

Chicago

Congrès mondial sur l'ostéoporose 2000

par Emmanuèle Garnier

La parathormone peut-être la clé de la guérison

UN NOUVEL AGENT suscite de grands espoirs dans le monde de l'ostéoporose : la parathormone. Elle semble accroître substantiellement la masse osseuse. « Nous avons vraiment besoin d'un médicament anabolisant. Nos meilleures thérapies, qui agissent en inhibant la résorption de l'os, ne réduisent le risque de fracture que de 50 % au plus », soutient la D^{re} **Felicia Cosman** au cours de sa conférence. La spécialiste du Helen Hayes Hospital, à New York, a elle-même montré que la parathormone permet de faire chuter de manière marquée le taux de fractures vertébrales.

« Nous avons vu dans notre étude une diminution de 100 % du taux de fractures vertébrales », précise la D^{re} **Jeri Nieves**, épidémiologiste et coauteure de l'essai clinique. L'effet de la parathormone sur la masse osseuse est également important. « Les bisphosphonates augmentent normalement la masse osseuse de la colonne vertébrale de 5 à 8 %, alors qu'avec la pa-

rathormone, nous avons constaté un accroissement de 13 à 14 %. Son effet sur le col du fémur est cependant semblable à celui de l'alendronate. »



La D^{re} Felicia Cosman.



La D^{re} Jeri Nieves.

Photos : Emmanuèle Garnier

Les résultats sont éloquents : les chercheurs ont dénombré sept fractures dans le groupe ne prenant que l'hormonothérapie, mais aucune dans celui où les patientes recevaient en plus la parathormone. Un an après la prise de cette substance, la densité osseuse n'a par ailleurs pas changé à la hanche, mais a décliné un peu dans la colonne vertébrale.

Une densité osseuse de nouveau normale

« En ce qui concerne l'augmentation de la densité osseuse, on peut presque parler de guérison », n'hésite pas à affirmer le D^r **Bruce Roe**, endocrinologue à l'University of Manitoba, qui a également mené un essai clinique sur la parathormone. « À la fin de notre étude, plus de 65 % des patients du groupe traité avaient une densité osseuse normale, et 92 % avaient un niveau supérieur au seuil d'ostéoporose. »

Le D^r Roe et ses collaborateurs ont recruté 74 femmes souffrant d'ostéoporose ménopausique qui prenaient des hormones de remplacement depuis au moins un an. Une partie du groupe s'administrait chaque jour 25 µg de parathormone et l'autre un placebo. Après deux ans de traitement, la densité minérale osseuse de la colonne lombaire des femmes traitées s'était accrue de 29,2 %, alors que celle du groupe témoin n'avait augmenté que de 0,9 %. En ce qui concerne le col du



Le D^r Bruce Roe.

fémur, l'accroissement était de 11 % chez les patientes index, mais de seulement 0,2 % chez les autres.

L'inconvénient du traitement réside évidemment dans les injections. Mais cet obstacle est moins important qu'on pourrait le croire. « Très peu de femmes ont refusé de participer à l'étude à cause des injections et peu se sont ensuite plaintes des piqûres. Si on leur explique que leur densité osseuse augmentera de manière importante grâce au médicament et qu'elles n'auront à se l'administrer que pendant deux ou trois ans, elles acceptent les injections, surtout si elles ont des fractures qui les

font souffrir », explique le D^r Roe.

Une action rapide

La parathormone semblerait agir avec célérité. « Au début de l'étude, nous avons constaté que la formation d'os s'accroissait très rapidement selon les mesures des marqueurs biochimiques du remodelage osseux. Dès le premier mois, il y avait une augmentation importante qui culminait au sixième », explique la D^{re} Cosman.

Les effets secondaires de l'hormone ne semblent pas très importants. « Quelques patientes ont eu une réaction au point d'injection », indique la D^{re} Nieves.

Tant la D^{re} Cosman que le D^r Roe ont, par ailleurs, tenu à ce que leurs patientes prennent des œstrogènes en plus de la parathormone. Une précaution. Les chercheurs craignaient que la fabrication d'os provoquée par la parathormone se produise dans certaines zones au détriment du reste du squelette. « Nous pensons que les œstrogènes pourraient protéger tous les os », explique la D^{re} Nieves.

