

# SCR



Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

Automne 2011, volume 21, numéro 3

Allo...  
Allo?!

App

## *Le point sur* la rhumatologie gériatrique

### *Éditorial*

- A+

### *Impression et Opinion*

- Lutter contre l'âgisme
- Les dix choses que les rhumatologues devraient savoir (s'ils ne les savent pas déjà) à propos de la gériatrie

### *Hommage boréal*

- L'arthrite, version portable

### *Arthroscopie*

- Réseau canadien de l'arthrite
- Alliance canadienne pour l'arthrite
- Association des rhumatologues de l'Atlantique
- Association ontarienne de rhumatologie
- Association des médecins rhumatologues du Québec
- Conférence laurentienne de rhumatologie
- Assemblée générale des rhumatologues de l'Est de l'Ontario
- Comité scientifique

### *Nouvelles régionales*

- Université de Montréal

### *Consultation de couloir*

- Traitement des tumeurs musculaires

### *Articulons nos pensées*

- App, apps, et bien plus!

Le JSCR est en ligne! Vous pouvez nous trouver à l'adresse :

[www.stacommunications.com/craj.html](http://www.stacommunications.com/craj.html)

## JSCR COMITÉ DE RÉDACTION

**Mission.** La mission du *Journal de la SCR* est de promouvoir l'échange d'information et d'opinions au sein de la collectivité des rhumatologues du Canada.

### RÉDACTEUR EN CHEF

**Glen T.D. Thomson, M.D., FRCPC**  
Professeur agrégé de médecine familiale, Université du Manitoba  
Winnipeg (Manitoba)

### MEMBRES :

**Michel Gagné, M.D., FRCPC**  
Polyclinique St-Eustache  
St-Eustache (Québec)

**James Henderson, M.D., FRCPC**  
Président,  
Société canadienne de rhumatologie  
Chef, Médecine interne,  
Hôpital Dr. Everett Chalmers  
Professeur,  
Université Dalhousie  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

**Majed M. Khraishi, M.D., FRCPC**  
Directeur médical,  
*Nexus Clinical Research*  
Professeur clinique de rhumatologie,  
Université Memorial  
St-John's (Terre-Neuve)

**Gunnar R. Kraag, M.D., FRCPC**  
Chef des bas de vignettes  
Professeur,  
Faculté de médecine,  
Université d'Ottawa  
Service de rhumatologie,  
L'Hôpital d'Ottawa  
Ancien président,  
Société canadienne de rhumatologie  
Ottawa (Ontario)

**Diane Lacaille, M.D., FRCPC**  
Professeure agrégée de rhumatologie,  
Département de rhumatologie,  
Université de la Colombie-Britannique  
Vancouver (Colombie-Britannique)

**Janet Markland, M.D., FRCPC**  
Professeure clinique,  
Unité des maladies rhumatismales,  
*Royal University Hospital*  
Consultante invitée,  
*Saskatoon City Hospital*  
Médecin, Hôpital St. Paul's  
Professeure clinique,  
Université de la Saskatchewan  
Saskatoon (Saskatchewan)

**Éric Rich, M.D., FRCPC**  
Professeur adjoint,  
Directeur,  
Programme de rhumatologie,  
Université de Montréal  
Rhumatologue,  
Hôpital Notre-Dame du CHUM  
Montréal (Québec)

**Stuart Seigel, M.D., FRCPC**  
Professeur adjoint de clinique,  
Département de rhumatologie (membre associé),  
Université de la Colombie-Britannique  
Kelowna, Colombie-Britannique

**John Thomson, M.D., FRCPC**  
Président sortant,  
Société canadienne de rhumatologie  
Professeur adjoint,  
Département de médecine,  
Division de rhumatologie,  
Université d'Ottawa  
Médecin, L'Hôpital d'Ottawa  
Ottawa (Ontario)

**Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP**  
Vice-président, Société canadienne de rhumatologie  
Ancien président, Association ontarienne de rhumatologie  
Directeur médical,  
*The Arthritis Program*  
Chef du service de rhumatologie,  
Centre régional de santé Southlake  
Newmarket (Ontario)

**Lori Tucker, M.D.**  
Professeure agrégée de clinique en pédiatrie,  
Université de la Colombie-Britannique  
Vancouver (Colombie-Britannique)

**Michel Zimmer, M.D., FRCPC**  
Professeur agrégé,  
Université de Montréal  
Chef, Département de rhumatologie,  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Montréal (Québec)

**Annonce :** Le Dr Glen T.D. Thomson quitte son poste de rédacteur en chef du *JSCR*. Il a occupé ce poste depuis 2000 et a rejoint le comité de rédaction du *JSCR* en 1994. Le Dr Thomson a été président du comité scientifique de 1994 à 1998, président de la SCR de 1998 à 2000, et il a été le président du comité scientifique pour le récent congrès conjoint SCR/CMR à Cancun. Il a reçu le Prix du jeune chercheur de la SCR en 1995. GT a été cité comme disant : « J'ai besoin de repos ».

**Annonce :** La Dre Joanne Homik a récemment démissionné du comité de rédaction. L'éditeur et le comité du *JSCR* tiennent à la remercier pour ses nombreuses contributions et pour son enthousiasme en tant que membre du comité du *JSCR*.

Le comité de rédaction jouit d'une complète indépendance concernant l'examen des articles figurant dans cette publication et il est responsable de leur exactitude. Les annonceurs n'ont aucune influence sur la sélection ou le contenu du matériel publié.

### ÉQUIPE DE RÉDACTION

**Paul F. Brand**  
Directeur de la publication

**Russell Krackovitch**  
Directeur de la rédaction  
Division des projets spéciaux

**Katia Ostrowski**  
Rédactrice

**Catherine de Grandmont**  
Rédactrice-révisure (français)

**Donna Graham**  
Coordonnatrice de la production

**Dan Oldfield**  
Directeur – Conception graphique

**Jennifer Brennan**  
Services administratifs

**Robert E. Passaretti**  
Éditeur

## A+

Par Glen Thomson, M.D., FRCPC

Il me semble plutôt approprié d'établir un lien entre des sujets contradictoires tels que l'âgisme (page 5) et les nouvelles technologies de l'information (page 9) dans ce qui se révèle être mon dernier numéro à titre de rédacteur en chef. En tant qu'enfant du baby-boom qui se bat pour garder sa pertinence, je suis sans cesse bousculé par ce monde en constante révolution électronique dans lequel je vis. Pour maintenir le dialogue avec la génération qui me suis (c.-à-d., mes enfants devenus adultes), j'ai dû m'initier à la messagerie

texte, mais je continue de résister au phénomène Facebook. Au bureau, je passe plus de temps et consacre plus d'énergie chaque année à m'assurer que les ordinateurs et serveurs documentent impeccablement les détails de ma vie professionnelle, ce qui ne les empêche pas de foirer lamentablement à la moindre panne de courant (deux fois en deux ans). Je suis loin d'être prêt à confier mes dossiers papier à l'univers virtuel, mais j'avoue que mon univers personnel, à la maison et au travail, est très différent d'il y a 20 ans.

J'ajouterais qu'il en va de même pour mes frais d'adhésion qui étaient de 50 \$ annuellement lorsque je me suis joint à la Société canadienne de rhumatologie (SCR) en 1990. À l'époque, 30 personnes assistaient à l'assemblée générale annuelle et notre budget ne dépassait pas 5 000 \$. J'ai eu la chance d'être là lorsque la SCR s'est distancée de l'assemblée générale annuelle du Collège royal et a commencé à tenir ses propres réunions en tant qu'organisation indépendante, en février de chaque année (Paul Davis prendra à juste titre le crédit du premier symposium d'hiver, même



« Salut, et encore merci pour le poisson. » (Nos excuses à Douglas Adams)



RDT\*

s'il ne s'agissait pas d'une assemblée « annuelle » de la SCR). Depuis, nos réunions n'ont cessé de grossir. Cette activité multiplie maintenant par trois le nombre de Dunbar de 150, soit le nombre de personnes avec lesquelles nous maintenons habituellement un certain type de relations sociales. L'intimité des réunions s'en ressent, mais c'est au profit de plus grandes possibilités de réseautage et d'un accroissement des revenus pour la SCR. Cela ne m'empêche pas de repenser avec nostalgie à cette époque où je pouvais interpeller la plu-

part des gens par leur prénom lors des réunions.

C'est un des problèmes du vieillissement, nous nous rappelons d'un « bon vieux temps » que nous avons tendance à idéaliser. L'expérience et les connaissances qui s'amalgament avec l'âge devraient engendrer de la sagesse ou du moins une appréciation de la complexité de la plupart des situations. Malheureusement, toute cette information sélectivement accumulée et cette nouveauté qui nous dépasse risquent d'entraîner une inertie sur fond de panique. La retraite permanente vers le confort du connu engendre malheureusement une sclérose de la pensée.

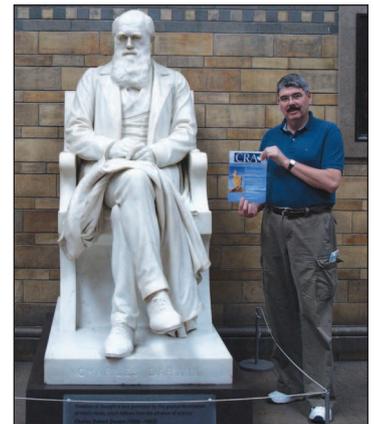
À l'Université de Toronto, en 1987, je me souviens des remarques d'introduction de Hugh Smythe au groupe de nouveaux résidents dont je faisais partie. Selon lui, chaque génération disait avoir réinventé le sexe. Il a reconnu que chaque nouvelle génération affiche assez de confiance et d'optimisme pour se croire capable de résoudre les problèmes qui ont embêté la génération précédente. Certains sont d'avis que la génération des



Les jumeaux Thomson.



Le comité de rédaction, qui ne s'ennuie jamais, lors de la réunion de 2011 à Cancun.



Salut au chef!

parents fait partie du problème et non de la solution. Ce n'est que plus tard qu'arrive une compréhension des défis qu'ont surmonté les générations antérieures. Comme le disait Mark Twain : « Lorsque j'avais 14 ans, je trouvais mon père insupportablement ignorant. Après avoir atteint l'âge de 21 ans, j'ai été étonné de voir tout ce qu'il avait pu apprendre en sept ans. »

La génération du baby-boom n'a pas été la première à se targuer d'avoir réinventé le sexe, mais elle fut là cependant durant les mouvements tectoniques de la technologie, celle-ci provenant de l'abondance et guidée par la conquête spatiale. Et nous pouvons être encouragés par le fait que deux cinquantenaires, Bill Gates et Steve Jobs, nous ont conduit vers cette ère. Alors que le flambeau de l'innovation a été transmis à une

*Ce fut un réel plaisir pour moi de m'adresser à notre lectorat pendant les douze dernières années. J'espère avoir semé quelques idées et fait naître quelques sourires en cours de route.*

génération plus jeune, qui a surgit sur la scène avec la révolution sociale des médias, nous tous, les 50 ans et plus, avons l'obligation de nous familiariser avec les technologies modernes de l'information si nous ne voulons pas alimenter le conflit des générations. Cela dit, je ne pourrai jamais comprendre la nécessité de l'immédiateté de certains médias sociaux comme Twitter, et j'ai encore besoin d'un traducteur pour déchiffrer certains messages texte de mes enfants.

On est pourtant si bien dans nos vieilles pantoufles. L'imprimé dégage toujours cette même chaleur et intimité que n'aura jamais l'écran d'ordinateur. Mais, en cette époque de l'immédiateté, l'imprimé ne peut tout simplement pas rivaliser avec un savoir et une information en si constante et rapide évolution. Les jeunes n'apprécieront peut-être jamais la sensation céleste d'ouvrir un livre tout neuf. Ajouter une revue dans un porte-document pour la durée du vol est quelque chose de dépassé si votre tablette renferme 10 000 journaux. Mais vous pouvez continuer de lire cette revue imprimée bien après que l'agent de bord ait donné la consigne d'éteindre tous les appareils électroniques.

