LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

DOSSIER OPHTALMOLOGIE

LA CHIRURGIE
DE LA CATARACTE

LES UVÉITES
ET LES MALADIES SYSTÉMIQUES
ASSOCIÉES

LES TUMEURS PALPÉBRALES

BLÉPHAROPLASTIE...
SUR MESURE

DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE
LIÉE À L'ÂGE

RENCONTRE AU SOMMET
L'HÔPITAL DE VERDUN
EN CONSTANTE INNOVATION

LE QUÉBEC À L'HEURE DES CHOIX DIFFICILES

FÉVRIER
VOL 5 • NO 1
5,95$
0 65385 83956 0 01
Société canadienne des postes. Envoi de publications canadiennes. Contrat de vente n° 40011180.

Ne perdez pas de vue la vision de vos patients!

Le glaucome – qui désigne un groupe de troubles oculaires caractérisés par des lésions du nerf optique – est l'une des principales causes de **cécité permanente**. On estime que 300 000 Canadiens font du glaucome, mais environ la moitié des personnes atteintes apprennent qu'elles souffrent de cette affection après avoir déjà perdu une partie de leur vision[1,2].

N'importe qui peut souffrir de glaucome, mais certains **facteurs de risque** y prédisposent davantage[1,2]…

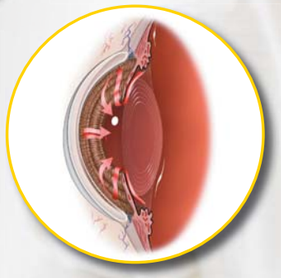
Certaines affections
(dont le diabète et les maladies cardiovasculaires)

Âge avancé
(> 40 ans)

Myopie

Origine ethnique
(ascendance africaine ou asiatique)

Antécédents familiaux
de glaucome



Pression intra-oculaire élevée
(hypertension oculaire)

*Aidez vos patients à **préserver leur vision** en les adressant à un ophtalmologiste ou à un optométriste[1,2]*

Références : **1.** Stephen T, ed. Management of patients with eye and vision disorders. *In:* Day RA, Paul P, Williams B, Smeltzer SC, Bare B, eds. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing.* 1st Canadian ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:1765-1767. **2.** Tiré du site de la Société canadienne d'ophtalmologie le 8 octobre 2007 : http://www.eyesite.ca/francais/information-publique/les-maladies/index.htm.

† M.C. de Pfizer Canada inc.

© 2011
Pfizer Canada inc.
Kirkland (Québec)
H9J 2M5

CA0111XLT001F

CCPP Membre R&D

OptimYeux

Pfizer Ophtalmologie
Inspirés par une vision claire

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.
Hussein Fadlallah M.D.

Collaborateurs
Dr Jean Daniel Arbour, M.D., F.R.C.S.(C), Médecin-ophtalmologiste
Dr Conrad Charles Kavalec,B.Sc., M.D.C.M., F.R.C.S.(C), D.A.B.O., Médecin-ophtalmologiste
Dr Patrick Hamel, M.D., F.R.C.S.(C), Médecin-ophtalmologiste
Dr Nicole Fallaha, M.D., F.R.C.S.(C), D.A.B.O. Médecin-ophtalmologiste
Dre Yolande Dube Médecin-ophtalmologiste
Dre Isabelle Hardy M.D. , Ophtalmologiste, Oculoplasticienne, Médecin-ophtalmologiste
Dr Pierre Duguay Médecin-ophtalmologiste
Dr Patrick R Boulos Médecin-ophtalmologiste
Dr Louis-Georges Ste-Marie, MD, Endocrinologue

Journalistes / Chroniqueurs
Nicole Charest
Denis Durand
Marie-Claude Roy

Correction-révision
Marie-Pierre Gazaille

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.

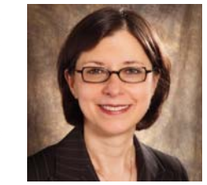
Dépôt légal :
Bibliothèque du Québec
Bibliothèque du Canada

Convention de la poste-publication No 40011180

SOMMAIRE

4 LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

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



11 LE QUÉBEC À L'HEURE DES CHOIX DIFFICILES

14 RENCONTRE AU SOMMET L'HÔPITAL DE VERDUN EN CONSTANTE INNOVATION

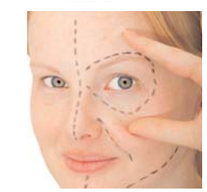
17 LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE

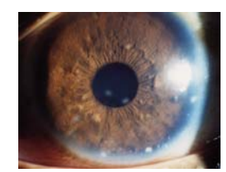
20 LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

22 LA LEUCOCORIE

24 «NOUS NE VOYONS QUE CE QUE NOUS CHERCHONS»

27 LES TUMEURS PALPÉBRALES





32 LES UVÉITES ET LES MALADIES SYSTÉMIQUES ASSOCIÉES

36 LA BLÉPHAROPLASTIE... SUR MESURE

40 QUAND LE COGNAC SE MET À TABLE

44 LES MEILLEURES DESTINATIONS DE SKI

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

AUCUN AUTRE SENS N'ÉGALE LA VISION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA LUMIÈRE AU SERVICE DES PATIENTS

La lumière, cette énergie que l'on côtoie tous les matins au réveil ou artificiellement le soir ou la nuit, est en partie maintenant dominée par l'Homme pour son plus grand bénéfice.

Ce géant encore inégalé de la science, Albert Einstein, est à l'origine du concept qui permet à l'Homme, et ce depuis le début des années '60, de piéger la lumière dans une cavité, d'y amplifier son rayonnement lumineux et de construire ainsi un faisceau lumineux extrêmement précis et puissant et aux multiples applications, tant industrielles que médicales. Le LASER, qui est en fait l'acronyme anglais de *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation* ou en français « amplification de la lumière par émission stimulée de rayonnement » a révolutionné la médecine dans bien des cas.

Les applications ophtalmologiques furent les premières à changer le monde de la chirurgie ophtalmique, et ce, dès les années '60, puisque ce faisceau lumineux extrêmement concentré en concordance permet de percer ou couper le métal ou de parcourir d'énormes distances. Le laser devient, entre les mains des médecins, un véritable scalpel non sanglant. Il permet d'agir à distance, de pénétrer les tissus sains sans altérer et de procéder, par exemple, à des microchirurgies à l'intérieur de l'œil pour réparer des petites déchirures ou des petits trous de la rétine, d'enrayer la croissance de vaisseaux sanguins chez le diabétique ou l'hypertendu en provoquant d'infimes explosions pour littéralement cautériser ces saignements et stopper la prolifération de micro-vaisseaux envahissants. Dans d'autres situations, comme dans des glaucomes à angle fermé, on pourra pratiquer au moyen du laser une petite ouverture pour réduire la pression oculaire. Son application la plus fréquente demeure les corrections de l'astigmatisme ou de la myopie.

En chirurgie ou en médecine esthétique, c'est la plus grande révolution du XXe siècle, qu'il s'agisse de l'épilation, de la correction des rides, du traitement de la couperose, de cicatrices, etc. On ne saurait aujourd'hui parler de soins esthétiques sans l'immense contribution du laser.

On s'en sert également en chirurgie du poumon, du cœur et de la sphère ORL pour aider à dégager des obstructions de conduits.

Ce ne sont là que quelques applications et l'avenir va nous réserver bien des surprises dans le futur. Cette technique du laser peut produire un faisceau lumineux si intense que même à des distances de plus de 10 kilomètres certains de ces faisceaux de lumière peuvent endommager de façon permanente les tissus humains (particulièrement la rétine de l'œil).

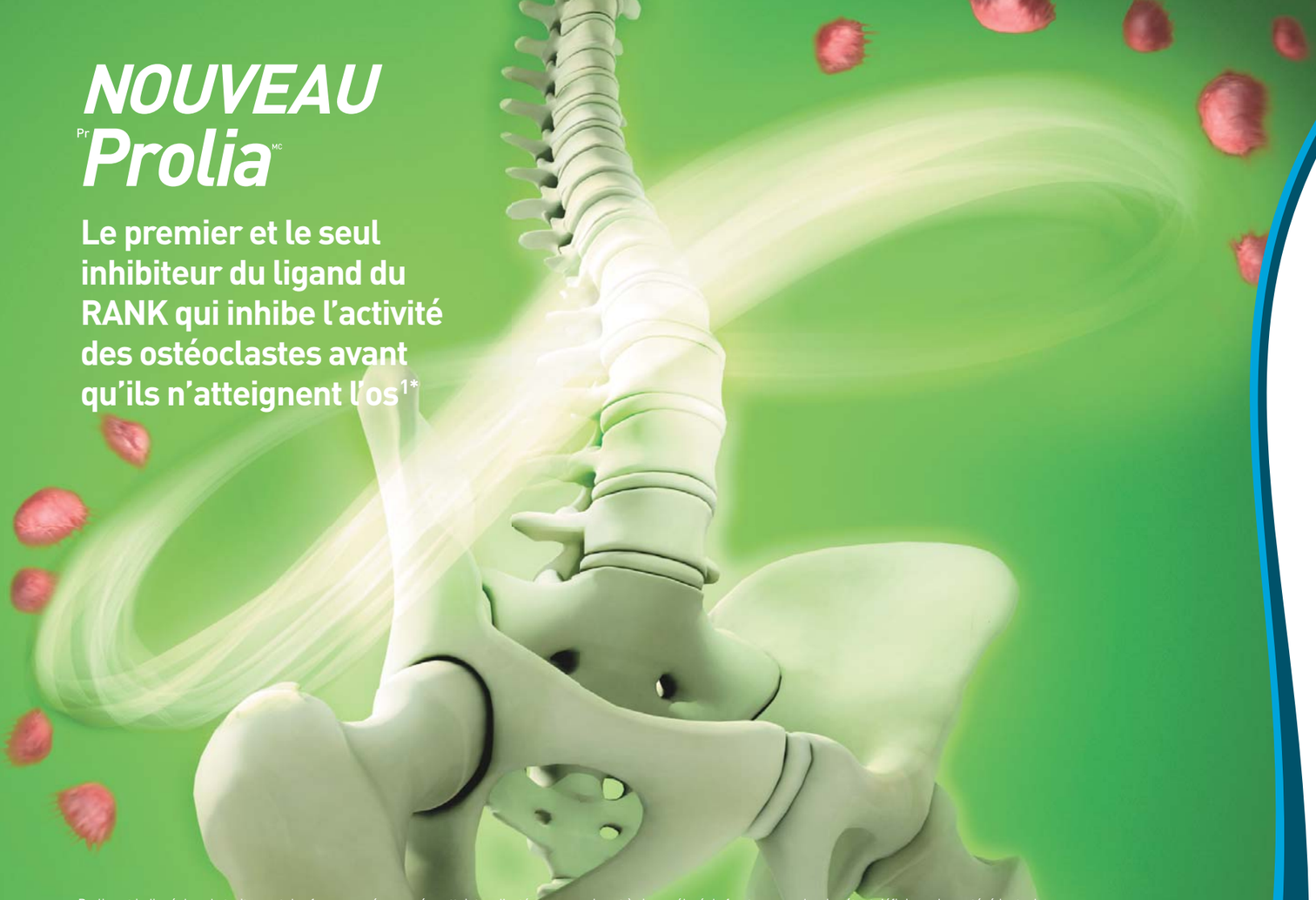
Comme quoi la lumière ne sert pas seulement à mieux voir ou à écouter des CD, mais entre des mains expertes, elle permet pour le patient une approche thérapeutique unique, indolore, non saignante et extrêmement précise, tout en préservant les tissus sains du corps humain. Quelle avancée technologique! ■

« Le laser devient, entre les mains des médecins, un véritable scalpel non sanglant. »

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™ 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™ denosumab

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

LE DÉNOSUMAB (PROLIA™),

UN NOUVEAU MEMBRE DE NOTRE ARSENAL THÉRAPEUTIQUE CONTRE L'OSTÉOPOROSE

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.

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.

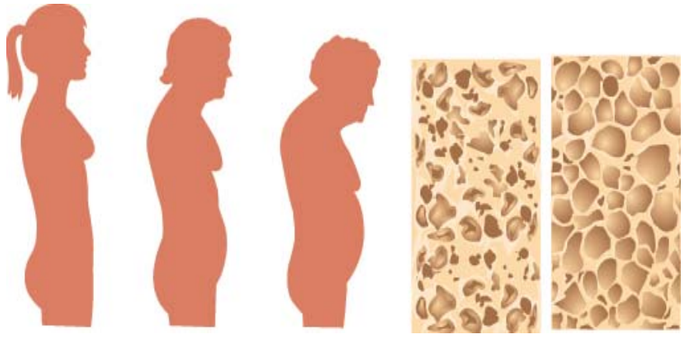
De plus, la diminution du marqueur de résorption osseuse (C-télopeptide sérique) était plus marquée dans les groupes traités avec le dénosumab que ceux traités avec alendronate.

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 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

« 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. »

« 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 % »

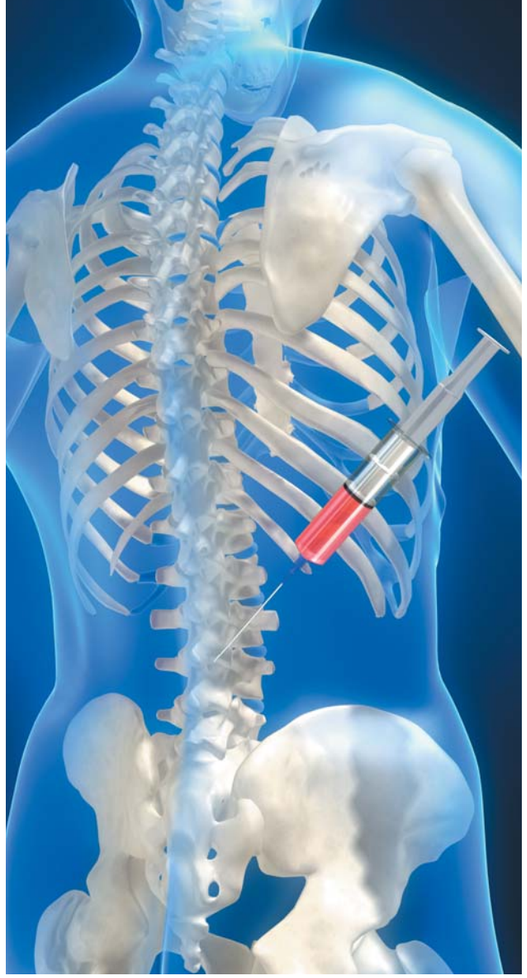


« En résumé, le dénosumab (Prolia) est une médication ayant un nouveau mode d'action et qui est efficace dans le traitement de l'ostéoporose postménopausique diminuant de façon significative l'incidence de fractures vertébrales, de la hanche et des fractures non vertébrales. »

fréquemment dans les études utilisant le dénosumab pour la prévention d'évènements squelettiques chez les patients avec cancer 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.

Pr prolia MC denosumab

UNE FORCE CONTRE LES FRACTURES

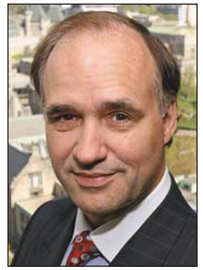
EST MAINTENANT COUVERT PAR LA RAMQ (MÉDICAMENT D'EXCEPTION) AU QUÉBEC.

AMGEN

AMGEN Canada Inc.
Mississauga, Canada

CCPP Membre R&D

LE QUÉBEC À L'HEURE DES CHOIX DIFFICILES



Denis Durand,
associé principal chez Jarislowsky Fraser ltée

À l'aube du dépôt du prochain budget du gouvernement du Québec, les milieux économiques soufflent encore d'aise en analysant le comportement de l'économie québécoise depuis le déclenchement de la récession qui a débuté au printemps 2008. Non seulement par rapport à l'évolution des économies des grands pays industrialisés en Europe et à celle États-Unis, mais également en relation avec celles des autres provinces canadiennes, en particulier, celles de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, l'économie québécoise, jusqu'à l'automne de 2010, a pu croître à un rythme plus solide, tout en maintenant plus d'emplois que celles de ses consœurs. L'annonce de possibles élections fédérales, les investissements divulgués quant au lancement des projets hydro-électriques de la Romaine et de la rivière Eastmain, sans compter les impressionnantes dépenses en capital dans le secteur minier, auxquelles s'ajoutent les travaux d'infrastructure dans la région montréalaise et la construction éventuelle d'un complexe sportif à Québec, font penser que l'économie pourra poursuivre sur sa lancée au cours des prochaines années.

Rien n'est gagné toutefois. Il faudra que tous les facteurs positifs de l'économie mondiale se conjuguent pour contribuer spécifiquement à notre économie. De leur coté, nos gouvernements devront faire preuve d'une discipline de fer et de savoir-faire pour convaincre une population vieillissante qui veut accéder à la retraite très tôt, tout en bénéficiant des mêmes services de santé, sans égard à son âge et sans coûts supplémentaires.

PREMIER ITEM : LA RETRAITE

Suite au récent dépôt du rapport des actuaires à la Régie des rentes du Québec quant au financement du régime et à la fixation du niveau des cotisations nécessaire pour atteindre l'équilibre, les conclusions furent sans surprise : le taux de cotisation en fonction du salaire devrait passer de 9.9% à 11.02%, afin d'éviter que la caisse ne se retrouve à sec beaucoup plus tôt que prévu. Ironiquement, dans les autres provinces du Canada soumises au Régime de pensions du Canada, ce taux est maintenu à 9.9%. Plusieurs accuseront le rendement de la Caisse de dépôt en 2008 pour expliquer cette nécessité : à long terme, l'impact est minime. Il faut plutôt s'en remettre à la démographie québécoise pour expliquer cette situation.

En 2013, la population en âge de travailler, soit les individus âgés de 15 à 64 ans, atteindra sa taille maximale de 5,4 millions.

Par la suite, elle devrait se maintenir, sans croissance, entre 5,1 et 5,3 millions jusqu'en 2056. Ainsi, entre 2010 et 2035, le Québec perdra 2.6% de sa population active alors que celle du reste du Canada gagnera 15%. De ce fait, en 2010, le nombre de travailleurs en âge de travailler passera de 4,5 à 2,6 en 2026 par retraité. Il est indéniable que l'évolution de ce rapport ne peut conduire qu'à une croissance économique moindre en relation avec celle des partenaires des pays développés qui peuvent jouir de la compensation d'une immigration plus vigoureuse.

