

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DE TOUS LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

SPÉCIAL

CANCER DU SEIN

LA FONDATION DU CANCER DU SEIN
DU QUÉBEC, ENGAGÉE PLUS QUE JAMAIS

L'INNOVATION EN CANCER DU SEIN
AU SERVICE DU PATIENT

LA RECONSTRUCTION DU SEIN

PRINCIPALES TECHNIQUES CHIRURGICALES
POUR LE CANCER DU SEIN ET
L'ÉVALUATION AXILLAIRE

LE GROUPE MCPEAK-SIROIS
DE RECHERCHE CLINIQUE
EN CANCER DU SEIN

OCTOBRE 2018
VOL 12 • NO 4

5,95\$



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

LES AVANCÉES
MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES



Le pouvoir éclairant de l'innovation

Le pouvoir éclairant de l'innovation

La médecine nucléaire fournit de l'information sur la perfusion et le fonctionnement qui vous permet de prendre des décisions *éclairées* quant au traitement à administrer à votre patient.

Lantheus Imagerie médicale, chef de file en radiopharmaceutiques au Canada, offre des solutions d'imagerie innovatrice *qui font la lumière* sur le diagnostic et le traitement des maladies.

 **Lantheus**
Imagerie médicale



1-800-811-5500

Éditeur

Ronald Lapierre

Directrice de la publication

Dominique Raymond

Développement des affaires et marketing

Nicolas Rondeau-Lapierre

Comité d'orientation

François Lamoureux, M.D., M.Sc., président

Jean-Luc Urbain M.D., Ph.D.

Jean Paul Marsan, pharmacien

Jean Bourcier, pharmacien

Hussein Fadlallah, M.D.

Johanne Francoeur, infirmière, M.Sc.

Irène Marcheterre, directrice communication CHUM

Karl Weiss, M.D., M.Sc.

Le Prix Hippocrate

Jean-Paul Marsan, directeur général

Direction artistique et impression

Le Groupe Communimédia inc.

contact@communimedia.ca

www.communimedia.ca

Publicité

Simon Rondeau-Lapierre

Tél. : (514) 331-0661

slapierre@editionsmulticoncept.com

Nicolas Rondeau-Lapierre

Tél. : (514) 331-0661

nlapierre@editionsmulticoncept.com

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

Abonnement

6 numéros (1 an)

Canada : 30 \$ par année

International : 46 \$ (cdn) par année

Pour vous abonner

Par correspondance :

1600, boul. Henri-Bourassa Ouest, Bureau 405

Montréal (Québec) H3M 3E2

Par téléphone : 514-331-0661

Le Patient est publié six fois par année

par les Éditions Multi-Concept inc.

1600, boul. Henri-Bourassa Ouest, Bureau 405

Montréal (Québec) H3M 3E2

Secrétariat :

Tél. : (514) 331-0661

Fax : (514) 331-8821

multiconcept@sympatico.ca

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

Dépôt légal :

Bibliothèque du Québec

Bibliothèque du Canada

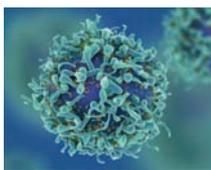
Convention de la poste-publication

No 40011180

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

SOMMAIRE

4 LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES



6 L'INNOVATION ACCESSIBLE AUX PATIENTS : UN VRAI DÉFI

8 L'INNOVATION EN CANCER DU SEIN AU SERVICE DU PATIENT

10 VIVRE AVEC UN CANCER DU SEIN MÉTASTATIQUE

14 LA FONDATION DU CANCER DU SEIN DU QUÉBEC, ENGAGÉE PLUS QUE JAMAIS

16 LE PATIENT ACCOMPAGNATEUR, UNE RESSOURCE ORGANISATIONNELLE COMME LEVIER POUR UNE EXPÉRIENCE PATIENT AMÉLIORÉE EN ONCOLOGIE (PAROLE-ONCO)

18 BRA DAY MONTRÉAL DU CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

22 NOUVEAUX PARADIGMES DANS LE TRAITEMENT DU LYMPHŒDÈME

26 LA RECONSTRUCTION DU SEIN

30 PRINCIPALES TECHNIQUES CHIRURGICALES POUR LE CANCER DU SEIN ET L'ÉVALUATION AXILLAIRE

32 DU BISTOURI À LA CAMÉRA

34 LE GROUPE MCPEAK-SIROIS DE RECHERCHE CLINIQUE EN CANCER DU SEIN – POUR UN MEILLEUR ACCÈS À LA RECHERCHE QUI SOIGNE

38 PERDRE DE L'ARGENT EN PLAÇANT EN OBLIGATIONS

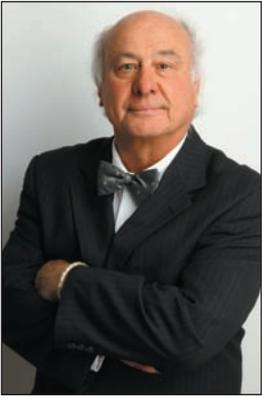
40 LAURENTIDES : UN CONCENTRÉ DE QUALITÉ DU VIGNOBLE QUÉBÉCOIS



Pensons environnement!
Le Patient maintenant disponible sur internet

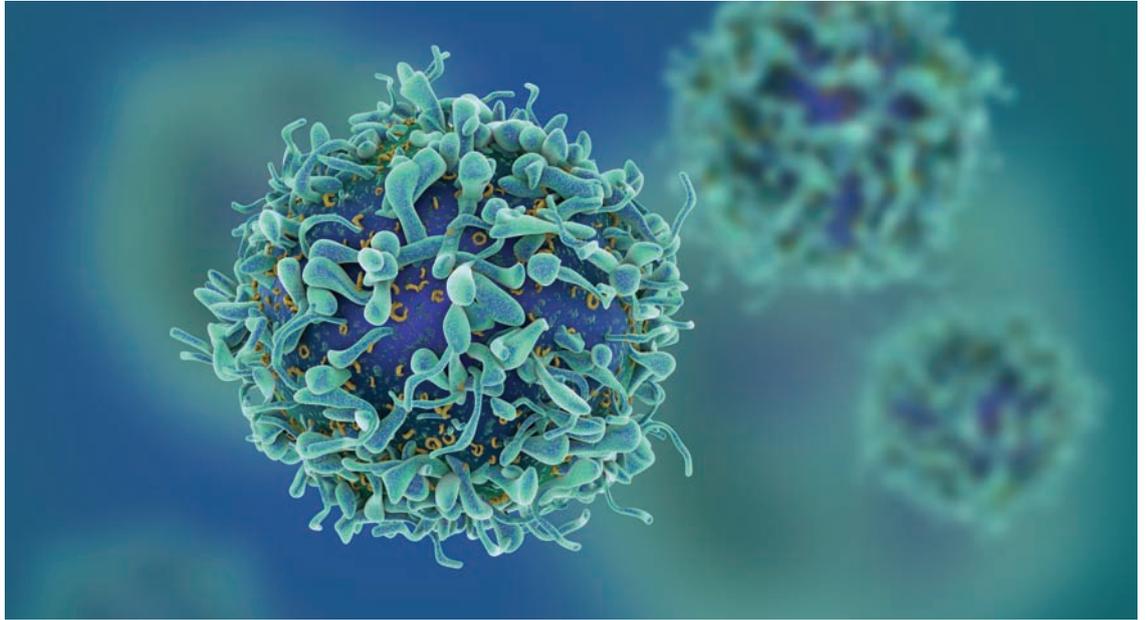
Vous désirez consulter votre magazine en ligne? Rien de plus simple!
Rendez-vous au :

www.lepatient.ca



François Lamoureux,
M.D., M. Sc.

LES AVANCÉES MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES



LE CANCER POURQUOI ET COMMENT

Au Canada, on estime qu'en 2016 il y a eu 202 400 nouveaux cas de cancer et 78 800 décès dus au cancer alors qu'au Québec, on estime qu'il y a eu 51 900 nouveaux cas de cancer et 21 300 décès, selon la Société canadienne du Cancer. (cancer.ca/fr). Toujours selon la Société canadienne du Cancer, en moyenne chaque jour 555 Canadiens reçoivent un diagnostic de cancer et 216 en meurent. C'est la première cause de décès chez les enfants.

Mais pourquoi et comment? L'être humain est composé de milliers de milliards de cellules en continu processus de multiplication hautement régulé par l'ADN (acide désoxyribonucléique) de chaque cellule. Cette importante multiplication cellulaire, c'est la vie.

Dans le cancer, la cellule perd son mécanisme d'autorégulation et entre dans une phase de multiplications rapides, débridées et incontrôlées. La cellule cancéreuse n'assure plus la vie elle devient une envahisseuse délétère. Elle commence par grossir localement très rapidement en pouvant se multiplier de 200 à 300 pour cent le rythme d'une cellule normale. Elle commence donc par créer un amas local de cellules qui, rapidement, forme une masse exerçant des pressions sur les tissus avoisinants pour les remplacer ou les asphyxier. Parfois, cette masse comprime des nerfs et déclenche chez l'hôte des douleurs. Mais pire encore, cette cellule modifiée et sclérate est une colonisatrice sanguinaire, car elle ne se contente pas d'envahir le système lymphatique et

ses ganglions, mais altère les vaisseaux sanguins pour y pénétrer et essayer à distance dans le seul but de s'implanter à distance, d'abord dans les organes très vascularisés comme les os, le foie et le cerveau, par exemple, pour y poursuivre son action destructive sur l'ensemble des organes de l'être humain.

Le patient devient envahi par une horde de mutants cellulaires délétères. Au début, tout ce processus peut demeurer silencieux, la cellule cancéreuse et ses clones fourbissent leurs armes pour assurer leur multiplication débridée. Elles créent leur propre système d'approvisionnement de nutriments nécessaires à leur rapide multiplication en créant par néovascularisation de nouvelles voies d'approvisionnement.

Puis, soudainement, l'envahisseur commence à se manifester, une masse apparaît, des ganglions deviennent apparents, des ulcérations deviennent visibles, des nerfs deviennent comprimés, parfois des voies vasculaires sont lésées et des saignements apparaissent et des organes vitaux perdent progressivement leur efficacité. C'est le cancer généralisé.

Mais comment cette cellule cancéreuse peut-elle apparaître chez l'Homme? Les milliers de milliards de cellules dont nous sommes composés s'autorégulent selon l'information stockée dans les gènes de ses chromosomes.

Le monde extérieur nous expose continuellement à des agents qui peuvent altérer certaines cellules et amorcer une mutation de certains gènes et enclencher l'apparition d'une cellule modifiée qui peut,

« Dans le cancer, la cellule perd son mécanisme d'autorégulation et entre dans une phase de multiplications rapides, débridées et incontrôlées. La cellule cancéreuse n'assure plus la vie elle devient une envahisseuse délétère. »

malheureusement, entrer dans un processus de multiplication débridée. C'est la cellule cancéreuse. Une seule cellule modifiée peut enclencher le processus.

Ces agents cancérogènes, on les connaît comme les virus, les processus inflammatoires chroniques, les radiations ou encore l'agent le plus connu : la fumée de cigarette.

Quand la cellule saine est exposée à un agent cancérogène, même s'il y a altération d'un de ses gènes, en général la cellule grâce à sa grande capacité d'autoréparation, peut réparer ce dommage par son propre métabolisme cellulaire interne.

Le danger, c'est l'exposition répétée à un agent cancérogène qui peut finalement donner naissance à une cellule mutante ayant surmonté les capacités de réparation chromosomique de la cellule saine. Une fois cette première étape franchie par la cellule mutante, il existe bien une deuxième ligne de défense en la présence des globules blancs et des anticorps, mais à ce niveau, la lutte est souvent longue et d'issue imprévisible.

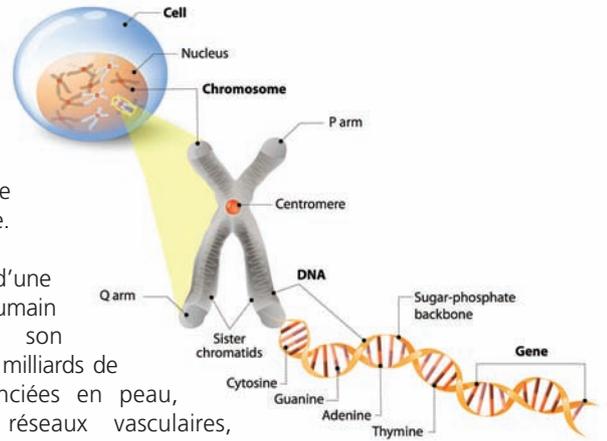
Bien sûr, il existe certains cancers dits génétiques, mais ils représentent moins de 10 pour cent des cancers initiés.

Un jour, on vaincra le cancer, mais entre-temps on doit connaître ces agents cancérogènes et éviter autant que possible leur exposition répétée.

Au début, à partir d'une seule cellule l'être humain prend forme avec son bagage de milliers de milliards de cellules bien différenciées en peau, cheveux, organes, réseaux vasculaires, lymphatiques, électriques et autres.

Le cancer, par une simple mutation sur une seule cellule, peut en parallèle reproduire cette multiplication cellulaire mais de façon débridée et beaucoup plus rapide en cherchant à se substituer à toute cellule saine.

Contrairement à la cellule saine, la cellule cancéreuse est incapable d'entrer en phase de repos, elle est vouée à se multiplier et a essaimé dans tout l'être humain. L'Homme peut maintenant vivre jusqu'à cent ans, mais il doit vaincre cet envahisseur maintenant et encore mieux dans le futur grâce aux nouveaux traitements personnalisés. ■





FINANCIÈRE DES PROFESSIONNELLS

40 ANS

UNE POLYARTHRITE FINANCIÈRE VOUS ANKYLOSE ?

**DEMANDEZ À VOTRE CONSEILLER
QUEL TRAITEMENT VOUS REMETTRA SUR PIED.**

**CONSULTEZ DES EXPERTS
QUI VOUS COMPRENNENT.**

1 844 866-7257
fprofessionnels.com

GESTION DE VALEURS



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPECIALISTES
DU QUÉBEC

Actionnaire de
Financière des professionnels
depuis 1978.



Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille et un gestionnaire de fonds d'investissement qui gère les fonds de sa gamme de fonds et offre des services-conseils en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE) qui offre des services de gestion de portefeuille.



**Nathalie Tremblay,
MBA PDG,
Fondation du cancer
du sein du Québec**



« La frontière du savoir scientifique et médical est de plus en plus mince et pourtant le delta entre les découvertes scientifiques, technologiques et l'accessibilité pour les patients s'agrandit. »

L'INNOVATION ACCESSIBLE AUX PATIENTS : UN VRAI DÉFI

Les connaissances scientifiques sont très avancées, les nouvelles technologies bénéficient d'une politique gouvernementale très favorable, les programmes de subventions en innovation se multiplient. L'innovation est un raz de marée sur un écosystème entier que nous ne pourrions éviter et qui apportera certainement beaucoup d'avantages malgré les importants défis d'intégration dans la pratique.

Par exemple, l'intelligence artificielle apporte déjà une accélération jamais vue au niveau des connaissances, de la détection de biomarqueurs en cancer du sein à la gestion des urgences. Et que dire du développement de biothérapeutiques de plus en plus efficaces, de l'utilisation des nanotechnologies pour diffuser des traitements ciblés, de la robotique pour opérer avec plus de précision ou à distance et tellement plus encore.

Nous savons déjà que d'ici quelques années, nous pourrions intervenir en prévention grâce à la stratification du risque individuel en cancer du sein et de la connaissance en génomique. En effet, la connaissance de notre code génétique permettra de prédire l'efficacité des nouveaux traitements et offrira la possibilité de minimiser leurs effets secondaires, donne des indications sur les chances de récurrences ou de former des métastases. Une médecine personnalisée et de précision, qui demande que les principaux intervenants soient formés à cette nouvelle réalité afin qu'elle soit accessible aux patients.

La frontière du savoir scientifique et médical est de plus en plus mince et pourtant le delta entre les découvertes scientifiques, technologiques et l'accessibilité pour les patients s'agrandit.

Sommes-nous vraiment au début d'une nouvelle ère en santé, qui changera les soins prodigués aux patients? Passerons-nous enfin d'un système curatif qui traite efficacement, à un système qui prend soin de chaque personne, de la prévention aux soins palliatifs?

Idéalement, nous devrions passer d'ici peu de la simple théorie du patient au cœur de nos préoccupations à la

valorisation des droits des patients qui seront eux-mêmes savamment informés de leur état de santé et capable de choisir le meilleur programme de soins en fonction de leur code génétique et de leurs valeurs personnelles.

Notre réalité est plus triste : notre système de santé est en pleine restructuration, les équipes médicales sont surchargées, épuisées par les trop nombreux changements exigés depuis plusieurs années. Qui aura l'enthousiasme d'accueillir l'innovation, d'accepter d'apprendre une nouvelle expertise et de se mobiliser pour permettre l'implantation de ces changements qui permettraient d'augmenter le taux de survie et leur qualité de vie des patients?

Le plus grand défi aujourd'hui n'est plus la connaissance, mais la volonté, le courage de changer les choses, celui de se questionner et de ne pas accepter le statut quo, ou de ne pas accepter le manque de moyens financiers comme excuse. Intégrer l'innovation et gérer son implantation requiert un leadership inspirant, le sens du timing, la capacité de faire des choix, d'accepter les incertitudes et sans contredit, la mobilisation des ressources.

Nous jouons un rôle essentiel comme organisme à la défense des intérêts des patients afin de leur donner accès à de l'information basée sur des données probantes, nous vulgarisons les avancées scientifiques et les innovations technologiques en santé. Nous les informons de leurs droits comme patients et les encourageons à jouer un rôle proactif. Nous les soutenons en offrant de nombreux services spécialisés en cancer du sein et répondons à leurs questions, tous les jours de semaine.

