

le point sur l'ostéoporose



La Société
de l'Ostéoporose
du Canada

Osteoporosis
Society
of Canada

un guide pratique pour les médecins canadiens

hiver 2005, vol. 9, n° 1

article vedette

L'examen physique : quelques clés

Outils de détection
des fractures par
tassement vertébral

q&r

Progestérone et santé osseuse

perspective

Une technologie « spatiale »
pour mesurer la résistance des os



Ressources
et annonce de
conférence
page 9

Karen L. Ormerod, M.M.
Présidente et directrice exécutive

Kelly Mills
Directrice, communications

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

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

Susan Usher
Directrice de la rédaction

Pierre Marc Pelletier
Directeur artistique

Aaron Standen
Graphiste

© 2005 SOCIÉTÉ DE
L'OSTÉOPOROSE DU 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 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

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

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

Anthony B. Hodsman, MB, BS, FRCPC
Université du Western Ontario

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

Stephanie Kaiser, M.D., FRCPC
Université Dalhousie

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

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

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

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

éditorial

Les ficelles du métier

De récentes études ont montré que les fractures par tassement vertébral, les plus fréquentes à survenir chez les gens atteints d'ostéoporose, sont reliées à des taux de morbidité et de mortalité significatifs. Pourtant, elles passent beaucoup trop souvent inaperçues. Peut-être est-ce dû au fait que les médecins sont rarement formés aux techniques d'examen permettant d'évaluer la perte de taille et les changements posturaux révélateurs des fractures par tassement. Avec des collègues, le D^r Kerry Siminoski a réalisé des études poussées dans le domaine. Son article offre des conseils pratiques qui aideront les cliniciens à corriger l'écart thérapeutique entre la fracture et le diagnostic. La détection rapide et précise des fractures par tassement à la colonne dorsale et lombaire tient à quelques manœuvres toutes simples, exécutables au cabinet.



La section Questions et réponses présente des résultats éclairants sur le rôle de la progestérone dans la santé osseuse. Étant donné les mises en garde concernant la perte osseuse associée à Depo-Provera[®], la D^{re} Christine Derzko fait la part des choses entre les bienfaits et les risques de ce contraceptif injectable à base de progestérone. Et la D^{re} Sophie Jamal examine l'effet des crèmes de progestérone sur la densité osseuse et le risque fracturaire.

Sont également dignes d'intérêt les travaux de la D^{re} Angela Cheung, à l'Université de Toronto, sur une nouvelle technologie de mesure de la résistance osseuse. Et nous ne pourrions manquer de souligner la création d'une bourse en l'honneur du D^r Tim Murray, bourse qui servira à financer des recherches sur l'ostéoporose au cours des cinq prochaines années.

Stephanie Kaiser

Stephanie Kaiser, M.D., FRCPC, est directrice médicale du Centre de l'ostéoporose et professeure agrégée à la Division d'endocrinologie et du métabolisme de l'Université Dalhousie, à Halifax (Nouvelle-Écosse).

Erratum

Le dernier numéro de *Point sur l'ostéoporose* faisait état d'une fiche pratique sur l'ostéodensitométrie résumant les normes élaborées par le comité canadien de l'International Society for Clinical Densitometry. La fiche comporte une erreur sous « DMO : critères diagnostiques de l'OMS ». On doit y lire :

Critères diagnostiques de la DMO, d'après l'OMS (s'appliquant aux femmes ménopausées de race blanche)

DMO normale : cote T dans la plage de +2,5 et -1,0 inclusivement (2,5 DS audessus de la moyenne et 1,0 DS sous la moyenne chez les jeunes adultes)

Ostéopénie (DMO faible) : cote T de -1,0 à -2,5

Ostéoporose : cote T ≤ -2,5

Ostéoporose grave : cote T ≤ -2,5, plus une fracture de fragilisation

Nos spécialistes vous répondent



« **Au vu des récentes mises en garde reliant Depo-Provera® et perte osseuse, que dire à mes patientes qui utilisent ou souhaitent utiliser cette méthode contraceptive ?** »

— un omnipraticien d'Antigonish, Nouvelle-Écosse

Réponse de la D^{re} Derzko : À l'instar de tous les médicaments, Depo-Provera® (acétate de médroxprogesterone) a des avantages et des inconvénients. La décision d'y recourir ou non exige une évaluation attentive pour déterminer si ses bienfaits démontrés justifient ses risques connus. Nous vous proposons quelques considérations importantes.

