

Guide de l'infirmier(e)

**sur l'évaluation et la prise en charge
des patients ayant reçu un diagnostic
de la maladie osseuse de Paget**

Publié par :

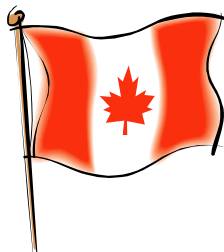
La Fondation Paget

Pour la maladie de Paget et

les troubles connexes

Version canadienne

Novembre 2005



Introduction

Précédée par l'ostéoporose, la maladie de Paget occupe le deuxième rang parmi les principales maladies osseuses métaboliques. Elle est toutefois ni détectée ni traitée avant que la maladie atteigne un stade avancé. Le personnel infirmier, les radiologistes et d'autres professionnels de la santé qui travaillent au sein de services d'urgence, de maisons de soins infirmiers et de cliniques familiales doivent prendre connaissance de la maladie de Paget, de ses symptômes ainsi que de ses complications afin d'être en mesure de déceler la maladie chez les patients aussitôt que possible et de recourir aux traitements efficaces qui sont offerts.

Dans le cadre d'un scénario de diagnostic type, une personne âgée s'est brisé un os lors d'un accident et un radiologiste décèle des lésions pagétiques mises en évidence par les rayons X. D'autres patients qui présumement souffrent d'arthrite soulagent l'ostéalgie caractéristique de la maladie de Paget avec une quantité sans cesse croissante de médicaments non prescrits. Ils ignorent que la source de la douleur est la maladie de Paget jusqu'à ce qu'un diagnostic adéquat soit posé, et ce parfois des années après les premiers signes de douleur.

Le personnel infirmier, lequel occupe la première ligne en matière de soins de santé, doit connaître les signes et les questions à poser permettant de déceler la maladie de Paget afin de pouvoir poser un diagnostic dès les premiers stades de la maladie. Plus le diagnostic est prononcé tôt, plus le traitement est efficace et moins l'impact sur le patient est accablant.

Qu'est-ce que la maladie osseuse de Paget?

Décrite pour la première fois en 1877 par l'éminent chirurgien anglais, Sir James Paget, la maladie osseuse de Paget est un trouble du remodelage osseux caractérisé par une augmentation de la résorption osseuse avec des ostéoclastes anormaux en excès ainsi que d'une augmentation de l'activité des ostéoblastes résultant en une architecture osseuse altérée. La maladie, qui survient chez les hommes et les femmes, touche de 1,5 % à 8 % de la population âgée de plus de 50 ans dans de nombreux pays. Cette maladie est moins courante chez les personnes d'origine asiatique, indienne et scandinave.

La maladie de Paget peut toucher plus d'un membre d'une famille en raison de la mutation dans plusieurs gènes. Il existe des preuves de la présence du virus de la rougeole dans les

lésions osseuses pagétiques; cependant, la pertinence de cette hypothèse fait actuellement l'objet d'études.

Pathologie de la maladie de Paget

La principale anomalie associée à la maladie de Paget est une augmentation importante du taux de résorption osseuse d'une ou de plusieurs parties du squelette. Les ostéoclastes pagétiques sont anormaux, soit environ cinq fois plus gros que la normale, et contiennent en moyenne 20 noyaux par cellule comparativement à trois à quatre noyaux dans un ostéoclaste adulte normal. Cependant, les ostéoblastes, bien qu'ils soient nombreux, ne sont pas anormaux. Comme la résorption osseuse déclenche la formation osseuse, le taux de résorption osseuse concorde avec une accélération de la formation osseuse au fil du temps. Le remodelage osseux aboutit à une désorganisation de la structure osseuse entraînant un affaiblissement général des os, une augmentation de la vulnérabilité aux fractures et une tendance à l'incurvation. De plus, une hypervascularisation et la présence de tissus conjonctifs fibreux excédentaires dans la moelle osseuse marquent l'os anormal.

