

# LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

- OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
- OPHTALMOLOGIE

LA CHIRURGIE  
DE LA CATARACTE

L'APNÉE DU SOMMEIL

LA PERTE AUDITIVE :  
PAS À PAS VERS  
L'ACCEPTATION

L'HALITOSE

LE CANCER  
DE LA BOUCHE :  
UNE DÉTECTION PRÉCOCE  
PEUT SAUVER DES VIES

LES AVANCÉES  
MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

AVRIL 2014  
VOL 8 • NO 2

5,95\$



Société canadienne des postes. Envoi de publications  
canadiennes. Contrat de vente n° 40071180.



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

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

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

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

- Otites
- Surdité
- Acouphène
- Vertige et les troubles d'équilibre
- Paralysies du visage
- Sinusites et allergies nasales
- Déformations nasales
- Esthétique du visage et du cou
- Troubles de l'odorat et du goût
- Problèmes de l'articulation temporo-mandibulaire

- Amygdalites
- Troubles du langage
- Mauvaise haleine
- Ronflement et apnée du sommeil
- Déglutition (difficulté à avaler)
- Salivation, insuffisante ou excessive
- Cancers, kystes et masses de la tête et du cou
- La chirurgie de la thyroïde et de la parathyroïde
- Troubles de la voix
- Les traumatismes de la tête et du cou
- Les expertises médicales de ces conditions

## Éditeur

Ronald Lapierre

## Directrice de la publication

Dominique Raymond

## Comité 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.  
Jean-Michel Lavoie, B.Pharm., MBA

## Collaborateurs

Dr Côme Fortin, M.D., président de l'AMOQ  
Conrad Charles Kavalec B.Sc., M.D.C.M  
Dre Caroline Coulombe, optométriste  
Patrick Boulos, M.D., ophtalmologiste  
Dre Caroline Labbé M.D., F.R.C.S.C.  
Jeanne Villeneuve, audioprothésiste  
Sophie Waridel, audiologiste  
Jean-Philippe Vézina, M.D., F.R.C.S.C.  
Alex M. Mlynarek, chirurgien ORL  
Yanick Larivée, M.D., F.R.C.S.C.  
Dr Jannick Sarrazin M.D., F.R.C.S.C. ORL  
Dr Frédéric Hélie M.D., F.R.C.S.C.  
Guy Jr Papillon B.Sc.  
Sylvain B. Tremblay Pl. financier  
Nicole Barrette Ryan

## Le Prix Hippocrate

Jean-Paul Marsan  
Directeur général

## Direction artistique et impression

Le Groupe Communimédia inc.  
contact@communimedia.ca

## Correction-révision

Anik Messier

## Développement des affaires

Normand Desjardins, vice-président

## Publicité

Jean Paul Marsan  
Tél. : (514) 737-9979 / jpmarsan@sympatico.ca  
Nicolas Rondeau Lapierre  
Tél. : (514) 331-0661  
REP Communication inc.  
Ghislaine Brunet  
Tél. : (514) 762-1667, poste 231  
gbrunet@repcom.ca

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

## Abonnement

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

## Pour vous abonner

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

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

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

## Secrétariat :

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

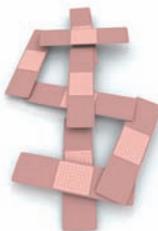
Toutes les annonces de produits pharmaceutiques sur ordonnance ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique.

Dépôt légal :  
Bibliothèque du Québec  
Bibliothèque du Canada

Convention de la poste-publication  
No 40011180

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

# SOMMAIRE



**4** LES AVANCÉES  
MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

**6** L'OPHTALMOLOGIE

**8** À QUEL ÂGE DOCTEUR?

**12** LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

**14** LA BLÉPHAROPLASTIE...  
SUR MESURE

**18** LA SURDITÉ SUBITE :  
UNE URGENCE MÉDICALE

**22** LA PERTE AUDITIVE :  
PAS À PAS VERS L'ACCEPTATION

**24** Y A-T-IL UN LIEN ENTRE  
LA PERTE AUDITIVE ET L'ALZHEIMER ?

**26** L'APNÉE DU SOMMEIL

**30** LE CANCER DE LA BOUCHE :  
UNE DÉTECTION PRÉCOCE  
PEUT SAUVER DES VIES

**32** L'IMMUNOTHÉRAPIE SUBLINGUALE :  
TIRER LA LANGUE À VOS ALLERGIES  
RESPIRATOIRES!

**36** L'HALITOSE

**38** TRAVAILLEURS : SOYEZ À L'ÉCOUTE

**40** POUR UNE PROTECTION  
DE VOTRE PATRIMOINE FAMILIAL,  
L'ASSURANCE SOINS  
DE LONGUE DURÉE!

**42** SOMMES-NOUS RICHES AVEC 500 000\$  
D'ÉPARGNE DANS UN REER EN 2014?

**44** CAVE OU CELLIER?  
OÙ LOGER SES VINS?

**46** LE HONDURAS :  
TRÉSORS ARCHÉOLOGIQUES,  
JUNGLE ET RÉCIF DE CORAIL



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](http://www.lepatient.ca)



François Lamoureux,  
M.D., M. Sc.

# LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES



*« L'œil, c'est la fenêtre de l'être humain sur le monde extérieur, et l'oreille la porte d'entrée du monde extérieur vers l'intérieur de l'être humain. »*

*« L'œil est sûrement un des organes les plus sophistiqués et complexes de l'organisme. C'est également l'un des plus sollicités par le cerveau pour assurer non seulement à l'être humain, mais à tout animal doté de cette formidable vitrine, la possibilité d'interagir avec son milieu ambiant. »*

## AUCUN AUTRE SENS N'ÉGALE LA VISION

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

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

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

Chaque œil peut balayer un champ visuel qui varie entre 140 et 150 degrés, mais le champ visuel com-

mun des deux yeux s'articule sur un champ de 100 degrés. Seuls les objets dans ce champ binoculaire sont visualisés avec la perception des distances.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## MAIS QUI SONT DONC CES MÉDECINS SPÉCIALISTES OPHTALMOLOGISTES ET OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES?

Vivre sans la vue ou l'audition, c'est vivre dans un état de privation douloureux. On naît habituellement avec deux yeux et deux oreilles qui nous permettent de découvrir et de garder le contact avec le monde extérieur avec lequel on devra interagir à chaque instant de notre existence.



Dès le début de la vie, le bébé reconnaîtra la voix de sa mère ou de son père puis progressivement, par l'entremise de sa vision, il découvrira les traits de ses parents. Il se sentira protégé et rassuré lors de ses premiers balbutiements avec le monde extérieur. Par la suite, au cours des années, son audition et sa vision se raffineront encore davantage.

L'oeil, c'est la fenêtre de l'être humain sur le monde extérieur, et l'oreille la porte d'entrée du monde extérieur vers l'intérieur de l'être humain.

Parfois ces deux sens sont les victimes de processus agressifs et délétères imprévus. C'est un traumatisme pénétrant direct, c'est une tumeur qui se développe, c'est une bactérie, un ver ou un virus qui attaque, parfois c'est une perte soudaine de la vision ou encore une baisse continue de la vision ou de l'audition ou une lésion qui progresse dans la bouche ou l'aire pharyngée.

Heureusement nous avons ces grands chirurgiens super formés lors de très longues études, ces médecins spécialistes de la micro-anatomie et de la micro-chirurgie sont comme des sapeurs-pompiers de garde 24 heures sur 24 heures en disponibilité d'intervention.

Car souvent, comme par exemple dans un traumatisme pénétrant ou encore dans un décollement soudain de la rétine de l'oeil, leur intervention se comptera en minutes.

En d'autres circonstances, ils redonneront en moins de dix minutes la vue aux porteurs de cataractes. Tous, un jour, selon que l'on vive assez vieux, subirons une perte progressive de l'acuité visuelle par l'opacification de nos cristallins. On pourrait ainsi énumérer tant de situations qui pour eux sont leur quotidien. On en retrouve quelques-unes dans le présent **LePatient**.

Que d'admiration pour ces collègues chirurgiens, les meilleurs parmi les meilleurs. ■

*« Dès le début de la vie, le bébé reconnaîtra la voix de sa mère ou de son père puis progressivement, par l'entremise de sa vision, il découvrira les traits de ses parents. »*

## L'OPHTALMOLOGIE

L'ophtalmologie est la branche de la médecine qui se spécialise dans le diagnostic des problèmes visuels et le traitement médical et chirurgical des maladies oculaires. Grâce aux récents progrès technologiques et pharmaceutiques, elle connaît depuis la dernière décennie un essor important. Il est maintenant possible de traiter certaines maladies oculaires jusqu'ici non traitables, et l'avenir est très prometteur pour plusieurs autres.

Après son cours de médecine de 4 ou 5 ans, le médecin ophtalmologiste devra faire une formation additionnelle de 5 ans, presque exclusivement sous forme de stages cliniques, avant d'obtenir son diplôme. Certains y ajouteront une formation supplémentaire de 1 à 2 ans pour acquérir une expertise plus pointue. Donc, en moyenne, il faut de 9 à 12 ans d'études universitaires pour devenir médecin ophtalmologiste.

Au Québec on en compte 339, dont 220 hommes et 119 femmes. Alors que certains ophtalmologistes travaillent seulement dans les hôpitaux, la plupart pratiquent à la fois dans leur bureau privé et dans les établissements hospitaliers.

La plupart des médecins ophtalmologistes font une pratique d'ophtalmologie générale en s'occupant du diagnostic et du traitement des conditions et maladies oculaires les plus fréquentes comme les troubles de la vue, le glaucome, la cataracte, le diabète et la dégénérescence maculaire.

Occasionnellement, il devra référer son patient vers un autre médecin ophtalmologiste lorsque sa maladie est plus sévère ou qu'elle requiert une chirurgie plus complexe ou qui n'est pas disponible dans son milieu. Ces médecins ont généralement des formations sur-spécialisées et pratiquent souvent en milieu uni-

versitaire. Parmi les sur-spécialités les plus fréquentes, il faut mentionner :

- **Rétinologue** : pour la chirurgie et le traitement des problèmes de la rétine, comme le décollement et les complications du diabète.
- **Spécialiste du segment antérieur** : pour la chirurgie et le traitement des maladies touchant la cornée, y compris les greffes.
- **Neuro-ophtalmologiste** : pour les problèmes reliés au système nerveux oculaire.
- **Ophtalmologie pédiatrique** : pour les problèmes de l'enfant.
- **Glaucomatologue** : spécialiste du glaucome et de sa chirurgie.
- **Oculoplasticien** : spécialiste de la chirurgie esthétique et des maladies touchant les paupières comme les cancers.

Il existe auprès du public une certaine confusion entre optométriste et ophtalmologiste. L'optométriste, après un programme d'études universitaires de 5 ans, reçoit un doctorat en optométrie. Bien qu'il puisse utiliser le titre de docteur en optométrie, **il n'est pas un médecin.**

L'optométriste est souvent une porte d'entrée pour les problèmes oculaires. Il est autorisé, en plus de l'examen de la vue, de l'ajustement et de la vente de lunettes ou de verres de contact, à dépister et à traiter les conditions de faible sévérité en prescrivant certains traitements dont les gouttes oculaires antibiotiques ou anti-inflammatoires. Il existe habituellement une excellente collaboration qui permet aux optométristes de référer efficacement leurs patients aux médecins ophtalmologistes. ■



**Dr Côme Fortin**

Médecin ophtalmologiste

Président de l'association des  
médecins ophtalmologistes  
du Québec

Centre Hospitalier de Granby

*« Au Québec on en compte 339, dont 220 hommes et 119 femmes. Alors que certains ophtalmologistes travaillent seulement dans les hôpitaux, la plupart pratiquent à la fois dans leur bureau privé et dans les établissements hospitaliers. »*

# L'OFFRE DISTINCTION POUR LES PHARMACIENS



## UNE OFFRE AVANTAGEUSE POUR JEAN



## ATTENTIF

### PROFITEZ D'AVANTAGES ADAPTÉS À VOTRE RÉALITÉ, INCLUANT:

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

[desjardins.com/pharmacien](https://desjardins.com/pharmacien)



Coopérer pour créer l'avenir

## À QUEL ÂGE DOCTEUR?

Une croyance fortement ancrée stipule qu'un enfant doit subir son premier examen avant d'entrer à l'école. Or il s'avère qu'à 5 ans, le système visuel est déjà moins malléable que lorsqu'il a 2 ans et, bien sûr, cela devient l'horreur lorsque l'enfant ne voit pas d'un œil et que des traitements orthoptiques pour l'amblyopie s'avèrent nécessaires...

Une histoire typique est le jeune garçon (la fierté de ses parents) qui liera la plus petite ligne facilement avec son œil droit (acuité de 6/6), mais arrêtera sur mon dessin le plus gros lorsque vient le temps de lire avec son œil gauche (acuité de 6/120). Si l'enfant a le malheur d'avoir les yeux droits, (et oui, je suis iro-

nique ici, mais les parents consultent habituellement rapidement lorsque les yeux de leurs chéris sont croches), le parent ne verra pas l'importance de consulter plus tôt et il tombera des nues lorsque je lui annoncerai que, non seulement son enfant aura besoin de lunettes, mais qu'en plus il est aveugle d'un œil, et que si on n'agit pas rapidement, il restera aveugle de cet œil.

Cette histoire, nous la vivons malheureusement trop souvent et cela, même en 2014 alors que la Régie de l'assurance maladie du Québec paie pour les examens de la vue des enfants de 17 ans et moins. Ce qui manque, c'est l'information : un enfant doit consulter dès l'âge de 6 mois pour un premier



*« À l'âge de 6 mois, on s'assure que l'enfant ne présente pas de maladies graves (rétinoblastome), que ses mobilités oculaires sont normales, que sa réfraction semble dans les normales et que ses yeux sont en bonne voie de développement. »*

*« À moins d'un état réfractif grave ou d'un problème décelé lors de son premier examen, ce sera vers l'âge de 2 ans que l'optométriste pourra évaluer la vision de l'enfant et effectuer un examen un peu plus complet. »*

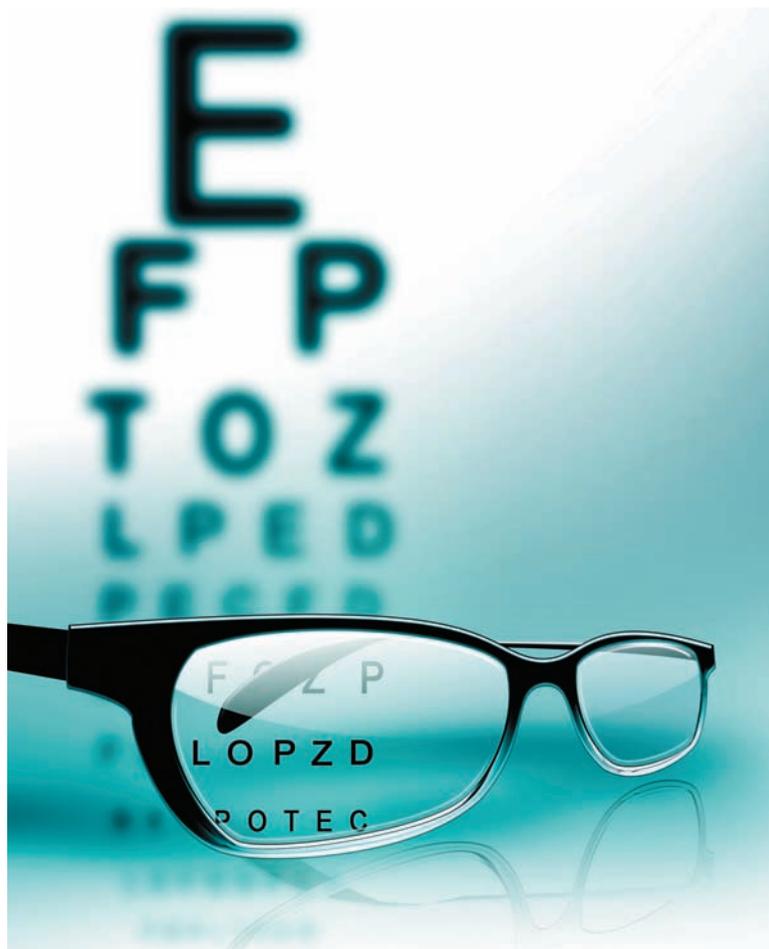


Dre Caroline Coulombe,  
optométriste

Clinique Vision•Ère  
Val-d'Or

contrôle. Je tiens ici quand même à vous rassurer : les complications notées à cet âge sont habituellement prises en charge par le pédiatre et il y a peu d'échappées, mais à pourquoi prendre le risque? À l'âge de 6 mois, on s'assure que l'enfant ne présente pas de maladies graves (rétinoblastome), que ses mobilités oculaires sont normales, que sa réfraction semble dans les normales et que ses yeux sont en bonne voie de développement. En 18 ans, j'ai vu peu de cas échapper au pédiatre, mais quand même, pourquoi ne pas s'assurer que l'enfant est en bonne voie de bien se développer...