DEUXIÈME ITEM : LA SANTÉ

Le vieillissement de la population québécoise implique

« Nos gouvernements devront faire preuve d'une discipline de fer et de savoir-faire pour convaincre une population vieillissante qui veut accéder à la retraite très tôt, tout en bénéficiant des mêmes services de santé, sans égard à son âge et sans coûts supplémentaires. »

que les dépenses en santé, qui croissent déjà plus rapidement que la croissance économique au Québec depuis une dizaine d'années, soit de 6,8% contre 4,8% annuellement, vont croître plus rapidement et constituer une part plus importante du budget provincial, pour imputer des réductions plus sévères sur le financement de l'éducation ou l'investissement en infrastructures. L'imposition d'un ticket modérateur ou la réduction des services n'aura pour effet que d'ajouter à un fardeau fiscal déjà très lourd ou d'éloigner les candidats à l'émigration spécialisés vers d'autres destinations plus prometteuses.

« À défaut de recourir à une fiscalité exacerbée, il faut sans doute se tourner vers la réduction et le contrôle des dépenses en minimisant l'impact sur les plus démunis. »

TROISIÈME ITEM : FINANCER LES ENGAGEMENTS SANS CROISSANCE DE L'EMPLOI

Une démographie anémique, de même que le vieillissement de la population augurent mal en termes d'augmentation de la base fiscale et du potentiel d'imposition additionnelle sur tous les types de revenus. Déjà, l'impôt sur le revenu des particuliers excède la moyenne canadienne par plus de 13% et les taxes à la consommation par plus de 19%, excluant la dernière hausse du 1er janvier dernier. Les impôts fonciers ne sont pas en reste, car ils surpassent aussi la moyenne canadienne de 7% et les impôts sur les bénéfices des sociétés sont les plus élevés par rapport à l'ensemble des provinces canadiennes. La taxe sur le capital excède de loin la moyenne canadienne, mais est en voie d'être ramenée à un niveau infime en 2016. Pour une province qui veut favoriser l'emploi, la fiscalité est déroutante : l'écart par rapport à la moyenne des provinces est de 45% comparativement à 5,6% pour l'Ontario. Dans un tel contexte, on en vient rapidement à la conclusion qu'augmenter le fardeau fiscal conduirait à une dégradation de la compétitivité de l'économie et de nombreux secteurs industriels. Imposer un impôt supplémentaire sur les hauts revenus au Canada pour contribuer à l'éradication des déficits budgétaires relève du plus pur angélisme et de la stratégie électorale minimaliste : taxer les riches pour donner aux pauvres!

On ne semble pas réaliser que la structure de l'économie canadienne a énormément évolué au cours des quinze dernières années. Les emplois manufacturiers ne totalisent plus que 13 % des emplois contre 9% aux États-Unis. Dans une économie de services, il faut donc attirer les distributeurs et les concepteurs grâce à la rémunération et à une fiscalité compétitive. Un accès au financement de la recherche et au développement subséquent viendra compléter le tout. Si le niveau actuel du dollar canadien a pu en inciter certains à prêter l'oreille aux chants de la sirène, l'augmentation du fardeau fiscal ne pourra certes plus les retenir.

LES SOLUTIONS MITOYENNES EXISTENT-ELLES?

À défaut de recourir à une fiscalité exacerbée, il faut sans doute se tourner vers la réduction et le contrôle des dépenses en minimisant l'impact sur les plus démunis. Il faut utiliser les nouvelles technologies et la réduction des coûts d'administration pour préserver l'essence des services qui doivent être rendus. Une belle formule souvent répétée! Cependant, ces solutions ne pourront assurer que le Québec aura assez de personnel disponible et qualifié pour remplir les emplois de demain. L'immigration ne pourra augmenter en criant : « Nous vous aimons! » Puisque les Québécois ont amplement bénéficié des mesures sociales et du système de santé des trente dernières années, il semble qu'une ou des voies puissent exister en incitant certains travailleurs ou cadres en bonne santé à continuer de procurer des services de gestion ou de formation, car l'espérance de vie des Québécois s'est certainement accrue de plus de cinq ans au cours des 20 dernières années.

POURQUOI S'INQUIÉTER?

L'économie québécoise a pu tirer parti de la demande croissante pour les ressources en provenance de l'Asie et des pays émergents : les prix ont fortement augmenté, supportés de plus par la spéculation financière jusqu'en 2008. Le tissu de protection sociale a servi de coussin malgré la sévérité de la récession en 2008-2009. Le dollar canadien a continué sa progression et se s'échange maintenant au pair avec la devise américaine, ce qui entraîne la disparation progressive de plusieurs entreprises qui exportaient fortement vers les États-Unis. Le Québec se retrouve de nouveau plus dépendant des investissements dans le secteur des ressources. La demande et les prix de ces ressources sont fortement dépendants de la croissance de l'économie domestique des pays émergents puisque les économies des pays développés sont handicapées par le niveau d'endettement de leurs gouvernements et de leurs consommateurs. L'inflation surgit maintenant dans les pays émergents et l'augmentation des taux d'intérêt pourrait sans doute affecter la croissance de ces économies tout en limitant la hausse des prix des matières premières. Comme les royautés que procure cette industrie demeurent limitées, elles ne pourraient compenser pour une économie dont la population est en déclin et qui n'exporte que des ressources. ■

« Le dollar canadien a continué sa progression et se s'échange maintenant au pair avec la devise américaine, ce qui entraîne la disparation progressive de plusieurs entreprises qui exportaient fortement vers les États-Unis. Le Québec se retrouve de nouveau plus dépendant des investissements dans le secteur des ressources. »

Financière des professionnels

Grandir en confiance

Gestion privée*
Fonds d'investissement
Planification financière
* Membre - Fonds canadien de protection des épargnants

Nous vous connaissons mieux que quiconque. Créée par et pour des professionnels comme vous, la Financière des professionnels vous propose des services de gestion de placements, de planification financière et de planification successorale taillés sur mesure, dans le cadre d'une démarche globale d'accompagnement.

www.fprofessionnels.com

JARISLOWSKY FRASER LIMITÉE
CONSEILLERS EN PLACEMENTS

Denis Durand, associé principal

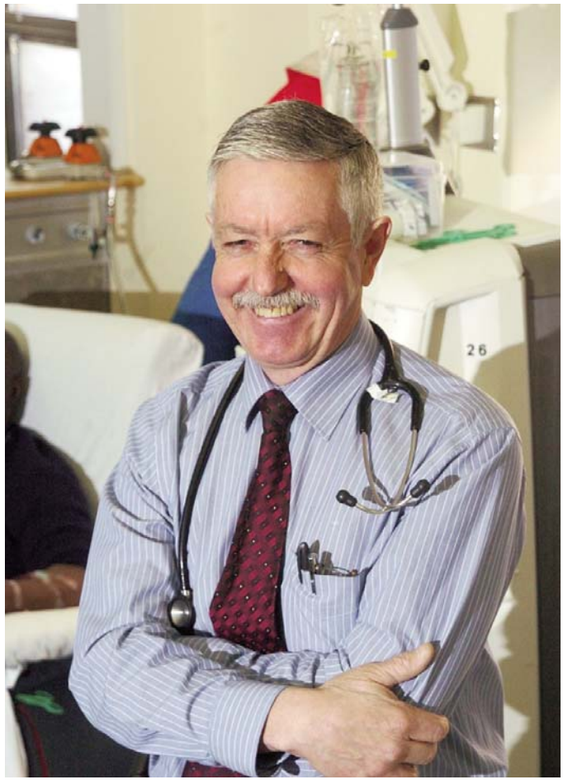
1010 Sherbrooke Ouest
Montréal, Québec
H3A 2R7

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

RENCONTRE AU SOMMET

Propos recueillis par Marie-Claude Roy

Danielle McCann



Jacques Jobin

L'HÔPITAL DE VERDUN EN CONSTANTE INNOVATION

L'Hôpital de Verdun a plus de 75 ans et il est reconnu pour la qualité des services offerts.

Danielle McCann est directrice générale du Centre de santé et de Services Sociaux du Sud-Ouest de Verdun dont fait partie l'Hôpital de Verdun. Le CSSS du Sud-Ouest de Verdun comprend sept centres d'hébergement, trois CLSC et l'Hôpital de Verdun. Lors d'un entretien avec madame McCann et le docteur Jacques Jobin, président du CMDP (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) du CSSS du Sud-Ouest Verdun, il a été question uniquement de l'Hôpital de Verdun.

Comme son nom l'indique, cet hôpital est situé à Verdun. Son territoire couvre également St-Henri, Ville-Émard, Côte St-Paul et Pointe St-Charles.

« On dit souvent de l'Hôpital de Verdun qu'il est le plus gros des plus petits centres hospitaliers, mentionne la directrice générale, Danielle McCann. C'est plutôt un hôpital communautaire, l'un des plus importants à Montréal. L'hôpital de Verdun possède 194 lits dont 15 lits de soins intensifs et coronariens. Le CSSS compte 3 500 employés et l'hôpital compte 1 485 personnes qui y travaillent. Nous avons également 237 médecins, spécialistes et omnipraticiens de même que 540 infirmières et infirmiers et 13 pharmaciens. En médecine générale, nous avons 27 résidents. »

CLIENTÈLE

Près de 140 000 citoyens demeurent sur le territoire desservi par l'Hôpital de Verdun. « Nous avons probablement le volume de clientèle le plus élevé, souligne madame McCann. Certaines personnes viennent à notre hôpital et proviennent d'un territoire adjacent. Environ 60 % des personnes hospitalisées proviennent de notre territoire. Notre hôpital est très valorisé et très apprécié dans sa communauté, où les gens viennent en grand nombre. En 2009-2010, nous avons eu 6 700 personnes qui ont été hospitalisées. Au niveau des personnes âgées, 68 % de cette clientèle hospitalisée provient de notre territoire. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 42 % de la clientèle hospitalisée. Par conséquent, la clientèle des personnes âgées se veut une clientèle très importante. »

Chaque année, l'urgence de L'Hôpital de Verdun accueille 40 000 personnes. En médecine de jour, plus de 16 000 visites ont lieu chaque année.

« En consultation externe, dont nos cliniques spécialisées, nous avons plus de 45 000 visites par année, de poursuivre la directrice générale. Nous avons également une unité de médecine familiale, maintenant une clinique réseau intégré. On y compte plus de 32 000 visites par année. Cette unité de médecine familiale est également un centre d'enseignement pour les résidents. »

« Comparativement au reste de l'île de Montréal, la clientèle desservie par l'Hôpital de Verdun est plus âgée, de constater le docteur Jobin. Cette clientèle est également moins favorisée au niveau socio-économique. Il y a tout de même une relation entre le niveau socio-économique et la présence de certaines maladies, notamment l'obésité, le diabète, le tabagisme. Ce sont des problèmes auxquels nous devons faire face un peu plus souvent que les autres hôpitaux de l'île de Montréal. Par conséquent, nous devons adapter nos services et nos effectifs médicaux en fonction de ces réalités. »

CONSTANTE INNOVATION

« Nos équipes sont à pied d'œuvre afin de donner les meilleurs services aux citoyens, explique Danielle McCann. Par exemple, grâce à l'arrivée de trois hémato-oncologues, il y a quatre ans, notre secteur oncologie s'est développé en mettant en branle un plan de lutte au cancer. Nous offrons un accès, dans les meilleurs délais possibles, à des services et des soins, que ce soit de la prévention au traitement, jusqu'aux soins palliatifs. Nous avons d'ailleurs une excellente équipe de soins palliatifs. »

Concernant le secteur de la gastro-entérologie, l'Hôpital de Verdun a été retenu comme centre de dépistage du cancer colorectal. Au Québec, huit centres ont été retenus dont l'Hôpital de Verdun. Ainsi, ce centre hospitalier va mettre en place un programme rigoureux de dépistage du cancer colorectal.

« À l'Hôpital de Verdun, il y a un esprit de collaboration entre les divers départements qui fascine les résidents en formation chez nous, remarque le docteur Jobin. D'ailleurs, en ce qui concerne les stages en médecine familiale, nous sommes le premier choix des résidents parce que la qualité de l'enseignement est bonne et la qualité des soins est excellente. Il y a également une très bonne collaboration entre l'hôpital et les autres acteurs du réseau, notamment les centres d'hébergement et les CLSC. Cela a donné lieu à des projets comme, par exemple, la clinique de diabète qui s'est installée au CLSC de Verdun avec des médecins de Verdun. »

Le service de néphrologie se veut dynamique. L'Hôpital de Verdun a mis sur pied une importante clinique de protection rénale. « Nous tentons d'axer nos services du côté de la prévention, souligne le docteur Jobin. Les gens qui sont atteints d'un problème rénal reçoivent des conseils de la part de différents intervenants qui ont une expertise dans ce domaine. Le résultat est assez étonnant. Depuis trois ans, le pourcentage des personnes qui doivent éventuellement recevoir des services de dialyse a diminué, alors que dans les autres centres, les besoins ont tendance à augmenter. De ce point de vue, on dit souvent qu'il est préférable de prévenir que de guérir. Par conséquent, ce programme est un grand succès. »

Toujours dans le secteur de la néphrologie, l'Hôpital de Verdun fait une place importante à l'exercice physique. Durant leur dialyse, plusieurs patients font de l'exercice pendant leur traitement Cela en étonne plusieurs de voir des patients en train de faire filtrer leur sang tout en pédalant.

« Nous avons noté une amélioration de la force musculaire, de constater Jacques Jobin. On prévient ainsi des chutes et des blessures. Il y a aussi un énorme bénéfice psychologique relié à l'exercice physique. »

L'Hôpital de Verdun a aussi mis sur pied un projet pour donner des services de dialyse aux personnes hébergées. La situation typique étant la personne qui est en dialyse depuis quelques années, qui a un accident vasculaire cérébral et un problème d'autonomie. Souvent, son état ne lui permet pas de retourner à domicile. Cette même personne est à la

« Chaque année, l'urgence de L'Hôpital de Verdun accueille 40 000 personnes. En médecine de jour, plus de 16 000 visites ont lieu chaque année. »

« À l'Hôpital de Verdun, il y a un esprit de collaboration entre les divers départements qui fascine les résidents en formation chez nous, remarque le docteur Jobin. D'ailleurs, en ce qui concerne les stages en médecine familiale, nous sommes le premier choix des résidents parce que la qualité de l'enseignement est bonne et la qualité des soins est excellente. »

merci des services de transport pour ses traitements. Durant l'hiver, c'est particulièrement difficile.

« Notre projet consiste à offrir des services dans un centre d'hébergement pour cette clientèle particulière, dit le docteur Jobin. C'est unique au Québec. C'est un modèle de services qui sera éventuellement imité par d'autres centres médicaux en raison de la plus value au niveau de la qualité des services. Nous avons beaucoup de dynamisme au niveau médical. Or, ce dynamisme ne pourrait donner de résultats concrets sans cet esprit de collaboration entre les médecins et les intervenants. »

« Le dynamisme de l'Hôpital de Verdun est effectivement un exemple de collaboration, d'indiquer la directrice générale, Danielle McCann. Le secteur de l'urgence fonctionne bien parce qu'il y a un travaille de collaboration, non seulement entre les médecins de l'Hôpital de Verdun, mais aussi avec des personnes de l'extérieur. Il y a aussi tout le secteur de la chirurgie. Par exemple, pour le patient qui vient d'être opéré pour une prothèse de la hanche ou du genou, il y a ensuite la réadaptation. Nous avons donc mis en place un cheminement pour ces patients qui est d'une grande qualité. Le séjour à l'hôpital est le plus court possible. Par la suite, il y a un suivi en centre de réadaptation ou à domicile.

La santé mentale est un autre exemple de collaboration. Nous travaillons avec les équipes de première ligne en santé mentale dans nos CLSC. Quand une personne se présente à l'urgence avec ce type de problème, il y a déjà un intervenant de première ligne qui est présent afin d'évaluer la situation et accompagner cette personne. Ce ne sont là que quelques exemples de collaboration entre nos divers intervenants qui se font dans l'intérêt de nos citoyens et de nos patients. »

« Ce qu'il faut surtout retenir de nos réussites et de nos avancées, résume Dr Jobin, c'est qu'elles ont été rendues possibles grâce à l'extraordinaire collaboration qui existe entre les omnipraticiens, les médecins spécialistes, les infirmières, les pharmaciens et l'ensemble du personnel. Tout le monde est important dans la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité. »

« Ce qu'il faut surtout retenir de nos réussites et de nos avancées, c'est qu'elles ont été rendues possibles grâce à l'extraordinaire collaboration qui existe entre les omnipraticiens, les médecins spécialistes, les infirmières, les pharmaciens et l'ensemble du personnel. Tout le monde est important dans la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité. »

Préoccupations

Une des grandes préoccupations de l'Hôpital de Verdun, qui est partagée par l'ensemble du réseau, c'est l'accès à un médecin de famille. À Montréal, près de 30 % des citoyens n'ont pas de médecins de famille.

« Il s'agit là d'une grande préoccupation chez nous, estime Danielle McCann. Comme vous le savez, quand une personne n'a pas de médecin de famille, il y a plus de chances qu'elle se retrouve à l'urgence. Nous travaillons à consolider nos équipes multidisciplinaires dans les cliniques médicales, mais cela demeure un problème. Il y a également l'alourdissement de la clientèle hospitalisée. Par conséquent, nous avons développé une approche gériatrique. Nous devons constamment adapter nos services et nos soins pour mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées. »

D'autre part, soulignons l'augmentation de la population. Verdun se trouve dans un secteur de l'île de Montréal qui va recevoir le plus grand nombre de projets immobiliers, au cours des prochaines années.

« Mon plus grand souhait serait d'obtenir des budgets afin de moderniser l'Hôpital de Verdun qui a plus de 75 ans, rappelle madame McCann. En 2004, nous avons réaménagé au complet le secteur de l'urgence. Notre secteur de la radiologie et de la médecine nucléaire a également été modernisé. Cependant, plusieurs unités de soins datent de 75 ans environ. Nous avons actuellement des chambres multiples quand on sait que les normes sont d'avoir des chambres à deux avec, bien sûr, des installations sanitaires adéquates. Il faudrait donc moderniser presque toutes nos unités de soins et refaire complètement notre secteur ambulatoire qui comprend les cliniques externes et les unités de médecine familiale. Ce sont des besoins criants. Nous pourrions ainsi améliorer les conditions des patients, des médecins et des employés. »

Fait à noter, l'Hôpital de Verdun a été identifié par le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec pour donner de la formation à des médecins étrangers.