Présentation clinique

La maladie de Paget, qui peut engendrer l'élargissement et la malformation d'un seul os ou de plusieurs os, est susceptible de causer l'ostéalgie, des malformations osseuses et la fragilité du squelette. Bien que n'importe quel os puisse être touché, les zones le plus souvent atteintes sont le fémur, le tibia, le pelvis, les vertèbres et le crâne. Les os longs de la jambe ont tendance à s'incurver et la peau sus-jacente à une lésion pagétique est souvent chaude en raison d'une augmentation du flux sanguin à l'os et aux tissus mous sus-jacents. Le crâne peut s'hypertrophier et causer des céphalées ou une perte d'audition lorsque la maladie atteint l'os temporal. Dans les cas de stade avancé, une courbure de la colonne vertébrale peut survenir. Un volume osseux accru au niveau de la colonne vertébrale peut entraîner une compression de la moelle épinière ou des racines nerveuses, provoquant une douleur intense et des troubles de la fonction neurologique. La douleur à la hanche est le symptôme le plus fréquent lorsque le pelvis ou l'os de la cuisse est touché. Les signes cliniques et les symptômes varient d'un patient à un autre selon les sites atteints du squelette et leur nombre ainsi que de la vitesse du renouvellement osseux anormal. L'observation à long terme de patients atteints de la maladie de Paget permet d'affirmer que la maladie ne s'étend pas d'un os à un autre.

La complication la plus désastreuse relative à la maladie de Paget est la transformation des lésions osseuses en cancer. Heureusement, l'ostéosarcome et d'autres types de sarcome apparaissent chez moins de 1 % des patients souffrant de la maladie de Paget, quoique ce pourcentage est nettement plus élevé que chez les individus non touchés par cette maladie. Chez les patients atteints de la maladie de Paget, l'ostéosarcome est souvent mortel.

Directives d'évaluation

Il est probable que de nombreux patients sont atteints de la maladie de Paget durant une longue période de temps avant qu'un diagnostic soit posé, particulièrement en raison du caractère souvent asymptomatique de la maladie et de la nature fortuite de son diagnostic. La maladie de Paget peut être décelée chez les patients grâce à la radiologie, la scintigraphie osseuse, les épreuves biochimiques des paramètres de la résorption osseuse ou des paramètres de la formation osseuse. Il est recommandé de faire au moins une évaluation de l'activité métabolique de l'os et au moins une radiographie des os touchés afin de surveiller la progression des changements liés au traitement chez les patients atteints de la maladie de Paget.

Épreuves biochimiques

Des taux élevés de phosphatases alcalines sériques (PAS) relevés lors de profils chimiques courants constitueraient un premier indice qu'un individu est atteint de la maladie de Paget par opposition à l'arthrite ou à une autre maladie. La phosphatase alcaline, enzyme fabriquée par les cellules osseuses qui sert de marqueur de la formation osseuse, est produite en quantité excessive par les os pagétiques. Une légère augmentation des phosphatases alcalines peut indiquer une fracture en voie de guérison, mais un taux de PAS au moins deux fois plus élevé que le taux normal est un signe manifeste de la maladie de Paget si aucun indice d'une affection hépatique ou d'insuffisance rénale n'est relevé.

Les épreuves biochimiques qui servent de marqueurs de la résorption osseuse et de l'activité de la maladie permettent d'appuyer le diagnostic de la maladie de Paget. Ces épreuves comprennent notamment l'évaluation du taux d'hydroxyproline/créatinine urinaires ainsi que celui de la désoxypyridinoline, des téléopeptides N et C urinaires et sériques.

Radiographies

Les os touchés par la maladie de Paget ont une apparence caractéristique sur les radiographies. Les modifications sont caractérisées par la présence de lésions ostéolytiques et par l'élargissement des os associé à un aspect désorganisé et fibreux. Une diminution de l'espace de l'articulation est un facteur de l'arthrose, une maladie courante chez les patients atteints de la maladie de Paget.

