

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

SPÉCIAL PODIATRIE

**LE LASER :
UNE RÉVOLUTION
DANS LE TRAITEMENT
DE L'ONYCHOMYCOSE**

LA PODOPÉDIATRIE

**CLOQUES, CORS, CALLOSITÉS
ET AUTRES CASSE-PIEDS :
COMMENT REFAIRE
PATTE DOUCE?**

**LE RÔLE DU PODIATRE
EN MILIEU HOSPITALIER
QUÉBÉCOIS**

DÉC-JAN 2014
VOL 7 • NO 6

5,95\$



0 65385 83956 0

Société canadienne des postes. Envoi de publications
canadiennes. Contact de vente n° 400 771 80.

**LES AVANCÉES
MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES**

La gamme de produits Comfort^{MC} pour les pieds permet de soulager efficacement la douleur due à la pression, aux frictions quotidiennes et d'améliorer le bien-être des pieds.

La majorité des produits Comfort^{MC} sont faits d'un gel de polymère constitué à 85% d'huile minérale de qualité médicale. Transparent, non-toxique et hypoallergène, les produits soins de pieds Comfort^{MC} adoucissent et hydratent la peau.

Formule antibactérienne, exclusive à Comfort^{MC}, tue jusqu'à 99,9% des bactéries et champignons.

- Lavable et réutilisable
- Approuvé par les dermatologues



Disponibles en pharmacie



Éditeur

Ronald Lapierre

Directrice de la publication

Dominique Raymond

Comité avisé

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

Collaborateurs

Charles Faucher, président de l'ordre des podiatres
Sébastien Hains, podiatre
Assia Abibsi, podiatre
Coralie Emond, podiatre
William Lee, DPM, AACFAS
Myriam Dion, DPM
Dr Martin Scutt, podiatre
Dr Thanh Liem Nguyen, podiatre
Dre Marie-Christine Torchon
Marie Maxime Bussièrès
Marie-Claude Laprise, DPM
Christina Morin, DPM
Dr Patrice Roy, podiatre
Dre Rita El-Khoury, podiatre
Dre Gabrielle L'Écuyer Lapierre, podiatre
Dr Ziad Hobeychi, podiatre

Journalistes / Chroniqueurs

Sylvain B. Tremblay

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
Simon 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 405
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

VOL 7 • NO 6 • DÉCEMBRE-JANVIER 2014



40 TRAITER LES DOULEURS AUX GENOUX
EN CONSIDÉRANT LA CAUSE

44 LA CHIRURGIE PODIATRIQUE
EN CABINET PRIVÉ



48 FINANCES :
LE POINT SUR LA
DIVERSIFICATION...

4 LES AVANCÉES
MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

6 LE PODIATRE, C'EST LE PIED!

8 LE RÔLE DU PODIATRE EN MILIEU
HOSPITALIER QUÉBÉCOIS

12 COR OU VERRUE?

16 L'HALLUX ABDUCTO VALGUS (HAV)
ET LES DIFFÉRENTES MODALITÉS
DE TRAITEMENTS

18 HYPROCURE

20 CLOQUES, CORS, CALLOSITÉS
ET AUTRES CASSE-PIEDS :
COMMENT REFAIRE PATTE DOUCE?

24 LES PIEDS À L'ÉTRANGER

26 L'APPLICATION DES TRAITEMENTS
DE PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNE
DANS LA PRISE EN CHARGE D'ULCÈRE
DIABÉTIQUE PAR LE PODIATRE

30 LA PODOPÉDIATRIE

36 LE LASER :
UNE RÉVOLUTION
DANS LE TRAITEMENT
DE L'ONYCHOMYCOSE



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

MARCHER; QUEL PROCESSUS COMPLEXE POUR L'HOMME !

Alors qu'un poulet marche déjà sur ses deux pattes à la sortie de sa coquille et que le veau réussit à se tenir debout dès sa sortie du sein de sa mère, l'homme aura besoin d'une période de 9 à 12 mois avant de pouvoir se déplacer de la sorte. Un apprentissage long pour un processus de déplacement qui, au premier abord, nous semble pourtant si simple !

Dans la mythologie grecque, l'une des énigmes énoncées par le sphinx allait comme suit : Qui, au début de sa vie, rampe, pour ensuite se déplacer sur deux pattes et finir sa vie sur trois pattes ? Bien entendu, c'était l'homme, avec une canne l'aidant à se déplacer en fin de parcours.

Durant les 9 mois qu'il passe dans le ventre de sa mère, le fœtus évolue dans un milieu aqueux où, durant les premiers mois de sa vie, ses membres commencent à prendre forme. Ce n'est toutefois qu'à la suite d'une période d'apprentissage de près d'un an que le jeune bébé pourra commencer à maîtriser les différentes étapes qui lui permettront de se déplacer tout au long de sa vie.

Pourquoi ce processus si facile pour certains animaux se révèle-t-il être si complexe pour l'homme ? En fait, c'est une question de maturation,

tant sur le plan physique qu'intellectuel. Par analogie, on pourrait dire, en quelque sorte, que l'homme marche avec son cerveau. À la naissance, les pieds du bébé sont formés en majeure partie de cartilage; ce n'est que progressivement que ses jambes et ses pieds développeront les structures physiques lui permettant, ultimement, de se tenir de bout et de se déplacer. La perception proprioceptive se développera et permettra à la plante du pied d'informer le cortex moteur du cerveau du degré d'intensité nécessaire, de la contraction requise par les muscles des pieds et des jambes. Les oreilles seront aussi impliquées dans ce processus en assurant le partenariat entre le cortex moteur et le cervelet. Les yeux, quant à eux, transmettront en continu au cerveau les informations relatives à l'environnement immédiat de façon à rendre la marche plus sécuritaire et à limiter les embûches qui pourraient gêner les déplacements. Bref, qui dit marche dit échange de tous les instants entre la plante des pieds et plusieurs structures du cerveau !

Marcher n'est donc pas simple pour l'homme; seul un autre être humain pourra enseigner à un autre à marcher dans le cadre d'une transmission évolutive d'un acquis. S'il leur faut entre 9 et 12 mois avant de pouvoir marcher, la majorité des enfants pourra ensuite, en peu de temps, courir, sauter et grimper aux arbres, faisant montre d'une agilité étonnante. Certains toutefois seront incapables de marcher ou perdront cette capacité au cours de leur vie, que ce soit en raison d'un déficit congénital, d'un traumatisme ou de lésions cérébrales.

En fin de parcours, certains auront besoin de l'aide d'une canne, ou encore de prothèses ou d'orthèses pour pouvoir jouir du privilège de se déplacer de manière autonome. En effet, la marche s'inscrit dans la vie humaine comme un fondement de la liberté de l'homme, Ô combien plus grande que celle des poissons limités aux frontières aquatiques ! ■



MIEUX SOIGNER, ENSEMBLE



Jean Coutu



JEAN COUTU EST FIER DE SOUTENIR LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE





LE PODIATRE, C'EST LE PIED!

CHARLES FAUCHER EST PRÉSIDENT DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC. EN PLUS DE DIRIGER UNE CLINIQUE OÙ TRAVAILLENT SIX PODIATRES, UN INFIRMIER ET UNE INFIRMIÈRE EN SOINS DE PIED, IL SUPERVISE LES FUTURS PODIATRES EN CLINIQUE UNIVERSITAIRE À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES OÙ IL INTERVIENT COMME CHARGÉ D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE.

« Les expériences actuelles en milieu hospitalier québécois laissent croire qu'à l'instar de nos voisins Étasuniens et de nos cousins Français, les podiatres peuvent contribuer à diminuer le fardeau fiscal lié aux plaies diabétiques, particulièrement dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. »

Le rapport annuel de l'Institut Canadien d'information sur la santé nous informait récemment que les dépenses relatives au secteur de la santé au Canada ont atteint les 211 milliards de dollars cette année. Nous y apprenions également que notre pays fait partie des cinq pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) ayant la proportion la plus élevée de dépenses de santé par rapport au PIB.

Cet institut, qui se penchait entre autre sur la question des ressources humaines de la santé au Canada, recueille des données sur le personnel de la santé. Il y est exprimé que de nouveaux groupes de professionnels de la santé tels que les ambulanciers paramédicaux, les assistants dentaires et les opticiens y ont été ajoutés. Nul mot toutefois en ce

qui concerne les podiatres. Ceci témoigne, une fois de plus, de la méconnaissance de notre profession encore petite, mais en pleine croissance.

Ce même organisme a également produit un rapport sur les plaies difficiles au Canada. Il en ressort que les diabétiques hospitalisés courent six fois plus de risque que les autres patients de développer des plaies qui tendent à se chroniciser. Parmi ces dernières, beaucoup seraient évitables si une meilleure attention était portée aux lésions des pieds chez les diabétiques. Il en ressort aussi que les plaies difficiles chez les patients hospitalisés en soin de courte durée sont probablement sous-évalués, et que les plaies à un stade précoce ne sont pas toujours correctement détectées et consignées. Voilà un secteur d'intérêt pour des professionnels ayant une expertise dans les



affections des pieds. Quelle belle opportunité pour notre profession que de participer à ce problème de santé publique en pleine croissance!

Avec le développement de stages de podiatrie développés au Centre Hospitaliers Régional de Lanaudière en regard au pied diabétique et à l'insuffisance rénale, le démarrage d'un projet pilote de stage de podiatrie au Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières et différentes initiatives de podiatres non liés au milieu universitaire, notre profession semble plus que jamais en mesure de se tailler la place qui lui revient dans le système de santé. Ces projets permettent de mettre en perspective le rôle que le podiatre québécois est appelé à jouer, notamment en regard de l'approche multidisciplinaire du pied diabétique. Les expériences actuelles en milieu hospitalier québécois laissent croire qu'à l'instar de nos voisins Étasuniens et de nos cousins Français, les podiatres peuvent contribuer à diminuer le fardeau fiscal lié aux plaies diabétiques, particulièrement dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. Les podiatres pourraient ainsi participer à la prise en charge des plaies, tout en réduisant les coûts financiers pour notre système de santé.

Autre sujet d'intérêt, les étudiants de podiatrie se sont illustrés en remportant un prix Force Avenir sur la valorisation de l'engagement étudiant dans le secteur de la santé pour leur projet de clinique podiatrique communautaire à l'Accueil Bonneau. Ce projet, qui s'est aussi mérité une belle attention médiatique, met en relief ce que peut faire le podiatre

en santé communautaire et à l'égard des plus démunis.

Notre profession se retrouve donc en pleine période d'effervescence. À l'horizon de la prochaine conférence internationale de podologie/podiatrie qui se tiendra à Montréal en 2016, il est à souhaiter que nos interventions attirent davantage l'attention des décideurs et des chercheurs du domaine de la santé de notre pays, afin que notre profession puisse continuer de s'épanouir.

J'espère que les articles contenus dans cette deuxième édition du magazine Le Patient consacrée à la podiatrie vous convaincra du dynamisme qui s'empare de notre profession et du rôle croissant que les podiatres sont appelés à jouer. Qu'il s'agisse de prescriptions d'orthèses plantaires, du traitement de cors, de plaies ou autres lésions tégumentaires en passant par la chirurgie, la podopédiatrie et l'aide humanitaire, vous constaterez qu'en matière de lésions au membre inférieur, le podiatre, c'est le pied! ■

« Il est à souhaiter que nos interventions attirent davantage l'attention des décideurs et des chercheurs du domaine de la santé de notre pays, afin que notre profession puisse continuer de s'épanouir. »



Six docteurs en podiatrie *

Dr Charles Faucher, podiatre ♦ Dre Nathalie Deschamps, podiatre
Dre Marie-Eve Longval, podiatre ♦ Dre Tanya Mendes, podiatre
Dre Stéphanie Blum, podiatre ♦ Dr Remi Minh Khang Lê, podiatre
* Formés au Temple University de Philadelphie, et à l'Université du Québec à Trois-Rivières

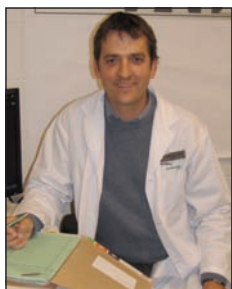
Nouveau traitement laser pour la mycose des ongles
Favorise la pousse des ongles clairs et en santé

- ♦ Tous les traitements pour la santé des pieds
- ♦ Orthèses plantaires sur mesure

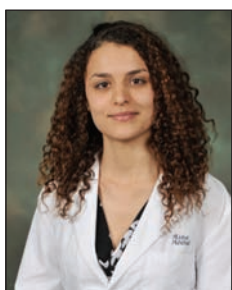
CLINIQUE PODIATRIQUE RIVE-SUD

1, Place du Commerce, Suite 103 — Brossard — 450 466.2323

URGENCE
SELON DISPONIBILITÉ



Sébastien Hains est podiatre et professeur au programme de médecine podiatrique de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il dirige des stages de podiatrie et des activités de recherche au Centre Hospitalier Régional de Lanaudière.



Assia Abibsi est podiatre et auxiliaire de recherche en podiatrie au Centre Hospitalier Régional de Lanaudière. Elle co-supervise des stages de podiatrie en milieu hospitalier.

LE RÔLE DU PODIATRE EN MILIEU HOSPITALIER QUÉBÉCOIS



Au mois de mai 2012, la signature d'une entente de stage pilote de podiatrie au Centre Hospitalier Régional de Lanaudière (CHRD) fixait les paramètres de la nouvelle formation pratique des étudiants au doctorat en médecine podiatrique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ces stages visaient essentiellement l'évaluation de la pertinence de l'intervention des

podiatres sur les pathologies du pied liées au diabète et à l'insuffisance rénale en milieu hospitalier. Le projet pilote prévoyait l'inclusion de la podiatrie au sein d'une équipe multidisciplinaire de soins de plaies, notamment celles liées au pied diabétique.

Les étudiants-podiatres effectuaient également des soins de prévention et de l'éducation préven-

tive au centre d'hémodialyse de l'établissement où une bonne partie des patients sont diabétiques. Le projet a été suffisamment apprécié des différents acteurs impliqués pour mener à un renouvellement de l'entente pour une durée de trois ans. Une discipline médicale relativement jeune au Québec entre ainsi en milieu hospitalier. Cette innovation avant-gardiste permet au CHRDL d'améliorer son offre de service envers la collectivité tout en bonifiant la formation des futurs podiatres.

PODOLOGUE OU MÉDECIN : OÙ SE SITUE LE PODIATRE QUÉBÉCOIS?

L'Ordre des podiatres du Québec, fondé au milieu des années 1970, exige l'obtention d'un doctorat en médecine podiatrique pour l'entrée en pratique. Les formations reconnues sont celles de l'UQTR et des neuf collèges universitaires Étasuniens. Dans ce pays, la diplomation débouche sur une formation pratique de deux à quatre années sous forme de résidence en milieu hospitalier. À la suite de leur formation universitaire de base et de leur résidence, les podiatres Étasuniens comptent une formation totalisant de six à huit années et obtiennent le titre de médecin-podiatre (podiatric physician). Ce dernier leur donne accès à toutes les modalités médicales ou chirurgicales pour le traitement du pied et de la cheville.

En Europe, les podiatres n'existent pas. Il y a des podologues, qui sont des professionnels universitaires (diplôme équivalent à un Baccalauréat) qualifiés pour traiter les affections épidermiques limitées aux couches cornées et les atteintes unguéales à l'exception de toute intervention provoquant l'effusion de sang. Ils font également des soins d'hygiène et ils confectionnent des semelles destinées à soulager les affections épidermiques.

Le podiatre Québécois se situe entre ces deux formations et champs de pratique. La loi sur la podiatrie prévoit que le podiatre peut intervenir sur les pathologies des pieds qui ne sont pas des maladies du système. Ainsi, bien que le podiatre ne soit pas médecin, son champ de pratique va des soins de prévention à la pratique d'interventions chirurgicales, en passant par l'examen biomécanique des pieds et la prescription d'orthèses plantaires. Le podiatre est autorisé à prescrire et administrer des médicaments dans le cadre de ses fonctions. Il est ainsi pour le pied l'équivalent de ce qu'est le dentiste pour la bouche.

Depuis 2004, L'Université du Québec à Trois-Rivières offre un programme de doctorat professionnel en podiatrie. Cette formation de 195 crédits au premier cycle est unique au Canada et dans la Francophonie. Le cursus académique du programme est largement inspiré du modèle Étasunien. D'ailleurs, l'UQTR a bénéficié de la colla-

boration du New York College of Podiatric Medicine dans l'élaboration et le démarrage du programme. Le collège New Yorkais accueille encore les étudiants Québécois dans différentes formations pratiques en milieu hospitalier et universitaire Américain.

INTERVENTION AUPRÈS DES DIABÉTIQUES

Les stages de podiatrie au Centre Hospitalier Régional de Lanaudière s'inscrivent essentiellement dans une perspective de multidisciplinarité en regard au pied diabétique. Les futurs podiatres y sont appelés à jouer un rôle de santé publique visant la réduction du nombre d'amputation et de complications médicales du membre inférieur lié au diabète sucré. Le Québec compte plus de 760 000 personnes affectées par cette épidémie émergente. Parmi les principales complications du dia-

« L'Ordre des podiatres du Québec, fondé au milieu des années 1970, exige l'obtention d'un doctorat en médecine podiatrique pour l'entrée en pratique. Les formations reconnues sont celles de l'UQTR et des neuf collèges universitaires Étasuniens. »

LA SANTÉ DE MES PIEDS, C'EST À MON PODIATRE QUE JE LA CONFIE.



ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC

Mes pieds. Ma santé. Mon podiatre.



Par sa formation universitaire de quatre années, le podiatre est un des professionnels les mieux placés pour orchestrer les actions thérapeutiques et l'éducation préventive concernant les pieds.

« La loi sur la podiatrie prévoit que le podiatre peut intervenir sur les pathologies des pieds qui ne sont pas des maladies du système. »

bète, on retrouve la cécité, l'insuffisance rénale et l'amputation.

Les amputations sont précédées par un ulcère dans 85% des cas. Puisqu'on estime qu'environ 15% des diabétiques développeront un tel ulcère en cours de maladie, la prévention des amputations passe inévitablement par la prise en charge adéquate de ce type de lésion.

L'Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS) a récemment publié une étude qui démontre que les diabétiques hospitalisés dans les hôpitaux courent six fois plus de risques que les autres patients de développer des plaies qui se chronicisent. L'ICIS estime d'ailleurs que beaucoup de ces plaies seraient évitables si une meilleure attention était portée aux pieds des diabétiques.

Ailleurs dans le monde, notamment en France et aux États-Unis, il a été démontré que l'intervention des podologues et des médecins-podiatres au sein des équipes multidisciplinaires permet de réduire de plus de 50% le taux d'amputation au membre inférieur lié au diabète. Les données probantes en ce sens ont incitées le gouvernement Français à couvrir depuis peu des frais de visites de prévention chez le podologue pour une catégorie de diabétique à risque accru de complication. L'expérience en milieu hospitalier Lanaudois permet de croire que des recherches futures pourraient mettre en relief l'atout que peut être le podiatre au sein d'une équipe de soin du pied diabétique.

Les interventions que le podiatre est appelé à jouer en milieu hospitalier concernent en bonne partie la coordination des soins locaux et la décharge biomécanique des plaies diabétiques dans une perspective d'approche multidisciplinaire. La mise en décharge des ulcères est souvent le parent pauvre du traitement de ces plaies. La prescription et l'installation de bottes de décharge pneumatique, de plâtre de contact total et d'orthèses plantaires sont quelques-uns des outils nécessaires à la guérison et à la prévention des récurrences de lésion.

INTERVENTION AUPRÈS DES INSUFFISANTS RÉNAUX

Les stages de podiatrie permettent aussi à la clientèle insuffisante rénale de recevoir des évaluations préventives et des interventions thérapeutiques au niveau des pieds. Les étudiants s'exposent ainsi à des patients présentant des comorbidités cliniques liées à l'insuffisance rénale, notamment chez les patients hémodialysés. Pendant que les usagers sont alités pour leur traitement de suppléance rénale, un examen systématique des pieds est effectué avec des soins appropriés. D'une pierre, deux coups!

