

## MOOC CHUTE 7

### Ostéoporose et risque fracturaire

Dr Jean-Bernard GAUVAIN – Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses

**L'ostéoporose est un enjeu de santé publique** important. A 65 ans, 35% environ des personnes ont une ostéoporose. Cette proportion s'accroît avec l'âge, à 80 ans c'est 70% des femmes qui ont un risque d'ostéoporose. Donc pratiquement toute femme âgée qu'on reçoit en consultation, c'est déjà une sorte de fragilité que de venir consulter, et dans un hôpital où il y a un biais de recrutement c'est probablement beaucoup plus que 70% de prévalence de sujets avec une ostéoporose que l'on rencontre.

**Pourquoi un tel enjeu ?** Pour beaucoup de raisons. D'abord on pense que 400 000 personnes, homme ou femme, faisant l'objet de fractures dans l'année en France, c'est quelque chose d'important qui doit interpeller. La majorité d'entre elles ne réalise pas qu'un évènement fracturaire est lié à l'ostéoporose (maladie silencieuse). Il y a certainement nécessité que ce soit une prise de conscience collective, non seulement des patients mais aussi du corps de santé tout entier. En gros on peut estimer qu'il y a une femme sur trois qui, à partir de 50 ans, aura une fracture dans sa vie ; il y en a trois sur cinq chez les hommes qui auront aussi une fracture : il est donc important –non pas d'effrayer- mais que chacun puisse participer à cette prise de conscience. Si on réalise aussi qu'en termes d'hospitalisation, de coût de la santé, l'ostéoporose est probablement beaucoup plus un motif de recours d'hospitalisation que les accidents vasculaires, les infarctus du myocarde ou le cancer du sein, oui vraiment, c'est un véritable enjeu de santé publique.

**L'ostéoporose en fait est insuffisamment connue probablement donc sous-diagnostiquée**, sous-traitée et lorsqu'elle est traitée, elle est bien traitée parce que les recommandations commencent à être bien connues maintenant mais probablement qu'il faudrait faire beaucoup plus, pour qu'il y ait plus de personnes concernées, conscientes qu'elles sont porteuses d'une ostéoporose accessible à un traitement susceptible de les protéger d'évènements fracturaires.

Trois axes de **réflexion pour comprendre pourquoi cette ostéoporose est sous-traitée, sous-diagnostiquée.**

La première c'est que le système de santé lui-même, les médecins, peuvent se remettre en cause. Certes on fait des ordonnances de densité osseuse, de traitements de fond anti-ostéoporotiques, on prescrit du calcium, de la vitamine D mais pour autant ça ne suffit pas. Il faut que les patients soient convaincus. On retrouve dans nos dossiers des traces d'arguments mais qui sont quelques fois insuffisants. Je pense qu'il faut qu'on aille plus loin dans la traçabilité de nos arguments en se basant notamment sur les recommandations, celles qui vont sortir en 2018 par exemple.

Deuxièmement, l'environnement notamment médiatique quelques fois peut nous aider à faire comprendre ce qu'est l'ostéoporose, mais d'autres fois des éléments plus péjoratifs

mettent trop en valeur l'anxiété, les effets secondaires de certains médicaments voire un lobbying anti laitage, anti calcium qui quelque fois est pour nous délétère pour faire passer des messages simples sur ce que doit manger une personne souffrant d'ostéoporose.

Et puis troisième axe de réflexion peut-être c'est la personne âgée elle-même qui a tendance à dire, «oui c'est l'âge qui explique mon ostéoporose ». On sait bien que l'âge n'a jamais expliqué, une dyspnée, une tachycardie d'un cœur un peu trop rapide et n'a pas expliqué non plus les éléments fracturaires. L'âge est un facteur de risque bien sûr d'ostéoporose mais à lui seul il n'explique pas toutes les fractures. Il faut aller aussi creuser du côté de la chute et de ses facteurs de risque.

**On a finalement deux questions simples à se poser** quand on veut prévenir l'ostéoporose : « *Madame, êtes-vous tombée une fois dans les six mois qui viennent de se passer ?* ». Et deuxièmement, s'il y a eu une chute, « *avez-vous fracturé ?* ». Voilà donc deux questions très simples pour aborder l'ostéoporose au cours d'une consultation, avant d'en rechercher les facteurs de risque et d'expliquer l'intérêt d'une densité osseuse pour en mesurer l'importance. Après il est nécessaire de regarder l'âge de la patiente, ses radiographies, sa biologie, son risque de chutes et si effectivement l'âge dépasse 75-80 ans, on va prendre une décision thérapeutique adaptée.

