



Ostéoporose Canada
Osteoporosis Canada



automne 2005 • vol. 9 n° 3

le point sur l'ostéoporose

un guide pratique
pour les médecins canadiens

De la cote T au risque fracturaire

De nouvelles recommandations sur
la DMO pour faciliter le diagnostic

questions et réponses

Nouvelle en primeur
sur la vitamine D
Détection des fractures
vertébrales chez le sujet âgé

étude de cas

Les traitements du cancer
du sein peuvent abaisser les taux
d'œstrogènes bons pour les os

Ressources
et info sur les
conférences
Page 12

Le Point sur l'ostéoporose est publié par
OSTÉOPOROSE CANADA
33 Laird Drive, Toronto (Ontario) M4G 3S8
Tél. : (416) 696-2663 • Téléc. : (416) 696-2673
Sans frais : 1-800-977-1778

Karen L. Ormerod, M.M., Présidente et
directrice exécutive
Kelly Mills, Directrice, communications et
relations gouvernementales

PARKHURST
400, rue McGill, 3^e étage
Montréal (Québec) H2Y 2G1

Mairi MacKinnon, Rédactrice adjointe
Tél. : (514) 397-8833 • Téléc. : (514) 397-0228
courriel : mackinnon@parkpub.com

Susan Usher, Directrice de la rédaction
Pierre Marc Pelletier, Directeur artistique

COMITÉ CONSULTATIF

Angela Cheung, M.D., Ph.D., FRCPC
Université de Toronto

David A. Hanley, M.D., FRCPC
Université de Calgary

Anthony B. Hodsmann, MB, BS, FRCPC
Université Western Ontario

Robert Josse, MB, BS, FRCPC(UK), FRCPC
Université de Toronto

Stephanie Kaiser, M.D., FRCPC
Université Dalhousie

Robert Sabbah, M.D., FRCSC
Université de Montréal

Kerry Siminoski, M.D., FRCPC
Université de l'Alberta

Louis-Georges Ste-Marie, M.D., FRCPC
Université de Montréal

© 2005 OSTÉOPOROSE CANADA

Le contenu de cette publication ne peut être
reproduit sans autorisation. Cette publication
reflète les opinions et l'expérience des auteurs,
et non pas obligatoirement celles d'Ostéoporose
Canada.

Le Point sur l'ostéoporose est publié grâce à des
subventions à la formation médicale continue offertes
sans restrictions par les commanditaires suivants :

**Eli Lilly Canada Inc.,
Merck Frosst Canada & Cie
Compagnie pharmaceutique P&G et Sanofi Aventis**

Le fait que Ostéoporose Canada accepte l'appui
financier de commanditaires ne signifie aucunement
qu'elle entérine les produits ou les services de ces
commanditaires.

ISSN 1480-3119

Société canadienne des postes — Envois de
publications — Contrat de vente n° 40063504

Retourner toute correspondance ne pouvant
être livrée au Canada à :
Circulation, 400, rue McGill, 3^e étage,
Montréal (Québec) H2Y 2G1

Une nouvelle façon de percevoir le risque fracturaire



Kerry Siminoski, M.D.,
FRCPC, Département de
radiologie et d'imagerie
diagnostique et Division
d'endocrinologie et de
métabolisme de la
Faculté de médecine de
l'Université de l'Alberta,
à Edmonton.

Dans ses lignes directrices de 1996, Ostéoporose Canada (OC) proposait d'utiliser la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) pour classer l'état des os dans une des trois catégories établies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : DMO normale, ostéopénie ou ostéoporose. Le classement de l'OMS témoignerait du risque fracturaire et guiderait le traitement. Des paradigmes semblables ont ensuite été adoptés dans d'autres pays et OC a conservé ce modèle dans ses lignes directrices de 2002. Au cours de la dernière décennie, cette stratégie s'est révélée utile car elle a fourni au clinicien un cadre organisationnel pour la prise en charge des patients.

