LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

LA CATARACTE

LES IPODS SONT-ILS DANGEREUX?

TYMPAN PERFORÉ EN 20 MINUTES RÉPARÉ

LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

AVRIL 2013
VOL 7 • NO 2
5,95$
Société canadienne des postes. Envoi de publications canadiennes. Contrat de vente n° 40011180.

www.orlquebec.org

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

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 thyroïde et de la parathyroïde
- Troubles de la voix
- Les traumatismes de la tête et du cou
- Les expertises médicales de ces conditions

Éditeur
Ronald Lapierre

Directrice de la publication
Dominique Raymond

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

Collaborateurs
Dre Édith Villeneuve MD, FRCPC
Dre Francine Mathieu Millaire, neuro-ophtalmologiste
Dr Yanick Larivée, médecin spécialiste en ORL
Dr Simon Gagnon, FRCS (C) oto-rhino-laryngologiste
Denis Pouliot, M.D. FRCS (C) oto-rhino-laryngologiste
Héloïse Lessard-Dostie, audiologiste
Mathieu Vézina, audioprothésiste
Musaed Alzahrani, M.D. Fellow en otologie et neuro-otologie
Issam Saliba, M.D. FRCS (C)
Geatan Fradet, M.D. FRCS (C)
Sylvain B. Tremblay, ADM. A., PL.fin.

Journalistes / Chroniqueurs
Kathleen Michaud
Nicole Barrette Ryan

Le Prix Hippocrate
Jean-Paul Marsan
Directeur général

Direction artistique, infographie et impression
Le Groupe Communimédia inc.
contact@communimedia.ca

Correction-révision
Marie-Pierre Gazaille

Développement des affaires
Normand Desjardins, vice-président

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

Nicolas Rondeau Lapierre
Tél. : (514) 331-0661

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

Les auteurs sont choisis selon l'étendue de leur expertise dans une spécialité donnée. **Le Patient** ne se porte pas garant de l'expertise de ses collaborateurs et ne peut être tenu responsable de leurs déclarations. Les textes publiés dans **Le Patient** n'engagent que leurs auteurs.

Abonnement
6 numéros (1 an)
Canada : 30 $ par année
International : 46 $ (cdn) par année

Pour vous abonner
Par correspondance :
132, De La Rocque
St-Hilaire QC J3H 4C6

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

Le Patient est publié six fois par année par les Éditions Multi-Concept inc.
1600, boul. Henri-Bourassa Ouest, Bureau 425
Montréal (Québec) H3M 3E2

Secrétariat :
Tél. : (514) 331-0661
Fax : (514) 331-8821
multiconcept@sympatico.ca

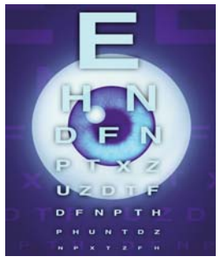
Toutes les annonces de produits pharmaceutiques sur ordonnance ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique.

Dépôt légal :
Bibliothèque du Québec
Bibliothèque du Canada

Convention de la poste-publication
No 40011180

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

SOMMAIRE



4 LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

8 LE NOUVEAU VISAGE DE L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

12 LA CATARACTE

16 LES IPODS SONT-ILS DANGEREUX?

20 DOCTEUR, J'AI UNE BOULE DANS LA GORGE…

24 L'HUMAIN PEUT ENTENDRE SANS OREILLES AVEC UN IMPLANT AUDITIF SUR LE CERVEAU

26 PERTE AUDITIVE ET RISQUE DE CHUTE

28 QUELS SONT LES AVANTAGES D'ENTENDRE DES DEUX OREILLES?

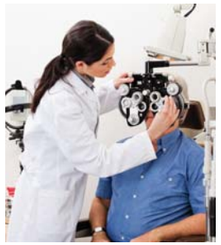
30 TYMPAN PERFORÉ, EN 20 MINUTES RÉPARÉ

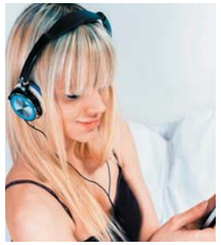
32 LE VERTIGE POSITIONNEL PAROXYSTIQUE BÉNIN

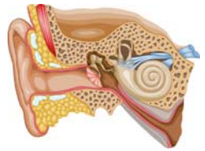
37 LE MARCHÉ AMÉRICAIN

39 LES PRIMEURS DE TOSCANE

44 RÊVERIE AUX SEYCHELLES







Pensons environnement!
Le Patient maintenant disponible sur internet

Vous désirez consulter votre magazine en ligne? Rien de plus simple! Rendez-vous au :
www.lepatient.ca

François Lamoureux,
M.D., M. Sc.

LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

AUCUN AUTRE SENS N'ÉGALE LA VISION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA LUMIÈRE AU SERVICE DES PATIENTS

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

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

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

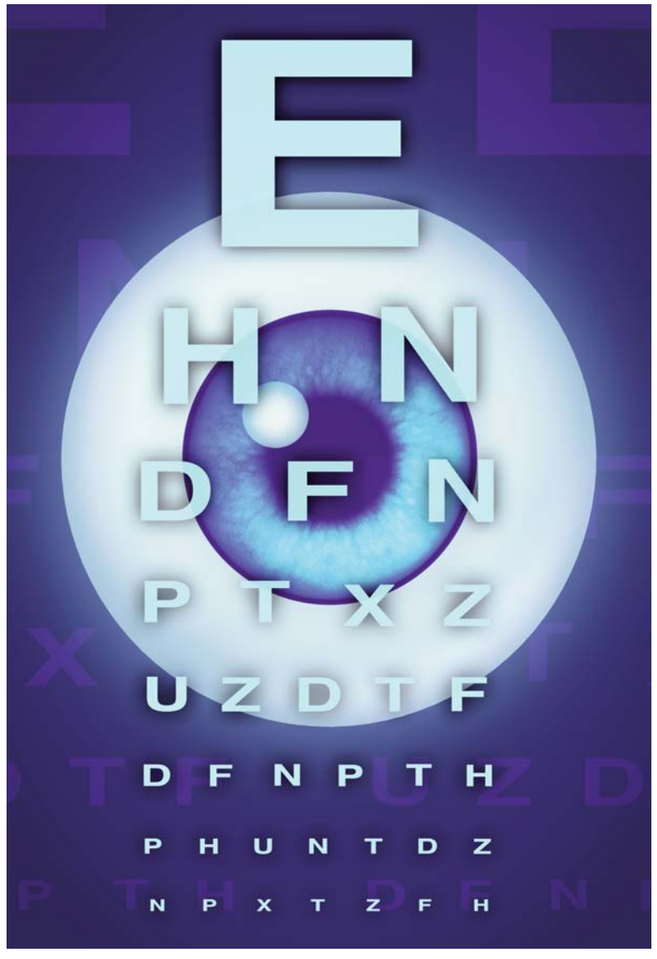
En chirurgie ou en médecine esthétique, c'est la plus grande révolution du XXe siècle, qu'il s'agisse de l'épilation, de la correction des rides, du traitement de la couperose, de cicatrices, etc. On ne saurait aujourd'hui parler de soins esthétiques sans l'immense contribution du laser.

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

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

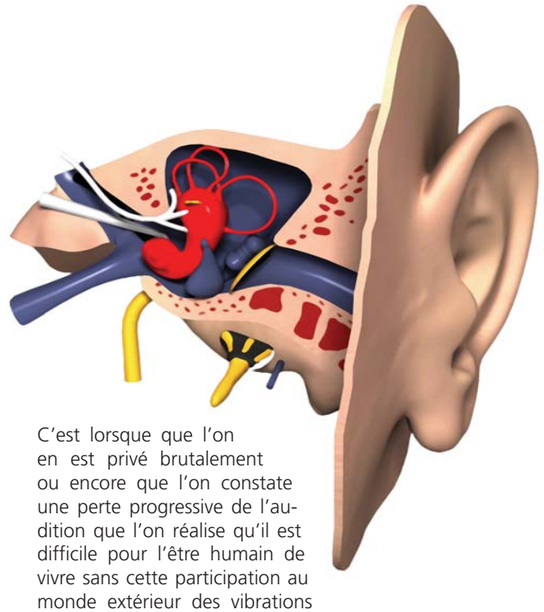
Comme quoi la lumière ne sert pas seulement à mieux voir ou à écouter des CD, mais entre des mains expertes, elle permet pour le patient une approche thérapeutique unique, indolore, non saignante et extrêmement précise, tout en préservant les tissus sains du corps humain. Quelle avancée technologique!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

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



LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES
(suite)

UN MARTEAU ET UNE ENCLUME POUR ENTENDRE



Entendre et comprendre des sons est un processus si complexe que l'on a peine à imaginer que ça puisse exister.

En effet comment imaginer que l'oreille, en fait un simple cornet extérieur, puisse être à l'origine et de façon continue un véritable transformateur d'ondes sonores (captées par l'oreille externe) en ondes mécaniques au niveau de l'oreille moyenne pour ensuite les transformer dans l'oreille interne en stimulation électrique pour envoyer le signal d'identification des sons au cerveau. Là, dans le lobe temporal tout est décodé, un son bien précis peut être identifié, une conversation par la suite amorcée, un concert de musique apprécié.

Mais pourquoi un marteau et une enclume, et aussi comme troisième compagnon un étrier?

Ces trois petits osselets de quelques millimètres, dotés de minuscules muscles et ligaments et bien camouflés dans l'oreille interne passé le tympan, jouent le précieux et essentiel rôle de modulateur des ondes sonores extérieures (en fait des vibrations).

Ils peuvent amplifier ou réduire l'amplitude de ces vibrations avant de les relayer au liquide de l'oreille interne (la périlymphe) par le biais de la fenêtre ovale.

Le bon et fluide fonctionnement en harmonie de ces trois osselets est indispensable à l'audition. Parfois l'on peut naître sans ces osselets, ou encore le vieillissement peut nous apporter l'ankylose d'un de ces osselets comme l'étrier, ce que l'on appelle l'otospongiose. Un traumatisme direct peut causer une désarticulation de ces osselets et le mécanisme de transmission modulée des sons est immédiatement interrompu.

Des tumeurs, comme le cholestéatome, une pseudotumeur inflammatoire, embryonnaire ou acquise qui va détruire les osselets, peuvent également altérer l'audition.

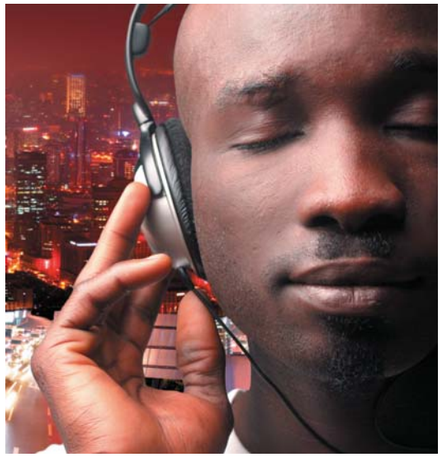
Aujourd'hui, on peut heureusement bien et précisément identifier les causes des pathologies de l'oreille interne et la plupart du temps corriger le problème ou encore améliorer de façon significative la problématique de la perte ou de la diminution de l'audition.

La bonne compréhension des sons fait partie intégrante de la vie journalière des êtres humains. C'est lorsque que l'on en est privé brutalement ou encore que l'on constate une perte progressive de l'audition que l'on réalise qu'il est difficile pour l'être humain de vivre sans cette participation au monde extérieur des vibrations sonores. C'est comme vivre en isolement continu.

Lorsque je regarde maintenant une oreille chez un humain ou un animal, c'est tout un monde complexe qui s'éveille.

Combien précieux sont ces chirurgiens otorhinolaryngologistes, ces médecins spécialistes de l'oreille, ces audiologistes et ces fabricants de pièces sophistiquées miniaturisées (prothèses auditives, par exemple) qui peuvent redonner l'audition ou encore en diminuer significativement sa perte progressive. Entendre, c'est aussi vivre. ■

« Aujourd'hui, on peut heureusement bien et précisément identifier les causes des pathologies de l'oreille interne et la plupart du temps corriger le problème ou encore améliorer de façon significative la problématique de la perte ou de la diminution de l'audition. »



MAINTENANT, IL Y A P.Toviaz MC

UNE NOUVELLE OPTION POUR VOS PATIENTS ATTEINTS DE VESSIE HYPERACTIVE

Lors d'études cliniques, aucune différence n'a été signalée entre les patients âgés (≥ 65 ans) et les patients plus jeunes (< 65 ans) quant à l'innocuité globale de TOVIAZ. Par conséquent, un réglage posologique ne s'impose pas nécessairement chez les patients âgés. Les effets indésirables qui sont survenus à une fréquence supérieure ou égale à 3 % chez les patients traités par TOVIAZ (à 4 mg et à 8 mg) ont été la sécheresse buccale (18,8 % et 34,6 %), la constipation (4,2 % et 6,0 %), l'infection des voies urinaires (3,2 % et 4,2 %) et la sécheresse oculaire (1,4 % et 3,7 %). TOVIAZ est contre-indiqué chez les patients présentant les troubles suivants : rétention urinaire, rétention gastrique, glaucome à angle fermé non maîtrisé, hypersensibilité au fumarate de fésotérodine, aux comprimés de L-tartrate de toltérodine, aux capsules de L-tartrate de toltérodine à libération prolongée, au soya, aux arachides, au lactose ou à l'un des composants du produit ou du contenant. Des cas d'œdème angioneurotique de la face, des lèvres, de la langue et/ou du larynx ont été rapportés par suite de l'emploi de la fésotérodine, parfois après l'administration de la première dose. Lorsqu'il touche les voies respiratoires supérieures, l'œdème angioneurotique peut s'avérer mortel. En cas d'atteinte de la langue, de l'hypopharynx ou du larynx, il convient de cesser sans tarder le traitement par la fésotérodine et d'instaurer un traitement approprié et/ou de prendre les mesures qui s'imposent pour dégager rapidement les voies aériennes du patient. À l'instar des autres antimuscariniques, TOVIAZ est associé à une accélération de la fréquence cardiaque, laquelle est corrélée à une augmentation de la dose. Par conséquent, il faut faire preuve de prudence lorsqu'on administre TOVIAZ à des patients ayant des antécédents de cardiopathie ischémique ou de tachyarythmie, comme on le fait avec les autres antimuscariniques. Dans les études comparatives de phase III avec placebo, les augmentations moyennes de la fréquence cardiaque par rapport au groupe placebo ont été de 3 à 4 battements par minute dans le groupe fésotérodine recevant la dose de 4 mg/jour et de 3 à 5 battements par minute dans le groupe fésotérodine recevant la dose de 8 mg/jour. Il est déconseillé d'employer TOVIAZ en présence d'une insuffisance hépatique grave (classe C de Child-Pugh). Chez les patients qui présentent une atteinte rénale grave (CL_{cr} < 30 mL/min) et chez ceux qui sont traités par des inhibiteurs puissants de la CYP3A4 (p. ex., kétoconazole, itraconazole, miconazole et clarithromycine), il faut éviter d'administrer TOVIAZ à des doses supérieures à 4 mg.

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

Références : **1.** Pfizer Canada inc. Monographie de TOVIAZ, février 2012. **2.** Nitti VW *et al.* Efficacy, safety and tolerability of fesoterodine for overactive bladder syndrome. *J Urol* 2007;178:2488-2494. **3.** Herschorn S *et al.* Comparison of fesoterodine and tolterodine extended release for the treatment of overactive bladder: A head-to-head placebo-controlled trial. *BJU Int* 2010;105:58-66. **4.** Kaplan SA *et al.* Superior efficacy of fesoterodine over tolterodine extended release with rapid onset: A prospective, head-to-head placebo-controlled trial. *BJU Int* 2011;107:1432-1440.

Pfizer Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

Membre R&D CCPP

M.C. de Pfizer Inc, utilisée sous licence TOVIAZ, M.C. de C.P. Pharmaceuticals International C.V., Pfizer Canada inc., licencié
© 2012 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5

Vos patients atteints de vessie hyperactive sont-ils sur le point d'avoir un petit accident ?

TOVIAZ (comprimés de fumarate de fésotérodine à libération prolongée) est indiqué pour le traitement symptomatique de la vessie hyperactive, se caractérisant par une fréquence mictionnelle accrue, une urgence mictionnelle, une incontinence d'urgence ou toute combinaison de ces symptômes.

Conçu différemment[1†]

- La conversion de TOVIAZ en son métabolite actif, la 5-hydroxyméthyl toltérodine (5-HMT), ne nécessite pas l'intervention des isoenzymes hépatiques du cytochrome P_{450}.

Efficacité démontrée dans le traitement des symptômes de vessie hyperactive

- **Jusqu'à 5 fois moins d'épisodes d'urgence mictionnelle par 24 heures** qu'avec le placebo à la 12e semaine[2‡]
  - Pourcentage médian de variation par rapport au début de l'étude : -16,3 % pour TOVIAZ à 4 mg et -18,4 % pour TOVIAZ à 8 mg, comparativement à -3,3 % pour le placebo ($p < 0{,}001$; moyennes initiales de 12,5, 11,6 et 11,4)[2]

Supériorité démontrée de TOVIAZ à 8 mg dans le traitement des épisodes d'incontinence d'urgence sur 24 heures par rapport à la toltérodine LP à 4 mg lors de 2 essais directement comparatifs, à la 12e semaine[3,4§¶]

- Variations moyennes winsorisées par rapport au début de l'étude :
  - Étude 1 : -1,5 pour le placebo, -1,6 pour la toltérodine LP et -1,7 pour TOVIAZ ($p = 0{,}017$; TOVIAZ vs toltérodine LP)
  - Étude 2 : -1,6 pour le placebo, -1,7 pour la toltérodine LP et -2,0 pour TOVIAZ ($p = 0{,}0072$; TOVIAZ vs toltérodine LP)

Marge d'innocuité et de tolérabilité démontrée[1]

- Effets indésirables le plus souvent signalés (chez ≥ 5 % des sujets) : sécheresse buccale (18,8 % avec la dose de 4 mg et 34,6 % avec la dose de 8 mg) et constipation (4,2 % avec la dose de 4 mg et 6,0 % avec la dose de 8 mg)
- La sécheresse buccale a mené à l'abandon du traitement chez 0,4 % et 0,8 % des patients ayant reçu TOVIAZ à 4 mg/jour et à 8 mg/jour[††]

Posologie souple[1]

- Offert en 2 teneurs : **4 mg** et **8 mg**

† La portée clinique de cette comparaison n'a pas été établie.

‡ Étude multicentrique comparative avec placebo, à double insu et à répartition aléatoire menée chez des patients présentant des symptômes de vessie hyperactive dont une fréquence mictionnelle accrue et une urgence mictionnelle ou une incontinence d'urgence. Les patients ont reçu soit un placebo (n = 274), soit TOVIAZ à 4 mg (n = 283), soit TOVIAZ à 8 mg (n = 279) 1 fois par jour pendant 12 semaines. Le nombre de patients soumis à l'évaluation des épisodes d'urgence mictionnelle par 24 heures était de 266, de 267 et de 267, respectivement.

§ Étude de 12 semaines comparative à double insu avec répartition aléatoire, double placebo et groupes parallèles menée chez des patients atteints de vessie hyperactive (≥ 8 mictions et ≥ 1 épisode d'incontinence d'urgence par 24 heures consignés dans le journal des mictions de 3 jours au début de l'étude) ayant reçu un placebo (n = 334), la dose maximale de toltérodine LP (4 mg; n = 684) ou la dose maximale de TOVIAZ (4 mg pendant 1 semaine, puis 8 mg pendant 11 semaines; n = 679). Le nombre de patients soumis à l'évaluation des épisodes d'incontinence d'urgence par 24 heures était de 307, de 626 et de 619, respectivement. Le nombre moyen d'épisodes d'incontinence d'urgence par 24 heures au début de l'étude était de 2,6, de 2,5 et de 2,4, respectivement.

¶ Étude de 12 semaines comparative à double insu avec répartition aléatoire, double placebo et groupes parallèles menée chez des patients atteints de vessie hyperactive (≥ 8 mictions et ≥ 1 épisode d'incontinence d'urgence par 24 heures consignés dans le journal des mictions de 3 jours au début de l'étude) ayant reçu un placebo (n = 478), la dose maximale de toltérodine LP (4 mg; n = 973) ou la dose maximale de TOVIAZ (4 mg pendant 1 semaine, puis 8 mg pendant 11 semaines; n = 960). Le nombre de patients soumis à l'évaluation des épisodes d'incontinence d'urgence par 24 heures était de 448, de 926 et de 908, respectivement. Le nombre moyen d'épisodes d'incontinence d'urgence par 24 heures au début de l'étude était de 2,4, de 2,6 et de 2,6, respectivement.

†† Les deux études de phase III d'une durée de 12 semaines sur l'efficacité et l'innocuité de la fésotérodine ont réuni au total 1964 patients. Parmi eux, 554 ont reçu TOVIAZ à la dose de 4 mg/jour et 566, à la dose de 8 mg/jour.

NOUVEAU P.Toviaz MC fumarate de fésotérodine comprimés à libération prolongée à 4 et à 8 mg

Voir le résumé des renseignements posologiques à la page 47

Dre Edith Villeneuve, MD, FRCPC,
professeur adjoint de clinique au département de médecine et membre du service de rhumatologie du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal.

LE NOUVEAU VISAGE DE L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

L'arthrite rhumatoïde (AR) est la l'arthrite inflammatoire la plus fréquente avec une prévalence d'environ 1 %. Lorsqu'on évoque le diagnostic d'arthrite rhumatoïde, c'est souvent l'image de mains et de pieds déformés qui nous vient en tête. L'AR se caractérise par une inflammation de la membrane synoviale qui entoure les articulations, on parlera alors de synovite. Non traitée, elle entraîne une destruction du cartilage et des os conduisant à des déformations articulaires et une perte de fonction. L'AR est également une maladie systémique reliée à diverses manifestations extra-articulaires ainsi qu'à une mortalité précoce principalement due au risque cardiovasculaire augmenté. Heureusement, au cours des dernières années, de nombreuses avancées ont permis d'améliorer radicalement le pronostic de l'AR ce qui devrait changer la perception qu'on en a.

PRÉSENTATION CLINIQUE

L'AR affecte environ 2-4 femmes pour un homme et son incidence augmente avec l'âge avec un pic autour de 75 ans. La présentation classique est celle de l'apparition graduelle et progressive de douleur et gonflement affectant principalement les petites articulations des mains et des pieds. La douleur peut initialement être intermittente et migratoire, mais tend éventuellement à devenir persistante. La distribution classique est celle d'une atteinte symétrique des petites articulations des mains (poignets, métacarpophalangiennes et interphalangiennes proximales avec une épargne des interphalangiennes disatles) et des pieds (métatarsophalangiennes (Figure 1). Les épaules, coudes, genoux et chevilles peuvent également être impliqués. Toutefois, jusqu'à un tiers des patients peuvent se présenter de façon aiguë avec des symptômes systémiques associés tels que fièvre, fatigue et perte de poids ou encore comme une polymyalgia rheumatica (douleur et raideur au niveau des ceintures scapulaires et pelviennes). Plus rarement, les patients se présenteront sous forme de monoarthrite ou oligoarthrite (< 5 synovites).

« L'AR affecte environ 2-4 femmes pour un homme et son incidence augmente avec l'âge avec un pic autour de 75 ans. La présentation classique est celle de l'apparition graduelle et progressive de douleur et gonflement affectant principalement les petites articulations des mains et des pieds. »

DIAGNOSTIC

Auparavant, puisque les traitements semblaient avoir peu d'impact sur la progression naturelle de la maladie, on mettait peu d'emphase sur le diagnostic et le traitement précoce de la maladie. Toutefois, au cours des 15 dernières années, de nombreuses études ont démontré les bénéfices d'un traitement précoce. En effet, le meilleur annonciateur de réponse au traitement est une courte durée des symptômes avec les meilleurs résultats généralement vus chez les patients dont la durée des symptômes est de moins de 3 mois. On reconnaît donc maintenant l'importance d'un traitement et donc d'un diagnostic précoce. Les patients devraient donc être référés le plus rapidement possible à un rhumatologue lorsqu'un diagnostic d'arthrite rhumatoïde est suspecté.

Tableau 1. Critères de classification de l'arthrite rhumatoïde de l'ACR 1987.