Ce fut un réel plaisir pour moi de m'adresser à notre lectorat pendant les douze dernières années. J'espère avoir semé quelques idées et fait naître quelques sourires en cours de route. J'adresse mes remerciements sincères à tous les membres de l'équipe éditoriale, aux rédacteurs et auteurs invités qui ont écrit au cours de cette période à l'envergure géologique. Je dois aussi remercier les directeurs de rédaction chez STA Healthcare Communications, Maria, Stephanie, Maeve, Mandi, Kate, Katia et Russell, pour leur patience et leur aide, compte tenu de mes notions approximatives de ce que constitue le contenu et le format d'une revue comme celle-ci. Paul Brand, rédacteur exécutif de STA était déjà là lors du premier numéro de Barry Koehler en 1992 et en assure la direction depuis. C'est un modèle de professionnalisme. Vous me manquerez tous.

A+ PA RC RVM P+\* :)

*Glen Thomson, M.D., FRCPC  
Rédacteur en chef, JSCR  
Winnipeg, Manitoba*

\* A+ = à bientôt; PA = paix et amour; RC = restons en contact; RVM = restez vous-même; P+ = pensez positivement. Page précédente : RDT = retour dans le temps

# Lutter contre l'âgisme

Par Monique Camerlain, M.D., FRCPC et Geneviève Myhal, Ph.D.

« À mon sens, il y a quelque chose d'inhumain dans la sénilité. Quelque chose de rampant et d'atavique; les qualités humaines semblent abandonner les vieilles personnes petit à petit, jour après jour. » – H.G. Wells, « *The Red Room* », publié dans la revue *The Idler*, 1896. (Adaptation libre)

L'âgisme est une forme répandue de discrimination ancrée dans les mœurs nord-américaines modernes et il exerce une influence sur la prestation des soins de santé, comme le déclare un comité sénatorial américain spécial qui s'est penché sur le vieillissement<sup>1</sup>. C'est un préjugé négatif ou une perception stéréotypée à l'endroit du vieillissement et des personnes âgées. Selon le Dr Robert Butler, récipiendaire du prix Pulitzer et ancien directeur de l'*International Longevity Centre*, cette mentalité reflète un profond inconfort, une répulsion, voire un dégoût à l'idée de vieillir et de se retrouver malade ou invalide. Elle témoigne aussi d'une frayeur face au sentiment d'impuissance ou d'inutilité et face à la mort<sup>2</sup>.

Or, avec l'avancée en âge de la cohorte de 80 millions de baby-boomers, dont 70 % n'ont pas envie de prendre leur retraite et souhaitent continuer à vivre selon leurs valeurs, on assiste à une transformation du regard porté sur le vieillissement en Amérique du Nord. L'espérance de vie a augmenté de 28 ans au cours du siècle dernier. L'ancienne marque, établie à 65 ans, est désormais révolue. Elle avait été choisie pendant les années 1930 par le président Roosevelt en prévision de la Loi sur la sécurité sociale. L'espérance de vie était alors de 61,8 ans<sup>3</sup>. Or, de nos jours, une femme de 65 ans peut espérer vivre encore 19 ans et un homme du même âge, encore 14 ans. Comme le dit le Dr Butler, « combattre l'âgisme relève maintenant de la défense des droits de la personne »<sup>2</sup>.

Quatre facteurs contribueraient à l'image négative associée au vieillissement, selon Traxler<sup>4</sup>. Ce sont : la peur de la mort, le culte de la jeunesse en Amérique du Nord, l'importance accordée à la productivité et les anciennes méthodes de recherche médicale sur le vieillissement dans les établissements de soins de longue durée. Les personnes âgées institutionnalisées ne représentent qu'environ 5 % de la population vieillissante et ne sauraient être considérées comme représentatives de cette population dans son ensemble<sup>4</sup>.

La Fondation MacArthur a ajouté deux autres facteurs à cette liste : l'accent que la littérature gériatrique place sur les aînés plus fragiles et invalides et la douteuse théorie du

désengagement, selon laquelle les gens âgés s'isolent des autres et du monde pour pouvoir partir plus discrètement<sup>5</sup>.

Il existe deux sortes d'âgisme : l'un est dirigé contre autrui et l'autre contre soi-même; la personne concernée se fait ainsi le reflet et le moteur des valeurs de la société où elle vit. Cela peut mener à la dépression et même au suicide dans un contexte de syndrome de désintégration sociale<sup>6</sup>.

Les répercussions connues de l'âgisme sur les soins aux patients incluent une utilisation moindre des interventions de prévention, de dépistage, de diagnostic et un élargissement des fossés thérapeutiques, le tout conduisant à des traitements insuffisants, voire inappropriés<sup>6</sup>. Si la population âgée américaine est la plus grande consommatrice de médicaments d'ordonnance (1991 – 2000), 40 % des études cliniques ont exclu la participation des personnes de 75 ans et plus. Notre recherche a en outre fait ressortir l'existence d'un biais âgiste chez 58 % des professionnels de la santé au Canada<sup>7</sup>.

Des lacunes thérapeutiques au détriment des personnes âgées ont été documentées en rhumatologie dans les domaines de la douleur chronique<sup>8</sup>, de l'ostéoporose<sup>9</sup> et de la polyarthrite rhumatoïde (PR)<sup>7</sup>. Moins de 35 % des 756 000 Canadiennes atteintes d'ostéoporose reçoivent un diagnostic et sont traitées, et en fait, les stratégies actuelles

*Des lacunes thérapeutiques au détriment des personnes âgées ont été documentées en rhumatologie dans les domaines de la douleur chronique<sup>8</sup>, de l'ostéoporose<sup>9</sup> et de la polyarthrite rhumatoïde (PR)<sup>7</sup>.*

de prise en charge de la PR chez les personnes âgées se fonderaient davantage sur des suppositions que sur des

preuves. Les patients âgés reçoivent des doses moindres de méthotrexate (MTX), ils sont moins susceptibles d'être traités au moyen d'ARMM (antirhumatismeux modifiant la maladie) d'association ou de prendre de la prednisone et ils reçoivent moins d'agents biologiques<sup>10</sup>.

En tant que rhumatologues, comment pouvons-nous contrer l'âgeisme? Comment aider nos patients à bien vieillir? Tout d'abord, en nous informant : nous devons prendre conscience de ce préjugé chez nos collègues et chez nos patients. Bien que le risque de complications soit plus élevé chez les patients âgés, il ne faut exclure d'emblée aucune classe d'agents sans avoir évalué en profondeur les besoins et l'état du patient. Nous devons insister sur l'universalité des soins fondés sur des preuves et sur une évaluation impartiale des rapports risques:avantages<sup>11</sup>. Nous devons aussi aider les patients à participer activement à leurs soins et à suivre à la lettre le traitement qui leur est prescrit.

Sur le site Web de la Clinique Mayo, on peut lire que vieillir en santé est un sujet chaud pour les baby-boomers de partout. Cela décrit bien les positions de l'heure et les comportements que les gens adoptent de plus en plus pour réduire le risque de maladie et améliorer leur santé physique, émotionnelle et mentale. Cela suppose aussi qu'il faut combattre la maladie en adoptant une meilleure hygiène de vie de base qui accélérera le rétablissement et stabilisera la situation. Et pourtant, une étude réalisée auprès de 17 354 Canadiens de plus de 60 ans a démontré qu'ils sont nombreux à ne pas répondre aux critères officiels établis pour justifier des visites médicales préventives et des épreuves de dépistage; 63,2 % n'avaient fait aucun effort pour améliorer leur état de santé au cours de l'année écoulée et 66,7 % n'en voyaient pas le but<sup>12</sup>.

Trois éléments sont au cœur du rapport clinique entre le patient et son médecin : la technologie, les soins et le système de valeurs. Le plus négligé des trois est le système de valeurs, malgré son importance pour assurer la qualité de la consultation sur le plan personnel et celle du contrat social lié aux soins de santé sur le plan politique<sup>13</sup>.

Dans notre culture du tout-à-l'égoût et de la préemption planifiée, on accorde peu d'attention ou d'importance à la sagesse et à l'expérience des aînés. Dans la Chine ancienne, le troisième âge était considéré comme le but de la vie. Libérée de ses obligations familiales et sociales, la personne du troisième âge pouvait se consacrer à la recherche de l'illumination. Les hindous ajoutaient un quatrième âge au cours duquel l'aîné ayant franchi l'étape de l'illumination devait partager son savoir et ses découvertes. Nous aurions peut-être intérêt à nous inspirer de ces cultures millénaires



Activité de sensibilisation à l'âgeisme à l'intention des personnes âgées offerte par la Société de l'arthrite au Québec.

et à améliorer la qualité de nos rapports avec nos patients âgés, en instillant de nouveaux principes à l'univers technologique des soins de qualité<sup>7</sup>.

*Monique Camerlain, M.D., FRCPC*

*Membre consultant en rhumatologie*

*Centre médical de l'Université de Sherbrooke*

*Rhumatologue communautaire, Clinique médicale Belvédère  
Sherbrooke, Québec*

*Geneviève Myhal, Ph.D.*

*Associée de recherche, Clinique médicale Belvédère  
Sherbrooke, Québec*

#### Références :

1. United States Senate Special Committee on Aging. <http://aging.senate.gov/hearings.cfm>. Consulté en juillet 2011.
2. Palmore EB, Branch L, Harris DK. Encyclopedia of Ageism. The Haworth Pastoral Press, New York, 2005.
3. Dychtwald K, Flower J. Age Wave: The Challenges and Opportunities of an Aging America. Jeremy Tarcher, Los Angeles, 1989.
4. Traxler AJ. Let's get gerontologized: Developing a sensitivity to aging. The multi-purpose senior center concept: A training manual for practitioners working with the aging. Illinois Department of Aging, Springfield, IL, 1980.
5. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. Random House, New York, 1999.
6. Camerlain M. Agisme et Ostéoporose. *L'Actualité Médicale* 2006; 27(11):25-7
7. Camerlain M, Myhal G, Hamel S. L'âgeisme et la polyarthrite rhumatoïde de l'aîné. Créer un autre paradigme. *L'Actualité Médicale* 2010; 31(16):37.
8. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997; 70(1):3-4.
9. Papaioannou A, Giangregorio L, Kvern B et coll. The osteoporosis care gap in Canada. *BMC Musculoskelet Disord* 2004; 5:11.
10. Tutuncu Z, Reed G, Kremer J, et coll. Do patients with older-onset rheumatoid Arthritis receive less aggressive treatment? *Ann Rheum Dis* 2006; 65(9):1226-9.
11. Fraenkel L, Ravidou N, Dhar R. Are rheumatologists' treatment decisions influenced by patients' age? *Rheumatology (Oxford)* 2006; 45(12):1555-7.
12. Newsom JT, Kaplan MS, Huguet N, et coll. Health behaviors in a representative sample of older Canadians: prevalences, reported change, motivation to change, and perceived barriers. *Gerontologist* 2004; 44(2):193-205.
13. White KL. Foreword to Payer L, *Medicine and Culture*. Penguin Books, É.-U., 1988.

# Les dix choses que les rhumatologues devraient savoir (s'ils ne les savent pas déjà) à propos de la gériatrie

Par William Earle DeCoteau, M.D., FRCPC

**E**n Amérique du Nord, l'arthrite est la maladie chronique la plus prévalente chez les personnes de 65 ans et plus. On estime à 200 000 le nombre de Canadiens de 25 à 34 ans qui souffrent d'une forme d'arthrite et la maladie affecterait plus de 800 000 personnes de plus de 55 ans. Une discussion s'impose sur la meilleure façon de prendre soin des patients âgés. Selon mon expérience, voici les 10 principaux points dont les rhumatologues doivent tenir compte lorsqu'ils abordent un patient gériatrique.