POURQUOI LES PODIATRES S'INTÉRESSENT-ILS À L'INSUFFISANCE RÉNALE?

La néphropathie diabétique est la première cause d'insuffisance rénale. Ainsi, les diabétiques représentent environ 60% des patients qui entreprennent un traitement de suppléance rénale, et ce nombre serait en croissance.

En plus de faire de la prévention et le traitement des plaies chez ces patients vulnérables, le stagiaire porte une attention particulière aux affections caractéristiques de l'insuffisance rénale sur le corps en général et le membre inférieur en particulier. L'examen dermatologique, vasculaire et neurologique des pieds peut comporter des caractéristiques cliniques d'affections telles que la neuropathie, le prurit urémique, les embolies distales ou des maladies plus graves. Bien que le néphrologue reste l'acteur central de la prise en charge de ces patients, le podiatre peut collaborer à la santé de ces patients qui ont souvent tendance à guérir plus lentement des suites du diabète, des différents types d'atteinte vasculaire et du déséquilibre électrolytique ou d'accumulation de déchets métaboliques.

APPROCHE INTÉGRÉE AU MEMBRE INFÉRIEUR

Le programme de podiatrie de l'UQTR constitue la seule formation universitaire Québécoise globalement axée sur les pieds. Ceci permet de former des professionnels qui sont parmi les mieux placés pour orchestrer les soins médicaux pour les pieds. Ces derniers passent notamment par une évaluation des mesures de décharge biomécanique nécessaires à la guérison des plaies, ainsi qu'au choix de pansements et au type de débridement nécessaire pour guérir les ulcères diabétiques.

Le domaine d'intervention du podiatre se situe également au carrefour des actions et de l'éducation préventive pour les pieds. Se faisant, il peut effectuer des soins de préventions (exérèse de cors et de callosités, réduction des ongles, prescription et fabrication d'appareillage de décharge, ...) ou superviser ces derniers.

Par sa formation spécialisée sur le pied, le podiatre est en mesure d'identifier les différents types de contraintes liées à la guérison d'une plaie. Il est en mesure d'identifier les problèmes circulatoires, dermatologiques, infectieux et médicaux qui nécessitent une approche concertée de plusieurs disciplines médicales. Il peut ainsi développer une approche positive au pied diabétique, brisant le cercle vicieux de la chronicité des plaies favorisée par une vision souvent unidisciplinaire et le découragement d'un patient devant une plaie qui ne guérit pas ou qui réapparaît de façon intermittente.

CLIENTÈLE SOCIO-ÉCONOMIQUEMENT MOINS FAVORISÉE

Jusqu'à maintenant, la podiatrie Québécoise ne se pratiquait qu'en milieu privé. L'arrivée du programme universitaire en milieu hospitalier permet d'étendre les services de cette profession à une clientèle socio économiquement moins avantagée n'ayant souvent pas les moyens de se

payer des services privés. Ces personnes présentant souvent des problèmes de santé plus nombreux et complexes, les étudiants stagiaires bonifient leur formation, tout en améliorant l'offre de service à la clientèle hospitalière. L'ICIS a par ailleurs souligné que selon l'état de santé d'un patient hospitalisé, le traitement d'une plaie ne constitue pas toujours une priorité d'intervention. Ceci met en lumière l'atout que peut être le podiatre en regard à une clientèle atteinte de multiples problèmes de santé.

Les stages universitaires de podiatrie permettront de cumuler des données probantes confirmant ce que l'on tend déjà à observer sur le terrain Lanaudois, c'est-à-dire que l'intervention des podiatres contribue à améliorer le taux de guérison des plaies diabétiques. La jeune profession médicale que constitue la podiatrie sera alors davantage en mesure d'obtenir la reconnaissance de la place qui lui revient en santé publique et en milieu hospitalier. En ce qui a trait aux étudiants, les mettre en contact avec des pathologies complexes liées à différents milieux sociaux bonifiera leurs connaissances et les aidera à devenir des professionnels engagés. ■

« Le podiatre est autorisé à prescrire et administrer des médicaments dans le cadre de ses fonctions. Il est ainsi pour le pied l'équivalent de ce qu'est le dentiste pour la bouche. »



**805 Roland-Therrien
Longueuil, Québec
J4H 4A6
450-674-6584**

www.chaussureslaforest.com

**Spécialiste en ajustement
depuis plus de 75 ans**

**Nous avons en magasin une gamme
complète de chaussures pour orthèses.
Nous tenons plusieurs marques
dont Portofino**






Coralie Emond,
Podiatre

« Afin d'établir un plan de traitement adéquat, il est nécessaire de bien différencier ces deux lésions. Leur étiologie est bien distincte, alors que les endroits où on les retrouve sont parfois très semblables. »

« Les cors et les verrues peuvent se ressembler au premier abord. Pour aider à bien différencier ces 2 lésions, l'observation, la palpation, le questionnement du patient et le débridement sont essentiels. »

COR OU VERRUE?



Les verrues plantaires et les callosités sont des motifs de consultation très fréquents en clinique. On évalue à 10% le risque de développer une verrue au courant de notre vie, et plus de 18% d'entre nous souffrirons d'une callosité douloureuse. Les verrues plantaires sont plus fréquemment rencontrées chez les enfants et les jeunes adultes, alors que les callosités vont toucher essentiellement les adultes et personnes âgées.

Afin d'établir un plan de traitement adéquat, il est nécessaire de bien différencier ces deux lésions. Leur étiologie est bien distincte, alors que les endroits où on les retrouve sont parfois très semblables.

ÉTIOLOGIE

Les verrues sont des tumeurs cutanées bénignes causées par le virus du papillome humain (HPV). Elles sont contagieuses et sont transmises par contact avec des surfaces ou personnes infectées. Puisque le virus peut survivre dans les environnements humides tels que les bords de piscine ou planchers de douche, les gens qui fréquentent ces endroits publics sont plus à risque. La période d'incubation se situerait entre 1 et 8 mois.



Les callosités sont des épaissements de l'épiderme, plus précisément de la couche cornée, secondaire à des microtraumatismes répétés. Lorsque le frottement ou la pression est exercé sur une zone circonscrite, il donnera lieu à un cor, alors que, sur une région plus diffuse, il produira de la corne/callosité étendue. La formation d'un cor dépend, d'une part, de la pression ou de la friction et, d'autre part, de la présence d'une proéminence osseuse comprimant la peau.

DIAGNOSTIC : COR OU VERRUE?

Les cors et les verrues peuvent se ressembler au premier abord. Pour aider à bien différencier ces 2 lésions, l'observation, la palpation, le questionnement du patient et le débridement sont essentiels.

L'examen des deux pieds nous permettra de vérifier si les lésions sont symétriques et bilatérales, ce qui pourrait davantage nous orienter vers le diagnostic de corne/cor, bien que ces derniers puissent également se présenter comme lésion solitaire. Le cor se présentera comme un noyau de corne très dense s'introduisant dans la peau, de forme conique, sous une proéminence osseuse. Il est directement relié aux pressions, tel qu'expliqué précédemment, c'est pourquoi on le retrouve sous les saillies osseuses ou aux endroits exposés aux frictions telle que la face dorsale des orteils. Plusieurs facteurs peuvent engendrer la formation d'un cor : une chaussure mal ajustée, des coutures ou irrégularités à l'intérieur de la chaussure, une biomécanique anormale, des orteils marteaux, etc. C'est donc dire que l'endroit où se retrouve le cor nous en indique beaucoup sur la condition des pieds d'un patient. Par exemple, un cor situé sur le dessus des orteils est probablement le reflet de chaussures peu profondes qui causent un frottement. Un cor situé sous l'articulation interphalangienne du gros orteil pourrait traduire la présence d'un os accessoire ou être

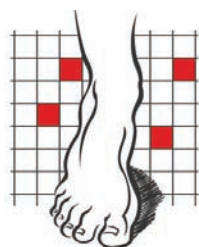
secondaire à un hallux limitus. À la palpation, la théorie veut que le cor soit plus sensible à la pression directe, alors que la verrue serait plus sensible à la compression latérale.

D'un autre côté, la verrue n'est pas nécessairement retrouvée sous une proéminence osseuse, bien

qu'elle ait souvent tendance à se développer aux points d'appui. Les microtraumatismes ou petites ouvertures de la peau joueraient un rôle dans la contamination par le virus. La verrue est couleur peau et quelque peu rugueuse au toucher. À la face plantaire des pieds, elle sera plane, alors que sur les orteils, elle peut être légèrement surélevée. Le

Établir le diagnostic de cor ou de verrue

Verrue	Cor
Solitaire ou multiples	Solitaire et lorsque multiples, peuvent être symétriques et bilatéraux
Peut se retrouver n'importe où, plus souvent aux points d'appui	Sous les proéminences osseuses ou aux endroits de friction/pression
Douloureuse au pincement latéral	Douloureux à la pression directe
Plusieurs petits points noirs en surface (capillaires thrombosés) Saignement léger au débridement	Ne saigne pas au débridement
Développement rapide	Développement sur plusieurs mois
Rarement douloureuse à la marche	Douloureux à la marche



CLINIQUE
PODIATRIQUE
DE L'AVENIR

Dr Louana Ibrahim, Podiatre
Son équipe de podiatres
et d'infirmières auxiliaires

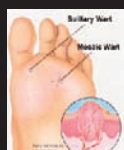


La santé de vos pieds est importante pour nous.

Nous traitons tous les patients incluant les diabétiques et les jeunes enfants.
Une salle chirurgicale équipée, le traitement au laser et l'équipement
pour radiographie du pied sont disponibles sur place.



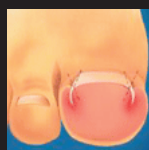
Mes pieds. Ma santé. Mon podiatre.



Verrue plantaire



Pied plat



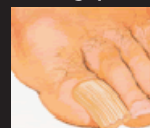
Ongle incarné



Épine de Lenoir



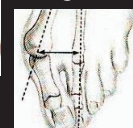
Orthèses



Ongle fongique



Orteils marteaux



Oignon



514-908-2210

3400 boul. du Marché, suite 103
DDO (Québec) H7B 2Y1

450-668-5501

1565 boul. de l'avenir, bureau 212
Laval (Québec) H7S 2N5



Montmorency

www.monpodiatre.com

info@monpodiatre.com

[Facebook/cliniquepodiatrique](https://www.facebook.com/cliniquepodiatrique)



« Le questionnaire au patient pourra également nous aider à poser le bon diagnostic.

Le cor se développe sur plusieurs mois ou années, tandis que la verrue apparaît relativement rapidement. De plus, la verrue est rarement douloureuse alors que le cor l'est pratiquement toujours. »

débridement sera décisif pour établir le diagnostic : la verrue plantaire a tendance à saigner légèrement en raison des capillaires thrombosés présents à sa surface. À l'examen, ils apparaissent comme plusieurs petits points noirs.

Le questionnaire au patient pourra également nous aider à poser le bon diagnostic. Le cor se développe sur plusieurs mois ou années, tandis que la verrue apparaît relativement rapidement. De plus, la verrue est rarement douloureuse alors que le cor l'est pratiquement toujours.

Plusieurs autres conditions peuvent s'apparenter aux verrues ou cors plantaires : molluscum contagiosum, corps étranger, porokératose, mélanome amélanotique (non pigmenté) et carcinome spino-cellulaire. Dans le doute, la biopsie est indiquée.

POURQUOI TRAITER ?

Très souvent, nous voyons des patients en clinique qui présentent des verrues depuis plusieurs années,

sans avoir tenté de traitement, puisqu'ils avaient entendu dire qu'elles allaient partir d'elles-mêmes. Il est vrai que les études prouvent que la grande majorité (65-78%) des verrues disparaît spontanément dans les 2-3 ans suivant leur apparition. Toutefois, plusieurs raisons nous encouragent à traiter les verrues plantaires avant la fin de cette période.

Premièrement, un traitement entrepris rapidement permettra de diminuer la transmission du virus ailleurs sur les pieds du patient, ou même, à d'autres personnes. De plus, il est toujours plus facile pour le clinicien de traiter une verrue solitaire ou de moins grande taille que des verrues plantaires multiples ou en présentation mosaïque. Les études ont d'ailleurs prouvé que les meilleurs taux de succès sont retrouvés chez les jeunes patients qui présentent une verrue depuis quelques temps seulement. Également, en traitant la verrue à un stade peu avancé, nous évitons les traitements plus agressifs pouvant entraîner des cicatrices permanentes.

Il est clair qu'une verrue plantaire douloureuse qui saigne ou qui incommoder le patient sera traitée lors de sa première consultation pour empêcher que l'inconfort ne persiste.

D'un autre côté, certaines conditions nous empêchent de traiter ou, du moins, nous dirigent vers des solutions qui diminueront l'inconfort sans toutefois espérer une guérison complète. C'est le cas entre autres, des patients immunosupprimés, des femmes enceintes ou qui allaitent, et des personnes âgées qui ont des problèmes de circulation. Nous devons également porter une attention particulière aux patients souffrant de diabète.

Pour ce qui est du cor, qui est souvent très douloureux, ce motif suffit à entreprendre le traitement lorsque le patient se présente à la clinique. De plus, il ne disparaît pas spontanément comme la verrue peut le faire. Lorsqu'il est inconfortant, il peut pousser le patient à développer une démarche antalgique et engendrer d'autres douleurs. Les patients diabétiques sont plus à risque de développer un ulcère sous les callosités; un traitement régulier leur sera alors conseillé.

TRAITEMENTS

Chaque patient doit être évalué individuellement. Plusieurs critères nous permettront de nous diriger vers le traitement approprié pour chaque personne. Nous devons prendre en considération l'âge du patient, depuis combien de temps la verrue est présente, s'il y a eu des changements dans l'apparence ou le nombre de verrues, s'il y a eu des traitements effectués précédemment et l'état de santé général du patient.

En ce qui concerne les traitements à domicile à base d'acide salicylique (entre 10 et 40%) que

l'on retrouve sur les tablettes en pharmacie ou en préparation magistrale, l'amélioration est généralement perçue après 2 semaines de traitement. La guérison complète peut prendre de 4 à 12 semaines. Le patient devrait être informé de cesser l'application et consulter si la verrue est toujours présente après 12 semaines. Cette méthode est bien tolérée et peu coûteuse. Toutefois, son application peut être fastidieuse et plusieurs personnes se décourageront avant l'atteinte de la guérison.

La cryothérapie est également une option de traitement standard et fréquemment utilisés par les dermatologues et omnipraticiens. La procédure doit être répétée chaque 2 ou 3 semaines jusqu'à la guérison. Plusieurs études établissent l'équivalence du traitement par azote liquide avec le traitement par acide salicylique. L'application du produit est souvent douloureuse et est plus facilement tolérée par les adultes que par les enfants.

La majorité des podiatres utilisent la cantharidine dans leur pratique. L'avantage est l'absence de douleur lors de l'application, ce qui est particulièrement intéressant lorsque l'on traite des enfants. La cantharidine agit en créant une ampoule qui exfolie les couches superficielles de la peau afin de détacher le virus. L'ampoule peut être sensible 2-3 jours suivant l'application, mais ne laisse aucune cicatrice.

Un des traitements les plus efficaces est l'injection intralésionnelle de sulfate de bléomycine, qui présente des propriétés antibactérienne, antinéoplasique et antivirale. Ses effets thérapeutiques passent par l'inhibition de la synthèse de l'ADN. Ce traitement est réservé aux verrues résistantes, plus imposantes et présentes depuis longtemps. L'injection s'effectue à l'aide d'une aiguille ou d'un injecteur à pression (Dermojet) et causera, après 48-72 heures, une nécrose du tissu verruqueux. Le traitement par sulfate de bléomycine est très efficace, généralement rapide, ne cause pas de cicatrice, ne nécessite pas l'application de pansement protecteur et s'avère moins douloureux que les méthodes chirurgicales.

Plusieurs autres traitements peuvent être utilisés : le formaldéhyde, la chirurgie, le laser, le 5-fluorouracile, l'acide monochloroacétique, le nitrate d'argent et la cimetidine. Les quatre qui ont été présentés dans le texte sont, selon mon expérience, les plus utilisés en podiatrie.

Pour les cors plantaires, le traitement de choix demeure la prévention. Comme ils sont le résultat d'un stress mécanique, d'un frottement ou d'une friction, le port de chaussures souples et confortables, assez larges et profondes pour ne pas comprimer les orteils aidera à empêcher la formation de corne. Les endroits sujets au frottement peuvent être protégés par des rondelles de feutres, pads en



gel ou autre matériel. Il est également important de bien hydrater la peau.

Afin de procurer un soulagement des symptômes, le podiatre peut effectuer un débridement des lésions. Ce traitement est souvent seulement palliatif, puisque les microtraumatismes continuant, le cor se reformera. C'est pourquoi les conseils énoncés précédemment quant aux chaussures seront prodigués au patient afin d'éviter la récurrence. Sinon, certaines chaussures adaptées ou orthèses pourraient diminuer les zones de pression. L'application d'agents kératolytiques comme l'acide salicylique a également été documentée. La chirurgie peut être indiquée lorsque les méthodes conservatrices ont échouées. ■

« Chaque patient doit être évalué individuellement. Plusieurs critères nous permettront de nous diriger vers le traitement approprié pour chaque personne. »

CLINIQUE PODIATRIQUE DE L'OUTAOUAIS

cpoutaouais.com

• Lynda Cormier • Annie Jean

• Gabrielle Castonguay

docteurs en médecine podiatrique

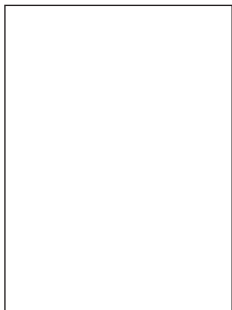


● 456, boul. de l'Hôpital
Gatineau, QC J8T 8M5
819.568.0456

● 86, prom. du Portage, suite 100
Gatineau, QC J8X 2K1
819.205.7433



William Lee,
DPM, AACFAS
Professeur Clinicien de
l'UQTR
Programme de médecine
podiatrique
Département des sciences
de l'activité physique



Myriam Dion,
DPM

« L'étiologie des oignons n'est pas encore complètement comprise. Dans plus de 50% des cas, les HAV sont de cause congénitale. En effet, ce n'est pas l'oignon lui-même qui est héréditaire, mais bien le type de pied qui fait en sorte qu'un patient est plus sujet à développer un oignon. »

L'HALLUX ABDUCTO VALGUS (HAV) ET LES DIFFÉRENTES MODALITÉS DE TRAITEMENTS

L'Hallux Abducto Valgus, aussi surnommé l'oignon, est une pathologie souvent rencontrée dans le monde podiatrique. Malgré son incidence importante, certains patients souffrent plusieurs années avant de chercher de l'aide. Effectivement, plusieurs ne connaissent pas le développement, les causes et les différentes modalités de traitements qui sont rattachés à cette déformation du pied.

DÉVELOPPEMENT

L'HAV est une difformité reliée à la déviation médiale (vers l'intérieur) du premier métatarse et une déviation latérale (vers l'extérieur) en valgus de l'hallux. Suite à cette déviation progressive, une proéminence osseuse dorso-médiale de la tête métatarsienne est observable. Dans les stades plus avancés, l'appareil sésamoïdien est dévié latéralement. Cette pathologie est progressive et peut entraîner jusqu'à une dislocation complète de l'articulation métatarso-phalangienne.

CAUSES

L'étiologie des oignons n'est pas encore complètement comprise. Dans plus de 50% des cas, les HAV sont de cause congénitale. En effet, ce n'est pas l'oignon lui-même qui est héréditaire, mais bien le type de pied qui fait en sorte qu'un patient est plus sujet à développer un oignon. De plus, une fonction biomécanique anormale du pied (hyperpronation, pieds plats, hypermobilité des articulations), des maladies inflammatoires (arthrite rhumatoïde, arthrite psoriasique), des maladies neuromusculaires, des traumatismes répétés, des chaussures inadéquates ou des maladies génétiques représentent d'autres étiologies souvent rencontrées.