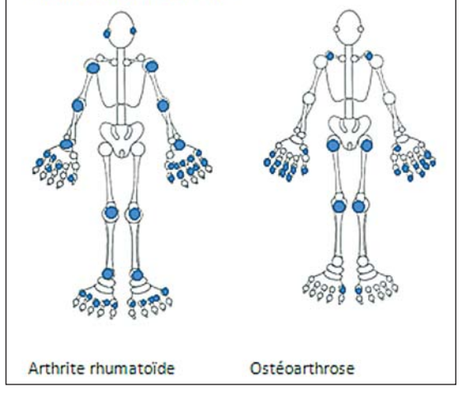
Critères de classification de l'arthrite rhumatoïde de l'ACR 1987	
Un patient remplit les critères lorsqu'au moins 4 critères sont présents depuis plus de 6 semaines	
Critère	**Définition**
Raideur matinale	Raideur qui persiste plus d'une heure avant l'amélioration optimale des symptômes
Synovites d'au moins 3 articulations	Trois synovites doivent être objectivées par le clinicien
Synovites impliquant la main	Au moins une articulation de la main est affectée
Arthrite symétrique	Atteinte simultanée des mêmes régions notées de façon bilatérale (l'atteinte bilatérale des IPP, MCP ou MTP n'implique pas une symétrie absolue)
Nodules rhumatoïdes	Notés aux surfaces des extenseurs ou des proéminences osseuses et objectivés par le clinicien
Facteur rhumatoïde	Démonstration de la présence du facteur rhumatoïde
Érosions radiologiques	Changements typiques de l'AR aux radiographies de la main incluant la présence d'érosions

Tableau 2. Critères de classification de l'arthrite rhumatoïde ACR-EULAR 2010.

Critères de classification de l'arthrite rhumatoïde de l'ACR-EULAR 2010	
Pour appliquer les critères, on doit avoir une synovite objectivable à l'examen physique qui ne êut être expliqué par un autre cause. Un patient avec un score égal ou supérieur à 6 peut être classé comme ayant une arthrite rhumatoïde	
Distribution des articulations impliquées (0-5)	
1 grosse articulation	0
2-10 grosses articulations	1
1-3 petites articulations (grosses articulation non comptées)	2
4-10 petites articulations	3
> 10articulations (au moins 1 petite articulation)	5
Sérologie	
FR et anti-CCP négatifs	0
FR ou anti-CCP faiblement positif	2
FR ou anti-CCP fortement positif (> 3X la normale)	3
Durée des symptômes	
< 6 semaines	0
>= 6 semaines	1
Marqueurs inflammatoires	
VS et CRP normale	0
VS ou CRP anormale	1

Bien que développé en tant que critères de classification, les critères d'arthrite rhumatoïde de l'Amercian College of Rheumatology (ACR) de 1987 sont souvent utilisés comme critères diagnostics (Tableau 1). Toutefois, ces critères ont été développés chez des patients avec une arthrite rhumatoïde dont la durée moyenne des symptômes était de 7 ans et ils manquent de sensibilité et de spécificité chez les patients avec une courte durée de la maladie. Les rhumatologistes tentant de voir les patients avec une arthrite inflammatoire de plus en plus précocement, plusieurs d'entre eux ne rempliront pas les critères de l'ACR de 1987 lors de leur première visite. On a donc introduit le terme d'arthrite indifférenciée pour représenter les patients présentant avec une arthrite inflammatoire qui ne satisfaisaient pas les critères de classification pour l'Ar ou une autre forme d'arthropathie inflammatoire (arthrite psoriasique, collagénose, spondyloarthrite, …) Le devenir de ces patients est toutefois très variable. Alors qu'une importante proportion (30-50% selon les études) peut connaître une résolution spontanée de leurs symptômes, une grande partie évoluera vers une forme spécifique d'arthrite inflammatoire, le plus souvent l'AR, ou demeurera indifférenciée.

Figure 1. Distrbution articulaire classique de l'arthrite rhumatoïde et de la'arthrose



Afin de remédier à cette situation, de nouveaux critères de classification de l'arthrite rhumatoïde ont récemment été élaborés. Leur objectif principal est d'identifier les patients qui auront des symptômes persistants et nécessitent l'instauration d'un traitement anti-rhumatismal. Les critères d'arthrite rhumatoïde ACR-EULAR de 2010 ont donc récemment été publiés (Tableau 2). Tout d'abord, le patient doit remplir 2 conditions préalables soit : 1- avoir une synovite objectivable à l'examen physique et 2- ne pas pouvoir expliquer cette synovite par une autre pathologie (goutte, arthrite psoriasique, collagénose…).

Lorsqu'un patient se présente avec un tableau de douleurs articulaires, il est donc important de d'abord procéder à un questionnaire et un examen physique rigoureux. On voudra d'abord déterminer si les douleurs ont un caractère inflammatoire ou mécanique (Tableau 3). Une douleur dite inflammatoire sera habituellement pire le matin et associée à une raideur matinale de plus de 60min. Elle s'améliore avec l'exercice et les patients décriront souvent une récidive de la raideur avec le repos. La douleur peut également réveiller la nuit, généralement en deuxième moitié de nuit. La distribution des articulations impliquées peut également être utile pour tenter de préciser le diagnostic (Figure 1). Les douleurs d'allure mécanique seront généralement causées par l'arthrose. En présence de douleur d'allure inflammatoire, la revue des systèmes deviendra très impor-

« Auparavant, puisque les traitements semblaient avoir peu d'impact sur la progression naturelle de la maladie, on mettait peu d'emphase sur le diagnostic et le traitement précoce de la maladie. Toutefois, au cours des 15 dernières années, de nombreuses études ont démontré les bénéfices d'un traitement précoce. »

« On reconnaît donc maintenant l'importance d'un traitement et donc d'un diagnostic précoce. Les patients devraient donc être référés le plus rapidement possible à un rhumatologue lorsqu'un diagnostic d'arthrite rhumatoïde est suspecté. »

Tableau 3. Éléments servant à caractériser la nature d'une douleur articulaire

Douleur inflammatoire	Douleur mécanique
Pire le matin, au réveil	Pire en fin d'après-midi
Raideur matinale > 60 min	Raideur matinale < 60 min, svt < 30min
S'améliore avec l'activité	Pire avec l'activité
Anklyose avec le repos	S'améliore au repos
Éveil nocturne en 2e moitié de nuit	On peut retrouver des éveils nocturnes survenant le plus souvent aux changements de position et qui seront généralement de brève durée

« L'objectif lors de l'instauration du traitement chez un patient avec une AR nouvellement diagnostiqué est donc celui de rémission ou à tout le moins d'une activité faible de la maladie. »

tante afin de tenter de préciser à quel type d'arthrite inflammatoire nous faisons face.

L'examen physique permettra de confirmer la présence de synovite se caractérisant par un gonflement lors de la palpation de l'articulation associé à une douleur et /ou une diminution de l'amplitude articulaire. On recherchera également des signes (nodules, tophi, psoriasis, rash, ulcères aphteux…) nous permettant de préciser le type d'arthrite inflammatoire auquel nous faisons face.

Au niveau de l'investigation sanguine, on pourra rencontrer une anémie normocytaire, une thrombocytose et une élévation de la vitesse de sédimentation (VS) et de la protéine C réactive (CRP) témoignant de la réaction inflammatoire. Ces trouvailles ne sont toutefois pas spécifiques. Le bilan biochimique et hépatique, quant à lui, servira à évoquer certains diagnostics différentiels ou à identifier des comorbidités qui devront être prises en compte lors du choix de traitement. Le facteur rhumatoïde (FR) et l'anti-CCP sont des anticorps qui sont associés à l'AR. L'anti-CCP plus nouvellement identifié est légèrement plus spécifique que le facteur rhumatoïde avec une sensibilité similaire. Toutefois, ils peuvent tous deux être présents chez une faible proportion de la population normale. Il est donc important de demander ces analyses seulement si l'histoire et l'examen nous orientent vers une arthrite inflammatoire. On complètera généralement le bilan avec un ANA si on soupçonne une collagénose ainsi qu'une analyse d'urine, une radiographie pulmonaire et des radiographies des mains et des pieds. Une ponction articulaire avec analyse du liquide synovial peut être effectuée pour exclure une arthrite microcristalline ou une cause infectieuse.

« La prise en charge devrait d'abord inclure l'éducation du patient, des références en ergothérapie et physiothérapie au besoin ainsi que la promotion de saines habitudes de vie : alimentation équilibrée, exercice et cessation tabagique, le tabac ayant été démontré comme un facteur de mauvais pronostic. »

TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Durant de nombreuses années, le but du traitement était de contrôler les symptômes et de limiter les déformations et l'atteinte fonctionnelle. Plus récemment, grâce au diagnostic et au traitement plus précoce, à la survenue de nouvelles stratégies de traitement et de nouveaux agents pharmacologiques, on réussit à atteindre une rémission de la maladie (un état sans activité apparente de la maladie et qui n'est pas associé à une progression radiologique ni à une perte de fonction) chez un nombre grandissant de patients. L'objectif lors de l'instauration du traitement chez un patient avec une AR nouvellement diagnostiqué est donc celui de rémission ou à tout le moins d'une activité faible de la maladie.

La prise en charge devrait d'abord inclure l'éducation du patient, des références en ergothérapie et physiothérapie au besoin ainsi que la promotion de saines habitudes de vie : alimentation équilibrée, exercice et cessation tabagique, le tabac ayant été démontré comme un facteur de mauvais pronostic.

La probabilité d'atteindre la rémission sera maximisée par la combinaison de l'initiation précoce du traitement pharmacologique, de l'ajustement du traitement en visant une cible et de l'utilisation adéquate des différents agents thérapeutiques disponibles.

1- Traitement précoce

Tel que mentionné plus haut, une courte durée de la maladie (généralement <3 mois) est le facteur le plus fortement associé à une meilleure réponse clinique et un délai dans le traitement conduit à une progression radiologique plus grande. Certains auteurs ont même avancé le concept de "window of opportunity" où un traitement précoce pourrait altérer l'évolution naturelle de la maladie et induire une rémission à long terme voire même une guérison (rémission maintenue sans médication).

2- Traitement vers une cible

L'importance du "treat-to-target" ou traitement vers une cible, concept emprunté au diabète, a également été démontrée. Pour ce faire, plusieurs indices d'activité de la maladie ont été élaborés. Les plus couramment utilisés sont le DAS28, CDAI et le SDAI. Il s'agit de scores composés de différents éléments utilisés pour évaluer l'activité de l'AR soit le nombre d'articulations douloureuses, le nombre d'articulations enflées, les paramètres inflammatoires (VS et CRP) ainsi qu'une évaluation globale de la maladie faite par le patient et le médecin. On suggère d'évaluer les patients aux 1-3 mois selon l'activité de la maladie et d'ajuster le traitement afin d'atteindre notre cible. Cette cible devrait être la rémission ou la faible activité de la maladie pour lesquelles il existe des définitions propres à l'indice d'activité de la maladie qu'on aura choisi d'utiliser. On utilise également un questionnaire évaluant la fonction du patient et des radiographies des mains et de pieds généralement faite annuellement pour s'assurer de l'absence de perte de fonction et de progression structurale.

3- Agents thérapeutiques

Il existe 2 catégories d'agents anti-rhumatismal : les anti-rhumatismaux à action lente (ARAL) et les agents biologiques. On utilise également les anti-inflammatoires et les corticostéroïdes comme traitement adjuvant.

a- ARAL

Le traitement initial consiste à l'utilisation d'ARAL seul ou en combinaison. Le méthotrexate (MTX) est l'agent le plus fréquemment utilisé et généralement le premier à être prescrit. Il peut être utilisé seul ou en combinaison avec d'autres ARAL selon l'activité de la maladie et la présence de facteurs de mauvais pronostic. Les ARAL les plus souvent associées au MTX sont l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine alors que le léflunomide ou la sulfasalazine seront habituellement utilisés comme alternative au MTX chez les patients présentant une contre-indication ou une intolérance. Les sels d'or et l'azathioprine constituent d'autres options thérapeutiques.

b- Traitement adjuvant

Comme les ARAL prennent souvent de 3-4mois avant d'être efficaces, on aura habituellement recours à des agents adjuvants lors de l'instauration du traitement. Chez les patients dont la maladie est légèrement active, l'utilisation d'anti-inflammatoire non-stéroïdiens peut être adéquate. Par contre, chez les patients avec une maladie plus active, on aura souvent recours à l'usage de corticostéroïdes soit par injection intra-articulaire, intramusculaire ou par voie orale à dose faible ou modérée. Il est toutefois important de tenter de limiter leur utilisation aux premières semaines de traitement afin d'éviter les effets secondaires reliés à leur utilisation à long terme.

c- Agents biologiques

Disponibles depuis le début des années 2000, les agents biologiques ont permis de changer dramatiquement le pronostic des patients ne répondant pas adéquatement aux ARAL. Ils constituent un traitement de 2e ligne et sont utilisés en combinaison avec le MTX chez les patients chez qui l'activité de la maladie demeure modérée ou sévère malgré l'essai d'au moins 2 ARAL. Les anti-TNF, ciblant le TNF une cytokine impliquée dans la cascade inflammatoire, ont été les premiers disponibles. Il en existe aujourd'hui 5 soit l'étanercept, l'adalimumab, le golimumab et le certolizumab et l'infliximab. Depuis, se sont également ajoutés des agents biologiques avec un mécanisme d'action différent soit l'abatacept (inhibiteur de la costimulation des cellules T), le rituximab (dirigé contre les cellules B) et le tocilizumab (anti-IL-6).

« La probabilité d'atteindre la rémission sera maximisée par la combinaison de l'initiation précoce du traitement pharmacologique, de l'ajustement du traitement en visant une cible et de l'utilisation adéquate des différents agents thérapeutiques disponibles. »

CONCLUSION

Au cours des 2 dernières décennies, d'importants changements dans l'identification, la prise en charge et le traitment de l'arthrite rhumatoïde ont permis une nette amélioration du pronostic et de la qualité de vie de ces patients. Toutefois, une faible proportion de patients demeurent réfractaire au traitement et plusieurs questions demeurent: Quel est le traitement initial optimal ? Peut-on identifier précocement les patients qui nécessiteront un agent biologique? Peut-on prédire la réponse à un agent donné ? L'optimisation de la prise en charge des patients atteints d'AR demeure donc en constante évolution et on espère que d'ici quelques années, la rémission sera un objectif atteignable chez tous nos patients.

Dre Francine Mathieu Millaire
Neuro-ophtalmologiste
Université de Montréal
Hôpital Maisonneuve Rosemont,
Hôpital Sacré Cœur
CHUM - Notre-Dame
Hôpital de Gatineau

LA CATARACTE

QU'EST-CE QU'UNE CATARACTE ?

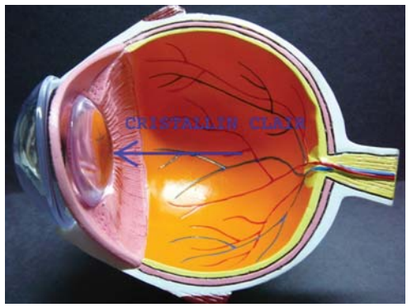
L'œil fonctionne comme une caméra : il capte l'image que l'on regarde et, via le nerf optique, transmet cette image au cerveau. Ce dernier, comme un ordinateur, analyse et interprète l'image captée. C'est la vision.

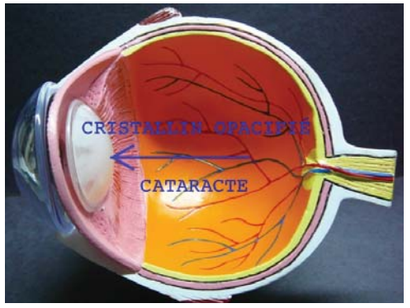
L'œil utilise deux lentilles naturelles : la cornée et le cristallin, pour que l'image regardée soit au point sur la rétine (qui est l'équivalent du film de la caméra) et soit ainsi claire.

La cornée se modifie très peu avec l'âge; le cristallin, par contre, subit le processus de vieillissement.

Avec les années, il se produit des modifications de la transparence et de la consistance du cristallin que nous appelons cataracte.

Fig.: 1-a) cristallin clair et b) cristallin opacifié : cataracte.





« La cornée se modifie très peu avec l'âge; le cristallin, par contre, subit le processus de vieillissement. Avec les années, il se produit des modifications de la transparence et de la consistance du cristallin que nous appelons cataracte. »

QUELLES SONT LES CAUSES DE LA CATARACTE?

Elles sont multifactorielles. La principale, que nous avons déjà mentionnée, est **le vieillissement**. Règle générale, la cataracte apparaît en même temps que les cheveux blancs et les rides. Chacun d'entre nous va en développer éventuellement et inévitablement.

Il y a aussi un **facteur familial** qui fait que, dans certaines familles, les cataractes apparaissent plus tôt qu'en moyenne.

Certains médicaments, tels que les stéroïdes, contribuent au développement des cataractes s'ils sont consommés de façon chronique.

Les rayons ultraviolets ont été accusés, avec raison, d'augmenter l'évolution des cataractes. Plus on passe d'heures, de jours, de mois au soleil sans protection anti-UV, plus elles apparaîtront tôt.

Les traumatismes oculaires sévères peuvent souvent provoquer des cataractes, de même que certaines **maladies oculaires chroniques** telles que l'uvéite.

Finalement, les cataractes, par **défaut métabolique ou héréditaire**, peuvent être présentes à la naissance ou se développer chez des individus en bas âge.

QUELS EN SONT LES SYMPTÔMES?

Les symptômes vont être liés, au début, à la couche du cristallin principalement modifiée. Le cristallin se divise en trois couches: la capsule, enveloppe du cristallin; le noyau, sa partie centrale, et le cortex, sa couche intermédiaire.

Le noyau du cristallin va changer de couleur et ainsi passer de clair, à blanc, à jaune, à orange, à brun et à noir. Progressivement les troubles visuels vont apparaître.

Au début, les modifications du noyau induisent une myopie. La vision au loin diminue progressivement, mais la vision de près s'améliore. Les patients enlèvent leurs verres pour lire.

Subtilement, la vision des couleurs est modifiée. Ce n'est qu'après l'extraction de la cataracte que les patients vont observer l'énorme différence entre l'œil opéré qui va percevoir de nouveau les blancs et les bleus normalement, et à l'œil non opéré qui voit plutôt rouge et jaune.

Les patients qui conduisent une automobile vont devenir de plus en plus inquiets lorsqu'ils conduisent le soir, et ce, à cause d'une baisse de la vision nocturne et de l'apparition de halos autour des lumières.

Quand le cortex (couche intermédiaire du cristallin) s'opacifie, les patients sont de plus en plus éblouis au soleil, et par les lumières.

Finalement, quand la capsule postérieure s'opacifie, les patients présentent de la difficulté à lire, surtout de près, et deviennent très rapidement symptomatiques. Ce type de cataracte survient entre autres chez les patients prenant de la cortisone de façon chronique.

Ce qu'on appelle «cataracte mature» consiste en une cataracte par atteinte complète des trois couches du cristallin. Le patient a alors une basse vision.

Fig.: 2 a) vision normale

b) vision embrouillée par la cataracte.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES?

Au début, quand la cataracte ne cause que la myopie, la vision peut être améliorée par des verres correcteurs. Toutefois, dès que le processus d'opacification augmente, les verres ne sont plus d'aucune utilité.

La chirurgie devient alors le seul recours.

QUAND OPÉRER ?

Il y a quatre indications qui permettent de déterminer le moment opportun d'opérer la cataracte:

Premièrement, lorsque la baisse de vision nuit aux activités quotidiennes du patient.

Deuxièmement, lorsque le patient est à risque de perdre son permis de conduire, parce que sa vision ne répond plus aux exigences de la SAAQ.

Troisièmement, lorsque la cataracte montre des signes de durcissement important au niveau du noyau. Cela peut rendre la chirurgie techniquement plus difficile et augmenter les risques de complications.

Quatrièmement , lorsque certaines conditions oculaires associées (uvéite, glaucome, rétinopathie, etc.) accélèrent la décision chirurgicale.

LA CHIRURGIE:

Il s'agit sûrement de la chirurgie la plus pratiquée au monde. C'est aussi probablement l'une des plus anciennes chirurgies pratiquées dans le temps. Elle aurait été décrite en Inde quelques centaines d'années av. J.-C.

Brièvement, elle consiste à retirer la cataracte (cristallin opacifié) et la remplacer par une lentille intraoculaire claire. Cette chirurgie se fait actuellement par émulsification de la cataracte par ultrasons (phacoémulsification), puis par aspiration des masses. La capsule de la cataracte (enveloppe) qui est fixe dans l'œil est laissée en place pour y insérer la lentille artificielle et la maintenir en place.

« Ce qu'on appelle «cataracte mature» consiste en une cataracte par atteinte complète des trois couches du cristallin. Le patient a alors une basse vision. »

« Au début, quand la cataracte ne cause que la myopie, la vision peut être améliorée par des verres correcteurs. Toutefois, dès que le processus d'opacification augmente, les verres ne sont plus d'aucune utilité.La chirurgie devient alors le seul recours. »

Le laser est en développement, en vue d'être utilisé dans certaines étapes de cette chirurgie.

ANESTHÉSIE:

De nos jours, l'anesthésie est topique et se fait seulement par instillation de gouttes (tétracaïne) ou d'un gel (lidocaïne) au début de la chirurgie et des anxiolytiques sont administrés en préopératoire. En salle d'opération, au besoin, certains sédatifs intraveineux peuvent être ajoutés selon l'état de nervosité du patient.

LENTILLES INTRAOCULAIRES:

L'arrivée des lentilles intraoculaires a révolutionné cette chirurgie.

Fig.: 3, dimension et forme d'une lentille intraoculaire.

Il y a une trentaine d'années, avant l'arrivée des lentilles intraoculaires, cette chirurgie avait pour objectif d'extraire la cataracte et permettre de retrouver la vision. Obligatoirement, des verres correcteurs assez forts, pour compenser la puissance du cristallin, avec des effets optiques très handicapants, devaient être portés après cette chirurgie.

Maintenant, avec le développement de plusieurs types de lentilles intraoculaires, cette chirurgie, en plus de régler le problème médical, peut corriger les troubles optiques (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie).

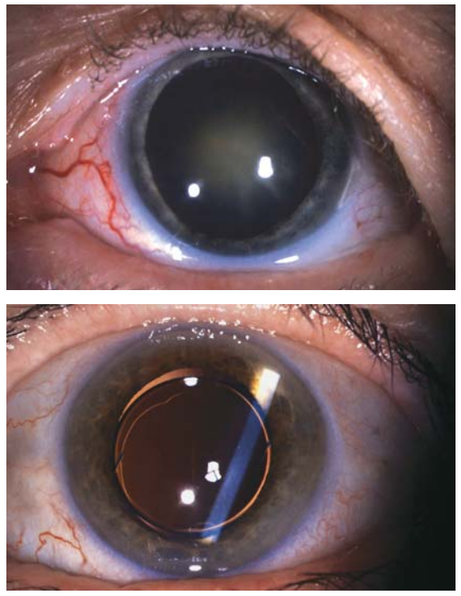
Ces lentilles s'améliorent continuellement et sont à la source d'une vive compétition entre les différentes compagnies de fabrication.

« Maintenant, avec le développement de plusieurs types de lentilles intraoculaires, cette chirurgie, en plus de régler le problème médical, peut corriger les troubles optiques (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie). »

Le chirurgien décidera, avec le patient, quelle est la lentille idéale pour ce dernier, en considérant ses besoins, ses attentes et son budget. En général, le prix peut varie entre 300 et 1000$.

Elles ne sont pas couvertes par la RAMQ, mais le gouvernement offre certaines lentilles, pour les patients n'ayant pas les moyens de les acheter.

Fig.: 4 a) pupille dilatée et cataracte nucléaire bien visible; b) pupille dilatée et lentille intraoculaire en place avec reflet rétinien visible.



LES COMPLICATIONS:

Parce que la chirurgie de la cataracte est d'une extrême précision, les risques et complications surviennent rapidement et peuvent être majeurs.

La prise de certains médicaments, par exemple, le chlorhydrate de tamsulosine (Flomax), prescrit pour les troubles de la prostate, peut augmenter, de façon parfois très importante les risques de complications préopératoires par son action indésirable sur l'iris.

Les complications préopératoires les plus fréquentes sont la rupture de la capsule, la perte du noyau dans le vitré, l'hémorragie mineure jusqu'à expulsive.

En post-opératoire, c'est surtout l'infection intraoculaire qui guette le patient. C'est pour cette raison que le patient doit mettre des gouttes d'antibiotiques et observer certaines précautions pendant quelques semaines: pas de jardinage, pas de golf ou toutes autres activités à risque d'infection.

Le patient sera idéalement vu deux fois après l'opération pour s'assurer qu'il ne développe pas de telles complications.

C'est surtout à cause de ce risque d'infection que l'extraction de la cataracte ne se fait pas, sauf en quelques exceptions, le même jour aux deux yeux.

