

Journée Mondiale contre l'Ostéoporose 20 octobre 2016

D COUCHE



Ostéoporose postménopausique
ALERTE sur un déficit de prise en charge

Journée Mondiale contre l'Ostéoporose 20 octobre 2016

D COUCHE



SOMMAIRE

Introduction :

Ostéoporose : Alerte sur un déficit de prise en charge p 3

1 - Revenir aux Fondamentaux p 4

- Sensibiliser les femmes dès le début de la ménopause
- Evaluer le Risque Fracturaire
- Rôle des Traitements Hormonaux

2 - Identifier les Femmes à Risque de Fracture p 6

- Les Antécédents fracturaires
- Le Risque de chute
- Les autres facteurs de risque
- Intérêt de l'outil FRAX
- La Place de la densitométrie osseuse

3 - Développer un Programme Personnalisé de Soins p 9

- La prise en charge pharmacologique
- Les Filières Fractures
- Nutrition et hygiène de vie
- Education Thérapeutique du Patient (ETP)
- Suivi sur le long terme

Conclusion :

Comment améliorer Prévention et Prise en Charge p 12

Le GRIO p 13

*Ce dossier de presse est largement issu du dossier spécial
« Ostéoporose postménopausique »
publié par le Concours Médical en février 2016 (tome 138, N° 2)
auquel nous adressons nos remerciements*



Ostéoporose Postménopausique : ALERTE sur un déficit de prise en charge

Bernard CORTET - Thierry THOMAS

INTRODUCTION

Sur les cinq dernières années (2010-2014), le nombre de prescriptions médicamenteuses anti-ostéoporotiques (essentiellement les biphosphonates, premiers médicaments mis à disposition et les plus prescrits), a diminué d'environ 10% par an, passant de 1 150 000 femmes traitées en 2010 à seulement 800 000 en 2014.

Pour rappel, la Haute Autorité de Santé (HAS), estime que le nombre de femmes ostéoporotiques en France est de l'ordre de 3 millions. Il y a donc un hiatus conséquent entre ces 2 éléments. Ceci est d'autant plus inquiétant que la diminution de prescription des traitements anti-ostéoporotiques s'aggrave au fil du temps.

Cette évolution résulterait-elle d'un meilleur ciblage des patientes relevant de ces traitements ? Clairement non si l'on considère en parallèle les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) concernant le nombre de femmes de plus de 50 ans hospitalisées pour fracture (hospitalisations statistiquement liées en majorité à une fragilité osseuse).

Ainsi entre 2011 et 2013, le nombre de patients hospitalisés pour fracture a augmenté de 10 % soit en 2011 : 150 450 patients, en 2012 : 155 800 patients et en 2013 : 165 250 patients. Pour la moitié d'entre eux des Soins de Suite et de Réadaptation, (SSR) étaient nécessaires. Pendant ces 3 mêmes années, le nombre de prescriptions de densitométrie osseuse a diminué d'environ 6% par an.

Ainsi le nombre absolu de fractures de fragilité augmente année après année et parallèlement on assiste à une diminution dramatique du nombre de malades traités. Ces évolutions paradoxales sont préoccupantes alors que les données factuelles les plus convaincantes, fondées sur une méthodologie rigoureuse, ont clairement démontré l'efficacité des médicaments anti-ostéoporotiques pour prévenir le risque de fragilité osseuse, au prix d'une tolérance satisfaisante.

En 2016, à l'occasion de la JMO, le GRIO propose des pistes pour réagir à cette situation.

Revenir aux fondamentaux : les étapes de la prise en charge

Florence TREMOLLIERES

Sensibiliser les femmes dès le début de la Ménopause

La période périménopausique et le début de la postménopause se caractérisent par un phénomène de perte osseuse rapide qui concerne l'ensemble du squelette. Elle est responsable d'altérations définitives de la microarchitecture osseuse qui contribuent elles-mêmes à la fragilisation de l'os. L'ensemble de ces modifications va faire le lit de l'ostéoporose postménopausique. Il est donc important de sensibiliser les femmes au dépistage de cette pathologie dès le début de la ménopause et sur les moyens de sa prévention.