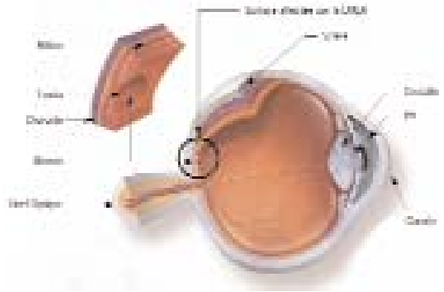
« Nous sommes en train de mettre sur pied ce programme de formation, de conclure madame McCann. Pour nous, il s'agit d'une reconnaissance de l'excellent travail de notre équipe médicale. De plus, nous avons été accrédités par Agrément Canada récemment pour la qualité et la sécurité des services et des soins à l'Hôpital de Verdun. » ■

LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE

Jean Daniel Arbour
M.D., F.R.C.S.(C)
Médecin-ophtalmologiste

Chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus, comme dans tous les pays industrialisés, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, ou DMLA, cause plus de perte de vision que toute autre maladie. Comme l'incidence de la DMLA croît fortement après 65 ans, le vieillissement de la population fera vraisemblablement tripler le nombre de cas de DMLA, et ce, au cours des 25 prochaines années. Les conséquences de la DMLA peuvent être majeures pour le patient atteint, pour ses proches et pour la société en général. En effet, l'augmentation du risque d'accident, la perte d'autonomie et la dépression reliée à la DMLA engendrent des coûts directs en services de santé et services sociaux, de même que des coûts indirects par une baisse de productivité à la fois de l'individu atteint, et de son entourage. Depuis une décennie surtout, des progrès importants ont été réalisés quant aux traitements de la forme exsudative et comme il a été démontré que la rapidité d'intervention est cruciale pour limiter la perte de vision lors du passage de la forme sèche à la forme humide, une conscientisation de la population en ce qui concerne cette maladie est primordiale.

FIGURE 1



LA MALADIE

La DMLA ne touche que les yeux, ce qui la distingue des nombreuses maladies systémiques ayant des répercussions oculaires comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Celle-ci s`attaque d'abord et avant tout à la partie centrale de la rétine, la macula, mais elle déborde souvent de cette zone, surtout en l'absence de traitement. La rétine est une fine membrane qui tapisse l'intérieur de l'œil (figure 1) et qui contient plus de 100 millions de cellules responsables de percevoir la lumière et de capter les images, pour ensuite les transmettre au cerveau. Comme la macula est responsable de la vision centrale, donc de précision, pour un patient atteint de DMLA sévère, les activités de tous les jours seront affectées: difficultés à lire, à reconnaître les visages, à regarder la télévision ou à conduire la voiture, etc. La DMLA peut se présenter sous deux formes : la forme sèche ou atrophique (85% des cas) et la forme humide ou exsudative (10-15% des cas). La DMLA humide, heureusement moins fréquente, est responsable de 90% des cas de perte de vision importante. Il est très important de réaliser que la DMLA peut se présenter sous une multitude de grades de sévérité et que la plupart des patients atteints de DMLA conservent une vision acceptable qui leur permet de très bien fonctionner dans les activités quotidiennes. Même dans les cas les plus sévères, la vision périphérique plus ou moins immédiate est habituellement préservée, et il est très rare que l`on devienne complètement aveugle à cause de la DMLA.

LES FACTEURS DE RISQUE

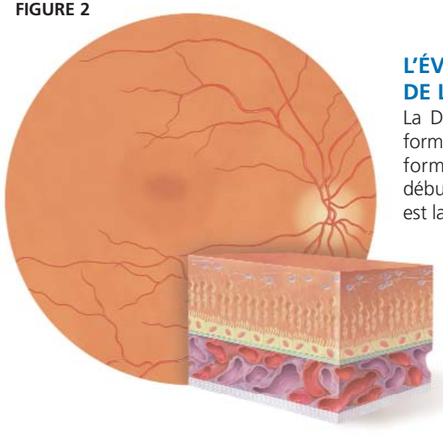
Les facteurs de risque de développer la DMLA peuvent être non modifiables ou modifiables. Parmi les risques non modifiables, l'âge représente le facteur de risque le plus important, suivi de l'histoire familiale. Ainsi, si l'incidence de la maladie augmente rapidement surtout après l'âge de 70 ans, il arrive rarement que des personnes plus jeunes soient atteintes, même avant l`âge de 50 ans. Les autres facteurs de risque non modifiables sont les maladies vasculaires et l'hypertension, le sexe (les femmes seraient légèrement plus à risque), et la couleur des yeux (les yeux pâles sont un peu plus souvent atteints). Le facteur de risque modifiable le plus important est le tabagisme. Il est démontré depuis longtemps que l'usage du tabac augmente à la fois le risque en général d'être atteint de DMLA, mais surtout le risque de perte de vison sévère lorsque le patient est déjà atteint de DMLA sèche. Les autres facteurs de risque modifiables incluent l'alimentation (une alimentation pauvre en fruits et légumes et en poisson) et fort probablement l'exposition soutenue et à la lumière intense, bien qu'à ce niveau les études demeurent très divisées et même, contradictoires. Le patient peut donc agir significativement sur ses facteurs de risque modifiables, en s'alimentant bien et en cessant de fumer.

LA DMLA, UNE MALADIE NOUVELLE?

Bien que jusqu`à ce jour on ne connaisse pas encore la cause exacte de l`apparition de la DMLA, les facteurs de risque énumérés précédemment orientent les nombreuses recherches sur la maladie. La DMLA a probablement toujours existé, mais il ne faut pas oublier qu`il n`y a pas si longtemps, l'espérance de vie moyenne des hommes et des femmes était beaucoup plus courte et que les moyens de détection, de diagnostic, mais surtout de traitement, ont évolué de façon extraordinaire depuis la dernière décennie, nous permettant maintenant d`identifier et de traiter la DMLA. C`est pourquoi on en parle beaucoup plus maintenant.

« La DMLA ne touche que les yeux, ce qui la distingue des nombreuses maladies systémiques ayant des répercussions oculaires comme le diabète ou l'hypertension artérielle. »

FIGURE 2



L'ÉVOLUTION NATURELLE DE LA DMLA

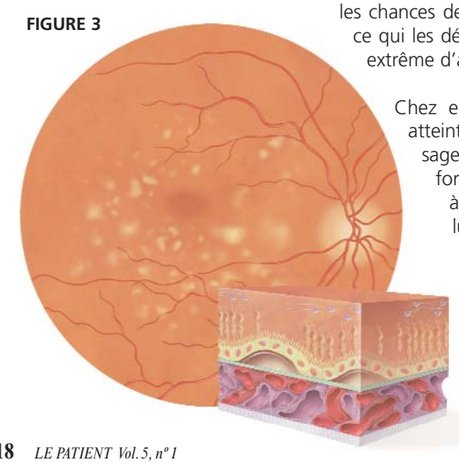
La DMLA se décline sous deux formes, la forme sèche et la forme humide. La maladie débute avec la forme sèche qui est la plus fréquente et touche 1 à 2% des gens de 60 à 64 ans, et 25% des gens de 70 à 75 ans. La forme humide est beaucoup moins fréquente et touche moins de 1% des gens de 60 ans, mais jusqu`à 10% des gens de 80 ans et plus.

La DMLA provient d`une détérioration graduelle des cellules de l'épithélium pigmentaire (ERP), situées sous la rétine (figure 2). Comme les cellules de l'ERP sont essentielles au bon fonctionnement des photorécepteurs, ces derniers sont atteints secondairement. Les cellules de l'ERP qui fonctionnent anormalement produisent des dépôts, d'abord entre leur membrane basale et le restant de la membrane de Bruchs (les drusens, formés de résidus du métabolisme de l'ERP), et/ou se métaplasient puis disparaissent (anomalies pigmentaires puis, atrophie). Les drusens sont habituellement les premiers signes de la DMLA sèche, et sont détectables à l`examen du fond de l`œil (fig. 3).

« La DMLA provient d`une détérioration graduelle des cellules de l'épithélium pigmentaire (ERP), situées sous la rétine (figure 2). »

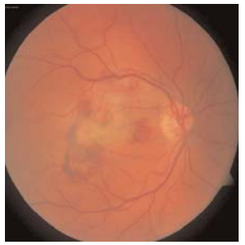
Chez plus de 85% des patients atteints de DMLA, celle-ci demeurera toujours sèche et il pourra y avoir une détérioration plus ou moins importante de la vision centrale, presque toujours très lente et graduelle, qui permettra au patient de mener une vie pratiquement normale. Chez 1% des patients atteints de DMLA sèche, celle-ci peut être très marquée et provoquer une baisse importante de la vision centrale, sans jamais cependant faire perdre la vision périphérique. Au risque de se répéter, comme la cécité légale est rare chez les patients atteints de DMLA sèche, il faut vraiment expliquer et faire comprendre aux patients qu'ils ont toutes les chances de ne pas devenir aveugles, ce qui les délivre habituellement d'une extrême d'anxiété.

FIGURE 3



Chez environ 15% des patients atteints de DMLA, il y aura passage de la forme sèche à la forme humide (figure 4) suite à la production, par les cellules en souffrance, de facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF). Des vaisseaux anormaux (néovaisseaux) apparaîtront sous la rétine et produiront ensemble ou séparément un oedème rétinien (enflure), un soulèvement séreux ou hémorragique de la neurorétine ou de l'ERP, une hémorragie intra ou sous-rétinienne et même parfois intravitréenne, avec éventuellement cicatrisation et dommages permanents en l'absence de traitement.

FIGURE 4



Contrairement à la DMLA sèche, dans la forme humide la vision sera affectée très rapidement et le patient verra une tache plus ou moins dense dans sa vision centrale, avec déformation de l'image surtout au niveau des lignes droites qui lui sembleront croches (figure 5). Cette baisse de vision se produit en quelques jours ou quelques semaines. Il est capital pour le patient dont la DMLA devient humide, d'avoir accès à un diagnostic et à un traitement dans un délai de quelques jours ou quelques semaines pour conserver un maximum de vision. Le diagnostic est posé après un examen de la rétine accompagné le plus souvent d'autres examens d'imagerie comme l'angiographie rétinienne à la fluorescéïne (un colorant végétal injecté de façon intraveineuse) (figure 6), ou la tomographie par cohérence optique, un examen non invasif donnant des images en coupe de la rétine et d'autres tissus intraoculaires (figure 7). Le traitement de la forme humide de la DMLA est effectué exclusivement par le médecin spécialisé en ophtalmologie.

FIGURE 5

ÉVOLUTION RÉCENTE DES TRAITEMENTS

DMLA sèche

À ce jour, l'étude AREDS dont les résultats ont été dévoilés en 2001 et 2002, demeure la plus importante référence dans le suivi des patients avec DMLA sèche. Cette importante étude multicentrique visait à déterminer si l'on pouvait diminuer la perte de vision due à la DMLA chez les patients avec la prise de suppléments vitaminiques (vitamines portant la mention AREDS). Après avoir suivi 3640 patients sur une durée moyenne de plus de six ans, on a déterminé que ceux dont la DMLA était légère n'avaient aucun avantage à prendre des suppléments. À l'inverse, ceux dont la DMLA était à haut risque de perte de vision voyaient leur risque de perte de vision importante chuter de 25% en prenant les suppléments vitaminiques à l'étude (AREDS). Seul un professionnel de la santé peut déterminer la sévérité de la DMLA en vérifiant la rétine à l'examen du fond de l'œil.

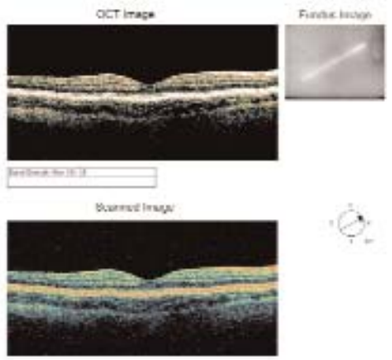
FIGURE 6

Il importe de répéter qu'un patient à haut risque de DMLA avancée n'est pas un patient avec histoire familiale, mais sans anomalie au fond de l'œil, c'est plutôt un patient chez qui on identifie l'une des conditions suivantes : soit une DMLA avancée dans un œil et une DMLA sèche dans l'autre, soit plusieurs drusens de grosseur intermédiaires (63-124um), avec ou sans anomalies pigmentaires, soit au moins un drusen large (125um et plus), ou une atrophie géographique non centrale. Finalement, l'étude AREDS a bien démontré que les patients sans drusen, avec de petits drusens ou de rares changements pigmentaires, ont ingurgité des doses très importantes de vitamines durant cinq ans en moyenne, et ce, sans changement significatif de leur risque de développer une DMLA avancée. Il n'est donc aucunement recommandé pour eux de prendre ces types de suppléments. La suite de l'étude AREDS, l'étude AREDS II, dont les résultats sont attendus en 2012, déterminera quant à elle s'il est indiqué de prendre des suppléments de lutéine et d'omégas en plus, même si les compagnies pharmaceutiques ont déjà entrepris de commercialiser ces suppléments sans attendre les résultats de l'étude.

DMLA humide

Contrairement à la forme sèche de la DMLA, il y a plusieurs traitements reconnus pour la DMLA humide: le laser photocoagulateur, la thérapie photodynamique (avec laser non photocoagulateur), et les médicaments antiangiogéniques. Alors qu'au début des années 80, l'étude MPS (Macular Photocoagulation Study) avait démontré l'efficacité du laser photocogulateur dans la diminution de perte de vision sévère chez les patients avec DMLA, les hauts taux d'échecs des traitements et de récidives de néovascularisation choroïdienne (NVC) ont poussé les recherches vers la thérapie photodynamique (TPD) à la vertéporphine (Visudyne[MD]). Les essais cliniques sur la TPD ont démontré l'efficacité de cette dernière pour freiner l'évolution de la maladie et réduire la perte de vision, lorsque comparée au placebo. Dès le début des années 2000 et jusqu'à la fin 2005, la TPD a été le traitement standard pour la DMLA humide avec NVC à prédominance classique, tel que déterminé par angiographie rétinienne fluorescéïnique. Cependant, il faut bien réaliser que la plupart des patients traités avec la TPD voyaient leur acuité visuelle diminuer continuellement, même si cette baisse était moins importante qu'en absence de traitement. Fort heureusement, la recherche a permis le développement de médicaments beaucoup plus performants: les anti angiogéniques, dont le premier représentant à être approuvé fut le pegaptanib (Macugen[MD]) vers le milieu de 2005. Peu de temps après, les résultats préliminaires et spectaculaires des études sur le ranibizumab (Lucentis[MD]) ont été dévoilés et ce médicament a été rendu disponible en 2006. La supériorité du ranibizumab sur le pegaptanib a été démontrée cliniquement, et pour la première fois, avec un traitement intra vitréen (injecté dans l'œil) répété aux mois, on arrivait à non seulement stopper l'évolution de la DMLA humide, mais bien à améliorer significativement l'acuité visuelle des patients contrairement au pegaptanib, à la TPD ou au placebo. Ainsi, pour plus de 90% des patients traités, l'acuité visuelle était au moins préservée, et pour une grande partie d'entre eux elle s'améliorait même de façon importante, à un point tel que pour 40% des patients traités, la vision était suffisante pour garder leur permis de conduire deux ans après le début des traitements. Même si dans les études ayant conduit à la commercialisation du ranibizumab les patients recevaient des injections intra vitréennes chaque mois pendant deux ans, en pratique, après une dose d'induction de trois traitements mensuels, le patient est réévalué régulièrement afin de permettre la détection d'une éventuelle récidive et de traiter ce dernier au besoin seulement.

FIGURE 7



Pour les patients qui ont eu une dégénérescence maculaire avant l'avènement des anti angiogéniques et lorsque la DMLA humide est cicatrisée, aucun traitement ne peut malheureusement permettre de récupérer la vision perdue. Pour ces patients, on peut alors utiliser les nombreuses aides visuelles dont le but est d'aider le patient à fonctionner le mieux possible dans son environnement malgré sa basse vision. Notons qu'au Québec, les services d`aide et de réadaptation visuelles sont de qualité et d`accessibilité exceptionnelles.

