



PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE 2017

M.Laroche
CHU Purpan



20 % des malades traités

De moins en moins

augmentation du nombre de fractures (pourtant 80 %
des fracturés ont un taux de vitamine D normal....)

POURQUOI ???

Pourquoi

- Le Dr X... voit un de ses malades qui a mal à la tête, ou est fatigué, ou a des sensations de malaises:
- Il lui prend la Tension artérielle et demande un bilan lipidique (20 euros)
- Le Dr Y... voit une de ses malades qui vient d'être ménopausée, ou a fumé toute sa vie sans faire de sport, ou a fait une radiographie où son squelette paraît décalcifié
- L'Ostéodensitométrie (40 euros) qu'il veut prescrire ne sera pas remboursée ...

Pourquoi

- Mr X..., 75 ans, a bénéficié de la mise en place de 2 stents coronariens. Son Cholestérol était à la limite supérieure, il sort de cardiologie avec un traitement par Statines et une ordonnance pour contrôler le cholestérol dans 3 mois
- Mme Y..., 80 ans, sort du service de traumatologie pour fracture du col fémoral après chute de sa hauteur, personne ne s'est enquis du fait qu'elle avait 2 cols fémoraux et des vertèbres...

Pourquoi

- Mr X., depuis ses stents, prend une Statine, du Plavix et de l'Aspirine. Un mois plus tard, il a un abcès dentaire : son dentiste n'ose pas extraire la dent du fait du risque de traitement...
- Mme Y., un an après sa fracture du col, a tassé une vertèbre. Son médecin n'ose pas traiter son ostéoporose avant qu'elle n'ait consulté le dentiste du fait du risque d'ostéonécrose de la mâchoire...

Pourtant

- Le mesure de Densité Osseuse prédit le risque de fracture deux fois mieux que la prise de la TA ou la mesure du Cholestérol ne prédisent le risque d'infarctus
- Le risque de mourir après une fracture du col fémoral est aussi important que le risque de mourir après un infarctus
- Les traitements de l'ostéoporose diminuent de 40 à 70% le risque de fracture ostéoporotique alors que les statines ne diminuent que de 15 % le risque d'infarctus
- Le risque de saigner anormalement sous double anti agrégation après une ablation dentaire est de $\frac{1}{2}$, le risque d'avoir une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement de l'ostéoporose, de $\frac{1}{30.000}$

OP : qui traiter

- Fractures **majeures** pauci traumatiques (vertèbres, ESF, Humérus, bassin)
- **Poignet** et – T-score < 2.5
- T-score < - 3 sur un site (rachis, hanche, col)

Encore faut-il diagnostiquer les fractures vertébrales

- Taille
- Radios
- Interprétation des radios

Encore faut-il réaliser une DXA

- Toute femme ménopausée
- Tout homme après 60 ans
- Toute fracture non traumatique après 50 ans

Avant de traiter : éliminer ostéoporose secondaire

- Calcémie, phosphorémie, DFG
- TSH
- Electrophorèse des protides si fractures

Traitements médicamenteux

- Anti résorptifs
 - THM
 - Raloxifène
 - Bisphosphonates
 - Dénosumab
- Anaboliques
 - Tériparatide

THM

- Anti résorptif
- Bon pour la femme
- Bon pour l'os WHI : diminution 40 % fractures de hanche
- Mauvais pour les phlébites
- Mauvais pour les seins (encore que..)
- Doute sur le cœur et les artères
- AMM : manifestation climatériques ménopause

Raloxifène

- Anti résorptif
- Correct pour l'os (la DMO augmente très peu)
- Bon pour les seins
- Mauvais pour les phlébites
- Mauvais pour les bouffées de chaleur
- Indifférent pour le cœur et les artères
- CI : Phlébite, Lupus

BISPHOSPHONATES

Anti résorptifs

Mauvaise absorption digestive : 0.5 à 1 %

Rémanence : 1 à 5 ans :