## 1) Gériatrie et gériatrie sont deux choses distinctes

Souvent, les médecins utilisent indifféremment les deux termes, mais la gériatrie est l'étude du vieillissement, tandis que la gériatrie est l'étude de la santé et de la maladie à un stade avancé de la vie.

## 2) Les patients âgés forment un groupe très hétérogène

Chacun vieillit à sa façon et il est important de garder à l'esprit que l'âge physiologique d'un patient gériatrique ne concorde pas toujours avec son âge chronologique. Certains facteurs, comme la génétique, l'hygiène de vie et l'attitude, font de chaque personne âgée un cas à part. En outre, la population de 65 ans et plus forme une vaste cohorte sur le plan clinique. Il y a souvent peu de différences entre un jeune patient gériatrique et une personne de 50 à 65 ans, alors qu'on ne peut en dire autant d'un patient de 75 ans et d'un quasi-centenaire.

## 3) La polyarthrite rhumatoïde (PR) se déclare rarement chez les personnes âgées et elle est encore moins fréquente chez les gens du « quatrième » âge

Les patients gériatriques qui souffrent de PR vivent habituellement avec la maladie depuis des années. Plus souvent qu'autrement, un patient âgé fera appel à la rhumatologie ou à la gériatrie en raison des complications du vieillissement ou de difformités majeures causées par la PR, une fois passé le stade des poussées évolutives. Étant donné que la PR est associée à un système immunitaire très actif, on la verra très rarement se déclarer chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

## 4) Attention, la douleur n'est pas toujours d'origine rhumatismale!

Comme chez les patients de tous âges, chez les sujets âgés, la douleur et l'œdème articulaires méritent qu'on les approche avec une certaine ouverture d'esprit. Par exemple, la polymyalgie peut être un signe de néoplasie. Ainsi, selon mon expérience, ce qui à première vue peut sembler être une maladie rhumatismale chez une femme âgée pourrait se révéler être un cancer du sein.

## 5) Le traitement de la PR peut influencer négativement sur d'autres maladies

Les patients gériatriques vivent souvent avec plus d'une maladie chronique. Avant de prescrire un traitement, il faut donc évaluer et individualiser le traitement pour tenir compte des besoins de chaque patient et éviter l'iatrogénèse.

## 6) Les traitements énergiques peuvent convenir aux patients âgés

Bien qu'ils puissent convenir davantage aux personnes âgées en forme, qui ne sont pas sujettes aux effets secondaires, on ne doit pas refuser d'administrer des antirhumatismaux modifiant la maladie (ARMM) aux arthritiques vieillissants, sous prétexte qu'ils sont trop âgés. Il est toutefois important de noter que le vieillissement entraîne une dégradation des protéines matricielles, qui font partie intégrante des muscles, des os et de la peau. Les corticostéroïdes peuvent aider les patients gériatriques à combattre la PR, mais pourraient ne pas convenir à long terme chez ceux dont les protéines matricielles sont déjà pour une bonne part épuisées.

## 7) Le chaos guette les « géants gériatriques » sous traitement si on n'y voit pas

Le Dr Bernard Isaacs a inventé le terme « géant gériatrique » pour parler des cas où l'incontinence, l'immobilité, le déclin cognitif et l'instabilité se liguent tous les quatre pour compliquer l'ensemble des problèmes de santé liés à l'âge. Le déclin cognitif est particulièrement menaçant puisqu'il

affecte la capacité du patient de prendre des décisions au sujet de son traitement, sa motivation à accepter la réadaptation et sa capacité de tolérer la chirurgie.

### 8) Plus de paroles et moins de gestes

Voilà le mantra du Dr William Hazzard, chef de file mondial en gériatrie. Pour offrir aux patients âgés des soins optimaux, il faut comprendre le tableau global et pour cela, s'assurer que les canaux de communication restent ouverts en tout temps. Les proches ont une contribution extrêmement utile à apporter à cet égard et un suivi est indispensable pour en assurer le succès.

### 9) Les unités de gériatrie sont importantes pour la réadaptation

Lorsqu'on traite la PR chez une personne âgée, les interventions non pharmacologiques ont autant d'importance, sinon plus, que les options pharmacologiques. Les mesures

de réadaptation conçues expressément pour la clientèle gériatrique hospitalisée peuvent améliorer l'issue des traitements.

### 10) La gériatrie n'est pas une science axée sur la performance

Mais ses principes de base échappent à bien des médecins. La rhumatologie est un domaine formidable pour apprendre les signes du vieillissement. Lorsqu'il connaît les « géants gériatriques », le rhumatologue n'a pas vraiment besoin d'adresser le patient atteint de PR ailleurs, peu importe son âge.

*William Earle DeCoteau, M.D., FRCPC  
Gériatrie, rhumatologie, gérontologie clinique  
Saskatoon City Hospital  
Professeur émérite, Université de la Saskatchewan  
Saskatoon, Saskatchewan*

## Impressions florales

Nouvelles fraîchement cueillies : Le jardin de la Dre Janet Markland s'est récemment mérité une mention de la Société horticole locale de Saskatoon. Voici quelques-unes de ses beautés écloses.

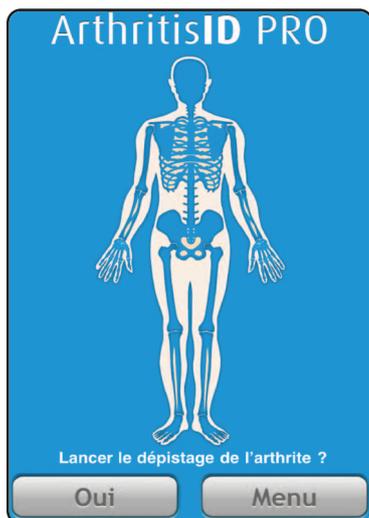


# L'arthrite, version portable

Par John M. Esdaile M.D., MPH, FRCPC, FCAHS et Cheryl L. Koehn

De nos jours, 80 % des cybernautes se tournent vers l'Internet pour des renseignements sur la santé et les traitements. Les médecins de premier recours et le public sont clairement à la recherche d'information et de conseils à propos de l'arthrite. Cette année, les deux coresponsables du Programme national de sensibilisation à l'arthrite (PNSA), soit le Centre canadien de la recherche sur l'arthrite (CCRA) et le comité ACE (*Arthritis Consumer Experts*), ont collaboré à la mise au point d'un outil très intéressant pour téléphone mobile : les plus complètes applications « arthrite », fondées sur des preuves, pour iPhone/iTouch, soit ArthritisID (pour le grand public) et ArthritisID PRO (pour les professionnels de la santé).

ArthritisID PRO et ArthritisID sont des applications gratuites qui proposent aux professionnels de la santé et au public des renseignements sur l'arthrite en anglais et en français.



ArthritisID PRO est entièrement accessible en français et en anglais et comprend des vidéos documentaires.

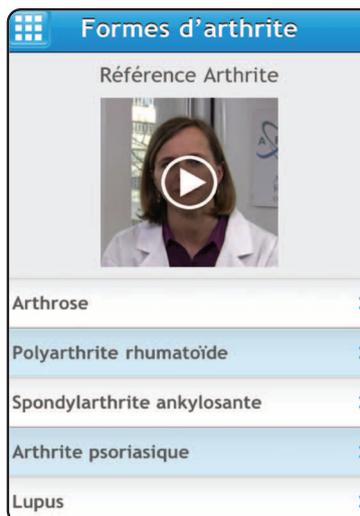
ArthritisID, une application gratuite destinée au grand public, a été conçue à des fins éducatives et pour susciter les échanges sur la nécessité d'un dépistage précoce et d'une prise en charge optimale de l'arthrite. Le logiciel aide le public à repérer les signes de la maladie et le renseigne sur les approches les plus récentes en matière de traitement, de prise en charge et de prévention.

Les nouveaux modèles d'interactivité utilisés pour ces applications sur l'arthrite et son dépistage puisent dans la documentation de base d'un outil pratique qu'avait préparé le PNSA à la suite d'une fructueuse consultation auprès de la Société cana-

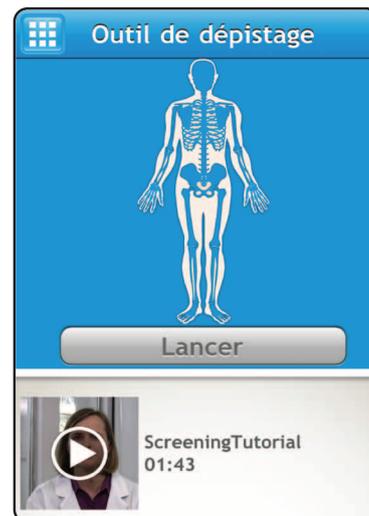
dienne de rhumatologie (SCR), de la Société de l'arthrite et de l'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) de la Dre Gillian Hawker. Cet outil destiné aux cliniques de rhumatologie fait appel aux plus récents critères de classification de l'*American College of Rheumatology* (ACR) pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) et aux données compilées par l'OARSI concernant l'arthrose. Il a

permis la création du nouveau questionnaire de dépistage interactif contenu dans l'application ArthritisID et la mise au point d'un algorithme pour le diagnostic différentiel qui aidera les professionnels de la santé et les patients à reconnaître les symptômes et signes clés de sept types d'arthrite parmi les plus courants.

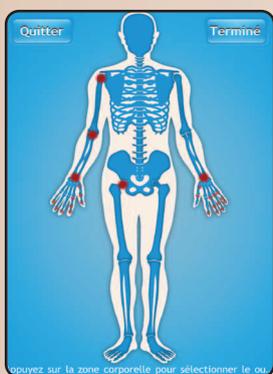
Une fois le questionnaire de dépistage administré, cette fonctionnalité de l'application ArthritisID (qui renferme des questions légèrement différentes pour les professionnels de la santé et pour le public) fournit les résultats à l'utilisateur et le renvoie à la section sur les types d'arthrite s'il souhaite se renseigner davantage. Cette section met en relief les signaux d'alarme, en plus de décrire en détail les stratégies thérapeutiques. Cela inclut les objectifs du traitement, des renseignements sur les médicaments



et l'autosoins pour sept types d'arthrite : l'arthrose, la spondylite ankylosante (SA), l'arthrite psoriasique (APs), le lupus, la goutte, la PR et l'arthrite idiopathique juvénile (AIJ). Elle offre aussi une information complète sur les médicaments, l'autosoins et les stratégies de prévention pour aider les professionnels de la santé et les patients à sélectionner les



## ArthritisID PRO offre :



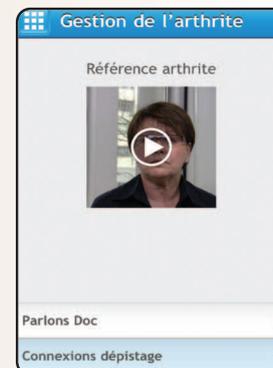
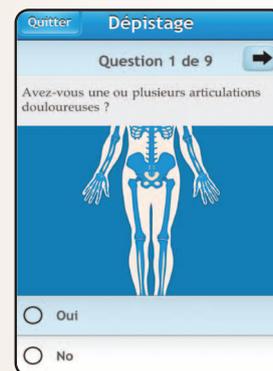
- Un outil interactif de dépistage de l'arthrite et un questionnaire en 13 points pour établir le diagnostic différentiel
- Des lignes directrices exemplaires et à jour pour le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de l'arthrite
- Une activité de formation médicale continue (FMC) reconnue par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) donnant droit à des crédits MainPro-M2
- Des renseignements sur les stratégies thérapeutiques et les médicaments indiqués pour l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde (PR), la spondylite ankylosante (SA), l'arthrite psoriasique (APs), le lupus, la goutte et l'arthrite idiopathique juvénile (AIJ)
- Cinq vidéos sur l'examen des articulations arthritiques
- Des renseignements sur l'autosoin afin que les patients gèrent mieux leur arthrite, ce qui englobe l'exercice, la prévention, la perte de poids et la nutrition
- Des renseignements par courriel envoyés directement par ArthritisID PRO aux patients ou aux professionnels



## ArthritisID offre :



- Un outil interactif de dépistage de l'arthrite et un questionnaire simple en neuf points pour aider les personnes à reconnaître les signes d'un type d'arthrite donné
- Des renseignements sur les stratégies thérapeutiques et les médicaments indiqués pour l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde (PR), la spondylite ankylosante (SA), l'arthrite psoriasique (APs), le lupus, la goutte et l'arthrite idiopathique juvénile (AIJ)
- Des renseignements sur la prévention de l'arthrite, de même que sur l'exercice, la perte de poids et la nutrition
- Une rubrique axée sur la conversation avec le médecin, qui propose des exemples de questions à poser au professionnel de la santé
- Une fonction de gestion de l'arthrite, qui permet de sauvegarder les résultats des questionnaires
- Des renseignements par courriel envoyés directement par ArthritisID





interventions les plus utiles pour maintenir ou améliorer la santé articulaire.