Evaluer le risque fracturaire

Au plan épidémiologique, l'incidence des fractures ostéoporotiques augmente avec l'âge, ce taux ne dépassant pas 1% par an entre 50 et 60 ans puis doublant tous les 10 ans. Les fractures les plus fréquemment observées en début de ménopause concernent poignets, côtes ou vertèbres. Dans la première décennie postménopausique, l'incidence de l'ostéoporose densitométrique (T-score < -2,5) reste de l'ordre de 8 à 12%. Au plan clinique, il existe de nombreux facteurs associés au risque de fracture ostéoporotique : l'âge, une fracture par fragilité osseuse prévalente, un antécédent familial de fracture du fémur, un faible poids, des maladies et traitements induisant des ostéoporoses dites secondaires. Néanmoins en début de ménopause, environ 50% des femmes ayant déjà une diminution de leur capital osseux, voire une ostéoporose n'ont aucun facteur de risque de fracture, ce qui s'explique par le déterminisme génétique de la masse osseuse.

De fait, limiter la densitométrie osseuse en début de ménopause aux femmes ayant des facteurs cliniques de risque conduit à laisser passer un grand nombre de patientes qui relèveraient d'une prise en charge du risque d'ostéoporose dès le début de la ménopause. De plus la valeur prédictive de la DMO vis-à-vis de la fracture est meilleure avant 65 ans et elle se maintient dans le temps au moins 10 ans.

Au total, l'évaluation du risque fracturaire en début de ménopause ne peut pas se passer de la mesure de la DMO par DXA. Même si sa sensibilité à prédire la fracture reste limitée (de l'ordre de 50%), elle a une très bonne spécificité et reste le meilleur outil de dépistage du risque fracturaire.

Rôle des traitements hormonaux

Chez une femme jeune en début de ménopause (sauf cas très particulier) le but du traitement est plus de s'opposer à la dégradation du capital osseux (au plan qualitatif et au plan quantitatif) que de réduire un risque de fracture qui reste encore modéré.

C'est bien la carence estrogénique de la ménopause qui va être responsable de l'aggravation de la maladie, en particulier chez les femmes ayant une prédisposition génétique à l'ostéoporose ou des facteurs qui vont amplifier le taux de perte osseuse (maigreur, tabac...). Il est donc important d'insister d'emblée sur le respect des règles hygiéno-diététiques habituelles (apport en calcium, prophylaxie de l'insuffisance vitaminique D, promotion de l'activité physique) et sur l'éviction des facteurs de risque (tabagisme, maigreur, carences alimentaires...).

Ensuite, il paraît logique de privilégier les agents thérapeutiques qui agissent sur les mécanismes physiologiques de la perte osseuse et qui ont à cet âge, la balance bénéfice-risque la plus favorable en permettant une prise en charge globale de la femme ménopausée. Ainsi, le choix thérapeutique s'orientera vers le traitement hormonal de la ménopause (THM) ou le raloxifène, en fonction de la présence de manifestations climatériques et/ou du risque de cancer du sein propre à chaque femme. L'efficacité du THM pour s'opposer à la perte osseuse postménopausique tout comme pour maintenir les propriétés micro-architecturales du tissu osseux a été largement démontré, quel que soit le site osseux et quel que soit l'âge. De plus, une ré-évaluation régulière de sa balance bénéfices/risques tout comme la disponibilité des autres traitements de l'ostéoporose permet d'envisager une stratégie de prévention de l'ostéoporose au long cours efficace et à risque limité.

Identification des femmes à risque de Fracture

Christian ROUX

La stratégie thérapeutique dans l'ostéoporose postménopausique repose sur l'identification des femmes pour lesquelles le risque fracturaire est suffisamment élevé pour justifier un traitement médicamenteux. Deux éléments doivent être recherchés en priorité : les antécédents fracturaires et le risque élevé de chutes, avant les autres facteurs de risque.

