

EDITORIAL

Chers collègues,
Chers membres de l'ASCO

Ce numéro spécial de notre newsletter, intitulé «Past, Present, Future», paraît à l'occasion du 20e anniversaire de la SVGO/ASCO.

L'idée qui a mené à la création de notre association est née à Lausanne. Dès le début, le professeur Peter Burckhardt et d'autres personnes engagées aspiraient à créer une association pluridisciplinaire qui – en plus de leur propre action de médecin spécialisé – poursuivait le but commun de lutter contre l'ostéoporose. C'est d'ailleurs ce qui explique le «contre» dans le nom de notre association: les associations médicales spécialisées classiques se définissent généralement par un «pour».

Les sujets de chaque contribution correspondent à l'orientation choisie lors des différents mandats:

- 1989 - 1995: épidémiologie et clinique de l'ostéoporose (P. Burckhardt)
- 1995 - 2001: thérapie de l'ostéoporose (M. Kraenzlin)
- 2001 - 2007: évaluation du risque de fracture (R. Rizzoli)

Durant les années 70, on ne prenait guère au sérieux l'intérêt particulier montré par certains pionniers suisses du domaine de l'ostéoporose, comme le professeur Courvoisier à Genève et le professeur Haas à Bâle, pour ne citer que deux noms parmi d'autres. Nous étions alors encore bien loin du diagnostic précoce non-invasif ou même d'une thérapie efficace. Par conséquent, il n'existait aucune concurrence pour déterminer qui devait représenter le domaine dans la pratique. Les choses ont changé, notamment avec l'introduction de TARMED. Un changement qui ne montre pas que des aspects positifs. Notre objectif pour les prochains vingt ans devrait donc inciter tous les médecins, internistes, endocrinologues, rhumatologues, gynécologues et ostéologues à tirer à nouveau sur la même corde et dans la même direction dans le cadre de la lutte contre l'ostéoporose, une des maladies très fréquentes, afin d'utiliser au mieux les ressources de plus en plus limitées en cette période de crise économique.

Cordialement,
Martin Birkhäuser
Président SVGO/ASCO

20 Années ASCO: „Past, Present, Future“

La fondation et les premières années P. Burckhardt, président 1989-1995

Thérapie de l'ostéoporose

M. E. Kraenzlin, président 1995-2001

Évaluation du risque de fracture

R. Rizzoli, président 2001-2007

ASCO: „Where are we going?“

M. Birkhäuser, président dès 2007

1989-1995: La fondation et les premières années de l'ASCO

Fondation de l'ASCO en 1989

Contrairement à leurs collègues d'autres pays, les spécialistes suisses de l'ostéoporose ne s'étaient pas encore réunis sous forme d'association dans les années quatre-vingt, une situation désavantageuse pour eux comme pour l'industrie pharmaceutique. L'aspect multilingue et donc aussi multiculturel de notre pays nous fournissait certes une bonne excuse pour ce retard, excuse cependant obsolète dès le jour où l'on me demande – en tant que Suisse alémanique travaillant en Romandie – de rompre la glace. Les échos que j'ai alors rencontrés d'un côté comme de l'autre de la Sarine se sont immédiatement révélés favorables, bien que deux groupes essentiellement scientifiques craignaient qu'une association axée sur la médecine clinique ne risque d'empêcher la création ultérieure d'une société scientifique, un malentendu dissipé dès la séance de fondation de l'ASCO à Berne. Finalement, les principales tâches fixées dans les statuts seront l'information aux patients, aux médecins et au public ainsi que le travail de coordination. Dès le départ, la création d'une association purement scientifique a donc été proposée, puis rapidement réalisée sous la forme de la fondation de la SBMS.

Premières tâches

Il s'agissait tout d'abord d'intéresser, de recenser et de motiver les confrères s'intéressant à l'ostéoporose en Suisse, et si possible de les réunir. Il a fallu organiser une assemblée annuelle séduisante et établir et publier une liste des centres de densitométrie du pays avant de se lancer dans des séminaires pour le corps médical et de s'adresser au public.