Mais qu'arrive-t-il vraiment si la parathormone est donnée sans œstrogènes ? Une étude présentée par la suite à la réunion annuelle de l'Endocrine Society a montré que, donnée seule, la parathormone réduit de plus de 65 % les fractures vertébrales et de 54 % les cassures non vertébrales après un à deux ans de traitement chez les patientes ostéoporotiques.

L'effet de domino des fractures vertébrales

A PRÈS UNE FRACTURE vertébrale, un patient ostéoporotique a presque 20 % de risque d'en avoir une autre dans l'année qui suit. « Une fois qu'une cassure survient, il se produit un effet de domino et les personnes accumulent rapidement les fractures, puis se retrouvent dans un état de plus grande vulnérabilité », explique le D^r **Robert Lindsay**, spécialiste au Helen Hayes Hospital à New York et coprésident du congrès.

Contrairement à ce que l'on a toujours cru, l'ostéoporose n'est en fait pas cette maladie qui progresse lentement. Le D^r Lindsay et ses collaborateurs de différents pays l'ont découvert en s'intéressant aux 2725 femmes ménopausées des groupes témoins de

trois essais cliniques sur le risédronate. Toutes avaient reçu pendant trois ans 1000 mg par jour de calcium et de la vitamine D au besoin. Cinquante-sept pour cent avaient déjà eu au moins une fracture d'une vertèbre.

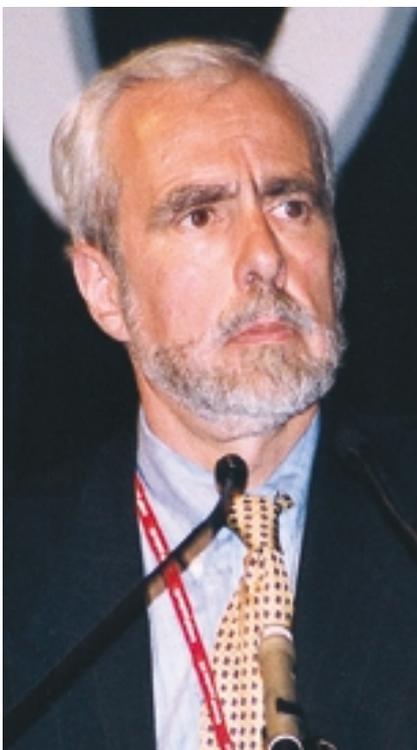
Les résultats des radiographies prises au début des essais cliniques et annuellement ont révélé que, parmi les 381 femmes victimes d'une nouvelle fracture vertébrale, 19,2 % en ont subi une autre dans les 12 mois qui ont suivi. Le risque augmentait par ailleurs avec le nombre de fractures. Alors que 11,5 % des femmes qui n'avaient qu'une cassure en ont subi une seconde dans la même année, 24 % de celles qui en avaient déjà deux ou plus en ont eu une nouvelle.

« Ces données montrent que ces fractures successives surviennent rapidement. Il y a par conséquent une certaine urgence à poser un diagnostic d'ostéoporose et à traiter un patient qui a une fracture vertébrale », estime le D^r Lindsay.

« Je pense qu'on a maintenant assez d'arguments pour considérer qu'un traitement de prévention secondaire doit être donné à 100 % des patientes qui ont une fracture vertébrale. On doit absolument se sortir de l'esprit que l'ostéoporose est une maladie qui progresse lentement », estime pour sa part le D^r **Christian Roux**, rhumatologue de Paris et l'un des chercheurs de l'étude.

Traiter pour réduire rapidement le risque

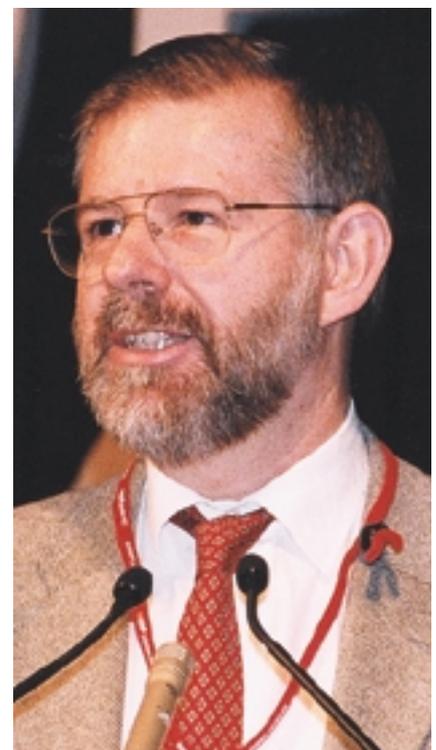
Le risédronate, qui vient tout juste



Le D^r Robert Lindsay.