Depo-Provera, employé dans le monde entier depuis plusieurs décennies, s'est révélé une excellente méthode de contraception (son indication principale), commode et très efficace. On le prescrit aussi pour traiter l'endométriose. Outre l'efficacité, les principaux avantages de Depo-Provera par rapport à ses concurrents sont un coût relativement bas et un schéma posologique d'une seule injection tous les trois mois. De plus, contrairement aux contraceptifs oraux de type œstrogénostatif, il n'est pas contre-indiqué chez les fumeuses de plus de 35 ans, les patientes à risque élevé de thrombose, les femmes hypertendues et celles qui souffrent de migraines focales. Ses effets indésirables fréquents (troubles menstruels, variations de l'humeur et gain de poids) sont surtout « incommodes ». Toutefois, l'aménorrhée prolongée est une complication plus grave — elle dure parfois jusqu'à 18 mois, signe de suppression profonde et durable de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Un autre effet grave vient d'être reconnu, soit une réduction de la densité minérale osseuse (DMO) qui pourrait être irréversible ou seulement partiellement réversible.

Malgré l'absence d'études révisées par les pairs sur les risques reliés au Depo-Provera, quelques résultats intérimaires d'essais encore non publiés sont inquiétants. La perte osseuse signalée chez des femmes recevant Depo-Provera peut être importante, proportionnelle à la durée de l'utilisation et non entièrement réversible. Et on ignore si son emploi pendant la période critique de l'accrétion osseuse à l'adolescence et

au début de l'âge adulte abaisse le pic de masse osseuse, ce qui augmenterait le risque de futures fractures ostéoporotiques. Le fabricant américain de Depo-Provera recommande donc maintenant d'en limiter l'utilisation à deux ans, à moins que les autres méthodes de contraception ne conviennent pas ou soient contre-indiquées. Santé Canada évalue présentement les données sur l'innocuité de Depo-Provera et travaille avec Pfizer Canada pour amender la monographie du produit.

Compte tenu de cette nouvelle information, on pourrait envisager un suivi régulier de la DMO, surtout lorsque le traitement dure plus de deux ans. Il est établi qu'une DMO basse augmente le risque fracturaire, et des moyens doivent être pris pour réduire ce risque. Avant tout, il faut appliquer les mesures préventives recommandées (hygiène osseuse) :

- apport suffisant en calcium et en vitamine D par l'alimentation et les suppléments;
- mise en œuvre d'un programme d'exercice avec mise en charge;
- ne pas fumer;
- limiter la consommation d'alcool et de caféine.

Des auteurs attribuent la perte osseuse pendant l'emploi de Depo-Provera à l'hypo-œstrogénie qu'il induit. Dans certains essais, l'ajout d'œstrogène à dose faible a prévenu ou beaucoup atténué la perte osseuse et, en l'absence de contre-indication, cette stratégie devrait être envisagée. (L'apport supplémentaire en œstrogène élimine également les saignements perthérapeutiques.)

ADOLESCENTES

Parce qu'il est administré en une injection tous les trois mois, Depo-Provera est couramment prescrit aux adolescentes. Pourtant, dans ce groupe, l'apport alimentaire en calcium et en vitamine D est souvent déficient, et les comportements à risque élevé, notamment le tabagisme, ne sont pas rares. Depo-Provera est souvent le contraceptif de choix pour celles ayant un handicap physique, dont la mobilité réduite accroît déjà le risque d'ostéoporose. Lorsque d'autres méthodes contraceptives ne conviennent pas, il importe de maîtriser, voire d'éliminer ces facteurs de risque, ou à tout le moins veiller à une « bonne hygiène osseuse » chez toutes les patientes qui prennent Depo-Provera. Les adolescentes handicapées ont besoin de conseils additionnels sur la nutrition et d'un programme d'exercice régulier approprié à leur condition physique.