Pour les médecins et autres professionnels de la santé, ArthritisID PRO propose des ressources didactiques utiles. L'application donne entre autre accès à cinq vidéos détaillées sur l'examen des articulations, en français et en anglais, présentées par les docteurs John Esdaile et Diane Lacaille. Ces cinq vidéos décrivent les techniques appropriées pour l'examen des articulations :

une, d'une durée de deux minutes, présente l'examen complet des articulations, et les quatre autres expliquent respectivement l'examen du genou, de la hanche, de l'épaule et du coude.

L'application ArthritisID PRO est également fière de présenter une caractéristique additionnelle, soit une activité de formation médicale continue (FMC) auto-administrée sous la forme d'études de cas cliniques interactives en ligne et donnant droit à des crédits (MainPro-M2).

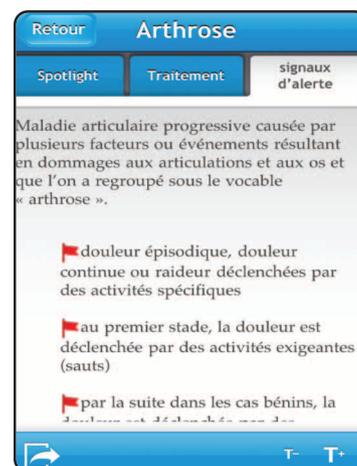
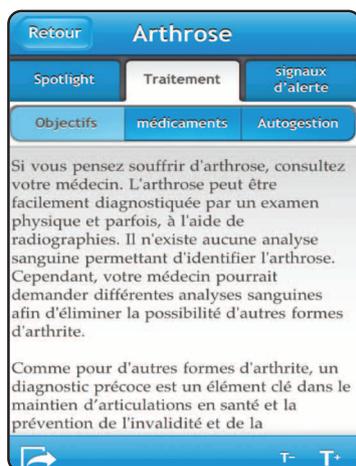
L'outil de dépistage interactif et le questionnaire d'ArthritisID aident l'utilisateur à repérer les signes d'arthrite chez lui ou ses proches. L'application fournit en outre des renseignements sur les types d'arthrite, des conseils sur leur prévention et leurs options thérapeutiques respectives; elle donne des exemples de questions à poser aux professionnels de la santé et offre la possibilité de sauvegarder les résultats des questionnaires de dépistage à titre de référence.

Le PNSA est fier d'inaugurer ces deux applications ArthritisID complètes pour les professionnels de la santé et le public en espérant susciter les échanges, promouvoir la sensibilisation et encourager le dialogue sur le dépistage précoce, le diagnostic, le traitement et la prise en charge de l'arthrite. Conçus spécifiquement pour répondre aux besoins des utilisateurs de téléphones intelligents, ArthritisID et ArthritisID PRO offrent deux nouvelles façons efficaces de profiter du fruit de la recherche mondiale (et canadienne) sur l'arthrite, tout en rendant cette dernière plus accessible et concrète pour les usagers et les professionnels de la santé.

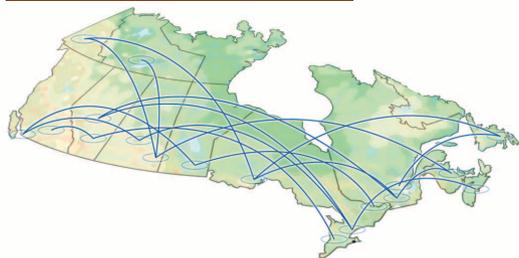
Si vous voulez en savoir plus au sujet des applications ArthritisID et ArthritisID PRO ou sur le PNSA ou si vous avez des commentaires à formuler, communiquez avec nous! Rendez-nous visite en ligne, à l'adresse [www.ArthritisIsCured.org](http://www.ArthritisIsCured.org), ou venez nous retrouver sur LinkedIn, à l'adresse <http://linkd.in/AICNAAP>, ou sur Twitter, à l'adresse [@ArthritisCured](https://twitter.com/ArthritisCured). Vous pouvez aussi consulter les vidéos ArthritisID PRO sur notre chaîne YouTube, à l'adresse [www.youtube.com/ArthritisIsCured](http://www.youtube.com/ArthritisIsCured).

*John M. Esdaile, M.D., MPH, FRCPC, FCAHS  
Titulaire de la chaire Arthur JE Child en recherche  
rhumatologique et professeur de médecine et de santé communautaire,  
Université de Calgary  
Professeur de médecine, division de rhumatologie  
Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique,  
Vancouver, Colombie-Britannique*

*Cheryl L. Koehn  
Présidente du comité ACE (Arthritis Consumer Experts)  
Fondatrice et co-chef, Programme national de sensibilisation à  
l'arthrite (PNSA)  
Co-présidente, Conseil consultatif auprès des consommateurs du  
Réseau canadien de l'arthrite, Vancouver, Colombie-Britannique*



Au bout de vos doigts : Les écrans ci-dessus présentent en détail la description clinique, les stratégies thérapeutiques et les signaux d'alarme à surveiller, par exemple, pour l'arthrose.



## D'UN OCÉAN À L'AUTRE : Rapports des associations de rhumatologie à travers le pays

### Réseau canadien de l'arthrite

Par Claire Bombardier, M.D., FRCPC

Si vous demandez à une douzaine d'intervenants du milieu de la rhumatologie quelle a été l'influence du Réseau canadien de l'arthrite (RCA) au Canada et ailleurs dans le monde, vous obtiendrez probablement tout autant de réponses différentes. Toutefois, on s'entendra sûrement sur le fait que le travail du RCA a grandement fait avancer les choses et que sa fermeture, prévue pour mars 2012, lorsque le gouvernement suspendra son financement, constituera une perte notable pour les chercheurs d'ici et d'ailleurs.

Le RCA a vu le jour en 1998 à la suite d'une demande adressée au programme des Réseaux de centres d'Excellence. La vision du RCA est « un monde sans arthrite » et sa mission est de venir à bout des maladies rhumatismales en appuyant la recherche et le développement au Canada et en encourageant la collaboration entre les principaux intervenants du domaine de la rhumatologie.

À titre de codirectrice scientifique du RCA, je crois personnellement que ce dernier a contribué à la carrière de bien des gens grâce à l'aide salariale, au développement professionnel, aux bourses et aux conseils sur la mise en marché et la propriété intellectuelle, en plus de promouvoir un esprit communautaire. Ses intérêts de départ, soit la recherche sur l'arthrose, l'autonomisation des patients et la promotion de processus décisionnels consensuels, ont eu des répercussions partout dans le monde de la recherche.

Parmi les principales influences et réalisations que le RCA compte à son actif, mentionnons :

- Il a établi des ponts entre les chercheurs en rhumatologie et favorisé l'approche collaborative;
- Il a mis en place des mesures incitatives et des programmes de soutien pour persuader les résidents et les chercheurs en sciences fondamentales de se consacrer à la rhumatologie;
- Il a permis aux consommateurs d'exprimer leur point de vue sur la recherche en rhumatologie et a mis des ressources à leur portée pour que leur message soit entendu à l'échelle internationale;
- Il a subventionné des recherches multidisciplinaires et multicentriques par le biais des bourses quinquennales

de l'Initiative de recherche stratégique sur l'arthrose, les maladies articulaires inflammatoires et la bio-ingénierie axée sur le rétablissement du fonctionnement articulaire;

- Il a soutenu la création d'organisations connexes, comme le Consortium de recherche canadien en rhumatologie (CCRR) et l'Alliance pour le programme canadien de l'arthrite (APCA), de même que de groupes de recherche comme l'Understanding Childhood Arthritis Network (UCAN) et le Consortium canadien de cohortes rhumatologiques (CANCoRC) et des douzaines d'autres partout au pays; et
- Il a facilité la création de liens nouveaux avec l'APCA qui estime le fardeau de l'arthrite au Canada aujourd'hui et d'ici les 30 prochaines années et propose des solutions et des stratégies réalistes.

En ce qui concerne l'avenir, le programme de formation du RCA sera maintenu sous les auspices de la Société de l'arthrite et son travail de défense des intérêts en vue d'améliorer les soins rhumatologiques se poursuit avec, vous l'aurez deviné, la participation de la communauté entière.

Pour recevoir un exemplaire de la stratégie que le RCA laisse en héritage ou du document « Perspectives d'avenir : impact de l'arthrite 2010-2040 », veuillez écrire à l'adresse [can@arthritisnetwork.ca](mailto:can@arthritisnetwork.ca). Une vidéo sur ce que le RCA laisse en héritage est disponible, à l'adresse [http://www.arthritisnetwork.ca/video/legacydvd\\_fr.php](http://www.arthritisnetwork.ca/video/legacydvd_fr.php).

Claire Bombardier, M.D., FRCPC

Codirectrice scientifique, Réseau canadien de l'arthrite (RCA)

Professeure de médecine et directrice, département de rhumatologie, Université de Toronto

Chercheuse principale, Institute for Work & Health et

Réseau universitaire de santé

Chaire de recherche du Canada en transfert des connaissances pour les soins de l'appareil locomoteur et

Chaire de recherche Pfizer

Experte conseil en rhumatologie, Hôpital du Mont Sinai

Toronto, Ontario

# Alliance canadienne pour l'arthrite

Par Michel Zumner, M.D., FRCPC

L'Alliance canadienne pour l'arthrite (anciennement Alliance pour le programme canadien de l'arthrite [APCA]) a vu le jour en 2002 pour appuyer les personnes aux prises avec l'arthrite et trouver des solutions aux défis auxquels elles font face quotidiennement. Les membres sont des organisations professionnelles (p. ex., Société canadienne de rhumatologie [SCR], Association canadienne d'orthopédie [ACO], Association des professionnels de la santé pour l'arthrite [APSA], la Société de l'arthrite, des groupes de patients, des agences gouvernementales et des partenaires de l'industrie). L'exécutif se compose comme suit : Dre Dianne Mosher (présidente et membre consultante), Steven McNair (Société de l'arthrite), Dre Claire Bombardier (Réseau canadien de l'arthrite [RCA]), Jean Légaré (Alliance canadienne des arthritiques [ACA]) et moi-même, qui représente la SCR.

L'Alliance et ses partenaires ont récemment commandé deux importantes études pour aider les organisations actives dans le domaine de l'arthrite et les décideurs à adopter des orientations stratégiques pour venir en aide à la communauté rhumatologique et améliorer le système de soins de santé au Canada. Le *Canadian Arthritis Funding Landscape Review* résume les forces, les besoins et les défis de la recherche sur l'arthrite au Canada. Ce rapport se trouve à la page Média du site [www.arthritisnetwork.ca](http://www.arthritisnetwork.ca). En octobre, l'Alliance diffusera « Perspectives d'avenir : impact de l'arthrite 2010-2040 » à l'occasion de la conférence scientifique annuelle du RCA à Québec, du 27 au 29 octobre 2011. Ce rapport décrit le fardeau de l'arthrite aujourd'hui et fait des projections quant à ce qu'il représentera dans 30 ans. Le rapport propose des solutions réalistes pour alléger ce fardeau.

