

Stratégies de prévention pour la prise en charge de l'ostéoporose

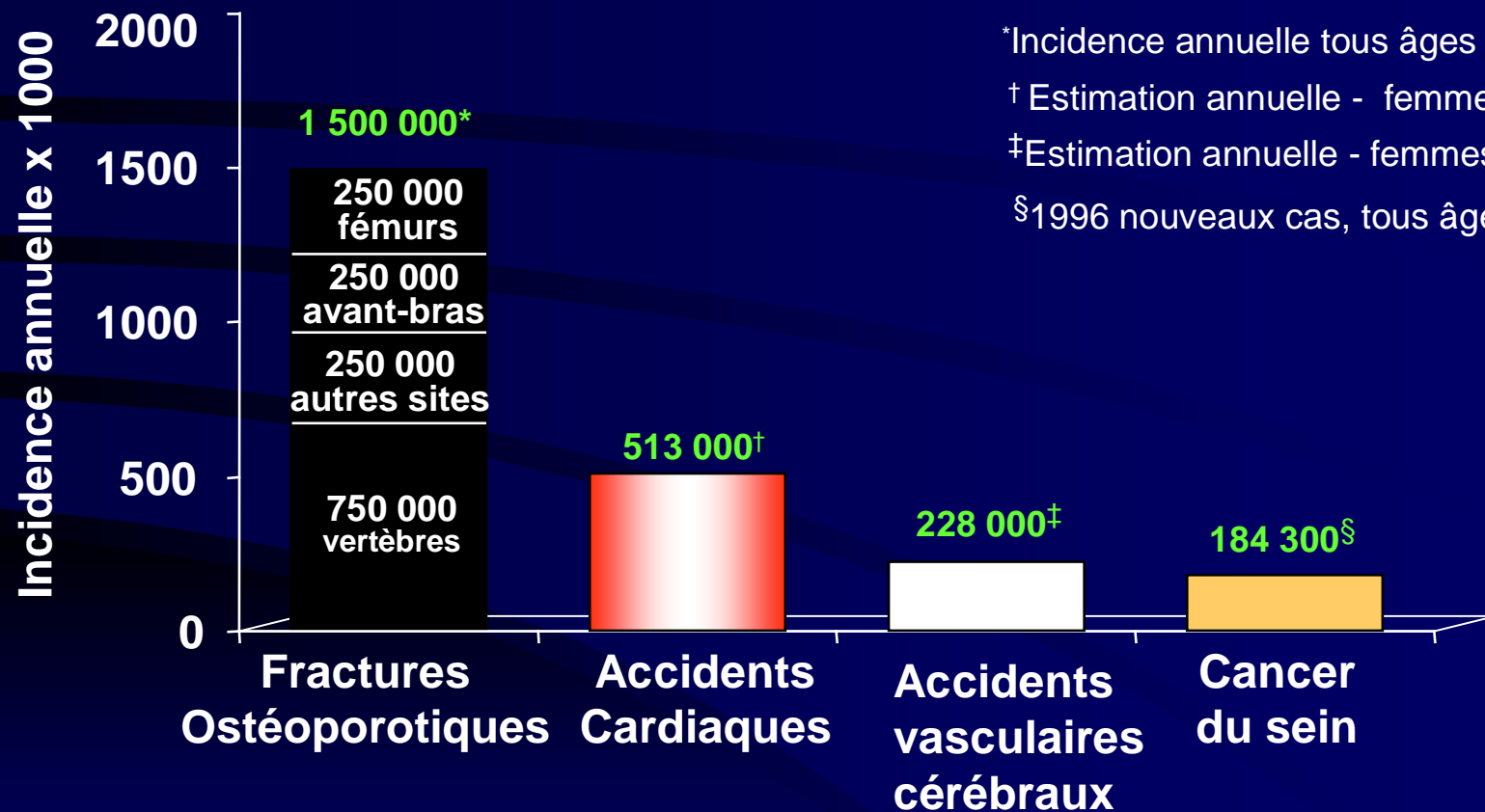
Florence Lévy-Weil
Service de Rhumatologie
Centre Hospitalier d'Argenteuil
ASDES 6 novembre 2008 - COURBEVOIE

Ostéoporose-Epidémiologie

Le constat d'aujourd'hui

- Pathologie sous-diagnostiquée: 1 femme sur 5
- Pathologie sous-traitée: moins de 20% des femmes OP sont traitées
- Prévission d'une ↗ de 135% des FESF et de 57% des FV dans les 50 prochaines années (commission européenne)
- Coût en Europe en 1990: 36 milliards d'euros; en 2050 estimé à 76,8 milliards d'euros

Les Fractures Ostéoporotiques : Comparaison avec d'autres Pathologies chez les femmes