Nous croyons également que chacun a le pouvoir de jouer un rôle actif pour sa santé et le devoir de s'informer et de connaître ses droits comme patient et de les faire respecter. Si chaque personne sensibilisée unissait sa voix à l'ensemble d'une communauté mobilisée pour faire accélérer l'intégration de l'innovation en santé, il en résulterait forcément un changement significatif, qui permettrait l'amélioration du taux de survie et la qualité de vie des personnes touchées par le cancer du sein et leur famille.



**Fondation
cancer du sein
du Québec**

Nathalie Tremblay, MBA
Présidente-directrice générale
Fondation cancer du sein du Québec

Bio-K⁺ PLUS^{MD}

UN ALLIÉ POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS AUX PATIENTS

Bio-K⁺, le seul produit approuvé par Santé Canada en prévention première des infections au *C. Difficile* et des diarrhées associées à la prise d'antibiotiques*

65%

Réduit le risque de diarrhée associée à la prise d'antibiotiques (DAA)*

95%

Réduit le risque de diarrhée associée au *C. Difficile* chez les patients hospitalisés (DACD)*

*Gao et al. (2010). AM J Gastroenterol. 105 (7): 1636-1641



**EFFICACE ET
PEU COUTEUX**



**AMÉLIORE
LA QUALITÉ DES
SOINS AUX PATIENTS**



**PRÉVIENT
LES INFECTIONS
SECONDAIRES**



**RENFORCE
LE SYSTÈME
IMMUNITAIRE**

L'INNOVATION EN CANCER DU SEIN AU SERVICE DU PATIENT

« La recherche et l'innovation en santé ont fait des pas de géant depuis les dernières années. C'est une période charnière où l'on parle d'intelligence artificielle, d'immunothérapie, de thérapie cellulaire, de génomique, de radiomique, de robotique, de nanotechnologie, de l'épigénétique et de thérapie ciblée. Les récentes percées offrent les plus grands espoirs » — Nathalie Tremblay, MBA PDG, Fondation du cancer du sein du Québec

Depuis quelques années déjà la médecine personnalisée s'intègre dans les pratiques en oncologie. Les avancées médicales et scientifiques sont prometteuses, la médecine de précision et l'intelligence artificielle changeront de manière drastique la façon dont les soins seront administrés. Attachez vos ceintures, vous serez propulsés vers la médecine du futur.

MONTREZ-MOI VOTRE GÈNE ET JE VOUS DIRAI QUI VOUS ÊTES

Qualifiée par la communauté scientifique comme la médecine de l'avenir, la médecine personnalisée est une approche qui vise à établir des stratégies de dépistage, de prévention et de traitements adaptés à chaque patient, en fonction de ses caractéristiques individuelles, de son mode de vie et de son environnement social.

Chacun individu est unique tout comme son ADN, il est alors primordial de changer la manière universelle de promulguer les soins de santé vers une approche plus personnalisée axée sur la prédiction, la prévention et la précision des soins. Grâce aux avancées scientifiques, il est maintenant possible d'identifier la composition génétique de chaque cancer du sein. Il s'agit d'un progrès remarquable qui permettra de découvrir des médicaments qui ciblent les variations génétiques et de traiter en fonction de votre signature moléculaire. C'est la médecine de précision qui nous permettra de dire si le traitement sera efficace pour vous, quels seront vos effets secondaires, s'il reste des cellules cancéreuses après le traitement, si votre cancer est agressif et de nature à former des métastases rapidement.

Rappelons que le cancer du sein n'est pas une maladie unique, il est catégorisé en sous-types, tous ayant une structure génétique et une évolution clinique distinctes.

UN DÉPISTAGE AMÉLIORÉ CHEZ LES FEMMES À RISQUE

Impossible de parler d'une approche personnalisée et de précision sans mentionner l'apport du professeur Jacques Simard, chercheur responsable du Centre de



recherche du CHU de Québec-Université Laval et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en oncogénétique. Professeur Simard est le chercheur principal du projet interdisciplinaire intitulé « Stratification personnalisée des risques pour la prévention et le dépistage précoce du cancer du sein », financé par Génome Québec, Génome Canada, les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et la Fondation du cancer du sein du Québec (2013 à 2018).

Au terme de quatre années d'étude, le chercheur québécois et 26 collègues chercheurs du Canada, des États-Unis, de l'Allemagne et des Pays-Bas, ont révélé 72 marqueurs génétiques associés à un risque accru de cancer du sein.

Les données obtenues permettront une meilleure connaissance génétique du cancer du sein et faciliteront la mise en place d'un dépistage précoce efficace auprès des femmes plus à risque. En ce sens, les recommandations sur le dépistage par mammographie en fonction de l'âge pourraient être personnalisées au risque individuel de chaque femme. À titre d'exemple, une femme de 40 ans, jugée plus à risque de développer un cancer du sein, pourra être suivie plus tôt. Ce qui n'est pas possible avec notre programme de dépistage actuel qui prévoit, aux deux ans, un dépistage systématique pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE, PARTENAIRE DES SOINS DE SANTÉ

L'utilisation de la machine fait partie intégrante de notre quotidien, que ce soit pour communiquer, se déplacer ou se nourrir, son usage est devenu indispensable à l'homme.

La révolution de l'intelligence artificielle (IA) permet maintenant à l'ordinateur d'apprendre par lui-même des tâches complexes, de communiquer, de créer et même de prédire. Des caractéristiques humaines maintenant transférables aux ordinateurs grâce à l'élaboration d'algorithmes complexes.

« Qualifiée par la communauté scientifique comme la médecine de l'avenir, la médecine personnalisée est une approche qui vise à établir des stratégies de dépistage, de prévention et de traitements adaptés à chaque patient, en fonction de ses caractéristiques individuelles, de son mode de vie et de son environnement social. »

Entre 2018 et 2024, l'Organisation mondiale de la santé prévoit une hausse de 42 % de l'automatisation médicale sur le marché international.

Au niveau de l'intégration de l'intelligence artificielle aux soins de santé, sa contribution peut être multiple : s'étendant de la gestion des dossiers médicaux électroniques et des registres vers l'élaboration d'un traitement génétiquement ciblé ainsi que favoriser l'accessibilité à la recherche clinique en identifiant les patients qui ont le profil recherché, jusqu'à l'exécution d'une chirurgie complexe sans intervention humaine.

L'IA facilitera la prise de décision des médecins au moment du diagnostic, du choix de traitement ou du type de prescription. En quelques manipulations, les praticiens pourront trouver le traitement avec le meilleur taux de survie pour un type génétique précis de maladie, et ce, en se basant sur les données des milliers de patients traités partout dans le monde, en une fraction de seconde, permettant ainsi une économie de temps, d'argent. Une précision des soins inégalée et un taux de survie grandement amélioré.

« D'ici 2026, les applications d'intelligence artificielle pourraient permettre au système de santé américain d'effectuer des économies de 150 milliards de dollars », affirme Matthieu Dugal, animateur de « La sphère ». La même logique devrait s'appliquer au Canada.

LA RADIOMIQUE, L'IMAGERIE DU FUTUR

Une des technologies prometteuses de l'intelligence artificielle est la radiomique, aussi appelée imagerie médicale computationnelle. C'est une discipline qui permet de mieux caractériser les tumeurs en analysant de manière approfondie, et à grande échelle, les données des approches classiques d'imagerie, afin de déterminer des biomarqueurs d'imagerie.

Contrairement à l'analyse des examens d'imagerie standard telle que l'imagerie par résonance magnétique (IRM), qui permet une interprétation des caractéristiques visuelles simples, comme la taille de la tumeur, la radiomique analyse de manière informatique, les examens d'imagerie, puis les convertis en données quantitatives complexes. La technologie identifie les anomalies au niveau moléculaire, dès le début de la transformation de la cellule saine en cellule cancéreuse, que l'on appelle la mutation génétique. Cette innovation permettra au médecin d'intervenir en prévention, lorsque le cancer est facile à traiter et offre les meilleures chances de survie au patient.

L'imagerie médicale computationnelle apporte un soutien à la prise de décision médicale et permet également de mieux comprendre la biologie du cancer.



Source : Jacques Simard Ph. D

Cette technique d'imagerie à l'avantage d'être non invasive. Elle permet l'évaluation de la tumeur et de son environnement dans son entièreté et peut être reproduite dans le temps, afin de suivre l'évolution tumorale. Elle permettra sans doute d'éviter de nombreuses biopsies en donnant les mêmes informations.

La Fondation adopte cette innovation en appuyant un projet en partenariat avec Imagia, une organisation spécialisée en imagerie médicale et intelligence artificielle, et le CHU de Québec. Ce projet permettra d'identifier des nouveaux biomarqueurs en radiomique pour le cancer de sein et ainsi facilitera la stratification moléculaire de ce cancer en analysant les images radiographiques des individus.

« L'avenir des soins de la santé réside au croisement de la biologie et de la technologie pour innover dans le meilleur intérêt des patients », soutient Jida El Hajjar, vice-présidente, investissements et promotion de la santé à la Fondation du cancer du sein du Québec. ■

On emploie souvent ces deux termes comme des synonymes. Et c'est presque le cas ! Pour les spécialistes cependant, il existe une petite distinction entre les deux.

« Au terme de quatre années d'étude, le chercheur québécois et 26 collègues chercheurs du Canada, des États-Unis, de l'Allemagne et des Pays-Bas, ont révélé 72 marqueurs génétiques associés à un risque accru de cancer du sein. »

MÉDECINE PERSONNALISÉE	MÉDECINE DE PRÉCISION
La médecine personnalisée vise à identifier des traitements spécifiques, et/ou à cibler des stratégies de prévention et de traitement en regard des caractéristiques uniques d'un individu.	La médecine de précision, c'est la capacité de classer les individus dans des sous-populations qui diffèrent dans leur susceptibilité à une maladie particulière, que ça soit dans la biologie et/ou le pronostic de ces maladies qu'ils peuvent développer, ou dans leur réponse à un traitement spécifique.
Exemple : CAR T-Cell therapy puisque nous prenons les cellules immunitaires du patient.	Exemple : Tous les patients ayant une mutation HER2 vont recevoir Herceptin.

VIVRE AVEC UN CANCER DU SEIN MÉTASTATIQUE

« Sans voix... Incapable de formuler une seule phrase, de prononcer un seul mot. J'étais là, sous le choc, devant le médecin. On m'annonçait que j'allais être une patiente en oncologie pour le restant de ma vie. »

23 décembre 2016. La vie de Geneviève Séguin prend un virage abrupt. À 41 ans, pétillante, ravissante, mère de famille de 2 enfants, avec l'homme de sa vie depuis 20 ans, à la tête de sa propre entreprise, elle reçoit un diagnostic de cancer du sein métastatique. Une catégorie où l'on ne parle plus de guérison, ni même de rémission. On tente seulement de ralentir la progression de la maladie.

CANCER DU SEIN MÉTASTATIQUE EN CHIFFRES

- Au Canada, 5 à 10 % des nouveaux cas sont diagnostiqués au stade 4;
- Pour les femmes qui reçoivent initialement un diagnostic de cancer du sein au stade précoce, le risque de développer un cancer de stade 4 se situe entre 20 et 30 %;
- 50 % des Canadiens ignorent ce qu'est le cancer du sein métastatique.

« Ma préoccupation au moment de cette annonce, ce n'est pas le travail, ce n'est pas de perdre ton sein ou de perdre tes cheveux, c'est de t'accrocher à la vie. Cette peur de mourir qui nous habite sans relâche apporte beaucoup d'anxiété. »

AU-DELÀ DES TRAITEMENTS, IL Y A L'HUMAIN
Recevoir un diagnostic de cancer du sein apporte son lot de défis physiques, psychologiques et émotifs. Une femme sur deux, touchée par le cancer du sein, ressentira des moments de détresse durant son parcours de soin. « La détresse peut avoir plusieurs causes. Elle peut entre autres venir de la peur d'une récidive, de la mort, d'un état dépressif, de la préoccupation reliée à l'intimité sexuelle et à l'estime de soi. » explique Jacynthe Rivest, médecin-psychiatre spécialisée en oncologie et co-coordonnatrice du Programme de détection de la détresse au CHUM.

« Ça prend des mois à trouver un sens à sa vie avec tous les changements et chamboulements que l'on subit : l'arrêt de travail, les opérations, les traitements, les effets secondaires, l'impact sur nos finances, sur notre vie familiale et nos relations, etc. Les médecins nous disent que la vie continue. Oui, mais encore... Comment va-t-elle continuer? Nous avons besoin de savoir, nous avons besoin de



ressources, nous avons besoin de nous raccrocher à du concret, car le cancer dans notre corps reste abstrait, voire irréel. »

PROGRAMMES DE SOUTIEN DE LA FCSQ

- Ligne de soutien psychologique;
- Aide financière;
- Ateliers d'onco-yoga;
- Ma Santé Active/kinésio-oncologie;
- Ateliers d'art-thérapie;
- Groupe de discussion privé;
- Kiosques et conférences sur la prévention et la promotion de la santé.

« Recevoir un diagnostic de maladie grave est très lourd pour le portefeuille. C'est pratiquement impossible d'arriver financièrement sans assurances invalidité ou sans assurances "maladie grave". Quand tu as fini de payer la prothèse, les médicaments et que tu cumules les journées de maladie au travail, les montants reçus sont vite dépensés. Avec des enfants à charge et un revenu réduit, c'est plus dur d'arriver. C'est sûr que la stabilité financière en prend un coup. C'est une autre préoccupation qui s'ajoute. », souligne Geneviève Séguin.

« Recevoir un diagnostic de cancer du sein apporte son lot de défis physiques, psychologiques et émotifs. Une femme sur deux, touchée par le cancer du sein, ressentira des moments de détresse durant son parcours de soin. »

En 2017-2018, plus de 250 000 \$ ont été versés à plus de 600 personnes via le programme d'aide financière de la FCSQ.

JEU DE SERPENTSET ÉCHELLES

Dans la dernière année, les nouvelles étaient encourageantes pour Geneviève. La maladie s'était stabilisée. Les métastases logées au niveau des vertèbres régressaient. « Et là, subitement, ça ne va plus. J'apprends que mon traitement ne fonctionne plus. Après deux ans de chimiothérapie, c'est comme si tout ça n'avait servi à rien. Je retourne aux pires craintes de départ. Moi qui étais fière de m'être battue dans la résilience. J'avais gardé le cap. Le moral y était. J'étais fière de mon corps, qui répondait bien aux traitements. Je ne me sentais presque plus malade. Ma vie était pleine et équilibrée à nouveau. Puis la progression de la maladie qui se représente... C'est ça le stade 4 ! Tu avances et tu recules. À ce moment-là, j'ai réalisé ce que voulait dire une maladie sans espoir de guérison. »

Geneviève est une femme d'un courage impressionnant et d'un positivisme touchant. « La maladie représente de nombreux deuils. Pour y faire face, j'essaie de ne pas comparer ma vie d'aujourd'hui à celle d'avant. Je m'ouvre sur de nouveaux horizons pour continuer à avoir des projets de vie réalistes et continuer à m'épanouir. Je ne suis plus dans le feu de l'action comme avant, bien sûr ! J'ai dû mettre le travail de côté, mais cela m'a permis de penser à un nouveau projet personnel, celui d'écrire un roman. Un projet que j'avais à cœur depuis longtemps, mais que je n'avais jamais eu le temps de concrétiser. Côté mise en forme, j'ai dû cesser le jogging, mais cela m'a

permis de découvrir le yoga. » De plus, je m'accroche à ce qui me tient en vie : mes enfants, mon mari, ma famille et mes amis proches. Les relations interpersonnelles deviennent très importantes et te permettent de te garder motivé à lutter au quotidien. Depuis l'arrivée de la maladie, je choisis chaque ingrédient qui compose ma vie. Les journées où je me sens bien, le bonheur est exponentiel ! »

D'ailleurs, cet automne, Geneviève a joint le programme **Ma Santé Active**, développé par Myriam Filion, kinésiologue spécialisée en oncologie à la FCSQ. Ce service vise à promouvoir l'activité physique chez les personnes touchées par le cancer du sein et celles à risque de développer cette maladie. Diverses activités de mise en forme, axées sur le bien-être, leur sont proposées, dans un environnement sécuritaire, selon leurs capacités.

**Chez les personnes touchées,
deux heures d'activité physique
par semaine diminuent jusqu'à
21 % les risques de récurrence.**

**Pratiquer de 30 à 60 minutes
d'activité physique par jour réduit
les probabilités de développer un
cancer du sein d'environ 25 %.**

« Pour moi, l'activité physique est une façon d'avoir un contrôle sur la maladie. Tant que mon corps peut m'en donner, j'en profite. Je bouge tous les jours ! À mes yeux, c'est ça avoir une qualité de vie. »

« Le programme de la Fondation Ma Santé Active est implanté au Québec, en Ontario et dans les provinces de l'Atlantique en partenariats avec de nombreuses équipes de recherche dans plusieurs Universités et Centre de recherche prestigieux »

« Recevoir un diagnostic de maladie grave est très lourd pour le portefeuille. C'est pratiquement impossible d'arriver financièrement sans assurances invalidité ou sans assurances "maladie grave". »



« La vision de la FCSQ est de travailler à un avenir dans lequel vivre avec le cancer du sein sera tout simplement de vivre. »

Le programme de la Fondation **Ma Santé Active** est implanté au Québec, en Ontario et dans les provinces de l'Atlantique en partenariats avec de nombreuses équipes de recherche dans plusieurs Universités et Centre de recherche prestigieux : Université Mc Gill, Université Laval, Metabolic Syndrome Canada, Université du New Brunswick et la Fondation de la recherche en santé du New Brunswick. Tous collaborent à l'amélioration des connaissances et la transmission et le partage des données probantes en oncologie dans les domaines liés à l'activité physique, le métabolisme et la nutrition.