Dès le début, nous avons invité un représentant de l'Office fédéral des Assurances sociales et un autre du Concordat des Assurances maladie à toutes nos réunions dans l'espoir d'éveiller auprès de ces instances la compréhension et l'intérêt pour le problème de l'«ostéoporose» afin de faire reconnaître l'ostéoporose comme maladie et par conséquent obtenir le remboursement des mesures de densité osseuse. Des objectifs atteints grâce à l'engagement plus que motivé de Dr Pedro Koch (OFAS) et de Dr Reto Gütsch (Concordat des Assurances maladie). Nos premières actions suivantes comprenaient également la publication – sous la présidence de Marius Kraenzlin – d'un article de fond présentant le problème de l'ostéoporose en Suisse (Epidemiologie der Osteoporose. Schweiz Med Wochenschrift 1997;127:659-667).

Les connaissances d'alors

A l'époque, il existait certes des travaux rédigés par des auteurs suisses au sujet de l'épidémiologie de l'ostéoporose, mais pas de véritables enquêtes épidémiologiques sur l'ostéoporose et les fractures ostéoporotiques en Suisse, à l'exception d'une statistique des Hôpitaux Universitaires de Genève (Nydegger et al., Osteoporos Int 1991; 2: 42) et d'un recensement des fractures de hanche dans le canton de Vaud (Jéquier et al., Osteoporos Int 1995; 5: 191). Les résultats se recoupaient avec les chiffres publiés dans la littérature (essentiellement américaine). A cette époque sont aussi parues les premières études socio-économiques suisses (Schürch et al., J Bone Miner Res 1996; 11: 1935, Meine et al., Z Unfallchir Versicherungsmed 1993; 86: 66).

Contacts avec l'industrie

Un soutien financier de l'industrie s'avérait nécessaire pour nous permettre d'organiser l'information au public et le perfectionnement des médecins, en veillant toutefois à ce que nos activités ne soient ni dirigées ni influencées par l'industrie pharmaceutique. Nos statuts, élaborés en collaboration avec une agence professionnelle (Medlink), nous ont permis de réunir à une même table, avec un rapport des forces équilibré, les sponsors de l'industrie et les spécialistes médicaux de l'ostéoporose. Les sponsors se sont alors conduits en partenaires parfaitement corrects puisque la réalisation de nos premières publications, l'organisation de cours s'adressant aux médecins et les manifestations grand public se sont déroulées sans subir la moindre influence de la part de l'industrie. Cette organisation («Conseil suisse de l'ostéoporose»), que j'ai eu le plaisir de diriger pendant quelque temps, a permis de financer les cours et les publications de l'ASCO.

Contacts avec les autorités de santé publique

Grâce à la participation régulière de Dr Pedro Koch (OFAS) et de Dr Reto Gütsch (Concordat des assureurs-maladie) à nos assemblées annuelles, nous sommes par la suite parvenus à ce que l'OMS reconnaisse l'ostéoporose en tant que maladie et qu'elle puisse être diagnostiquée et traitée à la charge des caisses. Nous avons également pu compter sur le soutien d'une représentante du «Eidgenössischer Gesundheitsdienst» lors de la préparation des travaux s'adressant au

Contenu

- Editorial	Page 1
- 20 Années ASCO	Pages 1-4
- Agenda	Page 4

public, la publication de directives à l'attention des médecins et la préparation des outils pédagogiques nécessaires aux cours destinés au corps médical.

Contacts avec le corps médical

En ces temps de pionniers, les connaissances du corps médical sur l'ostéoporose ne faisaient qu'émerger et nos séminaires organisés dans de nombreux endroits en Suisse ont trouvé un excellent accueil, tout comme d'ailleurs les manifestations pour le public. La rédaction et la distribution des premières lignes directrices à l'intention du corps médical, de plus en plus nécessaires, ont été réalisées dès 1997 sous la présidence de PD Dr Marius Kränzlin.

Contacts avec les patients

Notre association ne s'est jamais fixé pour but d'apporter une assistance axée sur les patients, raison pour laquelle nous avons par la suite soutenu avec grand intérêt la création d'une telle organisation. Il s'est cependant avéré que la «Donna mobile» s'engageait elle aussi principalement dans la sensibilisation au public, pouvant donc se révéler une organisation concurrente susceptible de provoquer quelque tracasserie lorsqu'il s'agissait d'organiser une assistance aux patients.

