personnes qui prennent ATIVAN. Consulter les renseignements thérapeutiques pour obtenir l'information complète sur les effets indésirables.

Il faut prescrire ATIVAN à la dose efficace la plus faible et pendant la plus brève durée possible. Le risque d'un phénomène de retrait et de rebond est plus grand après un arrêt brusque; il faut donc interrompre le médicament graduellement. Les symptômes de retrait (p. ex., insomnie de rebond) peuvent se manifester à la suite de l'arrêt d'un traitement d'aussi peu qu'une semaine aux doses recommandées. Après un traitement prolongé, il faut éviter l'arrêt brusque du lorazépam et adopter un schéma de réduction graduelle de la posologie.

Ne pas administrer ATIVAN aux personnes portées à faire une consommation abusive de médicaments. Le lorazépam peut faire l'objet d'un usage abusif, en particulier chez les patients ayant des antécédents d'alcoolisme ou d'abus de médicaments.

Pfizer Ensemble, vers un monde en meilleure santé℠

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

MC de Pfizer Inc., utilisée sous licence
ATIVAN® Wyeth, désormais une société de Pfizer Canada inc., licencié

CCPP Membre R&D

ATIVAN sublingual :
préparation sublinguale commode, à dissolution rapide*

Une préparation sublinguale qui se dissout rapidement*

- Se dissout en l'espace de 20 secondes[1]
- Le pic plasmatique est atteint plus rapidement avec la préparation sublinguale qu'avec les comprimés oraux (60 minutes vs 2 heures, respectivement)[1]*

* La portée clinique est inconnue.

Commode

- Il n'est pas nécessaire d'avaler ATIVAN sublingual; pas besoin d'eau – ni de sac en papier

Pr Ativan® lorazépam comprimés sublinguaux

SUBLINGUAL

Dissolution rapide

Veuillez consulter le résumé des renseignements posologiques à la page 27

Lauréat du
Prix Galien Canada
Produit innovateur
2009

Plus de 2,0 millions d'ordonnances exécutées au Canada — et plus de 22 millions dans le monde[1,2]

Pr CHAMPIX[MD]

~4x **plus de chances de cesser de fumer avec CHAMPIX qu'avec le placebo** entre la 9e et la 12e semaine, selon les résultats de 2 essais déterminants directement comparatifs

(rapport de cotes [*odds ratio*] = 3,85, $p < 0{,}001$; rapport de cotes = 3,85, $p < 0{,}001$)[3,4†‡]

~2x **plus de chances de cesser de fumer avec CHAMPIX qu'avec le bupropion à libération prolongée** entre la 9e et la 12e semaine, selon les résultats des 2 mêmes essais déterminants directement comparatifs

(rapport de cotes = 1,93, $p < 0{,}001$; rapport de cotes = 1,90, $p < 0{,}001$)[3,4†‡]

1,7x **plus de chances de cesser de fumer** au cours des 4 dernières semaines **avec un traitement** de 12 semaines **par CHAMPIX qu'avec un TRN* transdermique** de 10 semaines, selon les résultats d'un essai clinique directement comparatif

(rapport de cotes = 1,70, $p < 0{,}001$)[5§]

* TRN : traitement de remplacement de la nicotine

12 SEMAINES POUR LES AIDER À CESSER DE FUMER !

À la 52e semaine (après un suivi de 40 semaines sans traitement), les taux d'abstinence ininterrompue démontrés dans un essai sur CHAMPIX vs le bupropion à libération prolongée ont été de 21,9 % contre 16,1 %, ($p = 0{,}057$, non sign.) et dans l'autre, de 23,0 % contre 14,6 %, ($p = 0{,}004$)[3,4].

† Essai multicentrique, comparatif avec placebo, mené à double insu, en mode parallèle et avec répartition aléatoire, auquel ont pris part 1025 fumeurs (≥10 cigarettes/jour) généralement en bonne santé, qui étaient déterminés à cesser de fumer et qui n'avaient pas connu de période d'abstinence de plus de 3 mois au cours de l'année précédant leur participation à l'essai. Les patients ont été répartis selon un rapport de 1:1:1 et ont reçu l'un des 3 produits suivants par voie orale pendant 12 semaines : CHAMPIX, à raison de 1 mg 2 fois par jour (f.p.j.) après un réglage posologique (n = 352); du bupropion à libération prolongée, à raison de 150 mg 2 f.p.j. après un réglage posologique (n = 329); ou un placebo (n = 344). Par la suite, ils ont été admis à une phase de suivi de 40 semaines sans traitement. Pendant la phase menée à double insu (12 semaines), les patients ont bénéficié d'une brève séance de counselling lors de chaque visite hebdomadaire à la clinique. Puis, pendant la période de suivi, les séances ont eu lieu aux 4 semaines jusqu'à la 52e semaine; les patients devaient se présenter à la clinique aux 13e, 24e, 36e, 44e et 52e semaines, et ils étaient joints par téléphone selon le calendrier établi des appels aux 16e, 20e, 28e, 32e, 40e et 48e semaines. Par ailleurs, les patients n'avaient jamais été traités auparavant (autrement dit, ils n'avaient jamais pris CHAMPIX ni de bupropion à libération prolongée) et ils n'avaient pas non plus reçu de traitement de remplacement de la nicotine, de clonidine ni de nortriptyline pendant le mois précédant leur admission à l'essai.

‡ Essai multicentrique, comparatif avec placebo, mené à double insu, en mode parallèle et avec répartition aléatoire, auquel ont pris part 1027 fumeurs (≥10 cigarettes/jour) généralement en bonne santé, qui étaient déterminés à cesser de fumer et qui n'avaient pas connu de période d'abstinence de plus de 3 mois au cours de l'année précédant leur participation à l'essai. Les patients ont été répartis selon un rapport de 1:1:1 et ont reçu l'un des 3 produits suivants par voie orale pendant 12 semaines : CHAMPIX, à raison de 1 mg 2 f.p.j. après un réglage posologique (n = 344); du bupropion à libération prolongée, à raison de 150 mg 2 f.p.j. après un réglage posologique (n = 342); ou un placebo (n = 341). Par la suite, ils ont été admis à une phase de suivi de 40 semaines sans traitement. Pendant la phase menée à double insu (12 semaines), les patients ont bénéficié d'une brève séance de counselling lors de chaque visite hebdomadaire. Puis, pendant la période de suivi, les séances ont eu lieu aux 4 semaines jusqu'à la 52e semaine; les patients devaient se présenter à la clinique aux 13e, 24e, 36e, 44e et 52e semaines, et ils étaient joints par téléphone selon le calendrier établi des appels aux 16e, 20e, 28e, 32e, 40e et 48e semaines. Par ailleurs, les patients n'avaient jamais été traités auparavant (autrement dit, ils n'avaient jamais pris CHAMPIX ni de bupropion à libération prolongée) et ils n'avaient pas non plus reçu de traitement de remplacement de la nicotine, de clonidine ni de nortriptyline pendant le mois précédant leur admission à l'essai.

§ Essai clinique ouvert et multicentrique auquel ont pris part 746 fumeurs (≥15 cigarettes/jour) qui étaient déterminés à cesser de fumer et qui n'avaient pas connu de période d'abstinence de plus de 3 mois au cours de l'année précédant leur participation à l'essai. Les patients ont été répartis selon un rapport de 1:1 et ont reçu l'un des 2 produits suivants : CHAMPIX, à raison de 1 mg 2 f.p.j. après un réglage posologique (n = 376) pendant 12 semaines ou un traitement de remplacement de la nicotine (TRN) transdermique à 21 mg par jour – dont la dose a ensuite été ramenée à 7 mg par jour – pendant 10 semaines (n = 370). Par la suite, ils ont été admis à une phase de suivi sans traitement jusqu'à la 52e semaine. Les patients ont bénéficié d'une brève séance de counselling au début de la phase de traitement de 12 ou de 10 semaines et lors de chaque visite hebdomadaire à la clinique. Puis, pendant la période de suivi, les séances ont eu lieu aux 4 semaines jusqu'à la 52e semaine; les patients devaient se présenter à la clinique aux 13e, 16e, 24e, 32e, 40e, 48e et 52e semaines, et ils étaient joints par téléphone selon le calendrier établi des appels aux 14e, 20e, 28e, 36e et 44e semaines. Par ailleurs, les patients n'avaient pas participé à une étude sur CHAMPIX au cours de l'année précédente, ni utilisé de TRN au cours des 6 mois précédents. Le taux d'abandon continu/d'abstinence ininterrompue correspondait à la proportion de participants ayant déclaré n'avoir fait usage d'aucun produit contenant de la nicotine (à l'exception du timbre de nicotine dans le groupe traité par le TRN transdermique); l'abstinence était confirmée par l'obtention d'une concentration de monoxyde de carbone ≤ 10 ppm dans l'air expiré.

Références : 1. IMS Health. IMS MIDAS[MC]. Août 2009. **2.** IMS Health: IMS MIDAS[MC]. Juin 2009. **3.** Gonzales D *et al.* Varenicline, an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:47-55. **4.** Jorenby DE *et al.* Efficacy of varenicline, an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:56-63. **5.** Aubin HJ *et al.* Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax* 2008;63:717-724.

Pour obtenir les renseignements thérapeutiques complets, veuillez consulter la monographie.
Monographie fournie sur demande.

Pr CHAMPIX[MD]
tartrate de varénicline

PUISSANT ALLIÉ DE LA VOLONTÉ

Pfizer — Ensemble, vers un monde en meilleure santé[MC]

Membre R&D CCPP

M.C. de Pfizer Inc., utilisée sous licence
CHAMPIX[MD], C.P. Pharmaceuticals International C.V.,
Pfizer Canada inc., licencié
© 2010 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5

Voir le résumé des renseignements posologiques à la page 29

CHAMPIX est indiqué pour la désaccoutumance au tabac chez l'adulte en association avec un programme de counselling antitabagique. Le traitement doit durer 12 semaines, au terme desquelles le patient ayant réussi à arrêter de fumer peut envisager un autre traitement de 12 semaines par CHAMPIX.

En règle générale, les effets indésirables sont survenus au cours des premières semaines du traitement, et leur intensité était ordinairement légère ou modérée. Les effets indésirables associés à CHAMPIX observés le plus fréquemment (> 5 % et 2 fois plus souvent que chez les patients sous placebo) ont été les nausées (30 %), les rêves anormaux (13 %), la constipation (8 %), la flatulence (6 %) et les vomissements (5 %). Les nausées, dans certains cas, ont duré plusieurs mois. Leur fréquence était fonction de la dose et pouvait être réduite par un réglage de la dose au début du traitement. Une réduction de la dose doit donc être envisagée chez les patients aux prises avec des nausées intolérables.

CHAMPIX est contre-indiqué chez les patients qui présentent une hypersensibilité à la varénicline ou à l'un des composants du produit ou du contenant. Des cas de symptômes neuropsychiatriques graves (anxiété, psychose, sautes d'humeur, humeur dépressive, agitation, agressivité, hostilité, changement de comportement ou de la pensée, idées ou comportements suicidaires, suicide) et d'aggravation d'un trouble psychiatrique préexistant (déjà diagnostiqué ou non) ont été signalés chez des patients traités par CHAMPIX après la commercialisation du produit. Un certain nombre de facteurs confusionnels peuvent avoir contribué à l'apparition de ces symptômes, dont les effets du sevrage de la nicotine imputables à la cessation partielle ou complète du tabagisme, la présence ou des antécédents de troubles psychiatriques, l'emploi simultané d'autres médicaments agissant sur le SNC et/ou la consommation d'alcool. Toutefois, ces facteurs ne semblent pas être en cause dans certains cas survenus dès la première semaine du traitement par CHAMPIX, avant même l'abandon du tabac. Dans d'autres cas, les symptômes sont apparus après l'arrêt du traitement par CHAMPIX. On ne sait pas si le taux et l'intensité de ces manifestations diffèrent, d'une part, de la fréquence de base associée à l'abandon du tabac au sein de la population générale ou de la population psychiatrisée (traitée ou non), et, d'autre part, des taux observés avec d'autres aides antitabagiques. **Une surveillance étroite par un professionnel de la santé s'impose chez les patients qui sont aux prises avec des affections psychiatriques concomitantes, même bien maîtrisées, ou qui ont des antécédents de symptômes psychiatriques, afin de pouvoir déceler toute apparition ou aggravation de manifestations psychiatriques.**

On a signalé des réactions d'hypersensibilité, y compris des cas d'œdème angioneurotique, chez des patients traités par CHAMPIX après la commercialisation du produit. Les signes cliniques de telles réactions comprennent une enflure du visage, de la bouche (langue, lèvres et gencives), du cou (pharynx et larynx) et des extrémités. On a signalé de rares cas d'œdème angioneurotique mettant en danger la vie des patients et ayant nécessité des soins médicaux urgents en raison de troubles respiratoires. Il faut informer les patients qui éprouvent ces symptômes d'interrompre le traitement par CHAMPIX et de communiquer immédiatement avec un professionnel de la santé. On a signalé des réactions cutanées rares, mais graves, y compris le syndrome de Stevens-Johnson et l'érythème polymorphe, chez des patients traités par CHAMPIX après la commercialisation du produit. Étant donné que ces réactions peuvent s'avérer mortelles, les patients doivent cesser leur traitement dès les premiers signes d'éruption ou de réaction cutanée et communiquer immédiatement avec un professionnel de la santé. **L'emploi de CHAMPIX en association avec un traitement de remplacement de la nicotine (TRN) peut entraîner une augmentation des effets indésirables. L'innocuité et l'efficacité de l'association CHAMPIX-TRN n'ont pas été établies.** On a signalé des accidents de la route (survenus ou évités de justesse) et des blessures accidentelles chez des patients traités par CHAMPIX après la commercialisation du produit. Dans certains cas, les patients ont fait état de somnolence, d'étourdissements, de perte de connaissance (évanouissement), de convulsions ou de difficultés de concentration. Il faut donc conseiller aux patients d'éviter de conduire, d'utiliser des machines ou de s'adonner à d'autres activités potentiellement dangereuses tant et aussi longtemps qu'ils ne savent pas dans quelle mesure CHAMPIX peut affecter leurs capacités. L'innocuité et l'efficacité de CHAMPIX chez l'enfant n'ont pas été établies. Conséquemment, l'emploi de CHAMPIX n'est pas recommandé chez les patients de moins de 18 ans. On sait que la varénicline est éliminée en bonne partie par les reins; par conséquent, les patients qui présentent une atteinte rénale peuvent courir un risque plus grand de réactions toxiques. Comme la fonction rénale tend à diminuer chez les sujets âgés, il faut déterminer la dose avec soin. Il peut aussi être utile de surveiller la fonction rénale. L'emploi de CHAMPIX n'est pas recommandé chez les patients atteints d'insuffisance rénale terminale.

MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS importantes

Symptômes psychiatriques

Il y a eu des rapports de pharmacovigilance concernant des symptômes neuropsychiatriques graves chez des patients traités par CHAMPIX, y compris humeur dépressive, agitation, agressivité, hostilité, changements de comportement, manifestations de type suicidaire (idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides), ainsi qu'aggravation d'un trouble psychiatrique préexistant. **Ces manifestations sont survenues chez des patients qui avaient ou non des troubles psychiatriques préexistants.**

Chez certains patients qui ont cessé de fumer, les symptômes du sevrage de la nicotine ont pu compliquer la situation. L'humeur dépressive peut être un symptôme du sevrage de la nicotine. On a signalé des cas de dépression, n'incluant que rarement des idées suicidaires, chez des fumeurs qui tentaient de s'affranchir du tabac sans recourir à la médication. Cependant, certains de ces symptômes sont survenus chez des patients prenant CHAMPIX qui continuaient à fumer. Il faut donc demeurer à l'affût de symptômes neuropsychiatriques chez tous les patients traités par CHAMPIX.

Recommandations importantes concernant les symptômes psychiatriques

- Il faut discuter avec le patient des avantages et des risques de toutes les options antitabagiques avant d'instaurer le traitement.
- Tous les patients qui tentent de s'affranchir du tabac à l'aide de CHAMPIX, de même que leur famille et leurs aidants, doivent être avertis de la nécessité de demeurer à l'affût de la présence d'une humeur dépressive, d'agitation, d'agressivité, d'hostilité ou de modifications comportementales ou de la pensée inhabituelles, ou encore d'un comportement ou d'idées suicidaires.
- Il faut dire aux patients de cesser de prendre CHAMPIX immédiatement et de communiquer avec leur médecin s'ils éprouvent ces symptômes ou si leur entourage observe de tels symptômes chez eux. Dans beaucoup de cas signalés dans le cadre du programme de pharmacovigilance, les symptômes se sont résorbés après l'arrêt du traitement par CHAMPIX, mais dans certains autres, ils ont persisté. Par conséquent, on recommande d'effectuer une surveillance et d'offrir un soutien continu jusqu'à ce que les symptômes disparaissent.
- **Consommation d'alcool:** Il faut informer les patients que la consommation d'alcool peut accroître le risque de manifestations indésirables psychiatriques durant le traitement par CHAMPIX.
- **Patients ayant des antécédents de troubles psychiatriques:** Une surveillance étroite par un professionnel de la santé s'impose chez les patients qui sont aux prises avec des affections psychiatriques concomitantes, même bien maîtrisées, ou qui ont des antécédents de symptômes psychiatriques, afin de pouvoir déceler toute apparition ou aggravation de manifestations psychiatriques.

CHAMPIX MD
tartrate de varénicline

PUISSANT ALLIÉ DE LA VOLONTÉ

LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AU TABAC

André Gervais, MD
Médecin-conseil
Agence de santé et des services sociaux de Montréal
Direction de santé publique

Pneumologue CHUM
Responsable du Centre d'abandon du tabagisme

Professeur agrégé de clinique
Département de médecine
Université de Montréal

« Le tabagisme cause ainsi quelque 13 000 décès par an au Québec, principalement à cause de maladies cardiovasculaires, du cancer du poumon et de la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique). »

Vingt et un pourcent des Québécois fumaient en 2009! Derrière cette statistique se cachent quelque 1,4 millions de personnes dont environ 140 000 jeunes âgés de 20 à 24 ans. Le fumeur qui continue de fumer court une chance sur deux de « gagner à la loterie du tabac ». Le tabagisme cause ainsi quelque 13 000 décès par an au Québec, principalement à cause de maladies cardiovasculaires, du cancer du poumon et de la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique). Cesser de fumer permet pourtant de diminuer rapidement et dramatiquement ces risques!

Le tabagisme est maintenant considéré comme une maladie chronique caractérisée par une perte de contrôle de l'utilisation d'une substance psychoactive, la nicotine. Suite à l'inhalation d'une bouffée de fumée de cigarette, la nicotine atteint les neurones cérébraux après à peine dix secondes, soit de deux à trois fois plus rapidement que lors de l'administration d'une drogue par voie intraveineuse.

Elle se lie aux récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine dans le système dopaminergique mésolimbique, active les récepteurs nicotiniques dans l'aire ventrotegmentale et provoque une libération de dopamine dans le noyau accumbens. On croit que c'est le maillon clé du mécanisme de récompense associé au tabagisme.

Le fumeur d'un paquet de cigarettes par jour répète ainsi le geste « main-bouche » et cette stimulation cérébrale, quelque 90 000 fois par année. Pas surprenant que quatre à cinq tentatives soient nécessaires pour réussir à décrocher.

QU'EST-CE QUI EST EFFICACE?

Les interventions de counselling basées sur cinq grands principes « demander, recommander, évaluer, donner du soutien et organiser » sont efficaces et leur efficacité augmente selon l'intensité du traitement. Le counseling individuel, de groupe et téléphoniques est efficace. Un counselling bref d'à peine quelques minutes fait que 3 % plus de fumeurs auront cessé de fumer six mois plus tard que dans un

Tableau 1. Thérapie de remplacement de la nicotine

Médicament	Posologie	Contre-indications *	Effets secondaires
Timbre Nicoderm MD 1 , Habitrol MD 1 Nicorette MD 1	21 mg, 14 mg, 7 mg (application durant 24 heures) 15 mg, 10 mg, 5 mg (application durant 16 heures)	Allergie au ruban adhésif Dermite généralisée	Réaction locale au site du timbre Rêves d'apparence réelle
Gomme Nicorette MD 1 Nicorette Plus MD 1	Selon horaire fixe ou au besoin 2 mg 4 mg	Maladie bucco-dentaire sévère	Nausée, dyspepsie, hoquet surtout si mâchée rapidement
Pastille Thrive MD 1 Nicorette MD	Selon horaire fixe ou au besoin 1 mg , 2 mg 2 mg, 4 mg	Maladie bucco-dentaire sévère	Irritation bouche et gorge
Inhalateur Nicorette MD	Selon horaire fixe ou au besoin 10 mg/cartouche/ 20 min	Hypersensibilité au menthol	Irritation bouche, gorge, toux, rhinite, changements du goût Bronchospasme si asthme ou MPOC

* Contre-indications générales pour tous les produits contenant de la nicotine : infarctus du myocarde récent, angine instable, arythmie cardiaque grave, accident vasculaire cérébral récent, grossesse et allaitement, <18 ans

† Couvertes durant 12 semaines une fois par année par le Régime public d'assurance médicaments du Québec sur présentation d'une ordonnance médicale ou par ordonnance collective directement du pharmacien dans certaines régions

Tableau 2. Aides pharmacologiques ne contenant pas de nicotine			
Médicament	**Posologie**	**Contre-indications**	**Effets secondaires**
Bupropion (Zyban[MD 1])	150 mg PO QAM x 3 jours 150 mg PO BID X 7 - 12 semaines. Cesser de fumer entre les jours 8 et 14.	Convulsions; boulimie ou anorexie; utilisation d'autre bupropion (Wellbutrin), sevrage de l'alcool, benzodiazépines ou sédatifs; hypersensibilité; utilisation d'antidépresseurs d'inhibiteurs de la monoamine oxydase ou de thioridazine dans les 14 jours avant de commencer le Zyban Mises en garde et nombreuses interactions médicamenteuses	Insomnie Sécheresse de la bouche Tremblements Éruptions cutanées Réactions allergiques graves
Varénicline (Champix[MD 1, 2])	,5 mg PO x 3 jours ,5 mg PO BID x 4 jours 1,0 mg PO BID X 11 semaines Cesser de fumer après 7 jours	Allergie Insuffisance rénale terminale Grossesse et allaitement, <18 ans Mises en garde	Nausées, rêves anormaux constipation, vomissements, flatulence

[1] Couvertes durant 12 semaines une fois par année par le Régime public d'assurance médicaments du Québec sur présentation d'une ordonnance médicale.[2] Couvertes durant 12 semaines supplémentaires si nécessaire pour les personnes qui ont réussi à cesser de fumer après 12 semaines de traitement.

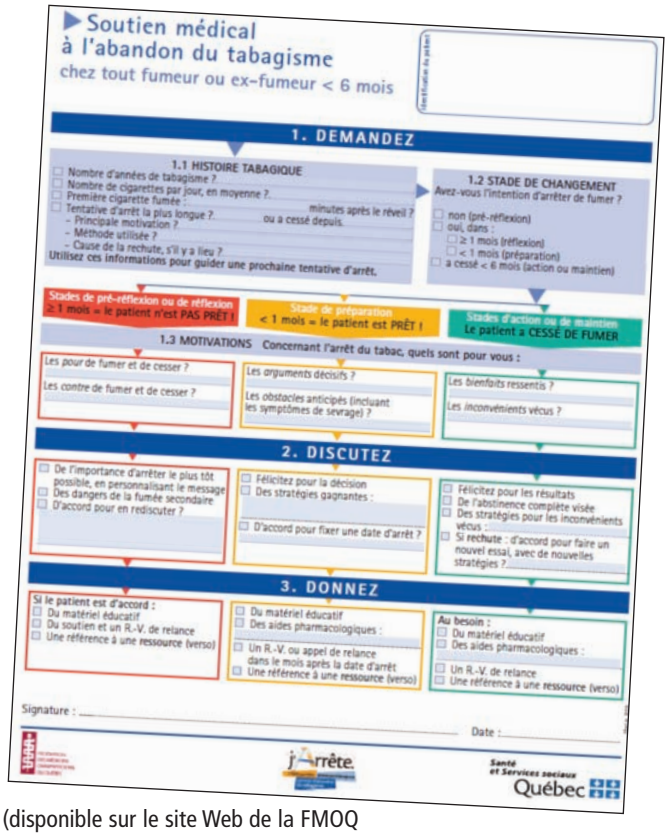
groupe contrôle alors qu'une intervention de plus de 10 minutes augmentera cette proportion à 11 %.

La thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) : timbres, gommes, pastilles, inhalateurs et vaporisateurs nasaux (non disponibles au Canada), le Bupropion (Zyban[MD]) doublent environ les taux d'abstinence à six mois et la Varénicline (Champix[MD]) les triple. La combinaison du timbre à des gommes de nicotine au besoin pour calmer les désirs intenses de fumer a plus que triplé les chances de succès atteignant 36 % de taux d'abstinence six mois après l'arrêt du tabac. L'emploi concomitant du counselling et de ces différents médicaments est plus efficace que chacun utilisé seul.

COMMENT PUIS-JE AIDER MES PATIENTS FUMEURS?

Demandez à tous vos patients s'ils fument et encouragez les à tenter d'arrêter. Pour les fumeurs qui ne sont pas prêts, utilisez l'approche motivationnelle pour les aider à cheminer vers une tentative d'arrêt. Depuis le 1er janvier 2007, un code d'acte permet aux médecins omnipraticiens en cabinet d'être rémunérés pour le soutien médical à l'abandon du tabagisme (Code d'acte 15161). Le formulaire *Soutien médical à l'abandon du tabagisme* produit par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux vous guide dans votre intervention, vous sert de note au dossier et vous donne une liste des ressources disponibles ainsi que des informations sur les aides pharmacologiques. Les principaux facteurs vous guidant dans le choix du médicament sont les contre-indications (**tableaux 1 et 2**), les expériences passées et les caractéristiques et préférences des patients.

La TRN s'est avérée sécuritaire chez les patients cardiaques, mais il y a manque de données démontrant l'efficacité et l'innocuité des TRN chez le femmes enceintes et les adolescents. Plusieurs experts considèrent qu'il est moins dangereux de prendre la TRN que de continuer de fumer et la recommandent malgré les contre-indications encore stipulées dans les monographies. Le Bupropion (Zyban) et la Varénicline (Champix) ont fait l'objet de mises en garde au sujet de possibilité d'agitation, d'humeur dépressive, d'hostilité, de changement de comportement, d'impulsivité ou d'idées suicidaires. Les différentes alternatives thérapeutiques doivent être présentées avant de débuter ces médicaments. Les patients et leurs proches devraient être informés qu'il faut cesser ces médicaments et consulter un professionnel de la santé si de tels comportements étaient observés. Votre soutien aidera vos patients à gagner la partie. À vous de jouer! ■


Soutien médical
à l'abandon du tabagisme
chez tout fumeur ou ex-fumeur < 6 mois

1. DEMANDEZ

1.1 HISTOIRE TABAGIQUE
Nombre d'années de tabagisme ?
Nombre de cigarettes par jour, en moyenne ?
Première cigarette fumée : minutes après le réveil ?
Tentative d'arrêt la plus longue ? ou a cessé depuis.
- Principale motivation ?
- Méthode utilisée ?
- Cause de la rechute, s'il y a lieu ?
Utilisez ces informations pour guider une prochaine tentative d'arrêt.

1.2 STADE DE CHANGEMENT
Avez-vous l'intention d'arrêter de fumer ?
non (pré-réflexion)
oui, dans :
≥ 1 mois (réflexion)
< 1 mois (préparation)
a cessé < 6 mois (action ou maintien)

Stades de pré-réflexion ou de réflexion ≥ 1 mois = le patient n'est PAS PRÊT !
Stade de préparation < 1 mois = le patient est PRÊT !
Stades d'action ou de maintien Le patient a CESSÉ DE FUMER

1.3 MOTIVATIONS Concernant l'arrêt du tabac, quels sont pour vous :
Les pour de fumer et de cesser ?
Les contre de fumer et de cesser ?
Les arguments décisifs ?
Les obstacles anticipés (incluant les symptômes de sevrage) ?
Les bienfaits ressentis ?
Les inconvénients vécus ?

2. DISCUTEZ
De l'importance d'arrêter le plus tôt possible, en personnalisant le message
Des dangers de la fumée secondaire
D'accord pour en rediscuter ?
Félicitez pour la décision
Des stratégies gagnantes :
D'accord pour fixer une date d'arrêt ?
Félicitez pour les résultats
De l'abstinence complète visée
Des stratégies pour les inconvénients vécus :
Si rechute : d'accord pour faire un nouvel essai, avec de nouvelles stratégies ?

3. DONNEZ
Si le patient est d'accord :
Du matériel éducatif
Du soutien et un R.-V. de relance
Une référence à une ressource (verso)
Du matériel éducatif
Des aides pharmacologiques :
Un R.-V. ou appel de relance dans le mois après la date d'arrêt
Une référence à une ressource (verso)
Au besoin :
Du matériel éducatif
Des aides pharmacologiques :
Un R.-V. de relance
Une référence à une ressource (verso)

Signature : Date :

j'Arrête
Santé et Services sociaux Québec

(disponible sur le site Web de la FMOQ
http://www.fmoq.org/fr/organization/clinical/toolbox/forms/default.aspx)

RESSOURCES GRATUITES

Le centre d'abandon du tabagisme (CAT) de votre CLSC offre de l'aide individuelle et de groupe. Appelez la ligne j'Arrête pour en connaître les coordonnées. La ligne j'Arrête propose de l'aide individuelle en ligne de 8 h à 21 h. du lundi au vendredi et le site Internet donne du support virtuel 24 heures par jour.

j'Arrête.
1 866 jarrête www.jarrete.qc.ca
centres d'abandon du tabagisme

NOUVEAU

Pr Prolia™

Le premier et le seul inhibiteur du ligand du RANK qui inhibe l'activité des ostéoclastes avant qu'ils n'atteignent l'os[1]*

Prolia est indiqué dans le traitement des femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose qui sont à risque élevé de fractures, ce dernier étant défini par des antécédents de fractures ostéoporotiques ou la présence de multiples facteurs de risque de fractures, ou chez qui d'autres traitements contre l'ostéoporose ont échoué ou n'ont pas été tolérés. Chez les femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose, Prolia réduit la fréquence des fractures vertébrales et non vertébrales, ainsi que des fractures de la hanche[1].
Prolia est contre-indiqué chez les patientes présentant une hypocalcémie ou une hypersensibilité au médicament ou à tout autre composant du produit. Pour obtenir la liste complète des ingrédients, veuillez consulter la section Formes posologiques, composition et conditionnement de la monographie de produit[1].
L'innocuité et l'efficacité de Prolia n'ont pas fait l'objet d'études chez les enfants. Prolia n'est pas indiqué chez les enfants[1].
Prolia est indiqué uniquement chez les femmes ménopausées et n'est pas recommandé chez les femmes qui pourraient tomber enceintes ou qui allaitent[1].
Un apport adéquat en calcium et en vitamine D est important chez toutes les patientes y compris celles atteintes d'insuffisance rénale grave ou celles sous dialyse[1].
Les médecins doivent tenir compte des mises en garde et précautions suivantes :
Il faut corriger l'hypocalcémie par un apport en calcium et en vitamine D avant l'instauration du traitement par Prolia. Chez les patientes prédisposées à l'hypocalcémie, une surveillance de la concentration de calcium est recommandée. Il faut conseiller aux patientes de consulter rapidement un médecin en présence de signes ou de symptômes d'hypocalcémie, tels qu'une paresthésie ou des spasmes musculaires[1].
Dans l'ensemble, des infections cutanées ayant entraîné une hospitalisation ont été signalées plus fréquemment dans le groupe traité par Prolia (0,4 %) que dans le groupe recevant le placebo (< 0,1 %). Il s'agissait principalement de cas de cellulite. Il faut recommander aux patientes de consulter rapidement un médecin si elles voient apparaître des signes ou des symptômes de cellulite et d'érysipèle et les médecins doivent évaluer la nécessité de poursuivre le traitement par Prolia. Il convient d'examiner le profil des risques et des bienfaits des patientes qui prennent des immunosuppresseurs avant de les traiter par Prolia[1].
Lors de l'étude FREEDOM, les événements touchant l'épiderme et le derme (par ex., dermatite, eczéma et éruptions cutanées) sont survenus à une fréquence significativement plus élevée dans le groupe recevant Prolia (10,8 %) que dans le groupe recevant le placebo (8,2 %). Envisager l'arrêt du traitement par Prolia si des symptômes graves se manifestent[1].
Des cas d'ostéonécrose de la mâchoire ont été signalés chez des patients recevant le denosumab ou des bisphosphonates. Un examen dentaire et des interventions dentaires visant la prévention devraient être pris en considération chez les patientes présentant des facteurs de risque d'ostéonécrose de la mâchoire. Si l'ostéonécrose de la mâchoire survient pendant le traitement, il faut orienter le plan de traitement en fonction des risques et des bienfaits pour chaque patiente[1].
Le traitement par Prolia a entraîné une suppression significative du renouvellement osseux. La signification de ces données et les effets du traitement prolongé par Prolia sont inconnus. Il faut suivre les patientes pour relever la présence d'une ostéonécrose de la mâchoire, de fractures atypiques et d'une prolongation du temps de guérison des fractures[1].
Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir tous les renseignements concernant les mises en garde et précautions, ainsi que la posologie et l'administration. Les médecins doivent s'être complètement familiarisés avec le profil d'efficacité et d'innocuité de Prolia de même qu'avec toute la monographie du produit avant de prescrire ce médicament.

* La signification clinique de ces données comparatives n'a pas été établie.

† Résultats de l'étude FREEDOM, une étude internationale, à répartition aléatoire, à double insu et contrôlée par placebo évaluant la réduction des fractures chez des femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose ayant reçu 60 mg de Prolia ou un placebo par voie sous-cutanée, tous les 6 mois, pendant 3 ans (n = 7 808; Prolia n = 3 902, placebo n = 3 906). Les sujets étaient âgés de 60 à 90 ans et présentaient un score T de la densité minérale osseuse variant de -2,5 à -4,0. Toutes les femmes ont reçu des suppléments de calcium (au moins 1000 mg) et de vitamine D (au moins 400 UI) chaque jour. Le principal critère d'évaluation était la fréquence de nouvelles fractures vertébrales pendant toute la durée du traitement, soit 36 mois. Le temps écoulé avant la première fracture de la hanche ou fracture non vertébrale constituait un critère d'évaluation secondaire[1,2].

‡ La densité minérale osseuse (DMO) a été mesurée à la hanche et à la colonne lombaire au début et pendant les 36 mois d'une étude secondaire (n = 441; Prolia n = 232, placebo n = 209)[1,2].

§ La dorsalgie a aussi été signalée comme l'un des événements indésirables les plus fréquents (fréquence > 5 % et supérieure à celle du placebo).

Réduction substantielle démontrée du risque de fractures à tous les sites mesurés dans l'ensemble du squelette : hanche, et sites vertébraux et non vertébraux[1,2†]

NEJM : Résultats de l'étude FREEDOM (Prolia n = 3 902, placebo n = 3 906)

Réduction du risque de nouvelles fractures vertébrales[1,2]	Réduction du risque de fractures de la hanche[1,2]	Réduction du risque de fractures non vertébrales[1,2]
68 %	40 %	20 %
$p < 0{,}0001$, réduction du risque absolu de **4,8 %**	$p = 0{,}04$, réduction du risque absolu de **0,3 %**	$p = 0{,}01$, réduction du risque absolu de **1,5 %**

Augmentation significative démontrée de la densité minérale osseuse (DMO) aux sites mesurés par rapport au placebo ($p < 0{,}0001$) : colonne lombaire (8,8 %), hanche totale (6,4 %), col du fémur (5,2 %) et trochanter (8,3 %)[1†‡]

Profil d'innocuité et de tolérabilité éprouvé[1]

- La fréquence des événements indésirables et des événements indésirables graves a été comparable chez les patientes recevant Prolia et chez celles sous placebo (événements indésirables associés à Prolia et au placebo 93 %, $p = 0{,}91$) (événements indésirables graves, Prolia 25,8 %, placebo 25,1 %, $p = 0{,}61$)[1].
- Les trois événements indésirables les plus fréquents chez les patientes traitées par Prolia comparativement aux patientes recevant un placebo ont été, respectivement, la dorsalgie[§] (34,7 % vs 34,6 %), l'arthralgie (20,2 % vs 20,2 %) et l'hypertension (15,8 % vs 16,4 %). Les événements indésirables les plus fréquents (fréquence > 5 % et supérieure à celle du placebo) ont été les douleurs aux extrémités (11,7 % vs 11,1 %), l'hypercholestérolémie (7,2 % vs 6,1 %), les douleurs musculosquelettiques (7,6 % vs 7,5 %) et la cystite (5,9 % vs 5,8 %). Les trois événements indésirables graves les plus fréquents ont été, respectivement, l'arthrose (1,6 % vs 2,0 %), la fibrillation auriculaire (0,9 % vs 0,9 %) et la pneumonie (0,9 % vs 0,9 %)[1].
- Des infections graves ayant entraîné une hospitalisation ont été rapportées plus fréquemment dans le groupe traité par Prolia (4,1 %) que dans le groupe recevant le placebo (3,4 %). Dans l'ensemble, des infections cutanées ayant entraîné une hospitalisation ont été signalées plus fréquemment dans le groupe traité par Prolia (0,4 %) que dans le groupe recevant le placebo (< 0,1 %)[1].