En plus de rédiger ces rapports stratégiques, l'Alliance a aussi travaillé sans relâche à préparer un cadre national pour l'amélioration de la coopération et de la coordination pan-canadienne dans le domaine de l'arthrite. Cette initiative comporte trois volets :

- 1) Défense des intérêts et sensibilisation, sous la direction du Dr Jean Légaré et de Steven McNair : est conçu pour sensibiliser les décideurs et le public au fardeau de l'arthrite;
- 2) Recherche, sous la direction des Drs Claire Bombardier et David Hart : priorisera les investissements en recherche rhumatologique pour promouvoir la prévention et l'amélioration des soins;

3) Modèles de soins, sous la direction des docteurs Cy Frank et Michel Zumner : vise à améliorer l'efficacité et l'efficacités des soins et de la prévention en rhumatologie.

Le Groupe de travail pour la recherche adopte, avec la communauté rhumatologique, l'approche suivante pour déterminer de quelle façon répartir les maigres sommes allouées à la recherche :

- Reconnaître et classer par ordre de priorité les lacunes dans notre compréhension du fardeau, des causes, de la prévention et de la prise en charge de l'arthrite au Canada;
- Reconnaître et appliquer les stratégies de recherche en fonction des priorités reconnues; et
- Formuler des recommandations aux décideurs et organismes subventionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux en vue d'un programme d'investissement ciblé pour la recherche rhumatologique.

L'objectif du Groupe de travail sur les Modèles de soins est d'améliorer les résultats musculosquelettiques en établissant une stratégie et des normes nationales en matière de modèles de soins appliqués aux maladies de l'appareil musculosquelettique, afin que les bonnes équipes prodiguent les bons soins, au bon moment, au bon endroit et à un prix raisonnable. Cela aiderait les membres de notre communauté à mieux défendre leur cause et à influencer la planification et le financement des soins de santé pour les maladies de l'appareil musculosquelettique.

Vous pouvez communiquer avec moi à l'adresse [zumner@sympatico.ca](mailto:zumner@sympatico.ca) pour plus de renseignements.

*Michel Zumner, M.D., FRCPC  
Président, comité d'accès aux soins,  
Société canadienne de rhumatologie (SCR)  
Montréal, Québec*



Membres de l'Alliance canadienne pour l'arthrite.

## Association des rhumatologues de l'Atlantique

Par Evelyn D. Sutton, M.D., FRCPC

Un petit groupe d'irréductibles s'est réuni au merveilleux White Point Beach Resort pendant la fin de semaine du 11 et 12 juin à l'occasion de l'assemblée annuelle des rhumatologues assez sages pour travailler ou se retirer dans les provinces de l'Atlantique. La sagesse étant bien sûr relative, et même si je ne suis plus assez jeune pour tout savoir (les autres parents de jeunes adultes me comprennent?), je sais que l'assemblée annuelle de l'Association des rhumatologues de l'Atlantique est l'une des meilleures petites réunions pour apprendre et interagir avec des experts, tout en assurant la cohésion de notre groupe.

Cette année, nous avons été enchantés de recevoir comme conférenciers invités les Drs Dafna Gladman et Doug Smith. Dre Dafna a pris la parole samedi matin, tandis que Dr Smith s'est occupé du programme du dimanche, ou programme du « lendemain de veille ». Ils nous ont tous les deux offert des



Le Dr Doug Smith, à mi-chemin de sa collecte de 24 heures.

présentations à la fine pointe : Dre Gladman, sur le diagnostic et la prise en charge du psoriasis et Dr Smith, sur le traitement du lupus et la reconnaissance du lupus d'origine médicamenteuse. Les Drs Majed Kraishi et Pooneh Akhava (arrivés par avion le samedi soir pour leurs exposés du dimanche matin) ont rappelé les recommandations du groupe de travail de la SCR sur les lignes directrices canadiennes actuelles concernant la polyarthrite rhumatoïde (PR). La Dre Maureen Walsh, éminente dermatopathe, m'a pour sa part aidée à faire une présentation de cas sur la maladie sclérosante orbitale et cutanée liée à l'IgG4.

Notre Association ne serait rien sans le golf et cette année n'y a pas fait exception. L'an dernier, l'orage nous a chassés du terrain après quelques trous seulement, mais cette année, nous avons profité de ciels plus cléments et d'une brise agréable. Le terrain de golf de White Point n'est pas le meilleur des provinces de l'Atlantique, mais comme les golfeurs de l'Association ne le sont pas non plus... La vue à plusieurs endroits du parcours qui borde le rivage était toutefois spectaculaire et nous a rappelé la chance que nous avons tous de vivre dans cette région du globe.

Immédiatement après le souper de homard du samedi soir, Dr Peter Docherty a animé la cérémonie de remise des trophées de golf. Il a fait un si bon travail pour la sélection des prix et le calcul impartial du score des équipes (en d'autres mots son équipe n'a pas gagné), que nous devrions observer le principe qu'« aucune bonne action ne devrait restée impunie » et le nommer organisateur à vie du tournoi. La soirée du samedi s'est terminée par un feu de camp, des friandises pour les enfants, de la musique et de la danse pour les adultes. Et pendant la réunion du dimanche matin, Dre Sylvie Ouellette a été nommée présidente élue. La prochaine réunion de l'Association en 2012 aura lieu soit à Fox Harbour, soit à l'Île-du-Prince-Édouard, mais peu importe, je sais que je ferai tout pour y assister. Salutations à tous!

*Evelyn D. Sutton, M.D., FRCPC*

*Présidente de l'Association des rhumatologues de l'Atlantique (SOAR) 2009-2011,*

*Professeure de médecine et d'enseignement médical, Université Dalhousie, chef, département de rhumatologie, Capital District Health Authority (ACHD)*

*Directrice, Centre de rhumatologie de la Nouvelle-Écosse Halifax, Nouvelle-Écosse*



Quelques membres de la SRA (de gauche à droite) : Dre Evelyn Sutton, Mme Jen Khanna, Dr Verinder Khanna, Dre Dafna Gladman, Dr Jamie Henderson et son épouse, Dre Barbara Bulleid.

# Association ontarienne de rhumatologie

Par Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC

L'Association ontarienne de rhumatologie (AOR) a célébré son dixième anniversaire cette année. Elle a vu le jour grâce à un petit groupe de rhumatologues et une société pharmaceutique. Au fur et à mesure que notre voix s'est fait entendre, les conditions gagnantes se sont mises en place et au cours des quelques dernières années, nous avons accompli des progrès exceptionnels. Nous avons réuni des rhumatologues des milieux communautaire et universitaire, pour adultes et pour enfants, tout en travaillant en collaboration avec nos partenaires d'autres professions de la santé.

Notre liste d'envoi nous permet d'informer plus facilement nos membres, dont le nombre atteint maintenant 180 rhumatologues en exercice en Ontario. Nous avons pu faire des envois de masse par courriel, ou par télécopieur au besoin, puis nous avons affiché nos mises à jour sur notre nouveau site Web pour boucler la boucle. L'adresse du site Web de l'AOR est [www.ontariorheum.ca](http://www.ontariorheum.ca). On y retrouve les coordonnées de son exécutif et de son personnel administratif, des liens vers l'AOR/ICR (pour *individual clinical review*), des formulaires de demande d'agents biologiques et, plus important encore, des mises à jour sur les codes de rémunération de l'Association médicale de l'Ontario (AMO) et du Régime de l'assurance santé de l'Ontario (RASO). Ces progrès technologiques ont grandement facilité le processus des inscriptions à l'Assemblée générale annuelle (AGA) de cette année. Jane Purvis, notre secrétaire-trésorière, procédera à une importante refonte du site Web au cours de l'été pour le rendre encore plus convivial.

Le Dr Philip Baer, vice-président de l'AOR et président de notre section auprès de l'AMO, continue de travailler avec diligence à améliorer notre barème d'honoraires, ce qui nous permettra d'amoinrir l'écart qui nous sépare des autres spécialités. Il nous tient informés des modifications au contrat de l'AMO et travaille de façon proactive à l'initiative sur les modèles de soins de cette dernière. Depuis quelques années, la présence de Philip a considérablement rehaussé la représentation de l'AOR auprès de l'AMO.

Nous continuons de travailler avec le Programme des médicaments de l'Ontario (PMO) en maintenant un dialogue mutuellement respectueux pour faciliter l'accès de nos patients aux médicaments de synthèse, aux agents biologiques et aux antirhumatismes modifiant la maladie (ARMM). Nous avons été la seule organisation en Ontario invitée par le Ministère à la réunion du comité pour l'évaluation des médicaments en juillet dernier, afin de discuter du rapport préparé par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). De plus, le Conseil des citoyens de l'Ontario a invité le Dr Carter Thorne, notre président sortant, à présenter notre point de vue sur la gestion de la liste des médicaments en Ontario.

LAOR a terminé une révision indispensable des critères d'approbation des agents biologiques pour les arthropathies inflammatoires (AI), soit la polyarthrite rhumatoïde (PR), l'arthrite psoriasique (APs) et la spondylite ankylosante (SA) et pour de nouvelles demandes dans l'arthrite idiopathique juvénile (AIJ) et la vascularite. Cette révision a été soumise au Ministère pour examen au début d'avril 2011. Notre échéancier d'approbation pour les médicaments à l'Institut de recherche sur le cancer (IRC) est bien supérieur à la moyenne nationale, puisqu'il s'échelonne sur 30 à 60 jours, tandis que la plupart des provinces fournissent leurs approbations en sept à dix jours. Diane McArthur, administratrice du Programme des médicaments de l'Ontario, a prononcé une conférence lors de notre dernière AGA. Elle croit qu'il est possible d'améliorer ces délais et, avec son équipe, elle travaillera avec nous pour atteindre l'objectif d'un délai de deux à quatre semaines. Nos membres sont maintenant beaucoup plus nombreux à utiliser les formulaires de l'AOR pour l'accès aux agents biologiques. Cela encourage le Ministère à devenir plus efficient. D'autres spécialités ont aussi remarqué notre expertise et nous ont demandé notre aide dans leurs négociations avec le Ministère.

Nous collaborons actuellement avec nos collègues à l'échelle locale et nationale pour améliorer l'accès par l'entremise de nouveaux modèles de soins (MS) en rhumatologie. Notre comité se compose des docteurs Thorne, Bombardier, Benson, Pavlova et de moi-même, en plus de Sandra Couto et Denis Morrice. Nous avons consulté des chercheurs, des cliniciens et des représentants du gouvernement pour nous aider à développer une stratégie. L'objectif spécifique de ce comité a été de comprendre les éléments clés qui assurent le succès des modèles de soins. Nous voulons définir et offrir des soins par le biais d'interventions régionales qui entraîneront, en bout de ligne, de meilleurs résultats cliniques et administratifs. Dans ce contexte, l'Initiative ontarienne de recherche sur les agents biologiques (OBRI), dirigée par la Dre Claire Bombardier, peut servir de modèle en matière de soins de qualité et d'amélioration de la pratique.

On a envoyé aux membres de l'AOR un sondage pour évaluer leurs besoins. À partir des suggestions formulées, nous avons créé un nouveau comité pour les rhumatologues qui souhaitent passer au dossier de santé électronique (DSÉ). Cinq fournisseurs ont participé à une exposition sur le DSÉ à l'occasion de l'AGA de l'AOR en mai et ont présenté des outils spécifiques à la rhumatologie, à la suite de quoi nous avons préparé et affiché sur notre site Web une liste des divers modèles de DSÉ pour aider nos membres à négocier un contrat incluant désormais un exemple adapté à la rhumatologie.