*Incidence annuelle tous âges

† Estimation annuelle - femmes ≥ 29 ans

‡ Estimation annuelle - femmes ≥ 30 ans

§ 1996 nouveaux cas, tous âges

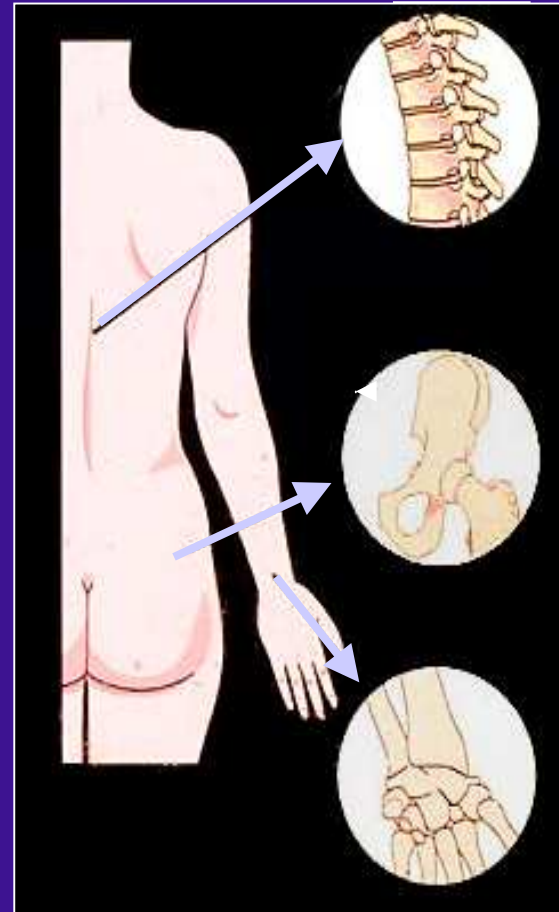
Riggs BL, Melton LJ. Bone. 1995.
Heart and Stroke Facts. 1996. American Heart Association.
Cancer Facts & Figures. 1996. American Cancer Society.

Docteur Florence Lévy-Wei 2008

Définition

“Une maladie caractérisée par la diminution de la densité minérale osseuse et une altération de la qualité de l’os conduisant à une fragilité du squelette et un risque accru de fracture.”

Os ostéoporotique



Vertèbres

Hanche

Poignet

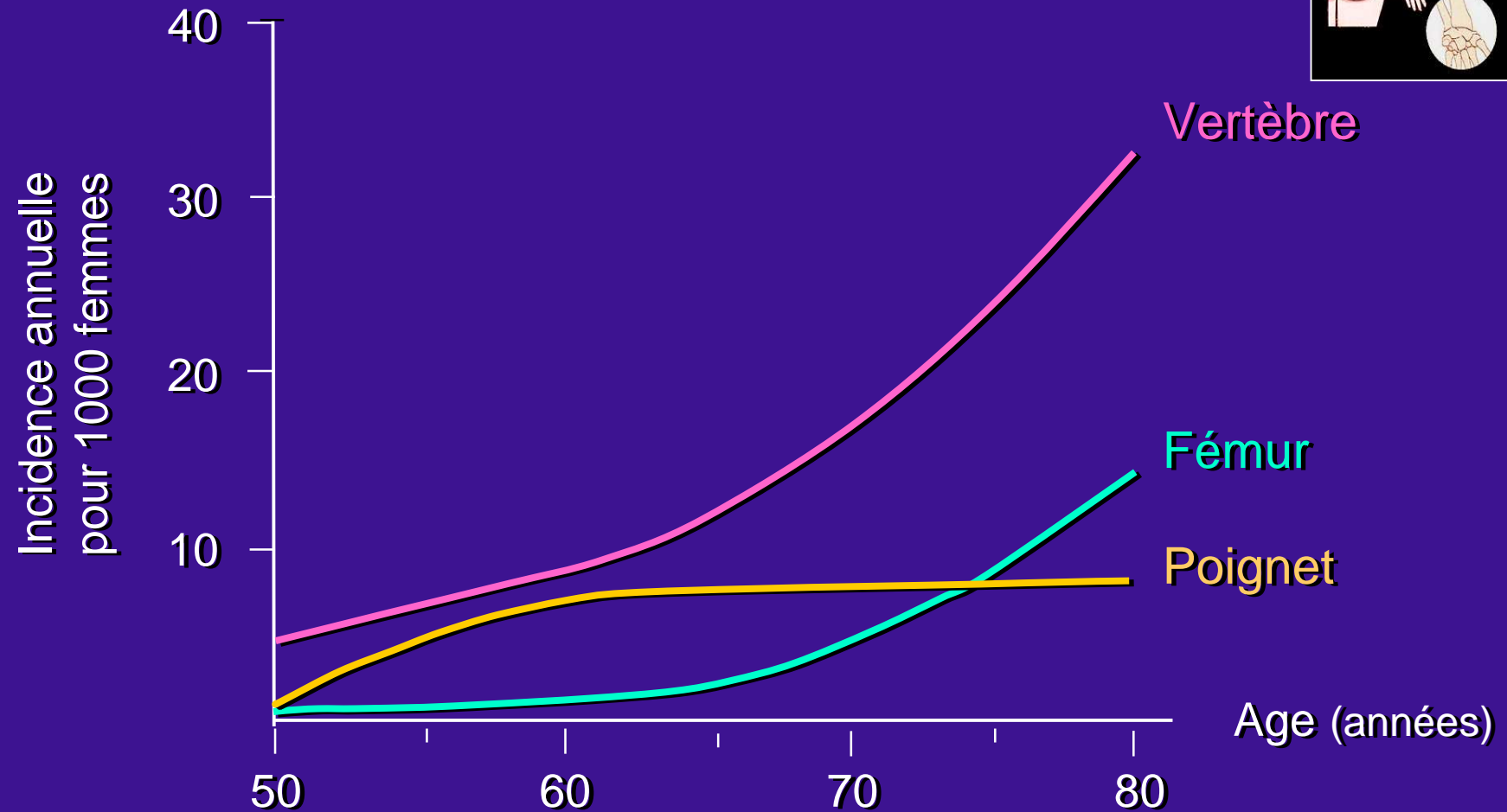


**Tout le squelette peut être touché
sauf les mains, les orteils, le crâne et le rachis cervical**

Prévenir la première Fracture : pourquoi ?