Scintigraphie osseuse

La scintigraphie osseuse est la méthode la plus efficace pour détecter l'atteinte du squelette par la maladie de Paget. Le bisphosphonate, injecté par intraveineuse, se répartit avec une localisation préférentielle au niveau des sites où le flux sanguin est accru et les taux de formation osseuse élevés. Le but principal de ce type d'examen est d'évaluer l'ampleur de l'atteinte squelettique chez le patient. On l'utilise peu pour surveiller les effets du traitement.

Antécédents médicaux

Avant de poser un diagnostic de la maladie de Paget pour les patients dans des conditions cliniques, on doit obtenir des renseignements sur les antécédents médicaux, notamment les dossiers de membres de la famille ayant reçu un diagnostic de la maladie. Les symptômes spécifiques à la maladie de Paget doivent être identifiés : douleur (apparition, localisation, intensité), malformation et chaleur accrue dans l'extrémité d'un membre. Une anamnèse générale comprend la consultation de la documentation portant sur les maladies actuelles et antérieures, les fractures, les interventions chirurgicales, les médicaments, la taille (maximale et actuelle) et le poids. Les patients qui se présentent en vue d'obtenir un deuxième avis concernant un premier diagnostic de la maladie de Paget doivent fournir les renseignements suivants :

- la date du diagnostic;
- comment la maladie a été diagnostiquée;
- la(s) zone(s) du système osseux touchée(s);
- la date du test de diagnostic (scintigraphie osseuse, radiographie, test en laboratoire);
- le taux de phosphatases alcalines sériques (PAS);
- le nom des médicaments prescrits actuellement et antérieurement pour le traitement de la maladie de Paget;

- les symptômes;
- les fractures antérieures; et
- les limites physiques :
 - a. activités de la vie quotidienne;
 - b. mobilité;
 - c. équilibre; et
 - d. capacité auditive.

Connaître les antécédents médicaux, procéder à un examen physique et à l'interprétation des résultats des examens de laboratoire permettent d'établir un diagnostic précis et une stratégie de prise en charge appropriée.

Objectifs de prise en charge de la maladie de Paget

Les trois principaux objectifs de prise en charge des patients atteints de la maladie de Paget sont les suivants :

1. atténuer les symptômes;
2. améliorer la condition physique du patient;
3. ralentir le processus pathogénique, limiter le handicap et prévenir les complications.

Le personnel infirmier joue un rôle important lorsqu'il s'agit d'aider le patient à atteindre chacun de ces objectifs en lui fournissant, ainsi qu'aux membres de sa famille, des renseignements et un soutien professionnel ainsi qu'en favorisant son respect du traitement.

Indications thérapeutiques

Le traitement de la maladie de Paget est fondé sur des inhibiteurs de la résorption osseuse. Il existe quatre indications d'ordre général pour le traitement de cette maladie :

1. Les symptômes indiquant que la maladie de Paget est métaboliquement active justifient un traitement (ostéalgie associée à un site pagétique ou fracture de fatigue, céphalées en raison de l'atteinte du crâne, dorsalgie causée par des vertèbres pagétiques ou d'autres syndromes neurologiques associés aux changements pagétiques).
2. Beaucoup de chercheurs pensent qu'un traitement est indiqué pour tenter d'empêcher une progression locale de la maladie et pour réduire le risque de complications futures, même chez les patients asymptomatiques dont les zones touchées et le degré d'activité

métabolique les exposent à un risque d'évolution et de complications. Ce groupe de patients comprend les individus présentant un risque d'incurvation des os longs, de perte d'audition en raison d'une hypertrophie du crâne, de complications neurologiques attribuables à des changements pagétiques de la colonne vertébrale ou d'arthrite secondaire localisée près des principales articulations comme complication attribuable à la maladie de Paget.

