

le point sur



La Société
de l'Ostéoporose
du Canada

Osteoporosis
Society
of Canada

l'ostéoporose

un guide pratique pour les médecins canadiens

été 2003, vol. 7 n° 3

article vedette

De la fracture à l'ostéoporose

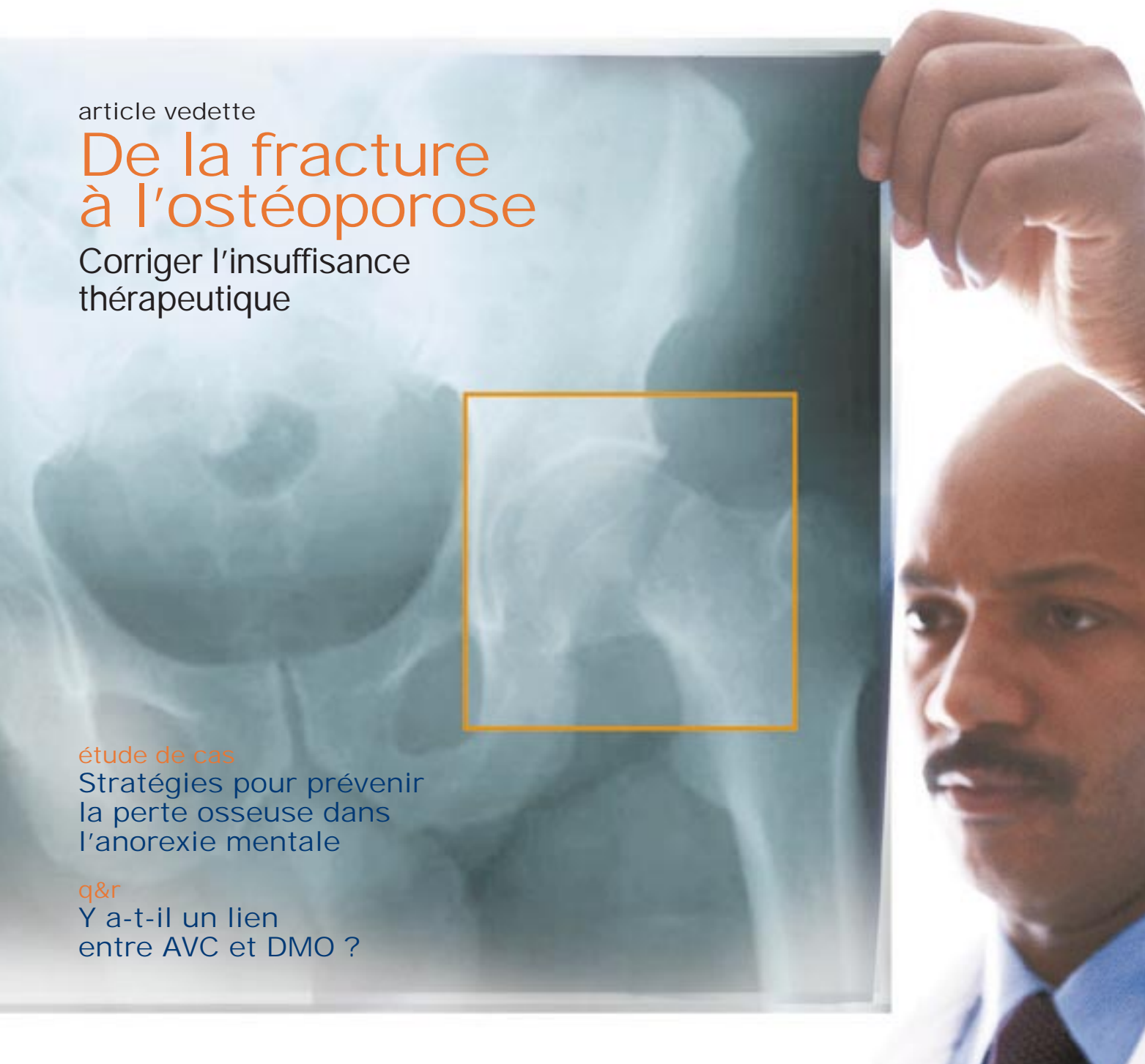
Corriger l'insuffisance
thérapeutique

étude de cas

Stratégies pour prévenir
la perte osseuse dans
l'anorexie mentale

q&r

Y a-t-il un lien
entre AVC et DMO ?