- Facteur de risque de fracture ++
- La présence de fractures ↗ la mortalité et la morbidité
- « Signal d'alarme » pour un dépistage de fragilité osseuse
- Moyens adaptés pour une réduction du risque de nouvelle fracture (médicamenteux et non-médicamenteux)

Incidence des fractures vertébrales du poignet et du fémur après 50 ans



La cascade fracturaire...

- F^x poignet • x 3.3 RR de nouvelle F^x poignet
- x 3 RR de TV
 - x 2 RR de FESF

Mais F^x poignet prédit FESF si DMO basse (*Schousboe 2004*)

- Tassement Vertébral • x 4 RR de nouveau TV
- x 2 RR de FESF

- FESF • x 2.3 RR de nouvelle FESF

Casser n'est pas jouer !

(*Melton OI 1999, Klotzbuecher JBMR 2000*)

Stratégie Diagnostique devant une ostéoporose

Clinique

Interrogatoire du patient
Identification des facteurs de risque
Identification des signes cliniques

Radiologique

Ostéodensitométrie
Radiographie du rachis de profil

Biologique

Prélèvements sanguins et urinaires

OSTÉOPOROSE POST-MÉNOPAUSIQUE

FACTEURS DE RISQUE (1)

Indépendants de la densité minérale osseuse :

- **Âge**
- **Antécédent personnel de fracture**
- **Antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les parents de premier degré**
- **Insuffisance de masse corporelle (< 19 kg/m²)**
- **Corticothérapie ancienne ou actuelle**
- **Hyperthyroïdie**
- **Troubles neuro-musculaires ou orthopédiques,**
- **Chutes à répétition**
- **Consommation de tabac ou excessive d'alcool**
- **Mauvais état de santé ; plus de 3 maladies chroniques**
- **Diminution de l'acuité visuelle**
- **Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathies**
- **Augmentation du remodelage osseux : élévation des marqueurs de résorption**

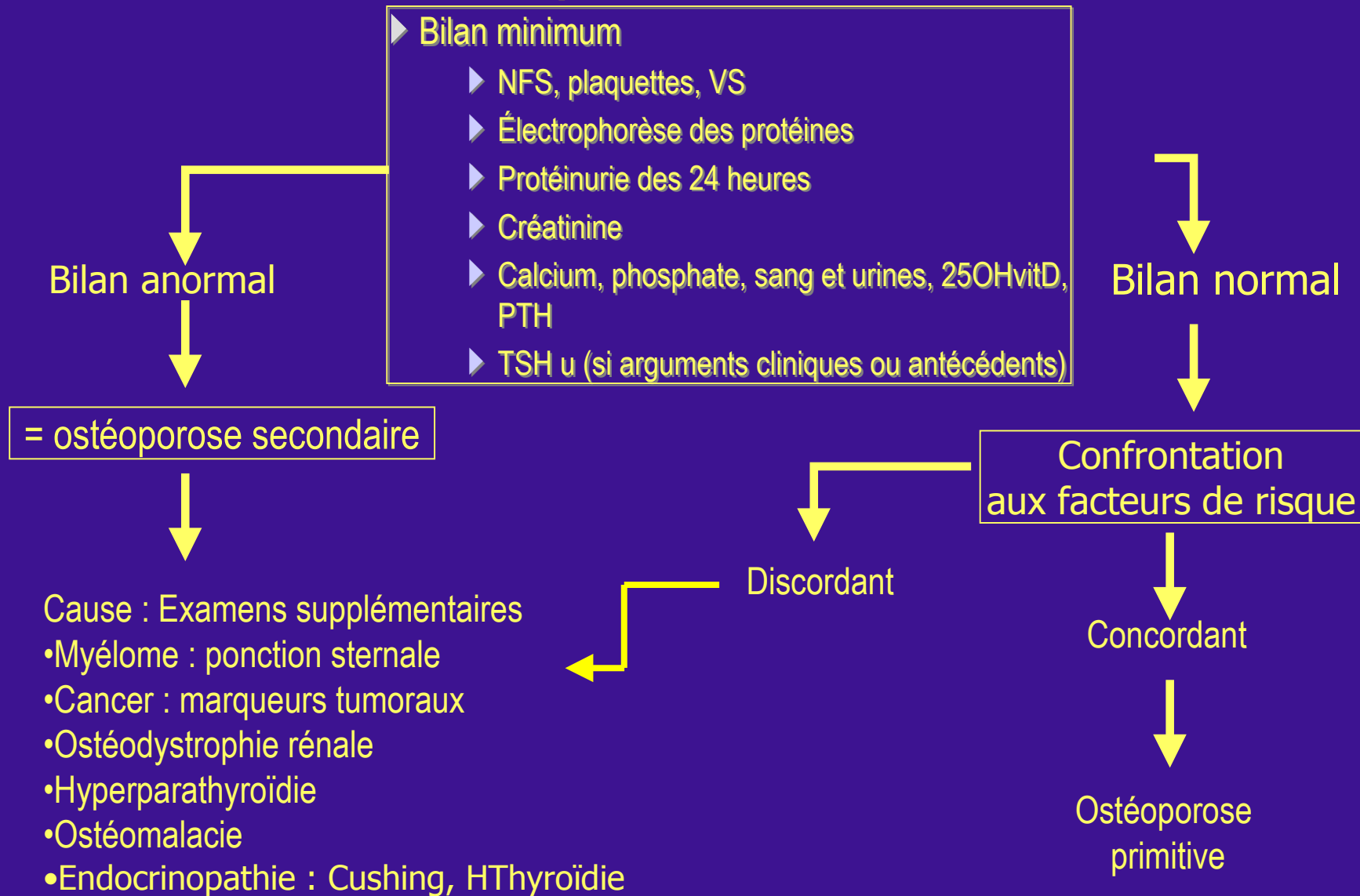
OSTÉOPOROSE POST-MÉNOPAUSIQUE

FACTEURS DE RISQUE (2)