Conclusion

Durant les premières années, l'intérêt pour l'ostéoporose ainsi que les connaissances sur la maladie n'ont progressé que lentement, au sein du corps médical comme auprès du grand public. Nos activités sont restées modestes jusqu'à la création du «Conseil suisse de l'ostéoporose» qui a apporté la fondation d'un partenariat stable avec l'industrie et qui a permis à l'ASCO de s'adresser autant au corps médical qu'au public avec des produits qualifiés (publications, aide-mémoire, lignes directrices, conférences, séminaires).

Peter Burckhardt
Lausanne

1995 - 2001: Le traitement de l'ostéoporose est révolutionné

Un vingtième anniversaire est une excellente occasion de faire une rétrospective et de laisser passer en revue les événements et les activités des dernières années.

À l'époque les maladies métaboliques de l'os gagnaient en importance. De nos jours d'ailleurs, une augmentation de la prévalence de ces maladies, et notamment de l'ostéoporose, doit également être escomptée pour les années à venir. En parallèle à ce développement, l'intérêt pour l'ostéoporose s'est sensiblement accru durant les années 90, les nouvelles connaissances ne fournissant pas seulement une plus vaste offre d'informations, mais menant parfois aussi à des débats controversés au sujet du diagnostic ou du traitement des ostéopathies métaboliques. L'abondance de données issues d'études récentes et les connaissances quant à la complexité de l'ostéoporose pouvaient, à l'époque déjà, se montrer contradictoires et il s'avérait tout sauf aisé – et pas uniquement pour le non spécialiste – de dégager des principes pratiques et appropriés au quotidien clinique. Une des principales préoccupations de l'ASCO était dès lors de fournir au praticien des recommandations lui permettant d'acquérir une vue d'ensemble sur la base d'une représentation compacte.

Un des grands défis de l'époque – défi d'ailleurs

toujours d'actualité – était d'identifier les personnes présentant un risque de fracture élevé et de leur permettre de bénéficier d'une évaluation et d'un traitement appropriés. En 1996, l'ASCO a publié, selon ses connaissances d'alors, ses premières recommandations en matière de diagnostic, de prévention et de traitement de l'ostéoporose. Ces recommandations ont été revues en 2003 et seront une nouvelle fois actualisées cette année.

Il est réjouissant de noter qu'en parallèle à l'accroissement des personnes touchées par l'ostéoporose, les possibilités de diagnostic ont elles aussi augmenté: les techniques de laboratoire pour les marqueurs du métabolisme osseux sont devenues multiples et spécifiques, l'examen morphologique de l'os a permis, au-delà de la simple radiographie, de déterminer la masse osseuse et la minéralisation osseuse, sans bien sûr omettre la densitométrie qui est devenue un élément indispensable du diagnostic complétant l'examen clinique. Mais l'utilisation parfois indifférenciée de la densitométrie a aussi conduit à une limitation de la prise en charge par les caisses-maladie de sorte que l'ASCO, moyennant une demande adressée à l'OFSP, a pu étendre les indications devant obligatoirement être remboursées.

Soulignons que dans les années 90, la définition densitométrique de l'ostéoporose par l'OMS (T-score) a entraîné une surpondération de la densité osseuse comme seul indicateur de la nécessité de traitement. Très vite il est apparu qu'une évaluation plus complète de l'ensemble des composants du risque de fracture (âge, autres risques de fracture tels que fractures prévalentes, antécédents familiaux d'ostéoporose, etc.) devait avoir lieu afin de procéder à une évaluation et donc à un traitement plus ciblés. Il a fallu un certain temps avant de réaliser qu'il fallait, lors de l'interprétation des résultats de densitométrie, distinguer entre le seuil de diagnostic (définition de l'OMS) et le seuil d'intervention.

Au début des années 90, les médecins ne disposaient que de quelques médicaments pour le traitement de l'ostéoporose. Ils se bornaient alors à administrer du calcium, de la vitamine D3, des œstrogènes ou des fluorures. Les possibilités de traitement se sont à nouveau amoindries avec les conclusions d'une étude contrôlée qui a démontré que le traitement aux fluorures entraîne certes une hausse sensible de la minéralisation osseuse, mais que celle-ci n'est pas nécessairement accompagnée d'une réduction significative du risque de fracture. Les données sur l'utilisation de fluorure lors d'ostéoporose ménopausique se sont donc révélées insuffisantes. Malgré une hausse importante de la densité osseuse, le nombre des fractures n'avait pas significativement baissé.

