

« Je fais de l'ostéo »



Dr Tanveer Towheed
Co-directeur du centre
de Kingston

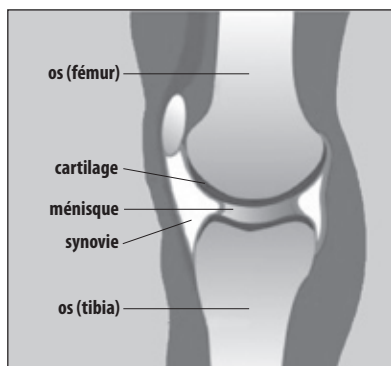
Les gens disent souvent qu'ils font de l'ostéo. Ils réfèrent habituellement à UN de deux problèmes de santé fréquemment rencontrés qui portent un nom semblable mais qui sont en fait deux conditions très différentes, soit l'ostéo-arthrite, mieux connue sous le nom d'arthrose, et l'ostéoporose. Dans cet article, vous retrouverez de l'information sur vos os et les différentes parties du corps

touchées par ces maladies.

L'arthrose est une maladie des articulations, soit le point de jonction de deux os. Les articulations les plus touchées sont les genoux et les doigts. L'arthrose attaque le cartilage articulaire à l'extrémité des os et cette région devient donc usée, rendant l'articulation douloureuse et difficile à mouvoir. L'arthrose affecte 3 millions de Canadiens (1 sur 10) et touche autant les hommes que les femmes.

L'ostéoporose est une maladie des os. Les sites les plus fréquemment touchés sont la hanche et la colonne. L'os est composé à 80 % d'une couche externe dure, formée de tissu osseux compact, et à 20 % d'une couche interne, constituée d'un treillis (trabécule) d'os spongieux souple. L'ostéoporose entraîne une perte de la densité de l'os, le

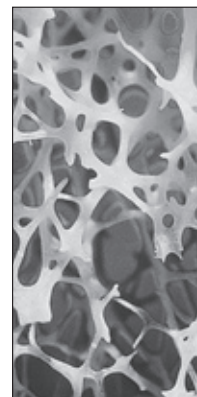
Articulation du genou



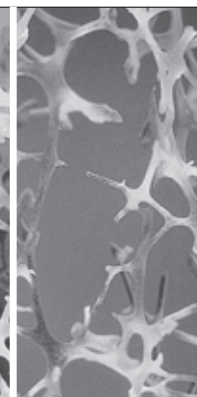
Source : www.fda.gov/fdac/features/2000/knees.html

rendant plus fragile et plus susceptible de présenter une fracture. L'ostéoporose est habituellement indolore à moins qu'il n'y ait une fracture. Cette maladie touche 1,4 million de Canadiens et elle est plus fréquente chez les femmes. ♦

Os normal



Os ostéoporotique



Source : www.iofbonehealth.org/newsroom/resources/image-normal-osteoporotic-bone.html

À PROPOS DE VOS OS

- Les os jouent un rôle plus important et plus actif que vous ne le croyez
- Le corps humain adulte compte 206 os
- Les os donnent au corps sa forme
- Ils protègent les organes vitaux
- Ils emmagasinent du gras et des minéraux (particulièrement le calcium et le phosphore)
- Ils vous permettent de vous déplacer
- Ils servent de tampon pour absorber tout excès d'acidité ou d'alcalinité
- Ils emmagasinent les métaux lourds et les éléments étrangers qui sont ensuite expulsés de votre corps
- Les petits os des oreilles transfèrent les sons pour vous permettre d'entendre

Publications récentes

Les changements de densité minérale osseuse chez les femmes et les hommes reliés à l'âge et à la prise d'agents anti-résorption



Claudie Berger
Statisticienne
Montreal

La perte osseuse débute à l'âge adulte et se poursuit durant toute la vie, tant chez les hommes que chez les femmes. Les lignes directrices canadiennes actuelles recommandent une évaluation de la densité minérale osseuse (DMO) à l'âge de 65 ans et à intervalle régulier par la suite, qu'une ostéoporose ait été diagnostiquée ou non.

Nous avons étudié les données de DMO de 6 368 participants recueillies au cours des 5 premières années de l'étude CaMos. Nous voulions connaître l'âge auquel la perte de densité osseuse était maximale chez les participants à l'étude. Les sites analysés étaient la hanche et la colonne. Nous avons fait plusieurs trouvailles intéressantes.

