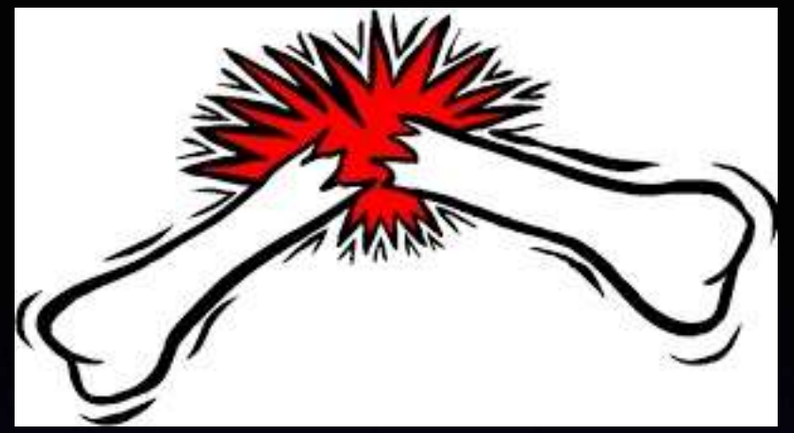
Les recommandations pour L’OSTEOPOROSE

Comment s’y retrouver ?

- Objectif du traitement ostéoporose : ***la survenue de fractures.***



- Les **fractures** : un très lourd coût humain et financier (130 000 fractures osteoporotiques/an).

- **Prévenir le risque fracturaire est important** mais peu mis en oeuvre. Les MG mettent en avant des **recommandations trop complexes**.

- Présentation ce jour : RECOS simples à retenir et les RECOS plus complexes évoquées.

PLAN

A. RECOS SIMPLES

- Prévention secondaire : 1 fracture par fragilité
- Risque de chute
- Patients âgés en EHPAD

B. RECOS COMPLEXES

- Les autres facteurs de risque de fracture : indication ODM
- Prévention primaire : CAT diverses.

C. LES TRAITEMENTS

- Les biphosphonates
- Les autres traitements

A. RECOS SIMPLES

- Les risque fracturaire est évalué par **facteurs de risque de fractures**

1. Prévention secondaire : fracture par fragilité
2. Risque de chute
3. Patients âgés en EHPAD

- **L'ODM** est indiquée dans tous les cas avant décision traitement ostéoporose.

1. PREVENTION SECONDAIRE : FRACTURE PAR FRA

- **Ostéodensitomètrie** systématique
- Résultat en **T-score** mesuré sur le rachis et l'extrémité supérieur du fémur
- si T-score < - 2,5 : **ostéoporose**
- si T-score > - 2,5 : **recos complexes** (ostéopénie)

fracture par fragilité = ODM

T-score > -2,5
ostéopénie

indications différentes en fonction du T-score

- **HAS** : si -1 > T-score > -2,5 (on traite si fracture sévère : vertébrale, col fémur, 3 cotes, humérus). sinon pas de ttt.
- **GRIO** : utilisation du FRAX
- **Prescrire** : pas de ttt.

T-score < -2,5
ostéoporose

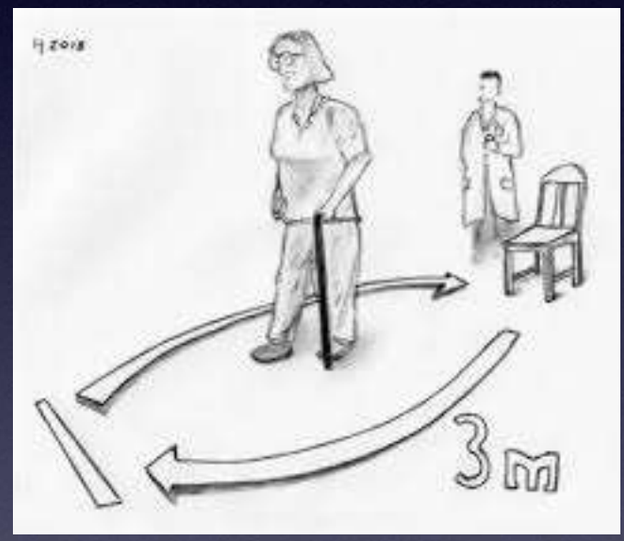
indications consensuelles

traitement par **biphosphonates**
5 ans

2. RISQUE DE CHUTE

- **Risque de chute** : âge, baisse acuité visuelle, alcoolisme, troubles neuro musculaires, moteurs, orthopédiques, médicaments, logement inadapté