C'est à cette époque qu'ont été publiées les premières études sur les bisphosphonates qui ont en fin de compte révolutionné le traitement de l'ostéoporose. Les connaissances sur les propriétés biologiques des bisphosphonates dataient de presque trente ans, le premier rapport étant paru en 1968. Le concept a été élaboré sur la base d'études antérieures effectuées par le professeur H. Fleisch sur un pyrophosphate inorganique. À l'origine, le pyrophosphate inorganique était utilisé comme adoucisseur de l'eau par l'industrie des détergents.

Partant de cette propriété d'«inhibiteur de calcification», le premier patient à être traité à l'etidronate (le premier bisphosphonate disponible)

était un enfant atteint de myosite ossifiante. Les premières études démontrant une possible réduction du risque de fracture (fractures vertébrales) grâce à l'administration d'un bisphosphonate, l'etidronate, ont été publiées en 1990, suivies par des études utilisant le pamidronate et enfin des études randomisées et contrôlées par placebo avec l'alendronate. La première étude utilisant l'alendronate a pu démontrer une augmentation de la minéralisation osseuse ainsi qu'une baisse simultanée du risque de fracture chez les patientes atteintes d'ostéoporose. Ces travaux ont en outre défini un niveau seuil très élevé en termes d'exécution des études d'intervention contrôlées pour la réduction du risque de fracture lors d'ostéoporose.

La gamme des possibilités thérapeutiques pour les patients souffrant d'ostéoporose ont donc commencé à s'étendre et les années suivantes ont vu de nouvelles études contrôlées avec d'autres bisphosphonates telles que le risédronate, l'ibandronate et plus récemment le zolédronate. L'effet de réduction du taux de fractures des bisphosphonates devenant de plus en plus connu, le traitement aux bisphosphonates s'est développé comme traitement standard lors d'ostéoporose durant la seconde moitié des années 90.

L'éventail des possibilités thérapeutiques s'est une nouvelle fois étendu au début du nouveau millénaire. Partant d'un autre principe thérapeutique antirésorptif, les modulateurs sélectifs des récepteurs des œstrogènes (raloxifène) ont été administrés avec succès et les études contrôlées ont montré que ce produit permettait lui aussi d'atteindre une réduction du taux de fractures vertébrales. La thérapie de l'ostéoporose a finalement été complétée d'un fragment recombinant de la parathormone endogène (tériparatide) qui par son action anabolique sur l'os (stimulation de l'ostéof ormation ostéoblastaire) entraîne une baisse significative du risque de fractures vertébrales et non-vertébrales.

Parallèlement à ces médicaments présentant différents principes actifs, l'éventail de thérapies permettant de combattre l'ostéoporose se développera encore ces prochaines années: de nouveaux médicaments seront en effet très prochainement disponibles pour l'utilisation clinique. Cette vaste «offre» autorise un traitement ciblé et individuel des patients atteints d'ostéoporose, mais en contrepartie, en tant que médecins, nous devons de plus en plus nous investir pour garder une vue d'ensemble de l'offre thérapeutique.

Marius Kraenzlin
Bâle

2001-2007: Du diagnostic à l'évaluation du risque absolu de fracture

En 1993, un groupe d'experts mandatés par l'Organisation Mondiale de la Santé a défini l'ostéoporose comme une maladie généralisée du squelette, caractérisée par une masse osseuse abaissée et des défauts osseux structuraux, conduisant à une fragilité osseuse augmentée et à un risque accru de fracture. Ce groupe a proposé également une définition opérationnelle de la maladie, à savoir un seuil diagnostique, basé sur la densité minérale osseuse de surface, mesurée à la colonne lombaire ou au fémur proximal, différant d'au moins 2.5 écarts-types par rapport à une population avec un risque fracturaire faible, à savoir de jeunes adultes en