Le point sur l'ostéoporose est publié quatre fois par an par la Société de l'Ostéoporose du Canada
33 Laird Drive
Toronto (Ontario) M4G 3S9
Tél. : (416) 696-2663
Télec. : (416) 696-2673
Sans frais : 1 800 977-1778

Joyce Gordon
Directrice exécutive
courriel : jgordon@osteoporosis.ca

Kelly Mills
Directrice, communications

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

Elsie Wagner
Directrice de la rédaction

Mairi Mackinnon
Rédactrice adjointe
Tél. : (514) 397-8833
Télec. : (514) 397-0228
courriel : mackinnon@parkpub.com

Pierre Marc Pelletier
Directeur artistique

Sylvain Leblanc
Graphiste

Le contenu de cette publication ne peut être reproduit sans l'autorisation de la Société de l'Ostéoporose du Canada. Cette publication reflète les opinions et l'expérience des auteurs, et non pas obligatoirement celles de la Société de l'Ostéoporose du 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
Procter & Gamble et Aventis Pharma

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

ISSN 1480-3119

COMITÉ CONSULTATIF

Georges I. Bahsali, M.D., FRCPC
Faculté de médecine
Université de Sherbrooke

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

Anthony B. Hodsmen, MB, BS, FRCPC
Faculté de médecine
Université du Western Ontario

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

Wojciech P. Olszynski, M.D., Ph.D., FRCPC
Faculté de médecine
Université de la Saskatchewan

Kerry Siminoski, M.D., FRCPC
Département de médecine et de radiologie
Université de l'Alberta

commentaire éditorial

Comblent nos lacunes entre la fracture et le diagnostic

L'aptitude des médecins de première ligne à absorber de nouvelles connaissances et à les utiliser dans l'ensemble de leur pratique clinique m'impressionne toujours. Ils doivent suivre l'évolution d'une multitude de champs thérapeutiques et déterminer quelles lignes directrices sont pertinentes à leur pratique. Malgré ces défis, les médecins canadiens réussissent mieux que les autres à incorporer les nouveaux concepts thérapeutiques du traitement de l'ostéoporose. D'ailleurs, le Canada a l'un des meilleurs taux de diagnostic de l'ostéoporose par l'absorptiométrie biénergétique à rayons X (DXA). Mieux encore, le Canada est l'un des rares pays où les patients diagnostiqués profitent de thérapies fondées sur des données probantes (telles que décrites dans les récentes lignes directrices de la Société de l'Ostéoporose du Canada).

Il ne faut pas nous asseoir sur nos lauriers pour autant. Comme le mentionnent les articles du présent numéro du *Point sur l'ostéoporose*, il nous arrive encore trop souvent de ne pas identifier les gens ayant subi une fracture comme étant à risque d'ostéoporose. C'est une lacune de nos soins cliniques. La majorité des gens qui ont des fractures de fragilisation présentent une masse osseuse réduite et devraient recevoir un traitement contre l'ostéoporose. De fait, les agents antirésorptifs semblent être plus efficaces dans cette population.

Idéalement, il faudrait établir, dans chaque clinique de fracture et unité d'orthopédie, un système de diagnostic de l'ostéoporose. Cependant, il est peu probable qu'un tel système soit instauré à grande échelle, à moins que les hôpitaux, autorités sanitaires et gouvernements n'y allouent

des ressources additionnelles. La plupart des chirurgiens orthopédistes à qui j'ai parlé sont tout à fait conscients de l'importance de cette maladie et orienteraient volontiers tous leurs patients vers une clinique d'ostéoporose, mais ils ne veulent pas assumer la prise en charge et les traitements. Je crois qu'il s'agit là d'une position raisonnable et que la responsabilité de ces patients ne leur incombe pas. Si les chirurgiens orthopédistes se mettent à prescrire des ostéodensitométries ou des tests biochimiques, ils seront tenus éthiquement et légalement de faire un suivi des résultats et de

lancer un traitement approprié. La connexion directe entre clinique de fracture et soins de l'ostéoporose ne verra donc le jour que lorsqu'on s'assurera que chaque clinique orthopédique est reliée à un centre de l'ostéoporose où les médecins prendront la relève. Pour des raisons de main-d'oeuvre et de gros sous, cette collaboration est peu susceptible de se produire en dehors de quelques rares grands établissements.

Je crois cependant que, pour corriger cette lacune dans nos soins, nous devons insister auprès des médecins de première ligne sur l'importance des antécédents de fracture. Ils doivent considérer leurs patients victimes de fractures de fragilisation comme des cas présumés d'ostéoporose et les traiter en conséquence. Les médecins canadiens sont déjà rompus aux soins de l'ostéoporose, mais ils peuvent faire encore mieux en reconnaissant l'importance des antécédents de fracture.



Kerry Siminoski, M.D., FRCPC, est professeur agrégé aux départements de radiologie et de médecine de l'Université de l'Alberta, à Edmonton.

Comment prévenir l'ostéoporose chez une jeune femme qui souffre d'anorexie mentale ?