À moins d'un état réfractif grave ou d'un problème décelé lors de son premier examen, ce sera vers l'âge de 2 ans que l'optométriste pourra évaluer la vision de l'enfant et effectuer un examen un peu plus complet. L'examen sera alors recommandé de façon



annuelle afin de bien suivre le développement de l'enfant. Si à l'âge de 2 ans l'enfant ne parle pas, ce qui arrive parfois, de nombreux indices nous seront laissés advenant qu'il y ait un problème. Par exemple, il ne nous laissera pas cacher le seul œil avec lequel il voit. Il tentera par tous les moyens de nous esquiver. Par exemple, son instinct lui commandera de nous tasser la main qui tient la cache ou de se tortiller sur la chaise pour réussir à voir de l'autre œil.

C'est alors que nous procéderons à un test appelé « examen sous cycloplégie ». Il s'agit de mettre des gouttes de cyclopentolate afin de paralyser le muscle accommodateur et de permettre une évaluation précise et ce, même si nous n'avons pas la coopération de l'enfant. Ce test est nécessaire, peu importe l'âge du patient, afin de déterminer la force que devra avoir la lunette, permettant ainsi une optimisation du traitement. La RAMQ n'assume pas ce deuxième examen et des frais raisonnables seront alors chargés au patient.

Reprenons le cas de mon jeune homme du début et donnons-lui 2 ans au lieu de 5 et nous améliorons considérablement le pronostic de vision de cet enfant puisque le développement de la 3D n'est pas complété et que le système visuel est vraiment plus malléable à cet âge. Néanmoins, si, il y a 20 ans, on arrêterait les traitements d'amblyopie lorsque le patient avait 5 ans, nous les effectuons aujourd'hui jusqu'à l'âge d'environ 12 ans. Cependant, pour le vivre dans nos cliniques, l'amélioration est beaucoup plus lente

*« Si à l'âge de 2 ans l'enfant ne parle pas, ce qui arrive parfois, de nombreux indices nous seront laissés advenant qu'il y ait un problème. »*



*« Un rappel du pharmacien, du médecin de famille ou tout autre professionnel de la santé ne peut pas nuire et pourra parfois sauver une année scolaire, un problème d'estime de soi ou carrément la vision de l'enfant. »*

et il est très difficile de garder motivés ces enfants et parents. Dieu merci la plupart des enfants ont de bons yeux et n'ont aucun problème visuel, mais comme je n'ai parlé ici que d'un exemple précis, les enfants ont un réel besoin d'être vérifiés à chaque année. Parfois, les parents négligent et c'est vraiment dommage. Un rappel du pharmacien, du médecin de famille ou tout autre professionnel de la santé ne peut pas nuire et pourra parfois sauver une année scolaire, un problème d'estime de soi ou carrément la vision de l'enfant.

Concernant les adultes, un examen aux 2 ans est conseillé à moins d'une indication contraire. Par exemple, si le patient porte des lentilles cornéennes, un examen à chaque année sera indiqué. C'est la même chose si le patient est à fort risque de développer une maladie traitable. Actuellement, les adultes aux bons yeux sont les moins bien suivis. Combien de fois un glaucome est dépisté parce que le patient avait brisé ses lunettes? De plus, de nombreuses atteintes oculaires, dont le glaucome, par exemple, ne présenteront pas de symptômes aux premiers stades de la maladie. Lorsque la vision du patient est atteinte et symptomatique, il est déjà tard pour intervenir. Comme la maladie du glaucome ne se maîtrise pas, on ne fait que la ralentir avec tous nos traitements, le moment du diagnostic

est primordial si l'on veut préserver la vision en fonction de l'espérance de vie du patient.

L'adulte qui vieillit ou tout simplement qui n'est plus en aussi bonne santé doit nous consulter plus souvent. Une hypertension artérielle mal contrôlée, un taux de cholestérol trop élevé sont des exemples de conditions qui ternissent le pronostic de vision du patient et le prédispose à des conditions visuelles moins bonnes. Le patient diabétique est plus à risque de développer des cataractes, plus à risque au niveau glaucome et devra être dilaté à chaque année afin de s'assurer qu'il ne présente pas de rétinopathie diabétique. Il est important de préciser ici que la RAMQ couvre les examens annuels des patients de plus de 65 ans. Seuls les tests spécialisés seront à la charge du patient (photo rétinienne, OCT (tomographie par cohérence optique)).

Il est essentiel que nos patients soient à l'écoute de leur corps, qu'ils n'aient pas peur de nous communiquer leurs symptômes, il sera à nous de juger si nous devons ou non en tenir compte et, bien sûr, référer à nos collègues ophtalmologistes avec lesquels nous travaillons en collaboration et pour lesquels nous avons un respect sans borne puisqu'ils partagent avec nous la volonté de préserver la vision de nos patients. ■

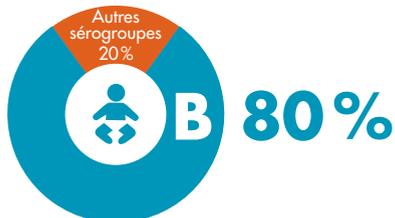


# Vers quoi vous tournez-vous pour aider à prévenir l'infection à **MENB**\* ?

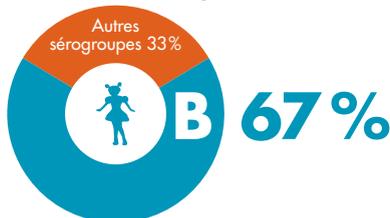
Le **sérotype B** est aujourd'hui le sérotype le plus souvent incriminé dans les cas de méningococcie invasive (MI) chez les Canadiens<sup>1</sup>.

## Pourcentage des cas rapportés de MI par âge et par sérotype, au Canada (2007)<sup>1,†</sup>

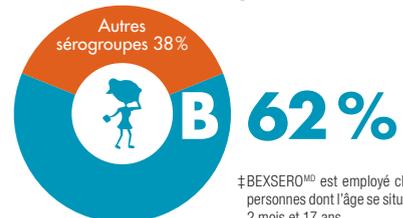
PARMI LES NOURRISSONS de moins de 1 an



PARMI LES ENFANTS ayant entre 1 et 4 ans



PARMI LES ADOLESCENTS ayant entre 15 et 19 ans<sup>‡</sup>



<sup>‡</sup>BEXSERO<sup>MD</sup> est employé chez les personnes dont l'âge se situe entre 2 mois et 17 ans.

Voici

# BEXSERO<sup>MD</sup>

Le premier et le seul vaccin indiqué pour l'immunisation active contre la méningococcie invasive causée par les souches du sérotype B<sup>1,2,§</sup>.

BEXSERO<sup>MD</sup> est indiqué dans l'immunisation active contre la méningococcie invasive due aux souches de *N. meningitidis* du sérotype B (MenB) chez les patients dont l'âge se situe entre 2 mois et 17 ans.

Cliquez sur l'icône située dans le coin inférieur droit pour obtenir un lien vers la monographie de produit et de plus amples renseignements sur l'innocuité, notamment :

- Les contre-indications chez les personnes hypersensibles à BEXSERO<sup>MD</sup> ou à tout ingrédient entrant dans la préparation de ce vaccin ou de son contenant.
- Les mises en garde et précautions pertinentes concernant l'élévation de la température corporelle que BEXSERO<sup>MD</sup>

peut provoquer chez le nourrisson et l'enfant âgé de moins de 2 ans; le report de l'administration de BEXSERO<sup>MD</sup> chez les sujets atteints d'une forme grave et aiguë de maladie fébrile; les sujets atteints de thrombocytopénie, d'hémophilie ou de tout trouble de la coagulation constituant une contre-indication à l'injection intramusculaire; les sujets présentant une altération de la réactivité immunitaire; l'interdiction d'injecter BEXSERO<sup>MD</sup> par voie intravasculaire, intraveineuse, sous-cutanée ou intradermique; l'interdiction de mélanger BEXSERO<sup>MD</sup> avec d'autres vaccins dans une même seringue; la possibilité d'offrir un traitement médical approprié et d'exercer une surveillance advenant une réaction anaphylactique après l'administration du vaccin; le risque d'apnée chez le nourrisson prématuré et la nécessité d'une

surveillance respiratoire; les sujets ayant des antécédents connus d'hypersensibilité au latex; les sujets présentant une hypersensibilité à la kanamycine; et le fait qu'il ne faut pas présumer que BEXSERO<sup>MD</sup> protège contre la méningococcie invasive due à d'autres sérotypes que le sérotype B. Comme tous les vaccins, BEXSERO<sup>MD</sup> pourrait ne pas protéger entièrement toutes les personnes qui le reçoivent.

- Les modalités d'utilisation de ce vaccin en clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie.

\* Méningococcie invasive causée par le sérotype B.

† En 2007, 20 des 25 cas de méningococcie invasive signalés chez les nourrissons de < 1 an étaient causés par le sérotype B. Chez les enfants de 1 à 4 ans, le sérotype B était incriminé dans 18 des 27 cas rapportés et chez les adolescents de 15 à 19 ans, 18 des 29 cas étaient causés par le sérotype B.

§ La portée clinique comparative de cette observation n'est pas établie.

Références: 1. Comité consultatif national de l'immunisation. Mise à jour sur l'utilisation des vaccins conjugués quadrivalents contre le méningocoque. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2013;39(DCC-1):1-43. 2. Monographie de BEXSERO<sup>MD</sup>. Novartis Pharma Canada inc., 6 décembre 2013.



Novartis Pharma Canada inc.  
Dorval (Québec) H9S 1A9  
www.novartis.ca  
T: 514.631.6775 F: 514.631.1867

BEXSERO est une marque déposée.  
Monographie offerte sur demande.  
Imprimé au Canada  
© Novartis Pharma Canada inc. 2014  
13BEX017F



## BEXSERO<sup>MD</sup>

Vaccin à constituants multiples  
contre le méningocoque B  
(recombinant, adsorbé)

Soyez bien informé. Soyez immunisé.



Veillez consulter des renseignements supplémentaires relatifs à l'innocuité à la page 50



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

## LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

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

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



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

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

ficatives. Elles peuvent se développer chez les adultes avant 65 ans; elles progressent alors souvent rapidement. Elles peuvent être liées à un traumatisme, à une maladie systémique nécessitant un recours aux corticostéroïdes, ou encore à une maladie oculaire.

Les cataractes ne peuvent pas être retirées au laser. Cette chirurgie a évolué et constitue une procédure sûre et efficace pour corriger la perte visuelle causée par la cataracte, en plus de présenter l'avantage d'une procédure réfractive en éliminant le besoin de porter des lunettes. L'intervention comporte des incisions avec sonde à ultrasons, d'une longueur qui varie entre 2 et 3 mm de lon-

gueur et qui ne nécessitent aucune suture pour sécuriser la plaie. Les systèmes de retrait des cataractes par laser sont en voie de développement, mais ils sont dispendieux et ne sont pas facilement accessibles.

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

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

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

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

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



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

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

## Éliminez les yeux pochés!

Dr Conrad Kavalec, membre de la faculté de médecine McGill  
a aidé ses clients à éliminer ces poches disgracieuses au  
moyen d'une **PROCÉDURE SIMPLE.**

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE AU LASER DES YEUX & DES PAUPIÈRES

**Conrad C. Kavalec**  
M.D., F.R.C.S. (C), D.A.B.O.  
Ophtalmologiste

1414 DRUMMOND: (514) **842-2983**



**Patrick Boulos,  
M.D., F.R.C.S.(C), D.A.B.O.  
Ophtalmologiste**

Professeur d'enseignement clinique  
Département de chirurgie  
Chirurgie oculoplastique et oculofaciale  
Université de Sherbrooke

Professeur adjoint de clinique  
Chirurgie oculoplastique et oculofaciale  
Département d'ophtalmologie  
Université de Montréal

Directeur médical  
Clinique O  
Chirurgie plastique et esthétique de  
l'œil, Inc. Montréal

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

## LA BLÉPHAROPLASTIE... SUR MESURE

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

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

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

De façon générale, le gras s'atrophie avec l'âge. Autour des yeux, ceci se manifeste par l'atténuation du gras de la joue et du coussin de gras sous le sourcil. Ceci résulte en l'apparition des creux qui aggravent la protrusion relative des "poches" venant des paupières. Comme l'éclairage provient presque toujours d'en haut, les "poches" créent



un ombrage sous-jacent qui donne l'impression d'un cerne. Le fait de traiter et d'aplanir le contour des yeux permet à la lumière de mieux exposer la surface et de diminuer l'apparence des cernes.

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



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

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

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

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

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

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

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

Les chirurgiens du visage, les plasticiens, les ophtalmologistes, et certains dermatologues sont les spécialistes qualifiés en blépharoplastie. Il est important de mentionner que pour tous les patients qui envisagent cette chirurgie, un examen ophtalmologique préopératoire est essentiel. On y vérifie entre autres choses la surface oculaire au microscope afin de s'assurer de l'absence de sécheresse préexistante, qui pourrait être une contre-indication à la



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

chirurgie. De plus, une malposition des yeux, des sourcils ou des paupières peut parfois être associée à des problèmes neurologiques, musculaires ou orbitaires plus sévères qui peuvent être décelés lors de cet examen. Ces problèmes associés doivent souvent être corrigés avant ou pendant la blépharoplastie pour assurer un résultat optimal. L'oculoplasticien est un ophtalmologiste avec une expertise en chirurgie plastique périoculaire. C'est un spécialiste des paupières.

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

### DIFFÉRENTES TECHNIQUES

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

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



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



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

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

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

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

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

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

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

Si le préjudice esthétique est surtout secondaire à une atrophie plutôt qu'à une protrusion de gras, le chirurgien préférera utiliser une technique de remplissage, dont l'objectif est de rendre au visage le volume et les rondeurs typiques de la jeunesse. Une photo du patient dans la vingtaine est souvent utile pour guider ces injections. Dans ce cas, il est préférable d'éviter d'exciser du gras, car l'effet serait d'accentuer l'atrophie existante et de rendre

les yeux encore plus creux. Effectivement, même si les hernies excisées sont moins apparentes, l'effet peut être vieillissant et rendre certaines structures sous-cutanées, comme le rebord osseux, plus visibles. En fait, chez le jeune, le fait d'avoir une bonne couverture de gras en position anatomique camoufle bien le squelette sous-jacent et garde la peau bien tendue et libre de rides.

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

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

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

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

## POSTOPÉATOIRE

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

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

En général, les points sont fondants, mais dans le cas d'une utilisation de sutures non résorbables,

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

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

### COMPLICATIONS

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

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

### CONCLUSION

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

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



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

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





**TOUR360**  
de la Financière des professionnels

**Rejoignez le peloton!**

Manifestez votre solidarité envers les aidants naturels en roulant au profit de la Fondation de la FMSQ.

