

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

SPÉCIAL ORL

LES IMPLANTS AUDITIFS
NODULE THYROÏDIEN
L'OTITE DÉMYSTIFIÉE
RHINOPLASTIE ESTHÉTIQUE

UN TRAITEMENT QUI
GUÉRIT L'ARTHROSE:
LE RÊVE DEVIENDRA-T'IL
RÉALITÉ?

LE PRIX HIPPOCRATE
UN SUCCÈS!

RENCONTRE
AU SOMMET
DR PIERRE MOREAU

LES AVANCÉES
MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

NOVEMBRE 2011
VOL 5 • NO 5

5,95\$



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

05

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.

Éditeur

Ronald Lapierre

Directrice de la publication

Dominique Raymond

Comité avisé

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

Jean-Pierre Pelletier, M.D.
 Johanne Martel-Pelletier, Ph.D.
 Sylvain B. Tremblay, ADM. A., PL. FIN.
 Dr Pierre Boisvert, ORL
 Mark Samaha, MSc, MD, FRCSC
 Dr Mathieu Côté, MD, FRC(S)C
 Dr. Ted L. Tewfik, md, FRCSC,
 Pierre-Hugues Fortier, MD, FRCSC

Journalistes / Chroniqueurs

Marie-Claude Roy

Serge Caya

Pierre Thomas

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

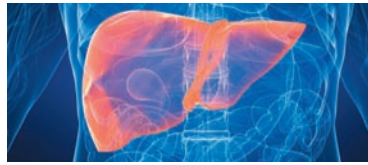
Toutes les annonces de produits pharmaceutiques sur ordonnance ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique.

Dépôt légal :

Bibliothèque du Québec
 Bibliothèque du Canada
 Convention de la poste-publication
 No 4001180

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

SOMMAIRE



4 LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES



10 RENCONTRE AU SOMMET DR PIERRE MOREAU



13 UN TRAITEMENT QUI GUÉRIT L'ARTHROSE: LE RÊVE DEVIENDRA T'IL RÉALITÉ?

17 LA POLITIQUE DE PLACEMENT

18 LA RHINITE ALLERGIQUE

20 LA RHINOPLASTIE ESTHÉTIQUE

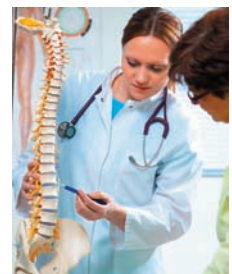
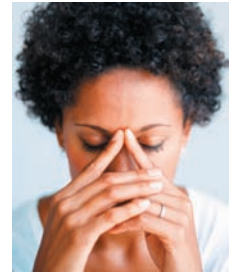
24 LES IMPLANTS AUDITIFS

28 L'OTITE DÉMYSTIFIÉE

34 NODULE THYROÏDIEN : ÉVALUATION ET DIAGNOSTIC

38 DÉCOUVREZ VOTRE SIGNE GÉNÉTOLOGIQUE

42 LE MAROC PAYS DES MILLE ET UNE NUITS



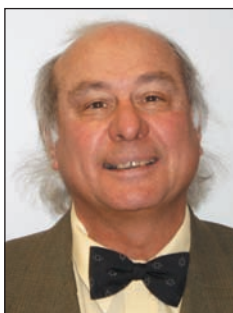
Pensons environnement!
Le Patient maintenant disponible sur internet

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.

« Véritable protecteur de l'organisme ce géant des organes humains est essentiel à la destruction des toxines qui peuvent se retrouver dans l'organisme mais assure également la destruction des médicaments. »

LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES



LE FOIE UN GROS «AMI» DE L'ÊTRE HUMAIN

Le foie est cet organe interne de l'être humain qui lui assure non seulement la survie mais également de multiples fonctions essentielles de tous les instants. Situé dans l'hypocondre droit de l'abdomen c'est également le plus volumineux organe de l'organisme avec ses 1.5 kilogramme et sa composition de plus de 500 milliards de cellules. Il représente environ 2 pour cent du poids d'un être humain.

Jouissant d'un double système de vascularisation soit une voie artérielle par l'artère hépatique et une voie veineuse par la veine porte il assure des fonctions d'emmagasiner, d'éléments essentiels, de synthèse et de détoxification

C'est un véritable laboratoire métabolique.

Ainsi le foie pourra stocker dans ses cellules des vitamines comme les vitamines A D K E B12, du fer ou encore du sucre inactif sous forme de glycogène. Ensuite selon les besoins du moment de l'organisme il relâchera dans l'ensemble du corps par voie sanguine ces précieuses vitamines ou encore du glucose par le biais d'une enzyme qu'il possède en grande quantité la glucose-6-phosphatase.

En plus d'assurer une coagulation adéquate il est également le seul organe interne de l'organisme assurant l'élimination du cholestérol.

Comme l'ensemble du sang de l'organisme repasse plusieurs fois par jour dans le foie, après plusieurs jours de passages continus il retire les globules rouges vieillis et récupère de ceux-ci le fer ou le cuivre par exemple : Un véritable recycleur biologique.

Véritable protecteur de l'organisme ce géant des organes humains est essentiel à la destruction des toxines qui peuvent se retrouver dans l'organisme mais assure également la destruction des médicaments.

Ses cellules nobles que l'on appelle HÉPATOCYTES et qui représentent environ 80 pour cent du parc cellulaire du foie sécrètent également dans l'intestin la bile pour assurer une digestion adéquate des aliments.

C'est également le foie qui détruit l'alcool ingéré par l'être humain à la vitesse d'environ 250 millilitres à l'heure l'équivalent d'un verre.

En fait le foie transforme l'alcool éthylique $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ en eau H_2O et en un gaz carbonique le CO_2 .

On ne peut pas avoir mal au foie car le foie lui-même ne possède pas d'innervation sensitive mais la vésicule biliaire, petite poche de stockage de la bile sous le foie, ou encore des feuilletés péritonéaux recouvrant le foie peuvent susciter des sensations douloureuses.

Le foie situé au carrefour de la circulation sanguine et de l'absorption intestinale peut malheureusement également être le siège de multiples agressions soit de type toxique, chimique, tumorale, infectieuse ou traumatique.

Cependant cet étonnant organe peut facilement s'auto-réparer ou s'auto-régénérer au besoin en quelques semaines par l'intermédiaire de ses cellules ovales qu'il garde en réserve ou si le dommage est irréparable être totalement remplacé par une greffe hépatique.

Encore plus étonnant comme il se régénère spontanément, facilement et rapidement il peut servir de pourvoyeur en totalité ou en segments de foie pour d'autres êtres humains.

Ce gros organe qui ne nous fait jamais mal est d'une polyvalence telle que tant chez l'être humain que chez l'animal il est en fait un véritable laboratoire biologique si sophistiqué qu'il ne pourra probablement jamais être imité. QUELLE MERVEILLE. ■



PRISTIQ UN NOUVEAU MÉDICAMENT À L'AIDE DES MALADES

Les malades souffrant de trouble dépressif majeur ont depuis avril 2009 en la desvenlafaxine, connue au Canada sous le nom de PRISTIQ, une aide additionnelle pour combattre les symptômes émotionnels, physiques et fonctionnels qu'accompagne irrémédiablement les troubles dépressifs majeurs.

On estime qu'environ trois millions de canadiens seront atteints de dépression au cours de leur vie et la plupart entre l'âge de 24 et 44 ans.

Un véritable calvaire mais également une altération importante de la vie sociale et de la vie professionnelle de ces gens.

On sait que le niveau cérébral des molécules de noradrénaline et de sérotonine joue un rôle pivot pour l'humeur. On a découvert qu'en inhibant le recaptage de ces deux molécules on pouvait augmenter la présence de ces éléments au niveau cérébral et aider à contrer les manifestations de la dépression.

PRISTIQ homologué au Canada en début de 2009 est facile d'utilisation pour le patient, nécessite peu d'ajustement, habituellement une dose de 50 mg die, et présente peu d'effets secondaires.

Ce nouveau médicament est maintenant utilisé en premier recours chez les adultes atteints de trouble dépressif majeur.

Il permettra également une meilleure observance de la prise de ce médicament.



Un médicament doit non seulement être efficace mais également favoriser l'observance chez le patient. PRISTIQ semble offrir ces deux avantages pour le patient. ■

La Financière des professionnels a mis sur pied un service de planification financière formé de spécialistes qui travaillent conjointement avec votre conseiller en solutions financières. Selon les mandats que vous lui attribuez, l'équipe de planification financière pourra dresser, pour vous, un plan d'action structuré et ciblé sur la réalisation de vos objectifs financiers et personnels.

**Financière des
professionnels**

www.fprofessionnels.com



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Actionnaire de la Financière
des professionnels depuis 33 ans



8 domaines d'intervention

- | | |
|--------------------|----------------------|
| Aspects financiers | Retraite |
| Aspects juridiques | Aspects successoraux |
| Fiscalité | Besoins en assurance |
| Investissements | Études des enfants |

Grandir
en confiance

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.

GALA DU PRIX HIPPOCRATE 2011: UNE SOIRÉE FORT RÉUSSIE

Par Marie-Claude Roy



« La création, par le magazine Le Patient, du Prix Hippocrate se veut justement dans notre communauté médico-pharmacologique la concrétisation de l'orientation du magazine dans sa promotion de l'interdisciplinarité médecins et pharmaciens. »

Le 11 octobre dernier avait lieu le Gala du Prix Hippocrate à l'hôtel Vogue de Montréal. En plus d'attribuer le Prix Hippocrate à une équipe médecin et pharmacien, cette soirée a permis aux partenaires des soins de santé au Québec d'échanger afin d'optimiser leurs services à la population. Pas moins de 124 convives étaient présents lors de cette soirée fort réussie.

Avant de débiter le repas, monsieur Jean-Paul Marsan, associé au magazine Le Patient et directeur du Prix Hippocrate, s'est adressé à l'auditoire. Il a d'abord présenté les membres du jury qui ont étudié les candidatures, c'est-à-dire madame Diane Lamarre, présidente de l'Ordre des pharmaciens du Québec, le docteur Charles Bernard, président du Collège des médecins du Québec, madame Danielle Fagnan, directrice professionnelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec, et le docteur André Jacques, directeur de l'Amélioration de l'Exercice au Collège des médecins du Québec.

« Au Québec, nous bénéficions d'une qualité de soins de santé à nulle autre pareille, a-t-il dit. Le problème, c'est qu'il est souvent difficile d'y accéder. L'interdisciplinarité est justement un moyen qui a fait ses preuves pour faciliter une accession accrue aux soins de santé. Le Prix Hippocrate a été institué pour honorer et rendre hommage à ceux et celles qui pratiquent l'interdisciplinarité. »

Monsieur Marsan a aussi remercié les partenaires du Prix Hippocrate pour leur appui financier ainsi que pour leur présence lors de cette soirée.

D'autre part, le docteur François Lamoureux, médecin spécialiste en médecine nucléaire et président du comité avisier du magazine Le Patient, a profité de l'occasion pour souligner l'approche médecin-pharmacien auprès des patients.

« L'approche mixte médecin-pharmacien auprès des patients devient essentielle, a-t-il dit. Les avantages sont énormes, entre autres une meilleure compréhension des effets des médicaments par les patients. Ceux-ci manifestent une meilleure observance de la prise de médicaments. La création, par le magazine Le Patient, du Prix Hippocrate se veut justement dans notre communauté médico-pharmacologique la concrétisation de l'orientation du magazine dans sa promotion de l'interdisciplinarité médecins et pharmaciens. »



LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Hippocrate, souvent désigné comme le « père de la médecine », était un médecin de la Grèce antique qui aurait vécu en se pliant à une pratique médicale déontologique remarquable. Depuis des siècles, les médecins prêtent le serment d'Hippocrate en vue de protéger la vie sous toutes ses formes, de reconnaître leurs propres limites et de renoncer à leur intérêt personnel dans le traitement des patients.

Le docteur Lamoureux a également tenu à souligner le travail exemplaire de monsieur Jean-Paul Marsan.

« Le magazine Le Patient doit sa naissance à monsieur Jean-Paul Marsan. Pharmacien de formation, cet homme s'est impliqué durant toute sa carrière à la promotion de l'interdisciplinarité médecin-pharmacien. Il a su trouver en monsieur Ronald Lapierre, éditeur du magazine Le Patient, une écoute qui aujourd'hui se traduit par un magazine lu et grandement apprécié dans la communauté médico-pharmacologique. Depuis sa naissance il y a maintenant plus de cinq ans, le magazine Le Patient connaît un grand succès. Tous les auteurs ne le sont que sur invitation et seulement en raison de leurs compétences, du respect et de la reconnaissance qu'ils jouissent dans notre milieu médico-pharmacologique. Monsieur Jean-Paul Marsan avait cette vision. Le Prix Hippocrate vient consacrer



« Les lauréats du Prix Hippocrate 2011, Isabelle Tremblay, pharmacienne de Chicoutimi, et le docteur Sylvain Gagnon, obstétricien-gynécologue de Chicoutimi, ont vivement apprécié que leur travail soit souligné et récompensé. »





MEMBRES DE LA TABLE D'HONNEUR

En haut, de gauche à droite : Docteur François Lamoureux, médecin spécialiste en médecine nucléaire et président du comité aviseur du magazine Le Patient; Isabelle Tremblay, pharmacienne à Chicoutimi et lauréate du Prix Hippocrate 2011; Docteur Sylvain Gagnon, obstétricien-gynécologue de Chicoutimi et lauréat du Prix Hippocrate 2011; Pierre Moreau, doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal; docteur Chantal Lambert, secrétaire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal; docteur André Jacques, directeur de l'Amélioration de l'Exercice au Collège des médecins du Québec et membre du jury du Prix Hippocrate.

En bas, de gauche à droite : Jean-Paul Marsan, pharmacien, maître de cérémonie de la soirée, associé au magazine Le Patient et directeur du Prix Hippocrate; Diane Lamarre, présidente de l'Ordre des pharmaciens du Québec; Ronald Lapierre, président des Éditions Multi-Concept et éditeur du magazine Le Patient; docteur Charles Bernard, président du Collège des médecins du Québec.

cette réalité. Le magazine Le Patient est non seulement fier, mais aussi honoré d'avoir un partenaire de travail comme Jean-Paul Marsan ».

Les lauréats du Prix Hippocrate 2011, Isabelle Tremblay, pharmacienne de Chicoutimi, et le docteur Sylvain Gagnon, obstétricien-gynécologue de Chicoutimi, ont vivement apprécié que leur travail soit souligné et récompensé. Grâce à eux, deux ordonnances collectives, destinées à la prise en charge du début de la grossesse, ont été instaurées dans la grande région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Isabelle Tremblay a pris la parole en précisant que ses projets ont vite trouvé preneur auprès de l'obstétricien-gynécologue, Sylvain Gagnon.

« Le docteur Gagnon n'a pas été difficile à convaincre, a-t-elle dit. Il a été indispensable dans l'élaboration des deux ordonnances collectives. S'il n'avait pas été présent, jamais nous n'aurions pu mener à terme de tels projets. Je dois admettre que nous avons mis bien des heures afin de réaliser ces ordonnances collectives, mais j'en suis tellement fière. Il y a bien d'autres projets que j'aimerais mettre en branle pour le mieux-être de la population. »

L'obstétricien-gynécologue, Sylvain Gagnon, a pour sa part mentionné l'importance de l'interdisciplinarité entre médecins et pharmaciens.

« Suite à la création des deux ordonnances collectives, vous ne pouvez imaginer à quel point nous avons aidé de nombreuses femmes enceintes dans notre belle région du Saguenay-Lac-St-Jean, a-t-il affirmé. Nous pouvons faire davantage. La collaboration entre médecins et pharmaciens est primordiale et j'espère qu'elle deviendra une pratique courante. »

Il est à noter que les statuettes de bronze qui ont été décernées sont l'œuvre de l'artiste Michel Simard qui demeure dans le magnifique village des Éboulements, dans Charlevoix, et dont la conjointe est pharmacienne à La Malbaie.

Rappelons que le magazine Le Patient célèbre cette année ses cinq ans de publication en instituant le Prix Hippocrate, afin de reconnaître, honorer et favoriser l'interdisciplinarité entre médecins et pharmaciens dans l'esprit de la loi 90, pour le plus grand bien des patients. Chaque année, le Prix Hippocrate sera attribué à une équipe médecin et pharmacien pour rendre hommage à une pratique digne de mention de l'interdisciplinarité. ■



Professionnels
de la santé



Desjardins félicite les lauréats du Prix Hippocrate!

Le Mouvement Desjardins est fier de s'associer à la remise du Prix Hippocrate 2011 et de soutenir les efforts déployés par les médecins et les pharmaciens pour l'avancement des soins de santé.

Savez-vous que Desjardins a développé une offre de produits et services financiers spécialement conçue pour répondre aux besoins des médecins et des pharmaciens?

Pour en savoir plus au sujet de cette offre, rencontrez un conseiller en caisse ou un directeur de comptes d'un centre financier aux entreprises Desjardins.



desjardins.com/professionnels

Coopérer pour créer l'avenir



RENCONTRE AU SOMMET :

PAR MARIE-CLAUDE ROY

PIERRE MOREAU, PROFESSEUR ET DOYEN À LA FACULTÉ À DE PHARMACIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Faculté au Québec. Depuis 2009, nous avons environ 175 finissants chaque année. Au cours des cinq prochaines années, ce nombre de finissants sera sensiblement le même.

Présentement, y a-t-il suffisamment de finissants ? Y aurait-il des correctifs à apporter ?

C'est une bonne question. Selon les pharmaciens-propriétaires et les gens qui oeuvrent dans le milieu hospitalier, il n'y a pas suffisamment de pharmaciens. Cependant, si l'on considère les pharmaciens formés dans les autres provinces, le Québec est la province où l'on forme le plus de pharmaciens au Canada. Notre limite à pouvoir accueillir un certain nombre d'étudiants est attribuée aux milieux de stages qui sont manquants. Quand les gens du milieu pharmaceutique me disent qu'ils désirent plus de pharmaciens, je leur réponds que je veux plus de milieux de stages. Effectivement, il y a un besoin pour des pharmaciens additionnels. D'ailleurs, en septembre dernier, nous avons lancé un programme d'appoint pour les pharmaciens étrangers. Ce programme consistera à former environ 30 pharmaciens venus d'ailleurs. Ce sont des gens qui ont reçu leur formation dans le domaine pharmaceutique dans d'autres pays. La formation d'appoint est d'une durée de 16 mois. Ce nombre d'étudiants va s'ajouter aux 392 étudiants qui sont inscrits avec nous. À l'Université de Toronto, 240 étudiants sont acceptés chaque année et 100 étudiants le sont à l'Université de Waterloo.

La Faculté de pharmacie occupera-t-elle une place importante au sein du futur CHUM de Montréal ?

Il y a deux de nos professeurs de clinique qui sont affiliés avec le CHUM. Nous avons aussi un chercheur en oncologie qui est affilié avec le CHUM. Le département de pharmacie sera très présent. Certains de nos étudiants vont y travailler pour des stages d'une durée entre quatre et huit semaines. Nous ne sommes pas vraiment impliqués dans le déploiement du CHUM. Nous faisons partie du

« Selon les pharmaciens-propriétaires et les gens qui oeuvrent dans le milieu hospitalier, il n'y a pas suffisamment de pharmaciens. Cependant, si l'on considère les pharmaciens formés dans les autres provinces, le Québec est la province où l'on forme le plus de pharmaciens au Canada. »

Le doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, Pierre Moreau, ne travaille pas en vase clos. Au contraire, il fait en sorte que les futurs pharmaciens puissent avoir l'habitude de travailler en interdisciplinarité avec les autres professionnels de la santé.

Professeur Moreau, la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal est-elle la seule au Québec ?

En fait, il y a deux Facultés de pharmacie au Québec : l'Université Laval et l'Université de Montréal offrent le programme de pharmacie.

Quel est le nombre d'étudiants ? Combien y a-t-il de finissants chaque année ?

Depuis 2005, la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal accueille 200 étudiants chaque année. L'Université Laval a accueilli cette année 192 étudiants au sein de sa Faculté de pharmacie. À l'Université de Montréal, nous avons davantage d'étudiants au cycle supérieur. Nous offrons également le baccalauréat en sciences biopharmaceutiques. Par conséquent, en terme de volume d'étudiants, nous sommes la plus grande



RUIS (Réseau universitaire intégré en santé) où des décisions sont prises en rapport avec les aspects de l'enseignement, la recherche et les soins. Au cours des dernières années, la tendance a été de parler davantage des soins médicaux qu'autre chose. Concernant les soins qui seront dispensés au nouveau CHUM, nous ne sommes pas impliqués.

Selon vous, l'interdisciplinarité médecin-pharmacien est-elle une nécessité ? Son enseignement fait-elle partie intégrante de la Faculté de pharmacie ?

L'interdisciplinarité est un dossier qui a beaucoup progressé au cours des dernières années. Depuis 2008, nous offrons des cours interdisciplinaires dans dix programmes de la santé : soit pharmacie, médecine, science infirmière, nutrition, ergothérapie, physiothérapie, audiologie, orthophonie, psychologie, travail social. Ce sont dix programmes dans lesquels nos étudiants suivent des formations ensemble. Ils travaillent à résoudre des cas ensemble. Ils ont donc des formations à suivre et ils doivent ensuite résoudre des problèmes en petits groupes. Par la suite, il y a des plénières. Cela est échelonné sur trois ans : la première année, ils apprennent à se connaître; la deuxième année, les étudiants connaissent davantage leur rôle professionnel; la troisième année, ils font des résolutions de cas. Éventuellement, nous aimerions amener cette façon de faire dans les milieux de stages. Par exemple, le CHUM est un endroit où les stages pourraient se réaliser en interdisciplinarité. Le pharmacien est souvent présent puisque les médicaments sont souvent utilisés pour traiter les patients. C'est donc le prochain volet que nous sommes en train de développer. Il y a une très belle chimie entre le doyen de la Faculté de médecine, la doyenne des sciences infirmières, le doyen de la Faculté des arts et sciences et nous-mêmes. Nous sommes très impliqués dans ce processus et ce ne sont pas que des vœux pieux. L'Université de Montréal est une des rares universités qui fait cela.