Les antécédents fracturaires

L'antécédent fracturaire est le principal facteur de risque de fracture, et le plus simple à retrouver à l'interrogatoire. En pratique, on tient compte seulement des fractures survenues après l'âge de 45 ans ou après la ménopause, et seulement des fractures non traumatiques, c'est-à-dire celles survenant pour un traumatisme inférieur ou égal à celui correspondant à une chute de sa hauteur en marchant.

Certaines fractures sont dites sévères en raison de leur lien avec un excès de mortalité. C'est le cas des fractures de l'extrémité supérieure du fémur, des vertèbres, de l'extrémité supérieure de l'humérus, et du bassin. Les conséquences sur la mortalité des fractures vertébrales chez les sujets âgés sont comparables à celles des fractures de l'extrémité supérieure du fémur. En conséquence la perte de taille est un élément clinique important.

La sévérité de l'ostéoporose est définie non seulement par la sévérité de certaines fractures, mais aussi par le risque de décompensation de la maladie sous-jacente par la survenue d'une fracture.

Le lien entre fracture prévalente et fracture incidente varie dans le temps : plus l'évènement fracturaire est récent, plus le risque de récurrence est grand. Ainsi le risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur est multiplié par 6 dans l'année suivant la survenue de la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, et le lien n'est plus statistiquement significatif au-delà. Il existe donc une opportunité thérapeutique, car le bénéfice des traitements est d'autant plus grand que le risque fracturaire est élevé.

Le Risque de Chute

Il est intuitif de considérer que l'augmentation du risque de chute est une cause d'augmentation du risque de fracture. Ceci ne concerne pas seulement les patientes âgées fragiles, mais aussi les personnes ayant des maladies neurologiques ou orthopédiques : maladie de Parkinson, séquelles d'AVC, polyarthrite rhumatoïde... autant de causes de chute, exposant à des fractures qui peuvent décompenser l'état de santé sous-jacent.

La prise en charge non pharmacologique du risque de chute est possible par des exercices de prévention. L'intervention sur la cataracte a également un effet démontré sur le nombre de chutes et le nombre de fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

En consultation, il est facile d'évaluer le risque de chute : le principal facteur prédictif est la chute dans les mois précédents. L'impossibilité de se relever de la chaise sans l'aide des bras ou l'appui monopodal inférieur à 5 secondes sont également des déterminants importants.

Les autres Facteurs de Risque : intérêt de l'outil FRAX

La liste des facteurs de risque est très longue. Certains ne sont pas modifiables : l'âge, les antécédents familiaux..., d'autres sont modifiables tels que certaines comorbidités et certains traitements. Plutôt que de dresser une liste de ces facteurs de risque, en estimant des risques relatifs, il est plus efficace de calculer une probabilité individuelle de fracture. Ceci est possible avec l'outil FRAX. Accessible sur internet, le FRAX tient compte de l'IMC, de l'antécédent personnel et familial de fracture, de l'intoxication tabagique ou alcoolique en cours, de la prise actuelle ou passée de corticoïdes, de l'existence d'une ostéoporose secondaire. La mesure de la DMO peut être ajoutée au calcul. L'outil FRAX donne 2 résultats : la probabilité à 10 ans de fractures majeures et de la seule extrémité supérieure du fémur.

Place de la Densitométrie Osseuse

La mesure de la DO, au rachis et au fémur, par absorptiométrie biphotonique à rayons X, a une place très importante dans la prise en charge des patientes ostéoporotiques. Cet examen a une valeur diagnostique et pronostique, et, permet également de guider l'évaluation du traitement.

La valeur diagnostique repose sur le T-score. Le T-score du rachis lombaire, ou de la hanche, ou du col du fémur, a permis d'établir un seuil ($T \leq -2,5$) choisi pour que la prévalence de l'ostéoporose ainsi calculée au col du fémur chez les femmes de plus de 50 ans soit comparable à leur risque de fracture du col du fémur dans la vie. Il permet d'attribuer à la fragilité osseuse sous-jacente la survenue de certaines fractures.