Alendronate > Zolédronate > Risédronate

Effet Physico-chimique différent selon les molécules

Toxicité digestive directe si RGO : 1/5000

ON mâchoire : 1/10.000 à 1/30.000

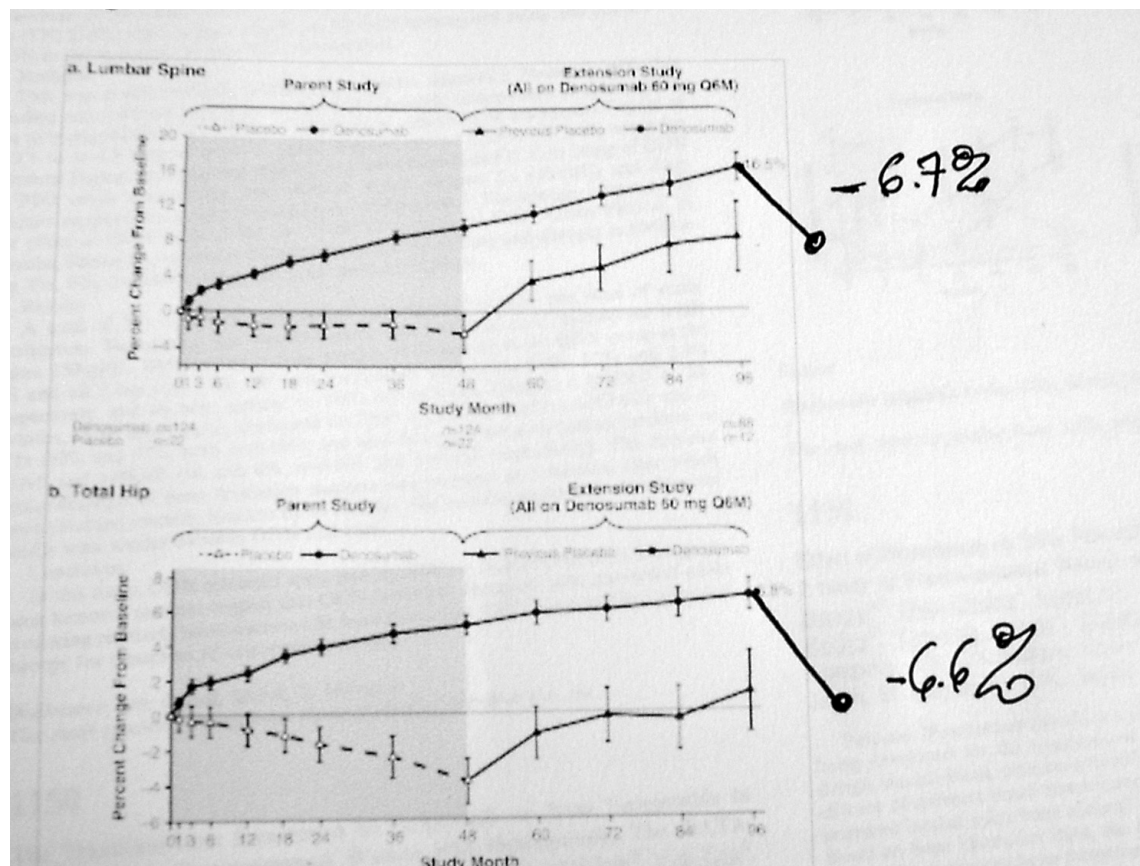
Seule précaution : regarder la bouche du malade vous même

Toxicité rénale (Zolédronate)

Denosumab

- Anti résorptif
- Effet : 6 mois
- **Après BP**
- Gain densitométrique constant et prolongé
- Pas de rémanence : perte en 6 mois à la hanche de ce que l'on a gagné en 8 ans
- Cascades fracturaires à l'arrêt rapportées
- Pas de toxicité rénale mais risque d'hypocalcémies sévères ou d'ostéopathies à bas remodelage si ostéodystrophie rénale
- ONM : Id bisphosphonates

Le Dénosumab n'est pas rémanent !!!



Tériparatide

- Bon pour l'os
- Agent véritablement anabolique
- Pas de rémanence
- **2 tassements vertébraux**
- Mauvais pour la sécu
- Utilisation complexe
- CI : Paget, Radiothérapie os, HPT
- Doute : pouvoir pro-carcinogène de la PTH (id PTHrp ?) : MGUS ?
Cancers à potentialité de métastases osseuses, Myélodysplasie ?



Comment choisir ??

Performances des traitements de l' Ostéoporose : réduction des fractures vertébrales

- Raloxifène : - 30 % (MORE)
- Actonel : - 45 % (VERT)
- Fosamax : - 48 % (FIT, Liberman)
- Forstéo : - 65 % (Neer)
- PROLIA : - 68 % (Freedom)
- Aclasta : - 70 % (Horizon)

Performances des traitements de l' Ostéoporose : réduction des fractures de l' ESF

- PROLIA : - 40 %
- Aclasta : - 41 %
- Fosamax : - 53% (FIT)

Les traitements à travers les âges

- Après la ménopause : THM, Risédronate*
- Entre 55 et 65 ans : Raloxifene*
- Ensuite : BP . Si doute sur l'observance, sur l'absorption, si poly médicaments : Zolédronate ou DénoSumab
- SI DMO très basse : dénoSumab
- Après FESF: Zolédronate
- Si plus de 2 tassements : Forstéo d'abord, BP ensuite

Suivi


- Tous les 6 mois : clinique
- Rx si douleurs, si diminution de taille
- CTX à T0 et 6 mois (sauf Zolédronate, sauf Dénosumab)
- DEXA en fin de séquence, à 2 ans

Durée

- 3 ans, 5 ans, plus, ???
- Cela dépend de l'âge et du risque fracturaire
- BP : Poursuivi si risque de chute, si T-score < -2.5 en fin de séquence
- Dénosumab: à vie ..., si on doit stopper → BP

Calcium et Vitamine D

- Calcium : 1/g /jour : privilégier calcium alimentaire
- Vitamine D associée : autant d'études qui disent que cela ne sert à rien que d'études qui disent que c'est utile
- Pas de dosage : 100.000 UI tous les 2 mois l'hiver ou toute l'année selon mode de vie. Charge si non ensoleillement et non prise antérieure. Pas d'attente pour Zolédronate ou Dénosumab si pas d'hypocalcémie (or Insuffisance rénale)



Prévention des chutes
Renforcement musculaire
Activité physique

Traitement du tassement

- Repos au lit +++
- Calcitonines
- Cimentoplastie : d'autant moins efficace que le délai est long, nombre, mal faite

OP masculine

- Mécanisme différent
 - Soit étiologie (30 à 50 %)
 - Soit mauvaise acquisition PBM
- Aucune étude anti fracturaire
- Dénosumab non remboursé

OP masculine

- Bilan
- BPC, DFG
- TSH
- Calciurie phosphaturie
- Testostérone
- Traitement : id femme
- Sauf Raloxifene et Dénosumab

OPCI

- Traiter si femme ménopausée ou homme de plus de 50 ans et plus de 7.5mg d'équivalents Prednisone plus de 3 mois
- Si non : DXA : traiter si T-score < -2.5