

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

RENCONTRE AU SOMMET GAÉTAN BARRETTE

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DES
MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

LA COLONOSCOPIE
VIRTUELLE : NOUVELLE
MÉTHODE DE DÉPISTAGE
DU CANCER COLORECTAL

L'IMAGERIE PAR RÉSONANCE
MAGNÉTIQUE DE L'ÉPAULE

APPORT DE L'ÉCHOGRAPHIE
ET DE L'IMAGERIE PAR
RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

POURQUOI DEVONS-NOUS
UTILISER DES ÉCRANS
OU FILTRES SOLAIRES?

LES AVANCÉES
MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

JUILLET
VOL 5 • NO 3

5,95\$



AIDEZ NOS PATIENTS À SE SURPASSER

JOIGNEZ-VOUS À NOTRE CORPS MÉDICAL

Vous travaillerez avec les meilleurs spécialistes de la réadaptation et des équipes multidisciplinaires de professionnels (physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.). **Bénéficiez d'horaires avantageux et travaillez auprès d'une clientèle de tous âges.** Contactez-nous pour en savoir davantage : **514-340-2083 / irglm.qc.ca.**



INSTITUT DE RÉADAPTATION
Gingras-Lindsay-de-Montréal

L'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal est le produit de la fusion entre l'Institut de réadaptation de Montréal (IRM) et l'Hôpital de réadaptation Lindsay.

Isabelle est physiothérapeute à l'IRGLM
Daniel a relevé le défi de la réadaptation à l'IRGLM



Éditeur

Ronald Lapierre

Directrice de la publication

Dominique Raymond

Comité adviseur

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

Marie-Christine Roy, MD, FRCP, CSPQ,
Dermatologue
André Gervais, MD
Viviane Nicolet, MD, FRCP
Nathalie J. Bureau, MD, FRCPC
Éric Desmarais, MD, FRCPC

Journalistes / Chroniqueurs

David Cobbold
Marie-Claude Roy

Correction-révision

Marie-Pierre Gazeille

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

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

ÉTANT DONNÉ LE DÉLAI QU'À CAUSÉ LA GRÈVE DES POSTES, LA DATE DE FIN DES MISES EN CANDIDATURE POUR LE PRIX HIPPOCRATE EST REPOUSSÉE. LES CANDIDATURES POUR L'ÉDITION ACTUELLE SERONT ACCEPTÉES JUSQU'AU VENDREDI 19 AOÛT 2011.

SOMMAIRE

4 LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

8 RENCONTRE AU SOMMET GAÉTAN BARRETTE

10 LE PRIX HIPPOCRATE 2011

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

15 LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AU TABAC

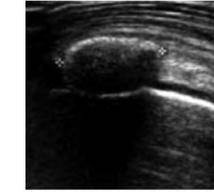
18 LA COLONOSCOPIE VIRTUELLE : NOUVELLE MÉTHODE DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

20 APPORT DE L'ÉCHOGRAPHIE ET DE L'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE DANS L'INVESTIGATION ET LE TRAITEMENT DES PATHOLOGIES MUSCULOSQUELETTIQUES

26 L'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE DE L'ÉPAULE

30 QUE BOIRE CET ÉTÉ?

36 DÉCOUVREZ LA FASCINANTE ET ENIVRANTE CALIFORNIE



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



UNE BACTÉRIE SOURNOISE ET QUASI OMNIPRÉSENTE AU NIVEAU PLANÉTAIRE.

L'*Helicobacter pylori*, une des seules bactéries actuellement connue à pouvoir coloniser l'estomac humain, se retrouve dans plus de 80 % de la population des pays en voie de développement et dans près de 40 % de la population d'Europe et d'Amérique du nord.

Cette bactérie est la première cause des gastrites, une inflammation de la muqueuse de l'estomac. Le patient porteur peut être asymptomatique ou éprouver des douleurs gastriques sous forme de brûlements ou encore de douleurs abdominales chroniques récurrentes. Le système immunitaire humain ne semble pas pouvoir éradiquer ce parasite. Ainsi, une infection à *Helicobacter pylori*, si non traitée, peut persister toute la vie d'un individu. On croit que l'infection aurait pu se produire par voie fécale-orale ou orale-orale. On a retrouvé de ces bactéries dans les selles, dans l'estomac et sur des plaques dentaires de l'humain.

En plus des gastrites, cette bactérie peut donner naissance à des ulcères gastriques et duodénaux, des dyspepsies non ulcéreuses, des métaplasies intestinales, signe d'un état précancéreux et, finalement, à des cancers francs de l'estomac. Cette évolution survient après plusieurs décennies suite à une série de transformations de la muqueuse gastrique, de l'état précancéreux à un cancer franc de l'estomac.

Deux chercheurs australiens, J. Robin Warren et Barry J. Marshall, ont d'ailleurs obtenu le prix Nobel de physiologie et médecine en 2005 pour avoir démontré que la plupart des ulcères de l'estomac étaient causés par une infection par *Helicobacter pylori* et non, par exemple, par le stress ou encore la nourriture épicée.

Cette bactérie gram négatif, qui nécessite peu d'oxygène et tire son énergie de l'hydrogène, est d'aspect hélicoïdal et vit dans l'environnement du pylore, d'où son nom d'*Helicobacter pylori*. Cette bactérie va s'ancre aux cellules épithéliales de l'estomac et, grâce à

sa capacité de produire une enzyme appelée uréase, elle va transformer l'urée en ammoniac. Cet ammoniac produit va neutraliser en partie l'acide chlorhydrique sécrété par l'estomac, qui sert entre autres à tuer les bactéries.

L'ammoniac produit, ainsi que d'autres irritants sécrétés par cet *Helicobacter pylori*, vont continuellement enflammer les cellules gastriques et enclencher ces phénomènes de gastrites chroniques, de formation d'ulcères et à la longue chez certains individus, le développement d'un cancer de l'estomac type épithéliale ou lymphomateux. Chez certains autres patients, on assistera à des troubles de malabsorption de la vitamine B12 ou d'extraits thyroïdiens de remplacement chez les hypothyroïdiens.

C'est une bactérie que l'on ne peut conserver dans notre estomac et que seule une antibiothérapie bien ciblée peut éradiquer.

Nombreux patients, tant enfants qu'adultes, sont encore traités aujourd'hui par des anti-acides ou des inhibiteurs de la pompe à protons sans, au préalable, aucune investigation appropriée de recherche d'*Helicobacter pylori*. D'autres sont d'emblée soumis à des tests invasifs comme l'endoscopie avec biopsie de la muqueuse gastrique en raison de symptômes de dyspepsie ou de douleurs gastriques.

Il existe un test simple, rapide, non invasif, sans inconfort et facilement disponible dans plusieurs unités de médecine nucléaire qui nous permet de confirmer ou d'infirmer la présence d'une prolifération anormale d'*Helicobacter pylori* chez un patient. C'est le test respiratoire à l'urée marquée au carbone 14 (*breath test*) dont la sensibilité et la spécificité sont pratiquement de 100 %, phénomène rare en médecine.

Contrairement à d'autres tests moins précis, comme les tests sériques dans le sang ou les selles, on peut également, avec le test respiratoire à l'urée C-14, confirmer en post traitement l'éradication ou non de l'*Helicobacter pylori*.

Le test se déroule en externe sur une période d'environ 20 minutes. On fait avaler au patient une pilule d'urée marquée au C-14 et, si la bactérie est présente dans l'estomac, l'enzyme uréase que produit la bactérie va hydrolyser l'urée marquée ingérée en gaz carbonique marqué qui sera presque instantanément absorbé dans le sang et, par la suite, expiré dans l'air des poumons du patient. On recueille alors dans un tube l'air marqué au C-14 expiré par le patient et l'on compte le tout dans un compteur bêta. Le résultat est instantané et le coût d'environ 20 dollars canadiens.

En présence d'une prolifération anormale d'*Helicobacter pylori*, le patient reçoit une trithérapie, soit un inhibiteur de la pompe à protons pour diminuer la sécrétion d'acide chlorhydrique et deux anti-

biotiques pendant environ 7 jours. Habituellement, le traitement est efficace et tous les symptômes disparaissent. Par la suite on procède à un examen de contrôle du test respiratoire après 4 ou 5 semaines.

Le coût de l'utilisation des anti-acides et des inhibiteurs de la pompe à protons dépasse annuellement les 150 millions de dollars au Québec. Combien de ces patients devraient plutôt être investigués d'abord pour une recherche d'une prolifération anormale d'*Helicobacter pylori* et, par la suite, traité au besoin par une antibiothérapie, quand on sait maintenant que chez au moins 40 % des gens (Europe - Amérique du nord), l'agent responsable des dyspepsies est une bactérie unique à l'Homme que l'on peut l'éradiquer?

Au Canada, 7 % des consultations chez le médecin de famille concernent un problème des dyspepsies, et ceci tant chez l'enfant que chez l'adulte.

Trop d'endoscopies en première intention pour dyspepsie sont encore effectuées. Un test respiratoire à l'urée devrait être la première approche diagnostique chez tout patient, enfant comme adulte, présentant des symptômes de dyspepsie ou de gastrite.

L'endoscopie de première intention devrait être réservée aux patients à risque ou présentant des signes d'alarme comme des vomissements, des saignements, de l'anémie, une masse abdominale ou une perte de poids inexplicée.

Finalement, en raison des études géniques, un vaccin sera probablement disponible dans le futur et nous permettra de nous protéger contre cet envahisseur sournois et responsable de tant de malaises gastro-intestinaux. ■

CES ONDES RADIO QUI VOIENT

Le corps humain est composé principalement d'atomes d'hydrogène (H), de carbone (C), d'oxygène (O) et d'azote (N). La femme est composée de 50 % d'atomes d'hydrogène et d'oxygène (H₂O) et l'homme de 60 % de ces atomes (H₂O).

Chacun des atomes de notre corps humain possède son propre champ magnétique, ce qui lui donne une orientation bien précise.

Grâce à une technologie maintenant parfaitement maîtrisée, on peut, au moyen d'un puissant aimant appliqué durant une courte période de temps chez un patient, orienter chez ce même patient tous les atomes d'hydrogène dans la même direction. Les atomes sont alors excités, pleins d'énergie, ils sont mis en résonance. À l'arrêt de la stimulation, l'énergie emmagasinée est restituée sous forme d'une onde électromagnétique. Cette onde est immédiatement captée par un appareil extrêmement sophistiqué, une antenne radiofréquence possédant de puissants ordinateurs internes.

On reproduit alors instantanément des images d'une grande précision en trois dimensions des différents



organes du corps humain, c'est la technique de la résonance magnétique nucléaire.

Le tout est sans douleur et sans effet secondaire. Les organes internes du corps humain sont visualisés et les lésions occupant de l'espace bien identifiées. C'est une véritable autopsie virtuelle du patient vivant, une véritable symphonie au niveau atomique.

Comme quoi les ondes radio ne servent pas uniquement qu'à écouter de la musique. ■

« Chacun des atomes de notre corps humain possède son propre champ magnétique, ce qui lui donne une orientation bien précise. »

confiance stratégie performance

L'art de gérer des portefeuilles sur mesure selon vos besoins et vos objectifs



OPTIMUM GESTION DE PLACEMENTS INC.

Un succès qui repose sur l'expertise de nos gestionnaires appuyés par des spécialistes qualifiés

Sylvain B. Tremblay, Vice-président, Relations d'affaires
Téléphone : (514) 288-7545 • sbtremblay@optimumgestion.com

© Marque de commerce de Groupe Optimum inc. utilisée sous licence.

NOUVEAU

Pr Prolia^{MC}

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 hanche¹.

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 produit¹. 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 enfants¹.

Prolia est indiqué uniquement chez les femmes ménopausées et n'est pas recommandé chez les femmes qui pourraient tomber enceintes ou qui allaitent¹.

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 dialyse¹.

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 musculaires¹.

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 Prolia¹.

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 manifestent¹.

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 patiente¹.

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 fractures¹.

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}



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 éprouvé¹

- 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-cutanée¹

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

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

AMGEN
AMGEN Canada Inc.
Mississauga, Canada

CCPP
Membre
R&D

UNE FORCE CONTRE LES FRACTURES

prolia^{MC}
Pr denosumab



GAÉTAN BARRETTE

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Depuis son accession à la présidence de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le 16 novembre 2006, le docteur Gaétan Barrette a rapidement obtenu la confiance des médecins spécialistes.

En plus d'exercer sa pratique médicale à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, dont il est membre actif depuis 1990, le docteur Barrette est également président du conseil d'administration de la Financière des professionnels inc. et membre du conseil d'administration de Sogemec Assurances inc., deux filiales de la Fédération. En outre, il siège au conseil d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Gaétan Barrette agit régulièrement comme conférencier et participe à divers forums pour faire entendre les positions et les enjeux de la médecine spécialisée.

Monsieur Gaétan Barrette a obtenu son diplôme en médecine de l'Université de Montréal en 1985, puis en 1989, il a été reçu membre associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. En 1991, il a fait un Fellowship en radiologie vasculaire et interventionnelle à l'Université de Californie (San Diego).

Docteur Barrette, vous êtes reconnu comme un fin négociateur. Est-ce chose facile de négocier avec le gouvernement du Québec ?

Cela dépend des périodes. Les négociations sont pratiquement un art. Il faut être en mesure de s'adapter à chacune des situations. C'est un défi à chaque fois. Je ne dirais pas que c'est difficile de négocier avec le gouvernement du Québec. La négociation nécessite certaines aptitudes. Il faut faire en sorte de trouver un chemin vers lequel les deux parties puissent trouver leurs avantages.

Les médecins spécialistes du Québec ont-ils une structure représentative différente des autres médecins spécialistes au Canada ?

Le Québec est la seule province où les spécialistes et les omnipraticiens ont deux organisations représentatives séparées. Au Québec, nous avons deux fédérations alors que le Canada anglais a une seule organisation représentative.

Comment la médecine spécialisée au Québec se compare-t-elle avec les autres provinces au pays et en Amérique du Nord ?