La D^{re} Christine Derzko, obstétricienne-gynécologue à l'Hôpital St. Michael, est professeure agrégée d'obstétrique et de gynécologie ainsi que de médecine interne (endocrinologie) à l'Université de Toronto (Ontario).

La D^{re} Sophie Jamal est endocrinologue à l'Hôpital St. Michael et professeure adjointe à l'Université de Toronto.

Suite à la page 8

Conseils pratiques pour l'examen physique

Comment détecter les fractures par tassement vertébral

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

Chez les patients atteints d'ostéoporose, les fractures les plus fréquentes relèvent du tassement des vertèbres. Des études récentes ont montré que les fractures par tassement des vertèbres entraînent une douleur chronique, nuisent à la qualité de vie, augmentent le risque fracturaire et même le taux de mortalité. Puisque moins du tiers de ces fractures sont décelées cliniquement, nous devons les rechercher activement. Quelques manœuvres simples au cours de l'examen physique aident heureusement à détecter certaines de ces fractures vertébrales subcliniques.

FACTURES PRÉVALENTES

Les fractures vertébrales déjà présentes au moment de l'évaluation sont dites « prévalentes », et on en découvre chez 20 % à 25 % des Canadiens âgés de plus de 50 ans. À l'examen physique, trois mesures — celles de la perte de taille historique, de la flèche occipitale (distance occiput-mur) et de l'espace ilio-costal — facilitent la détection immédiate de ces fractures.

Perte de taille historique

En cas de fracture par tassement, la hauteur des vertèbres diminue, ce qui se traduit par une réduction de la taille nette du sujet. La perte de taille historique (PTH) renvoie à la diminution totale de la taille durant la vie du sujet jusqu'au moment présent; elle correspond à la différence entre sa taille maximale de jeune adulte et sa taille actuelle. Peu de gens oublient leur taille à un jeune âge, et même en tenant compte de l'écart intrinsèque attribuable à une erreur de mémoire ou à l'exagération, cette méthode nous renseigne efficacement sur la PTH. La taille actuelle doit cependant être mesurée le plus exactement possible. Nous traiterons de ce sujet dans un autre numéro du *Point sur l'ostéoporose*, mais en résumé, il est préférable d'utiliser un appareil mural pour mesurer la taille d'un sujet, bien que les omnipraticiens canadiens recourent le plus souvent à la règle coulissante fixée sur le pèse-personne. Si vous utilisez cette règle, vous pourriez accrocher un niveau sur la baguette horizontale pour vérifier qu'elle forme un angle de 90° par rapport à la règle. Veillez attentivement au positionnement du sujet; l'idéal est de mesurer la taille à trois reprises et d'utiliser la moyenne pour établir la taille du patient.

La valeur seuil de la PTH utile en clinique est fonction de l'âge, puisque chez les personnes âgées, la taille diminue aussi à cause du vieillissement (aminçissement des disques intervertébraux et support postural modifié). Chez les personnes de plus de 60 ans, une perte de taille historique supérieure à 6 cm évoque fortement la présence d'au moins une fracture vertébrale. Avant 60 ans, une PTH dépassant 4 cm s'avère une valeur seuil cliniquement utile. Ces valeurs, comme les autres que nous décrirons ici, proviennent de mesures prises chez des femmes. Il est toutefois raisonnable de les appliquer aux hommes tant que les études ne nous apporteront pas de données spécifiques sur ce point.

Flèche occipitale

La forme de fracture vertébrale la plus fréquente est appelée « fracture par tassement cunéiforme » : la partie antérieure du corps vertébral a subi la compression la plus forte. Ce tassement cunéiforme cause une courbure de la colonne thoracique (bosse de sorcière). La déformation, qui est une exagération de la cyphose thoracique normale, peut être mise en évidence en mesurant la flèche occipitale (FO). Lorsque la cyphose est très marquée, le sujet compense en modifiant la position des hanches et des genoux; par conséquent, il faut lui demander de bien appuyer son dos et ses talons au



Figure 1 : Examen pour mesurer la flèche occipitale

mur, tout en regardant droit devant lui (figure 1). La distance entre la proéminence occipitale et le mur est exprimée en centimètres. Une FO de plus de 6 cm est un signe de fracture vertébrale, probablement à la colonne thoracique.