LA VISION APRÈS LA CHIRURGIE:

La vision, après une chirurgie de la cataracte, redevient normale, à moins qu'une autre maladie oculaire associée ne soit présente. Plusieurs patients âgés vont présenter une dégénérescence maculaire en même temps que la cataracte, ou chez les diabétiques, une rétinopathie secondaire, les empêchant de récupérer une vision parfaite.

La majorité des lentilles posées actuellement sont monofocales, c'est-à-dire pour une vision optimale au loin. Cela veut dire que la majorité des patients vont devoir porter des verres pour la lecture de près. Une correction au loin, sera nécessaire selon le défaut optique résiduel.

LA CATARACTE PEUT-ELLE REVENIR ?

L'extraction de la cataracte est définitive. Elle ne repousse pas. Par contre, il est possible que la capsule de la cataracte, que nous laissons en place volontairement pour tenir la lentille, s'opacifie.

À ce moment, la vision va diminuer progressivement. Il ne faut pas s'affoler. Un simple traitement au laser Yag (capsulotomie) va faire disparaître cette opacité capsulaire gênante et ceci, définitivement.

CE QU'IL FAUT SAVOIR:

Il n'est pas nécessaire d'arrêter la prise d'anticoagulants ou d'antiplaquettaires pour cette chirurgie. L'incision se fait en cornée claire et le cristallin est avasculaire.

Il faut aviser le patient qui prend du Flomax pour les problèmes de prostate, que la chirurgie sera plus à risque. L'arrêt de ce médicament avant la chirurgie n'a habituellement pas d'effet, le dommage étant déjà fait.

La chirurgie de la cataracte se fait par ultrasons, et non au laser, contrairement à la croyance populaire. Le laser est cependant en développement pour certaines étapes de cette chirurgie.

Nous n'attendons plus que la cataracte soit «mature ou mûre» pour l'opérer, c'est-à-dire que le patient soit aveugle. C'est une notion que nous utilisions il y a plus de 20 ans, quand les risques et complications de la chirurgie étaient plus importants. Avec les nouvelles technologies opératoires, les risques ont nettement diminué et les indications chirurgicales ont changé.

QUEL EST L'AVENIR DU TRAITEMENT DE LA CATARACTE?

La chirurgie de la cataracte évolue très rapidement. Elle constitue une entreprise très lucrative pour les compagnies qui fabriquent les appareils de chirurgie et les lentilles. La compétition est féroce, ce qui entraîne des pas de géant dans cette technologie.

L'ophtalmologiste doit s'adapter continuellement et rapidement à cette évolution chirurgicale spectaculaire, toujours pour le mieux-être des patients.

Il y a 30 ans, personne n'aurait pu prévoir ce que cette chirurgie est devenue. Il est donc impossible d'envisager, aujourd'hui, comment nous allons traiter la cataracte dans 30 ans.

Existera-t-il un traitement médical pour prévenir le développement de la cataracte ? Possiblement. C'est à suivre. ■

« La chirurgie de la cataracte se fait par ultrasons, et non au laser, contrairement à la croyance populaire. Le laser est cependant en développement pour certaines étapes de cette chirurgie. »

François Gordon Oculariste inc.

Prothèses oculaires faites sur mesure
Custom made Ocular Protheses

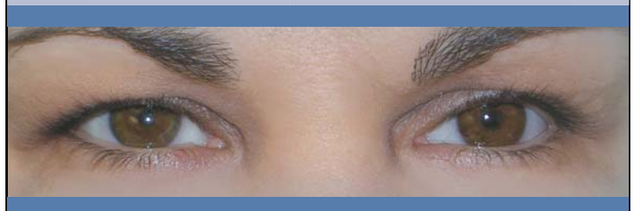
2 bureaux pour vous servir

505, rue Ste-Hélène
Bureau 102
Longueuil
Québec J4K 3R5

35, rue St-Louis
Ste-Agathe-des-Monts
Québec
J8C 2A2

Un seul numéro 450·674·5557

Nous maîtrisons l'art de restaurer le regard



www.francoisgordonoculariste.ca

Dr Yanick Larivée
Médecin spécialiste
en oto-rhino-laryngologie
(ORL)

Chirurgien de la tête
et du cou

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

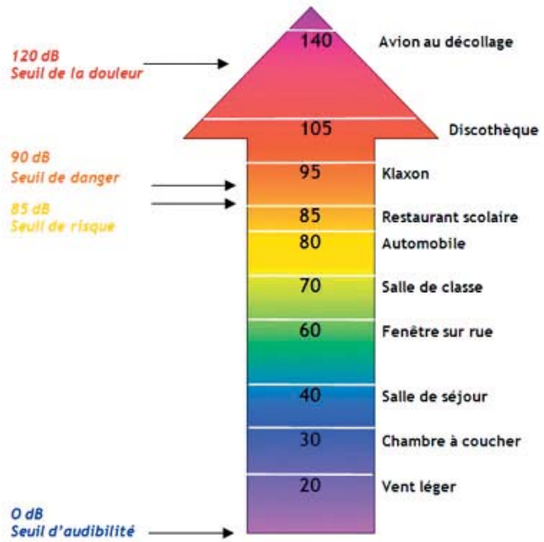
LES IPODS SONT-ILS DANGEREUX?

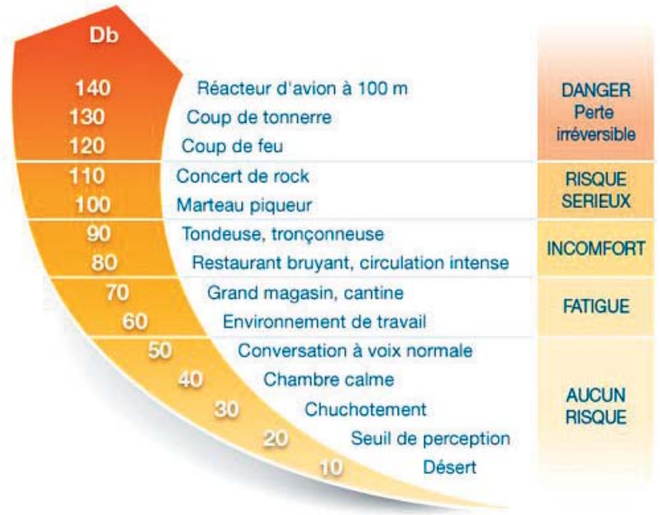
LES DANGERS DU BRUIT SUR NOTRE SANTÉ AUDITIVE EN 2013!

« Si l'exposition à des bruits excessifs est prolongée (fréquentation répétée de bars, de concerts, ou utilisation fréquente de iPod à fort volume, etc.), le dommage aux oreilles peut être permanent : clairement, il y aura de la surdité et des acouphènes. »

Les iPods et autres lecteurs MP3 de ce monde sont de véritables petites merveilles : petit format et grande capacité de stockage sont au rendez-vous. Toutefois, ils sont capables de reproduire la musique à des intensités surprenantes qui justifient à elles seules certaines précautions.

Petit rappel anatomique : l'oreille interne est constituée de cellules ciliées qui perçoivent les sons et les transmettent au cerveau. Lorsque ces cellules nerveuses sont surstimulées par des sons de forte intensité, elles sont endommagées. Une exposition brève à des bruits excessifs, comme c'est le cas lors d'un concert de musique, cause normalement des symptômes temporaires (assourdissement, cillements et autres acouphènes) signifiant que nos oreilles ne sont pas heureuses! Si l'exposition à des bruits excessifs est prolongée (fréquentation répétée de bars, de concerts, ou utilisation fréquente de iPod à fort volume, etc.), le dommage aux oreilles peut être permanent : clairement, il y aura de la surdité et des acouphènes.



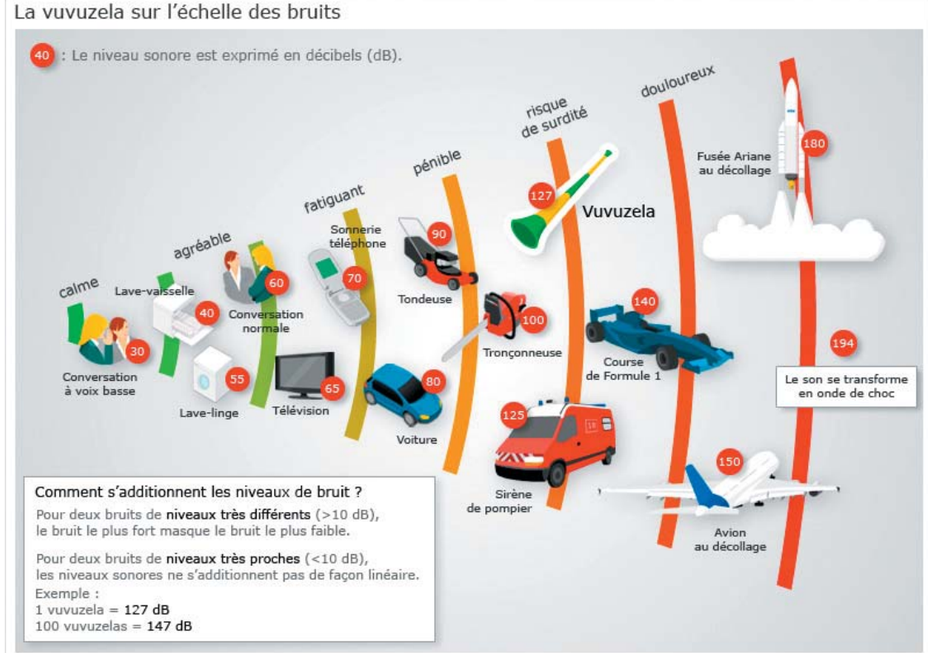


La surdité affecte près de 10 % de la population, mais nous constatons un nombre grandissant de jeunes qui souffrent de surdité entraînée par de mauvaises habitudes de vie. Certaines études démontrent que 25 % des jeunes utilisateurs de lecteur MP3 sont à risque de surdité permanente, et que 50 % les utilisent à un volume trop élevé. En fait, la majorité des jeunes sont convaincus que l'intensité de leur musique n'est pas si forte. D'autres études démontrent que le bruit déconcentre les enfants et pourrait causer des problèmes d'apprentissage.

On mesure l'intensité sonore par les décibels (dB). Pour comprendre les intensités sonores, pensons à un chuchotement (30dB), une maison normale tranquille (45 dB), une conversation normale (60 dB), un restaurant bruyant (70dB), un malaxeur (80 dB), machinerie industrielle (85 dB et +), un marteau-piqueur ou une discothèque (100 dB), et un moteur d'avion ou un concert rock (120 dB), une bombe lacrymogène (130 dB et +) et une fusée qui décolle (190 dB !). Une surdité permanente peut être causée par une exposition soutenue à des intensités de 85 dB ou

« Des dommages permanents apparaissent si on utilise les iPod plus de 90 minutes par jour à des volumes de 80 % ou plus! Il est faux de croire que les manufacturiers mettent en marché des lecteurs avec des volumes sécuritaires : c'est la responsabilité entière de l'utilisateur. La musique de concert, comme on l'a mentionné, (120 dB ou +) cause aussi beaucoup de problèmes. »

La vuvuzela sur l'échelle des bruits



sources : CIDB, LeFigaro.fr

Infographie : LE FIGARO.fr
Damien Hypolite

plus, ce qui s'avère problématique en milieu industriel. Les travailleurs industriels non protégés et toute personne travaillant à un poste bruyant devraient subir un dépistage de trouble auditif à intervalle assez régulier.

« Avec le nombre croissant de grands concerts en plein air, les auditeurs assis à l'avant devraient avoir accès à des dispositifs de protection auditive afin d'éviter les dommages permanents. »

Les dangers sont grands pour nos jeunes! Ces niveaux de décibels deviennent encore plus inquiétants lorsque l'on sait que les iPod peuvent atteindre 115 dB. Des dommages permanents apparaissent si on utilise les iPod plus de 90 minutes par jour à des volumes de 80 % ou plus! Il est faux de croire que les manufacturiers mettent en marché des lecteurs avec des volumes sécuritaires : c'est la responsabilité entière de l'utilisateur. La musique de concert, comme on l'a mentionné, (120 dB ou +) cause aussi beaucoup de problèmes.

Avec le nombre croissant de grands concerts en plein air, les auditeurs assis à l'avant devraient avoir accès à des dispositifs de protection auditive afin d'éviter les dommages permanents. Et que penser des voisins qui s'en plaignent?! Naturellement, ces bons conseils s'adressent aussi aux fans de course automobile. Par ailleurs, notez que les jeunes adultes possédant de puissants systèmes de sons à même leur automobile s'exposent à des intensités de l'ordre de 142 dB ou plus!

15 dB	Feuilles légères agitées par un vent doux dans un jardin silencieux.
20 dB	Chuchotement/Studio d'enregistrement. Jardin paisible.
25 dB	Conversation à voix basse entendue à 1,50m.
30 dB	Appartement dans quartier tranquille.
35 dB	Bâteau à voile.
40 dB	Lieu calme/Bureau dans quartier calme.
45 dB	Appartement normal avec les bruits minimaux de la rue.
50 dB	Bruit d'une voiture au ralenti entendu de l'intérieur.
60dB	Conversation courante/Grands magasins. Rue résidentielle/Bâteau à moteur.
65 dB	Valeur limite du bruit de l'environnement (routes, autoroutes) captée par les façades.
70 dB	Restaurant bruyant/Circulation importante.
80 dB	Klaxon de voiture/Mixer.
85 dB	Atelier de tournage et d'ajustage.
A partir de ce seuil, le bruit est facteur de troubles auditifs.	
95 dB	Rue au trafic intense/Atelier de forgeage.
A partir de ce seuil, le bruit est pénible à entendre.	
100 dB	Baladeur/Scie à ruban/Moto sans silencieux. Marteau piqueur (entendu à moins de 5m)
105 dB	Discothèque (avec des crêtes de 120 dB). Rabateuse/Métro (à l'intérieur)
A partir de ce seuil, le bruit est difficile à supporter.	
110 dB	Atelier de chaudronnerie.
A partir de ce seuil, le bruit devient douleur.	
120 dB	Moteur d'avion à quelques mètres/Concert rock ou techno.
130 dB	Décollage d'un avion/Marteau pilon.
A partir de ce seuil, la loi exige une protection sociale.	
140 dB	Turbo réacteur au banc d'essai.
190 dB	Fusée au décollage.

Ainsi, quoi faire pour protéger les petites… et les grandes oreilles ?

Diminuer l'intensité : si on peut entendre la musique de celui qui utilise son iPod, c'est que c'est trop fort! Aussi, il est souvent possible de « bloquer » ou verrouiller le volume des iPod à un volume maximal. Une bonne option pour les parents !

Diminuer le temps : Une demi-heure de MP3, une demi-heure de pause sonore! Allez donc jouer dehors en attendant!

Protégeons les oreilles de nos enfants, car elles sont fragiles : les MP3 pourraient les faire vieillir trop vite! ■

abbvie

NOTRE NOM EST NOUVEAU. NOTRE ENGAGEMENT ENVERS LES SOINS DE SANTÉ NE L'EST PAS.

Peu d'entreprises voient le jour prêtes à servir les patients comme AbbVie. Nous sommes une nouvelle société biopharmaceutique issue d'Abbott et d'un riche héritage de 125 ans de soins aux patients.

Afin de faire évoluer les soins de santé à l'échelle mondiale, AbbVie allie l'expertise et la stabilité d'une société pharmaceutique réputée à l'esprit d'innovation scientifique d'une entreprise de biotechnologie. Notre détermination à mettre de l'avant des solutions qui auront un impact remarquable sur la vie des gens perpétue l'héritage d'Abbott d'où nous tirons nos origines.

Nous sommes fiers de nous présenter comme AbbVie.

abbvie.ca

©2013 AbbVie.

Dr. Simon Gagnon M.D., F.R.C.S. (C)
Oto-Rhino-Laryngologiste

DOCTEUR, J'AI UNE BOULE DANS LA GORGE…

CAS CLINIQUE

Mme. G. LeMotton est âgée de 54 ans. Elle se plaint d'une sensation désagréable de «boule» dans la gorge, et ce, depuis quelques années déjà. Elle a l'impression d'avoir des sécrétions dans sa gorge. Elle tente régulièrement de les cracher, mais elle il y arrive rarement. Elle se «dérhume» fréquemment ce qui l'embête, elle, tout comme son entourage. Son médecin de famille l'a déjà envoyé consulter un spécialiste. Elle avait été déçue de cette consultation. Le spécialiste lui avait dit que son examen était normal, qu'elle ne devait pas s'inquiéter. Elle n'arrive pas à comprendre comment il pouvait dire une chose pareille. Elle a dit à son médecin de famille, après cette consultation, qu'elle n'était pas folle et sentait bel et bien un corps étranger dans sa gorge. Elle craint qu'un cancer puisse avoir été manqué.

« Le Globus pharyngé est une sensation persistante ou intermittente, non douloureuse, d'avoir un corps étranger ou une boule («lump» en anglais) dans la gorge. »

DÉFINITION

Le Globus pharyngé est une sensation persistante ou intermittente, non douloureuse, d'avoir un corps étranger ou une boule («lump» en anglais) dans la gorge.

Cette condition dure souvent depuis longtemps avant que le patient ne se décide à consulter. Elle est difficile à traiter et a tendance à récidiver.

Il s'agit d'une condition très fréquente. Elle compte pour environ 4 % de toutes les nouvelles consultations en Oto-Rhino-Laryngologie. Il est estimé qu'une bonne proportion des adultes dits «normaux» (jusqu'à 46 %) pourrait présenter ces symptômes à un moment ou l'autre de leur vie. Cependant, seuls ceux dont les symptômes persisteront plus longtemps consulteront.

Les hommes souffriraient de cette condition aussi souvent que les femmes. Par contre, les femmes seraient plus sujettes à consulter pour cette condition ce qui contribue à la perception, répandue chez les professionnels de la santé, qu'il s'agit d'une condition affectant surtout les femmes.

Le Globus ne date pas d'hier. Hippocrate faisait référence à cette condition il y a 2500 ans. Nous devons cependant à Purcell (1707) d'être le premier à bien décrire l'ensemble des symptômes et la définir comme une condition, une entité propre.

Cette condition fut longtemps appelée «Globus Hystéricus». La raison en étant probablement que la majorité des patients consultant pour cette condition étaient des femmes. Ces dernières étant anxieuses face à leur condition et sans compter que la grande majorité des médecins étaient des hommes… ces derniers, devant un examen normal et faute d'explications, étaient prompts à attribuer la situation à un phénomène psychologique.

L'appellation «Globus Hystéricus» a connu une longue carrière étant fréquemment utilisée jusque dans les années 1980. À cette époque, plusieurs études ont démontré que les patients souffrant de cette condition ne présentaient pas plus de traits de personnalité hystrionique que la population normale. Donc, l'hystérie devait être écartée du tableau. Alors pourquoi le mythe du problème de nature psychologique a-t-il duré si longtemps?

La réponse réside probablement dans le fait que les patients souffrant de Globus rapportent, dans 96 % des cas, une exacerbation de leurs symptômes dans des périodes stressantes de leur vie.

Malcomson en 1968 fut le premier à suggérer que le terme Globus Pharyngé était plus approprié. Il s'agit d'ailleurs de la seule appellation qui devrait être employée aujourd'hui.

SYMPTÔMES

Comme en fait part la définition, les patients se plaindront d'une gêne au niveau de la gorge. L'impression d'avoir une boule ou un corps étranger dans la gorge. La sensation est le plus souvent diffuse et bilatérale quoiqu'occasionnellement les symptômes puissent parfois se retrouver plus d'un côté que de l'autre. Les patients conservent en général un bon état général et ne perdent pas de poids. Ils éprouvent une gêne à la déglutition, mais sans blocage franc des aliments. La sensation est souvent présente depuis un certain temps (plusieurs semaines, voir des mois ou des années). Les patients diront rarement spontanément que les symptômes sont augmentés en situations stressantes, mais répondront souvent par l'affirmative s'ils sont questionnés sur le sujet. Ils diront sentir des sécrétions dans leur gorge, mais avoir de la difficulté à cracher quoi que ce soit.

Le clinicien se doit cependant d'être à l'affût de symptômes et de signes considérés «d'alarme». Un patient exhibant ces signes ou symptômes devra faire l'objet d'une investigation plus poussée et d'une attention particulière.

C'est symptômes et signes sont principalement : la douleur, une difficulté franche à avaler (dysphagie), une douleur à la déglutition (odynophagie), une modification de la voix (dysphonie) objectivable, une franche latéralisation des symptômes et une perte de poids.

CAUSES

Aucune cause n'a clairement été identifiée pour le Globus. Cette condition serait probablement multifactorielle. Plusieurs causes potentielles ont été notées par le passé et doivent faire partie du diagnostic différentiel du médecin rencontrant un patient se plaignant d'un Globus pharyngé. (Tableau 1)

Tableau 1
CAUSES POTENTIELLES DE GLOBUS

- Reflux laryngo-pharyngé
- Dysfonction du sphincter oesophagien supérieur
- Dysmotilité oesophagienne
- Pathologie inflammatoire du pharynx (pharyngite, amygdalite,…)
- Tumeur du larynx ou du pharynx (bénigne ou cancer)
- Tumeur de l'œsophage
- Hypertrophie de la base de la langue (amygdales linguales)
- Tissu gastrique hétérotopique
- Épiglottitie rétroversée
- Pathologie thyroidienne (nodule, goître, cancer)
- Facteurs psychologiques

Une cause potentielle retient particulièrement l'attention au cours des dernières années : le reflux laryngo-pharyngé (RPL). Il s'agirait d'une variante du reflux gastro-oesophagien (RGO). Ce dernier est bien connu. Il s'agit d'une situation où le contenu acide de l'estomac remonte dans l'œsophage entraînant des brûlures d'estomac et des remontées acides (pyrosis). Le premier est quant à lui le même phénomène de remontées où le contenu de ce qui reflux (qu'il soit acide ou non) entraîne des symptômes nommés extra-digestifs (globus, toux chronique et autres). Le reflux serait présent chez 23 à 68% des patients se présentant avec un Globus.

Le RPL pourrait entraîner des symptômes au niveau de la gorge par deux principaux mécanismes. Le premier serait la remontée directe d'un contenu acide jusque dans la gorge. Ceci peux occasionner, si assez fréquent, des lésions laryngées (rougeur, inflammation, granulome) qui seront visibles lors de l'examen ORL.

Le deuxième mécanisme est un mécanisme «réflexe» de protection. En présence d'acide ou d'un autre reflux (biliaire), l'œsophage informe le tronc cérébral de cette situation. Ce dernier de façon réflexe entraînera une augmentation du tonus du sphincter oesophagien supérieur qui est une entité musculaire à la partie supérieure de l'œsophage et située dans le cou. Cette contraction vise à empêcher le contenu remontant l'œsophage d'atteindre l'entrée des voies respiratoires (le larynx et les cordes vocales) et causer des problèmes respiratoires. Cette augmentation du tonus musculaire serait perçue par le patient, ce qui explique ses symptômes. Cependant, cette augmentation de tonus n'est cependant pas visible pour le médecin examinant le larynx. Cette hypothèse réconcilie donc la situation vécue par le patient avec ce que constate souvent le médecin, c'est-à-dire la présence de symptômes ressentis par le patient et l'absence d'anomalie notée par le médecin.

« Les patients conservent en général un bon état général et ne perdent pas de poids. Ils éprouvent une gêne à la déglutition, mais sans blocage franc des aliments. La sensation est souvent présente depuis un certain temps (plusieurs semaines, voir des mois ou des années). »

DIAGNOSTIC

Il n'y a pas de consensus concernant comment diagnostiquer le Globus. Autrefois, le Globus était un diagnostic d'exclusion. C'est-à-dire que les médecins évoquaient ce diagnostic après avoir éliminé d'autres causes et devant l'absence de celles-ci un diagnostic de Globus était porté.

Maintenant, le diagnostic de Globus n'en est plus un d'exclusion. Lorsque les symptômes sont assez typiques et qu'il y a absence de symptômes ou signes d'alarme et que l'examen ORL complet est normal ; le diagnostic de Globus peut être porté sans autre investigation. Plusieurs tests diagnostics ont été utilisés afin de pouvoir cerner le diagnostic de Globus et ses causes, mais aucun n'a réussi à se démarquer pour jeter un peu de lumière sur cette entité.

La démarche diagnostique débute d'abord par un questionnaire serré sur les symptômes, leur apparition,

MEDI TEXT
TRADUCTION, RÉVISION, TERMINOLOGIE
PLUS DE 30 ANS D'EXPÉRIENCE
Lucie Martineau, traductrice agréée
Pauline Prince, terminologue agréée
Tél. : **514 843-8320**
meditext@videotron.ca
www.meditext.qc.ca
SPÉCIALITÉS
Médecine et pharmacie

leur durée, les facteurs pouvant les affecter et la présence ou l'absence de symptômes ou signes d'alarme.