Pouvait-on améliorer ce modèle déjà efficace ? Oui, bien entendu. Le système de classement de l'OMS comportait deux grandes lacunes. Premièrement, le risque fracturaire lié à une catégorie donnée peut varier beaucoup selon l'âge. Par exemple, ce risque peut être plus grand chez la femme de 80 ans atteinte d'ostéopénie que chez la femme de 50 ans qui fait de l'ostéoporose. C'est pourtant la plus jeune qui devrait recevoir un traitement médicamenteux d'après le classement de l'OMS. Deuxièmement, les résultats de la DEXA n'expliquent qu'une partie de la probabilité de fracture; il faut directement tenir compte d'autres facteurs cliniques pour mieux prévoir ce risque.

Pour faciliter la reconnaissance des patients qui profiteront le plus du traitement contre l'ostéoporose, OC a publié de nouvelles lignes directrices sur le rapport d'ostéodensitométrie, que nous résumons en page 6. La plus importante nouveauté dans ces recommandations vise le calcul du risque fracturaire : au lieu de s'appuyer sur le système de l'OMS, on recourt à une nouvelle méthode pour calculer le risque fracturaire absolu (RFA) sur 10 ans (risque faible, modéré ou élevé). La DMO reste un facteur important de l'évaluation du risque, mais le sexe, l'âge, les antécédents de fracture et de corticothérapie sont désormais intégrés dans le calcul. Ces lignes directrices ont été élaborées en collaboration avec l'Association canadienne des radiologistes. Elles visent l'intégration des éléments d'information tirés du dossier médical du patient au centre d'ostéodensitométrie dans le rapport où figure explicitement la catégorie de RFA sur 10 ans.

Ces nouvelles recommandations visent à modifier notre perception du risque fracturaire. Nous devons tous faire un effort d'adaptation, mais mieux vaut nous faire à l'idée maintenant car OC projette d'ajouter d'autres facteurs de risque à son système de classement d'ici quelques années, à mesure que les résultats d'études de longue durée paraîtront. Restez à l'écoute !

Ostéoporose Canada est le nouveau nom du seul organisme caritatif national dévoué aux Canadiens atteints d'ostéoporose et aux personnes à risque. Le changement de nom a été approuvé en juin par les membres de l'ancienne Société de l'ostéoporose du Canada lors de son assemblée générale annuelle, et par Industrie Canada en août 2005.

Cancer du sein et santé osseuse : comment gérer le risque ?

En 2000, M^{me} Tremblay, bibliothécaire âgée de 64 ans, apprenait qu'elle avait un cancer de stade I au sein gauche. La tumorectomie et la radiothérapie sont suivies d'un traitement au tamoxifène pendant trois ans. Après une hystérectomie motivée par des saignements utérins récurrents il y a deux ans, l'oncologue remplace le tamoxifène par un inhibiteur de l'aromatase (IA), le létrozole. Il a récemment confirmé la rémission du cancer. La patiente est par ailleurs en bonne santé; elle ne fume pas, boit un verre de vin au souper et prend une multivitamine au petit déjeuner. L'oncologue lui recommande d'accroître son apport en calcium à cause des éventuels effets indésirables du létrozole. M^{me} Tremblay souhaite en discuter avec vous.

M^{me} Tremblay est assez active; elle se rend à pied à la bibliothèque trois fois par semaine et fait du bénévolat au centre de jour pour personnes âgées deux fois par semaine. À partir de la cinquantaine, elle a entrepris une hormonothérapie substitutive pendant six ans pour soulager des bouffées vasomotrices. Elle n'a aucun antécédent familial de cancer et de fracture. Son père est décédé d'un infarctus aigu du myocarde à 62 ans. La patiente n'a jamais eu de fracture et dit que sa taille et son poids sont stables depuis des années. On n'a jamais évalué sa densité minérale osseuse (DMO).

Réponse de la D^{re} Suzanne Morin : Le cancer du sein est la forme de cancer la plus répandue chez les femmes nord-américaines. Comme les œstrogènes et les progestatifs sont réputés jouer un grand rôle dans l'apparition et l'évolution de ce cancer, les agents anti-œstrogéniques font partie intégrale du traitement. Il est également établi que les œstrogènes ont un effet favorable sur les os pendant toute la vie de la femme. La baisse du taux d'œstrogènes à la ménopause s'accompagne d'une réduction rapide de la DMO et d'une augmentation du risque de fracture (surtout du poignet, des vertèbres et de la hanche).