Toutefois la mesure de la DO a une sensibilité de 50 à 60%, et ne permet donc pas de repérer l'ensemble des personnes qui auront une fracture. Sa spécificité est de l'ordre de 70%, ce qui signifie que certains sujets ayant une valeur très basse n'auront jamais de fracture. Cette notion est très importante puisqu'elle permet de distinguer 2 catégories de patientes : celles ayant une ostéoporose densitométrique, pour lesquelles la fragilité osseuse est expliquée par ce défaut quantitatif ; et celles dont la fragilité osseuse se traduit par une fracture alors que la DO est située au-dessus de ce seuil. Grâce aux outils biochimiques et radiographiques, on sait aujourd'hui que ces patientes peuvent avoir des anomalies du remodelage osseux et/ou de la corticale osseuse, responsable de leur fragilité, sans déficit quantitatif important.

La mesure de la DO est utile chez les femmes ménopausées dont la mère a eu une fracture de l'extrémité supérieure du fémur ou qui ont une maladie ou un traitement ostéotoxique. Dans un tel contexte, le seuil de décision thérapeutique sera un T-score <-3 au rachis ou au fémur. L'objectif du traitement est alors d'obtenir un T-score au col fémoral ou à la hanche supérieur à -2,5.

Intérêt de l'Ostéodensitométrie en cas de Fracture

Comme il est écrit dans les Recommandations actuelles, il n'est pas nécessaire de réaliser une mesure de la DO pour traiter une femme âgée venant de se fracturer l'extrémité supérieure du fémur, de l'humérus, d'une vertèbre ou du bassin pour une simple chute de sa hauteur. A l'inverse, pour les sujets les plus jeunes, et pour les autres fractures, une mesure de la DO est indispensable afin de pouvoir prédire l'effet des traitements. La mise en évidence d'une valeur basse de la DO est indispensable à la prise en charge optimale de ces patientes.

Développer un programme personnalisé de Soins

Karine BRIOT

Le traitement de l'ostéoporose postménopausique est justifiée chez les femmes à grand risque de fracture et en particulier celles à risque de récurrence. La prise en charge est différente suivant la présence ou l'absence de fracture sévère. En cas de fracture sévère le risque de récurrence fracturaire à court terme justifie la mise en route d'un traitement ostéoporotique dans les suites de la fracture pour donner un maximum de bénéfice antifracturaire aux sujets les plus à risque.

La prise en charge pharmacologique

Tableau. Médicaments remboursés dans le traitement de l'ostéoporose postménopausique

Liste des médicaments	Posologie	Indication	Conditions de remboursement
raloxifène (Evista, Optruma)	60 mg/jour	Traitement de l'ostéoporose postménopausique	Remboursé : - chez les patientes ayant fait une fracture par fragilité osseuse ; - en l'absence de fracture, chez les femmes ayant une diminution importante de la densité osseuse (T-score < -3) ou ayant un T-score \leq -2,5 associé à d'autres facteurs de risque de fracture
alendronate (Fosamax, Fosavance)	10 mg/jour ou 70 mg/semaine, et 70 mg/semaine en association à de la vitamine D3 (2 800 U et 5 600 U/ semaine)	Traitement de l'ostéoporose postménopausique	Remboursé - chez les patientes ayant fait une fracture par fragilité osseuse ; - en l'absence de fracture, chez les femmes ayant une diminution importante de la densité osseuse (T-score < -3) ou ayant un T-score \leq -2,5 associé à d'autres facteurs de risque de fracture
risédronate	5 mg/jour, 35 mg/semaine ou 75 mg, 2 comprimés par mois	Traitement de l'ostéoporose postménopausique	Remboursé : - chez les patientes ayant fait une fracture par fragilité osseuse ; - en l'absence de fracture, chez les femmes ayant une diminution importante de la densité osseuse (T-score < -3) ou ayant un T-score \leq -2,5 associé à d'autres facteurs de risque de fracture
acide zolédronique	5 mg en perfusion une fois par an	Traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les patientes à risque élevé de fractures	Remboursé : - chez les patientes ayant fait une fracture par fragilité osseuse ; - en l'absence de fracture, chez les femmes ayant une diminution importante de la densité osseuse (T-score < -3) ou ayant un T-score \leq -2,5 associé à d'autres facteurs de risque de fracture
tériparatide (Forsteo)	20 μ g, 1 injection SC/jour	Traitement de l'ostéoporose postménopausique avérée	Remboursé chez les sujets ayant moins 2 fractures vertébrales
dénosumab (Prolia)	60 mg 1 injection SC tous les 6 mois	Traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes à risque élevé de fractures	Remboursement chez les patientes à risque élevé de fracture en relais des bisphosphonates