Il existe une pénurie importante de pharmaciens dans les hôpitaux. Comment expliquer cette problématique et quelles sont les solutions à court terme ?

Le ministère n'apprécie pas que l'on affirme que c'est à cause du décalage salarial. Par contre, je crois que c'est un enjeu majeur. La pratique en milieu hospitalier est tout de même intéressante car les défis sont stimulants. Cependant, au niveau salarial, il y a un gros décalage. C'est ce qui influence le choix des jeunes étudiants. Certains d'entre eux préfèrent devenir propriétaires-phar-

maciens. À l'Université de Montréal, nous faisons beaucoup de promotion pour la pharmacie hospitalière. Nous offrons le programme de maîtrise et l'on apprécierait qu'il y ait davantage d'étudiants qui s'y inscrivent car nous sommes conscients que la pénurie est criante. Évidemment, nous ne pouvons pas forcer les étudiants dans leur choix. Les étudiants qui désirent travailler en milieu hospitalier doivent faire une maîtrise, mais il n'y a pas pour autant une reconnaissance particulière et le salaire est moins élevé.

Comment décririez-vous le pharmacien en 2011 ?

Il y a une certaine effervescence pour que le pharmacien puisse se dissocier de ses tâches de dispensation des médicaments. Le pharmacien veut prendre une place plus grande dans le système de santé. Certains pharmaciens sont à l'aise dans le modèle actuel, mais il y a une volonté de faire différemment pour les années à venir. Il y a de plus en plus de belles initiatives chez les pharmaciens. Nous sommes en train d'assister à un certain virage. Par exemple, il y a des ordonnances collectives qui ont été mises en place dans certaines régions du Québec. Cela fait en sorte que le pharmacien collabore plus étroitement avec les autres professionnels de la santé. Certains pharmaciens sont présents au niveau des unités de médecine familiale. Le pharmacien travaille de plus en plus avec les autres professionnels de la santé à améliorer la santé des patients.

Quel serait votre plus grand souhait pour votre Faculté ?

Nous avons une belle Faculté et nous sommes assez diversifiés. Nous formons des gens à la fois pour la pratique de la pharmacie et aussi pour le volet industriel, soit le développement des médicaments. Je souhaite que nous ayons plus de ressources financières pour être en mesure de faire de l'enseignement de meilleure qualité. Actuellement, nous faisons très bien les choses mais malheureusement, nous sommes parfois limités à cause d'une question d'argent. Le débat social des frais de scolarité est omniprésent et il le sera davantage au cours des prochains mois. Nous aimerions évaluer nos étudiants de façon plus régulière dans le développement de leurs compétences. Pour cela, il faut du temps, des ressources et des gens que nous n'avons pas. Mon souhait serait de pouvoir mieux encadrer les étudiants dans leur progression ainsi que mieux les épauler. Nous sommes au service de la société. Nous formons la relève et sommes très ouverts aux suggestions de la part de la communauté. ■

« À l'Université de Montréal, nous faisons beaucoup de promotion pour la pharmacie hospitalière. Nous offrons le programme de maîtrise et l'on apprécierait qu'il y ait davantage d'étudiants qui s'y inscrivent car nous sommes conscients que la pénurie est criante. »

« Le pharmacien veut prendre une place plus grande dans le système de santé. Certains pharmaciens sont à l'aise dans le modèle actuel, mais il y a une volonté de faire différemment pour les années à venir. Il y a de plus en plus de belles initiatives chez les pharmaciens. »





Jean-Pierre Pelletier, M.D. et Johanne Martel-Pelletier, Ph.D.

Unité de recherche en arthrose (CHUM)
Professeurs titulaires à la Faculté de médecine
Université de Montréal

« Le nombre croissant de patients qui nécessitent un traitement pour l'arthrose pourrait très bien provoquer un « tsunami » financier mondial dans un proche avenir. L'espoir d'éviter d'être frappé par la tempête s'estompe, car jusqu'à maintenant peu de progrès ont été réalisés dans le développement de traitements pouvant réduire ou arrêter la progression de la maladie. »

UN TRAITEMENT QUI GUÉRIT L'ARTHROSE: LE RÊVE DEVIENDRA T'IL RÉALITÉ?

INTRODUCTION

Avec le vieillissement de la population mondiale, le fardeau de l'arthrose est à la hausse sans relâche, posant d'énormes défis au système de santé. L'arthrose est de loin l'affection musculo-squelettique la plus commune et une source majeure de la douleur chronique et d'incapacité [1]. Le nombre croissant de patients qui nécessitent un traitement pour l'arthrose pourrait très bien provoquer un « tsunami » financier mondial dans un proche avenir. L'espoir d'éviter d'être frappé par la tempête s'estompe, car jusqu'à maintenant peu de progrès ont été réalisés dans le développement de traitements pouvant réduire ou arrêter la progression de la maladie.

Bien que des avancées significatives aient été enregistrées dans le traitement symptomatique de la maladie, bon nombre de patients doivent encore aujourd'hui vivre avec une maladie douloureuse et invalidante. La chirurgie, notamment des articulations portantes, a été un traitement utile pour l'arthrose en phase évoluée [2]. La nécessité d'une telle approche est le résultat évident de l'absence d'un traitement médical efficace. À cette étape, il devient essentiel de se poser les questions suivantes: Que devons-nous faire pour changer le paradigme? Pourquoi, après autant de temps et d'efforts, sommes-nous face à une situation désespérée? Un retour dans le temps nous permettra de mieux comprendre la situation à laquelle nous sommes confrontés aujourd'hui concernant le traitement du patient arthrosique.

PERSPECTIVE HISTORIQUE

Il y a quelques décennies, l'arthrose était une maladie beaucoup moins préoccupante d'un point de vue médical en raison d'une espérance de vie plus courte de la population. Des progrès significatifs en matière de soins médicaux et, plus particulièrement, dans le traitement des conditions médicales telles que les maladies cardiovasculaires et le cancer, ont contribué substantiellement à accroître l'espérance de vie et sa qualité. L'augmentation de la prévalence des maladies dégénératives liées au vieillissement, telles que l'arthrose et la maladie d'Alzheimer, est la conséquence d'un tel changement démographique. Cette augmentation imprévue du nombre de patients souffrant de ces maladies chroniques débilantes a entraîné une pénurie de solutions efficaces.

Malgré de nombreux obstacles, d'énormes progrès ont néanmoins été réalisés dans la compréhension de la physiopathologie de l'arthrose. Différents mécanismes biomécaniques et biochimiques, conduisant à son développement et à sa progression ont été identifiés grâce à d'importants efforts de recherche [3, 4]. Par ailleurs, les études cliniques et épidémiologiques ainsi que les nouvelles technolo-



gies d'imagerie ont permis d'identifier d'importants facteurs de risques associés à la progression de cette maladie et à la genèse de ses symptômes. Par exemple, les lésions de l'os sous-chondral, les altérations des ménisques et la synovite ont été associés aux symptômes de l'arthrose [5-8]. Fait intéressant, ces données sont cohérentes avec celles obtenues en recherche préclinique sur les animaux et viennent de ce fait appuyer leur utilité dans la compréhension de la physiopathologie de l'arthrose et l'exploration de cibles thérapeutiques [9, 10].

TRAITEMENT DE L'ARTHROSE: DES SYMPTÔMES AUX CHANGEMENTS STRUCTURAUX

Les connaissances acquises par les travaux de recherche préclinique et clinique sur l'arthrose ont contribué au développement d'un grand nombre de

DÉFIS MAJEURS POUR LES ÉTUDES D'AGENTS MODIFIANT LA MALADIE (DMOADs)

Conception d'essais

- Sélection de patients
- Évaluation des symptômes de la maladie
- Objectifs de l'étude

Mesure de la progression de la maladie

- Articulations cibles
- Technologie d'imagerie
- Biomarqueurs

Découvertes des médicaments et agents

programmes visant à cibler les différents mécanismes responsables de la maladie et des changements structuraux qui y sont associés. Tel que mentionné pour les symptômes, des traitements locaux et systémiques ont été développés et peuvent fournir aux patients un certain degré de soulagement et améliorer leur qualité de vie [1, 2]. Cependant, il existe encore de grands besoins non comblés à ce jour [1]. De plus, certains traitements, tels les AINS et les narcotiques, se révèlent être devenu une préoccupation au sein de la population arthrosique vieillissante à cause du potentiel d'effets secondaires cliniquement importants. À ce titre, l'acétaminophène, agent de première ligne recommandé par la majorité des autorités directrices, présente une toxicité potentielle; il est désormais recommandé une approche prudente dans l'utilisation de quelques-uns de ces médicaments [11]. Les traitements symptomatiques d'action lente dans l'arthrose nommés SySADOA sont devenus de ce fait une alternative intéressante et prouvés efficaces, malgré certaines critiques [2].

Il ne fait aucun doute que les thérapies visant les symptômes et la douleur associée à l'arthrose doivent faire l'objet d'études plus approfondies. Non seulement devons-nous mieux comprendre les mécanismes de ces symptômes, mais aussi comme récemment proposé, « *Élargir nos horizons* » [12]. En effet, de récentes découvertes indiquent que, dans l'arthrose, la douleur neuropathique peut contribuer aux symptômes de la maladie chez un nombre significatif de patients [13]. Ainsi, les stratégies entourant le traitement de l'arthrose sont peut-être trop focalisées sur la douleur - un symptôme subjectif qui peut provenir de plusieurs sources, en particulier chez les patients âgés.

La vision ultime pour le traitement de l'arthrose est de trouver des agents qui peuvent réduire de façon significative ou arrêter la progression de la maladie. Ces médicaments pouvant modifier la maladie sont appelés DMOADs. Jusqu'à présent, aucun traitement DMOAD n'a été approuvé par les autorités réglementaires. Toutefois, certaines études par rayons-x ont confirmé que quelques-uns des médicaments et agents, dont la doxycycline [14], la chondroïtine sulfate [15, 16] et la glucosamine sulfate [17-19] peuvent réduire efficacement la progression de la maladie chez les patients souffrant d'arthrose du genou. La diacerhéine a été démontrée capable de réduire la progression de l'arthrose de la hanche chez les patients arthrosiques [20]. Il est également à noter que, par l'imagerie par résonance magnétique (IRM), un produit nommé licofelone (un inhibiteur double de la lipoxigénase et de la cyclo-oxygénase) pouvait diminuer la perte du cartilage [21] et réduire au long cours la nécessité d'une intervention chirurgicale, dont la prothèse du genou [22].

DÉVELOPPEMENT DES DMOADS: UNE ENTREPRISE RISQUÉE POUR PLUSIEURS

Des obstacles importants expliquent la parcimonie des études visant à développer des DMOADs. Tout

SOMMAIRE

De grands progrès ont été réalisés dans la compréhension des facteurs impliqués dans le processus de la maladie et les facteurs de risque associés.

Des avancées importantes ont été accomplies dans les nouvelles technologies d'imagerie (résonance magnétique) pour évaluer et quantifier la progression des changements structuraux articulaires.

La conception des essais cliniques doit être optimisée dans de nombreux aspects tels que les critères d'inclusion, d'évaluation des symptômes et des changements structuraux.

Un consensus de groupes d'experts et des autorités réglementaires s'avère nécessaire concernant les lignes directrices pour la conduite d'essais DMOADs.

Il y a des défis méthodologiques à surmonter afin d'inscrire la réduction de l'incidence de prothèses comme cible. Cependant, différentes initiatives sont en cours pour définir une stratégie.

d'abord, les protocoles de ces essais ont été très variables d'une étude à une autre. Des efforts doivent être déployés afin de permettre de mieux harmoniser les critères et assurer une population de patients plus homogène et plus représentative. Cela permettrait également une meilleure standardisation et un équilibre des facteurs de risques associés à la progression de la maladie, ce qui est essentiel dans ces études.

Un des véritables défis dans le développement de DMOADs est de trouver une mesure efficace des résultats. Idéalement, une « *cible* » telle que la réduction de la nécessité du recours à l'arthroplastie serait fort intéressante.

« Il ne fait aucun doute que les thérapies visant les symptômes et la douleur associée à l'arthrose doivent faire l'objet d'études plus approfondies. »



« La vision ultime pour le traitement de l'arthrose est de trouver des agents qui peuvent réduire de façon significative ou arrêter la progression de la maladie. Ces médicaments pouvant modifier la maladie sont appelés DMOADs. Jusqu'à présent, aucun traitement DMOAD n'a été approuvé par les autorités réglementaires. »

L'objectif majeur d'un traitement DMOAD devrait être de réduire de façon significative la progression des changements structuraux des articulations. La méthode d'imagerie utilisée pour l'évaluation d'un DMOAD a traditionnellement été le rayon-x. Cependant, la technologie de pointe telle que l'IRM fournit des informations beaucoup plus fiables et complètes sur la progression de la maladie et les effets du traitement [21, 23, 24]. L'IRM, bien qu'utilisée comme outil diagnostique en musculo-squelettique, devrait aussi être utilisée pour des essais thérapeutiques, tel que dans d'autres domaines, y compris le cancer et le système nerveux central.

CIBLES THÉRAPEUTIQUES

Plusieurs mécanismes liés au développement de la maladie ont été ciblés lors du développement de nouveaux médicaments à visées curatives pour l'arthrose [3, 4]. Pour n'en nommer que quelques-uns, mentionnons les enzymes dégradatives du cartilage, les facteurs inflammatoires de la synoviale (cytokines) et les facteurs impliqués dans le remodelage de l'os sous-chondral. À ce chapitre, un des concepts les plus récents à propos de la physiopathologie de l'arthrose fait référence à des agents ciblant les changements de type « ostéoporotiques » qui se produisent dans l'os sous-chondral, dont la fonction de ce tissu est de supporter le cartilage articulaire. Cette notion est très attrayante, car des altérations à ce niveau (os sous-chondral) engendreront des problèmes biomécaniques susceptibles de produire des dommages au cartilage.

Un certain nombre d'études cliniques sont en cours pour tester l'efficacité thérapeutique d'agents/médicaments capables d'enrayer la résorption (remodelage) de l'os sous-chondral. Les résultats de ces études sont attendus sous peu; espérons qu'ils sauront apporter une aide concrète aux patients porteurs de cette maladie.

CONCLUSION

La recherche sur le développement de DMOADs nouveaux et novateurs doit se poursuivre parce qu'il y a un besoin désespéré pour des médicaments capables de réduire ou d'arrêter la maladie. Entre-temps, nous pouvons seulement espérer que « le rêve devienne réalité plutôt tôt que tard ». ■

DIVULGATION

Dr J-P. Pelletier et/ou Dre J. Martel-Pelletier sont consultants pour ArthroLab, ArthroVision, AstraZeneca, Bioiberica, Boehringer Ingelheim, CEVA, Regeneron Pharmaceuticals, Pfizer, Rottapharm, Servier, TRB Chemedica, Virbac et Laboratoires Winston.

Les auteurs tiennent à remercier Santa Fiori et Lise Giguère pour leur aide dans la préparation de ce document.

Drs Pelletier et Martel-Pelletier sont professeurs de médecine à l'Université de Montréal et titulaires de



la Chaire en arthrose de l'Université de Montréal ainsi que directeurs de l'Unité de recherche sur l'arthrose au CRCHUM, Montréal, Québec, Canada.

Références

1. Uhlig T, Slatkowsky-Christense B, Moe RH, et al. The burden of osteoarthritis: The societal and the patient perspective. *Therapy* 2010;7:605-19.
2. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis and Cartilage* 2010;18:476-99.
3. Martel-Pelletier J, Pelletier JP. New insights into the major pathophysiological processes responsible for the development of osteoarthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2005;34:6-8.
4. Martel-Pelletier J, Lajeunesse D, Fahmi H, et al. New thoughts on the pathophysiology of osteoarthritis: One more step toward new therapeutic targets. *Curr Rheumatol Rep* 2006;8:30-6.
5. Berthiaume MJ, Raynauld JP, Martel-Pelletier J, et al. Meniscal tear and extrusion are strongly associated with the progression of knee osteoarthritis as assessed by quantitative magnetic resonance imaging. *Ann Rheum Dis* 2005;64:556-63.
6. Ding C, Martel-Pelletier J, Pelletier JP, et al. Meniscal tear as an osteoarthritis risk factor in a largely non-osteoarthritic cohort: a cross-sectional study. *J Rheumatol* 2007;34:776-84.
7. Raynauld JP, Martel-Pelletier J, Berthiaume MJ, et al. Correlation between bone lesion changes and cartilage volume loss in patients with osteoarthritis of the knee as assessed by quantitative magnetic resonance imaging over a 24-month period. *Ann Rheum Dis* 2008;67:683-8.
8. Pelletier JP, Raynauld JP, Abram F, et al. A new non-invasive method to assess synovitis severity in relation to symptoms and cartilage volume loss in knee osteoarthritis patients using MRI. *Osteoarthritis and Cartilage* 2009;17:822-24.
9. d'Anjou MA, Troncy E, Moreau M, et al. Temporal assessment of bone marrow lesions on magnetic resonance imaging in a canine model of knee osteoarthritis: Impact of sequence selection. *Osteoarthritis Cartilage* 2008;16:1307-11.

10. Pelletier JP, Boileau C, Altman RD, et al. Animal models of osteoarthritis. In: Hochberg M, Silman AJ, Smolen JS, et al., eds. Rheumatology. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2010:1731-39.

11. FDA Joint Meeting of the Drug Safety and Risk Management Advisory Committee with the Anesthetic and Life Support Drugs Advisory Committee and Nonprescription Drugs Advisory Committee. Adelphi, Maryland 2009.

12. Clauw DJ, Witter J. Pain and rheumatology: Thinking outside the joint. Arthritis Rheum 2009;60:321-4.

13. Imamura M, Imamura ST, Kaziya HH, et al. Impact of nervous system hyperalgesia on pain, disability, and quality of life in patients with knee osteoarthritis: A controlled analysis. Arthritis Rheum 2008;59:1424-31.

14. Brandt KD, Mazza SA, Katz BP, et al. Effects of doxycycline on progression of osteoarthritis: results of a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. Arthritis Rheum 2005;52:2015-25.

15. Michel BA, Stucki G, Frey D, et al. Chondroitins 4 and 6 sulfate in osteoarthritis of the knee: A randomized, controlled trial. Arthritis Rheum 2005;52:779-86.

16. Kahan A, Uebelhart D, De Vathaire F, et al. Long-term effects of chondroitins 4 and 6 sulfate on knee osteoarthritis: The study on osteoarthritis progression prevention, a two-year, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum 2009;60:524-33.

17. Reginster JY, Deroisy R, Rovati LC, et al. Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: A randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet 2001;357:251-56.

18. Pavelka K, Gatterova J, Olejarova M, et al. Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis: a 3-year, randomized, placebo-controlled, double-blind study. Arch Intern Med 2002;162:2113-23.

19. Wildi LM, Raynauld JP, Martel-Pelletier J, et al. Chondroitin sulphate reduces both cartilage volume loss and bone marrow lesions in knee osteoarthritis patients starting as early as 6 months after initiation of therapy: a randomised, double-blind, placebo-controlled pilot study using MRI. Ann Rheum Dis 2011;70:982-9.

20. Dougados M, Nguyen M, Berdah L, et al. Evaluation of the structure-modifying effects of diacerein in hip osteoarthritis: ECHODIAH, a three-year, placebo-controlled trial. Evaluation of the Chondromodulating Effect of Diacerein in OA of the Hip. Arthritis Rheum 2001;44:2539-47.

21. Raynauld JP, Martel-Pelletier J, Bias P, et al. Protective effects of licoferone, a 5-lipoxygenase and cyclo-oxygenase inhibitor, versus naproxen on cartilage loss in knee osteoarthritis: a first multicentre clinical trial using quantitative MRI. Ann Rheum Dis 2009;68:938-47.

22. Raynauld JP, Martel-Pelletier J, Haraoui B, et al. Risk factors predictive of joint replacement in a 2-year multicentre clinical trial in knee osteoarthritis using MRI: results from over 6 years of observation. Ann Rheum Dis 2011;70:1382-88.

23. Martel-Pelletier J, Pelletier J. Quantitative MRI: A novel assessment technology for the measurement of knee osteoarthritis structural changes. European Musculoskeletal Review 2009;4:58-59.

24. Raynauld JP, Martel-Pelletier J, Beaulieu A, et al. An open-label pilot study evaluating by magnetic resonance imaging the potential for a disease-modifying effect of celecoxib compared to a modeled historical control cohort in the treatment of knee osteoarthritis. Semin Arthritis Rheum 2010;40:185-92.

« Un certain nombre d'études cliniques sont en cours pour tester l'efficacité thérapeutique d'agents/médicaments capables d'enrayer la résorption (remodelage) de l'os sous-chondral. Les résultats de ces études sont attendus sous peu; espérons qu'ils sauront apporter une aide concrète aux patients porteurs de cette maladie. »

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 • Prénatale (Clarté nucale)
Échographie avec Doppler • Ostéodensitométrie
Radiologie conventionnelle

imageriedespionniers.com 1-888-581-1424



SOYEZ «CELECTIF»

Pour la prise en charge de la douleur
et de l'inflammation

CHOISISSEZ CELEBEX^{MD}

L'AINS le **plus** distribué au Canada¹

CELEBEX a démontré :

- **un soulagement supérieur de la douleur arthrosique vs le naproxène²**
 - Une réduction de 29,5 % de la douleur par rapport au début de l'étude chez les patients traités par CELEBEX à 200 mg/jour par rapport à une réduction de 21,8 % chez les patients sous naproxène à 1000 mg/jour, d'après la sous-échelle de la douleur de l'indice WOMAC* à la 12^e semaine ($p < 0,001$).
- **une réduction du taux d'ulcération gastro-intestinale vs le naproxène³**
 - Une réduction de 7,5 % chez les patients traités par CELEBEX à 200 mg/2 f.p.j. vs 34,6 % chez les patients sous naproxène à 500 mg/2 f.p.j. durant 12 semaines de traitement ($p < 0,05$).