Le D^r Christian Roux.



Le D^r Richard Eastell.

d'être homologué, et l'alendronate pourraient être les agents recherchés pour cette prévention secondaire. Tous deux se sont avérés capables de faire chuter le risque de fracture en seulement un an chez des patients ostéoporotiques.

Le D^r **Richard Eastell**, chercheur britannique, a dévoilé à la fin du congrès une analyse faite à partir des résultats récoltés dans cinq études sur le risédronate. Les patients regroupés représentaient un large éventail : femmes vulnérables aux fractures vertébrales, patientes exposées aux fractures de la hanche et personnes des deux sexes prenant des corticosté-

roïdes par voie orale. En tout, plus de 13 000 sujets.

Les patients avaient reçu soit 2,5 mg de risédronate, soit 5 mg, soit un placebo. Tous avaient pris du calcium et, généralement, de la vitamine D au besoin.

Après un an, les sujets ayant pris 5 mg de risédronate avaient beaucoup moins de risques de subir une fracture vertébrale que ceux du groupe témoin. La réduction du risque allait de 55 % chez les patientes susceptibles d'avoir une fracture de la hanche, à 70 % chez les sujets qui prenaient des corticostéroïdes. « Le risédronate a donc été associé de manière constante à un ef-

fet antifracturaire rapide chez des patients présentant différents facteurs de risque d'ostéoporose », conclut le chercheur.

Peut-on étendre ces résultats à l'alendronate ? L'analyse des données de l'étude FIT (Fracture Intervention Trial) présentée au congrès révèle qu'en 12 mois l'alendronate a permis de réduire de 59 % le risque de fracture symptomatique de la colonne vertébrale chez des femmes de 55 à 80 ans souffrant d'ostéoporose. « Le risédronate et l'alendronate sont les deux bisphosphonates qui, à ce jour, ont entraîné une diminution réelle du taux de fractures », indique le D^r Roux.

102 Un comprimé d'alendronate une fois par semaine

LA POSOLOGIE DE L'ALENDRONATE pourrait se simplifier : 35 mg une fois par semaine plutôt que 5 mg tous les jours. Sur le plan thérapeutique, cette nouvelle formule serait équivalente à la posologie actuelle.

« Ce schéma posologique est particulièrement intéressant pour la prévention. Les patients qui risquent de souffrir d'ostéoporose mais qui n'en sont pas encore atteints sont moins motivés à prendre quotidiennement un médicament que ceux qui ont déjà une fracture », explique le D^r **H. Bone**, de la Michigan Bone & Mineral Clinic, en présentant ses résultats.

L'essai clinique d'un an qu'a mené le chercheur comprenait 723 femmes ménopausées mais non ostéoporotiques. Les sujets, randomisés, prenaient soit 35 mg d'alendronate une



Le D^r H. Bone.

fois par semaine, soit 5 mg par jour.

Résultat : après 12 mois, l'augmentation moyenne de la densité minérale osseuse de la colonne lombaire était similaire dans les deux groupes. « L'accroissement était moindre que prévu parce que ces patientes n'étaient pas atteintes d'ostéoporose », précise le conférencier. L'effet des deux schémas posologiques sur la vitesse de renouvellement de l'os était par ailleurs identique.

« En ce qui concerne la tolérabilité, nous avons porté une attention particulière aux effets gastro-intestinaux et n'avons pas noté de différence substantielle entre les deux groupes », ajoute le D^r Bone. La dose hebdomadaire d'alendronate de 35 mg offre donc une solution de rechange que bien des patients pourraient trouver pratique, estime le chercheur.

L'ostéoporose au masculin

L'OSTÉOPOROSE est fréquente chez les hommes : un sur huit en souffre après 50 ans. Comme les femmes, ils connaissent avec l'âge une augmentation exponentielle des fractures des vertèbres et du col du fémur, mais qui commence 5 à 10 ans plus tard.

