



**Journée Mondiale
contre
l'Ostéoporose**

20 OCTOBRE 2012

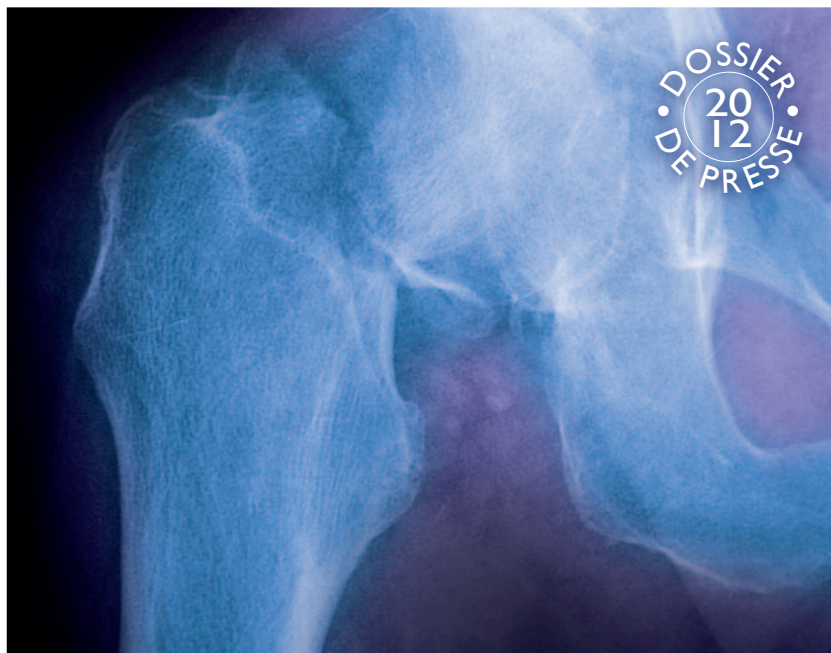
UNE FRACTURE

ATTENTION, CELA PEUT ÊTRE GRAVE





Journée Mondiale contre l'Ostéoporose 2012 20 octobre 2012



SOMMAIRE

Ostéoporose : Une fracture, cela peut être grave	3
Les fractures sévères : des conséquences graves	4
Les fractures comme indicateur de la maladie ostéoporotique	6
Prise en charge de l'Ostéoporose post ménopausique: Recommandations 2012	8
Le GRIO	10

Ostéoporose : Une fracture, cela peut être grave

Bernard CORTET

L'ostéoporose est une maladie généralisée du squelette caractérisée par une diminution de la quantité de tissu osseux mais aussi des altérations de la qualité de ce dernier. Parmi celles-ci la présence de troubles de la micro-architecture osseuse est un élément à prendre en considération. Cette fragilité osseuse peut être à l'origine de la survenue de fracture en l'absence de contexte traumatique (chute de sa hauteur). Les fractures liées à une fragilité osseuse sont à l'origine d'un **handicap parfois conséquent**.

Différentes données se sont accumulées au cours de ces 20 dernières années indiquant également que certaines de ces fractures sont à l'origine d'une **surmortalité** par rapport à la mortalité attendue compte-tenu de l'âge de la population concernée. Ainsi la première fracture pour laquelle cette surmortalité a été démontrée est la **fracture de la hanche**. Globalement toutes les études s'accordent à reconnaître que cet événement fracturaire est à l'origine d'une mortalité augmentée d'environ 20 %. Celle-ci est retrouvée dans les 2 sexes mais de manière plus conséquente chez les sujets de sexe masculin chez lesquels la fréquence des fractures est cependant moindre.

Cette surmortalité ne concerne pas que la fracture de hanche et nous disposons maintenant de plusieurs études indiquant que l'existence d'une fracture de vertèbre d'origine ostéoporotique (tassement vertébral) est à l'origine également d'une surmortalité d'environ 20 %. D'autres études plus pessimistes font état d'une augmentation de la mortalité encore beaucoup plus conséquente. Celle-ci serait multipliée par 8 par rapport à la mortalité attendue en ce qui concerne les fractures vertébrales nouvellement diagnostiquées.

Au-delà de ces deux fractures emblématiques de l'ostéoporose, des données se sont également accumulées au fil du temps indiquant globalement que toutes les fractures par fragilité osseuse peuvent être à l'origine d'une surmortalité. Ceci a particulièrement été démontré pour les **fractures sévères**.