CELEBEX est indiqué pour soulager les symptômes associés à l'arthrose, à la polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte et à la spondylarthrite ankylosante. CELEBEX est également indiqué chez l'adulte pour soulager à court terme (≤ 7 jours) la douleur aiguë, modérée ou grave causée entre autres par : les traumatismes des tissus mous et les traumatismes musculo-squelettiques, y compris les entorses; la chirurgie orthopédique; une extraction dentaire³.

Chez les patients présentant une vulnérabilité accrue aux effets indésirables cardiovasculaires et/ou digestifs, d'autres stratégies de prise en charge QUI EXCLUENT l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) devraient être envisagées en première intention (voir les rubriques CONTRE-INDICATIONS et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS)³.

CELEBEX ne doit être utilisé qu'à la dose efficace la plus faible pour la durée de traitement la plus courte possible afin de réduire au minimum le risque potentiel d'effets indésirables cardiovasculaires ou digestifs (voir les rubriques CONTRE-INDICATIONS et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS)³.

CELEBEX est un AINS et n'a par conséquent PAS D'EFFET sur la maladie ni sur son évolution. CELEBEX, en tant qu'AINS, n'a pour effet que de soulager les symptômes et de réduire l'inflammation tant que le patient continue de le prendre³.

CELEBEX est contre-indiqué dans le contexte périopératoire d'un pontage aortocoronarien; durant le 3^e trimestre de la grossesse en raison du risque de fermeture prématurée du canal artériel et d'inertie utérine (prolongation de l'accouchement); ainsi que chez les femmes qui allaitent en raison du risque d'effets indésirables graves auquel le nourrisson est exposé; en présence d'une insuffisance cardiaque grave non maîtrisée; d'antécédents d'hypersensibilité au célécoxib ou à l'un des excipients du produit; d'antécédents de réactions de type allergique aux sulfamides; d'antécédents de crise d'asthme, d'urticaire ou de réactions de type allergique après la prise d'acide acétylsalicylique (AAS) ou d'un autre anti-inflammatoire non stéroïdien; en présence d'un ulcère gastrique, duodénal ou gastro-duodénal en poussée évolutive ou d'hémorragie

gastro-intestinale évolutive; en présence d'une hémorragie vasculaire cérébrale; en présence d'une maladie intestinale inflammatoire, d'une dysfonction hépatique grave ou d'une hépatopathie évolutive, d'une insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 30 mL/min ou $0,5$ mL/sec) ou d'une néphropathie qui s'aggrave. CELEBEX est contre-indiqué chez les personnes de moins de 18 ans, l'innocuité et l'efficacité de CELEBEX n'ayant pas été établies dans ce groupe d'âge³.

Mises en garde et précautions importantes³

Risque de manifestation cardiovasculaire indésirable : cardiopathie ischémique, maladie vasculaire cérébrale, insuffisance cardiaque (classes II à IV de la NYHA). CELEBEX est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). L'utilisation de certains AINS est associée à une fréquence accrue de manifestations indésirables cardiovasculaires (comme un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ou des accidents thrombotiques) qui peuvent être mortelles. Le risque peut augmenter avec la durée d'utilisation. Les patients atteints de maladie cardiovasculaire ou présentant des facteurs de risque cardiovasculaire peuvent être exposés à un risque accru.

Il faut prescrire CELEBEX avec prudence en présence d'une cardiopathie ischémique (comprenant, SANS s'y limiter: infarctus aigu du myocarde, antécédents d'infarctus du myocarde et/ou angine de poitrine) et/ou d'une maladie vasculaire cérébrale (comprenant, SANS s'y limiter: accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire et/ou cécité monoculaire transitoire) et/ou d'insuffisance cardiaque (classes II à IV de la NYHA).

Comme les autres AINS, CELEBEX peut favoriser une rétention sodique proportionnelle à la dose faisant intervenir un mécanisme rénal, ce qui peut provoquer l'élévation de la tension artérielle et/ou l'exacerbation de l'insuffisance cardiaque.

Les essais cliniques à répartition aléatoire menés sur CELEBEX n'étaient pas conçus pour détecter des différences au chapitre des effets indésirables cardiovasculaires dans le contexte d'un

traitement prolongé. Par conséquent, CELEBEX doit être prescrit avec prudence.

Risque de manifestations gastro-intestinales indésirables : Comme les autres AINS, CELEBEX est associé à une fréquence accrue de manifestations gastro-intestinales indésirables (telles les ulcérations, les perforations et les obstructions gastro-duodénales et les hémorragies gastro-intestinales).

Risque durant la grossesse : Il faut prescrire CELEBEX avec prudence durant les premier et deuxième trimestres de la grossesse. L'emploi de CELEBEX est CONTRE-INDIQUÉ au cours du troisième trimestre de la grossesse en raison du risque de fermeture prématurée du canal artériel et d'inertie utérine (prolongation de l'accouchement).

Les effets indésirables les plus courants ont été (fréquence vs placebo) : les céphalées (15,8 % vs 20,2 %), les infections des voies respiratoires supérieures (8,1 % vs 6,7 %), la dyspepsie (8,8 % vs 6,2 %), la diarrhée (5,6 % vs 3,8 %) et les douleurs abdominales (4,1 % vs 2,8 %). Pour obtenir plus d'information, se reporter à la monographie du produit³.

Aucune interaction médicamenteuse d'importance clinique avec la phénytoïne, le tolbutamide, le glyburide ou le kétoconazole. Il existe un risque d'interaction avec la warfarine, le lithium et le fluconazole. Se reporter à la monographie du produit. Les AINS pourraient atténuer les effets antihypertensifs des inhibiteurs de l'ECA. On doit prendre en considération la possibilité d'une telle interaction. CELEBEX N'est PAS recommandé en association avec d'autres AINS, à l'exception de l'AAS à faible dose en prophylaxie cardiovasculaire, en raison de l'absence d'effet synergique bénéfique démontré résultant d'une telle association et du risque additionnel de manifestations indésirables que celle-ci comporte. Il faut respecter les mises en garde générales sur les AINS³.

Pour obtenir de plus amples renseignements concernant CELEBEX, veuillez consulter la monographie approuvée de ce produit.

* WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, ou indice d'arthrose des universités Western Ontario et McMaster) qui tient compte des trois paramètres suivants : la douleur, la raideur et la capacité fonctionnelle.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé[™]

©2011

Pfizer Canada inc.
Kirkland (Québec)
H9J 2M5

M.C. de Pfizer Inc., utilisée sous licence
CELEBEX^{MD}, G.D. Searle LLC
Pfizer Canada inc., licencié



CÉLÉCOXIB

CELEBEX^{MD}

CAO109CE00F



Consulter les renseignements thérapeutiques et les paramètres de l'étude à la page 47-49

LA POLITIQUE DE PLACEMENT



« 80% du rendement d'un portefeuille de placement est attribuable à l'allocation des actifs alors que la sélection des titres ne compte que pour 20%. » C'est à la lumière de cette affirmation qu'on réalise l'importance d'encadrer son approche placement par un énoncé de politique strict à long terme dans lequel on retrouvera la marche à suivre dans la sélection des titres à choisir mais surtout quel poids du portefeuille devra être placé dans les grandes catégories d'actif que représentent l'encaisse, les obligations, les actions canadiennes et les actions étrangères. En attribuant ainsi une pondération cible à moyen et long terme, correspondant à son degré de tolérance au risque, à chacune de ces catégories, l'investisseur sera contraint à l'équilibrage périodique de son portefeuille de placement.

À titre d'exemple, prenons l'allocation équilibrée des actifs suivante, 50% obligations et 50% actions et supposons une correction de 10% du marché des actions et un comportement neutre du marché des obligations. On constatera, en consultant le relevé de placement que la pondération de ce portefeuille est désormais de 55% obligations et 45% actions. L'investisseur avisé devra profiter de cette opportunité pour équilibrer son portefeuille en transférant le produit de la vente de 9% de sa portion obligataire à la portion actions.

Plus concrètement, les années 2008 et 2009 nous ont permis de tester cette théorie avec le résultat suivant. La moyenne des portefeuilles avec politique de placement équilibrée avait perdu du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008 près de 9%. L'équilibrage systématique de ces mêmes portefeuilles impliquant l'achat d'actions dans une séquence de marché baissier jusqu'au 8 mars 2009, a permis de récupérer ce recul aussitôt qu'en octobre 2009 alors que le portefeuille n'ayant pas fait l'objet de cet équilibrage ne s'est rétabli que bien plus tard en cours d'année 2010.

Bien qu'il y ait toujours un pour et un contre à chaque stratégie de placement et que ceci puisse nous amener à penser que l'absence d'équilibrage systématique serait susceptible de produire de meilleurs rendements en période de marché haussier, cette stratégie en est une de compromis et contribue

à réduire passablement la volatilité des rendements. Elle conviendra parfaitement à l'investisseur désirant une croissance plus stable sur une base plus solide.

En conclusion, la qualité des résultats obtenus en gestion de placements est tributaire de l'énergie et de la discipline que vous allouez à cet exercice.

Dans le prochain article, nous aborderons l'évolution de l'allocation de l'actif en fonction de l'horizon de placement. ■



Sylvain B. Tremblay,
ADM. A., PL. FIN.

Vice-président relations d'affaires Gestion privée
OPTIMUM GESTION DE PLACEMENTS INC.


OPTIMUM®
Optimum Gestion de Placements inc.

GESTION PRIVÉE

Nous gérons votre patrimoine comme si c'était le nôtre...

Au fil du temps, nous avons bâti un lien de confiance avec nos clients grâce à une approche de gestion qui nous a permis de réaliser des performances se classant parmi les meilleures au pays ces dernières années, et parce que notre mode de rémunération à honoraires plutôt qu'à commissions privilégie leurs intérêts.

Fondée il y a plus de 25 ans,
Optimum Gestion de Placements
gère 3,4 milliards \$ d'actifs.

*Pour vous renseigner sur nos services de gestion,
contactez un de nos conseillers au 514 288-7545.*

GROUPE OPTIMUM
Des fondations solides, gage d'un avenir prospère



Dr Pierre Boisvert

ORL et professeur clinique
Hôpital Saint-François
d'Assise (CHUQ)

« Les patients qui sont atteints d'allergie per-annuelle surajoutée, c'est-à-dire de l'allergie aux acariens, à la poussière de maison ou aux animaux, présentent de l'obstruction nasale (nez bouché) toute l'année associée à des éternuements parfois le matin au réveil et de l'écoulement nasal clair. »



LA RHINITE ALLERGIQUE

La rhinite allergique est une maladie très fréquente qui touche tout près de 20% de la population. Il faut souligner que lorsqu'un des parents est allergique, 30% de leurs enfants seront allergiques et si les deux parents sont allergiques ce pourcentage peut atteindre 60%. La rhinite allergique se divise en rhinite saisonnière et en rhinite per-annuelle. Les symptômes de la rhinite saisonnière débutent souvent en mai pour se terminer à la mi-octobre. Par contre, chez beaucoup de patients, aux symptômes de rhinite allergique saisonnière s'ajoutent des symptômes de rhinite allergique per-annuelle.

SYMPTÔMES

Les symptômes de la rhinite allergique saisonnière se caractérisent par de l'obstruction nasale à savoir le nez obstrué bilatéralement associé à des sécrétions nasales claires et fréquentes et à des éternuements. De plus, souvent il y a des symptômes au niveau des yeux à savoir picotements et enflure au niveau des paupières. Ces symptômes débutent habituellement au mois de mai, dans les cas d'allergie aux pollens des arbres, aux mois de juin et juillet dans les cas d'allergie aux différents graminées et aux mois d'août, septembre et une partie du mois d'octobre dans les cas d'allergie à l'herbe à poux. Habituellement, les patients sont souvent allergiques aux trois types de pollens et les symptômes durent pendant toute la période estivale. Chez certains patients, en plus de la rhinite allergique, des symptômes de difficulté respiratoire pulmonaire que l'on appelle communément de l'asthme peuvent se manifester.

Les patients qui sont atteints d'allergie per-annuelle surajoutée, c'est-à-dire de l'allergie aux acariens, à la poussière de maison ou aux animaux, présentent de l'obstruction nasale (nez bouché) toute l'année associée à des éternuements parfois le matin au réveil et de l'écoulement nasal clair.

DIAGNOSTIC

L'histoire des symptômes de la maladie est l'élément essentiel pour suspecter une rhinite allergique.

L'allergie saisonnière se manifeste pendant l'été et l'allergie per-annuelle dure toute l'année. Par contre, les symptômes d'allergie per-annuelle sont beaucoup moins caractéristiques que ceux retrouvés dans l'allergie saisonnière. Ainsi, dans les cas d'allergie aux chats, si le patient y est exposé régulièrement, il ne présentera pas nécessairement des éternuements et des écoulements du nez de façon importante au contact du chat mais éprouvera surtout des symptômes chroniques d'obstruction nasale (nez bouché). On peut comprendre que ces symptômes d'obstruction nasale, d'éternuements et de nez qui coule réduisent considérablement la qualité de vie chez les gens atteints puisque ceux-ci influent sur le rendement scolaire, la performance au travail et les activités quotidiennes. De plus, la qualité du sommeil est considérablement affectée chez les patients allergiques.

Une rencontre chez votre médecin permettra de cibler le diagnostic et d'instituer un traitement médical efficace afin de contrôler la majorité des symptômes. Le diagnostic de rhinite allergique se fait principalement par l'histoire clinique mais des tests cutanés d'allergie permettront d'objectiver les allergènes en cause et de pouvoir mieux cibler le traitement.

TRAITEMENT

Le traitement vise en premier lieu à désactiver la réaction allergique par :

1. Le contrôle de l'environnement en diminuant la présence d'allergènes.
2. Le contrôle médicamenteux de la réaction allergique.

CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT

Le contrôle de l'environnement demeure l'élément essentiel du traitement de la réaction allergique soit saisonnière ou per-annuelle. Ce contrôle de l'environnement devra principalement viser la réduction d'acariens et éliminer l'exposition aux animaux si nécessaire. Pour diminuer la présence d'acariens, la

chambre à coucher devra avoir un taux d'humidité n'excédant pas 45% et une température ambiante d'environ 18 degrés centigrades. La présence de tapis et de peluche est à proscrire. Au niveau de la literie seulement les draps de coton devront être utilisés; l'ajout de housses hypoallergiques pour le matelas et les oreillers diminue de façon importante l'exposition aux acariens. De plus, s'il y a un animal à la maison, il doit éviter la chambre à coucher. Il est à remarquer que le chat est l'animal domestique qui provoque le plus d'allergies. Dans les cas de rhinite saisonnière surajoutée, il faut s'assurer de ne pas dormir la fenêtre ouverte puisque le décompte des pollens est particulièrement élevé le matin.

CONTRÔLE DE LA RÉACTION ALLERGIQUE

a. Médicaments antihistaminiques

Les antihistaminiques sont des pilules qui sont prises pour contrôler les réactions d'éternuements et de nez qui coule. Ces pilules ne sont d'aucun secours dans le cas de nez obstrué. Cependant, ils améliorent les picotements au niveau des yeux. Auparavant, les premiers antihistaminiques sur le marché amenaient un problème de somnolence mais actuellement, ils ont peu d'effets secondaires et peuvent être pris une fois par jour.

b. Les stéroïdes topiques

Il existe maintenant sur le marché une variété de vaporisateurs nasaux que l'on appelle les stéroïdes topiques (cortisone). Ces vaporisateurs nasaux sont habituellement appliqués à raison de deux vaporisations dans chaque narine une fois par jour dans les cas de rhinite allergique. Même si ces médicaments sont de la cortisone locale, ils ne provoquent pas d'effets secondaires puisqu'ils ne sont pas absorbés. Leur tolérance locale à l'utilisation est très bonne et ils ne produisent aucune accoutumance. Ils contrôlent les symptômes d'obstruction nasale, d'éternuements et d'écoulement nasal.

Quelquefois, dans les cas très sévères, de la cortisone peut être administrée par la bouche sur une très courte période (10 à 15 jours).

c. Les vaccins

Quelquefois, le contrôle de l'environnement et la médication ne réussissent pas à soulager les symptômes



d'allergie et à ce moment, il est possible de prescrire des vaccins antiallergiques. Ces vaccins sont efficaces dans les allergies aux différents pollens et les allergies aux acariens. Dernièrement, des vaccins pour contrôler les allergies aux chats ont été développés et ils procurent de très bons résultats. Lorsque le vaccin est prescrit, celui-ci doit être administré pendant une période minimale de trois ans et jusqu'à cinq ans. Lorsque la dose efficace est atteinte, une injection de vaccin à tous les mois est administrée. Suite à l'injection du vaccin, il faut attendre environ 30 minutes au bureau du médecin afin de surveiller une possible réaction générale (asthme, difficulté respiratoire, urticaire) qui peut se manifester dans cette période de temps. Cependant, ces réactions systémiques sont très rares.

Une nouvelle thérapie qui n'est pas encore instituée au Canada mais qui est utilisée régulièrement en Europe est caractérisée par des vaccins qui se donnent sous la langue (immunothérapie sublinguale).

CONCLUSION

Les gens qui souffrent d'allergie sont peu sensibilisés à leurs symptômes. Ils présentent souvent des symptômes de sinusite récidivante ou de sinusite chronique, d'otites à répétition, de difficulté respiratoire qu'ils n'attribuent pas à un facteur allergique. Une cause allergique à des problèmes des voies respiratoires supérieures récidivantes ou chroniques doit toujours être soupçonnée. N'hésitez pas à en parler à votre médecin qui demeure sensibilisé à cette pathologie. ■

« L'allergie saisonnière se manifeste pendant l'été et l'allergie per-annuelle dure toute l'année. Par contre, les symptômes d'allergie per-annuelle sont beaucoup moins caractéristiques que ceux retrouvés dans l'allergie saisonnière. »

Profiter de notre expertise
pour sécuriser votre avenir
et vivre pleinement le présent

Financière des
professionnels

Gestion privée
Fonds d'investissement
Planification financière

Grandir
en confiance

www.fprofessionnels.com

Au service des membres de la
Fédération des médecins spécialistes du Québec
et de ceux de l'Association d'oto-rhino-laryngologie
et de chirurgie cervico-faciale du Québec
depuis 1978



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

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.



**Mark Samaha,
MSc, MD, FRCSC**

Professeur Adjoint
Département
d'Otorhinolaryngologie -
Chirurgie Cervico-Faciale
Centre Universitaire de
Santé McGill

Directeur
Centre de Chirurgie
Faciale de Montréal

*« Un patient dont
la motivation est
d'améliorer sa con-
fiance en lui-même
et son sens du bien-
être est un bon can-
didat. Sa maturité
dans le cas d'un
jeune patient et sa
perspicacité sont
aussi importants. »*

LA RHINOPLASTIE ESTHÉTIQUE

INTRODUCTION

La rhinoplastie est une intervention couramment effectuée, tant chez les hommes que chez les femmes. C'est la plus complexe de toutes les chirurgies esthétiques et donc, exige beaucoup de finesse de la part du chirurgien. Lorsqu'elle est exécutée par un expert, la procédure a un taux de succès élevé et peut mener à une expérience très satisfaisante et des résultats positifs pour le patient. L'évolution de la technique chirurgicale permet à la rhinoplastie d'être effectuée sous anesthésie locale ou générale, sans mèche ou tampon nasal, avec peu d'inconfort et une courte période de rétablissement.

FORMATION ET EXPÉRIENCE

La rhinoplastie est une intervention qui exige une expertise approfondie et une expérience étendue pour obtenir un bon résultat à long terme. En l'absence de ces critères, les défauts techniques sont malheureusement inévitables, tant au niveau du résultat esthétique que fonctionnel.

En effet, en plus de posséder des habiletés techniques au-delà de la moyenne, le chirurgien doit avoir la capacité de faire une analyse faciale détaillée et avoir un œil artistique pour déterminer les changements et modifications qu'il doit apporter lors de son acte chirurgical. De plus, comme la guérison et donc la forme du nez continue à évoluer jusqu'à un an et même plus suite à une rhinoplastie, le chirurgien doit avoir l'expérience nécessaire pour prévoir lorsqu'il effectue sa chirurgie, le résultat qui se manifesterà à long terme.

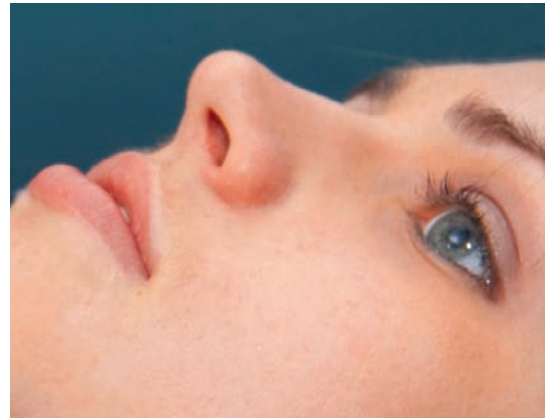
Mis à part la formation nécessaire, l'expérience est donc primordiale pour obtenir de bons résultats tout en maintenant ou en améliorant la fonction du nez. On prêche souvent en enseignant à des résidents qu'il faut exécuter un minimum de cinq cents rhinoplasties avant de commencer à se sentir à l'aise en tant que chirurgien. De plus, "perfectionner" ou "maîtriser" la rhinoplastie est simplement impossible. Pour citer Dr. Eugene Tardy, un des "grands-pères" de la rhinoplastie: "L'étudiant en rhinoplastie ne peut jamais être diplômé".