SYMPTÔMES

Douleur, inflammation, rougeur, engourdissement, sensation de brûlure sont les symptômes les plus communs. Les premiers symptômes rencontrés sont souvent reliés au frottement des chaussures sur la proéminence osseuse, donc une douleur inflammatoire extérieure à l'articulation. La déviation combinée du métatarse et de l'hallux favorise une arthrose précoce au niveau de l'articulation pouvant causer des douleurs articulaires très prononcées ressenties à chaque pas.

DIAGNOSTIC

L'évaluation clinique de l'HAV est très importante; palpation de la douleur, évaluation du degré de mouvement de l'articulation, correction possible de la difformité (flexible ou rigide / «Tracking ou track-bound») et une évaluation biomécanique complète des pieds et des membres inférieurs. Ensuite, une évaluation radiographique peut être faite où il est possible d'évaluer, entre autre, l'angle intermétatarsien, l'angle articulaire proximal (PASA), la longueur des

métatarses (parabole métatarsienne) et la position des sésamoïdes. Les prises radiologiques permettent d'évaluer et de quantifier dans le temps la déviation de la première articulation métatarso-phalangienne.

TRAITEMENTS CONSERVATEURS

Il faut comprendre que l'HAV est une déviation osseuse permanente. Seuls les traitements chirurgicaux peuvent rétablir un alignement adéquat au niveau des os. Les traitements conservateurs sont proposés pour palier les symptômes. En première ligne, les traitements comme : la glace, les AINS, le repos, et les bonnes chaussures larges sont suggérés. Parfois des infiltrations de cortisone peuvent être effectuées au niveau de la bourse inflammée (kyste liquidien situé au pourtour de l'articulation) parfois observée dans certains cas d'HAV. De plus, des infiltrations intra-articulaires de produits visco-élastiques peuvent aider aux douleurs arthritiques. Ensuite, plusieurs études soutiennent que les orthèses plantaires corrigent la biomécanique anormale des pieds et des membres inférieurs et diminuent ainsi la progression de la déviation causant l'oignon.

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

La chirurgie d'oignons est l'une des chirurgies du pied la plus fondamentale. Depuis les cent dernières années, plus de cent procédures ont été décrites pour corriger cette déformation commune du pied. Les chirurgies d'HAV tombent principalement dans deux catégories : 1) Les chirurgies de la base du métatarse ou 2) les procédures distales du métatarse. Les ostéotomies distales sont devenues le type de chirurgie d'HAV le plus populaire dû au retour à la mise en charge fonctionnelle rapide.

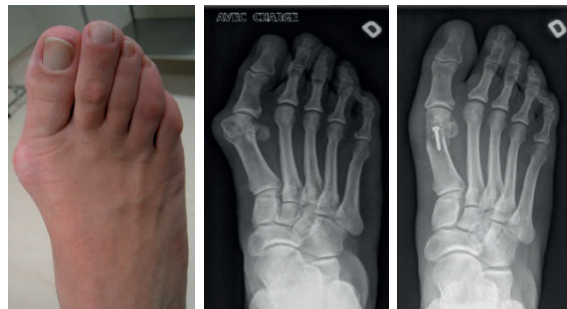


Fig. 1 Procédures distales du métatarse de type Chevron avec fixation.

Quand la déformation est plus significative, il est parfois nécessaire de choisir des procédures à la base du métatarse. Ces procédures nous permettront d'avoir une correction adéquate avec un risque diminué de récurrence. Par contre, il y a plus de risques de complications avec les procédures de la base du

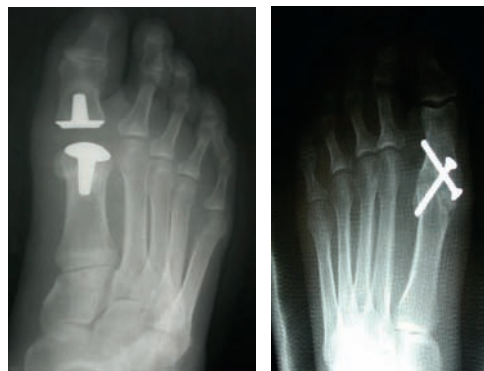
métatarse. En effet, les procédures à la base nécessitent une fixation interne sans mise en charge stricte pour minimum six semaines, donc il évident que les complications comme le retard d'ossification, la fracture ou le déplacement osseux sont plus propices. Chez les enfants avec des oignons (HAV juvénile), la plaque de croissance doit être fermée. Si toutefois l'ostéotomie à la base est faite, elle doit être distale à la plaque de croissance.



Fig. 2 Ostéotomies de la base du métatarse de type Lapidus avec fixation.

Peu importe la procédure choisie, le but principal est d'obtenir un réalignement entre les métatarses et un orteil qui revient dans son axe fonctionnel sans chevauchement avec le deuxième orteil.

Quand l'articulation du gros orteil est trop endommagée par l'arthrose ou l'arthrite, il est parfois nécessaire d'effectuer des procédures qu'on appelle des procédures destructives où les articulations sont enlevées ou fusionnées ensemble.



A Fig. 3A. Résection de l'articulation du gros orteil avec insertion d'implant
B Fig. 3B. Fusion de l'articulation du gros orteil avec fixation interne.

Bref, l'HAV est une pathologie très complexe et chaque patient doit être évalué individuellement afin d'établir le meilleur plan de traitement. ■

« Il faut comprendre que l'HAV est une déviation osseuse permanente. Seuls les traitements chirurgicaux peuvent rétablir un alignement adéquat au niveau des os. Les traitements conservateurs sont proposés pour palier les symptômes. »



William Lee, D.P.M., A.A.C.F.A.S.
Sébastien Nadeau, D.P.M.
Myriam Dion, D.P.M.
William Constant, D.P.M.
514-254-5000



Serge Gaudreau, D.P.M.
Stéphanie Bonneau, D.P.M.
Laurence Gagnon, D.P.M.
Marie Joëlle Massicotte, D.P.M.
514-252-1414

Traitements : ongles incarnés, verrues plantaires, cors

Chirurgie : oignons, orteils marteaux, névromes plantaires

• Radiologie, échographie, ultrason, salle opératoire • Orthèse avec examen bio-mécanique • Analyse de démarche informatisée

MAINTENANT DISPONIBLE : Nouveau traitement laser pour la mycose unguéale (champignon)

• Des ongles clairs enfin à la portée des hommes et des femmes

Reconnu par la plupart
des plans d'assurances

www.podiatrie.ca

4380, boul. Pie-IX (face au Jardin botanique) Stationnement gratuit



ÉGALEMENT À : Beloeil (450) 281-1292
www.cliniquepodiatriquebeloeil.com

Brossard (450) 672-9991
www.podiatriebrossard.com



Dr Martin Scutt,
Podiatre et clinicien
à UQTR

« L'implant talo-calcanéen HyProCure offre désormais un contrôle permanent interne permettant de garder le pied en bon alignement, permettant un transfert de force physiologique au niveau du pied, de la cheville, du genou, de la hanche et du bas du dos. »



HYPROCURE

Une portion importante de la population souffre d'un malalignement répétitif et progressif du pied mettant sous tension ou compression l'ensemble des structures osseuses, articulaires, ligamenteuses et tendineuses du pied, de la cheville, du genou, de la hanche et du bas du dos. Cette condition génétique est due à une pente excessive des facettes articulaires entre l'os de la cheville, le talus, et celui du talon, le calcaneus, de même qu'à une faiblesse ligamentaire telle que lorsque le poids du corps est transféré au pied, l'arche s'effondre, le talon s'incline exagérément vers l'intérieur et l'avant-pied se déforme ou

se déplace latéralement. Cette distorsion du pied en charge s'aggrave avec le temps et surcharge les structures de support du pied jusqu'à ce que les symptômes apparaissent au niveau du pied : oignons, orteils marteaux ou en hypercontraction, fasciite plantaire, tendinite à répétition, névrite de compression (névrome de Morton), capsulite ou douleur à l'avant-pied... sans parler des torsions imposées à la marche au genou et à la hanche, accélérant l'ostéoarthrite dégénérative et imposant la mise en place de prothèses du genou ou de la hanche...

Les orthèses plantaires, associées au port constant (de 12 à 16 heures par jour) de souliers adéquats et supportants constituent une solution efficace pour la grande majorité des patients hors d'alignement, et ce, à tout le moins pour plusieurs décennies. Que faire lorsque le patient ne répond plus au traitement orthotique conservateur dont la puissance demeure tout de même limitée et dépendante de la qualité des chaussures et de l'assiduité du port des orthèses? Sans compter que certains patients ne tolèrent pas les orthèses dû à une pression excessive ressentie dans l'arche du pied, ou simplement au fait qu'ils ne trouvent pas les souliers adéquats pour porter avec les orthèses.

L'implant talocalcanéen HyProCure offre désormais un contrôle permanent interne permettant de garder le pied en bon alignement, permettant un transfert de force physiologique au niveau du pied, de la cheville, du genou, de la hanche et du bas du dos. La mise en place de l'implant est une procédure simple et mineure qui s'effectue sous anesthésie locale tant chez l'adulte que chez l'enfant de 12 ans et plus. Cet implant garde le sinus du tarse ouvert et bloque tout déplacement excessif du talus (os de la cheville) durant la marche, la course ou la simple station debout. Son effet est tellement puissant qu'il permet non seulement de stopper la progression mais de renverser jusqu'à 25% la déformité du pied causée par un oignon ou hallux valgus ou des orteils marteaux ou en hypercontraction. Un tel implant éliminera le transfert de force anormal causant une kyrielle d'affections douloureuses telles les fasciites plantaires chroniques, tendinites, névrites ou irritation de branches nerveuses par friction ou compression. Tout ceci sans avoir à couper d'os, ce qui accélère la guérison au point que la danse peut être reprise trois semaines après la procédure. Dans la majorité des cas, il n'y a aucune douleur post opératoire; seul un inconfort mineur est présent pour quelques semaines.

Les patients qui éprouvent des symptômes reliés aux pieds plats flexibles dont l'effondrement de l'arche peut être rétabli par de simples manipulations lors de l'examen clinique sont de bons candidats pour la procédure. Pour débiter, le podiatre va prendre des rayons-x des pieds du patient pour mesurer les angles de l'astragale et le calcaneum précisément pour calculer si le patient peut profiter de cette procédure. Un appareil de scopie C-Arm est utilisé lors de l'implantation pour assurer le bon alignement de l'Hyprocure.

Plus de 17,000 hyprocures ont été implantées en Amérique du Nord. Cet implant a été inventé par l'Américain Michael Graham, il y a de cela environ 15 ans. Plusieurs études démontrent que la majorité des patients avec Hyprocure sont très satisfaits et aussi peu que 5% d'entre eux ont besoin du

retrait de l'appareil. Les conditions traitées par Hyprocure sont les talalgies, surpronations, oignons, tendinites de poste tibiale, fasciites plantaires, crampes musculaires aux pieds et douleurs aux genoux, hanches et au dos.

La plupart des patients peuvent marcher normalement quelques semaines après la chirurgie et peuvent reprendre l'activité physique deux mois suivant la procédure. Plus la majorité, deux semaines de congé du travail est largement suffisant. Un an suivant la procédure, le corps sera en général complètement adaptée et la qualité de vie du patient sera nettement améliorée!

Pour plus d'information consulter notre site www.podiatrerenord.com ou appeler au (450) 979 0303 (Rosemère) ou 450 937 5055 (Laval).
Dr Martin Scutt, podiatre et clinicien à UQTR. ■

« La mise en place de l'implant est une procédure simple et mineure qui s'effectue sous anesthésie locale tant chez l'adulte que chez l'enfant de 12 ans et plus. »



NOUVEAU!

**LASER
CUTERA &
PROCÉDURE
HYPROCURE**

**ORTHÈSES
CHIRURGIES
SALLE OPÉRATOIRE**

Dr MARTIN SCUTT
New York College of Podiatric
Medicine, Clinicien à l'UQTR

Dr MARC-ANTOINE DION
UQTR

Dr DARRELL BEVACQUA,
New York College of Podiatric
Medicine, Clinicien à l'UQTR

CLINIQUE PODIATRIQUE RIVE-NORD

ROSEMÈRE (450) 979-0303 260, ch. Grande-Côte

CLINIQUE PODIATRIQUE LE CORBUSIER
LAVAL (450) 937-5055 4084, boul. Le Corbusier, suite 4072

www.PODIATRIVERIVENORD.com

CLOQUES, CORS, CALLOSITÉS ET AUTRES CASSE-PIEDS : COMMENT REFAIRE PATTE DOUCE?

« Les ampoules (ou cloques) sont de petites affections bénignes qui résultent en général de frottements prolongés sur la peau, lesquels provoquent un décollement des couches superficielles de l'épiderme. »

« L'oignon du pied (ou hallux valgus) se caractérise par un renflement de l'articulation et des tissus mous à la base du gros orteil. »

Quelques paires de gougounes et de sandales, de beaux souliers de cuir tout neufs pour la rentrée, de robustes chaussures de randonnée, des bottes d'hiver doublées de mouton, des bottes de caoutchouc résistantes à la pluie, de vertigineux escarpins de soirée, des ballerines tout aller à semelle plate, des bottes western à bout pointu, des bottines de ski, des patins à lames ou à roues alignées, des espadrilles usées... toute garde-robe regorge de ces potentiels ennemis qui n'attendent que la bonne occasion pour vous écorcher, voire vous déformer les pieds.

Or, comme ces occasions sont nombreuses et s'échelonnent tout au long de l'année, cela laisse peu le temps de faire peau neuve. Trop souvent, dans notre erre d'aller, on a tendance à négliger ces «petits bobos». Sachez toutefois que certains de ces maux en apparence bénins peuvent s'aggraver et entraîner des complications ou même un handicap. Ce modeste traité de podiatrie devrait vous permettre d'identifier les principales pathologies ainsi que les soins et les précautions à adopter pour éviter de vous retrouver avec une véritable épine dans le pied.

LES PETITS ET GRANDS MAUX DE PIEDS : COMMENT LES PREVENIR, COMMENT LES TRAITER?

LES AMPOULES OU LES CLOQUES

Les ampoules (ou cloques) sont de petites affections bénignes qui résultent en général de frottements prolongés sur la peau, lesquels provoquent un décollement des couches superficielles de l'épiderme. Dans l'espace ainsi créé s'accumule un liquide clair, souvent perçu comme du pus mais qui est en fait de la lymphe.

Il s'agit d'un mécanisme de défense du corps pour créer une sorte de protection des tissus sous-jacents. Ce coussinet naturel est cependant très sensible et fragile. Il tend à se rompre au moindre frottement, ce qui peut parfois entraîner une infection.

COMMENT PREVENIR LES AMPOULES?

Ces quelques trucs devraient vous aider à éviter ces cloches gênantes.

Tout d'abord, gardez vos pieds au sec

Les ampoules sont favorisées par la chaleur et l'humidité. Il faut donc voir à vous chausser de manière à limiter la transpiration.



- Évitez de porter pour une période prolongée des chaussures trop hermétiques, comme des bottes en caoutchouc. Si possible, optez pour des chaussures de sport ventilées.

- Choisissez des chaussettes adaptées à l'activité que vous pratiquez. La laine et le polyester sont d'excellentes fibres pour évacuer l'humidité.

- Au besoin, utilisez une poudre asséchante pour les pieds.

Choisissez la bonne chaussure en fonction de l'activité que vous pratiquez.

Pensez tout d'abord au confort si vous comptez marcher, surtout si vous partez en randonnée! Une chaussure légère, sans soutien pour le pied, n'est pas recommandée.

Doublez vos bas

Il s'agit d'un vieux truc de sportif qui a fait ses preuves. Utiliser deux paires de chaussettes permet, si le soulier n'est pas trop étroit, de minimiser le frottement entre votre pied et la chaussure.

Utilisez des pansements à titre préventif

Lorsque vous vous procurez une nouvelle paire de souliers, songez à panser les endroits vulnérables – par exemple, le talon et les orteils – lorsque vous les étrennez. Cela vous aidera à «casser» vos souliers sans vous abîmer les pieds.

LE MAL EST FAIT?

PORTEZ UNE «DEUXIEME PEAU»

Dès que vous voyez apparaître une rougeur, vous devriez porter un pansement pour protéger la région affectée.

Si une cloque s'est déjà formée, le mieux est de la couvrir avec un pansement hydrocolloïde, communément appelé «deuxième peau». Vous trouverez ce type de pansement en pharmacie, dans la section d'articles de premiers soins. Si la cloque est ouverte, veillez à bien nettoyer et désinfecter la plaie avant d'appliquer le pansement.

LES OIGNONS DU PIED OU HALLUX VALGUS

L'oignon du pied (ou hallux valgus) se caractérise par un renflement de l'articulation et des tissus mous à la base du gros orteil. Ce dernier est alors forcé à se recourber vers l'intérieur. Cette affection peut être source de douleurs d'intensité variable.

COMMENT SE FORME L'OIGNON DU PIED?

Dans bien des cas, ce sont les chaussures – particulièrement les souliers à talons hauts ou à bouts étroits – qui sont à blâmer. Cela explique pourquoi les femmes sont plus susceptibles que les hommes de développer un oignon du pied.

Toutefois, d'autres personnes voient apparaître un oignon pour des raisons indépendantes de leur volonté, parmi lesquelles :

- des antécédents familiaux;
- des troubles neuromusculaires;
- des affections touchant les articulations telles que l'arthrite;
- une grave blessure au pied;
- des déficiences congénitales ou des problèmes qui affectent la démarche;
- la ménopause.

COMMENT EVITER QUE L'OIGNON DU PIED NOUS FASSE PLEURER?

Voici quelques méthodes qui permettent d'atténuer les douleurs ou l'inconfort attribuables à un oignon au pied.

Changez de chaussures

Dans un premier temps, il importe de déterminer si la coquetterie est la source du problème. Le cas échéant, il

peut s'avérer salulaire, pour un certain temps, de porter des souliers confortables, bien ajustés et à talons plats. Il est également possible de faire étirer vos souliers chez le cordonnier.

Portez des coussinets protecteurs

Il existe des coussinets protecteurs spécialement conçus pour soulager la douleur associée à l'oignon du pied grâce à une mince couche de gel qui aide à réduire la pression exercée par la chaussure sur la zone affectée.

« Dans bien des cas, ce sont les chaussures - particulièrement les souliers à talons hauts ou à bouts étroits – qui sont à blâmer. »





Prenez des médicaments pour soulager la douleur et l'inflammation

Si la douleur est intense, les comprimés anti-inflammatoires peuvent offrir un certain soulagement. Il existe également des crèmes aux propriétés analgésiques que vous pouvez appliquer localement.

Le problème persiste ? Consultez

Si les méthodes non chirurgicales n'apportent pas le soulagement voulu, votre médecin vous conseillera peut-être d'envisager la chirurgie. Cette décision

sera prise en fonction de la gravité des symptômes et du risque de complications.

LES CALLOSITÉS, CORS ET DURILLONS

Les callosités, cors et durillons résultent tous d'une augmentation anormale de la couche superficielle de la peau, la plupart du temps en raison d'une pression ou de frottements excessifs des chaussures sur la peau du pied.

COMMENT DISTINGUE-T-ON LES CALLOSITÉS, CORS ET DURILLONS?

Les callosités consistent en des épaissements de la cornée pour former une couche protectrice au niveau des zones d'appui de la plante du pied. Elles sont habituellement de couleur jaune crème et de forme ronde ou ovale. On note souvent des stries à leur surface. Les personnes qui en souffrent ont parfois la sensation d'avoir un caillou dans leur chaussure.

Les cors se manifestent par la formation d'une petite bosse jaune et douloureuse, plus souvent sur l'articulation d'un orteil. Ils sont constitués d'un amas de cellules mortes. Ils peuvent être durs ou mous, mais n'en provoquent pas moins une douleur vive parce qu'ils ont tendance à comprimer les nerfs du pied.