BRISER L'ISOLEMENT

« La Fondation du cancer du sein du Québec a été pour moi une porte ouverte sur la 2e partie de ma vie. » Geneviève a découvert la FCSQ grâce au Forum, une journée d'information au cours de laquelle des experts de divers horizons (chercheurs, oncologues, chirurgiens, psychiatres, sexologues) livrent des conférences et ateliers sur le cancer du sein, passant des plus récentes avancées scientifiques, à la prévention et la réduction des risques, aux défis des traitements, aux effets secondaires, aux services de soutien disponibles, jusqu'aux méthodes axées sur le bien-être pour mieux vivre l'après-cancer.

Elle s'est ensuite impliquée comme ambassadrice à la FCSQ. Une façon pour elle de sensibiliser la population, briser l'isolement, se sentir valorisée et entourée. « Ça fourmille dans cette communauté! J'avais besoin de m'accrocher à des exemples, à d'autres personnes qui vivent des choses semblables. Ça donne de l'espoir. Je suis devenue moi-même une personne plus inspirante. La résilience se fait dans le partage avec d'autres personnes. »

La vision de la FCSQ est de travailler à un avenir dans lequel vivre avec le cancer du sein sera tout simplement de vivre.

Geneviève est consciente qu'elle ne retrouvera pas sa vie d'avant. Mais sa vie, elle la savoure chaque jour intensément avec compassion envers elle-même, et malgré tout de l'espoir et beaucoup d'amour pour son entourage.

« En fait, c'est l'intensité de ma vie qui a changé. Malgré la maladie, cette vie c'est la mienne. Et je compte bien en profiter et vivre mes passions tous les jours! » ■





Plateforme professionnelle
en imagerie moléculaire
ÉPROUVÉE, PRÉCISE, PERSONNALISÉE



LA FONDATION DU CANCER DU SEIN DU QUÉBEC, ENGAGÉE PLUS QUE JAMAIS

Une Québécoise sur huit recevra un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie. Cela représente 6500 nouveaux cas par année, dont plus de 1350 décès. Les hommes ne sont pas à l'abri, 1 % de tous les cancers du sein les touchent.

Des chiffres qui frappent. Mais l'espoir est permis. Depuis 1986, le taux de mortalité lié au cancer du sein a diminué de 43 % grâce aux progrès de la science et aux efforts concertés d'organismes voués à la lutte au cancer du sein, dont la Fondation du cancer du sein du Québec.

LES OBNL COMME ALLIÉS

LA PHILANTHROPIE AU QUÉBEC

1 126 fondations publiques

845 fondations privées

1204 fondations en santé

29 fondations en oncologie

Source : Agence de revenu du Canada

« Depuis 1986, le taux de mortalité lié au cancer du sein a diminué de 43 % grâce aux progrès de la science et aux efforts concertés d'organismes voués à la lutte au cancer du sein, dont la Fondation du cancer du sein du Québec. »

Les organismes à but non lucratif (OBNL) sont des intervenants clés pour le mieux-être des bénéficiaires. Au cœur de leurs communautés, ils entretiennent une proximité qui leur permet :

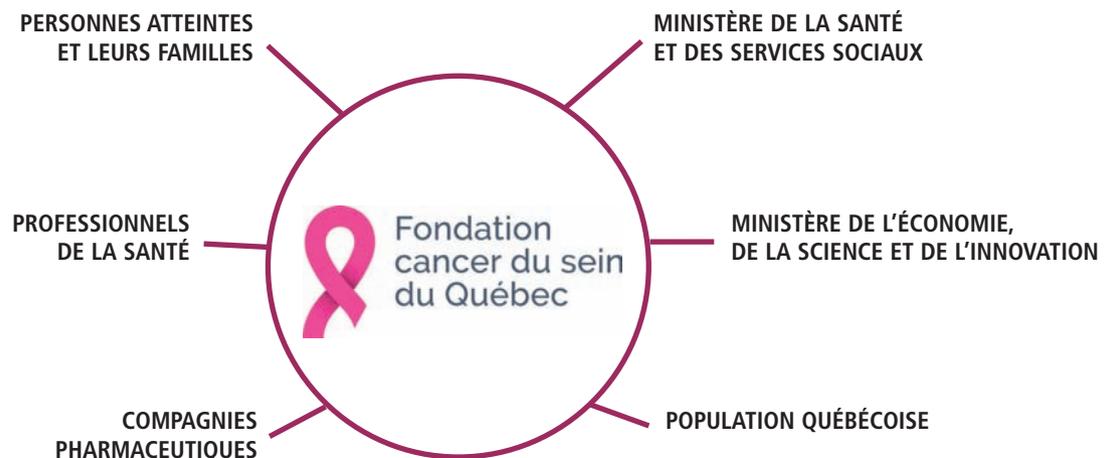
- Une meilleure compréhension des besoins des patients ;
- Une position unique entre le système de santé et le bénéficiaire ;
- Une approche en prévention et en éducation ;
- Du soutien et des services adaptés ;
- La mise sur pied de solutions innovantes ;
- De défendre les intérêts des personnes touchées

CRÉATRICE DE SYNERGIES, CATALYSEUR DE RESSOURCES

Le rôle de la Fondation du cancer du sein du Québec (FCSQ) est essentiel dans le système de santé en province. En recherche, en innovation, en soutien, en éducation et en sensibilisation, la FCSQ est présente dans toute la trajectoire de soin des patients. Elle joue un rôle de coordination, au bénéfice des personnes atteintes, dans un écosystème large et complexe.

Depuis sa création en 1994, la FCSQ s'active à améliorer le taux de survie et la qualité de vie des personnes atteintes du cancer du sein. Plus de 44 millions \$ ont été investis dans sa mission.

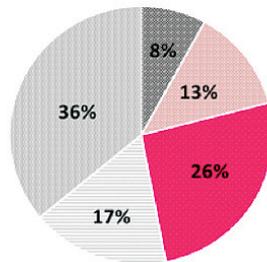
- 30 M\$ en recherche et innovation ;
- 10 M\$ en programmes et services de soutien ;
- 5,2 M\$ en éducation et sensibilisation.



LA MISSION DE LA FCSQ



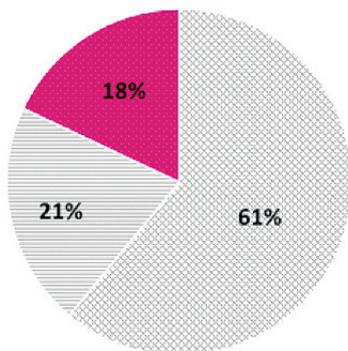
Les projets de la FCSQ couvrent la trajectoire de soins en cancer du sein allant de la prévention jusqu'au aux soins palliatifs. ■



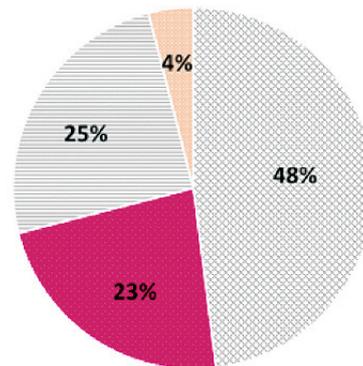
■ Prévention
■ Dépistage et Diagnostic
■ Traitement
■ Survie après le cancer
■ Toute la trajectoire

« Le rôle de la Fondation du cancer du sein du Québec (FCSQ) est essentiel dans le système de santé en province. En recherche, en innovation, en soutien, en éducation et en sensibilisation, la FCSQ est présente dans toute la trajectoire de soins des patients. »

RÉPARTITION DES PROJETS COMMUNAUTAIRES SELON LE STADE CLINIQUE ET LA RÉGION.



⊗ Tous ⊕ Précoce ■ Métastatique



⊗ Tout le Québec ■ Est du Québec ⊕ Montréal et régions ⊕ Autres

« Elle joue un rôle de coordination, au bénéfice des personnes atteintes, dans un écosystème large et complexe. »



Dr Marie-Pascale Pomey

Professeure titulaire au Département de gestion, évaluation et politique de santé de l'ESPUM, chercheure au CRCHUM axe Innovation, codirectrice du CEPPP responsable du réseau du partenariat et médecin-conseil à l'INESSS



« Le cancer du sein entraîne des conséquences importantes dans la vie des femmes, aux niveaux personnel, professionnel et social, où elles doivent rapidement composer avec une nouvelle réalité et prendre des décisions cruciales pour leur santé. »

LE PATIENT ACCOMPAGNATEUR, UNE RESSOURCE ORGANISATIONNELLE COMME LEVIER POUR UNE EXPÉRIENCE PATIENT AMÉLIORÉE EN ONCOLOGIE (PAROLE-ONCO)



Mado Desforges, Patientte Accompagnatrice et Patientte Chercheure, Dre Marie-Pascale Pomey, et Dre Michèle de Guise lors du lancement de PAROLE-Onco au CRCHUM le 25 septembre 2017 | Crédit photo : CHUM

Au Québec, 6 000 femmes ont reçu un diagnostic de cancer du sein en 2016, selon la Fondation du cancer du sein du Québec, le Québec étant par ailleurs une des provinces au Canada ayant le plus haut taux d'incidence et de prévalence de cancer.

Le cancer du sein entraîne des conséquences importantes dans la vie des femmes, aux niveaux personnel, professionnel et social, où elles doivent rapidement composer avec une nouvelle réalité et prendre des décisions cruciales pour leur santé. Une des avenues envisagées afin de mieux les

accompagner dans cette expérience difficile est d'introduire des patients (ou proches) qui ont vécu des événements significatifs en lien avec une maladie ou un épisode de soins et qui sont disposés à partager leurs savoirs expérientiels avec d'autres patients qui ont à vivre des situations similaires.

Le projet **Patient Accompagnateur, une Ressource organisationnelle comme Levier pour une Expérience patient améliorée en oncologie (PAROLE-Onco)** poursuit cet objectif, soit d'intégrer des Patients Accompagnateurs dans les équipes de soins.

Concrètement, les Patients Accompagnateurs contribuent à offrir de l'information et à accompagner les patients sur les plans émotif et social afin qu'ils puissent développer leur capacité d'autodétermination pour, par exemple, prendre des décisions qui les concernent, en fonction de leurs besoins et de leurs valeurs. Ils facilitent également la communication entre les patients et les professionnels de la santé afin que ces derniers puissent mieux prendre en considération les besoins non explicités par les patients. Et, enfin, ils rendent les milieux de soins plus humains en réconciliant l'espace clinique avec la vie au quotidien avec le cancer.

En effet, une des voies d'avenir dans le système de santé est la présence plus importante de patients auprès des équipes cliniques. Ces derniers ayant déjà vécu un épisode de soins ou vivant avec une maladie chronique ont acquis de nombreux savoirs qui peuvent être mis à profit pour d'autres patients. Par exemple, ils contribuent à les aider à anticiper ce qu'ils vont vivre, à trouver des stratégies dans leur vie de tous les jours avec leur famille, à démystifier l'organisation des soins. Mais ils permettent aussi d'amener les intervenants de la santé à mieux comprendre la réalité vécue par les patients et les besoins qu'ils ressentent et donc à mieux les prendre en compte dans leurs interactions avec les patients.

Il s'agit définitivement d'un changement de paradigme dans un monde médical traditionnellement centré sur le savoir des médecins. À travers leur vécu, les patients accumulent pourtant des connaissances non seulement sur leur maladie, mais aussi sur l'utilisation du système de santé et l'impact que la maladie a sur toutes les sphères de leur vie (changement identitaire, relations avec les proches, place du travail, enjeux financiers, etc.). Or, ces connaissances peuvent s'avérer essentielles pour d'autres personnes qui ont à vivre des épisodes de soins semblables.

En outre, la particularité de ce soutien entre pairs est qu'il se situe directement au sein des équipes cliniques et que le patient accompagnateur est vu comme porteur d'une offre de service complémentaire aux professionnels de la santé.

UNE APPROCHE NOVATRICE POUR AMÉLIORER L'EXPÉRIENCE DE SOINS

Ce projet de recherche est le premier à être mené au Canada et à l'échelle internationale en vue de mieux comprendre comment le concept de Patient Accompagnateur, comme membre à part entière de l'équipe, peut avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins, voire l'état de santé. Il est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, le ministère de la Santé et des Services

sociaux, la Fondation québécoise du cancer du sein et les établissements participants.

Soulignons que d'autres projets novateurs permettent d'ailleurs déjà d'entrevoir le potentiel d'interventions de type **patients accompagnateurs** dans la facilitation de la communication patients-personnels de la santé et dans l'amélioration de l'expérience de soins des patients, notamment en termes de soutien émotif et informationnel.

Dans ce contexte, un nombre grandissant d'établissements au Québec manifestent leur souhait d'améliorer le partenariat de soins avec leurs patients, qui sont traités pour un cancer au niveau clinique, en proposant dans leur offre de services de pouvoir rencontrer des Patients Accompagnateurs. D'ailleurs, PAROLE-Onco est actuellement en train d'être mis en place dans 7 établissements au Québec et prochainement dans un établissement en Ontario, grâce au soutien de Cancer Care Ontario. Les programmes actuellement touchés sont les cancers du sein et gynécologique et de la prostate.

VALORISER LES SAVOIRS DES PATIENTS ET LES INTÉGRER AU PROCESSUS DE SOINS

Nous souhaitons franchir un pas de plus dans cette recherche, en faisant le postulat que les savoirs expérientiels des patients accompagnateurs sont complémentaires aux savoirs scientifiques et expérientiels des intervenants, leur permettant d'être reconnus comme des membres à part entière de l'équipe. Ils peuvent ainsi aider les patients à mieux naviguer dans le système, mais aussi apporter un soutien émotif permettant de favoriser un meilleur partenariat entre usagers et professionnels de la santé.

En outre, ils peuvent aussi être sollicités pour améliorer la qualité des processus de soins et de services. Les données recueillies permettront notamment d'élaborer de meilleures pratiques ainsi que des outils pédagogiques, d'implantation et d'évaluation qui pourront servir à implanter le programme à plus large échelle au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde. ■

« Concrètement, les Patients Accompagnateurs contribuent à offrir de l'information et à accompagner les patients sur les plans émotif et social afin qu'ils puissent développer leur capacité d'autodétermination pour, par exemple, prendre des décisions qui les concernent, en fonction de leurs besoins et de leurs valeurs. »





Dr Joseph Bou-Merhi,
chirurgien plasticien et
chef de l'unité de
reconstruction du sein
du CHUM

Un remerciement
au Dr E. Karam pour
sa participation à la
rédaction de cet article.



BRA DAY MONTRÉAL DU CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

5^E JOURNÉE ANNUELLE DE SENSIBILISATION À LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE POST-MASTECTOMIE



« Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes et en constitue la seconde cause de décès. Une femme sur huit aura un cancer du sein au cours de sa vie et une sur 31 en mourra (Société canadienne du cancer, 2017)'. »

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes et en constitue la seconde cause de décès. Une femme sur huit aura un cancer du sein au cours de sa vie et une sur 31 en mourra (Société canadienne du cancer, 2017)¹. Il est estimé qu'autour de 6000 nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués chaque année au Québec¹. Près du quart de ces patientes auront recours à une mastectomie (ablation) totale de leur sein². Bien que cette intervention chirurgicale soit à visée curative, elle cause des distorsions de l'image corporelle, un dysfonctionnement sexuel et des troubles de l'humeur significatifs.^{3,5} L'impact de la mastectomie totale ne se réduit pas seulement à l'image corporelle ou à l'activité sexuelle des patientes, mais englobe également le fonctionnement général quotidien (milieu de travail, activités sociales, passe-temps). Le dépistage précoce et les progrès dans les traitements adjuvants ont entraîné une augmentation du nombre de survivantes.⁶ Par conséquent, les questions relatives à la qualité de vie des patientes à la suite du diagnostic de cancer du sein ont pris une place importante dans le traitement de cette maladie. Les bénéfices de la reconstruction mammaire à la suite d'une mastectomie sont bien reconnus, particulièrement en ce qui a trait à l'importance de ses bienfaits psychologiques, sociaux et sexuels.⁷⁻¹¹

Les femmes qui ont recours à la reconstruction mammaire immédiate ou tardive sont relativement

moins anxieuses par rapport à leur apparence physique, et plus confiantes en leur capacité à surmonter cette étape difficile, et vivre au quotidien. Cette amélioration de la qualité de vie, prodiguée par la reconstruction mammaire, semble paraître aussi tôt que trois semaines après l'opération.¹² Plusieurs méthodes de reconstruction mammaire, sécuritaires du point de vue oncologique, sont actuellement offertes. Ces dernières ne préviennent pas la détection d'éventuelles récurrences et ne retardent pas le début du traitement adjuvant par la radiothérapie ou la chimiothérapie. Elles comprennent principalement la mise en place d'expanseurs, suivis de prothèses mammaires, la reconstruction immédiate directe avec des implants en une seule étape (avec matrice dermique) et les méthodes autologues pédiculées ou libres comme l'usage du muscle grand dorsal ou du lambeau DIEP abdominal (Deep Inferior Epigastric Perforator). Ces choix et méthodes de reconstruction, peu connus par les patientes, ne sont pas offerts d'emblée par les chirurgiens à l'extérieur des grands centres hospitaliers. Il existe pourtant peu de contre-indications à la reconstruction mammaire¹³. En plus, les frais de cette intervention réparatrice sont entièrement couverts par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ, 2014). Donc, parmi les quelque 1500 à 2000 femmes qui subissent une mastectomie totale chaque année au Québec, toutes ne sont pas informées adéquatement des possibilités offertes de reconstruction mammaire immédiate ou retardée. La

proportion de femmes entreprenant une reconstruction suivant le traitement chirurgical de leur cancer par mastectomie totale demeure très bas au Canada. Une étude canadienne menée en 2007 montrait un écart important par rapport à nos voisins américains (41,6 % contre 7 %) ^{14,15}; et entre les provinces canadiennes (7,9 % en Ontario et 3,8 % en Nouvelle-Ecosse). ^{16,17}

Plusieurs barrières et facteurs ont été décelés afin de comprendre et d'expliquer ce taux de reconstruction mammaire post-mastectomie nettement inférieur au taux « attendu » : l'accessibilité aux soins et la proximité à un centre tertiaire assurant une expertise suffisante en reconstruction mammaire constituent une première barrière majeure. ^{18,19} Effectivement, une grande variabilité régionale des taux de reconstruction existe au Canada et aux États-Unis. ²⁰⁻²⁵ En Ontario, le taux de reconstruction était deux fois plus élevé dans la région de Toronto (10 reconstructions pour 100 mastectomies) comparé au reste de la province (4,3 reconstructions par 100 mastectomies) ¹⁶. En Nouvelle-Ecosse, le taux de reconstruction dans les régions urbaines était de 4,8 % contre 3,7 % dans les régions rurales. ¹⁷ Les connaissances, les attitudes et les croyances inadéquates du corps médical quant aux options de reconstruction possibles constituent une seconde barrière majeure. En 2002, dans une étude menée par Wanzel et al. à Toronto, 35,2 % des chirurgiens généraux, 31,1 % des oncologues et 45,3 % des médecins de famille ont rapporté n'avoir pas de connaissances suffisantes sur la reconstruction et que cela influençait négativement leur capacité à diriger leurs patientes. ²⁶ Des données similaires obtenues aux États-Unis ont poussé à l'adoption d'une loi dans l'état de New York obligeant les médecins orienteurs à discuter de reconstruction mammaire avec leurs patientes avant toute opération. ²⁷ Les résultats d'une étude pilote récente menée au CHUM auprès des chirurgiens généraux de la province a montré qu'il y avait tout d'abord un problème d'accès. Plus de 75 % de ces derniers discutaient avec moins de la moitié de leurs patientes des options de reconstruction, 25 % ne considéraient pas la reconstruction sécuritaire du point de vue oncologique et cela avait une influence directe sur le taux d'orientation en chirurgie plastique reconstructrice. L'étude rapporte également que 55 % des chirurgiens généraux n'avaient pas accès à un plasticien pour une reconstruction immédiate.