3. Un traitement est justifié pour les patients prévoyant subir une intervention chirurgicale non urgente au niveau d'un site pagétique, comme le remplacement de la hanche, en vue de réduire la perte sanguine au moment de l'opération en raison de l'hypervascularité présente dans l'os pagétique actif. Un traitement postopératoire peut contribuer à la prévention de l'accélération de l'activité de la maladie, phénomène fréquent à la suite de la chirurgie ou de fractures.
4. Un traitement est indiqué pour la prise en charge de l'hypercalcémie, phénomène rare survenant chez les patients ayant plusieurs os atteints par la maladie de Paget et présentant un taux élevé de phosphatases alcalines sériques devant être immobilisés durant une période prolongée.

Bien qu'il n'existe aucune preuve directe associant un traitement énergétique de la maladie de Paget et la prévention de la progression ou la réduction du risque de complications futures, les chercheurs se sont penchés sur des preuves indirectes pour vérifier une telle possibilité. Ces preuves indirectes permettent d'émettre les hypothèses suivantes :

1. L'absence de traitement de la maladie de Paget est associée à l'accroissement des lésions ostéolytiques d'un os et à l'évolution des malformations osseuses;
2. Un traitement réussi de la maladie de Paget est associé à la normalisation des cycles des nouveaux dépôts osseux; et
3. Une amélioration des malformations faciales et crâniennes peut être constatée à la suite d'un traitement réussi (fait illustré dans une étude).

Pour ces raisons, les spécialistes de la maladie de Paget ont conclu qu'il faisait partie des bonnes pratiques cliniques de traiter les patients symptomatiques dont les symptômes diminueraient à la suite d'une normalisation du renouvellement osseux,

ainsi que les patients asymptomatiques dont la maladie est active dans des parties du squelette qui seraient susceptibles d'entraîner des complications significatives d'un point de vue clinique.

Observance du traitement

Il importe que vous soyez conscient des conséquences émotives que les mots « maladie de Paget » peuvent avoir sur le patient.

Des préoccupations relatives à la santé du squelette, au risque de complications et à l'innocuité du traitement médicamenteux représentent une source importante de stress et d'anxiété chez les personnes ayant reçu un diagnostic de la maladie de Paget. Offrir un encadrement adéquat aux patients peut favoriser ceux-ci à adopter des comportements visant à maximiser la santé des os, à empêcher la survenue de conséquences supplémentaires et à améliorer la qualité de vie. L'encadrement porte sur les aspects suivants : A) les comportements associés à l'observance du traitement médical, B) la prévention des blessures et C) la physiothérapie lorsque celle-ci est indiquée. Une collaboration continue entre le personnel infirmier et les patients favorise la fidélité au traitement. Certains facteurs influencent de façon négative l'observance du traitement, notamment une réponse insatisfaisante aux attentes du patient et/ou des explications au sujet de la maladie du patient qui ne sont pas adéquates. Le personnel infirmier doit adopter une approche spécifique, individualisée, cohérente et neutre pour chaque patient. Il est important que le personnel infirmier comprenne les problèmes relatifs au patient suivants afin d'aider celui-ci à faire les modifications en ce qui a trait à sa santé :

1. les croyances personnelles au sujet de la santé;
2. la motivation à l'égard du changement et le niveau d'engagement; et
3. le refus ou non du risque ou de la gravité de la maladie.

Voici quelques techniques d'encadrement permettant de favoriser et de renforcer les nouvelles habitudes en terme de santé :

1. Fournir des renseignements spécifiques à chaque individu sur le diagnostic, les risques, les coûts et les avantages liés au traitement médical en plus des effets indésirables, de la durée et du coût du traitement;
2. Établir des objectifs communs;

3. Fournir au patient une fiche de suivi afin que celui-ci puisse y consigner les dates des tests de diagnostic, les résultats d'analyses de laboratoire et les médicaments (doses, dates de début et de fin, effets indésirables);
4. Fournir une rétroaction sur la réponse au traitement;
5. Encourager un suivi à long terme; et
6. Dissiper les craintes et les perceptions erronées.