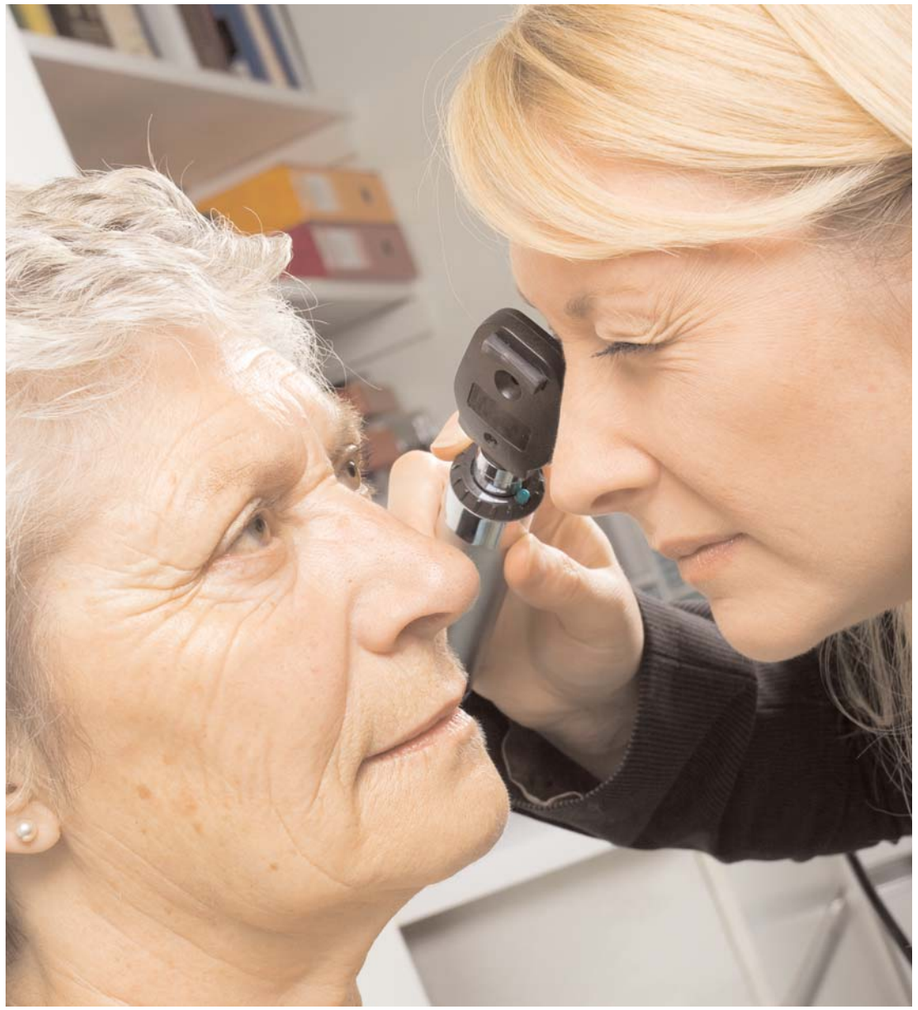
« Pour les patients qui ont eu une dégénérescence maculaire avant l'avènement des anti angiogéniques et lorsque la DMLA humide est cicatrisée, aucun traitement ne peut malheureusement permettre de récupérer la vision perdue. »

L'avenir

Il va sans dire que le pipeline de la recherche amènera au cours des prochaines années plusieurs médicaments intéressants, qui permettront non seulement de préserver la vision, mais même de prévenir la DMLA. Les recherches sur les cellules souches devraient aussi permettre de remplacer éventuellement les cellules rétiniennes détruites par la DMLA. Tous les espoirs sont donc permis. ■

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

LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE



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

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

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

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

Les cataractes ne peuvent pas être retirées au laser. Cette chirurgie a évolué et constitue une procédure sûre et efficace pour corriger la perte visuelle causée par la cataracte, en plus de présenter l'avantage d'une procédure réfractive en éliminant le besoin de porter des lunettes. L'intervention comporte des incisions avec sonde à ultrasons, d'une longueur qui varie entre 2 et 3 mm de longueur et qui ne nécessitent aucune suture pour sécuriser la plaie. Les systèmes de retrait des cataractes par laser sont en voie de développement, mais ils sont dispendieux et ne sont pas facilement accessibles.

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

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

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

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

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

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

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

Patrick Hamel,
M.D., F.R.C.S.(C)
Ophtalmologiste
Ophtalmologie pédiatrique
& strabisme
CHU Ste-Justine
Professeur adjoint de clinique
Directeur du programme
de résidence
Département d'ophtalmologie
Université de Montréal

Nicole Fallaha,
M.D., F.R.C.S.(C), D.A.B.O.
Ophtalmologiste
Ophtalmologie pédiatrique
& strabisme
CHU Ste-Justine
Professeur adjoint de clinique
Département d'ophtalmologie
Université de Montréal

LA LEUCOCORIE

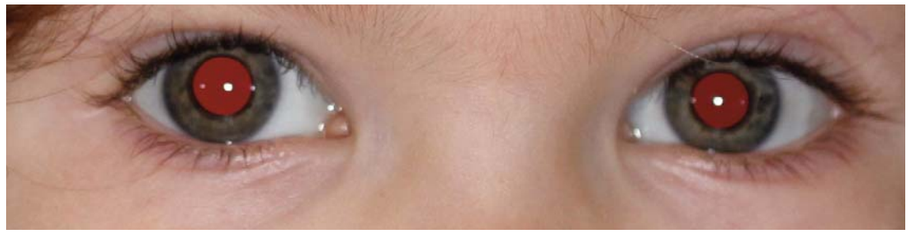


Photo 1. **Reflet rouge normal**

Le terme leucocorie réfère étymologiquement à une pupille blanche. En pratique, nous utilisons ce mot pour référer à un reflet blanc provenant de la pupille, lorsqu'une source lumineuse y est projetée. Nous étendons même habituellement la discussion à un reflet pupillaire anormal, peu importe sa couleur. Sa reconnaissance est primordiale, puisqu'elle peut permettre de sauver la vie d'un enfant.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Rappelons que l'œil est une sphère dont le centre est transparent et permet la transmission de la lumière. Ainsi, un rayon de lumière qui pénètre la cornée poursuivra son trajet dans la chambre antérieure (humeur aqueuse), la pupille, le cristallin, le vitré et finalement, atteindra les photorécepteurs rétiniens. De là, une impulsion électrique sera transmise vers le cerveau. Compte tenu de la présence d'une forte vascularisation choroïdienne sous-jacente à la rétine transparente, la lumière sera reflétée avec une coloration rougeâtre et le trajet se fera en sens inverse vers la pupille.

Par conséquent, la personne qui observe l'œil illuminé verra un reflet rougeâtre provenant de l'aire pupillaire. Il est à noter que plusieurs phénomènes physiologiques ou optiques peuvent causer une modification de la coloration ou de l'apparence de ce reflet. Cela inclut entre autres la race (une personne dont la peau est foncée aura un reflet plus jaunâtre), la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme (présentent un petit croissant horizontal ou vertical, plus lumineux dans le reflet rouge). Cependant, le point commun à tous ces phénomènes physiologiques est la présence diffuse et ininterrompue de lumière reflétée dans l'aire pupillaire.

PATHOPHYSIOLOGIE

Tout phénomène empêchant la lumière de se rendre jusqu'à une rétine et une choroïde saines créera une anomalie dans le reflet perçu au niveau de la pupille. Ces manifestations peuvent varier : un reflet plus terne, absent, ou complètement blanchâtre.

PATHOLOGIE

Plusieurs pathologies peuvent donc être à l'origine du changement d'un reflet pupillaire normal. Le terme leucocorie est généralement réservé à deux maladies qui causent un véritable reflet pupillaire blanc chez l'enfant. Il s'agit de la cataracte (opacification du cristallin) congénitale ainsi que du rétinoblastome. Ce dernier consiste en une tumeur maligne de la rétine propre à l'enfant et habituellement calcifiée, d'où la transmission du reflet lumineux blanchâtre.

Toutefois, lorsque l'on étend le terme à toute pathologie pouvant causer un changement du reflet pupillaire, on inclut aussi d'autres types de cataracte, des pathologies vitréennes (persistance de la vascularisation fœtale, uvéite postérieure ou intermédiaire) et des maladies rétiniennes (toxocariase, maladie de Coats, hamartome astrocytaire rétinien, rétinopathie de la prématurité dans un stade très avancé, colobome choriorétinien, décollement rétinien, fibres myélinisées, etc.).

EXAMEN PHYSIQUE

Il arrive souvent que le parent de l'enfant atteint constate lui-même le reflet anormal. Ce dernier peut être observé tout simplement lors d'une exposition à la lumière ambiante ou encore lors de la prise de photographies avec flash.

Mais pour le médecin de famille ou le pédiatre, un bon examen du reflet pupillaire se fait à l'aide de l'ophtalmoscope direct, dans une pièce peu éclairée. D'ailleurs, il s'agit d'un test très facile à effectuer si on prend la peine de le faire régulièrement. Pour le médecin qui garde sa correction optique pendant l'examen (lunettes ou verres de contact), la dioptrie sur l'ophtalmoscope doit être placée à "0". De cette façon, à environ 1 mètre, le visage de l'enfant apparaît clair lorsque l'examinateur regarde par l'oculaire. On utilise alors la lumière blanche de l'ophtalmoscope, au maximum de son intensité. On vise les deux yeux en même temps (on parle alors du test de Brückner), tout en attirant le regard de l'enfant. C'est à ce moment que l'on pourra observer le reflet rouge provenant de ses pupilles.

Photo 2. **LEUCOCORIE (RÉTINOBLASTOME)**
Bien que le reflet rouge n'apparaisse pas très bien du côté droit, l'œil gauche démontre une leucocorie franche secondaire à un rétinoblastome

Comme le reflet diffère d'un enfant à l'autre pour les raisons physiologiques ou optiques mentionnées plus haut, il demeure important d'observer la symétrie de celui-ci. Toutefois, certaines pathologies peuvent être bilatérales, occasionnant alors un reflet symétrique, quoiqu'anormal. Cela pourrait d'ailleurs s'appliquer à certains cas de rétinoblastome ou de cataracte.

Il importe de mentionner que toutes les pathologies mentionnées n'occasionneront pas en tout temps une leucocorie. Par exemple, le rétinoblastome pourrait être petit et périphérique, de sorte que le reflet provenant de la partie centrale du pôle postérieur de l'œil apparaît normal.

D'un autre côté, certains résultats positifs peuvent s'avérer erronés. Par exemple, si l'enfant ne regarde pas tout à fait droit devant lui durant le test, il est possible que la lumière se reflète sur la papille optique, induisant ainsi une leucocorie unilatérale.

QUI DOIT PASSER CET EXAMEN?

En premier lieu, tout enfant chez qui on suspecte une pathologie oculaire devrait passer ce test. Cela inclut même un enfant atteint de strabisme. Rappelons-nous qu'un enfant avec rétinoblastome ou cataracte peut se présenter avec un strabisme par déprivation sensorielle.

De plus, il est impératif de bien vérifier le reflet, lorsqu'un parent se plaint d'avoir vu un drôle d'aspect provenant de l'œil ou de la pupille de l'enfant. Les parents ont souvent de la difficulté à bien exprimer ce qu'ils voient, mais ont trop souvent raison!

Tableau 1.
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA LEUCOCORIE

- Cataracte congénitale
- Rétinoblastome
- Colobome choriorétinien
- Uvéite postérieure ou intermédiaire
- Toxocariase
- Maladie de Coats
- Persistance du vitré primaire hyperplasique
- Décollement de rétine
- Fibres myélinisées rétiniennes
- Hamartome astrocytaire de la rétine
- Rétinopathie de la prématurité avancée

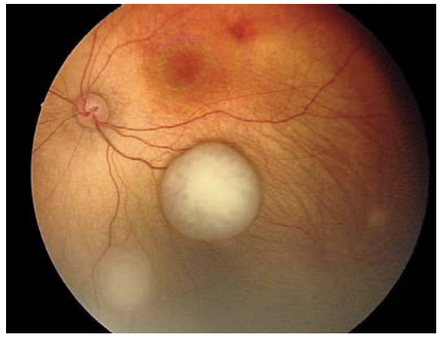


Photo 3. **Photographie de fundus démontrant quelques lésions tumorales d'un rétinoblastome**

Photo 4. **Reflet rouge normal à droite, mais très amoindri à gauche suite à une uvéite postérieure sévère**

Finalement, l'Académie américaine d'ophtalmologie recommande que la présence d'un reflet rouge soit vérifiée systématiquement chez tout enfant à la naissance (et/ou dans les 3 premiers mois de vie). Il faudra également procéder à quelques autres vérifications chez ces enfants : entre 3 et 6 mois, entre 6 et 12 mois, puis entre 3 et 4 ans.

TRAITEMENT ET SUIVI

Qu'il s'agisse d'un doute ou d'un véritable reflet anormal, qu'il soit blanc ou non, une référence semi-urgente en ophtalmologie s'impose. En fait, aucun ophtalmologiste ne refusera de voir un enfant que vous référez pour une leucocorie. Cet enfant devrait d'ailleurs être vu dans les 24 à 48 heures suivant votre examen.

CONCLUSION

Le test du reflet rouge est souvent le seul examen que vous arriverez à effectuer de façon fiable chez un très jeune enfant. Écoutez toujours le parent qui vous dit que son enfant a une drôle de pupille ou un comportement visuel anormal. N'oubliez pas de vérifier le reflet de façon routinière avant l'âge de 4 ans.

Rappelez-vous que le taux de survie pour le rétinoblastome se trouve au-dessus de 95% s'il est détecté à temps. De plus, la découverte et le traitement dans les deux premiers mois de vie d'une cataracte congénitale pourraient sauver l'enfant d'une amblyopie profonde et d'une cécité légale pour le reste de sa vie. ■

« De plus, il est impératif de bien vérifier le reflet, lorsqu'un parent se plaint d'avoir vu un drôle d'aspect provenant de l'œil ou de la pupille de l'enfant. Les parents ont souvent de la difficulté à bien exprimer ce qu'ils voient, mais ont trop souvent raison! »

« Le test du reflet rouge est souvent le seul examen que vous arriverez à effectuer de façon fiable chez un très jeune enfant. Écoutez toujours le parent qui vous dit que son enfant a une drôle de pupille ou un comportement visuel anormal. N'oubliez pas de vérifier le reflet de façon routinière avant l'âge de 4 ans. »

Dre Yolande Dubé
Médecin-ophtalmologiste

«NOUS NE VOYONS QUE CE QUE NOUS CHERCHONS»

« Face à un patient avec un problème occulaire, il est essentiel de lui faire préciser ses symptômes et de garder en tête que de nombreuses maladies systémiques sont associées à des problèmes occulaires. »

Cette capsule d'information vous est proposée pour vous supporter dans la prise de décision d'un problème occulaire.

Un bon diagnostic médical repose sur une bonne ananmèse et un bon examen physique.

L'examen ophtalmologique complet comprend : l'acuité visuelle, les champs visuels par confrontation *(tableau 1),* le diamètre et la réaction des pupilles à la lumière, la motilité occulaire, l'examen à la lampe à fente, la prise de pression occulaire et l'examen du fond de l'œil.

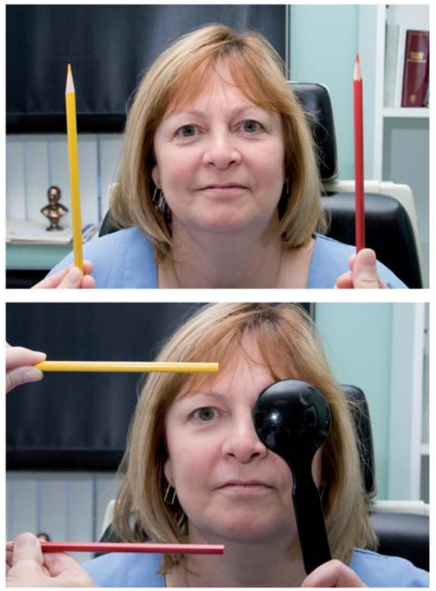
Face à un patient avec un problème occulaire, il est essentiel de lui faire préciser ses symptômes et de garder en tête que de nombreuses maladies systémiques sont associées à des problèmes occulaires *(tableau 2).*

Questions :

- Voyez-vous mal ou vous ne voyez pas du tout?
- La diminution de vision est-elle complète ou n'atteint-elle qu'une partie du champ visuel?
- L'apparition des symptômes a-t-elle été graduelle ou soudaine?
- Le problème est-il unilatéral ou bilatéral?
- Le problème est-il intermittent, constant ou récidivant?

TABLEAU 1

Examen des Champs Visuels



À une distance de 20 à 24 pouces le patient fixe le bout du nez de l'examinateur.
Les objets de couleurs facilitent l'examen.

- Portez-vous des verres de contact? Portez-vous des lunettes? Et depuis quand remonte votre dernière prescription de lunettes?
- Avez-vous identifié des facteurs aggravants ou soulageants?

Une bonne question conduit à une bonne réponse.

TABLEAU 2

Maladies générales associées à des problèmes oculaires

- Diabète : variation de la vision, cataracte précoce, atteintes vasculaires du fond de l'œil
- Hyperthyroïdie : rougeur oculaire, chémosis, kératite d'exposition, rétraction palpébrale, diplopie, exophtalmie, neuropathie optique compressive
- Hypertension artérielle : atteintes vasculaires du fond de l'œil, thrombose veineuse rétinienne
- Polyarthrite rhumatoïde et autres collagénoses : syndrome de l'œil sec, épisclérite, sclérite, ulcère cornéen périphérique
- Cancers (sein, poumon) : diplopie, proptose, soulèvement rétinien

TABLEAU 3

Symptômes oculaires les plus fréquents

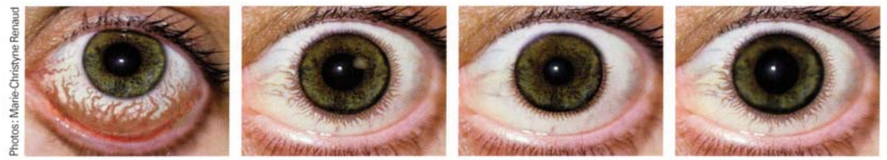
1. Diminution de vision

- Diminution transitoire d'une durée d'environ une heure et revient à la normale en 24 heures :
  - quelques secondes : papillœdème (habituellement bilatéral) ;
  - quelques minutes : amaurose fugace (unilatérale), insuffisance vertébrobasilaire (bilatérale) ;
  - de dix à soixante minutes : migraine (avec ou sans céphalée).
- Perte de vision d'une durée de plus de 24 heures :
  - Subite et non douloureuse : thrombose artérielle ou veineuse de la rétine, neuropathie optique ischémique, hémorragie du vitré, décollement de la rétine ;
  - Subite et douloureuse : glaucome aigu à angle fermé, névrite optique (douleur aux mouvements oculaires), uvéite, endophtalmie.
- Perte de vision progressive et non douloureuse (sur une période de quelques semaines, quelques mois ou quelques années) : erreur de réfraction, cataracte, glaucome chronique à angle ouvert, maladie chronique de la rétine (dégénérescence maculaire liée à l'âge, diabète) ;
- Perte de vision post-traumatique : œdème des paupières, atteinte cornéenne, hyphéma, perforation oculaire, etc.

2. Rougeur oculaire

- À retenir que la rougeur oculaire est plus facile à observer à l'œil nu avec une petite lampe qu'avec une lampe à fente.

Photos : Marie-Christyne Renaud



Conjonctivite — *Lésion ou infection de la cornée* — *Iritis aigu (myosis)* — *Glaucome aigu à angle fermé (pupille semi-dilatée)*

3. Photophobie

- Évoque une atteinte cornéenne, une uvéite.

4. Larmoiement

- Sans douleur : syndrome de l'œil sec (de loin la cause la plus fréquente chez les personnes âgées), blépharite, malposition des paupières, obstruction des conduits nasolacrymaux ;
- Avec douleur : atteinte cornéenne (érosion, corps étranger, érosion récidivante, œdème), uvéite antérieure, dacryocystite, traumatisme.

5. Démangeaisons

- Les démangeaisons évoquent un syndrome de l'œil sec ou une allergie.

6. Sensation de corps étranger

- La sensation de corps étranger évoque un syndrome de l'œil sec, une blépharite, une conjonctivite, une érosion cornéenne ou un problème de verres de contact.