La rhinoplastie n'est donc pas le genre de chirurgie qui peut être pratiquée de façon occasionnelle. Pour qu'un chirurgien acquiert l'expérience requise et par la suite puisse obtenir constamment de bons résultats pour ses patients, la rhinoplastie doit occuper une place importante dans sa pratique.

CANDIDATURE DU PATIENT

Un bon candidat est quelqu'un qui est susceptible d'avoir une expérience agréable en obtenant un résultat esthétique favorable.

L'âge minimum pour subir une rhinoplastie est de 15-16 ans, lorsque le développement du nez est



achevé. Cette limite est variable et dépend de la croissance de l'adolescent. L'âge avancé n'est pas considéré comme un obstacle à la chirurgie, donc il n'existe pas d'âge maximum. L'autre facteur évident qui influence la candidature est l'anatomie du patient. La structure osseuse et cartilagineuse du nez aussi bien que l'épaisseur de la peau affecteront la praticabilité de certaines manoeuvres chirurgicales et les modifications esthétiques qui pourraient en découler.

Finalement, le facteur le plus important est l'aspect psychologique. Un patient dont la motivation est d'améliorer sa confiance en lui-même et son sens du bien-être est un bon candidat. Sa maturité dans le cas d'un jeune patient et sa perspicacité sont aussi importants. Des patients ayant été poussés dans leur décision par des amis, des collègues ou leurs proches devraient être dissuadés. Les patients qui sont en pleine crise personnelle comme un conflit dans leur relation ou la perte d'un être cher ne sont pas en mesure de prendre une décision éclairée en ce qui concerne la chirurgie. Il est préférable de reporter une telle décision jusqu'à ce que toutes turbulences ou problèmes dans leur vie personnelle soient résolus.

À SURVEILLER

Quoique des défauts techniques peuvent survenir en rhinoplastie, les pièges qui attendent le chirurgien au niveau de la communication avec le patient et la psychologie de ce dernier posent un défi plus important. En effet, il n'est pas rare qu'un chirurgien qui a performé une chirurgie habile dont le résultat lui semble - et est en fait - excellent du point de vue esthétique, soit l'objet d'un mécontentement de la part du patient. Celui-ci lui reprocherait les changements qu'il aurait effectués à son nez qui ne concordent pas avec ses désirs et sa perception d'un nez esthétique. Une communication claire et détaillée est essentielle lors de la phase pré-opératoire pour comprendre, en détail, les désirs et attentes du patient. Le chirurgien doit lui expliquer le degré d'amélioration possible ainsi que les limites. Établir des attentes réalistes aura pour récompense un patient satisfait à



Figure 1: Rhinoplastie chez une jeune patiente. Les changements effectués dans ce cas étaient un affinement très subtil de la pointe, un abaissement de l'orientation surélevée de la pointe, et un ajustement du profil. De plus, dans son cas, une mentoplastie a harmonisé l'alignement du profile et amélioré l'angle du cou.

la conclusion du processus de chirurgie et de rétablissement.

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Compte tenu de la complexité de la rhinoplastie, il n'est pas surprenant qu'il y a des douzaines, voire des centaines de manoeuvres chirurgicales, chacune visant à effectuer une modification esthétique différente. Comme dans toute chirurgie, il y a souvent plusieurs manoeuvres pour chaque modification escomptée. Cependant, il y a deux "approches" principales: l'approche ouverte et l'approche fermée. Cette dernière est plus correctement nommée l'approche endonasale.

Quoiqu'il n'y ait pas une approche qui est supérieure à l'autre, il existe un accord général que la technique ouverte est plus "invasive" et exige un période de guérison prolongée. La dissection plus étendue de l'approche ouverte cause plus d'oedème et exige plus de temps pour que l'enflure habituelle ne s'estompe. Cette approche est celle qui est couramment la plus pratiquée et donc, les chirurgiens en formation y sont exposés presque exclusivement. L'approche endonasale est moins invasive et le résultat est évident plus rapidement. En revanche, elle exige une certaine dextérité accrue car le chirurgien doit effectuer ses manoeuvres dans un espace plus restreint. Dû à un manque d'exposition à l'approche endonasale, moins de chirurgiens y sont formés et elle est donc moins pratiquée.

RÉTABLISSEMENT

Le rétablissement suite à une rhinoplastie est, comme pour toute chirurgie, partiellement, sinon largement lié à l'anesthésie. Une anesthésie générale sera plus "invasive" et le patient sentira une fatigue ou un niveau d'énergie diminué dans les quelques jours suivant l'intervention. Une anesthésie locale permettra un rétablissement plus rapide avec un retour aux activités et fonctions dans un délai plus bref. De plus, l'absence d'une anesthésie générale diminuera l'oedème et les ecchymoses comparativement à l'anesthésie générale.

La rhinoplastie n'est pas une chirurgie qui provoque beaucoup de douleur ou d'inconfort. Cependant, une douleur extrême est invariablement décrite par les patients ayant eu un tampon nasal installé dans le nez à la fin de l'intervention. Ce tampon prend souvent la forme de mèches vaselinées insérées en couches dans la cavité nasale ou de tiges placées dans le nez qui gonflent au contact du sang. Quelqu'en soit la forme, ces tampons causent un inconfort intense pour la durée de leur présence dans le nez. Cet inconfort intense devient douleur extrême lorsqu'il est temps d'enlever ledit tampon. Fort heureusement, les tampons nasaux sont rarement nécessaires suite à une chirurgie nasale exécutée minutieusement.

Les ecchymoses suite à une rhinoplastie sont dues aux ostéotomies. Elles se résorbent en sept à dix

« Une communication claire et détaillée est essentielle lors de la phase pré-opératoire pour comprendre, en détail, les désirs et attentes du patient. Le chirurgien doit lui expliquer le degré d'amélioration possible ainsi que les limites . Établir des attentes réalistes aura pour récompense un patient satisfait à la conclusion du processus de chirurgie et de rétablissement. »

« Les complications graves sont très rares pendant ou après une rhinoplastie. Quand elles se produisent, elles sont habituellement liées à l'anesthésie, plus particulièrement l'anesthésie générale. Le saignement et l'infection sont des risques associés à toutes interventions chirurgicales. »



Figure 2: Dans ce cas de rhinoplastie, figure 1-A met en évidence l'affinement de la pointe qui est aussi noté dans 2-B. La largeur du nez a été diminuée, le profile amélioré et la pointe a subi deux changements: la narine "voilée" avant est légèrement retroussée pour lui donner une forme plus naturelle et esthétique et la pointe tombante fut soulevée pour obtenir un résultat plus féminin.

jours. Après cinq jours, elles sont suffisamment pâles pour pouvoir être camouflées par du maquillage.

Une attelle composée d'un plastique moultant est placée sur le nez à la fin de la procédure. Cette attelle demeure sur le nez pendant la première semaine post-opératoire pour en garder la forme et minimiser l'oedème. Lors de la visite de suivi, l'attelle est enlevée et les patients peuvent reprendre leurs activités professionnelles et sociales.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Les complications graves sont très rares pendant ou après une rhinoplastie. Quand elles se produisent, elles sont habituellement liées à l'anesthésie, plus particulièrement l'anesthésie générale. Le saignement et l'infection sont des risques associés à toutes interventions chirurgicales. Ces risques sont extrêmement rares en rhinoplastie. Une obstruction nasale

qui survient après une rhinoplastie peut résulter d'un affaissement des cartilages qui soutiennent le nez et maintiennent les voies nasales ouvertes. Cet affaissement peut se produire si le chirurgien enlève trop de cartilage de certaines zones critiques ou ne reconnaît pas certains points faibles pour les renforcer. Ce type d'obstruction nasale peut se produire immédiatement après la chirurgie mais survient généralement quelques mois plus tard.

RÉSULTATS

Pour évaluer les résultats de la rhinoplastie, on se doit de définir ce qu'est un bon résultat. Cependant, la perception de l'esthétique est un exercice subjectif, ce qui rend la définition d'un "bon résultat" difficile. Un paramètre qui est souvent utilisé pour juger des résultats d'une opération ou du chirurgien est le taux de révision. Cette approche n'est pas parfaite car elle présume que tous les patients qui subissent une révision



« La rhinoplastie est associée à un taux de satisfaction très élevé de la part des patients. Par conséquent, c'est une des chirurgies esthétiques les plus recherchées. Pour le chirurgien, c'est une chirurgie qui est très gratifiante. »

Figure 3: Un affinement subtil de la pointe harmonise la vue de face (3-A). De plus, on note une meilleure symétrie des narine qui est aussi notée dans la figure 2-B et qui a consisté à réparer une cloison nasale déviée qui, en plus de causer une asymétrie esthétique obstruait la narine droite. Le profile dans la figure 3-C est amélioré en enlevant l'excès d'os et de cartilage tout en diminuant la projection de la pointe pour obtenir une réduction harmonieuse qui joint la pointe au nouveau profile.

l'ont subie car ils n'étaient pas satisfaits. Cependant, beaucoup de patients qui demandent une retouche expriment être très satisfaits, mais aimeraient retoucher une petite imperfection.

Cependant, le taux de révision demeure le meilleur estimé des résultats esthétiques d'une opération. En Amérique du Nord, le taux de révision de la rhinoplastie est estimé entre 15% et 20%. Ce taux dépend de deux facteurs principaux: les défauts techniques qui seraient dus à l'acte chirurgical même; et les attentes du patient qui seraient différents de celles du chirurgien.

Ceci dit, la rhinoplastie est associée à un taux de satisfaction très élevé de la part des patients. Par conséquent, c'est une des chirurgies esthétiques les plus

recherchées. Pour le chirurgien, c'est une chirurgie qui est très gratifiante. Quelques exemples de résultats sont illustrés dans les figures 1, 2 et 3. Il est à noter que ce sont des résultats à long terme puisque les photos "après" sont prises plus d'un an après l'intervention.

EN CONCLUSION

La rhinoplastie est une des chirurgies faciales esthétiques les plus courantes. C'est une intervention complexe du point de vue chirurgical mais qui comporte néanmoins un taux de satisfaction très élevé, tant pour le patient que pour le chirurgien. Les techniques chirurgicales avancées permettent à cette intervention d'être pratiquée sous anesthésie locale avec peu d'inconfort et un rétablissement rapide. ■



Dr Mathieu Côté,

MD, FRC(S)C

Chargé d'enseignement à
l'Université Laval
Centre d'expertise en
implant cochléaire
Centre hospitalier universi-
taire de Québec, pavillon
Hôtel-Dieu de Québec

« Avant la mise en place d'une prothèse auditive, il est important de s'assurer qu'il n'y a pas de condition médicale évolutive. »

« Parfois, chez certains patients, malgré un appareillage conventionnel le plus optimal, il n'est pas possible d'obtenir un résultat satisfaisant. »

LES IMPLANTS AUDITIFS

La surdité est une déficience touchant la population de tout âge. Quelle soit congénitale ou acquise, la prothèse auditive standard demeure le premier choix dans la réhabilitation des surdités. L'ère informatique a permis la mise en marché d'appareils de plus en plus sophistiqués, intégrant les derniers processeurs de traitement du signal sonore. Maintenant, même les appareils bas de gamme ont en général un système de réduction de l'effet Larsen (sillement) et un certain traitement digital du signal avec réduction du bruit ambiant ou adaptation à différentes situations d'écoute. La connectique s'est aussi grandement développée avec le branchement de périphériques compatibles *bluetooth* directement à la prothèse auditive.

Avant la mise en place d'une prothèse auditive, il est important de s'assurer qu'il n'y a pas de condition médicale évolutive. Par exemple, une asymétrie d'une surdité neurosensorielle peut être associée à une lésion rétro-cochléaire, le plus souvent un schwannome vestibulaire (neurinome). Un autre exemple est celui d'une surdité de conduction dans laquelle une anomalie tympano-ossiculaire pourrait être corrigée par une chirurgie (paracentèse, tympanoplastie, ossiculoplastie).

Parfois, chez certains patients, malgré un appareillage conventionnel le plus optimal, il n'est pas possible d'obtenir un résultat satisfaisant. Voyez ci-bas différentes situations mettant en relief les limitations de l'appareillage conventionnel :

- L'embout de la prothèse auditive empêche une bonne aération du conduit auditif externe pouvant favoriser les infections et de l'otorrhée ;

- L'absence (atrésie) ou la malformation (hypoplasie) congénitale du conduit auditif externe ne permet pas physiquement l'adaptation d'une prothèse auditive ;

- Il est possible que même un appareil surpuissant ne puisse donner suffisamment de gain pour amplifier une surdité sévère à profonde.

Depuis déjà une trentaine d'années, d'autres dispositifs médicaux se sont ajoutés aux prothèses auditives. Les implants auditifs sont des alternatives à la prothèse auditive conventionnelle lorsque celle-ci n'est plus optimale et offrent des possibilités autrefois inaccessibles aux patients avec surdité profonde ou condition médicale empêchant le port d'une prothèse auditive.

L'IMPLANT À ANCRAGE OSSEUX (BAHA)

Le BAHA (bone anchored hearing aid) est un dispositif permettant la transmission des vibrations sonores, une fois amplifiées, directement à l'oreille interne via la boîte crânienne. Le système est composé



Photos provided courtesy of Cochlear™ Americas, © 2009 Cochlear Americas.

d'une partie externe sous forme d'un petit boîtier que l'on doit attacher à une vis en titane. Celle-ci doit être implantée chirurgicalement dans l'os du crâne derrière l'oreille. La chirurgie ressemble à celle d'un implant dentaire et peut être effectuée sous anesthésie locale. Les résultats sont presque tou-



jours excellents. Cet implant sera indiqué en cas de surdité de conduction importante chez des patients avec antécédent de chirurgie de l'oreille moyenne et otorrhée chronique. D'autres candidats sont les enfants avec malformation du conduit auditif externe associée ou non à une malformation du pavillon. Enfin, cet implant peut aussi être offert aux patients avec une anacusie unilatérale afin de rétablir une pseudo-stéréophonie. Actuellement aucun remboursement n'est autorisé par la RAMQ pour ce type d'implant, la chirurgie est donc possible aux frais du patient, et dans certains cas, les coûts peuvent être défrayés par une fondation.



Images tirées du site de MedEl.

L'IMPLANT DE L'OREILLE MOYENNE

Il s'agit d'une technique visant à amplifier directement les vibrations de la chaîne ossiculaire via divers transducteurs qui

sont couplés à l'un ou l'autre des osselets de l'oreille moyenne. Plusieurs types de systèmes ont été développés, utilisant des stimulations soit piézo-électrique soit électromagnétique. Le plus répandu, le Vibrant Soundbridge de MedEl, consiste en une petite masse vibratoire composée d'un électro-aimant. Il se fixe typiquement à l'enclume par un petit clip conçu à cet effet. Typiquement, il permet une amplification sonore de plus haute fidélité par rapport à une prothèse auditive conventionnelle. De plus, il permet d'éviter plusieurs désagréments associés à une prothèse auditive dont la distorsion, l'effet Larsen (sifflement), l'effet d'occlusion du conduit auditif externe par l'embout et a également un bénéfice esthétique.

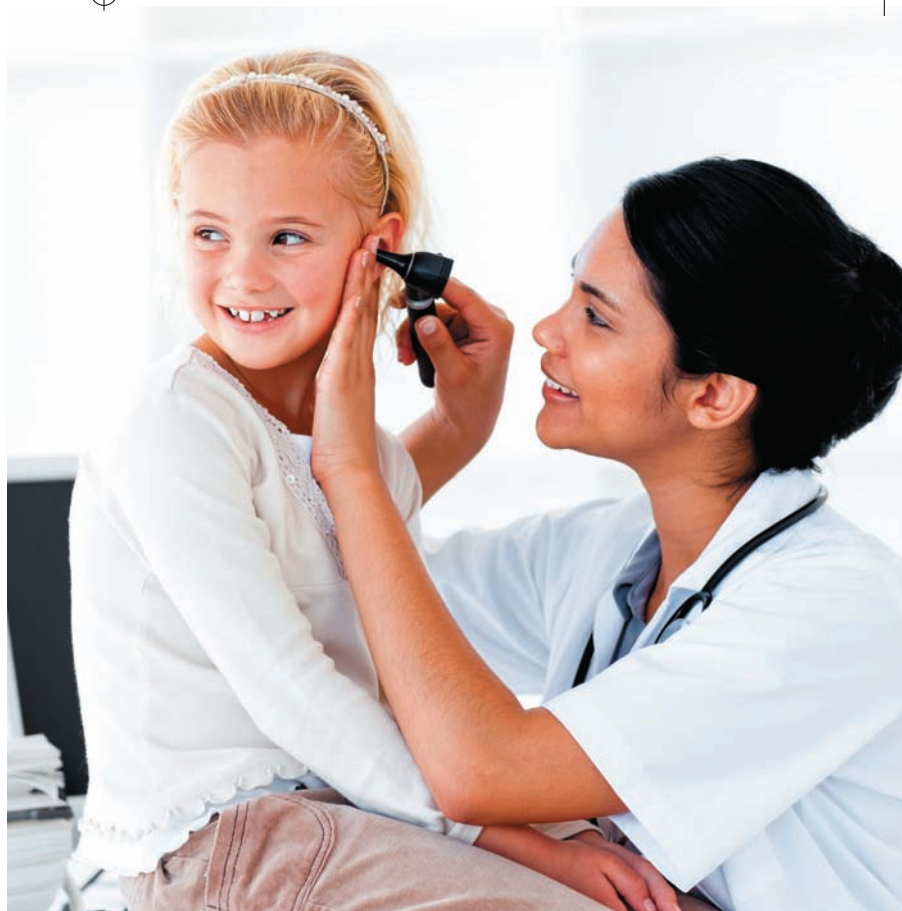
Des indications alternatives et étendues de ce type d'implant permettent de l'utiliser dans les cas d'anomalies de l'oreille moyenne ou de malformation de l'oreille externe. Il est même possible de stimuler directement les liquides de l'oreille interne en installant la masse vibratoire au niveau de la niche de la fenêtre ronde. Ces indications le porte comme une alternative à l'implant à ancrage osseux (BAHA). Les avantages par rapport au BAHA sont de nature esthétique, moins de problèmes cutanés et un son de meilleure qualité avec une bonification du gain dans les hautes fréquences. Au Canada, il demeure encore du domaine de la recherche clinique et actuellement une étude est en cours avec cet implant à Québec. La chirurgie demeure toutefois disponible pour les patients désirant défrayer le coût de l'implant.

L'IMPLANT COCHLÉAIRE

Le principe vise à stimuler électriquement le nerf auditif en cas de surdité neurosensorielle sévère à profonde bilatérale. Chez ces patients, les cellules ciliées de la cochlée sont dysfonctionnelles et n'arrivent plus à



Photos provided courtesy of Cochlear™ Americas, © 2009 Cochlear Americas.



traduire la vibration sonore mécanique en énergie électrique. Le système comporte une partie interne implantée (le receveur-stimulateur) et une partie externe (le processeur). Durant la chirurgie, on procède à l'insertion d'un porte-électrodes directement dans la cochlée. Il contient de 12 à 22 électrodes en série sur une matrice de silicone. Le porte-électrodes est relié par un câble au receveur-stimulateur. Celui-ci est inséré sous le muscle temporal et fixé à l'os du crâne. Grâce à une antenne et un aimant, il est possible de transmettre les informations au travers de la peau sans contact direct entre le processeur et la partie interne. Le processeur pour sa part capte le son via un microphone, le traduit en signal électrique qui est encodé et envoyé via l'antenne qui lui est associée. L'énergie électrique nécessaire à la stimulation est donc transmise par onde radio de la même façon. Le processus de sélection des candidats passe par une équipe multidisciplinaire complète (oto-rhinolaryngologiste, audiologiste, orthophoniste, psychologue). Il n'y a pas de limite quand à l'âge du candi-

« Les implants auditifs sont des alternatives à la prothèse auditive conventionnelle lorsque celle-ci n'est plus optimale et offrent des possibilités autrefois inaccessibles aux patients avec surdité profonde ou condition médicale empêchant le port d'une prothèse auditive. »



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



Photos provided courtesy of Cochlear™ Americas, © 2009 Cochlear Americas.

« Un sujet d'actualité est l'implantation cochléaire bilatérale. Elle offre plusieurs avantages dont une meilleure localisation des sons dans l'espace et une meilleure compréhension de la parole dans le bruit. »

dat pour l'implantation. Après la chirurgie, le patient doit attendre quatre semaines afin que la plaie soit bien guérie avant que l'on puisse activer l'implant. Par la suite, les processus de programmation de l'appareil et de réadaptation intensive dureront quelques semaines. Le but est la rééducation du système auditif central à l'écoute d'une stimulation de nature électrique.

Avec l'implant cochléaire, la majorité des patients arrivent à comprendre des phrases et des mots sans indice extérieur (expression du visage, gestuelle, lecture labiale). Plusieurs arrivent même à parler au téléphone à des inconnus sans problème. La musique cependant reste très difficile à rendre avec bonne qualité en stimulation électrique. Beaucoup de recherche se fait actuellement à ce sujet.