La perte osseuse débute entre l'âge de 40 et 44 ans chez les femmes et elle est plus rapide au niveau de la hanche. La plus grande perte osseuse était notée chez les femmes de 50 à 54 ans (au passage de la pré- à la post-ménopause), soit une diminution moyenne de 6,8 % en 5 ans. Les femmes de plus de 70 ans présentaient également une perte osseuse accélérée au niveau de la hanche. Chez les hommes, la diminution de la densité minérale osseuse débute vers l'âge de 40 ans et se fait plus graduellement que chez les femmes. Chez les hommes et les femmes de 50 à 79 ans, la prise d'une médication pour le traitement de l'ostéoporose (agents anti-résorption) était associée à une diminution de la perte osseuse.

En conclusion, nous avons découvert que les changements annuels de densité minérale étaient faibles, même pendant les périodes de perte accrue mentionnées précédemment. Nous en avons donc déduit que les mesures régulières de DMO pouvaient être espacées chez les personnes qui ont une DMO normale et qui n'ont pas d'autres facteurs de risque. ♦

Référence : C Berger, L Langsetmo, L Joseph, DA Hanley, KS Davison, R Josse, N Kreiger, A Tenenhouse, D Goltzman, CaMos Research Group. Change in bone mineral density as a function of age in women and men and association with the use of antiresorptive agents. *CMAJ*. 2008 Jun 17;178(13):1660-8.



Lisa Langsetmo
Fellow, Montréal

Les agents anti-résorption et les fractures non-vertébrales

Cet article explique comment les médicaments qui préviennent la perte osseuse peuvent également diminuer le risque de fracture.

Les os sont soumis à un processus continu de résorption et de formation. La résorption se produit lorsque du vieil os s'effrite et qu'il est retiré pour faire place à la formation du nouvel os.

Lorsque nous sommes jeunes, il y a davantage de formation de tissu osseux que de retrait. Cependant, en vieillissant, la perte osseuse est supérieure à la formation. Une trop grande résorption osseuse peut non seulement entraîner une perte osseuse, mais également une fragilité des os et des fractures.

Les agents anti-résorption, comme les bisphosphonates, les modulateurs sélectifs des récepteurs oestrogéniques, l'estrogène et la calcitonine, sont des médicaments reconnus pour ralentir la résorption osseuse.

Les données recueillies auprès de 6 008 participantes au cours des 7 premières années de l'étude CaMos suggèrent qu'un traitement à base d'agents anti-résorption est associé à une diminution du nombre de fractures.

On notait également une diminution de 32 % du risque de fractures de fragilisation, excluant les fractures vertébrales. La diminution du risque était plus importante chez les femmes ayant des facteurs de risque majeurs de fracture (comme des antécédents de fractures ostéoporotiques et/ou un score T de densité minérale osseuse de ≤ -2.5). ♦

Référence: L A Langsetmo, S Morin, J B Richards, K S Davison, W P Olszynski, J C Prior, R Josse, D Goltzman, and the CaMos Research Group. Effectiveness of antiresorptives for the prevention of non-vertebral low-trauma fractures in a population-based cohort of women. *Osteoporos Int*. 2009 Feb; 20(2): 283-90. [Epub 2008 Jun 26].

Variation de l'incidence des fractures de fragilisation au Canada

Nous avons étudié les données recueillies au cours des 8 premières années de l'étude CaMos afin de comprendre comment certains facteurs de risque étaient reliés à la variation du taux d'incidence de fractures de fragilisation à travers le pays.

Nous avons utilisé les données recueillies auprès de 2 484 hommes et de 6 093 femmes de 50 ans et plus, en portant une attention particulière aux participants qui avaient subi une fracture de fragilisation.

Voici 2 exemples illustrant les différences régionales observées :

- Chez les hommes habitant à Calgary, l'incidence d'une fracture de fragilisation était 3 fois supérieure à celle des hommes vivant à Québec.
- Chez les femmes habitant à Calgary, l'incidence d'une fracture de fragilisation était 2 fois supérieure à celle des femmes vivant à Halifax.