7. Brûlements oculaires

- Les brûlements oculaires évoquent un syndrome de l'œil sec, une blépharite, une conjonctivite (infectieuse, allergique ou mécanique).

8. Douleur

- La douleur peut être oculaire, périoculaire ou orbitaire, selon la cause.

9. Diplopie

- Diplopie binoculaire : la vision double disparaît quand un œil est fermé. Orienter en ophtalmologie rapidement en précisant le motif de la demande.
  - Possibilité d'une myasthénie grave si la diplopie est intermittente. Si la diplopie est constante, penser à une paralysie du 3e, 4e ou 6e nerf crânien, à une maladie orbitaire comme l'orbitopathie thyroïdienne, etc. L'anamnèse et les antécédents du patient vous indiqueront le degré d'urgence d'une orientation en ophtalmologie.
- Diplopie monoculaire : la vision double persiste quand un œil est fermé.
  - Possibilité d'une atteinte cornéenne du cristallin ou d'un problème de verres correcteurs. Il n'y a pas d'urgence.

10. Corps flottant devant les yeux

- Les corps flottants, associés à des éclairs lumineux d'une apparition récente évoquent une déchirure rétinienne, un décollement de la rétine ou un décollement du vitré postérieur. Si les corps flottants sont accompagnés d'une diminution importante de la vision, orienter le patient en ophtalmologie dans les douze heures, car il pourrait y avoir une atteinte maculaire.
- Si les corps flottants ne sont pas associés à des éclairs lumineux et qu'ils sont présents depuis longtemps, il pourrait s'agir d'un décollement du vitré postérieur ou de débris dans le vitré. Rassurez le patient. La situation n'est pas aussi urgente que la précédente, mais un ophtalmologiste doit dilater le fond de l'œil pour éliminer la possibilité d'une déchirure rétinienne périphérique.

Les deux tableaux suivants
- Symptômes occulaires les plus fréquents *(tableau 3)*
- Diagnostic différenciel de l'œil rouge *(tableau 4)*

ont pour objectif de faciliter vos diagnostics d'un problème occulaire et ainsi, diriger de façon pertinente vos patients vers un collègue ophtalmologiste. ■

À RETENIR :
Éviter les cortico-stéroïdes topiques à moins d'avoir un diagnostic précis.

Ne jamais tenter de prendre la pression occulaire en présence d'un traumatisme occulaire manifeste ou possible.

Une perte visuelle chez une personne âgée peut causer ou augmenter un état dépressif ou démentiel.

Tableau 3

Diagnostic différentiel de l'œil rouge

	Conjonctivite aiguë	Érosion, kératite, ulcère cornéen	Uvéite antérieure	Glaucome aigu à angle fermé
Incidence	Très fréquente	Fréquente	Peu fréquente	Rare
Vision	Pas d'atteinte	↓	↓↓↓	↓
Douleur	Aucune	De modérée à grave	Modérée	De modérée à très grave
Sécrétions	De modérées à abondantes virales : claires bactériennes : purulentes allergiques : mucoïdes	Claires – Purulentes	Ø	Ø
Injection conjonctivale	Diffuse : surtout dans le cul-de-sac	Diffuse	Périlimbique	Périlimbique ++
Cornée	Normale	Opacité localisée Érosion : captation de fluorescéine	Précipités kératiques	Œdème cornéen
Pupille	Normale	Variable	Myosis	Semimydriase peu réactive à la lumière
Réponse pupillaire à la lumière	Normale	Variable	↓	↓↓
Pression intraoculaire	Normale	Normale	Normale ou diminuée	Élevée > 28 mm Hg
Éléments à rechercher à l'anamnèse	Infection virale : IVRS récente, contacts atteints Réaction allergique : prurit, rhinite allergique	Érosion : corps étranger, traumatisme HSV : herpès labial	Arthralgies Lombalgies Affection cutanée Maladie inflammatoire de l'intestin	Halos lumineux Céphalées au cinéma
Éléments à rechercher à l'examen	Infection virale : adénopathies préauriculaires Infection bactérienne : sécrétions purulentes Réaction allergique : sécrétions mucoïdes	Érosion : corps étranger sous la paupière supérieure HSV : lésions cutanées herpétiformes Ulcère : taille et localisation	Cellules dans la chambre antérieure	Chambre antérieure étroite
Conduite à tenir	Infection virale : compresses froides, analgésiques par v. o. Infection bactérienne : antibiotiques topiques Réaction allergique : stabilisateurs des mastocytes et antihistaminiques topiques	Érosion : onguent antibiotique, pansement HSV* : orienter avant de prescrire des antiviraux topiques Ulcère : orienter avant de donner des antibiotiques topiques	Orienter avant de donner des corticostéroïdes topiques	Orienter le jour même

* HSV : virus de l'herpès simplex

LES TUMEURS PALPÉBRALES

Isabelle Hardy M.D. , Ophtalmologiste, Oculoplasticienne

Spécialisée en pathologie et chirurgies des annexes oculaires
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal

INTRODUCTION

Les tumeurs rencontrées au niveau des tissus périoculaires proviennent en majeure partie de la peau, incluant l'épiderme et le derme. Nous rencontrons donc des lésions bénignes fréquentes, telles que la kératose séborrhéique, ou malignes fréquentes telles que le carcinome baso-cellulaire. En ce qui concerne les glandes tarsales de Meibomius, le fameux orgelet marginal ou le chalazion font partie du quotidien des optométristes ou des ophtalmologistes.

Cet article présente un survol des lésions fréquemment rencontrées ou de lésions plus rares, mais potentiellement létales.

RAPPEL ANATOMIQUE

La peau de la paupière, comme l'ensemble de la peau humaine, est composée de l'épiderme et du derme. Dans l'épiderme, on retrouve une couche superficielle kératinisée et une couche basale profonde. Le derme est quant à lui composé des structures pilosébacées, des glandes apocrines et eccrines et du tissu nerveux.

C'est le tarse de la paupière qui lui donne son aspect rigide. Il est composé des glandes sébacées de Meibomius. La face postérieure de la paupière est recouverte de la conjonctive.

I.LES TUMEURS BÉNIGNES DES PAUPIÈRES D'ORIGINE CUTANÉE

La kératose séborrhéique

Cette lésion, d'origine épidermique, est extrêmement commune au niveau de la paupière. Elle est localisée le plus souvent le long du bord ciliaire. On la retrouve également fréquemment au niveau du dos ou du thorax. Il s'agit généralement d'une papule verruqueuse d'un jaune brunâtre, unique ou multiple. Le terme anglais ''stuck-on lesion'' la définit bien. Près de l'œil, la lésion peut également être pédonculée. L'exérèse est simple.

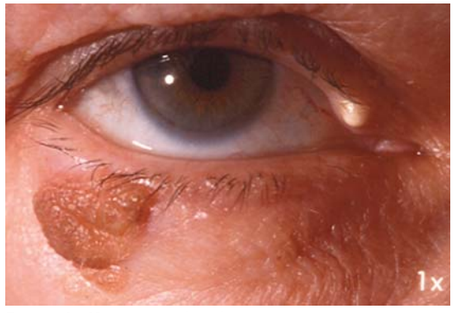


Figure 1 : Kératose séborrhéique

Le nævus bénin

Le nævus mélanocytaire est traditionnellement classifié comme jonctionnel, composé, ou intradermique, ceci étant basé sur la localisation de la prolifération nevocellulaire. La coloration brunâtre dérive de la composante jonctionnelle et la tumescence provient de la composante intradermique.

Cette lésion apparait très fréquemment à la marge palpébrale, comme une petite masse lisse arrondie, présente depuis longtemps. Elle est souvent pâle, sans pigment, puisqu'il s'agit généralement d'un nævus intradermique.

L'exérèse se fait sous anesthésie locale, par rasage. Le but de l'exérèse est diagnostique et esthétique.

Figure 2 : Nævus bénin

Le molluscum contagiosum

Il s'agit d'une maladie virale, modérément contagieuse, provoquée par le Pox virus. Il se présente sous forme d'une petite papule perlée ombiliquée, unique ou multiple, de 2 à 6 mm de diamètre et siégeant sur la paupière ou sur la marge. Il est souvent associé à une conjonctivite folliculaire chronique ipsilatérale. Le traitement par curetage de la lésion permet de guérir la conjonctivite.

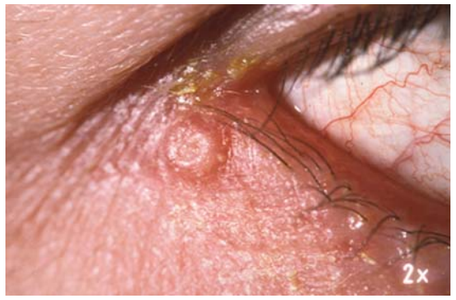


Figure 3 : Molluscum contagiosum

« Les tumeurs rencontrées au niveau des tissus périoculaires proviennent en majeure partie de la peau, incluant l'épiderme et le derme. Nous rencontrons donc des lésions bénignes fréquentes, telles que la kératose séborrhéique, ou malignes fréquentes telles que le carcinome baso-cellulaire. »

II.LES TUMEURS BÉNIGNES DES PAUPIÈRES D'ORIGINE GLANDULAIRE

Orgelet ou chalazion
Il est très fréquent de rencontrer un patient présentant une lésion inflammatoire douloureuse sur la marge de la paupière. Dans la majorité des cas, il s'agit de l'occlusion d'une glande sébacée marginale de Zeis et, en l'occurrence, d'un orgelet.

Si l'inflammation est soudaine, qu'elle semble plus profonde au niveau des tissus palpébraux, et qu'elle est douloureuse à la palpation, il s'agira plutôt d'un chalazion, soit l'occlusion d'une glande sébacée tarsale de Meibomius.

Le traitement initial est d'abord médical et consiste en l'application d'une compresse très chaude à plusieurs reprises dans la journée. Un onguent antibiotique anti-staphylococcique et stéroïde appliqué à la marge pendant 2 semaines peut également être utile.

L'hygiène des paupières est primordiale. Le curetage chirurgical du chalazion n'est suggéré que lorsque l'inflammation aïgue est disparue et qu'une masse résiduelle demeure, généralement après un ou deux mois.

« Il est très fréquent de rencontrer un patient présentant une lésion inflammatoire douloureuse sur la marge de la paupière. Dans la majorité des cas, il s'agit de l'occlusion d'une glande sébacée marginale de Zeis et, en l'occurrence, d'un orgelet. »

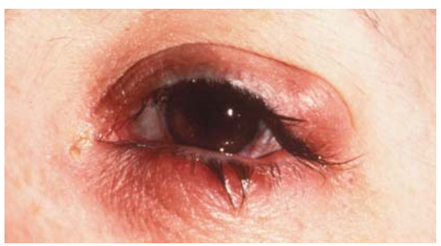


Figure 4 : Chalazion aïgu

L'hydrocystome
L'hydrocystome , ou kyste de Moll, se forme aux dépens des glandes eccrines ou apocrines du derme.

Il se présente habituellement sous forme de petit kyste translucide solitaire, de 2 à 10 mm de diamètre et contient un liquide clair ou laiteux. Il se localise à la marge palpébrale. L'exérèse doit inclure la capsule afin d'éviter les récidives.

Figure 5 : Hydrocystome

Le syringome
C'est la tumeur périoculaire annexielle la plus répandue, provenant de glandes dermiques eccrines. Les syringomes sont habituellement multiples et situés au niveau des paupières inférieures.

La taille des papules jaunâtres varie entre 1 et 5 mm de largeur et ces dernières sont asymptomatiques. Dans ce cas, l'exérèse au laser joue un rôle essentiellement esthétique.

Figure 6 : Syringomes

AUTRES LÉSIONS BÉNIGNES DES PAUPIÈRES

Le xanthélasma
Le xanthélasma est caractérisé par une ou plusieurs plaques surélevées et jaunâtres, souples, habituellement bilatérales, situées près du canthus interne.

Un patient présentant des xanthélasmas peut être porteur d'une hyperlipidémie, habituellement de type II, particulièrement s'il est âgé de moins de 60 ans.

La lésion peut être excisée chirurgicalement, ou traitée par une application d'acide trichloroacétique ou par laser. La récidive après exérèse est fréquente.

Figure 7 : Xanthélasmas

III. LES TUMEURS MALIGNES DES PAUPIÈRES

Les caractéristiques suivantes peuvent nous guider sur le caractère malin d'une lésion palpébrale :

- perte de cils
- érosion et ou irrégularité de la marge
- conjonctivite chronique unilatérale
- chalazion chronique
- saignements

IIIa Origine cutanée

Le carcinome baso-cellulaire (CBC)
Le carcinome baso-cellulaire est le cancer de la peau le plus répandu et de loin la plus fréquente des tumeurs malignes des paupières (90%). Il est généralement relié à une exposition aux rayons UV.

Sa croissance est lente et il n'entraîne que rarement des métastases. La paupière inférieure est la région la plus souvent atteinte, suivi du canthus interne, puis de la paupière supérieure.

« Un patient présentant des xanthélasmas peut être porteur d'une hyperlipidémie, habituellement de type II, particulièrement s'il est âgé de moins de 60 ans. »

Le baso-cellulaire typique est un nodule indolore, rosé et lustré, dont les bords sont parcourus de télangiectasies. Avec le temps, la surface devient rugueuse et peut parfois saigner légèrement. Il peut envahir la marge palpébrale et détruire les follicules pileux. Il peut parfois être mal défini et invasif, de type morphéiforme, et créer ainsi une traction cutanée et un ectropion secondaire.

L'excision chirurgicale est le traitement standard. La technique de Mohs, normalement réalisée par des dermatologues, est la technique de choix. Elle correspond à une exérèse complète de la lésion en préservant maximalement les tissus sains. Le taux de récidive dans la forme nodulaire est minime, soit de moins de 5 %. La reconstruction palpébrale se fait dans un délai de 0 à 3 jours, par des chirurgiens ophtalmologistes oculoplasticiens, ou par des chirurgiens plastiques.

La radiothérapie est également efficace si le patient ne peut être traité par chirurgie ou si la lésion est négligée, extensive ou avancée.

« La règle de suspicion du ABCD nous permet de détecter précocement le mélanome malin. Asymétrie des contours, bordure irrégulière surélevée, couleur variant avec le temps, augmentation du diamètre. »

Figure 8 : Carcinome baso-cellulaire nodulaire

Le carcinome épidermoïde ou spino-cellulaire
Ce carcinome se situe au deuxième rang, comptant pour 9% des cancers palpébraux. Il origine de l'épiderme kératinisé et est relié à l'exposition aux rayons UV. Il atteint le plus fréquemment la paupière inférieure ou le canthus interne.

Contrairement au baso-cellulaire, il a un potentiel mortel dans le cas d'une invasion péri-neurale ou lymphatique et métastatique. La lésion a un aspect variable, passant d'une plaque érythémateuse squameuse avec croûtes et ulcérations à une lésion indurée verruqueuse. Il a une propension pour la marge palpébrale, créant une érosion chez celle-ci, de même qu'une perte de cils.

Par son potentiel métastatique et sa localisation près de l'orbite oculaire, le traitement initial de choix consiste en une exérèse chirurgicale complète par la technique de Mohs.

La radiothérapie est le traitement primaire alternatif pour un patient qui présente une contre-indication à la chirurgie, ou qui la refuse. Elle fait également partie des traitements adjuvants aux exérèses extensives et aux récidives.

Figure 9 : Carcinome spino-cellulaire développé sur une kératose actinique

Le mélanome
Le mélanome malin présente différents types clinico-pathologiques, mais tous proviennent des mélanocytes épidermiques.

Sa présence au niveau des paupières est beaucoup plus rare (1%) que les deux cancers précédents. Cette tumeur pigmentée atteint des patients jeunes et présente un potentiel létal. Si le mélanome est détecté précocement et qu'il n'atteint pas une profondeur de plus de 1 mm, il est curable. Le taux de survie moyen à 5 ans est alors de 95%.

La règle de suspicion du ***ABCD*** nous permet de détecter précocement le mélanome malin. ***A***symétrie des contours, ***b***ordure irrégulière surélevée, ***c***ouleur variant avec le temps, augmentation du ***d***iamètre.

Toute lésion pigmentée suspecte devrait être référée pour biopsie. Le traitement chirurgical inclut idéalement un 5mm d'exérèse de tissus sain au pourtour de la lésion. Lorsque le mélanome est plus étendu et qu'il atteint les ganglions, le traitement est plus complexe. Il inclut la chirurgie, l'interféron et ou la radiothérapie. Le pronostic est réservé. D'autres traitements, tel un vaccin, sont sujets de recherche.

Figure 10 : Mélanome malin

IIIB. LES TUMEURS MALIGNES DES PAUPIÈRES D'ORIGINE GLANDULAIRE

Le carcinome sébacé
L'aspect du carcinome sébacé est très variable et c'est la raison pour laquelle il prend le nom de **syndrome de mascarade**. Un patient âgé présentant une blépharite chronique unilatérale ou un chalazion chronique devrait être référé pour évaluation et biopsie. La lésion peut se présenter également comme un nodule jaunâtre de la marge avec, ou sans ulcération. La localisation la plus fréquente est la paupière supérieure.

L'origine du carcinome sébacé est principalement la glande de Meibomius ou la glande de Zeis. Il peut aussi survenir au niveau de la caroncule. Même s'il est le troisième cancer le plus fréquent de la paupière, il est tout de même rare de le rencontrer (1%). Les sites les plus communs pour les métastases sont les ganglions pré-auriculaires et mandibulaires. Il était un des cancers palpébraux les plus létaux.

Aujourd'hui, avec une connaissance plus répandue de sa présentation clinique, une référence et une exérèse chirurgicale plus précoce, le taux de survie est grandement amélioré. Il est ainsi très important de reconnaître les lésions chroniques citées ci-haut chez un patient autour de la soixantaine. ■

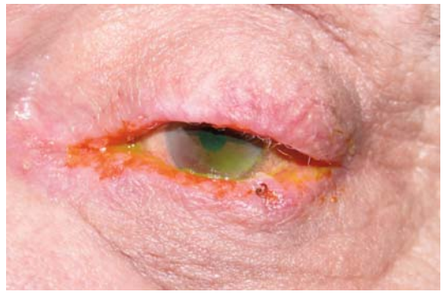


Figure 11 :Carcinome sébacé simulant une blépharite chronique. À noter : la perte des cils.