Seringue préremplie de 60 mg, renfermant une dose de 1 mL à injecter tous les six mois par voie sous-cutanée[1]

© 2010 Amgen Canada Inc. Tous droits réservés.
Prolia[MC] est une marque de commerce d'Amgen Inc., utilisée avec autorisation.

Références : 1. Monographie de Prolia. Amgen Canada Inc., 6 août 2010. **2.** Cummings SR, *et al.* Denosumab for Prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Eng J Med* 2009;361(8):756-65.

AMGEN
AMGEN Canada Inc.
Mississauga, Canada

CCPP
Membre
R&D

UNE FORCE CONTRE LES FRACTURES

Pr prolia[MC] denosumab

LE DÉNOSUMAB (PROLIA™),

UN NOUVEAU MEMBRE DE NOTRE ARSENAL THÉRAPEUTIQUE CONTRE L'OSTÉOPOROSE

Louis-Georges Ste-Marie, MD
Endocrinologue
Professeur titulaire de clinique
Département de médecine
Faculté de médecine
Université de Montréal
Directeur du Laboratoire des maladies osseuses métaboliques
Centre de recherche CHUM-Hôpital Saint-Luc

L'os est un tissu dynamique subissant le remodelage osseux tout au long de la vie adulte. En plus de permettre de répondre aux besoins métaboliques de l'organisme en calcium, le remodelage sert à préserver la qualité osseuse en maintenant la microarchitecture, la macroarchitecture et la résistance du tissu osseux. Ce remodelage résulte du couplage dans le temps et le lieu de l'activité de résorption des ostéoclastes, qui détruisent le vieux tissu osseux, à celle des ostéoblastes qui déposent le nouveau tissu osseux.

Des découvertes fondamentales dans les années 1990 et au début des années 2000 ont permis de définir le rôle important du système de la voie du RANK, du ligand RANK et de l'OPG (ostéoprotégérine) en biologie osseuse. Le RANK est un récepteur sur les précurseurs des ostéoclastes et les ostéoclastes, le ligand RANK est le ligand qui est sécrété par les précurseurs des ostéoblastes ou les ostéoblastes, alors que l'OPG agit comme récepteur-leurre en bloquant la liaison du ligand RANK à son récepteur RANK de la cellule, empêchant ainsi l'activation des ostéoclastes. On a démontré le rôle fondamental du processus de liaison du ligand RANK au récepteur RANK dans l'ostéoclastogenèse et de l'activation de la résorption osseuse. Le ligand RANK se lie à son récepteur RANK sur les pré-ostéoclastes, stimulant leur maturation en ostéoclastes multinucléés et sur les ostéoclastes matures, activant leur fonction de résorption.

Plusieurs facteurs (dont la PTH, le TNF-alpha, certaines interleukines, etc.) stimulent l'expression du ligand RANK par les ostéoblastes, entraînant une augmentation de la perte osseuse. Par ailleurs, les œstrogènes diminuent l'expression du ligand RANK et entraînent une augmentation de l'expression de l'OPG, empêchant ainsi la résorption osseuse.

Le dénosumab (Prolia) est un anticorps monoclonal entièrement humain qui se lie au ligand RANK avec une affinité et une spécificité élevées. Il empêche l'interaction entre le ligand RANK et son récepteur RANK. Le dénosumab inhibe donc la production, la fonction et la survie des ostéoclastes. La résorption osseuse est alors diminuée à un stade très précoce et de façon puissante.

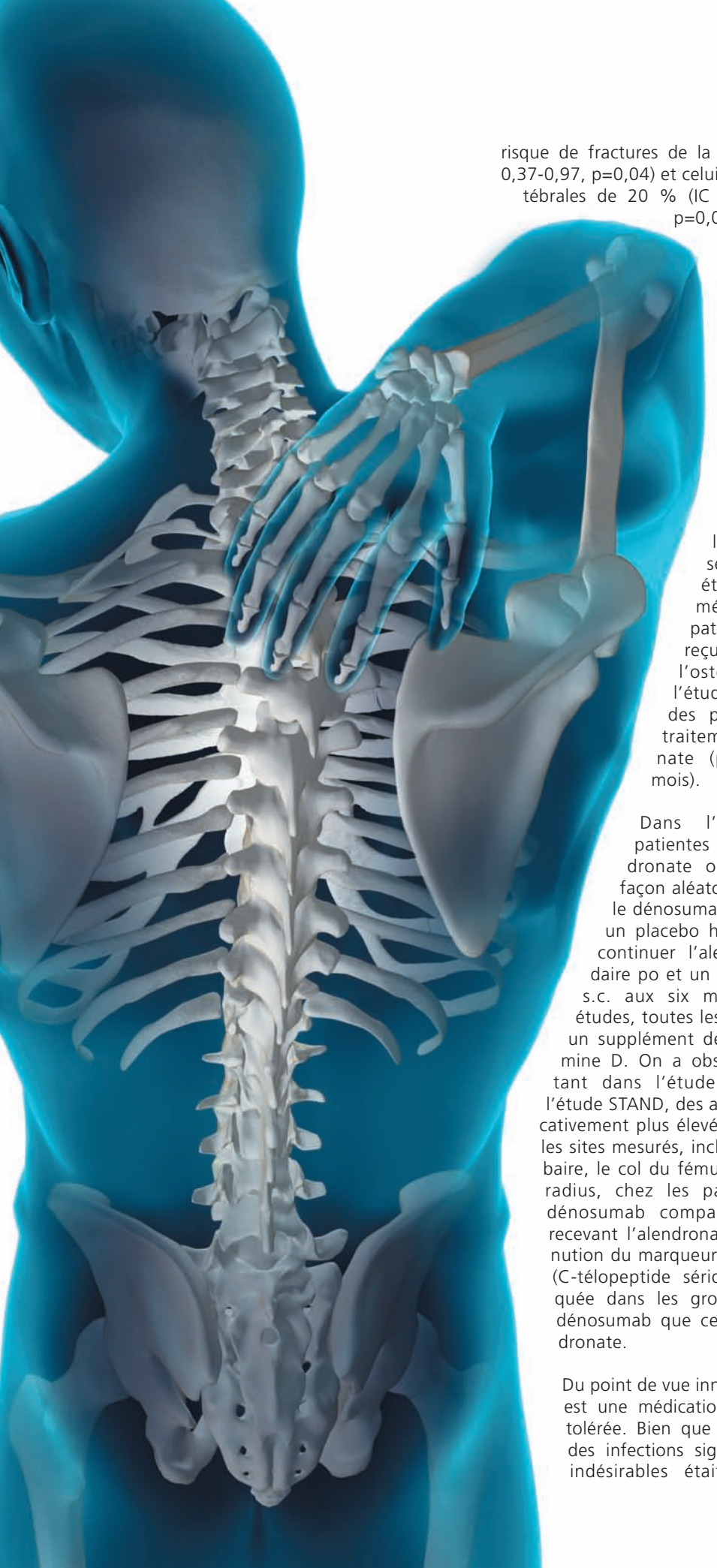
« Le dénosumab (Prolia) est un anticorps monoclonal entièrement humain qui se lie au ligand RANK avec une affinité et une spécificité élevées. Il empêche l'interaction entre le ligand RANK et son récepteur RANK. Le dénosumab inhibe donc la production, la fonction et la survie des ostéoclastes. La résorption osseuse est alors diminuée à un stade très précoce et de façon puissante. »

Santé Canada a approuvé en août dernier l'utilisation du dénosumab dans le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les patientes à risque élevé de fractures (défini par les antécédents de fractures ostéoporotiques ou la présence de multiples facteurs de risque de fractures) ou chez qui d'autres traitements contre l'ostéoporose ont échoué ou n'ont pas été tolérés. Le dénosumab est administré en injection sous-cutanée, à la dose de 60 mg (1 ml) tous les six mois.

On a démontré dans des études cliniques que l'administration de dénosumab causait une augmentation significative de densité minérale osseuse (DMO) tant au niveau lombaire, du col fémoral et même, au niveau du radius distal. De plus, on a observé une diminution marquée, significative et précoce, des marqueurs du remodelage osseux.

L'étude pivot FREEDOM est un essai multicentrique de phase III de l'utilisation du dénosumab (60 m sc aux 6 mois) contrôlé par placebo, à répartition aléatoire et à double insu mené chez 7868 femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose (âge moyen de 72,3 ans) pour une période de trois ans.

Comparativement au placebo, le dénosumab a réduit le risque de nouvelles fractures vertébrales morphométriques de 68 % (RR : 0,32; IC à 95 %, 0,26-0,41; $p < 0,001$). Comparativement au placebo, le dénosumab a réduit de 40 % le



risque de fractures de la hanche (IC à 95 %, 0,37-0,97, p=0,04) et celui de fractures non vertébrales de 20 % (IC à 95 %, 0,67-0,95, p=0,01).

Deux autres études de phase III ont comparé l'effet du dénosumab à celui de l'alendronate (70 mg po hebdomadaire) sur le pourcentage de changement moyen de la DMO et sur le changement des marqueurs du remodelage osseux chez les femmes ménopausées. L'étude DECIDE étudiait les effets des médications chez des patientes n'ayant jamais reçu de traitement contre l'ostéoporose alors que l'étude STAND a recruté des patientes étant sous traitement avec l'alendronate (pour au moins six mois).

Dans l'essai STAND, les patientes qui ont reçu l'alendronate ont été réparties de façon aléatoire pour recevoir soit le dénosumab par injection s.c. et un placebo hebdomadaire po, ou continuer l'alendronate hebdomadaire po et un placebo par injection s.c. aux six mois. Dans les deux études, toutes les patientes recevaient un supplément de calcium et de vitamine D. On a observé après 12 mois, tant dans l'étude DECIDE que dans l'étude STAND, des augmentations significativement plus élevées de la DMO à tous les sites mesurés, incluant la colonne lombaire, le col du fémur et le tiers distal du radius, chez les patientes recevant le dénosumab comparativement à celles recevant l'alendronate. De plus, la diminution du marqueur de résortion osseuse (C-télopeptide sérique) était plus marquée dans les groupes traités avec le dénosumab que ceux traités avec alendronate.

Du point de vue innocuité, le dénosumab est une médication généralement bien tolérée. Bien que la fréquence globale des infections signalées comme effets indésirables était similaire dans le

« On a démontré dans des études cliniques que l'administration de dénosumab causait une augmentation significative de densité minérale osseuse (DMO) tant au niveau lombaire, du col fémoral et même, au niveau du radius distal. »

« Comparativement au placebo, le dénosumab a réduit le risque de nouvelles fractures vertébrales morphométriques de 68 % »

métastatique (administré à 120 mg sc aux quatre semaines) que dans les études pour le traitement de l'ostéoporose. Toutefois, le dénosumab ne semble pas être associé à des troubles digestifs ou de syndrome pseudo-grippal.

En résumé, le dénosumab (Prolia) est une médication ayant un nouveau mode d'action et qui est efficace dans le traitement de l'ostéoporose postménopausique diminuant de façon significative l'incidence de fractures vertébrales, de la hanche et des fractures non vertébrales.

Par ailleurs, le dénosumab n'étant pas éliminé par les reins, une atteinte de la fonction rénale (avec Ccréatinine < 30ml/min) ne constitue pas une contre-indication à son utilisation à la différence des bisphosphonates.

Finalement, son administration sc aux six mois permet une persistance au traitement potentiellement plus grande que celle aux bisphosphonates oraux. ■

Références :

Boyle WJ, Simonet WS, Lacey DL, Osteoclast differentiation and activation. *Nature.* 2003;423;337-342.

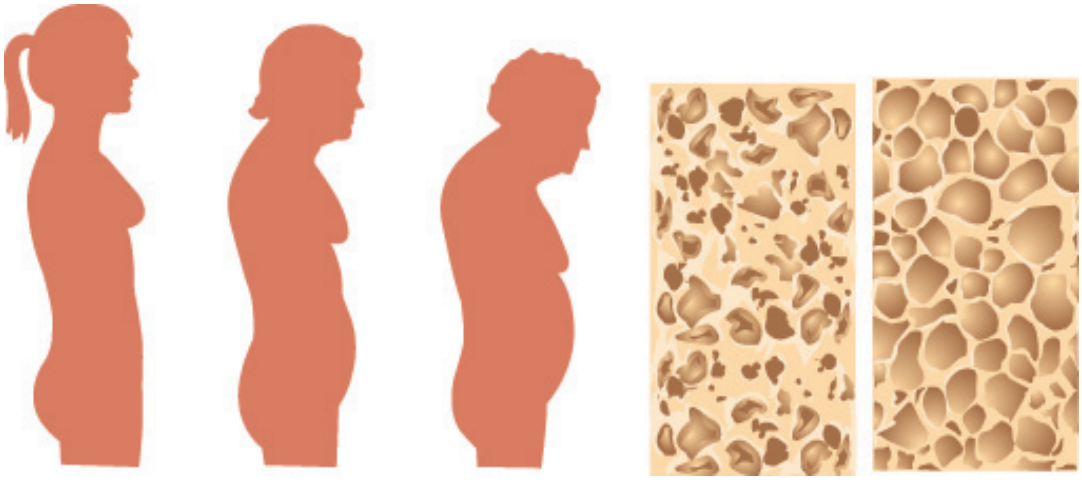
Cummings SR, San Martin J, McClung MR, *et al.* Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Eng J Med.* 2009;361:756-765.

Brown JP, Prince RL, Deal C, *et al.* Comparison of the effect of denosumab and alendronate on bone mineral density and biochemical markers of bone turnover in postmenopausal women with low bone mass: A randomized, blinded, phase 3 trial. *J Bone Miner Res.* 2009;24:153-161.

Kendler DL, Roux C, Benhamou CL, *et al.* Effects of denosumab on bone mineral density and bone turnover in postmenopausal women transitioning from alendronate therapy. *J Bone Miner Res.* 2010;25:72-81.

groupe dénosumab au groupe placebo ou groupe alendronate, il y a eu une fréquence plus élevée d'hospitalisations pour cellulite/érysipèle dans le groupe dénosumab. Il y a eu des cas d'ostéonécrose de la mâchoire. De façon semblable aux bisphosphonates, ils ont été décrits plus fréquemment dans les études utilisant le dénosumab pour la prévention d'évènements squelettiques chez les patients avec cancer

« En résumé, le dénosumab (Prolia) est une médication ayant un nouveau mode d'action et qui est efficace dans le traitement de l'ostéoporose postménopausique diminuant de façon significative l'incidence de fractures vertébrales, de la hanche et des fractures non vertébrales. »



CAHIER
DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE

Les procédures esthétiques, qu'elles soient de nature chirurgicale ou médicale, sont de plus en plus en demande dans notre société. Il est donc important que ces traitements soient pratiqués par des professionnels compétents. Une interdisciplinarité entre les spécialistes impliqués au niveau de l'esthétique permet d'offrir un éventail complet de possibilités adaptées aux besoins de chaque individu.

Bien que la dermatologie couvre un domaine d'expertise beaucoup plus vaste, il n'en demeure pas moins que la dermatologie a toujours inclus une part d'esthétique. De plus, n'oublions pas que si plusieurs personnes cherchent à camoufler les dommages causés par le soleil sur la peau, les rayons ultraviolets ne causent pas seulement des rides, des taches, de la couperose, mais aussi des lésions précancéreuses et cancéreuses de la peau. Le dermatologue a l'expertise et la formation idéale pour bien identifier et traiter ces lésions, le cas échéant.

Nous espérons que les articles que vous aurez le plaisir de lire vous aideront à mieux connaître et comprendre les différentes procédures disponibles actuellement. Nous vous invitons à visiter notre site internet au www.adq.org. Vous pourrez ainsi mieux connaître les dermatologistes qui offrent des services dans votre secteur et qui s'intéressent plus particulièrement aux procédures esthétiques.

Chantal Bolduc, MD
Présidente de l'Association
des Dermatologistes du Québec

ENTREVUE AVEC DEUX PIONNIÈRES

Propos recueillis par Marie-Claude Roy

Docteures Suzanne et Madeleine Gagnon, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologues

DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE : quand la science et l'art se combinent à merveille

Depuis plus de 25 ans, les docteures Suzanne et Madeleine Gagnon ont toujours porté un intérêt à l'aspect esthétique de la dermatologie. Avec l'apparition de nouveaux moyens thérapeutiques, cet intérêt a évolué et est devenu une véritable passion. Grâce à leur expertise, elles sont en mesure d'offrir plusieurs traitements afin d'améliorer l'apparence de votre visage ou simplement conserver une meilleure sérénité face au vieillissement.

D'origine beaucerone, Suzanne et Madeleine Gagnon sont très chaleureuses. Loin d'être hautaines, elles ont des patients de tous les milieux. Les deux dermatologues adorent leur spécialité médicale car elles peuvent s'exprimer en combinant la science et l'art.

À savoir d'où vient cette passion, elles expliquent que leur père dessinait lui-même ses meubles avant la fabrication et que leur mère dessinait à l'encre de chine des visages de toute beauté.

« Notre grand-mère paternelle était une femme avant-gardiste et notre père l'a suivie dans sa vision, raconte Madeleine. Déménagé à Montréal, il a fondé une entreprise de fabrication de meubles. Notre mère était un modèle d'élégance et elle a accompagné notre père dans son cheminement. » « Notre père a toujours su nous encourager à poursuivre nos études, ajoute Suzanne. Nous étions libres de choisir notre propre voie. Il disait que notre plus bel héritage serait toujours notre autonomie. » Suite à une formation en médecine à l'Université de Montréal, les deux sœurs Gagnon ont poursuivi leurs études avec quatre années supplémentaires en dermatologie. Depuis la fin des années 70, elles pratiquent cette spécialité à Laval.

DES TRAITEMENTS EN CONSTANTE ÉVOLUTION

À travers leur pratique en cabinet privé, en passant par la consultation en région et leur implication au sein de l'hôpital Cité de la Santé de Laval, Suzanne et Madeleine ont touché à tous les volets de la dermatologie. Au début des années 80, l'arrivée des injections de Collagène leur a ouvert une fenêtre sur le volet non chirurgical de l'esthétique. Puis, en 1986, elles ont mis sur pied la première clinique de traitements Laser en milieu hospitalier francophone. Les deux dermatologues ont intégré cette technologie pour traiter entre autres la couperose, les taches brunes, le photovieillissement.

En 1994, une nouvelle catégorie d'ingrédients actifs, se situant entre le médicament et le cosmétique, dont l'acide glycolique, offre de nouvelles possibilités dans les soins de la peau. Une fois de plus, Suzanne et Madeleine ont élargi leur champ de compétence, que ce soit des conseils de base jusqu'aux peelings médicaux spécialisés.

En 1996, elles ont participé à des séminaires de formation sur l'usage du médicament Botox à des fins esthétiques. Au fil des ans, elles ont perfectionné leurs techniques afin d'obtenir des résultats naturels.

« Notre côté artistique entre en scène pour éviter des effets trop figés, souligne Madeleine. Nous prenons toujours en considération l'effet compensatoire des muscles non traités pour ajuster nos doses et nos sites d'injections que nous appelons un traitement équilibré « Yin + Yang ». Le visage d'une personne, c'est un tout. C'est une vue d'ensemble. »

Soit dit en passant, le Botox est utilisé depuis plus de 20 ans en médecine. Plus de six millions de traitements au Botox ont été effectués aux États-Unis en 2008.

D'autre part, de nouveaux produits de remplissage à base d'acide hyaluronique sont apparus sur le marché canadien. Suzanne et Madeleine Gagnon figurent parmi les premières à en avoir fait l'usage.

« Les techniques de rajeunissement sont impressionnantes et le travail à effectuer est beaucoup plus complexe qu'il ne le semble. »

« La dermatologie esthétique est un travail médical et artistique. Les dermatologues spécialisés en esthétique ont la science et les connaissances pour effectuer ce travail. »

ENTREVUE AVEC DEUX PIONNIÈRES

« Il est important de bien choisir un dermatologue traitant plutôt qu'une technologie. Le succès d'un traitement dépend de l'expérience et du jugement du médecin. Il dépend aussi du bon outil de traitement, par exemple, le laser, le remplissage, les peelings, le botox, etc. »

Les techniques de rajeunissement sont impressionnantes et le travail à effectuer est beaucoup plus complexe qu'il ne le semble. Pour le Botox, par exemple, il faut bien connaître tous les muscles du visage; pour les produits de remplissage, il faut savoir où sont les vaisseaux et les nerfs; pour les traitements laser ou IP1, il faut être familier avec tous les types de peau. La dermatologie esthétique est un travail médical et artistique. Les dermatologues spécialisés en esthétique ont la science et les connaissances pour effectuer ce travail.

BIEN CONSEILLER LES GENS

À savoir à partir de quel âge doit-on utiliser les techniques de rajeunissement, la réponse est qu'il n'y a pas vraiment d'âge.

« Il y a des jeunes dans la vingtaine qui viennent nous consulter parce qu'elles veulent des injections de Botox, mentionne Madeleine. Nous allons plutôt leur enseigner les soins de la peau. Nous prenons le temps de leur expliquer que le meilleur traitement anti-rides, c'est la prévention par l'application quotidienne d'une bonne protection solaire. »

« D'autres personnes commencent des traitements assez tôt pour cause d'hérédité, fait remarquer Suzanne. Chaque personne est unique. Tout dépend des besoins des gens. Chez nous, nous ne traitons pas une ride, mais bien une personne. La grande majorité de nos patientes ont entre 35 et 50 ans. Nous avons également de plus en plus de patientes entre 60 et 80 ans. Celles-ci sont encore très en forme et elles aiment que leur visage reflète leur sérénité. »

« Nous n'avons pas une clientèle qui demande des choses extravagantes, remarque Madeleine. En général, on redonne aux gens ce qu'ils ont perdu. Je me souviens d'un homme qui disait de sa conjointe : « J'ai retrouvé la femme que j'ai rencontrée ». D'autres se font dire qu'ils ne vieillissent pas ou qu'ils vieillissent bien. Disons que nos patients ont un visage plus détendu et ils semblent reposés. C'est le but recherché. »

Suzanne et Madeleine Gagnon sont aussi en mesure de bien conseiller les gens quant au choix des produits. Les dermatologues sont des spécialistes de la peau et portent un grand intérêt aux ingrédients actifs qui peuvent améliorer la peau. Un examen attentif permet de sélectionner pour chaque patient ce qui lui conviendra le mieux.

« Nous expliquons aux patients les principes de soins de la peau, précise Madeleine. Nous croyons qu'une personne bien informée sera plus en mesure de suivre les conseils prodigués si elle en comprend les raisons. Le visage est la meilleure carte de présentation. Qu'on le veuille ou non, l'image que l'on projette est significative. Notre philosophie rejoint la pensée du docteur Beauregard, président de l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec. Nous sommes convaincues de l'importance de la relation entre le corps et l'esprit. Face à une longévité accrue, il est très important de conserver un équilibre entre l'image que l'on projette et la sérénité intérieure acquise au fil des ans. »

Il est important de bien choisir un dermatologue traitant plutôt qu'une technologie. Le succès d'un traitement dépend de l'expérience et du jugement du médecin. Il dépend aussi du bon outil de traitement, par exemple, le laser, le remplissage, les peelings, le botox, etc.

« Prenons l'analogie de l'artiste, d'expliquer Madeleine. Le résultat de la sculpture ou du tableau dépend avant tout du talent de l'artiste et de sa vision. Avant de commencer son œuvre, il doit avoir une bonne communication avec son client. Même un magnifique tableau, s'il ne répond pas aux attentes du client, amènera la déception. »

Selon Suzanne et Madeleine, la clé du succès se résume en quelques mots : passion, respect des patients, écoute de leurs attentes et ouverture d'esprit combinés à l'expérience et le sens artistique.

CONCEPT DERMA LIFT 3D

Le concept Derma Lift 3D, c'est leur vision globale et équilibrée du visage d'une personne afin de rehausser sa beauté. C'est aussi de réaliser une harmonie entre l'apparence de la peau et les formes du visage. Derma signifie dermatologue qui regarde ou voit de par sa formation les lésions suspectes et s'intéresse à l'apparence et la texture de la peau. La peau, c'est l'enveloppe du visage d'une personne, son plus beau vêtement.

Lift 3D représente la vision de Suzanne et Madeleine en trois dimensions des formes et des courbes du visage d'une personne. Cela englobe volume lift, liquid lift, soft lift et lift non chirurgical. « Depuis quelques années, nous pratiquons le lift non chirurgical à l'aide d'injections à l'acide hyaluronique comme Juvederm et Restylane, rappelle Suzanne. Ces injections ont pour but de restaurer le volume d'un visage qui s'est affaissé avec le temps. Nous pouvons rehausser les pommettes, remodeler l'angle de la mâchoire pour réduire l'apparence des « bajoues », adoucir les creux près des yeux ainsi que relever les sourcils. »

« Lors d'une première rencontre, notre capacité d'écoute nous permet de bien cibler les attentes personnelles de nos patients, de conclure Madeleine. Ainsi, nous pouvons planifier un programme de soins selon le style de vie de nos patients et leur budget. Chose certaine, nous sommes toujours en train d'apprendre. Les traitements en dermatologie esthétique se multiplient constamment et rapidement. » ■

Pour en savoir plus :
Dermatologie Face au Temps
1688 des Laurentides, suite 102,
Laval, H7M 2P4
450-668-4812
www.faceautemps.ca

« Chaque personne est unique. Tout dépend des besoins des gens. Chez nous, nous ne traitons pas une ride, mais bien une personne. »

1 cuillère à soupe = 15 ml

Mettre 2 cuillères à soupe toutes les 2 ou 3 heures pour une protection efficace chez l'adulte. (Tout le corps)
Et ½ cuillère à thé pour le visage et le cou.

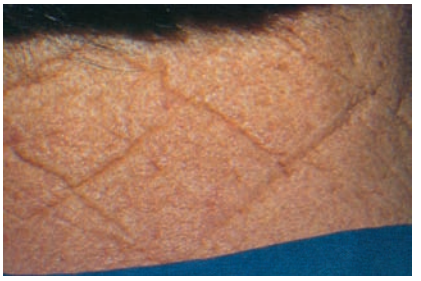
POURQUOI DEVONS-NOUS UTILISER DES ÉCRANS OU FILTRES SOLAIRES?

Marie-Christine Roy,
M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q, Dermatologue

Le vieillissement est un processus complexe résultant de multiples changements fonctionnels et esthétiques de la peau. Les changements résultent de facteurs internes (génétique, santé, etc.) aussi bien qu'externes, comme le tabagisme et l'exposition aux rayons ultraviolets solaires ou en provenance de cabine de bronzage.

Les signes cliniques les plus fréquents du photovieillissement sont les changements de pigmentation, la diminution de l'élasticité de la peau, la décoloration jaunâtre, les rides, la dilatation des vaisseaux sanguins, la peau épaissie comme le cuir ainsi que les cancers cutanés. Les sites plus exposés au soleil comme le visage, le cou, la poitrine, la face dorsale des mains et des avant-bras, sont habituellement plus abîmés étant donné leur exposition plus grande aux rayons ultraviolets du soleil, surtout chez les peaux plus claires qui sont plus vulnérables.

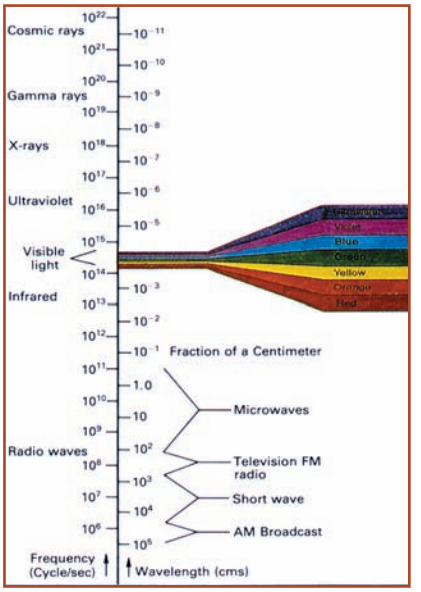
La peau de l'avant-bras exposé au soleil et la peau de la cuisse protégée du soleil chez une femme de 71 ans. Appréciez la différence



Photovieillissement de la peau de la nuque chez un homme qui travaille à l'extérieur et qui ne s'est pas protégé des rayons ultraviolets.

Le photovieillissement et les dommages cutanés dus au soleil sont de mieux en mieux connus. L'irradiation solaire, une fois filtrée par la haute atmosphère terrestre, frappe la surface de la terre à des longueurs d'ondes de 290 à 4000 nm. Cette portion du spectre électromagnétique est divisée en trois bandes majeures :

Les rayons ultraviolets : 290 à 400 nm, UVB : 290 à 320 nm et UVA : 320 à 400 nm
La lumière visible : 400-760 nm
L'irradiation infrarouge : 760-4000 nm



L'irradiation UV est à son maximum entre 11 heures à 16 heures et est augmentée par le reflet de la neige, de l'eau ou du sable. Les UVB sont surtout absorbés par l'épiderme et sont davantage responsables des brûlures (truc pour le retenir : B pour brûlure), mais ils aident à promouvoir la synthèse de la vitamine D. Pour leur part, les UVA peuvent pénétrer le derme et stimulent la mélanogénèse (bronzage), ils passent à travers les vitres (de voiture, d'avion etc.) et ils sont responsables des dommages du photovieillissement (truc pour le retenir : A pour âge).

Les rayons UVA (Âge) passent les fenêtres ce qui explique souvent pourquoi le côté gauche du visage est plus taché et couperosé

Les dommages carcinogéniques des rayons ultraviolets A et B sont bien connus des dermatologues et de la population en général, d'où la recommandation et l'utilisation plus fréquente des filtres solaires lors d'activités sportives ou autres à l'extérieur. Plus de 65 000 nouveaux cas de cancers cutanés seront diagnostiqués cette année, dont 5 300 nouveaux cas de mélanome. Le cancer de la peau est un cancer qu'on peut prévenir en évitant la principale cause qui sont les rayons UV du soleil. Heureusement, la plupart des

cancers sont guérissables s'ils sont dépistés à temps. Toutefois, bien que la plupart ne soient pas fatals, la destruction tissulaire qui en résulte peut laisser des séquelles importantes.

Les écrans solaires (qui sont en fait des filtres solaires) sont en réalité le produit cosméceutique (substance qui exerce un effet thérapeutique et cosmétique) le plus important, car ils protègent de l'irradiation solaire qui est le facteur environnemental dommageable le plus significatif pour la peau. Comme résultat, ils aident non seulement à prévenir les dommages du vieillissement, mais aussi à prévenir les dommages carcinogéniques et autres réactions anormales au soleil. Pour être efficaces, les écrans solaires doivent couvrir un spectre suffisamment large pour bloquer les rayons ultraviolets A et B. Ils doivent par ailleurs être utilisés quotidiennement pour assurer une protection constante car les dommages cutanés dus au soleil ne se produisent pas seulement lors des vacances mais aussi lors d'activités quotidiennes banales tels la conduite d'un véhicule, l'entretien du terrain, la course à pied, le vélo, surtout si ces activités se produisent entre 11 heures et 16 heures.

La plupart des gens ne savent pas que la prise de plusieurs médications courantes tels les anovulants, les hormones, les antihypertenseurs, les anti-inflammatoires, les antidépresseurs, certains antibiotiques rendent la peau plus sensible au soleil et ainsi plus vulnérable aux réactions anormales de brûlures, de taches pigmentaires, d'allergies solaires, etc. Dans ces circonstances, il convient d'utiliser une plus grande protection solaire.

L'application recommandée des écrans solaires est de 30 mls pour une application sur toute la surface corporelle et de la répéter aux deux heures, surtout après la baignade ou une transpiration excessive. Vous admettrez avec moi qu'il est peu logique dans ces circonstances d'utiliser une seule bouteille de lotion solaire de 100 mls lors d'un voyage de trois mois dans le sud! Une bonne protection solaire devrait aussi comprendre l'utilisation de vêtements et de chapeaux adéquats, de verres solaires, car le haut de la tête, les yeux, les oreilles, les tempes, la nuque, les épaules, le haut du dos et les jambes sont souvent directement et longuement exposées.

Lorsque nous effectuons certains traitements en dermatologie, tel le traitement à l'azote liquide et les traitements lasers, il est souvent recommandé d'avoir aussi été protégé du soleil quelques semaines avant et après ce type de procédure.

MAIS COMMENT CHOISIR LE BON FILTRE SOLAIRE?

L'Association canadienne de dermatologie rend la chose plus facile en attribuant son logo aux fabricants de filtres solaires qui en font la demande et qui respectent certaines règles.

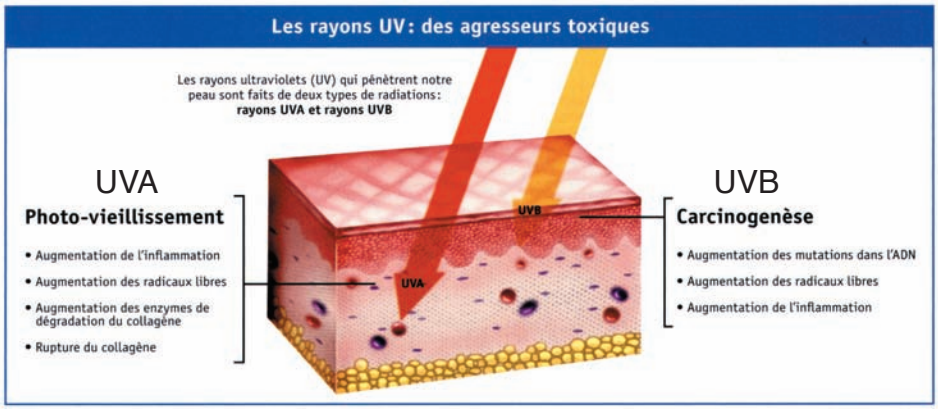
- Le produit a un FPS pour les rayons ultraviolets B d'au moins 30
- Il contient un filtre UVA à large spectre
- Il n'est pas irritant, comédogène et est hypoallergène
- Il contient très peu de parfum
- Il ne promeut pas le bronzage

Il faut toutefois rappeler que l'utilisation d'un filtre solaire ne représente pas « un bouclier » contre l'irradiation solaire et ne permet ni l'exagération ni la surexposition.

De plus, il est important de se rappeler que l'irradiation aux rayons ultraviolets demeure la principale source de fabrication de la vitamine D. Si vous être âgé de 50 ans et plus, il est donc recommandé de demander à votre médecin un dosage de la vitamine D et, si nécessaire, de vous faire prescrire un supplément en vitamine D, à une dose de 1000 UI par jour, car la vitamine D est une hormone essentielle à l'intégrité osseuse et au métabolisme du calcium, sachant que les personnes vieillissantes sont plus sujettes à l'ostéoporose et aux fractures osseuses. Cette vitamine est aussi retrouvée dans certains aliments tels le lait, le foie de poulet, certains poissons et le jaune d'œuf, mais en quantité limitée. De plus, de nouvelles recherches semblent maintenant indiquer que le maintien d'un niveau suffisant de cette vitamine pourrait aussi contribuer à protéger de certains cancers.

QUE DEVONS-NOUS PENSER DE TOUS CES ARTICLES INQUIÉTANTS PORTANT SUR CERTAINES SUBSTANCES CONTENUES DANS NOS FILTRES SOLAIRES?

Plusieurs études effectuées sur les animaux ne peuvent se transposer à



Pénétration des rayons UVA et UVB dans la peau

LE MYTHE « JE M'EXPOSE AU SOLEIL SOUVENT ET SANS PROTECTION, C'EST BON POUR LA SYNTHÈSE DE VITAMINE D » :

FAUX. Selon Ostéoporose Canada, pour obtenir les doses de vitamine D recommandées, la plupart des Canadiens auront besoin de suppléments parce qu'en Amérique du Nord, l'exposition au soleil et l'apport alimentaire en vitamine D sont insuffisants. De plus, pour synthétiser 1,000 UI de vitamine D à partir des rayons ultraviolets B, un jeune homme de race blanche doit exposer le quart de sa surface corporelle (les bras et presque toutes les jambes) pendant quatre minutes… On est loin de la journée complète sur la plage ou dans notre cour arrière! Donc on continue d'appliquer sa crème solaire et on vérifie avec son médecin pour la dose de vitamine D requise selon notre âge.
Référence : Nouvelles lignes directrices d'Ostéoporose Canada, Le Médecin du Québec, volume 45, numéro 10, octobre 2010.

l'homme et, pour le moment, Santé Canada et la Food and Drug Administration américaine n'ont pas retiré ces formulations car elles ne semblent pas représenter de danger actuellement.

Les enfants de moins d'un an ont toutefois la peau assez spongieuse, et les filtres solaires utilisés pour les enfants de plus de six mois devraient être des formulations spéciales conçues pour eux.

Note : L'Association canadienne de dermatologie, tout comme Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé, recommandent également d'éviter l'utilisation des lits de bronzage, car cette pratique accroît les risques de cancer de la peau.

En conclusion, les écrans solaires demeurent la première ligne de défense contre les agressions solaires et, utilisés intelligemment en combinaison avec des vêtements adéquats, vous assurent une peau saine tout en vous laissant vaquer librement à voactivités quotidiennes extérieures. ■

LE MYTHE DU FPS : UN PRODUIT DE PROTECTION SOLAIRE AVEC UN FPS DE 60 PROTÈGE DEUX FOIS PLUS QU'UN PRODUIT AVEC FPS DE 30.

FAUX. Selon les ingrédients qu'il contient, un produit FPS de 60 protège de 1 à 3 % de plus qu'un FPS de 30! Cette protection supplémentaire est cependant importante pour les personnes à peau claire, celles qui sont souvent dehors, celles qui souffrent de maladies de peau aggravées par le soleil ou qui prennent des médicaments photosensibilisants. N'oubliez-pas votre chapeau et les vêtements protecteurs.

