



Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

Volume 14, numéro 3

Automne 2004

le point sur **l'orthopédie**

Éditorial

Nullus Cerebrum—Nullus Capitis Dolor

Glen Thomson, M.D.

Enjeux médicaux

Cinq experts répondent à vos questions sur certains aspects importants de la chirurgie orthopédique

Jim MacKenzie, M.D., John Wedge, M.D., Sylvain Gagnon, M.D., Michael Goytan, M.D., Dhany Charest, M.D.

In memoriam

T. Douglas Kinsella (1932-2004)

Enjeux médicaux

Déclaration consensuelle canadienne sur le traitement optimal de la polyarthrite rhumatoïde précoce

Vivian Bykerk, M.D., Murray Baron, M.D., Gilles Boire, M.D., Boulos Haraoui, M.D., Majed Khraishi, M.D., Sharon LeClercq, M.D., Janet Pope, M.D., Edward Keystone, M.D.

Échos

Une entrevue avec le nouveau secrétaire-trésorier de la SCR, James Henderson

James Henderson, M.D.

Fils de presse

Compte rendu de la *Frontiers in Inflammatory Joint Diseases Conference*

Nouvelles provinciales (Des nouvelles de Terre-Neuve et du Labrador)

Nouvelles régionales (Peterborough, région centre de la Colombie-Britannique, région de Toronto)

Des nouvelles de nos campus (Université de Sherbrooke, Université Dalhousie)

Le *Journal de la SCR* est aussi disponible en ligne!
Vous le trouverez à l'adresse suivante :

www.stacommunications.com/craj.html



Rédacteur en chef
Glen Thomson, M.D., FRCPC
 Ancien président, SCR
 Rhumatologue
 Directeur, CIADS
 Professeur agrégé
 Université du Manitoba
 Winnipeg (Manitoba)



Steve Edworthy, M.D., FRCPC
 Professeur agrégé
 Département de médecine
 et de santé communautaire
 Université de Calgary
 Calgary (Alberta)



Gunnar R. Kraag, M.D., FRCPC
 Vice-président, SCR
 Professeur de médecine
 Directeur, *Rheumatic Diseases Unit*
 Université d'Ottawa
 Directeur, Service de rhumatologie
 Hôpital d'Ottawa
 Ottawa (Ontario)



Michel Zimmer, M.D., FRCPC
 Président, SCR
 Professeur adjoint
 Université de Montréal
 Directeur
 Service de rhumatologie
 Hôpital Maisonneuve-Rosemont
 Montréal (Québec)



Ronald M. Laxer, M.D., FRCPC
 Vice-président, *Clinical and Academic Affairs*
 Rhumatologue
 Hôpital des enfants malades
 Professeur de pédiatrie et de médecine
 Université de Toronto
 Toronto (Ontario)



Denis Choquette, M.D., FRCPC
 Professeur agrégé de clinique
 Directeur
 Programme de rhumatologie
 Université de Montréal
 Montréal (Québec)



Arthur Bookman, M.D., FRCPC
 Ancien président, SCR
 Professeur agrégé
 Université de Toronto
 Coordonnateur clinique
 Service de rhumatologie
 Hôpital de Toronto
 Toronto (Ontario)



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



Dianne Mosher, M.D., FRCPC
 Ancienne présidente, SCR
 Professeure agrégée
 Université Dalhousie
 Membre du personnel
 Queen Elizabeth II Health
 Sciences Centre
 Halifax (Nouvelle-Écosse)

Le comité de rédaction examine en toute liberté les articles publiés dans cette revue et est responsable de leur exactitude. Les annonceurs n'exercent aucune influence sur la sélection ou le contenu des articles publiés.

Équipe de rédaction

Paul F. Brand
 Directeur de la publication

Russell Krackovitch
 Directeur de la rédaction
 Division des projets spéciaux

Stephanie Costello
 Coordinatrice de la rédaction

Marie Laliberté
 Rédactrice-révisure (français)

Donna Graham
 Coordinatrice de la production

Dan Oldfield
 Directeur – Conception graphique

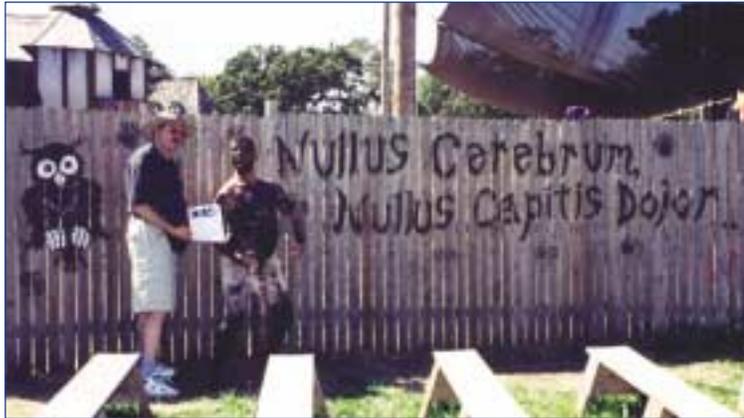
Jennifer Brennan
 Services administratifs

Robert E. Passaretti
 Éditeur

Nullus Cerebrum, Nullus Capitis Dolor

Voici l'automne et, une fois encore, nous nous adonnons à notre passe-temps national favori : la réforme du système de santé. C'est un exercice isométrique : en dépit de la puissance et de la force exercées, nos efforts ne produisent pratiquement aucun mouvement. Suivre l'évolution de la réforme du système de santé, c'est comme suivre les négociations entre les joueurs de hockey millionnaires et les propriétaires d'équipes également millionnaires. Au bout du compte, c'est notre argent – que nous soyons contribuables ou amateurs de hockey – que ces gens dépensent. Il y a tout de même une différence importante : l'amateur de hockey peut refuser de payer une somme exorbitante pour un billet (les inconditionnels ne sont pas de cet avis!), mais il en va autrement pour nous, humbles citoyens, qui n'avons pas le choix de payer les coûts d'une énième étude sur d'autres analyses du système de santé avec l'objectif de réformer, une bonne fois pour toutes, notre système de santé. L'automne est une saison en or pour les experts en soins de santé. Le dernier affrontement fédéral-provincial (que l'on a qualifié « d'entente ») se traduira par l'injection d'un peu plus d'argent dans le système de santé canadien, mais assortie de conditions édictées par ces fameux experts, parce que notre gouvernement fédéral a notre santé... et sa réélection à cœur. On peut définir les experts en santé par des paradigmes mathématiques : a) la compétence est inversement proportionnelle au contact avec les patients; b) le nombre d'experts-conseils en soins de santé est directement proportionnel à la situation désastreuse de la prestation des soins de santé dans ce pays. Au Canada, le système de santé demeure universel, accessible et bien réparti, tout comme les franchises de la Ligue nationale de hockey (et en général dans les mêmes villes). Le programme national d'assurance-médicaments menaçait néanmoins de créer une certaine équité, surtout pour les patients arthritiques. Si les dits « experts » décident que l'accès aux soins n'est pas un problème, alors point n'est besoin d'une solution, n'est-ce pas? Pas de tête, pas de mal de tête.

C'est dans ce contexte que paraît ce numéro du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie* (SCR). Vous y lirez un exposé de principe de la SCR sur le traitement de la polyarthrite rhumatoïde au stade précoce (pages 11-13). Vivian Bykerk et ses collaborateurs possèdent de toute évidence les compétences scientifiques et l'expérience clinique nécessaires pour bien analyser cette problématique essentielle. Il revient à nos gouvernements d'offrir aux patients les traitements dont ils ont besoin et de veiller à ce que ces traitements soient administrés par des spécialistes compétents. Nous devons féliciter la SCR d'avoir pris l'initiative des démarches pour faciliter l'accès aux soins pour nos patients arthritiques. La récente entente fédérale-provinciale a ceci d'encourageant : le



Notre rédacteur en chef, en pleine étude sur le terrain au festival Renaissance de Minneapolis, découvrant le principe derrière la politique canadienne sur les soins de santé (avec l'aimable autorisation des Sturdy Beggars, www.mudshow.com)

gouvernement est bien déterminé à abrégé les délais d'attente inhumains pour une arthroplastie. Nos collègues orthopédistes seront heureux de se voir allouer plus de ressources pour venir en aide aux patients arthritiques. Dans ce numéro également, cinq des plus éminents chirurgiens orthopédistes répondent à vos questions très pertinentes en orthopédie (pages 4-7).

Malgré tous ces défis, les rhumatologues poursuivent leur lutte, comme en témoignent le rapport de la *Frontiers Conference* (pages 16 et 17), le rapport de l'Université Dalhousie et celui de l'Université de Sherbrooke (page 23). Celui qui tient les cordons de notre bourse – notre nouveau secrétaire-trésorier, James Henderson – nous fait part de son point de vue sur le poids financier de la SCR (pages 14 et 15). Il semble, par ailleurs, que malgré la chaleur intense et les incendies qui ont affligé le centre de la Colombie-Britannique et malgré les inondations catastrophiques dans la région de Peterborough, la pratique de la rhumatologie est très dynamique dans ces régions. De son côté, notre correspondant pour Toronto et sa grande région a préféré rester anonyme... peut-être à la suggestion du Service canadien du renseignement de sécurité (pages 20-22).

Je termine sur une note triste. Le *Journal de la SCR* tient à honorer la mémoire de mon ami et collègue, Douglas Kinsella (page 8). Sa carrière exemplaire a été marquée par de nombreuses contributions qui sauront sûrement nous inspirer.

– Glen T. D. Thomson, M.D., FRCPC
Rédacteur en chef, *Journal de la SCR*

Cinq experts répondent à vos questions sur certains aspects importants de la chirurgie orthopédique

Quels sont les avantages et les inconvénients de l'arthroplastie par resurfaçage (technique de Birmingham) par rapport à l'arthroplastie totale de la hanche?

L'un des avantages indiscutables de l'arthroplastie par resurfaçage est qu'elle permet d'enlever moins de tissu osseux du fémur que l'arthroplastie totale de la hanche. Cet avantage peut faciliter les interventions de révision. L'arthroplastie par resurfaçage permet d'utiliser l'implant de tête fémorale au diamètre le plus grand, ce qui assure une plus grande amplitude des mouvements et un risque moindre de dislocation. Les aspects biomécaniques de l'implant fémoral peuvent se révéler plus bénéfiques pour la santé osseuse à l'extrémité supérieure du fémur.

Les avantages énumérés ci-dessus offrent au patient la possibilité de recommencer à faire des activités plus vigoureuses et plus risquées. (Cependant, rien ne prouve que la reprise de telles activités soit sécuritaire.)

Le principal inconvénient de l'arthroplastie par resurfaçage est l'absence de données publiées à son sujet. En effet, il n'existe pas de données à court terme, à part celles d'un petit nombre de centres. La fracture du col fémoral reste encore la complication la plus courante liée à l'arthroplastie par resurfaçage. De plus, certains s'inquiètent de l'exposition à long terme aux ions métalliques (en particulier au chrome et au cobalt) ainsi que des effets éventuels de cette exposition sur divers organes et tissus. Par ailleurs, cette technique nécessite une longue incision et une grande exposition, alors que certaines arthroplasties totales de la hanche sont maintenant effectuées au moyen d'incisions beaucoup plus petites. Enfin, étant donné que l'arthroplastie par resurfaçage est une nouvelle approche, l'expérience des chirurgiens à son sujet est encore limitée.