Chez les enfants atteints d'une surdité neurosensorielle profonde bilatérale congénitale, l'absence de stimulation auditive durant les premières années de vie compromet l'éventuel développement du langage. En effet, il a été démontré par des études neurophysiologiques que le cortex formant l'aire auditive centrale est occupé par l'aire visuelle qui devient plus

étendue. Cela porte à environ 7 ans de vie pour l'âge limite permettant obtenir des bénéfices d'un implant cochléaire chez les enfants sourds congénitaux. Dans ce contexte, le programme de dépistage systématique de la surdité néonatale va bientôt voir le jour partout au Québec. Il permettra un diagnostic plus précoce de la surdité chez les enfants, un appareillage plus tôt avec référence au centre d'expertise en implant cochléaire (www.implantcochleaire.ca) plus rapidement.

Un sujet d'actualité est l'implantation cochléaire bilatérale. Elle offre plusieurs avantages dont une meilleure localisation des sons dans l'espace et une meilleure compréhension de la parole dans le bruit. Elle est indiquée dans les cas de surdité subite bilatérale post méningite (risque d'ossification cochléaire progressive) et chez les patients avec surdi-cécité (permet de rétablir une stéréophonie). Les bénéfices de l'implantation bilatérale chez l'enfant sont également de plus en plus discutés dans la littérature.

L'implant cochléaire électro-acoustique est une autre avancée récente. Elle est réalisable grâce à une technique qui permet la préservation des seuils auditifs résiduels suite à l'implantation d'un porte électrode plus fin dans la cochlée. De cette façon, il est possible de stimuler les hautes fréquences de façon électrique avec l'implant et de stimuler les basses fréquences via le système tympano-ossiculaire comme pour une prothèse auditive conventionnelle. Le processeur externe combine les composantes électrique et acoustique en un seul appareil. Les bénéfices par rapport à un implant cochléaire standard sont une meilleure qualité sonore qui peut augmenter la compréhension de la parole ainsi qu'une meilleure appréciation de la musique.

En résumé, les implants auditifs offrent un éventail plus large dans la réhabilitation de la surdité lorsque les prothèses auditives conventionnelles ne donnent pas un résultat optimal. Ils doivent être considérés par une évaluation spécialisée sur une base individuelle dans un centre d'expertise pour le bien-être du patient. ■

	Type de surdité	Condition médicale	Chirurgie	Complications
Implant à ancrage osseux (BAHA)	De conduction ou mixte	Malformations de l'oreille moyenne et externe Infection chronique Surdité unilatérale	Anesthésie locale ou générale	Problèmes cutanés autour du pilier de l'implant (15%)
Implant de l'oreille moyenne	Tout type	Presbycousie Malformations de l'oreille moyenne et externe Infection chronique	Anesthésie générale	Déplacement de l'implant Nerf facial (très rare)
Implant cochléaire	Neurosensorielle	Surdité neurosensorielle bilatérale congénitale ou acquise	Anesthésie générale	Infection Nerf facial (<0.1%) Vertige ou déséquilibre (rare)

GROUPE FORGET

AUDIOPROTHÉSISTES

Entendre de nouveau, ça pourrait
changer la vie de votre patient!

SERVICES OFFERTS

- Aides auditives
- Embouts auriculaires
- Accessoires pour
malentendants
- Protecteurs industriels
- Bouchons de baignade
- Piles
- Réparations

Commandez le guide
de l'audition gratuit
pour vos patients
(questionnaire de
dépistage inclus).



1-888-ENTENDRE

Plus de 60 cliniques au Québec

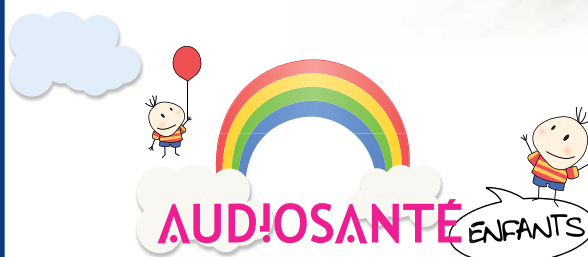
Essayez notre test auditif en ligne au
www.groupeforget.com

Les Services de Gestion
AUDIOSANTÉ inc.

■ ■ Le plus important réseau ■ ■
**d'audiologistes en pratique
privée au Québec**

Service en audiologie

- Évaluation complète de l'audition
- Évaluation des besoins
- Recommandations personnalisées
- Évaluation, recommandations et
traitement des troubles de
l'acouphène et de l'hyperacousie



**Cliniques spécialisées dans
l'évaluation des enfants**

**Avec plus de 25 centres,
nous restons toujours à votre écoute.**

www.audiosante.ca

Groupe Forget et AudioSanté sont de fiers partenaires de la

**Polyclinique
de l'Oreille**





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



L'OTITE DÉMYSTIFIÉE

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

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

B) L'oreille moyenne qui comprend le tympan et les trois osselets (la chaîne ossiculaire). Celle-ci est formée, d'externe en interne, du marteau, de l'en-

clume, et de l'étrier. Ces noms proviennent de leurs formes caractéristiques. Puisque l'oreille moyenne est creuse, un environnement de haute pression poserait le risque de perforer le tympan. Pallier ce risque est la fonction des trompes d'Eustache. Ces trompes relient l'oreille moyenne aux fosses nasales afin d'assurer une pression égale de part et d'autre du tympan.

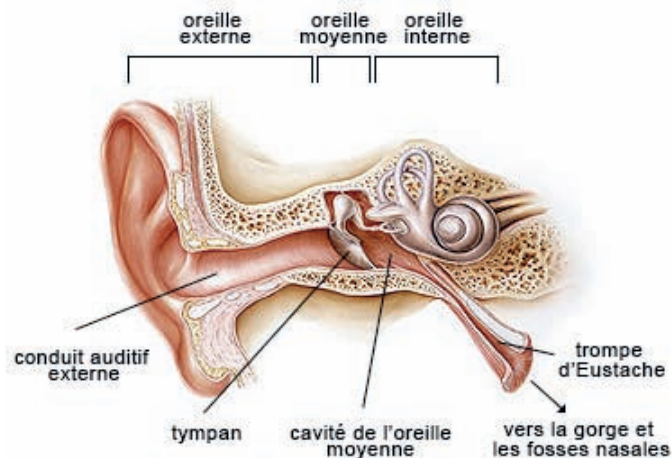
C) L'oreille interne contient non seulement l'organe de l'ouïe, mais aussi le vestibule et les canaux semi-circulaires, organe de l'équilibre, responsable de la perception de la position angulaire de la tête et de son accélération.

L'OTITE EXTERNE (OU OTITE DU NAGEUR)

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

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

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



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

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

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

Le traitement

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

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

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

Tableau 1: Diagnostic de l'otite externe

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

Tableau 2: Agents pathogènes de l'otite externe

Les agents pathogènes de l'otite externe
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Staphylococcus epidermidis</i> <i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Escherichia coli</i> <i>Enterobacter</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Bacteroides fragilis</i> <i>Peptostreptococcus</i>

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

L'OTOMYCOSE : OU OTITE EXTERNE FONGIQUE

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

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

Tableau 3. Le traitement de l'oreille externe.

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

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

Figure 2. Otite externe aiguë modérée

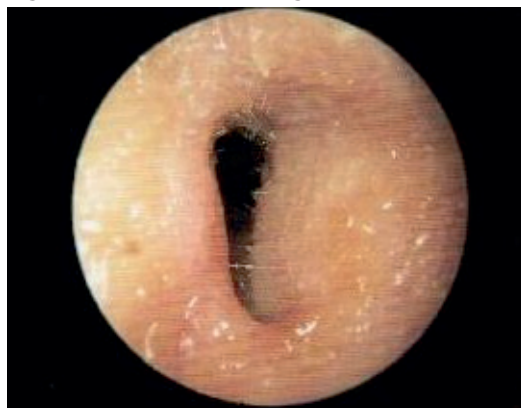


Figure 3. Otite externe aiguë grave

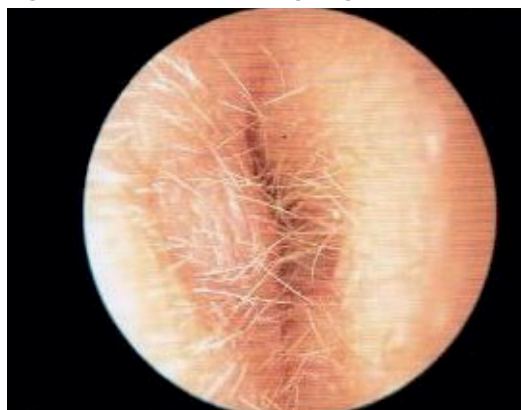


Figure 4. Otite externe chronique



Figure 5. Otite externe fongique (otomycose)



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

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

L'OTITE MOYENNE

L'otite moyenne aiguë (OMA)

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

Les facteurs en cause sont:

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

Bactériologie

Les germes en cause sont le plus souvent :

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

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

Diagnostic

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

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

- La fièvre est en général comprise entre 38°5 et 40°C.
- Des convulsions fébriles sont possibles.
- Otoscopie (voir tableau 4).
- L'examen du tympan peut nous montrer un des 3 stades suivants (selon la gravité) :
 - Le stade congestif (figure 6)
 - Le stade de suppuration (ou suppuratif), voir figure 7
 - Le stade perforé
- Méningite
- Paralysie faciale
- Labyrinthite
- Thrombose du sinus latéral
- Abscès épidural
- Empyème sous-dural
- Abscès cérébral
- Hydrocephalus optique

Traitement

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

Les complications de l'otite moyenne incluent :

- Surdité
- Perforation du tympan
- Mastoïdite

Pour les otites séreuses persistantes et ou récidivantes :

- 1) La consultation d'un médecin oto-rhino-laryngologue est recommandée lorsque les otites deviennent problématiques. Pour les formes récurrentes, il est essentiel de chercher l'origine des récidives.
- 2) Antibiotiques. En cas de récidive d'otite aiguë (otites récurrentes), on peut choisir des antibiotiques plus puissants. En cas d'otite séreuse, les antibiotiques à long terme ne sont pas indiqués.
- 3) Ablation des glandes ad no ides. Si les glandes ou végétations ad no ides sont volumineuses et obstruent les trompes d'Eustache, elles peuvent provoquer des otites récurrentes.

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



Association
d'oto-rhino-laryngologie
et de chirurgie cervico-faciale
du Québec

www.orkquebec.org

Visitez ce site pour obtenir les coordonnées d'un ORL près de chez vous

L'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec est fière de vous offrir les services d'environ **200 ORL répartis dans toute la province de Québec.**

L'ORL ou oto-rhino-laryngologiste est le médecin spécialiste de la tête et du cou (excluant le globe oculaire et le cerveau). Il est médecin et chirurgien et soigne tant les enfants que les adultes.

L'ORL est le spécialiste de toutes les conditions médicales touchant les oreilles, le nez, la gorge.

N'hésitez-pas à consulter un médecin spécialiste en ORL.

- Otites
- Surdité
- Acouphène
- Vertige et les troubles d'équilibre
- Paralysies du visage
- Sinusites et allergies nasales
- Déformations nasales
- Esthétique du visage et du cou
- Troubles de l'odorat et du goût
- Problèmes de l'articulation temporo-mandibulaire
- Amygdalites
- Troubles du langage
- Mauvaise haleine
- Ronflement et apnée du sommeil
- Déglutition (difficulté à avaler)
- Salivation, insuffisante ou excessive
- Cancers, kystes et masses de la tête et du cou
- La chirurgie de la thyro ide et de la parathyro ide
- Troubles de la voix
- Les traumatismes de la tête et du cou
- Les expertises médicales de ces conditions



Tableau 4: Stades de l'otite moyenne aigüe (par otoscopie)

1) Otite congestive ou catarrhale	Hyperhémie du manche du marteau et de la courte apophyse de l'enclume : - Repères anatomiques bien visibles. - Absence d'épanchement intratympanique
2) Otite inflammatoire ou exsudative	Tympan oedématié, épaissi ou inflammatoire. - Disparition des repères anatomiques.
3) Otite suppurée	Tympan bombé si collection intratympanique. - Annulus parfois marqué. - Pas de repères anatomiques visibles.
4) Otite perforée	Perforation punctiforme. - Otorrhée séro-sanguinolente ou purulente.

4) Antihistaminiques et décongestionnants. En cas d'otite liée à des allergies, les antihistaminiques et les décongestionnants sont parfois utilisés. Cependant, la preuve de leur efficacité n'est pas bien établie,

5) Drainage trans-tympanique ou tympanotomie. En cas d'otite séreuse qui altère l'audition, il est parfois nécessaire d'intervenir pour évacuer le liquide. L'insertion d'un tube dans le tympan pour drainer l'oreille nécessite une intervention chirurgicale. Chez les jeunes enfants, elle se pratique habituellement sous anesthésie générale. La myringotomie réduit la fréquence des otites et améliore l'audition. Le tube tombe de lui-même au bout de 6 à 18 mois et le tympan se referme naturellement, sans dommages ni complications.

L'otite moyenne chronique (OMC) :

Pendant longtemps, l'OMC a été définie comme une inflammation de l'oreille moyenne évoluant depuis plusieurs semaines. Seul le facteur temps était pris en compte. On y ajoute aujourd'hui souvent un concept d'inflammation passive autoentretenu. Il existe différentes formes cliniques d'OMC mais aucun auteur a proposé une classification acceptée par tous. Les interactions des différents facteurs en cause ne sont pas toujours évidentes :

- Le fonctionnement de la trompe d'Eustache,
- Les variations anatomiques,
- La qualité des fibres du tympan,
- La qualité de la réponse corporelle à une inflammation,
- L'environnement urbain et domestique,
- L'influence des premiers traitements et
- La nature des agents infectieux jouent un rôle dans les épisodes aigus.

En fonction de son développement, l'OMC peut prendre différentes formes cliniques avec une terminologie variable dans la littérature médicale. Les principales sont

- L'OMC active, c'est-à-dire en phase d'infection aiguë avec écoulement de pus par une perforation du tympan parfois associé à des douleurs. La diminution de l'audition est plus ou moins importante.
- L'OMC inactive, c'est-à-dire sans activité particulière. Le tympan présente toujours une perforation avec une légère diminution de l'audition. C'est la situation la plus fréquente (figure 8).
- La tympanosclérose est un dépôt de matériel dur à base de calcium et de phosphate qui se trouve le plus souvent dans le tympan mais aussi dans la muqueuse de l'oreille moyenne (figure 9).

Figure 6 : Otite moyenne aigüe (stage congestif)**Figure 7 : Otite moyenne aigüe (stage suppuratif)****Figure 8 : Perforation du tympan (OMC)**

« Pendant longtemps, l'OMC a été définie comme une inflammation de l'oreille moyenne évoluant depuis plusieurs semaines. Seul le facteur temps était pris en compte. On y ajoute aujourd'hui souvent un concept d'inflammation passive autoentretenu. »

- Les poches de rétraction, où le tympan est attiré dans l'oreille moyenne en formant des poches de taille variable.

En raison de ces différents aspects, l'OMC va présenter des symptômes souvent peu marqués sauf dans la phase d'activité de la maladie. Un examen audiométrique est essentiel avant le traitement. Le traitement est généralement chirurgical et doit être individualisé.

Le **cholestéatome** peut être défini comme une poche ou un sac de peau placé au mauvais endroit. On parle de pseudotumeur inflammatoire de l'oreille moyenne caractérisée par la production de débris de peau (squames) qui vont envahir l'oreille moyenne et la mastoïde.

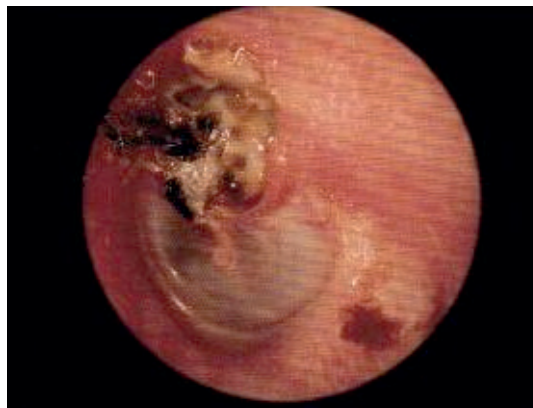
L'OTITE INTERNE OU LABYRINTHITE

En bref, l'oreille interne peut être atteinte par des infections virales ou des infections bactériennes. L'otite interne se développe le plus souvent dans le cadre d'une otite moyenne aiguë qui évolue défavorablement, ou après un traumatisme ouvert de l'oreille. Elle touche à la fois la cochlée et le vestibule et sa symptomatologie est mixte avec une dégradation progressive de l'audition associée à des vertiges rotatoires et un mal-être général. ■

Figure 9 : La tympanosclérose



Figure 10 :Le cholestéatome



« En bref, l'oreille interne peut être atteinte par des infections virales ou des infections bactériennes. L'otite interne se développe le plus souvent dans le cadre d'une otite moyenne aiguë qui évolue défavorablement, ou après un traumatisme ouvert de l'oreille. »

DEMEURER À L'AVANT-GARDE
EN CONTINUANT DE VEILLER À LA SANTÉ DES CANADIENS



La mission de GlaxoSmithKline est stimulante et inspirante : améliorer la qualité de vie en aidant les gens à être plus actifs, à se sentir mieux et à vivre plus longtemps. Cette mission est à la base de l'élaboration de médicaments, vaccins et solutions de soins de santé innovateurs pour venir en aide à des millions de personnes. Chez GSK, nous demeurons à l'avant-garde en veillant avant tout à la santé des Canadiens. Pour en savoir plus, visitez le site www.gsk.ca.





**Pierre-Hugues Fortier,
MD, FRCS**

Professeur adjoint
Chef de service clinique
Oto-rhino-laryngologie
Oncologie cervico-faciale

« Un des objectifs principaux dans l'évaluation du nodule thyroïdien solitaire est donc de différencier un nodule bénin d'une néoplasie. Parfois, cette différenciation peut être difficile avec les modalités d'évaluation actuelles et on doit avoir recours à une intervention chirurgicale. »



NODULE THYROÏDIEN : ÉVALUATION ET DIAGNOSTIC

GÉNÉRALITÉS

Les nodules thyroïdiens sont relativement communs dans la population adulte. On croit qu'environ 10 % des individus en Amérique du Nord, seraient porteur d'un nodule thyroïdien palpable. Heureusement la plupart de ces nodules sont bénins, seulement 5 à 10% seraient cancéreux.

Un des objectifs principaux dans l'évaluation du nodule thyroïdien solitaire est donc de différencier un nodule bénin d'une néoplasie. Parfois, cette différenciation peut être difficile avec les modalités d'évaluation actuelles et on doit avoir recours à une intervention chirurgicale. L'évaluation du nodule thyroïdien solitaire requiert une bonne collaboration entre le médecin de famille, l'endocrinologue, le pathologiste, le radiologiste et le chirurgien tête et cou.

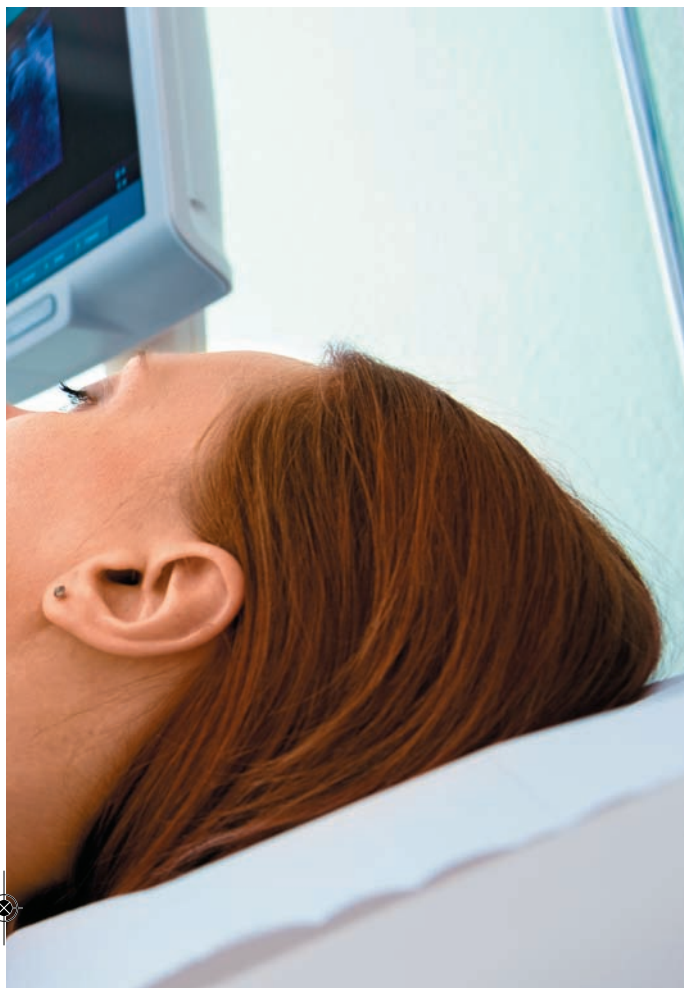
La prévalence des nodules thyroïdiens dans une population donnée dépend d'une variété de facteurs incluant l'âge, le sexe, la diète, la déficience en iode et l'exposition thérapeutique ou environnementale à

des radiations ionisantes. Ils sont plus communs chez les femmes et la prévalence augmente avec l'âge.

À l'heure actuelle une variété de tests sérologiques, cytogénétiques, d'imagerie et de techniques histopathologiques sont disponibles pour évaluer un nodule thyroïdien. De ces méthodes, la biopsie à l'aiguille est devenue l'une des techniques des plus importantes pour déterminer la nature d'un nodule thyroïdien.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Plusieurs maladies thyroïdiennes peuvent se manifester cliniquement comme un nodule solitaire. Le diagnostic différentiel des nodules thyroïdiens peut se classer de façon élargie entre le nodule bénin et malin. L'évaluation du nodule thyroïdien implique différents tests mais la biopsie à l'aiguille est la technique qui constitue la pierre angulaire de cette évaluation. En général, la plupart des nodules thyroïdiens sont bénins.