Dr Marie-Christine Roy
CENTRE DE DERMATOLOGIE AU LASER

www.mcroy.ca

Dr Marie-Christine Roy, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q.
Membre de l'Association canadienne de dermatologie et de l'Association des dermatologistes du Québec

Pour votre consultation veuillez communiquer avec le Centre de Dermatologie au laser Dr Marie-Christine Roy au 450 672-2885.

Certificats cadeaux disponibles

594, Avenue Victoria, bureau 200
Saint-Lambert, Québec J4P 2J6

Suzanne Gagnon
M.D., F.R.C.P. (C),
C.S.P.Q., Dermatologue

LES SOINS DE LA PEAU DU VISAGE

Dans son livre *Survival of the prettiest: The Science of Beauty* (Survie des plus jolies : la science de la beauté), l'auteure Nancy Etcoff synthétise la littérature et les recherches anthropologiques, biologiques et psychologiques et démontre qu'en effet, l'appréciation de notre propre beauté et celle des autres est ancrée profondément dans le cerveau humain : « *Flawless skin is the most universal desired feature of beauty* » (une peau impeccable est la caractéristique universelle la plus désirée). Dans ce cahier spécial sur la dermatologie esthétique, vous trouverez les conseils de base pour bien vous protéger du photo-vieillissement et pour améliorer l'apparence de votre peau.

Pour vous guider, nous avons résumé les soins de la peau selon les principes généraux suivants :

Le matin : on nettoie la peau, on applique un antioxydant et une protection solaire pour limiter les dommages supplémentaires, et

Figure 1

Le soir : on nettoie la peau, on hydrate et/ou on répare les dommages déjà existants.

LE NETTOYAGE DE LA PEAU DU VISAGE

Le nettoyage de la peau est une composante essentielle d'un programme de soins. Durant la journée, la peau du visage accumule toutes sortes d'impuretés. Au sébum et à la sueur s'ajoutent les polluants de l'environnement tels la poussière, les irritants dans l'air et les composantes de la cigarette.

La peau est un organe vivant et a besoin de respirer! Un bon nettoyage s'impose mais ne doit pas assécher ni irriter. Il y a sur le marché de nombreux produits qui sauront vous convenir. Certains offrent une combinaison 3 dans 1 pour nettoyer, démaquiller et hydrater. Si vous souffrez d'acné ou avez des comédons (points noirs), vous pouvez choisir un produit contenant jusqu'à 2 % d'acide salicylique.

La meilleure façon de nettoyer votre visage se fait avec les doigts et de l'eau tiède (**Figure 1**). Lavez le visage et le cou dans un mouvement vers le haut et vers l'extérieur. Sur le visage, vous devez toujours frotter perpendiculairement à la direction de vos rides. Sur le front, les joues, le menton et le cou, dirigez vos doigts à l'horizontale puis vers le haut et l'extérieur, selon le modèle sur la Figure 1.

LA PROTECTION SOLAIRE

Dans ce cahier spécial sur la Dermatologie Esthétique, vous trouverez les renseignements nécessaires pour bien choisir votre protection solaire.

Tous les dermatologues s'entendent pour affirmer que si vous devez choisir un seul produit efficace contre le vieillissement de la peau, c'est la protection solaire qui s'impose (**Figure 2**).

Cependant, en plus de choisir la bonne protection contre les rayons UVB (brûlure) et UVA (âge), il faut bien sélectionner la base qui convient à votre type de peau :

- Si vous avez une peau sèche ou normale, choisissez une base crème.
- Si vous avez une peau mixte, choisissez une base lotion qui mentionne « légère » ou « à base d'eau sans huile ».
- Si vous avez une peau grasse à tendance acnéique, optez pour un gel ou une vaporisation (vaporisez sur vos mains puis étendez sur votre visage. Ne vaporisez pas directement sur le visage).

RÉPARER LES DOMMAGES DÉJÀ EXISTANTS

Parmi les produits anti-âge pour application sur le visage, ce sont la trétinoïne (médicament), les acides de fruit et les antioxydants qui ont fait l'objet de plus d'études. Plusieurs crèmes disponibles sur le marché mentionnent dans leur publicité des effets quasi miraculeux! Prenez garde aux promesses magiques du genre : « Rajeunissez de dix ans après deux semaines d'application de notre produit ». Si tel était le cas, nous aurions toutes l'air de jeunes filles! Il existe cependant des ingrédients qui ont fait leurs preuves, et plusieurs nouvelles molécules prometteuses apparaissent sur le marché et font l'objet d'études sérieuses. Dans cet article, nous nous contenterons de discuter des produits les mieux connus.

Figure 2

Source : Derm Surgery 2005 p.383

Femme de 61 ans avec une histoire d'exposition solaire régulière.

Femme de 61 ans sans histoire d'exposition solaire régulière. Appréciez la différence et réalisez l'importance de bien se protéger des rayons UVB (brulure) et UVA (Âge)

• La trétinoïne :
La trétinoïne est l'étalon-or auquel les autres se mesurent. La trétinoïne a été utilisée depuis plus de 35 ans pour traiter l'acné. C'est à la fin des années 1980 que les dermatologues ont remarqué son effet réducteur sur les rides et les taches brunes. La trétinoïne est efficace pour diminuer certains signes de vieillissement sur notre visage. Cependant, la trétinoïne est un médicament de prescription et elle n'est pas tolérée par tous les types de peau. Plusieurs la trouvent irritante et elle cause une desquamation de la peau (peau qui pèle) qui n'est pas toujours appréciée.

C'est en traitant l'acné avec la trétinoïne pendant de nombreuses années que les dermatologues ont remarqué son effet anti-rides .

Des rétinoïdes de seconde génération sont apparus sur le marché dont le Rétinol et le Rétinaldéhyde. Ces molécules sont transformées en trétinoïne par les enzymes de notre peau. Ces ingrédients sont moins irritants et ne nécessitent pas de prescription. Ils sont cependant moins efficaces que la trétinoïne car souvent dans les cosmétiques, leur concentration est trop faible, surtout en ce qui concerne le rétinol. Ces produits sont par contre assez bien tolérés par les peaux fragiles, souffrant de rosacée ou de couperose.

• Les acides alpha-hydroxylés (ou acides de fruits) :
Les acides de fruits sont utilisés depuis des siècles. Cléopâtre en couvrait sa peau tous les jours et Marie-Antoinette se lavait avec du vin rouge, profitant sans le savoir des bénéfices de l'acide lactique et tartrique.

Les acides de fruits ont été réintroduits en dermatologie en 1974 quand les Drs Van Scott et Yu ont remarqué leur effet sur la peau très sèche de l'ichtyose (maladie dermatologique où la peau est très épaisse et extrêmement sèche).

L'acide glycolique et l'acide lactique sont les deux plus connus de cette catégorie. L'acide glycolique agit rapidement (en moyenne deux semaines) pour adoucir la surface de la peau en réduisant la couche cornée de surface rendue trop épaisse et rugueuse avec les années et l'exposition au soleil. La réduction des dommages du photo-vieillissement prendra environ de 14 à 16 semaines. L'épiderme sera plus épais, les taches brunes seront plus pâles et on observera une augmentation de l'acide hyaluronique dans le derme (couche sous l'épiderme qui contient les fibres de collagène, les fibres élastiques et la substance fondamentale dont l'acide hyaluronique, qui retient l'eau dans la peau). Ces effets documentés au microscope se comparent à ceux de la trétinoïne et se manifestent par une peau plus claire, plus lumineuse et une réduction des fines ridules selon la concentration utilisée.

Dans les pharmacies, les produits contiennent entre 4 et 8 % d'acide glycolique pour application sur le visage. Comme l'acide glycolique peut picoter sur votre peau, nous vous suggérons de commencer avec des concentrations plus basses pour habituer la peau et, selon votre tolérance, progresser vers des concentrations plus élevées. Comme l'effet de l'acide glycolique est affaibli par l'eau, il faut attendre 15 minutes ou plus après le nettoyage avant de l'appliquer. Il faut aussi considérer le pH du produit. Le pH idéal pour une crème AHA est d'environ 3,5. Si le pH est plus élevé, l'efficacité de l'acide glycolique sera moindre. Comme le pH n'est pas indiqué sur les emballages, choisissez des compagnies pharmaceutiques sérieuses et méfiez-vous si on vous propose un produit pour le visage dont la concentration dépasse 8 %. À plus de 8 %, il est préférable de demander conseil à votre dermatologue.

Des acides de fruits de « nouvelle génération » sont aussi apparus sur le marché, comme les acides polyhydroxylés (gluconolactone et acide lactobionique). Moins efficaces mais mieux tolérés, on peut les recommander pour les peaux facilement irritées, les cas de rosacée et les patients ayant tendance à l'eczéma atopique.

Les points clé à considérer pour choisir un produit efficace à base d'acide de fruits :

La sorte d'acide de fruit : l'acide glycolique est la molécule la plus efficace, suivie de l'acide lactique. Les acides polyhydroxylés sont moins efficaces mais conviendront aux peaux souffrant de rosacée ou ayant tendance à l'eczéma.

La concentration : entre 4 et 8 % pour l'acide glycolique. À plus de 8 %, il est préférable de consulter un dermatologue.

Le pH : il devrait être aux environs de 3,5 pour une efficacité maximale de l'acide glycolique. Comme le pH n'est en général pas inscrit sur l'emballage, choisissez une compagnie pharmaceutique fiable. Méfiez-vous des concentrations plus élevées que 8 % pour un produit visage, car son pH risque d'être trop élevé et une partie de l'AHA sera neutralisé.

La base : Pour une peau normale : une base crème. Pour une peau grasse : une base lotion. Pour une peau acnéique : une base lotion ou solution. Laissez sécher votre peau après le nettoyage avant d'appliquer votre produit AHA.

LES ANTIOXIDANTS

Les antioxydants limitent les dommages supplémentaires et, selon la molécule, peuvent réduire certains dommages causés par le photo-vieillissement.

L'usage de suppléments d'antioxydants oraux et topiques (en application sur la peau) a considérablement gagné en popularité ces derniers 25 ans. C'est un domaine où l'on constate un intérêt croissant dans la population et dans le domaine médical.

Le principe de l'antioxydant est de diminuer les dommages que les radicaux libres causent sur les cellules avoisinantes. Pour la peau, on pourrait l'expliquer comme suit : les rayons ultraviolets abiment les cellules et causent des dommages au niveau moléculaire en libérant des électrons. Les cellules ainsi privées de leur électron attaqueront à leur tour les cellules normales avoisinantes pour leur voler leur électron, et ainsi de suite, créant une cascade de dommages. Les antioxydants cherchent à calmer ces cellules agressives et limiter les dommages.

Le défi ici est de réussir à composer des formules stables et efficaces. Nous ne mentionnerons dans cet article que les antioxydants les plus connus et ayant fait l'objet d'études sérieuses.

La vitamine C

Il existe plusieurs dérivés de vitamine C. C'est la formule L-ascorbique qui est la plus efficace.

L'exposition solaire, selon sa durée et le type de peau, peut diminuer le contenu de la vitamine C de la peau de 30 à 50 %. La vitamine C protège contre les dommages solaires, réduit les radicaux libres et contribue à la synthèse de collagène. La plupart des études ont été faites avec des concentrations de 10 % et plus. La stabilité de la vitamine C dans les produits de soins et le choix du bon pH sont des facteurs clé pour leur efficacité. Sur le marché cosmétique, les concentrations sont plus près de 5 %, car à 10 % le produit est plus efficace, mais aussi plus irritant, surtout si son pH est maximal. Méfiez-vous également des concentrations élevées en vente libre.

Vitamine E (d-alpha-tocophérol)

Combinée à la vitamine C, ces deux ingrédients agissent en synergie pour une meilleure action antioxydante.

Thé vert

Les bénéfices du thé vert sont bien connus. C'est le polyphénol qui est l'ingrédient actif antioxydant. Comme pour la vitamine C, la stabilité du thé vert dans un produit de soin de la peau demeure une préoccupation pour le chimiste. Souvent une crème ou un sérum très concentré pourra avoir une teinte légèrement beige.

Autres antioxydants

Les plus connus sont : la coenzyme Q_{10} (aussi nommée Ubiquinone), l'acide alpha-lipoique et la génistéine, un phyto-œstrogène (œstrogène dérivé d'une plante) dérivé du soya.

AUTRES INGRÉDIENTS ANTI-ÂGE

Il y a des milliers d'ingrédients sur le marché avec de telles prétentions. Parmi ceux qui sont le plus étudiés actuellement mentionnons les ingrédients dérivés de plantes ou appelés ingrédients botaniques : les peptides, dont les plus connus sont le Matrixyl (aussi appelé pro-collagène) et l'Argireline. Le facteur de croissance, surtout étudié dans la guérison des brûlures, est introduit de plus en plus dans les crèmes anti-âge.

L'HYDRATATION

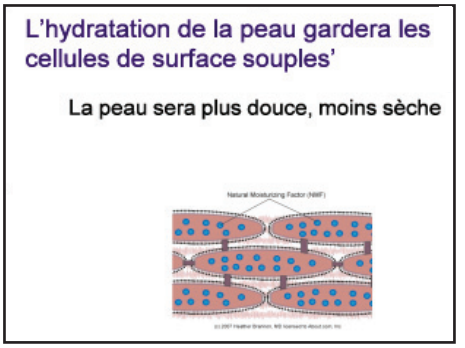
L'hydratation de la peau est très importante, surtout en hiver et surtout lorsque l'on vieillit. On peut choisir un produit spécifiquement hydratant si notre peau est sèche et que la base de la protection solaire, du produit AHA, des antioxydants n'est pas suffisante pour la maintenir notre peau souple. Sélectionnez un bon produit hydratant contenant un ou plusieurs des ingrédients suivants : parmi les plus populaires, recherchez soit l'acide hyaluronique, qui retient 1000 fois son poids d'eau, soit la glycérine. Les céramides, les acides gras libres et le cholestérol réparent le ciment entre les cellules de la couche cornée de surface pour en préserver l'humidité.

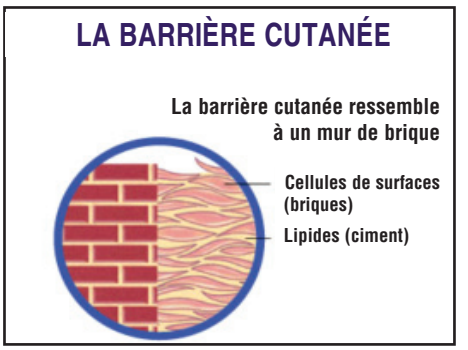
Il y a des milliers d'ingrédients pouvant maintenir ou attirer l'eau dans la peau, et en dresser une liste complète dépasse le but de cet article.

CONCLUSION

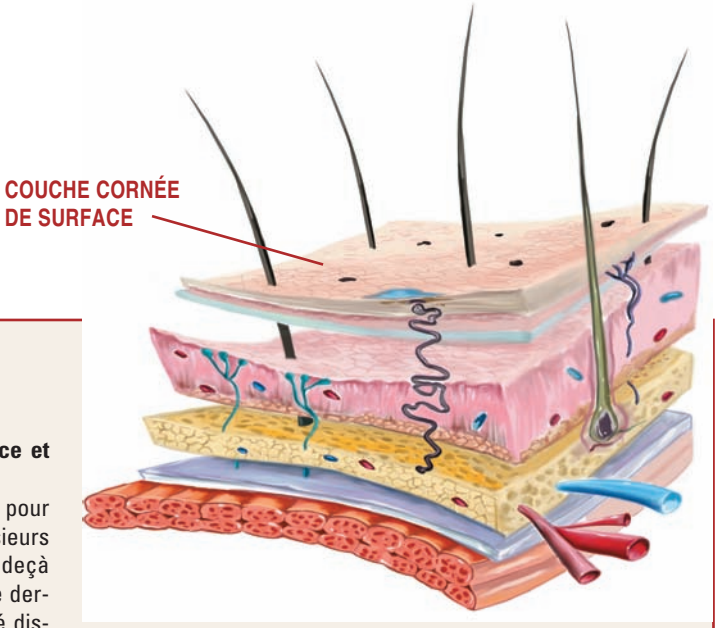
Nous avons la chance de vivre dans une ère où la science nous offre des soins de la peau qui peuvent prévenir, voire même renverser certains dommages causés par l'âge et le photovieillissement. On trouve sur le marché des produits en vente libre très efficaces qui, cependant, en côtoient d'autres qui contiennent plus de promesses que de résultats. Méfiez-vous si l'on vous garantit des effets magiques en un cours laps de temps. Nous comprenons combien il peut être difficile de savoir quelle crème choisir, quel produit cosmétique convient le mieux à notre type de peau. De plus, aucune crème, lotion ou sérum ne fera l'unanimité et sera le produit parfait pour tout le monde.

Nous espérons que cet article saura vous guider dans vos choix personnels et nous vous souhaitons une belle peau! ■





La barrière cutanée de surface ressemble à un mur de brique. Le ciment entre les cellules se compose essentiellement de Céramides, d'acides gras libres et de cholestérol. Une crème qui contient ces ingrédients aidera la couche cornée de surface à bien conserver l'eau dans la peau en empêchant son évaporation à travers une barrière défectueuse.



LES MYTHES SUR LES PRODUITS COSMÉTIQUES :

Plus une crème est dispendieuse, plus elle sera efficace et tiendra ses promesses :
FAUX! Vous pouvez trouver en pharmacie des crèmes pour améliorer la peau de votre visage sans débourser plusieurs centaines de dollars. Il existes des produits efficaces en deçà de 50 $. Si vous dépensez plus, demandez conseil à votre dermatologue. Payez-vous pour un pot de luxe, une publicité dispendieuse ou pour le produit lui-même?

Une crème qui remplace le Botox, ce serait extraordinaire!
On a lu récemment un article dans Elle Canada qui parle d'une crème inspirée du venin de vipère. **Premièrement, il n'y a aucune relation entre le venin de vipère et le Botox.** Dans cet article, on prétend que la crème appliquée sur la peau a un effet comparable aux injections de Botox. Bon, si c'était vrai et que la crème donnait le même effet, à quoi devrait-on s'attendre comme résultat si on applique cette crème SUR TOUTE LA SURFACE DU VISAGE? À un visage complètement paralysé et figé! Mais ce n'est pas ce qui se passe. Pourquoi? Parce que cette crème ne peut pénétrer toutes les couches de la peau, le gras sous-cutané et se rendre aux muscles. Une chance! Mais qu'est-ce qui explique son effet adoucissant sur les rides? Comme le mentionne le fabricant, le poison de vipère n'est pas utilisé dans leurs préparations, le poison de vipère n'a été qu'une source d'inspiration. La crème contient un peptide synthétique. On sait que les peptides peuvent avoir un effet sur les rides de surface et on peut les utiliser en complémentaire avec les traitements Botox pour en maximiser ou en prolonger l'effet. Le peptide le plus connu actuellement pour avoir ce genre d'effet est l'Argireline déjà présent dans plusieurs formulations.

Les acides de fruit, dont fait partie l'acide glycolique, amincissent la peau.
FAUX. Cependant, pendant plusieurs années les cosméticiennes et les esthéticiennes ont répandu ce message. Pourquoi? Parce qu'elles ont confondu amincissement de la couche cornée de surface avec amincissement de toute la peau.

L'acide glycolique a finalement reconquis sa popularité parce que les dermatologues ont réussi avec le temps à combattre ce mythe tant par des résultats cliniques intéressants que par des études au microscope convaincantes.

En vieillissant la couche cornée de surface devient plus épaisse et désordonnée, ce qui a pour conséquence une peau plus sèche et plus terne. L'acide glycolique redonne à cette couche protectrice de surface son aspect lisse et ordonné et la peau devient plus douce et plus lumineuse. Cet effet prend environ deux semaines.

Les autres couches de la peau, tels l'épiderme et le derme contenant des fibres de collagène, fibres élastique et substances fondamentales, s'épaississent suite à l'application de concentration de 4 à 8 % pour le visage et 10 % pour le corps. Ceci en augmente la résistance, l'élasticité et aide à réduire les fines ridules. Cet effet prend environ 14 à 16 semaines.

Anti-taches

reversa®

ACIDE GLYCOLIQUE
À UN pH ASSURANT
UNE EFFICACITÉ
OPTIMALE

CRÈME ÉCLAIRCISSANTE
ANTI-TACHES ET
SOIN ANTI-TACHES NUIT

ATTÉNUEZ L'APPARENCE DES :
- TACHES SOLAIRES
- TACHES BRUNES
- INÉGALITÉS DU TEINT
- MASQUE DE GROSSESSE
- TACHES DE ROUSSEUR

DISPONIBLE EN PHARMACIE
1 800 465-8383 www.reversa.ca

LA DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE LES TECHNOLOGIES PHYSIQUES : LES LASERS

Geneviève Thérien,
M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue

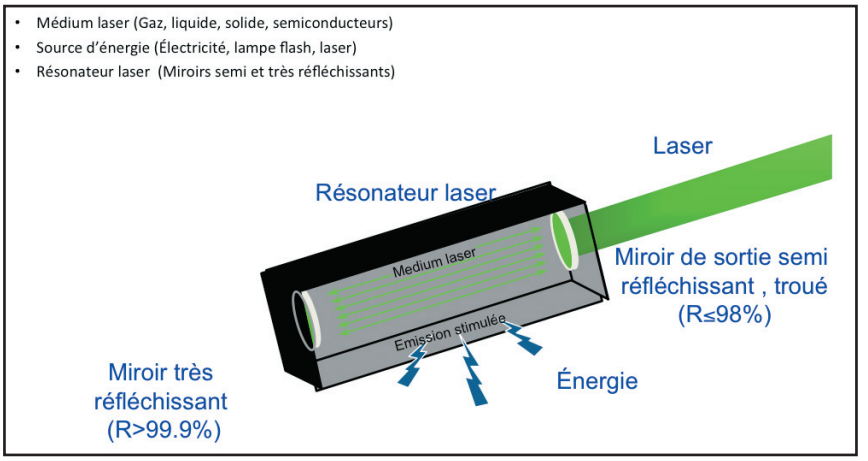
et **Jean Boulanger,**
M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue

Les lasers sont de plus en plus utilisés en médecine pour traiter des conditions autant médicales qu'esthétiques et la dermatologie n'y fait pas exception. Leur popularité sans cesse croissante vient du fait que les lasers sont efficaces en plus d'être précis et prévisibles lorsqu'ils sont utilisés par des personnes bien formées. Malheureusement, s'ils sont utilisés par des personnes inexpérimentées, les lasers peuvent causer beaucoup de dommage.

Le terme LASER est un acronyme qui signifie « *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation* ». Il s'agit en fait d'un milieu soit gazeux, liquide ou solide, selon le type de laser, contenu à l'intérieur d'une cavité qui contient un miroir plein à une extrémité et un miroir troué à l'autre extrémité. Le milieu est stimulé par une source d'énergie et libère ensuite une lumière qui sort par le miroir troué (cf. **tableau 1**). Cette lumière est très puissante et elle est spécifique pour une seule cible. C'est pourquoi les lasers sont si puissants et précis, mais que chaque laser a une seule utilisation ou quelques-unes tout au plus. Un seul laser ne peut donc pas tout traiter. Les lasers sont effectivement très efficaces, mais il existe malheureusement de nombreux mythes concernant leur utilisation et leur efficacité (cf. **tableau 2**).

La lumière émise par un laser est différente de la lumière émise par le soleil ou une ampoule incandescente. Cette lumière est collimatée, elle est donc très peu divergente. Elle est aussi monochromatique, c'est à dire qu'elle est composée d'une seule couleur, donc elle possède une seule longueur d'onde. Enfin elle est cohérente, ce qui veut dire que toutes ses ondes sont en phase (cf. **tableau 3**).

Tableau 1 : **Laser**



Pour toutes ces raisons, les lasers diffèrent de la lumière intense pulsée ou IPL (pour *Intensed Pulsed Light*). En effet, la lumière intense pulsée possède plusieurs longueurs d'ondes donc plusieurs couleurs et elle n'est pas collimatée ni cohérente.

Vous trouverez dans le présent article une description des lasers les plus souvent utilisés en dermatologie esthétique.

LES LASERS VASCULAIRES

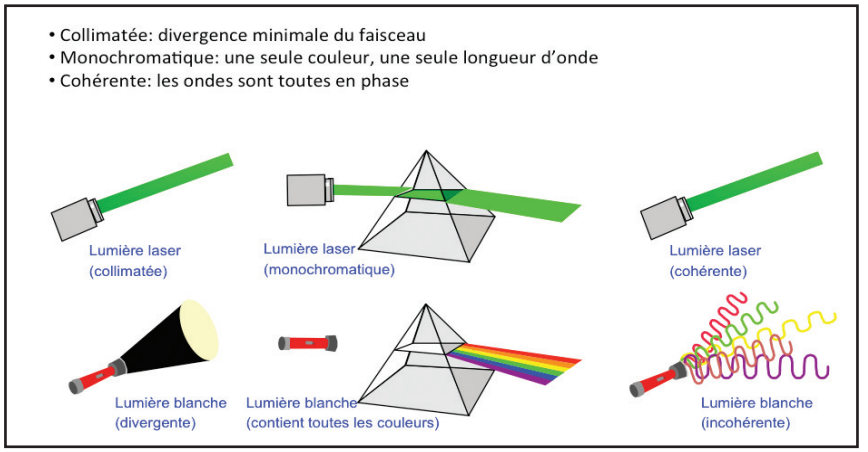
Les lasers vasculaires sont utilisés pour traiter les vaisseaux sanguins de différents types et différentes tailles allant des capillaires de la couperose aux veinules des varicosités et lacs veineux. Il y a plusieurs lasers qui peuvent traiter les vaisseaux et ils ont tous pour cible l'oxyhémoglobine contenue dans les globules rouges. Selon la condition à traiter, un à plusieurs traitements seront nécessaires. Certaines conditions comme la rosacée vasculaire, la couperose et les varicosités sont chroniques et peuvent récidiver après un traitement laser efficace. Par ailleurs, il est parfois impossible de faire disparaître complètement les vaisseaux malgré de nombreux traitements, comme c'est souvent le cas dans les angiomes plans appelés aussi taches-de-vin.

Les lasers vasculaires les plus souvent employés sont ceux dits à colorant pulsé. Ces lasers sont particulièrement efficaces pour traiter les vais-

Tableau 2 : **Mythes**

Mythe	Réalité
Les traitements lasers sont indolores.	Les traitements lasers produisent un inconfort allant de la sensation de chaleur au pincement et même à la sensation de brûlure.
Un seul laser permet de tout traiter.	Un laser peut traiter une seule chose comme les taches ou les vaisseaux ou quelques pathologies seulement.
Les lasers permettent de tout traiter.	Plusieurs conditions ne peuvent pas être traitées par les lasers et une bonne évaluation est donc essentielle avant de débuter un traitement laser.
Les lasers sont sans danger.	Même lorsqu'ils sont bien utilisés, les lasers peuvent créer des brûlures et induire des cicatrices ou des changements pigmentaires (hypopigmentation ou hyperpigmentation).
Les lasers d'épilation peuvent enlever tous les poils.	Suite aux traitements d'épilation laser, même lorsqu'ils sont bien faits, il persiste toujours quelques poils miniaturisés qui sont trop fins pour répondre aux lasers.
Tous les types de poils répondent aux lasers.	Les poils fins et/ou pâles ne répondent pas aux lasers d'épilation.
Les tatouages professionnels disparaissent en 1 seul traitement.	Souvent 5 à 8 traitements lasers, et parfois plus, sont nécessaires pour faire disparaître un tatouage professionnel.
Toutes les couleurs d'encre dans les tatouages répondent aux lasers.	Le noir, le bleu, le vert et le rouge répondent bien aux lasers, mais pas les couleurs pâles et pastelles.

Tableau 3 : **Propriétés de la lumière LASER**



seaux de petit calibre comme les capillaires qu'on retrouve entre autres dans les angiomes stellaires et les angiomes cerise, la couperose, la rosacée, les cicatrices rouges et les angiomes plans (cf. **photos 1 et 2**). Ces lasers sont très efficaces, mais ils ont la particularité de souvent créer du purpura, c'est-à-dire de petites ecchymoses ayant une coloration violacée ou bleutée qui peut être assez foncée. Ils créent aussi un peu d'enflure et de la rougeur. Tous ces effets sont réversibles et temporaires.

Le laser 532 nanomètre à longue durée de pulse est aussi efficace pour traiter les capillaires et a les mêmes indications et effets que les lasers à colorant pulsé. Ce laser ne cause pas d'ecchymose, cependant il est un peu moins efficace pour certaines conditions comme la tache de vin.

Un autre laser vasculaire est utilisé pour traiter des vaisseaux de plus gros calibre ou plus profonds comme les veinules ou les varicosités. Il s'agit du laser Nd-Yag. Il peut également être utilisé en combinaison avec un laser à colorant pulsé ou un laser 532 nm pour donner de meilleurs résultats. Comme il pénètre plus profondément dans la peau, il est plus douloureux lors du traitement et possède un risque plus élevé de cicatrices que les autres lasers vasculaires.

LES LASERS PIGMENTAIRES

Les lasers pigmentaires, quant à eux, ont pour cible la mélanine, c'est-à-dire le pigment brun qui donne la couleur à la peau, aux taches et aux poils. Ils ciblent également plusieurs pigments d'encres utilisés dans les tatouages professionnels, traumatiques ou médicaux.

Plusieurs lasers ont cette indication dont le laser Alexandrite, le Ruby, le Nd-Yag et le 532 nanomètre. Ils ont tous la particularité d'avoir une durée de pulse très courte et sont appelés laser Q-switched en raison de cette particularité. Ils sont tous utiles pour traiter les lentigos solaires, c'est-à-dire les taches de soleil, de même que les tatouages professionnels, les tatouages traumatiques et les tatouages médicaux faits lors des traitements de radiothérapie.

Suite au traitement avec un de ces lasers, il se forme un peu d'œdème et de rougeur en plus d'une petite croûte qui va peler en 7 à 10 jours. Pour les lentigos solaires, 1 à 2 traitements sont nécessaires en moyenne (cf. **photo 3**). Concernant les tatouages, ceux qui sont traumatiques et ceux faits pour raison médicale s'effacent en 1 à 3 séances (cf. **photo 4**) tandis que les tatouages professionnels nécessitent souvent 5 à 8 traitements lasers et parfois plus. Les couleurs foncées comme le noir, le bleu, le vert

Photo 1 : **Rosacée vasculaire avant et après 3 séances de laser vasculaire.**
Source : Compagnie LUMENIS

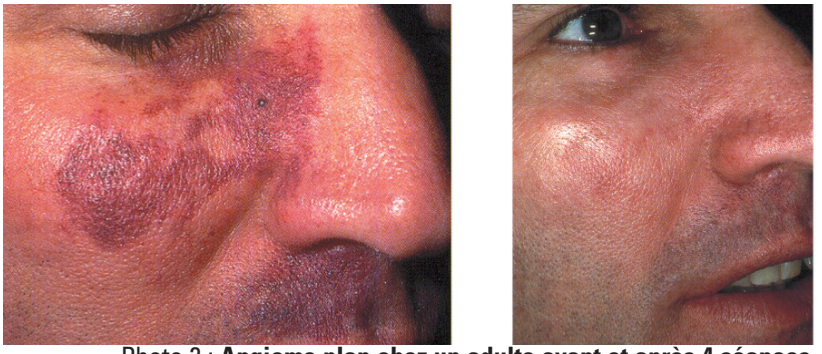


Photo 2 : **Angiome plan chez un adulte avant et après 4 séances de laser vasculaire.** **Source : Compagnie LUMENIS**

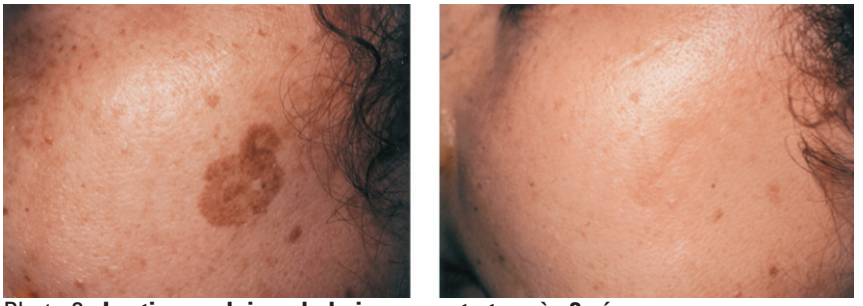


Photo 3 : **Lentigos solaires de la joue avant et après 2 séances de laser pigmentaire.** **Source : Compagnie LUMENIS**

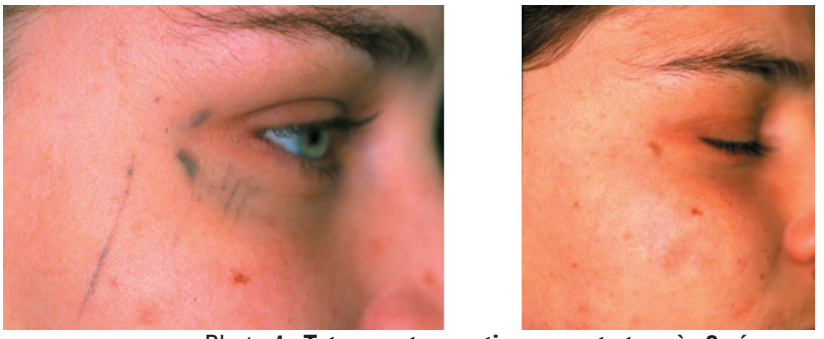


Photo 4 : **Tatouage traumatique avant et après 2 séances de laser Q- switched Nd:YAG.** **Source : Docteur Boulanger**

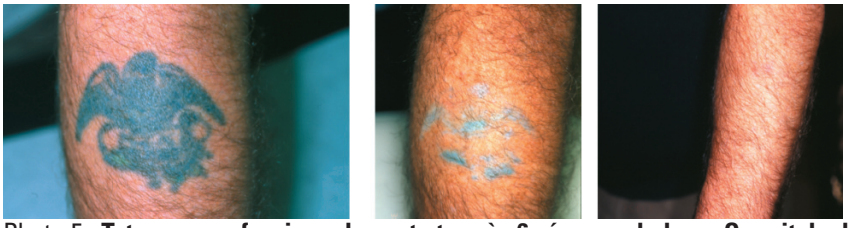


Photo 5 : **Tatouage professionnel avant et après 6 séances de laser Q-switched Nd: YAG et 5 séances de laser Q-switched Alexandrite.** **Source : Docteur Boulanger**

Photo 6 : **Naevus mélanocytaire intradermique bénin avant et après 1 traitement de laser Erbium-YAG.** **Source : Docteur Boulanger**

AVERTISSEMENT :
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 résultat.

et même le rouge répondent habituellement bien aux lasers (cf. **photo 5**). Par contre, les couleurs pâles et pastel comme le rose, le bleu poudre, le jaune, l'orangé et le blanc donnent souvent des résultats médiocres et peuvent même parfois induire une pigmentation noire permanente après un traitement laser. Le maquillage permanent répond également plus ou moins bien aux lasers pigmentaires selon les couleurs utilisées comme c'est le cas pour les tatouages professionnels.

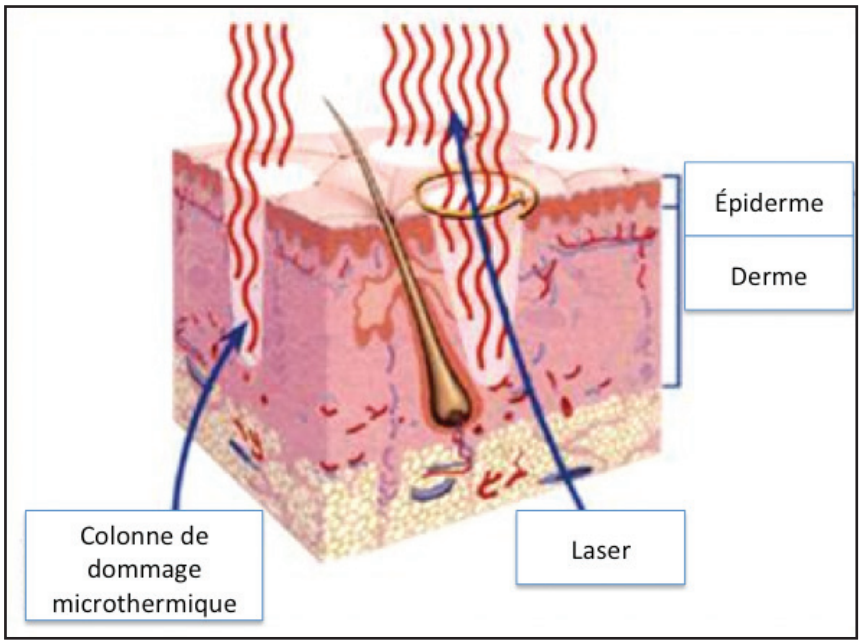
LES LASERS DE RESURFAÇAGE

Les lasers de resurfaçage, aussi appelés lasers de relissage sont utilisés pour réduire l'apparence des rides, des cicatrices plus ou moins profondes ainsi que certains problèmes d'hyperpigmentation comme le mélasma et aussi pour faire l'ablation de certaines tumeurs bénignes. Il en existe deux types, les lasers dits ablatifs et les lasers non ablatifs. Ces deux types de lasers peuvent être fractionnés ou non.