Le tamoxifène, un modulateur sélectif des récepteurs des œstrogènes (MSRE) doté de propriétés tant œstrogéniques qu'anti-œstrogéniques, est l'adjuvant habituellement prescrit dans la prévention du cancer du sein œstrogéno-sensible récurrent. Durant un essai prospectif à forte participation, cet agent s'est révélé avoir un effet protecteur sur la santé osseuse chez la femme ménopausée; le risque fracturaire a en effet tendu à diminuer davantage dans le groupe recevant cet agent plutôt qu'un placebo.

Inhibiteurs de l'aromatase

L'anastrozole, le létrozole et l'exémestane sont des IA. Chez la femme ménopausée, le blocage de la conversion enzymatique des androgènes surrénaliens en œstrogènes par ces agents entraîne une réduction de la synthèse œstrogénique pouvant atteindre 98 %.

L'anastrozole a supplanté le tamoxifène dans le traitement adjuvant initial depuis l'essai ATAC (Arimidex[®], Tamoxifen, Alone or in Combination), qui a permis de

constater sa supériorité sur le tamoxifène quant à plusieurs paramètres. Après 68 mois de traitement, le risque fracturaire était toutefois plus élevé chez les femmes qui recevaient l'anastrozole plutôt que le tamoxifène (respectivement 11 % et 7,7 %; rapport de cote de 1,49; intervalle de confiance à 95 % de 1,25 à 1,77; $p < 0,0001$). Dans un sous-groupe de patientes, la DMO avait diminué durant la prise d'anastrozole et légèrement augmenté durant celle du tamoxifène.

Le létrozole s'est révélé avoir des effets semblables sur la DMO. Durant un essai à forte participation avec répartition aléatoire (MA-17), des femmes ont reçu cet agent ou un placebo après avoir pris du tamoxifène pendant cinq ans; le létrozole a eu un effet bénéfique sur les paramètres relatifs au cancer du sein, mais un effet défavorable sur la DMO (les taux de fracture ne différaient pas significativement entre les groupes).

L'exémestane a un effet semblable à celui du létrozole sur la DMO, mais il n'existe pas de données concluantes quant à son effet sur les fractures.

Tous ces essais comportaient malheureusement un suivi trop court et manquaient de paramètres osseux rigoureux. Les effets tardifs de ces nouvelles molécules sur la santé osseuse restent mal connus.

Gestion du risque d'ostéoporose

Selon les recommandations de traitement du cancer du sein en vigueur au Canada et aux États-Unis :

- Il faut mesurer la DMO chez toute femme ménopausée présentant des facteurs de risque d'ostéoporose ou recevant des IA;
- Il faut conseiller l'activité physique et un apport suffisant en calcium (1500 mg/jour) et en vitamine D (800 UI/jour) à ce type de patiente;
- En présence d'ostéoporose ou de fracture de fragilité, il faut prescrire un bisphosphonate;
- Dans les autres cas, il faut évaluer le risque global et considérer de prescrire un bisphosphonate*;
- Le raloxifène et l'hormonothérapie substitutive sont déconseillés chez ce type de patiente. La calcitonine demeure utile surtout dans le soulagement de la douleur liée aux fractures vertébrales[†]. Il n'existe pas de données appuyant l'emploi du téraparatide dans ce contexte. ●

Note du rédacteur : *Dans ses lignes directrices, Ostéoporose Canada (OC) préconise l'emploi de l'alendronate et du risédronate en première intention, et celui de l'édidronate en deuxième intention. [†]OC recommande également de prescrire la calcitonine en deuxième intention dans le traitement de l'ostéoporose.

Références fournies sur demande à l'adresse : mackinnon@parkpub.com

La D^{re} Suzanne Morin est médecin au Centre des os, Centre universitaire de santé McGill (CUSM), et professeure agrégée, Département de médecine, à l'Université McGill.

Faut-il traiter ou non ?

Le rapport d'ostéodensitométrie : de nouvelles recommandations



Ostéoporose Canada (OC) et l'Association canadienne des radiologistes avaient invité un groupe multidisciplinaire à élaborer un nouveau guide pratique à l'intention des cliniciens. Récemment publié, ce document intitulé *Recommendations for Bone Mineral Density (BMD) Reporting in Canada*¹ vise à résoudre les deux principales difficultés liées au diagnostic de l'ostéoporose.

