

Ostéoporose

Définition

Maladie traduite par une perte progressive de masse osseuse, et des modifications de l'architecture des os. La baisse de résistance de l'os et la fragilité osseuse qui en résulte entraîne la survenue de fractures suite à des traumatismes de faible énergie.

Epidémiologie

Maladie dont la prévalence augmente fortement avec l'âge. En Suisse, une femme sur 2 et un homme sur 5 de plus de 50 ans va souffrir d'une fracture liée à la fragilité osseuse causée par une ostéoporose. Malgré cela, seuls 10% des patients avec ostéoporose et 20% de ceux pour lesquels elle s'est compliquée d'une fracture sont au bénéfice d'un traitement contre l'ostéoporose.

Prévention

- Apport suffisant en calcium (1000 mg / j) et en vitamine D (≥ 800 U / j)
- Activité physique régulière
- Prévention des chutes
- Arrêt du tabac, limitation de l'alcool

Clinique et diagnostic

Il n'y a pas de clinique associée à l'ostéoporose, cette dernière étant asymptomatique. Elle pose un problème de santé dans la mesure où elle augmente le risque fracturaire.

Facteurs de risque de développer une ostéoporose

- Age
- Sexe féminin, ménopause précoce
- BMI bas (< 20)
- ATCD personnel de fracture
- ATCD parental de fracture de hanche
- Tabagisme actif, consommation OH $> 3U/j$
- Médicamenteux (corticothérapie plus que 3 mois, traitements oncologiques anti-hormonaux)
- PR
- Toutes causes entraînant une ostéoporose secondaire (DM t.I, malabsorption, hépatopathie chronique, syndrome de Cushing, hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie primaire, hypogonadisme, ostéogénèse imparfaite).

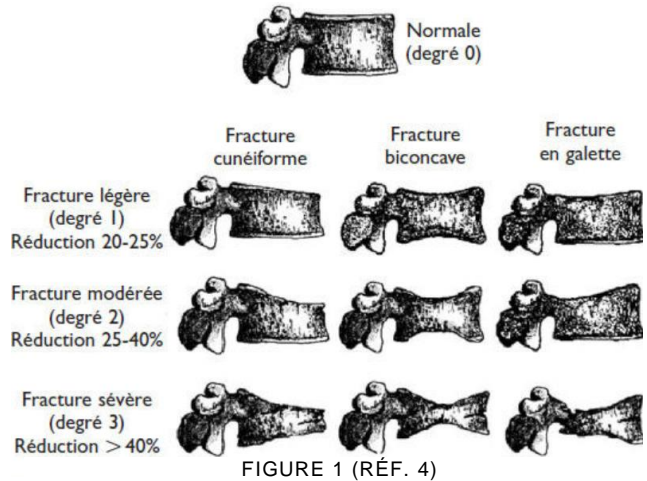
→ Lien FRAX Suisse : <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=15>

Le diagnostic repose sur la mesure de la densité osseuse, comparée à celle de sujets sains, par l'intermédiaire du calcul de la déviation-standard (T-score) :

- Densitométrie normale : T-score ≥ -1
- Ostéopénie : T-score -1 à -2.5
- Ostéoporose : T-score < -2.5

Indications au remboursement de la densitométrie

- Ostéoporose
- Fracture de fragilité : penser à regarder la hauteur des vertèbres sur les radiographies de thorax de profil → une baisse de la hauteur au niveau du corps vertébral entre la partie antérieure-postérieure dès 20% corrèle très bien avec une fracture dite de fragilité et pose l'indication à un traitement d'ostéoporose (cf. figure 1).
- Corticothérapie > 3 mois
- Hyperparathyroïdie primaire
- Ostéogénèse imparfaite
- Traitements oncologiques anti-hormonaux
- Contrôle sous traitement (tous les 2 ans)
- Hypogonadisme chez l'homme
- HIV



Prise en charge

Bilan

Structurer le bilan biologique en fonction du contexte clinique :

1. Recherche d'ostéoporose secondaire : EP, IEP sang et urine, TSH, cortisol.etc...
2. Evaluation du métabolisme osseux : calcium total, calcium corrigé, phosphate, PTH, 25-OH-vitamine D si nécessaire
3. Evaluation du remodelage osseux : crosslaps, PAL osseuse, P1NP

Stratification du risque

Les guidelines de la société suisse de 2015 proposent de traiter les patient avec un T score <-2.5 ainsi que ceux avec une haute probabilité de fracture ostéoporotique majeure à 10 ans calculée avec le FRAX (cf table 1). On ajoute à ces indications les patients avec un traitement de corticoïdes de plus 3 mois, et ceux sous anti-aromatase ou suppression androgénique.