Liés à la densité minérale osseuse :

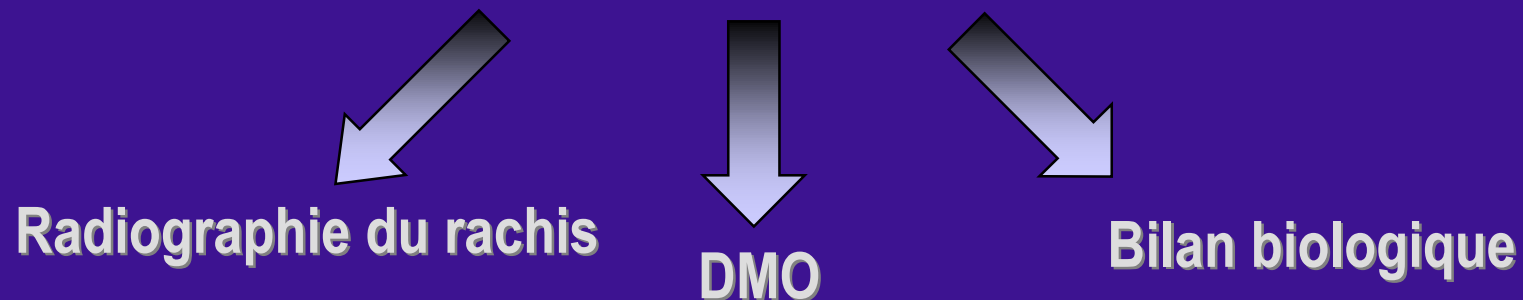
- **Ménopause précoce**
- **Aménorrhée primaire ou secondaire**
- **Immobilisation prolongée**
- **Carence vitamino-calcique**
- **Anti-aromatases**
- **Analogues de la LH-RH**

Biologie et ostéoporose: écarter une ostéoporose secondaire



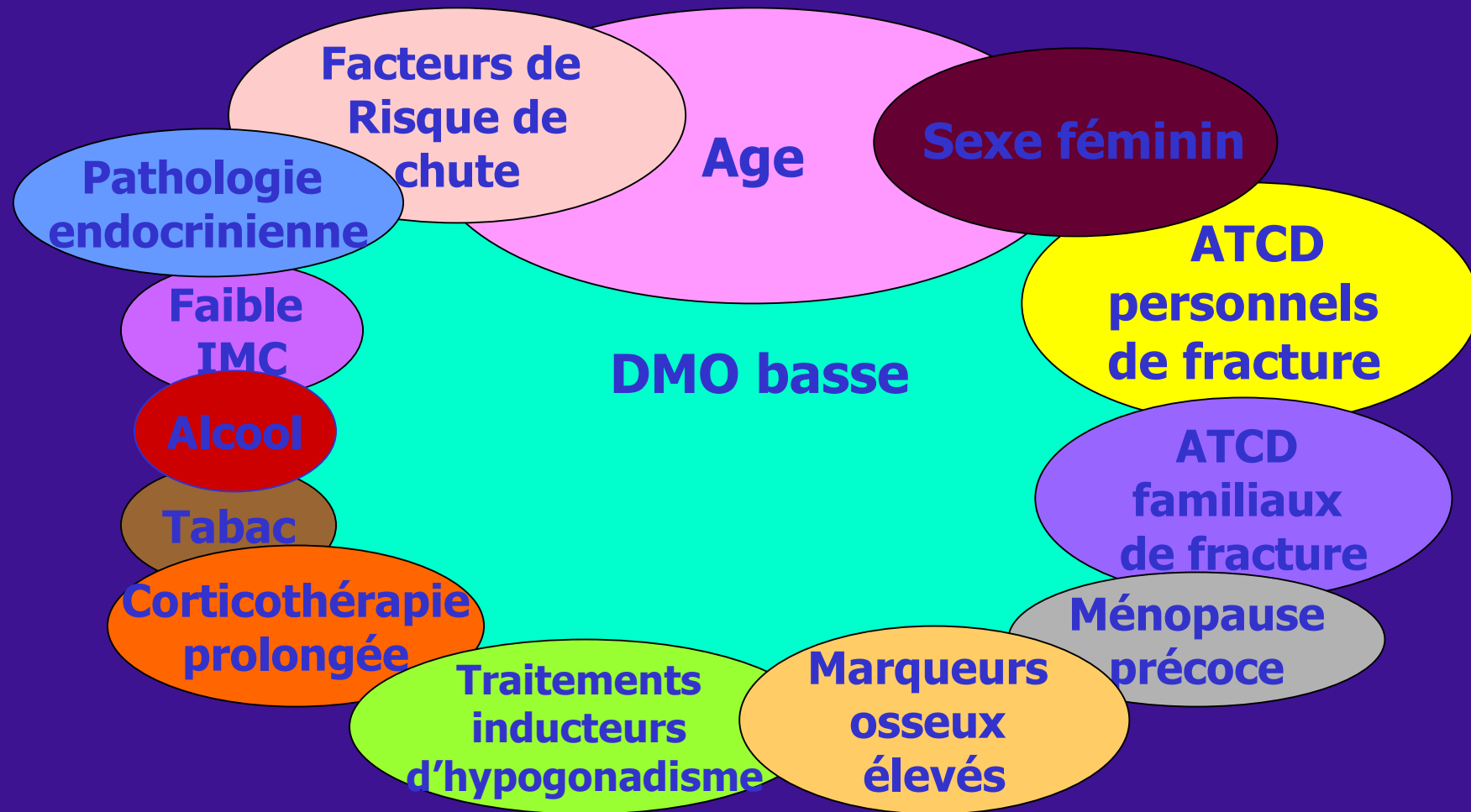
Rôle majeur du médecin dans l'identification des patients à risque de fracture