bonne santé. Il existe une relation inverse entre le risque fracturaire et la densité minérale osseuse, cette dernière expliquant une large proportion de la variance de la résistance mécanique. Grâce à cette définition quantitative, il était donc possible de diagnostiquer la maladie avant que ne survienne sa complication, la première fracture. Cette définition permet d'identifier les patients à recruter dans les essais cliniques pour évaluer l'efficacité de nouveaux agents thérapeutiques. Elle sert aussi de base au remboursement des traitements : un traitement est remboursé en Suisse si le patient est ostéoporotique, même sans fracture, donc si sa densité minérale osseuse est en dessous du seuil de -2.5 écarts-types, ce fameux T-Score, qui est maintenant bien ancré dans la vie quotidienne. Pour obtenir le remboursement de l'examen d'ostéodensitométrie, une ordonnance de 2003 précise les indications suivantes : ostéoporose clinique, hypogonadisme, hyperparathyroïdie primitive, maladie digestive avec malabsorption, thérapie par glucocorticoïdes, et ostéogénèse imparfaite.

Si un examen d'ostéodensitométrie axiale (colonne et fémur proximal) permet de poser le diagnostic de la maladie, cette technique n'est un outil de dépistage à large échelle. En effet, sa sensibilité est par trop insuffisante et sa spécificité imparfaite. Ainsi, un nombre important de sujets subissant une fracture à basse énergie, donc une fracture survenant à la suite d'une chute de la hauteur, qui signe une fragilité accrue, ne sont pas en dessous du seuil diagnostique. La fracture est un événement stochastique, dépendant certes de la densité minérale osseuse, mais aussi d'autres facteurs, qu'ils soient osseux, mais non évalués par l'ostéodensitométrie, comme la géométrie et la microstructure osseuses, ou extra-squelettiques, comme la chute. Alternativement, la relation entre fragilité osseuse et densité minérale osseuse étant continue avec un gradient progressif, nombre de sujets avec une densité minérale osseuse située près du seuil diagnostique peuvent avoir un risque de fractures faibles en l'absence d'autres facteurs de risque cliniques.

Toujours sous l'égide de l'OMS, en 2008, un nouveau groupe de travail, dont certains de ses membres avaient déjà fait partie de celui de 1994, a développé une démarche basée sur la détermination du risque individuel absolu de fracture. Cette approche intègre des facteurs de risque cliniques indépendants de la densité minérale osseuse, avec ou sans prise en compte de cette dernière, qui est mesurée spécifiquement au niveau du col du fémur. Combinant les résultats obtenus dans plusieurs études prospectives de cohortes, qui représentent un quart de million de patients-années, des facteurs de risque de fracture ont été identifiés, qui remplissent les conditions suivantes : être associés de manière significative à la fracture, être facilement détectables par le médecin de premier recours, ne pas nécessiter d'examen supplémentaires, concerner femmes et homme, et pouvoir s'appliquer partout dans le monde. Ces facteurs ont été incorporés dans une équation permettant de prédire le risque de fracture absolu individuel. Les facteurs retenus sont l'âge, un antécédent de fracture, une fracture de hanche chez les ascendants directs, un traitement par glucocorticoïdes, l'abus de tabac et d'alcool, et une arthrite rhumatoïde, comme exemple d'ostéoporose dite secondaire. Les fractures prédites à l'aide de cette équation sont certes la fracture du fémur proximal, seule fracture pour laquelle on dispose de données épidémiologiques relativement exactes, mais aussi les fractures ostéoporotiques

dites principales, à savoir celles des vertèbres, de l'humérus proximal, du radius distal, et du fémur proximal. Quant à l'intervalle de temps au cours duquel le risque est déterminé, une période de 10 ans a été retenue, qui correspond en gros à la durée des plus longs essais thérapeutiques contrôlés (5 ans) et à la possible durée d'un effet rémanent enregistré avec certaines substances (5 ans). L'ensemble des données et l'équation ont généré l'instrument FRAX®, qui est disponible sur internet depuis février 2008. L'ensemble du développement figure dans un rapport technique de l'OMS, intitulé «Assessment of Osteoporosis at the Primary Health Care Level».