Nous avons certains éléments qui sont différents. Au Québec, nous avons certaines spécialités qui existent, mais qui n'existent pas au Canada. Au Canada, il y a des spécialités qui existent, mais qui n'existent pas au Québec. Par exemple, le docteur François Lamoureux fait partie d'une spécialité appelée médecine nucléaire. Cette spécialité est reconnue au Québec depuis plus longtemps qu'elle ne l'est au Canada. Aussi, ceux qui pratiquent la médecine nucléaire en Ontario font aussi de la radiologie. Au Québec, les médecins qui font de la médecine nucléaire ont décidé de se séparer de la radiologie.

Autre exemple : la pathologie. Cette spécialité n'est pas la même au Canada anglais qu'au Québec. La pathologie au Canada anglais s'occupe de la biochimie, ce qui n'est pas le cas au Québec. Au Canada anglais, il y a des pathologistes qui font de la biochimie. Par contre, la biochimie qui est pratiquée par les pathologistes généraux en Ontario est la même biochimie qui est pratiquée par les Québécois.

Somme toute, la pratique de la médecine spécialisée est la même au Québec et partout en Amérique du Nord. C'est simplement une question d'éti-

quette. La pratique de la médecine demeure la même d'un endroit à l'autre.

Quels sont les grands défis pour la médecine spécialisée au Québec ?

Le grand défi de la médecine spécialisée est d'obtenir les ressources nécessaires pour traiter la population. La médecine spécialisée est très dépendante des infrastructures, contrairement à la médecine de première ligne qui est beaucoup plus légère en termes d'infrastructures nécessaires à la livraison de soins.

En médecine spécialisée, nous sommes à 80 % à l'intérieur des hôpitaux. Nous avons donc besoin de personnel, de locaux et d'équipements parfois très dispendieux. Et ce, sans compter la pharmacopée qui est beaucoup plus importante en termes de coûts et de limitations.

Le défi de la médecine spécialisée est de pouvoir arriver à donner des services appropriés à la population dans des délais acceptables. Les médecins spécialistes aimeraient en faire plus, mais ils n'ont pas les ressources matérielles et organisationnelles pour le faire. C'est un véritable problème.

En tant que médecin spécialiste, les relations directes avec les patients vous manquent-elles ?

Oui. Quand on choisit la médecine, le but premier, dans 90 % des cas, est de soigner les gens. Quand on se retrouve dans un travail qui est essentiellement administratif comme le mien, les relations directes avec les patients nous manquent effectivement.

À titre de président et de porte-parole des médecins spécialistes du Québec, quel serait votre plus grand souhait ?

Mon rêve est très simple. J'aimerais que nous n'ayons pas constamment à avoir des conflits avec le gouvernement du Québec. J'aimerais que les choses soient plus simples et qu'elles se fassent de façon automatique. En fonction de l'état économique de la société québécoise, j'aimerais que l'on puisse davantage concentrer notre attention et nos énergies sur l'organisation des soins ainsi que notre capacité à donner des soins à la population au meilleur coût et dans les meilleurs délais possibles.

Cependant, cela n'arrivera pas à cause de la politique. Le problème de la santé au Québec, comme ailleurs, c'est la politique. Le système politique est toujours en mode électoral à court

terme dans un mode budgétaire. Or, les décisions que l'on prend sur des bases budgétaires sont évidemment opposées à celles que l'on doit prendre sur des bases médicales. C'est un problème. Au niveau budgétaire, on subit constamment des pressions pour réduire l'offre de services à la population.

À l'inverse, les médecins ont également un rôle à jouer. D'ailleurs, je dis souvent à mes membres qu'il est inévitable que les médecins devront s'intéresser à la gestion. Les médecins savent très bien que dans leur pratique respective, dans bien des cas, on pourrait sauver de l'argent en termes d'organisation et d'efficacité. C'est un virage que la médecine devra prendre au cours des prochaines années. Autrement, c'est la pérennité du système de santé qui sera remise en cause. Selon moi, ce serait vraiment dommage.

Mon souhait ultime serait que le système de santé soit géré conjointement par les médecins et l'État d'une manière apolitique. Je crois que c'est possible. C'est dans cette direction que nous tentons de nous diriger. Mais encore faudrait-il que notre partenaire qui est l'État veuille bien prendre cette direction. L'avenir nous le dira. ■

« Les décisions que l'on prend sur des bases budgétaires sont évidemment opposées à celles que l'on doit prendre sur des bases médicales. C'est un problème. Au niveau budgétaire, on subit constamment des pressions pour réduire l'offre de services à la population. »

« Le grand défi de la médecine spécialisée est d'obtenir les ressources nécessaires pour traiter la population. La médecine spécialisée est très dépendante des infrastructures, contrairement à la médecine de première ligne qui est beaucoup plus légère en termes d'infrastructures nécessaires à la livraison de soins. »

prolia^{MC}
Pr 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

ÉTANT DONNÉ LE DÉLAI QU'À CAUSÉ LA GRÈVE DES POSTES, LA DATE DE FIN DES MISES EN CANDIDATURE POUR LE PRIX HIPPOCRATE EST REPOUSSÉE. LES CANDIDATURES POUR L'ÉDITION ACTUELLE SERONT ACCEPTÉES JUSQU'AU VENDREDI 19 AOÛT 2011.

Le Prix Hippocrate 2011

Le Prix Hippocrate reconnaît et honore l'interdisciplinarité médecins / pharmaciens dans l'exercice d'une activité professionnelle dans l'esprit de la loi 90 pour le bénéfice des patients.

APPEL DE CANDIDATURES

Les candidatures seront examinées par un jury formé de représentants du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des Pharmaciens du Québec.

Veuillez soumettre votre candidature **avant le 19 août 2011**. S.V.P., veuillez rédiger votre soumission sur un maximum de deux pages en complétant les 4 points suivants :

- TITRE DU PROJET
- DESCRIPTION DU PROJET
- BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS
- NOM(S) DU OU DES MÉDECINS ET PHARMACIENS IMPLIQUÉS AVEC ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

La remise des Prix Hippocrate aura lieu à l'automne 2011 à l'occasion d'un gala.

Le Prix Hippocrate
Le magazine Le Patient à
rlca@qc.aira.com ou
1600 boul. Henri-Bourassa Ouest
Suite 425, Montréal (Québec)
H3M 3E2

POURQUOI DEVONS-NOUS UTILISER DES ÉCRANS OU FILTRES SOLAIRES?

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

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



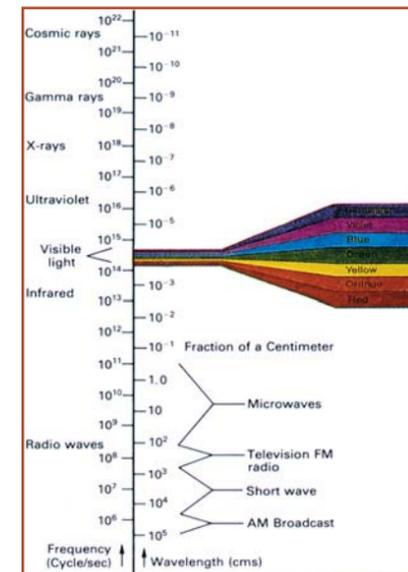
La peau de l'avant-bras exposé au soleil et la peau de la cuisse protégée du soleil chez une femme de 71 ans. Appréciez la différence



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

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

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



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



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



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

« Les signes cliniques les plus fréquents du photovieillissement sont les changements de pigmentation, la diminution de l'élasticité de la peau, la décoloration jaunâtre, les rides, la dilatation des vaisseaux sanguins, la peau épaissie comme le cuir ainsi que les cancers cutanés. »

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

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



1 cuillère à soupe = 15 ml

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



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

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

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

MAIS COMMENT CHOISIR LE BON FILTRE SOLAIRE?

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

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

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

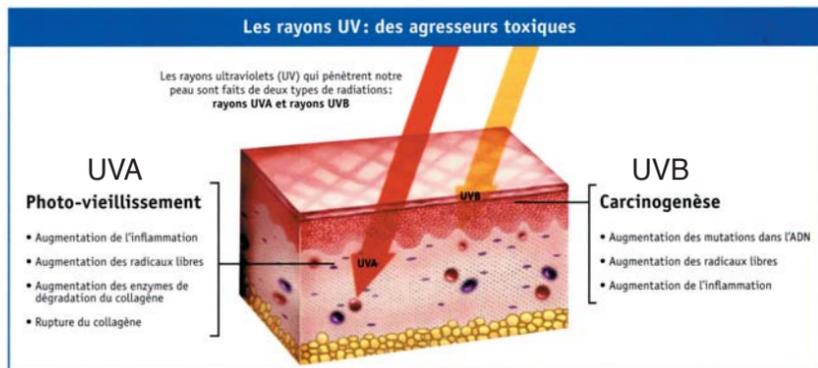
De plus, il est important de se rappeler que l'irradiation aux rayons ultraviolets demeure la principale source de fabrication de la vitamine D. Si vous êtes âgé de 50 ans et plus, il est donc recommandé de

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

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

Référence : Nouvelles lignes directrices d'Ostéoporose Canada, Le Médecin du Québec, volume 45, numéro10, octobre 2010.

demander à votre médecin un dosage de la vitamine D et, si nécessaire, de vous faire prescrire un supplément en vitamine D, à une dose de 1000 UI par jour, car la vitamine D est une hormone essentielle à l'intégrité osseuse et au métabolisme du calcium, sachant que les personnes vieillissantes sont plus sujettes à l'ostéoporose et aux fractures osseuses.



Pénétration des rayons UVA et UVB dans la peau

Commencer la guérison... MAINTENANT

Kelo-cote®
gel pour cicatrices à formule avancée*

AVEC **SILICLEAR COMPLEX™**

Consultez votre médecin ou votre pharmacien

www.kelo-cote.ca

* Données internes de Advanced Bio-Technologies, Inc.
* Kelo-cote est fabriqué pour et est une marque déposée de Advanced Bio-Technologies, Inc., Suwanee GA, 30024 É.-U.
Siliclear Complex™ est une marque de commerce de Advanced Bio-Technologies, Inc., Suwanee GA, 30024 É.-U.
Distribuée au Canada par Methapharm Inc., 81 Sinclair Boulevard, Brantford, ON N3S 7X6. Tél: 519.751.3602 Téléc: 519.751.9149
Veuillez consulter le feuillet d'information pour obtenir les informations complètes sur le produit



« L'application recommandée des écrans solaires est de 30 mls pour une application sur toute la surface corporelle et de la répéter aux deux heures, surtout après la baignade ou une transpiration excessive. »

Cette vitamine est aussi retrouvée dans certains aliments tels le lait, le foie de poulet, certains poissons et le jaune d'œuf, mais en quantité limitée. De plus, de nouvelles recherches semblent maintenant indiquer que le maintien d'un niveau suffisant de cette vitamine pourrait aussi contribuer à protéger de certains cancers.

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

Plusieurs études effectuées sur les animaux ne peuvent se transposer à l'homme et, pour le moment, Santé Canada et la Food and Drug Administration américaine n'ont pas retiré ces formulations car elles ne semblent pas représenter de danger actuellement.

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

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

LE MYTHE DU FPS : UN PRODUIT DE PROTECTION SOLAIRE AVEC UN FPS DE 60 PROTÈGE 2 FOIS PLUS QU'UN PRODUIT AVEC FPS DE 30.

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

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

LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AU TABAC



naire obstructive chronique). Cesser de fumer permet pourtant de diminuer rapidement et dramatiquement ces risques!

Le tabagisme est maintenant considéré comme une maladie chronique caractérisée par une perte de contrôle de l'utilisation d'une substance psychoactive, la nicotine. Suite à l'inhalation d'une bouffée de fumée de cigarette, la nicotine atteint les neurones cérébraux après à peine dix secondes, soit de deux à trois fois plus rapidement que lors de l'administration d'une drogue par voie intraveineuse. Elle se lie aux récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine (AChN) dans le système dopaminergique mésolimbique, active les récepteurs nicotiniques dans l'aire ventro- tegmentale (AVT) et provoque une libération de dopamine dans le noyau accumbens (NA). On croit que c'est le maillon clé du mécanisme de récompense associé au tabagisme. Le fumeur d'un paquet de cigarettes par jour répète ainsi le geste « main-bouche » et cette stimulation cérébrale, quelque 90 000 fois par année. Pas surprenant que quatre à cinq tentatives soient nécessaires pour réussir à décrocher.

QU'EST-CE QUI FONCTIONNE?

Les interventions de counselling basées sur les cinq grands principes résumés en anglais par les 5 A « ask, advise, assess, assist, arrange » pour « demander, recommander, évaluer, donner du soutien et organiser » fonctionnent et leur efficacité augmente selon l'intensité du traitement. Les counselings individuels, de groupe et téléphoniques sont efficaces. Un counselling bref d'à peine quelques minutes fait que 3 % plus de fumeurs auront cessé de fumer six mois plus tard que dans un groupe contrôle alors qu'une intervention de plus de 10 minutes augmentera cette pro-



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

Pneumologue CHUM
Responsable du Centre d'abandon du tabagisme du CHUM

Professeur agrégé de clinique
Département de médecine
Université de Montréal

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

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

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

¹ Couvertes durant 12 semaines une fois par année par le Régime public d'assurance médicaments du Québec sur présentation d'une ordonnance médicale ou par ordonnance collective directement du pharmacien dans certaines régions

Tous vos actifs sous un même toit : c'est tellement plus facile!

Vous voulez consolider vos placements, mais certains titres que vous désirez conserver pour différentes considérations (fiscales, monétaires ou autres) ne cadrent pas avec nos stratégies d'investissement?

Vous êtes en processus de liquidation de succession?

Notre Service de consolidation d'actifs vous offre une solution pour la gestion globale de vos actifs!