- **Test up and go**
- inf à 14 sec : normal
- sup à 20 sec : risque chute +++



domicile
iatrogènie
activité physique

3. PATIENTS AGÉS EN EHPAD

- > 70 ans et ne sortant pas à l'extérieur
- dosage Vit D remboursé
- pas d'ODM

ORDO systématique :
Carbonate de Calcium 500mg/jour
vitamine D en fonction du dosage : **100 000 UI** tous les 15 jours puis tous les 2 mois une fois la carence corrigée

En pratique

- **ATCD de fracture fragilité = ODM**

1. ostéoporose : ttt pendant 5 ans
2. ostéopénie : pas consensus

- **Risque de chute :** à prévenir, test up and go
- **patients âgés en EHPAD : VIT D et Calcium**

B. RECOS COMPLEXES

1. Les autres facteurs de risques de fracture : ODM

2. Prévention primaire : CAT diverses

- absence d’un antécédent de fracture
- avec d’autres FDR d’ostéoporose

1. Les autres facteurs de risques de fracture ostéoporotiques : indication ODM

- **ensemble des patients** : si antécédents de fractures, corticothérapie en cours sup à 3 mois. hypogonadisme prolongée, hyperthyroïdie non traitée.

- **chez la femme ménopausée :**

1. si ménopause précoce (avant 40 ans)
2. si BMI < 19
3. si corticothérapie systémique passée (sup 3 mois)
4. fracture du col par fragilité chez un parent 1er degré.

- **Deuxième ODM** : 3 à 5 ans après une première ODM anormale mais sans mise en route de traitement. Il n'y a pas lieu de prescrire des ODM pour le suivi des traitements .

2. Prévention primaire : CAT diverses

- Prescrire.org — <u>pas de ttt en prévention primaire</u>
- HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ — <u>si indication ODM :</u>

1. T-score<-3 : ttt.
2. T-score <-2,5, pas de ttt mais 2ème ODM (3 à 5 ans)
3. -2,5 <T-score <-3: en fonction des autres FRD.

- GRIO GROUPE DE RECHERCHE ET D'INFORMATION SUR LES OSTÉOPOROSES — <u>FRAX si -2 <T-score <-3</u>

mesure le risque de faire une fracture du col du fémur dans les 10 prochaines années. Les seuils d'intervention sont différents en fonction des pays.

Le calcul peut se faire sur le site internet du GRIO.

En pratique

- Il existe des facteurs de risque de fractures ostéoporotiques autres que l’ATCD de fractures

- Les sociétés savantes divergent sur la CAT

C. LES TRAITEMENTS

1. Les biphosphonates
2. Les autres traitements
3. La vitamine D et le calcium

1. Les biphosphonates

- ttt de référence
- **alendronate 70, risédronate 35**, prise hebdomadaire 1 heure avant le petit déjeuner rester debout. Prise quotidienne possible. zolédronate 5mg perfusion annuelle, + d’effets secondaires
- Avant le ttt : Bilan buccodentaire pour le risque d’osteonecrose de la mâchoire. S’assurer d’un apport suffisant en calcium (1,2 g/jour) et vitamine D.
- TTT pour 5 ans.

2. Les autres traitements

- **SERM, raloxifene** : pour les fractures vertébrales avant 70 ans . (augmente incidence de TVP)
- **ranélate de strontium**: retiré du marché par le laboratoire Servier depuis septembre 2017
- **teriparatide** : médicament d’exception, injection SC pour 18 mois pour les fractures vertébrales
- **dénosumab** : en relais des biphophonates SMR mineure, non remboursé pour assurance maladie, le recul en terme de tolérance est limité. Par voie SC tous les 6 mois
- **Le THM**, efficacité antifracturaire démontrée notamment au col fémoral. si contre indication aux autres ttt. La balance bénéfice/risque doit être régulièrement réévaluée.
- **VIT D ET CALCIUM :** seulement en EHPAD ou pour recharger avant biphosphonates

En pratique

- <u>Prévention secondaire</u>, atcd de fracture, mesurer les patients pour dépister les fractures vertébrales (DMO +/- TTT si T-score <-2,5)
- Prévenir le risque de chute
- <u>Prévention primaire</u> : recos variables, pour la HAS si l'ODM est indiquée avec T-score<-3, on traite. FRAX utilisé par le GRIO
- Toujours ODM avant de traiter
- Pour le TTT : en priorité les biphosphonates pour 5 ans. (bilan buccodentaire, vitD et calcium pour recharger)

Merci au Dr Sandrine Malochet-Guinamand, référente ostéoporose (service de Rhumatologie CHU)