– Jim MacKenzie, M.D., FRCSC
Chef de la sous-section d'arthroplastie
Calgary Bone and Joint Health

Quel est le rôle de la chirurgie dans le traitement de l'ostéochondrite de la hanche?

À la lumière des connaissances actuelles sur cette affection énigmatique, la réponse à cette question ne peut être que limitée et sans preuve. Néanmoins, l'intervention chirurgicale reste un élément important de la prise en charge de l'ostéochondrite de la hanche. Les principes thérapeutiques généralement reconnus par les chirurgiens orthopédistes auprès des enfants sont le maintien de l'amplitude articulaire et « la conservation » de l'épiphyse avasculaire, mais régénératrice, de la tête fémorale. La plupart des chirurgiens croient que, si l'on peut maintenir l'amplitude articulaire et « contenir » la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, les résultats thérapeutiques obtenus seront plus favorables. Toutefois, certains sceptiques favorisent la « négligence bénigne », position qui ne suscite ni la confiance ni l'acceptation des parents des enfants touchés.

Que savons-nous de l'ostéochondrite de la hanche qui pourrait nous renseigner davantage sur le rôle de la chirurgie? L'évolution de la maladie est reliée en gros à l'âge lors de son apparition (plus elle apparaît tardivement, plus elle est grave), à l'ampleur de l'atteinte épiphysaire (le pronostic est sombre lorsqu'elle est > 50 %), à l'ampleur de l'atteinte du cartilage de conjugaison (un col fémoral court cause une claudication permanente) et à la forme de la tête fémorale au moment où la régénération est terminée (une déformation de l'articulation mène à une arthrose précoce). Même ces facteurs de risque ne sont pas absolus. Des exceptions existent. Ainsi, les enfants âgés de moins de six ans, ceux qui présentent une atteinte épiphysaire de moins

de 50 % et ceux qui maintiennent une amplitude articulaire raisonnable (abduction > 30 degrés, rotation interne > 20 degrés et flexion à 100 degrés) ne nécessitent aucune prise en charge autre que celle qui consiste à surveiller la maladie et constituent heureusement 40 % à 50 % des cas. Pour ceux chez qui les anti-inflammatoires, la physiothérapie et un allègement pondéral à l'aide de béquilles ne soulagent pas la claudication, la douleur et la raideur de la hanche, les options chirurgicales sont les suivantes :

1. L'extension des muscles adducteur et iliopsoas et l'application de plâtres (plâtres cylindriques avec barre fixant les hanches en abduction et en rotation interne, permettant alors la flexion-extension et la mise en charge).
2. L'ostéotomie pelvienne rotative (Salter et variantes).
3. L'ostéotomie fémorale proximale (en varus ou en valgus selon la gravité de la maladie).
4. La combinaison d'une ostéotomie pelvienne et d'une ostéotomie fémorale, généralement pour les enfants plus âgés (> 8,5 ans).
5. Élongation de la hanche à l'aide d'un fixateur externe attaché par des broches au bassin et au fémur avec une prothèse charnière à la hanche permettant le mouvement.

Chacune de ces interventions, seules ou combinées, a ses défenseurs qui publient régulièrement des rapports portant sur des séries d'études rétrospectives qui présentent des résultats bons ou excellents dans 70 % à 80 %. Bien souvent, les critères de sélection de ces études ne sont pas précisés, il n'y a pas de groupes témoins et les sujets ne se succèdent pas. La tentative sincère

d'une étude multicentrique commencée il y a plus de vingt ans^{1,2} a échoué à montrer la supériorité d'une méthode chirurgicale par rapport à une autre. On attribue cet échec au fait que chaque participant choisissait sa méthode de traitement favorite, étant donné qu'il n'y avait pas eu de répartition aléatoire des sujets et que la classification des cas présentait des lacunes.

Malheureusement, force est de constater que nous en savons à peine plus qu'il y a 30 ans sur la cause, la pathogénèse (les données des études *post mortem* permettent de supposer qu'il y a plus d'un épisode avasculaire pour un tel tableau clinique), les facteurs de risque (le tabagisme passif³ et la thrombophilie⁴ ont été mis en cause) et la prévisibilité de la forme de l'épiphyse après la consolidation, prévisibilité fondée sur la classification radiologique au moment de la présentation et sur les résultats thérapeutiques (avec ou sans intervention). Dans les références, je n'ai pas inclus les centaines d'articles publiés qui défendent un type d'intervention chirurgicale ou un autre. J'ai plutôt dressé une liste des traités récents qui présentent d'excellents exposés et des références clés^{5,6,7}. Étant donné que le traitement privilégié pour l'ostéochondrite de la hanche

varie constamment, je recommande fortement d'orienter rapidement tout enfant souffrant d'ostéochondrite de la hanche vers un chirurgien orthopédiste qui se spécialise dans les maladies de la hanche chez l'enfant.

Références

1. HERRING, J. A. et coll. « The lateral pillar classification of Legg-Calvé-Perthes disease », *J Pediatr Orthop* 1992;12(2):143-50.
2. HERRING, J. A. et coll. « Legg-Calvé-Perthes disease. A multicentre trial of five treatment methods », résumé de la Paediatric Orthopaedic Society of North America Annual Meeting, mai 2003, p. 26.
3. MATA, S. G. et coll. « Legg-Calvé-Perthes disease and passive smoking », *J Pediatr Orthop* 2000;20(3):326-30.
4. THOMAS, D. P., MORGAN, G. et K. TAYTON. « Perthes' disease and the relevance of thrombophilia », *J Bone Joint Surg Br* 1999;81(4):691-5.
5. DELUCA, P. A. *Orthopaedic Knowledge Update – Paediatrics 2*, American Academic of Orthopaedic Surgeons, Rosemount (Illinois), 2002, p.153-60.
6. STAHLEL, L. T. *Practice of Paediatric Orthopaedics*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphie, 2001, p.146-51.
7. WENGER, D. et M. RANG. *The Art and Practice of Children's Orthopaedics*, Raven Press, New York, 1992.

— John Wedge, M.D., FRCSC

Chirurgien en chef, Hôpital des enfants malades
Faculté de médecine, Université de Toronto

Quelle est la valeur de l'acromioplastie dans les cas de tendinite de la coiffe des rotateurs?

La tendinite de la coiffe des rotateurs est reconnue comme une cause importante d'invalidité chronique. En 1972, Neer a popularisé l'expression « syndrome de conflit sous-acromial » en mettant en évidence le conflit mécanique de la coiffe des rotateurs et de la partie supérieure de l'humérus sur la sous-surface de l'acromion et le fait que le ligament coraco-acromial devient un éperon prolifératif comme une arcade coraco-acromiale. Même si elle est la plus fréquente cause de douleur à l'épaule chez l'adulte, il ne faut pas oublier d'écarter les autres possibilités : atteinte intra-articulaire (synovite, déchirure labrale), atteinte acromioclaviculaire, capsulite, tumeur ou douleur irradiée. Un bon examen physique et un recours adéquat à l'imagerie sont de première importance. L'injection de corticostéroïdes se révèle utile pour distinguer la douleur sous-acromiale.

Les mesures traditionnelles pour la tendinite de la coiffe des rotateurs constituent la prise en charge de choix, en plus d'être efficaces chez les patients jeunes et les patients âgés. L'échec des mesures traditionnelles et l'invalidité à long terme attribuable à la bursite ou à la déchirure partielle ou complète de la coiffe des rotateurs sont des indications pour l'intervention chirurgicale.

Le traitement chirurgical reconnu pour le syndrome de conflit sous-acromial est l'acromioplastie, laquelle consiste à retirer la partie antérieure de l'acromion qui fait saillie devant la clavicule et à amincir sa sous-surface (résection de 5 mm) pour rendre plate sa forme en crochet. Selon le tableau clinique, cette approche est souvent accompagnée d'autres interventions, telles que la réparation, le débridement ou la reconstruction des coiffes, l'arthroplastie de l'articulation acromioclaviculaire par résection, la ténodèse de la longue portion du biceps et la réparation et le débridement labraux. La réadaptation est nécessaire jusqu'à 12 semaines dans tous les cas d'acromioplastie avec coiffe intacte.

Les résultats de l'acromioplastie sont excellents^{1,2}, mais aucune étude à répartition aléatoire n'a été effectuée jusqu'à maintenant. On se doute bien que le traitement chirurgical de

la tendinite de la coiffe des rotateurs améliore l'état de santé général de certains patients sélectionnés³, mais le choix approprié de ces derniers est considéré comme la clé du succès⁴.

Il y a peu de différences entre les résultats obtenus pour la décompression sous-acromiale arthroscopique et l'intervention à ciel ouvert⁵. Toutefois, il existe une courbe d'apprentissage bien définie pour l'arthroscopie, et la réparation de la coiffe des rotateurs reste une technique moins fiable que l'intervention à ciel ouvert pour la plupart des chirurgiens.

De nos jours, l'acromioplastie arthroscopique est une méthode efficace et bien acceptée de décompression de l'arcade coraco-acromiale, en plus d'améliorer les critères de succès thérapeutique du patient et du chirurgien quant à la tendinite de la coiffe des rotateurs. On doit faire attention à la tendinite d'instabilité chez les jeunes où l'acromioplastie joue un rôle minime ou même nul. Et il faut prendre en charge séparément les autres maladies intra-articulaires, calcifiantes ou acromioclaviculaires.

Références

1. HAWKINS, R. J. et coll. « Acromioplasty for impingement with an intact rotator cuff », *J Bone Joint Surg (British Volume)* 1988;70(5):795-7.
2. ROCKWOOD, C. A. et F. R. LYONS. « Shoulder impingement syndrome: diagnosis, radiographic evaluation, and treatment with a modified Neer acromioplasty », *J Bone Joint Surg Am* 1993;75(3):P409-24.
3. MCKEE, M. D. et D. J. YOO. « The effect of surgery for rotator cuff disease on general health status. Results of a prospective trial », *J Bone Joint Surg Am* 2000;82-A(7):970-9.
4. NICHOLSON, G. P. « Arthroscopic acromioplasty: a comparison between workers' compensation and non-workers' compensation populations », *J Bone Joint Surg Am* 2003;85-A(4):682-9.
5. SPANGHEHL, M. J. et coll. « Arthroscopic versus open acromioplasty: a prospective, randomized, blinded study », *J Shoulder Elbow Surg* 2002;11(2):101-7.

— Sylvain Gagnon M.D., FRCSC

Professeur agrégé de chirurgie orthopédique
Université de Montréal

Quel traitement chirurgical est envisageable pour les patients qui souffrent de spondylarthrite ankylosante et de difformité vertébrale? Quels sont les risques de l'intervention chirurgicale et ses effets à long terme?

Les personnes atteintes de spondylarthrite ankylosante sont exposées à des difformités vertébrales. Une telle difformité au plan sagittal se nomme « cyphose » (Figure 1).