Les durillons surviennent souvent sur les callosités, aux zones de pression de la voûte plantaire. De couleur jaune pâle et de forme mal délimitée, ils sont plus larges que les cors, desquels on les distingue également par le fait qu'ils ne présentent pas de noyau central qui comprime la terminaison nerveuse sous-jacente. Ils provoquent donc une sensation de brûlure moins localisée que la douleur aiguë associée aux cors.

COMMENT SE FORMENT LES CALLOSITÉS, CORS ET DURILLONS?

Les callosités, cors et durillons sont principalement le résultat de la compression et des frottements occasionnés par le port de chaussures inadéquates ou mal ajustées. On pense bien entendu aux talons hauts – mais aussi aux sandales enfilées pieds nus en été.

Ils peuvent également relever d'une anomalie posturale lors de la marche, par exemple, un appui trop important sur l'avant-pied ou la partie extérieure de la plante.

COMMENT ADOUCIR CETTE CORNE ENDURCIE?

Dans la majorité des cas, le traitement peut s'effectuer à la maison, après s'être procuré le nécessaire en pharmacie.

Tout d'abord, décompressez vos pieds

Votre premier geste beauté consiste à retirer les chaussures responsables du problème et à les reléguer au placard pour quelques jours. Plongez

ensuite vos pieds dans un bain ou une bassine pour ramollir la peau.

Procédez à un décapage doux

Le gommage contribue à adoucir progressivement la peau. Il est réalisé à l'aide d'une pierre ponce sur pied humide. Il peut également se faire avec une râpe ou d'une lime sur pied sec. Il n'est pas douloureux, car l'épaississement de la peau est constitué de cellules mortes.

Utilisez une crème émolliente

L'application d'une crème kératolytique une à deux fois par semaine peut remplacer le gommage. Les agents kératolytiques (AHA) stimulent le renouvellement cellulaire, favorisent l'exfoliation et hydratent les couches superficielles de l'épiderme. L'acide salicylique contenu dans certaines crèmes va détruire l'excès de kératine qui forme la corne. Il faut toutefois éviter les zones fendillées ou les crevasses des pieds quand on applique ce type de crème.

Portez des tampons protecteurs ou des séparateurs d'orteils

Il existe sur le marché une variété de tampons pour protéger les différentes zones de pression ou de friction. Ils aident à atténuer la douleur ou l'inconfort causés par les callosités, cors et durillons.

LES ORTEILS EN MARTEAU ET LES ORTEILS EN GRIFFE

Ces deux pathologies se caractérisent par une déformation des orteils.

L'orteil en marteau se manifeste par une hyperextension de l'articulation à l'extrémité de l'orteil, qui remonte vers le haut.

Pour sa part, l'orteil en griffe se caractérise par une hyperextension de la première phalange qui entraîne une flexion des deux autres phalanges et un appui important de l'extrémité des orteils au sol.

Ces déformations provoquent des douleurs articulaires ainsi que l'apparition de cors sur le dessus des articulations ou de durillons sous l'avant-pied. Des cors peuvent également apparaître entre les orteils. À la longue, elles peuvent résulter en une dislocation de l'orteil avec perte de fonction.

COMMENT SE DÉFORMENT LES ORTEILS, EN MARTEAU OU EN GRIFFE?

Comme pour la plupart des maux de pieds, l'une des premières causes de déformations des orteils est le port de chaussures trop étroites ou à talons hauts. D'autres facteurs peuvent également contribuer à l'apparition de ce type de problème :

- une prédisposition génétique ;
- certains troubles neurologiques telles que les paralysies entraînant un « pied creux » ;

- des traumatismes au niveau des muscles ou des nerfs de la jambe ou du pied ;
- certaines maladies inflammatoires du pied comme la polyarthrite rhumatoïde.

PEUT-ON TRAITER CES DÉFORMATIONS ?

Évidemment, le meilleur soin que l'on puisse apporter à ses pieds consiste à se chauffer confortablement. Ainsi, il n'est pas recommandé de porter des talons de plus de 4 centimètres de hauteur – du moins, pas trop souvent.

Si le mal est fait et que vos orteils présentent déjà des angulations, le port de coussinets et d'attelles pour les orteils peut contribuer à vous soulager et à corriger les déformations. Il existe également des semelles conçues spécialement pour les pieds étalés.

Si le traitement conventionnel échoue, une intervention chirurgicale pourrait vous être conseillée afin de corriger l'axe de l'orteil déformé. ■

SOURCES

[Ampoules]

<http://www.topsante.com/sante-au-quotidien/maux-du-quotidien/Ampoules-aux-pieds-comment-choisir-les-bonspansements/Ampoules-aux-pieds-quel-est-l-interet-despansements-double-peau>

[Oignons]

<http://www.canalvie.com/sante/articles/les-oignons-aux-pieds-2866/>

http://sante.canoe.ca/condition_info_details.asp?disease_id=306

<http://sante.planet.fr/pieds-comment-en-finir-avec-les-oignons.6416.514.html?page=0,1>

[Cors]

<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/3229-se-debarrasser-des-cors-au-pied>

[Callosités]

<http://www.doctissimo.fr/html/beaute/soins-du-corps/articles/pieds/soins-pieds-anti-callosites.htm>

<http://www.radins.com/dossiers/soins-et-remedes-dire-adieu-aux-pieds-calleux,529.html>

[Durillons]

<http://www.e-sante.fr/comment-venir-bout-ces-cors-durillons-qui-nous-cassent-pieds/actualite/668>

<http://sante.planet.fr/pieds-8-solutions-anti-cors-et-durillons.1792.514.html>

[Orteils en marteau]

<http://www.epitact.com/fr/avis-dexpert/soins-de-podologie/orteils-en-marteau-et-orteils-en-griffe-quelques-precisions/index.html>

http://www.santeweb.ch/santeweb/Maladies/khb.php?Orteil_en_marteau_orteil_en_griffe&khb_lng_id=2&khb_content_id=18447

« Les callosités, cors et durillons résultent tous d'une augmentation anormale de la couche superficielle de la peau, la plupart du temps en raison d'une pression ou de frottements excessifs des chaussures sur la peau du pied. »

« L'orteil en marteau se manifeste par une hyperextension de l'articulation à l'extrémité de l'orteil, qui remonte vers le haut. »

« L'orteil en griffe se caractérise par une hyperextension de la première phalange qui entraîne une flexion des deux autres phalanges et un appui important de l'extrémité des orteils au sol. »



Dr Thanh Liem Nguyen,
Podiatre et chargé de
cours à l'Université du
Québec en Abitibi-
Témiscamingue



**Dre Marie-Christine
Torchon,**
Podiatre et professeure-
clinicienne à l'Université
du Québec à Trois-
Rivières

Marie-Maxime Bussières,
 tudiante en 3e année
au Doctorat en médecine
podiatrique et partici-
pante à la mission
Cameroun 2013

LES PIEDS   L'ÉTRANGER

Outre leur pratique en cabinet privé, plusieurs podiatres s'impliquent en tant que bénévoles dans des missions, et ce, tant au Québec qu'à l'étranger.

Au Québec, en plus des podiatres diplômés, plusieurs étudiants du programme de doctorat en médecine podiatrique à l'Université du Québec   Trois-Rivières participent aux évaluations et aux traitements des pathologies des pieds pour les usagers de l'Accueil Bonneau, pour les participants de la marche annuelle pour vaincre les cancers féminins organisée par l'Hôpital Général Juif de Montréal et pour les athlètes, lors de compétitions para-olympiques.



Au plan international, dans le but de venir en aide aux populations des pays en développement, le docteur Thanh Liem Nguyen, podiatre,

a fondé Podiatres sans frontières, organisme dont la mission est de soigner les personnes affectées par différentes pathologies du pied. L'organisme est en attente de l'agrément fédéral pour l'obtention de la reconnaissance comme organisme exerçant des activités de bienfaisance, ce qui permettra de soutenir les activités des podiatres lors de leurs prochaines missions.

Jusqu'à présent, les podiatres ont réalisé quatre missions internationales, dont deux au Vietnam (en 2011 et 2013), à l'hôpital orthopédique et de réadaptation de Da Nang, une au Sénégal, au poste de santé de Thi r  (Kaolack en 2013) et une à l'hôpital de l'Université des montagnes (Bagant -Cameroun au mois d'août 2013).



Dans le cadre de cette dernière mission, cinq étudiants et une podiatre ont quitté le Canada le 11 août 2013 en direction de Yaoundé, la capitale du Cameroun.

La première journée a été consacrée à des rencontres et   de la formation à l'Université des Montagnes dans la région de Bagant  dans l'ouest du Cameroun où nous avons accès aux tests de laboratoires, aux radiographies et à une pharmacie. Après la première journée de soins dans cet établissement, le bouche à oreille a



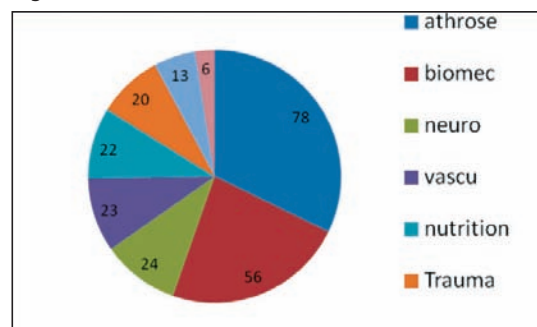
fait son effet et le nombre de patients se présentant à l'hôpital a grimpé en flèche.

Il y a même eu une journée où 100 patients ont pu bénéficier de soins gratuits lors d'une journée grand public à l' cole CFA   Djebem.



Des soins ont même été donnés dans une salle de village en brousse : le centre de recherche de formation et d'application des soins naturels et conventionnels chez Ta waffo yaouvop   Famleng.

Le diagramme suivant illustre la gamme de soins prodigués :



En effet, lors de cette mission humanitaire, nous avons observé énormément d'insuffisance veineuse, un grand nombre d'infections fongiques, de l'arthrose, de l'arthrite rhumatoïde, des insuffisances veineuses secondaires à l'insuffisance rénale, des crises de goutte, des abcès, des coupures suite à un coup de machette, des filarioses, des ulcères neuropathiques/artériels/veineux, des plaies traumatiques, etc.



Tout au long du séjour au Cameroun, pendant les journées de soins, de même que pendant les journées passées en compagnie de notre famille d'accueil, nous avons découvert une

culture riche, un peuple sain, attachant et reconnaissant. Au total, 285 patients ont été rencontrés.

D'ores et déjà, pour l'année 2014, les podiatres et les étudiants se préparent à quatre missions dont une au Centro de salud (Mazan-Iquitos, Pérou –mai 2014), une au Maroc dans un centre pour les berbères à Fès et un retour à l'hôpital de l'Université des montagnes en août 2014 et de plus un retour à l'hôpital orthopédique et de réadaptation de Da Nang, en décembre 2014.

Toutes les missions ont pour but d'offrir des soins gratuits et de qualité à des populations qui n'ont pas de ressources financières leur permettant d'assumer le coût de telles interventions. Pour ce faire, au cours de chaque mission, grâce à la générosité des commanditaires (entre-



prises, dons personnels, etc.), l'équipe emporte du matériel, des instruments et les médicaments requis pour assurer une qualité de soin. Pendant les quatre missions déjà effectuées, en plus de traiter des verrues plantaires, des cors, des plaies aux pieds, les podiatres ont fait des chirurgies pour les ongles incarnés et ont participé, avec les médecins locaux, aux opérations des oignons et des orteils marteaux. En l'absence de matériel orthopédique et compte tenu du fait que les gens marchent souvent nus ou avec des flip flops («gougounes»), les podiatres ont tout de même réussi à soulager efficacement des douleurs aux pieds causées par des névromes de Morton, des fasciites plantaires, des tendinites, des métatarsalgies, etc. En outre, ils ont donné des conseils de manière à développer une culture de la prévention des maladies du pied.

Pour assurer la continuité des soins podiatriques dans les pays hôtes, les podiatres ont également partagé leurs connaissances avec les professionnels de la santé et avec les médecins locaux. Afin de mesurer l'impact de leurs interventions et pour inscrire les soins dans une continuité, les podiatres bénévoles souhaitent refaire des missions dans les pays déjà visités.

Pour soulager plus de personnes souffrantes à l'étranger, Podiatres sans frontières cherche à créer des liens avec des cliniques ou des hôpitaux désireux d'accueillir des podiatres. Pour plus d'information concernant les prochaines missions, visitez www.podiatressansfrontieres.org ou www.apsf.ca ■



« Jusqu'à présent, les podiatres ont réalisé quatre missions internationales, dont deux au Vietnam (en 2011 et 2013), à l'hôpital orthopédique et de réadaptation de Da Nang, une au Sénégal, au poste de santé de Thiare (Kaolack en 2013) et une à l'hôpital de l'Université des montagnes (Baganté-Cameroun au mois d'août 2013). »

Toutes voiles dehors !

Atteindre vos objectifs financiers dans la mouvance des marchés

Montréal Chicoutimi
Dressard Laval
Shawbrooke Sherbrooke
Mont-Saint-Hilaire
Trois-Rivières Gatineau St-Jérôme

Notre tournée 2014 vous présente une revue des marchés et de la performance, et des stratégies pour arriver à bon port.

Financière des professionnels inc. détiert 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 gamme 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.

Financière des professionnels

Inscrivez-vous dès maintenant !

Montréal 1 888 377-7337
Québec 1 800 720-4244
Sherbrooke 1 866 564-0909

www.fprofessionnels.com



Marie-Claude Larprise,
DPM
Centre podiatrique et
soins des plaies de
Boucherville et
St-Hyacinthe



Christina Morin,
DPM
Centre podiatrique et
soins des plaies de
Boucherville et
St-Hyacinthe

Christina Morin et Marie-Claude Larprise sont toutes deux impliquées dans la formation académique des étudiants de podiatrie de l'université du Québec à Trois-Rivières, respectivement comme chargée de cours et comme clinicienne. Elles agissent également à titre d'investigatrice principale et de co-investigatrice dans différents projets de recherches cliniques entre autre en plaies diabétiques.

L'APPLICATION DES TRAITEMENTS DE PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNE DANS LA PRISE EN CHARGE D'ULCÈRE DIABÉTIQUE PAR LE PODIATRE

Nous ne sommes pas sans savoir que le diabète touche un nombre grandissant de Québécois et de Québécoises chaque année. L'augmentation alarmante du nombre de nouveaux cas de diabète représente une réelle situation de crise pour notre société, tant par les effets dévastateurs de la maladie que par le fardeau financier qui s'y rattache (hospitalisation, dialyse, amputation). Les complications inhérentes au diabète touchent pratiquement tous les systèmes, d'où l'importance d'avoir en tête une approche globale et multidisciplinaire dans la prise en charge de ces patients complexes. Selon les statistiques de l'association Canadienne de soins des plaies, on évalue à près 2,3 millions le nombre de Canadiens et Canadiennes diabétiques, sans oublier que parmi ceux-ci, près de 15 % présenteront un ulcère du pied au cours de leur vie.

À la lumière de ses informations il paraît évident que notre rôle de podiatre en tant qu'intervenant de première ligne dans cette maladie peut non seulement contribuer à maintenir les patients ambulatoires, mais également à leur éviter des hospitalisations de longues durées, des infections et des amputation de membres inférieurs.

Au Québec le podiatre pratique exclusivement dans un contexte privée, et ceci amène souvent les professionnels de la santé à se questionner sur la façon d'intégrer le podiatre dans l'équipe traitant le patient diabétique. En comprenant mieux les ressources dont dispose le podiatre dans sa pratique privée et son modèle de prise en charge du patient, il est plus facile de situer son niveau d'intervention dans l'échelle des soins et de créer un corridor de service plus accessible pour le patient.

L'ÉVALUATION DU PATIENT DIABÉTIQUE PAR LE PODIATRE

Dans son évaluation du patient diabétique avec ulcère plantaire, le podiatre est amené à identifier la cause probable de l'apparition de la plaie. Une anamnèse approfondie permet de mieux placer le patient dans son contexte socio environnemental et de reconnaître les facteurs qui peuvent influencer sa guérison (contrôle glycémique, obésité, sédentarité, situation familiale etc.). Aussi, un examen clinique rigoureux permettra d'établir plus clairement les causes de l'ulcération. L'examen podiatrique du patient diabétique devrait inclure une évaluation vasculaire sommaire de ses pieds. Des outils simples et non invasifs, comme l'écoute doppler des artères du pied, de

même que la prise de l'index tibio-brachial permettent d'établir un meilleur portrait de la condition artérielle du patient. Cette étape est cruciale, car le traitement de l'ulcère artériel diffère grandement du traitement de l'ulcère de pression ou d'une plaie infectée.

L'évaluation neurologique du pied permet de reconnaître des caractéristiques particulières notamment des changements sensitifs qui peuvent être évalués qualitativement à l'aide du monofilament de semmes-weinstein.

Il est également possible pour le podiatre, au moyen d'une évaluation dermatologique et biomécanique de reconnaître les changements du système nerveux autonome et moteur au niveau du pied. L'atrophie des tissus adipeux plantaire ainsi que les déformations tels les orteils marteaux et les hallux valgus sont souvent la résultante de ses changements du système moteur et autonome. Ces changements prédisposent les patients à développer des plaies de pressions au niveau des proéminences osseuses exposées. Il est ensuite possible d'établir un plan de traitement qui visera à décharger les zones à haut



risques d'ulcération, par la prescription d'orthèses, de chaussures ou encore de botte de décharge.

LES TRAITEMENTS DE PREMIÈRES LIGNES EN SOIN DE PLAIES

L'ensemble des soins locaux prodigués par le podiatre vise à préparer le lit de la plaie afin de réunir les conditions favorables à la guérison. Ces soins locaux consistent essentiellement au débridement des tissus nécrotiques, au contrôle de la charge bactérienne, et à l'équilibre de l'humidité.

- Débridement

Le débridement effectué à l'aide du bistouri est un moyen efficace de réduire considérablement la force de pression exercée sur la plaie. De plus, le retrait des tissus non viables présent sur le lit de la plaie et à son pourtour semble efficace dans la réduction de la charge bactérienne.

- Mise en décharge

Toujours dans l'optique de favoriser la guérison et de réduire les forces de pressions et de friction appliquées sur la plaie, la mise en décharge du pied diabétique est un incontournable dans le traitement de première ligne. Le but ultime est de redistribuer les forces de pression de façon uniforme sur l'ensemble du pied. Il existe plusieurs façons de décharger le pied diabétique, que nous ayons recours au plâtre de contact total, aux semelles berceau, aux orthèses accommodatives ou encore aux chaussures orthopédiques, il faut avant tout avoir procédé à une analyse de la mobilité et de la fonctionnalité du pied afin de choisir la décharge appropriée.



- Réduction de la charge bactérienne

Les agents antimicrobiens qu'on utilise généralement comme traitement de première ligne vise à réduire la charge bactérienne dans la plaie. Leur utilisation est pertinente dans les cas où la colonisation bactérienne est critique, mais ils s'avèrent insuffisant en présence de signes cliniques d'infection. La douleur accrue, la rougeur au-delà des berges de la plaie, une odeur nauséabonde ou encore la présence de sinus ou de contact avec les structures tendineuses et osseuses sont des signes cliniques d'infection. Il revient alors au podiatre d'évaluer régulièrement la plaie et de savoir reconnaître les signes de dégradations de celle-ci. Alors le patient devra recourir à l'antibiothérapie orale.