De plus, il n'existe pas au Canada de données probantes dans la littérature sur les perceptions, attitudes et connaissances des patientes au sujet de la reconstruction ²⁸ ni sur les éléments qui entrent en ligne de compte lors de leur prise de décision face aux choix qui sont offerts. Ces données laissent envisager que l'accessibilité aux soins, l'inégalité de l'information reçue par les patientes par rapport aux options de reconstruction possibles après une mastectomie, constitue une réalité dans la province.

LE TAUX DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE POST-MASTECTOMIE AU QUÉBEC S'EST-IL AMÉLIORÉ DANS LES DERNIÈRES ANNÉES ?

Une étude épidémiologique a été effectuée au CHUM en 2016 afin de connaître le taux de reconstruction à travers le Québec. Les données ont été regroupées grâce au code de facturation des spécialistes, en collaboration avec les statisticiens de la RAMQ. Durant les 11 dernières années, il y a eu une augmentation du taux de reconstruction, passant actuellement à environ 20 reconstructions mammaires pour 100 mastectomies totales (environ 2 femmes sur 10). Le taux de reconstruction mammaire immédiate, qui était de 5 % en 2004 au Québec, est passé à 7 % en 2013 et à 19,5 % en 2014. Cependant, il reste une variation très importante de ce taux selon la région d'appartenance de la patiente. Il a surtout doublé chez les patientes provenant de certaines régions, surtout Montréal, Laval, Lanaudière, les Laurentides, la Montérégie et l'Estrie. Dans la capitale, la Mauricie et le Centre-du-Québec, le taux est toujours faible : autour de 7 %. Il est quasi nul chez les patientes habitant les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord, de la Gaspésie, des Îles-de-la-Madeleine, de la Chaudière-Appalaches et du Nord-du-Québec. Bien que ce soit une belle progression, le vrai progrès est réel dans la mesure où l'information est donnée adéquatement aux patientes quant aux options de reconstruction après la mastectomie. Cela constitue le vrai but de l'initiative Breast Reconstruction Awareness Day (ou BRA Day).

En 2011, l'initiative Breast Reconstruction Awareness Day (ou BRA Day) a été lancée par le chirurgien plasticien Mitchell Brown de Toronto qui a noté le besoin urgent d'améliorer le taux de reconstruction mammaire post mastectomie en mettant l'accent sur la sensibilisation des professionnels de la santé, l'éducation des patientes, et l'accès à la reconstruction mammaire au même moment que la mastectomie. Cet événement a lieu le troisième mercredi du mois d'octobre de chaque année au Canada et à travers le monde. Il a été créé dans le but de fermer la boucle au cancer du sein (comme en témoigne son logo). Dans le

« Les femmes qui ont recours à la reconstruction mammaire immédiate ou tardive sont relativement moins anxieuses par rapport à leur apparence physique, et plus confiantes en leur capacité à surmonter cette étape difficile, et vivre au quotidien. »

Taux de reconstruction immédiate à Montréal





« En 2011, l'initiative Breast Reconstruction Awareness Day (ou BRA Day) a été lancée par le chirurgien plasticien Mitchell Brown de Toronto qui a noté le besoin urgent d'améliorer le taux de reconstruction mammaire post-mastectomie en mettant l'accent sur la sensibilisation des professionnels de la santé, l'éducation des patientes, et l'accès à la reconstruction mammaire au même moment que la mastectomie. »

cadre de cette journée, qui vise à sensibiliser les femmes à la chirurgie de reconstruction mammaire, des patientes et des médecins experts témoignent de leur expérience. Le cinquième BRA DAY Montréal du CHUM a été créé en 2014, dans le but d'informer et d'éduquer les femmes sur leurs options de reconstruction après la mastectomie, en insistant sur leur droit de savoir que la reconstruction existe et que tout le processus de reconstruction est entièrement couvert par la RAMQ. Durant cet événement, les patientes communiquent avec celles qui ont expérimenté ce processus de reconstruction, à travers les divers témoignages et aussi par l'intermédiaire des « cabines en toute intimité » (show & tell) à l'intérieur desquelles les patientes montrent le résultat de leur reconstruction mammaire. Cette journée est considérée comme un des plus grands événements sur le sujet au Canada. Environ 350 personnes y sont présentes chaque année. ■

References

1. Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics. Canadian Cancer Statistics 2017. Toronto, ON : Canadian Cancer Society; 2017.
2. Porter G, Wagar B, Bryant H, Hewitt M, Wai E, Dabbs K, McFarlane A, Rahal R. Rates of breast cancer surgery in Canada from 2007/08 to 2009/10: retrospective cohort study. CMAJ Open. 2014 Apr-Jun; 2(2): E102-E108.
3. Bloom J. Psychological aspects of breast cancer study group: Psychological response to mastectomy—A prospective comparison. Cancer 1987; 59:189-196.
4. Goin M, Goin J. Psychological reactions to prophylactic mastectomy synchronous with contralateral breast reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1982;70:355-359.
5. Reaby LL. Reasons why women who have mastectomy decide to have or not to have reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1998; 101:1810-1818.
6. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study. Breast J. 2004 May-Jun;10(3):223-31.
7. Rosenqvist S, Sandelin K, Wickman M. Patients' psychological and cosmetic experience after immediate breast reconstruction. Eur J Surg Oncol. 1996; 22:262-266.
8. Magarey C J. Aspects of the psychological management of breast cancer [Review] Medical Journal of Australia. 1988; 148:239-242.
9. Wellisch D K, Schain W S, Noone R B, Little J W, III. Psychosocial correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast. Plastic & Reconstructive Surgery. 1985; 76:713-718.
10. Dean C, Chetty U, Forrest A P. Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. Lancet. 1983; 1:459-462.
11. Stevens L A, McGrath M H, Druss R G, Kister S J, Gump F E, Forde K A. The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. Plastic & Reconstructive Surgery. 1984; 73:619-628.

12. Zhong T, McCarthy C, Min S, Zhang J, Beber B, Pusic AL, Hofer SO. Patient satisfaction and health-related quality of life after autologous tissue breast reconstruction: a prospective analysis of early postoperative outcomes. Cancer. 2012 Mar 15; 118(6):1701-9. doi: 10.1002/cncr.26417. Epub 2011 Oct 24.
13. Bobin JY, Delay E. Plastic surgery and breast cancer. Are there contraindications for plastic surgery? Ann Chir Plast Esthet. 1992 Dec;37(6):673-81.
14. Morrow M, Li Y, Alderman AK, Jaggi R, Hamilton AS, Graff JJ, Hawley ST, Katz SJ. Access to Breast Reconstruction After Mastectomy and Patient Perspectives on Reconstruction Decision Making. JAMA Surg. doi:10.1001/jamasurg.2014.548. Published online August 20, 2014.
15. Porter G, Wagar B, Bryant H, Hewitt M, Wai E, Dabbs K, McFarlane A, Rahal R. Rates of breast cancer surgery in Canada from 2007/08 to 2009/10: retrospective cohort study. CMAJ Open. 2014 Jun 17;2(2):E102-8. doi: 10.9778/cmajo.20130025.
16. Baxter N, Goel V, Semple JL. Utilization and regional variation of breast reconstruction in Canada. Plast Reconstr Surg 2005; 115: 338-9.
17. Barnsley GP, Sigurdson L, Kirkland S. Barriers to breast reconstruction after mastectomy in Nova Scotia. Can J Surg 2008;51:447-52.
18. Thompson TA, Pusic A, Kerrigan CL, Sargeant R, Slezak S, Chang BW, Helzlsouer KJ, Manson P. Surgeon perspectives on surgical options for early-stage breast cancer. Plast Reconstr Surg. 2000 Mar;105(3):910-8.
19. Celaya MO, Rees JR, Gibson JJ, et al. Travel distance and season of diagnosis affect treatment choices for women with early-stage breast cancer in a predominantly rural population (United States). Cancer Causes Control 2006; 17:851-6.
20. Polednak AP. Geographic variation in postmastectomy breast reconstruction rates. Plast Reconstr Surg 2000;106:298-301.
21. Alderman AK, McMahon L Jr, Wilkins EG. The national utilization of immediate and early delayed breast reconstruction and the effect of sociodemographic factors. Plast Reconstr Surg 2003;111: 695-703.
22. Alderman AK, Wei Y, Birkmeyer JD. Use of breast reconstruction after mastectomy following the Women's Health and Cancer Rights Act. JAMA 2006; 295:387-8.
23. Joslyn SA. Patterns of care for immediate and early delayed breast reconstruction following mastectomy. Plast Reconstr Surg 2005; 115:1289-96.
24. Rosson GD, Singh NK, Ahuja N, et al. Multilevel analysis of the impact of community vs patient factors on access to immediate breast reconstruction following mastectomy in Maryland. Arch Surg 2008;143:1076-81.
25. Reuben BC, Manwaring J, Neumayer LA. Recent trends and predictors in immediate breast reconstruction after mastectomy in the United States. Am J Surg 2009;198:237-43.
26. Wanzel KR, Brown MH, Anastakis DJ, et al. Reconstructive breast surgery: referring physician knowledge and learning needs. Plast Reconstr Surg 2002; 110:1441-50.
27. New York State Assembly. Information and access to breast reconstructive surgery. 2010. <http://open.nysenate.gov/legislation/bill/a10094b-2009>. Accessed July 7, 2014.
28. Platt J, Baxter N, Zhong T. Breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. CMAJ. 2011 Dec 13;183(18):2109-16. doi: 10.1503/cmaj.110513. Epub 2011 Nov 7.



céléBRAtion

5 ans

BRADAY ★ Soirée d'information sur la reconstruction mammaire



Le BraDay du Centre hospitalier de l'Université de Montréal,
c'est 5 ans d'histoires partagées!

MERCI

à toutes nos patientes et leurs proches,
aux médecins, aux professionnels de la santé
et aux bénévoles.

chumontreal.qc.ca/patients/cicc



**M. Alain Danino,
M.D., Ph.D, FRCSC**
Professeur, Université
de Montréal
Chef du Service de
chirurgie plastique
du CHUM
Centre hospitalier de
l'Université de
Montréal



*« Les lymphœdèmes
représentent un défi
diagnostique et
thérapeutique pour
les cliniciens, en
raison de l'hétéro-
rogénéité de leur
présentation ainsi
que des nombreuses
options de traite-
ment disponibles. »*

NOUVEAUX PARADIGMES DANS LE TRAITEMENT DU LYMPHŒDÈME



Le lymphœdème est une accumulation de liquide lymphatique riche en protéines, provoquant le gonflement d'un membre consécutif à une interruption du réseau vasculaire lymphatique. Cette pathologie touche plus de 140 millions de patients dans le monde¹. Les lymphœdèmes liés au cancer du sein affectent, en moyenne, 21 % des patientes atteintes du cancer du sein, avec des taux variant de 2 à 65 %, en fonction de conditions préexistantes comme l'obésité et la génétique, ou des options thérapeutiques comme la dissection axillaire, la technique du ganglion sentinelle, la radiothérapie et la chimiothérapie^{2,3,4}.

Les lymphœdèmes représentent un défi diagnostique et thérapeutique pour les cliniciens, en raison de l'hétérogénéité de leur présentation ainsi que des nombreuses options de traitement disponibles. En outre, faute de directives fondées sur des données factuelles, les cliniciens ne savent souvent pas quelles stratégies de traitement devraient être privilégiées. Le but de ce travail est de résumer les données disponibles sur les diverses modalités diagnostiques et thérapeutiques du lymphœdème.

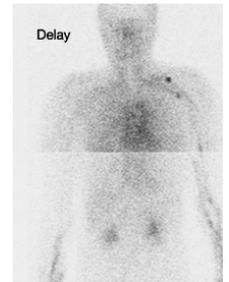
LA RÉVOLUTION DIAGNOSTIQUE

Historiquement, le diagnostic était essentiellement clinique, établi par de nombreuses techniques, dont les mesures circonférentielles et le déplacement volume/eau. Depuis près de 20 ans, la pathologie était classée en trois stades basés sur la « souplesse » ou la « fermeté » du membre et le résultat après élévation⁵. Les patients de stade 0 ont une insuffisance infraclinique du transport lymphatique, tandis que le stade 3 présente des signes de lymphostase quasi complète se manifestant par des dépôts graisseux, une acanthose, une prolifération verruqueuse et d'autres changements trophiques.

La lymphoscintigraphie sous-cutanée aux colloïdes marqués de radio-isotopes mise au point dans les années 70 reste encore l'examen de référence. En injectant le traceur en sous-cutané à l'extrémité du membre, il est possible de suivre sa progression dans le membre à l'aide d'une caméra gamma. La caméra

gène une image plane de l'endroit où le traceur s'accumule. Parfois, un ordinateur analyse le rayonnement pour produire une série d'images bidimensionnelles semblables à des coupes du corps. Cette technique présente plusieurs inconvénients : la quantité d'expositions au rayonnement, l'attente nécessaire entre l'injection et la prise d'images pour donner le temps au radio-isotope d'atteindre le tissu cible, ainsi que la faible qualité des images. (Fig. 1)^{6,7}

Figure 1



La lymphographie fluorescente au vert d'indocyanine (ICG)⁸, une technique sans aucune exposition aux rayonnements, s'est développée dans les dernières années. Elle permet le diagnostic et la détermination de la gravité des lymphœdèmes à la suite d'une injection sous-cutanée de vert d'indocyanine à l'aide d'une caméra à infrarouge. La migration est plus rapide, la visualisation du réseau lymphatique plus précise, avec une transcription cutanée immédiate possible (Fig. 2a, 2 b).

Figure 2-A



La lymphographie ICG permet de classer les lymphœdèmes en deux types : la forme linéaire et la forme avec reflux dermique (Dermal Backflow) qui peut être modérée (motifs splash puis

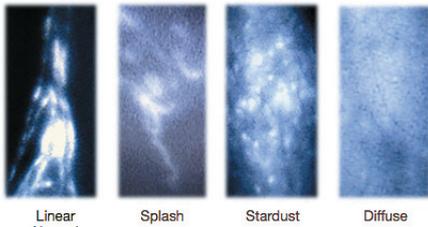
Figure 2-B



Stardust) ou plus grave avec une image diffuse. Après une obstruction de la lymphe, la collecte des vaisseaux lymphatiques se dilate et une insuffisance valvulaire lymphatique se produit, conduisant à des flux lymphatiques rétrogrades. En raison des flux lymphatiques rétrogrades, davantage de lymphatiques superficiels tels que les précollecteurs lymphatiques et les capillaires se dilatent également ; ces lymphatiques superficiels dilatés, fonctionnant comme des voies lymphatiques collatérales, sont considérés comme des splash « pattern » sur la lymphographie ICG. Lorsque ces collatéraux ne parviennent pas à

compenser la surcharge lymphatique, la lymphe ne peut pas être drainée par les vaisseaux lymphatiques et reste dans l'espace interstitiel ; la lymphe congestionnée par des flux lymphatiques rétrogrades verticaux (vers la peau) est représentée par le motif Stardust. Enfin, les capillaires lymphatiques les plus superficiels sont totalement dilatés en raison de l'absence de lymphe des collecteurs lymphatiques, représentée par un schéma diffus. (Fig. 3)

Figure 3



LES TRAITEMENTS

L'évaluation préopératoire de la fonction du canal lymphatique résiduel guide l'approche thérapeutique vers un traitement conservateur, chirurgical ou combiné⁹.

La thérapie combinée de décongestion (TCD) offerte par des physiothérapeutes spécialistes est à la base de la prise en charge. Le but est de décongestionner le membre atteint. Le traitement allie le drainage lymphatique manuel, les bandages compressifs multicouches, des exercices décongestifs et les soins de la peau.

L'intervention chirurgicale a toujours été présente dans la prise en charge. Historiquement, les procédures visaient à réduire le volume du membre plutôt que de traiter la stase lymphatique. Les procédures de résection des tissus mous sont de nos jours effectuées uniquement pour les œdèmes très avancés et fibreux. Ce sont des traitements très morbides avec des risques ultérieurs de plaies et d'infections chroniques.

La liposuction dans les années 80 a été ajoutée à l'arsenal thérapeutique dans le but de traiter les tissus adipeux en excès.