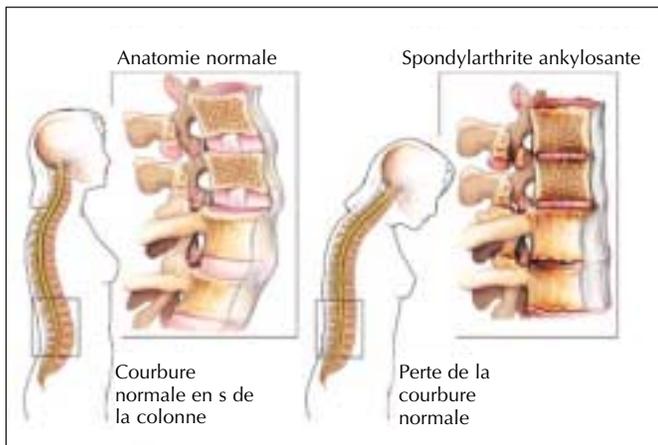


Figure 1. Alignement vertébral normal par comparaison à une cyphose susceptible d'apparaître à la colonne cervicale, thoracique ou lombaire chez les personnes atteintes de spondylarthrite ankylosante

La cyphose peut faire son apparition à la colonne lombaire, cervicale ou thoracique et, dans certains cas, l'incapacité de redresser le bassin peut être consécutive à une contraction de flexion de la hanche. Les personnes atteintes peuvent être portées à compenser la cyphose en augmentant la lordose dans les parties mobiles de leur colonne vertébrale en fléchissant les hanches et les genoux. Le degré de la cyphose et son siège peuvent amener un patient à marcher en position voûtée et l'empêcher de maintenir un regard horizontal en raison de son incapacité à compenser la difformité vertébrale.

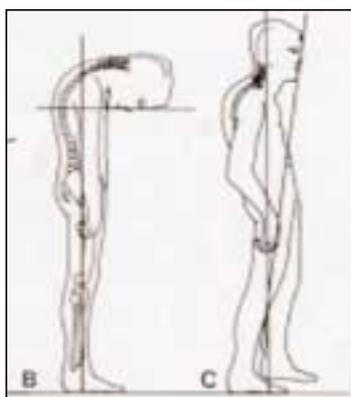


Figure 2. Angle menton-front par rapport à la ligne verticale chez un patient atteint d'une cyphose cervicale (à gauche) et chez un patient qui a subi une ostéotomie cervico-thoracique (à droite)

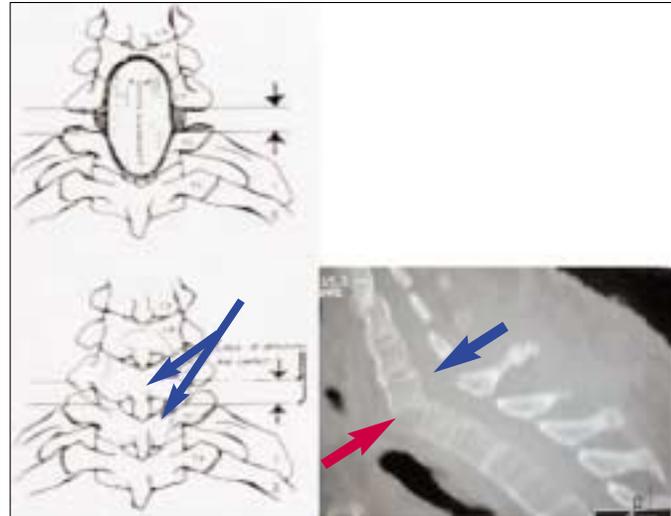


Figure 3. Ostéotomie cervico-thoracique entre C7 et T1 avec exognathie dans l'espace discal C7/T1 (flèche rouge); les éléments postérieurs de C7 et T1 sont enlevés avant la correction de la difformité (flèches bleues)

Pour déterminer le siège anatomique de la difformité, le patient est placé de façon à ce que ses hanches et ses genoux soient en extension afin de pouvoir observer les segments lombaire, thoracique et cervical de la colonne. Il faut s'arrêter à la ligne front-menton par rapport à la ligne verticale (Figure 2). Il s'agit de l'angle formé par le croisement entre une ligne verticale et le prolongement d'une ligne tracée du menton jusqu'au front qu'on mesure avec un goniomètre.

La correction d'une difformité vertébrale (après qu'on a écarté la possibilité de contracture lors de la flexion des



Figure 4. Ostéotomie de soustraction pédiculaire à la L3 pour rétablir la lordose lombaire (flèches rouges)

hanches) peut être accomplie par une ostéotomie postérieure à la jonction cervico-thoracique C7-T1 (Figure 3) ou au milieu de la colonne lombaire à L3 (Figure 4) et, à l'occasion, à la colonne thoracique. L'ostéotomie sert à réduire la face postérieure de la colonne vertébrale et à augmenter la lordose, ce qui a pour effet de corriger la cyphose et d'améliorer l'alignement vertébral chez le patient. Les risques pour celui-ci sont ceux qui sont inhérents à une anesthésie générale et propres à l'intervention, notamment l'infection de la plaie, l'échec de l'implantation ou l'insuffisance osseuse, la récurrence de la difformité, le déficit neurologique temporaire ou permanent, l'hémorragie et les complications médicales, telles que la thrombose veineuse profonde, l'embolie pulmonaire ou l'infarctus du myocarde.

Les patients considèrent la correction de la difformité comme extrêmement gratifiante, puisqu'ils peuvent se déplacer plus facilement et plus sécuritairement et que le regard horizontal revient à la normale. La correction de la difformité est habituellement permanente, sans récurrence, et peut nécessiter une intervention chirurgicale à plus d'un endroit de la colonne en vue de rectifier complètement l'alignement vertébral.

– Michael J. Goytan, B. Sc., M.D., FRCSC
Chef, Winnipeg Spine Program

Quand une intervention chirurgicale est-elle indiquée chez les patients qui présentent une instabilité atlanto-axiale?

L'instabilité atlanto-axiale est le trouble dorsal le plus courant chez les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde¹.

Chez les adultes, l'instabilité se définit par un espace supérieur à 3 mm entre l'atlas et l'apophyse odontoïde. L'envoi en chirurgie est indiqué pour les patients qui présentent des espaces supérieurs à 5 mm, des symptômes neurologiques (au bulbe rachidien ou à la moelle épinière cervicale supérieure), une instabilité progressive mise en évidence par une série de radiographies ou une instabilité sous-axiale constatée à l'aide de l'imagerie.

Selon mon expérience, un espace intervertébral supérieur à 9 mm entre la C1 et la C2 ou des signes et des symptômes neurologiques constituent des indications claires pour l'intervention chirurgicale. Parmi les indications relatives, mais solides, il y a les espaces intervertébraux supérieurs ou égaux à 7 mm, la douleur intense et la progression de l'instabilité constatée à l'aide d'une série de radiographies. Certains cliniciens ont aussi proposé une intervention chirurgicale prophylactique pour les cas légers afin de réduire le risque d'instabilité sous-axiale².

La discussion relative à l'intervention chirurgicale se limitera à l'instabilité C1-C2 isolée avec ou sans pannus inflammatoire sur l'apophyse odontoïde.

La première étape consiste à déterminer la «réductibilité» du complexe et à écarter toute possibilité de compression neurologique en position de réduction. Si dans cette position la compression neurologique par la masse inflammatoire ou l'os est persistante, il est nécessaire de procéder à une résection transorale de l'apophyse odontoïde, puis à l'intervention chirurgicale finale. Ce procédé peut s'accomplir en une ou deux interventions. Si deux interventions se révèlent nécessaires, le patient aura besoin d'une immobilisation par halo entre les interventions chirurgicales.

Bien qu'elle soit plus exigeante du point de vue technique, l'implantation de vis transarticulaires entre la C1 et la C2 avec

greffe osseuse interlaminaire et câbles sous-laminaires est de loin supérieure, tant du point de vue biomécanique³ que clinique, aux fils, câbles ou clamps isolés^{3,4,5}. Ce procédé assure une fixation immédiate et limite les mouvements dans tous les axes du complexe C1-C2. Effectuer une telle intervention avec navigation assistée (par exemple *Stealth Station*, Medtronic, Memphis [États-Unis]) est sûr, très efficace et assure un taux de soudure supérieur à 90 %⁶.

La complication la plus crainte est la lésion de l'artère vertébrale. Toutefois, cette complication est grandement réduite maintenant grâce à l'expérience accrue avec cette approche et le recours à un « système de navigation ». Les autres complications, notamment les infections, l'absence de soudure, la mauvaise position des vis et la défaillance des outils, sont heureusement rares⁷.

Références

1. HEARY, R. F., SIMEONE, F. A. et H. A. CROCKARD. « Rheumatoid Arthritis », dans : EDWARD BENZEL (éd.). *Spine surgery: techniques, complication avoidance, and management*, Churchill Livingstone, Philadelphie, 1999, p. 463-81.
2. AGARWAL, A. K. et coll. « Recurrence of cervical spine instability in rheumatoid arthritis following previous fusion: can disease progression be prevented by early surgery? », *J Rheumatol* 1992;19(9):1364-70.
3. RICHTER, M. et coll. « Posterior atlantoaxial fixation: biomechanical in vitro comparison of six different techniques », *Spine* 2002;27(16):1724-32.
4. TAGGARD, D. A. et coll. « Case-control study comparing the efficacy of surgical techniques for C1-C2 arthrodesis », *J Spinal Disord Tech* 2004;17(3):189-94.
5. REILLY, T. M., SASSO, R. C. et P. V. HALL. « Atlanto-axial stabilisation: clinical comparison of posterior cervical wiring technique with transarticular screw fixation », *J Spinal Disord Tech* 2003;16(3):248-53.
6. LIANG, M. L. et coll. « Posterior transarticular screw fixation for chronic atlanto-axial instability », *J Clin Neurosci* 2004;11(4):368-72.
7. DICKMAN, C. A. et V. K. SONNTAG. « Posterior C1-C2 transarticular screw fixation for atlantoaxial arthrodesis », *Neurosurgery* 1998;43(2):275-80.

– Dhany Charest, M.D., FRCSC
Professeur adjoint
Départements de neurochirurgie et d'orthopédie
Université du Manitoba

T. Douglas Kinsella, CM, BA, M.D., FACP, FRCPC (1932-2004)

Thomas Douglas Kinsella est né le 15 février 1932 à Montréal (Québec). Ses parents, Mary et Jimmy (un employé de la Northern Electric) lui ont donné une jeune sœur, Juanita, et un frère plus âgé, Howard.

Très jeune, Douglas a souffert de rhumatisme articulaire aigu, et c'est en surmontant sa maladie qu'il a acquis la profonde conviction qu'il allait un jour devenir médecin.

Après ses études auprès des Jésuites à la Loyola High School de Montréal, il s'est inscrit au Loyola College, puis il s'est enrôlé dans le Corps blindé royal canadien. En juin 1955, pendant ses études en médecine à l'université McGill, il a épousé Lorna, à la Loyola Chapel. Douglas et Lorna ont eu trois fils : Warren, Kevin et Lorne.

Après avoir terminé sa spécialisation en rhumatologie clinique à l'hôpital Royal Victoria, Douglas a déménagé ses pénates à Dallas, au Texas, pour pouvoir entreprendre des recherches sous la gouverne du Dr Morris Ziff. En 1968, Douglas et sa famille sont revenus au Canada. Il a alors été nommé professeur adjoint de médecine à l'université Queen's. En 1975, après un bref retour à Montréal où il a occupé un poste de professeur à l'université McGill, il est reparti, pour Calgary cette fois, où il a été nommé professeur de médecine et où il a mis sur pied une unité d'enseignement sur les maladies rhumatismales à l'Hôpital général de Calgary. C'est donc là qu'il a posé les bases d'une unité prestigieuse de recherches fondamentales et cliniques chargée d'explorer le lien entre les agents infectieux et les spondylarthropathies.