Il faut mentionner que l'équation prédictive de fracture a été validée dans un nombre important de cohortes indépendantes, parmi lesquelles l'étude suisse SEMOF. En tout, 290'000 patients, représentant 1.5 million de patients/années, plus de 18'000 fractures, dont 4'314 fractures du fémur proximal, ont permis d'établir et de valider FRAX®. Cet instrument n'est cependant pas parfait, souffrant d'un certain nombre de limitations. En effet, FRAX® n'intègre pas des facteurs de risque de fracture tels que la propension aux chutes ou le remodelage osseux. Mais il faut rappeler que les facteurs de risque à utiliser doivent être faciles et rapides à enregistrer, et n'induire aucun frais supplémentaire. Par ailleurs, FRAX® ne tient pas compte de l'influence de la dose : dose de glucocorticoïdes, nombre de fractures prévalentes, quantité de tabac et d'alcool. Il n'est basé que sur la densité minérale osseuse du col du fémur, et ne prend pas en compte celle de la colonne lombaire. En effet, ce dernier site de mesure n'était pas disponible de manière régulière dans toutes les cohortes étudiées, et il faut rappeler que sa valeur diagnostique peut être significativement altérée par l'arthrose de l'arc postérieur, pathologie très fréquente au-dessus de 65 ans. De plus, il ne prend pas en considération la sévérité des fractures vertébrales prévalentes. En effet, une déformation majeure d'un corps vertébral est associée à un risque de fracture plus important que lorsque cette déformation est légère. Il n'est applicable qu'à des sujets ne recevant pas de traitement anti-ostéoporotique, calcium et vitamine D étant cependant admis. Finalement, il est très dépendant de la disponibilité de données épidémiologiques complètes et validées, non seulement sur les fractures du fémur proximal, mais aussi sur les autres fractures ostéoporotiques dites principales. Actuellement, de telles données ne sont disponibles que pour la Suède, le Japon, les Etats-Unis, le Royaume-Uni, et la Suisse.

Le modèle se veut applicable partout dans le monde; cependant, le risque de fracture peut varier de manière considérable d'une région à l'autre, en fonction des conditions ethniques, nutritionnelles et d'habitude de vie. De même, le risque fracturaire est étroitement influencé par l'espérance de vie, qui elle aussi varie beaucoup d'une région à l'autre.

Pour appliquer l'équation FRAX® aux habitants de la Suisse, il était donc primordial d'obtenir des données épidémiologiques locales précises sur les fractures. Cette analyse a permis de montrer que le risque fracturaire résiduel, celui menaçant un individu de 50 ans pendant le reste de son existence, est particulièrement élevé pour les femmes en Suisse (51.3%, contre 46% en Suède). Pour les hommes, ce risque est de 20%, donc 1 homme sur 5 à l'âge de 50 ans est à risque d'une fracture. L'espérance de vie élevée en Suisse a été prise en compte dans le calcul de ces valeurs.

L'étape suivante a été d'introduire ces valeurs

d'épidémiologie de fracture, de longévité, y compris la mortalité post-fracture, dans le modèle FRAX®. L'accès à ce calcul est à présent possible afin d'obtenir une estimation du risque pour les fractures dites principales et, spécifiquement, pour les fractures du fémur proximal des personnes vivant en Suisse. Les sites de l'ASCO et de l'International Osteoporosis Foundation, renvoient à un lien avec le site FRAX®, où les données suisses sont disponibles.

Dans la médecine basée sur les preuves, le jugement clinique joue un rôle important pour apprécier le résultat des analyses. Ce jugement clinique est également indispensable aux conclusions à tirer des valeurs de risque de fracture fournies par FRAX®.

En conclusion, FRAX® permet une estimation quantifiée du risque fracturaire (fractures principales ou fractures du fémur proximal) adaptée aux conditions régionales. En incitant le praticien à s'enquérir systématiquement des facteurs de risque à introduire dans l'équation, il exerce un rôle didactique. De même, en connaissant leur risque de fracture, les patients peuvent participer de manière active à la décision de traiter ou non, et se sentir davantage concernés par leur adhérence au traitement. L'instrument FRAX® est un paradigme susceptible d'évoluer, par exemple en incorporant à l'avenir d'autres facteurs de risque (chutes, autre), en introduisant une échelle de gravité (différentes doses de stéroïdes, nombre de fractures, sévérité des fractures vertébrales), en tenant compte d'autres valeurs densitométriques (colonne lombaire, ultrasons quantitatifs). Mais ce nouveau langage, à savoir l'estimation du risque absolu individuel sur une période donnée, ne devrait pas changer.