Renseignez-vous auprès de votre conseiller en solutions financières ou du représentant en valeurs mobilières de notre nouveau Service.



www.fprofessionnels.com
Montréal 1 800 361-3794
Québec 1 888 705-1112
Sherbrooke 1 866 564-0909



Actionnaire de la Financière des professionnels depuis 33 ans

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels - Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels - Gestion privée inc. Financière des professionnels - Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille ainsi qu'un courtier en épargne collective inscrit auprès de l'Autorité des marchés financiers (AMF) qui gère et distribue les fonds de sa famille de Fonds, et qui offre des services-conseils en fonds d'investissement et en planification financière. Financière des professionnels - Gestion privée inc. est un courtier en placement membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE), qui offre des services de gestion de portefeuille. Des services de planification testamentaire sont offerts par l'intermédiaire de Financière des professionnels inc.

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

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

portion à 11 %. La thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) : timbres, gommes, pastilles, inhalateurs et vaporisateurs nasaux (non disponibles au Canada), le Bupropion (Zyban^{MD}) doublent environ les taux d'abstinence à six mois et la Varénicline (Champix^{MD}) les triple. La combinaison du timbre de nicotine à des gommes de nicotine au besoin pour calmer les désirs intenses de fumer a plus que triplé les chances de succès atteignant 36 % de taux d'abstinence six mois après l'arrêt du tabac. L'emploi concomitant du counselling et de ces différents médicaments est plus efficace que chacun utilisé seul. Les données scientifiques actuelles ne permettent pas de conclure que l'acupuncture, la thérapie au laser, l'hypnose ou l'homéopathie soient efficaces.

COMMENT PUIS-JE AIDER MES PATIENTS FUMEURS?

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

« Le tabagisme cause ainsi quelque 13 000 décès par an au Québec, principalement à cause de maladies cardiovasculaires, du cancer du poumon et de la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique). Cesser de fumer permet pourtant de diminuer rapidement et dramatiquement ces risques! »

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

1. DEMANDEZ

1.1 HISTOIRE TABAGIQUE

1.2 STADE DE CHANGEMENT

1.3 MOTIVATIONS Concernant l'arrêt du tabac, quels sont pour vous :

2. DISCUTEZ

3. DONNEZ

Signature : _____ Date : _____

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

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

RESSOURCES GRATUITES

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



Parlez-en à vos patients



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

M.C. de Pfizer Inc., utilisée sous licence
CHAMPIX^{MD}, C.P. Pharmaceuticals International C.V.,
Pfizer Canada inc., licencié
© 2011 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5



Viviane Nicolet,
MD FRCP
Département de radiologie,
Centre Hospitalier de
l'Université de Montréal
Clinique de radiologie Léger
et Associés

LA COLONOSCOPIE VIRTUELLE : NOUVELLE MÉTHODE DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL



CANCER COLORECTAL

Le cancer colorectal représente la première cause de décès par cancer chez les Canadiens non fumeurs. Environ 75 % des cancers surviennent chez des patients sans facteur de risque connu. Le dépistage, chez la population générale, permet de détecter les lésions cancéreuses plus précocement et donc d'améliorer la survie.

Par la détection précoce des polypes adénomateux et leur résection, il a été prouvé qu'on peut en diminuer l'incidence et la mortalité du cancer colorectal. Bien que tous les polypes ne soient pas du type adénomateux (ceux de moins de 6 mm sont surtout hyperplasiques), ceux-ci peuvent être précurseurs de néoplasie. On a démontré qu'il faut environ cinq ans à un adénome de plus de 10 mm pour devenir cancéreux et de 10 à 15 ans pour un plus petit.

Examens suggérés pour la détection précoce du cancer colorectal et des polypes adénomateux chez l'adulte asymptomatique de plus de 50 ans

Examens qui détectent les cancers et les polypes

- Sigmoïdoscopie tous les 5 ans, ou
- Colonoscopie tous les 10 ans, ou
- Lavement baryté double contraste tous les 5 ans, ou
- Colonoscopie virtuelle tous les 5 ans

Examens qui détectent surtout les cancers

Recherche annuelle de sang dans les selles : gaïac, test immunochimique ou recherche d'ADN

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

On distingue deux populations distinctes pour le dépistage. Les **individus à haut risque** sont ceux qui ont déjà présenté un adénome ou un cancer colorectal, ou ceux qui souffrent d'une maladie intestinale inflammatoire ou d'un syndrome héréditaire prédisposant à ce cancer. Ceux ayant un antécédent familial de cancer colorectal chez un parent du premier degré avant 60 ans sont aussi à haut risque. Ces patients doivent être suivis par endoscopie.

Les programmes de dépistage s'adressent plus spécifiquement à la population générale : les **individus à risque modéré**, qui sont asymptomatiques et de plus de 50 ans. Les directives pour le dépistage des polypes adénomateux et du cancer colorectal ont été revues en 2008 par un comité multidisciplinaire en collaboration avec *The American Cancer Society* (Tableau 1). De façon générale, on recommande un test de détection de sang dans les selles tous les ans après 50 ans ou un examen plus direct, soit une endoscopie tous les 10 ans, un lavement baryté ou une colonoscopie virtuelle tous les cinq ans.

Ces directives offrent plusieurs options car les individus peuvent avoir une préférence ou des résistances face à un type d'examen. Par ailleurs, la disponibilité et le coût de ces tests peuvent varier.

Essentiellement, il y a deux catégories de tests. Les premiers, les tests de dépistage de sang ou d'ADN dans les selles, détectent les cancers ou les adénomes plus avancés et doivent être répétés rigoureusement chaque année. Les autres, plus directs, identifient les polypes et les cancers, et ont donc un meilleur potentiel de prévention. Les examens directs incluent l'endoscopie, le lavement baryté et maintenant la **colonoscopie virtuelle**.

L'ENDOSCOPIE

L'endoscopie (ou colonoscopie directe) permet l'évaluation directe de la muqueuse et, dans un même temps, la résection des polypes. Elle sera requise dans un deuxième temps si les autres méthodes de dépistage démontrent des anomalies. Cependant, l'endoscopie n'est pas infaillible, puisque des études ont démontré de 6 à 12 % d'adénomes de plus de 10 mm et 5 % de cancers non dépistés par cet examen.

L'endoscopie comporte des risques de perforation (1/1000) et d'hémorragie s'il y a résection de polypes. À ceux-ci il faut ajouter les problèmes reliés à la sédation.

Pour le dépistage du cancer colorectal dans la population à risque moyen, une des options suggérées est une endoscopie tous les 10 ans.

LE LAVEMENT BARYTÉ

Le lavement baryté est un examen simple, à faible risque qui, dans des conditions optimales, permet de déceler de 85 à 97 % des cancers. Il est cependant de moins en moins effectué et remplacé par la colonoscopie virtuelle ou CT colonoscopie.

LA COLONOSCOPIE VIRTUELLE

La technique

Il s'agit d'un examen de tomographie axiale, ou scan, de la région abdominale, effectué après insufflation d'air ou de CO² par le rectum. Le patient a reçu une préparation laxative ainsi qu'une petite quantité de contraste par la bouche pour opacifier d'éventuels résidus de selles. Deux séquences sont faites : une sur le dos, puis l'autre sur le ventre, et le tout prend environ 10 minutes. Il n'est pas nécessaire de donner de la sédation et le patient peut vaquer immédiatement à ses activités habituelles. Les coupes obtenues grâce aux appareils multi-barrettes sont fines et reconstruites à l'aide de logiciels permettant une lecture en 2D (**Image 1**) ou en 3D, la véritable colonoscopie virtuelle (**Image 2**).

L'objectif étant de bien démontrer le contraste entre la paroi colique et l'air, des techniques à faible dose d'irradiation sont utilisées. Elles sont équivalentes aux doses reçues lors d'un lavement baryté.

Cet examen est disponible dans certains hôpitaux et cliniques privées.

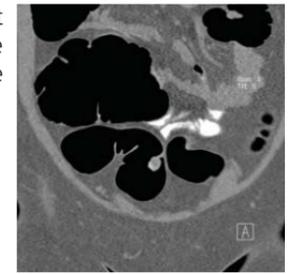
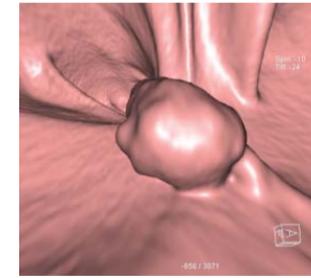
Les indications

La colonoscopie virtuelle tous les cinq ans fait maintenant partie des choix recommandés pour le dépistage du cancer colorectal dans la population générale de plus de 50 ans.

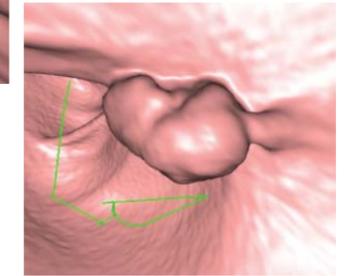
Elle est aussi utile après une colonoscopie incomplète ou pour évaluer le colon en amont d'une lésion sténosante. Elle peut être offerte aux patients ayant une contre-indication ou refusant la colonoscopie.

C'est le seul examen qui permet une évaluation des autres organes intra-abdominaux. La colonoscopie

Image 1 : Image en 2D démontrant un polype pédiculé dans une boucle du sigmoïde



Images 2 : Reconstructions en 3D de deux polypes



démontre des anomalies extra-coliques chez environ 2/3 des patients et celles-ci sont significatives dans environ 10 % des cas.

Interprétation des résultats

Plusieurs études ont montré une sensibilité pour déceler des cancers de 96 %, de 85 à 93 % pour les polypes de plus de 10 mm, et de 70 à 86 % pour les polypes de 6 à 9 mm. La spécificité est de 93 à 97 %.

On recommande de poursuivre avec une endoscopie s'il y a un ou plusieurs polypes de 10 mm et plus ou plus de 3 polypes entre 6 et 9 mm. Une endoscopie est suggérée chez environ un patient sur six. Les lésions de 5 mm et moins sont jugées non significatives puisqu'elles ont un risque très faible de malignité (0,7 %) et évoluent lentement.

CONCLUSION

La colonoscopie virtuelle est un examen de scan ou tomographie axiale qui permet de détecter la présence de polypes du côlon et du rectum. Cet examen est maintenant recommandé pour le dépistage du cancer colorectal dans la population générale, à risque modéré. ■

« Il s'agit d'un examen de tomographie axiale, ou scan, de la région abdominale, effectué après insufflation d'air ou de CO² par le rectum. Le patient a reçu une préparation laxative ainsi qu'une petite quantité de contraste par la bouche pour opacifier d'éventuels résidus de selles. »



CLINIQUE RADIOLOGIQUE ST-LOUIS INC.

3165, chemin St-Louis, bur. 130
Québec (Québec) G1W 4R4

Téléphone: **418-653-1890**
Télécopieur: **418-653-1892**

LISTE DES EXAMENS DISPONIBLES

- Arthrographies
- Échographies
- Infiltrations
- Transit digestif/repas baryté
- Mammographie diagnostique
- Radiographies générales (sans rendez-vous)
- Mammographie dépistage
- Ostéodensitométrie
- Lavement baryté
- Transit du grêle



Nathalie J. Bureau,
M.D., F.R.C.P. (C)

Radiologue

Chef, section d'imagerie musculosquelettique
Département de radiologie
Centre hospitalier de
l'Université de Montréal

**Professeur agrégé
de clinique**

Département de radiologie,
radio-oncologie et
médecine nucléaire
Université de Montréal

Associé

Clinique Radiologie Varad

APPORT DE L'ÉCHOGRAPHIE ET DE L'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE DANS L'INVESTIGATION ET LE TRAITEMENT DES PATHOLOGIES MUSCULOSQUELETTIQUES

INTRODUCTION

Le système musculosquelettique est vaste, son anatomie est complexe et les pathologies qui l'affectent sont variées et souvent particulières à une articulation ou à une région anatomique distincte. Toute démarche clinique doit nécessairement débiter par un questionnaire éclairé et par un examen physique approprié qui permettront au clinicien d'établir un diagnostic présumé ou, à tout le moins, d'élaborer des hypothèses diagnostiques.

Une stratégie diagnostique sera par la suite déterminée en fonction de ce bilan clinique pour confirmer ou infirmer l'impression diagnostique du clinicien. Ultimement, c'est aussi la corrélation avec les données cliniques qui permettra de départager les lésions symptomatiques, des lésions asymptomatiques éventuellement documentées par les tests d'imagerie.

En cas de pathologie musculosquelettique, encore aujourd'hui, la démarche fera d'abord appel aux clichés radiographiques standards qui demeurent un prérequis indispensable et qui, même lorsqu'ils sont normaux, apportent des éléments diagnostiques utiles et pertinents sur les parties molles (épanchement intra-articulaire, synovite, calcification, ossification), les structures osseuses (fracture, tumeur, périostite, enthésophyte, nécrose ischémique) et les articulations (arthropathies tumorales, inflammatoires, microcristallines et dégénératives).

ÉCHOGRAPHIE MUSCULOSQUELETTIQUE

L'échographie est un mode d'imagerie non invasif et non irradiant qui utilise les ultrasons pour générer des images. Les avantages de l'échographie sont son faible coût, lorsque comparé à l'IRM ou au scanner, l'importance de sa résolution spatiale pour l'étude des structures anatomiques superficielles et son caractère dynamique, qui permet d'évaluer certaines structures anatomiques en mouvement et de guider des interventions. Couplée au doppler, l'échographie peut fournir d'importantes informations sur la vascularisation d'une lésion ou mettre en évidence une hyperhémie dans le cadre d'un processus inflammatoire.

Son principal désavantage est sa grande difficulté de réalisation et d'interprétation qui est à l'origine de sa réputation d'examen opérateur-dépendant. Elle nécessite un long apprentissage, une connaissance pointue de l'anatomie et des pathologies musculosquelettiques, l'utilisation intelli-

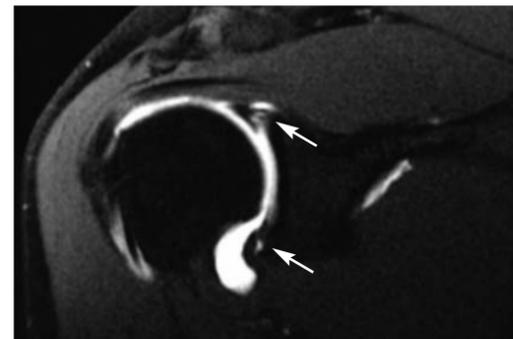


Figure 1

Déchirure extensive du labrum glénoïdien documentée à l'arthro-IRM.