Options thérapeutiques

Il existe quatre principales méthodes de traitement pour les patients atteints de la maladie de Paget : le traitement non pharmacologique (surtout la physiothérapie comme moyen permettant d'augmenter la force musculaire en vue de soulager certains types de douleur); le traitement pharmacologique par les bisphosphonates ou la calcitonine; le soulagement de la douleur grâce à l'emploi d'analgésiques; ou la chirurgie.

Traitement pharmacologique

Les bisphosphonates

Les bisphosphonates inhibent ou réduisent directement la résorption osseuse ostéoclastique en empêchant le recrutement et la fonction des ostéoclastes, et possiblement de façon indirecte en stimulant la production d'un inhibiteur de la formation d'ostéoclastes par les ostéoblastes. Aujourd'hui, on connaît suffisamment le fonctionnement des bisphosphonates et on comprend mieux la différence entre les divers types de bisphosphonates.

Au Canada, cinq bisphosphonates sont actuellement offerts pour le traitement de la maladie de Paget dont trois bisphosphonates oraux (l'alendronate, le risédronate et l'étidronate) et deux bisphosphonates administrés par voie intraveineuse (l'acide zolédronique 5 mg et le pamidronate). En règle générale, les bisphosphonates oraux doivent toujours être pris à jeun et le patient ne doit pas s'allonger pendant les 30 minutes suivant la prise d'un comprimé de bisphosphonate. En ce qui a trait aux bisphosphonates administrés par voie intraveineuse, il n'y a pas de restrictions quant à la prise des repas et aux aliments permis. Il n'y a aucune restriction concernant les activités normales telles que s'allonger, rester debout, s'asseoir, marcher ou faire de l'exercice. Les directives spécifiques à chaque médicament sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

Une prise adéquate de calcium alimentaire (de 1 000 à 1 500 mg par jour) et de vitamine D (800 unités par jour) est recommandée au cours d'un traitement par les bisphosphonates, à moins que le patient ait des antécédents de calculs rénaux contenant du calcium. Les taux de PAS doivent être évalués à intervalles réguliers (soit trois mois à la suite de la période de traitement), et ce pour tous les types de bisphosphonates.

L'alendronate et le risédronate permettent également d'abaisser le taux de PAS dans la fourchette normale chez les patients présentant une atteinte modérée à grave par la maladie de Paget. De plus, il a été montré qu'une perfusion unique d'acide zolédronique à raison de 5 mg favorise une réponse plus rapide, plus complète et plus soutenue chez les patients atteints de la maladie de Paget qu'un traitement quotidien par le risédronate (30 mg par jour durant 60 jours).

Les chercheurs ont constaté qu'une résistance secondaire aux bisphosphonates individuels (soit l'étidronate et le pamidronate) peut se produire. Par conséquent, il pourrait être nécessaire, dans le cas d'un traitement prolongé, que le patient passe d'un bisphosphonate à un autre. En raison de la mauvaise absorption des bisphosphonates oraux, il est très important que les patients prennent le médicament selon les directives pour en éviter une absorption partielle. Dans le cas des bisphosphonates administrés par voie intraveineuse comme l'acide zolédronique à raison de 5 mg, l'absorption ne pose aucun problème. En outre, une dose unique d'acide zolédronique à raison de 5 mg protège efficacement les os des patients atteints de la maladie de Paget.

Calcitonine

La calcitonine de saumon administrée par voie sous-cutanée fut le premier traitement de la maladie de Paget très utilisé. Il a été prouvé que la calcitonine de saumon abaisse de 50 % les taux élevés de renouvellement osseux, réduit l'ostéalgie, la chaleur de la peau sus-jacente à une lésion pagétique ainsi que les complications neurologiques et favorise la guérison des lésions lytiques. De nos jours, par contre, l'emploi de la calcitonine est surtout réservé aux patients présentant une intolérance aux bisphosphonates. Dans le cas d'une résistance secondaire à la calcitonine de saumon, il est nécessaire de passer à un traitement par les bisphosphonates.