« **M**a patiente est une jeune femme dans la vingtaine atteinte d'anorexie mentale depuis plusieurs années. Elle souffre d'aménorrhée, et des tests ont révélé que sa DMO est basse, au stade de l'ostéopénie. Jusqu'à quel point les facteurs autres que la carence en oestrogènes (c.-à-d. faible poids et indice de masse corporelle peu élevé) déterminent-ils l'ampleur de la perte osseuse chez les patientes atteintes de ce trouble ? Quel est le meilleur traitement pour prévenir une perte osseuse additionnelle et l'apparition d'ostéoporose chez ma patiente, qui reçoit présentement des soins de psychiatrie ? » — un omnipraticien de Drummondville, QC

Réponse de la D^{re} Hawker : En général, l'anorexie mentale (AM) touche les femmes pendant l'adolescence — une période de croissance osseuse rapide. Les adolescentes triplent leur masse osseuse pendant cette période, le pic (la « réserve osseuse » pour la vie) étant atteint dans les trois années après les premières menstruations. Tout ce qui affecte le développement des os pendant cette période critique de croissance peut avoir d'énormes conséquences sur l'atteinte d'un pic optimal de masse osseuse.

L'AM est associée à la malnutrition, à un faible poids corporel, à une carence en hormones sexuelles, à l'hypercortisolisme et à des modifications des hormones dépendantes de l'alimentation, comme la leptine et l'IGF-1 — des facteurs pouvant tous avoir un effet marqué sur le pic de masse osseuse. Les études menées auprès de jeunes femmes souffrant d'AM grave ont toujours démontré un déficit de la densité minérale osseuse (DMO). Les facteurs prédictifs d'une faible DMO dans l'AM incluent invariablement un ensemble de mesures de la durée et de la gravité de la maladie, telles que la durée de l'aménorrhée,

le poids corporel faible ou l'indice de masse corporel bas, la diminution des taux d'oestrogènes, l'apport calcique ou calorique insuffisant, l'intensité de l'exercice et le jeune âge à l'apparition de la maladie. La guérison, définie comme le rétablissement d'un poids corporel normal et des menstruations, semble être associée au regain partiel ou complet de la DMO. La hausse pondérale semble être le facteur clé de l'amélioration de la DMO ; la correction du déficit hormonal ne réussit pas à elle seule à rétablir une DMO normale. Plus particulièrement, le recours aux contraceptifs oraux pour augmenter les taux d'oestrogènes et ramener les menstruations chez les jeunes femmes atteintes d'AM n'a pas donné de résultats positifs sur la DMO en l'absence du retour à un poids corporel normal.

Il est difficile d'interpréter ces observations puisque la plupart des jeunes femmes atteintes d'AM souffrent à la fois d'une perte de poids et d'aménorrhée. Virtuellement toutes les études menées sur la DMO dans l'AM ont trouvé des corrélations positives significatives entre la mesure de la masse corporelle (p. ex. poids corporel, masse maigre et adipeuse, indice de masse corporelle) et la DMO, mais la plupart n'ont pas réussi à tenir compte des différences systématiques qu'on observe entre la masse corporelle de sujets atteints d'AM et celle de sujets sains appariés selon l'âge. C'est pourquoi l'évaluation de l'impact individuel du déficit en oestrogènes, de la diminution de la masse

corporelle, de l'exercice et d'autres facteurs demeure imprécise. En outre, la plupart des études ont été menées auprès de jeunes femmes gravement malades et hospitalisées, ou recevant des soins, dans des unités de soins tertiaires pour les troubles de l'alimentation. Leurs conclusions pourraient ne pas s'appliquer à des cas moins graves.

Selon les données actuelles, afin de prévenir toute perte osseuse additionnelle liée à l'AM, on devrait d'abord et avant tout soutenir les efforts du psychiatre qui encourage la patiente à prendre du poids. Concurrentement, il est essentiel de s'assurer d'un riche apport alimentaire en calcium et en vitamine D. À ce jour, rien ne supporte l'utilisation d'agents pharmacologiques agissant sur l'os dans la prise en charge d'une diminution de la DMO liée à l'AM. Même s'il n'existe aucune donnée probante à cet égard, certains spécialistes voudront envisager un traitement par les bisphosphonates, à cause de leur efficacité dans d'autres types d'ostéoporose, si la densité osseuse est très basse et/ou en présence de fractures de fragilisation. Cela dit, une contraception efficace sera alors de mise puisque l'on n'a pu démontrer l'innocuité des bisphosphonates dans la grossesse. Parce que la restriction de l'exercice physique est une composante intégrante du traitement psychiatrique de l'AM, il ne serait pas approprié de recommander des exercices avec impact (saut, saut à la corde, course, sports, etc.). Et le rôle de l'exercice contre résistance (p. ex. musculation) n'est pas connu ; la question est présentement à l'étude. Finalement, comme mentionné précédemment, l'administration d'un contraceptif oral n'est pas recommandée chez cette patiente. 🌸

Les références seront fournies sur demande.