1<sup>re</sup> édition – 4 juin 2014

Deux parcours :  
45 km ou 75 km

Lieu de départ et d'arrivée :  
Golf Royal Bromont, à Bromont

Coût :  
500 \$, dont 360 \$ iront  
à la Fondation de la FMSQ  
(cocktail et souper inclus)

Détails et inscription : [fprofessionnels.com/tour360](http://fprofessionnels.com/tour360) ■ [tour360@fprofessionnels.com](mailto:tour360@fprofessionnels.com) ■ 1 888 377-7337

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille ainsi qu'un courtier en épargne collective inscrits auprès de l'Autorité des marchés financiers (AMF) qui gère et distribue les fonds de sa 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.



**Dre Caroline Labbé  
MD, FRCS**

Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
CRSSS Alphonse-Desjardins  
Hôtel-Dieu de Lévis

## LA SURDITÉ SUBITE : UNE URGENCE MÉDICALE



*« Une baisse d'audition rapide est une urgence de consultation médicale. Un examen otologique (examen du conduit auditif et du tympan) doit être fait rapidement par un médecin afin d'établir un diagnostic. »*

### MISE EN SITUATION

Vous vous levez un matin. Vous entendez un bruit intense dans votre oreille, accompagné d'une sensation de lourdeur et d'une baisse de votre audition. Vous pouvez être atteint d'une surdité subite. Vous devez rapidement consulter un médecin!

### INTRODUCTION

Une baisse d'audition rapide est une urgence de consultation médicale. Un examen otologique (examen du conduit auditif et du tympan) doit être fait rapidement par un médecin afin d'établir un diagnostic. Un traitement approprié et/ou l'orientation vers un médecin



spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale devra être initié.

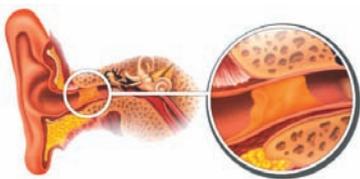
La surdité subite neuro-sensorielle affecte annuellement près de 5 à 20 personnes par tranche de 100 000 habitants, soit près de 4 000 nouveaux cas par année aux États-Unis.

Elle affecte autant les hommes que les femmes, mais très rarement les enfants.

### DIAGNOSTIC

On définit la surdité subite comme étant une baisse d'audition rapide dans un délai de 72 heures ou moins. Elle affecte habituellement une seule oreille. Elle peut être accompagnée d'une sensation d'oreille pleine (dite « plénitude ») et de l'apparition d'un nouvel acouphène, soit un bourdonnement ou un sifflement dans l'oreille affectée. On rapporte que 30 % à 40 % des surdités subites se présentent accompagnées d'un vertige. Parfois, des maux de tête ou plus rarement une paralysie faciale et des lésions cutanées à l'oreille pourront se manifester.

L'histoire d'un traumatisme physique ou sonore, d'une chirurgie à l'oreille ou d'événement antérieur de variation de l'audition seront des points importants à préciser. La surdité subite bilatérale est rarissime.



L'examen pourra éliminer la présence d'un bouchon de cérumen ou la présence d'un corps étranger dans le conduit auditif. En tel cas, le nettoyage de ce dernier corrigera la situation et l'audition sera rétablie.



Une perforation accidentelle du tympan due à l'utilisation d'un coton-tige (Q-Tips) ainsi que la présence d'une otite externe peuvent aussi être visualisées et traitées. Le diagnostic d'une otite séreuse secondaire à un rhume ou à une allergie (rhume des foins) pourra également être porté. Toutes ces causes sont appelées surdité de conduction et sont très souvent temporaires.

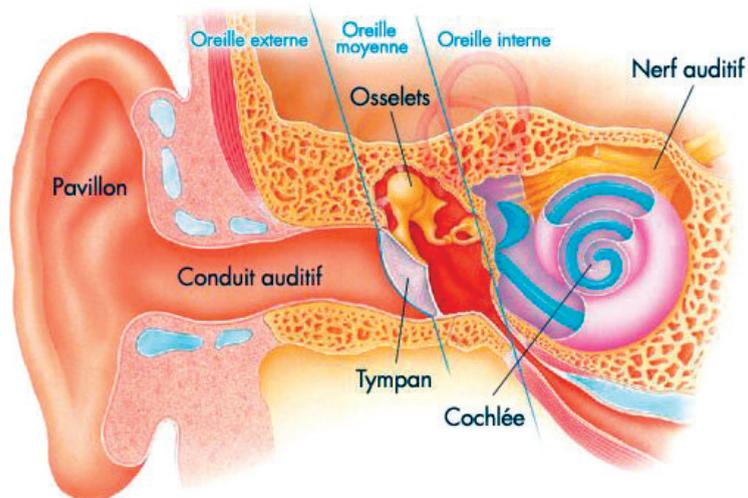
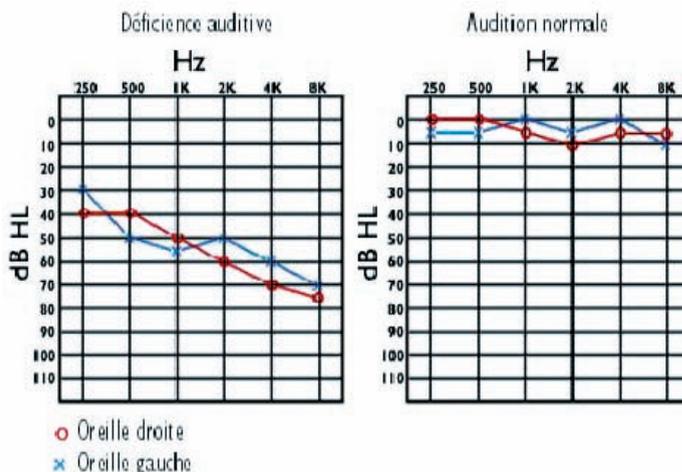


La surdité subite du nerf auditif est généralement due à une infection virale de l'oreille interne. Elle peut être permanente ou transitoire. Elle survient le plus souvent de façon spontanée. Elle peut aussi être d'origine vasculaire ou immunologique. Il est souvent difficile d'affirmer avec certitude la raison de sa présence.

Cependant, il est parfois possible d'associer la surdité subite à une fracture du crâne, à un traumatisme sonore subit (explosion, coup de fusil ou après un spectacle rock), à un barotraumatisme (plongée sous-marine ou lors d'un vol d'avion avec présence d'une otite mal guérie), à une complication de chirurgie de l'oreille moyenne (remplacement des osselets ou exérèse d'un cholestéatome), à une maladie de Ménière ou à la présence d'une tumeur bénigne du nerf auditif (neurinome acoustique).

En général, le médecin de famille ou l'urgentologue consulté vous référera en urgence à un ORL, médecin spécialiste de l'audition. Ce dernier pourra compléter l'examen otologique à l'aide d'un microscope et d'un diapason. Cet examen aidera à différencier la surdité subite neurosensorielle de la surdité dite de conduction. Par la suite, l'ORL demandera une évaluation de votre audition par l'obtention d'un audiogramme. Cet examen consiste à établir de

façon précise votre niveau d'audition dans chaque oreille. On parlera de surdité subite si on retrouve une perte d'audition de 30dB dans trois fréquences consécutives de l'oreille affectée.



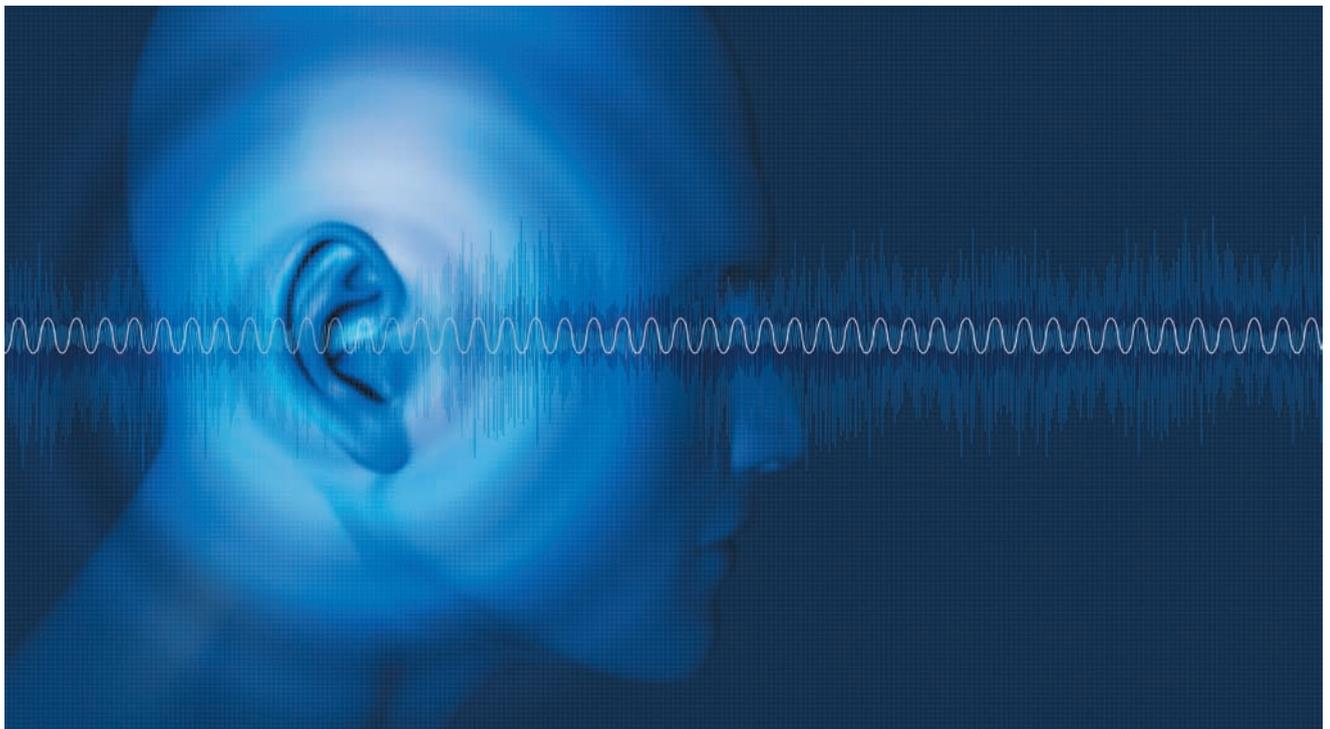
L'ORL pourra, dans certains cas, demander une résonance magnétique des conduits auditifs internes. Cet examen de radiologie est très rarement fait en urgence.

### TRAITEMENT

Selon les recommandations de l'*American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation (AAO-HNSF)*, le seul traitement reconnu et ayant démontré un avantage à son utilisation dans la surdité subite est la corticothérapie. Ce médicament (cortisone) pourra être administré en comprimés ou par injection dans l'oreille moyenne pour une durée de traitement de 7 à 21 jours.

Malgré tout, on doit garder en mémoire qu'un certain nombre de patients pourra récupérer spontanément d'une surdité subite.

**« La surdité subite du nerf auditif est généralement due à une infection virale de l'oreille interne. »**



*« En général, le médecin de famille ou l'urgentologue consulté vous réfèrera en urgence à un ORL, médecin spécialiste de l'audition. Ce dernier pourra compléter l'examen otologique à l'aide d'un microscope et d'un diapason. Cet examen aidera à différencier la surdité subite neurosensorielle de la surdité dite de conduction. »*

### PRONOSTIC

Les facteurs suivants influenceront la récupération de la surdité subite :

1. **Délai** : il est reconnu que plus le patient consulte rapidement, plus grandes sont ses chances d'une meilleure guérison.
2. **Sévérité** : Il est reconnu que plus la surdité est sévère, moins bon est le pronostic.
3. **Courbe de l'audiogramme** : il est reconnu que le pronostic est meilleur si la surdité prédomine sur les basses fréquences (sons graves).
4. **Symptômes associés** : si on exclut la plénitude et l'acouphène, la présence de vertige ou d'autres symptômes est plutôt signe de mauvais pronostic.
5. **Antécédents** : un âge avancé, le diabète, la prise de médicaments dits ototoxiques ainsi que les maladies cardio-vasculaires sont considérés comme des facteurs aggravants.

### ÉVOLUTION

L'ORL pourra confirmer l'atteinte permanente de surdité seulement après avoir effectué un audiogramme six mois après la pose du diagnostic de surdité subite.

Bon nombre de patients connaîtront une récupération totale ou partielle de l'audition.

Cependant, même si l'audition s'améliore, un acouphène persistant peut demeurer.

Si, malheureusement, une surdité permanente persiste, séquelle de la surdité subite, une prothèse auditive pourra être prescrite par votre ORL. Une orientation en réadaptation auditive pourra également être une avenue, le cas échéant.

### CONCLUSION

La surdité subite est une urgence médicale. C'est une maladie à connaître et à reconnaître rapidement. Consultez un médecin sans délai pour une meilleure prise en charge. ■

### RÉSUMÉ

- La surdité subite se définit comme la perte d'audition d'une oreille qui survient subitement en moins de trois jours.
- Elle est parfois accompagnée de sensation de plénitude et d'acouphène.
- Il est primordial d'obtenir un examen médical afin d'éliminer toute autre cause de surdité et d'être rapidement orienté en ORL pour une évaluation complète otologique et le début d'un traitement approprié.
- Il est reconnu que plus court est le délai entre le début de la surdité subite et le début du traitement, meilleur est le pronostic et la récupération de l'audition.



Novartis Pharma Canada inc. est un chef de file mondial dans le domaine de la santé qui s'engage à améliorer la santé des patients.

Nous découvrons et mettons au point des médicaments qui font une véritable différence.

Il faut accélérer le pas.

Les patients attendent.



Jeanne Villeneuve,  
Audioprothésiste,  
Groupe Forget



« Les étapes qu'auront à traverser les individus devant l'acceptation de la perte auditive se rapprochent de celles vécues lors d'un deuil. Le cheminement entre les signes précurseurs et l'acceptation se fait généralement en cinq étapes. »

## LA PERTE AUDITIVE : PAS À PAS VERS L'ACCEPTATION

**A**ccueillir la perte de l'une de ses facultés, c'est avant tout un travail d'acceptation de soi qui demande du temps. C'est d'accepter la rupture avec le passé et se mettre en action avec le présent et vers le futur. C'est pourquoi il est nécessaire de placer la question psychologique au cœur de cette préoccupation. Les étapes qu'auront à traverser les individus devant l'acceptation de la perte auditive se rapprochent de celles vécues lors d'un deuil. Le cheminement entre les signes précurseurs et l'acceptation se fait généralement en cinq étapes. Toutefois, le récit de chacun peut modifier la durée de chacune de ces étapes.

### 1<sup>RE</sup> ÉTAPE : L'IGNORANCE

La perte auditive s'intègre subtilement dans la vie de tous les jours. Au départ, nous n'en avons pas forcément conscience. Certains changements se profilent à l'horizon. À titre d'exemples, nous faisons répéter, nous mettons le volume de la télévision plus fort, nous n'entendons plus lorsque les gens nous parlent d'une autre pièce, nos proches

nous font des remarques, etc. La perte auditive est difficile à percevoir.

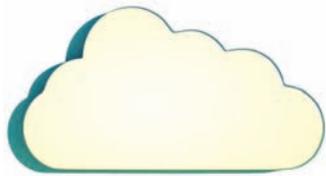
### 2<sup>E</sup> ÉTAPE : LE REFUS ET LE DÉNI

Nous n'admettons pas que le problème existe malgré les signes quotidiens. Nous prétendons que les autres marmonnent, articulent mal, ou encore que l'environnement est trop bruyant. Cette étape est marquée par le déni de sa perte auditive et par l'absence de prise en charge. Nous refusons d'admettre le problème.