Compte-tenu de ces éléments préoccupants, le GRIQ, la Société Française de Rhumatologie (SFR) et d'autres sociétés savantes, ont proposé récemment une mise à jour des **recommandations** en ce qui concerne la prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose post-ménopausique **en insistant sur la nécessité de mettre en œuvre en présence d'une fracture sévère un traitement anti-ostéoporotique**.

Il ne s'agit pas de la seule circonstance pour laquelle un traitement est conseillé et globalement le point fort de ces recommandations est d'insister sur la nécessité de mettre en œuvre un traitement anti-ostéoporotique chez les femmes dont le risque de fracture est élevé.

Ces traitements ne sont bien évidemment pas indiqués pour la prévention de l'ostéoporose.

Ainsi que nous l'avons montré à l'occasion des précédentes Journées Mondiales contre l'Ostéoporose, la prévention repose principalement sur des mesures non médicamenteuses : adaptation des apports en calcium, maintien d'un statut vitaminique D satisfaisant, pratique d'une activité physique régulière, évitement des toxiques pour l'organisme en général et notamment pour le squelette que sont le tabac et l'alcool...

Les fractures sévères : des conséquences graves chez les femmes et chez les hommes

Karine BRIOT

De nouvelles recommandations basées sur le concept de fractures sévères

Les nouvelles recommandations de l'ostéoporose post-ménopausique publiées en 2012, réalisées sous l'égide de la section Os de la Société Française de Rhumatologie (SFR) et du GRIO (Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses) sont basées sur la sévérité de la maladie et non plus l'âge⁽¹⁾.

Les recommandations de l'ostéoporose post-ménopausique s'intéressaient jusqu'ici à l'impact sur les morbidités. Les nouvelles recommandations ont individualisé une nouvelle entité, celle **des fractures sévères qui ont un impact sur la mortalité**. Ce sont les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, de l'extrémité supérieure de l'humérus, des vertèbres, du bassin, du fémur distal, de 3 côtes simultanées et du tibia proximal survenant sans traumatisme ou pour un traumatisme minime et qui sont **considérées comme sévères parce qu'elles sont associées à un excès de mortalité**.

Le concept de fractures sévères vient d'études épidémiologiques prospectives⁽²⁾ qui montre que l'impact des fractures sévères sur la mortalité est significatif avant et après 75 ans chez les femmes, mais est plus important lorsque la femme est jeune. Compte-tenu des conséquences des fractures sévères, il est justifié, quel que soit l'âge de la patiente, de mettre en route un traitement de l'ostéoporose sans qu'il soit forcément obligatoire de pratiquer une mesure de la densité minérale osseuse préalable au traitement si la fracture survient en l'absence de traumatisme ou pour un traumatisme minime⁽¹⁾. Dès qu'il y a le moindre doute sur une origine traumatique de la fracture, une densité minérale osseuse doit être pratiquée.

Par opposition aux fractures sévères, la fracture du poignet, souvent révélatrice d'ostéoporose, n'a pas d'impact sur la mortalité alors qu'elle a des conséquences sur la morbidité et n'est pas considérée comme une fracture sévère. Elle ne nécessite pas la mise en route systématique d'un traitement mais la réalisation d'une densitométrie osseuse et éventuellement d'un traitement en fonction des résultats.

Parmi les fractures sévères, la fracture vertébrale ostéoporotique est primordiale.

Elle est souvent méconnue, prise à tort pour une poussée d'arthrose. Les patients qui en souffrent n'ont souvent aucun traitement de l'ostéoporose. C'est pourtant la seule fracture caractéristique de la faillite du système de soutien osseux. La recherche des fractures vertébrales est donc primordiale.

Les nouvelles recommandations insistent sur la recherche de ces fractures par des radiographies du rachis (colonne vertébrale) ou par une technique appelée VFA (Vertebral Fracture Assessment, cf.infra). Cette recherche est particulièrement importante chez les patientes souffrant de douleurs rachidiennes localisées à la partie dorsale du rachis, chez les femmes âgées de plus de 70 ans, ou ayant déjà un antécédent de fracture vertébrale, ou souffrant d'une maladie chronique prédisposant au risque de fractures vertébrales, ou chez les femmes ayant une perte de taille significative. Les recommandations mettent donc l'accent sur une technique d'imagerie peu irradiante la VFA, qui permet lors d'un examen d'ostéodensitométrie de visualiser de face et profil le rachis dorsal et lombaire et donc de dépister des fractures vertébrales méconnues. Elle est pour l'instant très peu réalisée parce qu'elle n'est pas encore inscrite à la nomenclature.