La D^{re} Gillian Hawker est directrice du programme de recherche en épidémiologie clinique et soins de santé à l'Université de Toronto ainsi que du programme de recherche sur l'ostéoporose au Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre.

Le point sur les fractures

Un suivi plus étroit est de rigueur pour diagnostiquer l'ostéoporose et améliorer l'issue pour les patients



Les fractures de fragilisation peuvent être dévastatrices, surtout chez les femmes de plus de 40 ans et les hommes de plus de 50 ans. Elles entraînent souvent une déformation, une douleur chronique et une perte de mobilité et d'indépendance exigeant parfois l'admission dans une maison de santé ou un établissement de soins prolongés. Leur impact réel sur la qualité de vie est mal défini. Le taux de mortalité un an après une fracture de la hanche est relativement élevé chez les personnes âgées (plus de 70 ans) ; le risque d'une nouvelle fracture vertébrale ou de la hanche grave et invalidante augmente dans tous les groupes d'âge.

Malgré les statistiques sur les coûts individuels et médicaux des fractures (voir le tableau 1), les médecins de première ligne ratent souvent l'occasion de diagnostiquer l'ostéoporose, de lancer un traitement et d'éduquer leurs patients. On devrait accorder plus d'attention à la prévention primaire et, dans les cas où une fracture de fragilisation est déjà survenue, à un meilleur suivi de la cause sous-jacente.

DE LA FRACTURE AU TRAITEMENT : UNE LACUNE BÉANTE

Même si les fractures offrent un avertissement, plusieurs études notent que l'évaluation et le traitement de l'ostéoporose demeurent inadéquats, notamment à cause des attitudes et des perceptions du patient et du médecin, et de l'absence d'une approche multidisciplinaire mieux intégrée incluant plusieurs professionnels de la santé (spécialistes, omnipraticiens, pharmaciens, etc.).

Sensibiliser le patient

Dans une étude basée sur le modèle des étapes du changement auprès de femmes ménopausées ayant subi une fracture de la hanche, 62 % des femmes ignoraient que l'ostéoporose pouvait avoir causé leur fracture ou n'avaient jamais envisagé un traitement pharmacologique. Le déni est un autre facteur important : le patient préfère souvent croire que sa fracture résulte d'un « incident » ponctuel plutôt que de faire face au diagnostic d'ostéoporose et aux soins qui en découlent.

Les barrières des médecins

Dans une étude de l'Université Queen's sur des patients ayant subi une fracture de fragilisation, moins de 20 % des sujets avaient été évalués et traités adéquatement pour l'ostéoporose au moment d'un suivi après un an. Et une étude menée à l'Université McMaster auprès de 527 patients ayant eu une fracture de la hanche a révélé qu'aucun d'eux n'avait reçu de traitement pour l'ostéoporose. En l'espace d'un an, 10 % des sujets avaient subi un autre type de fracture et 5 %, une deuxième fracture de la hanche. À un an de suivi, le taux de mortalité était de 25 %.

De toute évidence, on doit améliorer la prise en charge de ces patients afin de diminuer l'incidence de l'ostéoporose et des décès connexes. Un changement d'attitude chez les médecins et une meilleure communication entre les omnipraticiens et les chirurgiens orthopédistes font partie des solutions. Les cliniques de fracture constituent un environnement idéal pour dépister et traiter l'ostéoporose (voir l'encadré, page 8). Selon un sondage publié en 2002, on s'accorde pour dire qu'après une fracture, les omnipraticiens devraient assurer l'évaluation du patient pour l'ostéoporose. Mais ces derniers sont préoccupés par les coûts et les effets indésirables de la médication — bien que les traitements préventifs soient considérés comme étant sans danger et efficaces. Les pharmaciens ont aussi un rôle important à jouer, à la fois en reconnaissant l'ostéoporose et ses facteurs de risque et en éduquant les patients et les médecins quant aux options pharmacologiques et non pharmacologiques.