Reste la question à laquelle FRAX® ne répond pas, et ne veut pas répondre : à quel niveau de risque faut-il prescrire un traitement anti-ostéoporotique spécifique ? Pour tenter de répondre à cette question, il doit être tenu compte des recommandations propres à chaque pays et d'un rapport coût/bénéfice en accord avec les positions de la politique de la Santé. Par exemple, la National Osteoporosis Foundation aux Etats-Unis estime que la présence d'une ostéoporose densitométrique (-2.5 T-Score), d'une fracture vertébrale ou de hanche sont des indications thérapeutiques. En plus, un risque de fracture du fémur proximal de 3% ou plus, à 10 ans, ou de 20% pour les fractures principales, justifie un traitement ; cette décision est soutenue par une analyse coût/bénéfice favorable. Une autre approche est celle du National Osteoporosis Guidelines Group au Royaume-Uni, qui conclut qu'une fracture prévalente est une indication thérapeutique bien établie. Un risque à 10 ans équivalent à celui d'un individu porteur d'une telle fracture, dans chaque tranche d'âge, est alors calculé, et proposé comme seuil d'intervention. Cette méthode propose donc un seuil d'intervention variant avec l'âge. Bien que peut-être moins directement intuitive pour un praticien face à son patient en cabinet médical, cette approche permet d'éviter qu'une trop grande proportion de sujets très âgés soit candidate à un traitement systématique.

En ce qui concerne la Suisse, une proposition politiquement acceptable devra prendre en considération une analyse coût/bénéfice avec les conditions propres à notre pays. Cette analyse devrait être disponible prochainement.

René Rizzoli

Genève

Références

1. Kanis JA, Burtel N, Cooper C, Delmas PD, Reginster JY, Borgstrom F, Rizzoli R: European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2008; 19: 399-428.
2. Kanis JA, on behalf of the World Health Organization Scientific Group. Assessment of osteoporosis at the primary health care level. WHO Scientific Group Technical Report. WHO Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases, University of Sheffield (UK) and the World Health Organization, 2007.
3. Rizzoli R, Birkhaeuser M, Burckhardt P, Lippuner K, Kraenzlin M: L'ostéoporose en Suisse en 2008: Un appel à action. *Forum Medical Suisse* 2008; 8 (suppl. 45): 1-11.
4. Lippuner K, Johansson H, Kanis JA, Rizzoli R: Remaining lifetime and absolute 10-year probabilities of osteoporotic fracture in Swiss men and women. *Osteoporos Int* 2008.
5. Lippuner K, Johansson H, Kanis JA, Rizzoli R: Frax® assessment of osteoporotic fracture probability in Switzerland. *Osteoporos Int* (in press).

2007-2027: Where are we going?

Voici un extrait de la rétrospective donnée par le président de la SVGO/ASCO en 2027:

«Après 2007, les spécialistes ont enfin compris que la fragmentation des forces était extrêmement nuisible à notre objectif, à savoir la lutte contre l'ostéoporose et ses conséquences, à la qualité de vie de chaque individu comme à l'économie nationale. Suite à la cohésion des experts qui ont décidé de créer une task-force visant la coordination des actions souvent conçues et réalisées de façon éparse – une cohésion qui a permis de sensiblement augmenter l'efficacité des internistes, endocrinologues, rhumatologues et ostéologues travaillant de concert – les différentes associations de patients ont elles aussi admis que seule l'union faisait la force et ont réuni leurs moyens et leur savoir-faire.

Ce comportement a forcé le successeur du ministre de la santé en exercice jusqu'en 2010 à céder. Sous la pression du Parlement, l'OFSP a élaboré

un projet prévoyant, à partir de 2011, la prise en charge par les caisses-maladie des coûts de mesures de prévention médicalement et économiquement justifiées. En parallèle à des mesures incontestées depuis longtemps comme des vaccinations et des mammographies dès l'âge de cinquante ans, ce programme a introduit la prévention de l'ostéoporose.

A partir de 2011, les dépistages par mesures de DXA et les éventuels traitements médicamenteux préventifs ont été pris en charge en présence des facteurs de risque définis par la task-force ostéoporose, chez les individus jeunes, chez toutes les femmes ménopausées et chez les hommes plus âgés. Toutefois, les limites d'âge déterminées initialement ont dans un premier temps varié dans différents cantons, diminuant tout d'abord en Suisse romande.