Chez le même groupe d'hommes et de femmes, nous avons également noté que le nombre de personnes ayant

(voir Publications récentes, page 3) ►

Question et réponse

Q : *Il y a 3 ans, on m'a dit que je souffrais d'ostéoporose. On m'a prescrit un traitement et des mesures de densité minérale osseuse (DMO) à chaque année. Lors de la dernière mesure, ma densité osseuse s'était améliorée et on m'a dit que je n'avais pas besoin d'une autre mesure avant 2 ans, mais de continuer à prendre mon traitement. Quand pourrais-je arrêter la médication?*



D^{re} Sophie Jamal
Co-directrice du
centre de Toronto

R : Merci de votre question. Comme l'ostéoporose est une maladie chronique et silencieuse, pour laquelle il y a plusieurs facteurs de risque, il est important que le traitement soit déterminé sur une base individuelle, entre le patient et son médecin. Ceci étant dit, voici quelques raisons pouvant justifier la poursuite du traitement.

Sans traitement continu, le risque de fracture peut demeurer élevé et continuera d'augmenter avec l'âge. Toutefois, les médicaments pour le traitement de l'ostéoporose peuvent diminuer le risque de fracture jusqu'à 50 %.

Pour obtenir un résultat optimal, il est important de prendre la médication de façon régulière et tout aussi important de la prendre tel que recommandé.

Pour la plupart des hommes et des femmes recevant un traitement pour l'ostéoporose, il suffit d'évaluer la DMO aux 2 à 3 ans. Vous savez que votre condition évolue favorablement si votre DMO se maintient et que vous n'avez pas eu de fractures.

En résumé, les traitements actuels pour l'ostéoporose sont sécuritaires et entraînent peu d'effets secondaires. Toutefois, si vous présentez une fracture ou des effets secondaires avec une certaine médication, une modification du traitement pourrait être envisagée. ♦

► (Publications récentes de la page 2)

une faible densité minérale osseuse (DMO), se définissant par un score T de -2,5 ou moins et indiquant la présence d'une ostéoporose, variait à travers le Canada. De façon surprenante, les régions où on retrouvait les plus faibles DMO ne correspondaient pas aux régions où il y avait le plus grand nombre de fractures de fragilisation. Toutefois, le modèle devenait plus prévisible lorsqu'on incluait les autres facteurs de risque dans l'évaluation du risque fracturaire, comme les chutes répétées, les fractures antérieures et les déformations vertébrales (diagnosti-

ZONE JEUNESSE

QUESTION JEUNESSE

Q : *J'ai 18 ans et mes deux grands-mères souffrent d'ostéoporose. Est-ce que j'en souffrirai également quand je serai plus âgée?*



D^r Millan Patel
Co-directeur du
centre de Vancouver

R : Notre histoire familiale est importante car elle nous rend plus à risque de souffrir de certaines maladies, même s'il n'est pas certain que nous en serons atteints. Nos choix de vie, particulièrement ceux que nous faisons lorsque nous sommes jeunes, sont tout aussi importants que nos risques héréditaires de développer une ostéoporose. Une alimentation saine, riche en calcium et en vitamine D, combinée à de l'exercice régulier, et ce, dès l'enfance, peuvent aider à développer des os sains et à surmonter des antécédents familiaux d'ostéoporose.

Toutefois, il y a des signes précurseurs d'ostéoporose comme une fracture à la suite d'un très léger traumatisme ou de fractures multiples chez vous ou un membre de votre famille. D'autres maladies, ou les médicaments utilisés pour traiter ces maladies (comme la prednisonne), peuvent également causer un affaiblissement des os.

En conclusion, vos os sont comme une caisse de retraite: vous y contribuez pendant que vous êtes jeune et vous commencez à y effectuer des retraits lorsque vous êtes plus vieux. L'exercice et une saine alimentation sont les meilleures façons de vous assurer que votre caisse sera remplie à ras bord. ♦

quées sur les radiographies).

Ces découvertes confirment l'importance pour les médecins de procéder à une évaluation clinique approfondie de tous les facteurs de risque de fracture lorsqu'ils diagnostiquent une ostéoporose et qu'ils évaluent les options thérapeutiques. ♦

Référence: L Langsetmo, DA Hanley, N Kreiger, SA Jamal, J Prior, JD Adachi, KS Davison, C Kovacs, T Anastassiades, A Tenenhouse, D Goltzman, CaMos Research Group. Geographic variation of bone mineral density and selected risk factors for prediction of incident fracture among Canadians 50 and older. *Bone*. 2008 Oct;43(4):672-8. [Epub 2008 Jul 1].