À 50 ans, hommes et femmes encourent le même risque de fractures. Entre 50 et 70 ans, le risque augmente chez les femmes, mais se stabilise ensuite. Vers 70 ans, les deux sexes subissent des fractures à peu près au même rythme, explique le D^r **Eric Orwoll**, de l'Oregon Health Sciences University à Portland, aux États-Unis, dans la conférence d'ouverture de la séance consacrée aux hommes.

L'âge est un facteur qui commence à apparaître avec plus de netteté aux chercheurs. Les hommes, qui échappent

à la perte osseuse ménopausique, sont ainsi rattrapés par celle que cause la vieillesse. Une étude faite à Rotterdam a montré qu'après la ménopause les femmes perdent plus de masse osseuse que les hommes. Mais vers la fin de la soixantaine, les deux sexes subissent une diminution de la masse osseuse qui se poursuit jusqu'à un âge avancé. « Nous avons appris de ces différences entre les sexes que, chez la femme âgée, la principale cause de la perte osseuse n'est pas liée à la post-ménopause, mais à l'âge », commente le D^r Orwoll.

Les hommes perdent finalement moins de masse osseuse que les femmes au cours de leur vie. Mais cet élément seul n'expliquerait pas leur taux de fractures plus bas. « La fréquence des chutes et leur manière de

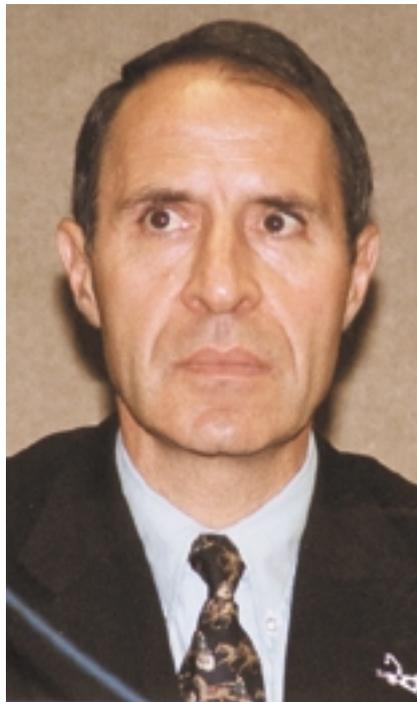
tomber sont différentes », explique le conférencier. Une étude portant sur des patients ostéoporotiques hospitalisés après une fracture révèle que le nombre de chutes et de blessures augmente avec les dernières tranches d'âge de 10 ans. Mais dans chacune, les femmes font plus de chutes que les hommes. « C'est une donnée constante dans les différentes études », précise le chercheur. En outre, à cause de la morphologie distincte des hommes et de la force d'impact qui diffère chez eux, leurs chutes se différencient de celles des femmes.

Les bisphosphonates fonctionnent. Et les hormones ?

« L'ostéoporose chez les hommes



Le D^r Eric Orwoll.



Le D^r René Rizzoli.



La D^{re} Lois Wehren.

n'est pas adéquatement diagnostiquée ni suffisamment étudiée », déplore de son côté le D^r **René Rizzoli**, professeur adjoint de médecine à l'Hôpital universitaire de Genève. « Aux États-Unis, aucun médicament n'est approuvé pour le traitement de l'ostéoporose chez l'homme. Cela est particulièrement inquiétant, parce que les fractures ostéoporotiques chez les hommes sont associées à un taux de morbidité et de mortalité important, qui excède même celui des femmes. »

Les connaissances sur le traitement et la prévention de l'ostéoporose chez les hommes progressent néanmoins. Des études ont récemment montré que la prise de suppléments de vitamine D et de calcium était efficace. On sait également que les bisphosphonates permettent de prévenir la perte de masse osseuse chez les hommes traités avec des corticostéroïdes.

Le D^r Rizzoli, pour sa part, a dévoilé les résultats d'une étude montrant l'efficacité de l'alendronate chez les patients de sexe masculin. En collaboration avec des chercheurs de différents pays, il a suivi 241 hommes de 31 à 87 ans souffrant d'ostéoporose, dont la moitié avaient déjà eu une fracture. Pendant deux ans, 95 ont reçu un placebo et 146 ont eu 10 g par jour d'alendronate. Les résultats ont montré que le bisphosphonate pouvait réduire chez eux le taux de nouvelles fractures ver-

tébrales de 7,1 % à 0,8 %, prévenir la diminution de la taille et augmenter la densité minérale osseuse des vertèbres et du col du fémur.