Grâce aux conseils de notre directrice scientifique, la Dre Janet Pope, notre AGA a été couronnée de succès. Nous continuons de participer à des projets d'amélioration de la pratique comme OBRI et Metrix. Le Dr Carter Thorne demeure au conseil d'administration en tant que consultant actif et mentor. Denis Morrice, notre directeur exécutif, fait partie de nombreux conseils d'administration et nous représente auprès de diverses organisations qui regroupent patients, médecins et membres du gouvernement. Je suis impatiente de travailler avec notre conseil

d'administration et notre personnel administratif dévoués qui m'appuient sans relâche lorsque je leur propose de nouveaux projets. Alors que cette année s'achève, je revois les débuts de l'AOR et je constate tout le chemin parcouru, mais il reste encore beaucoup à faire!

*Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC*

*Présidente, Association ontarienne de rhumatologie (AOR)  
Brampton, Ontario*

## Association des médecins rhumatologues du Québec

Par Denis Choquette, M.D., FRCPC

**B**onnes nouvelles en provenance de l'Association des médecins rhumatologues du Québec (AMRQ) : les 12 derniers mois de travail intense à l'Association ont été très productifs et fructueux. Au Québec, l'Association doit être accréditée pour pouvoir offrir à ses membres des activités de formation médicale continue (FMC). C'est le Collège des médecins du Québec qui accorde cette accréditation et en évalue les différentes facettes, comme l'évaluation des besoins, le soutien financier, la prestation des programmes et leur évaluation. Le processus se déroule sous la surveillance de la directrice du Collège, la Dre Anne St-Pierre. Le programme a reçu l'accréditation complète, remportant des notes parfaites dans plusieurs secteurs. C'est une réussite sans précédent et tout le crédit en revient à la Dre St-Pierre.

Le Dr Mark Hazeltine participe également étroitement à deux aspects du programme de FMC de l'Association : premièrement, il organise la huitième édition de la « Mise à jour en rhumatologie », le cours de révision au Québec. La participation est toujours aussi forte, ce qui témoigne de la qualité du programme. Une autre activité, qui a été mise sur pied il y a huit ans et qui remporte également beaucoup de succès, est la Fin de semaine des maladies de l'appareil musculosquelettique, à l'intention des résidents en médecine de première et deuxième années. Le Dr Gilles Boire en a été le directeur ces cinq dernières années et la Dre Marie Hudson en a accepté la responsabilité pour les années qui viennent. Cette activité, alliée au grand dynamisme de la communauté rhumatologique, a permis de recruter avec succès des candidats pour le programme de rhumatologie de nos quatre facultés. En effet, chaque année depuis cinq ans, tous les postes offerts ont été comblés. L'AMRQ compte maintenant 108 rhumatologues inscrits, alors qu'elle n'en comptait que 74 en 2000. Malheureusement, comme dans toutes les autres provinces, le

rhumatologue pratique très rarement en clinique à temps complet. Il nous en faudrait probablement 40 de plus.

Nous négocions aussi activement de nouveaux services pour la population du Québec. Nous sommes en pourparlers pour la mise sur pied d'un réseau d'infirmières qui soutiendront le travail des rhumatologues au Québec. Nous établissons également des ponts entre les omnipraticiens et les rhumatologues. Plusieurs de ces ponts sont déjà en place, par exemple, « Parler », avec le Dr Mark Hazeltine, et « Passer », avec l'Institut de rhumatologie de Montréal. Une évaluation de leur efficacité est en cours. Une fois cette étape terminée, nous demanderons une aide gouvernementale au ministère de la Santé. Nous avons aussi l'intention de négocier sérieusement un soutien à l'échographie entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), l'Association des médecins rhumatologues du Québec (AMRQ) et le gouvernement provincial. Il est inacceptable que les rhumatologues ne bénéficient pas encore en 2011 d'un outil clinique aussi indispensable, alors qu'il fait partie des normes thérapeutiques en Europe.



Président de l'AMRQ, Dr Denis Choquette.

*Denis Choquette, M.D., FRCPC*

*Professeur de médecine, département de rhumatologie  
Université de Montréal (UdeM)*

*Président, Association des médecins rhumatologues du Québec  
(AMRQ), Montréal, Québec*

# Conférence laurentienne de rhumatologie

Par Carol Yeadon, M.D., FRCPC

La 42<sup>e</sup> édition de la Conférence laurentienne de rhumatologie nous a prouvé que la quarantaine permet à la maturité et à l'originalité de coexister. Plus de 80 personnes ont emboîté le pas aux organisateurs et pionniers de la conférence pour quitter la ville et se rendre dans les montagnes des Laurentides afin d'approfondir leurs connaissances scientifiques et professionnelles, d'échanger des idées et de rencontrer et saluer des gens qui partagent les mêmes intérêts.

Dans les Laurentides, Mère Nature affichait ses tendres couleurs printanières et annonçait la fin du long hiver. La séance inaugurale de présentation d'affiches mettait en vedette de jeunes chercheurs enthousiastes, brillants et productifs, dont les travaux ont contribué à définir les impacts psychosociaux de la sclérodémie, les effets des anticorps antiphospholipides et les processus qui sous-tendent l'arthrose. Ce programme s'est révélé une tribune idéale pour partager des idées et stimuler la discussion, un verre de bière ou de vin à la main, ce qui ne nuit pas.

Tout au long de la conférence, investigateurs et cliniciens, jeunes et vieux ont présenté leurs résultats, avec tout le potentiel qu'ils recèlent pour améliorer les interventions cliniques. On y a entre autre confirmé l'arrivée de la maladie de Lyme au Québec et l'arthrite de l'arrière-pied comme manifestation de l'hémochromatose.

Le professeur Bernard Combe, de Montpellier, en France, a clarifié pour nous le processus complexe qui a mené à la récente publication en collaboration des

critères de classification de la polyarthrite rhumatoïde de l'*American College of Rheumatology* (ACR) et de l'*European League Against Rheumatism* (EULAR). Le professeur Combe a plaidé en faveur d'une maîtrise précoce et efficace de la maladie. À titre de président de la Société française de rhumatologie, il a invité ses cousins québécois à participer davantage aux réunions de sa Société.

Le Dr Marc Hochberg, de l'Université du Maryland, rédacteur de l'ouvrage de référence *Rheumatology*, a démontré en quoi l'arthrose pose une menace importante pour la santé et l'économie mondiales. En outre, pendant que nous absorbions lentement et laborieusement ces informations, il nous a rappelé que nous devons mieux comprendre les enjeux si nous voulons en arriver à des traitements pour l'arthrose qui soient aussi efficaces que ceux dont nous disposons pour les arthropathies inflammatoires.

Le Dr Simon Carette, originaire de Québec et pilier de la rhumatologie à Toronto, a prononcé une conférence de haut niveau sur la prise en charge de la vascularite associée aux anticorps anticytoplastes des polynucléaires (ANCA). Les sept principes qu'il a présentés et admirablement défendus pourraient bien devenir ses « Sept piliers de la sagesse ».

Notre souper/remise de prix s'est révélé un événement convivial. Les honneurs sont revenus au Dr Hochberg, récipiendaire du prix Roger-Demers, et au Dr Carette, lauréat du prix Jeff-Shiroky. Notre estimé collègue, le Dr Jiri Krasny, a pour sa part reçu le prix Marie-Thérèse Fortin pour ses qualités professionnelles et humaines remarquables. Le samedi, les montagnes ont verdi davantage sous une pluie printanière, alors que les participants se disaient au revoir jusqu'au rendez-vous de l'an prochain.



(De gauche à droite): Dr Jean-Pierre Raynauld, Dre Carol Yeadon, Dr Simon Carette et Dr Boulos Haraoui. Photo gracieuseté du Dr Frédéric Massicotte.

Carol Yeadon, M.D., FRCPC  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) –  
Hôpital Notre-Dame  
Professeure agrégée, Université de Montréal (UdeM)  
Montréal, Québec

## Assemblée générale des rhumatologues de l'Est de l'Ontario

Par John Thomson, M.D., FRCPC

Depuis 15 ans, les rhumatologues de la région Est de l'Ontario se réunissent à l'occasion d'une activité annuelle de formation. Les rhumatologues d'Ottawa, de Kingston et de Peterborough considèrent désormais cette activité comme une rencontre régionale très utile et unique, qui leur offre une mine de renseignements dans une ambiance bon enfant.

À l'origine, il s'agissait d'une réunion commanditée par l'industrie, mais avec le passage du temps, elle s'est transformée en activité accréditée, organisée par le groupe lui-même. Nous avons pris l'habitude de tenir notre réunion au Château Montebello, à Montebello, au Québec, à environ une heure à l'Est d'Ottawa. Ce Château, un bâtiment massif au riche passé, a été construit en rondins durant la Grande Dépression; c'est un endroit fantastique en toute saison et particulièrement féérique l'hiver, au bord de la rivière des Outaouais.

Notre réunion dure une fin de semaine. Nous nous retrouvons le vendredi soir et les conférences débutent tôt le samedi matin. Nous essayons de terminer en début d'après-midi pour pouvoir profiter des attraits du lieu. Notre souper annuel se tient le samedi soir et le dimanche matin, les conférences reprennent.

Les thèmes abordés sont choisis après une évaluation de nos besoins. Nous invitons habituellement un ou deux conférenciers de l'extérieur, mais nous faisons grandement appel aussi aux experts de la région d'Ottawa. Depuis quelques années, les participants ont présenté des cas intéressants au groupe. Nous tenons aussi une assemblée annuelle de nature administrative à la fin du programme. Nous y abordons le contenu des réunions à venir et les enjeux qui touchent la région.

Cette petite rencontre est spéciale. C'est une occasion d'apprendre, de discuter, de nous amuser et d'apprécier notre camaraderie. La région Est de l'Ontario a son petit quelque chose, un style, un charme et, une fois l'an, nous nous rassemblons, nous célébrons et nous apprécions la chance que nous avons comme groupe de nous retrouver ici.

*John Thomson, M.D., FRCPC*

*Président sortant, Société canadienne de rhumatologie (SCR)*

*Professeur adjoint, Département de médecine,*

*Division de rhumatologie, Université d'Ottawa*

*Médecin attaché à l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa, Ontario*

## Comité scientifique

Par Joanne Homik, M.D., M.Sc., FRCPC

Eh bien, sachez que c'est tout un défi que de surclasser la dernière assemblée générale annuelle de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) à Cancun, mais le comité scientifique de la SCR tentera de le relever cette année! Nous nous retrouverons dans la superbe ville de Victoria, en Colombie-Britannique, où l'historique hôtel Fairmont Empress et le Centre des congrès de Victoria nous accueilleront. Pour pouvoir profiter des arbres en fleurs et de la température clémente, la réunion se tiendra un peu plus tard cette année, soit du 28 au 31 mars 2012.

Nous prévoyons aborder plusieurs thèmes différents, inviter des conférenciers hors pair et proposer des formules hautes en couleurs. Cet hiatus dans notre calendrier nord-américain nous a permis d'importer certains des attributs les plus populaires de la réunion de Cancun. Ainsi, désormais, les résidents bénéficieront d'une journée complète et notre assemblée générale commencera par une mise à jour d'intérêt national, à 17 heures, et sera suivie d'un vin et fromage. Les stagiaires feront leurs présentations à la tribune le lendemain. Nous avons aussi prévu une séance plénière où les résumés qui se démarqueront feront l'objet d'une présentation orale. Compte tenu de la réussite des

précédentes séances d'affiches, celles-ci restent au programme. Nos symposiums satellites commandités auront lieu chaque matin au petit-déjeuner. Nous espérons que vous vous joindrez à nous en mars prochain dans la jolie ville de Victoria pour une assemblée de la SCR qui s'annonce excellente!