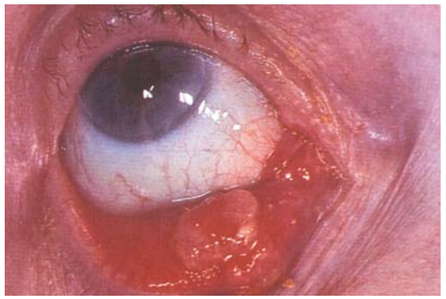


Figure 12 : Carcinome sébacé simulant un chalazion chronique

« La radiothérapie est le traitement primaire alternatif pour un patient qui présente une contre-indication à la chirurgie, ou qui la refuse. Elle fait également partie des traitements adjuvants aux exérèses extensives et aux récidives. »

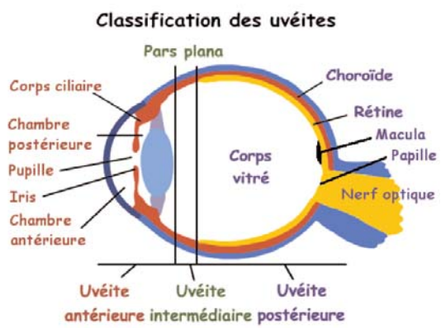
Dr Pierre Duguay
Médecin ophtalmologiste
CHA Hôtel-Dieu de Lévis
CHA Québec Pavillon St-Sacrement
Professeur-chercheur de clinique
Département d'ophtalmologie
Faculté de médecine
Université Laval

LES UVÉITES ET LES MALADIES SYSTÉMIQUES ASSOCIÉES

Le mot *uvéite* tire ses origines du latin *uva,* qui signifie *raisin* - une observation de la couleur de ce tissu vascularisé sous la sclère blanche et fibreuse - et d'*ite*, pour inflammation.

On peut classifier les uvéites selon l'anatomie de l'oeil (image 1). On reconnaîtra ainsi l'uvéite antérieure nommée autrefois iritis ou iridocyclite, l'uvéite intermédiaire et l'uvéite postérieure ou choriorétinite. Quant à la panuvéite, celle-ci affecte tous les segments de l'uvée d'une intensité comparable.

IMAGE 1



Les symptômes principaux sont la rougeur ciliaire (image 2), la douleur dans les atteintes aiguës antérieures, de même qu'une vision altérée ou la présence de particules flottantes dans les atteintes intermédiaires, postérieures ou chroniques.

Les signes principaux sont identifiés lors d'un examen ophtalmologique approfondi et complet. Il sera alors possible de déceler des précipités rétrocornéens (image 3), des cellules et un effet Tyndall ou flare (qui ressemble à l'effet d'un phare dans le brouillard) visible dans la chambre antérieure oculaire, des déformations et adhérences iridocristallinienne ou angulaire (synéchies, image 4). On note aussi des variations de la tension oculaire, hypotonie ou hypertonie. Il est également possible de constater des cellules et du trouble dans le corps vitré, des boules de neige (image 5) ou une banquise inflammatoire. Il peut y avoir différentes lésions visibles blanchâtres ou jaunâtres de type granulomateuses ou nécrotiques sur la rétine ou la choroïde. On peut noter des exsudations périvasculaires (taches de bougies).

« Les symptômes principaux sont la rougeur ciliaire, la douleur dans les atteintes aiguës antérieures, de même qu'une vision altérée ou la présence de particules flottantes dans les atteintes intermédiaires, postérieures ou chroniques. »

IMAGE 2

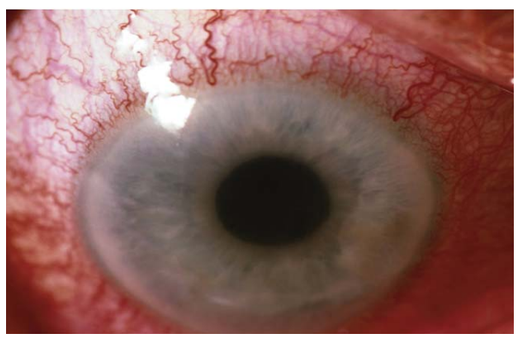


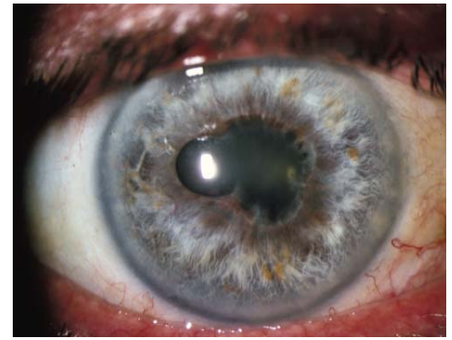
IMAGE 3

Les étiologies à rechercher dépendent bien sûr de la localisation oculaire de l'uvéite (tableau1), mais aussi de la présentation des symptômes et des signes systémiques associés.

On veillera toujours à éliminer une cause infectieuse traitable en premier lieu. La syphilis, par exemple, peut entraîner tous les types d'uvéites et se recherche à l'anamnèse, avec le test sérologique tel que le VDRL et surtout, à l'aide d'un test spécifique pour le tréponème comme le TPPA, qui a une plus grande sensibilité dans tous les stades de la maladie associée à l'uvéite. On recherchera aussi la tuberculose - particulièrement pour les uvéites granulomateuses et postérieures - avec l'anamnèse, l'examen pulmonaire et les tests du PPD et les IGRA (interferon gamma releasing assay).

Les atteintes virales herpétiques antérieures peuvent donner des signes oculaires spécifiques et parfois pathognomoniques. À titre d'exemple, une atteinte unilatérale de la cornée, une atrophie sectorielle de l'iris ou une atteinte vésiculaire dans la distribution du dermatome (zona). Un antiviral de

IMAGE 4



type valacyclovir sera alors indiqué, en plus du contrôle de l'inflammation.

On cherchera toujours à éliminer la possibilité d'un syndrome masquerade comme une tumeur, d'un lymphome ou simplement d'un décollement de rétine par un bon examen ophtalmologique ; particulièrement chez les gens âgés ou considérés comme à risque.

Enfin, dans la plupart des cas, l'uvéite représentera une manifestation auto-immune, associée ou non à une maladie auto-immune systémique.

Dans les uvéites antérieures, on retrouvera un facteur étiologique dans environ 30 % des cas. L'association avec le HLA-B27 et des maladies telles que la spondylite ankylosante, le Reiter, l'arthrite psoriasique et les maladies inflammatoires intestinales demeure le scénario le plus fréquent.

Dans les cas granulomateux, on éliminera la sarcoïdose par étude fonctionnelle et radiologique pulmonaire, de même que l'enzyme de conversion de l'angiotensine, le lysozyme et la calciurie (tableau 2).

Le traitement des formes aiguës nécessite un corticostéroïde topique tel l'acétate de prednisolone 1% appliqué aux heures, de même qu'un agent mydriatique comme l'homatropine 2% ou 5% qui sera appliqué de 2 à 4 fois par jour. Parfois un supplément de corticoïde injectable ou per os doit être administré pour éteindre la crise. Les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) en gouttes ont un rôle controversé et nous menons actuellement une étude concernant leur emploi comme agent épargnant de corticostéroïdes.

L'uvéite antérieure peut aussi se présenter de façon insidieuse, en particulier chez les jeunes enfants présentant une forme oligoarticulaire d'arthrite juvénile idiopathique. Dans ce cas, des visites régulières chez l'ophtalmologiste seront prévues pour dépister cette inflammation silencieuse avant qu'elle ne produise des séquelles telles que des synéchies, du glaucome ou des cataractes.

Malheureusement, les traitements de corticostéroïdes topiques ou systémiques peuvent aussi entrainer ces complications ; leur dosage devra donc être optimisé tout en respectant cet équilibre fragile. Les agents immunosuppresseurs tels que le methotrexate ont amélioré le profil de sécurité pour le soin de ces maladies chroniques, et ce, malgré la possible toxicité hépatique et hématologique.

IMAGE 5

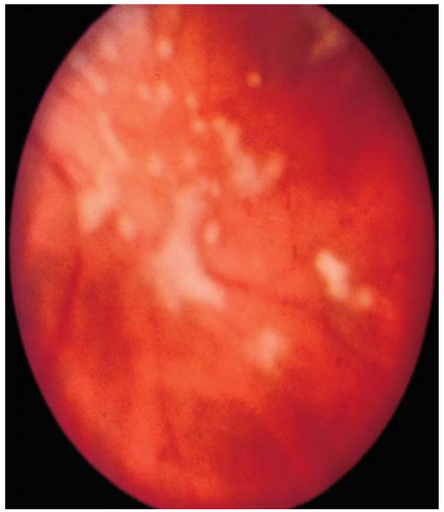


TABLEAU 1

Type d'uvéite	Diagnostic différentiel non exhaustif
Uvéite antérieure	Syphilis HLA B27 Sarcoïdose tuberculose
Uveite intermédiaire	Lyme Toxocara Syphilis Pars planite Sclérose en plaque
Uvéite postérieure	Toxoplasmose Rétinite virale nécrosante Syphilis White-dot syndromes

Certains cas d'uvéite antérieure peuvent aussi résulter d'un traumatisme ou être associés à une kératite.

Pour l'uvéite intermédiaire, après avoir éliminé des causes infectieuses telles que la maladie de Lyme par une anamnèse et un historique des voyages en zone endémique, la toxocara ou une sarcoïdose sont les formes idiopathiques les plus fréquentes (80-90%). La pars planite se caractérise par des amas

« En somme, on soupçonnera lors des symptômes de douleur, rougeur ou perturbation de la vision, une uvéite que l'on confirmera par un examen ophtalmologique qui en précisera la localisation. »

« Une anamnèse détaillée et un examen général donneront la direction d'un diagnostic différentiel qui sera précisé par une investigation ciblée sur les hypothèses cliniques. »

TABLEAU 2

Investigation	**Maladies**	**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**
VDRL-TPPA	Syphilis	
HLA B27 ECA Lysozyme Ca^{++} Radiographie pulmonaire PPD	Sarcoidose Tuberculose	Toujours procéder à une anamnèse complète et un examen médical et ophtalmologique pour orienter l'investigation complémentaire
Sérologie toxoplasma gondii Sérologie de Borrelia burgdorferi Sérologie de bartonella Henselae PCR viraux	Toxoplasmose Lyme Maladie de la griffure de chat Famille des virus Herpès	Toujours procéder à une anamnèse complète et un examen médical et ophtalmologique pour orienter l'investigation complémentaire

TABLEAU 3

Traitement des uvéites	**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**
Uvéite antérieure syphilitique	Pénicilline I.V.
Uvéite antérieure HLA B27	Acétate de prednisolone topique q heures Homatropine 2%TID
Uvéite intermédiaire avec oédème maculaire	Injection de triamcinolone Prednisone per os Agent immunosuppresseurs
Uvéite type rétinite à toxoplasmose	Pyriméthamine Sulfadiazine Acide folinique Prednisone
Uvéite sarcoidose	Prednisone per os
Uvéite associé à l'arthrite juvénile idiopathique	Stéroides Topiques Prednisone per os Methotrexate AntiTNF

inflammatoires vitréens en balles de neige et par des dépôts inflammatoires sur la pars plana accompagnés d'un aspect de banc de neige dans le vitré. L'oedème maculaire qui accompagne souvent la maladie est la principale cause de baisse de vision et de morbidité associée. De récentes techniques d'imagerie comme l'OCT (image 6) en améliorent le diagnostic et le suivi. Il existe aussi des formes associées à la sclérose en plaques, qui se comportent indépendamment de la maladie systémique. Le traitement des uvéites intermédiaires inflammatoires (tableau 3), consiste en des injections sous ténoniques de triamcinolone, des corticostéroïdes per os et des agents immunosuppresseurs comme le mycophénolate mofétil ou la cyclosporine.

Bien entendu, toute histoire de chirurgie intraoculaire récente devra soulever le diagnostic d'endophtalmie bactérienne aiguë. On effectue alors des ponctions de l'humeur vitrée pour culture, de même que des injections intraoculaires d'antibiotiques.

L'uvéite postérieure comprend les rétinites focales dont la cause la plus fréquente au Québec est la toxoplasmose acquise (image 7) ou une réactivation d'une toxoplasmose acquise in utero. À ce sujet, une bonne hygiène des chats domestiques doit être respectée pour éviter une contamination. On retrouve aussi les rétinites virales du groupe des virus herpétiques, dont le cytomégalovirus chez les sidatiques ayant un taux de cd4 bas. Les rétinites multifocales et les chorïdites peuvent être causées par la tuberculose, la syphilis et plusieurs syndromes inflamma-

IMAGE 6

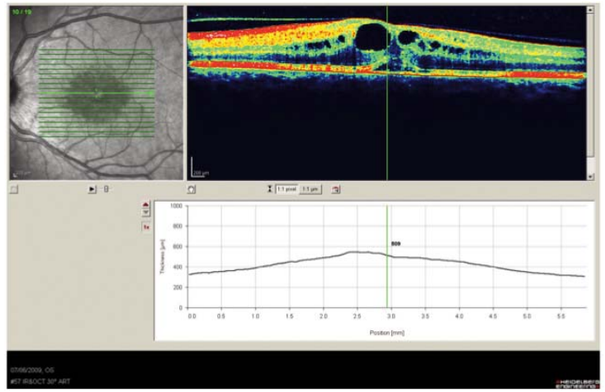


IMAGE 7

toires auto-immuns multisystèmes dont la maladie de Behcet, le VKH - dont les critères diagnostiques cliniques sont bien établis - et l'ophtalmie sympathique de l'œil controlatéral au trauma oculaire.

On retrouve aussi des syndromes limités à une atteinte oculaire, et connus comme les "white dots syndromes" qui présentent des distinctions épidémiologiques, cliniques et pronostiques.

Enfin, dans les panuvéites et particulièrement les formes d'uvéite granulomatose, on devrait toujours éliminer la sarcoïdose qui répond aux corticostéroïdes systémiques. Il en existe des formes limitées aux yeux et un groupe d'expert a récemment établi des critères par consensus pour mieux diagnostiquer cette variante de la maladie.

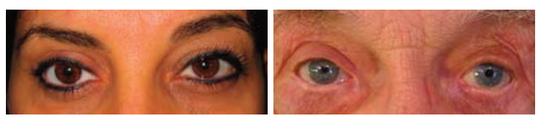
En somme, on soupçonnera lors des symptômes de douleur, rougeur ou perturbation de la vision, une uvéite que l'on confirmera par un examen ophtalmologique qui en précisera la localisation. Une anamnèse détaillée et un examen général donneront la direction d'un diagnostic différentiel qui sera précisé par une investigation ciblée sur les hypothèses cliniques. On obtiendra ainsi la meilleure probabilité post test, en plus de limiter les risques de faux positifs et négatifs pour en arriver à un diagnostic. Le traitement sera dirigé vers l'agent étiologique dans les maladies infectieuses.

Dans les maladies auto-immunes et de causes idiopathiques, un traitement anti-inflammatoire non spécifique à base de corticostéroïdes et dans les maladies sévères menaçant la vision, des agents immunosuppresseurs seront utilisés pour limiter les morbidités oculaires tout en surveillant les organes touchés par la toxicité de ces médications. Dans les cas résistants, les nouveaux traitements d'anticorps dirigés contre le facteur de tumeur nécrotique comme l'infliximab ou l'adélamumab semblent démontrer une efficacité intéressante, bien que les effets secondaires à long terme puissent en modérer l'usage. ■

« Dans les maladies auto-immunes et de causes idiopathiques, un traitement anti-inflammatoire non spécifique à base de corticostéroïdes et dans les maladies sévères menaçant la vision, des agents immunosuppresseurs seront utilisés pour limiter les morbidités oculaires tout en surveillant les organes touchés par la toxicité de ces médications. »

LES OCULARISTES TOM DEAN

MONTRÉAL - OTTAWA



Service personnalisé

Prothèses oculaires sur mesure par empreinte et peintes à la main

Marie-France Clermont, B.C.O.
Isabelle Forget, Oculariste
Tom Dean, B.C.O.

1538, RUE SHERBROOKE OUEST, BUREAU 852
MONTRÉAL, QUÉBEC H3G 1L5
TÉL.: (514) 931-9456 • FAX: (514) 931-9457

Patrick R Boulos
Médecin-ophtalmologiste

LA BLÉPHAROPLASTIE... SUR MESURE

Les yeux sont souvent le premier élément remarqué dans un visage… il s'agit de l'un des aspects les plus importants de l'apparence.

La gravité, l'amincissement de l'épiderme de même que l'atténuation du collagène et de l'élastine contenue dans la peau contribuent à rendre celle-ci plus lâche, redondante et ridée. Au niveau des paupières, cette détérioration de l'aspect de la peau est nommée dermatochalasis. Ces replis de peau peuvent être davantage aggravés par un affaissement concomitant des sourcils, si présent.

Durant la jeunesse, le gras du visage est responsable du volume et des rondeurs esthétiques, typiques de cet âge. Avec le temps, les tissus qui entourent les yeux et forment le visage se relâchent; il y a alors atrophie et redistribution du gras. Plus spécifiquement, il y a affaiblissement de la membrane de tissu (le septum) qui retient le gras derrière les rebords osseux de l'orbite. La conséquence consiste en une hernie de gras vers l'avant des paupières, qui se manifeste comme des "poches" autour des yeux. (Figure 1, images de gauche) À la paupière supérieure, on retrouve deux logettes de gras et à la paupière inférieure, trois.

« De façon générale, le gras s'atrophie avec l'âge. Autour des yeux, ceci se manifeste par l'atténuation du gras de la joue et du coussin de gras sous le sourcil. Ceci résulte en l'apparition des creux qui aggravent la protrusion relative des "poches" venant des paupières. »

De façon générale, le gras s'atrophie avec l'âge. Autour des yeux, ceci se manifeste par l'atténuation du gras de la joue et du coussin de gras sous le sourcil. Ceci résulte en l'apparition des creux qui aggravent la protrusion relative des "poches" venant des paupières. Comme l'éclairage provient presque toujours d'en haut, les "poches" créent un ombrage sous-jacent qui donne l'impression d'un cerne. Le fait de traiter et d'aplanir le contour des yeux permet à la lumière de mieux exposer la surface et de diminuer l'apparence des cernes.