Espace ilio-costal

Tout comme la stature totale diminue par suite de fractures vertébrales, certaines parties de la colonne vertébrale perdent également de la hauteur lorsque des fractures y sont présentes. Pour rechercher une fracture de la colonne lombaire, on peut mesurer l'espace ilio-costal (EIC). L'examineur se place derrière le sujet et palpe le long de l'axe médio-axillaire pour localiser la dernière côte et la partie supérieure de la crête iliaque (figure 2). La distance verticale entre ces deux structures est mesurée soit en largeurs de doigts, soit en centimètres entre des points repères marqués au stylo. Un EIC inférieur à deux largeurs de doigts ou à 3,6 cm évoque fortement la présence d'une fracture vertébrale, le plus souvent à la colonne lombaire.

NOUVELLES FRACTURES

On qualifie de « nouvelles » les fractures vertébrales qui surviennent pendant une période d'observation. Les résultats de chacune des mesures décrites précédemment peuvent être contrôlés au fil du temps; une perte de taille historique accrue, l'augmentation de la flèche occipitale ou la réduction de l'espace ilio-costal sont tous des signes de nouvelle fracture vertébrale. Toutefois, seule la mesure de la PTH a été suffisamment étudiée pour permettre d'établir une valeur seuil applicable au suivi des patients en clinique.

Perte de taille prospective

La perte de taille prospective — qui survient pendant le suivi — correspond à la différence entre deux mesures de la taille effectuées à des moments différents. Une perte de taille prospective de plus de 2 cm est un indice d'une nouvelle fracture vertébrale. Ce seuil est valide pour des mesures prises dans un intervalle maximal de trois ans.



Figure 2 : Tiré de : *Am J Med* 2003; 115 : 233, Siminoski K et al. Accuracy of physical examination using the rib-pelvis distance for detection of lumbar vertebral fractures. Copyright 2003, reproduit avec l'autorisation d'Excerpta Medica Inc.

tableau 1 Examen physique : changements évoquant des fractures vertébrales

Fractures vertébrales prévalentes

- PTH > 6 cm après 60 ans
- PTH > 4 cm avant 60 ans
- FO > 6 cm
- EIC < 2 largeurs de doigts ou < 3,6 cm

Nouvelles fractures vertébrales

- Perte de taille prospective > 2 cm pour une période maximale de trois ans

Tous les patients qui affichent des valeurs supérieures à ces valeurs seuils doivent être évalués par des radiographies de la colonne vertébrale.

Note : Les valeurs ont été mesurées chez des femmes (les mêmes valeurs seuils peuvent être appliquées aux hommes tant que les études n'apporteront pas de données spécifiques).

PTH = perte de taille historique
FO = flèche occipitale

EIC = espace ilio-costal

À RETENIR

Trois manœuvres simples durant l'examen physique peuvent démontrer la présence de fractures vertébrales. Les fractures vertébrales prévalentes peuvent être détectées en mesurant la PTH, la FO et l'EIC. Quant aux nouvelles fractures, elles peuvent être décelées par la mesure de la perte de taille prospective. Tout résultat supérieur aux valeurs seuils pour ces trois paramètres (tableau 1) justifie des radiographies de la colonne vertébrale (souvent ordonnées comme « radiographies des colonnes thoracique et lombaire, vues PA + latérales »). La découverte de fractures vertébrales influera sur les décisions en matière de recours à la densitométrie osseuse, de pharmacothérapie et, dans la plupart des provinces, d'admissibilité au remboursement des médicaments par le régime public. 🌐