Les procédures physiologiques microchirurgicales^{10, 11}, proposées en centres de soins quaternaires gagnent en popularité, car elles peuvent réduire le lymphœdème.

L'anastomose lymphatico-veineuse supermicrochirurgicale décrite par Koshima (LVA) est la procédure de choix, lorsque les canaux lymphatiques résiduels peuvent être déterminés en préopératoire. Des canaux lymphatiques suprafasciaux sont déterminés¹² puis disséqués et anastomosés à une veine receveuse de façon étagée sur le membre pathologique. C'est une opération peu effractive avec un taux de réussite élevé. Dans cette procédure, un microscope opératoire à très fort grossissement (x40), des instruments supermicrochirurgicaux dédiés et des habiletés microchirurgicales avancées sont nécessaires pour pouvoir effectuer l'anastomose entre les vaisseaux d'un calibre inférieur à 0,8 mm. La LVA est une intervention chirurgicale efficace pour le

« La lymphographie ICG permet de classer les lymphœdèmes en deux types : la forme linéaire et la forme avec reflux dermique (Dermal Backflow) qui peut être modérée (motifs splash puis Stardust) ou plus grave avec une image diffuse. »



RésoScan cIm

45 ans d'expérience en imagerie médicale

« Une porte ouverte sur votre corps »



Des examens de grande qualité
Un appareil d'IRM à large champ
Une technologie à la fine pointe
Des rendez-vous rapides

- TEP/CT
- IRM
- CT-Scan
- Coloscopie virtuelle
- Échographie
- Radiologie numérique
- Mammographie
- Imagerie dentaire
- Ostéodensitométrie

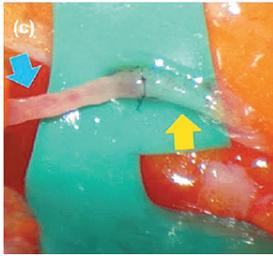


2984, boul. Taschereau
Greenfield Park
450 671-6173



**RésoScan
cIm**
Centre d'imagerie médicale
www.resoscan.com
Depuis 1973

Figure 4



traitement du lymphœdème périphérique avec une efficacité rapportée dans la réduction du volume du membre de 20 à 70 %, une incidence réduite de la cellulite et de la lymphangite, ainsi qu'une qualité de vie améliorée avec une baisse de la force de la compression. (Fig. 4)

Figure 5



Le transfert de ganglions lymphatiques (LNF)^{13, 14, 15} vascularisés doit être réservé aux patients atteints de lymphœdème réfractaire à la LVA ou en tant que premier choix quand aucun canal lymphatique résiduel approprié ne peut être déterminé avant l'opération. Les sites donneurs décrits pour la récolte du LNF sont : lambeaux sous-mentaires, supraclaviculaires, thoraciques latéraux, inguinaux et récemment intra-abdominaux. Dans certains cas, ces procédures peuvent être couplées à une reconstruction mammaire par lambeau abdominal DIEP^{16, 17}. (Fig. 5)

La physiothérapie pério-pératoire fait partie intégrante du traitement afin de renforcer l'effet du traitement microchirurgical. La chirurgie physiologique, si elle ne permet pas d'éradiquer la compression, permet certainement d'en réduire l'intensité.

En conclusion, le traitement reste éminemment multidisciplinaire, couplant l'intervention du physiothérapeute pour la compression à l'intervention chirurgicale. Les procédures physiologiques microchirurgicales gagnent en popularité, car elles peuvent réduire le lymphœdème. La dérivation lymphatique veineuse par micro-anastomoses étagées doit être privilégiée par rapport au transfert de ganglions, lorsque les canaux lymphatiques résiduels peuvent être déterminés en préopératoire.

Une planification et une exécution appropriées du LVA représente une opération moins effractive que le transfert de ganglions, avec un taux de réussite plus élevé. ■

Références

1. Bibliog DiSipio T, Rye S, Newman B, et al. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2013;14:500-15. [PubMed]
2. Mortimer P. Arm lymphoedema after breast cancer. *Lancet Oncol* 2013;14:442-3. [PubMed]
3. Avraham T, Yan A, Zampell JC, et al. Radiation therapy causes loss of dermal lymphatic vessels and interferes with lymphatic function by TGF-beta1-mediated tissue fibrosis. *Am J Physiol Cell Physiol* 2010;299:C589-605. [PubMed]
4. Jung SY, Shin KH, Kim M, et al. Treatment factors affecting breast cancer-related lymphedema after systemic chemotherapy and radiotherapy in stage II/III breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 2014;148:91-8. [PubMed]
5. Wai CJ. Axillary anatomy and history. *Curr Probl Cancer* 2012;36:234-44. [PubMed]

6. Masia J, Pons G, Nardulli ML, et al. Lymphatic Imaging of the Breast: Evolving Technologies and the Future. In: Saba L, Rozen WM, Alonso-Burgos A, et al, editors. *Imaging for Plastic Surgery*. CRC Press, 2014:465-84.

7. Duewell S, Hagspiel KD, Zuber J, et al. Swollen lower extremity: role of MR imaging. *Radiology* 1992;184:227-31. [PubMed]

8. Akita S, Mitsukawa N, Kazama T, et al. Comparison of lymphoscintigraphy and indocyanine green lymphography for the diagnosis of extremity lymphoedema. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2013;66:792-8. [PubMed]

9. Thomson M, Walker J. Collaborative lymphoedema management: developing a clinical protocol. *Int J Palliat Nurs* 2011;17:231-8. [PubMed]

10. Boccardo F, Fulcheri E, Villa G, et al. Lymphatic microsurgery to treat lymphedema: techniques and indications for better results. *Ann Plast Surg* 2013;71:191-5. [PubMed]

11. Campisi C, Bellini C, Campisi C, et al. Microsurgery for lymphedema: clinical research and long-term results. *Microsurgery* 2010;30:256-60. [PubMed]

12. Furukawa H, Osawa M, Saito A, et al. Microsurgical lymphaticovenous implantation targeting dermal lymphatic backflow using indocyanine green fluorescence lymphography in the treatment of postmastectomy lymphedema. *Plast Reconstr Surg* 2011;127:1804-11. [PubMed]

13. Ito R, Suami H. Overview of lymph node transfer for lymphedema treatment. *Plast Reconstr Surg* 2014;134:548-56. [PubMed]

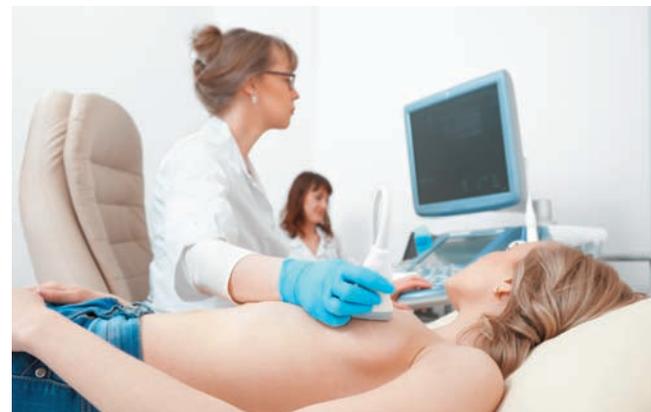
14. Sulo E, Hartiala P, Viitanen T, et al. Risk of donor-site lymphatic vessel dysfunction after microvascular lymph node transfer. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2015;68:551-8. [PubMed]

15. Zhang H, Chen W, Mu L, et al. The distribution of lymph nodes and their nutrient vessels in the groin region: an anatomic study for design of the lymph node flap. *Microsurgery* 2014;34:558-61. [PubMed]

16. Thompson M, Korourian S, Henry-Tillman R, et al. Axillary reverse mapping (ARM): a new concept to identify and enhance lymphatic preservation. *Ann Surg Oncol* 2007;14:1890-5. [PubMed]

17. Dayan JH, Dayan E, Smith ML. Reverse lymphatic mapping: a new technique for maximizing safety in vascularized lymph node transfer. *Plast Reconstr Surg* 2015;135:277-85. [PubMed]

18. Raju A, Chang DW. Vascularized lymph node transfer for treatment of lymphedema: a comprehensive literature review. *Ann Surg* 2015;261:1013-23. [PubMed]



« Les procédures physiologiques microchirurgicales gagnent en popularité, car elles peuvent réduire le lymphœdème. La dérivation lymphatique veineuse par micro-anastomoses étagées doit être privilégiée par rapport au transfert de ganglions, lorsque les canaux lymphatiques résiduels peuvent être déterminés en préopératoire. »

MAINTENANT OFFERT AU CANADA!



Voici le

NOUVEAU

Pr **Orilissa**^{MC}
comprimés d'élagolix



MEMBRE DE
MÉDICAMENTS
NOVATEURS
CANADA



abbvie.ca

Imprimé au Canada
© Corporation AbbVie
LEX/031A – octobre 2018

abbvie



Dre Christina Bernier
MD, FRCSC
Chirurgienne Plastique,
CHUM



« Plusieurs études ont démontré que la reconstruction du sein permettait de diminuer la détresse psychologique, et d'améliorer la qualité de vie et l'image corporelle des patientes. »

LA RECONSTRUCTION DU SEIN

L'ablation d'un ou des deux seins pour le traitement ou la prévention du cancer modifie significativement l'image corporelle de la femme. Par ailleurs, plusieurs études ont démontré que la reconstruction du sein permettait de diminuer la détresse psychologique, et d'améliorer la qualité de vie et l'image corporelle des patientes.

Pour la plupart des patientes, la reconstruction peut être effectuée le jour de la mastectomie. Ces reconstructions sont appelées « immédiates ». Elles nécessitent une grande collaboration entre l'équipe de chirurgiens oncologues et l'équipe de chirurgiens plasticiens, et ne sont offertes que dans certains centres spécialisés comme le CHUM.

Les techniques de reconstruction mammaire sont en constante évolution et leurs grandes variétés nous permettent aujourd'hui d'offrir une reconstruction immédiate à la majorité de nos patientes.

Le choix de la technique de reconstruction est surtout influencé par l'anatomie de la patiente, ses préférences, la qualité et la quantité de peau du sein, et les traitements de radiothérapie passés ou à venir.

ÉTAPES DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE TOTALE

La durée et le nombre d'étapes nécessaires à la reconstruction sont principalement influencés par le type de mastectomie. La patiente qui subit une mastectomie bilatérale préventive avec préservation de l'aréole et du mamelon pourrait n'avoir besoin que de la première étape de reconstruction. La patiente qui subit une mastectomie unilatérale sans préservation de l'aréole et du mamelon pour le traitement d'un cancer aura besoin, en général, de trois interventions sur une période de un à deux ans. La radiothérapie et la chimiothérapie postopératoires augmentent l'attente entre la première et la deuxième étape.

Première étape : création du sein

Selon la méthode de reconstruction choisie, le sein est reconstruit avec du matériel synthétique (expanseur ou prothèse), avec les tissus de la patiente ou avec une combinaison de ces deux méthodes. Le transfert de tissu d'un endroit à un autre sur une patiente est appelé « lambeau ».

La durée de l'opération et de l'hospitalisation, ainsi que les complications de cette étape, varient beaucoup selon la technique choisie et seront expliquées à la section suivante.

Deuxième étape : amélioration de la symétrie

Cette étape se déroule de trois à six mois après la première. Dans le cas d'une reconstruction avec expanseur, ce délai est nécessaire à l'expansion des tissus. Lorsque le sein est reconstruit avec les tissus de la patiente, ce délai permet au sein reconstruit de s'assouplir et de prendre sa position et sa forme définitive. Lors de cette intervention, le sein contralatéral est modifié, s'il y a lieu, afin d'obtenir la meilleure symétrie possible. Le sein contralatéral peut être diminué, remonté ou augmenté. Le sein reconstruit peut lui aussi être retouché, si nécessaire. Dans le cas d'une reconstruction par expanseur, cette étape permet le changement de l'expanseur pour la prothèse définitive.

Troisième étape : reconstruction de l'aréole et du mamelon

Cette étape se déroule de trois à six mois après la deuxième. Elle peut parfois constituer la deuxième étape si aucune procédure d'amélioration de la symétrie n'est nécessaire. La reconstruction du mamelon est faite sous anesthésie locale, en utilisant la peau du sein reconstruit ou une portion du mamelon contralatéral. L'aréole est recrée par tatouage.

TECHNIQUES DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE (PREMIÈRE ÉTAPE)

Reconstruction par implant : deux scénarios possibles

1) Si la peau du sein est saine et en quantité suffisante

Le sein est reconstruit par une prothèse placée sous le muscle pectoral. Pour ces reconstructions par implant immédiat, une matrice dermique est ajoutée par-dessus la prothèse pour permettre une couverture complète de l'implant par le muscle et la matrice. L'implant peut aussi être placé par-dessus le muscle et recouvert d'une matrice dermique seulement. Le choix de la localisation de l'implant est fait après discussion avec la patiente relativement aux avantages et inconvénients de chaque technique. Les prothèses



Photo 1 : Reconstruction immédiate par implant et matrice dermique. Mastectomie avec préservation de l'aréole et du mamelon.

utilisées de nos jours sont en gel cohésif. Ces prothèses en gel sont sécuritaires, car le silicone a une texture comparable à celle d'un jujube et ne coule pas en cas de rupture. Elles sont plus souples et font moins d'ondulations ou d'irrégularités que les prothèses d'eau saline. **(Photo 1)**

2) Si la peau du sein est mince ou en quantité insuffisante

Le sein sera reconstruit avec un expanseur placé sous le muscle pectoral. Cet expanseur est déjà partiellement rempli d'une quantité d'eau saline lors de sa mise en place. Le reste du remplissage débute après environ deux ou trois semaines, et se fait graduellement lors des visites en consultation externe toutes les semaines ou les deux semaines. Le remplissage est sans douleur et vise à étirer graduellement la peau. Lors de la deuxième étape, l'expanseur est échangé pour une prothèse définitive de silicone.

Durée : de une à deux heures par sein

Hospitalisation : une nuit

Convalescence : de quatre à six semaines

Lors de la deuxième étape, l'expanseur est échangé pour une prothèse définitive de silicone.

Durée : de une à deux heures

Hospitalisation : habituellement aucune

Convalescence : Environ trois semaines pour la guérison

Avantages

- Procédure simple et courte;
- Pas de cicatrice additionnelle;
- Courte période de convalescence;
- Possibilité d'avoir une belle symétrie, si reconstruction bilatérale.

Inconvénients

- Nécessite des visites répétées pour le remplissage, si reconstruction avec expanseur;
- Sensation au toucher plus ferme qu'un sein naturel;
- Impossible d'obtenir une symétrie parfaite avec le sein contralatéral;
- La grosseur et la forme du sein ne changent pas avec les années et les variations de poids;
- Contracture capsulaire (coque fibreuse) possible autour de l'implant. Cette coque est formée par le corps de la patiente en réaction au corps étranger, et peut causer un durcissement et une modification de la forme du sein;
- Possibilité de rupture de l'implant;
- Replis de l'implant visibles chez les patientes minces;
- Complications beaucoup plus élevées lorsque la reconstruction est associée avec la radiothérapie;
- Retrait de l'expanseur ou de la prothèse habituellement nécessaire en cas d'infection.



Tissu abdominal

Cette intervention est surtout utilisée chez la patiente qui recherche un résultat naturel et durable. Il s'agit d'une excellente option pour la reconstruction totale du sein, car il y a généralement assez de volume pour reconstruire un ou deux seins sans avoir à utiliser des implants. La peau et la graisse situées entre l'ombilic et le pubis sont utilisées pour recréer le sein. L'abdomen est ensuite refermé en tirant vers le bas la peau située au-dessus de l'ombilic. Les techniques chirurgicales permettant l'utilisation du tissu abdominal ont évolué au cours des années dans le but de diminuer la morbidité associée au prélèvement d'un muscle grand droit.

Le lambeau TRAM libre

Le terme libre indique que les vaisseaux nourriciers (épigastriques inférieurs) sont divisés lors de l'intervention et doivent être reconnectés aux vaisseaux du thorax à l'aide du microscope. La division des vaisseaux permet une meilleure liberté dans le positionnement du lambeau et un meilleur résultat esthétique. Ce lambeau implique également le sacrifice d'un muscle grand droit.

Le DIEP libre

Cette technique chirurgicale plus poussée permet la préservation d'un muscle grand droit. Les vaisseaux épigastriques inférieurs sont séparés du muscle par une dissection minutieuse. Les vaisseaux sont ensuite

« Pour la plupart des patientes, la reconstruction peut être effectuée le jour de la mastectomie. Ces reconstructions sont appelées « immédiates ». Elles nécessitent une grande collaboration entre l'équipe de chirurgiens oncologiques et l'équipe de chirurgiens plasticiens, et ne sont offertes que dans certains centres spécialisés comme le CHUM. »



reconnectés aux vaisseaux mammaires du thorax avec le microscope. Cette technique est utilisée par l'équipe des chirurgiens plastiques du CHUM et permet une diminution de la douleur abdominale postopératoire ainsi que des risques de hernie et de faiblesse abdominale causée par le sacrifice d'un muscle grand droit. L'inconvénient principal de ce lambeau est que sa survie est dépendante des vaisseaux reconnectés par microchirurgie. Cette circulation est insuffisante chez 2-3 % des patientes, et peut causer la perte totale ou partielle du lambeau. **(Photo 2)**



Photo 2 : Reconstruction par DIEP du sein gauche avec reconstruction du mamelon et tatouage de l'aréole

Avantages

- Résultat d'apparence naturelle, texture semblable au vrai sein ;
- Reconstruction durable ;
- Varie avec le changement de poids ;
- Permet d'éviter le recours aux prothèses ;
- Permet la reconstruction après la radiothérapie ;
- Dans le cas d'une reconstruction immédiate, permet la reconstruction ; même si une radiothérapie complémentaire est prévue ;
- Permet d'améliorer l'apparence de l'abdomen en éliminant l'excès de peau et de graisse ;
- Évite de sacrifier un muscle de la paroi abdominale.