Afin de sensibiliser la population, une version allégée de FRAX homologuée par l'OMS a été lancée sur Internet en 2012. Elle permettait à chacun d'auto-évaluer son propre risque de fracture au moyen d'un logiciel convivial et d'en transmettre le résultat par e-mail à son médecin de famille. Une mesure notamment rendue possible, dès 2011, par la suppression tant attendue des mesures anti-médecins de famille telles que le numerus clausus, l'interdiction d'ouvrir de nouveaux cabinets médicaux et la réduction de la rémunération en dessous du prix coûtant pour les laboratoires de cabinets.

Dès 2009, l'industrie pharmaceutique a développé et mis sur le marché différents produits révolutionnaires agissant principalement sur la stimulation des ostéoblastes. Par d'habiles choix galéniques, la plupart de ces préparations ont reçu une forme orale et se prêtent donc, par leur coût notamment, aux mesures préventives autant que thérapeutiques. Grâce à l'attitude de SwissMedic – plus ouverte que par le passé – la Suisse a enfin pu retrouver son rôle de pionnier perdu à l'aube du nouveau millénaire dans la

mise en place de thérapies innovantes.

L'heureuse conjoncture de l'ensemble de ces facteurs positifs a permis, jusqu'en 2027, de réduire à tel point l'incidence des fractures liées à l'ostéoporose – moyennant un effort économique tout à fait justifiable – que les journées d'hospitalisation engendrées ont fondu malgré l'augmentation importante de l'espérance de vie après 2015.»

Laissons là la rétrospective imaginaire du successeur de mon propre successeur et revenons au présent. Par quelles mesures l'ASCO et ses membres peuvent-ils contribuer dans les années à venir à réaliser cette vision?

1. Renforcer la coordination des diverses associations spécialisées et des organisations de patients en matière d'information et de prévention au niveau local et national.
2. Dans la mesure du possible, motiver les politiques et les services administratifs à considérer, lors de la prochaine révision de la loi sur la prévention, l'ostéoporose comme une maladie largement évitable.
3. Soutenir la recherche lors du développement et de l'introduction de nouvelles procédures diagnostiques et thérapeutiques. Toutefois, une ouverture accrue de la Suisse vers l'Europe en matière d'introduction de nouveaux médicaments s'impose alors: sommes-nous à ce point différents des Alsaciens, des Souabes, des Savoyards ou des Lombards pour que les médicaments autorisés chez eux ne le soient pas chez nous?

Martin Birkhäuser
Président SVGO/ASCO

AGENDA

ASCO Assemblée Annuelle 2009

3. Update on Metabolic Bone Diseases
2. avril 2009, Berne (www.svggo.ch)

ECTS 2009

23.-27. mai 2007, Vienne (www.ectsoc.org)

EULAR 2009

10.-13. juin 2009, Copenhague (www.eular.org)

Endocrine Society ENDO 2009

10.-13. juin 2009, Washington (www.endo-society.org)

ASBMR 2009

11.-15. septembre 2009, Denver (www.asbmr.org)

IMPRESSUM

Editeur: ASCO - SVGO

Association Suisse contre l'Ostéoporose
Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose
www.svggo.ch

Rédaction

PD Dr. med. Christian Meier, Basel
christian.meier@unibas.ch

Traduction

Dag Ivar Olsen (info@olsen-traductions.ch)
Nicole Stoll (nicole.stoll@mysunrise.ch)

Impression

Universitätskliniken Basel, 4031 Basel

© Réimpression uniquement avec mention de la source

Comité de l'ASCO

Prof. Dr.med. Martin Birkhäuser, Berne (Président)
PD Dr. med. Patrick Ammann, Genève
Prof. Dr.med. Serge Ferrari, Genève
Prof. Dr.med. Hansjörg Häuselmann, Zurich
Prof. Dr. med. Marius E. Kraenzlin, Bâle
PD Dr. med. Marc-Antoine Krieg, Lausanne
Prof. Dr.med. Kurt Lippuner, Berne
PD Dr.med. Christian Meier, Bâle
Prof. Dr.med. René Rizzoli, Genève
Prof. Dr.med. Robert Theiler, Zurich
PD Dr. med. Daniel Uebelhart, Zurich
Dr. med. Claus Wimpfheimer, Lucerne