### 3<sup>E</sup> ÉTAPE : LE DÉSESPOIR

Beaucoup de personnes auront tendance à s'isoler et à avoir une faible estime de soi. Cette étape est sans doute l'une des plus difficiles. Les contacts sociaux et les sorties deviennent ardues et la communication épuisante et stressante. Nous sommes gênés et ne voulons pas dévoiler notre problème. La perte auditive reste encore un sujet tabou et un sentiment d'impuissance nous envahit.

#### 4<sup>e</sup> ÉTAPE : LE DÉTACHEMENT



En raison des nombreux changements qui affectent la vie de tous les jours, que ce soit dans la modification de nos contacts sociaux, de nos rapports avec notre environnement ou de notre sécurité, bref de notre qualité de vie, on voit subtilement émerger une problématique réelle que nous estimons devoir régler. Le détachement est une étape de transition vers l'acceptation. Les émotions sont moins intenses et nous sommes capables de voir la réalité dans son ensemble.

#### 5<sup>e</sup> ÉTAPE : L'ACCEPTATION ET L'ADAPTATION

À cette étape, nous espérons grandement avoir une meilleure qualité de vie. La consultation auprès d'un professionnel ainsi que l'appareillage sont envisagés et des actions sont prises. Il est important de mentionner que prendre la décision de porter des appareils auditifs ne signifie pas nécessairement que la perte d'audition soit acceptée. Cependant, elle marque un pas de géant dans la bonne direction.

Après le diagnostic ou l'appareillage, une période d'adaptation sera nécessaire pour constater les bénéfices et retrouver une vie normale. Les conseils des professionnels sont alors nécessaires pour la réadaptation au monde sonore et à la communication.

Certains peuvent prendre jusqu'à sept ans avant de parcourir l'ensemble de ces étapes, tandis que d'autres resteront coincés à l'une de ces étapes et, malheureusement, ne parviendront pas à faire le pas suivant.

Accepter sa perte auditive signifie traverser plusieurs étapes qui valent la peine d'être franchies pour une qualité de vie enfin retrouvée. ■



**Retrouvez le plaisir d'entendre**

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

Obtenez un dépistage auditif sans frais\*  
**1-888-ENTENDRE**

Testez votre audition en ligne  
[www.groupeforget.com](http://www.groupeforget.com)

Plus de 60 cliniques au Québec

\*Offre valide jusqu'au 31 décembre 2014.

**GROUPE  
FORGET**   
AUDIOPROTHÉSISTES



Sophie Waridel,  
audiologiste,  
Audiosanté

# Y-A-T-IL UN LIEN ENTRE LA PERTE AUDITIVE ET L'ALZHEIMER ?



*« Une récente étude\* a établi que les personnes âgées malentendantes seraient plus susceptibles de développer une démence ou la maladie d'Alzheimer que les personnes âgées ayant une audition normale. »*

Plusieurs se demandent s'il y a un lien entre la perte auditive et l'Alzheimer. La maladie d'Alzheimer est une dégénérescence des capacités cognitives. Il s'agit de la forme la plus connue de démence. Afin d'identifier tous les facteurs qui causent cette maladie, des chercheurs ont étudié le sujet. Selon les résultats, la surdité pourrait avoir un lien avec ce déclin cognitif.

En effet, une récente étude\* a établi que les personnes âgées malentendantes seraient plus susceptibles de développer une démence ou la maladie d'Alzheimer que les personnes âgées ayant une audition normale. Ces recherches ont été menées sur près de 2 000 personnes âgées entre 75 et 84 ans. Les participants qui présentaient une

perte auditive avaient une dégénérescence cognitive de 30 % à 40 % plus élevée que ceux qui entendaient normalement. Le niveau de ce déclin était, selon les chercheurs, directement lié au degré de la surdité.

## POURQUOI EXISTE-T-IL UNE RELATION ENTRE LA PERTE AUDITIVE ET L'ALZHEIMER ?

Afin d'expliquer le lien entre la perte auditive et l'Alzheimer, trois principales théories ont été élaborées par les chercheurs de cette étude.

### 1<sup>re</sup> théorie : l'isolement social

L'isolement social s'avère déjà être un facteur de risque de la maladie d'Alzheimer. En effet, la soli-

tude est liée à une augmentation de l'inflammation dans tout le corps et par le fait même à la sensibilité accrue au stress. Ce symptôme engendre plusieurs troubles en lien avec l'âge, notamment la démence. De plus, une perte auditive qui n'est pas corrigée peut mener à l'isolement. Les personnes malentendantes tendent à diminuer peu à peu leurs activités sociales et à s'engager bien malgré elles vers le repli sur soi.

### 2<sup>e</sup> théorie : la charge cognitive

L'effort que fournit le cerveau pour comprendre et traduire les sons qu'il entend difficilement peut épuiser son énergie. Il consacre ainsi moins d'efforts aux autres parties cérébrales qui en ont besoin, comme la mémoire.

### 3<sup>e</sup> théorie : le lien pathologique entre la perte auditive et l'Alzheimer

Il existerait un lien pathologique, c'est-à-dire qui est relatif à la maladie, entre la perte auditive et l'Alzheimer. Il pourrait également y avoir un facteur génétique ou environnemental qui conduirait à ces deux conditions à la fois. Les résultats de ces recherches ont démontré que la perte auditive ne doit pas être négligée, puisqu'elle peut mener à des conséquences à long terme sur les capacités cognitives. Avec des études plus avancées, les chercheurs espèrent prouver que la correction auditive contribuera à réduire l'incidence de cette dégénérescence. ■

\*Source : *Hearing Loss and Cognitive Decline in Older Adults*, étude menée par Dr Franck Lin (*Johns Hopkins School of Medicine*).



**Polyclinique  
de l'Oreille** 

## Premier réseau québécois en santé auditive

### Un processus simplifié :

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

**1 adresse  
3 professionnels**

- ORL
- Audiologistes
- Audioprothésistes

Polyclinique de l'Oreille, partenaire de:

Les services en audiologie  
**AUDIOSANTÉ**

**GROUPE  
FORGET**   
AUDIOPROTHÉSISTES

Plus de 30 cliniques au Québec  
[www.polycliniquedeloreille.com](http://www.polycliniquedeloreille.com)



**Jean-Philippe Vézina,  
MD, FRCSC**

Oto-rhino-laryngologiste  
et chirurgien cervico-facial  
au CHU de Québec

Chargé d'enseignement  
clinique à la faculté de  
médecine de l'Université  
Laval

**« Puisque la présence répétée de micro-éveils perturbe le cours normal du sommeil, les patients rapportent la plupart du temps une mauvaise qualité subjective de leur sommeil et une diminution de la vigilance pendant la journée. »**

# L'APNÉE DU SOMMEIL



**F**atigue, humeur dépressive, sommeil de mauvaise qualité, ces symptômes sont souvent bénins et passagers, mais dans certains cas ils sont le témoin d'une maladie dont les conséquences peuvent être graves : le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS). Même s'il n'a été décrit dans la littérature scientifique que dans les années 60, le SAOS n'est pas une nouvelle maladie. Charles Dickens en avait déjà fait une description plus qu'exhaustive dans son roman *Les papiers posthumes du Pickwick Club* en 1837, dans le personnage de Joe, obèse, ronfleur et somnolent. Certains avancent même que Napoléon 1<sup>er</sup> en aurait souffert selon des textes publiés à son sujet.

Parmi la population nord-américaine, il est reconnu qu'environ 2 % des femmes, 4 % des hommes et 1 % des enfants en souffrent. Une proportion importante des cas demeure malheureusement non diagnostiquée.

## LA PHYSIOPATHOLOGIE

Le SAOS est essentiellement provoqué par des rétrécissements périodiques du calibre du pharynx. Pendant le sommeil, plusieurs facteurs peuvent provoquer un rétrécissement ou un collapsus complet à ce niveau. Chez les sujets affectés, il en résulte des diminutions (hypopnées) ou des arrêts complets (apnées) du flot d'air. Il s'ensuit alors une cascade d'évènements qui mène ultimement à un éveil, ce qui permet de rétablir la circulation de l'air. La forte majorité de ces micro-éveils ne sont pas conscients. Ce cycle peut se répéter quelques fois par heure pour les cas légers à plusieurs fois par minutes dans les cas les plus sévères.

Puisque la présence répétée de micro-éveils perturbe le cours normal du sommeil, les patients rapportent la plupart du temps une mauvaise qualité subjective de leur sommeil et une diminution de la vigilance pendant la journée. Il est reconnu que les patients atteints de SAOS sont moins efficaces au travail et s'absentent plus souvent. Ils sont aussi deux fois plus à risque de faire des accidents de la route. Chez l'enfant, on peut observer des troubles d'apprentissage et des problèmes de comportement. Il est à noter, toutefois, que les symptômes sont extrêmement variables d'un individu à l'autre pour un même nombre d'évènements.

En plus de leurs conséquences cognitives, les apnées et les hypopnées ont un impact majeur sur le système cardiovasculaire puisqu'elles multiplient par 4 le risque de maladie coronarienne et doublent le risque d'AVC. Elles doublent également l'incidence du diabète de type II. Chez la femme enceinte, elles augmentent le risque d'hypertension, de pré-éclampsie, de diabète et de retard de croissance du fœtus. Chez l'enfant, elles peuvent causer des retards de croissance et, dans certains cas sévères, des troubles cardiaques.

## LES FACTEURS DE RISQUE

Chez l'adulte, l'obésité est un facteur de risque prédominant du SAOS. On la retrouve dans 60 % des cas. Les autres éléments associés à une plus forte incidence de la maladie sont le sexe masculin, des antécédents familiaux de SAOS, la ménopause, l'âge avancé et certaines particularités du squelette facial, dont le recul de la mâchoire.

Chez l'enfant, le SAOS est associé dans la majorité des cas à une hypertrophie des adénoïdes et des amygdales.

## LES SYMPTÔMES

Puisque la maladie se développe habituellement lentement, il n'est pas rare que certains des symptômes du SAOS passent inaperçus. Ils sont souvent interprétés comme faisant partie de la personnalité du sujet.

Chez l'adulte, la somnolence diurne excessive est probablement la raison de consultation qui mène le plus fréquemment à un diagnostic de SAOS (Tableau 1). Plusieurs outils peuvent être utilisés en clinique pour la



	<b>Symptômes diurnes</b>	<b>Symptômes nocturnes</b>
<b>Chez l'adulte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue</li> <li>• Somnolence</li> <li>• Maux de tête au réveil</li> <li>• Diminution de la mémoire</li> <li>• Troubles de la concentration</li> <li>• Dépression et autres troubles de l'humeur</li> <li>• Dysfonction sexuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ronflement</li> <li>• Étouffements nocturnes</li> <li>• Pauses respiratoires objectivées par le partenaire</li> <li>• Sommeil agité</li> <li>• Transpiration abondante</li> <li>• Sommeil peu récupérateur</li> <li>• Nycturie</li> </ul>
<b>Chez l'enfant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue</li> <li>• Somnolence</li> <li>• Maux de tête au réveil</li> <li>• Troubles de comportement</li> <li>• Troubles d'apprentissage</li> <li>• Déficit d'attention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ronflement</li> <li>• Étouffements nocturnes</li> <li>• Pauses respiratoires objectivées par les parents</li> <li>• Sommeil agité</li> <li>• Transpiration abondante</li> <li>• Énurésie</li> <li>• Hyperextension de la tête</li> <li>• Cauchemars</li> </ul>

Tableau 1. Principaux symptômes nocturnes et diurnes du SAOS

Veuillez évaluer les risques de vous endormir dans les 8 situations suivantes :				
0 = Aucune chance de vous endormir				
1 = Faibles chances de vous endormir				
2 = Chances moyennes de vous endormir				
3 = Fortes chances de vous endormir	0	1	2	3
Assis en train de lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En regardant la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis, inactif, dans un endroit public (au cinéma, en réunion...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant 1 heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allongé l'après-midi pour se reposer si les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En parlant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis, au calme, après un repas sans alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un bouchon de circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figure 1. Échelle de somnolence d'Epworth

quantifier. Ces outils sont toutefois imparfaits et leurs résultats sont facilement biaisés par une mauvaise interprétation des questions qu'ils contiennent. Parmi eux, l'échelle d'Epworth est la plus répandue. Elle expose huit situations de la vie courante pour lesquelles le sujet doit évaluer sur une échelle de 0 à 3 son risque de tomber endormi. Un score supérieur à 10 est considéré comme pathologique (Figure 1). Le résultat doit évidemment être interprété à la lumière des répercussions subjectives qu'a la somnolence dans la vie du patient.

Tel que mentionné précédemment, la fragmentation du sommeil provoquée par le SAOS peut également être à l'origine d'une diminution des fonctions cognitives. Ainsi, plusieurs patients mentionnent une diminution graduelle de leur mémoire et de leur capacité de concentration. Ces symptômes peuvent avoir un effet négatif sur les performances professionnelles. Enfin, la maladie peut être à l'origine d'une diminution des fonctions sexuelles (diminution de la libido et impuissance) et d'un syndrome dépressif.

Pendant la nuit, les patients souffrant de SAOS peuvent présenter un sommeil agité, des épisodes

d'étouffements nocturnes, un besoin d'uriner fréquemment (nycturie) et une transpiration abondante. Le ou la partenaire est souvent incommodé par un ronflement bruyant et peut s'inquiéter de la présence d'arrêts respiratoires périodiques. Le sommeil est souvent jugé peu récupérateur et les patients peuvent présenter des maux de tête transitoires au réveil.

Chez la femme non ménopausée, la présentation clinique est typiquement légèrement différente. On observera plus souvent une fatigue sans somnolence importante et des problèmes d'insomnie. De plus, les symptômes dépressifs occupent souvent une place plus importante.

Chez l'enfant qui souffre de SAOS, il est fréquemment plus difficile de mettre en évidence la somnolence diurne. La fragmentation du sommeil se manifeste par des troubles de comportement, un déficit d'attention et des problèmes d'apprentissage. Pendant la nuit, les ronflements sont habituellement importants et des pauses respiratoires peuvent avoir été notées par les parents. Le sommeil est souvent agité, avec une transpiration abondante et une pos-

*« Puisque la maladie se développe habituellement lentement, il n'est pas rare que certains des symptômes du SAOS passent inaperçus. Ils sont souvent interprétés comme faisant partie de la personnalité du sujet. »*



« Le ou la partenaire est souvent incommodé par un ronflement bruyant et peut s'inquiéter de la présence d'arrêts respiratoires périodiques. »

ture de tête en hyperextension. La maladie peut également être à l'origine d'un problème d'énurésie et de cauchemars répétés.

### LE DIAGNOSTIC

La polysomnographie en laboratoire est le meilleur examen pour mettre en évidence la présence d'un SAOS. Il consiste à enregistrer plusieurs paramètres pendant une nuit entière, en milieu hospitalier ou en clinique et sous supervision continue par un technicien qualifié. Il s'agit d'un examen onéreux et complexe. Sa disponibilité au Québec est trop limitée pour qu'on y ait recours de façon systématique. C'est pourquoi il existe des épreuves simplifiées, plus facilement accessibles, qui permettent d'orienter le diagnostic et parfois de débiter un traitement sans avoir recours à l'examen complet. Les plus utilisées sont l'oxymétrie nocturne, qui consiste à enregistrer en continu la saturation artérielle en oxygène, et la polygraphie cardio-respiratoire du sommeil qui comprend une oxymétrie, une mesure du flot d'air et des mouvements du thorax et de l'abdomen. Ces deux épreuves peuvent être réalisées à domicile. Pour être utiles, leurs résultats doivent être interprétés à la lumière des autres informations cliniques.



Le diagnostic du SAOS repose sur l'identification de 5 ou plus apnées/hypopnées par heure de sommeil (index d'apnée/hypopnée), en présence d'un tableau clinique compatible. Chez l'adulte, on considère que la maladie est légère si l'index se situe entre 5 et 15, modérée s'il est de 15 ou plus mais inférieur à 30 et sévère s'il est de 30 ou plus.