- Recherche des facteurs de risque d'ostéoporose
- Recherche des ATCD de pathologies inductrices d'ostéoporose
- Recherche des symptômes évocateurs de FV



Plus de 2/3 des FV sont asymptomatiques

Facteurs de risque d'ostéoporose



Mesure de la Densité Osseuse par Ostéodensitométrie (DXA)

- Quantité de l'os
⇒ Appréciation d'une partie de la fragilité osseuse
- DMO = Facteur quantitatif
- Relation directe entre DMO et prédiction du risque fracturaire (*Cummings 1993*)
- Diagnostic de l'ostéoporose en pratique :
⇒ Examen de référence ⇒ **Densité Minérale Osseuse**
- Définition OMS «opérationnelle»
 - Ostéoporose : T-score \leq -2.5 DS
 - Ostéopénie : -2.5 DS < T-score < -1DSindépendant de l'âge

Bonne pratique de la DMO en 2007

- dépend de 3 facteurs essentiels:
 - Opérateur (*acquisition et analyse de l'examen*)
 - Choix des courbes de normalité
 - Contrôle de qualité (QC): assurance qualité obligatoire depuis 2006 (AFSSAPS 20 avril 2005)

- Aide à fixer le seuil d'intervention pour décision thérapeutique à l'échelon individuel: guidé par la DXA et les autres facteurs de risque → score de risque (FRAX)

Le remboursement de la DXA (JO juin 2006)

(pour un premier examen)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Décision du 29 juin 2006 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

- Dans la population générale, quels que soient l'âge et le sexe

1.1. En cas de signes d'OP:

- Découverte ou confirmation radiologique d'une **fracture vertébrale** sans contexte traumatique ni tumoral évident
- **ATCD personnel de fracture périphérique** survenue sans traumatisme majeur

1.2. En cas de pathologie ou TT potentiellement inducteur d'OP:

- Lors d'une corticothérapie systémique
- ATCD documenté de pathologie ou TT potentiellement inducteur d'OP
 - Hypogonadisme prolongé (incluant l'androgénoprivation chirurgicale [orchidectomie] ou médicamenteuse [TT par analogue de la Gn-Rh])
 - Hyperthyroïdie évolutive non traitée; hypercorticisme; hyperparathyroïdie primitive; ostéogénèse imparfaite

Le remboursement de la DXA (JO juin 2006) (pour un premier examen)

2. Chez la femme ménopausée (y compris pour les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses inférieures aux doses recommandées) :

2.1. En cas d'antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent du 1er degré

Docteur Florence Lévy-Wei 2008

2.2. En cas d'indice de masse corporelle $< 19 \text{ kg/m}^2$

2.3. En cas de ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause

2.4. ATCD de corticothérapie per os équivalent prédnisone $> 7.5 \text{ mg/j}$ d'une durée > 3 mois

Le remboursement de la DXA (JO juin 2006) (pour un deuxième examen)

1- A l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique

En dehors de l'arrêt précoce pour effet indésirable,
chez la femme ménopausée

2 - Chez la femme ménopausée sans fracture,

Lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après
une 1ère ostéodensitométrie montrant une valeur
normale ou une ostéopénie: une 2ème
ostéodensitométrie peut être proposée 3 à 5 ans
après la 1ère en fonction de l'apparition de nouveaux
facteurs de risque

Objectifs du traitement médical

- Prévention de la 1^{ère} fracture
- Réduction du risque de fracture ultérieure
- Maintien d'un effet anti-fracturaire sur le long terme