Le rapport d'ostéodensitométrie ne contient pas toujours tous les renseignements nécessaires à l'interprétation complète des résultats, et il est difficile de traduire les scores rapportés en risque fracturaire en vue de décider s'il faut traiter ou non. Voici ce qu'exposent ces nouvelles recommandations :

- La liste des éléments du rapport d'ostéodensitométrie chez l'adulte, dont un formulaire type, une liste de vérification et un questionnaire à l'intention du patient; ces outils pratiques favoriseront la présentation optimale des résultats.
- Une méthode de calcul du risque fracturaire absolu (RFA) sur 10 ans compte tenu de l'âge, du sexe, de la DMO et des antécédents de fracture et de corticothérapie.

Le rapport conforme à ces principes permet de classer la DMO dans une catégorie diagnostique et d'évaluer le risque de fracture ostéoporotique. On peut consulter le document original (en anglais) aux adresses suivantes : www.osteoporosis.ca et www.car.ca/about_car/publications/journal/index/local/files/health_professionals/pdfs/CARJ/June05.html.

Voici un résumé des points clés de ce document.

RFA sur 10 ans

Selon les anciennes lignes directrices d'OC, la décision d'intervenir était fondée sur un système de classement de l'OMS suivant un marqueur de risque fracturaire. L'inconvénient de ce système est que le RFA peut varier beaucoup dans une même classe à cause d'autres facteurs, comme l'âge et le sexe.

OC propose maintenant de classer le risque fracturaire suivant le RFA sur 10 ans, plutôt que la seule DMO. Par conséquent, le nouveau système de classement s'appuie sur l'âge, le sexe, la DMO, les antécédents de fracture et de corticothérapie.

Comment calculer le RFA sur 10 ans ?

1. Choisir d'abord le tableau qui correspond au sexe du sujet (tableaux 1, 2).
2. Choisir la ligne qui correspond le mieux à l'âge du sujet.
3. Classer le risque fracturaire compte tenu du plus bas score T dans les os examinés.
4. Cerner les facteurs cliniques pouvant aggraver le risque fracturaire, dont les suivants :

- Survenue de fractures de fragilité après 40 ans (surtout tassement vertébral);
- Corticothérapie par voie générale remontant à plus de trois mois.

Le risque fracturaire augmente considérablement en présence de l'un ou l'autre de ces facteurs et, le cas échéant, passe à la catégorie supérieure (de faible à modéré ou de modéré à élevé). Si les deux facteurs sont présents simul-

Tableau 1

Risque fracturaire sur 10 ans chez les femmes

Âge (ans)	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
	< 10 %	10 %–20 %	> 20 %
	←..... Cote T la plus faible→ Colonne lombaire, hanche totale, col du fémur, trochanter		
50	> -2,3	-2,3 à -3,9	< -3,9
55	> -1,9	-1,9 à -3,4	< -3,4
60	> -1,4	-1,4 à -3,0	< -3,0
65	> -1,0	-1,0 à -2,6	< -2,6
70	> -0,8	-0,8 à -2,2	< -2,2
75	> -0,7	-0,7 à -2,1	< -2,1
80	> -0,6	-0,6 à -2,0	< -2,0
85	> -0,7	-0,7 à -2,2	< -2,2

Tableau 2

Risque fracturaire sur 10 ans chez les hommes

Âge (ans)	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
	< 10 %	10 %–20 %	> 20 %
	←..... Cote T la plus faible→ Colonne lombaire, hanche totale, col du fémur, trochanter		
50	> -3,4	≤ -3,4	—
55	> -3,1	≤ -3,1	—
60	> -3,0	≤ -3,0	—
65	> -2,7	≤ -2,7	—
70	> -2,1	-2,1 à -3,9	< -3,9
75	> -1,5	-1,5 à -3,2	< -3,2
80	> -1,2	-1,2 à -3,0	< -3,0
85	> -1,3	-1,3 à -3,3	< -3,3