Toute la question est de savoir **comment interpréter les chiffres de la densité osseuse** qui vont nous donner une idée quantitative de la perte osseuse en considérant le fait que plus le T score de la densité osseuse va baisser, plus le risque fracturaire va augmenter. Il y a un gradient de perte osseuse et de risque fracturaire à mettre en regard. Idéalement il faut traiter tous les gens qui ont une ostéoporose mais encore faut-il être certain du diagnostic. Cela veut dire qu'il faut préalablement éliminer ce qui n'est pas une ostéoporose. En clair, il ne s'agit pas de traiter une autre maladie déminéralisante, tel un cancer métastasé, un myélome, un lymphome avec un traitement anti-ostéoporotique bien entendu.

**Le traitement de fond anti-ostéoporotique est initialisé avec la notion de séquence thérapeutique.** C'est-à-dire qu'on annonce à la patiente, à son aidant principal que ce traitement de fond prescrit aujourd'hui démarre pour une première phase de 3 ans. Cette notion de séquence est à expliquer dès le départ, en faisant comprendre la notion de suivi. Des revus réguliers sont nécessaires avec des paramètres cliniques et une densité en fin de 1<sup>ère</sup> séquence. Cette évaluation à 3 ans ne signifie pas l'arrêt du traitement. À l'exception du téraparatide, le seul traitement constructeur pour lequel on part pour 18 mois, les séquences des autres traitements ont des durées minimales de 3 à 5 ans. Donc « séquence thérapeutique », cela veut dire qu'on peut s'arrêter après les 3 à 5 ans de la première phase ou bien qu'on peut continuer parce qu'on estime qu'on n'est pas arrivé à la cible thérapeutique que l'on voulait et qu'une deuxième phase peut être nécessaire. On ne prescrit donc pas une densité minérale osseuse (DMO) tous les quatre matins, on le fait au moment du bilan qui précède ou qui suit une séquence. La DMO participe au suivi des traitements en fin de séquence en s'assurant de l'absence de perte osseuse (c'est-à-dire qu'une diminution ne doit pas excéder 0,03 g/cm<sup>2</sup>).

Concrètement, quand un traitement reconstructeur est débuté en 1<sup>ère</sup> intention parce qu'il y avait deux événements fracturaires vertébraux (autorisant son indication), après les 18 mois de traitement, l'indication d'un traitement anti-résorbeur est nécessaire pour maintenir le gain de construction des 18 premiers mois ; ce traitement anti-résorbeur va être un bisphosphonate le plus souvent.

Lors d'une première séquence avec un traitement anti-résorbeur par bisphosphonate, on peut être amené à proposer en 2<sup>e</sup> intention un traitement anti-résorbeur comme le Dénozumab, qui a une action plus puissante. Ou bien de première intention le Dénozumab s'il y a une contre-indication du fait d'une insuffisance rénale importante, on ne prendra pas le bisphosphonate et on mettra d'entrée de jeu le Dénozumab à la place du bisphosphonate.

**Quand peut-on arrêter un traitement de fond anti-ostéoporotique ?** Les recommandations actuelles autorisant l'arrêt sont d'abord cliniques : absence de nouvelle fracture, pas de nouveau facteur de risque d'ostéoporose au cours du temps et dans les 3 à 5 ans de séquence où on a pu observer le patient, la valeur de la densité osseuse a son importance puisqu'on a dit qu'on faisait une densité osseuse à la fin d'une séquence : absence de diminution significative de la DMO, T score > 2,5 (voire-2).

**En conclusion**, il y a quatre éléments essentiels qui vont nous aider à prendre la décision thérapeutique pour mettre en route un traitement anti-ostéoporotique : l'âge, l'existence d'une fracture prévalente ou non dans les antécédents, la notion de chute qui peut exister ou non dans les six mois précédents et enfin la valeur de la densité osseuse. Ce sont donc les quatre éléments essentiels pour prendre la décision thérapeutique au sens global du terme. C'est-à-dire bien sûr des mesures hygiéno-diététiques, dont l'importance n'est pas à négliger, notamment la vitamine D, savoir où en est la personne en termes d'observance sur ces recommandations sans oublier de combattre la sédentarité et de motiver l'adhérence à l'activité physique. La mise en route du traitement de fond, soit un traitement reconstructeur, soit un traitement anti-résorbeur doit s'appuyer sur ce contexte.

\* \*