Et l'hormonothérapie substitutive ? Pendant trois ans, une chercheuse a traité avec de la testostérone des hommes âgés dont la concentration d'hormones mâles était légèrement faible, rapporte le D^r Orwoll. Elle a constaté une augmentation de la densité osseuse des vertèbres de 8 % et du col du fémur de 3 %. Aucun problème concernant la prostate ou les lipides ne s'est manifesté. Ces résultats ouvriraient de nouvelles avenues. « Devrions-nous traiter les hommes âgés avec des androgènes ? » se demande le spécialiste. Il reste néanmoins prudent. « Nous ne savons rien des risques et des avantages de cette thérapie, et ce domaine est incroyablement compliqué. »

Dramatiques fractures chez les hommes

Chez l'homme, la cassure du col du fémur est particulièrement redoutable. « La mortalité après une telle fracture est à peu près le double chez les hommes que chez les femmes », souligne la D^{re} **Lois Wehren** de l'University of Maryland, à Baltimore.

Mais à quoi est due cette différence de mortalité ? Aux complications mé-

dicales ? Au type de fracture ? Aux soins reçus ? La chercheuse et son équipe ont suivi pendant deux ans une cohorte de 804 hommes et femmes ayant subi une fracture de la hanche. Les hommes étaient plus jeunes, mais avaient un peu plus de maladies concomitantes.

Dans cette étude, les hommes ont vécu significativement moins longtemps que les femmes : 527 jours par rapport à 624. « L'effet de la fracture sur les hommes est immédiat. Dans les 100 premiers jours, la différence entre leur taux de décès et celui des femmes est déjà substantielle. Ensuite, les courbes de mortalité sont à peu près parallèles. Douze mois après la fracture, 31 % des hommes sont morts par rapport à 15 % des femmes. Après 24 mois, 42,4 % des hommes sont décédés, ce qui n'est le cas que de 23,3 % des femmes », explique la spécialiste.

Comment expliquer ce fait ? Les chercheurs ont trouvé différents facteurs associés à la survie, mais aucun n'expliquait la différence entre les sexes : ni l'âge, ni les maladies concomitantes, ni les complications, ni les anomalies relevées sur les radiographies de la poitrine, ni la durée d'hospitalisation. « Cet accroissement de la vulnérabilité des hommes qui ont une fracture de la hanche doit faire l'objet d'autres études. »

Les corticostéroïdes en inhalation et les os des liens complexes

LES ASTHMATIQUES qui inhalent de grandes quantités de corticostéroïdes sont-ils particulièrement exposés aux fractures ? Oui, mais leur

vulnérabilité pourrait davantage tenir à la gravité de leur maladie qu'au médicament.

Le D^r **Tjeerd van Staa** de l'univer-

sité d'Utrecht, aux Pays-Bas, dévoilait les résultats d'une étude qu'il a menée avec deux de ses collègues sur des adultes asthmatiques. Les chercheurs

ont comparé les taux de fractures vertébrales, non vertébrales et de la hanche de quelque 170 000 consommateurs de corticostéroïdes inhalés à ceux d'environ 170 000 patients appariés et de quelque 100 000 utilisateurs de bronchodilatateurs. Les données ont été puisées dans la General Practice Research Database du Royaume-Uni, qui contient les dossiers médicaux des généralistes.

« Nous avons découvert que les patients recourant aux corticostéroïdes présentaient un plus grand risque de fracture que ceux qui n'utilisaient aucun médicament contre l'asthme. Cependant, leur risque était le même que celui des asthmatiques recourant à un bronchodilatateur. Cela semble indiquer que l'accroissement du risque de fracture est davantage dû à la maladie qu'au traitement », explique le D^r van Staa.

Le risque de fracture augmente par ailleurs avec la dose de corticostéroïdes. Les patients plus malades utiliseraient des quantités plus grandes, avance le chercheur. Avec une dose quotidienne de moins de 300 µg de bécloéthasone, le risque de fracture de la hanche est de 0,95 (0,67-1,34) par rapport à celui du groupe témoin, mais atteint 1,77 (1,31-2,40) avec une dose de 700 µg ou plus.