TABEAU 2 (REF. 2)

âge	risque de fracture à 10 ans (FRAX®) (fractures principales)	
50 ans	≥10%	55 ans ≥13%
60 ans	≥17%	65 ans ≥20%
70 ans	≥23%	75 ans ≥28%
≥ 80 ans	≥33%	

Il y a actuellement plusieurs données qui parlent en faveur de la nécessité d'une stratification du risque fracturaire afin de pouvoir choisir le meilleur traitement (cf. figure 2).

1. *Risque imminent* : >10% de risque fracturaire à 2 ans si
 - a. fracture vertébrale ou fracture hanche basse énergie <2 ans
 - b. fracture ostéoporotique majeure (y compris humérus radius et pelvis) >65 ans
2. *Très haut risque* : probabilité à 10 ans d'une fracture ostéoporotique majeure supérieure de 20% en risque absolu au seuil interventionnel selon FRAX
3. *Haut risque* :
 - a. Deux fractures ostéoporotiques majeures de > 2ans
 - b. probabilité à 10 ans d'une fracture ostéoporotique majeure supérieure au seuil interventionnel mais inférieur à 20% en risque absolu selon FRAX. (indépendamment du T score)

c. si traitement de corticoïdes (plus que 3 mois), anti-aromatase ou suppression androgénique et T score < -1.5 et/ou FRAX au-dessus du seuil interventionnel

4. *Risque modéré* : T score < -2.5, pas de fracture et au-dessous du seuil interventionnel FRAX

5. *Bas risque* : ostéopénie (T score > -2.5 et < -1.0) et sans autre facteur de risque

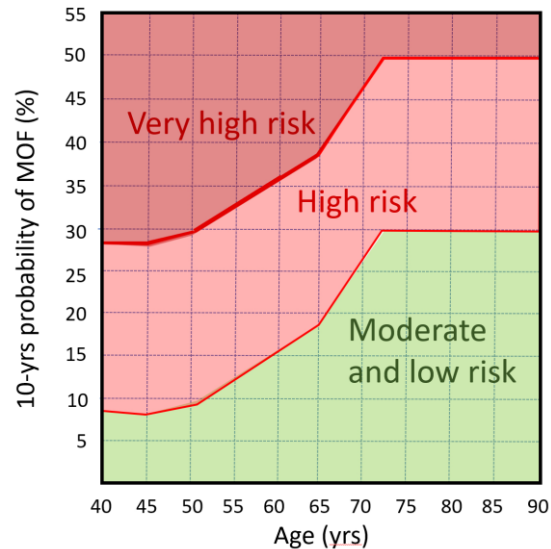


FIGURE 2 INTERVENTION THRESHOLDS FOR OSTEOPOROSIS THERAPY BASED ON THE 10-YEAR RISK OF A MAJOR OSTEOPOROTIC FRACTURE IN SWITZERLAND (RÉF. 1)

Traitement médicamenteux

Indication à un traitement médicamenteux

Sujet avec fracture

- Fracture vertébrale ou fracture du fémur proximal
→ Traitement médicamenteux spécifique
- Fracture périphérique suite à un traumatisme bénin
→ Evaluation du risque de fracture au moyen de FRAX et intervention basée sur le risque de fracture absolu

Sujet sans fracture

Un traitement médicamenteux est recommandé si, sur la base des données épidémiologiques actuelles, le risque absolu de fracture ostéoporotique sur 10 ans atteint le seuil d'intervention, ou si le T-Score est < -2,5 (colonne vertébrale lombaire en incidence antéropostérieure ou fémur (col ou total)).