Les fractures sévères : des conséquences graves également chez les hommes.

Le concept de fractures sévères est également important chez les hommes puisque ces fractures sont également associées à une surmortalité⁽²⁾.

Comme chez la femme, en terme de nombre d'années de vie perdues, la perte est plus importante chez les sujets les plus jeunes (en raison de leur plus longue espérance de vie) : 6 ans de perdus chez les hommes entre 60 et 64 ans contre 1,4 ans chez ceux de plus de 80 ans. On estime à près de 15 % les hommes âgés de plus de 50 ans qui feront une fracture ostéoporotique au cours de leur vie.

Contrairement à ce qui est observée chez la femme, l'ostéoporose masculine est dans près de la moitié des cas secondaire à une maladie, la prise d'un traitement, ou à l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risque⁽³⁾. La découverte d'une ostéoporose et/ou d'une fracture impose la recherche de facteurs étiologiques souvent intriqués chez un même patient par une démarche diagnostique exhaustive. Les causes les plus fréquentes sont la prise de corticoïdes, l'alcoolisme, l'intoxication tabagique, l'hypogonadisme et les maladies hépato digestives.

Il n'existe pas de recommandations sur le traitement médicamenteux de l'ostéoporose masculine mais une attitude comparable à celle recommandée dans l'ostéoporose post-ménopausique peut être préconisée chez l'homme en cas de fracture sévère (cf. Recommandations du GRIO sur l'ostéoporose masculine sur www.grio.org).

Références

1. Briot K, Cortet B, Thomas T, et al. Actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique Rev Rhum 2012 Doi : 10.1016/j.rhum.2012.02.006
2. Bliuc D, Nguyen ND, Milch VE, et al. Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. JAMA 2009; 301: 513-21.
3. Briot K, Cortet B, Trémollières F, et al. Male osteoporosis: diagnosis and fracture risk evaluation. Joint Bone Spine 2009; 76: 129-33.

Les fractures comme indicateur de la maladie ostéoporotique

Patrice FARDELLONE

L'ostéoporose définie en fonction du résultat de la densitométrie osseuse est un facteur de risque majeur de fracture mais n'est pas responsable en tant que tel de symptômes. En revanche les fractures qui la compliquent sont bruyantes et s'accompagnent d'une morbidité et pour certaines d'entre elles d'une surmortalité importantes. Ces fractures qui abrègent la vie sont bien identifiées et sont étiquetées de **sévères**.

Les fractures de hanche sont grevées du plus fort taux de mortalité parce qu'elles touchent des sujets âgés et souvent fragiles. Les hommes ont un taux de mortalité plus important que les femmes quel que soit l'âge. Toutes les fractures ostéoporotiques justifient d'un traitement anti-ostéoporotique précoce et adapté. Malgré d'importants progrès dans les techniques chirurgicales, la prise en charge avant et après l'intervention, la mortalité ne baisse pas aussi rapidement que souhaité car l'âge moyen des sujets fracturés ne cesse d'augmenter.

Il ne faut pas confondre incidence et nombre total de fractures

Dans les pays industrialisés la population vieillit considérablement, ce qui est par ailleurs une bonne chose, mais ce qui s'accompagne d'une augmentation parallèle des maladies liées au vieillissement : maladies cardio-vasculaires, troubles neurologiques dégénératifs, cancers et bien entendu fractures ostéoporotiques.

L'épidémiologie des fractures de l'extrémité supérieure du fémur (fractures de hanche) est la mieux connue car cette fracture conduit inéluctablement à une hospitalisation et est donc systématiquement recensée.

Les premiers travaux datent de la moitié du siècle dernier et montrent que le nombre de fracture de hanche a cru dans tous les pays développés, y compris la France, durant la seconde moitié du XXème siècle. Il en était de même de l'incidence qui représente le taux ou pourcentage de fracturés au sein d'une classe d'âge et pour un sexe donné. L'augmentation de l'incidence était expliquée par l'émergence d'une nouvelle population, celle des sujets âgés fragiles, qui souffrent d'un grand nombre de comorbidités, qui ont plus d'ostéoporose, qui tombent plus ...