### LES TRAITEMENTS

La décision de traiter ou non et le choix du traitement approprié dépendront du jugement clinique du médecin traitant et de la dis-

ussion avec le patient. Elle sera fonction de la sévérité de la maladie et de ses répercussions dans la vie du patient.

### L'hygiène de vie

Certaines mesures d'hygiène de vie peuvent permettre de diminuer le nombre d'apnées et d'hypopnées. Dans cette optique, il est bénéfique d'encourager les patients à cesser de fumer, à perdre du poids, à adopter une saine alimentation et à limiter la prise d'alcool et de certains médicaments. De bonnes habitudes de sommeil (éviter les carences et suivre des horaires réguliers) doivent également être encouragées. Il peut être utile de prévenir et traiter la congestion nasale. Lorsque les examens ont démontré un plus grand nombre d'évènements respiratoires en position couché sur le dos, plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour forcer le sommeil sur le côté.

### La pression positive continue

La pression positive continue (PPC), appelée CPAP en anglais (*continuous positive airway pressure*) est généralement le traitement qui est proposé en premier à tous les patients qui présentent un SAOS sévère ou symptomatique. Il est habituellement prescrit et suivi par un pneumologue. À l'aide d'un masque ajusté autour du nez et parfois de la bouche, la PPC génère une pression d'air continue dans le pharynx. Cette pression permet d'écarter en permanence les parois pharyngées et ainsi d'éliminer (souvent presque complètement) les épisodes de collapsus qui occasionnent les apnées et les hypopnées. Il s'agit du traitement le plus efficace pour diminuer les symptômes du SAOS et ses nombreuses complications. La PPC doit être utilisée le plus souvent possible, idéalement toute la nuit, toutes les nuits. Les complications graves de la PPC sont rarissimes.

### L'orthèse d'avancée mandibulaire

L'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) est un dispositif dentaire dérivé de l'orthodontie. Il comprend deux gouttières sur mesure qui s'insèrent solidement sur les dents, reliées par une pièce qui permet de maintenir la

mâchoire en position avancée. Ce mouvement permet d'ouvrir l'espace pharyngé et ainsi de diminuer le nombre d'apnées et d'hypopnées. L'efficacité de l'OAM est plus dépendante de l'anatomie du patient que dans le cas de la PPC. Aussi, on la recommande principalement pour les cas légers ou modérés, peu symptomatiques, ou lorsque la PPC n'est pas tolérée ou possible. Les dents doivent être saines pour pouvoir supporter sans se déplacer la force de traction que l'appareil impose, et les articulations des mâchoires doivent être suffisamment souples. Pour tous les patients, un suivi par un dentiste compétent en troubles du sommeil est essentiel pour prévenir des éventuelles complications. Pour les mêmes raisons, le recours à des produits en vente libre qui ne sont pas fabriqués sur mesure est déconseillé.

### La chirurgie

Les traitements chirurgicaux visent à corriger les particularités anatomiques qui favorisent le SAOS. Ils sont pratiqués par les chirurgiens ORL. Leur succès est directement relié à l'identification adéquate des facteurs d'obstruction chez un patient donné. Un grand nombre de procédures différentes ont été développées au fil du temps. Elles ont pour but d'élargir les voies aériennes supérieures et de les rendre moins sujettes au collapsus. Les interventions les plus pratiquées touchent le palais, les amygdales et la base de la langue. On y a surtout recours en présence d'un SAOS léger ou modéré, peu symptomatique, ou en cas d'échec à la

PPC. Il est également possible d'avoir recours à une intervention lors de laquelle on corrige le recul des os du visage. Il s'agit de la chirurgie d'avancée bimaxillaire. Au Québec, elle est généralement pratiquée par les chirurgiens maxillo-faciaux. Certains gestes chirurgicaux peuvent également être nécessaires pour favoriser une meilleure tolérance à la PPC. Le taux de succès de la chirurgie du SAOS étant très variable, la sélection des patients est très importante.

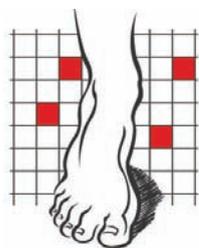
### Chez l'enfant

Dans la population pédiatrique, l'obstruction responsable du SAOS est le plus souvent liée à une hypertrophie des amygdales et des végétations. C'est pourquoi l'approche chirurgicale est habituellement favorisée en première intention. Pour les sujets chez qui la chirurgie est inefficace, non indiquée ou impossible, on peut avoir recours à la PPC comme chez l'adulte. Les traitements d'orthodontie avec expansion palatine sont aussi de plus en plus utilisés dans cette optique.

### CONCLUSION

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil n'est pas à prendre à la légère. Ses répercussions et complications potentielles sont nombreuses et touchent de nombreux aspects de la vie du patient. Il est essentiel de le reconnaître et de le traiter adéquatement pour limiter le risque de complications améliorer la qualité de vie. ■

*« La polysomnographie en laboratoire est le meilleur examen pour mettre en évidence la présence d'un SAOS. Il consiste à enregistrer plusieurs paramètres pendant une nuit entière, en milieu hospitalier ou en clinique et sous supervision continue par un technicien qualifié. »*



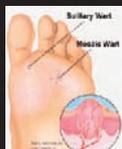
CLINIQUE  
PODIATRIQUE  
DE L'AVENIR

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.



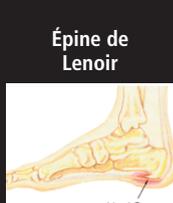
Verrue plantaire



Pied plat



Ongle incarné



Épine de Lenoir



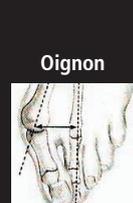
Orthèses



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](http://www.monpodiatre.com)

[info@monpodiatre.com](mailto:info@monpodiatre.com)

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



**Alex M. Mlynarek**  
MD, MSc, FRCSC

Chirurgien ORL

Spécialiste en oncologie  
cervico-faciale

Professeur Adjoint  
Département  
d'Otorhinolaryngologie et  
Chirurgie Cervico-Faciale  
Université McGill

*« On estime que 650 000 nouveaux cas de cancer de la bouche sont diagnostiqués chaque année. Le taux de mortalité pour le cancer buccal est plus élevé que le cancer du col, le lymphome, le cancer de la thyroïde, ou le mélanome. »*

## LE CANCER DE LA BOUCHE : UNE DÉTECTION PRÉCOCE PEUT SAUVER DES VIES

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le cancer de la cavité buccale est parmi les plus répandus dans le monde entier. On estime que 650 000 nouveaux cas de cancer de la bouche sont diagnostiqués chaque année. Le taux de mortalité pour le cancer buccal est plus élevé que le cancer du col, le lymphome, le cancer de la thyroïde, ou le mélanome.

Il existe plusieurs types de cancers de la bouche, mais environ 90 % sont des carcinomes épidermoïdes originant des tissus qui tapissent la bouche et les lèvres. Le cancer buccal implique le plus souvent la langue, mais il peut également se produire sur le plancher de la bouche, la face interne de la joue, la gencive ou les lèvres.

Il est important de noter que la majorité des cancers de la bouche sont liés à des comportements modifiables tels que le tabagisme et la consommation importante d'alcool. Les autres facteurs comprennent une mauvaise hygiène bucco-dentaire, l'irritation causée par les prothèses dentaires mal ajustées, une mauvaise alimentation et certaines infections buccales et dentaires chroniques. L'infection par le virus du papillome humain (VPH), en particulier le type 16, est un facteur de risque connu.

La plupart des cancers se présentent par une masse ou un ulcère qui peut se manifester par des douleurs, des saignements ou des problèmes de déglutition ou de la parole. Toute lésion suspecte de la cavité buccale nécessite une biopsie afin de diagnostiquer rapi-

dement un éventuel cancer. Par la suite, une évaluation clinique complète de la région de la tête et du cou, incluant une scopie flexible des voies aérodigestives supérieures et un examen des aires ganglionnaires cervicales, doit être entreprise par un médecin spécialiste en otorhinolaryngologie.

Différentes radiographies sont souvent nécessaires afin d'évaluer l'étendue de la tumeur et éliminer les métastases (principalement au poumon ou au foie). Un système de classification (dit TNM) est utilisé pour stratifier les cancers de la bouche et fournir un pronostic approximatif et guider le traitement.

Si le cancer buccal est diagnostiqué à un stade précoce, le traitement est généralement très efficace. L'excision chirurgicale de la tumeur est le traitement de choix pour les cancers de la cavité buccale. L'ablation des ganglions du cou (évidemment ganglionnaire ou dissection du cou) est souvent réalisée afin d'éliminer toute métastase lymphatique. La radiothérapie, avec ou sans chimiothérapie, est parfois utile.

En raison de la nature essentielle des structures de la cavité buccale, la chirurgie pour les cancers doit être suivie d'une reconstruction appropriée afin de préserver la fonction et l'apparence esthétique du patient. Plusieurs lambeaux sont disponibles afin de reconstruire les structures enlevées pendant l'excision du cancer.

Les taux de survie pour le cancer oral dépendent entre autres du site précis et du stade du cancer au



**Fig 1. Carcinome épidermoïde de la langue orale**



**Fig 2. Déficit après l'ablation du cancer (hémiglossectomie)**



Fig 3. Apparence du cou en per-opératoire après une dissection chirurgicale.

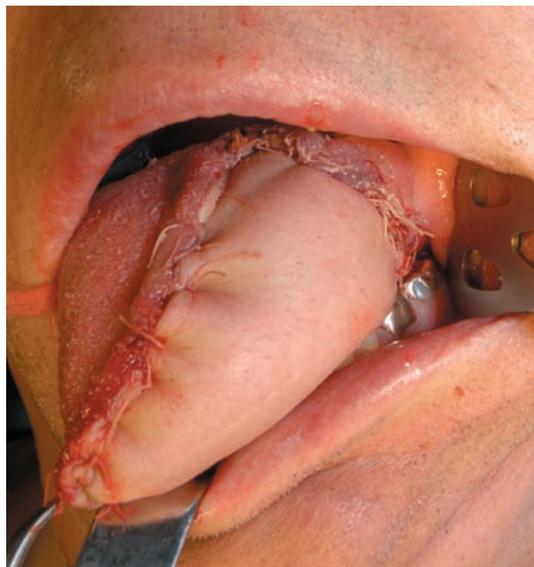


Fig 4. Reconstruction du déficit de l'hémiglossectomie avec un lambeau libre de l'avant-bras

moment du diagnostic. Dans l'ensemble, les études récentes démontrent que la survie est d'environ 57 % à cinq ans. Les taux de survie pour les cancers de stade 1 (ou peu avancés) sont toutefois de l'ordre de 90 %, d'où l'importance d'une détection précoce.

Le traitement des cancers de la bouche nécessite une équipe multidisciplinaire qui regroupe des spécia-

listes de plusieurs disciplines notamment la chirurgie ORL, la radio oncologie, l'oncologie médicale, la nutrition, l'orthophonie, les soins infirmiers, la radiologie et la psychologie.

Si vous êtes inquiet au sujet d'une lésion buccale suspecte, n'hésitez pas à référer le patient à un spécialiste ORL de votre région. ■

« Différentes radiographies sont souvent nécessaires afin d'évaluer l'étendue de la tumeur et éliminer les métastases (principalement au poulmon ou au foie). Un système de classification (dit TNM) est utilisé pour stratifier les cancers de la bouche et fournir un pronostic approximatif et guider le traitement. »

# IMAGERIE DES PIONNIERS

simple. rapide. efficace.

Lundi-jeudi :  
8 h à 21 h

Vendredi :  
8 h à 17 h

Samedi :  
9 h à 15 h

Dimanche :  
9 h à 15 h

dépistage  
cancer colon  
+ scan

mercredi  
9h00 am

Radiologie générale • Examens digestifs  
Échographie / dépistage prénatal • Doppler  
Résonance magnétique • Tomodensitométrie (scan)  
• Ostéodensitométrie • Coloscopie (Dépistage du colon par coloscopie virtuel)

info@imageriedespionniers.com 1-888-581-1424

950, Montée Des Pionniers, suite 140, (Secteur Lachenaie), Terrebonne, QC J6V 1S8

Tél. : (450) 581-1424 • Fax : (450) 581-9395



**Yanick Larivée, MD,  
FRCS**

Médecin spécialiste en  
oto-rhino-laryngologie (ORL)  
Chirurgien de la tête  
et du cou

Président du Conseil des  
Médecins, Dentistes et  
Pharmaciens du Centre de  
Santé et de Service Sociaux  
de la Haute Yamaska

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

Professeur adjoint d'ensei-  
gnement clinique à  
l'Université de Sherbrooke

*« Mais ce qu'il faut  
retenir est que  
jusqu'à 30 % de la  
population peut pré-  
senter une allergie  
respiratoire, ce qui  
en fait l'allergie la  
plus fréquente. »*

## L'IMMUNOTHÉRAPIE SUBLINGUALE : TIRER LA LANGUE À VOS ALLERGIES RESPIRATOIRES!

### LES ALLERGIES RESPIRATOIRES SONT UN VÉRITABLE FLÉAU!

Nous connaissons tous des gens allergiques : des membres de notre famille, des voisins, etc. Il existe toutes sortes d'allergies (alimentaire, médicamenteuse, cutanée, etc.). L'allergie médicamenteuse touche près de 10 % des gens, l'alimentaire près de 8 %, l'urticaire près de 20 % de la population. C'est à croire qu'être allergique est à la mode!

Mais ce qu'il faut retenir est que jusqu'à 30 % de la population peut présenter une allergie respiratoire, ce qui en fait l'allergie la plus fréquente. Les allergies respiratoires ou aériennes peuvent se manifester comme une rhinite allergique, une conjonctivite allergique ou encore une rhino-conjonctivite allergique. Qui ne connaît pas un « rhinitique » qui éternue tout le temps, le nez congestionné, respirant par la bouche et passant une boîte de mouchoirs par jour durant la saison « terrible » estivale.



## CONTEXTE THÉRAPEUTIQUE

Quand l'évitement de l'allergène ou une pharmacothérapie (à base d'antihistaminiques ou de vaporisateurs de cortisone, entre autres) ne suffisent pas à contrôler les symptômes des allergies respiratoires, un traitement de désensibilisation sera indiqué quand les allergies sont bien documentées.

Historiquement, et il n'y a pas si longtemps, seule une immunothérapie (ou désensibilisation) par injection (encore des aiguilles!) permettait sur un programme de deux ou trois ans de se débarrasser de la plupart des allergies respiratoires. Plusieurs patients rechignent ou hésitent avec raison à entreprendre un programme de trois ans avec des injections mensuelles sous supervision médicale en clinique médicale (vu le



risque d'anaphylaxie, une réaction allergique très grave). Des piqûres à chaque mois avec un déplacement... c'est très contraignant pour plusieurs!

Maintenant s'offre à nous une nouvelle façon de traiter les allergies respiratoires. Nous disons « nouvelle » avec une certaine ironie car ce traitement existe en Europe depuis déjà plus de 15 ans. En fait en France, plus de 90 % des traitements de désensibilisation se font par voie sublinguale. Enfin, nous avons accès ici au Canada à l'immunothérapie sublinguale.

Immunothérapie sublinguale (ou désensibilisation sublinguale) signifie traitement de l'allergie par un comprimé qui fond sous la langue. Quoi, cela semble si simple? Pas d'injection ni de piqûre? Bien non, seulement un petit comprimé qui fond très rapidement sous la langue. L'immunothérapie sublinguale représente un traitement de désensibilisation qui est beaucoup plus simple que la thérapie conventionnelle (vu le risque d'anaphylaxie). En effet, le patient peut s'auto-administrer le traitement sublingual à la maison, comme cela se fait depuis plusieurs années dans la plupart des pays de l'Europe et de l'Amérique du Sud, ainsi qu'en Australie ou en Asie.