Quelle conclusion peut-on tirer de ces résultats? « La densité de la masse osseuse des patients gravement atteints d'asthme doit être surveillée de près, quel que soit leur traitement. »

Le budésonide n'affecte pas la densité minérale osseuse des enfants

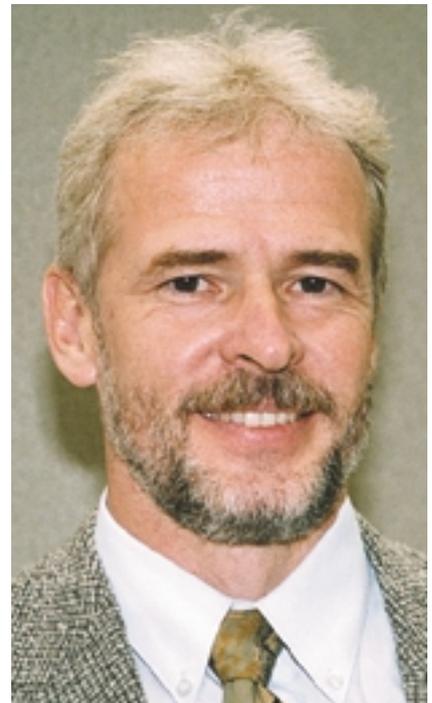
Bonne nouvelle. Des enfants asthmatiques traités quotidiennement, pendant trois à sept ans, avec 189 à



Le D^r Tjeerd van Staa.

1322 µg de budésonide sous forme inhalée ne présentent pas une densité minérale osseuse ni un taux de calcium osseux anormaux, soutient l'affiche des D^{rs} L. Agertoft et S. Pedersen, du Danemark.

Les chercheurs, du département de pédiatrie de l'hôpital Kolding, ont suivi 268 enfants asthmatiques : 157 prenaient une dose quotidienne moyenne de 504 µg de budésonide, et 111 n'avaient jamais été traités avec des corticostéroïdes, selon la volonté de leurs parents. Les chercheurs ont effectué une absorptiométrie à rayons X en double énergie (DEXA) sur les deux groupes et n'ont pas trouvé de différence significative en ce qui concerne la densité minérale osseuse totale, la capacité minérale osseuse totale du corps et la mesure du calcium osseux total. Ils n'ont pas non plus noté de corrélation entre ces paramètres et la durée du traitement, la quantité ac-



Le D^r Milan Bayer.

cumulée de budésonide ou les doses que prenaient les enfants au moment de l'étude.

Une seconde affiche des chercheurs montre que, chez les enfants asthmatiques, un traitement quotidien de 200 à 400 µg de budésonide en inhalation n'affecte pas plus la densité minérale osseuse et les marqueurs de la vitesse du renouvellement osseux, après un an, que la prise de 8 mg de nédrocromil par jour.

La fluticasone aurait des effets sur les os des enfants

Après seulement 15 mois de traitement, la fluticasone à une dose moyenne de 200 µg par jour aurait des effets mesurables sur les os chez les enfants et les adolescents asthmatiques, met en garde une affiche présentée par le D^r Milan Bayer, de l'université Charles, à Prague.

« Il faut tenir compte du fait que la nouvelle génération de corticostéroïdes est plus puissante. Avec des doses deux fois moins importantes que celles qu'exigent les autres stéroïdes, on constate des modifications de certains paramètres de l'échographie osseuse après 12 à 15 mois. Cela signifie qu'avant de commencer un traitement avec ce médicament, il est nécessaire de mesurer la densité osseuse par une ultrasonographie et de surveiller les changements après six mois et un an », préconise le pédiatre.

Le D^r Bayer et ses collègues ont suivi, pendant 27 mois, 55 patients âgés de 4 à 17 ans prenant de la fluticasone sous forme inhalée pour traiter leur asthme, dont l'intensité allait de léger à modéré. À des intervalles de neuf mois, les chercheurs ont fait un examen clinique des sujets et effectué des tests d'urines et de sang. Ils ont également procédé sur ces patients et sur

un groupe témoin de 409 enfants en bonne santé à un examen du calcaïum en utilisant l'appareil à échographie osseuse CUBA McCue.