Un renversement de tendance

A partir du milieu des années 1990, dans certains pays comme les pays scandinaves et les Etats Unis qui payaient le plus lourd tribut aux fractures ostéoporotiques pour diverses raisons, on a vu une dissociation s'instaurer entre le nombre toujours grandissant de fractures du fait du vieillissement de la population et certaines incidences qui avaient tendance à s'infléchir, principalement chez les femmes et dans les classes d'âge les plus élevées.

Enfin, plus récemment, quelques rares travaux semblent montrer une diminution du nombre de fractures de hanche ou d'hospitalisations liées à celles-ci, faisant naître l'espoir d'avoir endigué la tendance séculaire à l'augmentation de ces redoutables fractures.

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ce renversement de tendance comme une meilleure nutrition et surtout une meilleure prise en charge avec l'apparition de la densitométrie et des traitements efficaces dans l'ostéoporose.

Un constat mitigé pour la France ?

Rappelons qu'en France, la loi de santé publique 2004 avait fixé comme objectif pour 2008 une diminution de 10 % de l'incidence des fractures de hanche.

Une étude française à partir du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) a montré, que l'objectif n'avait pas été atteint même si l'on observe les prémices d'une amélioration. En effet, l'étude a montré une **diminution de l'incidence de 8 %** entre 2002 et 2008 chez les femmes de plus de 39 ans. Alors que durant cette période la population à risque a augmenté de 9 %, le nombre de ces fractures est par contre resté stable (51000 fractures de hanche en 2008). La diminution de l'incidence et du nombre total de fractures de hanche était plus marquée chez les femmes de 60 à 74 ans. Chez les plus de 74 ans, la tranche d'âge la plus exposée à ces fractures, une réduction de moindre ampleur de l'incidence a été observée mais du fait de l'inflation de cette population le nombre total de fractures de hanche a légèrement cru.

Chez les hommes, l'incidence fracturaire durant cette même période a présenté les mêmes variations en fonction de l'âge que chez les femmes. Cependant, l'augmentation proportionnellement plus importante de la population des hommes de plus de 74 ans est responsable d'une forte augmentation du nombre total des fractures de hanche dans cette classe d'âge (+19%, soit 11380 fractures en 2008).

En termes de **mortalité précoce**, le taux de décès (pour 1.000.000) est passé entre 2002 et 2008 chez les femmes de 132 à 88 et chez les hommes de 82 à 64.

Si le nombre total de décès était plus important chez les femmes que chez les hommes, le taux de décès était par contre plus élevé chez les hommes que chez les femmes, 5,4 vs 2,8 % en 2008.

RECOMMANDATIONS 2012

Caractérisée par une diminution de la densité des os et une détérioration de la qualité du tissu osseux (incluant des troubles de l'architecture), l'Ostéoporose entraîne un risque élevé de fractures.

En France aujourd'hui environ 3 millions de femmes sont atteintes de fragilité osseuse.

Maladie silencieuse avant la fracture, l'ostéoporose est à l'origine de plus de 130 000 fractures par an entraînant d'importantes répercussions sur la qualité de vie et la mortalité. Après 50 ans, une femme sur 2 aura une fracture...

Cette année, le GRIO (*Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses*) avec le concours de la section OS de la SFR (*Société Française de Rhumatologie*), du GEMVI (*Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement Hormonal*), de la SOFCOT (*Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*), de la SFE (*Société Française d'Endocrinologie*) et de la SFGG (*Société Française de Gériatrie et Gérontologie*) a conduit un projet de mise à jour des **Recommandations de Prise en Charge de l'Ostéoporose Post-ménopausique**, dont la précédente version datait de 2006.