## UN PEU DE SCIENCE

Les médecins et scientifiques savent depuis longtemps que bien des cellules liées à l'immunité se trouvent dans la bouche. Ceci semble logique quand on pense que nous ingérons nos aliments par la bouche et que des microbes s'y trouvent souvent. Il est donc utile pour le système immunitaire d'identifier les microbes le plus rapidement possible, donc la présence des cellules dans la bouche est très sentée d'un point de vue biologique.

Nous savons maintenant que l'immunothérapie agit « naturellement » auprès des cellules immunitaires de la bouche. Les cellules dites dendritiques capturent les allergènes administrés sous la langue et agissent sur certains lymphocytes T qui ordonnent une diminution de la production d'anticorps contre les antigènes impliqués.

*« Les allergies respiratoires ou aériennes peuvent se manifester comme une rhinite allergique, une conjonctivite allergique ou encore une rhino-conjonctivite allergique. »*





petites égratignures sur l'avant-bras, permettra d'identifier les allergènes responsables de vos symptômes.

La désensibilisation sublinguale est toute simple : un comprimé ou quelques gouttes sous la langue une fois par jour. Hop! C'est tout. Un traitement sur plusieurs mois ou années vous sera prescrit selon le cas. Les effets secondaires sont par ailleurs souvent insignifiants et rarement importants.

C'est seulement une fois les allergènes bien identifiés qu'une immunothérapie pourra vous être proposée par le médecin. Actuellement, seules les allergies aux graminées (les foins) et à l'herbes à poux pourront être traitées par désensibilisation sublinguale. Dans un avenir rapproché, la désensibilisation sublinguale aux bourgeons des arbres, aux acariens (la poussière de maison) et aux chats sera offerte.

### CONCLUSION

L'allergie constitue une réponse démesurée du système immunitaire à un ou plusieurs allergènes qui, autrement, sont normalement inoffensifs. Le corps humain n'a aucun intérêt à combattre des poussières et des pollens, alors pourquoi le fait-il? Pourquoi le système immunitaire envoie-t-il des anticorps et des cellules inflammatoires contre des antigènes inoffensifs? La réponse n'est pas encore évidente scientifiquement, mais une théorie intéressante relate que l'allergie serait une maladie de la civilisation. Puisque nous avons beaucoup moins de risques d'infection qu'auparavant, notre système immunitaire se tournerait les pouces et attaquerait des allergènes bénins pour se « désennuyer », se « pratiquer »?... hypothèse intéressante, si cela en est une.

Face à une réaction démesurée du système immunitaire, nous pouvons maintenant proposer un traitement très simple et très efficace, la désensibilisation sublinguale. Il est maintenant temps de tirer la langue à vos allergies respiratoires! ■

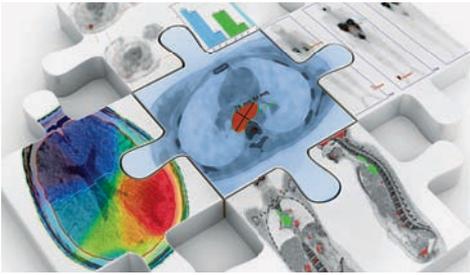
Plus simplement, ce qui se produit avec l'immunothérapie, c'est un phénomène de tolérance ou d'habituation. Le système en vient à reconnaître l'allergène comme une molécule inoffensive (ce qu'elle a toujours été, après tout). Il s'agit d'une « reprogrammation ». La désensibilisation permet de dire au corps humain « n'attaque pas ceci, ça ne vaut pas la peine! ».

### COMMENT FAIRE?

Votre médecin de famille, lors qu'il constatera que vous souffrez d'une rhinite, d'une conjonctivite ou d'un asthme gênant ou mal contrôlé, suspectera une allergie. Vous serez ensuite normalement référé à un service d'allergie (allergologie) ou d'ORL (otorhinolaryngologie) pour un examen et un test d'allergie cutané. Ce test simple et très bien toléré, à base de

*« C'est seulement une fois les allergènes bien identifiés qu'une immunothérapie pourra vous être proposée par le médecin. Actuellement, seules les allergies aux graminées (les foins) et à l'herbes à poux pourront être traitées par désensibilisation sublinguale. »*

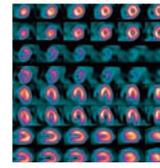
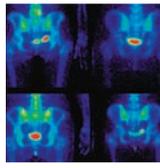




# HERMES

## 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](mailto: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](http://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 Jannick Sarrazin**  
MD, CSPQ, FRCS

Oto-Rhino-Laryngologie et  
Chirurgie Cervico-Faciale

CH Pierre-Le Gardeur,  
Lachenaie

*« La principale cause des mauvaises odeurs observées est la présence de bactéries qui dégradent la nourriture dans les voies aérodigestives et produisent plusieurs composés à l'odeur désagréable. Le groupe le plus souvent mentionné est celui des composés sulfurés volatiles. »*

## L'HALITOSE

Le terme utilisé par le personnel médical pour décrire une mauvaise haleine est « halitose ». Il semble qu'un nombre important de personnes souffrent de ce problème. Les études rapportent qu'environ 25 % à 30 % de la population mondiale se plaint d'halitose, certaines publications vont jusqu'à 50 %.

Il faut distinguer l'halitose vraie, qui est perceptible par l'entourage, de la pseudohalitose, où une personne recherche des soins pour un problème de mauvaise haleine qu'elle ressent mais que l'entourage ne perçoit pas. On divise aussi l'halitose vraie en deux sous catégories, soit : physiologique et pathologique. Dans le second cas, la mauvaise haleine provient d'une maladie alors que dans le premier, aucune pathologie n'est identifiée malgré un examen détaillé. Un bon exemple d'halitose physiologique est l'haleine matinale souvent fétide suite à la diminution nocturne de production salivaire et à la prolifération bactérienne. Ce problème est transitoire et se résout au cours de la journée.

La principale cause des mauvaises odeurs observées est la présence de bactéries qui dégradent la nourriture dans les voies aérodigestives et produisent plusieurs composés à l'odeur désagréable. Le groupe le plus souvent mentionné est celui des composés sulfurés volatiles. Bien qu'il existe de coûteux appareils pour mesurer divers types de substances causant la mauvaise haleine, l'odorat de l'entourage du patient ou du clinicien demeure le moyen le plus pratique pour évaluer l'halitose.

Le site le plus fréquent de mauvaise haleine est la cavité buccale. Il faut s'assurer d'avoir une excellente hygiène dentaire, éviter la consommation de tabac et d'aliments comme l'ail et l'oignon. La présence de caries dentaires ou de maladies des gencives est une cause importante d'halitose. La prolifération de bactéries sur la partie postérieure de la langue est souvent associée au problème, et certaines études démontrent qu'un brossage de cette région pourrait améliorer le problème.



La présence de débris alimentaires logés dans les cryptes amygdaliennes est une cause de mauvaise haleine fréquemment rencontrée par les ORL. Les patients rapportent expulser de leurs amygdales des débris jaunâtres à l'odeur très désagréable. Lorsque le problème le justifie, l'amygdalectomie est envisagée et est généralement efficace.

Les cavités nasales peuvent être le siège d'une infection chronique ou aiguë qui génère une mauvaise odeur. Entre autres, chez l'enfant et les personnes souffrant de déficience intellectuelle, la présence dans le nez d'un corps étranger cause une odeur excessivement désagréable. Il est alors important de procéder à un examen endoscopique du nez pour identifier et retirer le corps étranger.

Les bactéries anaérobies qui colonisent les cancers de la sphère ORL produisent une mauvaise odeur particulière que les oto-rhino-laryngologistes connaissent bien. Bien qu'il faille mentionner que l'halitose est rarement le signe de présentation qui amène au diagnostic de cancer, une mauvaise haleine persistante peut justifier un examen ORL approfondi, surtout chez les fumeurs et les gens qui consomment beaucoup d'alcool.

En terminant, il faut mentionner qu'il existe d'autres causes moins fréquentes d'halitose, pensons au reflux gastro-œsophagien, aux maladies rénales ou hépatiques et à certaines maladies métaboliques.

Le traitement de la mauvaise haleine persistante débute par une bonne hygiène bucco-dentaire ainsi que la modification, s'il y a lieu, de certaines habitudes telles que le tabagisme et la consommation d'oignon ou d'ail. Lorsqu'un examen dentaire ne révèle aucune anomalie, il ne faut pas hésiter à mentionner le problème à son médecin de famille, qui pourra, au besoin, réaliser les examens nécessaires ou référer le patient. ■



# Voici ACARE

VOS PATIENTS ET VOTRE PHARMACIE AU CŒUR DE NOS PRÉOCCUPATIONS



**ACARE**  
avec vous au quotidien

À titre de partenaire en matière de produits de marque et génériques, Abbott vous offre la qualité et la fiabilité que vous êtes en droit d'exiger. **A Care** offre à vos patients des programmes de prise en charge sur mesure et procure à votre pharmacie un service à valeur ajoutée grâce à des outils de travail uniques, à de la formation professionnelle et à de solides partenariats. Notre priorité est d'accroître l'achalandage de votre pharmacie et vos ventes tout en réduisant vos coûts. *Chez Abbott, vos patients et le développement de vos affaires nous tiennent à cœur.*



**Dr Frédéric Hélie,  
M.D., FRCS (C)**

Oto-rhino-  
laryngologiste (ORL)  
Hôtel-Dieu de  
Saint-Jérôme

*« De plus, il est important de noter qu'une exposition à un bruit constant pendant plusieurs heures est plus dommageable qu'une exposition en dents de scie pendant la même période de temps. Ce fait s'explique par la possibilité qu'à l'oreille interne de « récupérer » pendant les périodes silencieuses. »*

## TRAVAILLEURS : SOYEZ À L'ÉCOUTE

L'EXPOSITION AU BRUIT CONSTITUE, APRÈS L'ÂGE, LA DEUXIÈME CAUSE DE SURDITÉ PERMANENTE CHEZ L'HUMAIN. COMME ELLE N'EST PAS TRAITABLE MÉDICALEMENT OU CHIRURGICALEMENT, IL EST ESSENTIEL DE TENTER DE LA PRÉVENIR EN SENSIBILISANT LES TRAVAILLEURS AUX DANGERS QUE PEUT REPRÉSENTER L'EXPOSITION AUX BRUITS EN MILIEU DE TRAVAIL.

### ÉCHELLE DES BRUITS PAR NOMBRE DE DÉCIBELS

Notre environnement quotidien est souvent très bruyant sans que l'on s'en rende toujours compte. Voici une échelle des niveaux sonores en fonction du nombre de décibels (dB) :

Fusée Ariane au décollage	200	Zone traumatique
Décollage d'un Boeing à 25 m	140	
Marteau pneumatique	130	
Orchestre rock, réacteur d'avion à 10m	120	Zone dangereuse
Avertisseurs de certaines automobiles	110	
Marteau-piqueur à 2m	100	
Orchestre symphonique, cyclomoteur	90	Zone de fatigue
Compartiment de train ou de métro	80	
Circulation routière moyenne	70	
Conversation animée	60	Zone de repos diurne
Musique douce	50	
Rue calme	40	Limite de repos nocturne
Studio d'enregistrement	30	
Voix chuchotée	20	

Source : <http://acoustique.archi.free.fr/dossier.html>

Comme le démontre le graphique, une exposition à des niveaux inférieurs à 80 dB pose peu de risque, même à long terme. Bien entendu, plus l'exposition est longue et les sons d'intensité éle-

vée, plus le risque d'atteinte est grand. L'oreille interne, qui est l'organe de perception du son, est plus sensible au dommage pour les sons de plus haute fréquence (4 000 hertz) que les sons de plus basse fréquence (500 hertz). De plus, il est impor-

tant de noter qu'une exposition à un bruit constant pendant plusieurs heures est plus dommageable qu'une exposition en dents de scie pendant la même période de temps. Ce fait s'explique par la possibilité qu'à l'oreille interne de « récupérer » pendant les périodes silencieuses.

### NORMES EN MILIEU DE TRAVAIL

Lorsqu'on doit élever la voix pour se faire comprendre d'un collègue,

on travaille potentiellement dans un environnement où les sons environnants dépassent les 80 dB. Si on doit passer plus de huit heures dans ce genre d'environnement, il y a de fortes chances



qu'on développe à long terme une surdité professionnelle, de là l'importance de bien se protéger. À partir de 90 décibels, il est recommandé de porter des atténuateurs de son. Les bouchons en mousse compressible insérés dans les conduits auditifs procureront une atténuation moyenne de 15 dB alors que les coquilles réduiront le son d'environ 20 dB.

Dans la majorité des milieux de travail industriels, le niveau d'intensité sonore a déjà été mesuré. Il est possible de se référer à l'agent de la Commission de santé et sécurité au travail (CSST) de l'entreprise afin d'obtenir les données spécifiques à un poste de travail. Au Québec, la *Loi sur la santé et sécurité du travail* limite le temps d'exposition permis en fonction du niveau d'intensité sonore, comme le démontre le tableau suivant :

Niveau de bruit (en dBA, dBA corrigés ou dBA équivalents)	Temps d'exposition permis (h/jour)
85	16
90	8
95	4
100	2
105	1
110	0,5
115	0,25
>115	0

### PERTE DE L'AUDITION

La surdité professionnelle se caractérise par une perte d'audition généralement égale dans les deux oreilles touchant principalement les sons plus aigus. Donc, lorsqu'on n'entend plus la cigale et les oiseaux, qu'on commence à avoir des acouphènes et qu'on a l'impression que tout le monde marmonne autour de soi, il est peut-être temps de consulter.



### RÔLE DE L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

L'oto-rhino-laryngologiste (ORL) joue un rôle de premier plan dans l'évaluation globale des patients exposés à des bruits potentiellement dommageables pour l'oreille interne. Lorsqu'il s'agit de surdité professionnelle, l'ORL prend en charge le patient en posant le diagnostic, en évaluant les limitations fonctionnelles, en recommandant l'appareillage si requis et en produisant le rapport d'évaluation médicale à la CSST, permettant ainsi au patient d'obtenir l'indemnisation à laquelle il a droit. Il faut cependant garder à l'esprit que mieux vaut une bonne audition qu'une compensation... ■

*« La surdité professionnelle se caractérise par une perte d'audition généralement égale dans les deux oreilles touchant principalement les sons plus aigus. »*

**Guy Jr Papillon B.Sc**  
Vice-président exécutif  
Groupe Financier  
Odyssee Inc.



**ODYSSÉE**  
PLACEMENTS - FISCALITÉ - ASSURANCES

## POUR UNE PROTECTION DE VOTRE PATRIMOINE FAMILIAL, L'ASSURANCE SOINS DE LONGUE DURÉE!

*« Les régimes de santé provinciaux ne peuvent espérer faire face à tous vos besoins, et la situation est peu susceptible de s'améliorer avec le vieillissement rapide de la population. Ceux qui ont d'abondantes ressources financières seront toujours en mesure de trouver une façon de combler le coût additionnel nécessaire pour obtenir des soins de longue durée adéquats. »*



**A**vec le vieillissement de la population québécoise combiné à l'accroissement de la longévité moyenne, un lourd fardeau est placé sur notre système de soins de santé (un système déjà pris avec une surpopulation dans les hôpitaux, une pénurie de professionnels de la santé et la rareté des établissements de soins de longue durée abordables).

Statistique Canada estime que la population des personnes de 65 ans ou plus augmentera de 12 à 16 pour cent en 2016, ce qui représente en pourcentage de la population totale une majoration de près d'un tiers, tandis qu'en termes de la population des 65 ans et plus, cette hausse représente une augmentation de près de 62 %. En chiffres absolus, ce groupe aura presque triplé en seulement 18 ans.

Les régimes de santé provinciaux ne peuvent espérer faire face à tous vos besoins, et la situation est peu susceptible de s'améliorer avec le vieillissement rapide de la population. Ceux qui ont d'abondantes

ressources financières seront toujours en mesure de trouver une façon de combler le coût additionnel nécessaire pour obtenir des soins de longue durée adéquats.