Les travaux de Douglas dans les domaines de la rhumatologie et de l'immunologie lui ont valu la renommée



internationale, alors qu'il travaillait à l'Université de Calgary et au Foothills Medical Centre. Par la suite, il a mis sur pied le Conjoint Health Research Ethics Board et s'est fait l'ardent défenseur de l'éthique médicale et de la dignité de la vie humaine, autant sur le plan national qu'international.

Douglas a été président de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) de 1976 à 1978. Son engagement dans les domaines de l'éthique et de la thérapeutique lui a valu d'être décoré de l'Ordre du Canada en 1995.

En 2000, Douglas a pris sa retraite et, avec son épouse Lorna, il s'est établi à Kingston. C'est à l'Hôpital général de Kingston – là même où il a sauvé tant

de vies – que Douglas s'est éteint paisiblement aux petites heures du matin le 15 juin 2004, vaincu par un cancer du poumon foudroyant. Jusqu'à la fin, Douglas a su garder espoir et a refusé fermement tout traitement de faveur, comme le privilège d'une chambre avec vue imprenable sur le lac Ontario.

Comme ami, collègue et médecin, à bien des égards, Douglas a suscité l'admiration. Il a été le mentor de plus de 15 rhumatologues cliniciens et chercheurs qui ont su, à leur tour, faire fleurir l'amour de la rhumatologie et le respect des patients. Dans l'esprit et le cœur des gens dont il a sauvé ou amélioré la vie depuis un demi-siècle, sa compassion sert de référence à ses successeurs. Le Canada et le monde de la rhumatologie ont perdu un grand homme. Nous adressons nos condoléances les plus sincères à Lorna, à ses trois fils et à leurs proches.

[Extrait adapté de l'éloge funèbre rédigé par le fils aîné de Douglas, Warren Kinsella, avec son autorisation.]

Tableau éphémère de la célébrité

Entretenez-vous encore l'espoir de plus en plus mince que le comité des prix Nobel ait peut-être égaré votre adresse en prenant toujours des leçons de suédois? Avez-vous largement dépassé l'âge pour être éligible au Prix du jeune chercheur de la Société canadienne de rhumatologie (SCR)?

Êtes-vous bien loin du compte des 500 articles nécessaires pour avoir le statut d'Ancient

Investigator de la SCR? Êtes-vous dans la course

pour le Prix du rhumatologue exténué, plutôt que dans

la course pour le Prix du rhumatologue de carrière de

l'année? **PAS DE PANIQUE!** Le Journal de la SCR veut

redonner de l'espoir à tous ses lecteurs en annonçant la création

de son Tableau éphémère de la célébrité. Vos dix minutes de

gloire sont à votre porte si vous êtes disons « intéressant ». Oui,

c'est bien tout ce que nous exigeons de vous : être intéressant. Nous voulons

trouver les rhumatologues canadiens qui savent faire autre chose que de

compter des articulations, dessiner des graphiques, jouer de la pipette avec des

cellules et écrire de longs discours. Le Journal de la SCR veut faire connaître les

rhumatologues qui ont les passe-temps, les passions, la maison, les aspirations, les

vacances, la barbe, les tatouages ou les enfants les plus fascinants par des

entrevues que nous publierons dans notre numéro de décembre 2004. Parlez-nous

de vous ou faites l'éloge d'un collègue dans un court texte (les photos sont des

atouts!). Le comité de rédaction décidera ensuite des plus intéressants

spécialistes de l'arthrite de cette année. La gloire et la fierté qui entourent un

accomplissement aussi prestigieux et fugace pourront être pleinement

savourées à un moment d'effervescence approprié. **Veillez envoyer**

vos candidatures dès aujourd'hui à stephc@sta.ca. Les candidats

doivent être âgés d'au moins 18 ans et n'ont pas besoin de

connaître les rudiments d'une langue scandinave quelconque!

Déclaration consensuelle canadienne sur le traitement optimal de la polyarthrite rhumatoïde précoce

Vivian P. Bykerk, Murray Baron, Gilles Boire, Boulos Haraoui, Majed Khraishi, Sharon LeClercq, Janet E. Pope, Edward C. Keystone

INTRODUCTION

Un sous-comité d'experts du comité thérapeutique de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) a été formé pour préparer une déclaration consensuelle au sujet du traitement optimal de la polyarthrite rhumatoïde précoce. L'objectif du sous-comité était de déterminer les enjeux importants dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde d'apparition récente et d'en arriver à un consensus sur les principes directeurs afin d'améliorer les résultats thérapeutiques chez les patients atteints de la maladie. La revue de la littérature s'est penchée sur des publications (issues d'une recherche documentaire dans les bases de données MEDLINE, EMBASE, HEALTHSTAR et CINAHL, via OVID, à l'aide des mots clés « *early rheumatoid arthritis* ») et des résumés provenant des réunions récentes de l'American College of Rheumatology (ACR) et de la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR). Les recommandations qui sont énumérées dans le présent document ne doivent pas être considérées comme des lignes directrices, car des études comparatives avec répartition aléatoire des sujets et portant sur les agents les plus récents pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde précoce sont encore en cours. Les recommandations mentionnées devraient plutôt servir à reconnaître qu'il existe peut-être une « fenêtre » dans laquelle le traitement énergique précoce de la polyarthrite rhumatoïde d'apparition récente peut avoir des effets bénéfiques importants et durables.

CONTEXTE

Apparition précoce des lésions articulaires dans la polyarthrite rhumatoïde. La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire générale au cours de laquelle une synovite proliférante entraîne la destruction des os et des cartilages, des difformités articulaires et une incapacité fonctionnelle grave. Une grande quantité de données scientifiques montrent que les lésions articulaires constituent un phénomène précoce et qu'elles s'aggravent inexorablement avec le temps si leur traitement est inadéquat. Des études récentes ont d'ailleurs montré que les érosions articulaires surviennent tôt dans la polyarthrite rhumatoïde et que jusqu'à 93 % des patients peuvent présenter des anomalies radiologiques moins de deux ans après l'apparition de la maladie¹. Le taux de progression radiologique est plus rapide lors de la première année de maladie². Les radiographies peuvent se révéler inefficaces lorsque vient le temps d'identifier clairement les érosions précoces, alors que l'imagerie par résonance ma-

gnétique (IRM) est plus sensible à cet égard, les érosions pouvant être décelées par cette méthode dans les quatre mois qui suivent l'apparition de la maladie^{3,4,5}.

Apparition rapide de l'incapacité physique dans la polyarthrite rhumatoïde. Un nombre important de patients atteints de la maladie vont rapidement voir apparaître une détérioration sur le plan fonctionnel, et presque 50 % d'entre eux doivent cesser de travailler dans les dix années suivant le diagnostic⁶. Une maladie grave est aussi associée à un risque de décès prématuré^{7,8}.

Enjeux du diagnostic précoce de la polyarthrite rhumatoïde. L'établissement d'un diagnostic définitif de polyarthrite rhumatoïde dans les mois suivant le début de la maladie est ardu. En effet, seulement 30 % des patients présentent un facteur rhumatoïde positif. En outre, il se peut que certains patients ne répondent pas à quatre critères ou plus de l'ACR. Ces critères n'ont pas été conçus pour le diagnostic, mais pour la classification, et ils ont été élaborés auprès de patients chez qui la maladie en était au dernier stade. Le dépistage des autres autoanticorps associés à la polyarthrite rhumatoïde dans l'arthrite indifférenciée reste encore expérimental, même si cette approche est prometteuse⁹. Il n'existe toujours pas de prédicteurs précoces validés de la maladie dégénératrice progressive¹⁰. La probabilité qu'une polyarthrite rhumatoïde indifférenciée, mais soupçonnée, se transforme en polyarthrite rhumatoïde réelle prouvée par la présence de lésions articulaires sur les radiographies est bien plus faible dans les trois premiers mois de la maladie¹¹. Il est donc important que les patients atteints d'une arthrite inflammatoire depuis au moins deux ou trois mois soient examinés par un spécialiste en soins arthritiques.

Étant donné que la polyarthrite rhumatoïde frappe approximativement 1 % de la population adulte, environ 300 000 personnes en souffrent vraisemblablement au Canada. Il se peut également que 50 % des patients atteints de la maladie n'aient jamais consulté un spécialiste en soins arthritiques¹². Les listes d'attente des rhumatologues sont longues, et ceux-ci ne peuvent souvent voir un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde précoce que si cette dernière a été diagnostiquée par le médecin de famille et que si celui-ci a adressé le cas en précisant son caractère urgent. Il n'existe aucun questionnaire de dépistage validé susceptible d'être utilisé par les autres professionnels de la santé pour diagnostiquer la polyarthrite rhumatoïde. La présence d'une synovite persistante à l'examen physique reste l'outil diagnostique le plus fiable pour les patients ayant besoin d'une orientation urgente. La reconnais-

sance précoce d'une synovite persistante par le médecin de famille est par conséquent cruciale pour l'orientation rapide vers un spécialiste et pour l'instauration d'un traitement avec un antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM).

RAISON D'ÊTRE DU TRAITEMENT OPTIMAL RAPIDE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE PRÉCOCE

L'augmentation importante du taux de mortalité associé à la polyarthrite rhumatoïde grave et les données récentes montrant l'apparition précoce de lésions articulaires et d'une détérioration sur le plan fonctionnel ont conduit à un changement important du paradigme thérapeutique de la polyarthrite rhumatoïde.

Un certain nombre de stratégies thérapeutiques permettant une maîtrise plus rapide de la maladie ont été mises de l'avant, dont (i) l'usage précoce des ARMM; (ii) les traitements d'association avec les ARMM traditionnels; (iii) le traitement d'association méthotrexate (MTX) + agents biologiques (en particulier les antagonistes du facteur onconécrosant [TNF]).

Le concept d'une « fenêtre » dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde est issu des observations laissant croire que l'usage précoce des ARMM est plus efficace que leur emploi plus tard au cours de la maladie¹³. Les données à l'appui du concept proviennent de plusieurs études montrant que même un bref retard dans l'instauration du traitement avec les ARMM peut compromettre les résultats thérapeutiques à long terme dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde^{14, 15, 16}.

Traitement d'association avec des ARMM dans la polyarthrite rhumatoïde précoce. Une stratégie thérapeutique récente dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde consiste en un traitement d'association précoce avec des ARMM. En effet, deux études ont montré qu'une trithérapie avec des ARMM réduit davantage les lésions articulaires qu'une bithérapie ou qu'une monothérapie^{15, 17}. De même, des stéroïdes à doses élevées en association avec la sulfasalazine et le MTX dans un régime thérapeutique avec diminution des doses par palier ont eu un effet durable sur la réduction de la progression radiologique¹⁸. Considérées ensemble, les données appuient le concept selon lequel un traitement énergique et précoce de la polyarthrite rhumatoïde peut avoir des bienfaits significatifs à long terme sur la courbe de progression.