La croissance des enfants asthmatiques s'est révélée normale. Les mesures des marqueurs biochimiques présents dans le sérum (calcium, phosphore, phosphatase alcaline et cortisol) et dans les urines (minéraux et cortisol dans une collecte d'urines de 24 heures) ne présentaient pas non plus d'anomalies.

Cependant, dans les échographies osseuses, la mesure de la vitesse du son, qui exprime surtout la densité osseuse, a été le premier signe d'un effet du médicament sur les os. Les chercheurs ont découvert que, après un an de thérapie, les enfants ayant reçu des doses cumulatives de 50 à 100 mg de fluticasone avaient des valeurs significativement différentes de celles des patients témoins. Les données révè-

lent également que les paramètres mesurés deviennent particulièrement anormaux chez les enfants qui ont pris des doses élevées ou dont le traitement était plus long.

« Comme avant un an on peut trouver des changements osseux normaux, peut-être les études précédentes sur la fluticasone étaient-elles trop courtes pour détecter des modifications significatives », pense le chercheur.

Que faire alors ? « On peut traiter les enfants asthmatiques avec la fluticasone, mais il faut tenir compte des changements osseux possibles et adopter des mesures préventives très tôt », estime le D^r Bayer. Quelles peuvent être les conséquences des changements observés ? « Les jeunes patients traités à long terme avec ces stéroïdes en inhalation pourraient ne pas atteindre leur masse osseuse maximale et courir plus de risques de souffrir d'ostéopore plus tard. »

Inutile de traiter les non-ostéoporotiques

UN MÉDICAMENT comme le risédronate ne réduit le taux de fractures de la hanche que chez les patients souffrant d'ostéoporose, se sont aperçus le D^r **Michael McClung** et ses collaborateurs dans une étude comptant 9331 patients.

« Il existe deux types de facteurs de risque de fracture de la hanche, explique le spécialiste de l'Oregon Osteoporosis Center, aux États-Unis, au cours de la présentation de ses résultats. Il y a d'une part les problèmes squelettiques, comme l'ostéoporose et la présence d'une fracture vertébrale et, d'autre part, une seconde catégorie comprenant le fait d'être frêle ou d'avoir tendance à tomber. »

Les chercheurs ont voulu savoir quel était l'effet du risédronate sur le taux

de fractures de la hanche en fonction des facteurs de risque des sujets. Deux groupes ont été formés. Un premier comprenait des patientes de 70 à 79 ans, ayant entre autres une faible densité minérale osseuse au col fémoral. Le second groupe était constitué de femmes de 80 ans et plus, dont la majorité étaient frêles et avaient au moins un facteur de risque clinique tel que la difficulté à se tenir debout, à reproduire la démarche du funambule (*tandem gait*) ou des blessures survenues au cours de la dernière année à cause de chutes.

Impuissant pour les facteurs de risque cliniques

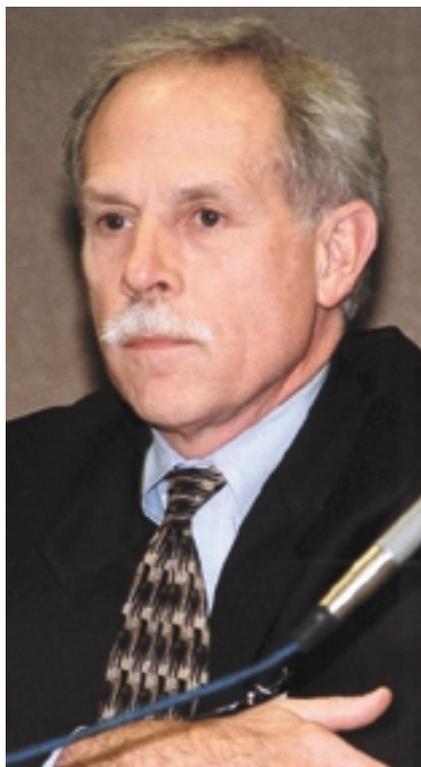
Pendant trois ans, les patientes ont

pris quotidiennement du risédronate (2,5 mg ou 5 mg) ou un placebo. Elles absorbaient également 1 g de calcium quotidiennement, et de la vitamine D si leur taux était trop bas.