Références

- Brown JB, Josse RG et al. Lignes directrices de pratique clinique 2002 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. *JAMC* 2002;167 (10 Suppl):S1-S34.
- Jackson SA, Tenenhouse A, Robertson L. Vertebral fracture definition from population-based data: preliminary results from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). *Osteoporos Int* 2000;11:680-7.
- Siminoski K, Ioannidis G, Adachi JD et coll. Detection of prevalent vertebral fractures using historical height loss: comparison of different height measurement methods. *J Bone Miner Res* 2004;19(Suppl 1):S161.
- Siminoski K, Jiang G, Adachi JD et coll. The accuracy of height loss during prospective monitoring for detection of incident vertebral fractures. *Osteoporos Int* 2004; disponible en ligne depuis août 2004.
- Siminoski K, Warshawski RS, Jen H, Lee KC. Accuracy of physical examination using the rib-pelvis distance for detection of lumbar vertebral fractures. *Am J Med* 2003;115:233-6.

Une technologie de la NASA dans une étude sur l'ostéoporose à Toronto

Des chercheurs du University Health Network (UHN) de Toronto évaluent un nouvel appareil portable qui mesure la résistance osseuse chez des sujets atteints d'ostéoporose. Cet analyseur de la réaction mécanique tissulaire (*mechanical response tissue analyzer* ou MRTA) a été conçu par une équipe de la National Aeronautics and Space Administration (NASA) pour tester la résistance osseuse chez les astronautes, lesquels sont à risque de perte osseuse durant un vol spatial. Le MRTA mesure les propriétés mécaniques (la rigidité) du tissu osseux, qui témoignent à la fois de la densité minérale et de la géométrie-structure de l'os. Cette technique non effractive n'utilise pas de rayonnements et, jusqu'à maintenant, elle a permis d'évaluer le cubitus et le tibia.

Même si les cliniciens n'ont pas encore accès au MRTA, des recherches sont menées dans divers domaines dont celui de l'ostéoporose post-ménopausique, entre autres domaines cliniques. Depuis 2001, la D^{re} Angela Cheung, directrice du programme d'ostéoporose du UHN à l'hôpital Mount Sinai et professeure adjointe de médecine à l'Université de Toronto, travaille avec ses collaborateurs à perfectionner le MRTA pour obtenir des données plus précises et plus exactes sur les déterminants de la résistance osseuse en contexte clinique.

« L'appareil apporte de l'information impossible à obtenir avec l'absorptiométrie à rayons X en double énergie ou l'ultrasonographie quantitative, souligne la D^{re} Cheung. Le MRTA nous servira à évaluer le risque fracturaire. En essence, il permettra de mesurer la rigidité et l'élasticité de l'os, deux marqueurs de la résistance osseuse. »



Participant dont on mesure la résistance osseuse à l'aide du MRTA, un appareil conçu par la NASA, actuellement évalué par des chercheurs canadiens.

Pour une étude du UHN, on recrute actuellement des :

- femmes ménopausées ayant subi une fracture après la ménopause;
- femmes ménopausées n'ayant jamais subi de fracture à l'âge adulte;
- femmes qui commencent un traitement par un bisphosphonate, le raloxifène ou la parathormone, ou une hormonothérapie substitutive.

Les participantes seront évaluées par :

- ostéodensitométrie,
- ultrasonographie du talon et de l'avant-bras, et
- MRTA (rigidité des os de l'avant-bras).

À l'examen par le MRTA, la patiente s'allonge et doit placer un bras dans une position donnée. L'appareil, muni d'un poids que l'on fixe à l'avant-bras, mesure les paramètres en deux secondes environ. Par ailleurs, l'apport en calcium sera évalué chez chaque patiente lors d'une consultation en nutrition.

La D^{re} Cheung et son équipe ont encore beaucoup de travail sur la planche, tant sur le plan clinique qu'en

laboratoire. « À ce jour, nous avons mesuré la résistance osseuse chez des centaines de femmes, et nos résultats préliminaires sont intéressants, affirme-t-elle. Si ce projet de recherche se déroule bien, l'utilisation du MRTA pourrait largement se répandre dans cinq à 10 ans. »



Angela Cheung, M.D., FRCPC, est directrice du Programme d'ostéoporose de l'University Health Network, ainsi que professeure adjointe de médecine à l'Université de Toronto.

