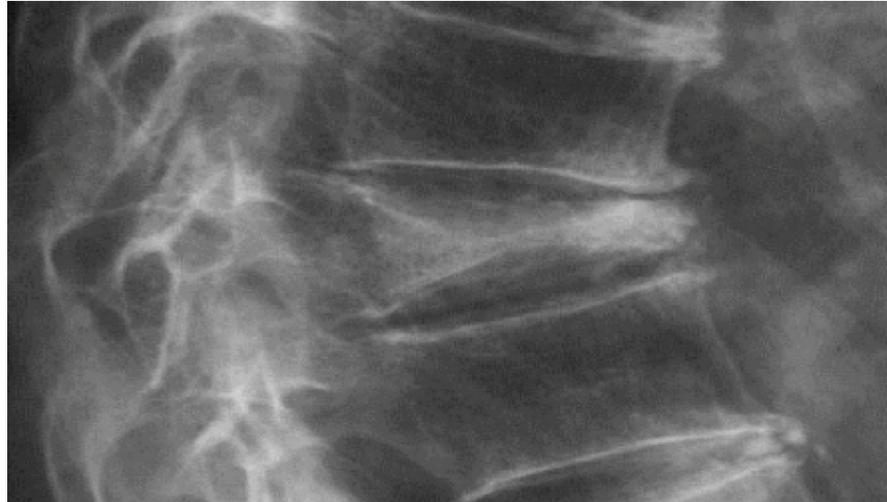


# Prise en charge de l'OSTEOPOROSE



Rencontres Rhumatologie-Médecine Interne

30/04/2019

DR POIX Elsa, Rhumatologue



# Pourquoi faut-il la traiter?



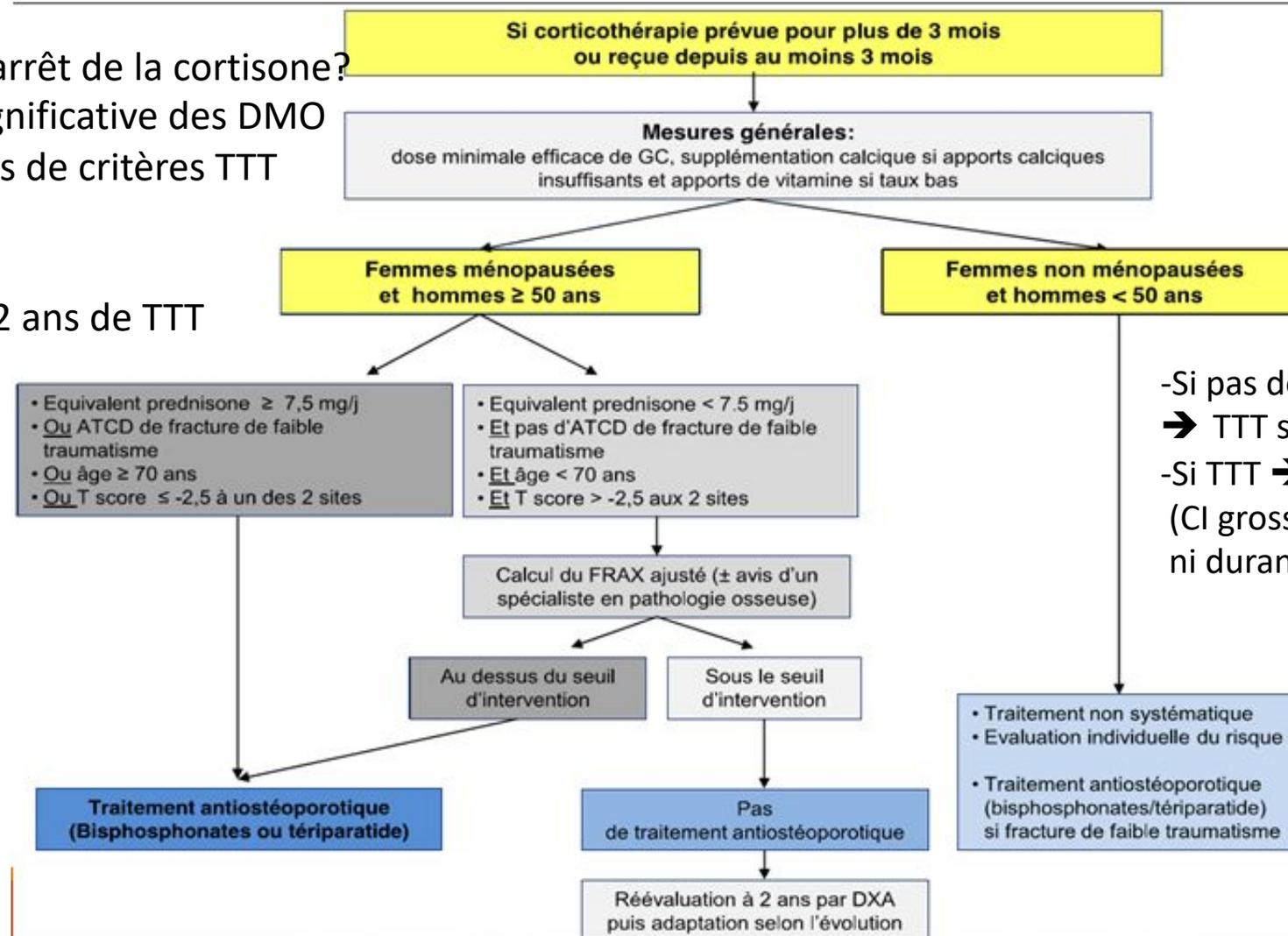
- L'ostéoporose est une maladie
  - Et pas une invention des laboratoires pharmaceutiques pour vendre leur médicaments...
- Elle est fréquente, en constante augmentation, mais négligée
  - 2001: 70 000 TV, 60 000 ESF, 35 000 poignets.
  - Depuis: +5% chez les F et +22% chez les H
  - Après une fracture seuls 10% sont explorés par DPX et 15% traités
- Elle est responsable d'une morbi-mortalité importante
  - 23,5% des patients > 55 ans mourront dans l'année qui suit une fracture de l'ESF
  - Survie à 5 ans diminuée de 16% après un TV
- Qui peut être évité en partie par des traitements
  - Efficaces et le plus souvent bien tolérés
    - Réduction du risque de fracture vertébrale de - 70 % et de hanche de - 40 %
    - Diminution de la mortalité à 2 ans de -28% (ac zoledronique après fracture ESF)
    - Osteonecrose de la mâchoire rare et souvent peu grave (1/10000 à 1/30000)
- Et ceci surtout si on les démarre de façon précoce