Par la suite, un examen attentif de la sphère ORL doit être fait. Le cou sera examiné à la recherche d'une augmentation de volume ou d'une masse dans la glande thyroïde, d'une autre masse cervicale (ganglion ou autre). L'examen de la cavité buccale, de la gorge (pharynx) et des cordes vocales (larynx) devra être fait. Au besoin l'ORL utilisera un naso-laryngoscope flexible (appareil à fibre optique introduit par le nez) pour examiner attentivement toutes ces régions anatomiques. Le naso-laryngoscopie flexible est le seul examen sur lequel la littérature sur le sujet s'entend comme étant utile dans la majorité des cas de Globus.

« L'examen ORL complet permettra d'éliminer, à lui seul, la majorité des pathologies importantes que ce soit au niveau thyroïdien, pharyngé et laryngé. »

L'examen ORL complet permettra d'éliminer, à lui seul, la majorité des pathologies importantes que ce soit au niveau thyroïdien, pharyngé et laryngé.

La Gorgée barytée et la Vidéofluoroscopie, qui consiste à faire des clichés radiologiques ou tourner un vidéo pendant que le patient avale une préparation de Baryum n'est pas indiqué pour le diagnostic de Globus si l'examen ORL est normal et qu'il n'y a pas de symptômes ou signes d'alarme pointant vers une pathologie oesophagienne. Si une telle pathologie est suspectée, une oesophago-gastroscopie serait plus utile ; quoique cette dernière soit inutile pour le diagnostic de Globus sous réserve des mêmes conditions que pour les examens avec Baryum.

« Le Globus pharyngé est une pathologie fréquente. Un questionnaire adéquat et un examen ORL complet sont nécessaires pour porter le diagnostic en toute sécurité. Des explications concernant la pathologie, tout comme la réassurance sont nécessaires pour que le patient comprenne ce qui lui arrive. »

La manométrie oesophagienne est peu utile pour le diagnostic de Globus, ces résultats étant trop variables et trop souvent non concluants à moins de suspecter une dysmotilité oesophagienne.

Pour ce qui est des tests visant à mesurer le RPL, aucun à ce jour n'a permis de diagnostiquer de façon claire le RPL. La pHmétrie de 24 heures avec double sonde qui un examen où une sonde est introduit par le nez jusque dans l'œsophage. Cette sonde comporte des sondes mesurant l'acidité. La sonde doit être portée pendant 24 heures et un enregistrement des épisodes de reflux est fait. Selon le nombre et/ou la durée de ces épisodes, le diagnostic de RGO est fait. Cet examen malheureusement ne fait pas consensus pour le diagnostic de RPL. Par conséquent, son utilité dans le Globus est quasi nulle.

TRAITEMENT

Il y a peu ou pas d'études bien conçues concernant le traitement du Globus. Les cliniciens doivent donc ainsi se rabattre sur des opinions d'experts. De ce côté, en 2008, une publication internationale sur le Globus où des experts du Royaume-Uni, de l'Irlande, de la Belgique, de l'Espagne et du Japon faisaient le point sur le Globus et son traitement.

Tous s'entendent pour dire que la réassurance et des explications de la condition au patient étaient les points les plus importants. Dissiper toute crainte concernant la présence d'un cancer est un élément important pour le patient et souvent non avoué par ce dernier. Mais comme pour Mme. G. LeMotton, la réassurance seule est souvent insuffisante. Les patients doivent comprendre pourquoi, en dépit de leurs symptômes, l'examen peut-être normal. Ceci brisera souvent le cycle des multiples consultations pour ce problème.

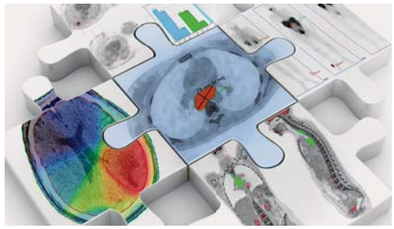
Il y a une tendance lourde sur le plan mondial à suggérer si les symptômes du patient sont importants, un essai thérapeutique pour le reflux laryngo-pharyngé (RPL). Cet essai thérapeutique devra inclure des conseils de préventions (certaines restrictions sur le plan alimentaire…) et l'utilisation d'un médicament de la classe des Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Il est suggéré d'utiliser les IPP à hautes doses (deux fois par jour) et de façon prolongée (3 mois) dans le cadre d'un essai thérapeutique, ceci basé sur l'opinion d'une multitude d'experts mondiaux en l'absence d'études de qualité sur le sujet.

Le patient sera alors réévalué après l'essai thérapeutique de 3 mois. Si les symptômes n'ont absolument pas changé, la médication doit être cessée. Si les symptômes ont diminué de façon significative, la médication pourra être réduite pour éventuellement être cessée. Si l'amélioration est modérée, la même dose peut être conservée pour un autre 3 mois et la conduite réévaluée à ce moment.

L'orthophonie est une modalité parfois utilisée avec quelques succès. Cependant, cette modalité, pour le moment, devrait être réservée à une clientèle limitée. De la même façon, la psychothérapie ou une thérapie comportementale peuvent parfois être utilisées, mais encore, pour quelques cas démontrant une détresse psychologique ou une difficulté à fonctionner correctement dans leur vie de tous les jours.

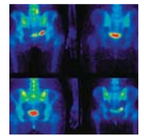
CONCLUSION

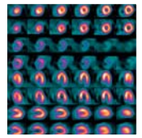
Le Globus pharyngé est une pathologie fréquente. Un questionnaire adéquat et un examen ORL complet sont nécessaires pour porter le diagnostic en toute sécurité. Des explications concernant la pathologie, tout comme la réassurance sont nécessaires pour que le patient comprenne ce qui lui arrive. Selon la clinique, un essai thérapeutique pour le RPL peut-être fait. Environ 40 % des patients auront des symptômes persistants. Mais plus de 60% seront grandement améliorés après une prise en charge initiale adéquate. ■



HERMES
HERMES MEDICAL SOLUTIONS

SOLUTIONS TECHNOLOGIQUES DE POINTE
EN MÉDECINE NUCLÉAIRE ET
EN IMAGERIE MOLÉCULAIRE MULTIMODALITÉ



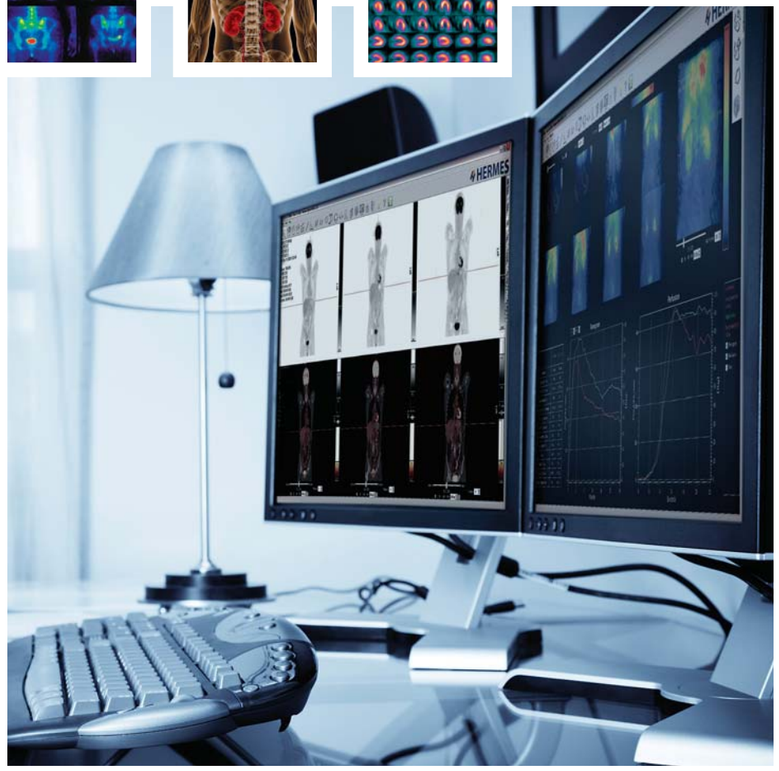


Hermes Solutions Médicales
1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 1800
Montréal (Québec) H3A 2R7
(514) 288-5675 ▪ 1 (877) 666-5675

info@hermesmedical.com

- HERMES Medical Solutions AB
  Stockholm, Suède
  Tél. : +46 (0) 8 190325
- HERMES Medical Solutions Ltd
  London, Royaume-Uni
  Tél. : +44 (0) 20 3178 5890
- HERMES Medical Solutions Inc.
  Greenville, États-Unis
  Tél. : 1 (866) HERMES2
- HERMES Information Science Technology Ltd
  Shanghai, Chine
  Tél. : +86 21 64 17 56 18

www.hermesmedical.com



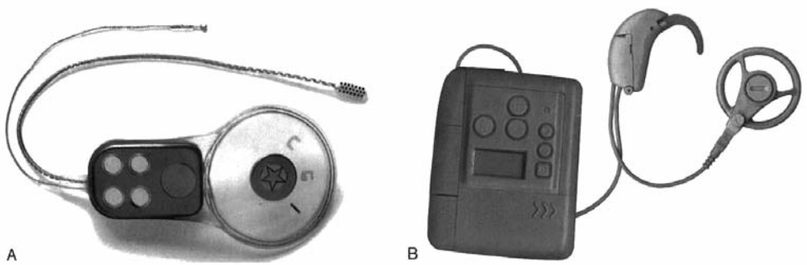
EXPÉRIENCE
Fondé en 1976 à Stockholm en Suède, HERMES s'impose comme leader de l'industrie comptant plus de 30 ans d'excellence en Imagerie Médicale.

SPÉCIALISATION
HERMES offre des solutions personnalisées, clés en main, pour l'imagerie médicale incluant une connectivité transparente, une plateforme d'analyse et de visualisation unique, un archivage en format natif et/ou DICOM, la lecture à distance et une intégration PACS complète permettant un flux de travail efficient pour votre département de Médecine Nucléaire.

Denis Pouliot, M.D., FRCS(c)
Oto-rhino-laryngologiste
Service ORL de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec

L'HUMAIN PEUT ENTENDRE SANS OREILLES AVEC UN IMPLANT AUDITIF SUR LE CERVEAU

IL EST POSSIBLE D'ENTENDRE SANS OREILLES. LA PERSONNE SOUFFRANT D'UNE SURDITÉ COMPLÈTE AU NIVEAU DES DEUX OREILLES, AVEC ABSENCE DE NERF AUDITIF ENTRE LE CERVEAU ET L'OREILLE, PEUT MAINTENANT BÉNÉFICIER D'UNE NOUVELLE TECHNOLOGIE QUI LUI PERMET D'ENTENDRE PAR UNE TRANSMISSION DES SONS DIRECTEMENT SUR LE CERVEAU.



Depuis plus de 20 ans, une équipe multidisciplinaire formée surtout d'oto-rhino-laryngologistes et de neurochirurgiens a développé une expertise de pointe dans le traitement des tumeurs de la base du crâne à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec. Par ailleurs, à l'Hôtel-Dieu de Québec, le Dr Pierre Ferron a réalisé en 1984, le premier implant cochléaire au Canada. À partir de cet embryon, le Programme québécois pour l'implant cochléaire est devenu un centre très spécialisé en implant auditif, reconnu sur le plan national et international, le tout grâce à de nombreux partenaires. Compte tenu de l'expertise développée en implant cochléaire de l'Hôtel-Dieu de Québec et de celle en chirurgie de la base du crâne de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus depuis plus de 25 ans, il est possible de recourir à une technologie de pointe qui nécessite la participation de ces équipes.

« Le (la) candidat(e) à l'implant au tronc cérébral doit présenter des habiletés linguistiques adéquates, des attentes réalistes, de bonnes habiletés de lecture labiale ainsi que la capacité et la motivation à s'impliquer dans la réadaptation. »

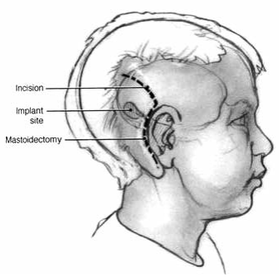
En effet, un implant auditif peut être installé sur une partie du cerveau. La voie d'accès à cette partie du cerveau passe par l'oreille et la mastoïde. L'implant est placé sur la paroi d'une cavité, le quatrième ventricule, où se trouvent les axones (les fibres nerveuses) et le noyau cochléaire (synapses) qui transportent le son perçu par l'oreille jusqu'au cortex cérébral. Il s'agit de la voie oto-neurologique normale pour prendre conscience des sons et de la parole. Par cette technique, le nerf auditif, la cochlée, les osselets et le tympan sont court-circuités. Pratiquement, un microphone est placé derrière le pavillon de l'oreille de la personne sourde. Celui-ci transmet les sons à un récepteur, sous la peau, qui les transforme en ondes électriques dirigées par la suite à des microélectrodes placées sur le cerveau (noyau cochléaire).

Ce type d'implant est homologué en Amérique du Nord pour les patients atteints de neurofibromatose de type II. Cette maladie héréditaire congénitale, touchant 1 personne sur 40 000, entraîne de multiples tumeurs au niveau du cerveau et de la moelle épinière. Dans le cas où l'exérèse des tumeurs a provoqué (ou provoquera) des lésions irréversibles aux deux nerfs auditifs, l'implant cochléaire n'est plus d'aucun secours malgré la présence d'une surdité très importante. Il faut alors envisager l'implantation au tronc cérébral.

Le (la) candidat(e) à l'implant au tronc cérébral doit présenter des habiletés linguistiques adéquates, des attentes réalistes, de bonnes habiletés de lecture labiale ainsi que la capacité et la motivation à s'impliquer dans la réadaptation.

Une équipe italienne a également utilisé avec succès ce type d'implant dans des cas de malformations sévères des cochlées, d'ossification des cochlées, de fractures de l'os temporal avec dommage aux deux nerfs auditifs, de neuropathie avec absence de résultats avec un implant cochléaire, même chez de jeunes enfants.

Son fonctionnement est très semblable à celui d'un implant cochléaire. Un microphone capte le son et le transmet au processeur. Le son y est numérisé et est transmis à la partie interne, insérée sous la peau, qui décode ces signaux.



Les électrodes stimulent les noyaux cochléaires du tronc cérébral à l'aide de signaux électriques.

Le porte-électrodes, dont la forme évoque celle d'une raquette, compote 21 électrodes actives et mesure 8,5 X 3,0 X 0,7 mm. Chaque électrode est formée d'un disque de platine de 0,7 mm de diamètre. Les électrodes sont distribuées en trois rangées et reposent sur le porte-électrodes qui est fabriquées d'une membrane de silicone élastomère.

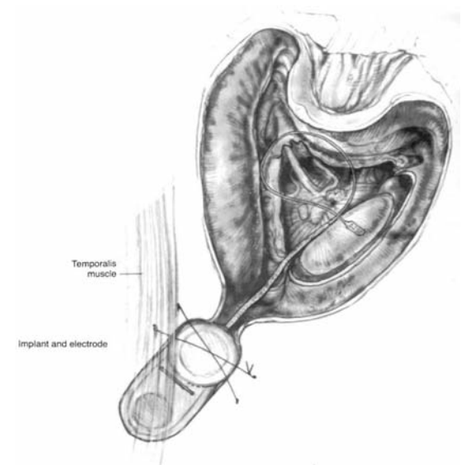
Un chirurgien ORL (oreille et mastoïde) et un neurochirurgien (cerveau) participent de concert à l'installation de ce type d'implant. Le premier implant a été réalisé à Los Angeles, au House Ear Institute, en 1979. Après les études de base, l'implant a été commercialisé de façon officielle en 2000, et la première implantation réalisée au Québec a été faite en 2005, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec par les docteurs Denis Pouliot, ORL, et Claude Picard, neurochirurgien. L'Hôpital de l'Enfant-Jésus est le seul hôpital de la province où se réalise cette chirurgie.

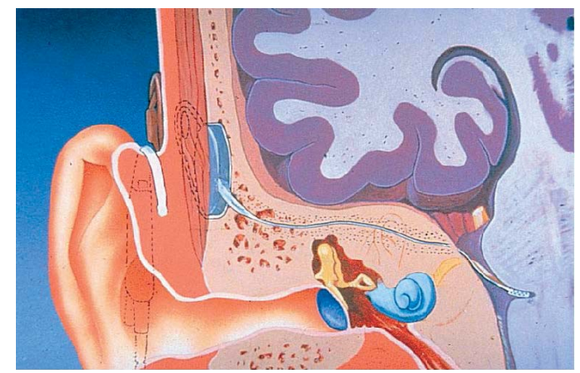
Avant la chirurgie et à la suite de cette chirurgie, les receveurs bénéficient d'un support venant de psychologues, d'audiologistes et d'orthophonistes. L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), un institut universitaire qui offre des services d'adaptation, de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale, d'accompagnement et de soutien à l'entourage, participe à la réadaptation des patients recevant l'implant auditif du tronc cérébral. Soulignons enfin que la Fondation du Québec pour la recherche sur l'implant cochléaire, fondé en 1984, subventionne les activités nouvelles et de recherche dans le domaine des implants auditifs et a financé le coût des deux premiers implants auditifs du tronc cérébral.

Les études réalisées à travers le monde à la suite de cette chirurgie montrent que 84% des patients ayant subi l'implantation sont satisfaits des résultats et la conseilleraient à d'autres personnes.

Ainsi donc, les patients présentant une surdité profonde bilatérale avec destruction de la cochlée et/ou du nerf auditif peuvent bénéficier d'une nouvelle technologie leur permettant d'entendre. Sans cet implant, ces patients sont complètement isolés du monde sonore. Grâce à cet implant, ils bénéficient d'un contact plus étroit avec leur environnement et d'une vie sociale plus agréable. ■

« Les études réalisées à travers le monde à la suite de cette chirurgie montrent que 84% des patients ayant subi l'implantation sont satisfaits des résultats et la conseilleraient à d'autres personnes. »





Réviser votre incorporation
pour sécuriser votre avenir
et vivre pleinement le présent

- Optimisation du report d'impôt
- Choix de rémunération
- Revue des aspects légaux et successoraux
- Révision des placements

2007

En tant que médecin, vous pouvez incorporer votre pratique depuis mars 2007. Plusieurs aspects de cette structure ont évolué depuis.

La Financière des professionnels, votre partenaire dans la constitution de votre société par actions, peut vous aider à la réviser et à l'optimiser.

www.fprofessionnels.com
Montréal 1 888 377-7337
Québec 1 800 720-4244
Sherbrooke 1 866 564-0909

Financière des professionnels
Gestion privée
Fonds d'investissement
Planification financière

Actionnaire
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Partenaires de la Financière des professionnels
Médecins francophones du Canada
Fédération des médecins résidents du Québec

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 inscrits 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 financière sont offerts par l'intermédiaire de Financière des professionnels inc.

Héloïse Lessard-Dostie,
audiologiste, Audiosanté

PERTE AUDITIVE ET RISQUE DE CHUTE

« Les chercheurs ont constaté que les personnes ayant une perte auditive de 25 décibels, classée comme légère, courent trois fois plus de risques de chuter. Chaque tranche de 10 décibels de perte auditive accroit d'un facteur de 1,4 la probabilité d'une chute pour l'année considérée. »

Une récente étude menée par des médecins américains établit un lien entre les risques de chute et la perte auditive. Les docteurs Lin et Ferruci ont utilisé les données provenant de l'étude transversale 2001 – 2004 du National Health and Nutrition Examination Survey. Au total, 2017 personnes âgées de 40 à 69 ans ont participé à l'étude et ont constitué l'échantillon pour analyser les corrélations entre la perte auditive et les chutes au cours de la dernière année.

Les chercheurs ont constaté que les personnes ayant une perte auditive de 25 décibels, classée comme légère, courent trois fois plus de risques de chuter. Chaque tranche de 10 décibels de perte auditive accroit d'un facteur de 1,4 la probabilité d'une chute pour l'année considérée. Ces résultats se confirment même en tenant compte des facteurs connus comme étant liés aux chutes, tels que l'âge, le sexe, les maladies cardiovasculaires et les fonctions vestibulaires de l'équilibre.

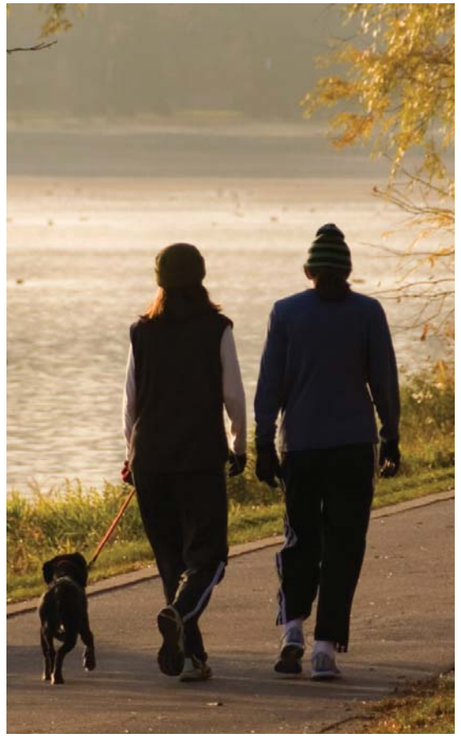
Selon le docteur Lin, parmi les hypothèses pouvant expliquer ce lien, il y a le fait que les personnes malentendantes ont un défaut d'appréciation de leur environnement global, rendant ainsi les faux pas et les chutes plus fréquents. Le chercheur avance une autre hypothèse qui expliquerait la forte prévalence de ce risque : « *L'équilibre est perçu comme un élément acquis pour beaucoup de personnes, mais c'est en réalité une fonction très exigeante. Si la perte auditive impose une charge cognitive accrue, les ressources cognitives disponibles pour aider à maintenir l'équilibre sont très réduites.* »

Les chutes et leurs séquelles sont parmi les problèmes les plus graves et les plus fréquents qui affectent les personnes âgées. Au Québec, on dénombre annuellement 13 300 chutes ayant entraîné l'hospitalisation d'une personne âgée de 65 ans ou plus. L'ampleur et la gravité du phénomène constituent un problème de santé publique important. Pour plusieurs aînés, la chute constitue l'évènement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie et serait, chaque année, la cause principale de près de 608 décès.

« Les chutes et leurs séquelles sont parmi les problèmes les plus graves et les plus fréquents qui affectent les personnes âgées. Au Québec, on dénombre annuellement 13 300 chutes ayant entraîné l'hospitalisation d'une personne âgée de 65 ans ou plus. »

L'étude des docteurs Lin et Ferruci est un argument supplémentaire pour encourager l'appareillage précoce chez les personnes âgées souffrant de presbyacousie. ■

Sources : Lin FR, Ferrucci L. Hearing loss and falls among older adults in the United States, Arch Intern, Pelletier, 2000 ; O'Loughlin et coll., 1993, Robitaille et coll., 2001; Hamel, 2001; MSSS, 2001a ; MSSS 2001b



Polyclinique de l'Oreille

Premier réseau québécois en santé auditive

Un processus simplifié :

- Facilité d'accès aux soins en santé auditive
- Courts délais d'attente
- Possibilité de consulter plusieurs professionnels la même journée

1 adresse
3 professionnels

- ORL
- Audiologistes
- Audioprothésistes

Polyclinique de l'Oreille, partenaire de:

Les Services de Gestion AUDIOSANTÉ inc.

GROUPE FORGET AUDIOPROTHÉSISTES

Plus de 30 cliniques au Québec
www.polycliniquedeloreille.com

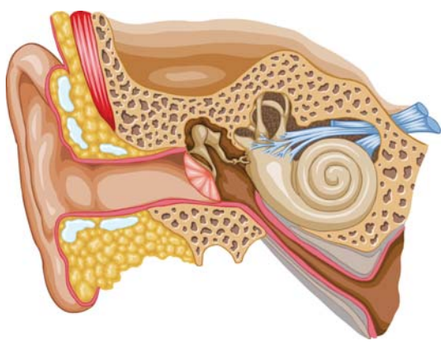
Mathieu Vézina,
audioprothésiste au
Groupe Forget

QUELS SONT LES AVANTAGES D'ENTENDRE DES DEUX OREILLES?

Comme les yeux, les oreilles fonctionnent par paires. Le cerveau a besoin de l'information fournie par les deux oreilles pour bien comprendre les sons.

Faites le test : bouchez-vous une oreille pour écouter une émission ou de la musique. Que remarquez-vous? « Avec deux oreilles, il est beaucoup plus facile de comprendre la parole et de distinguer les sons dans un environnement bruyant. La qualité sonore est meilleure et plus claire. Enfin, l'écoute est beaucoup plus confortable et équilibrée », explique Mathieu Vézina, audioprothésiste au Groupe Forget.