Les traitements médicamenteux les plus recommandés par les médecins spécialistes de la maladie de Paget sont les trois plus puissants bisphosphonates : l'acide zolédronique 5 mg (ACLASTA^{MD}), le risédronate (ACTONEL^{MD}) et l'alendronate (FOSAMAX^{MD}).

Soulagement de la douleur : analgésiques

La douleur directement liée à la maladie de Paget est, en règle générale, soulagée par un traitement antirésorptif (soit les bisphosphonates) comme il en a été fait mention ci-dessus. La douleur peut être le résultat de spasmes musculaires associés à la malformation osseuse, à l'arthrite ou aux complications neurologiques. Le cas échéant, l'acétaminophène, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou les nouveaux inhibiteurs de la COX-2 peuvent être utiles pour le soulagement de la douleur non squelettique en plus du traitement principal retenu.

Chirurgie

Diverses interventions chirurgicales de nature orthopédique pouvant s'avérer nécessaires pour les patients atteints de la maladie de Paget sont les suivantes :

1. Réparation d'une fracture complète d'un os pagétique;
2. Réalignement du genou par une ostéotomie tibiale pour réduire la douleur mécanique, particulièrement lorsque la pharmacothérapie ne suffit pas pour soulager la douleur intense; et/ou
3. Remplacement de la hanche et/ou du genou par l'arthroplastie totale de l'articulation pour les patients qui ne répondent pas au traitement antiostéoclastique ni au traitement pour l'arthrose.

Lors de la réparation d'une fracture pagétique, il est préférable d'éviter l'immobilisation complète du site touché. Dans tous les cas d'intervention chirurgicale, il est très important d'administrer un traitement par un bisphosphonate puissant avant la chirurgie. Comme l'hypervascularité est caractéristique de l'activité de la maladie de Paget, de graves hémorragies peuvent se produire au cours de l'opération. L'administration d'un traitement par un bisphosphonate avant la chirurgie permettra de réduire l'hypervascularité ainsi que le risque de perte sanguine supérieure à celle de la normale au moment de l'opération.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADMINISTRATION ET LA POSOLOGIE DES MÉDICAMENTS APPROUVÉS AU CANADA POUR LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE PAGET†

Le tableau ci-dessous indique les renseignements relatifs à tous les médicaments et à la posologie recommandée approuvés par Santé Canada pour le traitement de la maladie de Paget. L'année d'approbation de chaque traitement correspond à l'année à laquelle le médicament a été approuvé pour le traitement de la maladie de Paget. Veuillez prendre note que des médecins expérimentés prescrivent parfois des doses différentes de celles indiquées ci-dessous. Aucun des médicaments suivants ne doit être prescrit aux personnes atteintes d'une affection grave du rein.

REMARQUE : Bien que l'emploi de certains des médicaments suivants soit également approuvé pour le traitement de l'ostéoporose, la dose et la durée du traitement peuvent être différentes selon que l'on traite la maladie de Paget ou l'ostéoporose.

I. Bisphosphonates	Administration et posologie
<p>Acide zolédronique 5 mg Vendu sous la marque : ACLASTA^{MD} Fabricant : Novartis Approuvé par Santé Canada en 2005.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une dose unique de 5 mg d'ACLASTA^{MD} administrée par infusion intraveineuse durant <u>au moins</u> 15 minutes. • Les patients doivent boire 2 verres d'eau (2 tasses ou 500 ml) avant et après la perfusion d'ACLASTA^{MD}. • Il n'y a aucune restriction quant au moment de boire ou de manger ni aux aliments et aux boissons permises. • Il n'y a aucune restriction concernant les activités normales telles que s'allonger, rester debout, s'asseoir, marcher ou faire de l'exercice. • Il est recommandé d'évaluer la fonction rénale avant que les patients atteints de la maladie de Paget reçoivent ACLASTA^{MD} (p. ex. : lors de leur examen annuel). • ACLASTA^{MD} n'est pas recommandé chez les patients atteints d'insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 30 ml/min).