Traitement d'association agents biologiques + MTX dans la polyarthrite rhumatoïde précoce. Étant donné les observations selon lesquelles l'usage précoce et énergique des ARMM traditionnels limite significativement la progression de la polyarthrite rhumatoïde, on a décidé d'évaluer récemment les effets des agents biologiques au début de la polyarthrite rhumatoïde. Ainsi, les bienfaits de l'éta nercept ont été examinés dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde précoce par rapport au MTX augmenté rapidement à des doses élevées. Bien que l'on ait observé des différences modestes quant à l'efficacité clinique et radiologique sur une période de 24 mois, les courbes divergentes de la progression radiologique appuient fortement la probabilité que la poursuite du traitement avec le MTX, même chez les patients qui répondent au traitement, pourrait ne pas procurer des bienfaits thérapeutiques optimaux, contrairement au traitement avec l'éta nercept. Cette étude a aussi établi un précédent en ayant recours au MTX à des doses rapidement augmentées et administrées par voie orale ou parentérale pendant la première phase de la maladie. Récemment, un traitement d'association MTX à dose élevée + infliximab pour la polyarthrite rhumatoïde précoce a été associé à des effets bénéfiques importants sur le plan clinique et radiologique, et ce, par comparaison à la mono-

thérapie¹⁹. Ces constatations vont dans le même sens que les données obtenues dans les cas de polyarthrite rhumatoïde tardive où l'association de MTX et d'éta nercept a aussi été associée à de meilleurs résultats cliniques et radiologiques que la monothérapie²⁰. Les données des deux études ont montré que les sujets de tous les groupes ont retiré des bienfaits cliniquement significatifs, mais que ceux du groupe qui a reçu le traitement d'association ont présenté une plus grande amélioration, comme en témoigne le nombre plus important de sujets qui ont présenté une réponse ACR 50 et ACR 70.

Par ailleurs, trois analyses de sous-ensembles appuient le concept de « fenêtre » et montrent qu'un usage précoce des antagonistes du TNF (éta nercept, infliximab et adalimumab) est plus efficace qu'un usage ultérieur. Une analyse rétrospective comparant des sujets ayant reçu de l'éta nercept lors de la phase précoce de la maladie et des sujets ayant reçu le même médicament lors de la phase avancée a montré une amélioration importante au chapitre de la détérioration fonctionnelle associée au traitement administré tôt²¹. Qui plus est, une analyse *post hoc* des données de l'étude ATTRACT (*Anti-TNF Therapy in RA with Concomitant Therapy*) a aussi révélé un ralentissement significatif de la progression radiologique chez les groupes atteints de polyarthrite rhumatoïde précoce et recevant le traitement d'association infliximab + MTX, et ce, malgré la propension à une progression importante de la maladie chez les sujets du groupe témoin recevant le MTX en monothérapie²². Une analyse récente des données provenant d'une étude sur l'adalimumab a montré une plus grande amélioration des signes et des symptômes de la maladie, une réduction significative de la détérioration sur le plan fonctionnel et une diminution de la progression radiologique chez les sujets qui souffraient de polyarthrite rhumatoïde depuis moins de deux ans, par rapport à ceux qui en souffraient depuis plus longtemps²³.

EFFICACITÉ COMPARATIVE DES NOUVELLES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

Afin d'évaluer l'efficacité des nouvelles approches thérapeutiques dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde précoce, une comparaison directe de quatre stratégies thérapeutiques (traitement d'association, traitement avec diminution des doses par palier, traitement avec augmentation des doses par palier et traitement séquentiel) a été effectuée²⁴. Les résultats appuient l'hypothèse selon laquelle les stratégies énergiques, comme l'instauration d'un traitement d'association infliximab + MTX à doses élevées, équivalent à un traitement d'association stéroïdes à doses élevées + sulfasalazine et MTX (régime avec diminution des doses par palier). Les deux traitements énergiques ont permis d'atteindre une réponse clinique plus rapidement que les traitements séquentiels et que les traitements traditionnels avec augmentation des doses par palier, en plus de se révéler supérieurs sur le plan radiologique.

RÉSUMÉ

Un consensus général s'est dégagé sur les points suivants :

1. les lésions articulaires surviennent tôt au cours de la maladie;
2. le traitement énergique et précoce de la polyarthrite rhumatoïde a un effet durable sur la prévention des lésions articulaires et, par conséquent, sur la capacité fonctionnelle à long terme;
3. les obstacles au traitement précoce approprié peuvent inclure :
 - le délai avant que les patients consultent pour leurs symptômes;

- la difficulté des omnipraticiens à reconnaître le problème;
 - le délai avant d'orienter le patient vers un rhumatologue;
 - le délai avant que les rhumatologues voient les patients qui leur sont adressés;
 - le délai avant que les rhumatologues diagnostiquent la maladie;
 - le délai avant que les rhumatologues instaurent un traitement approprié;
 - le refus du diagnostic de la part du patient et sa non-adhésion aux régimes thérapeutiques proposés;
 - le traitement inadéquat choisi par les rhumatologues et par d'autres spécialistes des soins arthritiques;
 - les restrictions de remboursement des régimes provinciaux et privés d'assurance médicaments.
4. Un traitement énergique dans les trois premiers mois de la maladie doit être réservé aux patients présentant des facteurs de risque précis et évalués par des spécialistes qualifiés en soins arthritiques.

Ce sous-comité recommande par conséquent :

1. d'instaurer le plus tôt possible le traitement avec les ARMM chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde précoce, c'est-à-dire deux ou trois mois après le diagnostic, sachant que les patients ne répondront pas tous aux critères de l'ACR pour le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde;
2. d'adresser rapidement le patient à un spécialiste en soins arthritiques (habituellement un rhumatologue) pour la confirmation du diagnostic, la classification des risques et l'instauration d'un traitement optimal;
3. de s'assurer que les patients soient suivis régulièrement par leur spécialiste en soins arthritiques afin que ce dernier puisse surveiller étroitement l'ampleur de l'inflammation articulaire (la fréquence idéale des visites reste encore à déterminer)²⁵;
4. d'entreprendre d'autres recherches sur les causes des obstacles au traitement précoce, y compris sur la mesure dans laquelle les médecins de famille reconnaissent la synovite persistante;
5. d'encourager les rhumatologues à voir rapidement les patients qui leur sont adressés en raison d'une polyarthrite rhumatoïde d'apparition nouvelle. Parmi les autres stratégies auxquelles on peut avoir recours pour surmonter les obstacles, on compte : la sensibilisation du public au sujet de la polyarthrite rhumatoïde; une plus grande formation des médecins de famille pour qu'ils puissent reconnaître les subtilités de la synovite et la nécessité d'une orientation rapide à un spécialiste et d'un traitement précoce; l'établissement de critères de remboursement pour les programmes d'assurance médicaments provinciaux et privés afin que les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde précoce aient un accès acceptable, rapide et équitable à tous les ARMM, y compris aux agents biologiques.

Références

1. VAN DER HEIJDE, D. M. « Joint erosions and patients with early rheumatoid arthritis », *Br J Rheumatol* 1995;34 Suppl 2:74-8.
2. FUCHS, H. A. et coll. « Evidence of significant radiographic damage in rheumatoid arthritis within the first 2 years of disease », *J Rheumatol* 1989; 16(5):585-91.
3. MCQUEEN, F. M. et coll. « Magnetic resonance imaging of the wrist in early rheumatoid arthritis reveals a high prevalence of erosions at four months after symptom onset », *Ann Rheum Dis* 1998;57(6):350-6.
4. SAVNIK, A. et coll. « Magnetic resonance imaging of the wrist and finger joints in patients with inflammatory joint diseases », *J Rheumatol* 2001; 28(10):2193-200.
5. SAVNIK, A. et coll. « MRI of the wrist and finger joints in inflammatory joint diseases at 1-year interval: MRI features to predict bone erosions », *Eur Radiol* 2002;12(5):1203-10. Epub 2001 Sep 25.
6. FELTS, W. et E. YELIN. « The economic impact of the rheumatic diseases in the United States », *J Rheumatol* 1989;16(7):867-84.
7. WOLFE, F. et coll. « The mortality of rheumatoid arthritis », *Arthritis Rheum* 1994;37(4):481-94.
8. GABRIEL, S. E., CROWSON, C. S. et W. M. O'FALLON. « Mortality in rheumatoid arthritis: have we made an impact in 4 decades? [see comment] », *J Rheumatol* 1999;26(12):2529-33.
9. VAN GAALEN, F. A. et coll. « Autoantibodies to cyclic citrullinated peptides predict progression to rheumatoid arthritis in patients with undifferentiated arthritis: a prospective cohort study », *Arthritis Rheum* 2004;50(3):709-15.
10. VISSER, H. et coll. « How to diagnose rheumatoid arthritis early: a prediction model for persistent (erosive) arthritis. [see comment] », *Arthritis Rheum* 2002; 46(2):357-65.
11. QUINN, M. A. et coll. « Prognostic factors in a large cohort of patients with early undifferentiated inflammatory arthritis after application of a structured management protocol », *Arthritis Rheum* 2003;48(11):3039-45.
12. LACAILLE, D. et R. S. HOGG. « The effect of arthritis on working life expectancy », *J Rheumatol* 2001;28(10):2315-19.
13. BOERS, M. « Understanding the window of opportunity concept in early rheumatoid arthritis », *Arthritis Rheum* 2003;48(7):1771-4.
14. TSAKONAS, E. et coll. « Consequences of delayed therapy with second-line agents in rheumatoid arthritis: a 3-year follow-up on the hydroxychloroquine in early rheumatoid arthritis (HERA) study », *J Rheumatol* 2000;27(3):623-9.
15. MOTTONEN, T. et coll. « Comparison of combination therapy with single-drug therapy in early rheumatoid arthritis: a randomised trial », *Lancet* (North American Edition) 1999;353(9164):1568-73.
16. ANDERSON, J. J. et coll. « Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis: the importance of disease duration », *Arthritis Rheum* 2000;43(1):22-9.
17. CALGUNEI, M. et coll. « Combination therapy versus monotherapy for the treatment of patients with rheumatoid arthritis », *Clin Exp Rheumatol* 1999; 17(6):699-704.
18. LANDEWE, R. B. et coll. « COBRA combination therapy in patients with early rheumatoid arthritis: long-term structural benefits of a brief intervention », *Arthritis Rheum* 2002;46(2):347-56.
19. SMOLEN, J. S. et coll. « Treatment of early rheumatoid arthritis with infliximab plus methotrexate or methotrexate alone: preliminary results of the ASPIRE trial », *Ann Rheum Dis* 2003;62(suppl 1):64. (résumé)
20. KLARESKOG, L. et coll. « Therapeutic effect of the combination of etanercept and methotrexate compared with each treatment alone in patients with rheumatoid arthritis: double-blind randomised controlled trial », *Lancet* 2004; 363(9410):675-81.
21. FLEISCHMAN, EULAR 2003.
22. BREEDVELD, F. C. et coll. « Infliximab in active early rheumatoid arthritis », *Ann Rheum Dis* 2004;63(2):149-55.
23. KEYSTONE, E. C., HARAOUI, B. et V. P. BYKERK. « Role of adalimumab in the treatment of early rheumatoid arthritis », *Clin Exp Rheumatol* 2003;21(5 Suppl 31):S198-9.
24. DE VRIES-BOUWSTRA, J. K. et coll. « Clinical and radiological outcomes after one-year follow-up of the BeSt Study, a randomized trial comparing four different treatment strategies in early rheumatoid arthritis (RA) », late-breaking abstracts, program and abstracts of the American College of Rheumatology 67th Annual Scientific Meeting, 23-28 octobre 2003, Orlando (Floride). (résumé SLB18)
25. GRIGOR, C. et coll. « Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study); a single-blind randomised controlled trial », *Lancet* 2004;364:263-9.

Une entrevue avec le nouveau secrétaire-trésorier de la SCR, James Henderson

Certains disent que la tâche la plus difficile à la Société canadienne de rhumatologie (SCR) est celle du secrétaire-trésorier. Qu'est-ce qui vous a amené à accepter ce poste?