Mais pour beaucoup, il sera possible de le faire en s'appuyant prématurément sur l'épargne retraite ou encore en hypothéquant leur résidence, ce qui peut signifier une diminution substantielle du patrimoine familial.

Plusieurs sous-estiment les coûts reliés à une perte d'autonomie. Il est fréquent de voir la facture, pour des soins de qualité, dépasser les 3 000 \$ par mois. Cette charge financière peut peser lourdement sur les économies personnelles et les valeurs immobilières, sans oublier la pression financière additionnelle sur les membres de votre famille.

Pour certains, l'alternative est d'accepter de s'appuyer sur les établissements publics, si des places

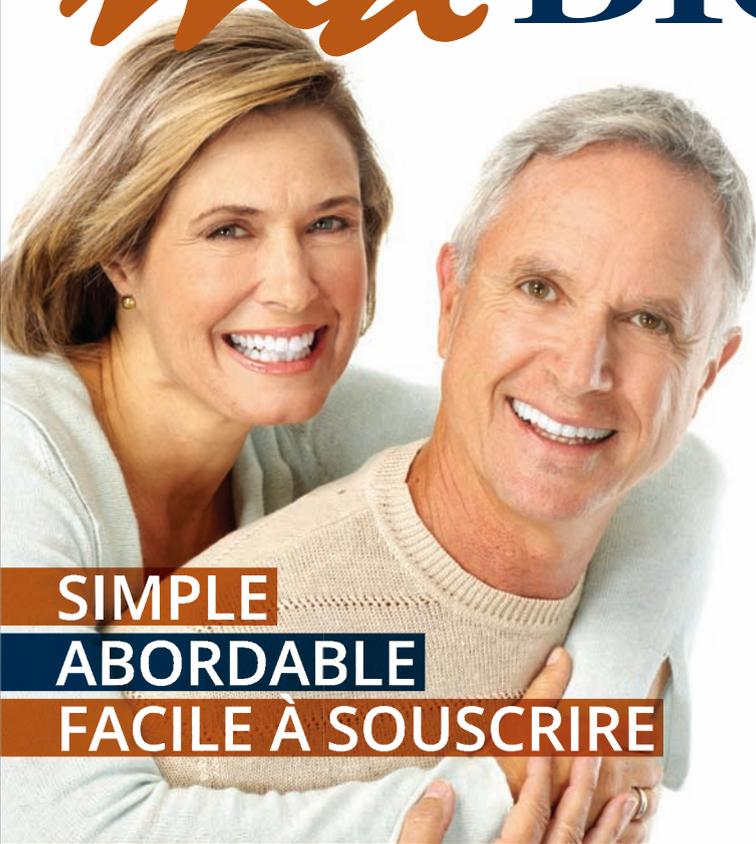
sont disponibles, bien sûr. Au mois de janvier 2014, le temps d'attente, en fonction des différentes régions, pouvait aller jusqu'à 3 ans.

De plus, la contribution financière à verser pour les soins de base à recevoir dans les établissements publics dépendra de la capacité de payer de chaque individu (pour calculer une estimation de votre contribution financière mensuelle, la RAMQ met à votre disposition un outil sur son site internet [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)).

Dans le but de protéger votre patrimoine familial et de vous aider à maintenir votre qualité de vie, des produits d'assurance, tels que les soins de longue durée, ont été développés. Ces protections permettent de recevoir des soins médicaux et du support à domicile ou, si ce n'est pas possible, de les obtenir dans un établissement de soins de longue durée.

Compte tenu de l'importance de la planification et de la qualité de vie à la retraite, un programme de soins à long terme ne doit pas être ignoré.

Facilitez la vie à votre entourage et enlevez-leur le fardeau d'avoir à prendre des décisions importantes sur les soins dont vous aurez besoin. ■



# *ma* DIGNITÉ

**MAINTENANT DISPONIBLE**  
*Pensez à vous et à vos proches !*

**Une protection de SOINS DE LONGUE DURÉE**  
**Sans aucun examen médical**



**ODYSSÉE**  
PLACEMENTS - FISCALITÉ - ASSURANCES

**SIMPLE**  
**ABORDABLE**  
**FACILE À SOUSCRIRE**

POUR PLUS D'INFORMATION  
COMMUNIQUEZ AU  
**1 888 447-3629**



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

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

## SOMMES-NOUS RICHES AVEC 500 000\$ D'ÉPARGNE DANS UN REER EN 2014?



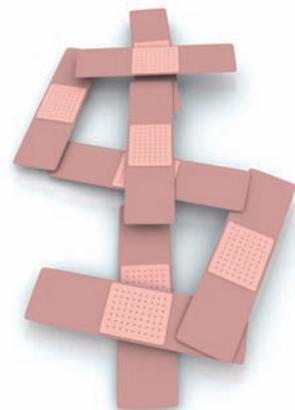
*« Il faut se rappeler  
que ce n'est d'ail-  
leurs seulement  
qu'à partir de 1987  
que les courtiers en  
valeurs mobilières  
se sont vus octroyé  
par le ministre des  
Finances de  
l'époque Michael  
Wilson, le droit de  
commercialiser les  
comptes REER  
autogérés. De plus  
les plafonds de coti-  
sation d'avant 1987  
ne se résumaient à  
presque rien. »*

J'ai commencé comme conseiller financier en 1987. Les gouvernements de Brian Mulroney, Margaret Thatcher, Ronald Reagan, Mikhaïl Gorbatchev, Helmut Kohl et François Mitterrand étaient au pouvoir. Chez-nous, Claude Béland venait à peine d'être nommé à la tête des Caisses Desjardins. Le procès des sœurs Lévesque, accusées de trafic d'héroïne, venait de débiter à Rome. Roch LaSalle démissionnait du cabinet Mulroney, pour une affaire de pot-de-vin. On inaugurait le toit du Stade olympique... Beaucoup de turbulence autour de l'Accord du lac Meech et un rendez-vous manqué pour le Québec avec la confédération canadienne. Conrad Black achetait Unimédia. La saga du Manoir Richelieu opposant la famille Malenfant à la CSN dégénérait. Le salaire minimum atteignait la barre des 4,55\$/l'heure. Un accord de libre-échange USA-Canada était en cours de négociation. 19 octobre 1987 (le lundi noir), krach boursier à Wall Street (DJ perd 22%), Toronto n'y échappait pas et perdait 168 points. L'année 1987 est aussi marquée par la disparition de René-Lévesque. La population de la Terre franchissait les 5 milliards d'humains.

Une Honda Accord se vendait 15 000 \$, une Audi 5000, 26 000 \$ et une Acura Integra 13 000 \$. Côté habitation, un cottage 30 X 30 se vendait environ 100 000 \$. C'était le bon temps...

Les obligations canadiennes 10 ans payaient alors presque 10%, les municipales plus de 11% et les corporatives près de 12%, pendant qu'un prêt hypothécaire 5 ans fermé coûtait 11,5%.

On rencontrait alors au Québec très peu d'épargnants ayant réussi à amasser une somme alors si importante de 500 000 \$. Ceux qui disposaient d'un pareil coussin pouvaient se considérer relativement « riches » à cette époque. La valeur des comptes REER dépassait à peine 100 000 \$. Il faut se rappeler que ce n'est d'ailleurs seulement





Si on pense qu'un revenu viager net de 31 500 \$ par an rend une personne de 68 ans riche, une personne de 68 ans avec un REER de 500 000 \$ est donc riche... Tout est donc relatif comme l'a démontré entre 1907 et 1915 l'œuvre du célèbre physicien Albert Einstein et plus près de nous l'humoriste Laurent Paquin lors de sa dernière tournée.

À la question en titre, je répondrai de la décevante façon : ça dépend... Et ça dépend en effet de plusieurs facteurs. Quel âge a l'épargnant? Quels sont ses objectifs? À quel train de vie aspire-t-il? Dans quelle région du globe désire-t-il s'installer pour dépenser son pactole? 500 000 \$ c'est beaucoup d'argent en Thaïlande mais très peu à San Francisco ou Paris... ■

*« Si on pense qu'un revenu viager net de 31 500 \$ par an rend une personne de 68 ans riche, une personne de 68 ans avec un REER de 500 000 \$ est donc riche... Tout est donc relatif... »*

qu'à partir de 1987 que les courtiers en valeurs mobilières se sont vus octroyé par le ministre des Finances de l'époque Michael Wilson, le droit de commercialiser les comptes REER autogérés. De plus, les plafonds de cotisation d'avant 1987 ne se résumaient à presque rien.

Avec un portefeuille de 500 000 \$, bien entendu non enregistré, un homme de 68 ans pouvait alors espérer un revenu annuel de plus de 86 000 \$ (50 000 \$ non imposable), en se procurant une rente viagère sans période garantie auprès de n'importe quel assureur. Pas si mal si on compare ce revenu avec celui du travailleur au salaire minimum de l'époque qui ne gagnait qu'un maigre 9 500 \$ par an.

Aujourd'hui, le même épargnant n'obtiendrait que 39 000 \$ de revenu imposable ou 31 500 \$ de revenu disponible en appliquant la même stratégie à partir de 500 000 \$ de REER!!! Pendant ce temps, par rapport à 1987, le prix de l'électricité s'est apprécié de 72%, celui du gaz naturel de 112%, l'essence à la pompe de 148% alors que l'IPC a augmenté de 73%.



**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 6 milliards \$ d'actifs.**

---

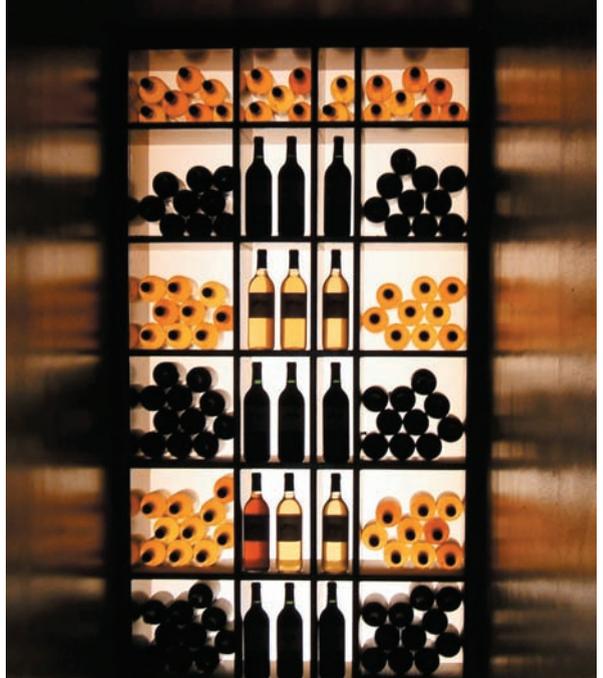
*Pour vous renseigner sur nos services de gestion,  
contactez un de nos conseillers au 514 288-7545.*

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

# CAVE OU CELLIER? OÙ LOGER SES VINS?

Par Nicole Barrette Ryan

**AVANT D'INVESTIR DANS UNE CAVE À VIN OU UN CELLIER, IL EST IMPORTANT DE FAIRE UN BILAN DE SA SITUATION PERSONNELLE : CONSOMMATION QUOTIDIENNE, LOGEMENT, GOÛTS PERSONNELS. UNE FOIS QUE CES TROIS POINTS SONT BIEN ÉTABLIS, C'EST LE MOMENT DE PRENDRE UNE DÉCISION.**



*« Il faut se rappeler, cependant, qu'une cave ou un cellier est destiné à conserver dans les meilleures conditions possibles des vins qui ont un potentiel pour continuer à évoluer, et qui se bonifieront en vieillissant. »*

## CONSOMMATION QUOTIDIENNE

En supposant que vous ne vivez pas seul et que vous buvez du vin tous les jours, aux deux repas principaux, cela représente au moins une bouteille de 750 ml par jour, soit 365 bouteilles par année. Il vous faut donc pouvoir entreposer au moins 300 bouteilles, soit dans un cellier d'appartement, soit dans un endroit aménagé dans la cave.

## VOS GOÛTS PERSONNELS

Si vous aimez les vins plus âgés aux tanins arrondis et aux arômes évolués de café, de fruits confits, de cuir et de cèdre, il faudra prévoir garder les bouteilles au cellier ou dans la cave pendant quelques années; il faut donc compter au moins 150 bouteilles de plus que le nécessaire de base. À cela, il faudra ajouter 10 % de vins blancs, ce qui donne 495 bouteilles. Il faut se rappeler, cependant, qu'une cave ou un cellier est destiné à conserver dans les meilleures conditions possibles des vins qui ont un potentiel pour continuer à évoluer, et qui se bonifieront en vieillissant. Point n'est besoin de mettre en cave pour une longue garde des vins jeunes, à boire jeunes; vous seriez sans doute déçus dans quelques années.

Donc, si vous préférez les vins axés sur le fruit, dans le style des vins du Nouveau Monde, il ne faudrait pas tenir un inventaire trop important. Par contre, avec un bon livre de cave, vous pourrez conserver les vieux vins en suivant de près leur évolution, que ce soit pour votre consommation personnelle, comme investissement personnel (ces vins prennent de la valeur avec le temps et se négocient sur le marché international) ou investissement familial pour la prochaine génération. Dans ce cas, cependant, il faudra veiller à réserver un coin particulier dans votre cave, à l'abri de la curiosité œnophile des autres personnes de la maison...

## VOTRE LOGEMENT

Vous habitez un appartement ou un condominium, il vous faudra alors choisir un cellier d'appartement, à placer dans la cuisine parmi les autres appareils électroménagers ou, si vous aimez partager avec vos amis le plaisir d'admirer vos bouteilles, dans la salle à manger. Toutes les boutiques spécialisées en proposent à tous les prix et de divers fabricants.

Mais si vous êtes propriétaire d'une maison, vous pourrez vous faire plaisir et vous faire aménager la cave de vos rêves. Cet endroit qui deviendra pour vous le saint des saints, pourra éventuellement servir également de lieu de dégustation avec vos amis. La grandeur de votre cave pourra être aussi grande que votre ambition; il faudra penser grand car un tel investissement en est un à long terme et peut également donner une plus value à votre maison. De grâce cependant, prenez conseil auprès de spécialistes, car ce serait dommage d'investir temps et argent dans un projet qui ne remplirait pas ses fonctions.

Si vous achetez une maison sur plans, en pré vente, ou que vous faites construire votre maison, vous pouvez alors prévoir l'aménagement d'un espace dans l'endroit idéal de la cave, c'est-à-dire une pièce orientée au nord-est, munie d'une fenêtre, avec au moins un mur en contact avec l'extérieur. L'orientation est importante car il faut éviter au maximum le réchauffement par les rayons du soleil et les



grandes variations de température. Et la fenêtre a aussi son importance, car il faut prévoir de l'aération. Que le travail soit fait par un professionnel ou par vous-même, bricoleur chevronné, il est important de prévoir une isolation suffisante – plafond, murs, sol – et de construire des casiers solides et bien ancrés. Autre détail important, l'essence de bois qui sera choisie. Il faut éviter des bois trop parfumés car les vins sont sensibles aux odeurs, des bois trop tendres car les casiers pourraient se déformer sous le poids des bouteilles. L'essence est donc de la première importance. Il faut un bois imputrescible sans odeur : merisier, érable, acajou, tek, cèdre de Colombie-Britannique, etc. Le bois peut être traité mais avec un verni neutre, sans odeur. Le cèdre rouge dégage une certaine odeur quand il est frais mais, avec le temps, cette odeur se dissipe. Idéalement, il faudrait un cèdre qui a été séché à l'air pendant quelques mois avant la construction. Ceci étant dit, le bois n'est pas une matière indispensable. On le choisit souvent pour ses qualités esthétiques et sa disponibilité, mais pour une cave d'aspect très moderne, l'acier inoxydable brossé est aussi d'un bel effet.