Le relâchement des tissus peut également affecter le muscle qui élève la paupière supérieure et induire une ptose de la marge palpébrale (endroit où se retrouvent les cils). (Figure 2) Ceci est différent du dermatochalasis qui crée des replis de peau sur la paupière. (Figure 3) La position normale de la paupière supérieure est 1-2mm sous le rebord supérieur de l'iris.

Figure 1: Patientes avant et après une blépharoplastie inférieure.
La patiente sur la photo du bas a subi une blépharoplastie supérieure et inférieure.

Le relâchement affecte aussi les ligaments qui retiennent la paupière inférieure, abaissant sa marge, qui repose normalement sous la portion inférieure de l'iris, laissant ainsi paraître la sclère blanche inférieure. (Figure 4: À noter sur l'oeil droit de l'image de droite) En vieillissant, les paupières jeunes proportionnellement plus horizontales prendront des dimensions plutôt verticales qui rendent l'oeil plus rond. (Figure 4)

L'âge est la cause la plus fréquente des changements décrits précédemment. Ceux-ci apparaissent généralement dans la quarantaine et continuent à s'aggraver avec le temps. Par contre, chez certains patients, une génétique familiale peut occasionner des "poches" aux paupières, et ce, même dans la vingtaine. Dans tous les cas, il faut éliminer la possibilité que des maladies systémiques comme l'orbitopathie thyroïdienne, l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque, des conditions dermatologiques et autres, soient en cause.

L'apparence altérée donne l'impression d'une personne fatiguée, endormie ou vieillie, alors qu'elle ne l'est pas du tout. Les replis de peau peuvent rendre les paupières plus difficiles à maquiller. Parfois, les cils ou la peau peuvent devenir visibles dans le champ visuel supérieur, et peuvent même occasionner une tension frontale secondaire à l'effort constant d'élever les sourcils pour dégager les yeux.

On appelle blépharoplastie l'intervention chirurgicale permettant de traiter l'excès de peau, les rides, les creux et les « poches » des paupières supérieures ou inférieures. Le but de la blépharoplastie est de supprimer ou de réduire ces imperfections.

La blépharoplastie peut nettement améliorer ces problèmes et a comme effet d'épanouir le regard, de rendre un air plus reposé et d'apporter un rajeunissement global de l'apparence. Parmi les diverses chirurgies péri-oculaires, la blépharoplastie possède un des plus hauts taux de satisfaction chez les patients.

Pour pouvoir atteindre ces objectifs, il faut que la chirurgie soit modérée et permette à de petites rides et poches, de même qu'à une légère asymétrie de persister. Ces petites imperfections sont souhaitables et donnent une apparence beaucoup plus naturelle, non plastique, appropriée à l'âge du patient et harmonieuse avec le reste de son visage. De plus, pour traiter le problème de façon équilibrée, il faut s'intéresser aux structures périoculaires et faciales dans leur ensemble.

Les chirurgiens du visage, les plasticiens, les ophtalmologistes, et certains dermatologues sont les spécialistes qualifiés en blépharoplastie. Il est important de mentionner que pour tous les patients qui envisagent cette chirurgie, un examen ophtalmologique préopératoire est essentiel. On y vérifie entre autres choses la surface oculaire au microscope afin de s'assurer de l'absence de sécheresse préexistante, qui pourrait être une contre-indication à la chirurgie. De plus, une malposition des yeux, des sourcils ou des paupières peut parfois être associée à des problèmes neurologiques, musculaires ou orbitaires plus sévères qui peuvent être décelés lors de cet examen. Ces problèmes associés doivent souvent être corrigés avant ou pendant la blépharoplastie pour assurer un résultat optimal. L'oculoplasticien est un ophtalmologiste avec une expertise en chirurgie plastique périoculaire. C'est un spécialiste des paupières.

Figure 2: Ptose des paupières supérieures sans excès de peau.

La blépharoplastie supérieure est considérée comme une chirurgie esthétique et n'est pas d'emblée couverte par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Dans certains cas, par contre, où un excédent de peau sévère crée une obstruction du champ visuel, une demande spéciale peut être faite en envoyant des photos du patient. La RAMQ décide alors si l'atteinte cutanée est suffisamment importante pour que son excision soit couverte. À l'opposé, la blépharoplastie des paupières inférieures est toujours considérée comme esthétique.

« La blépharoplastie peut nettement améliorer ces problèmes et a comme effet d'épanouir le regard, de rendre un air plus reposé et d'apporter un rajeunissement global de l'apparence. »

DIFFÉRENTES TECHNIQUES

Chaque patient est différent et il est donc préférable d'éviter les techniques standardisées pour tous. L'idéal est donc de planifier une chirurgie adaptée aux besoins spécifiques de chaque patient. De plus, il faut absolument que les attentes du patient correspondent à des objectifs réalisables par la chirurgie.

Figure 3: Patients pré et post blépharoplastie des 4 paupières (supérieures et inférieures).

Figure 4: Dr Boulos et son grand-père démontrant l'anatomie du vieillissement.

La chirurgie dure environ une heure pour les paupières supérieures et 2 heures si les 4 paupières sont opérées en même temps. Cette intervention est généralement réalisée sous anesthésie locale, mais un calmant peut être administré au besoin, avant et pendant la chirurgie.

Aux paupières supérieures, l'incision est cachée dans le pli de la paupière pour que la cicatrice demeure imperceptible. Avant de débuter l'intervention, il est essentiel de déterminer la quantité maximale de peau qui peut être enlevée sans causer de difficulté à fermer les paupières suite à l'opération.

Une fois la peau excisée, le septum orbitaire (la membrane qui retient le gras dans l'orbite) est incisé, et, si nécessaire, du gras est excisé en quantité appropriée. La peau est ensuite refermée par des sutures résorbables ou non, selon le jugement du chirurgien. La technique utilisée par l'auteur peut être visualisée sur vidéo à l'adresse suivante: http://www.youtube.com/watch?v=bwdTP70sVmE. (Figure 3)

Aux paupières inférieures, si l'excès de peau n'est pas sévère, les « poches » graisseuses peuvent être enlevées par une incision dissimulée à l'intérieur de la paupière (dite transconjonctivale). L'excision doit être contrôlée et modérée de façon à ne pas donner une allure creuse aux paupières. Bien souvent, le traitement d'un relâchement léger ou modéré de peau n'est traité que par un resurfaçage au laser ou par un "peeling" superficiel. (Figure 1)

Une procédure qui retend le ligament reliant la paupière au rebord orbitaire osseux est parfois requise pour prévenir une éversion cicatricielle de la paupière si une excision cutanée a été effectuée ou, à l'occasion, pour corriger un relâchement pré-existant.

Si le préjudice esthétique est surtout secondaire à une atrophie plutôt qu'à une protrusion de gras, le chirurgien préférera utiliser une technique de remplissage, dont l'objectif est de rendre au visage le volume et les rondeurs typiques de la jeunesse. Une photo du patient dans la vingtaine est souvent utile pour guider ces injections. Dans ce cas, il est préférable d'éviter d'exciser du gras, car l'effet serait d'accentuer l'atrophie existante et de rendre les yeux encore plus creux. Effectivement, même si les hernies excisées sont moins apparentes, l'effet peut être vieillissant et rendre certaines structures sous-cutanées, comme le rebord osseux, plus visibles. En fait, chez le jeune, le fait d'avoir une bonne couverture de gras en position anatomique camoufle bien le squelette sous-jacent et garde la peau bien tendue et libre de rides.

L'une des substances de remplissage ("filler") qui peut être injectée est l'acide hyaluronique (Restylane, Juvéderm et autres), un sucre naturel qui retient l'eau et se retrouve dans tout être vivant. Le fait de le répéter aux endroits appropriés restaure le volume perdu. Il s'agit d'un traitement non chirurgical, mais dont l'effet dure entre 12 et 18 mois. Les injections doivent ensuite être répétées pour maintenir l'effet.

Pour un effet plus permanent, on peut injecter du gras au lieu des "fillers". Au niveau des paupières inférieures, il sert à refaire la continuité à la jonction entre le gras de la paupière et celui de la joue. Au niveau des paupières supérieures, l'injection de gras est souvent placée sous le sourcil pour lui redonner un volume jeune et une proéminence esthétique.

Le gras est prélevé au niveau de l'abdomen ou de la cuisse par une petite ponction cutanée. Les cellules graisseuses sont ensuite concentrées en salle d'opération avant d'être réinjectées aux endroits appropriés des paupières, des joues et des sourcils. (Figure 5)

Finalement, une cure de ptose ou un lifting des sourcils peuvent être ajoutés à la blépharoplastie, selon les besoins spécifiques du patient. Par ailleurs, certains patients choisiront de complémenter leur blépharoplastie par d'autres traitements de réjuvénation faciale (Botox, "fillers", etc.) dans le but de maintenir en harmonie, le visage entier.

POSTOPÉRATOIRE

Hormis l'anesthésie initiale, cette chirurgie est très rarement douloureuse. Les paupières et, à l'occasion, le visage peuvent devenir enflés et bleuis. Ces changements se résorbent en une dizaine de jours, mais les résultats ne peuvent être jugés définitifs avant quelques mois. Pour accélérer la guérison, il est important de dormir avec la tête élevée, de ne pas faire d'effort, ni se pencher, ou visiter un endroit malpropre pendant dix jours, afin d'éviter d'éventuelles infections. L'application de glace aux heures, suivie après 48 heures, de compresses chaudes accélère aussi la disparition de l'enflure.

En poste opératoire, il est normal que les paupières aient de la difficulté à fermer pendant un certain temps. Par contre, il est excessivement rare d'avoir un problème de fermeture persistant. Pour éviter que les yeux ne deviennent trop secs, un onguent doit être régulièrement appliqué aux yeux et sur les plaies pour environs 2 semaines.

En général, les points sont fondants, mais dans le cas d'une utilisation de sutures non résorbables, celles-ci sont retirées une semaine après l'intervention. Même si les cicatrices deviennent pratiquement invisibles à long terme, pendant plusieurs semaines, rougeurs, indurations, légère sensibilité ou irritation, petits kystes et engourdissements près des cils peuvent perdurer. Pendant cette période, il faut éviter l'exposition solaire qui peut altérer la pigmentation de la paupière.

Le retour au travail se fait entre une et deux semaines après la chirurgie selon le type d'emploi.

COMPLICATIONS

La complication la plus fréquente de la blépharoplastie est une asymétrie légère et peu remarquable. Par contre, si celle-ci est trop importante, une retouche chirurgicale peut être effectuée.

D'autres complications plus rares incluent les infections, les saignements difficiles à contrôler, les cicatrices hypertrophiques, la vision double, et la malposition des paupières. Si elles survenaient, d'autres traitements ou chirurgies pourraient alors s'avérer nécessaires. Des complications excessivement rares mais dévastatrices sont la blessure oculaire (qui peut mener à la perte d'un oeil), ou la cécité (due à l'occlusion d'une artère ou à une hémorragie orbitaire), qui requièrent un traitement immédiat.

CONCLUSION

Bien qu'avec la blépharoplastie, l'amélioration de l'image corporelle puisse être très significative, l'essentiel est de ne jamais oublier que la modération est clé d'une intervention réussie. ■

« Hormis l'anesthésie initiale, cette chirurgie est très rarement douloureuse. Les paupières et, à l'occasion, le visage peuvent devenir enflés et bleuis. Ces changements se résorbent en une dizaine de jours, mais les résultats ne peuvent être jugés définitifs avant quelques mois. »

« La complication la plus fréquente de la blépharoplastie est une asymétrie légère et peu remarquable. Par contre, si celle-ci est trop importante, une retouche chirurgicale peut être effectuée. »

Figure 5: Traitement de creux périoculaires (paupières inférieures et joues) par agent de remplissage.

« **Avertissement :** Ces photos sont publiées à titre indicatif seulement, afin de fournir de l'information sur la nature de l'intervention. Elles ne constituent aucunement une garantie de résultat. » Photos par Patrick R Boulos

QUAND LE COGNAC SE MET À TABLE

LA VISITE À MONTRÉAL DE PIERRE SZERSNOVICZ, AMBASSADEUR MONDIAL DU COGNAC COURVOISIER ET DIRECTEUR DU CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DE LA MAISON, A ÉTÉ L'OCCASION D'UNE DÉCOUVERTE OENOGASTRONOMIQUE INNOVANTE : LE COGNAC PEUT SE MARIER AVEC LES METS. JE NE PARLE PAS ICI DU SIMPLE COGNAC À L'EAU, NON, LE COGNAC, SUIVANT SON STYLE, SON VIEILLISSEMENT, SA QUALITÉ, SE MARIE PARFAITEMENT AVEC LE PLAT ADÉQUAT.

Nicole Barrette Ryan

« Courvoisier est l'une des quatre grandes marques de cognac sur le marché et son premier marché est celui des États-Unis où il se classe troisième. Au Canada, Courvoisier est la première marque de cognac. »

En ce début septembre, une dégustation des diverses qualités de cognacs Courvoisier a mis à l'épreuve cette notion avec des mets préparés par le chef du Laurie Raphaël de l'hôtel Le Germain à Montréal. C'était risqué et personnellement, je ne crois pas inviter mes amis à partager un «dîner au cognac», mais c'était intéressant. Le meilleur moment a été sans aucun doute les péton-cles avec le VSOP, mais je garde un souvenir ému d'une tarte au chocolat accompagnée de XO…

Mais commençons par le début. Cette splendide visite s'explique par le lancement dans le monde d'un nouveau cognac de luxe à…ESSENCE de COURVOISIER dont il n'a été produit que 3000 bouteilles. Le Canada en reçoit 50 bouteilles et le Québec 12. Cette quantité infinitésimale s'explique par le prix : 3200 $CAN la bouteille (chez Signature).

Mais avant de passer aux choses commerciales, à la dégustation des diverses qualités de cognacs Courvoisier, faisons un bref retour dans le temps. Courvoisier, une vieille dame de 200 ans, a été fondée à Paris, aux entrepôts de Bercy par Emmanuel Courvoisier en 1811. C'est la visite de l'empereur Napoléon 1er qui l'a mis sur la carte du monde du cognac grâce à une visite impromptue. Dès lors, l'histoire se transforme en histoire d'amour entre l'Empereur et Courvoisier, histoire qui ne sera jamais remise en question. En 1835, Félix Courvoisier déménage les installations parisiennes à Jarnac, sur les bords de la Charente pour se rapprocher de la matière première, des installations de distillerie, et du port pour l'exportation.

Courvoisier est l'une des quatre grandes marques de cognac sur le marché et son premier marché est celui des États-Unis où il se classe troisième. Au Canada, Courvoisier est la première marque de cognac.

Le cognac est un distillat de vin et il est donc produit avec des raisins - ugni blanc en majorité – provenant de la région de Cognac. Le vignoble de Cognac couvre 75 000 hectares. Cet ugni blanc dont les rendements sont assez élevés doivent titrer entre 9 et 10 ° d'alcool et être assez acides, ce qui les rend parfaits pour la distillation.

La région a été divisée, suivant les sols, en plusieurs sous région dont les plus importantes et celles qui sont utilisées par Courvoisier : Grande et Petite Champagne aux sols calcaires ; les Borderies (4000 ha seulement) formées de silex qui donnent des

« Le cognac est un distillat de vin et il est donc produit avec des raisins - ugni blanc en majorité – provenant de la région de Cognac. »

UN MAGAZINE À DÉCOUVRIR!

Le magazine **Vins & Vignobles** se veut un outil de référence autant pour les amateurs éclairés que pour les débutants qui veulent être bien informés en matière de vins et de spiritueux. Le magazine se démarque par la diversification de ses chroniques. On y retrouve des articles écrits par des collaborateurs réputés pour leur professionnalisme. De plus, sous la chronique Coup de coeur, vous y découvrirez une sélection d'environ 150 vins parmi les nouveaux arrivages qui sont dégustés et évalués par nos experts.

ABONNEZ-VOUS ET ÉCONOMISEZ 20 % DU PRIX RÉGULIER

Oui, facturez-moi le magazine Vins & Vignobles pour une période de 12 numéros (2 ans) au prix de :
4.75$ ch. = 57.00$ + T.P.S. 2.85$ + T.V.Q. 5.09$ = **Total 64.94$** L'économie est basée sur le prix de détail suggéré de 5.95$

Nom: Prénom:
Adresse: App.:
Ville: Prov.:
Code postal: Tél.:

Postez votre coupon au : 132, De La Rocque, St-Hilaire, Qc, J3H 4C6,
ou composez sans frais le 1-800-561-2215,
ou rendez vous sur le site web : www.vinsetvignobles.com

notes florales et épicées ; les Fins Bois aux sols argilo-calcaires qui donnent des notes fruitées, florales, qui évoluent plus vite. Courvoisier travaille avec 800 à 1000 viticulteurs sous contrat qui cultivent la vigne et vinifient, puis livrent les vins à Courvoisier. Courvoisier possède deux distilleries en propre, mais travaille également avec six autres distilleries sous contrat. Pierre Szersnovicz dit : «On essaie d'aider nos fournisseurs, d'être avec eux, de les aider grâce à nos oenologues plutôt que de refuser des lots de vin. Maintenant, nous avons un laboratoire de contrôle de la qualité qui peut suivre les lots de tous nos fournisseurs. Ils doivent fournir un lot de vin, on fait une micro distillation et l'on avertit le viticulteur quand il y a quelque chose à corriger.»

QUELQUES PRÉCISIONS

Eau-de-vie : la matière première brut
Cognac : quand l'assemblage ou coupe (comme on dit à Cognac) est fait
Date ultime de la distillation : 31 mars à minuit

Pierre Szersnovicz rappelle qu'à cause du réchauffement climatique, la date des vendanges est maintenant devancée d'un mois. Autrefois les vendanges se faisaient à la Toussaint avec des degrés tournant autour de 8 à 9°, maintenant, elles se font fin septembre et les vins titrent 10°.

Quand on procède à la distillation, pour les grands cognacs (sauf pour le VS), on distille le vin avec ses lies car elles apportent des esthers qui aident au vieillissement. En ce qui concerne le chêne utilisé pour les barriques, Courvoisier choisit ses bois et les apportent aux tonneliers (car la région de Cognac bénéficie d'un grand nombre d'excellents tonneliers). Et la fameuse part des anges dont il tellement question à Cognac – et pour cause – elle représente plus de 20 millions de bouteilles de cognac en moins par année…

« En ce qui concerne le chêne utilisé pour les barriques, Courvoisier choisit ses bois et les apportent aux tonneliers (car la région de Cognac bénéficie d'un grand nombre d'excellents tonneliers). »

LA DÉGUSTATION

VS (principalement les Fins Bois et un peu de Fine Champagne – cognacs de 4 à 7 ans d'âge alors que la législation demande 2 à 3 ans…) : ambre clair à l'oeil, un peu chaud au nez, mais avec une touche de vanille et de prune. La bouche est chaude à l'attaque, mais dotée de saveurs riches et de nuances de prunes mûres.