*Joanne Homik, M.D., M.Sc., FRCPC*

*Professeure agrégée de médecine,*

*Directrice, division rhumatologie,*

*Université de l'Alberta*

*Présidente, comité scientifique, Société canadienne de rhumatologie  
Edmonton, Alberta*



# Université de Montréal

Par Boulos Haraoui, M.D., FRCPC

Comme dans le reste du pays, au Québec la rhumatologie connaît une renaissance depuis cinq ans. Le programme de rhumatologie de l'Université de Montréal (UdeM) a récemment formé 12 nouveaux rhumatologues, dont 10 ont obtenu leur titre d'associé ou poursuivent leur formation à Montréal, Edmonton, Paris, Leeds et Genève, respectivement. Ils ramènent une expertise dans différents domaines : polyarthrite rhumatoïde (PR), spondylite ankylosante (SA), lupus érythémateux disséminé (LÉD), sclérodermie, vascularite, échographie et recherche fondamentale sur l'arthrose.

De jeunes rhumatologues dynamiques desservent désormais plusieurs régions du Québec : la grande région de Montréal, y compris la Rive-Sud et la Rive-Nord, Trois-Rivières, Québec et Lévis. Neuf rhumatologues se sont joints à des centres universitaires ou à des hôpitaux affiliés à des universités.

On assiste également à l'émergence d'une nouvelle ère de collaboration et d'ouverture entre les quatre programmes de formation de la province grâce au dynamisme de leurs directeurs. De plus, à Montréal, les docteurs Eric Rich et Christian Pineau ont donné le coup d'envoi à un cours destiné à tous les résidents en rhumatologie de la province. La première édition d'« Introduction à la rhumatologie » a été présentée la première semaine de juillet et 15 résidents en rhumatologie y ont participé.



Pavillon Roger-Gaudry de l'UdeM.

Cette année, le Dr Rich a reçu le prix Esculape 2011 d'excellence en enseignement à la suite du scrutin tenu auprès des résidents en médecine interne de l'UdeM.

En date de 2011, quatre programmes de formation en rhumatologie au Québec font maintenant partie du Service canadien de jumelage des résidents (ou CaRMS pour *Canadian Resident Matching Service*); tous les postes offerts ont été comblés et, victime de son propre succès, le programme de l'UdeM a dû refuser deux excellents candidats.

Nous nous tournons maintenant vers l'avenir, avec la construction en cours du nouvel hôpital universitaire, le CHUM, au centre-ville de Montréal.

Grâce aux excellents progrès enregistrés, nous croyons en un avenir prometteur pour la rhumatologie au Québec.

*Boulos Haraoui, M.D., FRCPC*

*Professeur agrégé de médecine clinique,  
Université de Montréal (UdeM)*

*Chef, Unité de recherche clinique en rhumatologie,  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) –  
Hôpital Notre-Dame  
Montréal, Québec*



UNIVERSITY  
OF MANITOBA

## Poste de rhumatologue suppléant : Winnipeg

Le Centre de rhumatologie de l'Université du Manitoba est à la recherche d'un rhumatologue pour combler un poste de rhumatologue suppléant dans une pratique clinique affiliée à l'université. Le poste est d'une durée de six mois, avec prolongation possible à 12 mois. Les candidats qui ont achevé avec succès leur formation en rhumatologie et détiennent une attestation FRCPC en médecine interne, mais qui n'ont pas encore passé leur examen de rhumatologie du Collège royal peuvent poser leur candidature. La date du début est à préciser.

Les tâches incluront les cliniques ambulatoires, le travail à l'unité de rhumatologie de huit lits, la participation aux consultations en rhumatologie et l'enseignement clinique aux étudiants et résidents en médecine. Il est également possible de participer aux unités d'enseignement médical.

Le département de rhumatologie de l'Université du Manitoba dispose d'un programme de formation supérieure dynamique et participe à des projets de recherche mis sur pied à l'initiative d'investigateurs à l'échelon local, national et international. Ce poste est assujéti à un régime de rémunération à l'acte et les frais généraux sont très bas.

Les candidats peuvent communiquer avec :  
David Robinson, M.D., M.Sc., FRCPC  
Chef, département de rhumatologie  
Université du Manitoba  
204 787-2208  
[drobinson@hsc.mb.ca](mailto:drobinson@hsc.mb.ca)

# Traitement des tumeurs musculaires

Par Lucie Roy, M.D. et Alessandra Bruns, M.D., M.Sc.

Le premier patient est un ouvrier de la construction âgé de 39 ans, qui nous est adressé par le service d'orthopédie pour rupture du triceps et névralgie radiale. Il s'agit d'un homme en bonne santé, qui n'a aucun antécédent médical ni chirurgical; il présente une volumineuse masse indolore au triceps distal droit, qui grossit graduellement depuis trois mois. Le patient n'a pas subi de traumatisme. Il mentionne une paresthésie intermittente depuis trois ans affectant le territoire des nerfs médian et cubital. À l'examen physique, on constate effectivement une masse distale au bras droit. Les examens vasculaire et cervical se révèlent entièrement normaux et l'extension de l'avant-bras est complète (Figure 1). Une échographie musculosquelettique révèle une lésion hyperéchogène de 9 cm sur 3 cm à la portion médiane du triceps droit (Figure 2) et un tendon normal (Figures 3 et 4). L'examen Doppler est négatif. On note aussi une subluxation du nerf cubital au niveau de l'épicondyle médial droit. L'épreuve d'imagerie par résonance magnétique (IRM) met en évidence une masse intramusculaire de 7,4 cm sur 6,6 cm sur 3,6 cm aux clichés pondérés en T1 et une lésion supprimée par la technique de suppression des tissus adipeux qui étaye l'hypothèse d'un lipome intramusculaire.

Le second patient est un homme de 64 ans qui nous est adressé pour un syndrome de conflit sous-acromial à l'épaule droite. L'examen physique révèle une amplitude de mouvement complète, la manoeuvre de vérification est positive et on constate la présence d'une masse deltoïde (Figures 5 et 6). L'échographie met en évidence une petite rupture sous-scapulaire, un léger conflit sous-acromial interne et une masse de 7,9 cm sur 1,9 cm, dans le muscle deltoïde. Une IRM de l'épaule confirme la présence d'un lipome dans le muscle deltoïde.

Les tumeurs musculaires peuvent prendre diverses formes et leur diagnostic différentiel est variable. On décrit ci-dessus le cas de deux hommes présentant des masses musculaires symptomatiques qui ont subi des examens complets, y compris échographies et IRM. Ces modalités d'imagerie laissent supposer un diagnostic de lipome qui ne peut toutefois pas être confirmé faute de preuves histologiques. Le diagnostic différentiel d'une tumeur musculaire est variable et inclut lésions traumatiques, abcès et tumeurs. Ces tumeurs sont généralement bénignes. Bien que les néoplasies soient rares (Tableau 1)<sup>1</sup>, il faut toujours garder à l'esprit la possibilité qu'une masse soit maligne lorsqu'on l'évalue, même dans le contexte d'un traumatisme local.

## Formes cliniques des lipomes

Les lipomes sont les masses les plus souvent observées au niveau des tissus mous puisqu'ils représentent 50 % des cas. Ils affectent environ 1 % de la population générale, tous âges confondus, avec un pic d'incidence entre 50 et 60 ans<sup>2</sup>. Ils se manifestent habituellement sous forme de lésion unique, mais dans 5 % des cas, ils sont multiples. Le tableau le plus fréquent est celui d'une masse de tissus sous-cutanés mesurant moins de 5 cm; et le lipome peut affecter pour ainsi dire n'importe quel organe du corps. Comme les muscles squelettiques, les lipomes se trouvent presque toujours au niveau du tronc, de la cuisse, de l'épaule ou du bras. Ce sont des masses intramusculaires généralement bien circonscrites, sauf en présence d'une forme infiltrante non maligne.

Tableau 1

### Tumeurs musculaires les plus courantes<sup>1</sup>

Tumeur	Description
Lipome	Tumeur bénigne des tissus mous, habituellement sous-cutané; peut apparaître dans ou entre les muscles
Kyste intramusculaire	Tumeur bénigne des tissus mous composée de liquide
Hémangiome	Tumeur des tissus mous, se formant souvent dans les muscles, généralement à la cuisse
Liposarcome	Sarcome des tissus mous; il en existe cinq sous-types; ne résulte pas de la transformation maligne d'un lipome
Myxome	Tumeur bénigne composée de fibroblastes et de dépôts myxoides
Tumeur desmoïde	Tumeur agressive des tissus conjonctifs caractérisée par une croissance rapide et une forte infiltration
Rhabdomyosarcome	Néoplasie musculaire la plus fréquente; affecte habituellement les enfants
Métastase	Rare, habituellement indolore; découle la plupart du temps d'un cancer du sein, du poumon et/ou du côlon

Figure 1  
**Masse au triceps (à gauche) et extension complète de l'avant-bras (à droite)**



Figure 2  
**Vue panoramique d'un lipome du triceps**

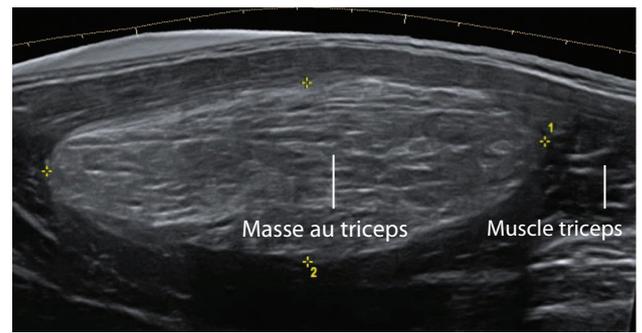


Figure 3  
**Vue longitudinale du tendon du triceps**

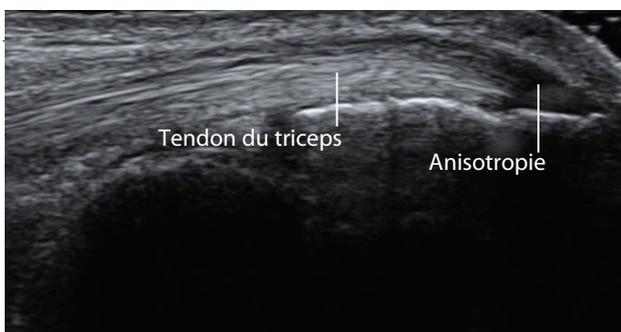


Figure 4  
**Vue transversale du tendon du triceps**



Figure 5  
**Vue panoramique d'un lipome du deltoïde**

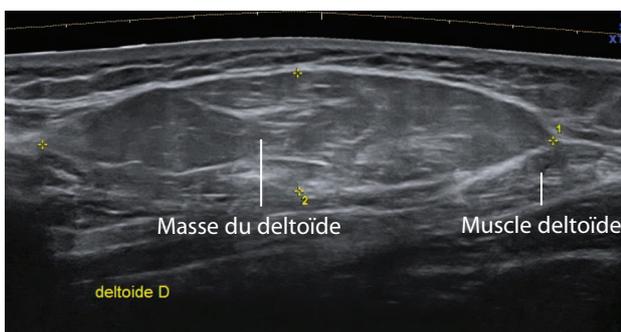
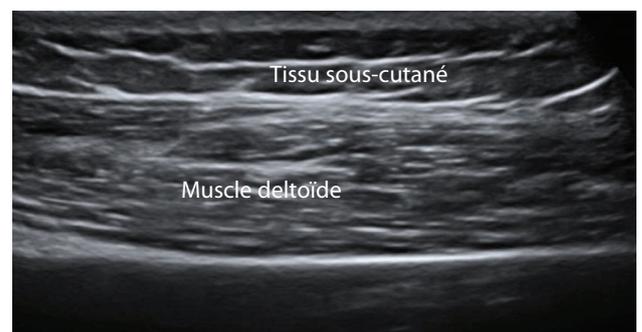


Figure 6  
**Muscle deltoïde controlatéral normal**



Au plan clinique, un lipome est une masse souple indolore qui croît généralement lentement, bien qu'on ait déjà décrit des masses à croissance rapide accompagnées de symptômes de compression. Ces symptômes sont vasculaires, respiratoires et/ou neurologiques. En effet, plusieurs rapports décrivent des cas de lipomes de l'avant-bras proximal avec compression du nerf radial<sup>3</sup>. Une interrogation de Pubmed a révélé quatre cas de lipomes sternocléidomastoïdiens<sup>4</sup>, deux cas de lipomes du deltoïde<sup>5</sup>, tandis qu'aucun cas de lipome du triceps ne semble avoir été décrit.