Tout d'abord, je dois dire que, selon moi, le poste le plus difficile à occuper au sein de la SCR est celui de président. Ayant vu moi-même passer trois présidents, je leur lève mon chapeau pour avoir pris un engagement bien plus sérieux que le mien envers la Société. J'ai beaucoup apprécié le temps passé à travailler avec la direction de la Société. Lorsque Carter Thorne a indiqué son souhait de passer le flambeau, j'ai décidé de jouer un rôle plus important qu'auparavant. Je crois que Carter serait d'accord pour dire que le rôle du secrétaire-trésorier est de donner une stabilité à long terme à la direction de la Société. Carter a occupé le poste pendant de nombreuses années et servait de véritable pilier, apportant une perspective historique au sujet de l'évolution de la Société au fil des années. J'ai bien l'intention de continuer dans la même veine.

Les derniers secrétaires-trésoriers avaient leur cabinet privé. Est-ce que la gestion d'un cabinet permet d'avoir une longueur d'avance en ce qui concerne la gestion d'un grand organisme comme la SCR?

Depuis les 15 dernières années, je gère la clinique médicale de Fredericton, qui englobe 80 médecins sous un même toit. Je crois donc qu'une telle tâche m'a bien préparé à la gestion de la SCR.

Il y a dix ans, le budget de la SCR n'aurait même pas suffi à acheter une bonne voiture d'occasion. Cette situation a grandement changé. Selon vous, quels sont les défis financiers auxquels devra faire la Société au cours des prochaines années?

Nous nous efforçons de mettre suffisamment d'économies de côté pour pouvoir tenir la réunion annuelle de la Société, et ce, même si les dons et les subventions viennent à se faire plus rares.

Nous vivons dans un milieu changeant, et nous ne pouvons pas être certains de toujours pouvoir compter sur le parrainage de l'industrie pharmaceutique pour tenir notre réunion annuelle. En outre, en voulant jouer son rôle d'experte dans le domaine de l'arthrite au Canada, la Société est sollicitée de partout et se trouve impliquée dans plusieurs projets et plusieurs programmes. Nous devons nous assurer que notre mainmise sur les différents aspects liés à l'arthrite ne dépasse pas nos capacités financières.

En plus de diriger un cabinet prospère à Fredericton, vous êtes aussi reconnu comme un grand sportif. Comment décririez-vous James Henderson sans stéthoscope?

Si vous ne me trouvez pas au bureau, c'est parce que je suis en train de « jouer dehors ». Ma femme et moi, nous aimons tous les deux faire du canoë-kayak, et nous avons eu l'occasion au cours des dernières années de descendre quelques rivières dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. Nous prévoyons descendre une autre rivière au Nunavut l'été prochain. Nous avons descendu plusieurs rivières au Nouveau-Brunswick. Nous aimons aussi tous les deux la pêche au saumon, et rien ne nous fait plus plaisir que de rester au milieu d'une rivière à attendre que morde le rusé saumon.

J'adore également me salir les mains dans le jardin.

La SCR est un organisme politique. Vous avez déjà été exposé aux réalités de la politique avant de devenir secrétaire-trésorier de la SCR. Pourriez-vous nous décrire votre expérience dans le domaine?

Je me suis frotté de près à la politique lorsque j'ai été candidat pour devenir député à l'Assemblée législative lors des élections provinciales de 1991. L'expérience a été exaltante, mais je crois que j'avais complètement perdu la raison à cette époque. Quand j'y repense, je suis vraiment content d'avoir perdu cette campagne.

Par ailleurs, depuis de nombreuses années, je participe à divers titres aux activités de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB). Je suis actuellement président du comité de négociation de la SMNB. Je viens tout juste de quitter le poste de chef de la médecine interne, un poste que j'ai tenu pendant près de dix ans.

Si vous étiez subitement nommé ministre fédéral de la Santé, quelles seraient vos trois principales suggestions pour régler les problèmes du système de santé canadien?

Je commencerais par examiner de près le fait que 80 % des frais de santé de la plupart des Canadiens se concentrent dans les trois derniers mois de leur vie. Beaucoup de patients aiment croire que les examens poussés et les médicaments coûteux peuvent en quelque sorte tromper la mort. Nous semblons oublier de reconnaître que la mort fait inévitablement partie de la vie, et souvent les patients vont connaître une mort médiocre dans une unité de soins intensifs au lieu d'être entourés par les membres de leur famille ou par des proches à la maison. Si les Canadiens apprenaient à faire face

à leur peur de la mort, le système de santé pourrait économiser beaucoup d'argent.

Je suis convaincu que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans un régime national d'assurance-médicaments, et je suis déçu de constater que le gouvernement actuel semble se désintéresser de la question.

Je crois aussi personnellement qu'il y a une place pour le secteur privé dans notre système de soins de santé. Lorsqu'on regarde comment fonctionne le système de santé en Grande-Bretagne, on constate que le privé et le public semblent bien se compléter, avec les médecins qui exercent des deux côtés.

Qui a eu le plus d'influence dans votre carrière?

J'ai eu la chance de côtoyer pendant six mois le Dr Howard Stein à l'hôpital Saint-Paul lors de ma dernière année de formation. Ce médecin, plus que quiconque, m'a montré en quoi consiste la profession de rhumatologue.

Quel est le meilleur ou le pire conseil professionnel ou personnel qu'on vous ait donné?

J'ai appris que les courtiers en valeurs mobilières ne semblent jamais mettre la sécurité financière de leurs clients en tête de leurs priorités. Je pense à plusieurs exemples où certains d'entre eux m'ont donné des conseils qui, rétrospectivement, avaient beaucoup de sens pour eux et pour leur carrière, mais fort peu pour moi.

Le meilleur conseil reçu reste celui de « jeter un coup d'œil aux Maritimes » quand je me demandais où je pourrais élever une famille. Les Maritimes ont fait toute la différence dans ma qualité de vie.

Si vous pouviez apprendre trois choses instantanément, lesquelles choisiriez-vous et pourquoi?

La première serait de faire du kayak en eaux vives. Je suis assez à l'aise pour faire du canoë-kayak dans la plupart des cours d'eau, mais j'ai toujours pensé qu'il doit être amusant d'affronter les vagues face à face.

Si j'étais en mesure de procéder à une micro-arthroscopie des articulations, je pourrais certainement effectuer des exa-

mens plus précis en matière d'arthrite inflammatoire. Je peux anticiper le jour où, finalement, cet équipement sera accessible dans nos cabinets et fera partie de l'examen rhumatologique de routine.

La troisième chose que j'aimerais bien savoir est, évidemment, comment lire dans les pensées de ma femme!

Quels conseils donneriez-vous aux jeunes stagiaires en rhumatologie qui veulent un jour exercer leur profession à Fredericton ou dans un endroit similaire?

S'ils veulent s'engager à rester dans une localité pour la durée de leur vie professionnelle, je leur conseillerais de posséder leur propre cabinet et d'être propriétaire de leur immeuble.

Je leur dirais aussi de ne pas trop s'inquiéter des dettes accumulées pendant les études, puisque le montant de ces dernières, étalé sur toute une vie, sera minime en comparaison aux revenus qu'ils auront tirés de leur profession à l'aube de leur retraite.

Je leur dirais que les gens qu'ils embaucheront pour diriger leur bureau constitueront leur meilleur atout dans leur carrière de rhumatologue. Ils se doivent de consacrer beaucoup de temps et d'énergie à choisir les bonnes personnes.

Je leur dirais aussi d'éviter l'euphorie que procure l'achat d'une nouvelle voiture et de toujours acheter des voitures d'occasion. La qualité de leur vie professionnelle sera toujours directement proportionnelle au nombre de rhumatologues dans leur voisinage immédiat.



– James Henderson, M.D.
Secrétaire-trésorier, SCR

Compte rendu de la *Frontiers in Inflammatory Joint Diseases Conference*

La *Frontiers in Inflammatory Joint Diseases Conference* a réuni des participants de tous les horizons qui s'étaient donné comme objectif commun de préciser la direction que doit prendre la recherche sur les arthropathies inflammatoires (API) au Canada. Dans le large éventail de ces maladies, on retrouve la polyarthrite rhumatoïde (PAR) et ses variantes, l'arthrite idiopathique juvénile (AIJ) et ses divers sous-types de même que les spondylarthropathies (SA), notamment la spondylite ankylosante, l'arthrite psoriasique et l'arthrite réactive. Ensemble, ces maladies touchent 2 % ou 3 % de la population générale et frappent souvent des personnes dans la fleur de l'âge ou, c'est le cas de l'arthrite juvénile, durant l'enfance. Leur impact sur les personnes et la société est tout simplement sidérant. Heureusement, de grands progrès ont été accomplis, d'une part en ce qui a trait à la mise au point de traitements efficaces contre les arthropathies inflammatoires et, d'autre part, en ce qui a trait à la compréhension de leur pathogenèse. Il n'en reste pas moins que la communauté médicale a tout un défi à relever, celui de développer et d'appliquer des stratégies de dépistage précoce et des mesures thérapeutiques efficaces et économiques.

Parmi les participants à cette réunion il y avait des représentants des groupes de défense des droits des patients, des représentants des gouvernements et de l'industrie, des médecins et des chercheurs, spécialistes de la recherche fondamentale, des études cliniques, des services de santé et de la santé publique. La réunion a débuté par une journée de débats consacrés aux intérêts des consommateurs et qui a été organisée à leur initiative. Le jour suivant a été consacré tout entier au programme scientifique, tandis que le troisième jour a été l'occasion de faire une synthèse des deux premiers. Les discussions à bâtons rompus ont porté sur le contenu des exposés présentés par les conférenciers invités, tous des sommités dans leurs domaines respectifs. Le processus de recherche de consensus s'est déroulé sous la gouverne impartiale d'un modérateur de talent et d'expérience.

Les principaux objectifs de cette réunion étaient les suivants :

- Offrir à l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite, au Réseau canadien de l'arthrite et à la Société d'arthrite une occasion de discuter avec des consommateurs, des décideurs, des autorités de santé publique, des chercheurs d'ici et d'ailleurs et des partenaires de l'industrie des priorités de la recherche au pays, dans le but d'améliorer le dépistage des maladies rhumatismales, de mieux les comprendre et de les traiter dès les premiers stades de leur développement.

- Renseigner les différents groupes concernés sur les domaines d'application de la recherche qui se fait actuellement sur les API au Canada et ailleurs.
- Élaborer un programme de recherche canadien sur les API.
- Identifier les atouts, les possibilités et les ressources uniques susceptibles d'offrir au Canada un créneau stratégique dans le secteur de la recherche sur l'arthrite à l'échelle mondiale.

Le dernier jour, un groupe de travail s'est penché sur les recommandations issues des différentes discussions tenues au cours de la réunion et les a regroupées sous 10 grands thèmes de recherche stratégiques. Les voici :

Stratégies dynamiques et point de vue du patient sur les processus décisionnels. Ce volet regroupait les thèmes de recherche mettant l'accent sur le point de vue des patients, tels que l'enseignement aux patients et la capacité d'adaptation, les médecines douces et les traitements complémentaires, les nouvelles approches thérapeutiques, le libre choix, la compréhension, l'exercice, l'équipe soignante, la douleur et la fatigue.

Enfants et jeunes. Les membres du groupe de travail se sont entendus pour accorder une haute priorité aux API juvéniles dans le programme de recherche. Selon le groupe de travail, l'inclusion de ce domaine parmi les priorités de recherche ne devrait aucunement compromettre la mise sur pied éventuelle de stratégies de recherche intégrées et globales sur les API touchant tous les groupes d'âge.