« Dans son évaluation du patient diabétique avec ulcère plantaire, le podiatre est amené à identifier la cause probable de l'apparition de la plaie. »



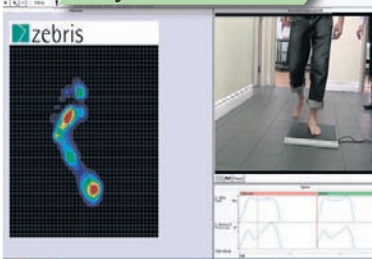
Des solutions modernes pour la santé de vos pieds

- Analyses de la marche informatisées
- Radiographies numériques
- Orthèses sur mesure
- Échographies
- Ultrasons
- Traitements : ongles incarnés, cors, callosités, verrues, champignons
- Injections de cortisone échoguidées
- Neurocryostimulation
- Podiatrie sportive
- Chirurgies
- Shock wave
- Laser pour champignons
- Et plus...

Dr Vincent Drapeau, Podiatre



Analyses sans chaussures



Analyses avec chaussures



7083, Jarry Est #224, Anjou (Qc) H1J 1G3
(près du boul. des Galeries d'Anjou)

514 352-PIED (7433)

www.PodiatreAnjou.com

« Dans le soin des plaies, une réévaluation de la plaie devrait être fait un maximum de 4 semaines après l'initiation d'un traitement de première ligne. »

- Équilibre de l'humidité

Les pansements secondaires que l'on applique pour couvrir la plaie et la protéger de l'environnement extérieur joue un rôle important dans l'équilibre de l'humidité. Parmi ceux-ci on retrouve entre autres les pansements mousses, alginates, hydrofibres qui sont utilisés dans les plaies exsudatives et les gels aqueux qui vise à humidifier une plaie plus sèche.

SUIVI ET RÉÉVALUATION

En tant que professionnel de la santé, il est normal de se questionner à savoir à quel moment le traitement initié devrait être réévalué ou changer. Dans le soin des plaies, une réévaluation de la plaie devrait être fait un maximum de 4 semaines après l'initiation d'un traitement de première ligne. Selon Sheenan et Al, la plaie devrait alors présenter une réduction d'environ 50% de sa taille. Si ce critère est respecté il est indiqué de poursuivre le même traitement. Toutefois, face à une plaie qui n'évolue plus, il est essentiel de revoir notre plan de traitement. Il peut alors s'agir de réévaluer la nature de la plaie, en gardant en tête les infections sous-jacentes ou encore les malignités.

LES TRAITEMENTS DE DEUXIÈME LIGNE

Dans le cas où les traitements de première ligne ne sont pas efficaces après 4 semaines, il ne faut pas baisser les bras. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la chronicité de ces ulcères : le déficit d'apport artériel, l'infection extrêmement fréquente sur ce terrain et, surtout, la persistance des microtraumatismes locaux. La cicatrisation cutanée est un phénomène dynamique complexe. Lorsqu'une plaie tombe en phase chronique il se crée un déséquilibre au niveau des facteurs de croissances, les métalloprotéases créent un environnement qui retarde la cicatrisation. Les traitements de deuxième ligne peuvent s'avérer une solution de rechange efficace dans la guérison des ulcères chroniques du pied.

LA THÉRAPIE PAR PRESSION NÉGATIVE

On pense entre autres à la thérapie par pression négative qui a depuis plusieurs années fait ses

preuves pour le traitement d'ulcère chronique ne répondant pas aux traitements de première ligne. Concrètement la thérapie par pression négative vise à créer un vide sur la plaie. Cette thérapie favorise non seulement un rapprochement des berges de la plaie mais elle permet également l'élimination constante de l'exsudat contenant les agents bactériens. Cette technique qui est indiquée dans le traitement des plaies exsudative non infectée favorise l'angiogenèse et la formation de tissu de granulation. De plus en plus, il est possible pour les patients d'avoir accès à la thérapie par pression négative via les CLSC, conjointement avec le podiatre.

LES AGENTS BIOLOGIQUES

On ne pourrait parler de thérapie de deuxième ligne sans mentionner les agents biologiques. Parmi les nombreux agents biologiques disponibles sur le marché, on retrouve entre autres les matrices dermiques extra cellulaires d'origine porcine. Ce produit contient différents types de collagènes et de facteurs de croissance qui agissent en fournissant à la plaie une structure propice à la guérison.

Des agents biologiques comme les facteurs de croissances dérivés de plaquettes visent à stimuler la multiplication cellulaire. Les facteurs de croissance sont déficients dans les plaies qui tardent à cicatriser. Cette forme de thérapie joue donc un rôle au niveau de la prolifération des fibroblastes qui sont des composantes cellulaires importants dans la formation de tissu de granulation.

Plus récemment, nous avons connu le retour d'autres agents biologiques comme les substituts dermique dérivé de fibroblastes humains. De tels produits sont fabriqués à même les cellules de fibroblastes humains provenant de tissus de prépuce de nouveau-né. Ils doivent être cryoconservés à une température de -75 degrés C, et l'application au site de la plaie nécessite certaines préparations. Toutefois, malgré ces quelques particularités, il est de plus en plus facile d'en faire l'emploi dans nos cliniques privées. Longtemps considérés comme inaccessibles en raison de leur utilisation coûteuse, le lobbying exercé par les compagnies pharmaceutiques auprès des assureurs vise à rendre l'usage de ses thérapies d'exception de plus en plus accessibles pour le patient. Il est maintenant réaliste de prévoir un modèle financier pouvant justifier l'utilisation de ces produits pour nos patients.

CONCLUSION

En matière de soins de plaie chez les patients diabétiques, il est évident que le but ultime visé par les professionnels de la santé est de maintenir nos patients ambulatoires, mais, surtout, d'éviter une éventuelle amputation. La perte d'un membre affecte la qualité de vie des patients diabétiques mais elle réduit aussi de façon considérable leur espérance de vie. C'est pourquoi, l'approche multidisciplinaire a depuis longtemps fait ses preuves et que le podiatre reste un allié précieux dans la prise en charge des plaies complexes. ■

Dr Farès Raymond Issid,
Podiatre B.Sc., D.P.M.

- Verrues Plantaires
- Douleur au talon
- Ongles incarnés
- Orthèses plantaires
- Cors et callosités
- Thérapie physique
- Soins diabétiques

7715, Boulevard Newman, Lasalle, Québec 514-363-5215



3459514



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

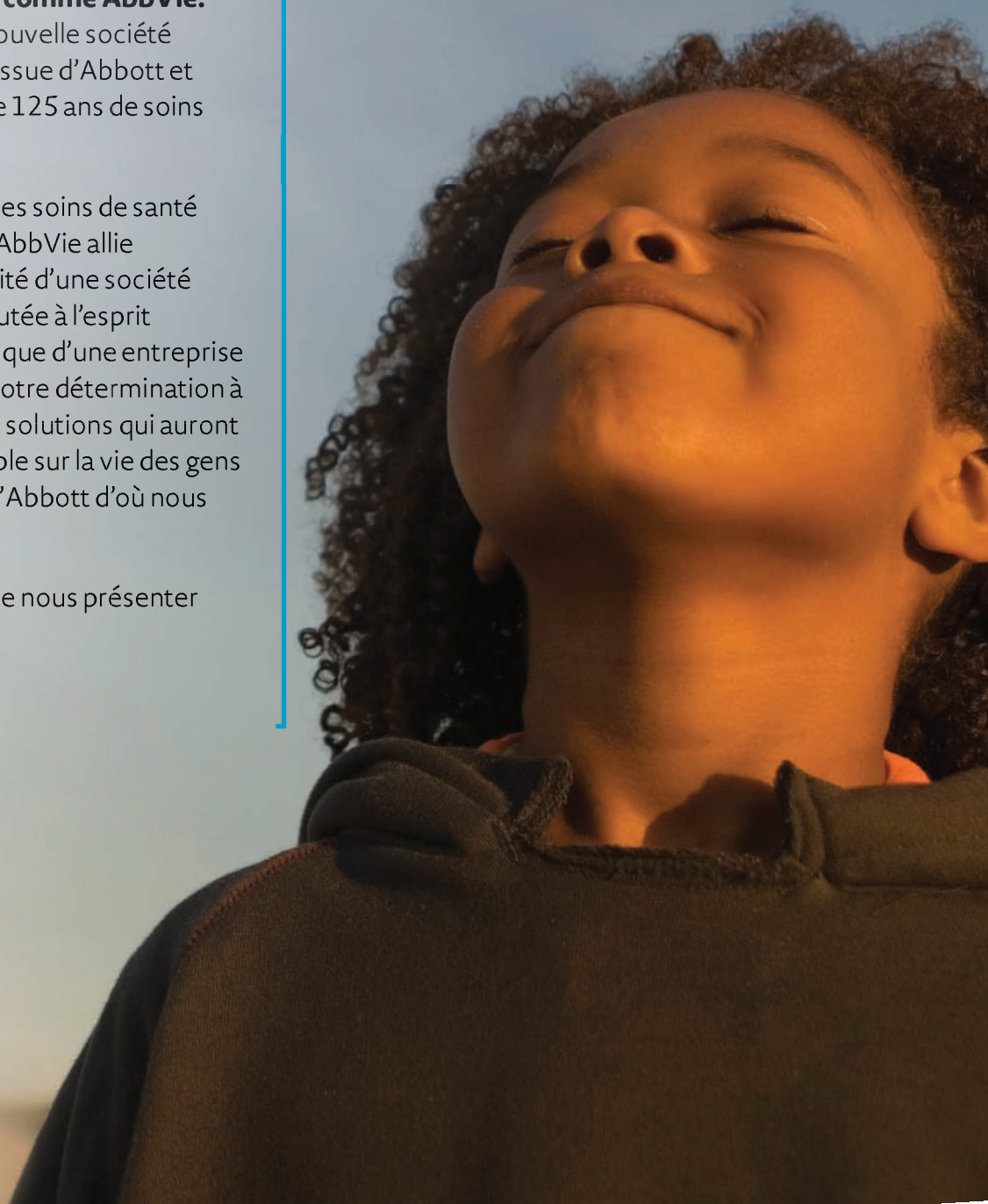
**Peu d'entreprises voient le jour prêtes
à servir les patients comme AbbVie.**

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





Dr Patrice Roy,
Podiatre
Clinique Podiatrique
de l'Estrie,
Sherbrooke

LA PODOPÉDIATRIE

Tous les podiatres vous le diront : soigner les enfants représente une sphère passionnante de leur travail quotidien. Comme les enfants répondent bien aux traitements, la guérison s'avère plus fréquente que le soulagement et la rémission, ce qui fait de la podopédiatrie une pratique très valorisante.

Il existe une multitude de motifs de consultation en podopédiatrie (voir tableau 1). Cet article, en plus de proposer quelques conseils d'usage, traitera de quatre problèmes parmi les plus communs : pieds plats ; apophysite calcanéenne ; démarche en adduction ; douleurs de croissance.

L'EXAMEN PODOPÉDIATRIQUE

L'examen commence par l'anamnèse et l'historique de la plainte principale et des plaintes secondaires. L'historique de la grossesse, de la naissance et des premiers mois présente des informations très utiles. Le clinicien utilise ensuite la palpation anatomique pour identifier avec précision les structures qui font l'objet de la plainte.

Par la suite, lorsqu'indiqué, s'effectue l'examen biomécanique proprement dit : statique, posture, décu-bitus et dynamique. L'examen biomécanique complet comporte plus de 70 tests et observations. La description en détails de chacun des éléments de l'examen biomécanique dépasse les objectifs de cet article de vulgarisation. Un des nombreux formulaires d'examen podopédiatrique qui existent est illustré dans cet article.

Certains examens complémentaires (radiographies et imageries médicales, appareils d'analyse de la démarche, tests médicaux,...) peuvent être utiles pour compléter l'évaluation.

TABLEAU # 1 MOTIFS COMMUNS DE CONSULTATION EN PODOPÉDIATRIE

Dermatologiques:

- verrues
- ongle incarné (onychocryptose)
- pied d'athlète (tinea pedis)
- ongle mou (onychomalacie)
- transpiration abondante (hyperhydrose/bromhydrose)

Orthopédiques:

- pieds plats (talus valgus)
- douleurs de croissance
- douleurs de talons (surtout apophysite)
- mauvaise démarche (surtout en adduction)
- mauvaise posture
- hallux valgus juvénile
- inégalité des membres inférieurs



Le podiatre compile alors toutes ces informations, pose un diagnostic, détermine et administre le traitement.

LES PIEDS PLATS

« Mon fils de 5 ans, Vincent, a les pieds très plats. Il a commencé à marcher plutôt tard. Quand nous marchons ensemble, il se fatigue vite et veut que je le prenne dans mes bras. J'ai entendu que les pieds plats peuvent nuire à son bon développement; ai-je bien fait de venir vous voir? »

Le père de Vincent

TABLEAU # 2 LES TYPES DE PIEDS PLATS:

Pieds plats juvéniles (talus valgus)

Pieds plats d'adultes (pes planovalgus)

Pieds plats héréditaires ou congénitaux:

- pied de Kidner
- talus vertical
- calcaneo-valgus
- splayfoot
- naviculaire gorillaforme
- hypotonie
- dystrophies diverses
- trisomie 21
- laxités ligamentaires
- coalitions tarsiennes

Pieds plats acquis:

- rupture du tibial postérieur
- blessures
- diabète (pied de Charcot)
- pied plat spastique fibulaire
- pied plat par compensation

« Il existe plusieurs types de pieds plats qui ne peuvent «être tous mis dans le même plat». Le pied plat est associé à la pronation excessive ou l'hyperpronation. Cette condition peut devenir extrêmement pathogénique. »

Vincent présente un Talus Valgus (pieds plats juvéniles).

Il existe plusieurs types de pieds plats qui ne peuvent «être tous mis dans le même plat». Le tableau 2 de cet article présente une des nombreuses façons de classer les pieds plats. Le pied plat est associé à la pronation excessive ou l'hyperpronation. Cette condition peut devenir extrêmement pathogénique. Les séquelles principales et les plus communes sont présentées dans le tableau 3.

Chez l'enfant, la forme la plus rencontrée se nomme Talus Valgus, communément appelé pied plat juvénile.

TALUS VALGUS

Tous les enfants, ou presque, naissent avec ce type de pieds plats et les maintiennent jusqu'à l'âge de 24-30 mois. Les tissus adipeux, l'angle et la base d'appui expliquent cette morphologie. Par la suite, les pieds devraient prendre un aspect plus normal. Certains enfants présentent encore des pieds plats qui se résorberont spontanément complètement avant 7 ans. D'autres cas maintiendront cette morphologie et le degré de sévérité peut varier.

Les cas plus sévères ou ceux qui persistent, nécessitent la prise en charge, car, tel que spécifié, l'hyper-

pronation peut entraîner plusieurs problèmes. Les traitements consistent en des conseils de chaussures ou à leurs modifications à l'aide de coussinets supports. Les orthèses podiatriques représentent souvent la meilleure solution pour soulager et prévenir les séquelles et procurent aussi un effet correcteur.

APOPHYSITE CALCANÉENNE

«Maëlle a très mal au talon droit; parfois un peu à gauche mais davantage à droite; depuis quelques semaines, elle s'en plaint surtout après le soccer»

La mère de Maëlle

Maëlle souffre de la Maladie de Sever.

L'apophysite calcanéenne se définit comme une inflammation du centre de croissance de l'os du talon, le calcanéum. Aussi connue comme la maladie de Sever, elle se veut une condition relativement bénigne.

La prévalence est commune chez les enfants actifs, âgés de 8 à 14 ans. Le diagnostic se détermine simplement par la présence d'une douleur palpable à l'aspect postérieur du talon, juste à l'avant de l'insertion du tendon d'Achille et la tendinite de ce dernier y est souvent associée.

«L'apophysite calcanéenne se définit comme une inflammation du centre de croissance de l'os du talon, le calcanéum. Aussi connue comme la maladie de Sever, elle se veut une condition relativement bénigne»



NOTRE MISSION :

Produire des orthèses plantaires sur mesure selon les plus hauts standards des règles de l'art tout en respectant précisément la prescription podiatrique qui suit un examen biomécanique complet du patient. La qualité des matériaux choisis et un protocole de fabrication clairement établi font de PodoKop une entreprise qui se distingue par son produit de qualité supérieure dans le domaine de l'orthèse plantaire.

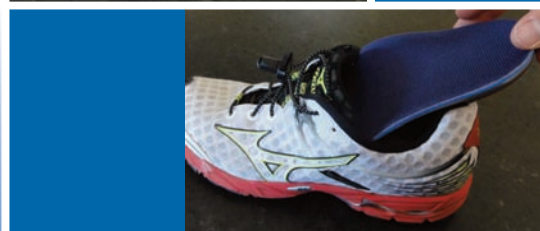
Tout en offrant ses services **exclusivement** à des podiatres, l'expertise de PodoKop découle d'une étroite collaboration entre podiatres seniors et orthésistes diplômés.

Les podiatres qui choisissent PodoKop ont à coeur d'offrir ce qu'il y a de mieux à leurs clients. Communiquez avec nous afin de connaître un podiatre près de chez vous.

info@podokop.com

N.B. : PodoKop n'est pas un laboratoire ouvert au public.

**FABRICANT D'ORTHÈSES
PODIATRIQUES
(450) 979-1772**



« La démarche en adduction (in-toeing) est courante chez les enfants. Cette pathomécanique ne peut être considérée comme banale puisqu'elle expose les individus aux chutes et entrave la bonne performance en activité. De plus, la compensation pronatoire commune qui survient fréquemment amène plusieurs risques de complications. »

TABLEAU # 3
SÉQUELLES FRÉQUENTES DES PIEDS PLATS

Aux pieds:

- déviations digitales (hallux valgus et orteils marteaux)
- fasciite plantaire; épine de Lenoir
- tendinopathie du tibia postérieur
- tendinopathie d'Achille
- arthrose

Aux jambes:

- périostite
- tendinites/tendinoses diverses
- lourdeur et fatigue

Aux genoux:

- syndrome fémoro-rotulien
- syndrome de la patte d'oie
- bursite rotulienne
- Osgood-Schlatter
- syndrome de la bandelette ilio-tibiale
- douleurs au ligament collatéral interne
- chondromalacie
- arthrose

Aux hanches:

- bursite trochantérienne
- syndrome du piriforme
- arthrose

Au dos:

- lombalgies
- sacro-iléite
- sciatalgie

Les traitements sont simples, efficaces et consistent en: approches analgésiques avec glace et/ou acétaminophène; coussinets aux talons; réduction temporaire des activités physiques. Les symptômes disparaissent généralement en quelques jours mais peuvent récidiver.

Lorsque les douleurs persistent, s'intensifient ou récidivent très fréquemment, une investigation médicale est indiquée pour éliminer certains problèmes sérieux comme les tumeurs, les fractures de Salter-Harris et des maladies systémiques.

Quand les douleurs deviennent récalcitrantes aux traitements usuels, la thérapie physique et les orthèses podiatriques appropriées sont indiquées.

DÉMARCHE EN ADDUCTION

«Coralie, ma fille, a une drôle de démarche; elle court mal et s'enfarge souvent; elle se plaint de douleurs après les activités physiques; est-ce normal?»

La mère de Coralie

Coralie présente une rotation fémorale interne.

La démarche en adduction (in-toeing) est courante chez les enfants. Cette pathomécanique ne peut être considérée comme banale puisqu'elle expose les

individus aux chutes et entrave la bonne performance en activité. De plus, la compensation pronatoire commune qui survient fréquemment entraîne plusieurs risques de complications.

L'examen biomécanique précisera la cause exacte parmi les diagnostics différentiels qui sont:

- Rotation fémorale interne
- Torsion fémorale interne
- Contracture des fléchisseurs médiaux des genoux
- Torsion tibiale interne
- Torsion pseudomalléolaire
- Metatarsus adductus (rigide/semi-rigide/flexible; metatarsus primus adductus)
- Occasionnel/rare/idiopathique/neurologique

ROTATION FÉMORALE INTERNE (RFI)

La RFI est certainement la cause la plus fréquente de la démarche en adduction. Il existe beaucoup de





confusion terminologique dans la littérature et, ainsi, la torsion fémorale et la rotation fémorale sont souvent énoncées comme la même entité. Les cliniciens qui veulent lire sur le sujet sont avisés d'être vigilants et de se référer à leurs compétences anatomiques pour mieux comprendre les articles.