« Des études démontrent que lorsque l'on appareille une seule oreille, la capacité de compréhension de la parole de l'oreille non appareillée diminue beaucoup plus comparativement à l'oreille appareillée. »



De plus, il est vraiment plus aisé de localiser la provenance des sons. Par exemple, lorsque vous marchez, vous serez davantage en mesure de savoir d'où une voiture provient et si elle est proche ou éloignée, même si vous lui faites dos.

QUEL EST LE RISQUE DE LA PRIVATION SENSORIELLE?

Des études démontrent que lorsque l'on appareille une seule oreille, la capacité de compréhension de la parole de l'oreille non appareillée diminue beaucoup plus comparativement à l'oreille appareillée. La différence est énorme : entre 5 et 17 %, selon le cas! En privant l'une de vos oreilles de stimulation auditive, vous risquez de moins bien comprendre la parole, même si vous portez un appareil par la suite.

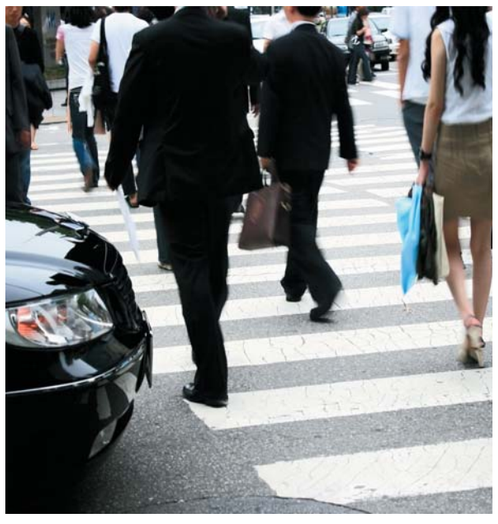
« En privant l'une de vos oreilles de stimulation auditive, vous risquez de moins bien comprendre la parole, même si vous portez un appareil par la suite. »

C'est pourquoi il est important de faire vérifier votre audition régulièrement afin de diminuer l'impact que la perte auditive peut avoir dans votre quotidien. Bien entendre est l'un des facteurs qui vous permet de demeurer actif socialement et de garder contact avec vos proches.

POUR PLUS D'INFORMATION!

N'hésitez pas à consulter un audioprothésiste du Groupe Forget.

Visitez **www.groupeforget.com** ou téléphonez au 1-888-ENTENDRE. La première consultation est sans frais! ■



« J'ai attendu 10 ans avant de consulter. En 10 jours, c'était réglé. »

Première consultation sans frais
1-888-ENTENDRE

Testez votre audition en ligne
www.groupeforget.com

GROUPE FORGET
AUDIOPROTHÉSISTES
Retrouvez le plaisir d'entendre

Plus de 60 cliniques au Québec

TYMPAN PERFORÉ, EN 20 MINUTES RÉPARÉ

Musaed Alzahrani,
Fellow en otologie et neuro-otolgie

Issam Saliba MD, FRCSC
ORL, Otologie
& Neuro-otologie

Le tympan est une membrane qui sépare l'oreille moyenne du conduit auditif externe. Une perforation tympanique consiste en un trou au niveau du tympan. La perforation peut être secondaire à une infection de l'oreille moyenne. Elle peut être également secondaire à un traumatisme de l'oreille par un coton-tige ou à un coup reçu sur l'oreille. Selon la taille de cette perforation, on peut en définir 4 grades: 1) grade 1 < 25 %, 2) 25-50%, 3) 50-75%, 4) perforation totale de la membrane tympanique. Un examen de l'oreille, préférablement exécuté par un otomicroscope, est nécessaire pour confirmer le diagnostic et éliminer la possibilité de pathologies sous-jacentes. Il est nécessaire d'éliminer toute autre pathologie de l'oreille moyenne, comme les poches des rétractions, des cholestéatomes ou bien une otorrhée chronique, qui pourraient empêcher la guérison de la perforation. Dans la plupart des cas, surtout pour les perforations de grade 1 et 2, il y a une guérison spontanée des ces perforations. Malheureusement, elle peut parfois devenir une perforation chronique.

Le tympan est responsable de transmettre les ondes sonores vers les osselets et de protéger l'oreille moyenne des infections. Une perforation tympanique peut donc entraîner une perte auditive. En plus, les patients doivent éviter l'eau dans l'oreille au tympan perforé en raison du risque potentiel d'infection qui est souvent associé à un écoulement désagréable, et ce, même si la perforation est de petite taille. En plus, une migration épithéliale à travers cette perforation chronique peut induire un cholestéatome secondaire de l'oreille moyenne.

Le traitement idéal est de refermer cette perforation de manière chirurgicale en cas d'échec de la guérison spontanée pour rétablir l'intégrité du tympan et protéger l'oreille moyenne. Cette procédure, appelée myringoplastie, est habituellement effectuée sous anesthésie générale, ce qui nécessite un ou deux jours d'hospitalisation. Les tympanoplasties conventionnelles utilisant l'aponévrose du muscle temporal, le périchondre ou le cartilage tragal était la procédure dite conventionnelle de réparation des perforations de la membrane tympanique. Cependant, la chirurgie implique des coûts élevés en plus des risques chirurgicaux et anesthésiques.

« Depuis quelques années, le Dr Issam Saliba a développé une nouvelle technique de tympanoplastie. Cette technique, assez simple, est faite en clinique externe, sous anesthésie locale et en aussi peu que 20 minutes. »

Figure 1 :
A) perforation tympanique ; B) résultats à 4 mois de la myringoplastie selon la technique de HAFGM.

Depuis quelques années, le Dr Issam Saliba a développé une nouvelle technique de tympanoplastie. Cette technique, assez simple, est faite en clinique externe, sous anesthésie locale et en aussi peu que 20 minutes. On a nommé cette technique Hyaluronic Acid Fat Graft Myringoplasty (HAFGM). Le taux de réussite est identique aux techniques conventionnelles, soit de 90%, en moyenne.

Le patient arrive le matin à la clinique, sans devoir être à jeun. La procédure est faite dans un milieu stérile. L'oreille est gelée par deux petites injections de xylocaïne 1%, bien tolérées par les patients, adultes et enfants. Ensuite, le prélèvement de la graisse est fait à travers une incision de moins d'un centimètre dans la région de la nuque et légèrement à côté de la ligne médiane, généralement cachée par les cheveux. Après avoir ravivé les berges de la perforation tympanique sous microscope, ces morceaux de graisse sont mis en place. L'oreille moyenne est remplie par des éponges résorbables (Gelfoam™) pour offrir un support à la graisse pendant la guérison. Le tout est ensuite couvert par un EpiDisc™, un ester de l'acide hyaluronique (un constituant naturel de la matrice extracellulaire), qui va essentiellement diriger la cicatrisation du tympan perforé. À la fin de cette étape, le patient peut déjà apprécier une amélioration subjective de son audition. Cette procédure dure 20 minutes en moyenne et le patient peut reprendre ses activités quotidiennes le jour même. Des antibiotiques oraux sont prescrits pendant 10 jours. Il faut cependant protéger l'oreille pendant 2 mois, soit jusqu'au prochain rendez-vous avec le spécialiste ORL pour confirmer la guérison complète du tympan (figure 1). Un audiogramme est primordial en préopératoire et à 4 mois postopératoire pour documenter l'amélioration auditive.

Cette nouvelle technique n'est pas sans risques, comme toute autre chirurgie de l'oreille. Chez moins de 1%, une perte auditive totale ou une paralysie de nerf faciale peut survenir. Ces risques ne sont pas spécifiques au HAFGM mais elles peuvent arriver à toutes chirurgies d'oreille moyenne. Chez moins de 10%, une perforation résiduelle peut nécessiter une répétition de HAFGM. Exceptionnellement, on est amené à la technique conventionnelle chez des patients qui nécessite une tympanoplastie associée à une canaloplastie du conduit auditive externe pour mieux apprécier la perforation tympanique.

En conclusion, cette technique est efficace, bien tolérée par les patients et présente un taux de réussite qui ressemble à celui de la chirurgie conventionnelle. Pour plus d'information n'hésitez pas à consulter votre médecin ORL. ■

MIEUX SOIGNER,
ENSEMBLE

Jean Coutu

JEAN COUTU EST FIER DE SOUTENIR
LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE

Gaétan Fradet MD, FRCS (c),
Oto-rhino-laryngologie et Otoneurologie,
CHU de Québec (Hôpital Enfant-Jésus et Hôpital Saint-Sacrement).
Professeur titulaire de clinique, Université Laval, Québec.

LE VERTIGE POSITIONNEL PAROXYSTIQUE BÉNIN

Le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) est la cause la plus fréquente de vertiges d'origine vestibulaire périphérique. Sa prévalence dans la population adulte au cours de la vie a été estimée à 2.4%. Quoiqu'il puisse affecter les personnes tout au long de la vie, il survient plus particulièrement chez les adultes âgés entre 50 et 70 ans. Chez les patients plus âgés, le VPPB est souvent responsable de chutes pouvant avoir de graves conséquences comme une fracture de la hanche.

« Chez les patients plus âgés, le VPPB est souvent responsable de chutes pouvant avoir de graves conséquences comme une fracture de la hanche. »

PATHOPHYSIOLOGIE :

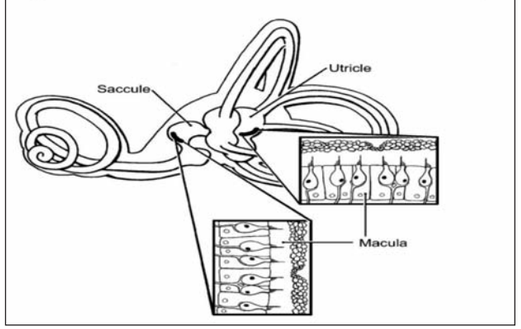
Le VPPB est causé par des otolithes qui se détachent de la macule utriculaire (Fig. 1) et qui flottent librement dans l'endolymphe d'un canal semi-circulaire (canalolithiase). Lorsque les canalolithiases (Fig. 2), qui sont des particules de carbonate de calcium, se déplacent dans le canal semi-circulaire, ils engendrent un mouvement de l'endolymphe qui stimule la cupule de l'ampoule du canal affecté. Cela provoque un nystagmus caractéristique et un bref vertige. La direction du nystagmus est déterminée par l'excitation du nerf ampullaire du canal affecté.

Dans la majorité des cas (de 50 à 70%) la cause du VPPB reste inconnue. Il peut cependant être secondaire à un traumatisme à la tête ou consécutif à une opération dans l'oreille moyenne. Le VPPB est aussi associé à d'autres pathologies vestibulaires comme la maladie de Ménière, la neuronite vestibulaire ou la labyrinthite.

HISTOIRE :

L'anamnèse donnée par le patient fait d'emblée évoquer le diagnostic de VPPB dans la majorité des cas, puisque les symptômes sont très caractéristiques. Le patient décrit un violent vertige déclenché par certaines positions de la tête ou impliquant certains changements de position dans l'espace et qui cesse au bout de quelques secondes. Le vertige se reproduit en se levant du lit ou en tournant dans le lit, en faisant une extension du cou pour regarder vers le haut ou lorsque le patient se penche.

Figure 1 Macule de l'utricule et sa membrane otolithique



Au questionnaire, il est possible de déterminer l'oreille atteinte en demandant au patient d'indiquer le côté de rotation de la tête qui déclenche les symptômes de vertige lorsqu'il se tourne dans son lit. Ces attaques de vertige durent moins de 30 secondes. Des patients surestiment parfois la durée de leur vertige à une période de plusieurs minutes, peut-être parce qu'il est souvent associé à des nausées et à un déséquilibre qui perdure suite à la crise vertigineuse intense.

La symptomatologie va continuer pendant quelques jours, voire plusieurs semaines, avant de disparaître. Par contre, il y a souvent des récidives plusieurs mois ou années plus tard. La crainte de réveiller le vertige conduit des patients à bouger le moins possible et plusieurs deviennent très anxieux et ont peur que leurs symptômes soient occasionnés par une pathologie dangereuse comme une tumeur cérébrale.

SIGNES CLINIQUES :

VPPB du canal semi-circulaire postérieur : 95% des cas

L'utilisation de la manœuvre de Dix-Hallpike pour le diagnostic du VPPB du canal semi-circulaire postérieur a été décrite en 1952 (Fig. 3). Le patient est assis, les jambes allongées sur le lit et la tête est tournée à 45 degrés du côté de l'oreille à évaluer. L'observateur maintient la tête entre ses mains et doit la soutenir tout au long de la manœuvre. Il demande au patient de regarder le centre de son front et de garder les yeux bien ouverts, surtout si les vertiges sont reproduits. Par la suite, le patient passe de la position assise à celle en décubitus dorsal au bout du lit, pour que la tête soit placée à 30 degrés sous l'horizontale et toujours tournée à 45 degrés du côté de l'oreille à évaluer.

Le nystagmus survient habituellement dans un délai de moins de 5 secondes, dure le plus souvent moins de 20 secondes et s'accompagne d'un vertige intense. Le nystagmus est rotatoire vers le haut et géotropique, c'est-à-dire que le pôle supérieur de l'œil tourne vers l'oreille déclive, qui est également l'oreille atteinte.

Lorsqu'on ramène le patient en position de départ, soit la position assise, on peut observer une inversion du nystagmus par rapport au premier nystagmus provoqué. Si on répète la manœuvre du côté de l'oreille atteinte, l'amplitude et la durée du nystagmus diminuent. Le nystagmus est donc fatigable à la répétition de la manœuvre de Dix-Hallpike.

À noter que le diagnostic de VPPB du canal semi-circulaire postérieur peut être fait à partir de l'histoire seulement, mais l'observation d'un nystagmus positionnel lors de la manœuvre de Dix-Hallpike confirme le diagnostic.

VPPB objectif versus subjectif du canal semi-circulaire postérieur:

Plusieurs patients qui ont une histoire compatible avec un VPPB du canal postérieur ont un nystagmus typique durant la manœuvre de Dix-Hallpike. Par ailleurs, il est fréquent qu'un patient présente un symptôme vertigineux subjectif léger de très courte durée (1 à 2 secondes), lorsqu'il se couche ou se relève, sans nystagmus objectivable à la manœuvre de Dix-Hallpike. Dans cette situation, la manœuvre de Dix-Hallpike est subjectivement positive. Un traitement par des manœuvres de repositionnement doit être effectué et il aura la même efficacité que pour le VPPB chez qui on objective un nystagmus lors de la manœuvre de Dix-Hallpike.

VPPB du canal semi-circulaire latéral : 5% de cas

Le VPPB du canal horizontal peut parfois être provoqué par la manœuvre de Dix-Hallpike. Cependant, la meilleure façon de faire le diagnostic est de placer le patient en position de décubitus dorsal, puis effectuer une rotation de la tête du côté droit et par la suite effectuer une rotation de la tête du côté gauche (Fig. 4). Le VPPB du canal latéral provoque un nystagmus horizontal, en tournant la tête de 90 degrés de chaque côté. Le nystagmus apparaît après une courte période de latence de moins de 3 secondes et peut durer entre 15 et 60 secondes. Le nystagmus est moins fatigable à la répétition que celui observé dans le VPPB du canal semi-circulaire postérieur.

On obtient un nystagmus horizontal qui peut être soit géotropique ou agéotropique. Le nystagmus positionnel est géotropique lorsqu'il y a un nystagmus horizontal droit en tournant la tête à droite et un nystagmus horizontal gauche quand la tête est tournée du côté gauche. Inversement, pour la forme agéotropique, le nystagmus horizontal est dirigé vers la droite en tournant la tête à gauche et dirigé du côté gauche, lorsque la tête tourne à droite.

Figure 2

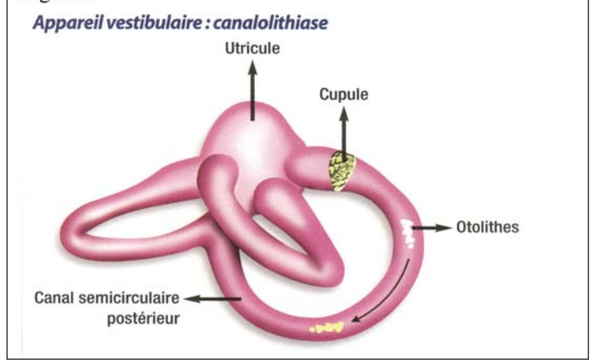


Figure 3 Manœuvre de Dix-Hallpike

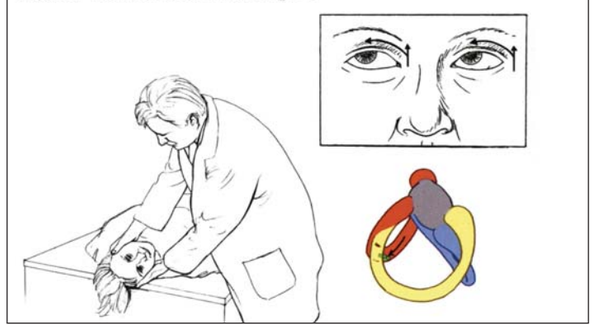
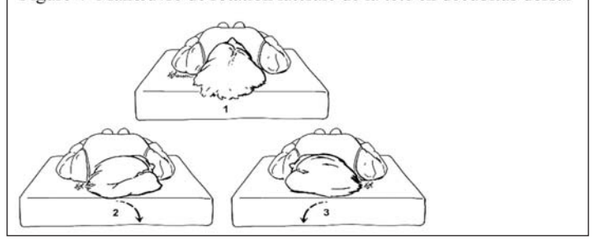


Figure 4 Manœuvre de rotation latérale de la tête en décubitus dorsal



Lorsqu'il y a un nystagmus géotropique dans le VPPB du canal semi-circulaire horizontal, on croit qu'il est déclenché par un mécanisme de canalolithiase, alors que s'il y a un nystagmus agéotropique cela suggère un mécanisme de cupulolithiase.

TRAITEMENT AVEC LES MANŒUVRES DE REPOSITIONNEMENT:

Dans un premier temps, il est recommandé de donner des explications concernant la cause des symptômes et de rassurer le patient sur la nature bénigne des vertiges positionnels tout en mentionnant la possibilité de récidives à distance. Le traitement du VPPB consiste à déplacer progressivement les otolithes circulant dans le canal semi-circulaire postérieur ou horizontal vers l'utricule en effectuant une manœuvre de repositionnement qui est différente selon le canal affecté. Le recours à des médicaments n'est habituellement pas recommandé. Ces derniers, qui sont le plus souvent des sédatifs vestibulaires, ne servent qu'à atténuer les symptômes sans rien changer à la pathogénie du problème du VPPB.

Figure 5 Manœuvre d'Epley

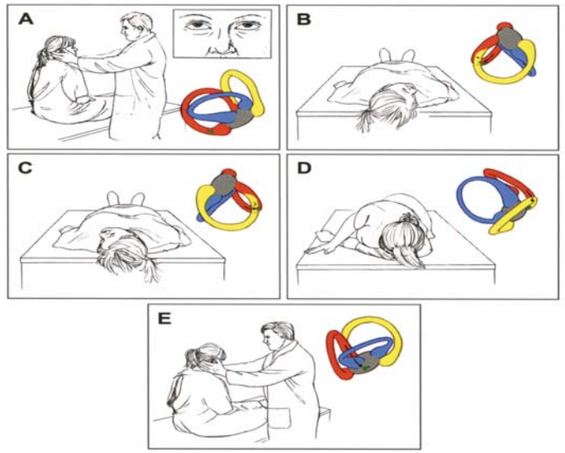
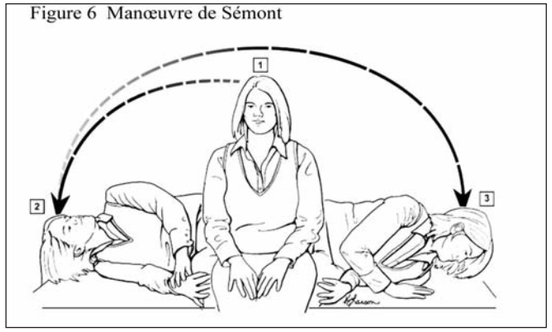


Figure 6 Manœuvre de Sémont



TRAITEMENT DU VPPB DU CANAL SEMI-CIRCULAIRE POSTÉRIEUR :

Manœuvre d'Epley (Fig. 5) :
A. Le patient est placé en position assise la tête tournée à 45 degrés du côté de l'oreille atteinte.

B. Puis, il est couché rapidement en gardant la tête en extension de 30 degrés par rapport au plan longitudinal comme dans la manœuvre diagnostique de Dix-Hallpike jusqu'à ce que le patient n'ait plus de vertige ni de nystagmus. Cette période de temps est d'environ 20 à 30 secondes.

C. Ensuite, la tête est tournée de 90 degrés vers le côté opposé.

D. Après cette première rotation de la tête, une deuxième rotation de la tête de 90 degrés est effectuée. Lors de cette deuxième rotation, tout le corps du patient tourne sur le côté et l'épaule est appuyée sur le lit, alors que le menton du patient est dirigé en direction du plancher. Cette position de décubitus latéral, avec la tête dirigée vers le sol, est maintenue pendant une à deux minutes.

E. Finalement, le patient revient en position assise.
L'efficacité de la manœuvre d'Epley faite à plus d'une occasion est d'environ 90%.

« De façon générale, après avoir traité avec succès un VPPB, le taux de récurrence est de 40 à 50% à 5 ans. Par ailleurs, il y a un sous-groupe de patients qui sont enclins à avoir de multiples récidives. »

Manœuvre de Sémont (Fig. 6) :
Il s'agit d'une manœuvre de repositionnement alternative pour laquelle on obtient un taux d'efficacité similaire à la manœuvre d'Epley.

1. Pour traiter un VPPB du canal semi-circulaire postérieur droit, le patient est d'abord placé en position assise avec les pieds pendants sur le côté du lit et la tête est tournée de 45 degrés du côté gauche.

2. Le corps du patient est déplacé rapidement pour aller se coucher sur le côté droit avec l'épaule droite appuyée sur le lit en gardant la tête orientée vers le haut. On observe le nystagmus et on garde cette position pendant une période de 30 secondes.

3. En tenant la tête à deux mains, on amène rapidement le corps du patient du côté opposé en position de décubitus latéral gauche et la tête devient maintenant orientée vers le sol, alors que l'épaule gauche est appuyée sur le lit. Cette position est maintenue pendant environ une minute, puis le patient est replacé en position assise.

TRAITEMENT DU VPPB DU CANAL SEMI-CIRCULAIRE LATÉRAL :

Manœuvre de Lempert (Fig. 7) :
Cette technique de repositionnement est aussi appelée manœuvre barbecue, car le patient doit tourner sur lui-même et effectuer une rotation de 360 degrés. Dans un premier temps, le patient est couché et la tête est tournée du côté de l'oreille atteinte. Ensuite, il fait 4 rotations consécutives de 90 degrés du côté opposé. Chaque rotation de la tête est faite assez rapidement, puis maintenue pendant 30 à 60 secondes.

Lorsqu'il s'agit d'un VPPB du canal semi-circulaire latéral avec un nystagmus géotropique, le nystagmus horizontal est plus intense du côté atteint et la manœuvre barbecue doit être commencée de ce côté et par la suite, le patient fait les rotations de la tête vers le côté opposé.

Dans les rares cas de VPPB du canal semi-circulaire latéral avec un nystagmus agéotropique, l'oreille atteinte est celle où le nystagmus est moins intense lorsque le patient tourne la tête de ce côté en position de décubitus dorsal. La manœuvre barbecue débute donc de ce côté et la rotation de 360 degrés se fait dans le sens opposé.

Le taux de succès de la manœuvre de Lempert ou barbecue varie entre 75 et 100% lorsqu'il y a un nystagmus géotropique. La variante avec un nystagmus agéotropique est plus difficile à traiter.

Manœuvre de positionnement prolongé de Vannucchi :
Dans les cas de VPPB du canal semi-circulaire latéral avec nystagmus géotropique, le patient doit se coucher en décubitus latéral du côté sain, de sorte que le canal semi-circulaire horizontal affecté est en position supérieure pendant une durée de 12 heures. Le taux de résolution des symptômes est de plus de 90% avec cette technique de positionnement.

COMPLICATIONS :
Après les manœuvres de repositionnement, les patients peuvent ressentir des nausées ainsi qu'une sensation de déséquilibre d'une durée variant entre quelques minutes et plusieurs heures. À l'occasion, lorsque l'on traite un VPPB du canal semi-circulaire postérieur avec une manœuvre de repositionnement, il peut survenir dans 6% des cas une conversion en VPPB du canal semi-circulaire latéral. En effet, les canalolithiases présentes dans le canal semi-circulaire postérieur peuvent parfois se déplacer jusque dans le canal semi-circulaire latéral (Fig. 8). Il faut alors utiliser une manœuvre pour traiter le VPPB du canal semi-circulaire latéral.