NODULE THYROÏDIEN BÉNIN

Les kystes thyroïdiens représentent entre 15 à 25% de tous les nodules thyroïdiens et sont à l'habitude diagnostiqués par l'aspiration de liquide à partir d'un nodule solitaire lors de l'aspiration à l'aiguille fine ou lors d'une échographie. Ces entités sont souvent causées par une dégénérescence kystique de tissus thyroïdiens normaux, d'hémorragie, de trauma ou peuvent cacher un adénome ou un carcinome occulte.

Les nodules thyroïdiens bénins peuvent aussi être des adénomes. Il s'agit de néoplasies bénignes généralement classifiées comme étant de type folliculaire ou papillaire. Les adénomes folliculaires sont la forme la plus fréquente d'adénome et proviennent de l'épithélium folliculaire contenu dans la glande thyroïde. Il s'agit d'une tumeur homogène solitaire et encapsulée qui est de nature histologique distincte lorsque comparée au tissu de thyroïdien normal. Les adénomes folliculaires sont classifiés de façon plus poussée selon le degré de cellularité et de présence colloïde, ce sont les formes micro-folliculaire, macro-folliculaire, embryonnaire ou à cellule de Hurtle.

NODULE THYROÏDIEN MALIN

Les carcinomes thyroïdiens représentent environ 1% de tous les nouveaux cancers qui sont rapportés en Amérique du Nord et 92% de tous les cancers des glandes endocrines. Malgré le faible taux de maladie

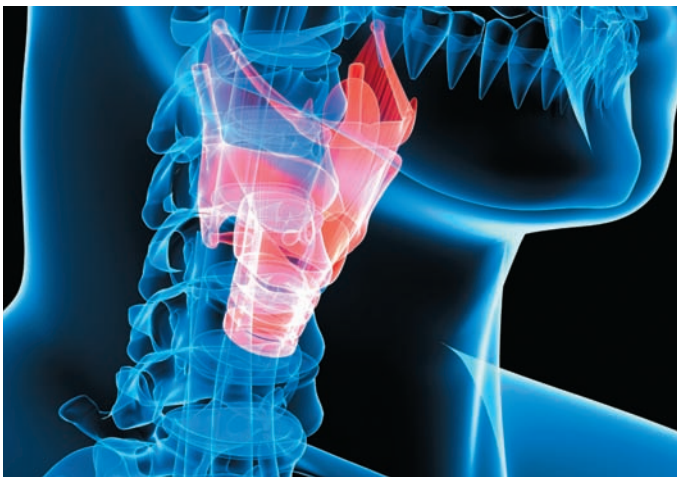
évidente en clinique, l'incidence des carcinomes thyroïdiens occultes atteint 4 à 10% de tous les spécimens d'autopsie. Cette incidence relativement élevée de cancer thyroïdien occulte découvert à l'autopsie pourrait également impliquer une histoire naturelle bénigne de certains de ces cancers. Bien que l'on croit que certains types de cancer de la thyroïde puissent parfois avoir une évolution indolente, le décès suite à une maladie non contrôlée au niveau local, régional et la présence de métastases à distance peuvent subvenir et une prise en charge adéquate est importante dans tous les cas.

Il existe différents type de cancers issus du parenchyme thyroïdien. Le plus fréquent est le carcinome papillaire. Il est suivi de près en incidence par le carcinome folliculaire. Les carcinomes folliculaires et papillaires sont aussi appelés bien différenciés, ce qui signifie que les cellules les composants ont gardées quelques unes des caractéristiques des cellules thyroïdiennes normales dont ils proviennent, les cellules folliculaires. Les cellules folliculaires thyroïdiennes normales captent et utilisent l'iode pour produire les hormones thyroïdiennes qui sont sécrétées dans la circulation sanguine. Ces caractéristiques permettent de traiter ces types de cancer à l'aide d'iode radioactif et d'en faire le suivi à l'aide de marqueurs sanguins comme la thyroglobuline (tg).

Le carcinome médullaire de la thyroïde est le troisième type de cancer en incidence. Il n'est pas issu des cellules folliculaires, mais bien des cellules para folliculaires. Ces cellules sont présentes au sein de la thyroïde et contribuent à la régulation du calcium sanguin. Elles produisent la calcitonine, marqueur sanguin pouvant être utile pour détecter la présence d'un carcinome médullaire ou faire le suivi après un traitement. Contrairement aux cellules folliculaires, les cellules para folliculaires n'utilisent pas l'iode pour produire la calcitonine, ce qui implique que l'iode radioactif n'est pas utile dans le traitement des carcinomes médullaires. Ce type de cancer est très souvent associé à une mutation d'un gène situé sur le chromosome 10, le proto-oncogène RET. Les mutations de ce gène surviennent la plupart du temps de façon sporadique, chez des patients qui n'ont pas d'histoire familiale de cancer médullaire. Les mutations du gène RET se retrouvent toutefois dans 90% environ des cas de maladies à incidence familiales telles le syndrome de néoplasies endocriniennes multiples (MEN) de type 2a et 2b et le carcinome médullaire thyroïdien de type familial.

Parmi les autres types de cancer qui peuvent provenir du parenchyme thyroïdien, on note le carcinome anaplasique et le lymphome. Le carcinome anaplasique est un cancer très peu différencié (dont l'aspect des cellules diffère beaucoup de celui des cellules folliculaires thyroïdiennes normales) qui est très agressif. On le retrouve surtout chez les personnes âgées et il se développe le plus souvent au sein d'un carcinome bien différencié non-diagnostiqué. Le lymphome de la thyroïde provient de lymphocytes (glo-

« Les nodules thyroïdiens bénins peuvent aussi être des adénomes. Il s'agit de néoplasies bénignes généralement classifiées comme étant de type folliculaire ou papillaire. Les adénomes folliculaires sont la forme la plus fréquente d'adénome et proviennent de l'épithélium folliculaire contenu dans la glande thyroïde. »



« Une évaluation clinique approfondie du patient avec un nodule solitaire inclut une histoire de la masse thyroïdienne, des antécédents médicaux personnels, familiaux et sociaux ainsi qu'une revue complète des systèmes et un examen complet de la tête et du cou. »

bules blancs) que l'on retrouve au sein de la thyroïde. Ce cancer, bien que rare, est plus fréquent chez les personnes atteintes d'une maladie auto-immune causant un hypofonctionnement de la glande thyroïde, la maladie d'Hashimoto.

LES FACTEURS DE RISQUE

Le sexe, mais surtout l'âge du patient semblent jouer un rôle dans l'évolution clinique des patients avec néoplasme malin de la glande thyroïde. Bien que la plupart des nodules solitaires soient retrouvés chez les femmes, l'incidence de carcinome dans ces mêmes nodules est plus importante chez l'homme. La prévalence rapportée des carcinomes thyroïdiens dans un nodule asymptomatique est d'environ 5 à 10%.

L'exposition antérieure aux radiations ionisantes est un facteur de risque important pour les carcinomes thyroïdiens. Celle-ci peut provenir de différentes sources. Les plus importantes sont le traitement de cancers ou parfois d'affection bénignes (radiothérapie, iode radioactif) et les rayonnements ionisants d'origine non médicale (accident nucléaire, exposition dans cadre du travail). Le risque de développer un cancer thyroïdien suite à l'exposition aux radiations dépend de la dose et survient généralement après une période de latence de 10 à 30 ans. Les autres facteurs de risque sont la présence de maladie thyroïdienne bénigne préexistante, une histoire familiale de cancer de la thyroïde, certains syndromes héréditaires ainsi que le fait d'être exposé à une déficience chronique en iode. La consommation d'alcool ou de tabac à long terme ne semble pas augmenter le risque de néoplasie thyroïdienne.

ÉVALUATION INITIALE

Une évaluation clinique approfondie du patient avec un nodule solitaire inclut une histoire de la masse thyroïdienne, des antécédents médicaux personnels, familiaux et sociaux ainsi qu'une revue complète des systèmes et un examen complet de la tête et du cou. Les symptômes comme douleur cervicale, une difficulté respiratoire, une raucité de la voix et une difficulté à la déglutition augmentent la suspicion clinique de cancer la thyroïde. Une histoire d'exposition à de la radiation devrait être évaluée chez tous les patients qui se présentent avec un nodule solitaire.

Les caractéristiques physiques d'un nodule thyroïdien ne sont pas de bons facteurs prédictifs de la présence d'un cancer. Les nodules solitaires bénins et malins peuvent être plus ou moins fermes, réguliers ou lisses à l'examen physique. Par contre, l'augmentation de la taille d'un nodule dans le temps corrèle mieux avec le risque de malignité. La fixation ou l'invasion des structures adjacentes et la présence de ganglions palpables dans le cou sont également très suggestifs de processus néoplasique malin. La raucité de la voix avec paralysie de la corde vocale en présence d'un nodule thyroïdien doit aussi laisser suspecter un processus malin.

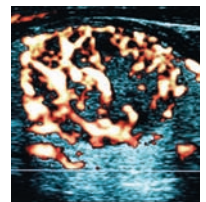
Les tests de fonction thyroïdienne (TSH) devraient être obtenus dans le cadre d'une évaluation initiale d'un nodule solitaire. Les trouvailles sont toutefois la plupart du temps normales chez les patients avec des nodules thyroïdiens, qu'ils soient bénins ou malins. L'évidence métabolique d'hyperthyroïdie est plus souvent associée avec des pathologies bénignes comme un nodule thyroïdien fonctionnel autonome. La mesure de niveau de thyroglobuline (Tg) n'est pas recommandée dans l'évaluation des nodules solitaires car elle peut également être augmentée dans les pathologies thyroïdiennes bénignes.

Pour les patients avec suspicion de carcinome médullaire (histoire familiale suggestive ou biopsie suspecte), la calcitonine sérique et l'évaluation de l'antigène carcino-embryogénique (CAE) sont également demandés.

IMAGERIE DIAGNOSTIQUE

Échographie

L'échographie est une façon sécuritaire et efficace de déterminer la taille d'un nodule ainsi que la présence de composantes solides et kystiques au sein de celle-ci. Une échographie à haute résolution peut être utilisée pour déterminer la présence de nodule non palpable aussi petit qu'un millimètre dans le tissu thyroïdien. Certaines caractéristiques du nodule peuvent faire suspecter la présence d'un néoplasme malin (calcifications, vaisseaux au centre du nodule, nodule au contour mal définis, hypoéchogénicité). Cette suspicion doit toutefois être confirmée par d'autres modalités avant de pouvoir conclure de façon définitive.



L'échographie reste un outil essentiel pour l'évaluation initiale du nodule thyroïdien et aide à déterminer si une biopsie à l'aiguille est indiquée. Elle est également utilisée pour guider la biopsie à l'aiguille, pour évaluer le lit thyroïdien et les régions cervicales latérales. De plus on l'utilise pour le suivi des nodules thyroïdiens bénins et pour le suivi post chirurgical d'un cancer de la thyroïde.

Imagerie nucléaire

L'imagerie nucléaire a été la pierre angulaire de

l'évaluation du nodule solitaire depuis qu'on a démontré que le tissu thyroïdien néoplasique malin concentrait l'iode radioactif de façon moins efficace que le tissu thyroïdien normal. Les nodules thyroïdiens suite à cet examen sont donc classifiés selon la terminologie froide ou chaude, dépendamment de leur habilité d'accumuler les isotopes radioactifs. L'iode 123 et le Technétium 99 sont les radionucléides les plus fréquemment utilisés pour l'imagerie nucléaire des pathologies thyroïdiennes.

La limite majeure des scans radionucléides est son incapacité à distinguer entre les pathologies bénignes et malignes avec un haut degré de certitude. Un nodule thyroïdien froid a plus de chance de représenter une néoplasie maligne mais la plupart des nodules thyroïdiens sont froids, ce qui inclut plusieurs lésions bénignes.

Autres modalités d'imagerie

Le CT-Scan et la résonance magnétique ont un rôle limité dans l'évaluation initiale du nodule solitaire. L'indication d'utilisation de ces modalités d'imagerie inclut surtout la suspicion d'atteinte invasive par un processus néoplasique malin comme l'atteinte de la trachée, l'extension dans le médiastin ou les maladies récidivantes. Le rôle de la tomographie par émission de positrons (appelé aussi TEP scan) dans l'évaluation préopératoire des nodules de nature folliculaire ou indéterminée demeure imprécis. L'utilisation de routine du Tep Scan dans l'évaluation du nodule solitaire n'est pas recommandée à l'heure actuelle.

BIOPSIE À L'AIGUILLE FINE

La biopsie à l'aiguille fine est devenue l'outil diagnostique de choix lors de l'évaluation initiale du nodule solitaire en raison de sa précision, sa sécurité et de son faible coût. Moins de patients affectés par une pathologie thyroïdienne bénigne subissent une intervention chirurgicale grâce à la biopsie à l'aiguille, ce qui diminue les coûts pour le système de santé. Bien que la biopsie à l'aiguille puisse être effectuée aisément, elle doit être effectuée par un médecin qui a une certaine expérience de la technique et évaluée par un cytopathologiste qui a de l'expertise dans son interprétation. Idéalement, on détermine en présence du patient, si le spécimen est adéquat ou non pour évaluation par le cytopathologiste. Les spécimens de cytoponction sont classifiés comme malin, suspects de malignité, bénin, néoplasie folliculaire ou à cellules de Hurtle ou insuffisant pour un diagnostic, la figure 1 résume la prise en charge selon le résultat de la biopsie. L'efficacité de la biopsie à l'aiguille pour l'évaluation du nodule solitaire peut être améliorée avec l'utilisation de l'échographie pour guider la biopsie plutôt que d'utiliser la simple palpation.

La limitation première de la technique de cytologie à l'aiguille est son incapacité à déterminer la nature bénigne ou maligne des lésions de type folliculaires. La cytologie à l'aiguille pour les néoplasies de type

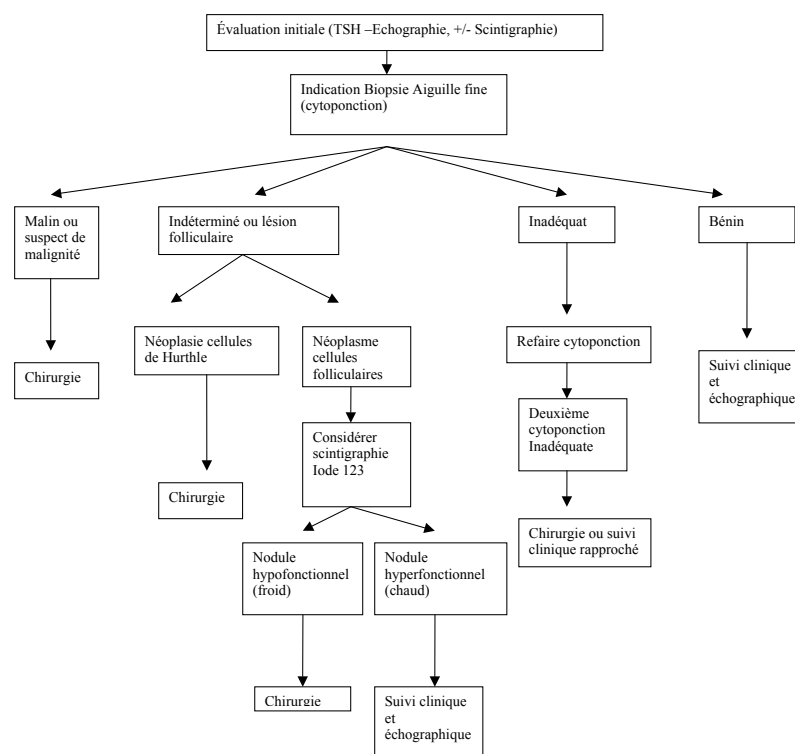
folliculaire et à cellules de Hurtle est souvent interprétée comme étant de nature indéterminée. Le diagnostic de carcinome folliculaire requiert la présence d'invasion capsulaire ou vasculaire qui n'est pas possible à déterminer avec la cytologie à l'aiguille fine. Plusieurs techniques ont donc été utilisées pour tenter d'augmenter la précision de la biopsie à l'aiguille fine pour les carcinomes folliculaires. Ces techniques incluent l'immunohistochimie, une biopsie avec une aiguille plus large ou l'utilisation de congélation per opératoire lors d'intervention chirurgicale. Plus récemment, un test d'évaluation des caractéristiques génétiques des nodules folliculaires a été développé (Afirma™. Gene Expression Classifier). Ce test permet de déterminer avec plus de précision la nature maligne ou bénigne d'un nodule folliculaire. Il pourrait permettre de prévenir des chirurgies chez des patients qui auraient des pathologies bénignes, mais n'est pas encore disponible au Canada.

CONCLUSION

L'évaluation du nodule thyroïdien demande la collaboration de nombreux spécialistes. Heureusement, la plupart des nodules thyroïdiens palpables ou découverts de façon incidente lors de tests diagnostics sont bénins. On doit toutefois recourir à une intervention chirurgicale pour déterminer la nature définitive d'un nodule chez certains patients. Des tests d'analyse moléculaire pourraient être disponibles sous peu pour limiter le nombre d'interventions chirurgicales faites chez les patients avec nodules de nature folliculaire à la biopsie à l'aiguille fine. ■

« L'évaluation du nodule thyroïdien demande la collaboration de nombreux spécialistes. Heureusement, la plupart des nodules thyroïdiens palpables ou découverts de façon incidente lors de tests diagnostics sont bénins. »

Figure 1 : Évaluation du nodule thyroïdien





DÉCOUVREZ VOTRE SIGNE ŒNOLOGIQUE

Par Pierre Thomas

Vous avez bien lu : après les signes du zodiaque, les signes œnologiques. Plus explicitement, le profil de votre palais, pour mieux choisir les vins qui, à coup sûr, vous plairont. En quatre ans, 20 000 personnes ont déjà tenté l'expérience dans le Médoc bordelais, à la Winery.

« **U**ne expérience gourmande et conviviale», promet le dépliant. On l'a tentée, cette expérience. D'abord, elle repose sur le talent d'un animateur. Ensuite, elle s'appuie sur un logiciel informatique qui répond du tac au tac. Et tire parti de la qualité des vins présentés, les plus typés possibles. Enfin, elle sollicite la spontanéité des participants. On est là davantage

dans le ludique que dans le scientifique. «Le signe œnologique est œcuménique et ne vous empêche pas de boire du rosé bien frais !», commente Wilfrid Groizard, «export manager» de la Winery.

UNE DÉGUSTATION LUDIQUE

Pour l'expérience, rendez-vous donc en petit groupe dans une salle. En face de soi, un écran



d'ordinateur. Les questions sont simples. Six vins à déguster, l'un après l'autre, à l'aveugle : il suffit de valider son choix, sur une échelle de préférence de cinq, en appuyant sur une zapette. Entre la dégustation des vins, des questions basiques pour mieux cerner la personnalité. Un peu caricaturales, ces questions, du genre, préférez-vous la pizza ou le hamburger ?

À la fin de l'exercice interactif, la machine crache une petite documentation personnalisée : votre signe œnologique et son ascendant, des exemples de cépages qui vous correspondent, une liste de 30 suggestions de vins, un vade-mecum de dégustation (œil, nez et bouche du vin), un descriptif des arômes, pour aller plus loin. Le tout dure à peine plus d'une heure et demie, dans la joie et la bonne humeur.

RÉPONDRE SPONTANÉMENT

Même pour un sceptique — comme moi ! —, l'idée est bluffante. Mieux vaut, au départ, jouer la carte de la spontanéité. C'est le lot de la majorité des «victimes» : en France, des femmes d'abord, prêtes à jouer le jeu, quand ces messieurs roulent les mécaniques en estimant tout savoir du vin. Ensuite, inutile de savoir que vous allez être

défini(e) comme «tendance», «éternel», «sensual», «esthète», «musclé», «gourmand», «explorateur» ou «insoumis», les huit signes œnologiques, corellés à l'ascendant, soit 64 possibilités sur l'échiquier du goût.

Le système a été développé par un Français, Frédéric Brochet, professeur d'analyse sensorielle. La Winery, vaste centre de commercialisation des vins (1800 références en rayon, expédition dans toute la France et à l'étranger), propriété de Philippe Raoux, a obtenu l'exclusivité de cet outil de promotion.

Elle fait venir des «incentives» sur place : les grandes entreprises raffolent de la formule ludique qui rapproche le personnel. Des touristes découvreurs de vins débarquent dans ce Médoc vigneron, à portée de Bordeaux et des plages d'Arcachon. D'autres intéressés y ont souscrit, comme les hôtels : un palace des Seychelles, mais aussi la chaîne Accor, dans ses Mercure, qui portent une attention soutenue au choix des vins. Cette année, huit hôtels, aux quatre coins de la France (dont à Lyon et à Besançon), mettront en pratique le «signe œnologique».



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



UN PROFILAGE DES CONSOMMATEURS

Dans les coulisses, il y a des arguments commerciaux plus pointus. La Winery est une émanation du commerce de vente de vins par correspondance Chamvermeil, devenu spécialiste du «bag-in-box» et du «cubitainer» en France et en Belgique. Cette activité a atteint son pic en 1980. Depuis, le mode d'acheter et de consommer le vin a changé. L'offre, en grandes surfaces comme en boutiques spécialisées, a explosé.

La nouvelle version du «signe œnologique» comportera un ressort commercial, confie Wilfrid Groizard. On pourra calibrer des vins et profiler la clientèle : connaître ses goûts et utiliser ses connaissances pour les lui rappeler dans des offres personnalisées, par exemple. Au Québec, la SAQ a tenté une expérience du même genre (avec les «pastilles de goût», 1000 vins balisés selon huit couleurs plus ou moins intenses, quatre en blanc, quatre en rouge). Et le Savour-Club, autre maison de vente par correspondance, s'est approché de la démarche avec sa «carte d'identité du goût» (www.carte-du-gout.com).