Arthrite inflammatoire précoce. Pendant la durée entière du forum, un thème a dominé, celui de « l'arthrite précoce » pour laquelle il faut intervenir dans les plus brefs délais. La recherche sur l'arthrite précoce touche de près les principales disciplines et toutes les populations cibles (PAR, AIJ et SA) et elle inclut le dépistage précoce et les tests histologiques empruntant diverses avenues, dont celles de la génomique, de la protéomique et des techniques d'imagerie avancées, de même que la nécessité de sensibiliser les groupes concernés au dépistage et au traitement précoces. Dans le cadre d'une étude de cohortes, l'observation longitudinale est aussi appelée à faire la lumière sur les facteurs qui influent sur la progression de la maladie. Les membres du groupe de travail ont noté qu'il s'agit d'un thème vaste, propice à la recherche transdisciplinaire.

Enjeux économiques et psychosociaux associés aux API. Ce thème aborde les facteurs humains et sociaux ainsi que les défis posés par le monde du travail et les handicaps.

Recherche sur les services de santé. Ce volet se penche sur la recherche au sujet de l'accessibilité des soins et des modèles de soins.



Mesure des résultats. Ce volet porte sur la mise au point et l'application d'outils de mesure améliorés (par exemple l'imagerie par résonance magnétique des anomalies inflammatoires et structurelles des articulations et les nouveaux instruments de mesure de la capacité fonctionnelle et professionnelle).

Nouvelles cibles pharmacologiques. Ce volet comprend des études sur la pathogenèse, le développement de modèles et d'expérimentations chez l'animal axés sur les fondements biologiques des processus immunitaires et inflammatoires en cause dans les articulations touchées par les API.

Optimisation des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Ce volet englobe les traitements pharmacologiques ou non pharmacologiques nouveaux et existants, les biomarqueurs, les études de cohortes, les études cliniques menées à l'initiative des chercheurs, les facteurs pronostiques et la pharmacovigilance.

Facteurs précliniques et facteurs de risque à l'égard des API. Ce volet s'intéresse aux études étiologiques, au profil biologique des populations à risque élevé et aux études sur les interactions entre la génétique et l'environnement susceptibles de précipiter une API.

Recherche sur le transfert et les échanges de connaissances. Ce volet se penche sur les études qui portent sur la façon de faire passer efficacement un message à un groupe cible (grand public, décideurs, professionnels de la santé, consommateurs).

En plus, un certain nombre d'outils importants seront nécessaires pour entreprendre des projets de recherche intégrés se rattachant aux thèmes stratégiques identifiés ci-dessus. Parmi ces outils, il faut mentionner :

- les études cliniques et les autres réseaux de recherche;
- les études menées à l'initiative des chercheurs;
- le développement a) de bases de données regroupant plusieurs sites et offrant des données intégrées autour de grands axes (données sur les services de santé, données cliniques, biomarqueurs ou génétique) et b) de centres pouvant soutenir ces bases de données (élaboration de modèles d'application et préparation de lignes directrices pour la réglementation des bases de données, au sujet, par exemple, des banques de spécimens, de la liberté d'accès à l'information, des consentements éclairés);
- la formation.

RÉSULTATS

Les participants ont jugé bon de regrouper encore les thèmes stratégiques proposés tout au long de ce processus en des catégories plus générales selon les différentes directions que la

recherche est appelée à prendre. Ainsi regroupés, les thèmes formeront l'argumentaire de base de diverses demandes de financement. Ce processus s'est déroulé sous la gouverne de l'Alliance, un organisme consultatif qui réunit les différents représentants de la communauté canadienne arthritique. Ce processus a débouché sur la synthèse des trois grands thèmes stratégiques suivants :

Thème I. Amélioration du dépistage et du diagnostic précoces des API ainsi que de leur suivi

- Registres
- Bases de données intégrées pour l'établissement de profils cliniques et biologiques
- Imagerie pour le diagnostic et le suivi
- Identification des populations à risque

Thème II. Amélioration des traitements

- Pathogenèse
- Modèles animaux
- Nouvelles cibles pharmacologiques
- Traitements non pharmacologiques

Thème III. Amélioration des résultats thérapeutiques

- Facteurs psychosociaux et économiques influant sur les résultats
- Nouveaux outils de mesure des résultats
- Modèles pronostiques intégrés : biologiques, sociaux, environnementaux
- Rôle du transfert des connaissances dans la détermination de l'issue des traitements.

Il est à espérer que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Réseau canadien de l'arthrite et la Société d'arthrite s'engageront à offrir leur soutien financier à chacune de ces initiatives. On compte aussi beaucoup sur l'aide que peut apporter l'industrie pour la réalisation de ces projets.

Une autre importante conclusion : la nécessité d'établir un processus global d'identification des priorités de recherche en rhumatologie. Les réseaux qui se sont créés à la suite de cette réunion ne cesseront pas de rappeler la pertinence de la recherche, tout en maintenant à son plus haut niveau l'excellence scientifique.

– Hani El-Gabalawy, M.D., FRCPC
Directeur, Arthritis Centre, Université du Manitoba

Nouvelles provinciales

Des nouvelles de Terre-Neuve et du Labrador

À St. John's, le printemps a peut-être été humide et froid, mais n'en a pas moins été une période d'ébullition. En avril, la grève des fonctionnaires, et notamment celle des travailleurs du domaine de la santé, a entraîné beaucoup de retard et l'annulation de nombreux rendez-vous et de nombreuses chirurgies dans les hôpitaux. La situation s'est révélée particulièrement frustrante pour nous, rhumatologues, puisque nous souffrons déjà de graves pénuries et nos listes d'attente sont déjà fort longues. Un mois environ après le début du conflit, les travailleurs ont été forcés de rentrer au travail, et nous sommes encore en train de rattraper toutes les annulations que la grève a entraînées.

Nous continuons de rechercher activement d'autres rhumatologues et, croyez-moi, Terre-Neuve a beaucoup à offrir à quiconque serait intéressé par ce type de poste!

Sur une note plus légère, l'été a été magnifique à Terre-Neuve. Le temps a été clément, et la belle nature nous a tous invités à venir dérouiller nos vieilles articulations. Mon dernier voyage de pêche au Labrador a été un franc succès (malgré le coup de soleil et les piqûres de moustiques).

Le Dr Proton Rahman passe plus de temps avec ses petites filles, sans pour autant négliger ses travaux de recherche.

En dernier lieu, nous offrons nos condoléances au Dr Sean Hamilton dont la mère est décédée récemment.

– *Majed Khraishi, M.D., FRCPC*



Lever de soleil au Labrador



Le Devil's Gap (Labrador)

Nouvelles régionales

La rhumatologie se porte bien à Peterborough

La ville ontarienne de Peterborough est située à environ 90 minutes au nord-est du centre-ville de Toronto. La région est pittoresque et compte une population d'environ 71 000 personnes. La place de Peterborough sur la scène de la rhumatologie est digne de mention, puisque, pendant de nombreuses années, elle a disposé de cinq rhumatologues. Si on la compare avec la

moyenne ontarienne, la population de Peterborough est vieillissante, de sorte que les demandes de consultation pour des problèmes d'arthrite sont nombreuses. La Société d'arthrite fournit une physiothérapeute qui offre son aide aux patients de la région sur une base individuelle ou pour des séances de groupes. Les délais d'attente pour obtenir un test d'imagerie par résonance magnétique sont relativement brefs et nous disposons d'une clinique pour les perfusions d'infliximab et d'un appareil DEXA (*dual-energy X-ray absorptiometry*), mais, malheureusement, nous devons faire face à une importante pénurie



de médecins de famille. Par conséquent, les patients ont de la difficulté à avoir accès aux services de santé. En outre, deux rhumatologues de Peterborough ont récemment laissé tomber la pratique. Comme nous n'avons pas de candidat en vue pour les remplacer, il ne reste que 2,5 rhumatologues sur place. La clientèle des patients gravement atteints a ainsi considérablement augmenté, puisqu'il a fallu redistribuer les cas depuis le départ des deux spécialistes. L'attente pour une chirurgie orthopédique élective (prothèse articulaire) peut maintenant dépasser douze mois. C'est pourquoi bien des patients se rendent à Toronto pour se faire opérer. Compte tenu de récents changements survenus dans notre hôpital, nous ne répondons plus aux appels de médecine interne, ce qui nous laisse plus de temps pour nous consacrer aux soins rhumatologiques.

Les rhumatologues de Peterborough participent à diverses études de recherche de phase III, et des étudiants travaillent avec nous pendant la période estivale. De plus, nous participons au programme de formation ExpertMD à l'intention des médecins de famille.

Dans l'ensemble, Peterborough doit faire face aux mêmes difficultés que beaucoup d'autres localités ontariennes et canadiennes, mais souhaitons que le manque d'effectifs soit comblé et que les départs ne deviennent pas pratique courante.

– Jane C. Purvis, M.D., FRCPC

La rhumatologie dans la région centre de la Colombie-Britannique

Depuis que j'ai ouvert mon cabinet à Penticton en 1975, la région centre de la province a dû surmonter plusieurs obstacles, particulièrement en ce qui concerne les soins aux patients arthritiques et la rhumatologie en général. À l'époque, j'étais le seul rhumatologue entre Vancouver et Calgary. Sur le plan géographique, la population est dispersée dans des vallées que séparent des montagnes et des grands lacs et que relie quelques autoroutes ou aéroports. De nombreux patients arthritiques ont immigré vers le centre, particulièrement dans le sud de la région de l'Okanagan, en raison de son climat quasi désertique et du faible coût des maisons.

Dès l'ouverture de mon cabinet, j'ai eu des listes d'attente de trois mois, qui sont rapidement passées à trois, puis à cinq ans. J'ai reçu beaucoup d'aide de la Société d'arthrite (SA) et de l'Hôpital régional de Penticton pour la mise sur pied d'un programme de traitement de l'arthrite assez unique, incluant une unité de rhumatologie de huit lits desservant tout le centre de la Colombie-Britannique et une équipe composée de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux et d'une infirmière clinicienne spécialiste des antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM). Les personnes arthri-

tiques ont ainsi pu être traitées par une seule et même équipe, qu'elles soient hospitalisées ou non. Une clinique des ARMM a été établie en 1975 pour faciliter le suivi des patients sous aurothérapie et D-pénicillamine; elle compte aujourd'hui en moyenne 450 patients. Divers programmes, consacrés notamment à l'orthopédie et à la fibromyalgie, s'y sont ajoutés ou ont été créés. La D^{re} Kathy Gross a, pour sa part, fondé un programme d'arthrite juvénile pour la région centre. Ce programme permet le suivi d'environ 50 enfants à Penticton.

Le principal problème a longtemps été le manque d'effectifs en rhumatologie dans la région... un vide qui a graduellement été comblé par l'arrivée de rhumatologues dans les plus grandes localités de la région Thompson-Okanagan. En ordre chronologique, les rhumatologues suivants ont découvert la beauté et le mode de vie extraordinaires de la région :

Jan Navritil (Kamloops), Dan McLeod (Kelowna), Mike Puttick (Kelowna), Stuart Seigel (Kelowna), Nancy Hudson (Kamloops), Barb Blumenauer (Kamloops) et Jackie Stewart (Penticton).