Les lasers ablatifs sont le laser erbium-YAG et le CO_2. On les appelle lasers ablatifs parce qu'ils font une ablation de la peau, c'est-à-dire qu'ils enlèvent une certaine épaisseur de peau couche par couche. Ils sont utilisés depuis plusieurs années pour l'ablation de différentes tumeurs bénignes comme certains naevus mélanocytaires (grains de beauté). On les utilise aussi pour estomper les rides et les cicatrices plus ou moins profondes. Ils sont très efficaces et donnent habituellement des résultats en un seul traitement (cf. **photo 6**). Ils sont par contre de moins en moins utilisés en raison de leurs risques plus élevés d'infection, de cicatrices ou de changement de pigmentation en plus de leur longue convalescence.

Les lasers ablatifs ont été largement remplacés par leur version fractionnée. Les lasers erbium-YAG ou CO_2 fractionnés enlèvent de minuscules colonnes de peau, ce qui crée de petits trous plus ou moins rapprochés dans la peau, laissant ainsi de la peau saine entre

Tableau 4 : **Lasers ablatifs fractionnés**



chaque petit trou (cf. **tableau 4**) ce qui réduit beaucoup le temps de guérison à quelques jours ainsi que les risques d'infection, de cicatrices et de changement de pigmentation. En guérissant, du nouveau collagène se forme, ce qui réduit les cicatrices et les rides. La peau devient ainsi plus lisse tout en ayant une pigmentation plus uniforme, ce qui donne une apparence plus jeune. Habituellement, deux à quatre séances seront nécessaires pour obtenir les résultats voulus (cf. **photo 7**).

Photo 7 : **Rides de tout le visage avant et après 2 séances de laser CO_2 fractionné.**

Source : Compagnie Sciton

Pour ce qui est des lasers non ablatifs, ils sont utilisés pour atténuer les rides et les cicatrices, mais ne peuvent pas enlever les tumeurs bénignes. Ils peuvent être utilisés en version fractionnée ou non. On en retrouve plusieurs qui sont dans le spectre des infrarouges proches. Leur faisceau pénètre dans le derme, c'est-à-dire la couche profonde de la peau, sans briser l'épiderme qui est la couche superficielle de la peau. Ils sont moins agressifs que les lasers ablatifs et ont donc une convalescence plus courte, mais ils donnent souvent des résultats moins spectaculaires tout en nécessitant plusieurs traitements la plupart du temps.

LES LASERS D'ÉPILATION

Les lasers d'épilation sont bien connus et utilisés depuis plusieurs années. Plusieurs lasers sont utilisés pour obtenir une épilation permanente tels les lasers diode, Nd-Yag, Ruby et Alexandrite à impulsion longue. Tous ces lasers ciblent le pigment contenu dans les poils et c'est pour cette raison que seuls les poils foncés répondent aux lasers. Malheureusement, à ce jour, il n'y a aucun laser efficace pour obtenir une épilation permanente des poils blonds, blancs ou roux. Par ailleurs, il est important que les poils soient d'un calibre assez gros pour répondre au laser. En effet, s'ils sont trop fins, on n'obtient pas d'épilation définitive et dans certains cas, comme pour les duvets du visage, on peut même induire une croissance des poils.

Suite au traitement laser, tous les poils tomberont et il n'y aura aucune repousse pour quelques semaines. Cependant, seuls les poils en croissance active au moment du traitement disparaitront de façon définitive, soit environ 25 à 30 % des poils. Il faut donc en moyenne 4 à 5 séances pour une épilation quasi complète définitive. Certaines personnes nécessitent plus de traitements par contre. Il est normal que quelques poils soient miniaturisés suite aux traitements lasers et qu'ils ne disparaissent pas définitivement.

Malheureusement, plusieurs personnes pensent que l'épilation laser est un traitement banal et facile à administrer. Cependant, pour obtenir les meilleurs résultats et diminuer les risques, il faut que les traitements d'épilation laser soient prodigués par des professionnels qui connaissent à la fois les caractéristiques des lasers et la biologie des poils et de la peau. En effet, le but du traitement laser est d'utiliser une énergie assez puissante pour obtenir une destruction définitive du follicule pileux sans brûler la peau. Lorsque l'énergie utilisée est trop faible, on obtient une épilation temporaire avec miniaturisation des poils. Les poils rendus miniatures ne répondent plus aux lasers parce qu'ils sont trop pâles et trop fins et il est impossible d'induire une épilation permanente par la suite. Si par contre l'énergie utilisée est trop forte, une brûlure cutanée risque de se produire.

Par ailleurs, dans la plupart des instituts de beauté où l'épilation est faite par des esthéticiennes et non par des médecins ou des infirmières sous supervision médicale, les machines utilisées ne sont pas des lasers, mais plutôt des machines IPL. L'épilation faite avec l'IPL dans ces instituts est souvent moins efficace et peut être temporaire plutôt que permanente pour les raisons décrites ci-haut.

CONTRE-INDICATIONS AUX TRAITEMENTS LASERS

Il existe plusieurs contre-indications aux traitements lasers et c'est la raison pour laquelle il est très important

de s'adresser à un médecin qui a les compétences requises pour utiliser ces appareils et obtenir ainsi une bonne évaluation avant de subir un traitement. Le médecin évaluera si la condition que vous présentez est traitable par un laser et si vous êtes un bon candidat à ces traitements.

Tout d'abord, la plupart des lasers sont contre-indiqués chez les gens ayant un teint naturel foncé puisqu'il y a un risque accru de brûlure et ainsi de créer des cicatrices ou d'induire de l'hypopigmentation permanente, c'est-à-dire une décoloration permanente de la peau dans la zone traitée par le laser.

Les mêmes recommandations s'appliquent aux peaux bronzées. Il est conseillé d'attendre 6 à 8 semaines après une exposition solaire naturelle ou en cabine de bronzage avant d'entreprendre un traitement laser.

Il faut aussi éviter de traiter avec un laser une peau qui présente une infection active, que ce soit par une bactérie, un champignon ou un virus, sous peine de voir cette infection se propager et augmenter.

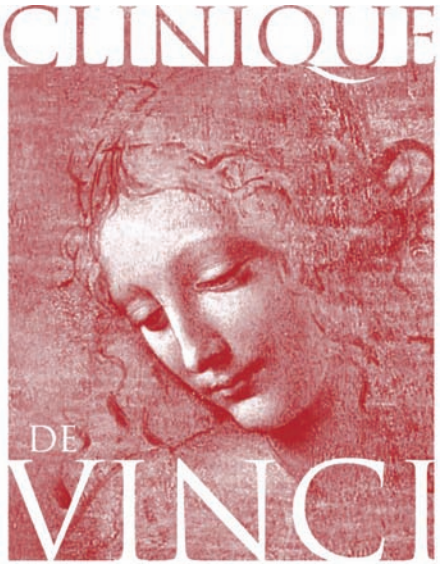
Finalement, le médecin évitera de traiter par laser toute lésion cutanée suspecte. En cas de lésion suspecte, il faut procéder tout d'abord à un prélèvement dans le but d'établir un diagnostic précis avant de tenter un traitement laser. Le laser pourrait malheureusement effacer une lésion cancéreuse en partie dans les couches superficielles de la peau la rendant peu visible tout en laissant des cellules anormales profondes intactes leur permettant ainsi de croître et de causer un cancer plus grave découvert trop tardivement.

CONCLUSION

Les lasers sont des outils puissants qui peuvent donner des résultats exceptionnels lorsqu'ils sont bien utilisés, mais qui peuvent laisser des séquelles permanentes. Même lorsqu'ils sont utilisés par des professionnels dans des conditions adéquates, les lasers peuvent créer des cicatrices ou d'autres dommages permanents. Cependant, ces risques sont nettement diminués en utilisant cette technologie de façon appropriée et en traitant adéquatement les complications lorsqu'elles surviennent malgré toutes les précautions requises.

Il est donc important de choisir un médecin qualifié qui saura évaluer adéquatement votre condition pour savoir si un traitement laser peut être efficace et si vous êtes un bon candidat pour ces traitements et qui saura aussi reconnaître les complications et les traiter le plus tôt possible pour éviter qu'elles ne deviennent permanentes. ■

La science au service de l'art



BOTOX COSMÉTIQUE ET HYPERHYDROSE

AGENTS DE REMPLISSAGE: juvéderm, restylane

TRAITEMENTS AUX LASERS:
élimination des taches de naissance, tatouages et couperose

PHOTORAJEUNISSEMENT IPL

PROFRACTIONAL ET CO2 FRACTIONNÉ:
rides, ridules et cicatrices d'acné

ÉPILATION AU LASER Light Sheer Duet

LIPOSONIX réduction du tissu adipeux sans chirurgie

TRAITEMENTS DES VARICES

MAQUILLAGE PERMANENT

Dr Jean Boulanger M.D dermatologue • Dre Martine Lehoux M.D omnipraticienne
Dre Geneviève Thérien M.D dermatologue • Dre Céline Fortin M.D omnipraticienne
Édith Gilbert technicienne morphologique

2880, CH. DES QUATRES-BOURGEOIS, BUR. 101 QUÉBEC Q.C
418.650.3109 • WWW.CLINIQUEDEVINCI.COM

LE NEUROMODULATEUR BOTOX®

Madeleine Gagnon,
M.D., F.R.C.P. (C),
C.S.P.Q., Dermatologue

Guy Sylvestre,
M.D., F.R.C.P. (C),
C.S.P.Q., Dermatologue

UNE BRÈVE HISTOIRE DU MÉDICAMENT BOTOX®

- Les premières études sur le sujet remontent aux années 50.
- Entre les années 1960-70, les Docteurs Scott et Schantz étudient la protéine botulinique pour son application ophtalmologique chez l'humain.
- En 1984, le FDA (*Food and Drug Administration*) américain autorise la mise en marché du produit de recherche sous le nom d'Oculinum. En 1988-89, Allergan acquiert les droits d'Oculinum et c'est la naissance du médicament Botox®.

DES PIONNIERS CANADIENS

C'est en 1987 que l'ophtalmologiste de Vancouver, Dr Jean Carruthers, a fait l'observation magique qui a conduit au geste cosmétique le plus populaire aujourd'hui. Elle a observé que plusieurs patients traités avec Botox® pour leur blépharospasme avaient une amélioration significative des rides de la glabelle. À la suite de cette découverte, avec l'aide de son époux dermatologue, le Dr Alastair Carruthers, elle a initié des études systématiques de l'utilisation du Botox® à des fins cosmétiques. C'est en 1992 que leur article original démontrant l'efficacité et l'innocuité du traitement des rides de la glabelle fut publié.

QU'EST CE QUE LE BOTOX® ?

Le milieu médical et le public connaissent principalement le Botox® par son nom commercial. Le Botox® est un médicament qui contient un complexe purifié de protéines. La neurotoxine botulinique de type A contenue dans ce complexe en est le principal agent actif. Il s'agit de l'une des sept toxines botuliniques.

Le saviez-vous?

Il existe sept types distincts de neurotoxines : A, B, C, D, E, F, G. Les neurotoxines de type A et B sont les deux stéréotypes approuvés pour leur utilisation médicale.

Le type A est celui le plus utilisé mondialement. **Au Canada, seul Botox® fabriqué par Allergan est approuvé pour usage esthétique depuis 2001 (premier pays au monde).**

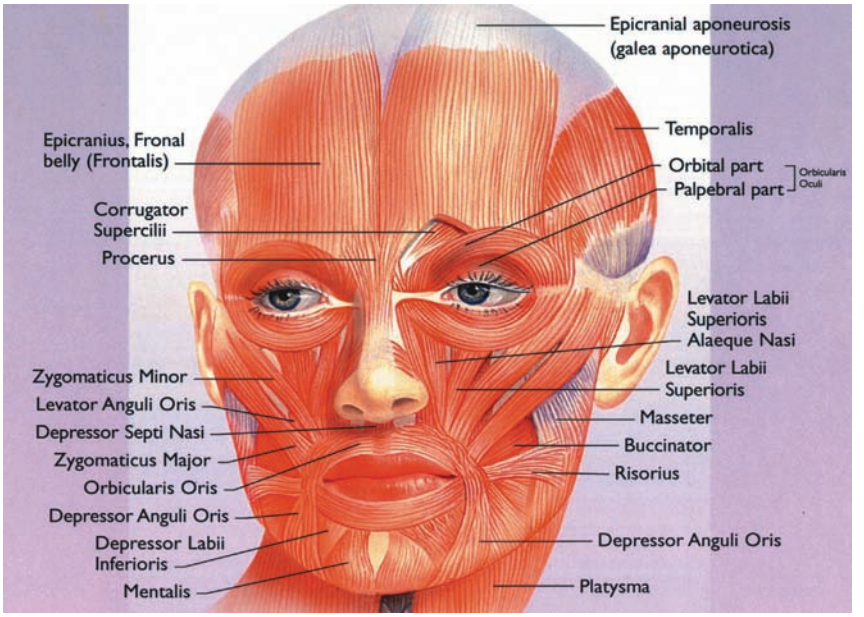
Xéomin®, fabriqué par Merz, est approuvé pour usage médical et Dysport®, distribué par Médicis, attend son approbation par Santé Canada. Ces protéines sont cependant beaucoup utilisées dans le monde.

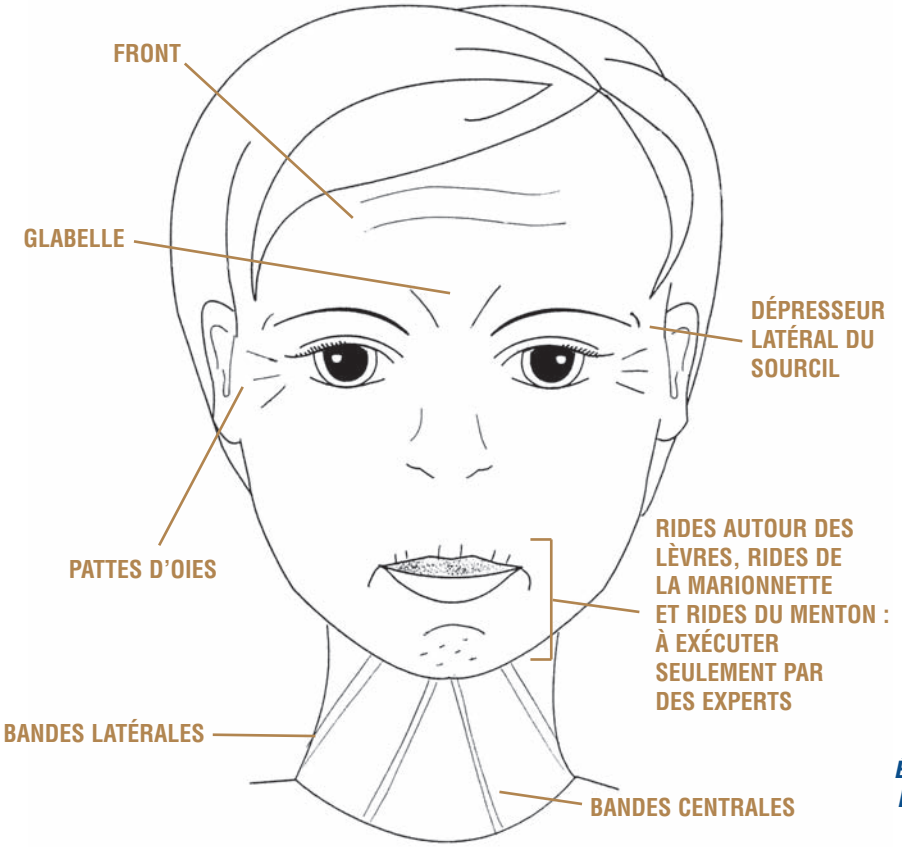
MODE D'ACTION

Le neuromodulateur botulinique bloque la communication entre le nerf et le muscle concerné, et ce, de façon temporaire (en moyenne quatre mois ou plus). Botox® agit sur la cause des rides d'expression musculaire. Ce traitement réduit ou adoucit les rides ciblées et prévient donc l'accentuation future. Le traitement Botox® Cosmétique est réversible : ceci rassurera le patient inquiet du résultat et permettra aussi d'ajuster le dosage pour répondre aux attentes personnelles de chacun.

EN PRATIQUE : LA RÈGLE DE 3

1. On aime son effet sur les rides, l'air détendu et reposé.
2. On réduit la progression future car Botox® agit sur la cause des rides traitées.
3. On est rassuré par la réversibilité qui permet d'ajuster le dosage pour bien répondre à vos attentes personnelles (traitement sur mesure).





Le médecin doit bien connaître tous les muscles du visage pour réussir un traitement Botox® équilibré et naturel.

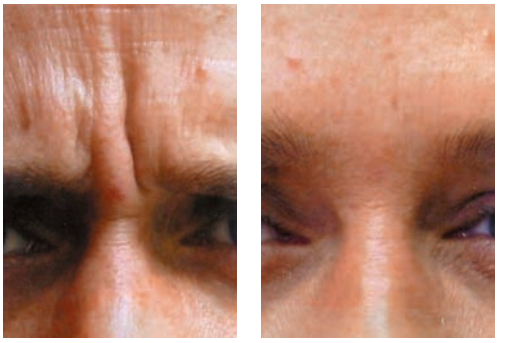
INDICATIONS DU BOTOX® COSMÉTIQUE

Les sites les plus souvent traités sont :

- les rides de la glabelle intersourcillières (aussi appelées rides du souci ou rides du lion),
- les rides horizontales du front,
- les rides de la patte d'oie favorisant l'ouverture du regard et l'élévation de la portion externe du sourcil,
- les experts adoucissent les rides autour de la bouche, les rides de la marionnette (d'amertume), du menton (peau d'orange), et les bandelettes verticales du cou.

TOUS CES TRAITEMENTS PEUVENT ÊTRE AJUSTÉS SUR MESURE SELON LES ATTENTES DE CHAQUE PATIENT

Rides du front avant-après RX Botox



Rides de la glabelle avant-après RX Botox

Dépresseur latéral du sourcil : en traitant ce muscle avec Botox, la portion externe de la paupière supérieure est remontée.

Rides de la patte d'oie avant-après RX Botox

Ouverture du regard avant-après RX Botox

Bandelettes antérieures du cou avant-après Rx Botox

Source : Patients traités par les Docteures Gagnon

AVERTISSEMENT :
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 résultat.

UTILISATIONS DU BOTOX® THÉRAPEUTIQUE

L'absence d'approbation pour des indications spécifiques n'empêchera pas son usage « *off label* » pour traiter le nystagmus, le torticolis, la dystonie spasmodique, la spasticité des membres d'enfants souffrant de paralysie cérébrale leur permettant de marcher et de se laver. On s'en sert pour diminuer la rigidité musculaire découlant d'un AVC.

Parmi les plus heureuses utilisations du Botox®, citons le traitement de l'hyperhydrose (transpiration excessive), des céphalées et migraines, du bruxisme (grincement des dents), de l'asymétrie faciale de la paralysie de Bell, et même de fissures anales. On s'en sert aussi pour traiter des douleurs neurologiques.

QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE BOTOX® COSMÉTIQUE ET BOTOX® MÉDICAMENT?

De par son historique, on comprendra qu'il s'agit du même médicament partageant la même monographie (la monographie, c'est la liste complète des indications, des posologies, des effets secondaires du médicament en question). Précisons cependant que le Botox® utilisé à des fins thérapeutique requiert des doses beaucoup plus fortes, souvent pour traiter des conditions sévères chez des patients (enfants et adultes) ayant un tableau médical compromis. Botox® pour des traitements esthétiques requiert des doses beaucoup plus petites, chez des adultes en santé.

Santé Canada n'a rapporté aucune complication sérieuse pour la santé avec Botox® Cosmétique.

EN PRATIQUE :

Botox® possède un historique de sécurité de plus de 30 ans. Botox® est maintenant approuvé pour 21 indications différentes dans **plus de 80 pays**, dans diverses spécialités dont l'ophtalmologie, la neurologie, la dermatologie, la pédiatrie, l'urologie… Avec plus de 2330 articles sur le Botox® publiés dans des revues médicales et scientifiques, le Botox® fait partie des médicaments les plus étudiés du monde.

ET DES STATISTIQUES QUI PARLENT :

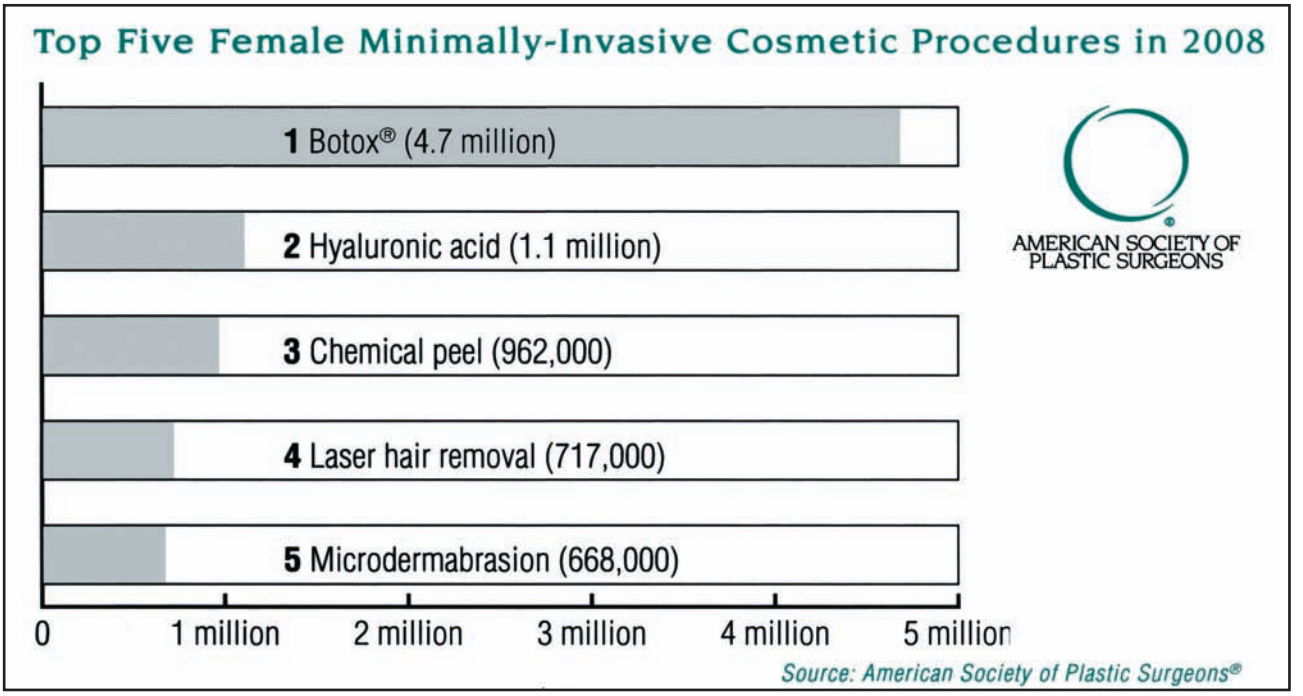
Selon des données canadiennes récentes, 642 828 procédures chirurgicales et non chirurgicales ont été performées au Canada en 2005, 79 % étaient de nature non chirurgicales : les interventions les plus populaires étaient les injections de Botox® Cosmétique et les agents de remplissage (« *fillers* »). Cette combinaison est très utilisée. Vous les rencontrerez entre autres sous le nom de SoftLift[MC].

EN CONCLUSION

Entre les mains d'un dermatologue d'expérience, dans un environnement médical, Botox® Cosmétique est un médicament sécuritaire. Le traitement est d'exécution rapide, non douloureux et d'une discrétion remarquable.

Le but visé est de réduire et d'adoucir les rides sans figer l'expression. Nous recherchons un air reposé, en forme, tout en conservant des mouvements.

L'expérience pratique, l'expertise acquise lors de séminaires spécialisés, une connaissance de l'anatomie combinée à un bon sens esthétique permettent de choisir un traitement personnalisé, sur mesure, convenant à la physionomie du patient et tout à fait naturel.



LE MYTHE EN VOIE DE DISPARITION : LE VISAGE FIGÉ!

Cet article devrait vous avoir convaincu qu'un traitement Botox® Cosmétique bien fait donne des résultats naturels. L'excès, que ce soit de vitesse, de consommation d'alcool ou de Botox®, n'est jamais une bonne chose. Il est préférable de conduire en respectant les règles, de boire raisonnablement et de faire faire son traitement Botox® par un médecin d'expérience qui respectera vos attentes.

D'ailleurs, vous seriez surpris de savoir combien de personnes dans votre entourage ont reçu un traitement Botox® sans que vous vous en aperceviez! Vous leur avez probablement dit qu'ils avaient l'air en forme, détendus et reposés.

LE MYTHE ENCORE ACTIF : SI ON FAIT DES TRAITEMENTS BOTOX® PENDANT PLUSIEURS ANNÉES, LE VIEILLIS-SEMENT SERA PLUS RAPIDE DÈS QU'ON CESSERA BOTOX®.

FAUX. Nous vous présentons un patient qui reçoit des traitements Botox® Cosmétique pour les rides horizontales du front depuis 1997. Cet exemple vous fera comprendre que c'est l'inverse qui se produit.

Ce même patient, s'il n'avait pas eu de RX Botox, aurait continué de creuser les rides déjà présentes en 1997 et aurait, en 2003, des rides au front nettement plus prononcées qu'au départ.

Si ce patient cesse ses traitements en 2003, il commencera à rider sur un front définitivement plus jeune. Il faudra encore du temps avant qu'il ne rejoigne l'état des rides présentes en 1997.

C'est donc le contraire du mythe qui se passe. ■

1997 : rides du front **au repos avant** RX Botox.

1997 : rides du front **en mouvement avant** RX Botox. Ces rides sont causées et accentuées par le mouvement constant du muscle frontal.

1997 : rides du front **au repos** diminuées **après** RX Botox.

1997 : rides du front **en mouvement après** traitement Botox. La réduction du mouvement du muscle frontal hyperactif diminue les rides du front. En agissant sur la cause, Botox prévient l'accentuation future de ces rides.

Suivi 2003 : rides du front au repos de **moins en moins creuses** suite à un **entretien** avec des RX Botox.

2003 : la relaxation du muscle frontal est entretenue par les RX Botox. Prévention de l'accentuation future.

Source : Patients traités par les Docteures Gagnon

AVERTISSEMENT :
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 résultat.

« Entre les mains d'un dermatologue d'expérience, dans un environnement médical, Botox® Cosmétique est un médicament sécuritaire. Le traitement est d'exécution rapide, non douloureux et d'une discrétion remarquable. »

LES APPAREILS NON-LASER EN DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE

Jacques Charbonneau
M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q.,
Dermatologue

Plusieurs appareils qui ne sont point des lasers font dorénavant partie de l'arsenal thérapeutique en dermatologie esthétique. Ces appareils sont utilisés seuls ou en combinaison avec les lasers ou autres procédures pour accroître les résultats.

Comme ce texte s'adresse aux médecins, aux pharmaciens et au public, il est difficile de fournir une information à la fois juste, pratique et facile à lire par tout le monde. La technologie a beaucoup évolué ces dernières années et le nombre d'appareils sur le marché n'a cessé de croître. Nous avons essayé de fournir assez d'explications pour vous aider à comprendre le but de chaque appareil ainsi que leurs limites.

En tant que patient, vous devez réaliser aussi que c'est seulement en discutant avec votre médecin que vous pourrez prendre les décisions en fonction de vos attentes personnelles.

Il y a deux types de procédures avec ces appareils : les procédures non invasives et les procédures invasives ou semi-invasives.

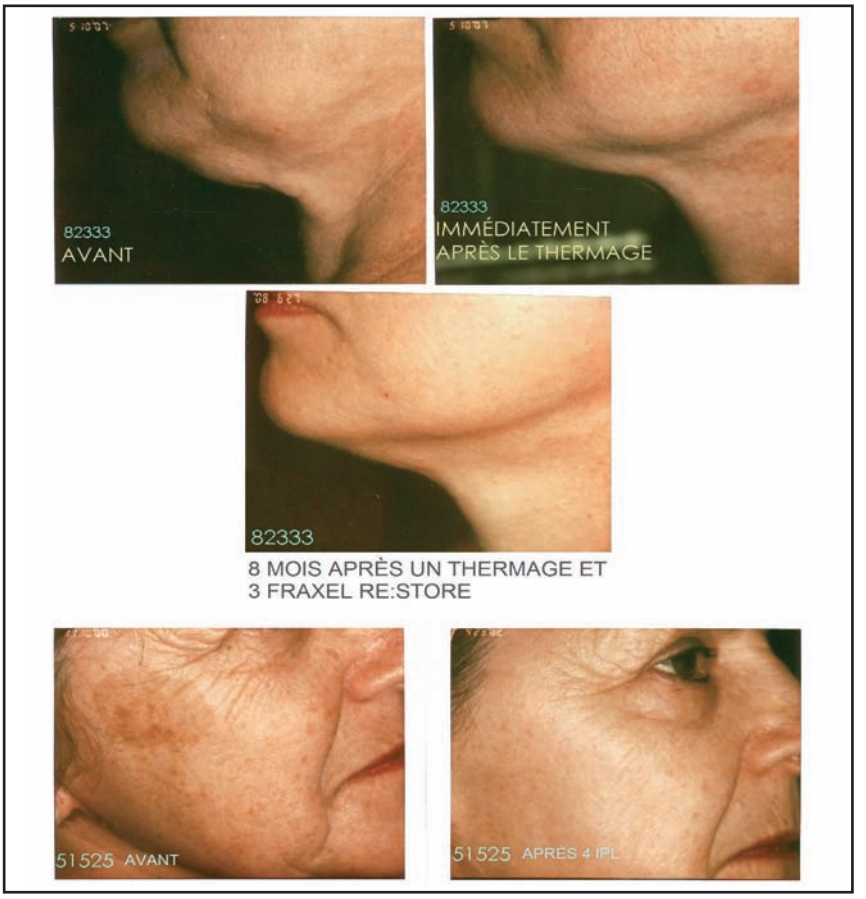
LES PROCÉDURES NON INVASIVES

Les procédures non invasives n'entraînent pas de bris de l'épiderme (1ère couche ou assise cellulaire de la peau), ce qui signifie une absence de plaie en surface de la peau. Ces procédures vont atteindre le derme, site des fibres de collagène et des fibres élastiques responsables de la texture, de la fermeté et l'élasticité de la peau. D'autres appareils vont atteindre le tissus adipeux « le gras » ou la jonction entre le tissus adipeux et le muscle (appelé le SMAS).

Pour ce type de procédure, les véhicules d'énergie utilisés sont soit les radiofréquences, soit les ultrasons concentriques ou la cryocongélation (congélation par le froid).

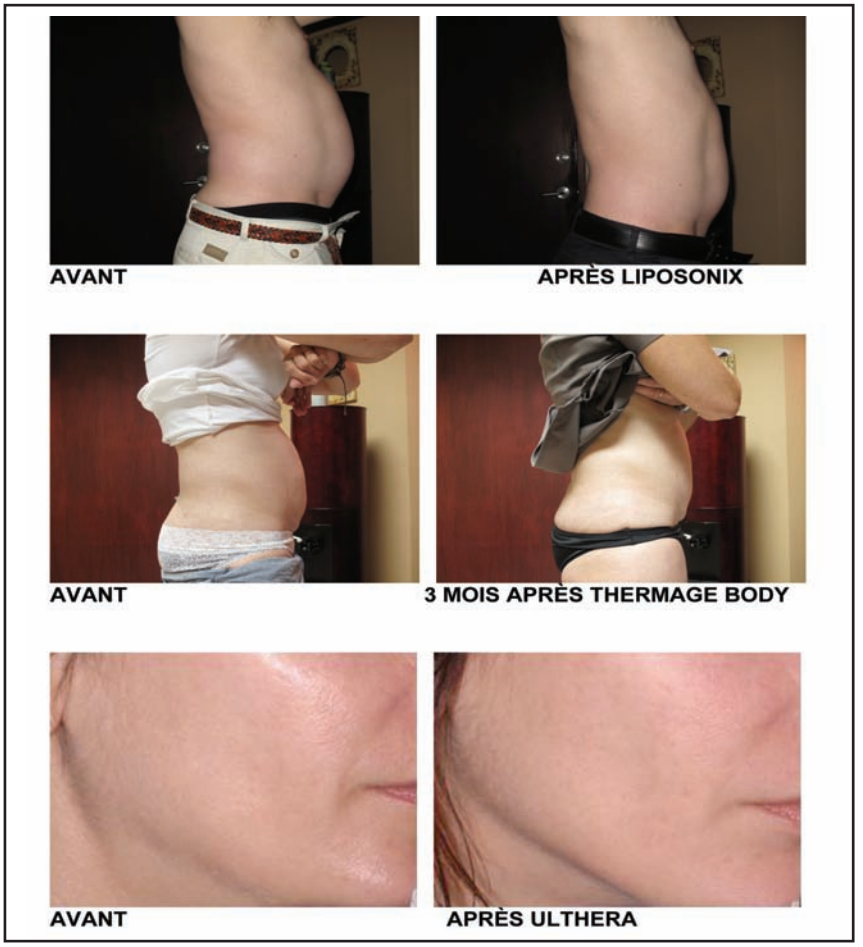
Pour le raffermissement de la peau du visage et du cou, on y retrouve les radiofréquences émises par le Thermage, approuvé en 2002, (radiofréquence monopolaire), par l'appareil Accent (radiofréquence bipolaire) ou par l'appareil Ulthera, (ultrasons concentriques) traitement dénommé Ulthérapie, approuvé par Santé Canada depuis environ un an. L'Ulthera n'est approuvé actuellement que pour le raffermissement du visage et du cou. Le Thermage et l'Accent sont aussi utilisés pour le raffermissement de la peau du ventre, des cuisses et des bras.

Le mécanisme d'action commun des appareils à radiofréquences est l'augmentation contrôlée de la température de la peau à divers niveaux de celle-ci en fonction du médium utilisé. Dans le derme où siègent les fibres de collagène, l'augmentation de la température entraîne une contraction du collagène existant suivi d'une production de nouveau collagène.



Source : Patients traités par le Docteur Charbonneau

AVERTISSEMENT :
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 résultat.



Source : Patients traités par le Docteur Charbonneau

AVERTISSEMENT :
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 résultat.

Les résultats ne seront manifestes que trois à six mois après le traitement, où l'on assiste à une amélioration de la texture, de l'élasticité et de la fermeté de la peau.

L'appareil Ulthera est un appareil émettant des ultrasons concentriques à fréquences variables, ce qui permet d'atteindre le derme, là où siège le collagène à des niveaux profonds et superficiels. Cet appareil va jusqu'à créer un effet de thermocoagulation (recroquevillement de fibres de collagène « comme la pellicule de plastique soumise à la chaleur d'un four à micro-ondes »). Il y a un certain effet pouvant être immédiat et un effet à long terme 3 – 12 mois, le tout sans altérer l'épiderme, permettant ainsi le retour aux activités quotidiennes le lendemain du traitement avec ces appareils.

Pour l'effet thermique (de la chaleur) sur le tissu adipeux (le gras sous la peau) le mécanisme d'action demeure encore imprécis.

Pour le tissu sous-cutané (les graisses sous la peau), notamment pour réduire la cellulite, il y a le Thermage radiofréquence monopolaire, qui ne nécessite qu'un seul traitement mais qui est fort coûteux. Il existe également l'Accent radiofréquence bipolaire et le VelaShape, ce dernier combinant le « palper-rouler » avec l'infrarouge et la radiofréquence bipolaire. Pour l'Accent et le VelaShape, de 8 à 12 séances sont généralement requises et des traitements de maintien sont de mise par la suite.

La plupart du temps, les radiofréquences permettent une réduction du volume et des mensurations pouvant aller de 1 à 3 cm, mais ce n'est pas toujours le cas. On observe également une diminution de l'aspect capitonné de la peau cellulitique résultant probablement de la rupture des bandelettes fibreuses responsables de l'aspect capitonné de la peau. La modification thermique des cellules adipeuses entraîne possiblement un changement métabolique local des adipocytes (cellules graisseuses), bien que ceci demeure encore hypothétique.

Pour réduire le tissu adipeux, les coussins graisseux et les bourrelets, il y a l'UltraShape ou le LipoSonix. L'UltraShape est à faible intensité énergétique et cause une cavitation du tissu adipeux (aspect « fromage Gruyère ») alors que le LipoSonix émet une énergie (« effet brûlure des graisses ») beaucoup plus puissante occasionnant une thermocoagulation adipeuse et une destruction des cellules graisseuses. Le LipoSonix a un impact significatif sur le tissu adipeux en raison de l'effet thermocoagulant.

EFFETS SECONDAIRES

De façon générale, les procédures non invasives comportent des effets secondaires mineurs et des risques faibles de complications sérieuses. Le patient peut généralement reprendre ses activités quotidiennes, familiales, sociales et son travail le lendemain du traitement. Toutefois, certaines de ces procédures sont douloureuses ou s'accompagnent d'un certain inconfort, nécessitant donc l'utilisation d'analgésiques ou de sédation pour les rendre plus confortables, notamment pour le Thermage, le LipoSonix et l'Ulthera.

D'autre part, pour les procédures ciblant le tissus adipeux, souvent des ecchymoses (purpura) et une sensibilité de la zone traitée surviennent pendant une période de 10 à 15 jours après le traitement, notamment avec les appareils LipoSonix et Zeltiq.

RÉSULTATS

La plupart du temps, les résultats ne seront manifestes et optimaux qu'après une période de trois à six mois pour toutes ces procédures non invasives, et même parfois plus.