<p>Risédrionate sodique[‡] Vendu sous la marque : ACTONEL^{MD} Fabricant : Procter & Gamble</p> <p>Approuvé par Santé Canada en 1999.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une dose quotidienne à prise orale de 30 mg pendant deux mois. • ACTONEL^{MD} doit être pris à jeun comme suit : <ul style="list-style-type: none"> - au moins 30 minutes avant toute ingestion d'aliment ou de boisson (autre que de l'eau) de la journée; ou - au moins 2 heures après avoir ingéré tout aliment ou boisson autre que de l'eau (p. ex. : ne rien boire ni manger pendant au moins 2 heures avant et 2 heures après l'administration de la dose); - au moins trente minutes avant le coucher. • ACTONEL^{MD} doit être avalé avec une quantité suffisante d'eau pure (≥ 120 ml). • Le patient ne doit pas s'allonger pendant les 30 minutes suivant la prise d'ACTONEL^{MD} (le patient peut s'asseoir). • ACTONEL^{MD} n'est pas recommandé chez les patients souffrant de troubles rénaux graves (clairance de la créatinine < 30 ml/min).
---	---

<p>Alendronate monosodique[‡] Vendu sous la marque : FOSAMAX^{MD} Fabricant : Merck</p> <p>Approuvé par Santé Canada en 1995.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une dose quotidienne à prise orale de 40 mg pendant six mois. • FOSAMAX^{MD} doit être pris au moins 30 minutes avant toute ingestion de nourriture, de boisson ou de médicament avec de l'eau pure. <ul style="list-style-type: none"> - Le comprimé ne doit être pris qu'au réveil; - Le comprimé doit être avalé avec un grand verre d'eau (200 à 250 ml); - Le comprimé ne doit pas être pris au coucher ou avant le lever. • Le patient ne doit pas s'allonger pendant les 30 minutes suivant l'administration de FOSAMAX^{MD} et jusqu'après leur première consommation de nourriture de la journée. • L'ajustement posologique n'est pas nécessaire pour les personnes âgées ou pour les patients souffrant d'insuffisance rénale légère à modérée (clairance de la créatinine 35 à 60 ml/min). • FOSAMAX^{MD} n'est pas recommandé chez les patients souffrant d'insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 35 ml/min).
<p>Pamidronate disodique Vendu sous la marque : AREDIA^{MD} Fabricant : Novartis</p> <p>Approuvé par Santé Canada en 1994.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une perfusion par voie intraveineuse. • La dose totale recommandée d'AREDIA^{MD} au cours du traitement est de l'ordre de 180 à 210 mg. La dose peut être administrée par l'une ou l'autre des façons suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - une dose de 30 mg une fois par semaine pendant six semaines (dose totale : 180 mg); - ou - une perfusion administrée à toutes les 2 semaines dont une dose initiale (semaine 1) de 30 mg et les doses subséquentes (semaines 3, 5 et 7) à raison de 60 mg. Dose totale : 210 mg. • Un traitement par AREDIA^{MD} peut être administré de nouveau à intervalles établis selon les besoins.