Dans le premier groupe, constitué de femmes ostéoporotiques, le risédronate a bien fonctionné : il a réduit de 39 % le risque de fracture de la hanche des patientes qui le prenaient. La réduction a même grimpé à 58 % chez les femmes souffrant d'au moins une fracture vertébrale.

Dans le second groupe, cependant, le médicament n'a eu aucun effet. « Les facteurs de risque clinique ne suffisent donc pas à indiquer chez quels patients une intervention pharmacologique sera efficace », conclut le D^r McClung.

« Le risédronate est efficace pour



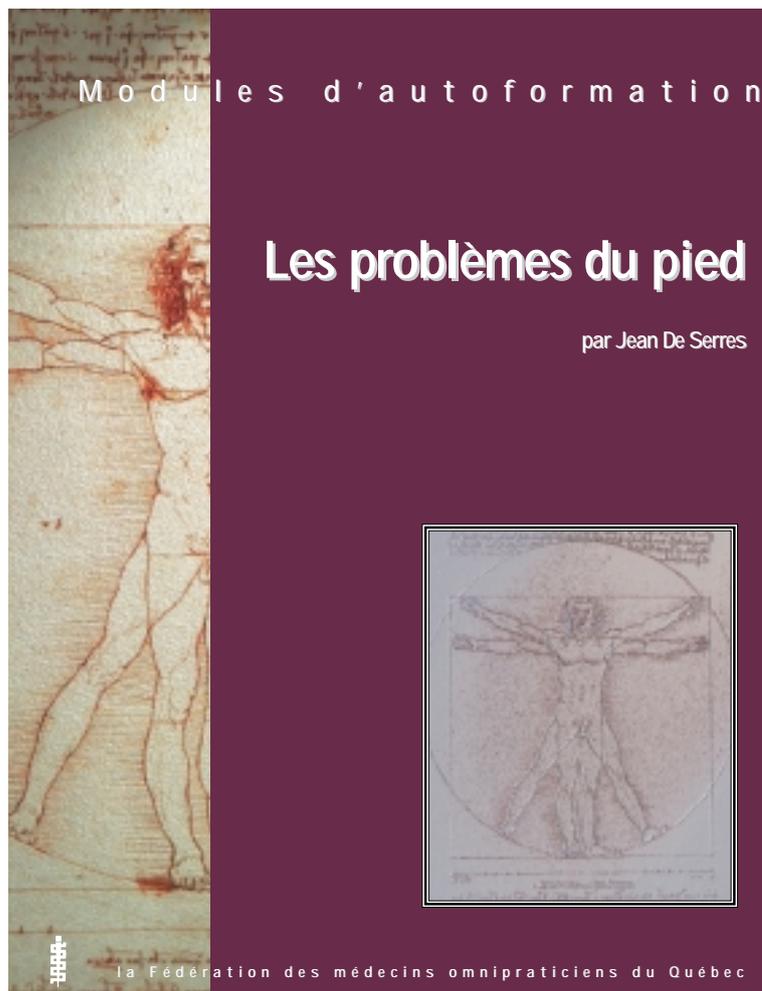
Le D^r Michael McClung.

prévenir les fractures du col du fémur, mais seulement chez les personnes atteintes d'ostéoporose. Un patient qui n'a que des risques de chute ne bénéficiera pas de ce traitement. Il faut vérifier qu'il souffre vraiment de cette maladie en mesurant sa densité osseuse », résume dans une entrevue le D^r **Christian Roux**, rhumatologue français ayant participé à l'étude.

Les facteurs de risque cliniques, inutiles comme critères pour prescrire le risédronate, peuvent cependant servir à repérer les patientes pour qui une mesure de la densité osseuse serait judicieuse. « On sait que la probabilité de fracture est très grande chez les femmes âgées qui, en plus d'avoir un facteur de risque clinique, ont une mesure basse », précise le D^r Roux. □

La couverture de ce reportage a été possible grâce à une subvention de Procter & Gamble.

Module à paraître



**Les modules d'autoformation
sont en vente chez Somabec et au stand d'accueil
des congrès de formation continue de la FMOQ**

Renseignements : 1 800 361-8118

Télécopieur : (450) 774-3017

Courriel : bp295@somabec.qc.ca