La plupart des auteurs affirment que « la résolution spontanée survient dans plus de 80% des cas à l'adolescence » et « qu'il est intéressant de noter que plusieurs enfants ne marchent plus en adduction mais que l'antéversion fémorale (RFI) reste inchangée. Ces observations s'expliquent facilement par la compensation pronatoire commune à cette forme de démarche.

La structure anatomique concernée est la capsule articulaire de la hanche, spécialement le ligament pubofémoral. Il est possible, par des tests cliniques simples, de déterminer si le fémur est tordu ou si la capsule de la hanche est sous tension anormale. Les fibres de la capsule articulaire sont orientées de façon à limiter l'extension et la rotation interne de la hanche.

L'orthèse plantaire constitue un bon traitement et doit être prescrite pour exercer un effet ciblé en phase d'appui et en début de propulsion. C'est en effet durant ces périodes de la marche où la hanche est en extension. L'orthèse est non seulement une mesure pour contrer la compensation pathogénique mais le pronostic de correction de la rotation fémorale interne est excellent.

Le traitement inclut aussi des conseils de posture et de positionnement (voir plus loin dans le texte).

LES DOULEURS DE CROISSANCE

« Mon fils Antoine a mal aux jambes depuis des mois; notre médecin de famille nous a rassuré en disant que ce n'était que des douleurs de croissance et il a suggéré du Tylenol; mais les douleurs persistent depuis plusieurs semaines et sont si intenses qu'Antoine se réveille la nuit en pleurant; pouvez-vous m'aider? »

Le père d'Antoine

Antoine souffre de douleurs de croissance.

Les « douleurs de croissance », quoique très communes, demeurent incomprises dans la communauté

Formulaire ExBio Podo

EXAMEN BIOMÉCANIQUE PODOPÉDIATRIQUE

Clinique Podiatrice de l'Estrie, 1135, Boul. Jacques-Cartier Nord, Sherbrooke, Québec, J1J 3A8 | 819.826.1157
 Dr. Pierre Roy, D.P.M., F.P.M., F.P.O.D., F.P.O.D. (C) Philippe Duchesneau, D.P.M., F.P.M., F.P.O.D. (C) André Chavet, D.P.M., F.P.M., F.P.O.D. (C)

PODOKOP

Nom : <u>Coralie</u>		Âge : <u>8</u>		Sexe : <u>F</u>		No de Rx : <u></u>	
Plainte principale : « <u>Mauvaise démarche, douleurs de croissance</u> »							
MOTIFS DE LA CONSULTATION							
P		T M C D		P		SEMAINE AVANT ACCOUCHEMENT <u>À terme</u>	
L S I		L S I		P		CONGÉNITAL <u>non</u>	
Ant Post L		Ant Post L		P		APGAR À LA NAISSANCE <u>8 et 10</u>	
HANCHE		HANCHE		P		MARCHE À 4 PATTES <u>entre 6 et 9 mois</u>	
Cuisse		Cuisse		P		ÂGE DU DÉBUT DE LA MARCHÉ <u>10 mois</u>	
Genou		Genou		P		POSITION COUCHÉE / ASSISE <u>« tout croche »</u>	
Cheville		Cheville		P		USURE BOTTE / CHAUSSURE <u>« rapide, en dedans »</u>	
Talon		Talon		P		HISTORIQUE FAMILIAL <u>non</u>	
Pied		Pied		P		RÉFLEXE DE BABINSKI <u>normal</u>	
Pron. Cent. Dist. L. M.		Pron. Cent. Dist. L. M.		P		LÉSION	
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.		Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.		P		LÉSION	
S - 4 - 3 - 2 - 1		MET		P		LÉSION	
S - 4 - 3 - 2 - 1		MET		P		LÉSION	
CONSIDÉRATION SPÉCIALE <u>Très sportive</u>							
NOTES : <u>parent / mère note une démarche en adduction.</u>							
<u>pire avec chaussures que pieds nus</u>							
<u>douleurs occasionnelles aux jambes, non palpables, surtout après sport</u>							
STATIQUE DEBOUT				G DÉCUBITUS / ASSIS D			
PRC				PNC			
G				D			
HANCHE				HANCHE			
GENOU				GENOU			
TALON				TALON			
PIED				PIED			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			
Genou				Genou			
Cheville				Cheville			
Talon				Talon			
Pied				Pied			
Pron. Cent. Dist. L. M.				Pron. Cent. Dist. L. M.			
Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.				Pron. Cent. Dist. L. M. P. D.			
S - 4 - 3 - 2 - 1				S - 4 - 3 - 2 - 1			
MET				MET			
P				P			
T M C D				T M C D			
L S I				L S I			
Ant Post L				Ant Post L			
HANCHE				HANCHE			
Cuisse				Cuisse			

CLINIQUE PODIATRIQUE DE L'ESTRIE 819.820.1157

ENCOURAGEZ VOS ENFANTS À ÉVITER LES MAUVAISES POSTURES

Les enfants prennent souvent des postures qui nuisent au développement normal des pieds, des jambes et des hanches. Voici des exemples de mauvais positionnements qui doivent être évités. Pour des conseils complets et des traitements adéquats, consultez votre podiatre.



Consultez votre podiatre
Pour la santé des pieds de vos enfants, n'hésitez pas à consulter les docteurs Patrice Roy, Philippe Deschesnes et Anik Chauvette, 3 podiatres pour vous servir à la Clinique Podiatrique de l'Estrie. (819) 820-1157

AIDEZ-LES À PARTIR DU BON PIED!

Par souci de qualité et de professionnalisme, votre podiatre prescrit les orthèses Podokop.

Assurez-vous que votre podiatre soit membre de l'Ordre des Podiatres du Québec.

- Les douleurs sont généralement symétriques.
- Les douleurs se présentent parfois en activité, mais surtout au repos et même la nuit.
- Les enfants peuvent présenter peu d'endurance à l'activité.
- L'activité tend à exacerber les douleurs.
- Les douleurs sont intermittentes, fréquentes et ont tendance à se chroniciser.
- L'historique a éliminé la présence de traumatisme, de maladies génétiques et métaboliques.
- L'enfant peut avoir reçu un diagnostic de douleurs de croissance du médecin traitant.
- Les traitements, s'il y en a eu, ont donné des résultats insuffisants et/ou éphémères.
- Le seul soulagement efficace semble être l'attention et les massages des parents
- Aucune douleur palpable (versus Sever, Osgood-Schlatter, ...).
- L'enfant présente une ou des conditions pathomécaniques (genou valgum, rotation fémorale interne, talus valgus, pied de Kidner, etc.).

De nombreux auteurs ont tenté d'établir la causalité de ce syndrome. La majorité des hypothèses ont été rejetées ou non validées. Les causes les plus plausibles, d'origine mécanique, sont la fatigue musculaire

«L'attribution bien ciblée d'orthèses plantaires représente la meilleure option de traitement pour les «douleurs de croissance» puisque non-seulement les symptômes seront soulagés entièrement et rapidement, mais le port d'orthèses adéquates prévient les douleurs, et ce, sans restrictions d'activités»

scientifique. Depuis la première parution scientifique, en 1823, sur les douleurs aux membres inférieurs durant la croissance, des douzaines d'auteurs ont tenté d'élucider cette condition énigmatique.

L'impact social des douleurs récurrentes aux jambes chez les enfants n'a pas été mesuré mais certaines conséquences ont été soulevées:

- Chez l'enfant : douleurs importantes et répétitives aux membres inférieurs; sommeil dérangé; fatigue et faible résistance à l'activité.
- Chez le parent : inquiétudes; sommeil dérangé; consultations et dépenses médicales.
- Chez le médecin : manque d'outils pour le diagnostic et le traitement; frustration clinique; impression de perdre du temps.

Comme il n'existe aucune définition ni test pour établir un diagnostic définitif, les concepts de diagnostic, de diagnostics différentiels et d'étiologies se confondent. Plusieurs experts s'entendent pour dire que «douleurs de croissance» est un mauvais choix de mot pour identifier une entité nébuleuse qui ne peut être diagnostiquée que par exclusion.

Plusieurs auteurs ont tenté d'établir une véritable définition de «douleurs de croissance». En voici le profil clinique:

- Plainte principale de douleurs aux jambes.
- Les douleurs sont plus souvent localisées et plus souvent intenses dans la région tibiale.



et la pronation. Les «douleurs de croissance», non causées par la croissance elle-même, seraient la manifestation d'un syndrome douloureux récurrent aux membres inférieurs durant la croissance et reliées à l'activité physique. Serait-il possible que des conditions pathomécaniques puissent provoquer un stress musculo-squelettique suffisant pour stimuler les mécanismes de la douleur? Certains chercheurs ont émis l'hypothèse d'une cumulation prolongée des déchets métaboliques de l'activité musculaire chez les enfants. Ceci pourrait expliquer pourquoi les symptômes se présentent surtout en période de repos.

L'efficacité relative des traitements proposés pour les «douleurs de croissance» n'a pas été clairement établie. Certaines approches telles les massages, anti-inflammatoire et attention des parents sont reconnues, par dépit, comme les traitements de choix pour les «douleurs de croissance». L'approche mécanique (stretching, wedging, orthèses) s'avère efficace. L'attribution bien ciblée d'orthèses plantaires représente la meilleure option de traitement pour les «douleurs de croissance» puisque, non-seulement les symptômes seront soulagés entièrement et rapidement, mais le port d'orthèses adéquates prévient les douleurs, et ce, sans restriction d'activités.

QUELQUES CONSEILS

Le podiatre est le professionnel le plus spécialisé pour diagnostiquer les pathologies des pieds et les traiter. Il est aussi le mieux habilité pour déterminer si un enfant a besoin ou non d'orthèses aux pieds.

QUAND CONSULTER

Entre 0 et 6 mois: Les problèmes de pied peuvent apparaître dès la naissance. Ils requièrent une attention immédiate car les jeunes os, étant plus mous, répondent mieux aux traitements. Les traitements se résument souvent par des conseils ou l'usage d'attelles, mais les cas plus sérieux et plus rares seront référés aux médecins spécialistes.

Vers l'âge de 30 mois: Une consultation préventive est indiquée. Les cas légers feront l'objet de conseils et seront sous observation. Les cas plus sévères seront pris en charge sur le champ.

Par la suite, consulter en tout temps où il y a inquiétude ou douleurs.

LES CHAUSSURES

Il existe plusieurs références sur le web pour conseiller les parents dans le choix des chaussures pour leurs enfants. Pour trouver un texte descriptif de vulgarisation assez complet, consultez le site suivant: www.podiatreestrie.ca

LES MAUVAISES HABITUDES

Plusieurs enfants adoptent des postures assises ou couchées qui nuisent au sain développement de leurs membres inférieurs. La figure incluse dans cet article illustre ces mauvaises habitudes.



EN CONCLUSION

Durant les premières années de la vie, le corps se développe à un rythme époustouflant. Les plus petites anomalies peuvent entraîner des problèmes sérieux et les pieds ne font pas exception à cette règle.

Le dépistage précoce et la prise en charge durant la croissance de l'enfant peut non seulement soulager et prévenir les problèmes mais aussi corriger les pathomécaniques de façon permanente.

Patrice Roy est gradué du Pennsylvania College of Podiatric Medicine de Philadelphie (Temple University) et pratique la podiatrie depuis plus de vingt-trois ans à Sherbrooke. Il est un des initiateurs du cours d'orthèses plantaires à l'UQTR. ■



ORDRE
DES PODIATRES
DU QUÉBEC
Mes pieds. Ma santé. Mon podiatre.



PATRICE ROY JR • PHILIPPE DESCHESNES • ANIK CHAUVETTE
DOCTEURS EN MÉDECINE PODIATRIQUE



- EXAMEN BIOMÉCANIQUE ENFANTS, ADOLESCENTS ET ADULTES
- ORTHÈSES PLANTAIRES SUR MESURE
- OIGNONS ET ORTEILS MARTEAUX
- PIEDS DES SPORTIFS
- ÉPINE DE LENOIR
- CORS ET CALLOSITÉS
- ONGLES INCARNÉS
- VERRUES PLANTAIRES
- PIED DIABÉTIQUE



CLINIQUE PODIATRIQUE
DE L'ESTRIE

819 820-1157
1135, boul. JACQUES-CARTIER NORD
SHERBROOKE (QUÉBEC) J1J 3A8

www.podiatreestrie.ca



Dr Rita El-Khoury,
Podiatre
Polyclinique Médicale
Concorde, Laval
(450) 629-7659

LE LASER : UNE RÉVOLUTION DANS LE TRAITEMENT DE L'ONYCHOMYCOSE

Ce qui semblait impossible hier devient réalisable aujourd'hui et paraîtra demain, être une évidence. Je pense notamment à la révolution multidisciplinaire du Laser. Grâce à l'avancée technologique de notre époque, celui-ci fait rêver dans plusieurs domaines (médical, esthétique, industriel) par ses utilisations entre autres dans la chirurgie oculaire, l'épilation, l'enlèvement des tatouages, la soudure et la découpe. La plupart de ses utilisations découle de cette capacité d'augmenter la température très rapidement et de façon parfois intense sur un même point de matière. Cette nouvelle modalité est devenue disponible aujourd'hui pour le traitement d'une maladie insidieuse : l'onychomycose. Dans cet article, je tiens à partager quelques résultats et photos que j'ai moi-même obtenus en utilisant le FootLaser fait par PinPointe (Cynosure).



ÉPIDÉMIOLOGIE

Plusieurs études à grande échelle indiquent qu'approximativement de 14-18% de la population générale souffre d'une infection fongique de l'ongle, cette incidence atteignant 48% chez les personnes de plus de 70 ans. Trichophyton rubrum et Trichophyton mentagrophytes constituent à eux deux, au minimum, 80% des onychomycoses. Les ongles des orteils sont 7 fois plus souvent infectés que ceux des doigts en raison de la vitesse de croissance de la tablette, environ 3 fois plus lente aux pieds.

Les remèdes homéopathiques sous forme de composants naturels ou d'huiles essentielles tels que l'eau de Javel, l'huile de théier (« tea tree oil »), le vinaigre, l'Aloe Vera et les rince-bouche (« Listerine ») fonctionnent rarement et représentent,

pour la plupart, une perte de temps et d'argent. Les traitements pharmacologiques sont normalement plus efficaces pour l'onychomycose (Terbinafine oral ou Penlac 8% solution). La laque de ciclopirox à 8% est efficace dans le traitement des onychomycoses légères à modérées. Les résultats sont mitigés ; au bout d'un an, le temps de réussite varie entre 10% et 35%. Les traitements topiques (Loprox 1% crème ou Lamisil crème) ne sont pas adaptés en raison de leur incapacité de diffuser à travers la barrière unguéale (là où le champignon se développe) en plus de ne pas rester au contact du site d'application de façon suffisamment longue (aussitôt essuyées).



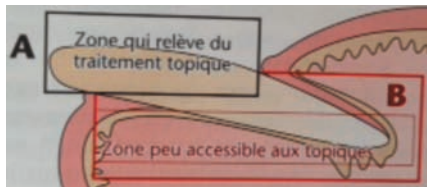
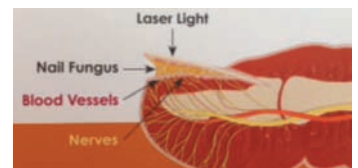
EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT AU LASER?

Depuis février 2011, le Laser PinPointe est approuvé par Santé Canada. Il a été approuvé aux États-Unis par la FDA (Food and Drug Administration) en octobre 2010, suite à 5 années de recherche. Des études cliniques prouvent que 71,4% des patients traités ont obtenu une nette amélioration de l'apparence de l'ongle au-delà de 12 mois.

Le Laser PinPointe émet une énergie lumineuse invisible à l'intérieur et à travers l'ongle, de même que sur la surface cutanée autour de l'ongle. Cette énergie est alors absorbée par les pigments des organismes fongiques, provoquant un effet thermique qui va endommager et détruire les champignons. Si tous les organismes présents sont détruits, l'ongle repoussera normalement et retrouvera sa transparence et sa texture naturelle. Pour cette raison, plusieurs séances sont nécessaires pour une éradication complète.

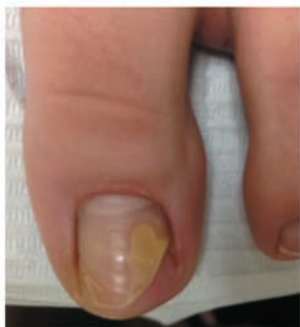
PROCÉDURE

La préparation des ongles d'orteils avant le traitement au Laser est sans aucun doute un des facteurs de réussite de la procédure. L'énergie du Laser pénètre typiquement les tissus à une profondeur d'environ 3 à 4 mm. Les ongles doivent donc être aussi fins que possible et réduits à une épaisseur de 1 mm pour permettre à une quantité suffisante d'énergie d'atteindre efficacement le tissu subunguéal sans être absorbée ou diffusée par la plaque d'ongle. C'est à ce moment que l'intervention du podiatre se produit.



TRAITEMENT INITIAL

Avant préparation



Après préparation



Après 1 seul traitement



Lors du traitement, une sensation de chaleur ou une légère douleur est souvent ressentie. Les paramètres sont ajustables en fonction de la sensibilité du patient. Aucune anesthésie n'est nécessaire. La procédure prend environ 30 minutes pour l'ensemble des ongles affectés. L'amélioration de l'apparence de l'ongle est notée aussitôt que celui-ci repousse. La réussite est attribuable à des facteurs variés, souvent environnementaux (chaussures fermées, humidité). Outre le traitement des ongles avec le Laser, il faut également aborder les habitudes du patient pour éviter toute récurrence du champignon. Des mesures préventives sont donc discutées. Le patient doit comprendre la procédure et avoir des attentes réalistes avant de commencer le traitement. Comme pour tous les traitements visant à éliminer l'onychomycose, plusieurs séances sont nécessaires.

En mars 2013, je me suis procurée cette nouvelle technologie étant donné une forte demande et un grand besoin pour ce service auprès de la population vieillissante. Jusqu'à maintenant, j'ai traité un peu plus de 100 patients. Voici l'étude de cas de l'un de mes patients qui a obtenu une guérison complète.

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'un patient de 54 ans, en très bonne santé, non-fumeur, actif et dynamique, qui se présente à la clinique, accompagné et référé par son épouse, pour le traitement de ses ongles mycotiques au pied gauche; l'hallux étant plus sévèrement infecté. Cette condition date depuis déjà plusieurs années et lui cause une gêne cosmétique constante et inconfortable en voyage. Aucune douleur ou sensibilité n'est associée.

Étant comptable agréé dans une grande firme, le patient est toujours bien habillé avec élégance. Ses chaussures trop ajustées causent des microtraumatismes répétés de la plaque unguéale avec onycholyse et semblent être un facteur favorisant. Par ailleurs, l'humidité retrouvée dans cet environnement peut être un autre vecteur favorable à la contamination (transpiration), car les champignons se développent plus rapidement à la chaleur, l'humidité et la pénombre. Au cours des années, il a remarqué que ses ongles se détérioraient avec les signes évocateurs suivants : ongles jaunis, épaissis et décollés. C'est alors qu'il a décidé de venir consulter le 7 mai dernier. Aucun traitement n'avait été réalisé auparavant.



Suite à l'anamnèse, ses pieds ont été examinés et différents traitements conventionnels lui ont été expliqués. Le patient a opté pour la solution au Laser, car il ne souhaitait pas être soumis à des effets indésirables secondaires ou à des interactions médicamenteuses possibles comme avec la médication orale : Itraconazole (Sporanox), la Terbinafine (Lamisil) ou le Fluconazole (Diflucan).