Image coronale oblique en pondération T1 avec suppression du signal de la graisse, démontrant l'infiltration de la substance de contraste hyperintense, au sein de la déchirure à la base du labrum supérieur et inférieur (flèches).

gente d'un appareil d'échographie de haute gamme et demeurera toujours moins performante chez le patient obèse.

IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

L'imagerie par résonance magnétique est également un mode d'imagerie non invasif et non irradiant. L'IRM utilise un champ magnétique puissant pour générer des images. Ce mode d'imagerie offre une résolution de contraste inégalée, et permet d'évaluer globalement les muscles et tendons, les surfaces articulaires et les os, incluant la moelle osseuse, d'une région anatomique donnée. Contrairement à l'échographie, dont le champ de vue est limité à la largeur de la sonde utilisée, l'IRM permet d'imager à plus large champ, facilitant l'exploration d'une grande région anatomique lorsque requis. L'IRM est en général l'examen de choix pour l'investigation des tumeurs osseuses et des parties molles et est très performante pour l'étude des pathologies inflammatoires.

Les principaux désavantages de ce mode d'imagerie sont son coût élevé, son accessibilité relativement restreinte et les contre-indications que présentent certains patients (stimulateur cardiaque, certaines valves cardiaques, clips métalliques chirurgicaux intracrâniens, corps étrangers métalliques, notamment intra-orbitaires, claustrophobie).

Pour l'étude des structures intra-articulaires, une arthrographie jumelée à une IRM crée une distension articulaire qui facilite l'étude du labrum, des ligaments et des surfaces articulaires (Figure 1). L'arthro-IRM est également supérieure à l'IRM standard dans la détection des déchirures partielles de la coiffe des rotateurs.

INDICATIONS

Pathologies de l'épaule

La prévalence des pathologies de l'épaule est très élevée chez l'adulte et le type d'atteinte varie selon le groupe d'âge. Ainsi, les 20 à 40 ans souffrent plus fréquemment de lésions reliées à une instabilité de l'épaule. L'arthro-IRM est l'examen de choix pour investiguer ces patients.

La prévalence des ruptures symptomatiques de la coiffe des rotateurs, de la tendinopathie chronique et de la bursopathie sous-acromiale, associée ou non à un syndrome d'accrochage, augmentent progressivement avec l'âge, à partir de 40 ans. Par ailleurs, les ruptures asymptomatiques de la coiffe deviennent très fréquentes après l'âge de 65 ans.

La maladie calcifiante du tendon a une prédominance féminine et affecte principalement les épaules de 30 à 60 ans. Toutes les calcifications tendineuses

ne sont pas symptomatiques. Deux syndromes douloureux peuvent survenir : un syndrome d'hyperalgie aigue, qui se manifeste lors de la phase de résorption spontanée des dépôts calciques qui provoque une réaction inflammatoire intense; et un syndrome douloureux subaigu, occasionné par des calcifications assez volumineuses (> 1 cm), à l'origine d'une tuméfaction tendineuse et d'une douleur locale, et qui peuvent contribuer à un conflit antéro-supérieur ou sous-coracoïdien. Les calcifications symptomatiques siègent habituellement dans le tendon supra-épineux. L'échographie permettra d'évaluer ces calcifications tendineuses et au besoin de procéder à un traitement percutané (ponction-lavage-aspiration des calcifications) (Figure 2).

La capsulite rétractile idiopathique touche plus volontiers la femme entre 40 et 60 ans alors que la capsulite associée au diabète survient avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme et elle est plus souvent bilatérale (jusqu'à 40 à 50 % des cas). La capsulite rétractile évolue schématiquement en trois phases : une phase douloureuse d'installation progressive avec douleurs d'intensité variable, à caractère inflammatoire et surtout nocturnes; une phase d'enraidissement où l'examen clinique objective une limitation des amplitudes actives et passives prédominant sur l'élévation et la rotation externe avec sensation de butée; une phase de récupération s'éta-

« Contrairement à l'échographie, dont le champ de vue est limité à la largeur de la sonde utilisée, l'IRM permet d'imager à plus large champ, facilitant l'exploration d'une grande région anatomique lorsque requis. L'IRM est en général l'examen de choix pour l'investigation des tumeurs osseuses et des parties molles et est très performante pour l'étude des pathologies inflammatoires. »

« Les avantages de l'échographie sont son faible coût, lorsque comparé à l'IRM ou au scanner, l'importance de sa résolution spatiale pour l'étude des structures anatomiques superficielles et son caractère dynamique, qui permet d'évaluer certaines structures anatomiques en mouvement et de guider des interventions. »

CLINIX Imagerie médicale et intervention vous offre
TOUS LES SERVICES DE RADIOLOGIE,
à Place de La Cité, à même la Cité médicale.

Dotée d'appareils de pointe hautement sophistiqués (équipements DR, dernière technologie qui diminue significativement la dose de radiation), notre équipe médicale, composée de 15 radiologistes et de 20 technologues d'expérience, saura répondre rapidement à votre demande d'examen.

Unique à Québec, la mammographie double lecture: chaque mammographie de dépistage est analysée par 2 radiologistes.

Nos examens:

Couverts par la RAMQ: Radiologie générale, radiologie digestive, interventions musculo-squelettique*, mammographie et ostéodensitométrie.

*Des frais accessoires s'appliquent.

Non-couverts par la RAMQ: Échographie, doppler. Obstétrique: prénatal, échographies obstétricale et obstétricale de démonstration 3D/4D, tomodensitométrie (taco), colonoscopie optique et virtuelle, résonance magnétique. Biopsies: seins, prostate, thyroïde et ganglions.

Pour information ou un rendez-vous, contactez-nous!

Place de la Cité (La Cité Médicale), 2600, boul. Laurier, local 295,
Québec (Québec) G1V 4T3

418 653-9933

www.cliniximagerie.com

Heures d'ouverture:

Lundi au vendredi de 7h à 21h.
Samedi et dimanche de 9h à 14h.



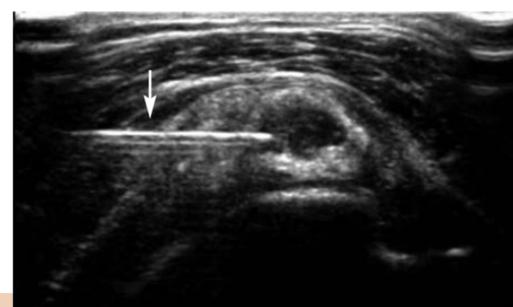
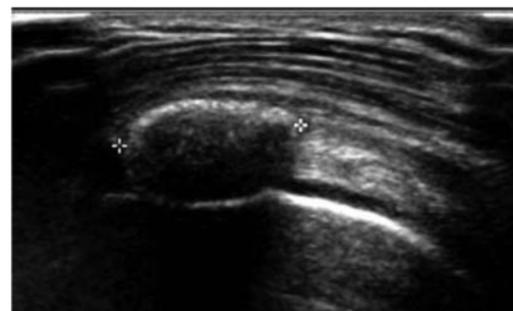


Figure 2
Calcification du tendon supra-épineux traitée par ponction-lavage-aspiration échoguidée.

- A. Image échographique dans le plan coronal démontrant une calcification hyperéchogène (délimitée par les curseurs) au sein du tendon supra-épineux.
- B. Image échographique dans le plan sagittal documentant l'aiguille (flèche) au sein de la calcification largement évidée.

genou qui occasionnent des lésions méniscales, ligamentaires, cartilagineuses ou osseuses, fréquemment multiples. Après les radiographies, l'IRM est l'examen de choix pour l'étude du genou. L'apport de l'échographie est très limité pour l'évaluation des structures intra-articulaires et ne sera utile que pour des demandes d'évaluation ciblée de tendons (quadriceps, patellaire, semi-membraneux, biceps fémoris) ou de masses périarticulaires.

Rachis

L'IRM est particulièrement performante dans l'évaluation de la pathologie discale et de la sténose spinale. Plus récemment, certaines études ont démontré son utilité clinique dans la détection précoce et le suivi des pathologies inflammatoires rhumatismales.

Autres régions anatomiques

Contrairement à l'évaluation de l'épaule, l'évaluation échographique des autres articulations (coude, poignet, main, hanche, genou, cheville et pied) n'est pas standardisée. L'examen échographique sera donc dirigé pour répondre à une question clinique précise : évaluation de tendons, de ligaments, d'une masse des parties molles, recherche d'un épanchement intra-articulaire.

Les tendons les plus souvent investigués par échographie sont les tendons conjoints extenseurs et fléchisseurs au niveau du coude (épicondylalgie latérale ou médiale) et le tendon distal du biceps, le tendon iliopsoas et les tendons petit et moyen fessiers au niveau de la hanche, les tendons quadriceps et patellaire au genou, le tendon Achilléen et l'aponévrose plantaire au niveau de la cheville. Les ligaments de la cheville sont également avantageusement explorés par échographie. Au niveau des doigts, de la main et du poignet on pourra rechercher les pathologies tendineuses et ténosynoviales, les kystes arthrosynoviaux, un épanchement intra-articulaire.

L'utilité de l'échographie est plus limitée pour l'investigation des tissus profonds comme les muscles ischio-jambiers et adducteurs, que l'on visualise mieux à l'IRM. Par ailleurs, l'IRM sera préférée pour l'étude plus globale d'une articulation et l'arthro-IRM pour l'évaluation des structures intra-articulaires : évaluation du labrum (hanche : conflit fémoro-acétabulaire; poignet : fibro-cartilage triangulaire et ligaments interosseux), des surfaces ostéo-cartilagineuses, alors que dans certaines circonstances, l'arthro-scanner sera même l'examen de choix. Les indications de l'échographie et de l'IRM dans l'investigation des pathologies musculosquelettiques du squelette appendiculaire les plus courantes sont résumées au Tableau 1.

ÉCHOGRAPHIE MUSCULOSQUELETTIQUE INTERVENTIONNELLE

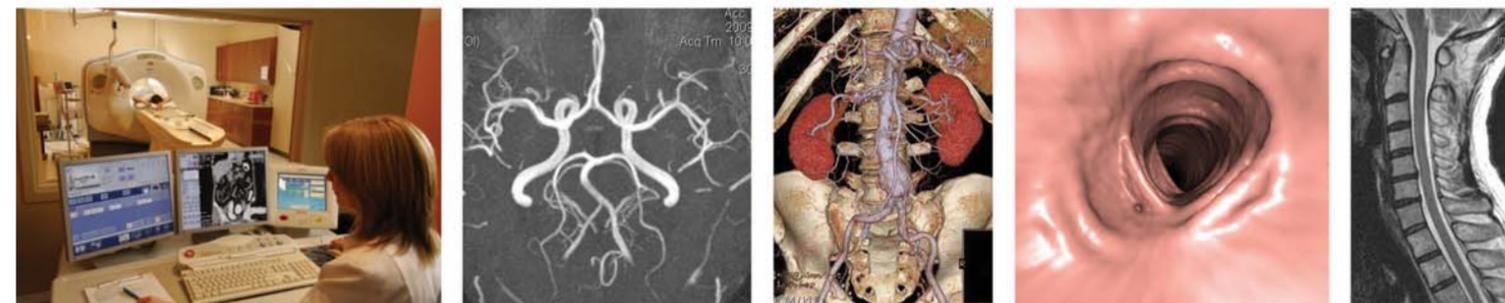
Parce qu'elle permet d'imager en temps réel, l'échographie est une méthode unique pour guider

lant sur plusieurs mois. Le diagnostic d'une capsule rétractile est clinique. La sémiologie de la capsule à l'échographie et à l'IRM est inconstante et demeure peu spécifique. L'échographie sera toutefois l'examen à favoriser puisqu'il permet d'exclure une pathologie de la coiffe et permet d'évaluer l'amplitude des mouvements.

L'épaule est la région anatomique la plus fréquemment évaluée par échographie. L'échographie de l'épaule est un examen standardisé qui comprend l'étude systématique des tendons et muscles de la coiffe des rotateurs, du tendon de la longue portion du biceps, une recherche dynamique des conflits de l'épaule et une évaluation plus sommaire des surfaces osseuses et des articulations acromio-claviculaire et gléno-humérale. Une récente étude a démontré une sensibilité et spécificité comparables, de l'échographie et de l'IRM, pour la détection et la caractérisation des déchirures de la coiffe des rotateurs.

Pathologies du genou

Les pathologies du genou sont endémiques dans notre population. Que l'on pense à l'arthrose dégénérative, de plus en plus fréquente et notamment chez des patients de plus en plus jeunes, souffrant souvent d'obésité, ou encore, aux traumatismes du



SERVICES D'IMAGERIE MÉDICALE DE POINTE AU CENTRE-VILLE DE MONTRÉAL

- Radiologie générale
- Mammographie numérisée sans frais
- Ostéodensitométrie
- Interventions thérapeutiques
- Imagerie par résonance magnétique (IRM)
- Échographie et Doppler
- Tomodensitométrie (CT scan 64 barrettes)
- Coloscopie virtuelle



L'IMAGERIE POUR LA VIE
IMAGERY FOR LIFE

Heures d'ouverture :
Lundi au jeudi : de 7h45 à 18h
Vendredi : de 7h45 à 16h30

Possibilité d'examens jusqu'à 20h, certains soirs, sur rendez-vous.

4, Complexe Desjardins, Niveau 4
Montréal (Québec) H5B 1B2
Téléphone : 514-281-1355
Télécopieur : 514-281-0262
Site internet : www.radiologievarad.com

Tableau 1

APPORT DE L'ÉCHOGRAPHIE ET DE L'IRM DANS L'INVESTIGATION DES PATHOLOGIES DU SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE

Ce tableau est à titre indicatif seulement puisqu'il n'inclut pas de façon exhaustive les autres modes d'imagerie, notamment les examens en médecine nucléaire et le scanner. Toute investigation devrait débuter par des radiographies standards.