Désavantages

- Intervention chirurgicale de longue durée ;
- Hospitalisation plus longue ;
- Risque de perte totale du lambeau si des problèmes surviennent dans les vaisseaux anastomosés ;
- Intervention offerte dans les centres spécialisés seulement ;
- À cause de sa longue durée, cette intervention ne peut être offerte à des patientes ayant des comorbidités importantes.

Durée : de six à huit heures

Hospitalisation : de trois à cinq nuits

Convalescence : de six à huit semaines pour la guérison

Grand dorsal

Cette intervention est surtout utilisée chez les patientes qui n'ont pas suffisamment de peau pour recouvrir un expanseur ou une prothèse et qui sont trop minces pour que leur tissu abdominal soit utilisé.

Lors de l'opération, un croissant de peau provenant du dos ainsi que le muscle grand dorsal sont transférés dans le sein par un tunnel créé au niveau de l'aisselle. Le lambeau est utilisé pour recouvrir l'expanseur ou la prothèse qui donne du volume au sein. Les vaisseaux nourriciers du grand dorsal restent intacts lors du transfert et sont simplement renversés avec le lambeau.

Avantages

- Opération très fiable, car les vaisseaux nourrissant le lambeau restent attachés au niveau de l'aisselle et ne nécessitent pas de microchirurgie.

Inconvénients

- Pas assez de tissu pour donner un volume adéquat ; nécessite une prothèse ;



Photo 3 : Cancer au sein droit avec mastectomie partielle, oncoplastie et radiothérapie au sein droit et redrapage du sein gauche.

- Combinaison des inconvénients associés à la reconstruction par lambeau avec ceux de l'utilisation de prothèse ;
- Cicatrice au dos ;
- Peut causer une diminution de la force dans le bras lors des mouvements utilisés pour grimper ou pour pagayer.

Durée : de trois à quatre heures

Hospitalisation : de une à deux nuits

Convalescence : Environ six semaines pour la guérison

TECHNIQUE COMPLÉMENTAIRE À LA RECONSTRUCTION IMMÉDIATE : LIPOGREFFE

L'injection de cellules grasses prélevées par liposuccion permet d'améliorer certaines imperfections présentes à la suite d'une reconstruction. Cette technique est surtout utilisée pour améliorer le contour des reconstructions et camoufler les irrégularités. Cette technique simple peut être effectuée lors de la deuxième ou troisième étape de la reconstruction.

RECONSTRUCTION MAMMAIRE LORS D'UNE MASTECTOMIE PARTIELLE

Le chirurgien plasticien peut intervenir lors d'une mastectomie partielle pour remodeler le sein à l'aide des techniques de redrapage mammaire et de réduction mammaire. Ces techniques d'oncoplastie permettent de diminuer la déformation du sein. Le sein contralatéral est souvent remonté et/ou réduit lors de la même intervention pour obtenir une meilleure symétrie. (Photo 3)

Durée : de deux à trois heures pour les deux seins

Hospitalisation : habituellement aucune

Convalescence : de trois à quatre semaines pour la guérison

CONSIGNES GÉNÉRALES EN VUE D'UNE RECONSTRUCTION MAMMAIRE

Il est conseillé de ne pas fumer six semaines avant et six semaines après une reconstruction. La nicotine entraîne la constriction des petits vaisseaux et peut causer des problèmes de guérison significatifs. Tous les médicaments qui éclaircissent le sang et les produits de santé naturels doivent être cessés 10 jours avant l'intervention pour diminuer le risque de saignement. Les consignes au sujet des vêtements compressifs (gaine ou brassière) doivent être suivies à la lettre. Pour diminuer le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire, les patientes doivent éviter de rester inactives après l'intervention. Un minimum de six semaines après l'opération est nécessaire avant de faire des efforts soutenus.

EN RÉSUMÉ

Les progrès des techniques de reconstruction nous permettent maintenant d'offrir une option raisonnable à la majorité des patientes atteintes de cancer du sein. Compte tenu des bénéfices psychologiques connus de la reconstruction mammaire, les médecins qui accompagnent les femmes atteintes de cancer du sein devraient informer leurs patientes des possibilités de reconstruction et les diriger, au besoin, vers un centre spécialisé où des équipes de chirurgiens oncologues et plasticiens offrent la reconstruction immédiate. ■

« Les techniques de reconstruction mammaire sont en constante évolution et leurs grandes variétés nous permettent aujourd'hui d'offrir une reconstruction immédiate à la majorité de nos patientes. »

« Le choix de la technique de reconstruction est surtout influencé par l'anatomie de la patiente, ses préférences, la qualité et la quantité de peau du sein, et les traitements de radiothérapie passés ou à venir. »



Dre Erica Patocskai
Chirurgienne oncologue,
CHUM
Professeure agrégée,
Université de Montréal



« Le CHUM est le seul centre au Québec qui utilise la technique de localisation des tumeurs non palpables par bille de titane ayant une légère radioactivité I-125. Le chirurgien utilise une sonde gamma qui permet le repérage précis de la bille et, par le fait même, l'emplacement de la tumeur. »

PRINCIPALES TECHNIQUES CHIRURGICALES POUR LE CANCER DU SEIN ET L'ÉVALUATION AXILLAIRE

Faire face à un diagnostic de cancer entraîne chez toutes les femmes une anxiété concernant le risque de récurrence ainsi que l'image corporelle. La bonne nouvelle, c'est que l'intervention chirurgicale pour le cancer du sein devient de moins en moins effractive. L'époque de la mastectomie radicale est dépassée et les complications liées aux lymphœdèmes massifs sont devenues une rareté. Mettre l'accent sur ces récents changements, qui diminuent les séquelles post-chirurgicales, aide sensiblement les femmes dans le processus décisionnel des traitements et contribue à diminuer l'anxiété.

UTILISATION DE LA BILLE RADIOACTIVE POUR LA MASTECTOMIE PARTIELLE

Le CHUM est le seul centre au Québec qui utilise la technique de localisation des tumeurs non palpables par bille de titane ayant une légère radioactivité I-125. Le chirurgien utilise une sonde gamma qui permet le repérage précis de la bille et, par le fait même, l'emplacement de la tumeur.

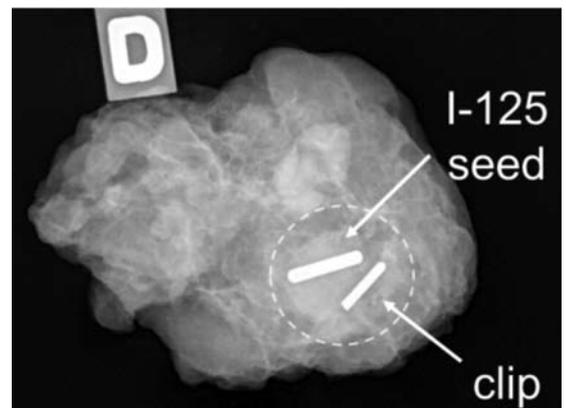
Il s'agit d'une procédure efficace ayant un très faible taux de marges positives. L'utilisation de la bille radioactive facilite les incisions pour les techniques oncoplastiques et peut améliorer le résultat esthétique. Cette procédure permet également une meilleure gestion de l'horaire entre le Département de radiologie et la salle d'opération, en plus d'éviter les déplacements des harpons et l'inconfort qu'ils occasionnent.

ÉVOLUTION DE LA CHIRURGIE AXILLAIRE POUR LE CANCER DU SEIN

Le curage axillaire consiste à retirer des ganglions lymphatiques de l'aisselle avec une moyenne de douze ganglions excisés. En 2002, la biopsie du ganglion sentinelle avec l'exérèse d'un à quatre ganglions a remplacé le curage ganglionnaire dans l'établissement du stade de la tumeur, ainsi que la décision de recevoir la chimiothérapie et la radiothérapie postopératoires. Depuis 2011, le curage axillaire est largement omis à la suite d'une biopsie du ganglion sentinelle qui comprend un ou deux ganglions métastatiques. Le curage, qui diminue de plus de la moitié le risque de lymphœdème, est un avantage énorme pour les patientes.

Cette nouvelle approche ne s'appliquait pas aux patientes recevant une chimiothérapie préopératoire et ayant des ganglions initialement métastatiques

jusqu'à récemment. La technique de biopsie du ganglion sentinelle est devenue possible chez ces patientes en suivant des critères spécifiques. Au CHUM, la dissection axillaire ciblée avec bille radioactive est pratiquée depuis 2016 et seules les patientes ayant la maladie ganglionnaire résiduelle nécessitent un curage axillaire. Ces innovations progressives permettent de réduire le risque de séquelles postopératoires de façon significative.



Radiographie d'un ganglion excisé contenant une bille et un clip

CHIRURGIE ONCOPLASTIQUE

La chirurgie oncoplastique est essentielle dans la prise en charge chirurgicale du cancer du sein. L'intervention combine la résection oncologique appropriée avec la reconstruction simultanée, afin d'offrir à la patiente le meilleur traitement esthétique possible.

Mastectomie partielle

Selon la taille de la tumeur, une importante cavité dans le sein peut entraîner une déformation après une mastectomie partielle. Chez une femme ayant des seins de plus petite taille, cette déformation est plus accentuée. Une bonne règle de base demeure : lorsque 20 % ou plus du volume du sein est excisé, le résultat esthétique est rarement acceptable. Le but de la chirurgie oncoplastique est de combler le déficit au cours de l'opération initiale pour éviter la déformation qui est très difficile à traiter à un stade ultérieur, en raison de la fibrose postopératoire et postradique. Plusieurs techniques peuvent être utilisées pour reconstruire le sein ; la plupart peuvent être réalisées par le chirurgien général, mais le chirurgien plastique est essentiel pour les reconstructions plus complexes.



Figure 1 : Fermeture oncoplastique post-mastectomie partielle à gauche à la suite d'une résection pour un cancer du sein au pôle inférieur, une technique qui entraîne habituellement une déformation importante.

Mastectomie totale

Parfois, le retrait de la totalité du sein est nécessaire afin d'éliminer tous les foyers tumoraux, ce qui a un impact énorme sur l'image corporelle et la féminité. L'atteinte est beaucoup plus que physique, mais également émotionnelle et sexuelle. La majorité des femmes peuvent bénéficier d'une reconstruction mammaire immédiate lors de la mastectomie. Toute la peau du sein est conservée par le chirurgien général/oncologique et la glande est remplacée par un implant synthétique ou un lambeau de graisse provenant d'un site donneur. Cette procédure est considérée oncologiquement sécuritaire. La plupart des femmes sont candidates à la reconstruction immédiate, sauf s'il y a atteinte cutanée. La chimiothérapie néoadjuvante (avant l'intervention) induit une régression tumorale qui augmente la possibilité d'une préservation mammaire ou d'une reconstruction immédiate.



Figure 2 : Mastectomie totale gauche avec reconstruction immédiate de type DIEP, tatouage aréolaire et reconstruction mamelonnaire

Mastectomie totale avec préservation complexe aréolo-mamelonnaire

La stratégie récente établie par les chirurgiens afin d'améliorer les résultats esthétiques résulte en la préservation de l'aréole et du mamelon. La préservation des complexes aréolo-mamelonnaires lors de mastectomies prophylactiques est très répandue et généralement acceptée parmi la communauté médicale. La préservation des mamelons dans le contexte d'un cancer du sein est

possible chez les patientes soigneusement choisies : celles qui ont les plus petits cancers, à distance du mamelon et sans atteinte ganglionnaire.



Figure 3 : Mastectomie bilatérale avec préservation du complexe aréolo-mamelonnaire et reconstruction avec implant; à gauche pour cancer, à droite en prophylaxie.

RÉSUMÉ

La chirurgie du cancer du sein a beaucoup évolué au cours des dernières décennies, en mettant l'accent non seulement sur les résections oncologiques sécuritaires, mais aussi concernant le résultat esthétique qui a un impact significatif sur la satisfaction de la patiente. Avec l'avènement de la chirurgie oncoplastique pour une mastectomie partielle et totale, ces techniques sont devenues courantes dans les grands centres comme le CHUM où l'on remarque une collaboration étroite entre les chirurgiens oncologues et les plasticiens. L'époque des déformations importantes du sein est en grande partie chose du passé, ainsi que d'avoir à vivre sans la possibilité d'une reconstruction mammaire réussie après une mastectomie totale. Le caractère effractif de la chirurgie axillaire est également en baisse, ce qui profitera aux générations de femmes qui n'auront pas à vivre avec la complication relative au lymphœdème chronique. ■

BIBLIOGRAPHIE

Bland K. Klimberg S. (2011), " Master Techniques in General Surgery: Breast Surgery", Lippincot, Williams & Wilkins

Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. JAMA. 2011; 305(6):569-575

James O. Murphy, Tracy-Ann Moo, Tari A. King, et al. Radioactive Seed Localization Compared to Wire Localization in Breast-Conserving Surgery: Initial 6-Month Experience Ann Surg Oncol. 2013 Dec; 20(13): 4121-4127.

Caudle AS, Yang WT, Krishnamurthy S, et al. Improved Axillary Evaluation Following Neoadjuvant Therapy for Patients with Node-Positive Breast Cancer Using Selective Evaluation of Clipped Nodes: Implementation of Targeted Axillary Dissection J Clin Oncol. 2016 Jan 25.

« Avec l'avènement de la chirurgie oncoplastique pour une mastectomie partielle et totale, ces techniques sont devenues courantes dans les grands centres comme le CHUM où l'on remarque une collaboration étroite entre les chirurgiens oncologues et les plasticiens. »

DU BISTOURI À LA CAMÉRA

« Majoly Dion, réalisatrice et productrice de métier, s'allie étroitement avec son chirurgien plasticien pour documenter son parcours et mettre en lumière chaque étape durant les trois années qui ont suivi l'opération. »



Lorsque deux humains se rencontrent, lesquels ont chacun pour mission d'apporter une contribution significative dans la vie des gens, ça crée un duo incroyable.

Le Dr Joseph Bou-Merhi, chirurgien plasticien et chef de l'unité de reconstruction du sein au CHUM, était loin de se douter que la rencontre avec sa patiente Majoly Dion, qu'il avait opérée pour une mastectomie complète bilatérale la semaine auparavant, l'amènerait devant la caméra.

documenter son parcours et mettre en lumière chaque étape durant les trois années qui ont suivi l'opération.

Entre les interventions chirurgicales, la fatigue, les inquiétudes et la souffrance, elle mène de front son projet.



« Lorsque j'ai revu Mme Dion pour son suivi, et pendant que je retirais les drains, elle m'a dit avec sa joie de vivre contagieuse : " Dr Bou-Merhi vous savez que je fais un docu-mentaire sur mon parcours avec le cancer du sein ? J'ai réalisé soudainement notre rencontre, j'ai rapidement compris que je voulais aussi contribuer, car ainsi, je pouvais à mon tour apporter davantage dans la vie de mes patientes, j'ai alors regardé la caméra et j'ai souri. »

Majoly Dion, réalisatrice et productrice de métier, s'allie étroitement avec son chirurgien plasticien pour



« Au début, ce documentaire représentait pour moi un exutoire, mais en cours de route, c'est devenu une raison d'être. Je crois sincèrement que l'humain dans l'épreuve a tout avantage à se trouver un projet de vie, aussi petit ou grand soit-il, car il est facile de sombrer dans la déprime et la dépression, surtout que le cancer du sein comporte non seulement la réalité de la maladie, mais également plusieurs étapes d'adaptation. Il faut s'accrocher à notre raison d'être.

J'avoue que la récurrence a été plus difficile à vivre que l'annonce du premier diagnostic. Lorsque j'ai appris que je devais subir la mastectomie complète bilatérale, j'ai cherché sur Internet à quoi ressembleraient mes seins ou du moins, ceux que je n'aurais jamais plus.



Ce que je découvrais n'avait rien de rassurant, et encore moins sur les étapes de la reconstruction mammaire.

Comme si cette étape de la maladie était taboue, mal perçue par la société mal informée.

Je me suis dit alors tant qu'à vivre cette épreuve, je vais en faire ressortir le meilleur, je vais filmer tout mon parcours, de la mastectomie à la reconstruction mammaire, pour aider d'autres femmes comme moi vivant l'épreuve.

Le Dr Bou-Merhi ainsi que son équipe ont été des collaborateurs incroyables, car sans eux la pertinence de l'information véhiculée dans mon film aurait été impossible.



On dit qu'une image vaut mille mots. Imaginez un documentaire de 87 minutes !

Mon film "Quand sert la vie... au-delà des frontières du cancer" a été mis en ligne le 25 octobre 2016, soit trois ans jour pour jour après la mastectomie. Je voulais fermer la boucle, mais j'étais loin de penser qu'un nouveau chapitre de vie s'inscrivait pour moi.



À ce jour, mon film a été visionné plus de 500 000 fois dans le monde, a aidé des milliers de personnes, et a aussi remporté un prix au Monaco Charity Film Festival. Il est disponible en tout temps, et ce, gratuitement sur ma web télé CTEM.tv »

Un an suivant le lancement de son film, soit en septembre 2017, Majoly nous offre son tout premier livre « Pressez ici j'ai besoin d'être aimée ». Elle met son âme à nu, nous révèle des histoires de vie, pas toujours roses, certes, lesquelles ont précédé l'annonce du cancer.

Elle nous transmet un message de courage, d'espoir, et nous apprend comment elle a pris le chemin de la résilience malgré la souffrance.

Dès le 20 septembre 2018, son livre sera aussi disponible partout en Europe.

«Elle est invitée à titre de conférencière dans plusieurs événements à Paris, tels que l'Odysea, dans plusieurs villes de la France, en Belgique, et sur les plateaux télés et radios pour partager son message d'espoir dans le cadre d'octobre rose.

Je sais, ce que je dis est un peu fou, mais c'est ce que je pense sincèrement, ce cancer, j'en ai fait un allié, j'ai voulu apprendre de lui pour ainsi transcender l'épreuve.

Malgré la peur de l'inconnu, la souffrance et la maladie, j'ai grandi et j'ai choisi de mettre mon énergie et de mordre à belles dents dans la vie.