MYTHES ET RÉALITÉS

Les traitements avec ces appareils sont sans douleur
Faux. En fait, plusieurs procédures sont douloureuses et inconfortables. Elles nécessitent dans certains cas l'utilisation de crèmes anesthésiantes (Emla, Maxilène) ou la prise d'analgésiques avec ou sans sédatif durant le traitement.

AVERTISSEMENT :
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 résultat.

Source : Compagnie ULTHERA

LES PROCÉDURES INVASIVES ET SEMI-INVASIVES

La procédure invasive, par non laser, est la méthode au plasma. Le plasma est issu d'un gaz ionisé que l'on vaporise sur la peau. On l'utilise pour faire le resurfaçage de la peau pour l'atténuation des rides. Cette technologie est très sécuritaire et permet une récupération spectaculaire en une semaine, et sans effet secondaire à moyen et long termes. L'appareil à plasma appelé Rhytec Portrait est également excellent pour les cernes et paupières inférieures froissées. Ce procédé se prête bien aux gens avec la peau mince et aux rides fines.

MYTHES ET RÉALITÉS

Les effets sont permanents
Faux. Aucune procédure n'offre d'effets permanents. Certaines pourront être répétées à intervalles de deux ou trois ans, tandis que d'autres pourront nécessiter un maintien annuel ou biannuel.

MÉTHODE SEMI-INVASIVE

L'autre procédure que je qualifie de semi-invasive est le IPL (Lumière Intense Pulsée) qui est l'utilisation d'un faisceau lumineux polychromatique, c'est-à-dire à plusieurs longueurs d'ondes, contrairement au laser, qui est monochromatique. La lumière du IPL est aussi non cohérente (multidirectionnelle), contrairement au laser, qui est unidirectionnel. Le faisceau lumineux déployé par le IPL a une puissance moindrement spécifique mais plus polyvalente.

Le photorajeunissement par la Lumière Intense Pulsée (IPL) est une méthode semi-invasive car assez souvent elle occasionne la formation de croûtes superficielles, d'où la nécessité de quelques jours de récupération. Le faisceau lumineux étant polychromatique (plusieurs longueurs d'ondes), il a donc un effet sur plusieurs chromophores de la peau (les chromophores de la peau sont les cibles de captation de l'énergie lumineuse tels le rouge, le bleu, le brun et l'eau des cellules).

MYTHES ET RÉALITÉS

Y a-t-il un effet rebond (devenir pire avec le temps)?
Pas du tout. Mais des traitements de maintien sont suggérés avec certains appareils. Dans d'autres cas, le même traitement pourra être répété deux à trois ans plus tard.

Le IPL sert à réduire la dyschromie actinique (peau abimée et tachée suite à des expositions solaires fréquentes), les lentigo solaire (taches brunes), la rosacée érythro-couperosique (rougeurs, capillaires dilatés), le mélasma (masque de grossesse) et l'hyperpigmentation post-inflammatoire (taches brunes suite à une irritation de la peau ou suite, par exemple, à des lésions d'acné qui ont été grattées). Il permet également une diminution des pores élargis et une amélioration de la texture de la peau. Quelques séances de IPL sont généralement requises (3 à 5) pour améliorer la qualité de la peau de façon satisfaisante. Certaines technologies combinent IPL et radiofréquence, notamment l'appareil Elos, permettant d'avoir à la fois l'effet IPL pour éclaircir le teint et l'effet raffermissement pour améliorer la fermeté de la peau. Ce procédé nécessitera aussi des traitements de maintien de 1 à 2 fois par année.

La thérapie photodynamique (PDT) consiste à l'application d'acide aminolevulinique (Levulan) ou méthyl levulinate (Metvix) une heure avant le IPL, lequel activera ces médicaments. Cette méthode permet d'augmenter jusqu'à trois fois l'effet d'un IPL, avec toutefois des inconvénients et des coûts supplémentaires. Cette méthode est aussi utilisée pour traiter l'acné et les kératoses actiniques (lésions précancéreuses de la peau).

En conclusion, tous ces appareils sont d'une grande utilité en dermatologie esthétique. Il peuvent être utilisés seuls en **monothérapie** ou en combinaison avec les lasers, ce qui peut amener des résultats des plus intéressants, ceci dans un cadre sécuritaire et peu ou non invasif. ■

BIEN DANS SA PEAU

L'INSTITUT DU LASER CUTANÉ DE L'OUTAOUAIS

Fondé en 1996,
ILCO: 19 technologies laser et non laser.
Plus de 90 000 traitements réalisés.

DR JACQUES CHARBONNEAU
Dermatologue, votre spécialiste de la peau

Tél 819 778-3188
Fax 819 778-8815

www.drcharbonneau.ca

200, rue Montcalm. bureau 302
Gatineau (Québec) J8Y 3B5

ILCO

RIDES CICATRICES TATOUAGES CELLULITE COUPEROSE ÉPILATION TACHES BRUNES

Andrée Mathieu-Serra, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue
Suzanne Gagnon, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue
Alain Dansereau, M.D., F.R.C.P. (C), C.S.P.Q., Dermatologue

LES SUBSTANCES DE COMBLEMENT INJECTABLES

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Aristote, philosophe antique, a un jour écrit « *Un beau visage est un avantage préférable à toutes les lettres de recommandation* ».

Selon notre génétique et notre mode de vie, certains changements liés au vieillissement peuvent parfois, dès le début de la trentaine, modifier notre visage et transmettre à nos interlocuteurs une fausse impression de fatigue ou de mécontentement plutôt que de refléter notre énergie intérieure. Il est maintenant possible, grâce à la médecine esthétique, de conserver ou de retrouver un visage ayant l'air reposé, détendu et plus jeune.

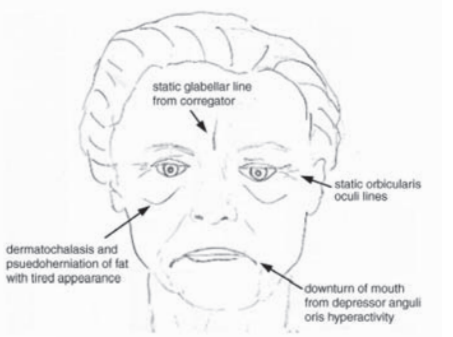
Avec le vieillissement, la peau perd sa fermeté de façon progressive parce que le collagène, principale protéine de structure de la peau, diminue et se modifie. La peau perd aussi son élasticité et son hydratation parce que la production d'acide hyaluronique diminue.

Parallèlement au vieillissement cutané, les structures sous cutanées se modifient : le gras sous-cutané diminue et les structures osseuses sous-jacentes involuent. Ces changements font en sorte que la peau n'est plus supportée et ne résiste plus aux forces gravitationnelles : le visage subit une déflation et une descente accentuant les rides et les creux.

Les injections de substances de comblement permettent aux dermatologues spécialisés non seulement de remplacer les pertes de volume dermiques responsables des rides mais aussi la perte de volume des structures sous cutanées, permettant un véritable rajeunissement du visage sans recours à la chirurgie.

HISTORIQUE

Au début des années 80, seul le collagène bovin était approuvé comme substance de comblement. Les injections de collagène devaient être intradermiques,



Avec les années, notre visage se creuse, on perd du volume et finalement on présente un visage qui est interprété par les autres comme étant triste alors qu'en dedans on se sent bien, alors qu'en dedans on a on a acquis une sereine sagesse. La restauration des volumes perdus avec les matériaux de remplissage aide à mieux équilibrer notre message visuel et notre bien être intérieur.

TABLEAU 1

SITES D'INJECTION	ACIDE HYALURONIQUE	HYDROXYAPATIE RADIESSE	ACIDE L-POLYLACTIQUE SCULPTA
Rides superficielles	x		
Définition des lèvres	x		
Augmentation des lèvres	x		
Nez : forme et contours	x	x	
Menton	x	x	x
Joues	x	x	x
Contours du visage	x	x	x
Comissures	x	x	x
Cernes sous les yeux	x	x	
Forme des sourcils	x		
Tempes	x		x
Lobes d'oreilles	x		
Cicatrices	x	x	x
Mains	x	x	x

donc très superficielles, de sorte que seules les rides de surface s'amélioraient. Et pour maintenir les résultats, les injections devaient être répétées aux quatre mois. En 1996, l'acide hyaluronique (AH) a été approuvée comme substance injectable et a graduellement supplanté le collagène parce que d'origine naturelle plutôt qu'animale, et du fait de sa longévité généralement supérieure. D'autres substances injectables ont été par la suite approuvées et sont toujours utilisées comme l'Artecoll, constitué de collagène bovin et de microsphères de polymethylmethacrylate non biorésorbables, le Radiesse, constitué de microsphères résorbables d'hydroxyapatite de calcium et le Sculptra, suspension d'acide L-polylactique.

La vraie révolution en matière de substances de comblement n'est cependant pas tant liée au type de substance utilisée qu'à une meilleure compréhension de l'anatomie du vieillissement facial et au développement d'une meilleure expertise dans les techniques d'injections avancées chez les médecins spécialistes en esthétique.

PRINCIPES DE TRAITEMENT AVEC LES SUBSTANCES DE COMBLEMENT

Le médecin spécialiste identifie avec le patient, souvent en comparant avec une photo de ce dernier prise avant que les signes de vieillissement ne soient perceptibles, les zones à améliorer, les sites d'injections possibles (**tableau 1**), les résultats réalistes selon la quantité de produit ou la cédule proposée des traitements. La substance injectable choisie est bien expliquée au patient en ce qui concerne les effets secondaires et les complications potentielles (**tableau 2**). Les alternatives sont également discutées afin que le patient puisse prendre une décision éclairée.

LES SUBSTANCES INJECTABLES LES PLUS CONNUES (NON PERMANENTES)

Acide Hyaluronique (Restylane-Perlane, Juvéderm-Voluma, Esthélis, Fortélis, Teosyal)

L'acide hyaluronique AH est la substance de comblement la plus largement utilisée parce que de source naturelle, elle est très sécuritaire et très versatile. Elle s'injecte tant en profondeur qu'intra dermique et à toutes les régions du visage ou du corps, offrant une durée de correction généralement satisfaisante. L'AH est un polysaccharide dont la composition est identique chez toutes espèces. Les protéoglycans contenus dans l'AH permettent de lier des molécules d'eau pour **plusieurs** fois son propre poids. C'est ce qui donne du volume aux tissus.

La famille des acides hyaluroniques est particulièrement sécuritaire, non seulement de par sa composition, mais aussi parce que c'est le seul produit de remplissage pour lequel nous avons un enzyme permettant de faire des corrections si jamais il y avait un résultat insatisfaisant. De plus, depuis environ un an, les produits Juvéderm et Restylane-Perlane contiennent de la lidocaine, un agent anesthésiant, ce qui rend les injections encore plus confortables.

Hydroxyapatite de calcium (Radiesse)

Le Radiesse consiste en une suspension de microsphères d'hydroxyapatite dans un gel inerte contenant du carboxyméthylcellulose et de la glycérine. L'hydroxyapatite, constituant minéral naturellement présent dans les os, est aussi utilisé de façon sécuritaire depuis plusieurs années en reconstruction faciale et dentaire. Après injection hypodermique de Radiesse, le gel se résorbe assez rapidement mais les particules d'hydroxyapatite stimulent la production de collagène jusqu'à leur dissolution complète en 12 à 18 mois. Moins volumateur mais plus structurant que l'AH, le Radiesse ne s'injecte ni dans les lèvres, ni au front, ni pour les rides fines. Il donne cependant de très bons résultats particulièrement au menton et aux contours du visage, et la correction persiste souvent de douze à dix huit mois.

Acide L-polylactique (Sculptra)

L'acide L-polylactique est un polymère de synthèse biocompatible biorésorbable de la famille des acides de fruits. Il est utilisé depuis plusieurs années sous forme de sutures biorésorbables. Le

TABLEAU 2

EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES (100 % RÉVERSIBLES)
Enflure (quelques heures à quelques jours)
Rougeurs (quelques heures)
Sensibilité au toucher (moins d'une semaine)
Ecchymoses (7 à 14 jours)

EFFETS SECONDAIRES RARES (100 % RÉVERSIBLES)
Déclanchement d'une récidive d'herpès
Folliculites acnéiformes
Inflammation non spécifique

COMPLICATIONS (TRÈS RARES)
Granulomes
Nécrose
Micro nodules palpables mais non visibles (Sculptra)

LE REMPLISSAGE DES LÈVRES DONNE DES RÉSULTATS À LA PARIS HILTON OU EN BEC DE CANARD :

FAUX, et un peu vrai! Tout dépend du talent et du sens équilibré des proportions du médecin injecteur. Le choix du bon produit à injecter entre également en ligne de compte. Souvent, par ailleurs, le patient confond « revolumiser les lèvres » et « redéfinir un contour de lèvres flou qui laisse couler le rouge à lèvres ». Les injections de remplissage des lèvres causent tout de même plus d'enflure qu'aux autres sites du visage et nous avisons toujours nos patients en ce sens. Une bonne planification par rapport à leurs activités sociales et leurs obligations de travail permettra au patient de vivre une meilleure expérience.

Source : Docteures Gagnon

LES PRODUITS DE REMPLISSAGE PERMANENTS SONT MEILLEURS CAR ON N'A PAS À FAIRE DE TRAITEMENTS D'ENTRETIEN :

FAUX. Le vieillissement étant un processus continu, il est préférable d'ajuster les traitements selon votre évolution personnelle dans le but d'obtenir un effet plus naturel. De plus, il y a plus de risques de réactions de rejets et d'effets secondaires avec les produits de remplissage permanents. Pour maintenir les effets désirés avec les injectables non permanents, il faut faire des traitements d'entretien. Après tout, on entretient bien notre maison, nos dents, notre voiture... alors pourquoi pas notre visage?

Sculptra consiste en une suspension de particules d'acide L-polylactique dans de l'eau qui s'injecte dans l'espace sous cutané à intervalles de quatre à huit semaines, pour trois à quatre séances, selon le besoin. Contrairement aux autres substances de comblement, il ne donne aucun volume immédiat mais stimule dans les tissus une réaction à cellules géantes de type corps étrangers, laquelle stimule la production du collagène naturel durant plusieurs mois. Le résultat est donc très progressif et de longue durée et se maintient facilement deux ans : une séance de rappel peut être effectuée après ce temps.

Plasma riche en plaquettes

Il ne s'agit pas d'une substance de comblement mais son utilisation clinique se popularise dans le domaine de la médecine esthétique. L'injection de plasma riche en plaquettes consiste en l'utilisation de nos propres plaquettes pour activer les mécanismes naturels de réparation des tissus dans le but de maintenir une bonne vitalité de la peau et de prévenir son vieillissement. Il s'agit donc d'injections autologues dans la peau de plasma riche en plaquettes qui vont y libérer des facteurs de croissance tissulaire (plus de 60 facteurs de croissance ont été identifiés provenant des plaquettes activées). Suite à ces injections, il y a prolifération cellulaire, synthèse accrue de collagène et d'élastine et amélioration clinique de la peau.

Source : Derm Surgery 2008 pages 1027-1028

Les mains : en redonnant du volume, on réduit la visibilité accrue des veines et des tendons. Ce traitement doit souvent être combiné à un rajeunissement cutané avec IPL ou laser.

Source : Docteure Andrée Mathieu-Serra

AVERTISSEMENT :
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 résultat.

LE PRODUIT DE REMPLISSAGE LE PLUS CONNU CONSIDÉRÉ PERMANENT

Polymethylmethacrylate (PMMA) Artecoll/Artefill

Il s'agit de microsphères de PMMA dans une suspension de collagène bovin, donc il faudra faire un test d'allergie avant de procéder. Suite à l'injection d'Artefill, le collagène est résorbé par l'organisme et les microsphères PMMA restent dans notre peau. Notre peau réagit donc au niveau du derme en stimulant nos cellules à produire du collagène pour enrober et isoler ces sphères persistantes. C'est ce mécanisme qui crée le volume et la correction des rides. Comme il doit être injecté plus profondément, ce produit n'est pas recommandé pour injection dans les lèvres ni pour les rides plus superficielles. On l'utilise donc surtout pour restaurer les volumes du visage et pour réduire les rides nasolabiales et les rides dites de la « marionnette ».

Après l'injection, on note une enflure qui dure 24 à 48 heures et de la rougeur pour deux à cinq jours. L'expérience du médecin injecteur est primordiale avec ce produit car si les résultats ne sont pas satisfaisants, ils seront permanents ou de très longue durée. On peut aussi avoir une réaction de rejet à un corps étranger sous forme de nodule (bosse) qui peut

apparaître même des années suivant l'injection. Artefill, une amélioration par rapport à son prédécesseur Artecoll, causerait moins souvent ce type de réaction. Si elle survenait, on pourrait la traiter avec des injections de cortisone. Sinon, il faut considérer l'excision chirurgicale du nodule.

À cause de ces risques et avec l'apparition sur le marché de produits de remplissage plus sécuritaires et pouvant durer de 6 à 24 mois, les médecins préfèrent souvent sélectionner les produits mentionnés précédemment.

Réactions temporaires :

- Enflure environ 12 à 48 heures
- Rougeur environ 2 à 5 jours

2,1 % de réactions modérées à sévères tel :

- Granulomes (nodules ou bosses) à corps étranger pouvant apparaître des années après l'injection
- Enflure ou rougeur persistante
- Irrégularité de la surface cutanée (l'expérience de l'injecteur est d'importance primordiale pour l'injection de ce produit)

CONCLUSION

L'apparition de nombreux produits de remplissage, surtout depuis 1996, a offert aux médecins une plus grande versatilité de traitements. On peut redéfinir un contour de lèvres ou en restaurer le volume de façon plus naturelle, on peut traiter des fines rides et des rides plus profondes et même étager des produits semblables pour obtenir des résultats plus naturels. Nous n'avons plus à faire deux tests d'allergie comme pour le collagène, et c'est maintenant l'acide hyaluronique qui a pris sa place comme « étalon-or » des produits injectables de remplissage avec une durabilité accrue pour le plus grand plaisir des patients.

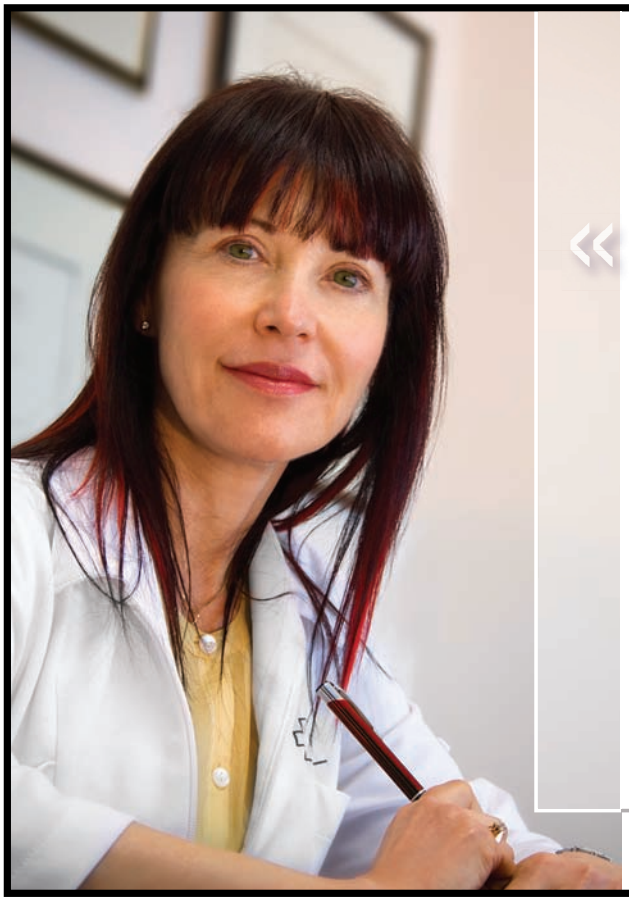
Le calcium hydroxylapatite (Radiesse) et le Poly-L-Lactic Acid (Sculptra) viennent s'ajouter comme produits de remplissage de plus longue durée..

Nous désirons souligner ce qui représente **l'avancement majeur** dans le rajeunissement facial par les matériaux de remplissage : **une vision du visage en trois dimensions**. Les pertes de volume qui s'accentuent au fil des ans donnent au visage un air triste qui ne reflète pas notre sérénité. C'est en redonnant une courbe aux joues aplaties, en diminuant les bajoues, en réduisant les ombrages qu'on redonne au patient ce visage qui s'harmonise avec sa vitalité interne. C'est ce qui fait que le patient s'exclame WOW quand on lui présente le miroir à la fin du traitement.

Il est donc maintenant possible de rajeunir le visage de façon précise et sécuritaire grâce à ces produits de remplissage plus raffinés et à cette nouvelle vision en trois dimensions des formes du visage. ■

PLUS ON FAIT DE TRAITEMENTS, PLUS ON VA VIEILLIR RAPIDEMENT LORSQU'ON VA CESSER :

FAUX. C'est le plutôt le contraire qui se produit, car les produits de remplissage utilisés par la majorité des dermatologues stimulent la synthèse de notre collagène naturel (acide hyaluronique inclus).



« Convaincue que l'amélioration de votre apparence contribue à votre santé et à votre bien-être général, mon but est de mettre mon expérience et mes connaissances à votre disposition pour que vous puissiez garder ces biens précieux.»

Dre Andree Mathieu-Serra, Md Dermatologue

Visitez www.dermatolaser.com

La beauté remodelée
SÉCURITÉ ET CONFORT AUPRÈS D'UN EXPERT
EXPERTISE
• Artécoll
• Botox
• Restylane
• Selphyl
• Radiesse
• Juverderm
• Thermalift
• Fraxel
• Liposonix
• Peeling
• Épilation au laser
• Couperose
• Photo rajeunissement
• Microdermabrasion
• Cicatrices d'acné
• Tache de vin
• Vergetures
DR. ALAIN DANSEREAU DERMATOLOGUE CSPQ FRCP (C)
Photo: www.pierredury.com
Graphisme: www.dogosdesign.net

CLINIQUE DERMATO-ESTHÉTIQUE
2, rue Notre-Dame, Repentigny / Tél.: 450.470.1177 • 1.866.470.1177
www.dralaindansereau.com

LA VIE NE SERA PLUS LA MÊME! (UN FINANCIER)

Denis Durand,
associé principal chez Jarislowsky Fraser ltée

Des affres de la récession de 2008-2009, nous avons pu nous extirper en tant que Canadiens sans trop de douleur économique en comparaison avec les autres consommateurs des pays du G-7. Notre situation fiscale, car nous étions le pays le moins endetté dont le déficit budgétaire était le moins important comparativement à ses revenus fiscaux, et notre taux de chômage inférieur à la moyenne occidentale, a laissé présager une descente aux enfers moins prononcée et une reprise économique plus précoce. Les prévisionnistes n'ont pas eu tord, nous l'avons eu. L'avenir pourrait être tout autre et plus conforme à l'évolution du monde occidental en général.

Inexorablement, les économies des pays en voie de développement grugent une part de plus en plus importante de la production manufacturière mondiale. En 2012, le PIB (Production Intérieure Brute) des pays du G-7 ne totalisera plus que 50 % du Produit Intérieur Brut mondial. Cette proportion était de 70 % 15 ans plus tôt et devrait atteindre 30 % seulement en 2020. Il semble inutile de se confondre en explications pour comprendre que la masse de population qui accède à un nouveau standard de vie dans les pays en voie de développement exerce une demande excessive sur les ressources au cours d'une période très courte d'investissement, justement au moment même où la cupidité des acteurs financiers a soustrait les ressources financières si nécessaires au développement long terme.

Le prix à payer sera onéreux pour les consommateurs et les gouvernements des pays développés en occident. Le remboursement de la dette des consommateurs et le rétablissement de la situation financière des gouvernements handicaperont pour plusieurs années à venir la croissance économique en Amérique et en Europe. Parallèlement, la croissance continue des pays en voie de développement, l'Inde et la Chine en particulier, continuera de créer une demande exacerbée, à moyen terme, sur les matières premières, laquelle est expliquée en grande partie par l'émergence d'économies domestiques de grande envergure dans les pays du BRIC (Brésil, Russie, Inde et Chine). Veuillez lire : la demande des pays développés ne croîtra pas beaucoup, mais les prix des matières premières vont augmenter quand même!

« Le prix à payer sera onéreux pour les consommateurs et les gouvernements des pays développés en occident. Le remboursement de la dette des consommateurs et le rétablissement de la situation financière des gouvernements handicaperont pour plusieurs années à venir la croissance économique en Amérique et en Europe. »

« Il suffit de jeter un coup d'œil à l'évolution des taux de change des grandes monnaies depuis le début de l'année 2010 pour se rendre compte de la volatilité des devises et de l'environnement difficile qui a surgi tant pour les importateurs que les exportateurs. »

Dans un tel contexte, comment préserver le pouvoir d'achat des consommateurs et leurs emplois dans les pays développés? Les banques centrales, la Réserve Fédérale aux États-Unis en particulier, utilisent la plus vieille méthode, toujours temporaire hélas, soit celle de dévaluer directement ou indirectement la valeur de leur propre monnaie pour devenir plus compétitifs sur les marchés d'exportation. À ce jeu, plusieurs pays se sont engagés en pure perte et par excès de vanité. Ce fut un exercice illusoire (déjà!), car, à ce jeu vous ne causez que de l'irritation auprès de vos partenaires commerciaux de longue date, alors que le partenaire récalcitrant, la Chine, tente d'étirer la période de grâce le plus longtemps possible. En effet, la devise chinoise, le yuan, n'est pas une monnaie flottante et est ajustée selon le bon vouloir de la Banque centrale de Chine. Une réévaluation drastique de 20 % de la valeur du yuan, tel que le préconisent plusieurs instances politiques aux États-Unis, ne permettrait pas nécessairement de redresser immédiatement le déficit commercial américain, car on ne pourrait voir apparaître du jour au lendemain des entreprises manufacturières de produits électroniques, tels que iPhone, iPad et écrans plats, ou de produits de consommation courante. La richesse accrue des Chinois en dollars U.S., en raison de la réévaluation du yuan, ne donnerait pas lieu non plus à des commandes empressées d'équipements lourds ou d'automobiles de leur part.

Une réévaluation progressive d'environ 3,5 % du yuan sur une base annuelle semble donc être la voie choisie par la Banque centrale de Chine. À ce rythme, cependant, il faudrait des dizaines d'années pour compenser la disparité des salaires entre les États-Unis et la Chine, qui affiche un rapport de un à dix en faveur de la Chine. Dans un tel contexte, le taux de chômage risque de demeurer élevé pendant encore plusieurs années aux États-Unis et de reporter une reprise plus saine du secteur immobilier résidentiel à plus tard. Une autre solution, telle que

ÉVOLUTION DES TAUX DE CHANGE EN DOLLARS U.S.

	1er janvier 2010	15 novembre 2010	Variation %
Dollar canadien	0,9506	0,9902	4,17
Dollar australien	0,8977	0,9853	9,76
Euro	1,4321	1,3587	-5,13
Yen	0,010753	0,012035	11,92
Yuan	0,14647	0,15048	2,74

proposée par le président du conseil de notre société, M. Stephen Jarislowsky, consisterait à imposer un tarif à l'importation en provenance de certains pays émergents, basé les écarts de salaires selon les types de produits. Il va sans dire que de tels mécanismes d'intervention deviennent lourds à administrer et ne représentent pas une solution idéale dans un contexte de libre marché, mais à défaut d'un libre marché sur les devises, il faut sans doute forcer la main des autres partenaires.

Il suffit de jeter un coup d'œil à l'évolution des taux de change des grandes monnaies depuis le début de l'année 2010 pour se rendre compte de la volatilité des devises et de l'environnement difficile qui a surgi tant pour les importateurs que les exportateurs.

Des deux premières monnaies, on peut dire qu'elles ont été agréablement soutenues par le regain des prix des matières premières depuis le deuxième trimestre de 2009. N'eut été des inquiétudes suscitées par les difficultés budgétaires et financières des pays comme la Grèce, le Portugal et l'Irlande au printemps de 2010, l'euro se serait sans doute maintenu plus fortement contre le dollar américain. Quant au yen, le surplus commercial du Japon, en dépit de l'endettement du gouvernement japonais, a réussi à faire progresser la devise japonaise, causant de virulents maux de tête aux exportateurs du pays du soleil levant. L'appréciation de la monnaie chinoise, le yuan, ne représente donc pas du tout les qualités inhérentes de l'économie chinoise et l'ampleur de son surplus commercial, tout comme la santé de sa situation financière.

À moins d'un revirement spectaculaire de la politique chinoise, les pays développés, en Amérique comme en Europe, devront se contenter d'une croissance anémique, sans réelle création d'emplois. La Chine serait-elle sur le point de créer sa propre boîte de Pandore? Elle affaiblit justement les économies des pays qui sont ses principaux clients à l'exportation. Elle deviendra de plus en plus sujette à des représailles indirectes sous forme de mesures protectionnistes. Pour maintenir son rythme de croissance, elle devra dépendre de la croissance de son économie domestique. Une telle population qui accède à un niveau de vie plus élevé nécessitera une plus grande production alimentaire et des sources de matières diversifiées et importantes, ce qui fait défaut à la Chine actuellement et qui continuera de présenter un obstacle majeur à sa croissance, particulièrement si ses partenaires commerciaux n'apprécient guère le traitement qui leur est dévolu.

Cette situation n'évoluera que lentement au cours des prochaines années. Entretemps, comment bénéficier de la croissance du marché chinois tant du côté du marché de l'exportation que de son économie domestique. Le marché boursier chinois démontre encore peu de profondeur et n'offre pas toutes les occasions des marchés boursiers des pays développés. Par contre, il est possible de participer à cette croissance en utilisant des titres d'entreprises multinationales sur les marchés européens et américains, lesquelles entreprises réalisent déjà une proportion intéressante de leur chiffre d'affaires en Asie et dans les autres pays émergents. À cet égard, il suffit de citer les Nestle, L'Oréal et Proctor & Gamble.

L'avenir nous réservera certainement encore autant de volatilité et d'incertitude qu'auparavant, mais peut-être plus d'opportunités! ■

« À moins d'un revirement spectaculaire de la politique chinoise, les pays développés, en Amérique comme en Europe, devront se contenter d'une croissance anémique, sans réelle création d'emplois. »

JARISLOWSKY FRASER LIMITÉE
CONSEILLERS EN PLACEMENTS

Denis Durand, associé principal

1010 Sherbrooke Ouest
Montréal, Québec
H3A 2R7

Tél. : **514-842-2727**
Téléc. : **514-842-1882**
ddurand@jfl.ca

LAVAUX, DANS LES VIGNES DU VERTIGE

LA SUISSE EST PLEINE DE SURPRISES. OUBLIEZ LA BANQUE, LE CHOCOLAT, LE FROMAGE ET LE COUTEAU. LES VIGNES DU LAVAUX, C'EST DE L'OR.

Par Nicole Charest

Notre week-end commence à Lausanne, assise sur trois collines qui s'étagent en escaliers, les pieds dans l'eau du lac Léman. Cité de culture à la quinzaine de musées, fondations et palais, Lausanne rayonne sur la campagne, la montagne jurassienne proche et le vignoble de Lavaux, au Patrimoine mondial de l'humanité. Cette mini-métropole charmante et paisible a su préserver un aspect villageois et multiple. C'est chic à Ouchy, international entre la gare où arrive le TGV, les banques et les hôtels où se marient luxe, intimité et raffinement (le Lausanne Palace Hôtel est à cet égard une référence), urbain vers la place Saint-François et médiéval autour de la cathédrale.

« Cette mini-métropole charmante et paisible a su préserver un aspect villageois et multiple. »

Depuis que le métro nous amène à Rippone, on coupe à la montée pénible et aux divers embouteillages. Ce qui donne toute latitude pour truster les ruelles pentues, décorées d'enseignes en fer forgé, traverser la Place du Palud, dominée par l'Hôtel de Ville, un bâtiment à arcades à deux niveaux du XVe siècle, flâner au marché de rue des mercredi et samedi matin, s'arrêter au Café du Grütli où l'ambiance est bon enfant, et, par un escalier de bois, atteindre la cathédrale de pierre, le plus bel édifice gothique de Suisse. Du haut de la tour, on a une vue spectaculaire sur la ville et le lac Léman qui s'étire en forme de croissant. Depuis l'an 1405, du beffroi de la cathédrale, le crieur annonce les heures. Une tradition aussi ancienne que les vignes de Lavaux elles-mêmes.

En arrière plan, les monts du Jura à l'ouest, les Alpes françaises au sud, et le Mittleland au nord, surplombant le Léman, la route de la corniche traverse le vignoble en terrasse de Lavaux. C'est un serpent d'asphalte qui s'étend sans discontinuer de Lausanne à Vevey où Nestlé, au 48e rang mondial des plus grandes entreprises, 280 000 collaborateurs dans le monde, a son siège social. La vigne de Lavaux, c'est de l'or. Sur 821 hectares de terrasses escarpées, comme suspendues entre ciel et terre, s'agrippe un prestigieux vignoble en pente, façonné de main d'homme au cours des siècles, et propriété d'une majorité de petits et moyens exploitants.

Six AOC : Lutry, Villette, Epesses, Chardonne, Saint-Saphorin, Vevey-Montreux, et deux crus : Dezaley et Calamin. Le chasselas, appelé fendant dans le Valais, perlan à Genève, mais aussi dorin dans le Vaud, y est roi. Planté sur près des trois quarts du vignoble, il prend une expression nerveuse, fumée, pierreuse, en fonction des terroirs et de son exposition. Les meilleurs vignobles, dit-on, bénéficient de la lumière réfractée par le lac et de la chaleur accumulée par les terrasses de pierre érigées par les moines cisterciens venus de Bourgogne il y a neuf siècles. Certains bourgs ont parfois 40 niveaux de murets jusqu'au plus haut du lac qui protègent les plantations de chasselas vendangés jusqu'au vertige, en septembre, et transportés par funiculaire. À Dézaley, qui est posé à une altitude qui frôle 550 mètres, des wagonnets remplis

de grappes de raisin empruntent une voie métallique qui suit la pente et plonge presque dans les eaux du Léman.

Il y a bien des façons de découvrir Lavaux aux coteaux tapissés de vignes. La plus simple est en voiture, avec arrêt obligatoire au chemin de la Dame entre les villages d'Epesses et de Chexbres, pour ne pas rater la vue plongeante qui est à couper le souffle. La plus pittoresque suit le train des vignes. Le Lavaux-Express propose d'avril à octobre, selon les jours, deux itinéraires en boucle sillonnant Lutry, Aran, Grandvaux et Villette, ou bien, Cully, Riex, Epesses et Dezaley ; la promenade est courte mais charmante. En fait, le mieux, c'est encore à pied, quand on a tout son temps, par un itinéraire balisé évalué à quelque 32 km qui grimpe les terrasses et traverse les vignes. L'impression de marcher entre ciel et terre, le promeneur parcourt les sentiers où des panneaux didactiques expliquent les mystères de la vigne et du vin, traverse des villages bucoliques aux rues étroites bordées de maisons qui débordent de géraniums, et n'oublie jamais de s'arrêter chez les vignerons qui ouvrent grand leurs caveaux.

À Grandvaux, il ne faut pas manquer le Caveau Corto, nommé en souvenir d'Hugo Pratt. En 1984, l'auteur de bande dessinée s'installa au village, au chemin du Chaudron, regroupa là ses 30 000 livres et passa onze ans avant de mourir d'un cancer en 1995. Sur la place, la sculpture filiforme de son célèbre Corto Maltese regarde vers l'infini. En contrebas, au bar à vins éponyme, sur fond de chasselas, on fête les vendanges, l'escargot, la brisolée (châtaignes, fromage et vin nouveau) et la courge. Semaine après semaine, d'avril à novembre, 14 vignerons de la Villette proposent leurs vins, selon un planning serré et passionnant, qu'on peut consulter sur www.caveaucorto.ch.

Après l'apéro, on ira dîner à l'Auberge de la Gare. On ne compte plus le nombre de cafés ou hôtels de la Poste, restaurants ou auberges de la Gare qui marquent le parcours du voyageur. L'Auberge de Philippe et Raymonde Delessert, face au lac, à la chaine des Alpes et au rail (le Lavaux Express s'y arrête), vaut le détour car la cuisine est exquise et le service à la hauteur de celle-ci. Cassolette de chanterelles et filet de perche s'accompagnent d'un petit blanc de l'appellation Villette, La Combe 2007 de Béat et Philippe Bujard, tout en fraîcheur et arômes de pêche blanche. On peut même y loger grâce aux cinq chambres qui rivalisent de séduction, ce qui n'est pas une mauvaise idée quand on souhaite rayonner tout autour. Et ils sont nombreux, les vignerons dont les vins valent d'être goûtés et re-goûtés.

Le Lavaux est occupé par de très anciennes familles vigneronnes dont les plus anciennes remontent dit-on à 1390. D'autres sont implantées depuis le XVIe siècle. La commune de Lausanne est propriétaire d'un patrimoine vert de l'ordre de 27 km² – l'équivalent, à titre de comparaison, de 4000 terrains de football – décomposé en forêts, terres agricoles et 35,8 hectares de vignes réparties en cinq domaines. Lausanne a des vignes à La Côte : l'Abbaye de Mont et le Château Rochefort, et, dans Lavaux : le Domaine de Burignon en appellation Saint-Saphorin, le Clos des Moines et le Clos des Abbayes à Dézaley.