PRONOSTIC :
De façon générale, après avoir traité avec succès un VPPB, le taux de récurrence est de 40 à 50% à 5 ans. Par ailleurs, il y a un sous-groupe de patients qui sont enclins à avoir de multiples récidives.

TRAITEMENT CHIRURGICAL :
Le vertige positionnel est une maladie bénigne et un traitement chirurgical est réservé seulement pour les rares patients qui ont une symptomatologie persistante et incapacitante malgré de multiples manœuvres de repositionnement pendant une période de plusieurs mois. La chirurgie consiste à oblitérer le canal semi-circulaire postérieur par une approche mastoïdienne. ■

Figure 7 Manoeuvre de Lempert

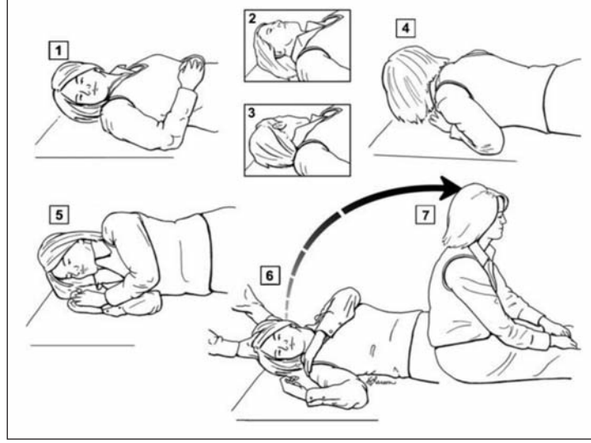
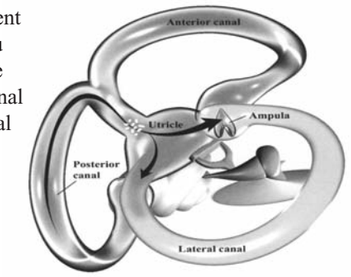


Figure 8 Déplacement de canalolithiases du canal semi-circulaire postérieur vers le canal semi-circulaire latéral



IMAGERIE DES PIONNIERS
simple. rapide. efficace.
Lundi-jeudi : 8 h à 21 h
Vendredi : 8 h à 17 h
Samedi : 9 h à 15 h
dépistage cancer colon + scan
mercredi 9h00 am
Radiologie générale • Examens digestifs
Échographie / dépistage prénatal • Doppler
Résonnance magnétique • Tomodensitométrie (scan)
• Ostéodensitométrie • Coloscopie (Dépistage du colon par colonoscopie virtuel)
info@imageriedespionniers.com 1-888-581-1424
950, Montée Des Pionniers, suite 140, (Secteur Lachenaie), Terrebonne, QC J6V 1S8
Tél. : (450) 581-1424 • Fax : (450) 581-9395

UNE VOIX... EN VOTRE ABSENCE

(Taille approximative)

Du nouveau parmi les auto-injecteurs d'épinéphrine!

Parlant! Premier et unique injecteur d'épinéphrine avec des instructions vocales*

Conçu pour être facile à utiliser! ALLERJECT^MC est conçu pour être convivial

Compact! S'insère dans la paume d'une main, conçu pour être portatif

Éclairé! L'affichage DEL clignote quant l'injection est terminée

Vivre avec le risque d'une anaphylaxie:
Notre voix vous guidera pas à pas! Allerject^MC

INDICATIONS
Les auto-injecteurs ALLERJECT^MC à 0,3 mg (0,3 mL d'épinéphrine injectable, USP; 1:1000) et à 0,15 mg (0,15 mL d'épinéphrine injectable, USP; 1:1000) sont indiqués pour le traitement d'urgence des réactions anaphylactiques chez les patients que l'on juge exposés à un risque accru d'anaphylaxie, dont ceux qui ont déjà subi une réaction anaphylactique. La dose à administrer est déterminée selon le poids corporel du patient. ALLERJECT^MC est destiné à l'auto-administration immédiate d'épinéphrine pour le traitement d'urgence des réactions allergiques graves (de type I).

CONTRE-INDICATIONS
Il n'existe aucune contre-indication absolue à l'emploi d'épinéphrine en cas de réaction allergique à risque mortel.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS
À titre de précaution, il faut éviter d'administrer de l'épinéphrine à des patients qui présentent: un choc cardiogène, traumatique ou hémorragique; une dilatation cardiaque et/ou une artériosclérose cérébrale; des lésions cérébrales organiques; un glaucome à angle fermé. Il faut faire preuve de prudence lorsque l'on administre de l'épinéphrine à des personnes âgées ou atteintes d'hyperthyroïdie, à des femmes enceintes et à des personnes qui souffrent d'une maladie cardiaque ou de diabète.
Généralités: Les patients ayant des antécédents d'anaphylaxie sont à risque de récidives pouvant être mortelles. Toute personne ayant déjà eu un ou plusieurs épisode(s) d'anaphylaxie, ou son aidant, doit avoir de l'épinéphrine injectable sur elle en tout temps. Le port d'un bracelet ou d'un collier d'alerte médicale est fortement recommandé chez ces patients. L'injection d'épinéphrine ne remplace pas l'obtention des soins médicaux ou hospitaliers. Outre l'administration d'épinéphrine, le patient doit demander les soins médicaux appropriés.

*On ne connaît pas les significations cliniques comparatives de ces produits.

Veuillez vous reporter à la monographie du produit pour les mises en garde, les précautions, les réactions indésirables et les renseignements posologiques complets. La monographie du produit est offerte sur demande ou peut également être consultée à l'adresse suivante: www.sanofi.ca

Pour de plus amples renseignements:
1-855-405-4321
Site Web pour consommateurs:
www.allerject.ca

Fabriqué pour sanofi-aventis Canada Inc. Laval, Québec Canada H7V 0A3

SANOFI

CCPP Membre R&D

Veuillez consulter le Résumé des renseignements posologiques à la page 48

LE MARCHÉ AMÉRICAIN

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

Après l'impressionnante hausse des 17 derniers mois, y a-t-il encore de la valeur dans le marché des actions américaines? En effet, l'indice S&P500 s'est apprécié de près de 27% en USD (25% en CAD) sur base annualisée, et ce, depuis son creux de septembre 2011. Est-il encore temps pour les investisseurs qui ont plutôt regardé passer le train, de le rattraper, de monter à bord et d'espérer en profiter pour faire un petit bout de chemin?

Analysons d'abord certains faits. Le marché américain s'est apprécié en deux temps, à un taux annualisé moyen de 6,5% en USD (6% en CAD) de 1990 à ce jour, la première décennie ayant été particulièrement généreuse, la seconde ayant été, quant à elle, fortement négative. Bien qu'extrêmement réjouissante, la performance des derniers mois ne représente qu'un rattrapage pour l'investisseur canadien, puisque le niveau auquel se transige l'indice phare américain est encore bien en deçà du niveau record atteint en 2000. La situation s'avère bien différente pour l'investisseur américain qui n'a pas à composer avec l'effet négatif de sa devise sur son propre marché.

Au moment d'écrire ces lignes, l'indice S&P500 se transige à 1548,34 et correspond à un ratio cours/valeur au livre de 2,37, soit le plus haut niveau atteint depuis 2007. Il est par contre toujours nettement inférieur aux niveaux qui prévalaient avant (2,5 – 3,5). Au pire de la dernière crise, en mars 2009, ce ratio est descendu aussi bas que 1,6, constituant ainsi une occasion d'aubaine quasi sans précédent.

Afin d'obtenir une lecture plus adéquate de la courbe de l'évolution du ratio cours/bénéfices du S&P500, isolons la

« L'économie américaine dans son ensemble semble être revenue sur ses rails. On constate en effet que les États-Unis affichent les meilleures perspectives de croissance relative pour l'année 2013 selon l'indicateur avancé de l'OCDE, suivi du Japon et du Royaume-Uni. »

« Bien qu'en croissance, l'indice de confiance du consommateur demeure faible par rapport à sa moyenne historique et l'impact se fait sentir au niveau de la croissance des ventes au détail qui reste relativement stable à 4%. »

période de crise de 2008 – 2009, période au cours de laquelle on observe deux anomalies importantes. En effet, ce ratio est tombé sous le seuil des 10X au début de l'année 2009, pour ensuite atteindre un sommet de plus de 22X à la fin de la même année. Il se transige aujourd'hui légèrement au-dessus de 14X, niveau similaire à 2010, mais encore une fois nettement inférieur à la situation qui prévalait avant 2008, alors que la moyenne si situait au-dessus des 16X. La tendance qui caractérise les marchés semble intéressante, la seule ombre au tableau étant la diminution au cours des derniers mois du taux de croissance des bénéfices aux États-Unis…

L'économie américaine dans son ensemble semble être revenue sur ses rails. On constate en effet que les États-Unis affichent les meilleures perspectives de croissance relative pour l'année 2013 selon l'indicateur avancé de l'OCDE, suivi du Japon et du Royaume-Uni. En parallèle, on constate que le ratio

des obligations financières des Américains s'est rapidement rétabli pour atteindre le bas niveau enviable des années 80. Du côté immobilier, on enregistre depuis le début de 2013 une hausse du nombre de transactions de 10% par rapport à l'année dernière. Il ne reste que 4 mois d'inventaire de maisons neuves et les prix sont en hausse. Après avoir atteint son niveau plancher de 500 000 en 2009, le nombre de mises en chantier annuelles frôle le million. Il pourrait éventuellement atteindre un seuil moyen annuel se situant entre 1,2 et 1,6 million d'unités. Après avoir atteint un plafond de 10% en 2009, le taux de chômage est en baisse et se situe actuellement en deçà de 8%. On remarque d'ailleurs un excellent début d'année au chapitre de la création d'emploi. Un élément reste cependant incertain : le consommateur se fait toujours attendre aux caisses enregistreuses. Bien qu'en croissance, l'indice de confiance du consommateur demeure faible par rapport à sa moyenne historique et l'impact se fait sentir au niveau de la croissance des ventes au détail qui reste relativement stable à 4%.

Les étoiles semblent donc alignées pour une période de croissance soutenue chez nos voisins du Sud. Une position en placements américains, même surpondérée par rapport à l'indice mondial, a bien entendu sa place dans une politique de placements bien équilibrée. Au niveau auquel se transige actuellement le marché, l'important est d'y entrer prudemment. ■

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 plus de 5 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

LES PRIMEURS DE TOSCANE

Par Nicole Barrette Ryan

Comme chaque année en février, trois régions de Toscane présentent leurs vins dans les millésimes qui sont prêts pour la commercialisation, Chianti Classico, Brunello di Montalcino et Vino Nobile di Montepulciano. Les journalistes du monde entier peuvent donc, dans les trois appellations, déguster le vin de base et les vins de réserve. Cette sympathique rencontre annuelle de février débute toujours à Florence avec les vins du Chianti Classico, présentés sous le vocable de «Chianti Classico Collection». L'année 2013 marque la vingtième année de présentation des vins du Chianti Classico en primeur à Florence. Cette année, plusieurs producteurs faisaient déguster en primeur les 2012 que l'on dit un millésime pour le sangiovese. Celui-ci a été favorisé par des conditions climatiques très généreuses, avec 14 Â°C naturels et un grand équilibre entre l'alcool, l'acidité et les polyphénols. La sécheresse de l'été a ralenti la croissance, mais les pluies de septembre ont réactivé la maturation; ces conditions ont été favorables pour le sangiovese qui est un cépage à maturité tardive. Les trois régions de Toscane ont connu sensiblement les mêmes

Nous avons choisi de déguster les 2011 puisque leur élevage obligatoire est terminé et que les vins sont pour la plupart embouteillés. Mais l'on pouvait aussi déguster les 2010 ainsi que les «Riserva» 2010, 2009 et 2008.

Cet évènement a été l'occasion pour le président du Consortium du Chianti Classico, Sergio Zingarelli (Rocca delle Macìe), d'annoncer des changements majeurs pour l'appellation. La pre-

« L'année 2013 marque la vingtième année de présentation des vins du Chianti Classico en primeur à Florence. Cette année, plusieurs producteurs faisaient déguster en primeur les 2012 que l'on dit un millésime pour le sangiovese. »

mière et la plus importante est la création d'une véritable pyramide de la qualité (et de prix) dans l'appellation en réservant une place prépondérante au Chianti Classico Riserva, une catégorie qui devra être obligatoirement déclarée au consortium au moment des vendanges, et la création d'une catégorie supérieure, Chianti Classico Gran Seleccion, qui formera le sommet de la pyramide où les vins devront être produits uniquement avec les raisins cultivés par le producteur lui-même.

L'autre spécification concerne le fameux «coq noir» symbole du Chianti Classico en Toscane, mais qui a peu d'impact à l'étranger. L'image de ce «gallo nero» a été légèrement modifiée, mais si légèrement qu'on le remarque à peine. De plus, cette marque du Chianti Classico est surtout destinée au marché intérieur italien car elle a pour but de bien marquer la différence entre la région du Chianti Classico (située dans la partie centrale de la Toscane) et la région plus étendue du Chianti tout court qui diffuse ses vins sous l'appellation «Chianti». Dans un marché global comme celui que nous connaissons maintenant, ce qui différencie un vin c'est le nom du producteur et c'est cela qui devient une marque. Or la marque, c'est beaucoup plus qu'un sigle ou une image commerciale. Et à l'instar des vins de Bordeaux où l'on achète un château ou un domaine connu et non pas une AOC, en Chianti Classico on achète le vin d'un producteur et non pas la DOCG. À mon avis, l'apposition du sceau du «gallo nero» sur la bouteille ne sera donc pas un incitatif majeur à l'achat…

NOTES DE DÉGUSTATION

Anteprima Chianti Classico

2011

Isole e Olena *
Nez intense et très concentré avec légères notes florales. Bouche invitante, tanins fondus, fruité bien défini, ensemble harmonieux. Très belle bouteille pour un bel avenir. ****

Marchesi Antinori – Peppoli *
Nez harmonieux et invitant au fruité net. Bouche fruitée, délicate, fine, bien structurée. Les tanins sont fins et la finale invitante. Très bien fait. ****

Marchesi Antinori
Nez sucré, bouche fine harmonieuse, tanins fondus. Très belle harmonie d'ensemble. Finesse et intégration. ****

Tolaini
Nez intense et mûr au fruité sucré. Bouche riche, intense, fruité bien défini, tanins fondus, doux et suaves. Belle finale pour un vin harmonieux et bien structuré. ****

Villa Cerna
Beau fruité net et concentré au premier nez. Bouche meilleure que le 174. ***3/4

Badia a Coltibuono *
Nez floral, plus joli fruité. Bouche vivace, mais avec tanins très doux. Belle intégration du bois. Un grand progès. ***1/2

Castellare di Castellina – Castellare
Nez légèrement vanillé assez intense. Bouche charnue, beau fruité épanoui, vivace, tanins fondus. Belle finale. ***1/2

Castello di Querceto
Nez intense au fruité frais. Bouche riche et fruitée. Tanins fondus. Belle finale. Le fruité est net, les tanins bien intégrés. La finale est longue. Très bien fait. *** 1/2

Castello San Sano
Nez fruité légèrement vanillé. Bouche nette, bien intégrée, tanins fins. Belle finale. ***1/2

Felsina – Berardenga
Nez joliment fruité légèrement vanillé. Bouche riche à l'attaque, de belle concentration, encore tannique, mais bien structurée. Légère note de tabac en finale. Harmonieux. Bel avenir. ***1/2

2010

Isole e Olena
Nez de fruit légèrement marqué par des notes de café. Bouche charnue, riche, nette, fruité bien défini, tanins fondus. Légères notes boisées en finale, mais bouteille superbe ! *****

Poggerino
Nez fruité encore marqué par son élevage sous bois. Bouche nette, fruité mûr, tanins fondus, ensemble harmonieux. Très frais. 100 % sangiovese. Pas d'accent pointu. *** 1/2

Sergio Zingarelli annonçait également la création du «Chianti Classico Academy» qui sera logé à l'intérieur de Santa Maria al Prato, un couvent du XVIIIe siècle. Cette nouvelle entité offrira des cours sur le vin pour les débutants et les dégustateurs aguerris tout en les faisant participer à la culture et à la réalité gastronomique de cette région de la Toscane par le biais de ses richesses agro-alimentaires.

Le Vino Nobile di Montepulciano est produit dans le sud de la Toscane et même si les vins sont issus d'un assemblage de cépages comparable à ce qui se fait dans le Chianti Classico, les vins révèlent un caractère plus solaire.

Au début de la rencontre, le président du consortium Federico Carleti (Poliziano) rappela le succès des vins de Montepulciano dans le monde en dépit de la crise économique mondiale. Il soulignait qu'en 2012 les exportations ont été de l'ordre de 68 % , une croissance de 7 %, les principaux pays étant l'Allemagne, les États-Unis, le Benelux, ce qui contribue à la santé économique de la région. Il s'est dit optimiste pour l'avenir car la qualité de la production est en croissance avec la construction d'une typicité qui aide à fidéliser le marché. Il précise que la chance du Vino Nobile di Montepulciano, c'est d'avoir des tanins doux et

« Le Chianti Classico a la cote d'amour au Canada. La preuve en est que le Canada figure parmi les marchés en croissance avec une progression de 7 % en 2010, 8 % en 2011 et 9 % en 2012, dépassant ainsi la Grande-Bretagne. Les deux premiers marchés sont les États-Unis et l'Allemagne. »

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 :
5.50$ ch. = 66.00$ + T.P.S. 3.30$ + T.V.Q. 6.58$ = **Total 75.88$** L'économie est basée sur le prix de détail suggéré de 6.95$

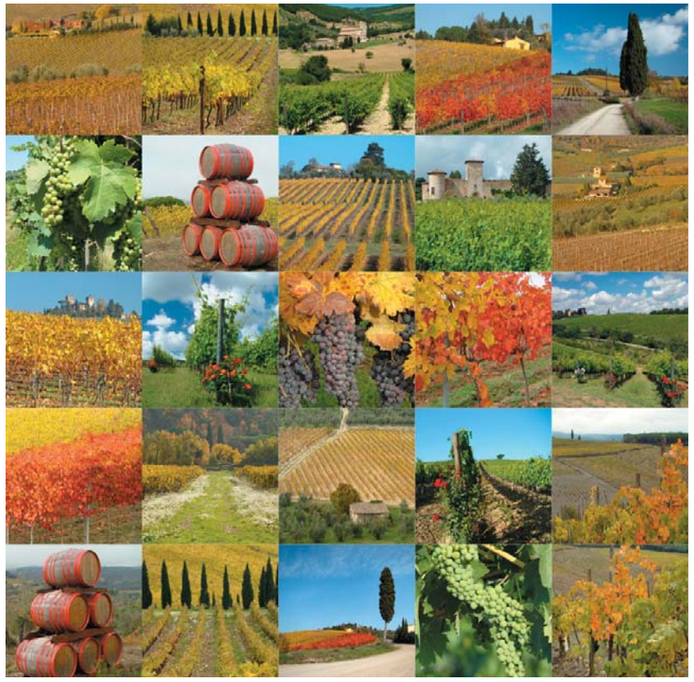
Nom: _____ Prénom: _____

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



suaves, ce qui permet de boire les vins plus tôt et donc d'assurer une plus forte rotation des stocks (surtout dans la restauration).

La dégustation se déroulait dans la magnifique forteresse tout récemment restaurée grâce à la générosité de la commune de Montepulciano et des producteurs. Dès l'an prochain, quand tous les travaux seront complétés, la forteresse pourra loger toute la production de Vino Nobile qui sera ainsi mise à la disposition des personnes qui désirent découvrir les vins de la région. Le président ajoutait «que la région sera très avantagée par cette restauration de la forteresse et qu'on verra la différence dans quelques années car il y a une formidable coopération entre les producteurs, la mairie, la région de Toscane et l'Université d'état Kennesaw en Géorgie aux États-Unis qui organise un cours d'été (Summer Study Abroad Program) à l'intérieur des murs de la forteresse.»

La dégustation du Brunello di Montalcino termine toujours ces journées marathon, avec la pause, le dernier jour, d'une plaque en céramique dessinée spécialement par un artiste de renom ou un grand nom de la mode italienne. Cette année, l'honneur de la plaque marquant le millésime 2012 est revenu à la marque Cruciani du groupe textile Arnaldo Caprai, célèbre pour ses bracelets en macramé Cruciani C qui est une véritable mode «in» en Italie.

Lors de cette dernière journée, le consortium du Brunello di Montalcino a remis le Leccio d'Oro 2013 à deux restaurants qui réservent une place de choix au brunello sur leur carte des vins. En Italie, c'est l'Enoteca Cortina de Cortina d'Ampezzo et l'Osteria Brunello à Milan, alors qu'à l'extérieur, c'est l'Osteria Mozza de Los Angeles.

Parmi les vins dégustés, plusieurs étaient très harmonieux même s'ils sont très puissants. D'autres par contre, avaient subi une trop longue macération et présentaient une forte extraction avec des tanins secs. On peut mettre en doute leur capacité à vieillir. Seul le temps pourra le dire. Il faut rappeler que ce millésime 2008 avait été classé quatre étoiles au printemps suivant ; certains producteurs ont pu être tentés de pousser l'extraction pour avoir davantage de couleur. ■

« La dégustation se déroulait dans la magnifique forteresse tout récemment restaurée grâce à la générosité de la commune de Montepulciano et des producteurs »

NOTES DE DÉGUSTATION

Anteprima Vino Nobile di Montepulciano 2010

Montemercurio «Messagero»
Très beau nez invitant où le fruité est enveloppé d'un beau boisé. Bouche riche, charnue, fruitée, soutenue par de beaux tanins gras et mûrs. Tannique en finale, mais sans cacher le fruit. Un vin important. ****

Avignonesi
Très beau fruit net au nez avec de légères notes boisées. Bouche fraîche et fruitée, tanins structurants. Belle finale fruitée très longue et persistante. Très bien fait. Les tanins sont toujours présents, mais devraient se fondre bientôt. Très bien fait. ****

Fattoria La Bracesca
Le nez offre un beau fruité avec de légères nuances boisées. Bouche nette, fruité délicat, bien défini. Belle finale. Superbe fruité et longueur. ****

* Godiolo
Nez aromatique avec notes de menthe. Bouche souple, fruité bien défini, tanins doux et mûrs. Belle finale. ****

Corte alla Flora
Nez très boisé au départ. Bouche fruitée, nette, soutenue par de beaux tanins mûrs. Finale souple où le fruité ressort bien. Bien fait. ****

Dei
Beaux arômes fruités au nez, nets. Bouche fraîche, nette, soutenue par des tanins doux qui commencent à se fondre. Très belle finale fruitée. ****

Boscarelli
Nez fruité. Bouche souple, fruitée, tanins doux et délicats. Belle finale. ***3/4

* Contucci
Nez fruité et boisé à la fois. Bouche fruitée, soutenue par des tanins puissants. Belle longueur en finale. Le fruité revient en rétro olfaction, mais avec une touche alcoolique. ***3/4

Fattoria del Cerro
Fruit bien présent au nez et très léger boisé. Bouche tannique à l'attaque, mais qui laisse percer le beau fruit. Finale persistante où le fruit s'exprime bien. ***3/4

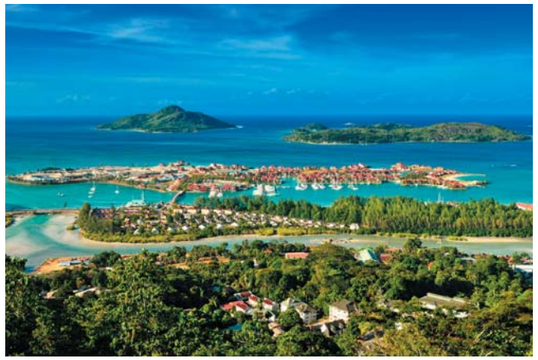
Tenuta Trerose
Le nez est agréable et aromatique. La bouche est tannique à l'attaque, mais bien structurée. Bon potentiel, mais attendre. ***1/2

Icario
Très joi nez aromatique. La bouche est souple, bien structurée. Très agréable à boire. Bien fait. ***1/2

* Binedella
Joli fruité, net et long Belle bouche fruitée. ***1/2

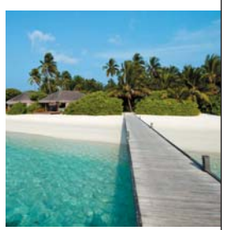
Tenuta di Gracciano della Seta
Joli nez aromatique et fruité. Bouche souple, acidité maîtrisée. Finale fruitée. Bien fait. ***1/2

Palazzo Vecchio «Maestro»
Nez floral. Bouche charnue, fruité bien défini, tanins mûrs. Belle finale. ***1/2



RÊVERIE AUX SEYCHELLES

PAYSAGES IDYLLIQUES, EAUX CRISTALLINES, FAUNE ET FLORE ABONDANTES ET ENDÉMIQUES, PEUPLE ACCUEILLANT, TEMPÉRATURES IDÉALES À L'ANNÉE LONGUE, QUE FAUDRAIT-IL DE PLUS POUR QUE LES SEYCHELLES NE MÉRITENT PAS LEUR NOM DE PARADIS TERRESTRE ?