À la Winery, plusieurs niveaux de dégustation sont proposés. La séance «découverte» à 16 euros, avec des vins au profil simple, puis «terroirs et crus» (29 euros), où le dégustateur un peu plus avisé peut découvrir le style des vins en fonction de ses préférences, le «prestige» (de 89 à 189 euros), enfin, où l'animateur aligne six grands crus bordelais de millésimes variés, ou sur un thème unique, comme le champagne (39 euros). Un «kit» à déguster soi-même à la maison se vend aussi, en version basique à 49 euros (six demi-bouteilles de vin).

LES CHINOIS DÉBARQUENT À BORDEAUX

Quatrième génération à la tête d'un commerce de vins, Philippe Raoux appartient à une famille qui fournissait, dès 1860, du vin d'Algérie pour donner du tonus à ceux de la métropole. «Pied noir», il s'est implanté dans le Médoc et a rénové le domaine en ruines du Château d'Arsac, une propriété de 250 ha, dont 112 ha de vignes. En 1986, quand il l'a acheté, il était à l'abandon. Il a réussi à faire classer 54 ha en AOC Margaux ; 58 autres sont en AOC Médoc. S'ajoutent les 20 ha du Château Lestage, 10 ha en Bordeaux Supérieur et 17 ha en Graves.

Comme œnologue-conseil, Eric Boissenot, le fils de Jacques, disciple et collaborateur du fameux Emile Peynaud, a succédé en 2010 au professeur Denis Dubourdieu. Un des fils de Philippe Raoux travaille pour Michel Rolland. Et l'autre, Pierre, a rejoint la COFCO, une coopérative en mains de l'état chinois, à Pékin.

Fin janvier 2011, la COFCO, qui est aussi le principal producteur de vins en Chine (sous la marque Great Wall), a acquis de Philippe Raoux le Château de Viaud, 21 ha en AOC Lalande de Pomerol, pour

près de 10 millions d'euros. Dans le Bordelais, des Chinois sont déjà propriétaires des châteaux Chenu-Lafite (AOC Bordeaux), Richelieu (AOC Fronsac) et Latour-Laguens (AOC Bordeaux). Soit 60 ha au total, au rythme d'un château par année depuis 2008, en main de Longhai International Trading Co Ltd (famille Cheng).

Au Chili, COFCO a racheté les trois quarts de Viña Bisquertt, 600 ha de vignes pour 18 millions de dollars, en automne 2010. Et ce géant de l'agro-alimentaire chinois n'entend pas en rester là... ■



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 ?

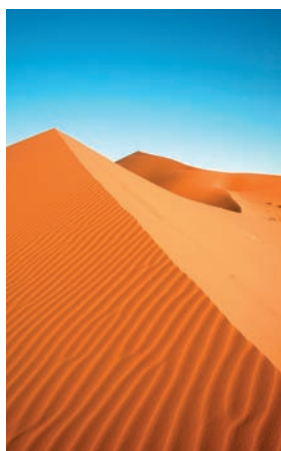
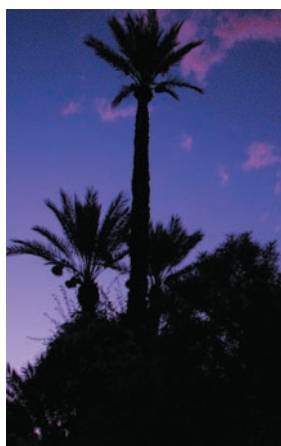
Du côté restaurant, que ce soit à la salle à manger ou sur la terrasse couverte, vous y retrouverez une cuisine italienne et internationale raffinée ainsi qu'un service à la hauteur de vos attentes, le tout dans un cadre champêtre.

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

514.896.4653 x222 www.golfstraphael.ca, Info@golfstraphael.ca

1111, rue de l'Eglise, île Bizard, Québec, H9C1H2





LE MAROC PAYS DES MILLE ET UNE NUITS

TEXTE ET PHOTOS : SERGE CAYA

La vie moderne et trépidante amène les gens à se rendre généralement dans le sud pour des vacances réparatrices et quelquefois même salutaires. Les palmiers royaux qui s'élèvent dans le ciel bleu azur, le bruit des vagues qui déferlent sur une plage de sable blanc, les couchers de soleil enchanteurs qui s'étirent sur l'horizon, et quelques délicieux mohitos rafraîchissants les aident à contrer le rythme infernal du boulot. Bien! Que dire maintenant, si à tout ceci, on ajoute une touche supérieure de romantisme? Rendons-nous au Maroc, pays des mille et une nuits.

SON HISTOIRE EN DEUX TEMPS TROIS MOUVEMENTS

L'histoire de ce pays remonte à l'Empire romain, à l'époque où la Mauritanie est divisée en deux provinces étendues au nord-ouest de l'Afrique.

Plus récemment, en 1906, le Maroc est très convoité par la France, la Grande-Bretagne, l'Allemagne et l'Espagne. En 1912, le Maroc

devient un protectorat français suite au traité de Fès qui oblige le sultan Moulay Hafiz à ne conclure aucune autre alliance qu'avec la France, laquelle de son côté promet de respecter l'autorité du sultan et la religion musulmane. Les pouvoirs du gouvernement français au Maroc sont détenus par le général Lyautey.

En 1926, c'est la fin de la guerre du Rif, et en 1942, le débarquement des Alliés en Afrique du nord. S'en suit la déroutée de la flotte française conduite par François Doulan contre le commandant anglais Cunningham et le général américain Eisenhower durant l'Opération Torch.

En 1956, c'est la fin du protectorat français et espagnol. C'est maintenant l'indépendance du Maroc après 44 ans de tutelle étrangère. Le sultan Mohamed V se proclamera roi du Maroc sous le nom de Hassan II.

En 1989, le Maroc se joint à l'Union du Maghreb arabe avec l'Algérie, la Lybie, la Mauritanie et la Tunisie.



Nous voici en 1997, année au cours de laquelle une première élection au suffrage universelle a lieu au Maroc. Deux ans plus tard, Mohamed VI succède à son père, le roi Hassan II, et travaillera à l'établissement d'un gouvernement démocratique. Ce dernier tournera davantage sa politique vers l'aspect social afin de mettre fin aux inégalités de son pays.

En 2003, surviennent des attentats terroristes à Casablanca qui sont revendiqués par Al Qaida et qui visent surtout les Juifs et les touristes occidentaux. Une trentaine de personnes seront tuées et plusieurs autres, blessées!

DESTINATION VACANCES

Le Maroc est une destination très prisée des Européens surtout à cause de sa proximité relative. C'est un peu leur "Cancun"! Il fait chaud, en moyenne 37 degrés celsius, le soleil est au rendez-vous, il pleut rarement (on me disait entre 20 et 30 jours par année), et les majestueux palmiers pointent le ciel bleu. Marrakech et Casablanca comptent de



très nombreux touristes et les hôtels sont modernes et des plus confortables. Les vacanciers peuvent également bénéficier des maisons d'hôtes où on n'y reçoit que quelques personnes à la fois. On pourrait comparer ces lieux à des Bed and Breakfast! Par contre, ils sont souvent difficiles à repérer.

Personnellement, j'ai préféré installer mon pied-à-terre dans un hôtel 4 étoiles à Marrakech. C'était en août et quatre heures de décalage me séparent de Montréal. Par exemple, s'il est 8 heures au Québec, il est midi là-bas. Le vol avec Royal Air Maroc s'effectue sans anicroche et le service à bord est excellent.

Tout d'abord, mon séjour coïncide avec le Ramadan et les horaires de travail sont sujettes à variations dans beaucoup de commerces, sauf dans l'hôtellerie, soyez sans craintes!

Mes premières observations générales amènent d'abord mon regard sur les habitations; l'architecture est particulière avec de nombreuses arches aux portes et des grilles en fer forgé ornent les fenêtres. Leurs murs sont soit rosés soit rougeâtres. Elles ne dépassent pas les 5 étages, normes obligent. Ensuite, les gens parlent généralement le français et l'arabe; plusieurs sont polyglottes, ou à la limite, parlent un peu l'anglais, l'italien et l'espagnol. Les transactions se font en euros ou en dirhams. Il y a des mosquées et l'appel à la prière se fait 5 fois par jour.





les variétés de poissons et de viandes offerts au marché berbère, et être ravis par les poteries et porcelaines multicolores de toutes sortes et de toutes provenances marocaines. Ils pourraient également être tentés par les divers articles en étain ou en fer forgé fabriqués sur place, par les objets en cuir ou en bois, les souvenirs plus traditionnels comme des couteaux dont le manche est en os de chameau, par les masques anciens ou les quelque 500 types de fines herbes et d'épices offertes dans des herboristeries, etc.

Les gens circulent à pied ou en mobylette à travers ces ruelles dédaléennes. Il leur faudra aussi apprendre à négocier tous leurs achats sinon gare aux dirhams qui disparaîtront comme par enchantement!

Par ailleurs, on offre des tours de ville guidés soit en autobus soit en calèche. Les visiteurs découvriront les plus beaux palais sans compter les nombreux jardins dont celui de Majorelle où les jeux de lumière et les contrastes de couleur sont à l'honneur. Il s'agit là d'un véritable havre de paix et de verdure au milieu de la cohue urbaine de Marrakech. D'un autre côté, les amoureux voudront profiter des ballades en calèche en soirée lors des magnifiques couchers de soleil...

Plus loin, la Menara avec son pavillon du 19^{ième} siècle qui se reflète dans les eaux du bassin bordé d'oliviers attend les touristes.

La route de Ouarzazate, de l'autre côté des montagnes, conduira les nouveaux venus à la ville du même nom, capitale marocaine du cinéma. Chemin faisant, ils marcheront sur les traces de Laurence d'Arabie!

Les aventuriers ont aussi la possibilité de passer une nuit et 2 jours sous la tente chez les Berbères dans le désert. Ils pourront voyager à dos de dromadaire et profiter d'un dîner/spectacle accompagné de musique traditionnelle et de danse ainsi que de repas typiquement marocains.

Par ailleurs, on peut également louer les services d'un guide équipé d'un 4x4 ou louer soi-même ce type de véhicule et aller dans l'arrière-pays, dans les monts Atlas, et apprécier un style de vie plus lent et surtout très différent du précédent. On y trouvera des villages très pittoresques établis à flanc de montagne où les habitants pratiquent occasionnellement une agriculture en terrasses et d'autres aussi sympathiques vivant dans des maisons construites à partir de boue et d'herbes séchées. On pourra également observer une nature sauvage, un paysage aride et rocailleux où poussent des cactus et quelques thuyas épars. De plus, les voyageurs y observeront des bergers parfois accompagnés d'un chien gardant patiemment leurs troupeaux de moutons ou de chèvres.

En ce qui concerne les déplacements, la majorité des hôtels offrent aux voyageurs un service de navette avec climatisation qui les transportera de façon sécuritaire à destination. Sinon, ces gens devront utiliser soit les vieilles voitures taxis (les gros taxis Mercedes et les petits Renault ou Peugeot) ou le transport en commun, l'autobus. On retrouve également presque toutes les grandes chaînes de restauration rapide présentes en Amérique.

À DÉCOUVRIR

Pour ceux qui préfèrent la vie urbaine, la ville de Marrakech, dont la population dépasse le demi million d'habitants, se divise en deux parties. La première partie, la vieille ville nommée Médina, est entourée par 19km de remparts et renferme les différents quartiers anciens dont, entre autres, le quartier juif et un autre berbère plus pittoresques. Ce dernier est caractérisé par ses nombreuses ruelles formant un labyrinthe. La nouvelle ville, secteur Guéliz, trouve aussi sa place avec de grands édifices modernes un peu à l'européenne, une circulation automobile intense et parfois cacophonique, des mobylettes et des motos transformées pour différents besoins pratico-pratiques, de boutiques luxueuses et des restaurants à la mode où on y sert d'excellents plats.

On retrouve les souks, probablement l'une des attractions principales à l'intérieur des remparts. Il s'agit d'un rassemblement de boutiques de tout acabit, à quelques minutes de marche de la Place Jemaa El Fna. Là, les touristes et les gens de l'endroit peuvent satisfaire leurs goûts pour les tissages et vêtements faits main, pour les fruits et légumes,



Ailleurs, dans le pays, les chutes d'Ouzoud hautes de 100 mètres, fournissent aux touristes une autre belle attraction naturelle. Ces cascades d'eau de source se jettent au fond d'un gouffre verdoyant dans lequel les randonneurs sont invités. De plus, les anciennes activités géologiques du site tels les plis et replis de la croûte terrestre s'avèrent plutôt spectaculaires. Quelques restos terrasses y sont présents pour accueillir les visiteurs. Ces derniers peuvent également profiter d'une ballade en raft pour se rafraîchir au besoin ou encore d'une baignade dans une eau plus que vivifiante.

Et, finalement, les cyclotouristes peuvent aussi découvrir les monts Atlas. Le point de départ se situe en altitude et la ballade consiste à descendre par palier l'Atlas. De très beaux panoramas s'offrent à eux de même que quelques sensations fortes qui égayeront leur randonnée. La ballade fait environ 30km. Malgré tout, pas besoin d'être un cycliste hors pair!

Bien entendu, bon nombre d'autres activités sont possibles : ballade en montgolfière au-dessus du Maroc. La ville fortifiée d'Essaouira présente quantité de chalutiers multicolores déversant leurs cargaisons de sardines en vue des différents marchés. Oisiria est un parc d'amusements pour toute la famille très bien aménagé avec, entre autres, piscine à vague, jardins d'eau et nombreuses aires de restauration. Ou encore, pour un copieux repas, Ali vous propose des mets que qualité dans un décor bédouin luxueux, des troupes folkloriques marocaines, ...



LES MISES EN GARDE

Compliqué de conduire dans les rues de Montréal? Vous n'avez pas vu Marrakech à l'heure de pointe...Ouf! Tout le monde oublie les règles de la circulation! Vous détestez négocier le prix de vos achats? Les vrais requins se trouvent dans les souks! Vous connaissez la vente à pression chez certains marchands. Ceux des souks sont carrément agressants!

Bon voyage! ■



FAIM DE SOIRÉE

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

Soupe à l'oignon gratinée.

Filet de hareng fumé, pommes tièdes à l'huile.

Coupelle d'escargots à la Chablisienne.

Saumon fumé maison, bagel, crème sûre

et petite salade de pommes vertes.

Céleri rémoulade. Terrine de faisan en croûte, confiture d'oignons.

Assiette de cochonailles, 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° 5

CROIX BLEUE	2
FINANCIÈRES DES PROFESSIONNELS	5, 19
DESJARDINS	9
IMAGERIE DES PIONNIERS	15
PFIZER / CELEBREX	16, 47-49
OPTIMUN GESTION DE PLACEMENTS INC.	17
CLINIQUE RADIOLOGIQUE ST-LOUIS INC.	25
POLYCLINIQUE DE L'OREILLE	27
ASSOCIATION D'OTO-RHINO- LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE DU QUÉBEC	31
GSK / GLAXO SMITH KLINE	33
VINS ET VIGNOBLES	39

GOLF SAINT-RAPHAËL	41
CHEZ LÉVESQUE	45
LE MAS DES OLIVIERS	46
LOBE	52

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 :
MÉDECINE NUCLÉAIRE



Le Mas des OLIVIERS

L'un des hauts lieux de la gastronomie montréalaise

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

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

Salle privée pour 60 personnes

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



CÉLÉCOXIB

CELEBREX^{MD}**RÉSUMÉ DES RENSEIGNEMENTS
POSOLOGIQUES****CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS****CLASSE THÉRAPEUTIQUE**

Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)

INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

CELEBREX (célecocixib) est indiqué pour soulager les symptômes associés à :

- l'arthrose;
- la polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte;
- la spondylarthrite ankylosante.

CELEBREX est également indiqué chez l'adulte pour soulager à court terme (≤ 7 jours) la douleur aiguë modérée ou grave causée entre autres par :

- les traumatismes des tissus mous et les traumatismes musculosquelettiques, y compris les entorses;
- la chirurgie orthopédique; et
- une extraction dentaire.

Chez les patients présentant une vulnérabilité accrue aux effets indésirables cardiovasculaires et/ou digestifs, d'autres stratégies de prise en charge QUI EXCLUENT l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) devraient être envisagées en première intention (voir les rubriques CONTRE-INDICATIONS et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

CELEBREX ne doit être utilisé qu'à la dose efficace la plus faible pour la durée de traitement la plus courte possible afin de réduire au minimum le risque potentiel d'effets indésirables cardiovasculaires ou digestifs (voir les rubriques CONTRE-INDICATIONS et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

CELEBREX est un AINS et n'a par conséquent PAS D'EFFET sur la maladie ni sur son évolution.

CELEBREX, en tant qu'AINS, n'a pour effet que de soulager les symptômes et de réduire l'inflammation tant que le patient continue de le prendre.

Populations particulières

Femmes enceintes: CELEBREX est CONTRE-INDIQUÉ au cours du troisième trimestre de la grossesse en raison du risque de fermeture prématurée du canal artériel et d'inertie utérine (prolongation de l'accouchement) (voir la PARTIE II, sous la rubrique TOXICOLOGIE). Il faut prescrire CELEBREX avec prudence durant le premier et le deuxième trimestre de la grossesse (voir la PARTIE II, sous la rubrique TOXICOLOGIE).

Femmes qui allaitent: Voir la rubrique CONTRE-INDICATIONS.

Enfants (< 18 ans): Voir la rubrique CONTRE-INDICATIONS.

Personnes âgées (> 65 ans): Les patients de plus de 65 ans (groupe d'âge auquel correspondent les expressions personnes âgées, patients âgés ou sujets âgés utilisés dans le présent document) et les patients fragiles ou affaiblis sont plus susceptibles de présenter divers effets indésirables causés par les AINS. La fréquence de ces effets indésirables augmente avec la dose et la durée du traitement. De plus, ces patients tolèrent moins bien les ulcères et les hémorragies. La plupart des manifestations gastro-intestinales mortelles surviennent au sein de cette population. Les patients âgés sont en outre plus vulnérables aux lésions du bas œsophage, y compris les ulcères et les hémorragies. Chez ces patients, on devrait amorcer le traitement à une dose plus faible que la dose habituellement recommandée et ajuster la posologie au besoin, tout en exerçant une surveillance attentive du patient (voir les rubriques MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Appareil digestif et EFFETS INDÉSIRABLES, Aperçu des effets indésirables du médicament).

CONTRE-INDICATIONS

CELEBREX est contre-indiqué en contexte périopératoire dans les cas de pontage aortocoronarien. Bien que CELEBREX N'AIT PAS FAIT l'objet d'études chez des patients ayant subi une telle intervention, l'emploi d'un autre AINS du groupe des inhibiteurs sélectifs de la COX-2 étudié dans ce contexte s'est traduit par une augmentation de la fréquence de complications cardiovasculaires ou thromboemboliques, d'infections profondes de la plaie chirurgicale et de complications touchant la plaie sternale (voir la rubrique ESSAIS CLINIQUES, Innocuité cardiovasculaire).

CELEBREX est contre-indiqué durant le troisième trimestre de la grossesse en raison du risque de fermeture prématurée du canal artériel et d'inertie utérine (prolongation de l'accouchement); ainsi que chez les femmes qui allaitent en raison du risque d'effets indésirables graves auquel le nourrisson est exposé.

CELEBREX est contre-indiqué en présence d'une insuffisance cardiaque grave non maîtrisée; d'antécédents d'hypersensibilité au célecocixib ou à l'un des excipients du produit; d'antécédents de réactions de type allergique aux sulfamides; d'antécédents de crise d'asthme, d'urticaire ou de réactions de type allergique après la prise d'acide acétylsalicylique (AAS) ou d'un autre anti-inflammatoire non stéroïdien (c.-à-d. la survenue d'un syndrome complet ou partiel d'intolérance à l'AAS — rhinosinusite, urticaire ou œdème angioneurotique, polyposse nasale, asthme). Des réactions anaphylactoïdes mortelles se sont produites chez des sujets qui présentaient les problèmes médicaux mentionnés ci-dessus. Les personnes correspondant à ce profil sont exposées à un risque de réaction grave même si elles ont déjà pris des AINS sans avoir eu de réaction indésirable. On doit aussi tenir compte du risque de réaction croisée entre différents AINS (voir la rubrique MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Réactions d'hypersensibilité, Réactions anaphylactoïdes).

CELEBREX est contre-indiqué en présence d'un ulcère gastrique, duodénal ou gastroduodénal en poussée évolutive ou d'hémorragie gastro-intestinale évolutive; d'une hémorragie vasculaire cérébrale; d'une maladie intestinale inflammatoire; d'une dysfonction hépatique grave ou d'une hépatopathie évolutive; d'une insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 30 mL/min ou 0,5 mL/sec) ou d'une néphropathie qui s'aggrave (la surveillance s'impose chez les sujets qui présentent une atteinte rénale de gravité moindre en raison du risque de détérioration de leur fonction rénale lorsqu'ils prennent des AINS) (voir la rubrique MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Fonction rénale); ou d'une hyperkaliémie avérée (voir la rubrique MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Fonction rénale, Équilibre hydro-électrolytique).

CELEBREX est contre-indiqué chez les personnes de moins de 18 ans, l'innocuité et l'efficacité de CELEBREX n'ayant pas été établies dans ce groupe d'âge.

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS
À L'INNOCUITÉ****MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS****Mises en garde et précautions importantes**

Risque de manifestation cardiovasculaire indésirable: cardiopathie ischémique, maladie vasculaire cérébrale, insuffisance cardiaque (classes II à IV de la NYHA) (voir les rubriques MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Système cardiovasculaire et ESSAIS CLINIQUES, Innocuité cardiovasculaire).