Figure 1

Plages de risque fracturaire chez les femmes

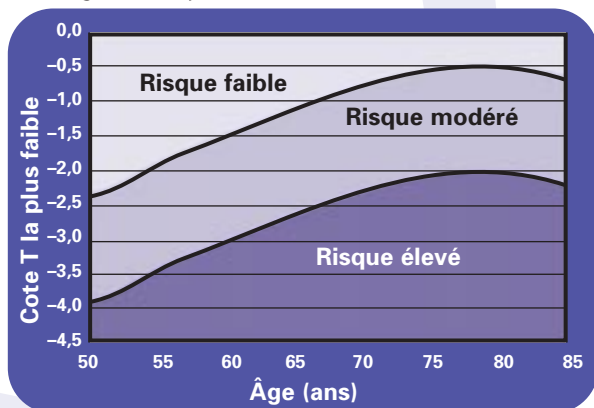
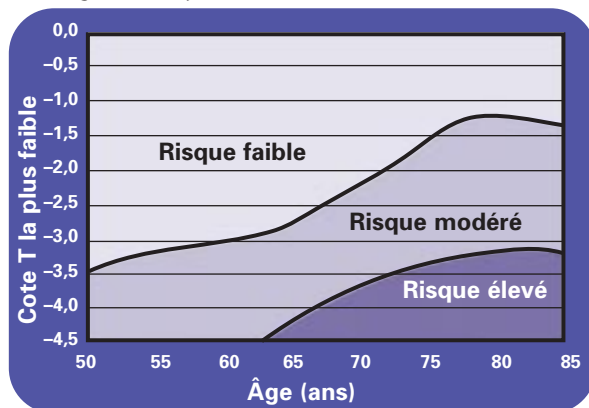


Figure 2

Plages de risque fracturaire chez les hommes



tanément, le risque doit être considéré élevé, peu importe la DMO.

Tous les facteurs cliniques de risque fracturaire ne céderont pas à la pharmacothérapie. Chez le sujet indemne d'ostéoporose mais très exposé au risque de chute, un programme de prévention des chutes serait ainsi préférable à la pharmacothérapie.

5. Enfin, établir le classement du RFA.

Les figures 1 et 2 illustrent les trois catégories de RFA chez la femme et l'homme : faible (moins de 10 %), modéré (de 10 à 20 %) et élevé (plus de 20 %). Le risque cardiovasculaire est classé de manière semblable.

Renseignements exigés dans le rapport

Le rapport d'ostéodensitométrie complet doit contenir l'information suivante :

- Identificateurs du sujet;
- Identificateur des clichés de DEXA;
- DMO exprimée en valeurs absolues (g/cm^2 ; à trois décimales) et cote T (une décimale) dans les os suivants :
 - vertèbres lombaires;
 - partie supérieure du fémur (hanche totale, col du fémur et trochanter);
 - autre os (de préférence, avant-bras : un tiers du radius; 33 % du radius ou partie supérieure du radius) si les mesures de la hanche ou des vertèbres ne sont pas valides;
- Énoncé des limites de l'examen dues aux éventuels artéfacts;
- Catégorie de risque fracturaire (faible, modéré ou élevé) établie à partir des tableaux 1 et 2 et des principaux facteurs cliniques modifiant la probabilité de RFA (et mention du RFA sur 10 ans : < 10 %, de 10 % à 20 % ou > 20 %);
- En cas de mesures sériées, il faut préciser si la variation est statistiquement significative ou non. La variation la

moins significative pour chaque os (en g/cm^2) doit être mentionnée.

Interprétation des résultats

L'évaluation du RFA vise à aider le médecin demandeur à décider si le risque justifie le traitement du sujet non traité. Le risque fracturaire calculé à l'aide de ce système porte sur une période restreinte de 10 ans. Il évoluera avec le vieillissement ou l'apparition de nouveaux facteurs de risque cliniques. On peut répéter l'évaluation après une période de cinq à 10 ans en cas de risque faible, et après un à cinq ans en cas de risque modéré.