Ce petit archipel situé à quelques milliers de kilomètres des côtes africaines, dans l'océan indien, est la terre rêvée pour l'évasion et la communion avec la Nature. Champion de la protection de l'environnement, le pays a su préserver sa nature et ses côtes des dégradations que subissent les îles voisines du fait de la grande fréquentation touristique. Les Seychelles sont en fait un pays de peuplement récent qui ne comptait en 1788 que 151 habitants ! De ce fait, on retrouve encore des terres vierges et sauvages qui n'ont subi aucune transformation humaine.

Les plages et fonds marins sont réputés pour être parmi les plus beaux au monde et font le bonheur des plongeurs comme des adeptes du farniente. Cet aquarium géant abrite dans ses profondeurs une vie marine exceptionnellement riche et diversifiée.

L'autre atout majeur des Seychelles, contrairement aux autres îles, est la diversité de son écosystème. Le pays en lui-même est un immense jardin botanique avec 46% de son territoire constitué de parcs nationaux et de réserves dans lesquelles l'on trouve des espèces végétales et animales qui n'existent nulle part ailleurs. Après les Galápagos, c'est certainement l'endroit où Mère Nature a été le plus généreuse.

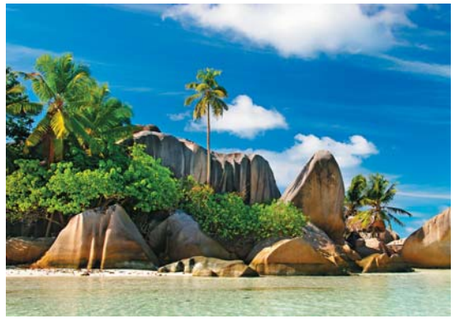
GÉOGRAPHIE

Composé d'un ensemble de 115 îles, cet archipel de l'Océan Indien situé dans l'hémisphère sud se trouve entre 480km et 1600km de distance de la côte est de l'Afrique.

La république des Seychelles occupe une surface terrestre de 455 km² sur une zone totale de 1.4 million de km². Une quarantaine d'îles granitiques et 70 îles coralliennes à la beauté intemporelle, un havre de paix, réputé pour abriter les plus belles plages du monde et une grande diversité de paysages.

Les 41 îles granitiques mi-océaniques, qui figurent parmi les plus anciennes sur Terre, sont appelées « îles intérieures », ce sont les plus proches de l'archipel central et les plus visitées. Les 74 restantes composées d'atolls et d'îlots de corail sont appelées, « îles extérieures ».

L'archipel des Seychelles se distingue par son incroyable beauté, un décor paradisiaque et un environnement resté intact, où l'on retrouve des sites classés au patrimoine mondial de l'UNESCO: la légendaire vallée de Mai située sur l'île de Praslin où pousse le «coco de mer» et le plus grand atoll émergé du monde, Aldabra, découvert par des marins arabes au 9ème siècle.



POPULATION & CULTURE

À différentes époques de l'histoire, des peuples africains, européens et asiatiques sont venus aux Seychelles, apportant avec eux, leurs traditions et leurs coutumes, qui contribuèrent au dynamisme du mode de vie et au charme de la culture seychelloise. Un mélange de peuples, de cultures et de religions qui fait la richesse des Seychelles.

Des influences que l'on retrouve dans des domaines, tels que l'art, la cuisine, la musique, la danse et l'architecture. Les multiples créations des artistes locaux continuent à rendre hommage au contexte multiethnique de leurs îles, qui constitue l'héritage des diverses influences qui les ont nourries.

La musique et la danse créoles ont des origines africaines, malgaches et européennes, avec des rythmes traditionnels accompagnés de tambours et d'instruments à cordes, aujourd'hui agrémentés de violon et de guitare. Il y a plusieurs sortes de danses traditionnelles aux Seychelles, la plus populaire, le Sega, est une danse régionale de balancement des hanches qui exprime autant la douleur que la sensualité des africains arrachés à leur terre. La Moutia, une danse érotique originaire des esclaves africains d'antan, et le Kanmtole, une danse classique de l'héritage européen, rappelant le quadrille écossais ou la contredanse française.

La cuisine créole est à l'image de la diversité ethnique des Seychelles, un riche mélange des subtilités et nuances de la cuisine française, de l'exotisme des plats indiens et des saveurs piquantes de l'Orient. Les recettes seychelloises sont principalement élaborées à base de poissons frais et de fruits de mer. Poissons ou poulpes grillés arrosés de sauce pimentée, de gingembre et de purée d'ail et le kari poul, préparé avec du lait de noix de coco accompagné de chatinis, sont des spécialités locales incontournables.

Tous les plats sont généralement relevés d'épices: cannelle, muscade, gingembre, cardamone,… et accompagnés de fruits, légumes et patates douces. Les bananes, de toutes sortes, sont également très présentes dans la gastronomie seychelloise, bouillies, frites au lait de coco, on les retrouve dans le katkat mélangées avec du thon et du lait de coco.

Les plus téméraires s'essayeront à la viande de chauve-souris sur un mazavarou, une pâte à base de piment rouge et d'huile bouillante! Tous ces plats se dégustent dans les restaurants locaux, mais n'hésitez surtout pas à vous restaurer dans les take-away d'un excellent rapport qualité-prix.

Les alcools et boissons d'importation coûtent relativement chers, on se tournera donc vers les boissons locales à base de fruit, le thé qui pousse à Mahé ou la liqueur Coco d'Amour au goût de lait de coco sucré, très apprécié des touristes. À l'inverse, d'autres boissons alcoolisées comme le toddy et le calou (à base de sève de coco fermentée), ou encore le bacca (un rhum de canne à sucre et d'ananas), ne sont disponibles qu'auprès des habitants.

CLIMAT

Avec une moyenne de 30 °C (tandis que celle de l'eau oscille entre 27 et 29 °C), le climat tropical marin des Seychelles est agréable toute l'année et les

« Le pays en lui-même est un immense jardin botanique avec 46% de son territoire constitué de parcs nationaux et de réserves dans lesquelles l'on trouve des espèces végétales et animales qui n'existent nulle part ailleurs. »

CROISIÈRE DE LUXE AUX SEYCHELLES

Cette croisière de luxe vous emmènera au cœur de l'Océan Indien, au cœur de l'archipel paradisiaque des Seychelles. Abritant les plus belles îles du monde, l'archipel bénéficie d'une incroyable flore et d'une faune qui regroupe de nombreuses espèces dont la rareté fascine. Avec ses longues **plages de sable fin**, ses **eaux cristallines**, et ses luxuriantes forêts tropicales, les Seychelles représentent une destination de rêve pour tous ceux qui souhaitent s'évader quelque temps sous le soleil des tropiques.

Vous embarquerez à bord d'un **yacht de grand luxe** pour une croisière idyllique! Avec une capacité maximale de 49 passagers, **retrouvez l'ambiance feutrée, chic et détendue d'un hôtel boutique** d'exception. Pendant 8 jours, le capitaine et les membres d'équipage s'affaireront à combler le moindre de vos besoins : cabines grand confort, salon élégamment décoré, cuisine haut de gamme, piscine et salle de gym, le programme à bord promet d'être varié!

C'est à Mahé, point de départ de cette croisière, que le yacht de luxe larguera les amarres. En naviguant parmi les eaux turquoise de l'Océan Indien, vous découvrirez des paysages magnifiques, encore préservés de l'affluence touristique. La **Baie de Beau Vallon, l'île d'Aride, La Digue** ou encore **Praslin**... Prélassez-vous sur les plus belles plages du monde, plongez au cœur d'un magnifique monde sous-marin et partez à la rencontre des tortues de mer géantes venues trouver refuge dans la sérénité de ces îles.

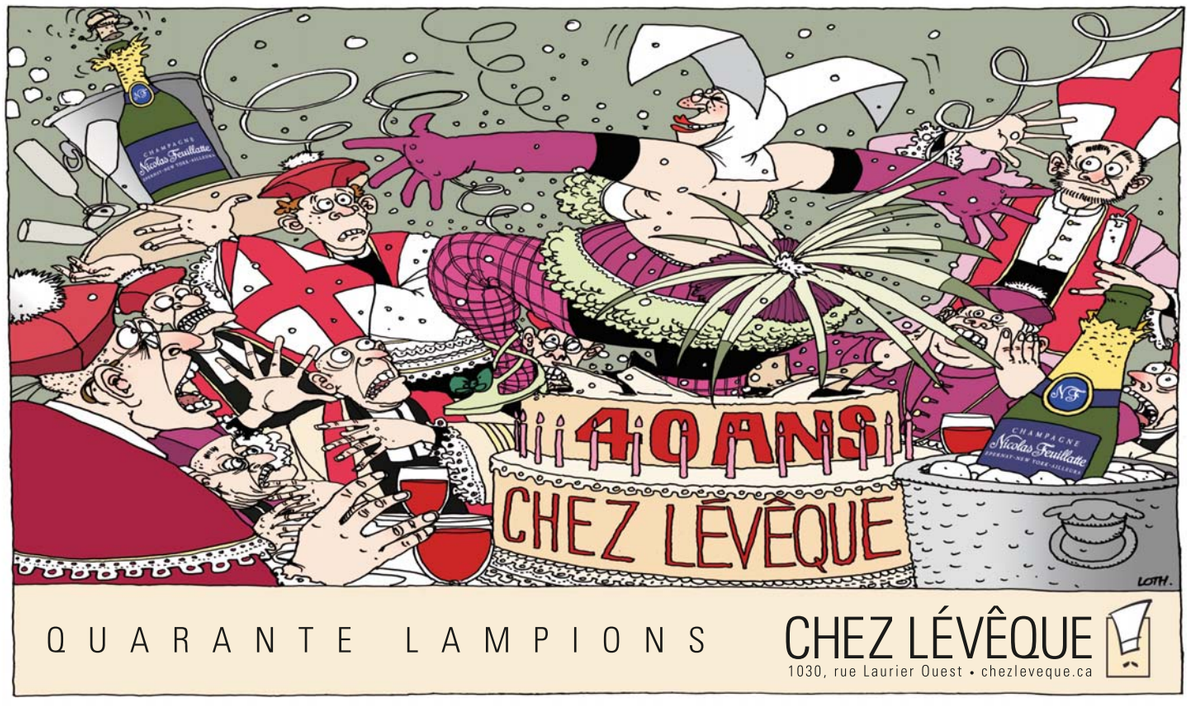
Montez à bord pour savourer le luxe d'une croisière unique et la volupté des décors incroyables de Seychelles.

N'hésitez pas à contacter un expert Uniktour pour plus d'informations sur cette croisière de luxe! Tél : 514 722-0909 - Sans frais : 1 866 722-0909

températures stables. De plus, l'archipel est situé hors de la zone des cyclones. Toutefois, deux saisons marquées par la direction des alizés rythment la vie des Seychellois.

Les mois de transition entre les deux saisons sont les plus agréables, notamment en octobre, novembre et surtout en avril et mai, pour éviter de fortes chaleurs humides et un vent parfois violent.

N'hésitez pas à contacter un expert Uniktour pour plus d'informations sur les voyages aux Seychelles. Tél : 514 722-0909 - Sans frais : 1 866 722-0909



NOUVEAU Pr Toviaz MC
fumarate de fésotérodine
comprimés à libération prolongée à 4 et à 8 mg

Résumé des renseignements posologiques

Critères de sélection des patients

CLASSE THÉRAPEUTIQUE : Anticholinergique – Antispasmodique

INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE : Pr TOVIAZ MC (comprimés de fumarate de fésotérodine à libération prolongée) est indiqué pour le traitement symptomatique de la vessie hyperactive, se caractérisant par une fréquence mictionnelle accrue, une urgence mictionnelle, une incontinence d'urgence ou toute combinaison de ces symptômes. **Personnes âgées (> 65 ans) :** D'après les études cliniques, il n'y a pas de différence globale apparente entre les patients âgés (≥ 65 ans) et les patients plus jeunes (< 65 ans) quant à l'innocuité de la fésotérodine en comprimés à libération prolongée. Par conséquent, un réglage posologique ne s'impose pas nécessairement chez les patients âgés (*voir* **POPULATIONS PARTICULIÈRES**). **Enfants (< 18 ans) :** L'innocuité et l'efficacité de **TOVIAZ** n'ont pas été établies chez l'enfant.

CONTRE-INDICATIONS : TOVIAZ est contre-indiqué chez les patients présentant les troubles suivants : rétention urinaire, rétention gastrique, glaucome à angle fermé non maîtrisé, hypersensibilité au fumarate de fésotérodine, aux comprimés de L-tartrate de toltérodine, aux capsules de L-tartrate de toltérodine à libération prolongée, au soya, aux arachides, au lactose ou à l'un des composants du produit ou du contenant.

POPULATIONS PARTICULIÈRES : Femmes enceintes : Il n'existe pas de données pertinentes sur l'emploi de la fésotérodine chez la femme enceinte. Les études de toxicité pour la reproduction menées chez l'animal ont révélé que la fésotérodine était embryotoxique aux doses quasi toxiques pour les mères. Comme le risque chez l'humain n'est pas connu, la fésotérodine ne doit être utilisée durant la grossesse que si les bienfaits escomptés pour la mère l'emportent sur les risques auxquels le fœtus est exposé. La fésotérodine ne doit être administrée aux femmes aptes à procréer que si ces dernières utilisent une méthode de contraception adéquate. **Femmes qui allaitent :** On ignore si la fésotérodine est excrétée dans le lait maternel. L'allaitement est donc déconseillé durant un traitement par la fésotérodine. **Enfants (< 18 ans) :** L'innocuité et l'efficacité de **TOVIAZ** n'ont pas été établies chez l'enfant. **Personnes âgées (> 65 ans) :** Dans les études cliniques, aucune différence globale d'innocuité ou d'efficacité n'a été observée entre les sujets de 65 ans ou plus et les sujets plus jeunes. Il faut cependant souligner que les participants à ces études avaient été triés sur le volet et qu'ils étaient en relativement bonne santé. Cela dit, l'âge n'influe pas de façon significative sur la pharmacocinétique de la fésotérodine. Un réglage posologique ne s'impose pas nécessairement chez les patients âgés (*voir* **EFFETS INDÉSIRABLES, Personnes âgées**).

Renseignements relatifs à l'innocuité

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS : Système cardiovasculaire : Comme tous les autres antimuscariniques, **TOVIAZ** est associé à une accélération de la fréquence cardiaque, laquelle est corrélée à une augmentation de la dose. Par conséquent, il faut faire preuve de prudence lorsqu'on administre **TOVIAZ** à des patients ayant des antécédents de cardiopathie ischémique ou de tachyarythmie, comme on le fait avec les autres antimuscariniques. **Système endocrinien et métabolisme : CYP3A4 :** La prudence est de mise lorsqu'on prescrit la fésotérodine ou qu'on fait passer la dose de 4 à 8 mg chez des patients prédisposés à une exposition accrue au métabolite actif en raison notamment de la prise concomitante d'inhibiteurs de la CYP3A4. On déconseille d'administrer **TOVIAZ** à des doses supérieures à 4 mg en présence d'un inhibiteur puissant de la CYP3A4 tel que le kétoconazole, l'itraconazole, le miconazole et la clarithromycine. Aucun réglage posologique n'est recommandé en présence d'inhibiteurs modérés de la CYP3A4 tels que le fluconazole. Bien qu'on n'ait pas étudié les effets des inhibiteurs faibles de la CYP3A4 telle la cimétidine, certaines interactions pharmacocinétiques sont à prévoir, mais dans une moindre mesure qu'avec les inhibiteurs modérés de cette isoenzyme (*voir* **ADMINISTRATION** *et* **Renseignements supplémentaires sur le produit**). **CYP2D6 :** Un sous-ensemble d'individus présentent une carence en CYP2D6 fonctionnelle et sont, de ce fait, considérés comme des métaboliseurs lents. On a constaté que l'exposition au métabolite actif de la fésotérodine était plus importante chez les métaboliseurs lents sous kétoconazole (un inhibiteur puissant de la CYP3A4) que chez les métaboliseurs rapides qui ne prenaient pas de kétoconazole (*voir* **Renseignements supplémentaires sur le produit**). **Appareil digestif : Risque de rétention gastrique :** Puisque **TOVIAZ**, comme tous les autres antimuscariniques, peut entraîner une rétention gastrique, il faut l'administrer avec prudence aux patients qui présentent une réduction de la motilité gastro-intestinale, y compris une constipation sévère, ou qui souffrent de troubles digestifs obstructifs, telle une sténose pylorique (*voir* **CONTRE-INDICATIONS**). **Appareil génito-urinaire : Risque de rétention urinaire : TOVIAZ,** comme tout autre antimuscarinique, doit être administré avec prudence aux patients souffrant d'une obstruction vésicale d'importance clinique, en raison du risque de rétention urinaire (*voir* **CONTRE-INDICATIONS** *et* **Renseignements supplémentaires sur le produit**). **Fonction hépatique / biliaire / pancréatique : TOVIAZ** doit être administré avec prudence aux patients atteints d'insuffisance hépatique. Il n'est pas nécessaire de régler la posologie en présence d'insuffisance hépatique légère à modérée. L'usage de la fésotérodine chez les patients ayant une atteinte hépatique grave n'est toutefois pas recommandé (*voir* **ADMINISTRATION**). **Système immunitaire : Œdème angioneurotique :** Des cas d'œdème angioneurotique de la face, des lèvres, de la langue et / ou du larynx ont été rapportés par suite de l'emploi de la fésotérodine, parfois après l'administration de la première dose. Lorsqu'il touche les voies respiratoires supérieures, l'œdème angioneurotique peut s'avérer mortel. En cas d'atteinte de la langue, de l'hypopharynx ou du larynx, il faut cesser sans tarder le traitement par la fésotérodine et instaurer un traitement approprié et / ou prendre les mesures qui s'imposent pour dégager rapidement les voies aériennes du patient. **Lactose :** Les comprimés **TOVIAZ** à libération prolongée contiennent du lactose. Les patients qui présentent des troubles héréditaires rares tels que l'intolérance au galactose, la déficience en lactase de Lapp ou la malabsorption du glucose-galactose ne devraient pas prendre ce médicament. **Fonction neurologique :** Comme dans le cas des autres antimuscariniques, il faut administrer **TOVIAZ** avec prudence aux patients souffrant de myasthénie grave. **Fonction visuelle : Glaucome à angle fermé maîtrisé :** Comme tous les antimuscariniques, **TOVIAZ** doit être employé avec prudence chez les patients recevant un traitement contre un glaucome à angle fermé (*voir* **CONTRE-INDICATIONS**). **Fonction rénale :** Il faut administrer **TOVIAZ** avec prudence aux patients atteints d'insuffisance rénale. Aucun réglage posologique ne s'impose en présence d'insuffisance rénale légère ou modérée. On déconseille cependant d'administrer la fésotérodine à des doses supérieures à 4 mg en cas d'insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 30 mL/min) (*voir* **ADMINISTRATION**).

EFFETS INDÉSIRABLES (voir la liste complète) : Aperçu des effets indésirables du médicament : En raison des propriétés pharmacologiques de la fésotérodine, le traitement peut causer des effets antimuscariniques légers ou modérés comme une sécheresse buccale, de la constipation, une sécheresse oculaire et une dyspepsie. **Effets indésirables du médicament observés au cours des essais cliniques :** L'innocuité de **TOVIAZ** a été évaluée essentiellement dans le cadre d'essais comparatifs de phases II et III, auxquels ont pris part un total de 2859 patients qui avaient une vessie hyperactive, dont 2288 ont été traités par la fésotérodine. De ce nombre, 782 et 785 ont reçu **TOVIAZ** à la dose de 4 mg / jour et de 8 mg / jour, respectivement, et ce, pendant 8 ou 12 semaines. Quelque 80 % des participants ont été exposés à **TOVIAZ** pendant plus de 10 semaines. Les deux études de phase III d'une durée de 12 semaines sur l'efficacité et l'innocuité de la fésotérodine, de même que les études ouvertes de prolongation qui ont suivi ont réuni au total 1964 patients. Parmi eux, 554 ont reçu **TOVIAZ** à la dose de 4 mg / jour et 566, à la dose de 8 mg / jour. Si l'on tient compte de tous les essais comparatifs combinés de phases II et III avec placebo, la fréquence des manifestations indésirables graves a été de 1,9 % chez les sujets sous placebo, de 3,5 % chez les patients ayant reçu **TOVIAZ** à la dose de 4 mg et de 2,9 % chez ceux qui ont reçu **TOVIAZ** à la dose de 8 mg. Les investigateurs ont jugé que ces manifestations n'étaient pas ou vraisemblablement pas liées au médicament à l'étude, sauf chez quatre patients sous **TOVIAZ** qui ont chacun fait état d'une manifestation indésirable grave : angine, douleur thoracique, gastro-entérite et allongement de l'intervalle QT à l'ECG. La sécheresse buccale était la manifestation indésirable la plus souvent rapportée parmi les patients soumis à **TOVIAZ**. Elle était plus fréquente chez les sujets traités à la dose de 8 mg / jour (35 %) ou de 4 mg / jour (19 %) que chez les sujets recevant le placebo (7 %). Elle a mené à l'abandon du traitement chez 0,4 %, 0,4 % et 0,8 % des patients ayant reçu un placebo, **TOVIAZ** à 4 mg / jour et **TOVIAZ** à 8 mg / jour, respectivement. Dans la plupart des cas, elle est apparue moins de 1 mois après la mise en route du traitement. La constipation venait au deuxième rang des manifestations indésirables signalées le plus fréquemment. Elle a touché 2 % des sujets sous placebo, 4 % des patients sous **TOVIAZ** à 4 mg / jour et 6 % des patients sous **TOVIAZ** à 8 mg / jour. Des patients ont également reçu **TOVIAZ** pendant un maximum de 3 ans dans le cadre de la phase de prolongation ouverte d'un essai de phase II et de deux essais de phase III. Si l'on combine tous les essais ouverts, ce sont 857, 701, 529 et 105 patients qui ont reçu **TOVIAZ** pendant au moins 6 mois, 1 an, 2 ans et 3 ans, respectivement. Les manifestations indésirables observées pendant les essais ouverts de longue durée étaient comparables à celles qui avaient été recensées dans les essais comparatifs avec placebo de 12 semaines, et comprenaient : la sécheresse buccale, la constipation, la sécheresse oculaire, la dyspepsie et les douleurs abdominales. Comme ce fut le cas dans les essais comparatifs, la sécheresse buccale et la constipation ont été la plupart du temps d'intensité légère à modérée. Les manifestations indésirables graves, jugées au mieux comme possiblement liées au médicament à l'étude par l'investigateur, et signalées plus d'une fois pendant la période ouverte de traitement d'une durée maximale de 3 ans sont : la rétention urinaire (3 cas), la diverticulite (3 cas), la constipation (2 cas), le syndrome du côlon irritable (2 cas) et un allongement de l'intervalle QTc (QT corrigé) à l'électrocardiographie (2 cas). L'innocuité de **TOVIAZ** a par ailleurs été confirmée dans deux autres études à double insu avec répartition aléatoire d'une durée de 12 semaines, qui ont permis de comparer **TOVIAZ** à un placebo et à un agent actif (toltérodine à libération prolongée à 4 mg). Si l'on tient compte des deux études combinées, 1527 patients ont reçu **TOVIAZ** à 8 mg, 1552 patients, la toltérodine à libération prolongée et 755 patients, le placebo. Les manifestations indésirables survenues le plus souvent pendant le traitement avec **TOVIAZ** au cours de ces deux études (sécheresse buccale, constipation et céphalées) étaient similaires à celles qui avaient été observées dans les études comparatives de 12 semaines avec placebo. Dans les essais cliniques ayant comparé la fésotérodine et un placebo, on a rapporté des hausses marquées des taux d'enzymes hépatiques (ALAT et GGT) à une fréquence qui ne différait toutefois pas de celle observée chez les sujets recevant le placebo. Le lien avec la fésotérodine n'a pas été élucidé. **TOVIAZ** a été associé à une accélération de la fréquence cardiaque, effet bien connu des antimuscariniques, laquelle était corrélée à une augmentation de la dose. Dans les études comparatives de phase III avec placebo menées auprès de patients ayant une vessie hyperactive, les augmentations moyennes de la fréquence cardiaque par rapport au groupe placebo ont été de 3 à 4 battements par minute dans le groupe fésotérodine recevant la dose de 4 mg / jour et de 3 à 5 battements par minute dans le groupe fésotérodine recevant la dose de 8 mg / jour.

