

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE L'OSTEOPOROSE POST- MENOPAUSIQUE



RECOMMANDATIONS AFFSAPS

Actualisation 2006

PRINCIPAUX MESSAGES

- L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une diminution de la résistance osseuse conduisant à une **augmentation du risque de fracture**.
- Une fracture ostéoporotique est une fracture survenant spontanément ou pour un traumatisme de faible énergie.
- La densitométrie par absorptiométrie biphotonique à rayons-X est la technique de référence pour estimer la résistance osseuse par la mesure du contenu minéral osseux :
 - T score > -1 : densité normale
 - $-2,5 < T < -1$: ostéopénie
 - $T < -2,5$: ostéoporose
 - T score $< -2,5$ avec une ou plusieurs fractures : ostéoporose sévère.

- L'objectif du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique est de prévenir la survenue de fractures dans les 5 à 10 ans.
- Une stratégie de décision est proposée en fonction de l'âge, de l'existence de fractures par fragilité, de la densitométrie et des facteurs de risque de fractures associés (corticothérapie ancienne ou actuelle, antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les parents du 1er degré, diminution de l'acuité visuelle, insuffisance de masse corporelle, troubles neuro-musculaires ou orthopédiques, tabagisme).
- Les traitements ne sont prescrits qu'après avoir corrigé une éventuelle carence en calcium et/ou vitamine D, par correction des apports spontanés ou supplémentation médicamenteuse.

INDICATIONS DE L'OSTEODENSITOMETRIE

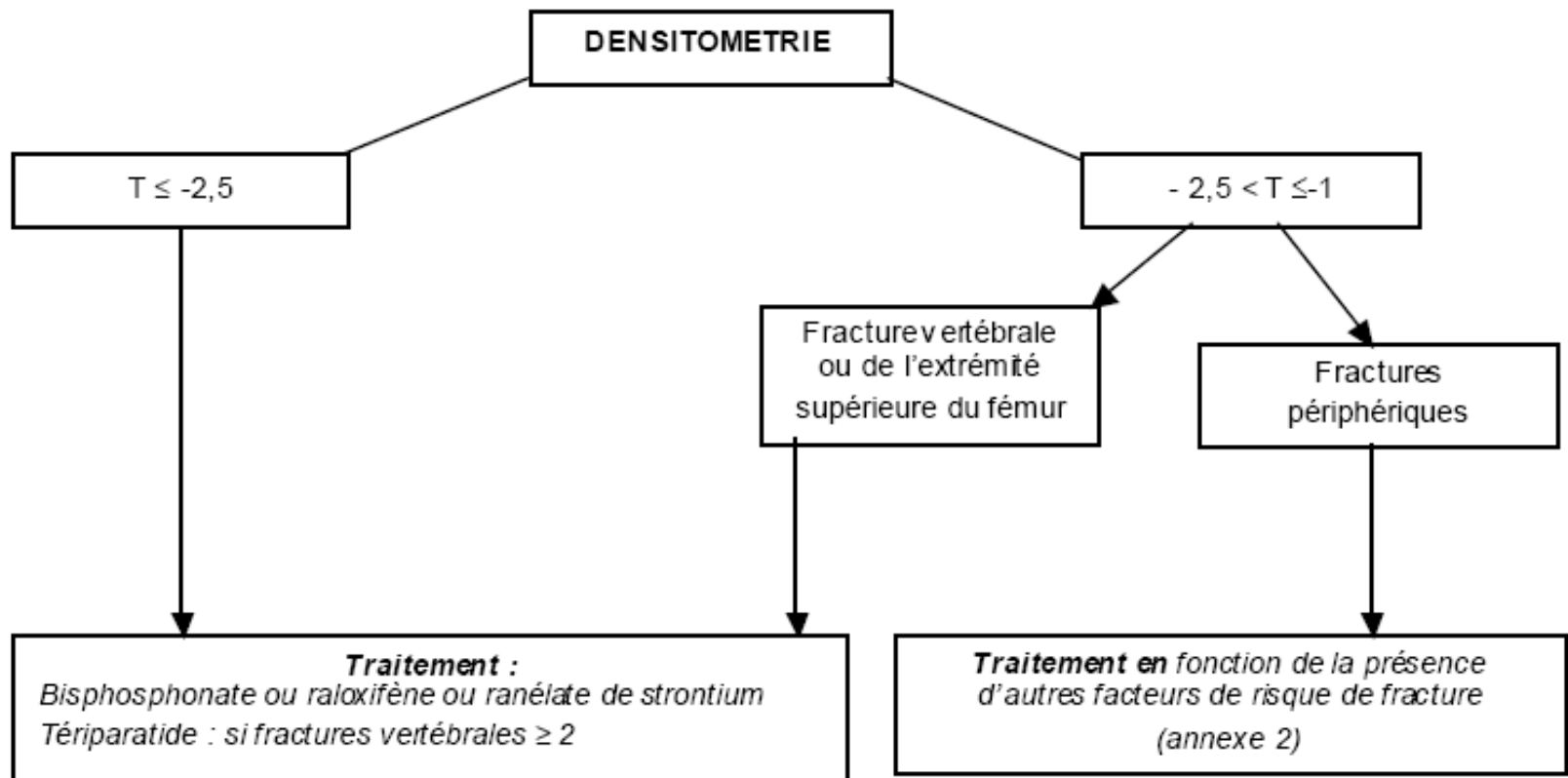
Chez la femme ménopausée :

- devant la découverte radiologique d'une **fracture vertébrale** sans caractère traumatique ni tumoral évident
- un antécédent personnel de **fracture périphérique** survenue sans traumatisme majeur
- des antécédents documentés de **pathologies potentiellement inductrices d'ostéoporose** en particulier : hypogonadisme prolongé, hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme et hyperparathyroïdie primitive.