Ce document complète les normes élaborées par le comité canadien de l'*International Society for Clinical Densitometry* (ISCD), qui établissent les exigences minimales quant à l'ostéodensitométrie au Canada.^{2,3}

Les organismes suivants entérinent ces recommandations :

Association canadienne de médecine nucléaire

Association canadienne de rhumatologie

Association canadienne des radiologistes

Association canadienne d'orthopédie

Collège des médecins de famille du Canada

Comité canadien, ISCD

Société canadienne d'endocrinologie et métabolisme

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ●

Références

1. Siminoski K, Leslie WD, Frame H et al. Recommendations for bone mineral density reporting in Canada. *Can Assoc Radiol J* 2005;56:178-88.
2. Khan AA, Brown J, Faulkner K et al. Standards and guidelines for performing central dual x-ray densitometry from the Canadian Panel of International Society for Clinical Densitometry. *J Clin Densitom* 2002;5:247-57.
3. Khan AA, Bachrach L, Brown JP et al. Standards and guidelines for performing central dual x-ray densitometry in premenopausal women, men, and children from the Canadian Panel of the International Society of Clinical Densitometry. *J Clin Densitom* 2004;7:51-63.

q.

La carence en vitamine D est-elle répandue ? Quelles en sont les répercussions sur la santé osseuse ? Comment en réduire la fréquence ?

Réponse du D^r David Hanley : La vitamine D est nécessaire à l'absorption normale du calcium, à la minéralisation osseuse et au fonctionnement des muscles. Des données indiquent que la carence en vitamine D entraîne l'augmentation du risque de cancer (sein, prostate, côlon) et de troubles immunitaires comme la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques et le diabète de type 1. Une carence grave cause le rachitisme chez l'enfant et l'ostéomalacie chez l'adulte. Une carence moins profonde (souvent appelée déficit) entraîne l'affaiblissement des os et des muscles, donc un plus grand risque de chute et de fracture. Dans certains groupes, la prise d'un supplément de vitamine D a réduit la fréquence de chute et même de fracture de la hanche.

La synthèse de la vitamine D dépend surtout de l'exposition de la peau au rayonnement ultraviolet (UV) et peu de l'alimentation. La vie sous des latitudes nordiques (absence d'exposition hivernale) et la moins grande réactivité aux rayons UV due au vieillissement nuisent à la synthèse de cette vitamine.

Le déficit en vitamine D est très fréquent au Canada. L'apport alimentaire en vitamine D est évalué par dosage sérique du 25-hydroxycholecalciférol (25[OH]D). Bien que le taux minimal acceptable de 25[OH]D ne soit pas clairement défini, des données récentes indiquent que, durant au moins une saison sur quatre, ce taux était inférieur à la limite la plus prudente définissant le déficit (40 nmol/L) dans environ le tiers des échantillons prélevés au hasard dans la population de Calgary. Selon des données récentes, un taux sous la plage de 65 à 80 nmol/L entraîne l'élévation du taux de parathormone, l'accélération du remodelage osseux et la réduction de l'absorption du calcium alimentaire, tous facteurs qui aggravent la perte osseuse après 50 ans.

On vend maintenant des trousse de dosage qui permettent de dépister la carence franche exposant à un risque élevé d'ostéomalacie ou de rachitisme (< 20–25 nmol/L). Même l'expert le plus prudent fixerait maintenant le seuil normal à 50 nmol/L. Si votre patient ne répond pas à un traitement en général efficace contre l'ostéoporose ou que vous soupçonnez un syndrome de malabsorption, ordonnez le dosage de la 25[OH]D.

Le D^r David Hanley est professeur de médecine, Division d'endocrinologie et de métabolisme, Université de Calgary (Alberta).

Le D^r Brian Lentle est radiologiste au *Children's and Women's Health Centre of British Columbia*, président sortant de la *Radiological Society of North America*, et professeur émérite de radiologie à l'Université de la Colombie-Britannique.

Selon les recommandations d'OC, l'apport supplémentaire en vitamine D devrait être de 400 UI/jour chez tout adulte et de 800 UI/jour après l'âge de 50 ans. Cette dose diffère radicalement de la dose recommandée par Santé Canada et par l'*Institute of Medicine* (É.-U.), de 200, 400 et 600 UI/jour respectivement chez l'adulte ayant moins de 50 ans, plus de 50 ans et plus de 70 ans. Même si Santé Canada considère un apport de 2 000 UI/jour comme la limite maximale sûre (recommandation non corroborée), des données récentes permettent de croire que la dose toxique s'élèverait plutôt à 40 000 UI/jour. Les recommandations officielles en matière d'apport en vitamine D sont actuellement réévaluées, et nous prévoyons qu'elles le seront à la hausse. Je conseille à tous mes patients atteints d'ostéoporose de prendre de 800 à 1 000 UI/jour.

q.