PATHOLOGIES DE L'ÉPAULE

Instabilité gléno-humérale	Arthro-IRM (arthro-scanner peut être une alternative)	
Coiffe des rotateurs et tendon du long biceps Déchirure partielle ou complète Tendinopathie ± calcification Bursopathie sous-acromiale	Échographie	- Très performante - Offre option de traitement
	IRM	- Évaluation plus globale - Arthro-IRM plus performante pour déchirure partielle et déchirure du subscapulaire ou chez le sujet jeune.
Conflits Syndrome d'accrochage Antérieur (sous-coracoïdien)	Échographie dynamique	
Capsulite	Diagnostique clinique	- Échographie et IRM peu sensibles. Utiles pour exclure autres diagnostics.

PATHOLOGIES DU COUDE

Tendinopathie Épicondylalgie médiale ou latérale Biceps distal	Échographie	- Évaluation ciblée - Offre option de traitement
	IRM	- Évaluation plus globale
Arthropathie	IRM	- Arthro-scanner plus performant pour chondropathie, souris intra-articulaires

PATHOLOGIES DE LA MAIN ET DU POIGNET

Tendinopathie / ténosynovite	Échographie	- Évaluation ciblée
	IRM	- Évaluation plus globale
Ligaments inter-osseux Complexe du fibrocartilage triangulaire Chondropathie	Arthro-scanner > arthro-IRM > IRM	
Nécrose avasculaire	IRM	- Détection - Arthro-scanner - Staging
Fracture	Scanner	

PATHOLOGIES DE LA HANCHE

Conflit fémoro-acétabulaire	Arthro-IRM	
Tendinopathie Moyen et petit fessiers Bursopathie du grand trochanter	Échographie	- Évaluation ciblée
	IRM	- Évaluation plus globale
Nécrose avasculaire Ostéoporose transitoire Tendons ischio-jambiers, adducteurs	IRM	

PATHOLOGIES DU GENOU

Ménisques, Ligaments croisés, collatéraux Tendons, Chondropathie, Arthropathie Contusions osseuses,	IRM	
Tendinopathie Tendon patellaire, Patte d'oie Semi-membraneux	Échographie	- Évaluation ciblée - Offre option de traitement

PATHOLOGIES CHEVILLE ET PIED

Lésion ostéo-chondrale, Tendons, Ligaments, Sinus tarsi, Tunnel tarsien, Articulations, Os, Aponévrose plantaire, Tendon Achilléen	IRM	- Évaluation globale
Tendinopathie Tendon Achilléen, Autres tendons, Ligaments Aponévrose plantaire (fasciite plantaire)	Échographie	- Évaluation ciblée - Offre option de traitement
Névrome de Morton	Échographie	- Évaluation ciblée
	IRM	- Évaluation globale
Pied diabétique	IRM	

Tableau 2

INTERVENTIONS DU SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE POUVANT ÊTRE RÉALISÉES SOUS GUIDANCE ÉCHOGRAPHIQUE

Toute intervention est réalisée après une évaluation exhaustive et si le radiologue la juge appropriée et indiquée.

Selon l'organisation du milieu et selon la préférence du radiologue, plusieurs de ces interventions peuvent être guidées par d'autres modes d'imagerie, notamment la fluoroscopie ou le scanner.

Traitement par injection de corticostéroïdes

- Bourse - Sous acromio-deltaïdienne - Patte d'oie - Pré-Achilléenne
- Péri-tendineuse - Epitrochléens - Epicondyliens - Moyen et petit fessiers - Iliopsoas - Semi-membraneux
- Gaine synoviale tendineuse - Tendon du long biceps - Tendons fléchisseurs et extenseurs main, poignet, cheville et pied
- Articulations - Main et poignet - Acromio-claviculaire, sterno-claviculaire

Traitement de la tendinopathie calcifiante de l'épaule

Aspiration de liquide pour analyse

- Abcès • Arthrite • Ténosynovite

Drainage d'abcès ou hématome

Décompression d'une lésion kystique

- Kyste mucoïde (ganglion cyst) • Kyste arthro-synovial

Biopsie d'une tumeur

- Parties molles • Lésions osseuses lytiques

Exérèse de corps étranger

Mise en place d'un harpon pour localisation pré-chirurgicale

différentes interventions musculosquelettiques à visée diagnostique ou thérapeutique (Tableau 2). L'échographie permet de localiser la lésion et de contrôler, en continu, la trajectoire de l'aiguille en relation avec l'objectif et les structures anatomiques environnantes, augmentant ainsi la précision et la rapidité de l'intervention, tout en diminuant les risques de complications.

CONCLUSION

La performance d'un test d'imagerie et la pertinence du rapport radiologique sont dépendantes de la problématique clinique. Il est donc primordial que le problème clinique soit cerné adéquatement et que des hypothèses diagnostiques soient énoncées clairement par le clinicien. Les modalités d'imagerie radiologique utilisées dans l'investigation des pathologies du système musculosquelettique sont nombreuses : radiographie, arthrographie, échographie, scanner, IRM, médecine nucléaire. Le radiologue est par ailleurs le spécialiste qui pourra le mieux déterminer ou recommander l'examen le plus approprié pour répondre à la problématique clinique. ■

IMAGERIE DES PIONNIERS

simple. rapide. efficace.

dépistage cancer colon + scan
mercredi 9h00 am

- Scan (Tomodensitométrie) • Résonance magnétique
- Dépistage du cancer du colon par colonoscopie virtuelle
- Fluoroscopie • Prénatast (Clarté nucale)
- Échographie avec Doppler • Ostéodensitométrie
- Radiologie conventionnelle



**Eric Desmarais,
MD, FRCPC**

Radiologue, section d'imagerie musculosquelettique
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Professeur adjoint de clinique
Université de Montréal

Associé
Clinique de radiologie Varad,
Complexe Desjardins,
Montréal

Coauteurs : Drs Thomas Moser, Mélanie Deslandes et Nathalie J. Bureau, également radiologues au CHUM et associés de Radiologie Varad



L'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE DE L'ÉPAULE

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est un mode d'imagerie non invasif et non irradiant. L'IRM utilise un champ magnétique puissant pour générer des images. Ce mode d'imagerie offre une résolution de contraste inégalée, et permet d'évaluer globalement les muscles et tendons, les surfaces articulaires et les os, incluant la moelle osseuse, d'une région anatomique donnée. Contrairement à l'échographie, dont le champ de vue est limité à la largeur de la sonde utilisée, l'IRM permet d'imager à plus large champ, facilitant l'exploration d'une grande région anatomique lorsque requis. L'IRM est en général l'examen de choix pour l'investigation des tumeurs osseuses et des parties molles et est très performante pour l'étude des pathologies inflammatoires.

Les principaux désavantages de ce mode d'imagerie sont son coût élevé et les contre-indications que présentent certains patients (stimulateur cardiaque, certaines valves cardiaques, clips métalliques chirurgicaux intracrâniens, corps étrangers métalliques, notamment intra orbitaires, claustrophobie). L'accessibilité à la résonance magnétique était autrefois très restreinte mais le Québec s'est doté depuis quelques années de nouveaux appareils d'IRM. Même si la résonance magnétique demeure la modalité la plus performante dans le diagnostic d'une vaste majorité d'affections de l'épaule, certaines situations requièrent une échographie articulaire, notamment dans la confirmation d'un conflit sous-acromial suspecté à l'examen clinique ou lorsqu'une intervention est prévue (infiltration de la bourse sous-acromiale

ou lavage d'une calcification tendineuse). La prévalence des affections de l'épaule est très élevée chez l'adulte et le type d'atteinte varie selon le groupe d'âge.

DÉCHIRURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

La prévalence des ruptures symptomatiques de la coiffe des rotateurs, de la tendinopathie chronique et de la bursopathie sous-acromiale, associée ou non à un syndrome d'accrochage, augmente progressivement avec l'âge, à partir de 40 ans. Par ailleurs, les ruptures asymptomatiques de la coiffe deviennent très fréquentes après l'âge de 65 ans. La déchirure de la coiffe est habituellement la conséquence d'une tendinopathie chronique favorisée par un surmenage de l'épaule ou par un conflit sous-acromial. Les traumatismes aigus causent rarement la déchirure d'une coiffe saine, mais peuvent précipiter l'évolution d'une tendinopathie chronique. L'étendue de la déchirure est variable et peut intéresser une partie ou la totalité de la coiffe.

Une déchirure de la coiffe se manifeste par des douleurs et surtout une limitation des mouvements actifs de l'épaule (la mobilité passive est normale) conduisant à l'extrême au tableau d'épaule pseudoparalytique. Une déchirure ancienne entraîne l'atrophie du muscle et, par conséquent, une perte de volume des fosses supra- ou infraépineuse. Un examen d'imagerie permet de confirmer le diagnostic. La radiographie est suffisante quand elle montre une élévation de la tête humérale avec pincement de l'espace sous-acromial (<7 mm), souvent associée à une arthrose glénohumérale secondaire. L'échographie permet aisément de mettre en évidence la déchirure tendineuse, d'en mesurer l'étendue et d'évaluer le degré d'atrophie des muscles supra- et infraépineux. L'examen par IRM fournit une étude détaillée de la coiffe et de l'ensemble des structures de l'épaule (photo 1). Il est principalement indiqué pour les patients qui sont dirigés vers un chirurgien orthopédiste en vue d'une réparation du tendon. On peut le remplacer par l'arthro-scan en cas de contre-indication. Chez les sujets jeunes et actifs, le traitement d'une déchirure de la coiffe est généralement chirurgical afin d'éviter une perte de mobilité préjudiciable aux activités professionnelles et sportives. En revanche, il est plutôt conservateur pour les déchirures chroniques chez le sujet âgé : physiothérapie, médicaments antalgiques ou infiltration de cortisone dans la bourse.

TENDINOBURSOPATHIE CALCIFIANTE

Les calcifications des tendons de la coiffe sont courantes, mais ne sont symptomatiques que dans environ un tiers des cas. La tendinopathie calcifiante touche surtout la femme d'âge moyen (de 30 à 50 ans) et est plus fréquente chez les travailleurs manuels, les diabétiques et les personnes souffrant d'insuffisance rénale. L'atteinte est bilatérale dans plus du tiers des cas. La localisation prédominante est le tendon supraépineux. Une rupture de la coiffe y est exceptionnellement associée. Le tableau clinique habituel de la tendinobursopathie

« Même si la résonance magnétique demeure la modalité la plus performante dans le diagnostic d'une vaste majorité d'affections de l'épaule, certaines situations requièrent une échographie articulaire, notamment dans la confirmation d'un conflit sous-acromial suspecté à l'examen clinique ou lorsqu'une intervention est prévue (infiltration de la bourse sous-acromiale ou lavage d'une calcification tendineuse). »

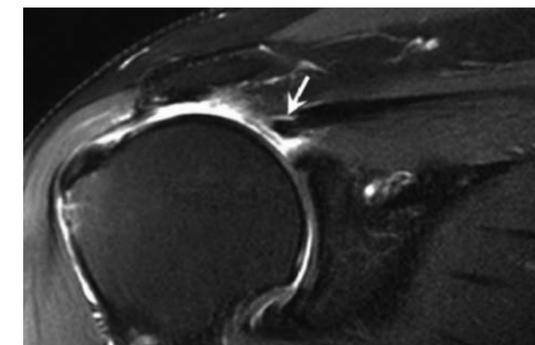


Photo 1.
Déchirure de la coiffe. Image frontale d'un examen par IRM montrant la déchirure transfixiante avec rétraction du tendon supraépineux (flèche) à la hauteur de la glène.



Photo 2.

La radiographie montre une large calcification tendineuse (flèche) à l'origine du tableau douloureux.

calcifiante est l'épaule aiguë hyperalgique, caractérisée par une douleur importante limitant les mouvements actifs et passifs (notamment l'abduction) et empêchant les patients de dormir sur l'épaule atteinte. L'examen d'imagerie le plus utile est la radiographie de l'épaule, qui met en évidence la calcification (photo 2). L'échographie permet d'évaluer, de localiser et de mesurer la taille de la calcification et de rechercher des anomalies des tendons et de la bourse sous-acromio-deltoidienne. L'examen par IRM n'est pas nécessaire pour poser le diagnostic et peut même ne pas détecter de petites calcifications, raison pour laquelle une radiographie est presque toujours obtenue en combinaison avec l'IRM.

CAPSULITE RÉTRACTILE

La capsulite rétractile est une autre affection fréquente de l'épaule. Son diagnostic est avant tout clinique. Les radiographies permettent d'exclure une autre affection et montrent parfois une déminéralisation de la tête humérale. L'arthrographie indique une réduction caractéristique de la capacité articulaire glénohumérale (<10 ml au lieu des 15 ml à 20 ml habituels) avec effacement des récessus articulaires et constitue le préalable d'une infiltration de cortisone. L'échographie et



Photo 3.

Déchirure du labrum supérieur. Image frontale d'une arthro-IRM montrant la déchirure opacifiée par le gadolinium injecté directement dans l'articulation. On remarque également une fracture par impaction au versant supéro-latéral de la tête humérale.

l'examen par IRM peuvent révéler des signes subtils et inconstants de capsulite, mais servent surtout à dépister d'éventuelles lésions.

INSTABILITÉ ET BLESSURES SPORTIVES

Les patients peuvent également consulter pour des douleurs avec sensation d'instabilité, parfois à la suite d'une ou de plusieurs luxations glénohumérales. Les luxations antérieures de l'humérus sont les plus fréquentes. Les facteurs de risque pour des luxations récidivantes incluent le jeune âge du patient (ou un niveau d'activité physique plus élevé), les déchirures de la coiffe et les déchirures capsuloligamentaires. Le médecin doit alors chercher une atteinte de ces structures ainsi que du labrum, qui représente un stabilisateur fibrocartilagineux de l'épaule. Le bilan d'imagerie repose alors sur l'arthro-IRM (photo 3) ou, à défaut, l'arthrotomodensitométrie. Lors du rendez-vous, une injection intra-articulaire de produit de contraste (à base de gadolinium) est réalisée sous guidage fluoroscopique, afin d'obtenir une distension articulaire optimale. Le patient est envoyé sans délai en salle de résonance magnétique pour éviter la résorption du contraste par la synoviale.