Les Filières Fractures

Le prise en charge via des « filières fractures » a démontré son efficacité en termes médical (moins de récidence, moindre mortalité) et économique. Ces filières de soins proposent aux patientes fracturées une prise en charge optimale du risque de fracture après le passage aux urgences ou en chirurgie orthopédique. Cette prise en charge comporte une mesure de la densité minérale osseuse par ostéodensitométrie, la recherche des facteurs de risque d'ostéoporose, des autres causes d'ostéopathies fragilisantes, et une proposition de traitement antiostéoporotique. Le fonctionnement de ces filières doit être fondé sur une collaboration entre différents spécialistes (orthopédistes, rhumatologues, médecins rééducateurs, médecins généralistes...) pour l'évaluation du risque de fracture, la mise en route d'un traitement, le suivi de ce traitement et l'éducation thérapeutique.

Nutrition et Hygiène de Vie

L'optimisation des apports calciques par l'alimentation est recommandée, car les traitements médicamenteux de l'ostéoporose ont tous été évalués dans le contexte d'une supplémentation adéquate.

Les apports quotidiens optimaux en calcium doivent être de 1 200 mg chez les femmes ménopausées âgées de plus de 50 ans en privilégiant les apports alimentaires (produits laitiers et eaux minérales riche en calcium). En pratique, une auto évaluation des apports calciques alimentaires est disponible en ligne sur le site www.grio.org.

De plus, la valeur circulante de la vitamine D (25OHD) doit être optimale, de l'ordre de 75 nmol/L (30ng/mL) afin d'éviter toute hyperparathyroïdie secondaire lors de l'administration de traitements antirésorbeurs. Cette recommandation s'applique aux patientes nécessitant un traitement antiostéoporotique. En cas d'insuffisance ou de carence vitaminique D, il faut prescrire un traitement « d'attaque » qui permettra d'obtenir le taux de 25OHD au-dessus de la valeur cible de 30ng/mL.

Bien évidemment on recommandera à la patiente une alimentation équilibrée et l'évitement du tabac, de l'alcool...ainsi qu'un aménagement de son lieu de vie et une rééducation spécifique afin de prévenir les risques de chute.

Education Thérapeutique du Patient (ETP)

L'Education Thérapeutique du Patient doit permettre aux patientes d'acquérir des comportements bénéfiques proches des recommandations de prise en charge optimale de leur maladie. Dans le cas de l'ostéoporose il convient de mettre l'accent sur

- l'adhésion aux traitements spécifiques, - la prévention des chutes, - la prise en charge nutritionnelle : calcium, vitamine D, apports protidiques, - l'activité physique, - ainsi que de savoir reconnaître les signes d'alerte comme la diminution de taille, la survenue brutale ou la durée prolongée d'une douleur rachidienne.

L'implication nécessaire des Médecins Généralistes, le renforcement de la coordination entre les professionnels de santé et les programmes d'ETP devraient permettre d'améliorer la prise en charge globale de l'ostéoporose.

Suivi sur le long terme

La prise en charge de l'ostéoporose postménopausique implique une surveillance chez les femmes à risque faible ou modéré de fracture, le risque étant d'autant plus élevé que l'on avance en âge. Chez les patientes à risque élevé un suivi annuel régulier du traitement portant sur la vérification du bénéfice du traitement ainsi que sur la tolérance des médicaments est indispensable. Ce suivi est clinique et biologique. Un suivi ostéodensitométrique n'est nécessaire que lorsque la question du maintien du traitement se pose.