Comme les caractères cliniques étaient hautement suggestifs d'une onychomycose, aucun examen histopathologique ou prélèvement n'a été fait. J'ai réalisé, au fil du temps, qu'il y avait souvent une négativation de l'examen mycologique. Par ailleurs, cliniquement, il y avait un retour à la normale de l'ongle traité. Un tiers des patients avec culture négative peuvent avoir un résultat faussement négatif après un nouvel examen. Étant donné cette divergence qui sème une confusion inopportune, la culture et l'exa-



NOUVEAU TRAITEMENT AU LASER contre la mycose des ongles

PinPointe FootLaser donne un nouvel espoir aux patients qui souffrent de l'onychomycose.

En seulement trois traitements, des études cliniques démontrent un taux de réussite de plus de 86%.



Comparativement aux médicaments anti-fongiques oraux PinPointe pose aucun effet secondaire, aucune douleur et est très sécuritaire. Les résultats sont convaincants.



CLINIQUE PODIATRIQUE
DANIEL SIMONI

TOUJOURS À LA FINE POINTE

2511 rue Bélanger Est, Montréal
514-725-4769
www.2pieds9.com

Tableau I **Diagnostics différentiels des onychodystrophies**

- Onychomycose : dans la moitié des cas
- Onychogryphose
- Onycholyse idiopathique
- Troubles anxieux
- Maladies dermatologiques :
 - Psoriasis/Syndrome de Reiter
 - Lichen plan
 - Dermatite de contact
 - Paronychie congénitale
 - Tumeurs sous-unguéales bénignes ou malignes
- Infections unguéales
 - Origine bactérienne (*Pseudomonas Aeruginosa*)
 - Origine virale (Herpès simplex, verrues)
- Causes physiques
 - Microtraumatismes répétés
- Maladies systémiques
 - Déficience en fer
 - Maladie de Raynaud
 - Thyroïdisme
 - Sclérodermie

men direct au KOH ne font pas toujours partie de la routine étant donnée leur spécificité.

Le patient a été informé que la durée du traitement était variable d'une personne à l'autre. Des facteurs tels que les traumatismes, le manque d'hygiène, l'hyperhydrose, la mauvaise circulation, la durée et la sévérité de l'infection, l'âge et l'état de santé général peuvent influencer les résultats. Des suivis réguliers aux 2 mois ont été effectués et des photos ont été prises à chaque séance.

Voici les résultats obtenus :



Figure 1. Première visite à mon bureau le 7 mai 2013 avec un diagnostic clinique d'onychomycose. Photos prises avant et après le débridement. (Pré-traitement)

Figure 2. Apparence des ongles 2 mois post-traitement, soit le 25 juillet 2013, le 10 septembre 2013 et finalement le 26 novembre 2013.

En dépit d'une excellente réponse thérapeutique au Laser, des mesures de prévention ont été prises pour éviter la rechute ou la réinfection. Le patient était très satisfait des résultats obtenus.

Voici 3 autres cas où les patients étaient exposés à la contamination :



Figure 3. Patiente ayant reçu un seul traitement au Laser. Guérison complète après 2 mois



Figure 4. Patient ayant reçu 3 traitements au Laser. Guérison complète après 6 mois.



Figure 5. Patient ayant reçu 2 traitements au Laser. Guérison complète après 4 mois.

En conclusion, même si la technologie laser est relativement récente, il est possible de remarquer qu'elle a déjà fait ses preuves sur plusieurs centaines de patients. Elle répond à de hauts standards de qualité et est de plus en plus intégrée et adoptée dans notre pratique. Un modèle simple, facile à utiliser, sécuritaire, avec peu et souvent pas d'effets secondaires. Tous les traitements ont en commun d'être longs, car c'est la repousse saine de l'ongle qui montre l'efficacité. Si je reviens à mon cas clinique, mon patient a retenu que la patience est une grande vertu. Comme en comptabilité, les efforts et la patience sont récompensés et un suivi adéquat est recommandé pour avoir de beaux ongles. Ça prend beaucoup de temps et d'argent. De nos jours, comme le savent très bien les comptables, qu'est-ce qui ne nécessite pas de temps et d'argent ? ■



L'OFFRE DISTINCTION POUR LES PHARMACIENS



UNE OFFRE AVANTAGEUSE POUR JEAN



Lavallée

ATTENTIF

PROFITEZ D'AVANTAGES ADAPTÉS À VOTRE RÉALITÉ, INCLUANT :

- Un forfait avec transactions illimitées pour 7,95 \$ par mois
- Des rabais et des taux bonifiés sur plusieurs produits d'épargne et de financement
- Une gamme complète de solutions financières pour votre pharmacie
- Plusieurs autres avantages

desjardins.com/pharmacien



Desjardins

Coopérer pour créer l'avenir



Dre Gabrielle
L'Écuyer Lapierre,
Podiatre

« Dans les études scientifiques, de plus en plus on observe le lien causal entre la biomécanique fautive et les symptômes aux genoux et l'on comprend de mieux en mieux son mécanisme. On peut donc mieux expliquer le rôle des orthèses plantaires dans le traitement de ces pathologies. »

TRAITER LES DOULEURS AUX GENOUX EN CONSIDÉRANT LA CAUSE



Le corps humain est une entité mécanique dont les parties sont liées entre elles et dont les actions de chacune auront des répercussions sur les autres. En tant que professionnel de la santé, on se doit d'analyser et comprendre le corps dans son ensemble et ne pas se mettre d'œillères en traitant localement seulement.

Dans ce texte, nous nous intéresserons au genou en comprenant mieux les causes qui sont responsables des maux de genoux chroniques, qui représentent un défi de santé publique !

Dans les études scientifiques, de plus en plus on observe le lien causal entre la biomécanique fautive et les symptômes aux genoux et l'on comprend de mieux en mieux son mécanisme. On peut donc mieux expliquer le rôle des orthèses plantaires dans le traitement de ces pathologies. Il est à noter que plusieurs éléments peuvent être à l'origine des douleurs chroniques aux genoux, et qu'elles ne sont pas toutes dues à la pathomécanique. Un ancien traumatisme peut être à l'origine de ces maux, de même qu'un indice de masse corporelle élevé, un déséquilibre musculaire (faiblesse vaste interne et/ou moyen fessier), l'environnement auquel nous sommes confrontés (escaliers, surfaces, pentes, activités...), les chaussures que nous portons et, bien entendu, un malalignement articulaire du genou.

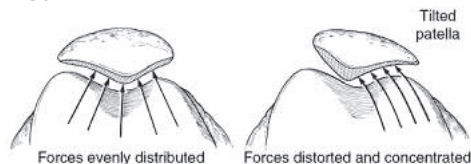
Lorsque l'on parle de malalignement articulaire, on peut penser à un genou varum et valgum structurel, mais aussi à une rotation interne du tibia secondaire à une pronation excessive du pied (figure 1).

Le pied est une structure complexe comportant plusieurs os et ligaments jouant le rôle de fondations du corps humain. Lorsque celui-ci a trop de mobilité, l'arche n'agit plus comme un pont solide et s'affaisse, entraînant la cheville dans un mauvais axe. Le tibia se retrouve alors amené en rotation interne, causant ainsi un moment de torsion (torque) dans le genou qui fait dévier la patella par rapport au fémur. Ce malalignement articulaire entraîne une usure précoce sous la patella (figure 2). Le genou ayant pour rôle la flexion et l'extension est maintenant confronté dans le plan transverse à des mouvements de rotation et, dans le plan frontal, à un stress en val-

FIGURE 1



FIGURE 2



gus, ce qui crée une tension sur les structures ligamentaires, la capsule et sur la surface articulaire du plateau tibial. Cette mécanique peut entraîner un syndrome fémoro-patellaire (SFP), un syndrome du compartiment médial du genou ligamentaire ou de l'arthrose latérale du genou causée par le valgum.

FIGURE 3

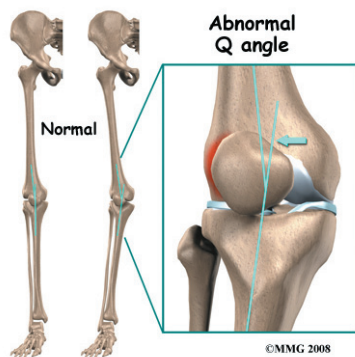


FIGURE 4

LES DOULEURS ANTÉRIEURES

Les études qui traitent du SFP suggèrent que l'angle Q (figure 3) est affecté par la rotation interne du tibia, de même que par l'antéversion du fémur. La relation entre l'angle Q et le SFP est souvent débattue, mais un article scientifique de 1986 a démontré que l'angle Q était réduit chez des individus où la rotation tibiale interne était contrôlée par les orthèses plantaires (figure 4). Dans les études où l'on compare la physiothérapie seule à la physiothérapie combinée avec le port d'orthèses plantaires semi-rigides sur mesure (selon la technique de Root), on remarque une meilleure réduction des symptômes avec le port des orthèses plantaires combiné aux exercices et ce dans un délai très rapide. On décrit les orthèses avec un stabilisateur arrière légèrement en varus à partir d'un moule du pied en position neutre. Une autre étude de Saxena en 2003 a évalué l'effet des orthèses plantaires fonctionnelles en polypropylène sur mesure auprès de 102 sujets souffrant de SFP. 76,5% des individus présentaient une amélioration des symptômes de 2 à 4 semaines après le début du traitement, 2% étaient asymptomatiques et 17%

ne voyaient aucun changement. On comprend donc que les orthèses plantaires peuvent être considérées rapidement dans les traitements conservateurs (traitement de première ligne).

Chez les enfants souffrant de la maladie de Osgood-Schlatter, le quadriceps trop court exerce une force excessive sur le ligament patellaire, créant ainsi un stress au niveau de la capsule du genou. Ce phénomène est habituellement plus marqué chez l'enfant présentant une hyperpronation du pied. Dans ce cas, le traitement à suivre est le même qu'à l'habitude pour traiter l'inflammation (RICE), soit des étirement des quadriceps, et on peut ajouter à cela la prescription d'orthèses plantaires pour contrôler l'hypermobilité du pied. Avec ce type de clientèle, il est important de préconiser le port d'orthèses lors de la pratique des sports et, si possible, dans la vie de tous les jours, pour optimiser les résultats.

DOULEURS MÉDIALES

Pour ce qui est du syndrome de compartiment médial du genou, il demeure causé, la plupart du temps par la rotation interne du tibia secondaire à une pronation excessive du pied. La rotation interne exagérée du tibia amène un stress excessif au niveau du ligament croisé antérieur et le valgum du genou, un stress excessif au niveau de la capsule médiale du genou (lig. Collatéral médial). L'accumulation de ce stress peut être une cause majeure de blessures aux genoux chez les sportifs, plus particulièrement chez les coureurs. En contrôlant la pronation excessive avec les orthèses plantaires, nous pouvons donc prévenir certaines blessures de ce genre en favorisant le parallélisme des surfaces articulaires du genou.

L'arthrose du genou est une pathologie très courante en Amérique du Nord, surtout chez les 65 ans et plus. Le type le plus fréquent est l'arthrose médiale du genou. Dans ce cas, on doit penser à une autre biomécanique, la majorité du temps avec un genou varum. Dans la littérature, on remarque que la plupart des gens à l'étude avec une gonarthrose médiale appliquent une force d'impact latérale du pied plus marquée durant la marche comparativement aux gens ne présentant pas d'arthrose du genou. Dans ce cas, les orthèses plantaires avec un stabilisateur en valgus (lateral wedge insoles) ont démontré améliorer les symptômes, ainsi que le troque en varus du genou (figure 5). Wolfe et Brueckman ont publié que 82% de leurs patients avec une gonarthrose médiale avaient une diminution des symptômes avec une orthèse avec stabilisateur valgus, tandis que Keating et Al ont noté une amélioration chez 61% de leurs patients. Cette amélioration des symptômes entraîne une baisse de la prise d'AINS, ce qui s'avère positif pour le patient souffrant. Une autre étude démontre qu'avec un stabilisateur de 5° en valgus, le moment de torsion au genou diminue d'environ 7% (Crenshaw et Al). Le principe est que l'orthèse plantaire avec le stabilisa-

« Le pied est une structure complexe comportant plusieurs os et ligaments jouant le rôle de fondations du corps humain. Lorsque celui-ci a trop de mobilité, l'arche n'agit plus comme un pont solide et s'affaisse, entraînant la cheville dans un mauvais axe. »

« L'arthrose du genou est une pathologie très courante en Amérique du Nord, surtout chez les 65 ans et plus. Le type le plus fréquent est l'arthrose médiale du genou. »

« L'évaluation biomécanique est primordiale pour comprendre l'origine de la douleur. L'analyse de la posture en statique est importante pour analyser l'indice de posture du pied, mais ce qui est le plus révélateur est l'analyse en dynamique. »

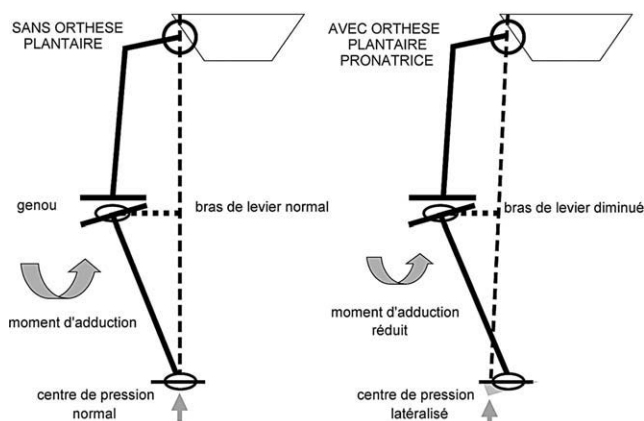


teur valgus diminue le stress latéral (force d'impact) en diminuant l'inversion du calcaneum au contact talon, diminuant ainsi la position en varum au niveau du genou. De cette façon, on ralentit la progression de la diminution de l'espace articulaire en diminuant l'usure cartilagineuse médiale. On retarde donc le cercle vicieux de la dégénérescence du genou causée par le malalignement en varus. Dans la littérature, on rapproche l'action mécanique des orthèses plantaires à celui de l'ostéotomie tibiale. Il est à noter que la combinaison de l'orthèse avec une chaussure légèrement élevée au talon avec une semelle absorbante (espadrilles) optimisera les résultats pour diminuer, encore une fois, la force d'impact.

L'ANALYSE BIOMÉCANIQUE

Bien entendu, tel que mentionné ci-haut, ce ne sont pas tous les patients présentant des symptômes au genou qui bénéficieront du traitement par les orthèses plantaires. L'évaluation biomécanique est primordiale pour comprendre l'origine de la douleur. L'analyse de la posture en statique est importante pour analyser l'indice de posture du pied (FPI, figure 6), mais ce qui est le plus révélateur est l'analyse en dynamique. Ce que l'on veut déceler est principalement la position du calcaneum par rapport au sol (éversion ou inversion), mais on doit aussi regarder le mouvement de rotation du tibia et l'alignement de la rotule. Il est également important de vérifier l'affaïssissement de l'arche plantaire. Il importe de mentionner qu'un pied flexible répondra beaucoup mieux au traitement lors d'un contrôle pronateur, par exemple pour le traitement d'un SFP. Afin de nous donner davantage d'indice si le patient répondra au traitement des orthèses plantaires, comme le propose Vicenzino, il est suggéré de faire un traitement temporaire indicateur, par exemple un « tapping » du pied pronateur en inversion pour nous mettre sur la bonne piste (bandage de type Low-dye). Le bandage mimera l'effet de l'orthèse mais de façon temporaire (En moyenne 5 jours). Ainsi, on peut demander au patient de pratiquer l'activité qui lui cause les symptômes et d'être attentif si le bandage le rend moins symptomatique. Cette pratique est souvent utilisée en clinique pour aider à guider le traitement et pour convaincre le patient que l'orthèse sera efficace, ou non, dans son cas.

FIGURE 5



EN RÉSUMÉ

En résumé, les orthèses plantaires ne sont pas le traitement de choix pour tous les maux de genoux. Souvent les causes sont multifactorielles, mais il ne faut pas négliger la biomécanique. Lorsque l'on remarque un lien causal avec la biomécanique du pied après un examen en statique et en dynamique, on peut considérer les orthèses plantaires comme traitement de première ligne combiné avec des exercices de physiothérapie et des AINS au besoin. Ce traitement est aussi valable chez les adultes que chez les enfants. Les orthèses peuvent aussi prévenir des blessures importantes chez les sportifs comme les fractures de stress, ainsi que des blessures ligamentaires au genou. Dans certains cas, elles peuvent aussi ralentir la dégénérescence articulaire comme l'arthrose du plateau tibial ou encore l'arthrose rétro-patellaire. Avec un pied pronateur, le principe de l'orthèse est d'améliorer l'inversion du calcaneum, de limiter l'affaissement du pied, ainsi, limiter la rotation interne excessive avec une orthèse avec un stabilisateur en varus. Pour le pied supinateur, on veut diminuer l'inversion du calcaneum pour diminuer le moment de torsion en varus du genou avec un stabilisateur en valgus. Il y a une évidence dans la littérature que les orthèses plantaires sont efficaces pour réduire les symptômes aux genoux chez les patients ayant une biomécanique fautive. Par contre, il y a une carence d'études de qualité sur le sujet. La plupart des études comportent des biais importants et n'utilisent pas nécessairement les orthèses plantaires à leur plein potentiel. Dans la majorité des études, on utilise des orthèses préfabriquées de faible qualité quand on devrait utiliser des orthèses sur mesure semi-rigide fabriquées selon la méthode de Root avec le pied en position neutre en semi-charge. Il faut donc rester critique par rapport à certains auteurs et utiliser notre jugement et notre expérience clinique. Pour terminer, la mauvaise fonction du pied peut donc être la cause de maux de genoux chroniques ! Il ne faut donc pas oublier d'analyser le patient dans son ensemble...de la tête aux pieds ! ■

FIGURE 6

Foot Posture Index Datasheet							
FACTOR	PLANE	SCORE 1		SCORE 2		SCORE 3	
		Date	Comment	Date	Comment	Date	Comment
		Left (-2 to +2)	Right (-2 to +2)	Left (-2 to +2)	Right (-2 to +2)	Left (-2 to +2)	Right (-2 to +2)
Rearfoot	Talar head palpation	Transverse					
	Curves above and below lateral malleoli	Frontal/Trans					
	Inversion/eversion of the calcaneus	Frontal					
Forefoot	Bulge in the region of the TNU	Transverse					
	Congruence of the medial longitudinal arch	Sagittal					
	Abd/adduction of forefoot on rearfoot (too many toes)	Transverse					
TOTAL							

Reference values
Normal = 0 to +5
Pronated = +6 to +9, Highly pronated 10+
Supinated = -1 to -4, Highly supinated -5 to -12

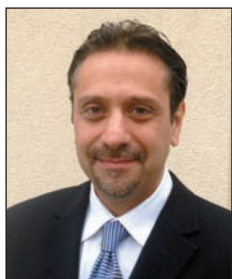
© Anthony Reinsel 1998
(May be copied for clinical use, and adapted with the permission of the copyright holder)
www.britsocpodiatry.org.uk/medline/PDF/FFI.pdf

RÉFÉRENCES :

1. Scherer P, Treating knee pain from the ground up, Journal of foot and ankle research, 2009
2. Barton C, Role of foot orthoses for patellofemoral pain, Journal of foot and ankle research, 2011
3. Saxena A, Haddad J, The effect of foot orthoses on patellofemoral pain syndrome, J Am Podiatry Med Assoc, 2003 ; 93(4) : 264-271,
4. Tria AJ, Palumbo RC, Alicea JA conservative care for patellofemoral pain, Orthop Clin North Am, 1992 ; 23(4) : 545-554
5. Tiberio D, The effect of excessive subtalar joint pronation on patellofemoral mechanics : A theoretical model, J Orthop Sports Phys Ther, 1987 ; 9(4) : 160-165
6. Heiderscheit BC, Hamill J, Caldwell GE, Influence of Q-angle on lower-extremity running kinematics, J Orthop Sports Phys Ther, 2000 ; 30(5) : 271-278
7. Currie S, Knee pain and foot orthotics, American journal of clinical chiropractic, avril 2012
8. Gélis A, Coudeyre E, Aboukrat P, Cros P, Hérisson C, Pélissier J, Orthèses plantaires et gonarthrose : évaluation des effets biomécaniques et cliniques à partir d'une revue de littérature, Elsevier, 2005 ; 48 ; 682-689
9. Kerrigan D, Lelas J, Goggings J, Merriman J, Kaplan R, Felson D, Effectiveness of a lateral wedge insole on knee varus torque in patients with knee osteoarthritis, Arch Phys Med Rehabil, 2002, vol 83 : 889-93

« Les orthèses plantaires ne sont pas le traitement de choix pour tous les maux de genoux. Souvent les causes sont multifactorielles, mais il ne faut pas négliger la biomécanique. »





Dr Zyad Hobeychi,
Podiatre

*Professeur Clinicien
de l'UQTR*

*Programme de
médecine podiatrique
Département des
sciences de l'activité
physique*

*« À l'instar des
autres types de
chirurgies dites
électives, la chi-
rurgie podiatrique
en cabinet privé
prend aujourd'hui
sa place en méde-
cine au Québec. »*

LA CHIRURGIE PODIATRIQUE EN CABINET PRIVÉ



Au tournant du 21^e siècle, le débat public s'agite autour de la pertinence du service privé dans le système de santé. On qualifiera de médecine à deux vitesses la possibilité pour les médecins de se désengager du système de santé public. Par conséquent le gouvernement érige un nouveau cadre juridique pour les services médicaux pouvant être offerts hors établissement, et ce, en toute sécurité.