Jusqu'aux dernières guidelines à l'échelle suisse (2015), il n'existait pas de recommandation pour traiter l'ostéoporose en tenant compte de la stratification du risque (cf supra). Une récente publication (réf 1) donne une stratégie pour une prise en charge spécifique à chaque catégorie de risque, résumée ci-dessous (cf. figure 3) :

a) Risque imminent / très haut risque :

- Le traitement de choix en cas de fracture vertébrale est le téraparatide 18-24 mois (CAVE CI cancer récent ou radiothérapie sur squelette osseux → remboursement dans cette indication non validée par la LS), suivi d'un traitement anti-résorbant (biphosphonate ou denosumab).
Actuellement remboursé comme traitement de 2^{ème} ligne si fracture sous traitement inhibiteur de la résorption ou corticothérapie.
- Le traitement de choix en cas de fracture de hanche est le zolédronate 1x/an (si GFR > 35ml/mn) ou denosumab.
Une étude montre (réf 3) que le zolédronate initié dans les 3 mois d'une fracture proximale du fémur diminue le risque d'une récurrence de fracture de 32% et la mortalité de 25%, comparé à un placebo.

- Romosozumab aussi en première intention pendant 1 an sous réserve de l'accord de l'assurance maladie, puis anti-résorbant (CAVE si risque cardio-vasculaire élevé).
- b) Haut risque :**
- Traitement anti-résorbant. CAVE denosumab non approuvé pour une ostéoporose cortico-induite.
- OU
- Teriparatide si fracture vertébrale malgré traitement anti-résorbant ou fracture vertébrale dans un contexte de corticothérapie.
- c) Risque modéré :**
- Qui n'ont pas de traitement de substitution hormonale
 - Considérer SERM ou biphosphonate oral si les marqueurs CTx (betacroslaps) et P1NP > seuils pré-ménopause.
- d) Risque bas :**
- DMX à 5-10 ans ou avant en fonction de nouveaux éléments.