Je me suis choisie, j'ai appris à m'aimer et aujourd'hui, je suis heureuse de pouvoir transmettre un message d'espoir dans le monde entier. Merci la vie ! » - Majoly Dion ■



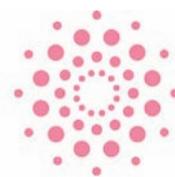
« À ce jour, mon film a été visionné plus de 500 000 fois dans le monde, a aidé des milliers de personnes, et a aussi remporté un prix au Monaco Charity Film Festival. Il est disponible en tout temps, et ce, gratuitement sur ma web télé CTEM.tv »



Dre. Dominique Johnson, Ph.D.

Directrice générale,
Groupe McPeak-Sirois

LE GROUPE MCPEAK-SIROIS DE RECHERCHE CLINIQUE EN CANCER DU SEIN – POUR UN MEILLEUR ACCÈS À LA RECHERCHE QUI SOIGNE



McPeak-Sirois
Recherche clinique en cancer du sein

la recherche qui soigne



L'EXPÉRIENCE DE SUSAN MCPEAK

Le cancer du sein ne se limite pas à une maladie qui vient meurtrir un corps. C'est un événement qui change inmanquablement la façon de voir la vie pour les femmes qui en sont atteintes¹. Le 13 août 2001, Susan McPeak se voyait diagnostiquer un cancer du sein métastatique. « Vous avez 40 % de chance de vivre vos cinq prochaines années », lui annonce alors son médecin.

Du même souffle, il lui fait une proposition : « Vous vous qualifiez pour une étude de recherche clinique. En suivant un protocole de traitement expérimental, vous aurez droit aux soins les plus avancés qui s'adressent à votre cas particulier et vous augmenterez vos chances de survie. » Après 17 ans, Mme McPeak est toujours aussi reconnaissante de l'accès privilégié qu'elle a eu à la recherche clinique. Privilégié, car elle a rapidement réalisé que toutes les patientes n'avaient malheureusement pas la chance comme elle de se faire offrir de participer à des essais cliniques, ceux-ci étant surtout en cours dans certains centres hospitaliers des grands centres urbains québécois. Elle s'est alors fait la promesse de tout faire en son possible pour que la majorité, sinon toutes les femmes atteintes du cancer du sein puissent avoir elles aussi accès aux traitements de pointe, disponibles à travers les protocoles de recherche clinique.

C'est ainsi que Susan McPeak et son mari Charles Sirois, entrepreneur de renom, mais également aidant

naturel aux côtés de sa femme, se sont mis à la tâche pour rassembler les grands acteurs de la recherche clinique au Québec. En octobre 2015, ils ont fièrement pu annoncer le lancement du Groupe McPeak-Sirois de recherche clinique en cancer du sein, un organisme de bienfaisance à but non lucratif qu'ils soutiennent par un don de 2,5 millions de dollars.

LE GROUPE MCPEAK-SIROIS

Le Groupe McPeak-Sirois est une initiative unique qui regroupe, à l'heure actuelle, la volonté et l'expertise de six grands centres de recherche hospitaliers québécois. L'objectif de ce consortium est de favoriser l'accès à un nombre plus important de protocoles de recherche clinique dans la province tout en faisant la promotion de la recherche qui soigne.

Ensemble, Susan McPeak et Charles Sirois se sont impliqués personnellement pendant plusieurs années pour convaincre ces centres de recherche de mettre en commun leur expertise, d'unir leurs forces et de partager leurs connaissances pour qu'un plus grand nombre de Québécoises participent à des essais cliniques et aient un jour accès à la recherche qui soigne.



Quatre centres de recherche hospitaliers fondateurs du Groupe McPeak-Sirois forment le noyau original du Groupe. Il s'agit de l'Hôpital général juif de Montréal, le CHU de Québec-Université Laval, le Centre universitaire de santé McGill et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Se sont joints au Groupe à titre de membres associés le CIUSSS-de-l'Est-de-l'Île-de-Montréal-Hôpital Maisonneuve-Rosemont (avril 2017) et plus récemment le CIUSSS de l'Estrie-CHUS (mai 2018).

¹Les hommes peuvent également être atteints du cancer du sein, bien que ceci soit très rare : ils représentent moins de 1 % de tous les cas de cancer du sein. La recherche clinique sur le cancer du sein s'applique également à ces hommes, dans plusieurs cas. Mais pour alléger le texte, nous parlons des patients au féminin.

« Le Groupe McPeak-Sirois est une initiative unique qui regroupe, à l'heure actuelle, la volonté et l'expertise de six grands centres de recherche hospitaliers québécois. »

« L'un des objectifs du Groupe McPeak-Sirois, via son programme Accès-recherche, est de rapprocher la recherche clinique des patientes et ainsi leur permettre de recevoir des traitements de pointe tout en demeurant dans leur région, près de leurs proches. »

Ces établissements entendent désormais réaliser conjointement la majorité de leurs activités de recherche clinique en cancer du sein. Ceci est un exploit sans précédent : en effet, c'est la première fois que ces grands hôpitaux — qui historiquement étaient des compétiteurs dans le domaine de la recherche — se réunissent pour ne former qu'une seule équipe. En joignant leurs forces, ils s'assurent d'abord que plus de patientes touchées par le cancer du sein puissent avoir accès aux meilleurs traitements disponibles et puis que les meilleures pratiques basées sur les plus récentes connaissances soient partagées au sein de la communauté médicale. En harmonisant leurs pratiques, les membres du Groupe McPeak-Sirois visent une plus grande efficacité de leurs opérations en réduisant les délais de mise en œuvre d'un protocole dont la résultante est d'augmenter le nombre de patientes qui pourront participer à un protocole de recherche. Ce regroupement de recherche offre un grand potentiel de recrutement de patientes à travers la province ce qui constitue un attrait considérable pour les promoteurs de recherche clinique (qu'ils soient de l'industrie ou de groupes collaboratifs). Promoteurs et patientes bénéficient ainsi des avantages du Groupe McPeak-Sirois qui se veut un catalyseur de la recherche clinique en cancer du sein au Québec.

Le Groupe McPeak-Sirois est dirigé par un conseil d'administration composé des présidents-directeurs généraux ou des directeurs de recherche des six centres hospitaliers membres, de la présidente-directrice générale de la Fondation du cancer du sein du Québec et du couple fondateur. Le comité scientifique du Groupe, pour sa part, est composé de chercheurs cliniciens reconnus mondialement : des chirurgiens oncologues, des oncologues médicaux et des hématologues. Ce comité est responsable de définir le programme scientifique du Groupe; de faire l'analyse et recommander au Groupe les protocoles de recherche clinique; de veiller au déploiement de ces protocoles; et de participer au déploiement du programme Accès-recherche, dont il est question plus loin.

QU'EST-CE QUE LA RECHERCHE CLINIQUE ?

Une des définitions les plus acceptées de la recherche clinique est celle d'une recherche effectuée chez l'homme, dont la finalité est l'amélioration de la santé humaine, dans le respect fondamental de la personnalité et de l'intégrité de chaque individu². Le but de la recherche clinique est donc d'améliorer la connaissance d'une maladie, d'une méthode d'investigation ou d'un traitement; elle est indispensable à tout progrès en médecine.

L'étude clinique peut porter sur un traitement déjà existant en vue de l'améliorer, de le comparer avec un autre traitement ou de lui trouver une autre application. Elle est une plateforme incontournable pour la mise au point de nouvelles stratégies diagnostiques, thérapeutiques et préventives. Tous les médicaments que nous utilisons, qu'il s'agisse de traitements communs ou de traitements plus spécialisés, ont été découverts ou développés grâce à la recherche.

²Circulaire ministérielle DH/PE1 # 10252 du 18 novembre 1992 (France)

La recherche fondamentale, qui a pour objectif principal d'accroître les connaissances scientifiques sans tirer des bénéfices particuliers, précède toujours la recherche clinique. Si une molécule semble prometteuse pour une application chez l'humain, elle doit par la suite être testée en recherche clinique, où l'on vérifiera son efficacité et sa toxicité. Il faut noter que la recherche clinique est strictement encadrée par la loi et ne peut se dérouler que dans des conditions bien précises.

Trois phases d'études cliniques seront nécessaires pour qu'un nouveau médicament soit approuvé par les agences réglementaires pour le traitement d'une maladie ou d'une condition :

- La phase 1 a pour objectif de vérifier les hypothèses expérimentales, de trouver le dosage optimal, d'étudier la manière dont l'organisme métabolise le médicament (évolution dans l'organisme en fonction du temps, tolérance et toxicité), de déterminer le meilleur mode de prescription et de repérer les effets secondaires. La surveillance médicale constante se fait auprès d'un très faible nombre (entre 20 et 80) de sujets sains ou encore de malades chez qui tous les autres traitements se sont avérés inefficaces.

- La phase 2 permet d'évaluer l'action thérapeutique et la toxicité pour différentes doses du produit sur un petit nombre (habituellement quelques centaines) de personnes. On cherche à déterminer la dose minimale du nouveau médicament pour obtenir une action thérapeutique et la dose maximale non toxique pour l'être humain. Elle se déroule en général en milieu hospitalier afin qu'une surveillance médicale étroite des participants puisse avoir lieu.

- La phase 3 vise à apporter la preuve de l'intérêt thérapeutique du produit testé et de son absence de nocivité. Elle est conduite sur un grand nombre de participants malades (jusqu'à plusieurs milliers de personnes) et le nouveau médicament est comparé au traitement standard (s'il y en a un) ou à un placebo (si aucune thérapie de référence n'existe). Cette phase constitue la dernière étape avant que le médicament soit approuvé par les agences réglementaires (p. ex. Santé Canada) et disponible pour les patients.

C'est grâce aux recherches cliniques que le traitement du cancer du sein a connu, ces quarante dernières

« Le Groupe McPeak-Sirois est dirigé par un conseil d'administration composé des présidents-directeurs généraux ou des directeurs de recherche des 6 centres hospitaliers membres, de la présidente-directrice générale de la Fondation du cancer du sein du Québec et du couple fondateur. »

« C'est grâce aux recherches cliniques que le traitement du cancer du sein a connu, ces quarante dernières années, des avancées médicales spectaculaires, passant de la mastectomie radicale pour toutes les femmes atteintes de cancer du sein aux traitements personnalisés, souvent moins dramatiques. »





années, des avancées médicales spectaculaires, passant de la mastectomie radicale pour toutes les femmes atteintes de cancer du sein aux traitements personnalisés, souvent moins dramatiques. C'est la méthode scientifique structurée et rigoureuse de la recherche clinique qui a permis de cumuler des données en grande quantité et d'établir des protocoles de soins fondés sur un savoir collectif et scientifique. La recherche clinique s'est donc avérée le plus puissant des leviers grâce auquel le traitement du cancer du sein s'est affiné au cours de ces années et que les programmes de dépistage et de promotion de la santé sont devenus plus efficaces.

Pourquoi participer à un essai clinique ? Les principaux avantages sont ceux d'avoir accès à des soins les plus innovateurs disponibles ; de bénéficier de nouveaux tests diagnostiques et d'un suivi médical très serré ; et bien entendu de contribuer à l'avancement des connaissances sur le cancer du sein et de son traitement dont les futures générations de patientes pourront bénéficier.

LE PROGRAMME ACCÈS-RECHERCHE

Lancé en partenariat avec la Fondation du cancer du sein du Québec en mai 2017, le programme Accès-recherche du Groupe McPeak-Sirois vise à accroître le nombre de centres hospitaliers québécois qui participent à des études cliniques au bénéfice notamment, de tous ceux et celles qui habitent hors des grands centres urbains. Grâce à ce programme, plus de patientes se verront offrir un meilleur accès à ces traitements de pointe et ainsi augmenter leur chance de survie.

Ce programme a été créé avec le souci de permettre aux patientes qui vivent hors des grands centres urbains d'avoir accès aux mêmes traitements innovateurs que celles habitant à Montréal ou Québec. Il s'agit de rapprocher la recherche clinique des patientes et ainsi de leur permettre de recevoir des traitements de pointe tout en demeurant dans leur région, près de leurs proches.

Le programme Accès-recherche est mis en place progressivement sur plusieurs années afin d'assurer que son déploiement en région soit un succès. Ce programme novateur vise à intégrer les protocoles de recherche de haut niveau dans les centres régionaux. Il cible, dans un premier temps, les centres hospitaliers régionaux qui sont déjà actifs en recherche clinique en cancer du sein. Par la suite, il s'étendra à d'autres hôpitaux pour permettre à ceux-ci de commencer à offrir de telles études.

Les hôpitaux qui participent au programme Accès-recherche sont intégrés au Groupe McPeak-Sirois et peuvent ainsi bénéficier de l'expertise et de la force

d'attraction du Groupe auprès des compagnies pharmaceutiques et groupes corporatifs qui financent ces études. L'ajout de ces hôpitaux régionaux contribuera à l'émergence d'un réseau multi-institutionnel et favorisera l'obtention de plus de protocoles de recherche par le Groupe.

Nous visons à ce que cette initiative permette l'intégration de la recherche clinique dans les programmes de soins d'hôpitaux régionaux pour offrir la possibilité à davantage de patientes atteintes d'un cancer du sein de participer à un protocole de recherche au Québec.

DES RÉSULTATS CONCRETS

Trois ans après le lancement du Groupe, les premiers résultats sont au rendez-vous. L'harmonisation des pratiques entre les différents membres du Groupe va bon train ; elle est essentielle à la mise en place d'un environnement plus propice à générer et à obtenir davantage de protocoles de recherche. Pratiquement, une dizaine d'études sont en cours de recrutement de patientes et une douzaine sont à l'étude par le comité scientifique responsable de la sélection des protocoles auxquels participent les membres du Groupe. Chaque étude, axée sur un type différent de cancer du sein, vise à développer un traitement mieux ciblé. Par exemple, remplacer une chimiothérapie avant la chirurgie par un traitement moins invasif ou évaluer si une combinaison de deux traitements peut diminuer le pourcentage de récurrence après une chirurgie et améliorer les résultats chez les personnes atteintes d'un certain type de cancer du sein, comparativement à un traitement administré seul.

ADHÉSION DES CENTRES HOSPITALIERS AU GROUPE McPEAK-SIROIS

Le déploiement du programme Accès-recherche est en cours et suit un processus structuré, encadré par le comité scientifique et le conseil d'administration du Groupe. Les centres hospitaliers ou les chercheurs qui souhaitent joindre le Groupe peuvent le faire en communiquant directement avec le Groupe par courriel au : acces.recherche@mcpeaksirois.org ou en s'adressant directement à un de ses chercheurs membres du comité scientifique (www.mcpeaksirois.org)

PARTICIPER À UNE ÉTUDE CLINIQUE EN CANCER DU SEIN

Une personne qui souhaite participer à un protocole de recherche doit d'abord s'informer auprès de son médecin traitant et lui mentionner qu'elle souhaite participer à un protocole de recherche. Il faut, en effet, satisfaire plusieurs critères de sélection de l'étude pour pouvoir y participer et seul un médecin peut les valider. Il pourra alors l'orienter vers un médecin impliqué en recherche clinique. Elle peut aussi s'adresser directement à l'un des hôpitaux qui font partie du Groupe McPeak-Sirois. ■

« Trois ans après le lancement du Groupe, les premiers résultats sont au rendez-vous. L'harmonisation des pratiques entre les différents membres du Groupe va bon train ; elle est essentielle à la mise en place d'un environnement plus propice à générer et à obtenir davantage de protocoles de recherche. »

« Chaque étude, axée sur un type différent de cancer du sein, vise à développer un traitement mieux ciblé. »



Banque Royale

Le Forfait privilège RBC : une offre inégalée à un coût très avantageux !

Comme **pharmacien** membre de la Fédération des pharmaciens du Québec (FPQ), vous pouvez bénéficier de l'un des plus avantageux forfaits de services bancaires du marché. Grâce à notre offre remarquable, vous économisez et obtenez d'intéressantes bonifications sur vos prêts.

La FPQ et RBC Banque Royale : un partenariat privilégié

RBC Banque Royale® entretient une relation d'affaires privilégiée avec la FPQ en offrant à ses membres un ensemble complet de services bancaires spécialement adapté aux **pharmaciens**.

Le Forfait bancaire privilège RBC : Petit prix. Grande valeur.

Le Forfait bancaire privilège RBC® vous en donne plus pour votre argent.

Forfait bancaire VIP RBC® : Obtenez une réduction sur les frais mensuels de ce forfait, soit une économie annuelle de 235 \$. En plus de recevoir un service prioritaire, vous pouvez notamment effectuer un nombre illimité d'opérations, accéder aux Services bancaires mobiles¹ RBC, et choisir l'une de nos cartes de crédit de prestige sans frais annuels.

Carte Visa Infinite⁺ Voyages^{MC} RBC : Cette carte vous donne la possibilité d'accumuler de précieux points RBC Récompenses® et de les échanger contre des billets d'avion pour le vol de votre choix, sur n'importe quelle compagnie aérienne, sans période d'interdiction ni restriction de sièges.

À titre de client élite, profitez d'avantages de voyage exclusifs tels que des surclassements gratuits (selon les disponibilités) et des tarifs privilégiés lorsque vous effectuez vos réservations. Qui plus est, vous pouvez compter sur la carte Visa Infinite Voyages pour vous fournir la couverture d'assurance dont vous avez besoin et voyager en toute tranquillité d'esprit.

Et ce n'est pas tout ! Conscients de la valeur de votre temps, nous vous invitons à tirer parti d'un service de conciergerie haut de gamme, une gracieuseté de Visa Infinite. Un simple appel téléphonique vous permet d'obtenir de l'aide en tout temps, où que vous soyez. Que ce soit pour organiser une sortie, réserver une bonne table, acheter des billets pour des événements spéciaux, la conciergerie Visa Infinite peut répondre à pratiquement toutes vos demandes.