Le Clos des Abbayes faisait partie des biens de l'Évêque de Berne, lesquels furent cédés à la ville de Lausanne le 1er novembre 1536. La ville acheta le 21 décembre 1802 Burignon, accroché au coteau et s'avançant en forme d'éperon sur le Léman, englobé au XIIe siècle dans les possessions du couvent des moines cisterciens de Hautcrêt, et Le Clos des Moines l'année suivante. Depuis lors, la culture de la vigne est confiée à des vignerons tâcherons et la vinification à des entreprises spécialisées indépendantes sous le contrôle, depuis 1998, de Nicolas Rilliet, ingénieur et œnologue, qui est responsable des domaines de la ville. La commercialisation des vins se fait par l'intermédiaire d'une mise aux enchères publiques, le deuxième samedi de décembre.

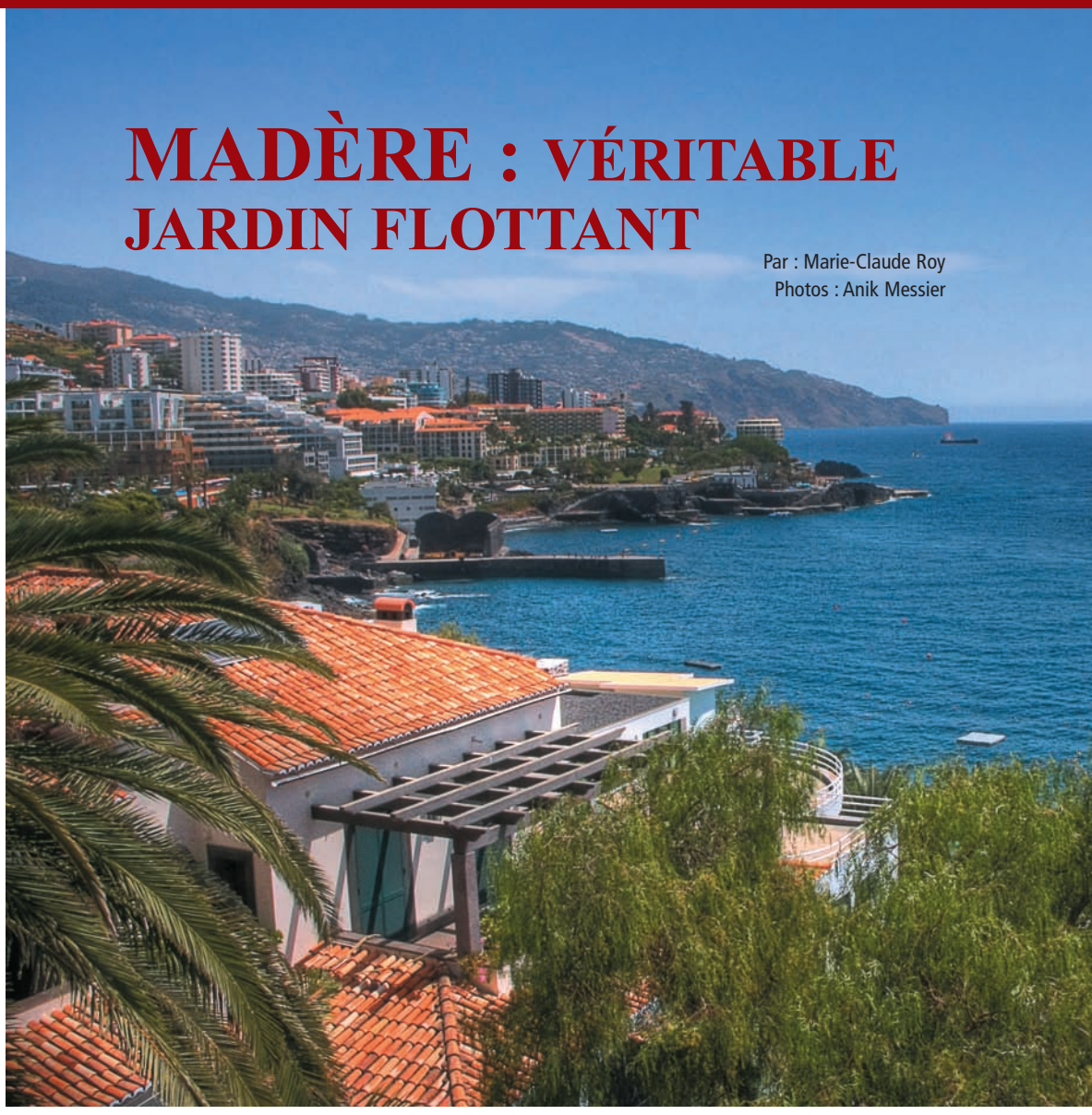
Et pourtant… Dans cette Suisse de carte postale, où Lausanne possède des vignes d'un bon rendement depuis des siècles, où Lavaux propose un joli ensemble de vignes au nord du lac et certains des vins de chasselas les plus expressifs du monde, il y a des grues dans le périmètre classé. Créée en 1975, la Fondation de Franz Weber Helvetia Nostra qui s'occupe de la protection renforcée des écosystèmes fragiles, s'attache à garantir la protection du vignoble. On a cru que son initiative s'était trouvée concrétisée en juin 2007 lorsque l'Unesco inscrivit Lavaux au Patrimoine mondial. Mais l'Association Sauver Lavaux se bat toujours pour obtenir un moratoire sur les constructions neuves qui puissent respecter les vignes. Cet automne encore, un projet prévoyait l'édification d'un immeuble à logements et maisons mitoyennes sur une parcelle plantée de vignes à Villette, et les pétitions circulaient. À suivre...

« Le Lavaux est occupé par de très anciennes familles vigneronnes dont les plus anciennes remontent dit-on à 1390. D'autres sont implantées depuis le XVIe siècle. »

« Il y a bien des façons de découvrir Lavaux aux coteaux tapissés de vignes. La plus simple est en voiture, avec arrêt obligatoire au chemin de la Dame entre les villages d'Epesses et de Chexbres, pour ne pas rater la vue plongeante qui est à couper le souffle. »

MADÈRE : VÉRITABLE JARDIN FLOTTANT

Par : Marie-Claude Roy
Photos : Anik Messier



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'embarras 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 XVIIIe 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.

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.

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.

« 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. »

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.

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 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.

Sources :
Turismo da Madeira : www.madeiratourism.org

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

PORTO SANTO

Bercée par les eaux turquoises de l'océan, Porto Santo est une île d'une rare beauté. Malgré sa proximité géographique, elle est très différente de Madère. Ses paysages arides, où dominent l'ocre et le jaune, lui ont valu le surnom « d'île dorée ».

GOLF

Entouré par un paysage serein et une douce brise marine, le terrain de golf de Porto Santo offre d'excellentes conditions pour jouer tout au long de l'année. Conçu par le champion espagnol Severiano Ballesteros, le terrain de golf comporte deux circuits de neuf trous. Il occupe un domaine qui va de la chapelle de Sao Pedro jusqu'à la marina, offrant ainsi des vues spectaculaires sur les côtes nord et sud de l'île.

SPORTS NAUTIQUES

Depuis longtemps, Porto Santo attire les amateurs de plongée. Les débutants peuvent s'initier aux charmes de la vie sous-marine avec le snorkeling (plongée au tuba) pour ensuite passer à la plongée sous-marine, qui vous fera découvrir un monde fantastique. L'endroit le plus recherché se situe au sud du port où se trouve l'épave d'un navire.

Pour la pêche en haute mer, Porto Santo est en train de se tailler une réputation internationale comme destination de première classe. En plus du makaire bleu, on y trouve plusieurs espèces de thons.

Les conditions de Porto Santo offrent également la pratique de la planche à voile et des promenades en bateau. La voile et la rame vous permettront de découvrir les splendides rivages de cette île.

VIE NOCTURNE ET REPOS DIVIN

La zone de Penedo do Sono renferme plusieurs bars, restaurants et discothèques ouverts jusqu'à l'aube. Pendant l'été, la zone de Vila Baleira est un incontournable pour les concerts musicaux. Les rues de la ville sont très animées.

Porto Santo n'est pas seulement une station balnéaire. Cette île représente également un centre de santé où l'on vient soigner différentes affections orthopédiques et rhumatologiques. Le sable de la plage est d'origine organique. C'est-à-dire qu'il est composé de restes d'organismes vivants marins (coraux, coquillages, oursins). Aussi, sa composition chimique est carbonatée. La Clinique de Thalassothérapie, située à Vila Baleira, offre un éventail de services pour combattre le stress, le surmenage, le sédentarisme, le tabagisme, les affections articulaires, les perturbations digestives, etc. Le succès de cette clinique vient de la combinaison des propriétés thérapeutiques du sable de l'île et de la pureté des eaux de l'océan Atlantique. ■

FAIM DE SOIRÉE

Au choix : une entrée et un plat ou un plat et un dessert

Soupe à l'oignon gratinée.
Filet de hareng fumé, pommes tièdes à l'huile.
Coupelle d'escargots à la Chablisienne.
Saumon fumé maison, bagel, crème sûre
et petite salade de pommes vertes.
Céleri rémoulade. Terrine de faisan en croûte, confiture d'oignons.
Assiette de cochonnailles, œuf dur mayonnaise.
***
Rouelle de boudin noir et blanc aux deux pommes, fruit et terre.
Cervelle de veau poêlée au beurre fin, gingembre et citron confit.
Foie de veau persillade, vinaigre de framboise, meunière ou provençale.
Rognons de veau saisis au vin rouge, compotée d'échalotes
aux raisins de Corinthe et gratin Dauphinois.
Viande du jour. Entrecôte Angus (8 onces) grillée, sauce béarnaise
et julienne de pommes de terre frites.
Pasta aux fruits de mer.
Poisson du jour.
Le filet de doré poêlé amandine et son beurre au vinaigre de vin.
Le dos de saumon légèrement fumé, semi-cuit, et velouté de whisky.
***
Choix de desserts à la carte

CHEZ LÉVÊQUE
JUSQU'À MINUIT • 1030, rue Laurier Ouest
www.chezleveque.ca

Répertoire des annonceurs

Le Patient - Vol. 4 nº 4

OMBRELLE
www.ombrelle.ca 2

OPTIMUM GESTION DE PLACEMENTS INC.
www.optimumgestion.com 5

PFIZER CANADA INC.
Ativan ..... 6-7 / 27-28
Champix ..... 8-9 / 29-32

AMGEN CANADA INC.
Prolia ..... 12-13 / 33-34

MÉDICENTRE LASALLE
www.medirm.com 18

JABLOWSKI / FRASER 19

CHEZ LÉVÊQUE
www.chezleveque.ca 25

LE MAS DES OLIVIERS 26

ALL-BRAN
www.pharmilink.com/allbran 35

DERMATOLOGIE FACE AU TEMPS
www.faceautemps.ca 36

CAHIER : DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE

DR MARIE-CHRISTINE ROY
CENTRE DE DERMATOLOGIE AU LASER
www.mcroy.ca 9

REVERSA
www.reversa.ca 14

CLINIQUE DE VINCI
www.cliniquedevinci.com 19

L'INSTITUT DU LASER CUTANÉ DE L'OUTAOUAIS
www.drcharbonneau.ca 27

DRE ANDRÉE MATHIEU-SERRA
www.dermatolaser.com 31

CLINIQUE DERMATO-ESTHÉTIQUE
www.dralaindansereau.com 32

LE PATIENT ACCEPTE LES PETITES ANNONCES

Information :

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

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

LE PATIENT
LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

À NE PAS MANQUER DANS LE PROCHAIN NUMÉRO :

DOSSIER OPHTALMOLOGIE

Le Mas des OLIVIERS

L'un des hauts lieux de la gastronomie montréalaise

Établi depuis 40 ans dans une coquette demeure aux murs blanchis, sol de pierre et garnitures en fer forgé, le Mas des Oliviers est devenu une véritable institution dont le seul nom évoque la chaleur et les merveilles culinaires de la Provence.

Cette cuisine aux accents authentiques a su s'adapter aux goûts d'une clientèle fidèle et diversifiée. Comme en Provence, il fait toujours beau et bon au Mas des Oliviers.

Salle privée pour 60 personnes

1216 rue Bishop,
Montréal, Québec H3G 2E3
RESERVATION: 514.861.6733

Pr **Ativan**® lorazépam comprimés sublinguaux

SUBLINGUAL

Dissolution rapide

RÉSUMÉ DES RENSEIGNEMENTS POSOLOGIQUES

Critères de sélection des patients

CLASSE THÉRAPEUTIQUE : Anxiolytique-Sédatif

INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

PrATIVAN® (lorazépam) est utilisé pour le soulagement à court terme des manifestations d'anxiété excessive chez les patients souffrant de névrose d'angoisse. Il est aussi utile comme traitement d'appoint pour le soulagement de l'anxiété excessive pouvant survenir avant les interventions chirurgicales. L'anxiété et le stress associés aux tensions de la vie quotidienne ne nécessitent habituellement pas de traitement par anxiolytiques.

CONTRE-INDICATIONS

ATIVAN est contre-indiqué chez les patients souffrant de myasthénie grave ou de glaucome aigu à angle fermé et chez ceux ayant une hypersensibilité confirmée aux benzodiazépines.

POPULATIONS PARTICULIÈRES

Grossesse : On ne doit pas administrer ATIVAN pendant la grossesse. Les résultats de plusieurs études semblent indiquer qu'il existe un risque accru de malformations congénitales associé à l'utilisation des benzodiazépines chlordiazépoxide et diazépam, ainsi que du méprobamate, au cours du premier trimestre de la grossesse. Des symptômes de retrait ont été observés chez les nouveau-nés de mères ayant ingéré des benzodiazépines pendant plusieurs semaines ou plus précédant l'accouchement. On a également noté les symptômes suivants chez les nouveau-nés de mères ayant reçu des benzodiazépines au cours du dernier trimestre de la grossesse ou à l'accouchement : hypoactivité, hypotonie, hypothermie, dépression respiratoire, apnée, troubles de l'alimentation et altération de la réaction métabolique au stress causé par le froid.

Femmes en âge de procréer : Étant donné que le lorazépam est aussi un dérivé de la benzodiazépine, son administration est rarement justifiée chez la femme en âge de procréer. Toutefois, si le médicament est prescrit à une femme susceptible de concevoir, il faut la prévenir de se mettre en rapport avec son médecin afin d'interrompre le traitement si elle pense être enceinte ou a l'intention de le devenir.

Allaitement : Le lorazépam a été décelé dans le lait humain; on ne doit donc pas l'administrer à la femme qui allaite, à moins que les bienfaits prévus pour la mère l'emportent sur les risques possibles pour le nourrisson. Des cas de sédation et d'incapacité de téter sont survenus chez les nouveau-nés de mères qui allaitent et prennent des benzodiazépines. On doit surveiller la manifestation d'effets pharmacologiques (dont la sédation et l'irritabilité) chez les nourrissons de mères qui allaitent.

Personnes âgées : Les personnes âgées ou affaiblies et celles souffrant de syndrome cérébral organique sont sujettes à la dépression du SNC même lorsque les benzodiazépines sont prescrites à de faibles doses. Par conséquent, il faut commencer par administrer de très faibles doses et les adapter d'après la réaction du patient, afin d'éviter les risques de sédation excessive ou de troubles neurologiques. Chez les personnes âgées ou affaiblies, il faut réduire la dose initiale d'environ 50 % et ajuster la posologie en fonction des besoins et de la tolérance du patient.

Enfants : Faute de données cliniques suffisantes, l'administration d'ATIVAN n'est pas recommandée chez les patients de moins de 18 ans.

Renseignements relatifs à l'innocuité

MISES EN GARDE

Des réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes graves ont été signalées en rapport avec l'emploi de benzodiazépines. On a signalé des cas d'œdème de Quincke affectant la langue, la glotte ou le larynx chez des patients, après qu'ils aient pris la première dose ou des doses subséquentes de benzodiazépines. Certains patients ont aussi présenté de la dyspnée, une constriction de la gorge ou des nausées et des vomissements. Certains patients ont dû être admis au service des urgences pour recevoir un traitement médical. L'œdème de Quincke au niveau de la langue, de la glotte ou du larynx peut entraîner une obstruction des voies respiratoires et la mort. On ne devrait pas tenter d'administrer de nouveau une benzodiazépine à un patient qui a présenté un œdème de Quincke après un traitement avec ce type de médicament.

L'utilisation d'ATIVAN n'est pas recommandée en présence de névrose dépressive ou de réactions psychotiques. Comme ATIVAN a un effet dépresseur sur le système nerveux central (SNC), il faut prévenir les patients traités par ce médicament de ne pas prendre simultanément d'autres médicaments dépresseurs du SNC. Les patients doivent aussi s'abstenir de consommer de l'alcool pendant la durée du traitement par le lorazépam à cause des risques de potentialisation.

Des cas de sédation excessive ont été observés avec le lorazépam administré à des doses thérapeutiques normales. Par conséquent, les patients prenant du lorazépam doivent faire preuve de prudence dans les occupations exigeant de la vigilance et une bonne coordination motrice, comme le fonctionnement de machines dangereuses ou la conduite de véhicules motorisés.

L'administration de benzodiazépines, y compris le lorazépam, peut entraîner une dépression respiratoire susceptible d'être fatale.

PRÉCAUTIONS

Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on administre du lorazépam en présence d'une altération de la fonction respiratoire (p. ex., maladie pulmonaire obstructive chronique, syndrome d'apnée du sommeil).

Une dépression préexistante peut émerger ou s'aggraver pendant un traitement par les benzodiazépines, y compris le lorazépam. L'emploi de benzodiazépines peut mettre au jour des tendances suicidaires chez les personnes déprimées et devrait toujours être accompagné d'un traitement antidépresseur adéquat.

Des réactions paradoxales ont été signalées à l'occasion pendant un traitement par les benzodiazépines (voir **RÉACTIONS INDÉSIRABLES**). Ce type de réactions est plus susceptible de survenir chez les enfants et les personnes âgées. Si elles se manifestent, il faut interrompre l'emploi du médicament.

Risque de dépendance : Ne pas administrer ATIVAN aux personnes portées à faire une consommation abusive de médicaments. Le lorazépam peut faire l'objet d'un usage abusif, en particulier chez les patients ayant des antécédents d'alcoolisme ou d'abus de médicaments. Administrer ATIVAN (lorazépam) avec prudence aux patients enclins à la dépendance psychologique. Quand il est utilisé à fortes doses, on recommande d'interrompre son administration en diminuant graduellement la posologie.

L'emploi de benzodiazépines, y compris du lorazépam, peut entraîner une dépendance physique et psychologique. Le risque de dépendance augmente avec l'intensité de la dose et la durée du traitement et s'accroît encore plus chez les patients ayant des antécédents d'alcoolisme ou d'abus de médicaments et chez ceux qui manifestent des troubles de personnalité importants. Le pouvoir de dépendance du lorazépam est moindre lors d'un traitement de brève durée à la dose appropriée. En général, on ne doit prescrire les benzodiazépines que pendant de brèves périodes (p. ex., 2 à 4 semaines). L'emploi prolongé continu du lorazépam n'est pas recommandé.

Troubles mentaux et émotionnels : ATIVAN n'est pas recommandé dans le traitement de patients psychotiques ou déprimés. Puisque ce type de médication peut provoquer de l'excitation et d'autres réactions paradoxales chez les sujets psychotiques, il faut veiller à ne pas l'administrer à des patients ambulatoires soupçonnés d'avoir des tendances psychotiques. Comme tout autre médicament anxiolytique-sédatif, le lorazépam ne doit pas être administré à des patients dont l'anxiété n'a pas un caractère pathologique. Ces médicaments ne sont pas efficaces non plus chez les patients atteints de troubles du caractère et de la personnalité ou de névrose obsessionnelle-compulsive. Avec l'utilisation d'ATIVAN, il faut tenir compte de la présence possible de tendances suicidaires et de la nécessité éventuelle de mesures de protection.

Insuffisance rénale et hépatique : Puisque le foie est le lieu le plus probable de conjugaison du lorazépam et que l'élimination du lorazépam conjugué (glucuronide) est une fonction rénale, les précautions habituelles s'imposent quand le lorazépam est prescrit à des patients souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique d'intensité légère à modérée; il faut alors prendre soin d'adapter graduellement la posologie. Les patients devant suivre un traitement prolongé par ATIVAN doivent faire périodiquement l'objet d'hémogrammes et d'épreuves d'exploration fonctionnelle hépatique. En présence d'insuffisance hépatique grave, il faut ajuster soigneusement la posologie d'après la réaction du patient. Des doses plus faibles peuvent suffire chez ces sujets. Comme c'est le cas avec toutes les benzodiazépines, l'emploi du lorazépam peut aggraver l'encéphalopathie hépatique; il faut donc faire preuve de prudence lorsqu'on administre le lorazépam en présence d'insuffisance ou d'encéphalopathie hépatiques graves.

RÉACTIONS INDÉSIRABLES

La somnolence est la réaction indésirable signalée le plus souvent.

Les réactions indésirables suivantes ont été signalées :

Organisme entier : œdème de Quincke, asthénie, faiblesse musculaire, réactions anaphylactiques, changement de poids, réactions d'hypersensibilité, hyponatrémie, hypothermie, syndrome d'antidiurèse inappropriée.

Appareil cardiovasculaire : hypotension, abaissement de la tension artérielle.

Appareil digestif : nausées, constipation, modification de l'appétit, augmentation de la bilirubine, ictère, hausse des transaminases hépatiques, hausse de la phosphatase alcaline.

Système hématologique ou lymphatique : agranulocytose, pancytopénie, thrombocytopénie.

Système nerveux et organes des sens (les effets des benzodiazépines sur le SNC dépendent de la dose, et la dépression du SNC est d'autant plus grave que les doses sont élevées) : amnésie antérograde, somnolence, fatigue, sédation, ataxie, confusion, dépression, émergence de la dépression, étourdissements, modification de la libido, impuissance, réduction de l'orgasme, symptômes extrapyramidaux, tremblements, vertige, troubles visuels (dont diplopie et vision trouble), dysarthrie ou troubles de l'élocution, céphalées, convulsions, amnésie, désinhibition, euphorie, coma, idées suicidaires ou tentative de suicide, problèmes d'attention ou difficultés de concentration, troubles de l'équilibre, réactions paradoxales (y compris anxiété, agitation, excitation, hostilité, agression, rage, troubles du sommeil ou insomnie, stimulation sexuelle, hallucinations), agitation psychomotrice.

Appareil respiratoire : dépression respiratoire, apnée, aggravation de l'apnée du sommeil (l'intensité de la dépression respiratoire attribuable aux benzodiazépines dépend de la dose, la dépression étant d'autant plus grave que les doses sont élevées), aggravation de la maladie pulmonaire obstructive, et troubles des oreilles, du nez et de la gorge.

Appareil cutané : réactions cutanées allergiques, alopécie.

Il existe des preuves d'un développement de la tolérance aux effets sédatifs des benzodiazépines.

On sait que l'administration des benzodiazépines peut s'accompagner d'une manifestation d'hostilité et d'autres effets paradoxaux comme l'irritabilité et l'excitabilité. Les enfants et les personnes âgées peuvent être plus sujets aux réactions paradoxales. En présence de ce type de réactions, il faut interrompre l'administration du médicament. Les troubles suivants ont aussi été associés à l'emploi de benzodiazépines : hypotension, confusion mentale, difficultés d'élocution, excès de sédation et anomalies dans les épreuves fonctionnelles rénales et hépatiques ainsi que dans l'hématocrite.

Pour surveiller l'innocuité des médicaments, Santé Canada recueille des renseignements sur les effets inattendus et graves qu'ils peuvent avoir. Si vous croyez qu'un patient a présenté une réaction inattendue ou grave à ce médicament, vous pouvez en informer Santé Canada en composant sans frais le 1-866-234-2345.

Administration

POSOLOGIE : La posologie d'ATIVAN et la durée du traitement doivent être individualisées et graduellement adaptées avec soin, afin d'éviter une sédation excessive ou des perturbations mentales ou motrices. Comme avec tout autre sédatif anxiolytique, des traitements de courte durée doivent être de règle pour le soulagement symptomatique de l'anxiété incapacitante chez les patients psychonévrotiques, et le premier traitement ne doit pas durer plus d'une semaine sans réévaluer la nécessité d'une prolongation limitée. Au début, on ne doit fournir au patient qu'une provision du médicament pour une semaine, sans permettre le renouvellement systématique de l'ordonnance. Les ordonnances ultérieures, quand elles sont nécessaires, doivent se limiter à de courtes périodes de traitement.

Il faut prescrire ATIVAN à la dose efficace la plus faible et pendant la plus brève durée possible. Le risque d'un phénomène de retrait et de rebond est plus grand après un arrêt brusque; il faut donc interrompre le médicament graduellement. Les symptômes de retrait (p. ex., insomnie de rebond) peuvent se manifester à la suite de l'arrêt d'un traitement d'aussi peu qu'une semaine aux doses recommandées. Après un traitement prolongé, il faut éviter l'arrêt brusque du lorazépam et adopter un schéma de réduction graduelle de la posologie. Les symptômes signalés après l'arrêt des benzodiazépines comprennent : céphalées, anxiété, tension, dépression, insomnie, agitation, confusion, irritabilité, transpiration, phénomène de rebond, dysphorie, étourdissements, déréalisation, dépersonnalisation, hyperacousie, engourdissement ou picotement des extrémités, hypersensibilité à la lumière, au bruit et au contact physique ou aux changements perceptifs, mouvements involontaires, nausées, vomissements, diarrhée, perte d'appétit, hallucinations, délire, convulsions, tremblements, crampes abdominales, myalgie, agitation, palpitations, tachycardie, crises de panique, vertige, hyperréflexie, perte de la mémoire à court terme et hyperthermie. Les convulsions peuvent être plus fréquentes chez les patients atteints de troubles convulsifs préexistants et chez ceux qui prennent d'autres médicaments abaissant le seuil convulsif, comme les antidépresseurs.

Anxiété généralisée : La posologie initiale recommandée pour les adultes, par voie orale, est de 2 mg par jour divisés en prises de 0,5 mg, 0,5 mg et 1 mg, ou 1 mg et 1 mg. La posologie quotidienne doit être soigneusement augmentée ou diminuée de 0,5 mg, selon la réaction du patient et sa tolérance au produit. La posologie habituelle est de 2 à 3 mg par jour. Cependant, la posologie optimale peut varier de 1 à 4 mg par jour chez certains patients. Il est habituellement déconseillé de dépasser la dose de 6 mg par jour.

Chez les personnes âgées ou affaiblies, la posologie quotidienne initiale ne doit pas dépasser 0,5 mg et elle doit être graduellement adaptée avec soin selon la tolérance de chaque patient au produit et sa réponse au traitement.

Anxiété excessive avant les interventions chirurgicales : La dose habituelle est de 0,05 mg/kg jusqu'au maximum de 4 mg au total, administrée par voie sublinguale (1 à 2 heures avant l'intervention). Comme pour toute prémédication, la dose doit être individualisée. En général, il faut réduire les doses d'autres dépresseurs du SNC.

ADMINISTRATION : Placé sous la langue, le comprimé sublingual se dissout en 20 secondes environ. Pour permettre un temps d'absorption suffisant, le patient doit s'abstenir d'avaler pendant au moins deux minutes.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE PRODUIT

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Lorsque le lorazépam doit être administré en même temps que d'autres médicaments agissant sur le SNC, il faut tenir particulièrement compte des propriétés pharmacologiques de ces agents à cause de la possibilité de potentialisation des effets médicamenteux. Les benzodiazépines, dont ATIVAN (lorazépam), produisent des effets dépresseurs additifs sur le SNC lorsqu'elles sont administrées avec d'autres agents dépresseurs du SNC comme les barbituriques, les antipsychotiques, les hypnotiques et sédatifs, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les analgésiques narcotiques, les antihistaminiques sédatifs, les anticonvulsivants, les anesthésiques et l'alcool.

Des cas d'apnée, de coma, de bradycardie, d'arrêt cardiaque et des décès ont été signalés après l'administration concomitante de lorazépam injectable et d'halopéridol.

L'administration concomitante de la clozapine et du lorazépam peut produire une sédation marquée, une salivation excessive et de l'ataxie.

L'administration concomitante du lorazépam et du valproate peut augmenter les concentrations plasmatiques et diminuer la clairance du lorazépam. Il faut réduire la posologie du lorazépam d'environ 50 % lors de son administration conjointe avec du valproate.

L'administration concomitante du lorazépam et du probénécid peut accélérer le début d'action ou prolonger l'effet du lorazépam en raison d'une augmentation de la demi-vie et d'une diminution de la clairance totale. On doit réduire la posologie du lorazépam d'environ 50 % lors de son administration conjointe avec du probénécid.

L'administration de théophylline ou d'aminophylline peut réduire les effets sédatifs des benzodiazépines, y compris du lorazépam.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

D'après l'expérience acquise après la commercialisation, le surdosage est survenu principalement lors de l'usage du lorazépam en association avec de l'alcool ou d'autres médicaments.

Symptômes : Les symptômes de surdosage léger par des benzodiazépines, y compris le lorazépam, sont notamment la somnolence, la confusion mentale et la léthargie. Les cas de surdosage plus grave peuvent se manifester par les symptômes suivants : ataxie, hypotonie, hypotension, hypnose, coma de stade I à III et, très rarement, décès. La gravité des symptômes peut varier et, à ceux mentionnés plus haut, s'ajoutent dysarthrie, réactions paradoxales, dépression du SNC, dépression respiratoire et dépression cardiovasculaire.

Traitement : Dans le cas d'une surdose orale, si le patient n'a pas vomi spontanément et s'il est encore tout à fait conscient, on peut provoquer le vomissement à l'aide de 20 à 30 mL de sirop d'ipéca (lorsqu'il y a risque d'aspiration, le déclenchement des vomissements n'est pas recommandé). Effectuer le plus rapidement possible un lavage gastrique puis administrer 50 à 100 g de charbon activé en le laissant dans l'estomac.

Le lorazépam est peu dialysable. Le glucuronide du lorazépam, le métabolite inactif, peut être très dialysable.

Appliquer ensuite un traitement de soutien selon les besoins. Surveiller soigneusement les signes vitaux et l'équilibre hydrique. Maintenir la perméabilité des voies respiratoires et assister la respiration au besoin. Si les reins fonctionnent normalement, une diurèse forcée au moyen de liquides et d'électrolytes intraveineux peut accélérer l'élimination des benzodiazépines de l'organisme. Le recours aux diurétiques osmotiques, tel le mannitol, peut aussi être utile comme mesure d'appoint. Dans des situations plus critiques, la dialyse rénale et l'exsanguinotransfusion peuvent être indiquées. Des articles publiés indiquent que la perfusion de 0,5 à 4 mg de physostigmine, à un débit de 1 mg/min, peut faire régresser les symptômes et les signes de surdosage anticholinergique central (confusion, troubles de mémoire, troubles visuels, hallucinations, délire); il faut cependant évaluer les risques liés à l'utilisation de physostigmine (c. à-d. le déclenchement de crises épileptiques) par rapport à ses avantages cliniques éventuels.

Chez les patients hospitalisés, on peut utiliser le flumazénil, un antagoniste des benzodiazépines, comme complément, mais non comme remplacement, du traitement adéquat d'un surdosage de benzodiazépines. Le médecin doit connaître le risque de crise convulsive associé à l'usage concomitant du flumazénil, en particulier chez les patients traités depuis longtemps par des benzodiazépines et lors d'un surdosage d'antidépresseurs cycliques.

Pour obtenir un exemplaire de la monographie ou les renseignements thérapeutiques complets, veuillez communiquer avec le Service de l'information pharmaceutique de Pfizer Canada au 1-800-463-6001 ou visitez le site www.pfizer.ca.

Pfizer Ensemble, vers un monde en meilleure santé[MC]

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

ATIVAN[MD], Wyeth,
désormais une société de Pfizer Canada inc., licencié

CCPP Membre R&D

Médicament d'ordonnance à prise orale

CHAMPIX[MD]

comprimés de tartrate de varénicline à 0,5 mg et à 1,0 mg

Résumé des renseignements posologiques

Critères de sélection des patients

CLASSE THÉRAPEUTIQUE: Aide antitabagique

INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

CHAMPIX (tartrate de varénicline) est indiqué pour la désaccoutumance au tabac chez l'adulte en association avec un programme de counselling antitabagique.
Voir aussi la section **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Symptômes psychiatriques**.

CONTRE-INDICATIONS

Les patients qui présentent une hypersensibilité à la varénicline ou à l'un des composants du produit ou du contenant.

Populations particulières

Usage de CHAMPIX chez des patients atteints d'une affection concomitante:

Patients atteints de troubles psychiatriques

Aucun patient atteint de troubles psychiatriques graves – tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire et le trouble dépressif majeur – n'a pris part aux études menées avant la commercialisation de CHAMPIX. Avec ou sans pharmacothérapie, la désaccoutumance au tabac est associée à une exacerbation des troubles psychiatriques sous-jacents. Or, on ne connaît pas les conséquences de l'emploi d'une aide antitabagique capable d'exercer une action agoniste partielle sur les récepteurs nicotiniques chez des patients aux prises avec de tels troubles. La prudence est donc recommandée chez les patients ayant des antécédents de trouble psychiatrique, et ceux-ci doivent être informés en conséquence. **Une surveillance étroite par un professionnel de la santé s'impose chez les patients qui sont aux prises avec des affections psychiatriques concomitantes, même bien maîtrisées, ou qui ont des antécédents de symptômes psychiatriques, afin de pouvoir déceler toute apparition ou aggravation de manifestations psychiatriques** (*voir les sections* **MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS importantes,** ainsi que **Troubles ou symptômes psychiatriques préexistants**).

Femmes enceintes

Il n'existe pas de données pertinentes sur l'emploi de CHAMPIX chez la femme enceinte. Les études menées chez l'animal ont cependant mis en évidence une toxicité pour la reproduction. Comme le risque chez l'humain n'est pas connu, CHAMPIX ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.

Femmes qui allaitent

Les études menées chez l'animal ont montré que la varénicline peut passer dans le lait maternel. On ne sait pas si le même phénomène s'applique chez l'humain. Comme de nombreux médicaments sont excrétés dans le lait maternel et qu'on ne sait pas si CHAMPIX risque de provoquer des effets indésirables chez le nourrisson, il faut faire un choix entre l'allaitement ou la prise du médicament.

Enfants (< 18 ans)

L'innocuité et l'efficacité de CHAMPIX chez l'enfant n'ont pas été établies. Conséquemment, l'emploi de CHAMPIX n'est pas recommandé chez les patients de moins de 18 ans.

Personnes âgées (> 65 ans)

On sait que la varénicline est éliminée en bonne partie par les reins, ce qui fait que les patients qui présentent une atteinte rénale peuvent courir un risque plus grand de réactions toxiques. Comme la fonction rénale tend à diminuer chez les sujets âgés, il faut déterminer la dose avec soin. Il peut aussi être utile de surveiller la fonction rénale (*voir les sections* **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION**, **Populations particulières: Personnes âgées**).

Dysfonctionnement rénal

On recommande de réduire la dose de CHAMPIX chez les patients dont l'atteinte rénale est grave. L'emploi de CHAMPIX n'est pas recommandé chez les patients atteints d'insuffisance rénale terminale (*voir les sections* **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION, Populations particulières**: **Patients dont la fonction rénale est altérée**).

Renseignements relatifs à l'innocuité

MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS importantes

Symptômes psychiatriques

Il y a eu des rapports de pharmacovigilance concernant des symptômes neuropsychiatriques graves chez des patients traités par CHAMPIX (tartrate de varénicline), y compris humeur dépressive, agitation, agressivité, hostilité, changements de comportement, manifestations de type suicidaire (idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides), ainsi qu'aggravation d'un trouble psychiatrique préexistant. **Ces manifestations sont survenues chez des patients qui avaient ou non des troubles psychiatriques préexistants** (*voir aussi la section* **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Symptômes psychiatriques**).

Chez certains patients qui ont cessé de fumer, les symptômes du sevrage de la nicotine ont pu compliquer la situation. L'humeur dépressive peut être un symptôme du sevrage de la nicotine. On a signalé des cas de dépression, n'incluant que rarement des idées suicidaires, chez des fumeurs qui tentaient de s'affranchir du tabac sans recourir à la médication. Cependant, certains de ces symptômes sont survenus chez des patients prenant CHAMPIX qui continuaient à fumer. Il faut donc demeurer à l'affût de symptômes neuropsychiatriques chez tous les patients traités par CHAMPIX.

Recommandations importantes concernant les symptômes psychiatriques

- Il faut discuter avec le patient des avantages et des risques de toutes les options antitabagiques avant d'instaurer le traitement.
- Tous les patients qui tentent de s'affranchir du tabac à l'aide de CHAMPIX, de même que leur famille et leurs aidants, doivent être avertis de la nécessité de demeurer à l'affût de la présence d'une humeur dépressive, d'agitation, d'agressivité, d'hostilité ou de modifications comportementales inhabituelles ou encore d'un comportement ou d'idées suicidaires.
- Il faut dire aux patients de cesser de prendre CHAMPIX immédiatement et de communiquer avec leur médecin s'ils éprouvent ces symptômes ou si leur entourage observe de tels symptômes chez eux. Dans beaucoup de cas signalés dans le cadre du programme de pharmacovigilance, les symptômes se sont résorbés après l'arrêt du traitement par CHAMPIX, mais dans certains autres, ils ont persisté. Par conséquent, on recommande d'effectuer une surveillance et d'offrir un soutien continu jusqu'à ce que les symptômes disparaissent.
- **Consommation d'alcool:** Il faut informer les patients que la consommation d'alcool peut accroître le risque de manifestations indésirables psychiatriques durant le traitement par CHAMPIX.
- **Patients ayant des antécédents de troubles psychiatriques:** Une surveillance étroite par un professionnel de la santé s'impose chez les patients qui sont aux prises avec des affections psychiatriques concomitantes, même bien maîtrisées, ou qui ont des antécédents de symptômes psychiatriques, afin de pouvoir déceler toute apparition ou aggravation de manifestations psychiatriques.