  - Car plus on casse... plus on casse... et ceci de façon exponentielle

# Qui traiter?

En fonction de la diminution du T score (au site le plus bas)	Fractures sévères (fémur, vertèbres humérus, bassin, tibia proximal)	Fractures non sévères	Absence de fracture et facteurs de risque d'ostéoporose et/ou de chutes multiples)
T > -1	Avis du spécialiste	Pas de traitement	Pas de traitement
T ≤ -1 et > -2	Traitement	Avis du spécialiste	Pas de traitement
T ≤ -2 et > -3	Traitement	Traitement	Avis du spécialiste
T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

# Cas particulier: Ostéoporose cortisonique

- Quand l'arrêter après arrêt de la cortisone?
- Si pas de diminution significative des DMO et pas de fracture et pas de critères TTT Classiques
- Durée du TTT?
- Pas de certitude après 2 ans de TTT
- Quel TTT?
- Bisphosphonate
- Forsteo (Si 2 TV)
- Dénosumab



- Si pas de TTT → DPX annuelle, 2 ans → TTT si perte > 0,03g/cm<sup>2</sup>
- Si TTT → Risedronate (CI grossesse sous TTT ni durant les 6 mois suivant l'arrêt)

Le risque fracturaire est dose dépendant et apparait précocement au bout de 3 à 6 mois de traitement, Il diminue précocement aussi après 3 mois d'arrêt