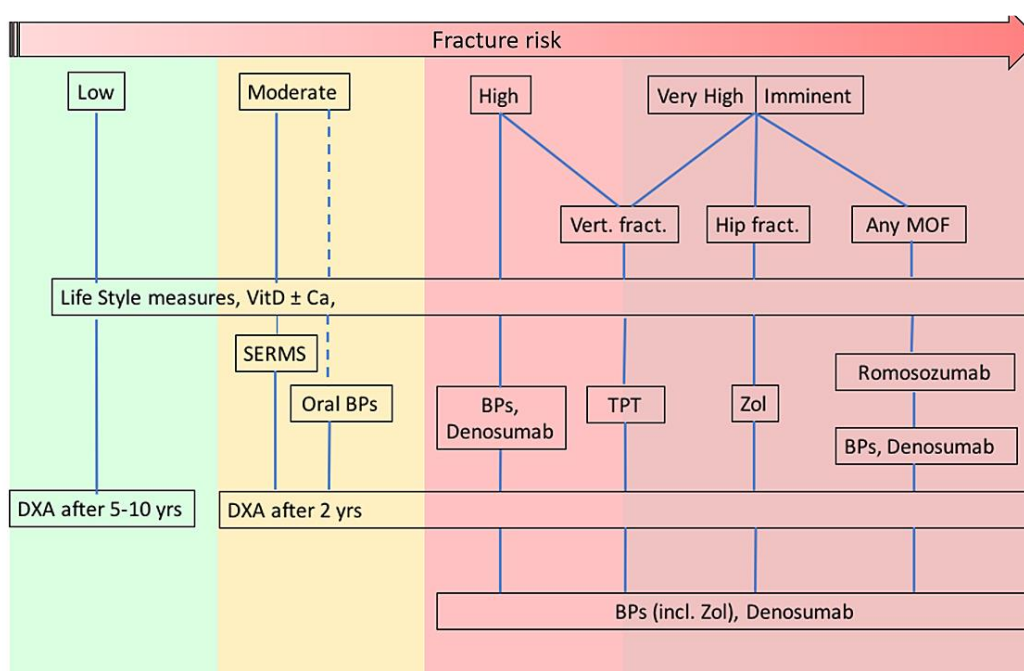


FIGURE 3 : TREATMENT RECOMMENDATIONS BY LEVEL OF RISK. SERMS = SELECTIVE OESTROGEN RECEPTOR MODULATORS; BPS = BISPHOSPHONATES; ZOL = ZOLEDRONATE; TPT = TERIPARATIDE. DASHED LINES INDICATE ALTERNATIVE TREATMENTS (SEE TEXT FOR DETAILS). (RÉF. 1)

Suivi

Une évaluation chaque 2 ans par densitométrie et marqueurs du remodelage osseux est indiquée, avec une évaluation du traitement médicamenteux en cas d'évolution défavorable sur la base de ces examens ou de mise en évidence d'une fracture nouvelle (y compris une fracture vertébrale asymptomatique).

L'arrêt du traitement anti-résorbant doit être envisagé. Pour les biphosphonates, un délai de 3 ans (iv) ou 5 ans (po) est préconisé. Pour le dénosumab, un délai plus long (jusqu'à 10 ans) est envisageable.

Les conditions pour un arrêt du traitement sont les suivantes :

- absence de fracture sous traitement,
- amélioration de la valeur de T-score (> -2.5),
- suppression d'éventuels facteurs de risque (p. ex corticothérapie),
- contrôle du remodelage.

Les marqueurs du remodelage renseignent sur l'évolutivité potentielle de la perte osseuse et modulent la décision thérapeutique. Si les conditions ne sont pas réunies, après cette durée, il faut envisager un anti-résorbant plus puissant ou un traitement anabolique. A noter que l'arrêt des bisphosphonates est suivi d'un effet rémanent alors qu'il faut surveiller et traiter le rebond de la résorption osseuse survenant après l'arrêt du dénosumab.

Références

1. Ferrari Serge, Lippuner Kurt, Lamy Olivier, Meier Christian on behalf of the 2020 recommendations for osteoporosis treatment according to fracture risk from the Swiss Association against Osteoporosis (SVGO). Swiss Med Wkly. 2020;150:w20352.
2. Recommendations ASCO 2015 ;
https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/7_Endokrinologie/72_Empfehlungen_SGED/ASCO_Recommandations_2015.pdf
3. Lyles KW, Colon-Emeric CS, Magaziner JS, Adachi JD, Pieper CF, Mautalen C, et al.; HORIZON Recurrent Fracture Trial. Zoledronic acid and clinical fractures and mortality after hip fracture. N Engl J Med. 2007;357(18):1799–809
4. R. Rizzoli, P. Casez, La fracture vertebrale est-elle diagnostiquée, RevMed, 2005 ;35

Impressum

Cette Guideline a été mise à jour en mai 2023

© mediX romandie

Rédaction:

Dr H. Spechbach
Dr N. Sabeh
Dr T. Leidi
Dre B. Uebelhardt

Relecture par le spécialiste

Dr Christine

Cette guideline a été préparée sans influence extérieure. Il n'existe aucune dépendance financière ou liée au contenu vis-à-vis de l'industrie ou d'autres institutions ou groupes d'intérêt.

Les guidelines mediX romandie contiennent des recommandations thérapeutiques pour des symptômes ou des situations de traitement spécifiques. Cependant, chaque patient doit être traité en fonction de sa situation particulière.

Bien que les directives de mediX romandie soient élaborées et vérifiées avec le plus grand soin, le réseau mediX romandie ne peut assumer aucune responsabilité quant à leur exactitude, en particulier en ce qui concerne les informations relatives au dosage.

Toutes les guidelines de mediX romandie sont disponibles sur Internet à l'adresse www.medix-romandie.ch.

L'association mediX suisse est une association de réseaux de médecins et de médecins en Suisse dont fait partie mediX romandie.

mediX romandie, chemin du Jaillet 22, 1277 Borex

Veuillez envoyer vos commentaires à : secretariat@medix-romandie.ch