Marge de crédit Royale® : Accédez à des fonds facilement et rapidement, grâce à une marge de crédit qui vous est offerte au taux préférentiel, soit le plus bas taux du marché.



Pour en savoir davantage sur nos solutions et services conçus pour répondre à vos besoins personnels :

Composez le 1 800 80 SANTÉ (1 800 807-2683).
Passez à la succursale la plus près de chez vous.



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

PERDRE DE L'ARGENT EN PLAÇANT EN OBLIGATIONS



Qui aurait cru que nos placements en obligations seraient un jour à ce point menacés? Et je ne parle pas ici de placements en obligations de pacotille « junk bonds »! En effet, l'ensemble des obligations canadiennes à taux réel ont enregistré un rendement négatif de -1,80%, au premier trimestre de 2013. À titre comparatif, cette catégorie d'actif a enregistré un rendement annualisé de 8,12% au cours des 10 dernières années, et ce, en contexte de baisse constante des taux d'intérêt. Aurions-nous vraiment atteint le fond du baril? À quelles conséquences devons-nous nous préparer dans le cas d'une inversion du mouvement des taux? Questions on ne peut plus légitimes que doit se poser tout investisseur sérieux dans le contexte économique actuel.

Les épargnants ayant opté pour les titres de créances ont été plus largement compensés que ceux ayant choisi les titres de participation au cours des 5 dernières années. En effet, l'indice DEX Univers a réalisé un rendement annualisé de 5,88% au 31 mars 2013, alors que le S&P/TSX de la bourse de Toronto, un maire 2,06% pour cette même période.

Cette situation constitue une anomalie, puisqu'un épargnant devrait normalement être rémunéré en fonction du niveau de risque que représente son placement. Si l'on étire notre période d'observation à 10 ans, les choses reviennent à la normale avec un rendement de 6,12% annualisé pour les titres de

créances et 9,97% pour les titres de participation. Que nous réserve l'avenir à partir du taux de 2,50% enregistré au 31 mars sur nos obligations Canada 30 ans et de 1,87% sur 10 ans?

Afin de mesurer la sensibilité de la variation des taux d'intérêt sur votre portefeuille d'obligations, posons quelques hypothèses basées sur les taux en vigueur au 31 décembre 2012.

Les bons du trésor 1 an portaient alors intérêt au bas niveau de 1,10%, les obligations 5 ans, 1,38%, les 10 ans, 1,80% et les 30 ans, 2,36%. Si le taux 1 an passait de 1,10% à 1,75%, le rendement réalisé sur un placement un an ne serait, bien entendu, pas affecté. Par contre, si le taux 5 ans passait de 1,38% à 2,20%, vous obtiendriez un rendement négatif de -1,75%. Si le taux 10 ans passait de 1,80% à 2,75%, la perte serait de -5,73%. Pire encore, si le taux 30 ans passait de 2,36% à 3,25%, la perte atteindrait -14,27%. Par extension, une simple hausse de 0,36% des taux 5 ans, de 0,22% des taux 10 ans ou de 0,12% des taux 30 ans contribueraient à l'annulation du rendement des portefeuilles obligataires ayant ces durées respectives. Comme le disent les Chinois : « the best is behind... »

À la lumière de ces constats, l'investisseur prudent qui veut assurer la protection de son capital optera pour un portefeuille de courte durée, voire même un portefeuille de marché monétaire, quitte à laisser un peu de rendement sur la table.

Après tout, nous ne plaçons pas nos épargnes en obligations pour en perdre une partie! ■

	BT 1 an	Obl 5 ans	Obl 10ans	Obl 30 ans
Taux en vigueur décembre 2012	1,10%	1,38%	1,80%	2,36%
Taux en vigueur décembre 2013	1,75%	2,20%	2,75%	3,25%
Variation	+0,65%	+0,82%	+0,95%	+0,89%
Rendement réalisé	1,10%	-1,75%	-5,73%	-14,27%

« Les épargnants ayant opté pour les titres de créances ont été plus largement compensés que ceux ayant choisi les titres de participation au cours des 5 dernières années. »

Êtes-vous certain de tout voir?



Transparence
des frais
Vision éclairée
des marchés
Clarté de
l'information
Solutions
d'investissement
adaptées

Pour vous renseigner sur nos services de gestion privée, contactez-nous au 514 288-7545.



OPTIMUM®

Optimum Gestion de Placements inc.

www.optimumgestion.com

9 IÈME SOIRÉE GALA DU PRIX HIPPOCRATE



Frédéric Fasano

Il nous fait plaisir de vous informer que la soirée gala du neuvième Prix Hippocrate aura lieu jeudi le 12 septembre 2019 à l'hôtel Ritz Carlton de Montréal sous la présidence d'honneur de monsieur Frédéric Fasano, directeur général de Servier Canada.



Frédéric Fasano a été nommé directeur général de Servier Canada en 2011. Actuellement à Laval (Québec), M. Fasano a plus de 20 ans d'expérience dans des postes de direction au sein de filiales internationales de Servier, y compris sept ans en Europe (France, Italie) et deux ans en Amérique latine (Brésil, Argentine).

Sous sa direction, Servier Canada a réussi à accroître son engagement dans le paysage des sciences de la vie du Canada. En 2014, Servier a inauguré son nouveau complexe de Laval, au Québec, qui abrite le Centre d'excellence en recherche clinique et le Centre national de formation professionnelle. Ce nouveau centre soutient la croissance des activités de Servier dans tout le Canada.

La preuve du vif engagement de M. Fasano dans le paysage canadien des sciences de la vie n'est plus à faire : il préside le conseil d'administration de Médicaments novateurs Canada et il est membre du conseil d'administration de Montréal InVivo. L'une de ses réalisations remarquables dans la croissance du secteur des sciences de la vie au Canada a été la création d'une entreprise de biotechnologie, ILKOS Therapeutics, dont le siège social est à Laval. Ce partenariat naissant avec les principaux intervenants de la FTQ, les Fonds CTI Sciences de la vie et Servier Canada a donné lieu à un investissement de 21 millions de dollars, par trois partenaires également engagés dans la poursuite du développement clinique d'un médicament novateur qui pourrait constituer une percée clinique majeure dans le traitement des ulcères veineux aux jambes.

M. Fasano est également un conseiller du commerce extérieur de la France et membre de la chambre de commerce française au Canada. Il parle couramment l'anglais, le français et l'italien. Il détient un diplôme en pharmacie de l'Université Paris-Sud XI ainsi qu'un MBA de l'ESSEC Business School. Sa vaste expérience en gestion générale en Europe, en Amérique latine et en Amérique du Nord lui a permis d'établir de solides relations durables avec un large éventail d'intervenants en sciences de la vie, y compris des gouvernements de tout le Canada, des dirigeants d'universités, de centres de recherche, d'autres entreprises de biotechnologie et du secteur des sciences de la vie.



LAURENTIDES - UN CONCENTRÉ DE QUALITÉ DU VIGNOBLE QUÉBÉCOIS

TEXTE : GUÉNAËL REVEL



« La région des Basses-Laurentides, c'est 28 hectares de vignes nettement dominés par un cépage blanc (vandal-cliche), qui produit pourtant 67 % de vin rouge; une autre façon de se distinguer des autres régions et qui donne envie de la connaître ! »

Quand on pense aux Laurentides et aux Basses-Laurentides, on pense surtout à leurs stations de ski et leurs auberges de charme qui bordent des lacs entretenus, mais rarement à leurs vignobles. Et pour cause, on les compterait presque sur les doigts d'une seule main ! Pourtant, ces régions qui bordent le nord de l'île de Montréal présentent des vigneron qui se sont fait remarquer à leur façon, dès les premières tailles de sarments : on y rencontrera ainsi le premier domaine certifié biodynamique de la province, le premier domaine œnotouristique à donner des cours sur le Québec viticole, le premier château enregistré ou le premier domaine à avoir remporté des prix dans un concours international pour son vin rouge ! La région des Basses-Laurentides, c'est 28 hectares de vignes nettement dominés par un cépage blanc (vandal-cliche), qui produit pourtant 67 % de vin rouge; une autre façon de se distinguer des autres régions et qui donne envie de la connaître !

Le Vignoble des Négondos

En 1995, deux années après s'être installés à St-Benoît de Mirabel, Mario Plante et Carole Desrochers ont investi leurs deux hectares selon les principes de la culture biologique dont ils acquièrent la certification l'année suivante. En 15 ans, la production passe de 600 bouteilles à 5000 bouteilles avec le seyval et le cayuga comme principaux cépages. Les cuvées nommées Orélie et Opalinois, deux vins blancs issus du même cépage, toutefois travaillés différemment (levures et élevage) se démarquent rapidement de la production globale. Ils ont toujours été, selon moi, dans les Top 3 québécois des meilleurs seyvals élaborés. Le pari du bio était très risqué, non ? Surtout quand on se lance dans cette industrie au Québec. « Pas plus dans cette industrie qu'une autre qui touche au terroir » me répond Carole Desrochers. « C'est avant tout une façon d'envisager son travail et l'environnement. En ce qui nous concerne, ce sont les insectes nos premiers soucis. Il

faut rester lucides comme ceux qui nous ont précédés il y a des décennies et qui n'avaient pas tous ces produits systémiques pour les aider. On intervient de façon naturelle lorsqu'on a des problèmes, sans être des fanatiques à regarder le calendrier. Les gens pensent qu'être bio signifie laisser faire la nature, alors qu'en fait, c'est l'observer et l'accompagner. Jusqu'à aujourd'hui, cela nous a réussi. Quant à la biodynamie, c'est un mythe, ça fait bien d'en parler. » Le domaine n'élabore pas de vin de glace ou de vendange tardive, car le travail est trop éreintant, trop risqué aussi dans cette conduite de la vigne et finalement pas rentable. On peut être bio et pragmatique. En dégustant les derniers millésimes avec le couple Desrochers Plante, j'ai aimé une réflexion de Carole lorsque je lui ai dit que ses vins étaient dans l'ensemble très agréables, bien élaborés, avec toutefois peu de densité, peu de longueur. Elle m'a répondu : « Vous savez, on est au Québec, notre été est court. Alors quand vous goûtez nos vins, le voyage est toujours un peu court. Ils sont à l'image de notre terroir. » Au moins, c'est clair.

Le Vignoble de la Rivière du Chêne

C'est le plus vaste et le plus beau, l'incontournable de la région. Deuxième au Québec par la surface grâce à 20 hectares dont 16,5 plantés, le vignoble de la Rivière du Chêne, c'est avant tout un homme et sa détermination : Daniel Lalonde. Et comme il y a toujours une femme derrière une réussite professionnelle masculine, je dois mentionner Isabelle Gonthier puisque c'est elle qui a suggéré à son mari de se lancer dans cette industrie en 1996. Deux ans plus tard émerge une bâtisse imposante entourée de neuf hectares de vignes qui occasionnent des railleries dans le milieu où l'on aime dire que le couple a mis la charrue avant les bœufs, que l'enveloppe est belle et que les vins ne seront pas à la hauteur. Et pourtant, ils le sont ! Rapidement. Pas tous bien sûr. Si tant est qu'on sache apprécier les cépages du Québec parce que pour Daniel et Isabelle, la Rivière du Chêne se veut avant tout une ambassadrice de la province à travers ses cépages hybrides. En novembre 2007, la Rivière du Chêne fait les gros titres des quotidiens parce qu'il n'en reste que des cendres : deux semaines après les vendanges, le chai est en flammes, on ne sauvera que 64 barriques. Le couple ne se décourage pas, leur jeune œnologue fraîchement arrivée de France, Laëtitia Huet, le soutient dans la reconstruction de l'entreprise à l'identique, sauf qu'il n'y aura désormais de bois que les fûts; la nouvelle structure étant entièrement en ciment. Une cuvée de rouge nommée Phénix – forcément – voit le jour tandis que les blancs secs et de glace remportent des prix dans les concours nord-américains. Les vins s'améliorent, la structure se fait plus solide grâce aux vignes plus âgées, le rosé s'en mêle, la cuvée Gabrielle devient la bannière étoilée du domaine – il faut goûter la rondeur du 2012 actuelle-



S'ENGAGER, CONSTRUIRE, TRANSFORMER DES VIES.

En développant sans cesse de nouveaux traitements, Servier est plus déterminé que jamais à changer le cours des choses pour les patients souffrant d'un cancer.



« Ces régions qui bordent le nord de l'île de Montréal présentent des vigneronnes qui se sont fait remarquer à leur façon, dès les premières tailles de sarments : on y rencontrera ainsi le premier domaine certifié biodynamique de la province, le premier domaine œnologique à donner des cours sur le Québec viticole, le premier château enregistré ou le premier domaine à avoir remporté des prix dans un concours international pour son vin rouge ! »

ment sur les tablettes – tandis que des bulles attendent sur les pupitres dans une cave qui n'a rien à envier à celles du vieux continent. Un restaurant ouvre ses portes en 2009, on y accueille mariages et séminaires, on y offre enfin des cours de dégustation orientés sur le vignoble de la province, la Rivière du Chêne suit son cours sereinement »... Alors Daniel ?

15 ans après le premier coup de pioche et l'évolution du vignoble québécois dans un ensemble, toujours pas tenté par la vinifera ? « On a réussi à faire du bon vin avec nos indigènes, il fallait commencer par eux. Je pense aujourd'hui qu'on peut faire aussi bien avec le vinifera, mais pas forcément ici, à Saint-Eustache. Il faut être prudent. Il y a eu de nombreux lancements de domaines dans les années 2000 comme il y en a qui ferment leurs portes ou qui désirent vendre. On va d'abord fêter nos 15 ans en juin en espérant vous inviter de nouveau pour les 30 ans ! Avec ou sans vinifera.»

Le Vignoble d'Oka

Lui, c'est le plus jeune vignoble. Et de la région, et du Québec ! Et c'est pourtant lui qui s'est distingué dans un concours de niveau mondial pour son vin rouge. Aucun vignoble de la province n'avait décroché un prix international pour un vin rouge. « Ça ne vous donne pas envie de faire du blanc ? Les vins blancs québécois ont quand même plus de succès - et de qualité - que les vins rouges, non ?... » « Non, justement. » me répond Michel Levac, propriétaire des lieux, le sourire jusqu'aux oreilles. « Je veux prouver qu'on est capable d'élaborer de bons vins rouges chez nous. Et pas seulement parce que la tendance est au rouge. J'ai planté mes vignes en 2005, j'ai attendu qu'elles soient mures, je ne me suis pas précipité, je savais trop bien qu'on me dirait que mes vins seraient herbacés ou durs. On a récolté au bout de quatre ans, c'était une première récolte satisfaisante, une récolte d'évaluation sur laquelle on a fait

des essais différents de vinification et d'élevage pour mieux contrôler la récolte suivante. En 2010, on a bénéficié d'une vendange magnifique, le défi était de taille, on n'avait pas droit à l'erreur. On a fait une cuvée sous bois qu'on a appelée Réserve et une sans bois. Mon œnologue Sébastien Vicaire a envoyé un échantillon à la Finger Lakes International Wine Competition parce qu'on voulait savoir ce qu'il en était, c'était davantage par jeu, on ne s'attendait vraiment à rien. Et un mois plus tard, on apprenait qu'on avait gagné la double médaille d'or devant des vins américains et européens ! On n'y a pas cru. Je sais qu'il ne faut pas tout valoriser à travers les concours, mais pour nous, c'est encourageant. Les consommateurs et les restaurateurs, et même les journalistes spécialisés d'ici, se méfient encore tellement des vins du Québec sans même qu'ils les aient goûtés, que leur suggérer un vin qui a été cautionné à l'étranger est une bonne carte de visite. » Les deux millésimes qui ont suivi ont été tout aussi stimulants pour Michel Levac et sa femme Diane Normandin qui ont planté 5000 pieds supplémentaires aux 9000 pieds initiaux sur leur coteau d'Oka de cinq hectares. La surface plantée est à présent de 1,5 hectares, le Frontenac noir domine nettement l'encépagement qui est complété par des fraises et des framboises. En effet, le vignoble d'Oka élabore un « Rouge Berry » qui est une fermentation alcoolique à 100 % des deux fruits mentionnés, sans adjonction d'alcool. Et si la SAQ l'a sélectionné, c'est que ce produit vaut le coup ! Après un essai convaincant, je me suis dit qu'il accompagnerait parfaitement un fondant au chocolat noir. Dans tous les cas, si «le vignoble d'Oka obstinément rouge» se met un jour à faire des bulles aussi prometteuses que son Frontenac, il y a des mousseux qui ont quelques soucis à se faire »...

Vignoble Les Vents d'Ange

C'est en visitant son voisin de la Roche des Brises en 1997 qu'André Lauzon, fils de maraîcher, a un coup de cœur pour la vigne. Un an plus tard, il se lance en affaire avec sa femme Sylvie D'Amours sur un coteau du village Saint-Joseph du Lac avec du montréal blue, du key grey, du magenta et du prairie star dont il plante 2500 pieds de chaque; des cépages provenant du Minnesota, très peu employés dans la province. Ils attendront jusqu'à 2006 avant de récolter pour vinifier leurs premiers vins. 1500 bouteilles sortent du domaine, elles rencontrent rapidement un succès encourageant. Naîtront progressivement cinq cuvées : un blanc sec nommé Valérie à base de key gray, un assemblage de key gray et de prairie star nommé Catherine qui offre un demi-sec blanc rond et digeste, un rosé à base de montréal blue élaboré en macération carbonique, un rouge à base de sainte-croix et de montréal blue et enfin, un vin de glace original à base de key gray qui offre une texture plus ronde que grasse, sans sucrosité appuyée, aux notes de miel assez nettes. Artiste de formation, André Lauzon propose régulièrement des soirées musicales thématiques dans la salle d'accueil du domaine situé au cœur du village. ■



ENSEMBLE

pour la santé de nos patients



Un message des
pharmaciens propriétaires
affiliés à  **Jean Coutu**



Plateforme professionnelle
en imagerie moléculaire
ÉPROUVÉE, PRÉCISE, PERSONNALISÉE