# Comment choisir le bon traitement?

- Balance bénéfice risque
- Effets secondaires extra osseux
- CI des médicaments
- Contrainte
- Age
- Type de fracture
- ➔ Décision partagée avec le patient
- ➔ Sensibiliser à l'observance

# Traitements: « Les maçons » à disposition



- **Bisphosphonates: Anti résorbeur**
  - Per os hebdomadaire (alendronate 70 (Fosamax) ou risedronate 35 (actonel), actonel gastrorésistant, actonel 75 2 jours /mois
  - IV annuel (acide zoledronique : Aclasta, surtout si fracture de l'ESF), sd pseudo grippal 1ere perfusion
  - Consultation dentaire initiale puis annuelle, risque d'uveite faible
- **Dénosumab (Prolia): Anti résorbeur**
  - SC /6 mois, en échec ou intolérance bisphosphonate
  - puis bisphosphonate IV ou per os pendant 6 à 12 mois pour éviter effet rebond fracturaire à l'arrêt lié à la perte de DMO
  - Consultation dentaire initiale puis annuelle, risque d'hypocalcémie surtout si ins rénale

*Risque ostéonécrose mâchoire reste faible dans op sous bisph ou denosumab: 0,001% à 0,01% PA et proche de la population générale, Avulsion dentaire et Implant possible . L'évaluation dentaire ne doit pas retarder un traitement si fracture sévère  
Risque fracture atypique faible 3,2 à 50 cas/ 100000 patient année, surtout si durée prolongée*

- **Tériparatide (Forsteo): Ostéoformateur**
  - Si au moins 2 TV , CI si atcd radiothérapie
  - SC quotidienne 18 mois, Relais bisphosphonate (anti résorbeur) ou dénosumab

# Traitements: « Les maçons » à disposition



- Raloxifene (Evista) cp quotidien:
    - si femme âge < 65-70 ans
    - si pas d'autre fracture périphérique sévère
    - si T-score hanche pas trop bas
    - si pas de FDR de chute
  
  - Il diminue le risque de cancer du sein
  - CI si atcd thrombo embolique, cancer endomètre et saignement génital inexpliqué, FDR d'AVC
- 
- THM
    - si trouble climatérique
    - si âge entre 50 et 60 ans
    - si jamais fracturé ou fracture bénigne (poignet) ou TV
    - Possibilité d'ajouter un autre ttt si effet sur DM insuffisant au bout de 2-3 ans

# Traitements: « Les BRIQUES »



- Apports calcique suffisants:
  - 1200 mg / j en tout
  - Sauf si ATCD colique néphrétique calciques: 800 mg/j
  - Alimentaire (eaux minérales, amandes, produits laitiers, ...)  
>> médicamenteux
  - Attention au Risque cardio vasculaire si trop d'apport
- Vitamine D 800 UI / j ou 100 000 / 2-3 mois

# Durée des traitements?

- But:
  - Si pas de fracture initialement: pas de perte significative des DMO ( $<0,03\text{g/cm}^2$ ), voire amélioration, et pas de nouvelle fracture
  - Si fracture autre que ESF: visez un T score  $> -2$
  - Si fracture de l'ESF: visez un T score  $> -2,5$
- Effet anti fracturaire passé 5 ans n'est pas connu (absence de groupe contrôle)
- Suivi de Tolerance extra osseuse rassurant:
  - Alendronate 10 ans
  - Risedronate 7 ans
  - Raloxifene 8 ans
  - Acide zoledronique 9 ans
  - Denosumab 10 ans
- Apres arrêt d'un traitement, surveillance DPX à 2 ans

# Divers

- Vérifier l'observance ++
  - Intérêt des marqueurs du remodelage d'ostéorésorption type crosslaps si anti résorbeur
- Lutte contre les chutes:
  - Activité physique pour renforcer l'équilibre, vit D, iatrogénie (hypotenseur, anti dépresseur, maison adaptée, vision...)
- Prise en charge des comorbidités (démence, parkinson, diabète, maladies cardio vasculaires, polymédication)

# FIN