En conclusion, l'imagerie par résonance magnétique de l'épaule permet de faire un bilan lésionnel complet, à la fois chez le jeune patient présentant des signes d'instabilité que chez le sujet plus âgé présentant des signes de rupture de la coiffe. L'examen est non invasif et bien toléré par les patients. Il est plus accessible qu'il ne l'était auparavant. ■

SERVICES D'IMAGERIE MÉDICALE DE GATINEAU

- RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE SANS FRAIS
- OSTÉODENSITOMÉTRIE
- ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER
- CLARTÉ NUCALE
- EXAMENS BARYTÉ
- ARTHROGRAPHIE
- IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE INCLUANT LES SEINS (IRMPLUS SEULEMENT)



CLINIQUE RADIOLOGIQUE DE GATINEAU
195 GREBER SUITE 1 GATINEAU
WWW.RADIOLOGIQUE.COM
(819) 568-9119

CLINIQUE RADIOLOGIQUE AYLNER
181 PRINCIPALE SUITE D5 AYLNER
(819) 684-8855

IRMPLUS
61 LAURIER
WWW.MRIPLUS.CA
(819) 771-1674



QUE BOIRE CET ÉTÉ?

EXTRAITES D'UN LIVRE SUR LES ACCORDS DE VINS ET DE METS PUBLIÉ PAR DAVID COBBOLD AUX ÉDITIONS FLEURUS EN COLLABORATION AVEC PIERRE-YVES CHUPIN, RÉDACTEUR EN CHEF DE LA REVUE FRANÇAISE CUISINE ET TERROIRS, CES HARMONIES VOUS AIDERONT À TROUVER LE MEILLEUR VIN POUR VOS REPAS DE L'ÉTÉ. L'OUVRAGE S'INTITULE : PLATS CHERCHENT VINS/VINS CHERCHENT PLATS.

par David Cobbold

CÔTÉ VINS

Boire du vin à table, c'est-à-dire en accompagnement de mets, est une tradition ancrée dans notre culture, et la saison estivale est une occasion rêvée de donner libre cours à vos envies de fraîcheur, de saveurs exotiques et de combinaisons osées. Comme toujours, il est plus aisé de réussir un accord en commençant par le vin, en adaptant le plat à celui-ci. Mais les choses se passent rarement ainsi, surtout en été. Les amis font un barbecue, et vous apportez votre dernière trouvaille bachique, en espérant que tout ira bien. Et le bonheur est souvent au rendez-vous, car le plus important c'est le moment partagé. Mais en faisant un peu attention à son choix, ce moment attendu peut se rehausser d'une plus grande qualité et intensité : celle des saveurs qui dansent ensemble, qui répondent et qui conversent, comme vous avec vos amis. Pour vous donner quelques pistes, nous sommes partis de quelques plats d'été, la plupart simples et traditionnels, mais en prêtant attention à l'accompagnement de ces plats, aux sauces et aux légumes, trop souvent négligés dans les conseils sur les accords.

CÔTÉ PLATS

AÏOLI

Cette sauce, à base d'ail et d'huile d'olive, est souvent confondue avec le grand aioli qui, en plus de la sauce, se compose alors de morue pochée, de légumes cuits à l'eau, d'escargots et d'œufs durs. Dans les deux cas, le vin doit faire face à l'ail. Un vin blanc sudiste, issu de la vallée du Rhône ou de la Provence, du sud d'Italie ou d'Australie, possède assez de gras et de matière pour arrondir les angles, tout en développant un bouquet aromatique assez complexe qui va du fruit aux notes florales, voire épicées, pour venir équilibrer le plat. Les arômes de fleurs d'un côte-de-provence blanc ou d'un blanc de Sicile, souvent marqués par le fenouil ou l'anis, comme les notes de miel et d'épices qui les caracté-

risent en vieillissant, vont sublimer l'ail jusqu'à lui donner une rondeur et un fruité étonnant. L'accord est également possible avec un rosé en le choisissant sur une appellation du sud de la France ou de l'Espagne pour retrouver la nervosité et la puissance des notes légèrement épicées. Mais un rouge, même servi frais, se heurtera aux légumes comme aux coquillages et poissons qui accompagnent le plat.

Types de vin : un vin blanc de Provence, de la vallée du Rhône méridionale, du sud de l'Italie, ou un chardonnay d'Australie, d'Argentine ou de Californie.

À essayer : un rosé du sud de la France (Provence, Corse ou Languedoc), un rosado d'Espagne.

CHARCUTERIES

À l'exception des terrines et des pâtés (voir terrine), il est plus facile de construire un accord avec des vins blancs que rouges. Il importe en effet d'éviter les vins trop tanniques qui, en bouche, développeront une astringence en totale rupture avec la rondeur et la fine texture des charcuteries. Les bordeaux ou les vins du sud-ouest sont donc à éviter, et les appellations propres au cépage gamay à privilégier. Un beaujolais ou un gamay d'Anjou ou de Touraine pos-



sèdent ainsi l'acidité nécessaire pour résister au gras et surtout le fruité pour donner rondeur et gourmandise aux saucissons, saucisses ou jambon. Mais il serait regrettable de ne pas s'intéresser également aux blancs. Avec les rillons ou les rillettes par exemple, les vouvrais, montlouis ou savennières propres au cépage chenin constituent un heureux accord ; ils possèdent assez de fraîcheur et développent des notes de fleurs blanches ou de fruits (coing) qui donnent beaucoup de longueur en bouche. Autre accord, un bourgogne aligoté, un hautes-côtes-de-nuit ou un simple bourgogne blanc partagent avec un jambon blanc ou persillé une même texture ronde et grasse. De même, le cépage sauvignon des sancerres et autres vins du centre de la France ont la vivacité pour s'entendre avec beaucoup de charcuteries. Enfin, un riesling encore jeune, possède assez de nervosité pour honorer nombre de charcuteries alsaciennes.

Types de vins : les vins blancs à l'acidité marquée (issus des cépages comme le riesling, le sylvaner, le sauvignon blanc, ou encore le chenin blanc. Les rosés de climats frais ou les vins rouges peu tanniques.

CRUDITÉS ET SALADES

Les légumes, tant par leur acidité, leur amertume ou leur texture parfois croquante, filandreuse ou au contraire molle, rendent difficile l'accord avec les vins. La vinaigrette ou le simple filet d'huile, de vinaig-

re ou de citron ne facilitent surtout pas les choses. Peu de vins sont recommandables, et il est parfois préférable de se limiter au vin servi à l'apéritif ou avec le plat principal. Heureusement, quelques vins blancs et rosés offrent des notes florales (côtes-de-provence). Il existe même des cépages comme le riesling qui s'épanouissent avec des notes végétales ou comme le cabernet franc qui, dans le cadre des chinons, expriment précisément des notes rappelant le poivron. À l'exception du chinon que l'on gardera donc pour accompagner des poivrons marinés, les vins blancs et rosés restent les seuls à pouvoir affronter ces entrées. Les côtes-de-provence, les cassis et bellet développent en blanc des notes épicées et de fleurs blanches qui leur permettent de s'entendre avec l'huile d'olive et même l'ail. Ils accompagneront donc une salade niçoise ou toute crudité préparée avec un tel assaisonnement. Les rosés structurés comme le tavel, s'entendent bien avec les tomates servies ou non avec basilic et mozzarella. Quant aux rosés plus septentrionaux comme les sancerres, les menetou-salon, reuilly ou cheverny, ils permettent, grâce à leur supplément d'acidité, d'oser affronter la vinaigrette même moutardée d'une salade de haricots verts, de lentilles ou de pommes de terre.

Types de vins : vins blancs et rosés, particulièrement vins du sud de la France, d'Espagne, d'Italie ou de Grèce (blancs et rosés).



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



FRITURE DE PETITS POISSONS

Plat typique de fin d'une journée de pêche, le gras de la friture impose d'emblée des vins blancs à la fois acides et toniques pour réveiller le palais. Avec les petites pêches d'océan, un muscadet, un entre-deux-mers ou un vinho verde joueront de leurs jolies notes primaires pour donner beaucoup de gourmandise au plat. Avec des poissons de fleuve, de rivière ou de lac, moins iodés, les vins blancs de provence ou de la rioja perdent certes en tonicité, mais gagnent en arômes, de fleurs, de miel ou d'épices.

Types de vins (poissons de mer) : vifs et directs en saveurs, comme les muscadets ou bordeaux blancs, ou les sauvignons blancs.

Types de vins (poissons de rivière ou de lac) : vins parfumés et moins acides, comme les blancs du sud de la France, d'Espagne ou de Grèce, chardonnays de partout.

FROMAGES

Quoi de plus difficile à accorder à un seul vin qu'un plateau de fromages? Fait de lait de brebis, de chèvre ou de vache, à pâte fermentée ou pressée, à croûte fleurie ou pas, sec ou crémeux, parfois avec des moisissures (bleus), les fromages constituent un monde multiple avec lequel il est quasiment impossible de composer avec un seul vin! D'une manière générale, les blancs ou les rosés poseront moins de problèmes que les rouges. Si vous voulez à tout prix servir un vin rouge avec des fromages, choisissez un rouge simple, fruité et assez vif, du type gamay de Touraine, beaujolais, ou bonarda d'Argentine. Pour un bleu, aller vers un vin moelleux.



FRUITS DE MER

Lorsque l'on évoque un plateau de fruits de mers, il faut tenir compte aussi bien des fruits de mer que des coquillages, mais aussi des tartines de beurre ou de mayonnaise et du filet de citron ou de vinaigre. Un muscadet, par sa vivacité et ses notes légèrement iodées, se plaît avec les éléments encore crus ou préparés le plus simplement et ne craint nullement le gras du beurre ou de la mayonnaise. Le sauvignon, cépage propre aux bordeaux blancs comme l'entre-deux-mers et largement planté ailleurs au monde, ne joue pas dans la discrétion. Ses notes aromatiques franches évoluant autour du citron s'associent agréablement aux saveurs d'un plateau de fruits de mer. De la même façon, un vinho verde, un sylvaner, un pouilly-fumé ou un saucerre seront un moment de franche gourmandise. Avec des belons, une langouste ou un homard, il est alors souhaitable de rechercher un peu plus de finesse et de sublimer la complexité et la rondeur des mollusques ou des chairs : chablis, meursault, pessac-léognan, ou les meilleurs soave. Les vins blancs de pays chauds, aux arômes beaucoup plus marqués et expressifs, seront réservés à la dégustation des oursins.

Types de vins : alsace sylvaner, bordeaux blanc, chablis, entre-deux-mers, meursault, muscadet, pessac-léognan, pouilly-fumé, saucerre (tous blancs), sauvignons blancs de partout, vinho verde, rias baixas (cépage albarinho), soave.

À essayer : champagne.

HOMARD

En le cuisinant tout simplement à la nage ou grillé, le homard, comme d'ailleurs la langouste, laisse à découvrir la richesse de sa chair comme sa belle complexité aromatique. Pas d'hésitation, le plat appelle des vins blancs puissants pouvant offrir à la fois équilibre et raffinement, élégance et longueur en bouche. Un bourgogne blanc issu d'une appellation réputée, un châteauneuf-du-pape ou un hermitage possèdent une texture souvent dense et assez de gras ou de mâche pour apprécier la chair du crustacé. Avec quelques années de vieillissement, les notes un peu évoluées s'épanouiront et sublimeront le plat, notamment si le corail est gardé et servi avec un pessac-léognan, un savennières, un riesling ou même un gewurztraminer joueront également de leur distinction et de leur potentiel pour offrir une exceptionnelle longueur en bouche.

Types de vins : tous les vins blancs issus d'appellations prestigieuses de la bourgogne : chablis grand cru, meursault, puligny-montrachet, chassagne-montrachet, pouilly fuissé ; pessac-léognan et graves blancs ; bons chardonnays de partout ; rias baixas ou rueda (Espagne).

À essayer : un champagne millésimé.

LÉGUMES FARCIS

Le vin doit affronter deux obstacles : l'acidité propre au légume et la farce souvent aillée. Aussi, les appellations propres au sud, en blanc et pourquoi pas en rosé ou en rouge, possèdent assez peu d'acidité pour ne pas venir en ajouter au plat et réussissent par leur exubérance aromatique à faire oublier la présence de l'ail. Un côtes-de-provence, un bellet, un côtes-du-rhône, voire un côte-du-roussillon, surtout s'ils sont servis frais, joueront de leurs notes poivrées et épicées pour s'associer avec bonheur aux petits farcis niçois comme aux plus traditionnelles tomates farcies.

Types de vins : vins blancs, rosés ou rouges du pourtour méditerranéen, vins d'Amérique du Sud, d'Afrique du Sud ou d'Australie. Il y a tant de variétés de légumes qu'il est difficile d'être plus précis. Se référer aussi au plat principal.

PIZZA

Il existe autant de pizzas différentes que de garnitures, mais la plupart offrent une panoplie d'arômes ou d'épices. Les rosés de la vallée du Rhône et du pourtour méditerranéen s'adapteront parfaitement à des notes aussi chaleureuses et relevées. L'acidité de la tomate, souvent présente, ou le fruité des olives mettront à l'honneur un tavel rosé qui saura prendre le dessus et donner une ligne directrice à l'accord.

Types de vins : rosés et rouges du Sud.

POISSON

Ici, nous évoquerons en fait l'ensemble des poissons d'eau de mer en excluant donc ceux d'eau douce, et quelques spécimens bien particuliers comme le cabillaud ou la morue, le hareng ou le maquereau, le rouget et le thon. Si le poisson est servi sans apprêt particulier, il suffit de déterminer l'accord en fonction de la chair du poisson. Aussi, les poissons nobles comme le saumon méritent un vin blanc aux arômes et à la texture tout aussi délicate : le chardonnay, cépage caractéristique des bourgognes, possède la finesse et l'élégance ici requise. À mettre au même niveau, le cépage semillon qui domine dans les meilleurs blancs de Pessac-Léognan ou de Graves, et qui trouve un autre terroir de choix dans la Hunter Valley, en Australie. Avec des espèces moins réputées (colin, lieu), le sauvignon blanc, propre notamment à certains vins de Loire, de Bordeaux, et très cultivé en Californie ou dans l'hémisphère sud, comblera par son fruité et son charme très direct. De la même façon, un vin blanc de la Méditerranée possède cette exubérance aromatique qui fera merveille.