Devrais-je ordonner le dépistage des fractures vertébrales en même temps que la radiographie pulmonaire courante chez mes patients âgés ?

Réponse du D^r Brian Lentle : Votre question est tout à fait pertinente. On s'intéresse actuellement beaucoup à l'amélioration du dépistage des fractures vertébrales sur les clichés qui se trouvent à montrer le rachis, p. ex., les radiogrammes pulmonaires de profil.

Il est primordial de détecter ces fractures parce qu'elles entraînent non seulement une hausse immédiate du risque de fracture vertébrale ultérieure, mais également du risque de fracture de la hanche. (Hasseri R et al. *Osteoporos Int* 2003; 14:61–8; Lindsay R et al. *JAMA* 2001; 285:320–3; Lindsay R et al. *Osteoporos Int* 2005;16:78–85). Qui plus est, les fractures vertébrales entraînent l'augmentation de la morbidité et de la mortalité en l'absence de prévention secondaire. Il est établi que quelque 60 % ou plus des fractures vertébrales ne causent aucun symptôme immédiat qui motiverait un examen radiologique, d'où l'importance de reconnaître ces fractures, même accidentellement. L'effet cumulé des fractures, même asymptomatiques, comprend notamment la cyphose, les troubles fonctionnels respiratoires et la détérioration de l'image de soi.

Malgré la corrélation entre les fractures et le diagnostic d'ostéoporose compte tenu de la DMO, cette relation n'est pas invariable. Il est de plus en plus évident que les fractures atraumatiques sont liées non seulement à une faible DMO, mais également à l'altération de l'architecture osseuse. Parfois, la mauvaise qualité du tissu osseux est une cause de fracture, même quand la DMO est normale. Ces patients peuvent être atteints d'ostéoporose; le choix du traitement doit donc tenir compte de leurs antécédents de fracture et de leur DMO.

Sachez toutefois que, d'après plusieurs rapports d'essais menés au Canada et aux États-Unis, les radiologistes tendent à négliger ces fractures et que les autres cliniciens ne tiennent pas compte de leurs répercussions (Gehlbach SH et al. *Osteoporos Int* 2000;11:577-82). Votre question rejoint plusieurs initiatives internationales visant à améliorer la détection, la déclaration et le traitement des fractures vertébrales. Comme le radiologiste examine plutôt les poumons ou le cœur sur le cliché thoracique et comme on ne discerne pas toujours bien la colonne vertébrale du sujet âgé aux os frêles, vous feriez peut-être mieux d'examiner vous-même le cliché (directement ou à l'ordinateur) ainsi que d'appeler ou de rencontrer le radiologiste.

Si les clichés sont évocateurs d'une fracture possible et que vous décidez d'ordonner la radiographie des vertèbres, la réalisation d'images de profil de T4 à L4 devrait suffire selon la plupart des radiologistes, surtout en vue du suivi. Le fardeau ainsi imposé au système de santé par la réalisation de clichés supplémentaires sera moins lourd.

Soulignons que certains appareils d'ostéodensitométrie à faible dose de rayonnement permettent maintenant de réaliser des plans sagittaux de la colonne vertébrale (de T4 à L4) sur lesquels on peut souvent diagnostiquer les fractures plus graves. L'évolution de cette technique vous intéressera sûrement. ●

perspective

Alexandra Papaioannou, M.D., reçoit le prix *Lindy Fraser Memorial* (2005)

Ostéoporose Canada (OC) est fière d'octroyer à la D^{re} Alexandra Papaioannou le prix *Lindy Fraser Memorial* cette année pour souligner sa précieuse contribution à la recherche et à l'éducation dans le domaine de l'ostéoporose. Ancienne présidente d'OC et présidente des comités des lignes directrices et de la recherche, D^{re} Papaioannou a fait preuve d'un leadership exceptionnel. Sa générosité et son esprit d'équipe ont inspiré de nombreux collègues et étudiants. Par sa collaboration avec le ministère de la Santé ontarien, elle a largement contribué à l'élaboration de la Stratégie ontarienne de lutte contre l'ostéoporose, donc à l'octroi de fonds pour l'éducation, la prévention, le dépistage et le traitement.