Dans le but d'établir certaines balises concernant l'environnement pour que les interventions podiatriques en cabinet privé puissent être pratiquées, l'Ordre des podiatres s'est basé sur l'exercice réalisé par le Collège des médecins à travers son guide d'exercice intitulé Procédures et interventions en milieu extrahospitalier.

À l'instar des autres types de chirurgies dites électives, la chirurgie podiatrique en cabinet privé prend aujourd'hui sa place en médecine au Québec. Ce domaine demeure tout de même méconnu, la médecine podiatrique ne faisant pas partie du régime public.

LA SÉLECTION DES PATIENTS

L'American Society of Anesthesiologists (ASA), a établi une classification des patients selon leur état de santé. Les catégories P1 ou P2, correspondent aux patients en bonne santé ou atteints d'une affection systémique légère. La catégorie P3, correspond aux patients atteints d'une affection systémique qui limite leur activité, mais qui n'est pas invalidante.

En cabinet podiatrique, les candidats à la chirurgie podiatrique doivent se limiter à ces 3 catégories.

Dans toutes les éventualités, une attestation de bonne santé de la part du médecin traitant devrait être obtenue.

Les interventions chirurgicales podiatriques s'effectuent généralement sous anesthésie locale.

LES SYMPTÔMES À PRENDRE EN COMPTE

Les paramètres pertinents en présence d'une déformation visible devant mener à une chirurgie sont exclusivement les suivants : la douleur, la difficulté à se chauffer et le handicap dans la vie quotidienne.

L'évaluation de ces symptômes est difficile car ils sont souvent subjectifs : La douleur peut en effet être décrite comme une crise occasionnelle, ou comme des douleurs permanentes et invalidantes.

En l'absence de symptômes, le prétexte que ceux-ci pourraient apparaître un jour n'est pas un motif valable pour procéder à une chirurgie. Les cas particuliers de patients diabétiques à bas risque ayant une déformation pouvant créer des complications sévères méritent toutefois d'être étudiés avec réserve.

Sans toutefois porter de jugement, la dimension esthétique doit être prise en compte, mais ne doit pas constituer la motivation principale de l'intervention.

La prudence est de mise lorsque le patient a des attentes démesurées ou s'il refuse de considérer le caractère évolutif de certaines pathologies causant une difformité, ex : Hallux valgus, Hallux rigidus, orteil marteau, oignon du tailleur. Ces pathologies découlent de facteurs génétiques, mécaniques et environnementaux (les souliers).

Il faut bien choisir les patients qui démontrent une bonne capacité à suivre les instructions post-opératoires et les consignes pour une réhabilitation prompte.

L'échec est prévisible en l'absence d'observance post-opératoire, surtout lorsque les contraintes du processus de guérison limitent les activités de la vie personnelle et professionnelle. Le but de la chirurgie n'est pas de rendre le patient « normal », mais fonctionnellement adapté à ses désirs.

LES DEVOIRS DES INTERVENANTS

Le chirurgien

S'assurer auprès du médecin traitant, avec lequel il reste en relation, qu'un acte de chirurgie ambulatoire sera éventuellement possible.

Proposer un type de d'intervention compatible avec cette chirurgie ambulatoire.

Faire preuve d'une tenue impeccable de ses dossiers et de ses registres.

« Les paramètres pertinents en présence d'une déformation visible devant mener à une chirurgie sont exclusivement les suivants : la douleur, la difficulté à se chauffer et le handicap dans la vie quotidienne. »

RÉSERVEZ
votre coin de paradis
POUR VOS REPAS D'AFFAIRES

SALLE DE RÉUNION "ESKA" PRIVÉE !
DU LUNDI AU VENDREDI : TABLE D'HÔTE DU MIDI À 22 \$ (ENTRÉE + PLAT + DESSERT + CAFÉ)

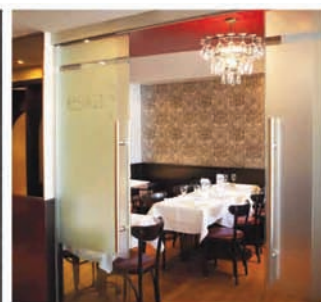
Un espace privé adapté à notre clientèle d'affaires. Délimité par des portes coulissantes givrées, c'est un lieu idéal pour les réunions et les conférences. Du matériel audiovisuel est disponible sur demande. Ce salon au décor à la fois classique et contemporain peut également servir à des événements nécessitant un peu plus d'intimité : réunions, fêtes familiales, ateliers de dégustation de vins, mariages, cocktails dînatoires, etc.

Capacité : 35 personnes – Équipement multimédia – Stationnement municipal à l'arrière

*** Menus de groupes disponibles sur notre site internet.

CHEZ LÉVÊQUE 

1030, avenue Laurier O. | 514-279-7355 | chezleveque.ca





« L'intervention du patient n'est pas moins importante sous prétexte qu'elle puisse s'effectuer en chirurgie ambulatoire. Le patient se doit de comprendre que son intervention nécessite la même rigueur qu'une chirurgie conventionnelle, et ce, même si elle s'effectue en cabinet privé. »

Mettre en place des mesures pour prévenir les infections et pour faire face aux urgences cardiorespiratoires, thromboemboliques et anaphylactiques.

Contrôler l'état du patient avant sa sortie.

Fournir au patient les mesures à prendre si un problème de santé survient à la suite de l'intervention.

Demeurer accessible et disponible en tout temps.

Le patient

L'intervention du patient n'est pas moins importante sous prétexte qu'elle puisse s'effectuer en chirurgie ambulatoire. Le patient se doit de comprendre que son intervention nécessite la même rigueur qu'une chirurgie conventionnelle, et ce, même si elle s'effectue en cabinet privé.

Le patient et son entourage doivent être conscients de la pathologie, de la chirurgie pratiquée ainsi que des complications immédiates possibles et doivent s'engager, au moindre doute, à prévenir l'équipe de soins qui reste disponible. Il doit promettre dans les 24 heures qui suivent l'intervention, de se reposer, de ne pas conduire de véhicule automobile, de ne pas utiliser d'appareil potentiellement dangereux, de ne pas prendre de décisions importantes et de ne pas boire d'alcool.

Le patient doit donc s'engager à respecter toutes les règles de sortie du service de soins ambulatoires.

EN CONCLUSION

La chirurgie ambulatoire permet de réduire les délais et l'ensemble des stress liés à l'hospitalisation. Elle représente également la possibilité de

réaliser des économies considérables au système de santé déjà engorgé et permet de ne pas sortir le patient de son contexte de vie quotidien.

Cependant, cette chirurgie présente de nombreuses contraintes. Il faut insister en particulier sur la nécessité d'un professionnalisme et d'une éthique irréprochable, d'un respect des normes établies et d'une observance rigoureuse du patient concernant les prescriptions médicales.

Dans le respect de ces règles et en agissant selon les champs de pratiques respectifs, il n'est pas optimiste d'envisager un futur prometteur à travers une meilleure collaboration entre les podiatres et le reste des acteurs du système de santé, et ce pour le meilleur bénéfice du patient. ■





Dr Zyad Hobeychi, podiatre

CLINIQUE ET CENTRE DE CHIRURGIE PODIATRIQUE

SERVICES PODIATRIQUES DE QUALITÉ SUPÉRIEURE

- Chirurgie privée
- Traitement d'onychomycose (champignon) au laser
- Radiologie, échographie, fluoroscopie
- Orthèses plantaires (empreinte 3D avec laser)
- Soins des pieds par des infirmières auxiliaires diplômées

Zyad Hobeychi D.P.M. Professeur clinicien Université du Québec à Trois Rivières
Diegal Leger D.P.M. Clinicien Université du Québec à Trois Rivières

4965, rue St-Pierre
Pierrefonds (Québec) H9H 5M9

Tél : **(514) 624-4774**

3017, boulevard de la Pinière
Terrebonne (QC) J6X 4V5

Le stationnement est gratuit
Les cartes de crédit et débit sont acceptées
Assurances privées

Tél. : **(450) 964-3773**
www.podiatre.com



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

LE POINT SUR LA DIVERSIFICATION...

En ce début d'année 2014, j'aimerais faire le point sur la définition de la diversification appropriée de vos placements. Au fil des années, il m'est arrivé à plusieurs reprises de rencontrer des épargnants ayant placé leur pactole dans un nombre impressionnant d'institutions financières auprès d'un nombre tout aussi impressionnant de représentants sous le prétexte de la diversification. Le record de tous les temps est détenu par un retraité qui devait composer avec 18 comptes FERR différents... En seconde place vient le client qui au fil des 26 dernières années avait placé ses cotisations REER dans autant de fonds communs de placement différents, un par an... Ce comportement relève selon moi beaucoup plus de l'éparpillement que de la diversification, sans considérer le fait que les



Bienvenue à tous!

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

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

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

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

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

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

514.898.4653 x222 www.golfstraphael.ca, Info@golfstraphael.ca

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



placements confiés à cette panoplie de représentants se recoupent la plupart du temps. En effet, on confiera ses épargnes à deux ou plusieurs représentants différents en leur donnant la même politique de placement à suivre, indépendamment de leur compétence ou spécialité respective. Conséquences de cette décision : frais de transactions difficiles à concilier, frais de gestion souvent accrus, surdiversification du portefeuille, difficulté à évaluer le rendement global, rendements plus faibles, mauvaise gestion du risque, placements dans la « saveur du mois » bref, aucune stratégie de placement ou de direction particulière.

Un portefeuille bien géré devrait être encadré par une politique de placement bien précise établie respectant votre degré de tolérance au risque et vos objectifs à moyen et long terme. Celui-ci devrait alors être confié à une ou plusieurs personnes ou organismes compétents dont le mode de rémunération n'est pas relié au volume de transactions effectuées. La plupart du temps ce type de professionnel évolue au sein d'une équipe de gestion constituée d'analystes spécialisés par secteurs économiques et d'arbitragistes permettant d'optimiser l'exécution des transactions, plutôt qu'en solo comme le représentant ou le courtier en placement conventionnel. L'efficacité dans l'exécution des transactions sur les marchés obligataires en pareil contexte de bas taux d'intérêt est cruciale. C'est souvent la différence entre un rendement positif ou négatif à la fin d'une année.

Je suis d'avis qu'un portefeuille de moins de 2M\$ ne devrait pas faire l'objet de plus d'un mandat plus ou moins équilibré auprès d'un seul gestionnaire. À partir de ce volume d'épargne il arrive parfois qu'un même mandat équilibré ait avantage à être divisé entre 2 gestionnaires. On confie alors la portion obligataire à un et la partie actions à l'autre.

Comme les marchés obligataires et d'actions n'évoluent pas au même rythme, cette façon de procéder requiert cependant l'intervention périodique de l'épargnant afin d'équilibrer les mandats en fonction de la politique de placement. Une façon de contourner cette obligation est de tout simplement donner un mandat en allocation des actifs à votre seul gestionnaire. En plus d'améliorer la structure de votre approche en placement, le recours au service d'un ou de plusieurs gestionnaires permet une diversification optimale de vos épargnes, une économie de frais de transactions, une meilleure gestion du risque et une approche fiscale plus efficace.

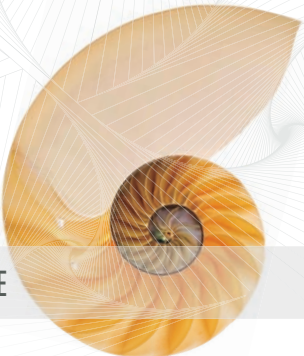
Le placement, c'est une combinaison d'art et de science et tout comme nous faisons des efforts pour améliorer la rentabilité de nos entreprises, cet aspect mérite que nous nous y attardions pour



éviter de commettre les erreurs que plusieurs de nos concitoyens ont commises dans le passé. ■



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.*

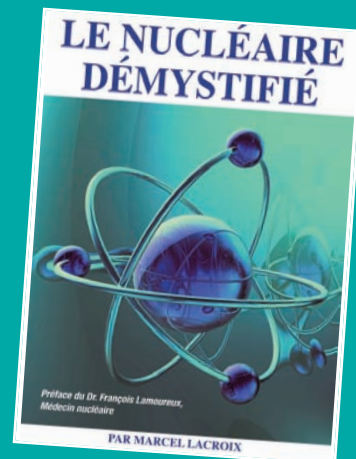
GROUPE OPTIMUM
Des fondations solides, gage d'un avenir prospère

EN VENTE DÈS MAINTENANT !

Vous y découvrirez ses applications pratiques dans des domaines aussi dissemblables que l'énergie, la médecine, l'industrie, l'agriculture, le militaire, l'alimentation, la criminalistique, l'art et l'archéologie.

Comme la plupart des technologies, le nucléaire n'est ni salvateur ni damnable, ni propre ni sale, ni dangereux ni inoffensif, ni diabolique ni angélique. Il est toutefois jeune et complexe, largement incompris et injustement décrié.

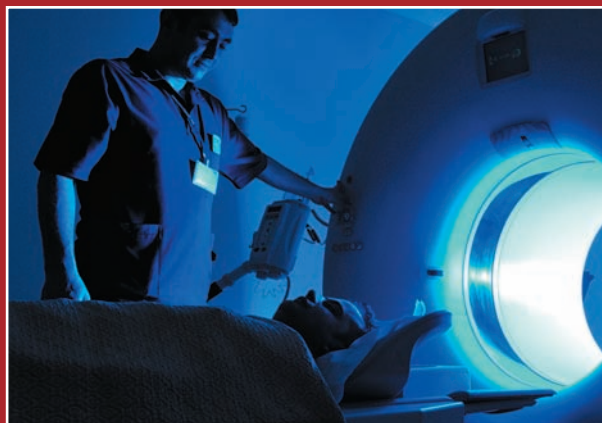
Le but de cet ouvrage est de dévoiler, de démystifier, de démythifier, d'expliquer et de faire comprendre le nucléaire. Il vous révélera des aspects insoupçonnés de cette étonnante technologie. Il risque même de vous faire réfléchir à propos de son rôle dans l'Histoire, le monde, la nature, la vie et le quotidien.



LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

À NE PAS MANQUER DANS
LE PROCHAIN NUMÉRO :
SPÉCIAL NUCLÉAIRE



Le Mas des OLIVIERS

L'un des hauts lieux de la gastronomie montréalaise

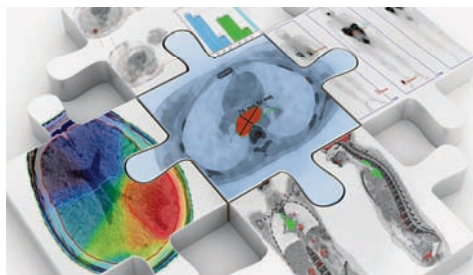
Établi depuis 40 ans dans une coquette demeure aux murs blanchis, sol de pierre et garnitures en fer forgé, le Mas des Oliviers est devenu une véritable institution dont le seul nom évoque la chaleur et les merveilles culinaires de la Provence.

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

Salle privée pour 60 personnes

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

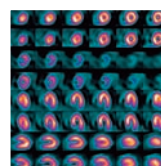
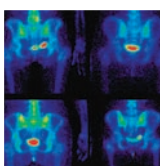




HERMES

HERMES MEDICAL SOLUTIONS

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



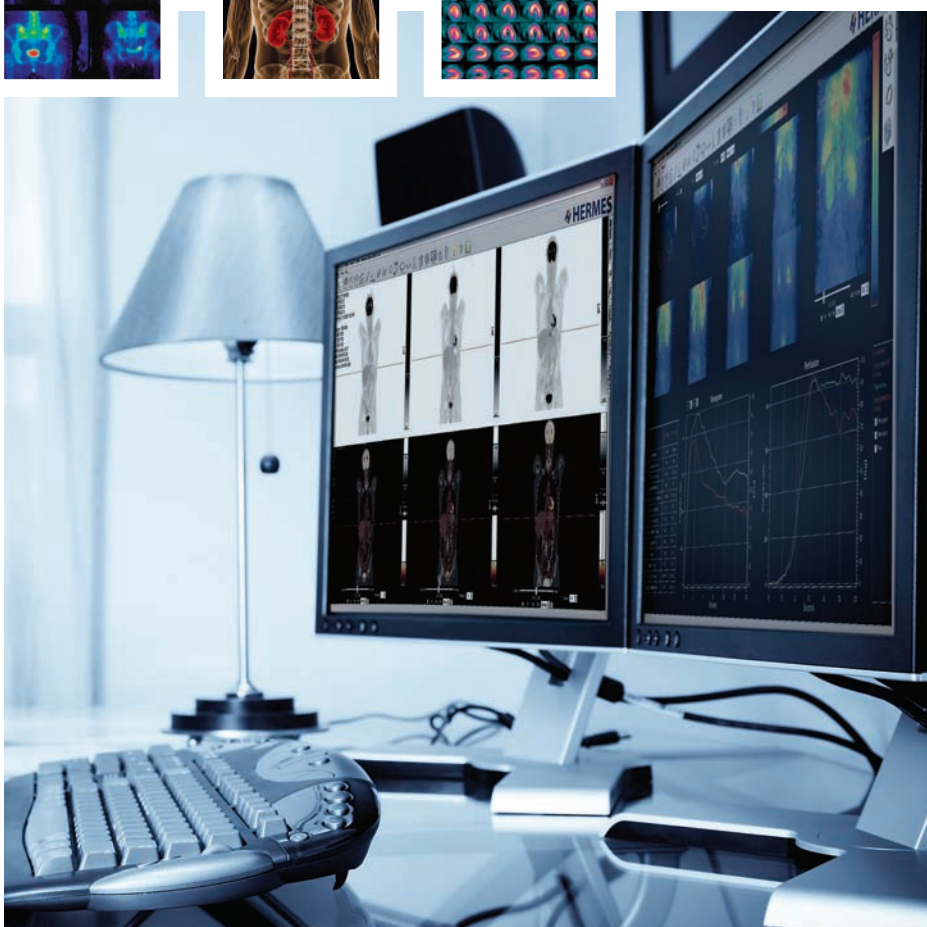
Hermes Solutions Médicales

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 efficace pour votre département de Médecine Nucléaire.



Dr. GEORGE BOCHI
PODIATRE

ONGLES épaissis et déformés ? La solution : le **TRAITEMENT AU LASER**

www.drdupied.com

Dr. GEORGE BOCHI
PODIATRE

514.931.6111



- Taux de succès élevé par destruction instantanée des champignons pathogènes
- Absence d'effets secondaires
- Procédure simple, sans douleur et sécuritaire



1826, rue Sherbrooke Ouest, Montréal • 8415, rue St-Denis, local 210, Montréal