La SOC crée une bourse pour honorer le D^r Tim Murray

La Société de l'Ostéoporose du Canada (SOC) est fière d'annoncer la création de la Bourse D^r Tim Murray, dans le cadre du programme Alliance pour l'excellence en ostéoporose. Cette initiative a été rendue publique, à l'heureuse surprise du D^r Murray, lors du colloque Osteoporosis Rounds of University Health Network qui s'est déroulé à Toronto le 15 décembre 2004.

Cette bourse nationale d'études supérieures ou de formation dans le domaine de l'ostéoporose est généreusement financée par l'Alliance for Better Bone Health (Compagnie pharmaceutique Procter & Gamble et Sanofi-Aventis Pharma); le Comité de recherche de la SOC contribuera aussi à la bourse et l'administrera.

La Bourse D^r Tim Murray (totalisant 5 000 \$ par année pendant cinq ans) sera attribuée à un étudiant qui poursuit des recherches ou des études de deuxième ou de troisième cycle en vue de faire progresser le diagnostic et la prise en charge de l'ostéoporose.

UN HÉRITAGE D'EMPATHIE

« Nous tenons à remercier les sociétés donatrices et, surtout, le D^r Murray pour ses nombreuses et inestimables contributions à notre organisme et au milieu de l'ostéoporose, au Canada et dans le monde, a déclaré M^{me} Karen Ormerod, présidente-directrice générale de la SOC. Au seuil de la retraite, il laisse un héritage exceptionnellement riche d'enseignement, de recherche et de pratique clinique. »

Membre fondateur de la SOC, le D^r Murray a siégé au conseil d'administration, présidé le Comité consultatif scientifique et agi comme expert-conseil. En 1998, la SOC lui décernait le prix Lindy Fraser pour souligner l'excellence de son apport à la recherche et à




Le D^r Tim Murray s'est montré surpris et heureux de la création d'une bourse en son honneur. La présidente-directrice générale de la SOC, M^{me} Karen Ormerod (à gauche), et la consultante Donna Spafford (à droite), lui en ont fait l'annonce en décembre dernier.

l'enseignement dans le champ de l'ostéoporose. Il est professeur à la faculté de médecine de l'Université de Toronto depuis 1984, directeur du Laboratoire de recherche sur le calcium à l'hôpital St. Michael depuis 1979, et médecin au service d'endocrinologie de cet hôpital depuis 1971.

Le D^r Murray a beaucoup contribué à la recherche sur la parathormone (PTH) en développant une méthode de dosage radio-immunologique; ses premiers travaux de laboratoire sur les effets de la PTH sur le tissu osseux sont connus dans le monde entier. De plus, ses recherches sur les effets inhibiteurs de la résorption osseuse de l'œstrogène, des bisphosphonates et des modulateurs sélectifs des récepteurs œstrogéniques

(MSRE) lui ont valu une renommée internationale comme chercheur et comme clinicien.

Les activités du D^r Murray au sein du Bone and Mineral Group de l'Université de Toronto, de même qu'à titre de directeur du site torontois de l'Étude canadienne multicentrique de l'ostéoporose (CaMos) et de collaborateur à des études de l'Agence spatiale canadienne lui ont mérité le respect de ses collègues et de ses patients, au Canada et ailleurs dans le monde.

Le Comité de recherche de la SOC publiera les modalités de la nouvelle bourse — admissibilité et soumission d'une demande — d'ici quelques mois, sur le site Internet de la SOC (www.osteoporosis.ca). 

Questions et réponses

En résumé, à l'échelle mondiale, Depo-Provera s'est révélé très efficace, commode, bien toléré et peu coûteux, surtout comme contraceptif. Dans la décision de le prescrire ou non, le médecin doit toutefois tenir compte des préoccupations récentes au sujet de la perte osseuse marquée, potentiellement irréversible. Les femmes qui reçoivent Depo-Provera pendant plus de deux ans sont des candidates au suivi régulier de la DMO, surtout si elles présentent des facteurs de risque d'ostéoporose (poids corporel < 57 kg, antécédents personnels de fracture a-traumatique ou antécédent familial de fracture de la hanche) et des signes d'une longue interruption du cycle menstruel. Les médecins doivent discuter avec leurs patients de l'importance de la prévention de l'ostéoporose. Enfin, un supplément d'œstrogène à dose faible pourrait atténuer la perte osseuse secondaire à l'utilisation de Depo-Provera.