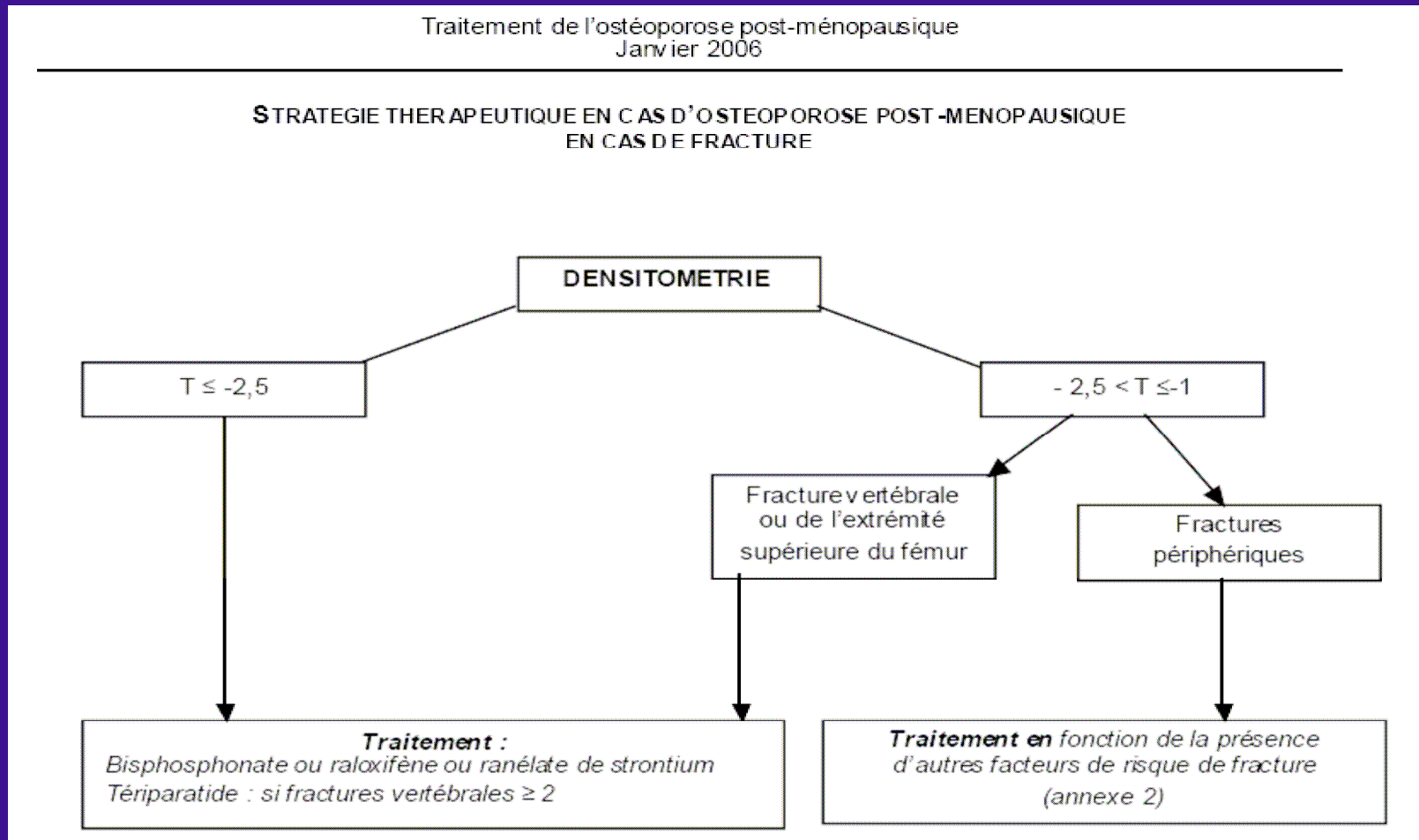
Principes du traitement

- Médicamenteux (*THS, SERMS, bisphosphonates, PTH, RS*)
- Corriger les carences vitamino-calciques : conseils d'hygiène alimentaire + exposition suffisante au soleil (*apport suffisant en calcium et en vitD*)
- Exercice physique en charge régulier
- Apports protidiques suffisants notamment chez le sujet âgé
- Eviter les chutes (*conseils pratiques, rééducation, correction des troubles visuels, protecteurs de hanche...*)

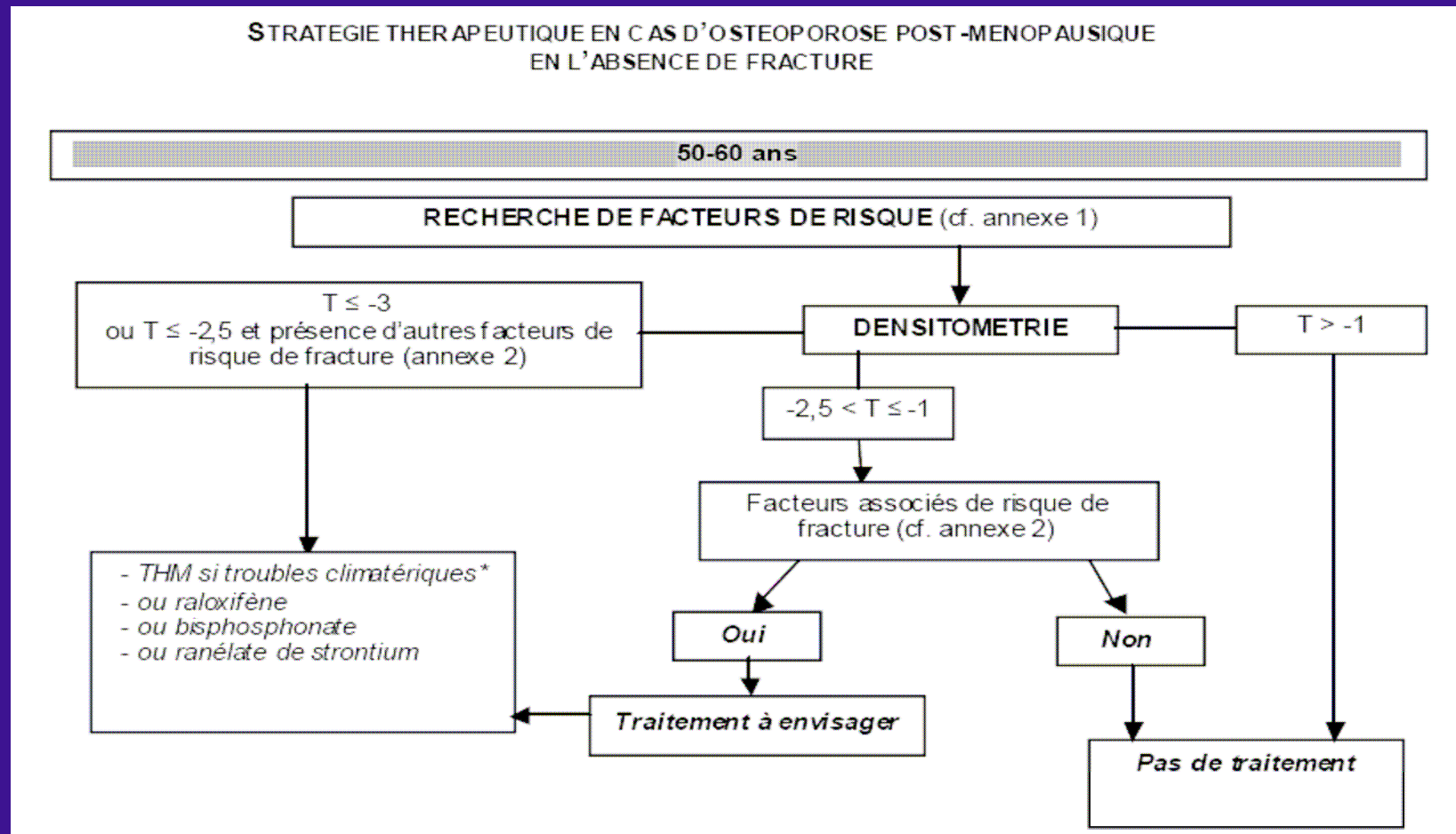
Les traitements actuels de l'ostéoporose post-ménopausique

