

SwissFamilyDocs Conference 2013

Prévention, dépistage, investigation et traitement de l'ostéoporose

A l'aide d'une patiente virtuelle et sa vignette clinique, les Dres Johanna Sommer et Brigitte Uebelhart évaluent interactivement avec le public les risques d'un développement d'une ostéoporose, les moyens de diagnostiquer la maladie et le risque de fracture pour ensuite déterminer le traitement spécifique.

Les risques de développer d'une ostéoporose se présentent comme suivent :

- ▶ L'âge (au-delà de 50 ans, le risque de subir une fracture ostéoporotique est 51.3% pour les femmes et de 20.2% pour les hommes)
- ▶ Anamnèse familiale
- ▶ Tabagisme
- ▶ Endocrinopathie

Les taux indicatifs pour les adultes du besoin journalier en :

- ▶ Calcium : 1000 -1500 mg/j (correspond à au moins 3 produits laitiers/j)

- ▶ Vitamine D : 800 – 1200 UI/j (attention : hiver ! âge !)
- ▶ Protéines : 1 g/kg de poids corporel par jour

En l'absence de facteurs de risque élevés et sans chute, des mesures d'hygiène de vie sont conseillées (exercice physique régulier avec vibration des os p.ex. jogging, nordic walking etc., arrêt de fumer, réduction de la consommation de l'alcool etc.) et il est éventuellement recommandé d'absorber des apports suffisants en vitamine D et en calcium (dosage de 25-OH-vit D : 35 nM/ml en cas de taux sanguin de vitamine D3 inférieur à 50 nM/l). La vitamine D comme vitamine lipolytique est à prendre avec un repas et des produits laitiers ou gras. Si s'ajoute une fracture suite à une chute non violente, un diagnostic d'ostéoporose est indiqué.

- ▶ Mesure de la densité de l'os : L'ostéodensitométrie (DXA) qui n'est remboursée que sous certaines conditions par les assurances maladies. Le diagnostic repose sur le T-score (normal : > -1DS, ostéopénie : -1 à -2.5 DS, ostéoporose < -2.5 DS) au niveau de la hanche total et du col fémoral et du rachis lombaire. La morphométrie vertébrale est un moyen très efficace pour détecter une fracture vertébrale ostéoporotique.

► Voici un outil permettant de calculer le risque individuel de fracture : FRAX (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>) Cet algorithme intègre les principaux facteurs de risque clinique (âge, sexe, fracture précédente, BMI, corticothérapie, alcool-tabagisme, arthrite rhumatoïde, etc.) ainsi que la densité minérale osseuse du col de fémur pour générer la probabilité de fractures de hanche ou de toutes fractures ostéoporotiques majeures pour les 10 prochaines années. Malheureusement, l'outil FRAX n'est pas parfait puisque les facteurs pris en compte ne sont pas tous assez précis.

► Marqueurs sériques du remodelage osseux « Crosslaps » pour la dégradation et « P1NP » pour la formation du collagène osseuse : outil pour évaluer la cinétique de perte osseuse et l'effet des traitements. Mais inutiles au diagnostic d'ostéoporose.

Le traitement médicamenteux offre plusieurs possibilités :

► Diminution de la destruction osseuse par : Estrogènes, SERMS (Selective Estrogen Receptor Modulators), Bisphosphonates, Dénosumab

► Stimulation de la formation osseuse : Tériparatide

S'il est utilisé en combinaison avec du calcium et de la vitamine D, l'effet est augmenté.

« Le rapport risques/bénéfices doit être évalué individuellement avant d'introduire un traitement médicamenteux spécifique dont le choix est vaste mais qui représente des effets secondaires potentiellement néfastes tout en ayant des effets protecteurs prouvés. Évaluer le remodelage osseux est utile pour envisager l'arrêt du traitement. »

La fréquence des contrôles densitométriques sous traitement dépend de ce dernier (p.ex. Tériparatide : 18–24 mois, Bisphosphonates : 5 ans, Dénosumab : 3 ans). Une variation significative entre deux mesures correspond à 3 %.

En général, des contrôles des « Crosslaps » sont indiqués après arrêt du traitement afin de garder un suivi après la thérapie. Il en va de même pour un traitement avec des Bisphosphonates et pour le contrôle de l'efficacité d'un inhibiteur de la résorption osseuse.

Arrêt du traitement. Une étude de la FDA sur un traitement de l'ostéoporose avec des Bisphosphonates recommande d'évaluer de nouveau des patients après 3–5 ans et d'arrêter le traitement

	Fr. vertébrale	Fr. non-vertébrale	Fr. hanche
Dénosumab (Prolia® fin 2010)	++	+	+
Bisphosphonates	X		
• Alendronate (Fosamax® 1996)	++	+	+
• Risedronate (Actonel® 2003)	++	+	+
• Ibandronate (Bonviva® 2006)	++	(+)	(+)
• Zoledronate (Aclasta® 2007)	++	+	+
Calcitonin (Miacalcic®)	+		
Estrogènes	+	+	+
SERMs			
• Raloxifene (Evista® 2001)	+		
• Basedoxifene (Conbriza® 2010)	+		
Tériparatide (Forsteo® 2003)	++	+	
Ranélate de Strontium (Protelos®)	++	+	(+)
Calcium vitamine D ...	+	+	+

si le risque de fractures est bas. Si le risque est élevé et le bénéfice attendu est supérieur au risque d'effets secondaires alors le traitement devait être continué.

Le traitement avec des Bisphosphonates nécessite des précautions spéciales suite aux rapports d'augmentations des fractures fémorales « atypiques » et des ostéonécroses de la mâchoire (s'applique aussi pour le traitement avec Dénosumab).

Pour conclure, il est possible d'affirmer que 100 fractures de hanche évitées grâce aux Bisphosphonates, survient 1 fracture fémorale sous-trochantérienne (Wand et al. JBMR 2011).

▼ Dr. Heidrun Ding

ANNONCE PRÉLIMINAIRE



Vol. 3 – N° 2 – mars 2014

Qu'est-ce qu'il y aura dans le prochain numéro ?

FORMATION CONTINUE ➔ Sarcopénie

FORUM MÉDICAL

Ostéoporose
Hypothyroïdie infraclinique

CONGRÈS

Quadrimed, Crans-Montana

26^e Journée genevoise
de nutrition clinique et diétothérapie