Malheureusement, une bonne distance sépare encore bien des patients de divers secteurs importants du centre de la Colombie-Britannique de leur rhumatologue. Certains de ces secteurs sont desservis par une unité de consultation mobile de la SA à partir de Vancouver, alors que d'autres sont couverts par des internistes spécialisés en rhumatologie ou que le domaine intéresse, notamment les D^{rs} Phil Malpass (Nelson), Mike Buchanan (Prince George) et Danny Myers (Salmon Arm).

La région vient d'être redécoupée par les autorités sanitaires, et elle est maintenant passablement autosuffisante pour ce qui est des services orthopédiques et diagnostiques; les principales interventions sont effectuées dans la plupart des centres, tandis que les chirurgies de la main et de la colonne vertébrale relèvent de Kamloops et de Kelowna et que les arthroplasties de l'épaule et de la cheville relèvent de Penticton.

Nos rhumatologues se rassemblent pour des activités de formation médicale continue (FMC) plusieurs fois par année, habituellement à Kelowna, la ville centre. La Western Alliance of Rheumatology (WAR) organise quant à elle sa réunion annuelle à Kelowna grâce aux bons offices des D^{rs} Paul Davis et John Esdaille. Les désormais célèbres vins de l'Okanagan sont d'ailleurs les vedettes de ces événements.

Au cours des deux dernières années, nous avons mis sur pied l'Interior Osteoporosis Physicians Group, dont les membres proviennent de la médecine familiale et de sept spécialités médicales différentes. La plupart des principales localités de la région centre y sont représentées. Le groupe met l'accent surtout sur l'enseignement, dans l'intention de resserrer les normes prophylactiques et thérapeutiques associées à l'ostéoporose et d'exercer un rôle consultatif.

La rhumatologie dans la région centre de la Colombie-Britannique connaît un essor rapide et son avenir semble prometteur. Je prédis qu'au cours des deux prochaines années nous disposerons d'un centre de traitement de l'arthrite indépendant dans la région de Kelowna, de plus en plus cosmopolite, où les stagiaires en rhumatologie effectueront des séjours grâce au programme de rhumatologie de Penticton. De



Le Dr Robert Offer (à gauche), le Dr Michael Puttick (à droite) et une vue de Penticton (Colombie-Britannique) derrière eux.

leur côté, des programmes spéciaux permettront de desservir les communautés isolées du centre pour qu'elles aient accès aux rhumatologues du corridor Thompson-Okanagan.

Voilà de bien bonnes nouvelles pour les personnes atteintes d'arthrite!

– Robert Offer, M.D., FRCPC

« Rheum with a View » dans la région de Toronto

Je reviens à la maison, Torontois ruisselant privé de son été, après avoir déambulé dans les halls désertés de Queen's Park, lanterne halogène à la main, à la recherche d'un politicien honnête. La santé redevient soudain à la mode auprès des politiciens en période électorale, tant au fédéral qu'au provincial. Pourtant, trois gouvernements ontariens successifs (je n'ai jamais appris le latin à la faculté de médecine, mais je suis persuadé que la racine du mot « gouvernement » n'a rien à voir avec le verbe « gouverner ») ont tabletté les réformes des soins de santé et, sans réfléchir davantage, ont cloîtré le système dans son impasse.

Je me prépare à passer une autre longue journée au bureau demain. De fait, dix minutes supplémentaires s'ajoutent à tous les rendez-vous prévus, non pas parce que je suis plus lent (même si c'est peut-être le cas), mais bien pour permettre aux patients d'exprimer pendant trois minutes leurs plaintes au sujet des nouveaux tarifs de stationnement de l'hôpital, pour me permettre de « ventiler » mes frustrations au sujet de la liste d'attente pendant cinq minutes et pour me permettre d'expliquer les restrictions d'utilisation pendant deux minutes, ce qui laisse deux secondes de salutations. Une fois terminé le débat sur la recherche d'autodiagnostic par Internet et l'estampillage des

permis de stationnement pour les handicapés, il ne reste pour ainsi dire plus de temps pour le questionnaire et l'examen physique (est-ce que je devrais facturer mes consultations?).

Chaque patient se plaint des attentes intolérables pour subir les tests d'imagerie, pour avoir un rendez-vous en physiothérapie à l'hôpital (les fonds discrétionnaires étant dilapidés en chiropratique et cartilages de requin) et pour obtenir une chirurgie par tirage au sort (je demande dorénavant non seulement à quel mois se feront les prochaines arthroplasties par prothèse totale, mais également en quelle année). Pour ma part, j'informe mes patients qu'en réalité il n'y a pas de liste d'attente, puisque le premier ministre Martin en a fait la promesse. Même parmi notre clientèle à l'aise, plusieurs patients n'ont plus de médecin de famille. Ils se présentent donc à nous avec tous leurs problèmes. J'ai peur de perdre mon permis, sinon un doigt ou deux, si je suis obligé de faire un frottis vaginal. Terminé le temps où on exerçait la médecine, maintenant nous nous épuisons à nager à contre-courant pour soigner en surface des patients otages d'un système complètement dépassé.

La Société canadienne de rhumatologie (SCR) publie ses lignes directrices pour le traitement précoce de la polyarthrite rhumatoïde. Pendant ce temps, la fenêtre des panacées se referme de plus en plus sur ma liste d'attente imaginaire. Une garantie de liste d'attente plus courte? Combien de rhumatologues faudra-t-il pour desservir une population vieillissante et pour remplacer les collègues qui partent à la retraite? Arriverons-nous à convaincre un plus grand nombre de stagiaires de se joindre à nous ou les fonctionnaires du ministère de la Santé ont-ils l'intention d'acheter des rhumatologues sur eBay?

Y a-t-il de nouvelles solutions en vue? Le ministre fédéral de la Santé est contre la privatisation. Le gouvernement prévoit déprivatiser des cliniques diagnostiques qui facturent leurs services à travers le programme d'assurance-santé de l'Ontario, sans coûts supplémentaires pour le gouvernement provincial. C'est un cauchemar philosophico-fiscal que les intérêts privés aient osé faire économiser au gouvernement les coûts des équipements tout en offrant des services aux patients nécessiteux. Pendant ce temps, les gens continuent de souffrir par l'entremise de notre triste système.

Ma liste d'attente actuelle va au-delà du prochain congrès de l'American College of Rheumatology (ACR). La plupart des jours se déroulent comme les dernières heures de la bataille d'Alamo. Je propose une expérience en « simple aveugle » : notez vos temps d'attente de base actuels et voyons ensemble s'ils ont changé dans 12 ou 24 mois (ou tout juste avant la prochaine élection).

Pour les chercheurs parmi nous, les « simples aveugles » sont les politiciens.

– Diogène le cynique
(un rhumatologue frustré de la région de Toronto qui se tient debout)*

* L'auteur préfère demeurer anonyme

Nouvelles de l'Université de Sherbrooke

C'est occupé à Sherbrooke!

Artur de Brum-Fernandes, M.D., Ph. D., a été nommé président du Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS) en janvier 2003 ainsi que chef de la division de rhumatologie en mars 2003. Il est également devenu professeur titulaire à l'Université de Sherbrooke en juin 2003 et a reçu une bourse de recherche clinique du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).

Le principal domaine de recherche de la division de rhumatologie se penche sur le métabolisme des os et des récepteurs prostanoides. Ces travaux sont réalisés par le D^r Fernandes (FRSQ, Société d'arthrite, Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC]), Jean-Luc Parent, Ph. D. (chercheur pour les IRSC, Fondation canadienne pour l'innovation [FCI], Société d'arthrite et Fondation canadienne du rein), et de la D^{re} Sophie Roux, Ph. D. (chercheuse clinicienne stagiaire de niveau I au FRSQ, Société d'arthrite).

À la suite du recrutement du D^r Roux, en juillet 2002, et du D^r David Hercelin, DEA, en mars 2003, tous deux formés en France, et du retour du D^r Patrick Liang, qui a fait des études postdoctorales aux Cleveland Clinics, on a mis sur pied des cliniques multidisciplinaires pour les maladies osseuses métaboliques spécialisées (D^r Roux), la vascularite générale et les maladies des tissus conjonctifs (D^r Liang).

La D^{re} Julie Beauchemin a achevé sa formation en rhumatologie en juin 2004 et travaille maintenant à l'hôpital Charles-Lemoyne, hôpital affilié à l'Université de Sherbrooke et situé près de Montréal. Une autre stagiaire en rhumatologie, soit la D^{re} Isabelle Deschênes, achève actuellement sa formation. Les espoirs de nouveaux stagiaires sont grands pour l'an prochain.

Gilles Boire, M.D., M. Sc., est en congé sabbatique pour toute l'année 2004. Le D^r Boire consacre cette année à la recherche sur la polyarthrite précoce (travaux parrainés par la Société d'arthrite) et à la recherche sur la biologie moléculaire de l'antigène autologue Ro (qui fait partie d'une interaction protéine-acide ribonucléique; Groupe d'excellence de l'Université de Sherbrooke).

Enfin, grâce à un généreux don fait à l'Université de Sherbrooke par André Lussier, M.D., professeur émérite et ancien président de la Société canadienne de rhumatologie (SCR), trois bourses annuelles ont été créées (pour un total de 12 000 \$), soit une bourse pour l'étudiant le plus méritant en quatrième année de médecine, une bourse pour le résident le plus méritant de première ou de deuxième année et une bourse pour l'étudiant le plus méritant diplômé des laboratoires de travaux pratiques de la division.

– Gilles Boire, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeur de médecine, Université de Sherbrooke

Nouvelles de l'Université Dalhousie

La division de rhumatologie de l'Université Dalhousie, qui compte parmi les 15 divisions du département de médecine, emploie trois rhumatologues à temps plein (D^{re} Evelyn Sutton, D^r Volodko Bakowsky et D^r John Hanly), en plus de trois rhumatologues communautaires (D^{re} Dianne Mosher, D^r Siraj Ahmad et D^r Souad Shatshat), qui ont aussi un cabinet privé. Depuis de nombreuses années, il n'y a pas de lits réservés aux malades hospitalisés en rhumatologie, si bien que la plupart de nos services sont maintenant assurés dans des unités de soins ambulatoires. La clinique de rhumatologie est un centre d'orientation à la fois provincial et régional qui reçoit environ 7 000 visites de patients par année. L'installation de cette unité de soins ambulatoires en juillet 2002 au Nova Scotia Rehabilitation Centre (NSRC) du Queen Elizabeth II Health Sciences Centre et l'établissement du Arthritis Centre of Nova Scotia ont permis l'instauration d'un modèle multidisciplinaire de soins plus accessible et plus centré sur les patients. L'une des caractéristiques de notre centre est l'ajout d'un bureau satellite de la Société d'arthrite de la Nouvelle-Écosse qui sert à faire la promotion des programmes d'enseignement et des services de la Société.

Tous les membres de la division de rhumatologie participent à des programmes d'enseignement du 1^{er} cycle à l'Université Dalhousie, et le programme de formation en rhumatologie du 2^e et du 3^e cycle reste actif.

Les membres de la division de rhumatologie participent actuellement à un certain nombre de projets de recherche clinique portant sur l'efficacité de nouveaux traitements, sur le rôle de la génétique et sur les résultats thérapeutiques à long terme chez divers groupes de sujets, dont ceux atteints de polyarthrite rhumatoïde, de rhumatisme psoriasique et de lupus érythémateux disséminé.

– John Hanly, M.D., FRCPC
Professeur et chef, Division de la rhumatologie,
Directeur, Arthritis Centre of Nova Scotia,
Université Dalhousie et QEII Health Sciences Centre,
Halifax (Nouvelle-Écosse)