- Les antirésorbeurs :
 - THS; Raloxifène; bisphosphonates
- L'ostéoformateur :
 - PTH 1-34 (tériparatide)
- L'ostéoformateur et antirésorbeur :
 - Ranelate de strontium

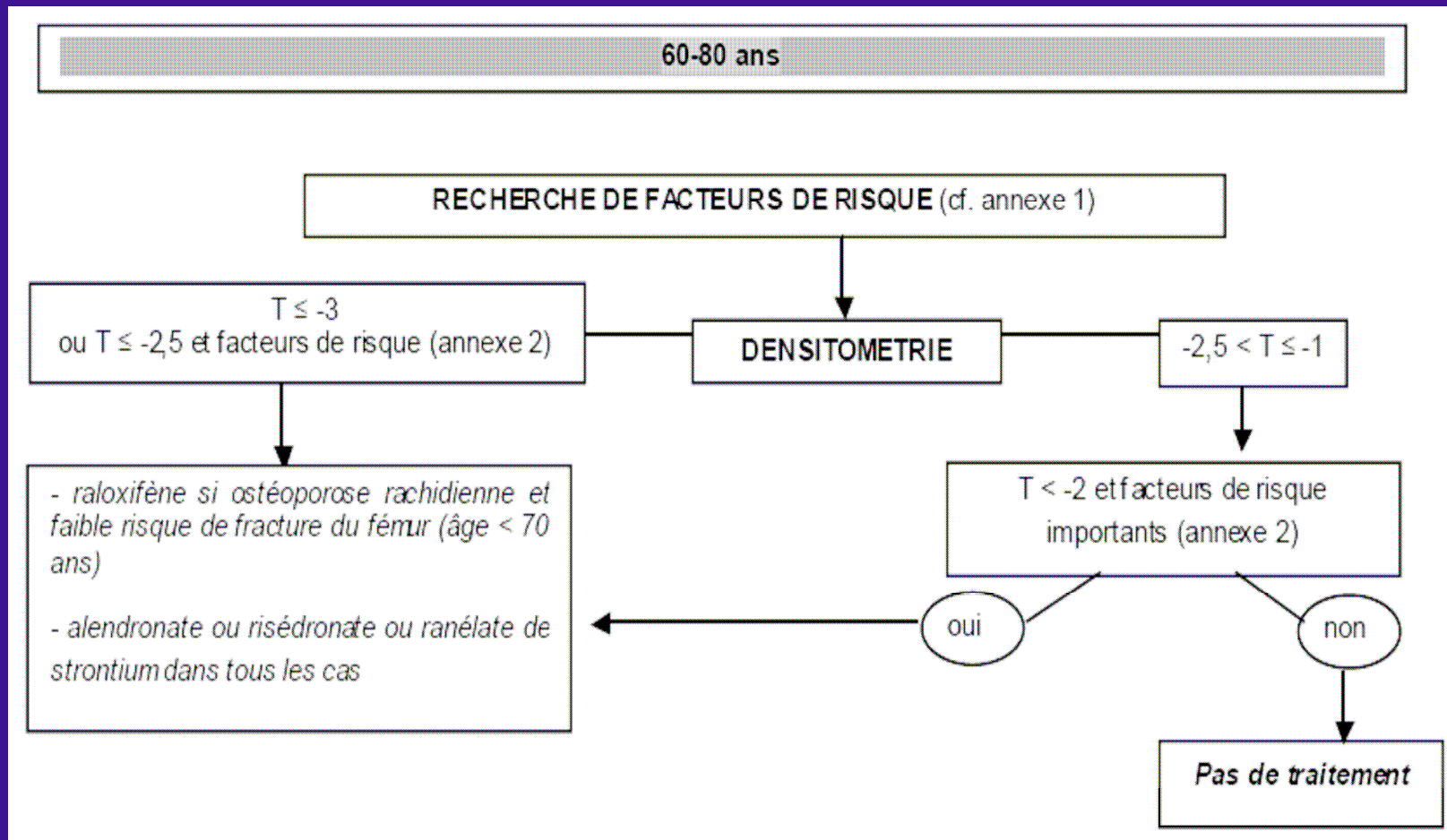
Actualisation des recommandations de l'AFSSAPS pour le traitement de l'OP post-ménopausique En présence de fractures