## Modalités d'imagerie

Bien que le lipome sous-cutané ne justifie habituellement pas le recours à l'imagerie, cette dernière se révélera utile dans les cas de masses volumineuses (plus de 5 cm) ou de forme irrégulière ou encore, si on soupçonne une atteinte myofasciale. Plusieurs modalités radiologiques facilitent le diagnostic de lipome : l'échographie, la tomodensitométrie et l'IRM permettent en effet d'écartier l'hypothèse de processus malins. L'échographie est rapide et accessible. Les signes les plus souvent observés à l'échographie sont une lésion bien définie de forme ovale à l'intérieur du muscle ayant l'aspect typiquement strié des lipomes sous-cutanés. Les lipomes intermusculaires

sont une variante moins courante que les lipomes intramusculaires. Dans le lipome intramusculaire bien circonscrit, les tissus adipeux (hyperéchogènes) sont bien délimités par rapport aux muscles avoisinants (Figures 2 et 5). Toutefois, en raison des différents sous-types de lipomes, l'image échographique, en particulier l'échogénicité, est variable. En général, les lipomes intramusculaires ne sont pas compressibles et l'effet Doppler est négatif<sup>1</sup>. L'observation d'artéfacts de flux vasculaire dans une masse de type lipome à l'imagerie Doppler-énergie couleur justifie le recours à des examens plus approfondis par IRM avec agent de contraste.

Une étude<sup>6</sup> a évalué de manière rétrospective la précision de l'échographie pour ce qui est de distinguer le lipome des tissus mous des autres types de masses en utilisant une preuve cytologique comme valeur de référence. Cette étude a conclu que l'échographie comporte un faible degré de précision dans le diagnostic des masses musculaires en raison de la grande variabilité de l'image échographique. L'IRM demeure la modalité d'imagerie la plus sensible pour les masses lipomateuses et comporte une valeur prédictive négative élevée<sup>7</sup>. L'aspect du lipome à l'imagerie reflète l'intensité du signal émis par les tissus adipeux à toutes les séquences d'impulsions de l'IRM<sup>8</sup>. Elle est utile pour distinguer une lésion bénigne d'une lésion maligne qui révélerait une zone non adipeuse avec rehaussement de septa internes et un fort signal en T2 à l'intérieur de la lésion. Malgré ces observations, certaines études font état de difficultés à distinguer un liposarcome bien différencié d'une lésion bénigne, d'une tendance à donner à tort un caractère malin et agressif à de nombreuses masses. C'est la biopsie ou une excision chirurgicale qui permettront de confirmer le diagnostic. Les caractéristiques histologiques confirment la présence de masses bien circonscrites d'adipocytes à maturité entourées d'une mince capsule fibreuse. Il faut noter qu'il y a plusieurs variantes histologiques parmi les sous-classes de lipomes, dont le fibrolipome, le myxolipome et plusieurs autres.

#### Références :

1. Bianchi S, Martolini C. Arm. In: Bianchi S, Martolini C (réd.). *Ultrasound of musculoskeletal system*. Springer; Berlin, Allemagne, 2007, p. 333-48.
2. Pandya KA, Radke F. Benign skin lesions: lipomas, epidermal inclusion cysts, muscle and nerve biopsies. *Surg Clin North Am* 2009; 89(3):677-87.
3. Lidor C, Lotem M, Hallel T. Parosteal lipoma of the proximal radius: A report of five cases. *J Hand Surg* 1992; 17(6):1095-7.
4. Sohn WI, Kim JH, Jung SN, et coll. Intramuscular lipoma of the sternocleidomastoid muscle. *J Craniofac Surg* 2010; 21(6):1976-8.
5. Kapetanakis S, Papatheanasiou J, Dermon A, et coll. Unusual intramuscular lipoma of deltoid muscle. *Folia Med (Plovdiv)* 2010; 52(2):68-71.

#### Conclusions

En résumé, l'échographie aide à déterminer si une masse est composée de tissu adipeux ou non, mais elle est moins utile pour établir le degré de malignité d'une lésion. Comme l'aspect de la plupart des lésions des tissus mous est suffisamment spécifique avec l'IRM, il est possible qu'aucun autre examen ne soit nécessaire. En cas de doute, il faut procéder à une biopsie.

Le traitement habituel du lipome repose sur l'ablation chirurgicale<sup>2</sup>. On aura en général recours à la chirurgie si on se soucie de la dimension esthétique ou si on craint que le lipome exerce une compression, qu'il limite le fonctionnement ou qu'il soit en fait une tumeur maligne. D'autres recherches<sup>9</sup> ont également fait état de résultats positifs avec une injection de corticostéroïdes qui a permis de faire régresser le lipome. Le risque de récurrence locale après l'ablation est plus élevé dans les lipomes intramusculaires (19 %), que dans les lipomes sous-cutanés (taux de récurrence de 1 % à 2 %) <sup>9</sup>.

Pour conclure, malgré le fait que les lipomes soient fréquents, une approche systématique s'impose en présence de tumeurs musculaires pour éviter qu'une lésion maligne ne passe inaperçue. Dans le premier des deux cas de lipomes intramusculaires présentés ici, compte tenu de l'impact esthétique pour le patient, une ablation chirurgicale a été suggérée.

*Lucie Roy, M.D.*

*Monitrice clinique en formation, département de rhumatologie  
Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec*

*Alessandra Bruns, M.D., M.Sc.*

*Professeure adjointe et directrice de la Clinique d'échographie  
Département de rhumatologie, Université de Sherbrooke  
Membre de la Société pour l'ultrasonographie en rhumatologie au  
Canada (SURC), Département de la formation,  
Sherbrooke, Québec*

6. Inampudi P, Jacobson JA, Fessell DP, et coll. Soft-Tissue Lipomas: Accuracy of Sonography in Diagnosis with Pathologic Correlation. *Radiology* 2004; 233(3):763-7.
7. Kransdorf MJ, Bancroft LW, Peterson JJ, et coll. Imaging of fatty tumors: distinction of lipoma and well-differentiated liposarcoma. *Radiology* 2002; 224(1):99-104.
8. Kaplan PA, Dussault R, Helms CA, et coll. *Musculoskeletal MRI*. WB Saunders Co, Philadelphie, PA, 2001, p. 81-2.
9. Brenn T. Neoplasms of subcutaneous fat. In: Wolff K, Goldsmith L, Katz S, et coll. (réd.). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (7<sup>th</sup> ed.). McGraw-Hill Professional, New York, NY, 2008, p. 90-3 et 1164-65.

*Dre Lucie Roy est monitrice clinique en formation au département de rhumatologie de l'Université de Sherbrooke à Sherbrooke, Québec.*

*Dre Alessandra Bruns est professeure adjointe et directrice de la Clinique d'échographie à l'Université de Sherbrooke à Sherbrooke, Québec. Elle est aussi attachée au service de la formation de la Société pour l'ultrasonographie en rhumatologie au Canada.*

Rendu possible grâce à une subvention à la formation versée sans restriction par Pfizer Canada.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

Félicitations  
à la gagnante du  
questionnaire  
« Articulons nos pensées »  
du présent numéro,  
Dre Aurore V. Fifi-Mah  
de Calgary (Alberta)

# App, apps, et bien plus!

Par Glen Thomson, M.D., FRCPC

Le questionnaire « Articulons nos pensées » du présent numéro a révélé que la majorité des répondants vivent à l'ère des technologies de l'information et utilisent des appareils qui permettent le téléchargement d'applications (Tableau 1). Le iPhone est l'appareil le plus populaire, puisque près de la moitié des gens interrogés possèdent cette technologie d'Apple. Le Blackberry ontarien arrive au deuxième rang des téléphones intelligents.

Parmi les gens interrogés, 86 % ont estimé qu'une application « arthrite » devrait inclure des renseignements téléchargeables sur les médicaments, tout comme sur les diagnostics différentiels (55 %), les manifestations des diverses maladies (53 %) et les épreuves diagnostiques (49 %) (Tableau 2). Ces renseignements téléchargeables seraient utilisés principalement à la clinique (85 %), à l'hôpital (57 %) et à la maison (46 %), selon ces mêmes répondants (Tableau 3). Quelques conducteurs imprudents téléchargeraient cette information dans la voiture (8 %), mais qu'ils se

rangent sur l'accotement d'abord! Quant aux 7 % qui utiliseraient cette information ailleurs, souvenez-vous d'éteindre tous vos appareils électroniques avant le début d'un concert.

Les deux tiers des répondants téléchargent déjà des applications et 90 % verraient d'un bon œil l'avènement d'une application exclusivement consacrée à l'arthrite, au grand plaisir du Dr John Esdaile (voir « L'arthrite, version portable » en page 9).

La dernière question du sondage était truquée (Tableau 4). Seulement trois personnes ont compris que les lettres « App » pouvaient désigner tous les éléments de la liste. Le jargon de chaque profession entraîne parfois de la confusion chez les non-initiés. Ceux qui se rappellent encore du *Alan Parsons Project* viennent de révéler leur âge (voir l'article « Lutter contre l'âgisme » en page 5).

Glen Thomson, M.D., FRCPC

Rédacteur en chef, JSCR, Winnipeg, Manitoba

Tableau 1. Lequel des appareils suivants pouvant exécuter une app possédez-vous?

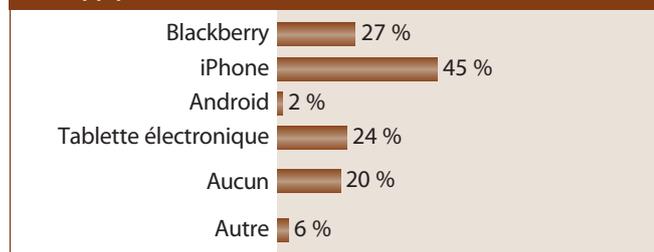


Tableau 2. Quelles informations voudriez-vous consulter dans une app sur l'arthrite?

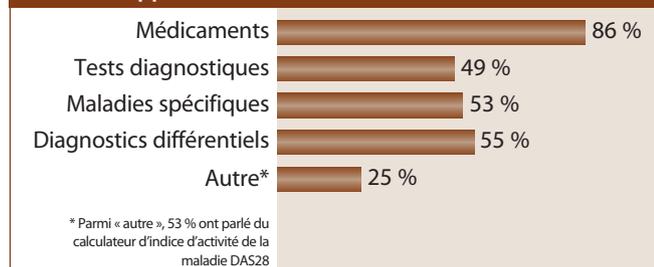


Tableau 3. Où utiliseriez-vous une app portant sur l'arthrite?

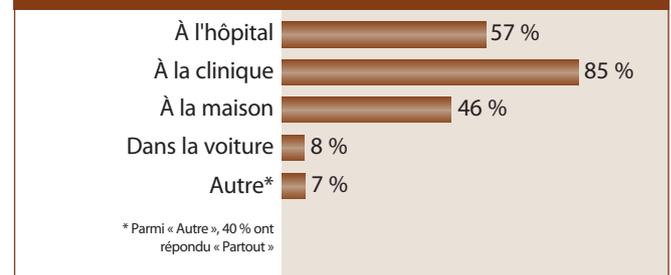
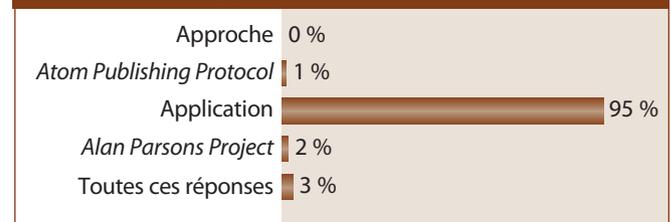


Tableau 4. Une « app », c'est :



La publication du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie* est rendue possible grâce à une subvention éducative de Pfizer Canada.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé\*