CELEBREX est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). L'utilisation de certains AINS est associée à une fréquence accrue de manifestations indésirables cardiovasculaires (comme un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ou des accidents thrombotiques) qui peuvent être mortelles. Le risque peut augmenter avec la durée d'utilisation. Les patients atteints de maladie cardiovasculaire ou présentant des facteurs de risque cardiovasculaire peuvent être exposés à un risque accru.

Il faut prescrire CELEBREX avec prudence en présence d'une cardiopathie ischémique (comprenant, SANS S'Y LIMITER: infarctus aigu du myocarde, antécédents d'infarctus du myocarde et/ou angine de poitrine) et/ou d'une maladie vasculaire cérébrale (comprenant, SANS S'Y LIMITER: accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire et/ou cécité monoculaire transitoire) et/ou d'insuffisance cardiaque (classes II à IV de la NYHA).

Comme les autres AINS, CELEBREX peut favoriser une rétention sodique proportionnelle à la dose faisant intervenir un mécanisme rénal, ce qui peut provoquer l'élévation de la tension artérielle et/ou l'exacerbation de l'insuffisance cardiaque (voir également la rubrique MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Fonction rénale, Équilibre hydro-électrolytique).

Les essais cliniques à répartition aléatoire menés sur CELEBREX n'étaient pas conçus pour déceler des différences au chapitre des effets indésirables cardiovasculaires dans le contexte d'un traitement prolongé. Par conséquent, CELEBREX doit être prescrit avec prudence.

Risque de manifestations gastro-intestinales indésirables (voir la rubrique MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Appareil digestif).

Comme les autres AINS, CELEBREX est associé à une fréquence accrue de manifestations gastro-intestinales indésirables (telles les ulcérations, les perforations et les obstructions gastroduodénales et les hémorragies gastro-intestinales).

Risque durant la grossesse: Il faut prescrire CELEBREX avec prudence durant les premier et deuxième trimestres de la grossesse. L'emploi de CELEBREX est CONTRE-INDIQUÉ au cours du troisième trimestre de la grossesse en raison du risque de fermeture prématurée du canal artériel et d'inertie utérine (prolongation de l'accouchement) (voir la rubrique CONTRE-INDICATIONS).

Généralités: Les patients fragiles ou affaiblis peuvent moins bien tolérer les effets indésirables; par conséquent, une attention particulière devrait être apportée au traitement de cette population. Pour réduire au minimum le risque potentiel de manifestations indésirables, la dose efficace la plus faible devrait être utilisée pendant la durée de traitement la plus courte possible. Comme avec les autres AINS, la prudence est recommandée dans le traitement des patients âgés qui sont plus sujets à l'insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque. Chez les patients à risque élevé, d'autres schémas de traitement ne comportant pas d'AINS devraient être envisagés.

CELEBREX N'EST PAS recommandé en association avec d'autres AINS, à l'exception de l'AAS à faible dose en prophylaxie cardiovasculaire, en raison de l'absence d'effet synergique bénéfique démontré résultant d'une telle association et du risque additionnel de manifestations indésirables que celle-ci comporte (voir la rubrique INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Interactions médicament-médicament, L'acide acétylsalicylique [AAS] et les autres AINS).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les mises en garde et les précautions, veuillez consulter la rubrique Renseignements supplémentaires sur le produit.

EFFETS INDÉSIRABLES (voir la liste complète)

Parmi les patients traités par CELEBREX (célecocixib) au cours des essais cliniques, environ 4250 l'ont reçu pour de l'arthrose, environ 2100, pour de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et 1050, comme analgésique postopératoire. Plus de 8500 patients ont reçu une dose quotidienne d'au moins 200 mg (100 mg, 2 f.p.j. ou 200 mg, 1 f.p.j.), dont plus de 400, une dose de 800 mg (400 mg, 2 f.p.j.). Environ 3900 patients ont pris ces doses durant 6 mois ou plus, environ 2300 les ont prises durant 1 an ou plus et 124 patients les ont reçues pendant 2 ans ou plus.

La population âgée a fait l'objet d'études sur CELEBREX. Sur l'ensemble des patients traités par CELEBREX au cours des essais cliniques, plus de 3300 avaient de 65 à 74 ans, tandis qu'environ 1300 autres avaient 75 ans ou plus. Même si on a noté une tendance plus élevée aux réactions indésirables chez les personnes âgées, on n'a constaté aucune différence importante en matière d'innocuité ou d'efficacité entre ces sujets et les plus jeunes. Dans les études endoscopiques qui ont porté sur plus de 800 patients âgés, le taux d'ulcération gastroduodénale n'a pas été différent de celui obtenu pour les patients plus jeunes. D'autres données cliniques n'ont pas davantage fait ressortir de différence de la réponse clinique entre les sujets âgés et les plus jeunes, bien que l'on ne puisse pas écarter la plus grande vulnérabilité de certains patients âgés.

Les essais cliniques qui comportaient une évaluation de la fonction rénale, d'après la filtration glomérulaire, le taux d'AUS et la créatininémie, de même que de la fonction plaquettaire, par la mesure du temps de saignement et de l'agrégation plaquettaire, n'ont pas fait ressortir de différence entre les volontaires âgés et les plus jeunes.

Pour surveiller l'innocuité des médicaments, Santé Canada, par le biais du programme Canada Vigilance, recueille de l'information sur les effets indésirables graves et inattendus des médicaments. Si vous soupçonnez qu'un patient présente une réaction grave ou inattendue à ce médicament, vous pouvez en informer le programme Canada Vigilance en appelant sans frais le 1-866-234-2345.

ADMINISTRATION

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Insuffisance hépatique: Chez les patients présentant une dysfonction hépatique légère (score de Child-Pugh de 5 à 6), on doit amorcer le traitement par les capsules CELEBREX à la dose la plus faible). Chez les patients présentant un degré modéré de dysfonction hépatique (score de Child-Pugh de 7 à 9), la dose quotidienne recommandée doit être réduite de 50 % et ne pas dépasser 100 mg, 1 f.p.j. (voir la rubrique MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Populations particulières et états pathologiques). CELEBREX est contre-indiqué chez les patients atteints d'une dysfonction hépatique grave (score de Child-Pugh > 9) (voir la rubrique CONTRE-INDICATIONS).

Insuffisance rénale: Aucun réglage posologique n'est nécessaire chez les patients ayant une clairance de la créatinine > 30 mL/min. CELEBREX est contre-indiqué chez les patients atteints d'insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 30 mL/min) (voir la rubrique CONTRE-INDICATIONS).

Personnes âgées (> 65 ans): Chez les sujets âgés, fragiles et affaiblis, on doit réduire la posologie au niveau le plus faible permettant de maîtriser les symptômes, et ajuster celle-ci au besoin (voir la rubrique MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières, Personnes âgées).

Carence en CYP 2C9: On doit user de prudence si l'on prescrit le célécoxib à des patients dont on soupçonne ou dont on sait par leurs antécédents qu'ils métabolisent lentement les substrats de la CYP 2C9. Chez ces patients, la dose maximale recommandée est de 100 mg par jour (voir les rubriques INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières).

POSOLOGIE RECOMMANDÉE ET RÉGLAGE POSOLOGIQUE

Chez l'adulte de 18 ans ou plus: CELEBREX ne doit être utilisé qu'à la dose efficace la plus faible pour la durée de traitement la plus courte possible (voir les rubriques CONTRE-INDICATIONS et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Arthrose: La dose quotidienne recommandée de CELEBREX est de 200 mg administrés en une dose unique ou fractionnés en 2 prises (100 mg, 2 f.p.j.). La dose maximale est de 200 mg par jour.

Polyarthrite rhumatoïde: La dose initiale recommandée de CELEBREX est de 100 mg, 2 f.p.j., laquelle peut ensuite passer à 200 mg, 2 f.p.j., au besoin. La dose maximale est de 200 mg, 2 f.p.j.

Douleur aiguë: La dose recommandée de CELEBREX est de 400 mg en une seule prise le premier jour, suivis de 200 mg, 1 f.p.j., les jours suivants, durant 7 jours au maximum. On peut indiquer aux patients de prendre une dose additionnelle de 200 mg par jour, au besoin. La dose maximale est de 400 mg par jour pendant 7 jours tout au plus.

Spondylarthrite ankylosante: La dose quotidienne recommandée de CELEBREX est de 200 mg administrés en une dose unique ou fractionnés en deux prises (100 mg, 2 f.p.j.). La dose maximale est de 200 mg par jour.

ADMINISTRATION

CELEBREX peut être pris avec ou sans aliments.

Dose oubliée: Les patients qui oublient une ou plusieurs doses de CELEBREX (célécoxib) ne doivent pas prendre une dose plus forte pour compenser la ou les doses oubliées, mais plutôt prendre la dose oubliée aussitôt que possible, puis prendre la dose suivante à l'heure habituelle.

ÉTUDES DE RÉFÉRENCE

- IMS. Données d'IMS, octobre 2009-septembre 2010. Marché des AINS, données mensuelles, ordonnances.
- Zhao SZ *et al.* Evaluation of the functional status aspects of health-related quality of life of patients with osteoarthritis treated with celecoxib. *Pharmacother* 1999;19:1269-78. Essai prospectif, multicentrique, d'une durée de 12 semaines, mené à double insu et en mode parallèle avec répartition aléatoire. Scores initiaux des sujets des groupes CELEBREX^{MD}, naproxène et placebo, respectivement: global – 50,5, 52,9 et 51,6; douleur – 10,5, 11,0 et 10,8; raideur – 4,7, 5,0 et 4,9; capacité fonctionnelle – 35,4, 36,6 et 36,0.
- Monographie de CELEBREX. Pfizer Canada inc., avril 2010. Essai de 12 semaines mené à double insu et en mode parallèle auprès de 523 patients atteints d'arthrose ou de polyarthrite rhumatoïde présentant une endoscopie préthérapeutique négative. Les patients ont été répartis aléatoirement pour recevoir CELEBREX à 200 mg 2 fois par jour ou du naproxène à 500 mg 2 fois par jour.
- Gimbel JS *et al.* Efficacy and tolerability of celecoxib versus hydrocodone/acetaminophen in the treatment of pain after ambulatory orthopaedic surgery in adults. *Clin Ther* 2001;23:228-41. Données regroupées de deux essais multicentriques menés à double insu en mode parallèle après répartition aléatoire et avec placebo auprès de patients ayant subi une intervention chirurgicale orthopédique sans complications nécessitant une manipulation ouverte avec décollement des tissus mous du périoste. Une dose unique du médicament à l'étude était administrée dans les 24 heures suivant la fin de l'anesthésie. Les évaluations de la douleur étaient effectuées au cours de la période de 8 heures suivante. Les patients devaient l'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle visuelle analogique dont les cotes variaient entre 0 et 3 (3 = douleur maximale). On calculait ensuite la variation d'intensité de la douleur en soustrayant la cote obtenue à un moment précis de la cote initiale.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE PRODUIT

Mises en garde et précautions

Système cardiovasculaire: CELEBREX est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). L'utilisation de certains AINS est associée à une fréquence accrue de manifestations cardiovasculaires indésirables (comme un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ou des accidents thrombotiques) qui peuvent être mortelles (voir la rubrique EFFETS INDÉSIRABLES). Le risque peut augmenter avec la dose et l'usage prolongé. Les patients atteints de maladie cardiovasculaire ou présentant des facteurs de risque cardiovasculaire peuvent être exposés à un risque accru (voir les rubriques ESSAIS CLINIQUES – Innocuité cardiovasculaire – Méta-analyse des études sur le traitement chronique).

On doit faire preuve de prudence lorsqu'on prescrit CELEBREX à des patients présentant des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, de maladie vasculaire cérébrale ou de néphropathie, tels que ceux qui sont mentionnés ci-après (liste non exhaustive): hypertension; dyslipidémie / hyperlipidémie; diabète; insuffisance cardiaque (classe I de la NYHA); coronaropathie (athérosclérose); artériopathie périphérique; tabagisme; clairance de la créatinine < 60 mL/min ou 1 mL/sec.

L'emploi d'un AINS tel que CELEBREX peut provoquer de l'hypertension ou aggraver une hypertension préexistante, ce qui peut, dans un cas comme dans l'autre, augmenter le risque cardiovasculaire tel qu'il est décrit ci-dessus. Par conséquent, on doit mesurer régulièrement la tension artérielle des patients. Il faut envisager de mettre fin au traitement par CELEBREX si celui-ci entraîne l'apparition ou l'aggravation d'une hypertension.

Comme les autres AINS, CELEBREX peut provoquer de la rétention hydrique et de l'œdème, et pourrait exacerber l'insuffisance cardiaque par le jeu d'un mécanisme rénal (voir la rubrique MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Fonction rénale, Équilibre hydro-électrolytique).

Chez les patients qui présentent un risque élevé de manifestation indésirable cardiovasculaire, d'autres stratégies de prise en charge QUI EXCLUENT l'utilisation des AINS devraient être envisagées en première intention. **Pour réduire au minimum le risque potentiel de**

manifestation cardiovasculaire indésirable, on recommande de prescrire la dose efficace la plus faible pour la durée de traitement la plus courte possible.

Parmi 3 essais cliniques d'une durée approximative de 3 ans menés après répartition aléatoire, un essai a révélé une augmentation des complications cardiovasculaires graves (surtout des infarctus du myocarde) par rapport au placebo; cette augmentation était liée à la dose de CELEBREX et était décelable aux doses égales ou supérieures à 200 mg, 2 f.p.j.

Fonction endocrinienne et métabolisme

Corticostéroïdes: CELEBREX (célécoxib) n'est pas un substitut des corticostéroïdes et il NE TRAITE PAS l'insuffisance corticosurrénalienne. Le sevrage brusque des corticostéroïdes peut exacerber les manifestations d'une maladie répondant à la corticothérapie. Si on doit interrompre la corticothérapie chez un patient qui suit un traitement de longue durée, on doit prendre soin d'en diminuer graduellement la dose (voir la rubrique INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Interactions médicament-médicament, Glucocorticoïdes).

Appareil digestif

Il existe un risque continu de manifestations toxiques digestives graves (parfois mortelles), comme des ulcérations, de l'inflammation, des perforations, des obstructions et des hémorragies gastroduodénales annoncées ou non par des symptômes avant-coureurs, chez les patients traités par des AINS, y compris CELEBREX. Des troubles digestifs bénins, comme de la dyspepsie, sont courants et peuvent également se manifester en tout temps. Les professionnels de la santé doivent donc être vigilants à l'égard des ulcérations et des saignements chez les patients traités par CELEBREX, même si ces personnes n'ont pas d'antécédents de symptomatologie digestive. La plupart des cas de mortalité rapportés spontanément à la suite de manifestations digestives sont survenus chez des sujets âgés ou affaiblis; par conséquent, une attention particulière devrait être apportée au traitement de cette population. **Pour réduire au minimum le risque potentiel de manifestation digestive grave, on recommande de prescrire la dose efficace la plus faible pour la durée de traitement la plus courte possible.** Chez les patients à risque élevé, d'autres schémas de traitement ne comportant pas d'AINS devraient être envisagés (voir la rubrique MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières, Personnes âgées).

On recommande d'informer les patients des signes et des symptômes d'une réaction toxique digestive grave et de leur indiquer de cesser de prendre CELEBREX et de consulter immédiatement un médecin s'ils en observent l'apparition. La pertinence d'une surveillance périodique par des épreuves de laboratoire N'A PAS ÉTÉ DÉMONTREE, pas plus qu'elle n'a fait l'objet d'une évaluation appropriée. La plupart des patients éprouvant un effet indésirable grave touchant le tube digestif supérieur en cours de traitement ne présentent pas de symptômes. On a établi qu'environ 1 % des patients traités par les AINS durant 3 à 6 mois et environ 2 à 4 % de ceux traités durant 1 an subissent des ulcères, des hémorragies macroscopiques ou des perforations du tube digestif supérieur attribuables aux AINS. Cette tendance se maintient avec la poursuite du traitement; la probabilité de manifestation digestive grave augmente donc avec la durée du traitement. Néanmoins, le traitement de courte durée n'est pas pour autant dénué de risque de manifestation digestive grave.

On doit faire preuve de prudence en prescrivant CELEBREX à des patients qui ont des antécédents d'ulcère gastroduodénal ou d'hémorragies digestives. Les études ont en effet montré que, s'ils prennent des AINS, ces patients sont exposés à un risque d'hémorragie digestive plus de 10 fois supérieur à celui des patients qui n'ont ni l'un ni l'autre de ces facteurs de risque. Parmi les autres facteurs de risque d'ulcération et d'hémorragie digestives, mentionnons également une infection à *Helicobacter pylori*, le vieillissement, un traitement prolongé par un AINS, une consommation excessive d'alcool, le tabagisme, un mauvais état de santé général et l'emploi concomitant d'un médicament appartenant à l'une des classes suivantes: anticoagulants (p. ex., la warfarine); antiplaquettaires (p. ex., l'AAS, le clopidogrel); corticostéroïdes pour administration orale (p. ex., la prednisone); et inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) (p. ex., le citalopram, la paroxétine, la fluoxétine, la sertraline).

Rien ne prouve de façon concluante que l'administration concomitante d'un antagoniste des récepteurs H2 de l'histamine, d'un antiacide, ou des deux, prévienne l'apparition d'effets indésirables digestifs, ni qu'elle permette de poursuivre le traitement par CELEBREX advenant de tels effets.

Au cours des essais cliniques, l'administration de CELEBREX a été accompagnée d'une faible fréquence d'ulcération gastroduodénale et d'effets indésirables graves sur le tube digestif (voir la rubrique EFFETS INDÉSIRABLES, Effets indésirables survenus au cours des essais cliniques). Lors d'une étude prospective portant sur les résultats à long terme menée chez des patients arthrosiques et polyarthritiques (étude CLASS ou *Celecoxib Long-Term Arthritis Safety Study*), on n'a relevé aucune différence significative quant à la fréquence des complications ulcéreuses entre les patients qui avaient reçu CELEBREX à une dose supérieure aux doses thérapeutiques (400 mg, 2 f.p.j.) et qui prenaient concomitamment de l'AAS (n = 882), et les patients des deux groupes de comparaison traités par 800 mg d'ibuprofène, 3 f.p.j., et 5 mg de diclofénac, 2 f.p.j., respectivement. La fréquence des complications ulcéreuses et des ulcères symptomatiques était plus faible chez les patients du groupe CELEBREX que chez les patients du groupe ibuprofène ne prenant pas d'AAS (voir la PARTIE II, sous la rubrique ESSAIS CLINIQUES, Études spéciales). Au cours des essais de comparaison avec un agent actif, on a obtenu avec toutes les doses de CELEBREX un taux d'ulcération gastroduodénale vérifiée par endoscopie inférieur à celui de l'AINS comparé. En ce qui a trait aux essais comparatifs avec placebo, les taux obtenus étaient similaires (voir la PARTIE II, sous la rubrique ESSAIS CLINIQUES, Études endoscopiques).

Des mises en garde et des précautions additionnelles sont associées aux aspects suivants: Appareil génito-urinaire et hématologie, notamment anticoagulants.

Voir la rubrique ESSAIS CLINIQUES, Études spéciales, Fonction plaquettaire de la monographie pour obtenir les renseignements complets sur les mises en garde et les précautions.

Effets antiplaquettaires: Les AINS inhibent l'agrégation des plaquettes et il a été démontré qu'ils prolongent la durée du temps de saignement chez certains patients. Contrairement à l'acide acétylsalicylique (AAS), leur effet

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

M.C. de Pfizer Inc., utilisée sous licence
CELEBREX^{MD}, G.D. Searle LLC
Pfizer Canada inc. licencié






Merci à nos partenaires



A photograph of a podium at an event. On the left, a bronze statue of a man's head and shoulders is visible. The podium has a sign that reads "LOEWS HÔTEL VOGUE MONTREAL". In front of the podium is a large arrangement of white flowers. The background is a warm, orange-toned wall with a lamp and a potted plant.

PRIX HIPPOCRATE 2011

GLAXO SMITH KLINE

MERCK CANADA

GROUPE JEAN COUTU

RX&D

ABBOTT

MASSY-FORGET

OGILVY MONTRÉAL

DESJARDINS

FAMILIPRIX

UNIPRIX

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

CAIN LAMARRE CASGRAIN WELLS

LE GROUPE INVESTORS

BOEHRINGER INGELHEIM

LA RÉFÉRENCE EN SANTÉ AUDITIVE AU QUÉBEC

Lobe

**Santé auditive
et communication^{MC}**

CLINIQUES MULTIDISCIPLINAIRES

**ORL • AUDIOLOGISTES • AUDIOPROTHÉSISTES
ÉDUCATRICES SPÉCIALISÉES • ORTHOPHONISTES***

1 866 411-5623 • www.lobe.ca

**Saviez-vous qu'il est recommandé
d'effectuer un examen de l'audition :**

- En prévention pour les **ENFANTS**.
- Pour les adultes à partir de l'âge de **50 ANS**.
- Aux **DEUX ANS** pour les personnes qui travaillent dans un environnement bruyant.

* Les types de professionnels
peuvent varier d'une clinique à l'autre.

UN SEUL APPEL.
On s'occupe de vous.^{MC}
1 866 411-5623

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter
l'un des professionnels qui exercent au sein des cliniques
multidisciplinaires Lobe Santé auditive et communication.

**Abonnez-vous sur le portail
www.lobe.ca**

Le seul magazine québécois dédié à
la santé auditive et à la communication
distribué à plus d'**un million d'exemplaires**,
et ce, en français et en anglais.



GRATUIT*

* Frais de poste
seulement