Peut être proposée chez la femme ménopausée, en présence d'un ou de plusieurs des facteurs de risque suivants :

- des **antécédents** de fracture vertébrale ou du col fémoral sans traumatisme majeur **chez un parent au 1er degré**
- un indice de masse corporel **< 19 kg/m²**
- **ménopause avant 40 ans** quelle qu'en soit la cause ou ménopause iatrogénique
- antécédent de **corticothérapie prolongée** (> 3 mois) à la dose de corticoïde équivalent prednisone de 7,5 mg par jour.

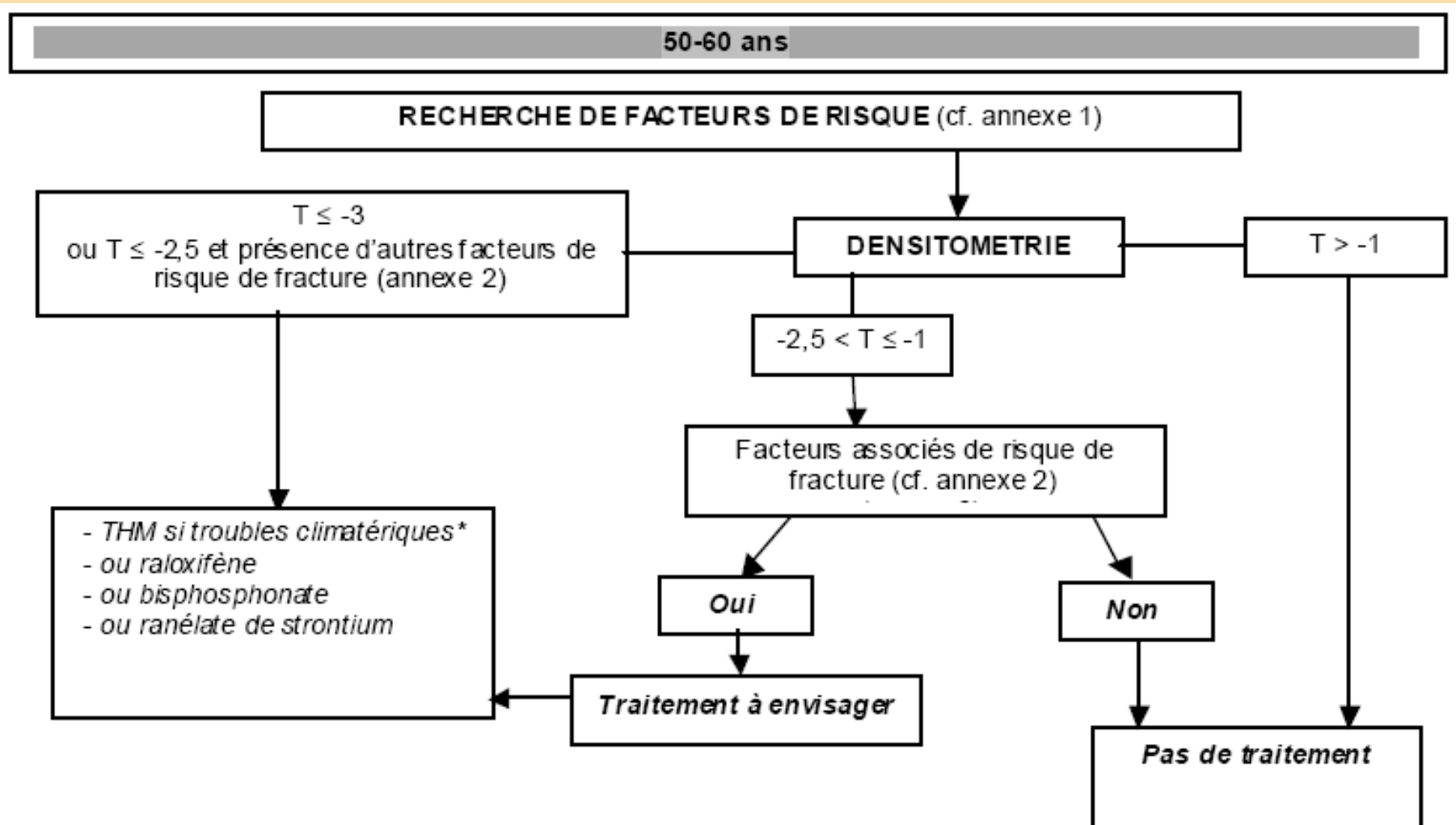
STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES : EN CAS DE FRACTURE



Place des différents traitements de l'ostéoporose post-ménopausique en cas de fracture :

	Raloxifène	Alendronate Risédronate	Ranélate de strontium	Tériparatide
Une fracture vertébrale et risque faible de fracture périphérique	OUI	OUI	OUI	OUI*
Une ou plusieurs fractures vertébrales et risque de fracture périphérique (notamment du fémur) important		OUI	OUI	OUI*
Maladie sévère (deux fractures vertébrales ou plus)	OUI	OUI	OUI	OUI*

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES : EN L'ABSENCE DE FRACTURE



60-80 ans

RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUE (cf. annexe 1)

$T \leq -3$
ou $T \leq -2,5$ et facteurs de risque (annexe 2)

DENSITOMETRIE

$-2,5 < T \leq -1$

- raloxifène si ostéoporose rachidienne et faible risque de fracture du fémur (âge < 70 ans)
- alendronate ou risédronate ou ranélate de strontium dans tous les cas

$T < -2$ et facteurs de risque importants (annexe 2)

oui

non

Pas de traitement

> 80 ans

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

CONCLUSION

- Des recommandations à considérer en tant que telles.
- Une décision thérapeutique qui reste du cas par cas
- Une actualisation nécessaire