« **M**es patientes m'interrogent parfois sur les crèmes de progestérone de source naturelle pour prévenir l'ostéoporose. Les progestogènes ou la progestérone ont-ils un effet sur la densité osseuse et sur le risque fracturaire ? »

— une omnipraticienne de Winnipeg, Manitoba

Réponse de la Dre Sophie Jamal : Trois observations principales, chacune étant toutefois contredite par des données probantes, suggèrent que les progestogènes augmentent la DMO et réduisent le risque fracturaire.

- La ménopause s'accompagne d'une perte osseuse rapide et d'une réduction des concentrations d'œstrogène et de progestérone, ce qui laisse penser que ces deux hormones interviennent dans la préservation de la DMO. Toutefois, des essais comparatifs randomisés (ECR) ont démontré de façon constante que l'œstrogénothérapie seule est tout aussi efficace que la prise d'œstroprogestatif pour prévenir la perte osseuse postménopausique.
- Même si une seule étude menée auprès de femmes non ménopausées souffrant de troubles ovulatoires a montré une réduction de la DMO, qui a été corrigée par la prise orale d'acétate de médroxyprogestérone (MPA), un progestogène, plusieurs autres études semblables n'ont pas révélé de perte osseuse chez des patientes affichant un dysfonctionnement ovulatoire. Pour l'heure, l'emploi du MPA pour prévenir la perte osseuse dans ce groupe de patientes n'est pas une norme de soins. De plus, comme nous l'avons expliqué, Depo-Provera a été relié à une perte osseuse potentiellement irréversible chez des femmes en âge de procréer ayant reçu ce médicament comme contraceptif pendant longtemps.
- Des études de biologie cellulaire montrent que l'activité et le nombre des ostéoblastes augmentent en présence de la progestérone. Il n'existe toutefois pas de preuve fiable à l'appui de ce phénomène, et l'effet observé dans les cellules est difficile à reproduire chez l'humain.



Prises ensemble, ces trois observations ne justifient pas l'emploi des progestogènes pour prévenir ni pour traiter l'ostéoporose.

Encore moins de données probantes justifient l'emploi d'une crème à base de progestérone. On ne connaît pas de façon certaine la quantité de progestérone ainsi absorbée, et aucun essai comparatif rigoureusement conçu ne confirme que ce produit prévient la perte osseuse ménopausique ou diminue le risque fracturaire.

Seulement deux ECR ont été publiés sur les effets d'une crème de progestérone sur la santé osseuse. Un ECR de 12 semaines, à double insu, a été mené pour comparer les effets d'une crème de progestérone transdermique (32 mg/jour) et du placebo sur les marqueurs de la formation et de la résorption osseuse (ces marqueurs osseux sont des substituts reconnus pour évaluer la DMO), et les résultats n'ont pas révélé de différence entre les deux groupes (Wren BG et al. *Menopause* 2003;10:13-8), ce qui donne à penser que la crème de progestérone est sans effet sur le renouvellement osseux. La DMO n'a pas été mesurée pendant cette étude très brève. Un deuxième essai, à répartition aléatoire, a été mené auprès de 102 femmes ménopausées; un groupe a utilisé la crème de progestérone transdermique (20 mg/jour) et l'autre, le placebo (Leonetti HB et al. *Obstet Gynecol* 1999;94:225-8); les conclusions sont semblables à celles de l'étude précédente. Après un an, les chercheurs n'avaient pas observé de changement de la DMO à la hanche ou aux vertèbres chez les femmes traitées, par rapport au groupe placebo.