Dans les coulisses

Nos partenaires pharmaceutiques

Les renseignements fournis par les participants à l'étude CaMos continuent d'être étudiés et analysés par un groupe de spécialistes canadiens sur l'ostéoporose. L'excellente qualité des données ainsi générées contribue à ce que nos gouvernements et les chercheurs canadiens puissent établir les politiques canadiennes sur la santé et prendre des décisions concernant la santé des os, sans avoir à se baser uniquement sur des données provenant des États-Unis ou de l'Europe.

Comme vous pouvez l'imaginer, un projet de recherche de cette ampleur est onéreux à concevoir, à implanter et à poursuivre. Le principal financement de l'étude CaMos provient du gouvernement fédéral mais dès le début de l'étude, il y a plus de 10 ans, nous avons été invités à développer des partenariats avec l'industrie pour compléter ce financement.

Nos cinq partenaires industriels sont L'Alliance (sanofi-aventis et Procter and Gamble Pharmaceuticals), Eli Lilly Canada Inc., Merck Frosst Canada Ltd., Novartis Pharma Inc. et Servier Canada Inc. Ils respectent un code de conduite très strict qui vise à améliorer la qualité de vie de tous les Canadiens, en s'assurant que l'industrie n'influe pas sur le concept de l'étude, les méthodes scientifiques

et la liberté des chercheurs d'analyser et de publier les résultats obtenus.

Nous sommes privilégiés d'avoir pu compter sur la collaboration de nos partenaires et du gouvernement fédéral pour faire de l'étude CaMos un excellent exemple de partenariat entre le milieu universitaire et l'industrie.

Le succès de l'étude CaMos est attribuable au financement combiné, à l'engagement des participants et à un travail acharné. Nous espérons poursuivre ce formidable partenariat. ♦

 **NOVARTIS**


Because health matters


SERVIER


Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.


Answers That Matter.


Pharmaceuticals
Compagnie Pharmaceutique

Nouvelles régionales

Calgary

Les participants de l'étude CaMos de Calgary ont été invités à prendre part à une étude auxiliaire du laboratoire d'imagerie osseuse de l'Université de Calgary. Dans le cadre de l'étude, l'évaluation clinique consiste en un balayage (scan) du poignet et de la cheville, à raison d'environ 5 minutes par site, à l'aide du XtremeCT. Cet appareil mesure l'architecture tridimensionnelle de l'os et fournit des informations sur les changements de quantité osseuse de même que sur la force et la qualité des os. Actuellement, 412 participants de l'étude CaMos (jeune cohorte et cohorte adulte) ont accepté de participer à cette étude.

La participation à l'étude XtremeCT contribue à la recherche pour trouver un nouvel outil clinique pouvant s'ajouter à la technologie existante.

Pour plus d'information sur l'étude XtremeCT, visitez le site Internet www.bonelab.ucalgary.ca ♦

Hamilton

Cette année, Ostéoporose Canada (OC) tiendra son assemblée générale annuelle à Burlington, le samedi 13 juin, à l'hôtel Travelodge, au 2020 Lakeshore Road, Burlington, Ontario, L7R 4G8. Pour plus d'information sur cette assemblée, vous pouvez contacter la section Hamilton/Burlington d'OC au (905) 525-5398 ou visiter le site Internet www.osteoporosis.ca. ♦

Rédaction

Barbara Matthews
Shannon Gale
Suzette Poliquin

Traduction

Lynne Poliquin

Merci à nos partenaires subventionnaires

L'Alliance: sanofi-aventis
et Procter & Gamble Pharmaceuticals
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
Eli Lilly Canada Inc.
Merck Frosst Canada Ltée
Novartis Pharma Inc.
Servier Canada Inc.

Vos centres régionaux

Calgary, AB
(403) 220-8236
Halifax, N-É
(902) 473-5725
Hamilton, ON
(905) 521-2100
poste 77709

Kingston, ON
(613) 533-6027
Québec, QC
(418) 525-4444
poste 47526
Saskatoon, SK
(306) 933-2663

St. John's, T-N
(709) 777-6270
Toronto, ON
(416) 864-5391
Vancouver, C-B
(604) 875-5928