Types de vins : vins blancs, en privilégiant les cépages chardonnay ou semillon avec les poissons nobles et le sauvignon blanc avec les autres.

À essayer : un riesling ou un grand chenin blanc (savennières) pour remplacer le chardonnay.



POULET AU CITRON

L'acidité du citron corrige agréablement le gras du poulet. En choisissant un vin blanc, cet heureux équilibre sera maintenu. L'assemblage entre les cépages sauvignon et semillon, qui composent les grands vins blancs du bordelais, présente d'agréables notes d'agrumes et de citron qui s'associeront à merveille avec celles du plat. Les blancs du nord de la vallée du Rhône fonctionnent très bien aussi. Plus risqués, certains vins moelleux pourront trouver leur place s'ils sont choisis encore jeunes et dotés d'une certaine fraîcheur afin d'éviter toute lourdeur au palais.

Types de vins : Blancs secs de Bordeaux ou de Rhône (Hermitage, Crozes Hermitage et Saint-Péray).

À essayer : Cadillac, Cérons, Sainte-Foy-Bordeaux, Sauternes, Barsac (blancs doux, moelleux ou liquoreux)

POULET RÔTI OU GRILLÉ

Le gras de la volaille associé au croustillant de la peau permet des associations assez surprenantes. Ainsi peut-on très bien accompagner un poulet rôti avec un sauternes. L'acidité et le sucre résiduel du vin, sur-





TARTE AUX FRUITS ROUGES OU NOIRS

Sans vouloir en faire une règle, la couleur du vin va souvent de pair avec celle du fruit au dessert. Ainsi, les vins rouges, à condition qu'ils possèdent assez d'acidité pour affronter celles du fruit, et servis frais pour diminuer la lourdeur de la pâte, sont d'un bon accord. Les appellations des cépages gamay ou pinot noir sont ici à leur aise, beaujolais ou sancerre notamment offrant des notes toujours très gourmandes de cerises, cassis ou autres fruits rouges. Mais, certains rosés de Loire offrent plus encore de franches notes de fruits, fraises, fraises des bois aux framboises en particulier.

Types de vins : Beaujolais, rosés de Loire, Maury, Banyuls, Rasteau, Porto tawny ou ruby reserve.

TARTE AUX POMMES

Les demi-secs ou moelleux de Loire sont à recommander. En revanche, si la recette comporte une quantité non négligeable de cannelle, il serait dommage de se priver d'une appellation alsacienne, riesling notamment, qui offre d'heureuses notes d'épices et de cannelle. Autre possibilité, une clairette de die, de Bellegarde ou du Languedoc, voire un gaillac moussoux qui, grâce aux bulles et à leurs délicats arômes floraux ou parfois de pommes, offrent de la vivacité et de la fraîcheur au dessert et permettent de terminer le repas avec légèreté.

Types de vins : Alsace gewurztraminer, Alsace muscat, Alsace pinot gris, Alsace riesling, (Vendanges Tardives ou Sélection de grains nobles), Moelleux de Loire (Bonnezeaux, Coteaux de l'Aubance, Coteaux du Layon, Vouvray etc), Gaillac Mousseux,

THON

Si le thon rouge est souvent cuisiné en daube, il mérite également d'être préparé le plus simplement en été, à condition toutefois de maîtriser au plus juste la cuisson pour éviter tout dessèchement. Aussi, le vin doit-il être souple, voire fluide, et particulièrement fruité pour valoriser la chair du poisson. Les vins blancs devront offrir un heureux équilibre entre acidité et gras, tout en exhalant des arômes qui ne seront pas en contradiction avec les notes relativement peu iodées du poisson. Si les rosés de préférence méridionaux conviennent bien, les rouges peuvent trouver ici leur place, à condition toutefois d'être peu tanniques.

Types de vin (blancs) : Bergerac, Graves, Provence, Côtes du Rhône, Pinot grigio du Frioul, sémillons et sauvignons blancs du nouveau monde.

Types de vin (rouges) : certains rouges de Loire, merlots souples et fruités.

VIANDES ROUGES ET BLANCHES GRILLÉES

Les grillades rendent difficile l'accord avec le vin, car la viande risque de se dessécher et d'offrir des notes marquées de fumée ou de brûlé. Heureusement, certains

vins développent au nez des notes boisées et fumées qui pourront s'accorder avec celles de la viande : c'est le cas de bon nombre de vins ayant été élevés sous bois, comme les graves, médoc ou saint-émilion, à Bordeaux, mais également de chiantis, de riojas, des cabernets sauvignons, merlots ou shiraz (syrah) de partout ou certains grands crus de la Côte de Nuits en Bourgogne, dont on prendra soin de privilégier les meilleures bouteilles selon leur noblesse. Il faut également tenir compte des herbes, souvent ajoutées avec excès, et qui permettent à certains vins du sud de la France, d'Espagne ou d'Australie, aux notes prononcées de garrigue ou de menthol, de trouver leurs repères. Quant au fruité, il devient adéquat si l'excès de cuisson diminue le côté saignant de la viande. Les vins trop astringents sont à éviter (les bordeaux trop jeunes par exemple), et avec la viande de porc qui perd vite son moelleux, on privilégiera des appellations réputées pour leur souplesse et leur fraîcheur, comme les rouges du val de Loire, ou des merlots légers du Chili. Un rosé peut alors tout aussi bien fonctionner.

Types de vin (viandes blanches grillées) : rouges de Loire, bonarda ou merlot d'Argentine ou du Chili, côtes de Blaye, bordeaux et bordeaux supérieur, Penedès (Espagne)



Types de vin (viandes blanches grillées) : rouges du sud-ouest, autres vins de Bordeaux, rouges du Rhône septentrional (Crozes-Hermitage, St-Joseph etc.), Languedoc, shiraz d'Australie, cabernets de Californie, Chianti Classico, Vino Nobile ou Brunello (Italie), Toro, Rioja ou Ribera del Duero (Espagne), etc. ■

tout s'il est choisi encore jeune, gomme le gras du plat, effacent le côté souvent un peu trop sec et serré de la chair du poulet, et dévoilent des notes d'agrumes, d'épices ou de miel qui invitent à la gourmandise. D'autres accords restent cependant possibles, et les appellations bourguignonnes de la côte chalonaise ou de la côte de Beaune, aux vins assez tendres et à la texture joliment fruitée accompagneront facilement une volaille rôtie.

Type de vins (blanc moelleux) : Cadillac, Cérons, Sainte-Foy-Bordeaux, Sauternes, Bonnezeaux, Quarts de Chaume, Côteaux de Layon, Jurançon.

Type de vins (rouge) : Bourgognes rouges jeunes, pinots noirs et merlots.

SUSHIS

Ces rouleaux à base de poissons servis généralement avec un peu de gingembre s'accordent bien avec le riesling. Ce vin alsacien possède en effet la vivacité et l'acidité nécessaires pour trouver ses repères avec la chair crue du poisson et en même temps une complexité aromatique qui ne craint surtout pas les épices et le gingembre. Quant aux notes minérales propres au vin, elles apporteront cohérence, mais aussi longueur et élégance en bouche.

Types de vins : alsace riesling, riesling allemand ou autrichien, riesling du nouveau monde, petite arvine (Suisse).

À essayer : champagne brut.



Bienvenue à tous!

Le Golf Saint-Raphaël, un club où l'on peut conjuguer affaires et détente

Le Golf Saint-Raphaël est l'endroit idéal pour organiser des réunions d'affaires et événements corporatifs.

Que ce soit dans notre salle de conférence pouvant accommoder jusqu'à 16 personnes ou dans nos salles de banquets pouvant accommoder jusqu'à 350 personnes, les salles sont disponibles durant toute l'année.

Quoi de plus agréable que de réunir travail et détente dans un même endroit? Conférence et petit déjeuner le matin, suivi d'un lunch au bistro et de départs pour le golf en après-midi. Et pourquoi pas finir la journée en beauté avec un cocktail sur la terrasse suivi d'un succulent repas dans notre salle à manger?

Du côté restaurant, que ce soit à la salle à manger ou sur la terrasse couverte, vous y retrouverez une cuisine italienne et internationale raffinée ainsi qu'un service à la hauteur de vos attentes, le tout dans un cadre champêtre.

Pour de plus amples informations pour tout genre d'événement, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

514.696.4653 x222 www.golfstaphael.ca, Info@golfstaphael.ca

1111, rue de l'Église, 11e Bizard, Québec, H9C1H2





DÉCOUVREZ LA FASCINANTE ET ENIVRANTE CALIFORNIE

VÉRITABLE ÉTAT MYTHIQUE DANS L'IMAGINAIRE, LA CALIFORNIE FASCINE ET ENIVRE. DE LA BAIE DE SAN FRANCISCO À SAN DIEGO, EN PASSANT PAR LOS ANGELES ET LES VIGNOBLES DE LA NAPA VALLEY, LE RÊVE AMÉRICAIN APPARAÎT DANS TOUTE SA DIVERSITÉ. N'ATTENDEZ PLUS ET PLONGEZ DANS UN UNIVERS OÙ VOUS SOUHAITEREZ VIVRE POUR TOUJOURS.

Par Marie-Claude Roy

SAN FRANCISCO

San Francisco est sans doute la plus séduisante des grandes villes américaines. Elle se distingue par l'architecture victorienne de ses quartiers résidentiels, l'ambiance du centre-ville et par le légendaire Golden Gate Bridge.

D'abord, il y a le Pier 39, un endroit extrêmement touristique abritant des boutiques, des restaurants de fruits de mer et un aquarium. Vous pourrez même y apercevoir des otaries. On y trouve également Fisherman's Warf, un ancien quartier de pêcheurs. C'est de cet endroit que vous pourrez embarquer sur une navette en direction de l'île d'Alcatraz.

Une fois sur l'île, un audio-guide sur les oreilles, vous voilà partis pour une visite en plein cœur de la

prison. D'ailleurs, l'île héberge une forteresse militaire pendant quelques décennies (1850-1909), puis une prison militaire (1909-1933) et une prison fédérale de haute sécurité (1934-1963). Al Capone, Robert Stroud « The Bird Man » et autres criminels notoires ont séjourné à cet endroit. À présent, Alcatraz est un site historique géré par le service des parcs nationaux des États-Unis. Chaque année, il est visité par plus d'un million de touristes.

De retour à San Francisco, une balade en « cable car » est fortement conseillée pour une visite des différents quartiers. Il s'agit d'un train pittoresque qui se meut au moyen d'un système de câbles. Il ne reste malheureusement que 17 kilomètres de lignes sur les 180 kilomètres construites en 1873. Le Cable Car a été désigné monument historique en 1964.

Lors de votre visite, vous remarquerez l'immense quartier chinois. Le Chinatown de San Francisco est d'ailleurs la plus grande ville chinoise construite en dehors de la Chine. Les habitants sont des descendants des ouvriers du chemin de fer venus s'installer dans la région vers 1850, juste après la ruée vers l'or.

Si l'histoire vous intéresse, faites un saut du côté du Wells Fargo History Room, un musée consacré à l'histoire de la Californie, depuis la ruée vers l'or jusqu'au grand tremblement de terre de 1906.

Un peu plus loin, n'hésitez pas à vous rendre à Lombard Street. Cet endroit est une véritable attraction touristique grâce à l'incroyable sinuosité de la rue qui comporte dix « Z » et à une dénivellation de 40 %.

San Francisco, c'est aussi et surtout le Golden Gate Bridge avec ses 2,7 kilomètres de longueur, l'un des plus grands ponts suspendus au monde. Il semble que 25 peintres étalent chaque semaine deux tonnes de peinture afin de maintenir sa couleur rouge-orange en bon état. À l'époque de sa construction (1933-1937), le Golden Gate Bridge fut une prouesse technique et devint le flambeau de la ville.

Le Golden Gate Park est l'un des plus grands parcs urbains au monde avec quelques lacs artificiels, dont le Spreckels Lake qui est réservé aux modèles réduits de bateaux à voile et le Stow Lake sur lequel circulent des bateaux à moteur électrique. Le Golden Gate Park contient également de nombreuses installations sportives (courts de tennis, golf, etc...) Dans la partie Buffalo Paddock, on peut voir des buffles, des cerfs et des élans. Il y a aussi le Jardin Botanique et le Strybing Arboretum où l'on peut admirer plus de 5 000 espèces végétales en provenance des quatre coins du monde. D'autre part, vous aurez la chance de visiter le Japanese Tea Garden et son salon de thé, le Young Memorial Museum, la Jade Galerie, la California Academy of Sciences, le Steinhart Aquarium, le North American Hall et le Simson African Hall.

SAN SIMEON

Hearst Castle est l'incroyable château du magnat de la presse, William Randolph Hearst (1863-1951). Si vous êtes sur la route entre San Francisco et Los Angeles, n'hésitez pas à vous arrêter à cette magnifique demeure, située à San Simeon. Cette propriété, qui était autrefois un ranch de 1 100 kilomètres carrés, a coûté plus de 30 millions de dollars à l'époque. Elle se compose de 100 pièces ornées d'objets d'art européen. Désigné monument national, c'est l'un des endroits les plus visités de Californie. Vous ne pourrez visiter ce château, qui porte le nom de La Casa Grande, que dans le cadre d'une visite guidée. Réservez vos billets plusieurs jours à l'avance et arrivez tôt le matin.

LOS ANGELES

La question à se poser à Los Angeles n'est pas de savoir quoi faire, mais bien par quel bout commencer! Cette ville offre de nombreuses attractions. Pour n'en nommer que quelques-unes, vous pourrez choisir des merveilles d'architecture, des musées et galeries d'art, des randonnées, de magnifiques plages et des parcs.