L'aération est importante pour éviter que ne se forment des moisissures dans la cave et éventuellement sur les bouteilles. L'isolation est importante car les caves, au Canada, ne sont pas creusées assez profondément pour assurer une température constante – autour de 12 °C avec une hygrométrie autour de 70 %. Autre élément important : la climatisation. Il ne s'agit pas de placer un simple climatiseur dans la

fenêtre mais un véritable système adapté comprenant condensateur, compresseur humidificateur et échangeur d'air.

#### EN CONCLUSION

Il est important de faire appel à des professionnels d'abord pour la conception de la cave (un maître cellier reconnu, avec références à l'appui) et pour le choix des vins (si l'on est un peu amateur en la matière). Un bon sommelier professionnel pourra vous aider à choisir les vins qui seront la base de votre cave. Par la suite, la lecture d'une revue spécialisée comme *Vins & Vignobles* vous éclairera sur les bons achats à faire dans les magasins de la SAQ. Il faudra également tenir un livre de cave à jour – soit manuscrit, soit sous forme de logiciel et ne pas oublier de faire un inventaire régulier de la cave pour ne pas courir le risque de perdre un vin qui aurait dépassé son apogée. ■



**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





volcans dans le golfe de Fonseca ; cayes des Caraïbes; montagnes des cordillères et jungle tropicale.

En outre, la capitale Tegucigalpa, la « Montagne d'argent », ne manque pas d'attraits, avec de beaux monuments, tels la cathédrale baroque du XVII<sup>e</sup> siècle, l'ancienne université qui abrite aujourd'hui un musée, le Parlement ou encore l'église San Francisco du XVI<sup>e</sup> siècle. Le Honduras est donc un pays qui mérite d'être exploré, sous toutes les coutures...



## LE HONDURAS

### TRÉSORS ARCHÉOLOGIQUES, JUNGLE ET RÉCIF DE CORAIL

#### GÉOGRAPHIE

Situé dans le triangle nord de l'Amérique centrale, avec le Guatemala et le Salvador, le Honduras bénéficie d'un accès à deux océans : l'océan Pacifique, via le golfe de Fonseca au sud, et l'océan Atlantique, par la mer des Caraïbes au nord.

Le pays est divisé en 18 départements. Les forêts recouvrent la majeure partie du territoire, en raison du climat tropical, et sur la côte nord-est, elles prennent la forme de mangroves. Dans les régions centrales, les montagnes d'origine volcanique (le Cerro Las Minas est le mont le plus élevé, 2 870 m) alternent avec de profondes vallées, parcourues par des rivières dont les crues provoquent régulièrement des inondations et des éboulements pendant la saison des pluies. Dans les plaines côtières, les terres fertiles permettent la culture de bananes, de la canne à sucre, de maïs, sorgho et riz, entre autres.

Dans la mer des Caraïbes, le département des îles de la Baie (Islas de la Bahia, dont les trois îles principales sont Utila, Roatan et Guanaja) forme un archipel aux belles plages de sable blanc, très prisé des plongeurs car les récifs coralliens renferment des trésors de faune et de flore encore peu explorés. La Réserve de la biosphère Rio Platano (patrimoine mondial Unesco), dans la région de Mosquita au nord-est du pays, protège une forêt tropicale en danger (l'acajou est menacé, notamment à cause des coupes de bois illégales), et une faune variée en reptiles (crocodiles, tortues...) mais aussi en oiseaux (377 espèces) et mammifères, tapir, jaguar, ocelot et pumas, pour ne citer qu'eux.

Au milieu de l'isthme de l'Amérique centrale, le Honduras a pour voisins immédiats le Nicaragua, le Guatemala et le Salvador. Il partage le golfe du Honduras avec le Belize, situé en face, au nord-ouest. Au sud-est du pays, le golfe de Fonseca donne sur l'océan Pacifique. La mer des Caraïbes représente une richesse inestimable pour les Honduriens, avec son magnifique archipel des Islas de la Bahia, les îles de la Baie. Ces îles ont été marquées par les Espagnols, Anglais et Néerlandais qui s'y sont successivement arrêtés, voire installés, mais surtout par les nombreux passages des pirates et des boucaniers. Ceux-ci laissent aujourd'hui la place aux plongeurs du monde entier car les fonds sous-marins y sont de toute beauté, avec des récifs coralliens réputés, notamment aux abords de l'île de Roatan.

Autre richesse du Honduras, son patrimoine archéologique exceptionnel, avec le site maya de Copan, à l'ouest du pays, tout près du Guatemala. Stèles et autels, escalier aux pétroglyphes... L'acropole, les temples et les tombeaux, bâtis dans une vallée recouverte par la jungle, semblent n'attendre que les visiteurs aux âmes d'explorateurs. Des paysages divers composent d'ailleurs le tableau hondurien : plaines côtières et vallées fertiles à l'approche de la mer des Caraïbes, qui font l'objet de cultures ; îles et





## POPULATION & CULTURE

Les traces archéologiques au Honduras, remontant à plusieurs millénaires avant notre ère, démontrent l'ancienneté et la richesse culturelle d'un pays très bien organisé avant l'arrivée des Européens, dans les premières années du XVI<sup>e</sup> siècle. Le site maya de Copan, proche du Guatemala, est connu pour ses stèles et son bel escalier orné de pétroglyphes.

Dans les musées de Copan, vous pourrez aussi voir exposées des sculptures, des céramiques, des œuvres et de l'artisanat mayas, ainsi que d'intéressantes reconstitutions du site.

Le Honduras a été colonisé par les Espagnols pendant plus de 300 ans (1502-1821). Par ailleurs, les ressources minières du pays, en particulier l'or, ont attiré les pirates anglais et néerlandais aux XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles. Ce passé a donné lieu à une descendance métissée à 90 %. Au Honduras, cependant, des groupes ethniques prédominent dans certaines régions, comme les Garifunas sur la côte caraïbe, ou



les Lencas, près du Salvador. L'espagnol est la langue utilisée par les Honduriens, même si les ethnies indigènes parlent également leurs propres dialectes.

Majoritairement catholiques, avec toutefois une progression de l'église évangéliste, les Honduriens ont



Bienvenue à tous!

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

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

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

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

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

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

514.696.4653 x222 [www.golfstraphael.ca](http://www.golfstraphael.ca), [Info@golfstraphael.ca](mailto:Info@golfstraphael.ca)

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





*« Le Honduras possède les richesses naturelles du Costa Rica, les trésors archéologiques du Guatemala et les plages du Belize, tous réunis sur son petit territoire. »*

hérité d'un patrimoine religieux caractéristique de l'Espagne : à Tegucigalpa, la cathédrale baroque (XVIII<sup>e</sup> siècle) et l'église San Francisco (XVI<sup>e</sup> siècle), mais aussi autour de la capitale, avec la Vierge de Suyapa, sainte patronne du Honduras, visible à la basilique de Suyapa. La pittoresque et charmante ville de Santa Lucia, à une douzaine de kilomètres de la capitale, illustre le passé colonial du pays. Le Honduras devient indépendant en 1821, et après une vie politique mouvementée, est aujourd'hui une république.

Côté cuisine, vous retrouverez la gastronomie latino-américaine avec les tortillas et les enchiladas, et découvrirez peut-être une recette datant de plus de

5 000 ans, celle des tamales de elote : ces crêpes de maïs, remplies de farce sucrée ou salée, sont cuites à la vapeur, roulées en papillotes dans des feuilles d'épi de maïs ou de bananiers. Le plat national hondurien demeure cependant le curile, sorte de bouillon de fruits de mer. Plus simplement, vous serez sans doute ravis de savourer des fruits et légumes tropicaux dans leur pays d'origine, car au Honduras, les avocats, mangues, papayes, ananas et bananes ont la valeur inestimable du goût véritable et de la fraîcheur...

### CLIMAT

Le Honduras jouit d'un climat tropical : chaud et humide, ce climat favorise une végétation luxuriante, des forêts de jungle et des zones de mangrove en région côtière. Le littoral, notamment la côte atlantique au nord, subit plus régulièrement des précipitations et la moyenne annuelle de températures est plus élevée que dans les terres, allant de 20 °C à 40 °C, avec un taux d'humidité parfois étouffant.

En revanche, à l'intérieur du pays, l'altitude tempère le climat tropical : les températures oscillent entre 15 °C et 20 °C, et la pluie tombe moins régulièrement. On distingue deux saisons, un été sec, de novembre à avril, et un hiver pluvieux. D'avril-mai à octobre, c'est donc la saison des pluies, touchant en particulier le littoral de l'océan Atlantique (mer des Caraïbes) et la côte pacifique (golfe de Fonseca). Les plaines côtières subissent des inondations parfois destructrices. D'autre part, le Honduras peut être frappé par les ouragans, principalement en octobre.

Ainsi, il est fréquent d'observer une différence de 5 °C entre les températures de la capitale Tegucigalpa



(à 1 000 m d'altitude) et de La Ceiba (au bord de la mer des Caraïbes) au profit de cette dernière, ainsi que de gros écarts pluviométriques : 400 mm de pluie en décembre à La Ceiba pour seulement 10 mm le même mois à Tegucigalpa.



### VOYAGE SUR MESURE AU HONDURAS

Cédez à l'immersion au cœur d'un pays injustement méconnu... le Honduras possède les richesses naturelles du Costa Rica, les trésors archéologiques du Guatemala et les plages du Belize, tous réunis sur son petit territoire. Mais la petite-tesse s'arrête là, tant les découvertes qui vous attendent seront sans limites!

Partez à la rencontre d'un Honduras magique qui se présente sous ses plus beaux aspects : ruines mayas, ethnies, jungle et enfin de sublimes plages caribéennes! Nous avons joué la carte de la variété tout au long de ces deux semaines : vous débuterez par les stèles millénaires du site maya de Copan qui trouvent aujourd'hui un écho moderne dans l'artisanat local des petits villages, avant de vagabonder dans des paysages sublimes à contempler sans retenue, en



bateau dans la mangrove ou en rando dans la forêt tropicale, et les parcs nationaux où quantité d'activités ludiques et sportives vous attendent.

Pour vous remettre de ces émotions, direction les îles frangées de corail d'Utila et Roatan. C'est là qu'il vous faudra déployer tous vos talents de plongeur pour admirer des fonds sous-marins uniques au monde par leur richesse et leurs couleurs, à moins que vous ne préfériez bronzer tranquillement un cocktail à la main sur les plages immaculées?

*N'hésitez pas à contacter un conseiller spécialiste Uniktour du Honduras pour plus d'informations sur ce voyage sur mesure!* ■



# 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*

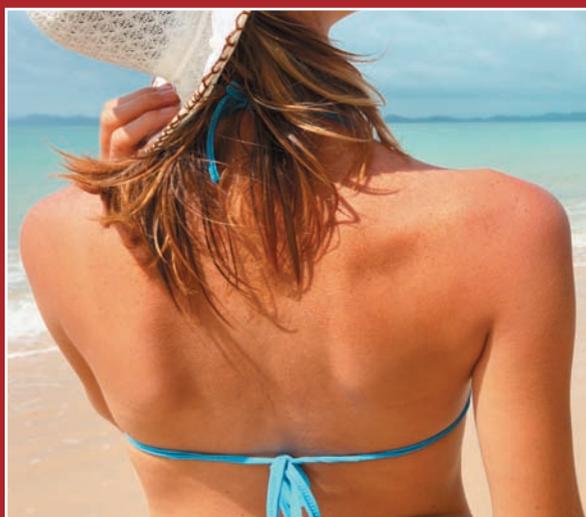
**1216 rue Bishop,  
Montréal, Québec H3G 2E3  
RESERVATION: 514.861.6733**



# LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

À NE PAS MANQUER DANS  
LE PROCHAIN NUMÉRO :  
SPÉCIAL  
DERMATOLOGIE



## LE PATIENT ACCEPTE LES PETITES ANNONCES

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

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



## BEXSERO<sup>MD</sup>

Vaccin à constituants multiples  
contre le méningocoque B  
(recombinant, adsorbé)

### Indications et utilisation clinique :

BEXSERO<sup>MD</sup> est indiqué dans l'immunisation active contre la méningocoque invasive due aux souches de *N. meningitidis* du sérogroupe B (MenB) chez les patients dont l'âge se situe entre 2 mois et 17 ans.

Sur le plan épidémiologique, l'expression des antigènes compris dans le vaccin varie entre les souches de MenB présentes dans les populations, mais les méningocoques qui expriment ces antigènes en quantité suffisante devraient être sensibles à l'action destructrice des anticorps formés à la suite de l'administration du vaccin.

### Contre-indications :

- BEXSERO<sup>MD</sup> est contre-indiqué en présence d'hypersensibilité à ce vaccin, à tout ingrédient entrant dans la préparation de ce vaccin ou de son contenant.

### Mises en garde et précautions pertinentes :

- L'administration de BEXSERO<sup>MD</sup> peut entraîner une élévation de la température corporelle chez le nourrisson et l'enfant âgé de moins de 2 ans.
- L'administration de BEXSERO<sup>MD</sup> doit être reportée en présence de maladie fébrile aiguë grave.
- Ce vaccin ne doit pas être administré en présence de thrombocytopénie, d'hémophilie ou de tout trouble de la coagulation constituant une contre-indication à l'injection intramusculaire.
- Il n'existe pas de données sur l'emploi de BEXSERO<sup>MD</sup> en présence d'altération de la réactivité immunitaire.
- Ne jamais administrer ce vaccin par voie intravasculaire, intraveineuse, sous-cutanée ou intradermique.

- Ne jamais mélanger BEXSERO<sup>MD</sup> avec d'autres vaccins dans une même seringue.
- Il faut pouvoir offrir un traitement médical approprié et exercer une surveillance advenant une réaction anaphylactique après l'administration du vaccin.
- L'administration de BEXSERO<sup>MD</sup> comporte un risque d'apnée chez le nourrisson prématuré; il faut donc envisager de surveiller la fonction respiratoire de ces enfants durant une période de 48 à 72 heures.
- Il faut administrer ce vaccin avec circonspection aux sujets ayant des antécédents connus d'hypersensibilité au latex.
- BEXSERO<sup>MD</sup> est contre-indiqué en présence d'hypersensibilité à la kanamycine.
- Il ne faut pas présumer que BEXSERO<sup>MD</sup> protège contre la méningocoque invasive due à d'autres sérogroupe B.
- Comme tous les vaccins, BEXSERO<sup>MD</sup> pourrait ne pas protéger entièrement toutes les personnes qui le reçoivent.

### Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie à l'adresse [www.novartis.ca/MonographieBexsero](http://www.novartis.ca/MonographieBexsero) pour prendre connaissance de renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie de ce vaccin, qui n'ont pas été abordés dans le présent document.

Vous pouvez aussi obtenir la monographie auprès du service de l'Information médicale, en composant le 1-800-363-8883.

 **NOVARTIS**  
VACCINS

Novartis Pharma Canada inc.  
Dorval (Québec) H9S 1A9  
[www.novartis.ca](http://www.novartis.ca)  
T: 514.631.6775 F: 514.631.1867

BEXSERO est une marque déposée.  
Monographie offerte sur demande.  
Imprimé au Canada  
©Novartis Pharma Canada inc. 2014  
13BEX017F



  
**BEXSERO<sup>MD</sup>**

Vaccin à constituants multiples  
contre le méningocoque B  
(recombinant, adsorbé)

Soyez bien informé. Soyez immunisé.

# L'OPHTALMOLOGISTE UN MÉDECIN AVANT TOUT

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

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

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

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

[www.amoq.org](http://www.amoq.org)  
514 350-5124



ASSOCIATION DES MÉDECINS OPHTALMOLOGISTES  
DU QUÉBEC



abbvie

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

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

Nous sommes une nouvelle société biopharmaceutique issue d'Abbott et d'un riche héritage de 125 ans de soins aux patients.

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

Nous sommes fiers de nous présenter comme AbbVie.

**[abbvie.ca](http://abbvie.ca)**