Conclusion : Comment améliorer prévention et prise en charge de l'ostéoporose postménopausique

Bernard CORTET

Avec l'objectif de corriger l'écart important observé entre le nombre grandissant de fractures ostéoporotiques observées et leur prise en charge thérapeutique déclinante, le GRIO propose son plan :

Faciliter le dépistage

Des Recommandations plus simples

En 2012, le GRIO, la section os de la SFR et bon nombre d'autres sociétés savantes ont proposé des recommandations de prise en charge de l'ostéoporose beaucoup plus simples. La HAS a repris la majorité de ces recommandations dans le cadre de la révision des fiches « bon usage du médicament » en 2014. Le fil conducteur majeur est le mode d'entrée dans la maladie : - fractures sévères, - fracture non sévère, - abaissement isolé de la densité minérale osseuse. (*Recommandations disponibles sur www.grio.org*). En fonction de ces éléments un arbre décisionnel simple peut être proposé afin de déterminer les patientes qui nécessitent la mise en œuvre d'un traitement médicamenteux.

Construire un parcours de soins adapté à la patiente ostéoporotique

Mise en place de Filières Fractures Hospitalières

Repérées systématiquement lors de leur venue dans les services de traumatologie, les patientes fracturées au-dessus d'un âge seuil se voient proposer une évaluation (clinique, biologique et de la DMO), puis en fonction des résultats un traitement médicamenteux antiostéoporotique peut leur être prescrit.

Mise en place de programmes de retour à domicile (PRADO)

Pour les établissements dépourvus de filière fracture, le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) fragilité osseuse prochainement déployé par la CNAMTS vise à faciliter le relais de prise en charge par le médecin traitant.

Le site du GRIO : www.grio.org

On trouvera sur le site du GRIO des espaces spécialisés :

L'espace grand-public

- permet d'effectuer des tests en ligne,
- permet de consulter les dépliants d'informations édités par le GRIO,
- permet de visionner 3 films d'information :
 - Ostéoporose, les signes d'appel
 - Le Diagnostic de l'Ostéoporose
 - Prévenir l'Ostéoporose.

L'espace presse

- donne accès à une base iconographique,
- contient les communiqués du GRIO,
- donne accès aux communiqués et dossiers de presse édités lors des précédentes Journées Mondiales contre l'Ostéoporose (JMO).

L'espace membres du GRIO

n'est pas directement accessible.

Il contient une base bibliographique importante, des exposés et des publications scientifiques.



Les Partenaires du GRIO :

Amgen SAS, Expanscience, G E Healthcare -Lunar, HAC Pharma, Hologic, Lilly France, Roche Diagnostics France, Yoplait France.

La Journée Mondiale contre l'Ostéoporose

est coordonnée en France par le **GRIO**,
Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses,

Association loi de 1901 créée il y a 30 ans avec pour objectif non pas l'ostéoporose mais les ostéoporoses.

Les objectifs du GRIO concernent :

Le grand public,

en particulier participer aux actions d'information, de sensibilisation du Grand Public et des Pouvoirs Publics aux possibilités de prévention et d'action contre cette pathologie.

Le corps médical,

avec pour but l'information concernant les faits établis, les progrès en cours et à venir tant dans le domaine diagnostique que thérapeutique.

Président : Pr Bernard CORTET - Rhumatologue - CHRU Lille

Groupe Projet JMO 2016

Dr Karine BRIOT - Rhumatologue - CHU Cochin - Paris
Pr Bernard CORTET - Rhumatologue - CHRU Lille
Pr Erik LEGRAND - Rhumatologue - CHU Angers
Pr Christian ROUX - Rhumatologue - CHU Cochin - Paris
Pr Thierry THOMAS - Rhumatologue - CHU St Etienne
Dr Florence TREMOLLIÈRES - Endocrinologue - CHU Toulouse



Contact Presse : Catherine Marielle Communication - Immeuble Verdi 4156 - 19 avenue de Choisy - 75013 PARIS - Tel. 01 43 21 03 60 - catherine-marielle@wanadoo.fr

Réalisation Dossier de Presse : DIBCO 15 rue du Colonel Moll - 75017 Paris dibco@orange.fr