Parmi les quartiers de Los Angeles, il y a Santa Monica. En plus de la plage très fréquentée, profitez d'une petite balade sur le Santa Monica Pier avec sa fête foraine. Il y a aussi la Third Street Promenade, une rue commerçante très animée, où vous pourrez choisir parmi un vaste choix de repas santé.

Tout juste aux côtés de Santa Monica se trouve Venice Beach. Situé au bord de la mer, ce quartier demeure un endroit incontournable à ne pas manquer. L'ambiance reposante et très « peace » invite à la détente. Il y a de nombreuses activités à faire à Venice Beach. Vous pourrez, entre autres, visiter les canaux, admirer les peintures murales, faire du vélo ou du roller le long de la magnifique plage, flâner dans les petits magasins, discuter avec les sympathiques résidents de ce quartier, déguster un somptueux repas sur une terrasse ou tout simplement vous reposer.

Beverly Hills se situe entre Hollywood et Santa Monica. La richesse de ce quartier est étonnante. Il suffit de déambuler dans les rues pour apercevoir de merveilleuses villas. Promenez-vous sur Rodeo Drive où se succèdent les magasins de luxe.

Hollywood, c'est évidemment l'industrie du cinéma. C'est aussi Hollywood Boulevard où les étoiles des vedettes se succèdent. Les empreintes des plus grandes stars se trouvent devant le Chinese Theater et le Kodak Theater.

Universal Studios est également une des plus célèbres attractions de la ville. On peut visiter les 16 hectares qui sont à la fois un parc d'attraction à thème, une



« San Francisco, c'est aussi et surtout le Golden Gate Bridge avec ses 2,7 kilomètres de longueur, l'un des plus grands ponts suspendus au monde. Il semble que 25 peintres étalent chaque semaine deux tonnes de peinture afin de maintenir sa couleur rouge-orange en bon état. »



visite des plateaux de cinéma et des animations expliquant les effets spéciaux utilisés dans les grands moments cinématographiques de la compagnie.

Malibu est une ville résidentielle située un peu en dehors de Los Angeles. Prisée par les grands noms du cinéma, les villas face à l'océan sont impressionnantes par leur architecture. Malibu abrite le Jean-Paul Getty Museum installé dans la villa qui appartenait autrefois au magnat du pétrole. Ce musée regroupe des sculptures de l'Antiquité grecque et romaine, des tableaux de la Renaissance ainsi que des objets de l'époque baroque.

SAN DIEGO

San Diego est une ville côtière du sud de la Californie, située à l'extrême sud-ouest du pays, près de la frontière mexicaine. Elle est connue pour son climat très agréable, ses nombreuses plages et pour avoir été une importante base navale militaire.

Parmi les attractions touristiques, il y a le San Diego Wild Animal Park. Cet endroit immense héberge une grande quantité d'espèces en danger, provenant de tous les continents. Implanté dans une zone semi-aride, il peut d'accueillir gazelles, girafes, hippopotames, zèbres, etc... On peut y apercevoir aussi une race de cheval particulièrement menacée,

À SAVOIR

Superficie : 423 970 kilomètres carrés

Population : 37,3 millions

Capitale : Sacramento

Langue officielle : anglais

Bien que l'anglais soit la langue officielle, plus de 200 langues différentes sont parlées en Californie. Riche d'une population issue de tout le globe, la Californie est une des sociétés les plus tolérantes, cosmopolites et ouvertes d'esprit.

Climat : La Californie est réputée pour son climat méditerranéen. En réalité, l'État représente une importante variété de conditions. Sur la côte, les températures moyennes annuelles oscillent entre 4,4 degrés Celsius pour les minimales et 21,1 à 26,7 degrés Celsius pour les maximales. À l'intérieur des terres, les étés sont chauds et secs, et à plus haute altitude, le climat est soumis au cycle habituel des quatre saisons avec des hivers froids et enneigés. Los Angeles est réputé pour son ensoleillement exceptionnel et son climat côtier.

les chevaux de Mongolie, dont la population a été réduite à moins de 1 000 individus. Le parc compte plus de 400 espèces animales et environ 3 500 plantes différentes. Un train permet de visiter un parcours long de huit kilomètres.

Le Sea World San Diego est lui aussi très grand. On peut y découvrir plusieurs espèces dont de nombreux requins grâce à une galerie sous-marine transparente.

Le Gaslamp Quarter ou quartier des lampes à gaz est un des quartiers historiques de San Diego. Célèbre pour ses réverbères à gaz qui s'illuminent durant la nuit, on y trouve des restaurants, des discothèques et même un nouveau stade construit pour les Padres de San Diego, l'équipe de baseball de la ville.



PARCS NATIONAUX

Constitué d'une surface sous-marine de 60,000 hectares et des cinq îles qui en émergent, le parc national de Channel Islands est l'habitat d'une vie sous-marine unique, qui va du plancton microscopique aux plus grandes créatures du monde, comme la baleine bleue.

Death Valley est le parc national le plus chaud des États-Unis. En plus des magnifiques dunes de sable et des mines abandonnées, on y trouve plus de 900 espèces de plantes.

Les déserts du Colorado et de Mojave se rejoignent à Joshua Tree National Park. Façonné par les extrêmes climatiques et les pluies torrentielles, cet endroit a été désigné Réserve de Biosphère en 1984.

Le parc national de Redwood est une réserve de séquoias, les plus grands arbres de la terre. Datant de l'âge de la préhistoire, ils atteignent plus de 100 mètres de hauteur et mettent plus de 400 ans pour arriver à maturité. Certains séquoias ont plus de 2 000 ans.

Sequoia Kings Canyon a été établi en 1890 pour protéger les séquoias qui s'y trouvent. Le parc abrite aussi la vallée de Mineral King et le mont Whitney, la plus haute montagne des États-Unis hors de l'Alaska.

Le parc national de Yosemite fut créé en 1890 pour préserver une partie des montagnes de la Sierra Nevada. L'altitude varie entre 600 et 4 000 mètres. Vous y découvrirez des forêts de séquoias, des falaises de granit et les chutes d'eau les plus impressionnantes du pays.

VINS ET GASTRONOMIE

Peu importe l'endroit de Californie que vous visitiez, il y a toujours une occasion de goûter, de déguster, de savourer et d'apprécier les spécialités locales. Tout au long de l'année, il y a des dégustations et des animations qui sont organisées par le Wine Institute. Cet organisme regroupe plus de 1000 adhérents, vignerons et autres partenaires.

La cuisine californienne est caractérisée par l'utilisation d'ingrédients frais et locaux. Les menus évoluent en fonction des saisons. Cette cuisine porte un intérêt particulier à la présentation. Au cours des décennies, d'autres influences sont venues enrichir la complexité de la cuisine californienne, reflétant la diversité ethnique de l'État, notamment asiatiques et latino-américaines, mais l'accent sur la fraîcheur demeure la clé.

La Californie est également un gros producteur de vin, avec près de 100 régions viticoles. En 2005, l'État a produit 3,1 millions de tonnes de raisins pour la production de vin, représentant la troisième denrée la plus exportée par la Californie.

Napa Valley et Sonoma Valley représentent une grande région gastronomique et viticole des États-Unis. Ces deux endroits se trouvent à environ 50 kilomètres au nord de San Francisco. Ils possèdent un territoire agricole unique recouvert de milliers d'acres de vignes impeccables. Rien d'étonnant que de nombreux restaurants gastronomiques s'y soient installés. On y trouve aussi plusieurs marchés et épiceries.

Entre deux dégustations de vins, vous pourrez prendre une pause dans des spas japonais, faire des randonnées à travers les séquoias de Sonoma et profiter des golfs luxuriants.

Peu importe les activités que vous désirez expérimenter, il est conseillé de réserver plusieurs jours à l'avance.

SPAS ET BIEN-ÊTRE

Nous ne pourrions clore cet article sans mentionner les nombreux havres de paix et de relaxation en Californie. Vous aurez d'ailleurs l'embarras du choix. En fait, le bien-être est une quête essentielle en Californie. Voilà pourquoi les centres de beauté, les spas et les centres de remise en forme se multiplient sans cesse. Que vous préfériez un après-midi massage ou un week-end de soins complets, vous trouverez votre bonheur en Californie.

Enfin, les villes californiennes continuent de vibrer d'énergie longtemps après le coucher du soleil. Bars de blues, discothèques, martini lounges s'animent dès que les lumières de la ville s'allument. Bref, la Californie a tellement à offrir. Vous souhaitez y vivre pour toujours. ■



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 faisane 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 n° 3

INSTITUT DE RÉADAPTATION GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL	2
OPTIMUN GESTION DE PLACEMENTS INC.	5
PROLIA	6-7, 9 / 41-42
KELO-COTE	13
FINANCIÈRES DES PROFESSIONNELS	14
PFIZER / CHAMPIX	17
CLINIQUE RADIOLOGIQUE ST-LOUIS INC.	19
CLINIX LA CITÉ	21
RADIOLOGIE VARAD	23
IMAGERIE DES PIONNIERS	25
SERVICES D'IMAGERIE MÉDICALE DE GATINEAU	29
VINS ET VIGNOBLES	31

GOLF SAINT-RAPHAËL	35
CHEZ LÉVESQUE	39
LE MAS DES OLIVIERS	40
DERMATOLOGIE FACE AU TEMPS	43
CROIX BLEUE	44

LE PATIENT ACCEPTE LES PETITES ANNONCES

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

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

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

À NE PAS MANQUER DANS
LE PROCHAIN NUMÉRO :
LE PRIX HIPPOCRATE



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



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

^PPROLIA^{MC} (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 fractures

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 carcinome 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 6^e 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/mm³ et 75 000/mm³ 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/mm³ 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'aspartate 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

prolia
denosumab



Dermatologie Face au Temps

DRES SUZANNE ET MADELEINE GAGNON

(MD, LMCC, CSPQ, FRCP(C), FAAD), DERMATOLOGUES
SPÉCIALISTES DE VOTRE PEAU DEPUIS PLUS DE 25 ANS.



la passion
DE NOTRE TRAVAIL

le respect
DE VOTRE PERSONNE

NOS ANNÉES

d'expérience

NOTRE CONCEPT

dermalift3d

MAXIMISER VOTRE

beauté naturelle

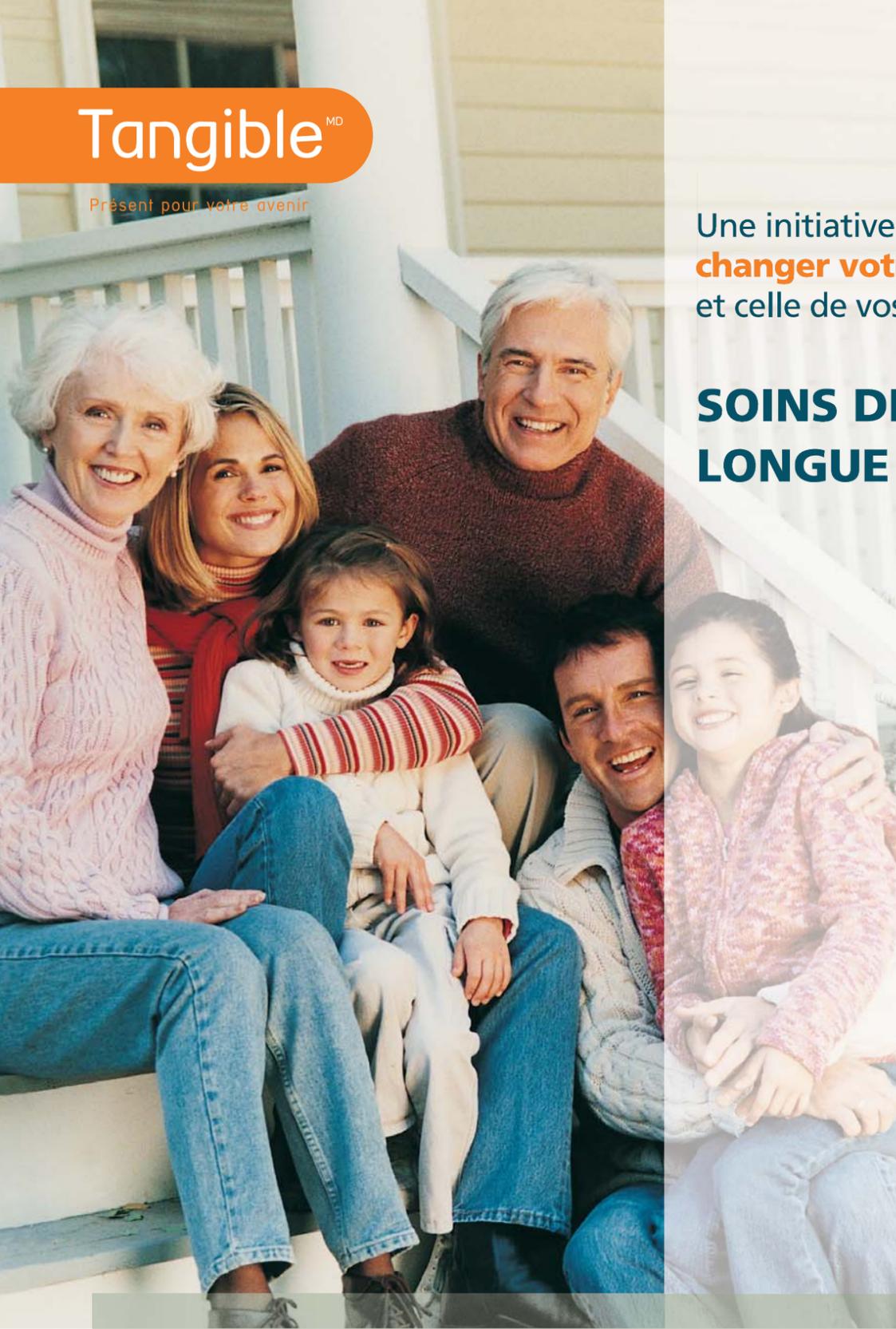


DERMALIFT 3D
POUR HOMMES & FEMMES

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

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

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



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.



^{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.