VSOP : (50/50 Grande et Petite Champagne) : couleur ambre plus foncé, notes de fleurs, de vanille et de prune confite au nez. Attaque musclée et chaude en bouche, mais très harmonieux dans l'ensemble et belle finale fruitée.

Exclusif (un cognac VSOP conçu pour les cocktails avec des lots de 7 à 12 ans d'âge provenant de quatre crus différents) : très belle couleur ambrée, très harmonieux au nez, fin élégant. Complexe, fruité, rond en bouche où la chaleur de l'alcool est minimisée et l'ensemble est enlevé par une bonne vivacité. Un cognac superbe qui peut réconcilier tous les amateurs qui l'avaient abandonné…

XO (cognacs de plus de 20 ans pour la Grande Champagne et 35 ans pour les Borderies) : belle robe ambrée, assez discret au nez, mais il se révèle en bouche, ample, plus condensé, fruité et floral à la fois et surtout, offrant de magnifiques notes de pêches en rétro olfaction. Un beau et grand cognac !

Essence de Courvoisier : Enfin, la Belle que tout le monde attendait ! Le packaging est superbe ! Même bu, il faut le garder. La boîte noire est composée d'un bois laqué (14 couches de laque comme pour un piano Steinway…). La bouteille est en cristal de Baccarat – une merveille ! Le bouchon de la carafe est un véritable joyau, toujours en cristal de Baccarat mais dessiné par le joailler Chaumet. Il reprend le modèle d'une bague commandée par Napoléon 1er au joaillier Chaumet (déjà à l'époque) lequel a pu retrouver les dessins d'origine, destinée à dix de ses maréchaux.

Le contenu est royalement à la hauteur du contenant. Assemblage de vieux cognacs de réserve du début du XXe siècle de Grande Champagne et de cognacs des Borderies des années 1970 et 1980, vieilli en barriques de chêne de la forêt de Jupy (l'une des plus vieilles de France et dont les chênes n'ont jamais été utilisés jusqu'à présent) : Pierre Szersnovicz dit : «C'est un cognac dans le style du Napoléon sorti en 1910».

Magnifique couleur ambrée pour ce cognac au nez invitant moins sur le fruit que sur les épices exotiques. La bouche découvre des notes d'agrumes – orange confite, mandarine – de gingembre et de café. L'ensemble très harmonieux se prolonge éternellement en bouche. Un cognac d'exception pour des moments d'exception ! ■

LES MEILLEURES DESTINATIONS DE SKI

BIEN QUE LE SOLEIL ET LA MER FASSE PARTIE DES RÊVES DE PLUSIEURS, POUR LES SKIEURS DANS L'ÂME, C'EST L'ARRIVÉE DES PREMIERS FLOCONS QUI EST ATTENDUE TOUT AU LONG DU CALENDRIER. QU'IL S'AGISSE D'UN WEEK-END À TREMBLANT OU D'UNE ESCAPADE DANS LES ALPES FRANÇAISES, VOICI UN PALMARÈS DES PLUS BELLES DESTINATIONS SKI. DE QUOI ROUGIR LES JOUES ET FAIRE LE PLEIN DE PAYSAGES SPECTACULAIRES…

Par : Marie-Pierre Gazaille

MONT TREMBLANT ET MONT BLANC… DES CLASSIQUES BIEN DE CHEZ NOUS !

Tout amateur de sport qui se respecte le sait, au Québec, Tremblant est LA destination toute indiquée pour un week-end sur les pentes. Le plus haut sommet des Laurentides, avec près de 1000m d'altitude comble les amateurs de glisse, d'ici et d'ailleurs, depuis déjà fort longtemps. En plus des 380 cm de neige naturelle qu'elle reçoit chaque année, la montagne possède aussi le plus puissant système d'enneigement de l'est du Canada. Les 95 pistes assurent que chaque skieur, quel que soit son niveau, trouvera descente à son pied. Le mont Tremblant vous permettra également de faire le plein de paysages spectaculaires, ses trois parcs à neiges offrant aux sportifs une multitude d'images et de scènes dignes de vos plus grandes attentes ! Autre petit plus de Tremblant, le village piétonnier au pied de la montagne qui incite à la romance et rassemble les skieurs lors du traditionnel après-ski ! Bistros, restaurants, et bars, tout y est pour prévoir une soirée enveloppante à la sortie des pistes.

Habitués au Mont Tremblant et envie d'une autre destination au cœur des Laurentides ? Le Mont Blanc est l'endroit tout indiqué. Destination parfaite pour la famille, le Mont Blanc offre 41 pistes de niveaux variés, de même que 2 parcs à neige pour la joie des planchistes. Et pour les enfants qui se fatiguent rapidement du vent et de la poudreuse ? Une aire de jeux intérieure les accueille au pied de la montagne. De quoi les rendre fous de joie… et vous permettre de dévaler les pentes sans l'ombre d'une inquiétude pour vos tout-petits !

Et pour ceux qui peuvent se payer le luxe d'un long week-end ou d'une semaine de vacances durant l'hiver, impossible d'oublier la ville de Banff, dans le sud des Rocheuses. Parsemées autour de la ville, plusieurs montagnes sont parmi les plus appréciées du Canada : Le Mont Rundle, avec ses 2949 m d'altitude, de même que le Mont Cascade et le Mon Norguay, eux aussi hauts de plus de 2000 m.

DESTINATION FARELLONES, CHILI

Très ancré dans la tradition chilienne, le village de Farellones est idéal pour quiconque recherche une destination de ski hors du commun pour la famille; un endroit calme qui permet des escales reposantes et dépaysantes Le domaine comprend trois stations, soient *Valle Nevado*, *Parva* et *El corado*. Autre avantage ? Les pistes sont ouvertes de mi-juin à mi-octobre. Le paradis pour ceux qui passent ces six moi à compter les jours qui les séparent de la saison de ski ! Pour profiter au maximum des pentes, il vaut toutefois mieux s'y présenter en semaine, puisque les files d'attente dépassent l'entendement entre le vendredi et le dimanche.

Autre point important, le domaine des Farellones est reconnu pour ne pas tolérer les free-riders. Il ne faudra compter sur personne pour vous porter assistance si vous ratez une réception ou atterrissez dans un sous-bois… la prudence est également de rigueur, surtout en raison de l'épais brouillard qui monte parfois très rapidement sur la montagne. À défaut de pouvoir pratiquer le free-ride, les plus téméraires pourront toutefois se consoler en atteignant le sommet de la *Parva*, à 4100 m d'altitude, (ce qui nécessite une marche d'approche sur une dénivellation de 700 m) et, de là, se lancer sur des pentes de rêve qui plongent vers le domaine de *Valle Nevado*.

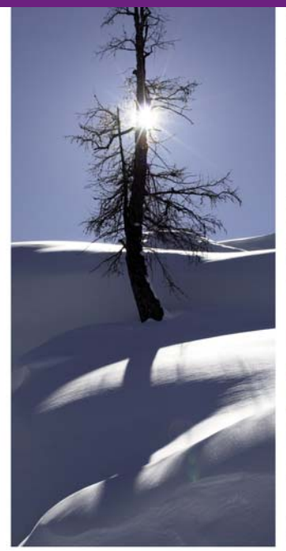
Pour compléter votre virée en sol chilien en beauté, l'hotel *La Cornisa* est l'endroit tout indiqué pour déposer valises et bagages le temps de votre séjour. Avec son ambiance feutrée et chaleureuse, l'auberge, dirigée par un Canadien, offre une cuisine excellente et conduit gracieusement ses hôtes aux pistes enneigées pour les récupérer le soir venu.

FRANCE : LES MENUIRES

Station de sports d'hiver savoyarde, Les Menuires est située à 1850 m d'altitudes et bénificient d'un enneigement exceptionnel. Cet immense domaine skiable français est divisé en trois secteurs.

Le secteur du Mont de la Chambre, situé directement au dessus des Menuires, rejoint les grands espaces de St-Martin et permet l'accès aux pistes de Val Thorens et des 3 Vallées. De loin le secteur du domaine le plus fréquenté, le secteur du Mont de la Chambre a subi d'importantes rénovations au cours

« Tout amateur de sport qui se respecte le sait, au Québec, Tremblant est LA destination toute indiquée pour un week-end sur les pentes. »



des dix dernières années et offre désormais de nombreuses pistes au-dessus de la station.

Le secteur de la Masse offre quant à lui aux skieurs un panorama exceptionnel depuis le sommet. Bien exposé aux rayons du soleil et offrant une bonne qualité de neige, ce secteur a été rénové à l'occasion des Jeux Olympiques d'Albertville en 1992, ce qui en fait un secteur davantage fréquenté par les skieurs expérimentés. Du secteur de la Masse, on peut rejoindre tous les itinéraires hors-pistes du domaine des Menuires.

Le secteur des Grangeraies et de St-Martin complète le domaine des Menuires. Plus moderne que les autres secteurs du domaine, toutes les installations y datent de moins de 15 ans. Des pistes de ce secteur, on peut aisément rejoindre le village de St-Martin. Le secteur offre également de grands espaces skiables sur le flanc ouest de la Vallée de Belleville.

DESCENTES À L'ITALIENNES À CERVINIA

C'est durant la période fasciste que le village de Cervinia a été fondé par des entrepreneurs qui ont mis en œuvre la construction d'une station de ski au pied du Cervin, travaux dont la première phase a été complétée en 1936. Depuis, le développement touristique n'a pas cessé d'augmenter, et la réputation de cette station de ski italienne située à la frontière italo-helvétique, n'est plus à faire.

Le point culminant du domaine skiable, appelé *Bosse du Rollin*, s'élève à 3899 m , au centre du Matterhorn ski paradise. L'altitude des montagnes, de même que l'orientation du domaine, la station de Cervinia profite d'un enneigement précoce et tardif ; les amateurs de glisse peuvent donc s'éclater durant 6 mois, soit de la fin octobre à la fin avril. Autre point particulièrement intéressant, la ligne de crête avec le Valais, situé tout près, permet aux skieurs de profiter d'un ensoleillement hors du commun et d'une grande protection contre les vents et perturbations du Nord, rendant ainsi la descente plus agréable !

DAVOS ET VERBIER, LA BEAUTÉ DES PENTES SUISSES

La ville de Davos jouit d'une popularité croissante en raison de sa célèbre station de ski. Après avoir été quelque peu oubliée après une période de gloire dans les années 1970 et 1980, la ville se réaffirme désormais en tant que destination de choix pour les skieurs. En plus d'offrir aux amateurs de ski alpin certains des plus beaux domaines skiables du monde, notamment ceux de Pischa, Jakobshorn et Gotschna, Davos est très prisé par les skieurs de fond. Il est possible d'y skier la nuit, à la belle étoile, sur un parcours éclairé de plus de 75km de pistes de différents niveau. Petit extra : on y retrouve des pistes réservées aux fondeurs accompagnés de… leur chien ! Les amateurs de descentes alpines pourront également jouir des pentes selon leurs préférences, puisqu'on retrouve à Davos plusieurs pistes réservées au style classique ou au style libre, prisé des plus aventureux !

Connu dans le monde du ski comme étant l'hôte du prestigieux festival de freeride l'Xtrême de Verbier.

Choisie par Dominique Perret, élu skieur freeride du siècle par la presse spécialisée en 2000, qui y a élu domicile, Verbier est la ville de rassemblement pour les amateurs de ski hors-piste. Les amateurs de ski classique y trouveront également leur compte, puisque le domaine skiable de Verbier se divise en 4 secteurs et offre 34 remontées mécaniques. ■

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. 5 nº 1

PFIZER CANADA INC.
OptimYeux 2

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

AMGEN CANADA INC.
Prolia Denosumab ..... 6-7, 10 / 49-50

FINANCIÈRE DES PROFESSIONNELS
www.fprofessionnels.com 12

JABLOWSKI / FRASER
514-842-2727 13

CONRAD C. KAVALEC OPHTALMOLOGISTE
514-842-2983 21

FRANÇOIS GORDON OCULARISTE INC.
450-674-5557 29

ABBOTT MEDICAL OPTICS
Lio Tecnis
www.abbottmedicaloptics.com 31

LES OCULARISTES TOM DEAN
514-931-9456 35

FOCUS VISION
www.focusvision.ca 39

MAGAZINE VINS&VIGNOBLES
www.vinsetvignobles.com 41

ALCAN 43

CHEZ LÉVÊQUE
www.chezleveque.ca 47

LE MAS DES OLIVIERS 48

ASSOCIATION DES MÉDECINS
OPHTALMOLOGISTES DU QUÉBEC
514-350-5124
www.amoq.org 51

CROIX BLEUE
1-800-361-2538 52

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 :

CAHIER SPÉCIAL MÉDECINE NUCLÉAIRE

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

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

L'OPHTALMOLOGISTE UN MÉDECIN AVANT TOUT

Au Québec, comme ailleurs dans le monde industrialisé, trois maladies sont responsables de la majorité des cas de cécité : la dégénérescence maculaire, la rétinopathie diabétique et le glaucome.

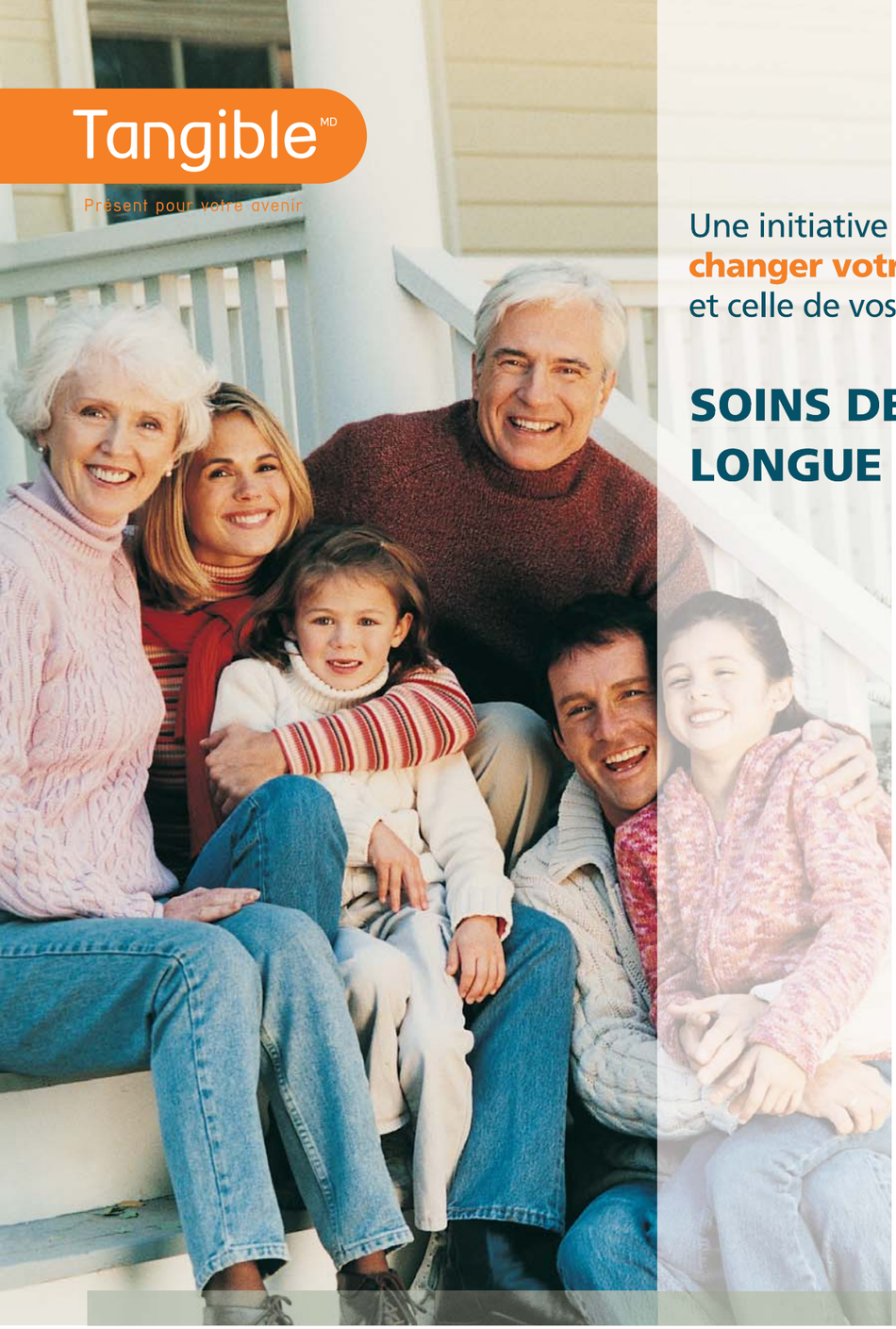
Au Québec, un seul professionnel de la santé traite de façon médicale et/ou chirurgicale toutes les maladies oculaires, et en particulier les plus graves : le médecin ophtalmologiste.

Le médecin ophtalmologiste, un médecin dont le seul but est de soigner vos yeux.

- Soins préventifs
- Diagnostic des maladies oculaires
- Traitements médicaux et chirurgicaux de toutes les maladies de l'oeil et de ses annexes

www.amoq.org
514 350-5124

ASSOCIATION DES MÉDECINS OPHTALMOLOGISTES DU QUÉBEC



Tangible[MD]

Présent pour votre avenir

Une initiative qui peut
changer votre vie
et celle de vos proches !

SOINS DE LONGUE DURÉE

Des solutions
adaptées à

VOS besoins.

Pour plus de renseignements sur cette garantie avantageuse et sur notre service,
téléphonez au **1 800 361-2538** ou communiquez avec votre distributeur Croix Bleue autorisé.

CROIX BLEUE[MD]

[MD] Les nom et symbole Croix Bleue sont des marques déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue et utilisées sous autorisation par l'Association d'Hospitalisation Canassurance.
[MD] Tangible est une marque déposée de l'Association d'Hospitalisation Canassurance.