Voici les points principaux de ces Recommandations 2012

- ▶ **La correction de carences vitamino-calciques** éventuelles, la **réduction du risque de chute** ne peuvent être considérées à elles seules comme un traitement de l'ostéoporose.
- ▶ Il est souhaitable **d'adapter la posologie d'une éventuelle supplémentation en calcium**, en fonction du résultat de l'évaluation des apports alimentaires par auto-questionnaire fréquentiel **pour un apport global à 1200 mg par jour**.
- ▶ **Des posologies fortes de vitamine D** (500 000 ou 600 000 UI, une à deux fois par an), **sont à déconseiller** du fait de résultats négatifs d'études utilisant ces schémas thérapeutiques.
- ▶ Certaines fractures ostéoporotiques sont à considérer comme **sévères** du fait de leurs **conséquences néfastes sur la mortalité des malades** dans les années suivant leur survenue. Il s'agit des fractures de l'extrémité supérieure du fémur, de vertèbre, du bassin, du fémur distal, du tibia proximal, de l'extrémité supérieure de l'humérus ou de 3 côtes simultanées.
- ▶ Compte-tenu de leurs conséquences graves en termes de morbidité et surtout de mortalité, un traitement de l'ostéoporose doit être prescrit **après la survenue de ces fractures sévères** quels que soient l'âge et la valeur de la densité minérale osseuse des patientes.
- ▶ En cas de **fracture vertébrale**, on peut utiliser en respectant les précautions d'usage et les contre-indications
 - un bisphosphonate (alendronate 70 mg hebdomadaire ; risédronate 35 mg hebdomadaire ou 75mg 1 comprimé 2 jours de suite/mois ; zolédronate 5 mg 1 perfusion/an),
 - le raloxifène (60 mg/j),
 - le ranélate de strontium (2 g/j)
 - ou le tériparatide (20 µg/j chez les patientes avec au moins 2 fractures vertébrales).

- ▶ En cas de **fracture non-vertébrale** sévère, les mêmes médicaments sauf le raloxifène peuvent être utilisés. Seul le zolédronate a été étudié chez les patients après une fracture de l'extrémité supérieure du fémur et il est donc à considérer en première intention dans cette situation.
- ▶ **Dans les autres cas** avec ou sans fracture non sévère, la décision dépend des facteurs de risque cliniques de fracture et du résultat de la densitométrie. Les choix thérapeutiques sont les mêmes que précédemment. Il faut y ajouter le traitement hormonal de la ménopause chez les patientes entre 50 et 60 ans avec des troubles climatériques et une densitométrie basse <-3 sans fracture prévalente. L'usage du raloxifène est à privilégier si le risque de fracture non-vertébrale est peu élevé, notamment chez les patientes de moins de 70 ans, sans antécédent thrombo-embolique, sans antécédent de fracture non-vertébrale ou sans risque de chutes.
- ▶ **Le rythme d'administration et les conditions de prise** sont à prendre en compte dans le choix thérapeutique car ils influencent l'observance et la persistance au traitement, deux paramètres clés pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Si les prises intermittentes favorisent une meilleure persistance thérapeutique, l'idée générale est de proposer aux malades le schéma thérapeutique qui lui convient le mieux.
- ▶ **Le traitement sera prescrit** pour une première séquence thérapeutique de 5 ans puis réévalué pour décider de sa poursuite ou de son interruption elle-même réévaluée régulièrement.

Le texte complet de ces recommandations est diffusé à travers plusieurs publications scientifiques et différents sites internet dont celui du GRIO : www.grio.org.

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 plus de 20 ans avec pour objectif non pas l'ostéoporose
mais les ostéoporoses.

Les objectifs du GRIО 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 Thierry THOMAS – Rhumatologue – St Etienne



Groupe projet JMO 2012

Pr Bernard CORTET – Rhumatologue – Lille
Dr Laure CHAPUIS – Rhumatologue – Vitré
Pr Christian MARCELLI – Rhumatologue – CHU Caen

Dossier de Presse JMO 2012

Pr Bernard CORTET – Rhumatologue
Département Universitaire de Rhumatologie et EA 4490,
Université Lille II, 59000 Lille
Pr Patrice FARDELLONE - Rhumatologue - CHU Amiens
INSERM U 1080
Dr Karine BRIOT- Rhumatologue – Hôpital Cochin – Paris

Réalisation : DIBCO 15 rue du Colonel Moll – 75017 Paris – dibco@orange.fr



Contact Presse :

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

Le GRIО remercie pour leur soutien : Amgen, Daiichi Sankyo, Danone, Glaxo SmithKline, General Electric Lunar, Ipsen, Lilly France, Merck Sharp & Dohme-Chibret, Novartis Pharma SA, Sanofi, Servier, Stephanix.