Des problèmes typiquement masculins

Les gens croient encore que l'ostéoporose ne s'attaque qu'aux femmes ménopausées et âgées. Une étude menée auprès de personnes âgées a montré qu'environ la moitié des hommes ne savent pas qu'ils peuvent souffrir d'ostéoporose. Selon un autre sondage, les omnipraticiens ont plus tendance à prescrire un traitement pour l'ostéoporose aux femmes ayant subi une fracture qu'aux hommes dans la même condition. Les statistiques montrent de manière flagrante que l'on néglige de diagnostiquer et de traiter l'ostéoporose chez les hommes, malgré des fractures récurrentes. (voir le tableau 2, page 8) Les suppléments de calcium et de vitamine D sont prescrits aux patients des deux sexes, mais les hommes font moins souvent l'objet d'un traitement antirésorptif et d'un suivi à long terme par les mesures de la DMO. Cette situation est préoccupante puisque l'incidence des fractures est relativement élevée chez les hommes et qu'elles ont des conséquences plus graves que chez les femmes. La fracture de la hanche est d'ailleurs associée à un taux de mortalité deux fois plus élevé chez l'homme que chez la femme.

LA PRISE EN CHARGE APRÈS UNE FRACTURE

Les fractures sont une complication, plutôt qu'une conséquence inévitable, de l'ostéoporose. Dans ses *Lignes directrices de pratique clinique 2002*, la SOC indique les quatre principaux facteurs de risque de fracture :

- l'âge
- une DMO faible
- une fracture de fragilisation antérieure (après 40 ans)
- des antécédents familiaux de fracture ostéoporotique (surtout fracture de la hanche chez la mère)

D'autres facteurs peuvent servir à déterminer quel patient doit être évalué et traité pour l'ostéoporose : thérapie prolongée aux glucocorticoïdes (plus de trois mois), hyperparathyroïdie primaire, syndrome de malabsorption, ostéopénie, hypogonadisme, ménopause précoce (avant 45 ans), tendance aux chutes, arthrite rhumatoïde, antécédents d'hyperparathyroïdisme, traitement continu aux anticonvulsivants ou à l'héparine, faible apport en calcium, consommation excessive d'alcool ou de caféine, tabagisme, poids corporel faible ou perte pondérale de plus de 10 % à l'âge de 25 ans. Après une première fracture, les médecins devraient recommander une ostéodensitométrie, discuter des options pharmacologiques avec leurs patients et prendre les mesures nécessaires pour réduire le risque de nouvelles fractures (qui augmente drastiquement après une première fracture).

Outre les traitements pharmacologiques, il existe des programmes d'exercices visant l'amélioration de la coordination et l'augmentation de la force musculaire pour prévenir les chutes évitables. Faire de l'exercice en groupe présente certains avantages — l'entraide, l'interaction sociale et la présence d'un instructeur stimulent la participation — alors que la motivation tend à s'étioler quand le

tableau 1 Les statistiques surprenantes concernant les fractures de fragilisation


Coûts en soins de santé au Canada	<ul style="list-style-type: none">• 1,3 milliard de \$ annuellement (1993)• On estime que l'incidence des fractures de la hanche quadruplera d'ici 2035
Risque de décès dans l'année suivant une fracture de la hanche	<ul style="list-style-type: none">• Femmes : 17 % ; hommes : 32 %
Conséquences d'une fracture pour les patients	<ul style="list-style-type: none">• 50 % perdent leur autonomie• 33 % ne recouvrent jamais leur état de santé initial• 24 % demeurent hospitalisés plus d'un an après une fracture de la hanche• > 33 % requièrent plus de six mois de réadaptation avant de retourner à la maison• La qualité de la santé est significativement réduite à la suite d'une fracture de la hanche ou du bassin
Parmi les patients avec fracture de fragilisation traités dans les cliniques de fracture en Ontario	<ul style="list-style-type: none">• < 20 % ont reçu un diagnostic d'ostéoporose, et 80 % de ceux-ci ont été traités• < 20 % des patients non diagnostiqués ont été avisés de prendre des suppléments de calcium et de vitamine D
Effet du traitement de l'ostéoporose chez les patients à risque élevé	<ul style="list-style-type: none">• Réduction de 50 % du nombre de fractures graves de la hanche• Réduction de 70 % à 90 % du risque de fracture plurifocale de la colonne et de déviation grave de la colonne

patient s'entraîne seul à la maison. Il peut aussi s'avérer nécessaire de modifier certaines habitudes de vie ou les pièces d'habitation pour prévenir les chutes.

SUIVI ET COMMUNICATION

Il revient aux cliniciens de donner suite aux dossiers de fracture pour diagnostiquer et traiter l'ostéoporose chez les hommes comme chez les femmes. Dans ce sens, des projets ont vu le jour pour améliorer la communication avec les chirurgiens orthopédistes responsables du traitement des fractures (voir l'encadré, ci-contre).

Une bonne prise en charge repose sur une meilleure éducation des patients et des médecins et sur l'évolution de leurs attitudes. Un sondage auprès de personnes âgées a montré que les médecins arrivent au *cinquième* rang parmi les sources d'information sur l'ostéoporose (après les médias, les amis, etc.). Il importe que les omnipraticiens renseignent leurs patients ayant subi une fracture sur l'ostéoporose et sur les options thérapeutiques.