Les résultats d'une étude publiée décrivent un effet bénéfique de la crème de progestérone sur la DMO, mais plusieurs lacunes méthodologiques entachent sa validité. Dans cet essai mené sans double-insu, 63 femmes ménopausées ont utilisé la crème de progestérone à des doses diverses (de 330 à 500 mg/mois), et certaines patientes ont également reçu de l'œstrogène (Premarin®, 0,3 mg–0,625 mg). L'auteur décrit une augmentation moyenne de la DMO de 15 % aux vertèbres lombaires sur trois ans (Lee JR. *Int Clin Nutr Rev* 1990;10:384-91). Une des lacunes les plus graves de l'étude est l'absence de données sur la DMO chez les femmes traitées uniquement à l'aide de la crème de progestérone (l'œstrogène seul peut accroître la DMO). Compte tenu de ces résultats, il est impossible de conclure si la progestérone influe sur la santé osseuse. De plus, le rapport est muet sur la proportion de femmes ayant reçu de l'œstrogène et il ne présente pas de données sur la qualité ou la fréquence des effets indésirables.

Cela étant dit, que doivent faire les cliniciens ? Il existe aujourd'hui plusieurs médicaments efficaces pour prévenir et traiter l'ostéoporose, et l'efficacité de chacun a été démontrée par des résultats d'ECR de grande envergure. Les cliniciens devraient donc recommander ces médicaments — en plus des suppléments de calcium et de vitamine D et de l'exercice — à leurs patientes ménopausées atteintes d'ostéoporose. 🌸



La Société
de l'Ostéoporose
du Canada

Osteoporosis
Society
of Canada



au sujet de la SOC

Organisme national à but non lucratif, la Société de l'Ostéoporose du Canada (SOC) a pour mission d'éduquer, d'habiliter et d'appuyer les individus et les communautés en matière de prévention et de traitement de l'ostéoporose. Guidée par son comité consultatif scientifique (CCS), elle collabore avec les professionnels de la santé afin de donner aux Canadiens accès aux dernières options en matière de prévention, de diagnostic et de traitement. La SOC a publié les « Lignes directrices de pratique clinique 2002 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada ». Vous pouvez les consulter et les télécharger à partir de son site Web (www.osteoporosis.ca).

RESSOURCES EN LIGNE

Le site Web de la SOC fournit aux médecins et aux patients de l'information utile sur les stratégies cliniques et les traitements.

Pour les professionnels de la santé

- Un guide de référence rapide présentant les niveaux de risque, les techniques d'évaluation et les options thérapeutiques — téléchargeable sur PC ou Palm
- *Le Point sur l'ostéoporose* en ligne — archivé depuis le numéro d'hiver 2003
- Les points saillants des « Lignes directrices de pratique clinique 2002 » de la SOC et un lien au *JAMC*, qui les a publiés
- Un calendrier d'événements à venir pour les professionnels de la santé, et plus...

Pour les patients

- Des renseignements sur le diagnostic, les traitements pharmacologiques, l'activité physique et la nutrition
- Un Calcium Calculator^{MD} aidant à évaluer l'apport alimentaire quotidien de calcium
- Des recettes riches en calcium
- Les coordonnées de groupes d'entraide locaux... et d'autres choses encore

Visitez le site www.osteoporosis.ca aujourd'hui même et encouragez vos patients à chercher de l'information fiable sur l'ostéoporose, soit en ligne ou en composant le 1 800 977-1778.

COLLOQUE DE LA SOC SUR L'OSTÉOPOROSE POUR LES MÉDECINS DE FAMILLE

Le mercredi 15 juin 2005 • Hôtel Sheraton de Winnipeg, MB • 18 h 30 – 20 h 30
Inscription et souper : 17 h 30 – 18 h 30

COLLOQUE SUR L'OSTÉOPOROSE EN COLLABORATION AVEC LE PROGRAMME D'ACCREDITATION DE L'ISCD (INTERNATIONAL SOCIETY FOR CLINICAL DENSITOMETRY)

Le samedi 25 juin 2005 • Hamilton, ON • 8 h – 10 h
On peut s'inscrire au colloque seul ou au programme d'accréditation de l'ISCD (fin de semaine)

Crédits Mainpro-M1 en attente

Des renseignements supplémentaires seront disponibles sur le site de la SOC (section pour les professionnels de la santé) : www.osteoporosis.ca