	<ul style="list-style-type: none"> • Il convient de réévaluer périodiquement le taux sérique de créatinine (mesure de la fonction rénale), particulièrement chez les patients qui reçoivent fréquemment des perfusions de pamidronate durant une période temps prolongée ainsi que chez ceux atteints d'une affection rénale préexistante ou ayant une prédisposition à l'insuffisance rénale.
<p>Étidronate disodique Vendu sous la marque : DIDRONEL^{MD} Fabricant : Procter & Gamble</p> <p>Approuvé par Santé Canada en 1977.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un comprimé de 200 à 400 mg à prise orale, une fois par jour durant 6 mois. • DIDRONEL^{MD} doit être pris à jeun au moins 2 heures avant ou après les repas, avec un grand verre d'eau. • Un traitement par le DIDRONEL^{MD} ne doit pas durer plus de 6 mois. • Le traitement peut être administré de nouveau après une période de repos d'au moins 3 mois. • Puisque DIDRONEL^{MD} est excrété par les reins, les patients à risque d'insuffisance rénale doivent subir un examen périodique de la fonction rénale. L'expérience ne permet pas de guider avec précision le traitement des patients souffrant d'insuffisance rénale, par conséquent ils doivent être suivis étroitement.

† Veuillez noter que certains des médicaments mentionnés ci-dessus peuvent être offerts en préparation sans marque (préparation générique). Veuillez consulter votre médecin pour établir le traitement approprié selon vos besoins.

‡ REMARQUE IMPORTANTE : FOSAMAX^{MD}, ACTONEL^{MD} et DIDRONEL^{MD} doivent être utilisés avec précaution par les patients souffrant de troubles de l'œsophage ou de l'estomac.

II. Calcitonine	Administration et posologie
<p>Calcitonine de saumon Vendu sous la marque : CALTINE^{MD} Fabricant : Ferring</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une injection (sous-cutanée ou intramusculaire). • Une injection quotidienne de 100 UI (unités internationales) jusqu'à ce que les PAS atteignent un taux normal, généralement

Approuvé par Santé Canada en 1992.	au cours des premiers mois.
Calcitonine de saumon Vendu sous la marque : CALCIMAR ^{MD} Fabricant : Aventis Approuvé par Santé Canada en 1978.	<ul style="list-style-type: none"> • Une injection (sous-cutanée ou intramusculaire). • Une injection quotidienne de 100 UI (unités internationales) jusqu'à ce que les PAS atteignent un taux normal, généralement au cours des premiers mois.

Le coût de ces médicaments varie en fonction de la province de résidence ainsi que de la couverture d'assurance.

Conclusion

La mise au point d'inhibiteurs spécifiques de la résorption osseuse médiée par les ostéoclastes, particulièrement les bisphosphonates puissants, a entraîné d'importants changements en terme de traitement de la maladie de Paget au cours des 25 dernières années. Quoique les effets à long terme du ralentissement de l'évolution de la maladie soient inconnus, la capacité de rétablir le processus normal du remodelage osseux constitue une raison de croire que la réduction des complications à long terme et des maladies qui leur sont liées est désormais possible.

La Fondation Paget Pour la maladie de Paget et les troubles connexes est un organisme de bienfaisance dans le domaine de la santé qui offre des renseignements et des programmes aux consommateurs et aux professionnels de la santé portant sur plusieurs maladies osseuses, notamment la maladie de Paget, l'hyperparathyroïdie primitive, la dysplasie fibreuse, ostéopétrose (à ne pas confondre avec l'ostéoporose, une maladie plus courante) ainsi que les complications liées à certains cancers du squelette.

Les programmes et les services de la Fondation comprennent :
l'éducation et l'assistance au patient, la formation du professionnel de la santé, l'éducation du public, la recherche et la défense des intérêts.

Vous pouvez obtenir une copie du rapport annuel de la Fondation en écrivant au bureau de la Fondation ou à l'Office of the Attorney General, Charities Bureau, 120 Broadway, New York, NY 10271.



The Paget Foundation

*For Paget's Disease of Bone
and Related Disorders*

120 Wall Street, Suite 1602, New York, NY 10005-4001

Numéro sans frais : 800 23-PAGET Téléphone : (212) 509-5335 Télécopieur : (212) 509-8492

Site Web : <http://www.paget.org> Courriel : PagetFdn@aol.com

©La Fondation Paget, 2005