En complément des interventions médicales, on devrait s'employer à réduire les chutes par des modifications du mode de vie et des programmes d'exercices en groupe ou à la maison. Les objectifs globaux devraient consister à établir une approche plus intégrée de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge des chutes, des fractures et de l'ostéoporose, à l'hôpital comme dans les lieux publics, ainsi qu'à améliorer les ressources en ce qui à trait aux services et à la sécurité (p. ex. la prévention des chutes) à domicile. Le but ultime du suivi d'une fracture est de réduire l'incidence de nouvelles fractures et d'améliorer la qualité de vie des patients. 

Les références seront fournies sur demande.

En association avec les chirurgiens orthopédistes : Le projet « Lucky Break »

Il peut sembler évident que toute personne âgée de plus de 50 ans ayant subi une fracture de fragilisation devrait discuter avec son médecin de famille de ses risques d'ostéoporose.

Mais ce n'est pas le cas, du moins en Ontario, selon le Dr Earl Bogoch. Chirurgien orthopédiste et membre du Comité consultatif scientifique de la Société de l'Ostéoporose du Canada (SOC), il dirige un programme de sensibilisation parrainé par l'Ontario Orthopaedic Association (OOA) dans les cliniques de fractures. Souvent, les patients âgés qui ont subi une fracture ne savent pas qu'ils peuvent souffrir d'ostéoporose. « Ces gens sont les plus à risque de fracture vertébrale ou de la hanche grave et invalidante. Ils devraient être évalués et recevoir un traitement contre l'ostéoporose », affirme le Dr Bogoch.

La SOC et l'OOA se sont récemment alliées afin de remédier à la situation. « Trois cents chirurgiens orthopédistes voient tous les cas de fracture dans les 72 cliniques de fractures ontariennes, lesquelles représentent donc un lieu de choix pour repérer les patients atteints d'ostéoporose et les traiter », dit le Dr Bogoch.

Le projet « Lucky Break » vise à sensibiliser les patients, les infirmières en clinique de fractures et les médecins à la réalité de l'ostéoporose. En encourageant l'investigation et le traitement adéquats de la maladie, on espère prévenir de nouvelles fractures. L'OOA donne de l'information à ses membres et assure le lien avec les cliniques de fractures de l'Ontario, la Société canadienne des technologistes en orthopédie et la division de médecine familiale de l'Ontario Medical Association. On peut se renseigner sur le site Web de la SOC (www.osteoporosis.ca) ou par sa ligne sans frais (1 800 977-1778).

tableau 2 Comparaison de l'évaluation et du traitement de l'ostéoporose chez l'homme et chez la femme

	Hommes	Femmes
Répartition des fractures de la hanche et de la colonne (approx.)	1/3 fractures de la hanche ; 1/3-1/2 fractures de la colonne	2/3 de toutes les fractures
Mortalité à 12 mois associée à la fracture de la hanche	32 %	17 %
Traitement de l'ostéoporose après le congé de l'hôpital ; 5 ans plus tard	4,5 % ; 27 %	27 % ; 71 %
% des patients traités (ci-dessus) qui ne reçoivent que du calcium et de la vitamine D (par rapport au traitement antirésorptif)	67 %	32 %
Évaluation de la DMO à 5 ans de suivi	11 %	27 %

Reconnaître l'importance des fractures vertébrales

Bill D. Leslie, M.D., des départements de médecine et de radiologie de l'Hôpital général de Saint-Boniface, à Winnipeg, est président du Manitoba Bone Density Program Committee.

L'ostéoporose constitue un problème de santé publique considérable, et les radiologistes ont un rôle significatif à jouer dans le dépistage des patients qui bénéficieraient d'une évaluation plus poussée et d'un traitement. Bien que la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) soit capitale dans le diagnostic de l'ostéoporose et l'évaluation du risque de fracture, les radiographies classiques demeurent un outil important. La personne qui a subi une fracture vertébrale spontanée ou due à un traumatisme mineur devrait être considérée comme atteinte de la maladie, même si sa DMO n'entre pas dans la catégorie « ostéoporotique » du score T ($\leq -2,5$). Selon les *Lignes directrices de pratique clinique 2002 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada*, « la meilleure détection et la meilleure mesure des déformations vertébrales offrent une occasion de choix d'augmenter la reconnaissance précoce de l'ostéoporose ».