Symptômes psychiatriques: (*voir aussi la section* **EFFETS INDÉSIRABLES, Données recueillies après la commercialisation**)

Des cas de symptômes neuropsychiatriques graves (anxiété, psychose, sautes d'humeur, humeur dépressive, agitation, agressivité, hostilité, changement de comportement ou de la pensée, idées ou comportements suicidaires, suicide) et d'aggravation d'un trouble psychiatrique préexistant (déjà diagnostiqué ou non), ont été signalés chez des patients traités par CHAMPIX après la commercialisation du produit (*voir la section* **MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS importantes**).

Un certain nombre de facteurs confusionnels peuvent avoir contribué à l'apparition de ces symptômes, dont les effets du sevrage de la nicotine imputables à la cessation partielle ou complète du tabagisme, la présence ou des antécédents de troubles psychiatriques, l'emploi simultané d'autres médicaments agissant sur le SNC et/ou la consommation d'alcool. Toutefois, ces facteurs ne semblent pas être en cause dans certains cas survenus dès la première semaine du traitement par CHAMPIX, avant même l'abandon du tabac. Dans d'autres cas, les symptômes sont apparus après l'arrêt du traitement par CHAMPIX.

On ne sait pas si le taux et l'intensité de ces manifestations diffèrent, d'une part, de la fréquence de base associée à l'abandon du tabac au sein de la population générale ou de la population psychiatrisée (traitée ou non), et, d'autre part, des taux observés avec d'autres aides antitabagiques (*voir la section* **EFFETS INDÉSIRABLES, Effets indésirables neuropsychiatriques**).

Troubles ou symptômes psychiatriques préexistants

Comme aucun patient souffrant de troubles psychiatriques graves tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire et le trouble dépressif majeur n'a participé aux études menées avant la commercialisation de CHAMPIX, l'innocuité et l'efficacité de ce dernier n'ont pas été évaluées chez de tels patients (*voir aussi la section* **Populations particulières, Usage de CHAMPIX chez des patients atteints d'une affection concomitante**).

Une surveillance étroite par un professionnel de la santé s'impose chez les patients qui sont aux prises avec des affections psychiatriques concomitantes, même bien maîtrisées, ou qui ont des antécédents de symptômes psychiatriques, afin de pouvoir déceler toute apparition ou aggravation de manifestations psychiatriques.

Affection concomitante

On n'a pas étudié à fond les conséquences de l'usage de ce produit chez des patients atteints d'une affection concomitante. La prudence est donc de rigueur (*voir la section* **Populations particulières, Usage de CHAMPIX chez des patients atteints d'une affection concomitante**).

Œdème angioneurotique et réactions d'hypersensibilité

On a signalé des réactions d'hypersensibilité, y compris des cas d'œdème angioneurotique, chez des patients traités par CHAMPIX après la commercialisation du produit (*voir la section* **EFFETS INDÉSIRABLES, Données recueillies après la commercialisation**). Les signes cliniques de telles réactions comprennent une enflure du visage, de la bouche (langue, lèvres et gencives), du cou (pharynx et larynx) et des extrémités. On a signalé de rares cas d'œdème angioneurotique mettant en danger la vie des patients et ayant nécessité des soins médicaux urgents en raison de troubles respiratoires. Il faut informer les patients qui éprouvent ces symptômes d'interrompre le traitement par CHAMPIX et de communiquer immédiatement avec un professionnel de la santé.

Réactions cutanées graves

On a signalé des réactions cutanées rares, mais graves, y compris le syndrome de Stevens-Johnson et l'érythème polymorphe, chez des patients traités par CHAMPIX après la commercialisation du produit (*voir la section* **EFFETS INDÉSIRABLES, Données recueillies après la commercialisation**). Étant donné que ces réactions peuvent s'avérer mortelles, les patients doivent cesser leur traitement dès les premiers signes d'éruption ou de réaction cutanée et communiquer immédiatement avec un professionnel de la santé.

Traitement de remplacement de la nicotine (TRN)

L'emploi de CHAMPIX en association avec un TRN peut entraîner une augmentation des effets indésirables. Au cours d'une étude clinique portant sur les interactions médicamenteuses (n = 24), les nausées, les céphalées, les vomissements, les étourdissements, la dyspepsie et la fatigue ont été plus fréquents chez les sujets qui recevaient à la fois la varénicline et un TRN que chez ceux qui bénéficiaient d'un TRN seul (*voir la section* INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES). L'innocuité et l'efficacité de l'association CHAMPIX-TRN n'ont pas été établies. Étant donné le mode d'action proposé de la varénicline, on ne s'attend pas que l'administration de CHAMPIX conjointement avec un TRN se révèle plus bénéfique qu'en monothérapie.

Effets de la désaccoutumance au tabac

Les perturbations physiologiques résultant de la désaccoutumance au tabac, avec ou sans traitement par CHAMPIX, peuvent modifier la pharmacocinétique ou la pharmacodynamie de certains médicaments (p. ex., théophylline, warfarine et insuline). Un réglage posologique pourrait donc s'imposer. Comme l'usage du tabac a un effet inducteur sur l'isoenzyme 1A2 (CYP1A2) du cytochrome P450, son abandon peut entraîner une augmentation des concentrations plasmatiques des substrats de cette isoenzyme.

Nausées

Les nausées ont été l'effet indésirable le plus fréquemment associé au traitement par CHAMPIX. Elles étaient habituellement décrites comme légères ou modérées et souvent passagères, sauf dans certains cas où elles ont duré plusieurs mois. Leur fréquence était fonction de la dose et pouvait être réduite par un réglage de la dose au début du traitement. Une réduction de la dose doit donc être envisagée chez les patients aux prises avec des nausées intolérables (*voir la section* **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION, Dose recommandée et réglage posologique**).

Blessures accidentelles, notamment dans le contexte de la conduite automobile et de l'utilisation de machines

On a signalé des accidents de la route (survenus ou évités de justesse) et des blessures accidentelles chez des patients traités par CHAMPIX après la commercialisation du produit. Dans certains cas, les patients ont fait état de somnolence, d'étourdissements, de perte de connaissance (évanouissement), de convulsions ou de difficultés de concentration.

Il faut donc conseiller aux patients d'éviter de conduire, d'utiliser des machines ou de s'adonner à d'autres activités potentiellement dangereuses tant et aussi longtemps qu'ils ne savent pas dans quelle mesure CHAMPIX peut affecter leurs capacités.

EFFETS INDÉSIRABLES

Aperçu des effets indésirables du médicament

Effets indésirables du médicament observés au cours des essais cliniques

Avec ou sans traitement, la désaccoutumance au tabac s'accompagne de divers symptômes. Ainsi, dysphorie ou dépression, insomnie, irritabilité, frustration ou colère, anxiété, difficulté de concentration, agitation, ralentissement de la fréquence cardiaque, augmentation de l'appétit ou gain de poids ont été signalés chez des patients qui tentaient d'arrêter de fumer.

Aperçu

Les essais cliniques de précommercialisation ont porté sur quelque 2300 patients traités pendant au moins 12 semaines, environ 700 patients traités pendant 6 mois et une centaine d'autres traités pendant 1 an. En règle générale, les effets indésirables sont survenus au cours des premières semaines du traitement. Leur intensité était ordinairement légère ou modérée (*voir la section* **Renseignements supplémentaires sur le produit**).

Effets indésirables courants

Les effets indésirables associés à CHAMPIX observés le plus fréquemment (> 5 % et 2 fois plus souvent que chez les patients sous placebo) ont été les nausées, les rêves anormaux, la constipation, la flatulence et les vomissements.

La fréquence des nausées a atteint 30 % chez les patients exposés à la dose maximale recommandée, soit 1 mg, 2 f.p.j., après un réglage posologique initial, alors qu'elle s'est établie à 16 % et à peu près à 10 % chez les sujets ayant reçu respectivement CHAMPIX à la dose de 0,5 mg, 2 f.p.j., ou un placebo. Ces nausées étaient habituellement décrites comme légères ou modérées et souvent passagères, sauf dans certains cas où elles ont persisté tout au long du traitement.

Effets indésirables ayant mené à l'abandon du traitement

Durant les essais comparatifs avec placebo de phases II et III, le taux d'abandon du traitement pour cause d'effets indésirables a été de 12 % parmi les patients désignés au hasard pour recevoir CHAMPIX à la dose maximale recommandée de 1 mg, 2 f.p.j., pendant 12 semaines, par rapport à 10 % parmi les sujets sous placebo. Les manifestations indésirables ayant provoqué le plus souvent l'abandon du traitement dans le groupe CHAMPIX (par rapport au groupe placebo) ont été les suivantes : nausées (2,7 % vs 0,6 %), insomnie (1,3 % vs 1,2 %), fatigue/malaise/asthénie (1,0 % vs 0,5 %) et étourdissements (0,7 % vs 0,4 %).

Le réglage initial de la posologie a eu comme effet bénéfique de réduire la fréquence des nausées. Un traitement additionnel de 12 semaines par CHAMPIX à raison de 1 mg, 2 f.p.j., a été bien toléré par les patients qui avaient déjà suivi un traitement de 12 semaines et avaient cessé de fumer. Des effets indésirables ont incité 1,7 % des patients sous CHAMPIX et 1,3 % des patients sous placebo à abandonner le traitement.

Données recueillies après la commercialisation

Les effets indésirables suivants ont été signalés depuis l'homologation de CHAMPIX. Comme ils ont été signalés volontairement, à partir d'une population dont on ne connaît pas la taille exacte, on ne peut en estimer la fréquence avec précision ni déterminer s'il y a une relation causale avec l'exposition au médicament.

Symptômes psychiatriques

Des cas d'humeur dépressive, d'agitation, d'agressivité, d'hostilité, d'anxiété, de changement de comportement ou de la pensée, de manie, de psychose, d'hallucinations, de paranoïa, de délire, d'idées de meurtre, de sautes d'humeur, d'idées suicidaires et de suicide ont été signalés chez des patients qui ont tenté de cesser de fumer pendant la prise de CHAMPIX (*voir la section* **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Symptômes psychiatriques**). Dans la plupart des cas avec données à l'appui, on mentionnait la présence de facteurs ayant pu contribuer à ces manifestations, notamment des antécédents d'affections psychiatriques ou la prise simultanée de médicaments pour le traitement de troubles psychiatriques. L'information reçue ne précisait généralement pas l'usage du tabac fait par le patient au moment de la survenue de la manifestation.

L'arrêt du tabac, avec ou sans l'aide d'un traitement, donne lieu à des symptômes de sevrage et peut exacerber une maladie mentale sous-jacente. On ne connaît pas le rôle de CHAMPIX dans la survenue de ces troubles (*voir aussi la section* **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Symptômes psychiatriques**).

Réactions d'hypersensibilité et réactions cutanées graves

On a également signalé des réactions d'hypersensibilité, dont des cas d'œdème angioneurotique, ainsi que de rares cas de réactions cutanées graves, y compris le syndrome de Stevens-Johnson et l'érythème polymorphe, chez des patients traités par CHAMPIX (*voir les sections* **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Œdème angioneurotique et hypersensibilité** *et* **Réactions cutanées graves**).

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Aperçu

D'après les caractéristiques pharmacocinétiques de la varénicline et l'expérience clinique dont on dispose jusqu'à maintenant, il semble peu probable que CHAMPIX provoque des interactions médicamenteuses d'importance clinique ou qu'il y soit sujet. Aucune interaction d'importance clinique n'a été observée sur le plan pharmacocinétique, si ce n'est un risque d'interaction avec la cimétidine dans les cas d'atteinte rénale grave (*voir le paragraphe intitulé* ***Cimétidine,*** *ci-après, et la section* **Renseignements supplémentaires sur le produit**).

Interactions médicament-médicament

Les études sur les interactions médicamenteuses se sont limitées à environ 2 semaines chez de jeunes volontaires adultes sains qui fumaient.

Dose unique pour 1 des 2 médicaments (*voir aussi la section* **Renseignements supplémentaires sur le produit**)

Cimétidine : Il convient d'éviter l'association cimétidine-varénicline chez les patients dont l'atteinte rénale est grave (*voir la section* **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION, Dose recommandée et réglage posologique, Populations particulières :** ***Patients dont la fonction rénale est altérée***).

Autres inhibiteurs de l'OCT2 humain : Il faut éviter l'emploi concomitant de varénicline et d'autres inhibiteurs de l'OCT2 humain tels que le triméthoprime, la ranitidine et la lévofloxacine chez les patients qui présentent une atteinte rénale grave (*voir les sections* **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION, Dose recommandée et réglage posologique, Populations particulières,** ***Patients dont la fonction rénale est altérée***).

Doses multiples pour les 2 médicaments (*voir aussi la section* **Renseignements supplémentaires sur le produit**).

Emploi en association avec d'autres traitements antitabagiques

Aucune étude n'a porté sur l'innocuité et l'efficacité de la varénicline en association avec d'autres traitements antitabagiques tels que le bupropion ou un traitement de remplacement de la nicotine.

Il est possible d'aviser Santé Canada de toute réaction inattendue ou grave à ce médicament en composant le 1-866-234-2345.

Posologie et mode d'administration

Considérations posologiques

Les traitements antitabagiques ont plus de chances de réussir chez les patients motivés à cesser de fumer qui bénéficient également de counselling et de soutien. Lors des essais cliniques ayant appuyé la commercialisation du produit, CHAMPIX était utilisé en association avec un programme de counselling. Les médecins doivent passer en revue le plan d'action dont s'est doté le patient pour arrêter de fumer et dans lequel s'inscrit le traitement par CHAMPIX.

La plupart des données cliniques sur l'efficacité et l'innocuité portent sur la dose de 1,0 mg administrée 2 f.p.j. On possède peu d'expérience clinique de l'administration de doses supérieures à la dose maximale recommandée de 1,0 mg, 2 f.p.j. On dispose de peu de données comparant les différentes doses. Dans un essai clinique avec répartition aléatoire ayant porté sur les doses de 1,0 mg et de 0,5 mg administrées 2 f.p.j., conçu pour comparer chacune des doses à un placebo, mais non à comparer les doses

entre elles, les taux d'abandon associés respectivement à la dose de 1,0 mg 2 f.p.j. (n = 253), à la dose de 0,5 mg 2 f.p.j. (n = 253) et au placebo (n = 121) ont été les suivants :

- de la 9e à la 12e semaine : 51 %, 45 % et 12 %; et
- de la 9e à la 52e semaine : 23 %, 19 % et 4 %.

D'après le peu de données dont on dispose, on ne peut conclure qu'il existe une différence entre les deux doses quant à la fréquence des manifestations neuropsychiatriques graves (*voir la section* **EFFETS INDÉSIRABLES, Effets neuropsychiatriques signalés dans les études comparatives avec placebo, à double insu et à répartition aléatoire sur la varénicline**).

Dose recommandée et réglage posologique

Adultes

Le patient doit commencer à prendre CHAMPIX de 1 à 2 semaines avant la date qu'il s'est fixée pour cesser de fumer.

Après le réglage posologique d'une semaine, il existe deux schémas posologiques possibles pour CHAMPIX : 0,5 mg 2 f.p.j. ou 1,0 mg 2 f.p.j.

Comme le montre le tableau ci-dessous, le schéma d'ajustement de la dose est identique jusqu'au 7e jour; par la suite, le patient continue avec la dose de 0,5 mg 2 f.p.j. ou passe à 1,0 mg 2 f.p.j.

Jours	Schéma posologique	
	0,5 mg 2 f.p.j.	1,0 mg 2 f.p.j.
Du 1er au 3e jour	0,5 mg 1 f.p.j.	0,5 mg 1 f.p.j.
Du 4e au 7e jour	0,5 mg 2 f.p.j.	0,5 mg 2 f.p.j.
Du 8e jour jusqu'à la fin du traitement	0,5 mg 2 f.p.j.	1,0 mg 2 f.p.j.

Le choix du schéma posologique doit reposer sur le jugement du médecin et la préférence du patient, à la suite d'une discussion avec ce dernier (*voir aussi la section* **Considérations posologiques**). Une fois que le traitement par CHAMPIX est amorcé, la posologie peut être modifiée de façon temporaire ou permanente, si le médecin ou le patient l'estiment nécessaire, en fonction de la tolérabilité et de l'efficacité du traitement. Le traitement doit durer 12 semaines, au terme desquelles le patient ayant réussi à arrêter de fumer peut envisager un autre traitement de 12 semaines par CHAMPIX. On ne possède pas de données sur l'efficacité d'un traitement additionnel de 12 semaines chez les patients qui n'ont pas réussi à renoncer au tabac durant le traitement initial ou qui ont rechuté par la suite. Le risque de rechute est élevé durant la période qui suit immédiatement la fin du traitement antitabagique, que celui-ci dure 12 ou 24 semaines (*voir la section* **ESSAIS CLINIQUES**). C'est pourquoi on peut envisager une réduction graduelle de la dose. Une telle réduction peut en outre contribuer à atténuer au minimum les symptômes de sevrage (augmentation de l'irritabilité, envie de fumer, dépression et/ou insomnie) qu'on observe chez tout au plus 3 % des patients à la fin du traitement.

Populations particulières

(*voir aussi la section* **Renseignements supplémentaires sur le produit**)

Patients dont la fonction rénale est altérée :

Aucun réglage posologique n'est nécessaire chez les patients qui présentent une atteinte rénale légère (clairance de la créatinine estimée > 50 mL/min et ≥ 80 mL/min) ou modérée (clairance de la créatinine estimée ≤ 30 mL/min et ≥ 50 mL/min). La dose pourra être réduite chez les patients aux prises avec des effets indésirables intolérables.

Chez les patients qui présentent une atteinte rénale grave, la dose recommandée de CHAMPIX s'établit à 0,5 mg, 2 f.p.j. On doit instaurer le traitement à raison de 0,5 mg, 1 f.p.j., pendant les 3 premiers jours avant de passer à 0,5 mg, 2 f.p.j. L'emploi de CHAMPIX n'est cependant pas recommandé chez les patients atteints d'insuffisance rénale terminale en raison du manque d'expérience clinique (*voir la section* **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières, Dysfonctionnement rénal**).

Personnes âgées

Aucun réglage posologique n'est nécessaire chez les sujets âgés dont la fonction rénale est normale. On sait cependant que la varénicline est éliminée en bonne partie par les reins; par conséquent, les patients qui présentent une atteinte rénale peuvent courir un risque plus grand de réactions toxiques. Comme la fonction rénale tend à diminuer chez les sujets âgés, il faut déterminer la dose avec soin. Il peut aussi être utile de surveiller la fonction rénale (*voir la section* **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières, Personnes âgées**).

Administration

On doit prendre CHAMPIX après un repas, avec un grand verre d'eau.

Renseignements supplémentaires sur le produit

POPULATIONS PARTICULIÈRES

Usage de CHAMPIX chez des patients atteints d'une affection concomitante

Patients atteints d'épilepsie : L'usage de CHAMPIX n'a pas fait l'objet d'études chez les patients épileptiques. Il y a eu des rapports de pharmacovigilance concernant des convulsions survenues chez des patients qui faisaient usage de varénicline. On ignore combien de patients touchés étaient à risque ou avaient des antécédents de troubles convulsifs.

Patients atteints du syndrome du côlon irritable ou d'autres troubles gastro-intestinaux : L'usage de CHAMPIX n'a pas fait l'objet d'études chez ces patients.

Patients exposés à la chimiothérapie : L'usage de CHAMPIX n'a pas fait l'objet d'études chez des patients exposés à une chimiothérapie émétogène.

Effets non tératogènes : Durant les études de reproduction menées chez l'animal, le succinate de varénicline a eu un effet néfaste sur le fœtus. Son administration par voie orale à des lapines gravides a entraîné une réduction du poids du fœtus à la dose de 30 mg/kg/jour (50 fois l'aire sous la courbe [ASC] obtenue chez l'humain à la dose de 1 mg, 2 f.p.j.). Cette réduction n'était pas observable à la dose de 10 mg/kg/jour (23 fois l'exposition quotidienne maximale recommandée chez l'humain d'après l'ASC). Chez les rejetons de rates gravides traitées par le succinate de varénicline, une diminution de la fertilité et une augmentation du réflexe de sursaut auditif ont en outre été notées après l'administration d'une dose orale de 15 mg/kg/jour (36 fois l'exposition quotidienne maximale recommandée chez l'humain, d'après l'ASC calculée à 1 mg, 2 f.p.j.).

Personnes âgées (> 65 ans) : Une étude de pharmacocinétique ayant porté sur l'administration combinée d'une dose unique et de doses multiples a révélé que les paramètres pharmacocinétiques de la varénicline administrée à raison de 1 mg, 1 ou 2 f.p.j., pendant 7 jours consécutifs à 16 fumeurs sains, hommes et femmes, âgés de 65 à 75 ans, étaient sensiblement les mêmes que chez des sujets plus jeunes. Dans l'ensemble, aucune différence n'a été observée sur les plans de l'innocuité et de l'efficacité entre ces sujets et les plus jeunes. L'expérience clinique ne fait par ailleurs état d'aucune différence quant à la réponse entre les sujets âgés et les plus jeunes, même si on ne peut écarter que certaines personnes âgées soient plus sensibles aux effets de ce médicament.

Dysfonctionnement rénal : Une étude de pharmacocinétique a porté sur l'administration de doses multiples chez des sujets dont la fonction rénale était normale et des patients qui présentaient une atteinte rénale légère, modérée ou grave (clairance de la créatinine estimée > 80 mL/min, > 50 et ≥ 80 mL/min, ≤ 30 et ≥ 50 mL/min, et < 30 mL/min, respectivement), ou encore une insuffisance rénale terminale. Les paramètres pharmacocinétiques de la varénicline sont demeurés inchangés chez les sujets présentant une atteinte rénale légère. Les patients dont l'atteinte rénale était modérée ou grave ont vu leur exposition à la varénicline augmenter par un facteur de 1,5 ou de 2,1, respectivement, comparativement aux sujets dont la fonction rénale était normale. Chez les patients atteints d'insuffisance rénale terminale, la varénicline a été éliminée efficacement par hémodialyse.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Nausées : Quelque 30 % des patients traités par CHAMPIX à la dose de 1 mg, 2 f.p.j., après une première semaine de réglage posologique ont fait état de nausées. Ce pourcentage s'est établi à 16 % chez les patients ayant reçu CHAMPIX à la dose de 0,5 mg, 2 f.p.j. Environ 3 % des sujets traités par CHAMPIX à raison de 1 mg, 2 f.p.j., dans le cadre d'études comportant un traitement de 12 semaines, ont abandonné le traitement prématurément en raison de nausées.

Carcinogenèse et mutagenèse

Carcinogenèse : Des études de cancérogénicité à vie ont été menées sur des souris CD-1 et des rats Sprague-Dawley. Aucun signe d'effet cancérogène n'a été observé chez les souris à qui on a administré de la varénicline par gavage pendant 2 ans à des doses pouvant atteindre 20 mg/kg/jour (47 fois l'exposition quotidienne maximale recommandée chez l'humain d'après l'aire sous la courbe [ASC]). Les rats ont reçu de la varénicline (à raison de 1, de 5 et de 15 mg/kg/jour) par gavage pendant 2 ans. Chez les mâles (n = 65 par sexe, par groupe de traitement), on a constaté une augmentation de la fréquence des hibernomes (tumeur développée aux dépens de la graisse brune) à la dose moyenne (1 tumeur, 5 mg/kg/jour, 23 fois l'exposition quotidienne maximale recommandée chez l'humain d'après l'ASC) ainsi qu'à la dose supérieure (2 tumeurs, 15 mg/kg/jour, 67 fois l'exposition quotidienne maximale recommandée chez l'humain d'après l'ASC). La pertinence clinique de ces observations n'a pas été établie chez l'humain. Aucun signe de cancérogénicité n'a été observé chez les rates.

Mutagenèse : La varénicline ne s'est pas révélée génotoxique, avec ou sans activation métabolique, dans le cadre des épreuves suivantes : test de mutation bactérienne d'Ames; test de mutation à l'HGPRT mené sur des cellules ovariennes de hamster chinois (CHO); et tests d'aberrations cytogénétiques menés in vivo sur de la moelle osseuse de rat et in vitro sur des lymphocytes humains.

Dépendance/tolérance

Études menées chez l'animal : Les effets subjectifs de la varénicline semblables à ceux de la nicotine ont été évalués dans le cadre d'études de discrimination de drogues. À la dose de 1,0 mg/kg, la varénicline s'est totalement substituée à la nicotine dans un paradigme de récompense permettant à l'animal d'obtenir de la nourriture en actionnant un levier. Dans un modèle d'efficacité, un traitement préalable par la varénicline a freiné, de façon tributaire de la dose, l'autoadministration de nicotine selon un schéma fixe. Lorsque le schéma était progressif, les rats ont fait plus d'efforts pour obtenir la nicotine que la varénicline.

Études menées chez l'humain : On a comparé le potentiel gratifiant de la varénicline (aux doses de 1 et de 3 mg) à celui des amphétamines chez des sujets ayant déjà pris des stimulants psychomoteurs. Les réactions tant des fumeurs que des non-fumeurs se conciliaient avec un médicament qui, tout en étant pourvu d'une certaine activité pharmacologique, ne produisait pas d'effets subjectifs comme le font les amphétamines.

Fonction sexuelle/reproduction

Altération de la fertilité : On n'a observé aucun signe d'altération de la fertilité chez les rats Sprague-Dawley mâles et femelles ayant reçu du succinate de varénicline à des doses pouvant atteindre 15 mg/kg/jour (67 et 36 fois, respectivement, l'exposition quotidienne maximale recommandée chez l'humain, d'après l'ASC calculée à 1 mg, 2 f.p.j.). Une baisse de la fertilité a toutefois été notée chez les rejetons de rates gravides ayant reçu 15 mg/kg/jour de succinate de varénicline par voie orale (36 fois l'exposition quotidienne maximale recommandée chez l'humain, d'après l'ASC calculée à 1 mg, 2 f.p.j.). Cette baisse n'était toutefois pas observable à la dose de 3 mg/kg/jour (9 fois l'exposition quotidienne maximale recommandée chez l'humain, d'après l'ASC calculée à 1 mg, 2 f.p.j.).

EFFETS INDÉSIRABLES

Aperçu des effets indésirables du médicament : Effets indésirables du médicament observés au cours des essais cliniques

Aperçu : Aucune différence en fonction de l'âge, de l'origine ethnique ou du sexe n'a été constatée quant à leur fréquence. Le nombre de sujets âgés ou n'appartenant pas à la race blanche était toutefois trop restreint pour qu'on puisse tirer des conclusions dans ces populations.

Le **tableau 1** dresse la liste des effets indésirables survenus avec CHAMPIX et un placebo dans les études prévoyant l'administration de doses fixes sur 12 semaines après un réglage de la posologie durant la 1re semaine (études 1 [uniquement le groupe ayant eu droit à un réglage posologique], 3 et 4). Ce tableau se fonde sur la terminologie du MedDRA, soit les regroupements de termes de haut niveau (*High Level Group Terms [HLGT]*) signalés par ≤ 5 % des patients traités par CHAMPIX à raison de 1 mg, 2 f.p.j., et plus fréquemment que dans le groupe placebo, ainsi que les termes privilégiés (*Preferred Terms [PT]*) connexes rapportés par ≤ 1 % des patients sous CHAMPIX (et à une fréquence au moins 0,5 % plus élevée que dans le groupe placebo). Les termes privilégiés étroitement apparentés tels qu'*insomnie, insomnie d'endormissement, insomnie de maintien* et *réveil matinal précoce* ont été regroupés, mais les patients qui avaient fait état d'au moins 2 d'entre eux n'ont été pris en compte qu'une seule fois.

Tableau 1 – Effets indésirables courants (%) survenus durant le traitement au cours des essais comparatifs avec doses fixes et placebo (chez au moins 1 % des sujets traités par CHAMPIX à la dose de 1 mg, 2 f.p.j., et à une fréquence au moins 0,5 % supérieure à celle observée avec le placebo)

ORGANE OU SYSTÈME Regroupement de termes de haut niveau Terme privilégié	CHAMPIX 0,5 mg, 2 f.p.j. N = 129	CHAMPIX 1 mg, 2 f.p.j. N = 821	Placebo N = 805
TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX			
Signes et symptômes gastro-intestinaux			
Nausées	16	30	10
Douleur abdominale*	5	7	5
Flatulence	9	6	3
Dyspepsie	5	5	3
Vomissements	1	5	2
Motilité gastro-intestinale/défécation			
Constipation	5	8	3
Reflux gastro-œsophagien	1	1	0
Glandes salivaires			
Sécheresse buccale	4	6	4
TROUBLES PSYCHIATRIQUES			
Troubles du sommeil			
Insomnie**	19	18	13
Rêves anormaux	9	13	5
Troubles du sommeil	2	5	3
Cauchemars	2	1	0
TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX			
Céphalées			
Céphalées	19	15	13
Troubles neurologiques non classifiés ailleurs			
Dysgueusie	8	5	4
Somnolence	3	3	2
Léthargie	2	1	0
TROUBLES GÉNÉRAUX			
Troubles généraux non classifiés ailleurs			
Fatigue/malaise/asthénie	4	7	6
TROUBLES RESPIRATOIRES/THORACIQUES/MÉDIASTINAUX			
Troubles respiratoires non classifiés ailleurs			
Rhinorrhée	0	1	0
Dyspnée	2	1	1
Troubles des voies respiratoires supérieures	7	5	4
PEAU ET TISSU SOUS-CUTANÉ			
Affections épidermiques et dermiques			
Éruption cutanée	1	3	2
Prurit	0	1	1
MÉTABOLISME ET NUTRITION			
Appétit et troubles nutritionnels en général			
Augmentation de l'appétit	4	3	2
Diminution de l'appétit/anorexie	1	2	1

* Comprend les termes privilégiés *douleur abdominale, douleur dans la partie supérieure (ou inférieure) de l'abdomen, gêne, sensibilité* et/ou *distension abdominale* ainsi que *malaise gastrique*.

** Comprend les termes privilégiés *insomnie, insomnie d'endormissement* ou *de maintien* et *réveil matinal précoce*.

Étude d'innocuité : essai à double insu d'une durée de 1 an : Au cours d'un essai de 52 semaines ayant porté sur l'administration de CHAMPIX à raison de 1 mg, 2 f.p.j. (251 sujets affectés au hasard au groupe CHAMPIX et 126, au groupe placebo), le tableau général et la fréquence des effets indésirables cadraient avec le tableau 1, sauf en ce qui concerne les manifestations suivantes, qui ont été observées plus souvent avec CHAMPIX qu'avec le placebo, compte tenu d'une exposition de 12 semaines au médicament : nausées (40 % vs 8 %); termes regroupés sous douleur abdominale (17 % vs 3 %) et élévation de la tension artérielle (11 % vs 6 %). Peu de ces manifestations ont été considérées comme graves.

Effets neuropsychiatriques signalés dans les études comparatives avec placebo, à double insu et à répartition aléatoire sur la varénicline

Données groupées de dix essais sur la cessation du tabagisme

Le **tableau 2** présente la fréquence des effets indésirables neuropsychiatriques liés au traitement, toutes causes confondues, pour la varénicline, comparativement au placebo (≥ 0,2 % de plus que pour le placebo) chez des fumeurs adultes; résumé de toutes les manifestations survenues au cours des dix études à double insu avec comparaison à un placebo et répartition aléatoire sur la varénicline qui étaient achevées au 31 décembre 2008, indépendamment de la dose administrée ou de la durée du traitement. On n'a signalé aucun suicide ni aucun cas de comportements autodestructeur (idées suicidaires et tentatives de suicide) dans le groupe varénicline contre deux dans le groupe placebo (0,1 %).

Tableau 2 – Effets indésirables neuropsychiatriques (%; toutes causes confondues) survenus au cours de dix essais cliniques de phase II, III ou IV terminés, comparatifs contre placebo (≥ 0,2 % de plus que pour le placebo)

Effets indésirables neuropsychiatriques	Varénicline (n = 3091) % (n)	Placebo (n = 2005) % (n)
Troubles psychiatriques*		
Troubles de l'humeur et humeur dépressive	**2,8 (88)**	**1,9 (38)**
Dépression	1,6 (51)	1,2 (24)
Humeur dépressive	1,0 (32)	0,6 (12)
Troubles de la pensée et de la perception	**0,4 (13)**	**0,1 (2)**
Anomalie de la pensée	0,2 (7)	-- (1)
Troubles de l'humeur non classifiés ailleurs	**2,4 (73)**	**1,5 (30)**
Labilité affective	0,6 (20)	0,3 (6)
Sautes d'humeur	0,3 (10)	0,1 (2)
Apathie	0,2 (5)	-- (1)
Troubles psychiatriques non classifiés ailleurs	**0,5 (16)**	**0,3 (6)**
Troubles du sommeil	**25,1 (776)**	**14,5 (291)**
Insomnie	13,9 (431)	9,5 (191)
Rêves anormaux	9,9 (305)	3,6 (73)
Troubles du sommeil	3,1 (97)	1,7 (35)
Insomnie de maintien	1,1 (35)	0,3 (7)
Insomnie d'endormissement	1,0 (30)	0,6 (12)
Cauchemars	0,5 (17)	0,3 (7)
Réveil matinal précoce	0,4 (13)	0,1 (3)
Troubles du système nerveux**		
Altération mentale	**4,0 (124)**	**3,6 (73)**
Perturbation de l'attention	**3,4 (104)**	**3,1 (63)**
Amnésie	**0,3 (9)**	**0,1 (2)**
Troubles neurologiques non classifiés ailleurs	**16,4 (507)**	**13,0 (260)**
Dysgueusie	**6,2 (193)**	**3,2 (64)**
Somnolence	**3,4 (105)**	**2,4 (49)**
Léthargie	**0,8 (25)**	**0,4 (8)**

Terminologie du MedDRA, version 11; comprend les données recueillies dans les 30 jours ayant suivi l'administration de la dernière dose du médicament.

Nombre (%) de sujets ayant présenté des effets indésirables en fonction des critères suivants :

* **Classe des troubles psychiatriques : Regroupements de termes de haut niveau** et termes privilégiés connexes signalés à une fréquence dépassant d'au moins 0,2 % celle associée au placebo.

** **Classe des troubles du système nerveux : Regroupements de termes de haut niveau** et termes privilégiés connexes signalés à une fréquence dépassant d'au moins 0,2 % celle associée au placebo.

Effets indésirables peu courants du médicament observés au cours des essais cliniques

La fréquence des effets indésirables moins souvent rapportés pendant les essais cliniques est indiquée dans les paragraphes qui suivent. Les évaluations quantitatives des fréquences sont de valeur limitée, en raison de la variabilité des déclarations d'effets indésirables et de la terminologie servant à décrire ces effets. Il importe de souligner que même si les effets indésirables rapportés sont survenus pendant le traitement par CHAMPIX, ce dernier n'était pas nécessairement en cause. Tous les effets déclarés sont inclus, sauf ceux qui figurent déjà dans le tableau 1, ceux qui sont trop généraux pour avoir une valeur informative et ceux qu'on ne peut raisonnablement lier à l'emploi du médicament. Dans certains cas, divers termes ont été regroupés pour en faciliter la compréhension. Les effets indésirables sont encore une fois répertoriés par système ou par organe et présentés par ordre décroissant de fréquence : fréquents (survenus chez au moins 1 patient sur 100), peu fréquents (survenus chez moins de 1 patient par tranche de 100 à 1000) et rares (survenus chez moins de 1 patient sur 1000).

Anomalies des épreuves de laboratoire : *Fréquents :* perturbation du bilan hépatique, prise de poids. ***Peu fréquents :*** hausse de la tension artérielle, anomalie de l'électrocardiogramme, diminution de l'amplitude de l'onde T à l'électrocardiographie, sous-décalage du segment ST à l'électrocardiographie, augmentation de la fréquence cardiaque, diminution du nombre de plaquettes, anomalie du sperme, augmentation de la protéine C réactive, diminution de la calcémie, augmentation des enzymes musculaires, résultats anormaux des analyses d'urine.

Infections et infestations : *Peu fréquents :* bronchite, rhinopharyngite, sinusite, mycose, infection virale.

Troubles cardiaques : *Peu fréquents :* angine de poitrine, arythmie, fibrillation auriculaire, bradycardie, extrasystoles ventriculaires, infarctus du myocarde, palpitations, tachycardie. ***Rares :*** flutter, maladie coronarienne, cœur pulmonaire, syndrome coronarien aigu.

Troubles de l'oreille et du labyrinthe : *Peu fréquents :* acouphène, vertige. ***Rares :*** surdité, maladie de Ménière.

Troubles de la peau et du tissu sous-cutané : *Fréquents :* hyperhidrose, éruption généralisée. ***Peu fréquents :*** acné, dermatite, sécheresse de la peau, eczéma, érythème, psoriasis, sueurs nocturnes, urticaire. ***Rare :*** réaction de photosensibilité.

Troubles des organes de reproduction et du sein : *Fréquents :* troubles menstruels. ***Peu fréquents :*** dysfonction érectile, ménorragie, leucorrhée, dysfonction sexuelle.

Troubles des systèmes hématopoïétique et lymphatique : *Peu fréquents :* anémie, adénopathie. ***Rares :*** leucocytose, thrombopénie, splénomégalie.

Troubles du métabolisme et de la nutrition : *Peu fréquents :* polydipsie, diabète, hyperlipidémie, hypokaliémie. ***Rares :*** hyperkaliémie, hypoglycémie.