Actualisation des recommandations de l'AFSSAPS pour le traitement de l'OP post-ménopausique En l'absence de fractures (50 – 60 ans)



Actualisation des recommandations de l'AFSSAPS pour le traitement de l'OP post-ménopausique En l'absence de fractures (60 – 80 ans)



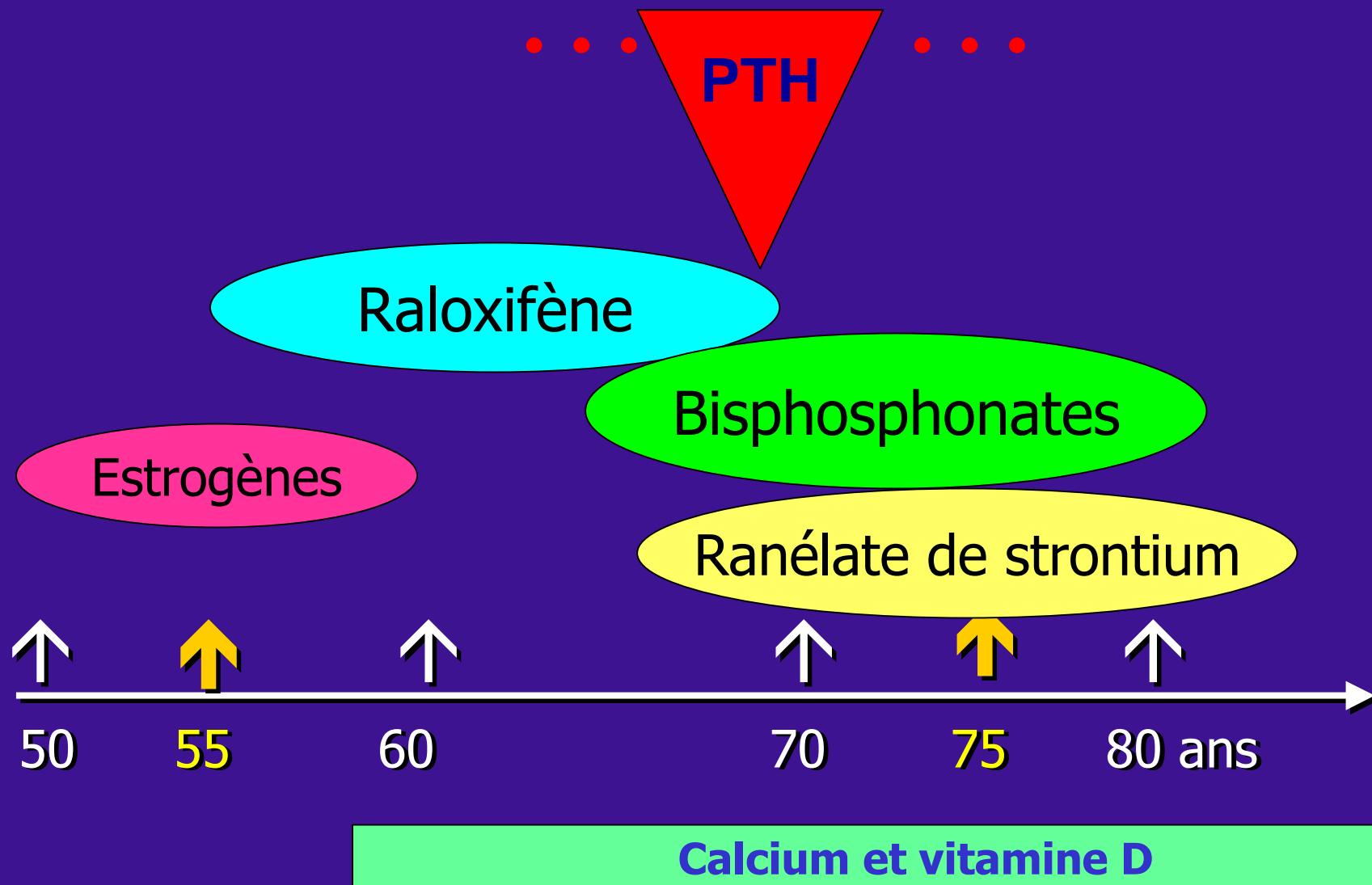
Actualisation des recommandations de l'AFSSAPS pour le traitement de l'OP post-ménopausique (rappel : après 80 ans)

> 80 ans

- calcium, vitamine D, prévention des chutes, protecteurs de hanche
- ranélate de strontium ou risédronate (ou alendronate) à envisager

Rapport d'orientation ANAES / Afssaps : « Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause », avril 2004.

Quel traitement ? vers un traitement séquentiel de l'ostéoporose...



Conditions de remboursement avant fracture

➤ Femmes ménopausées

- $T < -3$ DS

ou

- $T \leq -2,5$ DS associé à d'autres facteurs de risque, en particulier :
 - . Âge > 60 ans
 - . Corticothérapie systémique ancienne ou actuelle ($\geq 7,5$ mg/j)
 - . IMC < 19
 - . ATCD fracture ESF mère
 - . Ménopause avant 40 ans

JO Octobre 2006