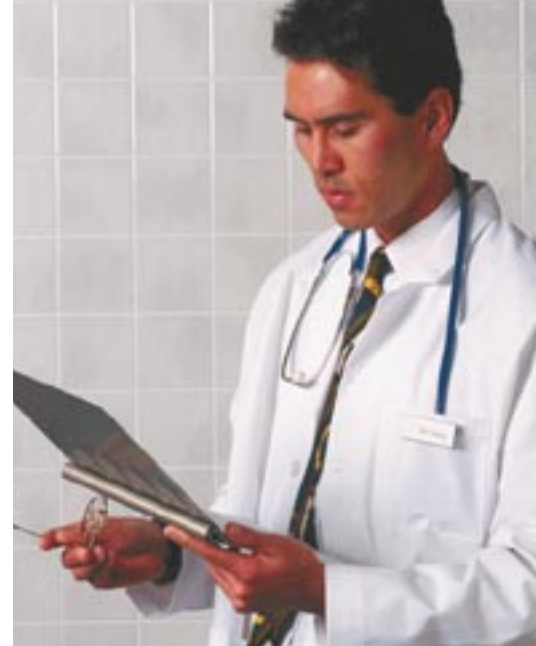
De toutes les fractures ostéoporotiques, y compris celles de la hanche, les fractures vertébrales sont les plus fréquentes et elles surviennent chez des sujets plus jeunes. Que la plupart ne soient pas diagnostiquées en clinique n'enlève rien à leur importance : symptomatiques ou non, les fractures vertébrales sont associées à une hausse de la morbidité et de la mortalité. L'existence d'une première fracture vertébrale se trouve au moins à quadrupler le risque d'une deuxième fracture. Parmi les femmes présentant une fracture vertébrale ostéoporotique récente, 20 % en subiront une autre au cours des 12 mois suivants. Une thérapie médicamenteuse peut diminuer ce pourcentage de moitié en aussi peu que six mois et réduire le risque de fractures vertébrales multiples de 90 %. Les fractures vertébrales sont aussi l'indice d'un risque accru de fracture de fragilisation à d'autres

sites, dont la hanche. Les essais cliniques montrent que ce sont les patients ayant subi une fracture vertébrale qui tirent le plus de bénéfices du traitement de l'ostéoporose.

Comme la majorité des fractures vertébrales ne sont pas décelées en clinique, une description et un diagnostic radiographiques précis deviennent essentiels. Une cyphose importante ou une perte de taille de plus de 2 cm en une année ou une perte cumulative excédant 4 cm devraient inciter à demander une radiographie de la colonne dorsolombaire afin de repérer et de confirmer la présence de ces fractures, même en l'absence de douleur dorsale.


Les rapports des radiologistes font peu souvent état des fractures vertébrales observées à la radiographie thoracique ou de la colonne

La mesure de la dimension verticale d'une vertèbre à son extrémité antérieure, médiane (ou point central) et postérieure, sur un cliché latéral de la colonne vertébrale, constitue le critère diagnostique le plus simple et le plus utilisé pour les fractures vertébrales. Si les valeurs obtenues diffèrent de 20 % ou plus les unes des autres, ou des valeurs correspondantes aux vertèbres sus-jacentes ou sous-jacentes, les vertèbres sont considérées comme ayant une déformation fracturaire, une fois exclues les causes congénitales, développementales, dégénératives ou autres d'une telle déformation. Bien qu'on puisse graduer la gravité des fractures (mineure 20-25 %, intermédiaire 25-40 %, majeure > 40 %), la distinction radiographique la plus cruciale établit la différence entre la vertèbre normale, sans fracture, et



la fracture vertébrale avérée. Lorsqu'on compare des radiographies de la colonne d'un même patient, une diminution de la dimension verticale de 15 % ou plus constitue une preuve de fracture par tassement intercurrente et exige une réévaluation du traitement. La présence de plus d'une fracture vertébrale nouvelle ou progressive, inhabituelle avec les médicaments présentement approuvés, réclame une révision complète du régime thérapeutique et de l'adhésion du patient à celui-ci. Dans un cas semblable, il serait aussi prudent de vérifier la présence de facteurs secondaires, comme l'hyperparathyroïdie, l'ostéomalacie ou un myélome.

OSTÉOPOROSE ET VIEILLISSEMENT

Malheureusement, l'expérience montre que les rapports des radiologistes font peu souvent état des fractures vertébrales observées à la radiographie thoracique ou de la colonne, particulièrement lorsqu'elle est demandée pour une autre raison (p. ex. une radiographie thoracique pour l'évaluation d'une dyspnée) ou que l'information clinique fournie est incomplète. Le médecin demandeur peut assister le radiologiste en indiquant clairement sur la requête que la radiographie servira à déterminer la présence de fractures ostéoporotiques par tassement. L'examen conjoint des radiographies peut se révéler bénéfique pour les deux parties : non seulement permet-il au médecin d'avoir une meilleure appréciation de la gravité des anomalies et une plus grande confiance dans sa capacité à les reconnaître, mais il rappelle aussi au radiologiste l'importance de ne pas reléguer les fractures par tassement mineures sous l'appellation « vieillissement normal ». 