Troubles du système nerveux : *Fréquents :* perturbation de l'attention, étourdissements, perturbation sensorielle, somnolence. ***Peu fréquents :*** amnésie, troubles de la coordination, dysarthrie, dysphorie, hypertonie, hypoesthésie, hypogueusie, augmentation de la libido, baisse de la libido, migraine, parosmie, hyperactivité psychomotrice, agitation, syndrome des jambes sans repos, syncope, tremblements. ***Rares :*** trouble de l'équilibre, accident vasculaire cérébral, convulsions, paralysie faciale, altération mentale, sclérose en plaques, nystagmus, altération des aptitudes psychomotrices, accident ischémique transitoire, anomalie du champ visuel.

Troubles endocriniens : *Peu fréquents :* troubles de la glande thyroïde.

Troubles gastro-intestinaux : *Fréquents :* diarrhée, gingivite. ***Peu fréquents :*** modification du transit intestinal, fèces anormales, stomatite aphteuse, douleur gingivale, langue chargée, dysphagie, entérocolite, éructation, gastrite, hémorragie gastro-intestinale, hématémèse, hématochézie, ulcération de la bouche, oesophagite. ***Rares :*** ulcère gastrique, occlusion intestinale, pancréatite aiguë.

Troubles généraux et anomalies au point d'administration : *Fréquents :* douleur thoracique, affection pseudogrippale, œdème, soif. ***Peu fréquents :*** gêne thoracique, frissons, troubles du rythme circadien, sensation de froid, kyste, fièvre.

Troubles hépatobiliaires : *Peu fréquents :* troubles de la vésicule biliaire.

Troubles immunitaires : *Peu fréquent :* hypersensibilité. ***Rare :*** hypersensibilité au médicament.

Troubles locomoteurs et du tissu conjonctif : *Fréquents :* arthralgie, dorsalgie, crampes musculaires, douleur musculosquelettique, myalgie. ***Peu fréquents :*** arthrite, douleur dans la paroi thoracique, costochondrite, raideur articulaire, spasmes musculaires, ostéoporose. ***Rare :*** myosite.

Troubles oculaires : *Peu fréquents :* conjonctivite, sécheresse oculaire, irritation oculaire, scotome, décoloration sclérale, vision brouillée, perturbation visuelle, douleur oculaire, mydriase, myopie, larmoiement accru, photophobie. ***Rares :*** cécité nocturne acquise, cécité passagère, cataracte sous-capsulaire, troubles oculaires vasculaires, corps flottants du vitré.

Troubles psychiatriques : *Fréquents :* anxiété, dépression, troubles émotionnels, irritabilité, agitation. ***Peu fréquents :*** agressivité, agitation, désorientation, dissociation, sautes d'humeur, crise de panique, bradyphrénie, anomalie de la pensée. ***Rares :*** euphorie, hallucinations, troubles psychotiques, idées suicidaires, suicide.

Troubles rénaux et urinaires : *Fréquent :* polyurie. ***Peu fréquents :*** glycosurie, lithiase rénale, nycturie, anomalie des urines, syndrome urétral. ***Rares :*** insuffisance rénale aiguë, rétention urinaire.

Troubles respiratoires, thoraciques et médiastinaux : *Fréquents :* épistaxis, troubles respiratoires. ***Peu fréquents :*** asthme, toux, enrouement, douleur pharyngolaryngée, irritation de la gorge, congestion des voies respiratoires, congestion des sinus, écoulement rétronasal, rhinorrhée, ronflements. ***Rares :*** pleurésie, embolie pulmonaire.

Troubles vasculaires : *Fréquents :* bouffées de chaleur, hypertension. ***Peu fréquents :*** hypotension, ischémie périphérique, thrombose.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Aperçu

Des études ont été menées sur les interactions entre la varénicline et les agents suivants : cimétidine, metformine, digoxine, warfarine, nicotine transdermique et bupropion.

Médicaments éliminés par les isoenzymes du cytochrome P450 ou agissant sur celles-ci

Les études in vitro montrent que la varénicline n'inhibe pas les isoenzymes du cytochrome P450 (CI_{50} > 6400 ng/mL) suivantes : 1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 et 3A4/5. Par ailleurs, la varénicline n'a pas stimulé l'activité des isoenzymes CYP1A2 et CYP3A4 sur des hépatocytes humains in vitro. Par conséquent, il est peu probable que la varénicline modifie les paramètres pharmacocinétiques des composés essentiellement métabolisés par les isoenzymes du cytochrome P450.

Puisque la biotransformation de la varénicline contribue en outre à moins de 10 % de sa clairance, il est peu probable que les principes actifs reconnus pour avoir un effet sur le système enzymatique du cytochrome P450 modifient les paramètres pharmacocinétiques de CHAMPIX. Un réglage posologique de CHAMPIX n'est donc pas nécessaire en principe.

Médicaments éliminés par sécrétion rénale ou agissant sur celle-ci

D'après les essais in vitro, la varénicline n'inhibe pas les protéines de transport rénal humaines aux concentrations thérapeutiques. Elle risque donc peu d'affecter les médicaments éliminés par sécrétion rénale (p. ex., la metformine – *voir ci-dessous*).

Les essais in vitro ont démontré que le transporteur de cations organiques OCT2 humain assure la médiation de la sécrétion rénale active de la varénicline. Chez les patients dont la fonction rénale est normale, l'administration concomitante d'inhibiteurs de l'OCT2 ne commande pas de régler la dose de CHAMPIX, puisqu'on s'attend à ce que l'exposition systémique à ce médicament n'augmente de façon importante sur le plan clinique que dans les cas d'atteinte rénale grave (*voir les paragraphes intitulés* ***Cimétidine*** *et* ***Autres inhibiteurs de l'OCT2 humain****, ci-dessus*).

Interactions médicament-médicament

Dose unique pour 1 des 2 médicaments :

Cimétidine : L'administration conjointe de varénicline (dose unique de 2 mg) et de cimétidine, un inhibiteur de l'OCT2 (300 mg, 4 f.p.j., à l'état d'équilibre) chez 12 fumeurs a augmenté de 29 % (IC à 90 % : 21,5 % – 36,9 %) l'exposition systémique à la varénicline en raison d'une diminution de la clairance rénale de cette dernière. Aucun réglage posologique n'est cependant recommandé en cas d'administration concomitante de cimétidine chez des sujets dont la fonction rénale est normale ou encore légèrement ou modérément atteinte.

Autres inhibiteurs de l'OCT2 humain : Les autres inhibiteurs de l'OCT2 humain n'ont pas précisément fait l'objet d'études. On sait que la cimétidine interagit davantage in vivo avec les composés éliminés par voie rénale que d'autres inhibiteurs de l'OCT2 humain. Par conséquent, l'administration conjointe de varénicline avec ces agents ne commande pas en principe de réglage posologique chez les patients dont la fonction rénale est normale ou modérément atteinte.

Administration conjointe d'autres médicaments éliminés par l'intermédiaire de l'OCT2 : Étant donné que la varénicline n'interagit pas avec la metformine, il est peu probable qu'elle interagisse avec d'autres médicaments cationiques éliminés par l'intermédiaire de l'OCT2.

Warfarine : La varénicline (1 mg, 2 f.p.j., à l'état d'équilibre) n'a pas modifié les paramètres pharmacocinétiques d'une dose unique de 25 mg de (R-, S-) warfarine chez 24 fumeurs. CHAMPIX n'a pas affecté le temps de prothrombine. La désaccoutumance au tabac peut, en soi, entraîner des modifications des paramètres pharmacocinétiques de la warfarine (*voir la section* **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**).

Doses multiples pour les 2 médicaments

Metformine : L'administration concomitante de varénicline (1 mg, 2 f.p.j.) et de metformine (500 mg, 2 f.p.j.) chez 30 fumeurs n'a pas affecté les paramètres pharmacocinétiques à l'état d'équilibre de la metformine, un substrat de l'OCT2, et la metformine n'a pas eu d'effet sur les paramètres pharmacocinétiques de la varénicline à l'état d'équilibre.

Digoxine : La varénicline (1 mg, 2 f.p.j.) n'a pas modifié les paramètres pharmacocinétiques à l'état d'équilibre de la digoxine administrée à raison de 0,25 mg/j chez 18 fumeurs. Les paramètres pharmacocinétiques à l'état d'équilibre de la varénicline sont demeurés inchangés après l'administration concomitante de digoxine.

Emploi en association avec d'autres traitements antitabagiques

Bupropion : Après administration concomitante à 46 fumeurs, la varénicline (1 mg, 2 f.p.j.) n'a pas modifié les paramètres pharmacocinétiques à l'état d'équilibre du bupropion (150 mg, 2 f.p.j.), et ses paramètres pharmacocinétiques à l'état d'équilibre sont demeurés inchangés.

Traitement de remplacement de la nicotine (TRN) : Lorsque la varénicline (1 mg, 2 f.p.j.) et un TRN (transdermique, 21 mg/j) ont été administrés conjointement à 24 fumeurs pendant 12 jours, on a observé une baisse statistiquement significative de la tension artérielle systolique moyenne (2,6 mmHg en moyenne) mesurée le dernier jour de l'étude. Durant cette étude, la fréquence des nausées, des céphalées, des vomissements, des étourdissements, de la dyspepsie et de la fatigue a été plus élevée avec l'association varénicline-TRN qu'avec le TRN seul. Étant donné que la varénicline exerce une activité agoniste partielle sur les récepteurs cholinergiques nicotiniques, on ne s'attend pas que son administration conjointement avec un TRN soit plus bénéfique qu'en monothérapie, même qu'elle pourrait accroître les effets indésirables (*voir la section* **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**).

Interactions médicament-aliment

La biodisponibilité orale de CHAMPIX n'est pas affectée par les aliments.

Interactions médicament-herbe médicinale

Il n'y a pas d'interaction connue entre CHAMPIX et les herbes médicinales.

Effets du médicament observés au cours des épreuves de laboratoire

CHAMPIX ne provoque pas d'interactions connues avec les épreuves de laboratoire.

ADMINISTRATION

Dose recommandée et réglage posologique

Populations particulières

Patients dont la fonction hépatique est altérée : Aucun réglage posologique n'est nécessaire chez ces patients.

Patients atteints de troubles psychiatriques, d'épilepsie ou de troubles gastro-intestinaux tels que le syndrome du côlon irritable, patients sous chimiothérapie et, de façon générale, patients souffrant de maladie cardiaque ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : L'emploi de CHAMPIX n'a pas fait l'objet d'études chez ces patients (*voir la section* **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières**).

Symptômes et traitement du surdosage

Symptômes : L'administration de doses de CHAMPIX supérieures à la dose recommandée de 1 mg, 2 f.p.j., a donné lieu à une augmentation de la fréquence des nausées et des vomissements. Cette observation est conforme au tableau pharmacologique de la varénicline.

Traitement : On a démontré que la varénicline peut être éliminée par dialyse chez des patients atteints d'insuffisance rénale terminale. Il n'existe toutefois aucune expérience de dialyse après un surdosage.

En cas de surdosage soupçonné, communiquez avec le centre antipoison de votre région.

Veuillez consulter la monographie pour obtenir les renseignements thérapeutiques complets.

Vous pouvez obtenir la monographie de CHAMPIX à l'adresse **www.pfizer.ca** ou en communiquant avec le Service de l'information pharmaceutique de Pfizer Canada inc., au 1-800-463-6001.

Ensemble, vers un monde en meilleure santé℠

Membre R&D CCPP

M.C. Pfizer Inc., utilisée sous licence
CHAMPIX[MD], C.P. Pharmaceuticals International C.V. Pfizer Canada inc., licencié
© 2010 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5

Pr prolia™ denosumab

Les médecins doivent s'être complètement familiarisés avec le profil d'efficacité et d'innocuité de PROLIA et avec toute la monographie du produit avant de le prescrire.

RÉSUMÉ DES RENSEIGNEMENTS POSOLOGIQUES

CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS

INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE

Ostéoporose postménopausique

PrPROLIA™ (denosumab) est indiqué dans le traitement des femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose qui sont à risque élevé de fractures, ce dernier étant défini par des antécédents de fractures ostéoporotiques ou la présence de multiples facteurs de risque de fractures, ou chez qui d'autres traitements contre l'ostéoporose ont échoué ou n'ont pas été tolérés. Chez les femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose, PROLIA réduit l'incidence des fractures vertébrales, non vertébrales et de la hanche.

CONTRE-INDICATIONS

PROLIA est contre-indiqué chez les patientes qui présentent une hypocalcémie ou une hypersensibilité au médicament ou à tout autre composant du produit.

Populations particulières

Femmes enceintes

Aucune étude n'a été réalisée chez les femmes enceintes.

PROLIA est indiqué uniquement chez les femmes ménopausées et n'est pas recommandé chez les femmes qui pourraient tomber enceintes.

Femmes qui allaitent

L'utilisation de PROLIA n'est pas recommandée chez les femmes qui allaitent. On ignore si PROLIA est excrété dans le lait maternel chez l'humain. Étant donné que PROLIA peut entraîner des effets indésirables chez les bébés nourris au sein, il faut soit cesser l'allaitement soit cesser de prendre le médicament.

Pédiatrie

L'innocuité et l'efficacité de PROLIA chez l'enfant n'ont pas été étudiées.

PROLIA n'est pas recommandé chez l'enfant.

Gériatrie (> 65 ans)

Dans l'essai clinique portant sur l'ostéoporose postménopausique, 94,7 % des patientes ayant reçu PROLIA avaient 65 ans ou plus et 31,6 % avaient 75 ans ou plus. Aucune différence globale n'a été observée entre les patientes de 65 ans ou plus et celles de 75 ans ou plus sur le plan de l'innocuité ou de l'efficacité, et les autres expériences cliniques rapportées n'ont pas signalé de différence dans les réponses entre les patientes jeunes et âgées; toutefois, on ne peut exclure une sensibilité plus élevée chez certaines personnes plus âgées.

Insuffisance rénale

Dans une étude comportant 55 patients présentant divers degrés de fonction rénale, dont des patients sous dialyse, le degré d'insuffisance rénale n'a pas eu d'effet sur la pharmacocinétique du denosumab; par conséquent, aucun ajustement posologique n'est nécessaire en présence d'insuffisance rénale.

Au cours des études cliniques, les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 mL/min) ou soumis à une dialyse étaient plus à risque d'hypocalcémie. Un apport adéquat en calcium et en vitamine D est important chez les patientes atteintes d'insuffisance rénale sévère ou sous dialyse.

Insuffisance hépatique

L'innocuité et l'efficacité de PROLIA n'ont pas été étudiées chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INNOCUITÉ

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Généralités

Un apport adéquat de calcium et de vitamine D est important chez toutes les patientes.

Endocrinien/métabolisme

Hypocalcémie

Il faut corriger l'hypocalcémie par un apport adéquat de calcium et de vitamine D avant l'instauration du traitement par PROLIA. Chez les patientes prédisposées à l'hypocalcémie, une surveillance clinique de la concentration de calcium est recommandée. On doit conseiller aux patientes de signaler à leur médecin tout symptôme d'hypocalcémie, tel qu'une paresthésie ou des spasmes musculaires.

Infections

Au cours d'un essai clinique mené chez des femmes atteintes d'ostéoporose postménopausique, des infections graves ayant entraîné une hospitalisation ont été rapportées plus fréquemment dans le groupe traité par PROLIA (4,1 %) que dans le groupe recevant le placebo (3,4 %). Des infections cutanées ayant entraîné une hospitalisation ont été signalées plus fréquemment dans le groupe traité par PROLIA (0,4 %) que dans le groupe recevant le placebo (< 0,1 %).

La fréquence des infections opportunistes était équivalente dans les groupes sous PROLIA et sous placebo, et la fréquence globale des infections cutanées a été semblable dans les groupes recevant PROLIA (1,5 %) ou un placebo (1,2 %). On doit recommander aux patientes de consulter rapidement un médecin si elles voient apparaître des signes ou des symptômes d'infection sévère, entre autres de cellulite et d'érysipèle.

Événements dermatologiques

Au cours d'un essai clinique mené auprès de femmes atteintes d'ostéoporose postménopausique, des événements indésirables touchant l'épiderme et le derme tels que dermatite, eczéma et éruptions cutanées sont survenus à une fréquence significativement plus élevée dans le groupe traité par PROLIA (10,8 %) que dans le groupe recevant le placebo (8,2 %). La plupart de ces événements n'étaient pas spécifiques du point d'injection. Envisager l'arrêt du traitement par PROLIA si des symptômes sévères se manifestent.

Ostéonécrose de la mâchoire

Des cas d'ostéonécrose de la mâchoire ont été signalés chez les patients traités par le denosumab ou des bisphosphonates. Dans la plupart des cas, il s'agissait de patients cancéreux; toutefois, quelques cas ont été signalés chez des patients atteints d'ostéoporose. Il convient d'envisager un examen dentaire et l'exécution des interventions dentaires préventives qui s'imposent avant le traitement par PROLIA chez les patientes présentant des facteurs de risque d'ostéonécrose de la mâchoire. S'il survient une ostéonécrose de la mâchoire au cours du traitement par PROLIA, le médecin doit se fier à son jugement clinique pour orienter le plan de traitement en fonction de l'évaluation des bienfaits et des risques chez chaque patiente.

Inhibition du renouvellement osseux

Au cours des essais cliniques menés chez des femmes atteintes d'ostéoporose postménopausique, le traitement par PROLIA a entraîné une inhibition importante du renouvellement osseux. Surveiller l'apparition d'ostéonécrose de la mâchoire, de fractures atypiques et de retards de consolidation chez les patientes.

EFFETS INDÉSIRABLES

Dans le cadre d'une étude clinique d'une durée de trois ans menée auprès de 7 808 femmes ménopausées, les effets indésirables les plus fréquents observés globalement chez les patientes recevant PROLIA c. aux patientes recevant le placebo ont été la dorsalgie (34,7 % c. à 34,6 %), l'arthralgie (20,2 % c. à 20,2 %) et l'hypertension (15,8 % c. à 16,4 %). Les effets indésirables les plus fréquents, c.-à-d. observés chez > 5 % des patientes sous PROLIA et plus fréquemment que chez les patientes recevant le placebo, ont été la dorsalgie (34,7 % c. à 34,6 %), la douleur aux extrémités (11,7 % c. à 11,1 %), l'hypercholestérolémie (7,2 % c. à 6,1 %), la douleur musculosquelettique (7,6 % c. à 7,5 %) et la cystite (5,9 % c. à 5,8 %). Des effets indésirables graves ont été signalés chez 1 976 patientes. Les effets indésirables graves les plus fréquemment observés chez les patientes recevant PROLIA c. aux patientes recevant le placebo ont été l'arthrose (1,6 % c. à 2,0 %), la fibrillation auriculaire (0,9 % c. à 0,9 %) et la pneumonie (0,9 % c. à 0,9 %). Des décès sont survenus à une fréquence de 1,8 % c. à 2,3 %. Des effets indésirables entraînant l'abandon du traitement sont survenus chez 192 (4,9 %) femmes dans le groupe sous PROLIA et 202 (5,2 %) femmes dans le groupe sous placebo.

Pour signaler un effet indésirable, composer le 1-866-234-2345.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Considérations posologiques

PROLIA est conçu pour être utilisé sous les conseils et la supervision de médecins qui se sont complètement familiarisés avec le profil d'efficacité et d'innocuité de PROLIA. Après une formation initiale sur la technique d'injection sous-cutanée, les patientes atteintes d'ostéoporose postménopausique peuvent s'injecter elles-mêmes

PROLIA si un médecin estime que cette mesure est appropriée et lorsqu'un suivi médical est assuré au besoin.

Les patientes doivent recevoir des suppléments adéquats de calcium et de vitamine D aux doses recommandées.

Posologie recommandée

La dose recommandée de PROLIA (denosumab) est une injection SC de 60 mg, une fois tous les 6 mois.

Administration

PROLIA doit être administré par une personne ayant reçu une formation adéquate en techniques d'injection. Ne pas utiliser si la solution est trouble.

Administrer PROLIA par injection SC dans le haut du bras, le haut de la cuisse ou l'abdomen.

RÉFÉRENCES DES ÉTUDES

1. Monographie de produit de Prolia. Amgen Canada Inc., 6 août 2010.
2. Cummings SR, *et al.* Denosumab for Prevention of Fractures in Postmenopausal Women with Osteoporosis. *NEJM* 2009;361:756-65.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE PRODUIT

Effets indésirables

Hypocalcémie

Chez les femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose de l'étude 1, des baisses des concentrations sériques de calcium à des valeurs inférieures à la plage de valeurs normales ont été rapportées chez 15 (0,4 %) femmes du groupe sous placebo et 63 (1,6 %) femmes du groupe sous PROLIA. Des baisses des concentrations sériques de calcium à moins de 7,5 mg/dL (< 1,88 mmol/L) ont été rapportées chez 2 (< 0,1 %) femmes du groupe recevant le placebo et 1 (< 0,1 %) femme du groupe traité par PROLIA. Dans les études cliniques, les sujets souffrant d'un dysfonctionnement rénal étaient plus susceptibles de présenter de plus fortes réductions de la calcémie que les sujets ayant une fonction rénale normale. Dans une étude menée auprès de 55 patients présentant divers degrés de fonction rénale et ne recevant pas de suppléments de calcium et de vitamine D, une hypocalcémie symptomatique ou un taux sérique de calcium inférieur à 7,5 mg/dL a été observé chez 5 sujets; ce groupe ne comprenait aucun sujet du groupe dont la fonction rénale était normale, mais comprenait 10 % (1 sur 10) des sujets du groupe dont la clairance de la créatinine se situait entre 50 et 80 mL/min, 29 % (2 sur 7) des sujets du groupe dont la clairance de la créatinine était inférieure à 30 mL/min et 29 % (2 sur 7) des sujets du groupe sous hémodialyse.

Infections

Le ligand du récepteur activateur du facteur nucléaire kappa B (RANKL) est exprimé sur les lymphocytes T et B activés et dans les ganglions lymphatiques. Par conséquent, un inhibiteur du RANKL tel que PROLIA peut accroître le risque d'infection. Dans l'étude clinique menée auprès de 7 808 femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose, la fréquence des infections entraînant la mort a été de 6 (0,2 %) dans le groupe sous placebo et le groupe traité par PROLIA. La fréquence des infections graves non mortelles a été de 3,3 % (n = 128) dans le groupe sous placebo et de 4,0 % (n = 154) dans le groupe sous PROLIA. Des hospitalisations dues à des infections graves de l'abdomen (28 [0,7 %] sous placebo contre 36 [0,9 %] sous PROLIA), des voies urinaires (20 [0,5 %] sous placebo contre 29 [0,7 %] sous PROLIA) et des oreilles (0 [0,0 %] sous placebo contre 5 [0,1 %] sous PROLIA) ont été rapportées. Une endocardite a été signalée chez 0 (0,0 %) patiente sous placebo et chez 3 (0,1 %) patientes recevant PROLIA.

Au total, des infections cutanées menant à une hospitalisation ont été rapportées plus fréquemment chez les patientes traitées par PROLIA (2 [< 0,1 %] sous placebo contre 15 [0,4 %] sous PROLIA) parmi les femmes atteintes d'ostéoporose ménopausique de l'étude 1. Ces événements consistaient principalement en cas d'érysipèle (0 [0 %] sous placebo et 7 [0,2 %] sous PROLIA) et de cellulite (1 [< 0,1 %] sous placebo et 6 [0,2 %] sous PROLIA) (voir la section **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**).

La fréquence globale des infections était comparable dans les groupes recevant PROLIA et le placebo (2 055 [52,9 %] sous PROLIA, 2 108 [54,4 %] sous placebo). La fréquence de catégories spécifiques d'infections était la suivante : infections urinaires (245 [6,3 %] sous PROLIA, 253 [6,5 %] sous placebo), infections des voies respiratoires supérieures (190 [4,9 %] sous PROLIA, 167 [4,3 %] sous placebo), otites (43 [1,1 %] sous PROLIA, 21 [0,5 %] sous placebo) et diverticulite (28 [0,7 %] sous PROLIA, 22 [0,6 %] sous placebo).

Il n'y avait pas de disparité dans les rapports d'infections opportunistes (4 [0,1 %] sous PROLIA, 3 [0,1 %] sous placebo).

Événements dermatologiques

Un nombre significativement plus élevé de patientes traitées par PROLIA ont présenté des événements indésirables touchant l'épiderme et le derme (tels que dermatite, eczéma, éruptions cutanées), ces événements ayant été rapportés par 8,2 % (n = 316) des sujets sous placebo et 10,8 % (n = 421) des sujets recevant PROLIA ($p < 0{,}0001$). La plupart de ces événements n'étaient pas spécifiques du point d'injection.

Ostéonécrose de la mâchoire

De rares cas d'ostéonécrose de la mâchoire ont été signalés chez des patients traités par PROLIA dans le cadre du programme d'essais cliniques sur l'ostéoporose menés en mode ouvert.

Troubles cardiovasculaires

La fréquence des événements indésirables cardiovasculaires graves positivement établis était de 186 (4,8 %) cas sous PROLIA et de 178 (4,6 %) cas sous placebo, le rapport des risques instantanés (intervalle de confiance à 95 %) étant de 1,02 (0,83, 1,25). Les événements cardiovasculaires positivement établis ont été classés comme suit : décès de cause cardiovasculaire, syndrome coronarien aigu, accident vasculaire cérébral /accident ischémique transitoire, insuffisance cardiaque congestive, autres événements vasculaires et arythmie. La fréquence des événements pour chacune de ces sous-catégories a été la suivante : 23 (0,6 %) décès de cause cardiovasculaire sous PROLIA et 31 (0,8 %) sous placebo, 47 (1,2 %) cas de syndrome coronarien aigu sous PROLIA et 39 (1,0 %) sous placebo, 56 (1,4 %) accidents vasculaires cérébraux/accidents ischémiques transitoires sous PROLIA et 54 (1,4 %) sous placebo, 27 (0,7 %) cas d'insuffisance cardiaque congestive sous PROLIA et 22 (0,6 %) sous placebo, 31 (0,8 %) autres événements vasculaires sous PROLIA et 30 (0,8 %) sous placebo, et 52 (1,3 %) cas d'arythmie sous PROLIA et 45 (1,2 %) sous placebo.

Consolidation des factures

Des retards de consolidation des fractures non vertébrales ont été signalés chez 2 sujets sur 303 (0,7 %) dans le groupe PROLIA (3 fractures non vertébrales sur 386 [0,8 %]) et chez 2 sujets sur 364 (0,5 %) dans le groupe placebo (2 fractures non vertébrales sur 465 [0,4 %]). De plus, une non-union des fractures non vertébrales a été signalée chez 0 sujet sur 303 (0 %) dans le groupe PROLIA (0 fracture non vertébrale sur 386 [0 %]) et chez 1 sujet sur 364 (0,3 %) dans le groupe placebo (1 fracture non vertébrale sur 465 [0,2 %]). Quant aux fractures survenues presque au terme de l'étude, le suivi additionnel effectué après la fin de l'étude a permis de constater un retard de consolidation des fractures chez 2 autres sujets du groupe placebo mais chez aucun sujet du groupe PROLIA. Chez les sujets présentant une fracture du radius distal, 1 sujet sur 104 (1,0 %) du groupe PROLIA (1 fracture du radius distal sur 106 [0,9 %]) et 0 sujet sur 116 (0 %) du groupe placebo (0 fracture du radius distal sur 118 [0 %]) ont accusé un retard de consolidation.

Affections malignes

La fréquence globale des nouvelles affections malignes a été de 188 (4,8 %) dans le groupe sous PROLIA et de 166 (4,3 %) dans le groupe sous placebo. Les affections malignes les plus fréquentes (≥ 0,2 %) comprenaient le cancer du sein (28 [0,7 %] sous PROLIA, 26 [0,7 %] sous placebo), le cancer du côlon (11 [0,3 %] sous PROLIA, 8 [0,2 %] sous placebo), la tumeur maligne du poumon (9 [0,2 %] sous PROLIA, 9 [0,2 %] sous placebo), le cancer de l'estomac (7 [0,2 %] sous PROLIA, 3 [0,1 %] sous placebo), le carcinome du pancréas (7 [0,2 %] sous PROLIA, 3 [0,1 %] sous placebo), le carcinome spinocellulaire cutané (6 [0,2 %] sous PROLIA, 8 [0,2 %] sous placebo) et le cancer du sein récidivant (6 [0,2 %] sous PROLIA, 2 [0,1 %] sous placebo). Les autres affections malignes rapportées comprennent : le cancer de la thyroïde (2 [0,1 %] sous PROLIA, 0 [0 %] sous placebo), le carcinoïde gastrique (1 [< 0,1 %] sous PROLIA, 0 [0 %] sous placebo), le cancer de l'utérus (3 [0,1 %] sous PROLIA, 1 [< 0,1 %] sous placebo), le cancer métastatique de l'ovaire (2 [0,1 %] sous PROLIA, 0 [0 %] sous placebo), le cancer épithélial de l'ovaire (2 [0,1 %] sous PROLIA, 0 [0 %] sous placebo), le cancer de la vulve (2 [0,1 %] sous PROLIA, 0 [0 %] sous placebo) et le lentigo malin de stade non précisé (3 [0,1 %] sous PROLIA, 0 [0 %] sous placebo). Un lien de causalité avec l'exposition au médicament n'a pas été établi.

Réactions d'hypersensibilité

La fréquence des réactions indésirables au médicament potentiellement associées à une hypersensibilité a été de 1,3 % (50) dans le groupe traité par PROLIA et de 1,3 % (50) dans le groupe recevant le placebo. Parmi les événements indésirables potentiellement associés à une hypersensibilité, le plus fréquent était l'urticaire (27 [0,7 %] sous PROLIA, 27 [0,7 %] sous placebo).

Pancréatite

Une pancréatite a été rapportée chez 4 patientes (0,1 %) dans le groupe sous placebo et 8 patientes (0,2 %) dans le groupe sous PROLIA. Il s'agissait de cas graves chez une patiente du groupe sous placebo et chez les 8 patientes du groupe sous PROLIA, dont 2 décès dans le groupe traité par PROLIA. Plusieurs patientes avaient des antécédents de pancréatite ou présentaient un événement confusionnel (p. ex., calculs biliaires). L'intervalle entre l'administration du produit et la survenue de l'événement était variable.

Anomalies des constantes biologiques

Les anomalies des constantes biologiques les plus fréquentes étaient des variations du taux sérique de calcium accompagnées de changements physiologiques compensatoires du phosphore sérique. La variation médiane en pourcentage du taux sérique de calcium après 1 mois par rapport à la valeur initiale (écart interquartile) était de -2,1 % (-5,2 % à 1,0 %) sous PROLIA et de 1,0 % (-2,0 % à 3,2 %) sous placebo. La variation médiane en pourcentage du taux sérique de phosphore après 1 mois par rapport à la valeur initiale (écart interquartile) était de -8,3 % (-15,8 % à 0 %) sous PROLIA et de 0 % (-5,6 % à 8,3 %) sous placebo. Le taux de phosphatase alcaline était également réduit au 6e mois, ce qui reflète la réduction de l'activité ostéoclastique dans l'os, cette réduction étant de 25 % par rapport à la valeur initiale chez les sujets traités par PROLIA comparativement à 3 à 8 % chez les sujets recevant le placebo.

Les taux sériques de phosphore se situaient entre 2,0 et 2,5 mg/dL chez 2,0 % (n = 82) des patients du groupe sous placebo et 7,0 % (n = 263) des patients du groupe sous denosumab. Une baisse de la numération plaquettaire à une valeur située entre 50 000/mm^3 et 75 000/mm^3 a été rapportée à une fréquence de 0,2 % (n = 7) dans le groupe sous placebo et de 0,4 % (n = 14) dans le groupe sous denosumab, et une baisse de la numération plaquettaire à une valeur inférieure à 25 000/mm^3 a été rapportée à une fréquence inférieure à 0,1 % (n = 2) dans le groupe sous placebo et de 0,1 % (n = 4) dans le groupe sous denosumab. Une augmentation des taux d'asparate aminotransférase (AST) à une valeur située entre 1,0 et 2,5 fois la limite supérieure de la normale (LSN) a été rapportée à une fréquence de 5,0 % (n = 206) dans le groupe sous placebo et de 7,0 % (n = 264) dans le groupe sous denosumab; de même, une augmentation des taux d'alanine aminotransférase (ALT) à une valeur située entre 2,5 et 5,0 fois la LSN a été rapportée à une fréquence de 0,5 % (n = 21) dans le groupe sous placebo et de 1,0 % (n = 37) dans le groupe sous denosumab. Enfin, une hausse du taux de bilirubine totale à une valeur située entre 3,0 et 10,0 fois la LSN a été rapportée à une fréquence de 0,0 % (n = 0) dans le groupe sous placebo et de 0,1 % (n = 5) dans le groupe sous denosumab.

Pour obtenir une liste complète des effets indésirables observés au cours de l'étude portant sur l'administration de PROLIA chez les femmes ménopausées, veuillez consulter la monographie du produit ou le site Web : www.prolia.ca.

SURDOSAGE
Pour traiter une surdose présumée, communiquez avec le centre antipoison de votre région.

Il n'existe aucune donnée sur le surdosage de PROLIA.

La monographie de produit est fournie sur demande. Veuillez téléphoner au numéro suivant : 1-877-776-1002.

Amgen Canada Inc., 6775 Financial Drive, bureau 100, Mississauga, Ontario L5N 0A4

AMGEN®
AMGEN Canada Inc.
Mississauga, Canada

CCPP
Membre
R&D

Pr prolia™ denosumab

SANTÉ CANADA CONCLUT QUE LE SON DE BLÉ EST LA MEILLEURE SOURCE DE FIBRES POUR PROMOUVOIR LA RÉGULARITÉ[1]

Les médicaments, une alimentation à faible teneur en fibres, le stress, l'inactivité et un emploi de temps chargé peuvent entraîner la constipation. Les fibres de son de blé s'avèrent l'aliment le plus efficace pour aider à traiter les problèmes de régularité chez les patients.

DES PREUVES SCIENTIFIQUES DÉMONTRENT LES AVANTAGES SUPÉRIEURS DES FIBRES DE SON DE BLÉ POUR LA RÉGULARITÉ

Les fibres favorisent la régularité parce qu'elles augmentent le poids des selles. Le tableau suivant présente une méta-analyse combinant les résultats de près de 100 études et résume la capacité de différents types de fibres à augmenter le poids des selles[2].

Augmentation moyenne du poids des selles par gramme de fibres ingéré

FIBRES	AUGMENTATION EN GRAMMES
Blé	5,4 g
Fruits et légumes	4,7 g
Psyllium	4,0 g
Cellulose	3,5 g
Avoine	3,4 g
Maïs	3,3 g
Légumineuses	2,2 g
Pectine	1,2 g

TOUS LES PRODUITS ALL-BRAN* CONTIENNENT DU SON DE BLÉ COMME SOURCE PRINCIPALE DE FIBRES

- Les céréales **All-Bran Buds*** et **All-Bran Original*** fournissent toutes deux une source concentrée de fibres de son de blé. Une portion de 1/3 de tasse de céréales **All-Bran Buds*** contient 11 g de fibres, dont 7 g proviennent du son de blé. Une demi-tasse de céréales **All-Bran Original*** contient 12 g de fibres, toutes provenant du son de blé.
- Les céréales **All-Bran Buds*** et **All-Bran Original*** sont deux solutions pratiques qui peuvent facilement être intégrées dans un régime alimentaire quotidien, en les mélangeant avec d'autres céréales ou en les ajoutant à du yogourt, à une salade ou à une boisson fouettée.
- Veillez à respecter une consommation de liquide suffisante lorsque les céréales **All-Bran*** sont ajoutées à l'alimentation.

Commandez **GRATUITEMENT** des trousses d'information relative à la régularité **All-Bran*** pour vos patients

CONTENU :
1 bloc de feuillets d'information à détacher avec coupons
24 échantillons de céréales **All-Bran Buds*** (23 g)

Commandez dès aujourd'hui ! C'est rapide et facile...
Visitez le site www.pharmilink.com/allbran

LE SON DE BLÉ NOTRE 1RE SOURCE DE FIBRES

REFERENCES :
1. Santé Canada. Lignes directrices concernant l'innocuité et les effets physiologiques des sources de fibres nouvelles et des produits alimentaires qui en contiennent. Santé Canada, Ottawa (Ontario), 1997.
2. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine of the National Academies. The National Academies Press, Washington DC, 2005.

* © 2010, marque de commerce de Kellogg Company utilisée sous licence par Kellogg Canada Inc.

Dermatologie Face au Temps

DRES SUZANNE ET MADELEINE GAGNON

(MD, LMCC, CSPQ, FRCP(C), FAAD), **DERMATOLOGUES**

SPÉCIALISTES DE VOTRE PEAU DEPUIS PLUS DE 25 ANS.

la passion
DE NOTRE TRAVAIL

le respect
DE VOTRE PERSONNE

NOS ANNÉES
d'expérience

NOTRE CONCEPT
dermalift3d

MAXIMISER VOTRE
beauté naturelle

DERMA*Lift* 3D
POUR HOMMES & FEMMES

NOUS COMPRENONS VOS PRÉOCCUPATIONS, VENEZ NOUS RENCONTRER, NOUS PARTAGERONS AVEC VOUS NOS SOLUTIONS.

soft lift • botox • juvéderm • restylane • laser peelings • i.p.l. • conseils de soins de la peau

1688, BOULEVARD DES LAURENTIDES, LAVAL H7M 2P4 • 450.668.4812 • WWW.FACEAUTEMPS.CA