Outre ses activités cliniques, D^{re} Papaioannou poursuit des recherches en gériatrie et dans le domaine de l'ostéoporose, et a publié plusieurs rapports d'étude sur la prévention des chutes, les lacunes du traitement de l'ostéoporose au Canada, la qualité de vie et la pharmacothérapie chez la personne âgée.

Professeure agrégée de médecine et directrice médicale intérimaire au département de médecine gériatrique de la faculté de sciences de la santé de l'Université McMaster, D^{re} Papaioannou est membre associée du

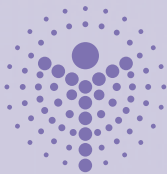


centre d'évaluation des médicaments, *St. Joseph's Health Care*, et codirectrice du *R. Samuel McLaughlin Centre for Research and Education in Aging and Health*.

Le prix *Lindy Fraser Memorial* a été créé en 1994 en hommage à la fondatrice du premier groupe d'entraide pour personnes atteintes d'ostéoporose au monde. Indépendante d'esprit et déterminée, Lindy Fraser a été une source d'inspiration dans le milieu de l'ostéoporose, et son modèle d'entraide

a fait des émules dans tout le pays. En 1982, elle a été le principal promoteur de la fondation d'OC.

Tous ensemble, nous félicitons D^{re} Papaioannou. ●



Ostéoporose Canada

Osteoporosis Canada

IOF Congrès mondial de l'ostéoporose Toronto, 2–6 juin 2006

Organisé par la Fondation Internationale
contre l'Ostéoporose en coopération
avec Ostéoporose Canada



Soumission des
résumés en ligne sur
www.osteofound.org
Date limite:
6 décembre 2005

Participez au principal congrès international de l'ostéoporose

Un large programme dédié aux chercheurs scientifiques, aux praticiens et autres professionnels de la santé inclura onze conférences plénières, les présentations orales des résumés, 72 sessions "Rencontrez les experts", des sessions de posters ainsi que des colloques organisés par nos partenaires industriels. Des sessions spéciales pour la "Allied Health Professionals and Space Agencies Day-Bone Space Medicine" compléteront le programme.

Bénéficiez du coût réduit de pré inscription jusqu'au
21 novembre 2005.

IOF Congress Secretariat
73, cours Albert Thomas
69447 Lyon cedex 03
France
Tél. +33 4 72 91 41 77
Fax +33 4 72 36 90 52
info@osteofound.org
www.osteofound.org



Ostéoporose Canada
Osteoporosis Canada



International Osteoporosis Foundation

SYMPOSIUM SUR L'OSTÉOPOROSE

Le samedi 19 novembre 2005

de 9 h à 16 h

Institut Michener
Toronto (Ontario)

« Osteoporosis 2005: Where We Stand »

Exposé fondé sur des cas à l'intention des médecins de famille, des radiologistes, des techniciens radiologistes et des professionnels de la santé visés

Examen des traitements médicamenteux
Facteurs de risque et fractures de fragilité
Recommandations en matière de rapport
d'ostéodensitométrie
Justification des interventions actuelles
Autres outils de dépistage
Ressources d'Ostéoporose Canada

Inscription :

(416) 596-3117 ou 1-800-387-9066 (sans frais)
www.michener.ca/ce

NOUVEAU! FINANCEMENT DE LA RECHERCHE

Les chercheurs canadiens sont des chefs de file reconnus en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge de l'ostéoporose. Il est donc primordial d'attirer et de former de nouveaux chercheurs afin de tirer profit de cette base solide.

Ostéoporose Canada est fière de lancer son propre programme de financement des initiatives de recherche sur l'ostéoporose et les maladies du métabolisme osseux.

Ce programme est soutenu par des partenariats avec des organismes reconnus de financement de la recherche, financement sujet à un processus d'examen par les pairs :
Instituts de recherche en santé du Canada
Les Producteurs laitiers du Canada
Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite

Pour vous renseigner sur nos programmes, rendez-vous sur notre site Web : www.osteoporosis.ca. Cliquez sur l'onglet « For Health Professionals », puis sur « Research » et, enfin, sur « Supporting Osteoporosis Research » (en anglais seulement).