Nos spécialistes vous répondent



« **S**elon des études récentes, les patients victimes d'un AVC courent un risque significatif d'ostéoporose et de fractures. Comment cela est-il possible ? Tous les patients ayant subi un AVC devraient-ils être évalués et traités pour l'ostéoporose ? Quelle thérapie leur serait le plus bénéfique ? » — un **omnipraticien de Chester, Nouvelle-Écosse**

Réponse du Dr Crilly : La relation entre l'ostéoporose et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) comporte deux volets. Premièrement, certaines données indiquent un taux de mortalité plus élevé chez les hommes et les femmes dont la densité minérale osseuse (DMO) est faible ; une étude suggère que, chez les femmes, cela serait dû aux AVC (Browner, 1991 ; Johansson, 1998). Une étude prospective (Browner, 1992) a aussi montré une hausse de 30 % des AVC pour chaque diminution d'un écart-type de la densité osseuse calcaneenne. Le lien entre les deux ne semble pas être de nature causale, mais il demeure mystérieux. (Parmi diverses possibilités, on considèrerait autrefois la carence en oestrogènes comme très probable.) Une vaste étude prospective menée aux États-Unis (Mussolino, 2003) a semé des doutes sur un lien possible entre la DMO et la mortalité liée à l'AVC en ne dégageant aucune relation de cet ordre, ni chez l'homme ni chez la femme. Des données montrent néanmoins que les femmes victimes d'un AVC aigu ont une DMO plus faible (Jorgensen, 2001).

Qu'arrive-t-il à la densité osseuse après un AVC ? Voilà le deuxième volet. On sait qu'une perte osseuse rapide (en quelques semaines) survient dans le membre paralysé. Cette perte vient s'ajouter à toute diminution préexistante de la DMO. Les patients, particulièrement les femmes, sont plus à risque de fracture de la hanche en raison de cette perte osseuse mais aussi du risque élevé de chutes.

Une autre complication à longue échéance peut survenir : les victimes d'un AVC grave, ne sortant plus à l'extérieur et ne s'exposant plus au soleil, peuvent souffrir d'une carence en vitamine D qui amplifiera leur risque de fracture de la hanche (Sato et coll., 2001).

Le taux de fractures après une hospitalisation pour AVC semble très variable, allant d'aucune différence globale (Melton et coll., 2001) à une augmentation par un facteur de sept (incluant le risque de fracture de la hanche) pendant la première année (Kanis et coll., 2001).

Le Dr Richard Crilly est professeur agrégé de gériatrie à l'Université du Western Ontario, à London.

Bien que Jorgensen et coll. (2000) aient observé une corrélation inverse entre le degré de perte osseuse — maximale pendant les sept premiers mois — et le regain de mobilité, il semble, d'après une autre étude (Melton et coll. 2001), que les patients les plus à risque de fracture sont ceux ayant une incapacité fonctionnelle modérée, qui sont donc mobiles (et à risque de chute).

Que doit-on faire ? Pour l'instant, il serait encore prématuré d'évaluer le risque d'AVC chez les personnes présentant une faible DMO ou, à l'inverse, de mesurer systématiquement la DMO chez celles présentant des facteurs de risque d'AVC ou d'accident ischémique transitoire.

Les patients, particulièrement les femmes, sont plus à risque de fracture de la hanche en raison de cette perte osseuse mais aussi du risque élevé de chutes

Il n'existe à ce jour aucune ligne directrice sur la prise en charge des victimes d'AVC. Prescrire un supplément de vitamine D (800 UI/jour) à tous, particulièrement aux patients âgés, pourrait être justifié. Chez les patients qui retrouveront vraisemblablement leur mobilité mais conserveront une incapacité marquée, la prise d'un bisphosphonate (peut-être même par voie intraveineuse à cause de la perte osseuse rapide et de la fréquente difficulté à avaler après un AVC) serait possiblement plus fondée. On pourra aussi considérer les protecteurs de hanche. On n'a toutefois pas encore de données concluantes sur l'efficacité de ces mesures ni sur leur rapport coût/efficacité. 🌟

Les références seront fournies sur demande.

La Société de l'Ostéoporose du Canada (SOC) s'engage à offrir de l'information à jour et des recommandations fondées sur la médecine factuelle pour vous aider à relever les défis de votre pratique. Vos questions et commentaires nous aideront à planifier les prochains numéros de façon à mieux répondre à vos besoins cliniques. Veuillez les adresser à mackinnon@parkpub.com. Le Comité scientifique consultatif de la SOC sera heureux d'y répondre.