Allerject[MC]

Auto-injecteur à assistance vocale
Épinéphrine à 0,3 mg/0,3 mL / 0,15 mg/0,15 mL

Résumé des renseignements posologiques

Critères de sélection des patients

CLASSIFICATION THÉRAPEUTIQUE
Catécholamine / sympathomimétique

INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE
Les auto-injecteurs ALLERJECT[MC] à 0,3 mg (0,3 mL d'épinéphrine injectable, USP; 1:1000) et à 0,15 mg (0,15 mL d'épinéphrine injectable, USP; 1:1000) sont indiqués pour le traitement d'urgence des réactions anaphylactiques chez les patients que l'on juge exposés à un risque accru d'anaphylaxie, dont ceux qui ont déjà subi une réaction anaphylactique. La dose à administrer est déterminée selon le poids corporel du patient. ALLERJECT[MC] est destiné à l'auto-administration immédiate d'épinéphrine pour le traitement d'urgence des réactions allergiques graves (de type I), y compris l'anaphylaxie associée aux : • aliments (ex. : arachides, noix de pin, mollusques et crustacés, poisson, lait, œufs, blé) • piqûres d'insectes (ex. : hyménoptères tels qu'abeilles, guêpes, guêpes jaunes, frelons et fourmis rouges) ainsi qu'aux morsures d'insectes (ex. : moustiques et mouches noires) • médicaments • latex • anaphylaxie idiopathique • anaphylaxie d'effort • autres allergènes. L'épinéphrine est le médicament de prédilection pour le traitement d'urgence des réactions allergiques graves. Son puissant effet vasoconstricteur, issu de son action sur les récepteurs alpha-adrénergiques, contrecarre rapidement la vasodilatation et l'augmentation de la perméabilité vasculaire observées en cas de réaction anaphylactique, lesquelles peuvent mener à l'hypovolémie et à l'hypotension. ALLERJECT[MC] n'est qu'une mesure de soutien d'urgence; il ne remplace pas les soins médicaux ou hospitaliers qui s'imposent en cas de réaction allergique grave, ni ne supplante l'hyposensibilisation au venin d'insectes. Immédiatement après l'injection, il faut obtenir des soins médicaux. Toute personne traitée d'urgence par l'épinéphrine doit immédiatement être transportée à l'hôpital, idéalement en ambulance, aux fins d'évaluation et d'observation.

Signes et symptômes cliniques de l'anaphylaxie
L'anaphylaxie est une réaction allergique aiguë grave pouvant être mortelle. Elle survient subitement et dure généralement moins de 24 heures. Comme il s'agit d'une réaction généralisée, elle se manifeste par un grand nombre de signes et de symptômes. On estime que de 1 à 2 % de la population générale est à risque d'une anaphylaxie secondaire aux allergies alimentaires et aux piqûres d'insectes. La prévalence déclarée est moindre en cas d'allergie aux médicaments et au latex. Les personnes atteintes d'asthme y sont particulièrement exposés. **Les symptômes d'anaphylaxie peuvent inclure : Oraux :** prurit des lèvres, de la langue et du palais, œdème des lèvres et de la langue; goût métallique. **Cutanés :** bouffées vasomotrices, prurit, urticaire, œdème angioneurotique, éruption cutanée morbilliforme et horripilation. **Gastro-intestinaux :** nausées, douleur abdominale, vomissements et diarrhée. **Respiratoires :** ***Laryngés :*** prurit et serrement de la gorge, dysphagie, dysphonie, enrouement, respiration sifflante et toux. ***Nasaux :*** prurit, congestion, rhinorrhée, éternuements et sensation de démangeaisons dans les conduits auditifs externes. **Cardiovasculaires :** lipothymie, syncope, douleur thoracique, dysrythmie, hypotension. ***Remarque :*** l'hypotension est un signe d'anaphylaxie. Il faut traiter l'anaphylaxie dès ses premiers stades pour prévenir l'hypotension. **Autres :** prurit, érythème et œdème périorbitaires, érythème conjonctival, larmoiement; lombalgie et contractions utérines chez la femme; aura « apocalyptique ». La gravité d'une réaction anaphylactique antérieure ne permet pas de prévoir celle d'une réaction future, qui peut être d'intensité moindre, égale ou supérieure. L'intensité de la réaction dépend entre autres de la sensibilité du patient à l'allergène en question, de la dose d'allergène, du degré d'exposition à celui-ci et d'autres facteurs. Les recherches ont démontré que les décès secondaires à l'anaphylaxie surviennent souvent lorsque l'épinéphrine n'est pas administrée ou lorsqu'elle est administrée tardivement. L'épinéphrine doit être administrée dès que possible après l'apparition des symptômes d'une réaction allergique grave. Or, les réactions qui commandent l'administration d'épinéphrine ne sont pas toujours prévisibles, car elles ne sont pas nécessairement précédées de signes avant coureurs fiables. Il est recommandé d'administrer de l'épinéphrine dès les premiers signes d'une réaction secondaire à l'exposition connue ou présumée à un allergène. Chez les patients ayant déjà subi un collapsus cardiovasculaire grave par suite de l'exposition à un allergène, le médecin peut recommander d'administrer de l'épinéphrine immédiatement en cas de réexposition, avant même l'apparition d'une réaction. Administrée correctement immédiatement après l'exposition à un allergène, l'épinéphrine peut sauver la vie du patient. Dans la plupart des cas, une seule injection d'épinéphrine suffit. Cependant, les symptômes peuvent réapparaître, et l'administration d'injections supplémentaires peut s'imposer pour contrôler la réaction. L'épinéphrine peut être réinjectée toutes les 5 à 15 minutes jusqu'à la résolution de l'anaphylaxie ou l'apparition de signes d'hyperadrénalinémie (palpitations, tremblements, forte inquiétude et anxiété). Toute personne traitée d'urgence par l'épinéphrine doit immédiatement être transportée à l'hôpital, idéalement en ambulance, aux fins d'évaluation et d'observation. Une nouvelle réaction peut survenir dans les heures qui suivent la première, sans que la personne ne soit réexposée à l'allergène en cause. Ainsi, on conseille la mise sous surveillance au service des urgences, pour parer au risque de réaction biphasique (deuxième réaction) ou prolongée. La durée recommandée de la période d'observation est d'au moins 4 heures, mais celle-ci peut varier à la discrétion du médecin traitant, selon la gravité de la réaction, les antécédents du patient et sa réponse au traitement, ainsi que la distance entre le domicile de ce dernier et l'hôpital. Les réactions anaphylactiques sont généralement uniphasiques. Cependant, 20 % d'entre elles se manifestent en deux temps. La seconde phase survient habituellement après une période de 1 à 8 heures sans symptômes, mais peut se manifester jusqu'à 38 heures (en moyenne 10 heures) après la réaction initiale. Environ le tiers des réactions en deuxième phase sont plus graves, le tiers sont aussi graves, et le tiers restant sont moins graves. Les réactions de deuxième phase peuvent se produire même après l'administration de corticostéroïdes. **Le patient doit demeurer à proximité d'un hôpital ou d'un endroit d'où il pourra faire le 911 au cours des 48 heures suivant le traitement de l'anaphylaxie.** L'anaphylaxie prolongée, qui s'accompagne souvent d'une hypotension marquée et peut durer plus de 24 heures, ne répond que peu au traitement énergique et est assortie d'un pronostic sombre.

CONTRE-INDICATIONS
Il n'existe aucune contre-indication absolue à l'emploi d'épinéphrine en cas de réaction allergique à risque mortel.

Renseignements relatifs à l'innocuité

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS
Généralités : Les patients ayant des antécédents d'anaphylaxie sont à risque de récidives pouvant être mortelles. Toute personne ayant déjà eu un ou plusieurs épisode(s) d'anaphylaxie, ou son aidant, doit avoir de l'épinéphrine injectable sur elle en tout temps. Le port d'un bracelet ou d'un collier d'alerte médicale est fortement recommandé chez ces patients. L'injection d'épinéphrine ne remplace pas l'obtention des soins médicaux ou hospitaliers. Outre l'épinéphrine, le patient doit consulter un médecin ou se rendre à l'hôpital. L'administration séquentielle de plus de 2 doses d'épinéphrine ne doit être faite que sous surveillance médicale directe. Les antihistaminiques et les médicaments contre l'asthme ne doivent pas servir au traitement de première intention d'une réaction anaphylactique. Au moment de quitter l'hôpital après la résolution de l'épisode anaphylactique, le patient doit immédiatement faire renouveler son ordonnance et se procurer un nouvel auto-injecteur ALLERJECT[MC]. ***Point d'injection*** **ALLERJECT[MC] doit être injecté UNIQUEMENT dans la partie antérolatérale de la cuisse. Il faut aviser le patient de ne pas s'injecter ALLERJECT[MC] par voie intraveineuse.** L'injection accidentelle d'épinéphrine en dose excessive ou par voie intraveineuse provoque une hausse marquée de la tension artérielle pouvant causer une hémorragie cérébrale. En pareil cas, on peut contrecarrer les effets vasopresseurs prononcés de l'épinéphrine au moyen de vasodilatateurs à action rapide. **Il faut aviser le patient de ne pas s'injecter ALLERJECT[MC] dans la fesse.** L'injection d'ALLERJECT[MC] dans la fesse risque de ne pas traiter efficacement l'anaphylaxie. Le cas échéant, le patient doit immédiatement se rendre au service des urgences le plus proche en vue de recevoir un traitement complet. **Il faut aviser le patient de ne pas s'injecter ALLERJECT[MC] dans les doigts, les orteils, les mains ni les pieds.** Comme l'épinéphrine est un vasoconstricteur puissant, son administration accidentelle dans les doigts, les orteils, les mains ou les pieds peut entraver la circulation sanguine dans la région injectée. En pareilles circonstances, il faut soumettre le patient à un traitement vasodilatateur en plus de compléter le traitement de l'anaphylaxie. Les affections énumérées ci-après ne sont pas des contre-indications à l'administration d'épinéphrine en cas de réaction aiguë à risque mortel. Ainsi, les patients qui sont atteints de ces affections, de même que toute personne (parent, aidant) pouvant être appelée à leur administrer de l'épinéphrine en cas d'anaphylaxie, doivent être mis au courant des circonstances dans lesquelles il faut utiliser l'épinéphrine : ***Maladies cardiovasculaires*** Il ne faut pas administrer d'épinéphrine en présence de choc cardiogène, traumatique ou hémorragique, de dilatation cardiaque et/ou d'artériosclérose cérébrale. L'épinéphrine doit être utilisée avec prudence chez les patients souffrant d'arythmie cardiaque, de maladies des artères coronaires, de maladies organiques du cœur ou d'hypertension artérielle, ou chez les patients qui prennent des médicaments pouvant sensibiliser le cœur aux arythmies, p. ex., digitaline, diurétiques ou antiarythmiques. Chez ces patients, l'épinéphrine peut déclencher ou aggraver l'angine de poitrine ou produire des arythmies ventriculaires. Chez les patients atteints d'hypertension ou d'hyperthyroïdie, ces effets sont généralement plus marqués ou durent plus longtemps. ***Troubles endocriniens et métaboliques*** L'administration d'épinéphrine peut entraîner une hausse de la glycémie chez les patients atteints de diabète. ***Affections neurologiques*** L'épinéphrine ne doit pas être administrée en présence de lésions cérébrales organiques. Les symptômes de la maladie de Parkinson peuvent s'aggraver temporairement après un traitement par l'épinéphrine. ***Affections ophtalmologiques*** L'épinéphrine ne doit pas être administrée en présence de glaucome à angle fermé. ***Troubles respiratoires*** Le risque de symptômes respiratoires est grandement accru chez les patients qui souffrent d'asthme, surtout lorsque celui-ci est mal maîtrisé. Chez ces patients, l'anaphylaxie tend plus à avoir une issue mortelle. L'œdème pulmonaire provoqué par la vasoconstriction périphérique et la stimulation cardiaque peut également se révéler mortel. ***Sensibilité*** ALLERJECT[MC] contient du métabisulfite de sodium, substance pouvant causer une réaction de type allergique se manifestant entre autres par des symptômes anaphylactiques ou des crises d'asthme légères à graves chez les patients vulnérables. Néanmoins, l'épinéphrine demeure le médicament de prédilection pour le traitement des réactions allergiques graves; la présence d'un sulfite dans la composition d'ALLERJECT[MC] ne doit pas empêcher l'emploi d'épinéphrine en cas de réaction allergique grave ou d'autres situations d'urgence, même si le patient a une sensibilité aux sulfites. ***Reproduction*** Aucune étude n'a été menée pour déterminer l'éventuel effet de l'épinéphrine sur la fertilité. ***Populations particulières*** **Femmes enceintes :** Aucune étude rigoureuse n'a été menée auprès de femmes enceintes. Cela dit, l'épinéphrine ne doit être administrée pendant la grossesse que si les bienfaits escomptés pour la mère l'emportent sur les risques pour le fœtus. **Enfants (ou patients pesant 15 à 30 kg) :** Aucune donnée ne porte à croire que l'innocuité ou l'efficacité de l'épinéphrine diffèrent chez les adultes et les enfants dans cette catégorie de poids. **Personnes âgées (patients > 65 ans) :** Les personnes âgées souffrant d'hypertension, d'une maladie coronarienne ou d'arythmie cardiaque sont particulièrement à risque d'une surdose d'épinéphrine, d'où l'importance d'exercer une surveillance plus étroite chez ceux-ci et d'éviter toute surdose.

EFFETS INDÉSIRABLES
Les effets indésirables de l'épinéphrine comprennent les suivants : anxiété modérée (transitoire), sentiment de surstimulation, inquiétude, agitation, tremblements, faiblesse, nervosité, étourdissements, transpiration, tachycardie, palpitations, pâleur, nausées et vomissements, céphalées et/ou troubles respiratoires. Des arythmies ventriculaires peuvent également survenir. Ces effets peuvent toucher certaines personnes traitées par l'épinéphrine, mais tendent à être plus marqués en cas d'hypertension ou d'hyperthyroïdie. Ils s'estompent généralement rapidement, surtout après une période d'alitement. Certains patients, dont les personnes âgées, les femmes enceintes et les patients atteints de diabète, peuvent être exposés à un risque accru de développer des effets indésirables suivant l'injection d'épinéphrine. Les patients atteints d'une maladie coronarienne sont sujets à des effets plus prononcés ou persistants, et peuvent souffrir d'angine. L'administration d'une dose excessive d'épinéphrine provoque une hypertension aiguë. L'élévation rapide de la tension artérielle a entraîné des cas d'hémorragie cérébrale, surtout chez des patients âgés souffrant de maladie cardiovasculaire. Des cas d'arythmie, y compris de fibrillation ventriculaire mortelle, ont été signalés, notamment chez des patients ayant une cardiopathie sous-jacente ou recevant certains autres médicaments. Le potentiel qu'a l'épinéphrine de provoquer ce type d'effets indésirables ne constitue pas une contre-indication à son emploi en cas de réaction allergique aiguë à risque mortel.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES
Il n'existe aucune contre-indication connue à l'emploi d'épinéphrine en cas de réaction allergique à risque mortel. ***Interactions médicament-médicament*** L'épinéphrine doit être utilisée avec prudence chez les patients qui prennent des médicaments pouvant mettre le cœur en proie à des arythmies (digitaliques, diurétiques, antiarythmiques). En pareilles circonstances, l'épinéphrine peut déclencher ou aggraver l'angine de poitrine et provoquer des arythmies ventriculaires. La prudence s'impose chez les patients qui reçoivent des glucosides ou des diurétiques, car ces agents peuvent sensibiliser le myocarde à la stimulation bêta-adrénergique et accroître le risque d'arythmie. Les effets de l'épinéphrine peuvent être accentués par les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de la monoamine oxydase, la lévothyroxine sodique et certains antihistaminiques, notamment la chlorphéniramine, la tripélennamine et la diphénhydramine. Les bêtabloquants comme le propranolol s'opposent aux effets cardiostimulateurs et bronchodilatateurs de l'épinéphrine, réduisant ainsi son efficacité. L'anaphylaxie peut donc être aggravée par ces agents. Par ailleurs, les effets vasoconstricteurs et hypertenseurs de l'épinéphrine sont contrecarrés par les alphabloquants comme la phentolamine. Les phénothiazines peuvent également inverser l'action vasopressive de l'épinéphrine. Des décès sont survenus chez des patients atteints d'asthme qui avaient reçu de l'épinéphrine après la prise d'isoprotérénol, d'orciprénaline, de salbutamol et de bêta-agonistes à longue durée d'action. ***Effets du médicament sur le style de vie*** L'épinéphrine doit être administrée avec prudence aux patients qui prennent de la cocaïne, car celle-ci sensibilise le cœur aux catécholamines (à l'instar de l'hyperthyroïdie non maîtrisée).

Si vous croyez avoir eu une réaction grave ou inattendue à ce médicament, vous pouvez en informer Santé Canada par téléphone au 1-866-234-2345 ou sanofi-aventis Canada Inc. au 1-800-265-7927.

Administration

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION
Un professionnel de la santé doit expliquer en détail le mode d'emploi et les consignes relatives à l'utilisation d'ALLERJECT[MC] au patient ou à son aidant. L'épinéphrine est essentielle au traitement de l'anaphylaxie. Les patients qui ont déjà eu une réaction allergique grave (anaphylaxie) ou sont à risque d'une telle réaction doivent recevoir des directives précises sur l'utilisation appropriée de l'épinéphrine. Le médecin prescripteur doit évaluer soigneusement chaque patient afin de déterminer la dose d'épinéphrine à lui administrer, en tenant compte du risque mortel associé aux réactions pour lesquelles le médicament est indiqué. Advenant un épisode d'anaphylaxie grave et persistant, plusieurs injections d'épinéphrine peuvent être nécessaires. L'administration séquentielle de plus de 2 doses d'épinéphrine ne doit être effectuée que sous surveillance médicale directe. ***Auto-injecteur à assistance vocale*** L'auto-injecteur à assistance vocale est conçu pour assurer l'auto-administration immédiate de la dose exacte d'épinéphrine nécessaire au traitement d'urgence des réactions allergiques graves (de type I), y compris l'anaphylaxie. Portatif et ergonomique, l'injecteur est facile à utiliser. Ainsi, les patients pourront mieux observer les recommandations voulant que l'épinéphrine soit accessible en tout temps et administrée sans délai en cas de situation d'urgence due à une réaction allergique. Le dispositif est également doté de plusieurs caractéristiques permettant de réduire les risques liés à l'injection : aiguille rétractable, dispositif de sécurité et système électronique d'assistance vocale et visuelle destiné à guider l'utilisateur pendant le processus d'injection. ***Considérations posologiques*** La dose à administrer (ALLERJECT[MC] 0,3 mg ou ALLERJECT[MC] 0,15 mg) dépend du poids corporel du patient. Le médecin qui prescrit l'auto-injecteur ALLERJECT[MC] à 0,3 mg ou à 0,15 mg doit prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que le patient comprenne clairement les indications et le mode d'emploi du dispositif, en lui expliquant en détail le contenu de la section RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR. L'auto-injecteur ALLERJECT[MC] à 0,3 mg contient 0,76 mL de solution mais fournit une dose unique de seulement 0,3 mL; il reste 0,46 mL de solution dans le dispositif après l'injection. Le volume restant ne peut être utilisé. L'auto-injecteur ALLERJECT[MC] à 0,15 mg contient 0,76 mL de solution mais fournit une dose unique de seulement 0,15 mL; il reste 0,61 mL de solution dans le dispositif après l'injection. Le volume restant ne peut être utilisé. ALLERJECT[MC] doit être injecté par voie intramusculaire, dans la partie antérolatérale de la cuisse, à travers les vêtements au besoin. **Il ne faut pas l'injecter dans la fesse.** ***Posologie recommandée et ajustement posologique*** **ALLERJECT[MC] à 0,3 mg :** L'auto-injecteur ALLERJECT[MC] à 0,3 mg fournit 0,3 mg d'épinéphrine (0,3 mL, 1:1000); il est destiné aux patients qui pèsent plus de 30 kg. **ALLERJECT[MC] à 0,15 mg :** L'auto-injecteur ALLERJECT[MC] à 0,15 mg fournit 0,15 mg d'épinéphrine (0,15 mL, 1:1000); il est destiné aux patients qui pèsent entre 15 et 30 kg. L'auto-injecteur ALLERJECT[MC] contient une dose unique d'épinéphrine. Comme la dose libérée est fixe, il est préférable de recourir à une autre forme d'épinéphrine injectable si la dose jugée nécessaire est inférieure à 0,15 mg. ***Administration*** Il faut expliquer en détail le mode d'emploi et les caractéristiques de sécurité d'ALLERJECT[MC] au patient ou à son aidant avant l'utilisation. Il faut inspecter la solution d'épinéphrine par la fenêtre du dispositif afin de s'assurer qu'elle ne contient pas de particules et n'a pas changé de couleur. L'auto-injecteur ALLERJECT[MC] doit être remplacé si la solution d'épinéphrine est trouble, a changé de couleur ou contient des particules, si le dispositif de sécurité **ROUGE** a déjà été enlevé ou que la date d'expiration est dépassée. L'épinéphrine craint la lumière; ALLERJECT[MC] doit être conservé dans son étui, à l'abri de celle-ci.

La monographie du produit ou les Renseignements posologiques complets peuvent être consultés à l'adresse suivante : http//www.sanofi.ca ou en communiquant avec le promoteur, sanofi-aventis Canada Inc. au : 1-855-405-4321.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE PRODUIT
SURDOSAGE
En cas de surdosage présumé, communiquez avec le centre antipoison de votre région.
L'épinéphrine est inactivée rapidement dans l'organisme. En cas de surdosage, le traitement est principalement un traitement de soutien. Au besoin, on peut administrer des vasodilatateurs à action rapide ou des alphabloquants adrénergiques pour contrer les effets vasopresseurs de l'épinéphrine. Si l'hypotension persiste, il peut être nécessaire de recourir à un autre agent vasopresseur. Le surdosage de l'épinéphrine peut provoquer une hausse très marquée de la tension artérielle, ce qui risque d'entraîner une hémorragie vasculaire cérébrale, surtout chez les personnes âgées. Extrême pâleur et refroidissement de la peau, acidose métabolique et insuffisance rénale sont également possibles. En pareil cas, la prise de mesures correctives adéquates s'impose. Le surdosage peut aussi causer une bradycardie passagère suivie d'une tachycardie, lesquelles s'accompagnent parfois d'arythmies cardiaques à risque mortel. L'arythmie doit être traitée au moyen d'un bêtabloquant adrénergique comme le propranolol. Si le surdosage provoque un œdème pulmonaire nuisant à la respiration, il faut administrer un alphabloquant adrénergique à action rapide et/ou recourir à la ventilation à pression positive intermittente. Dans la minute qui suit l'injection, on peut observer des contractions ventriculaires prématurées, puis une tachycardie ventriculaire multifocale (état préfibrillatoire). L'atténuation des manifestations ventriculaires peut être suivie d'une tachycardie auriculaire et, dans certains cas, d'un bloc auriculoventriculaire.

Fabriqué pour sanofi-aventis Canada inc., Laval, Québec, Canada H7V 0A3

SANOFI

CCPP Membre R&D

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

À NE PAS MANQUER DANS LE PROCHAIN NUMÉRO :

LE CANCER DU SEIN

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 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

L'OPHTALMOLOGISTE UN MÉDECIN AVANT TOUT

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

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

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

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

www.amoq.org
514 350-5124

ASSOCIATION DES MÉDECINS OPHTALMOLOGISTES DU QUÉBEC

80 % des personnes touchées par une perte auditive ne sont pas diagnostiquées ou traitées.**

VOTRE PATIENT SEMBLE AVOIR UN PROBLÈME D'AUDITION ?

Recommandez-le à un audiologiste pour une évaluation auditive (audiogramme).

Pour connaître la clinique Lobe Santé auditive et communication la plus près : **1 866 411-5623**

** Ordre des audioprothésistes du Québec. Marques de commerce propriété de Lobe Santé auditive inc.

Obtenez votre Magazine Lobe

Par Internet en format PDF sur **www.lobe.ca**

Par la poste (frais de poste en sus), contactez-nous au **1 866 411-5623**

Dans l'une de nos cliniques ou chez de nombreux partenaires

Lobe
Santé auditive et communication MC

CLINIQUES MULTIDISCIPLINAIRES
MÉDECINS ORL • INFIRMIÈRES
AUDIOLOGISTES • ORTHOPHONISTES
AUDIOPROTHÉSISTES • ÉDUCATRICES SPÉCIALISÉES *

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

www.lobe.ca