

Seuils d'intervention thérapeutique : l'état des lieux

**Professeur Thierry Thomas,
Saint-Etienne**

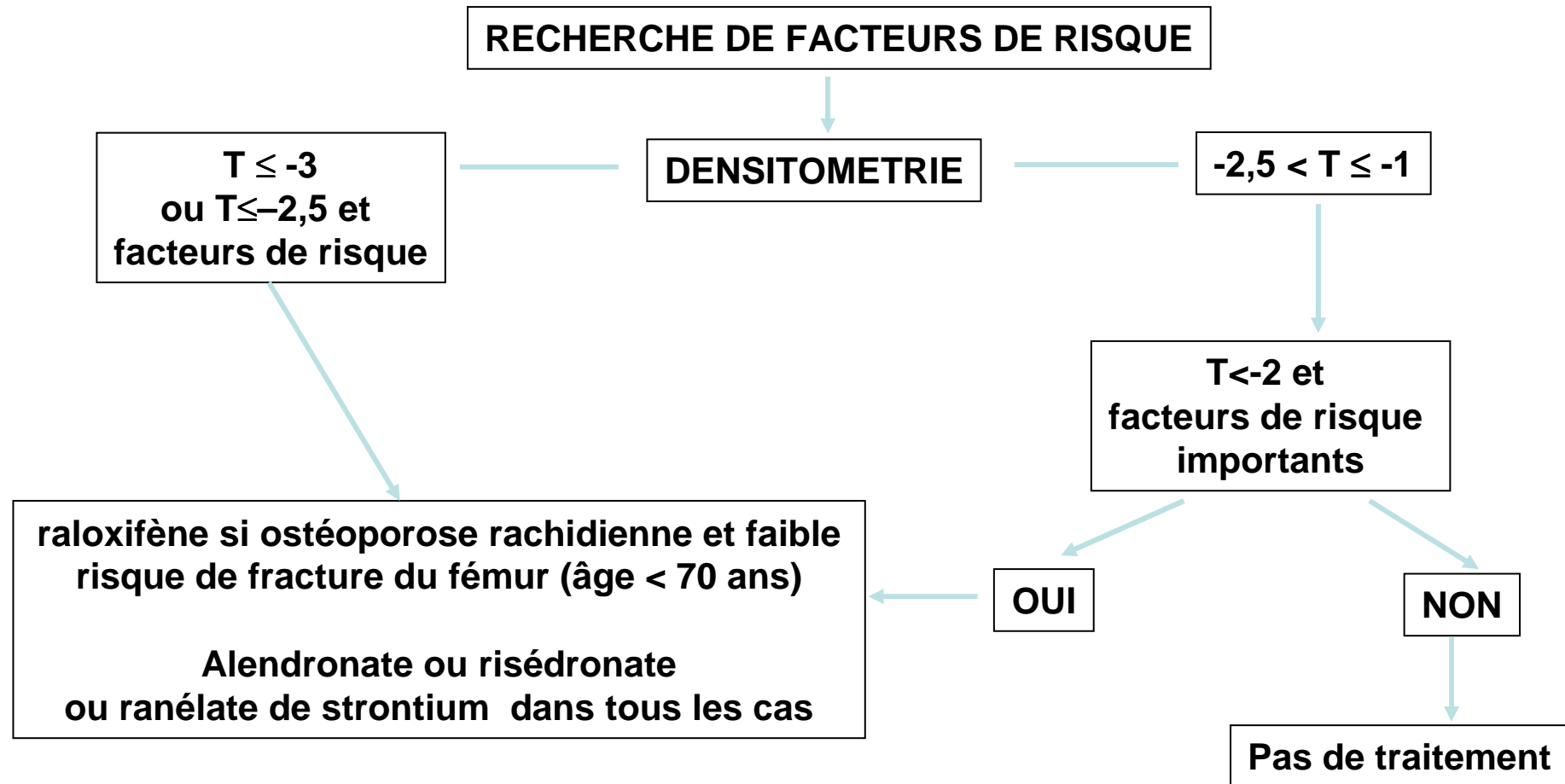
ATELIER **FRAX**[®]

OUTIL D'ÉVALUATION DU RISQUE DE FRACTURE OSTÉOPOROTIQUE :
PRÉSENTATION DE L'OUTIL FRAX[®] ET CONSÉQUENCES PRATIQUES

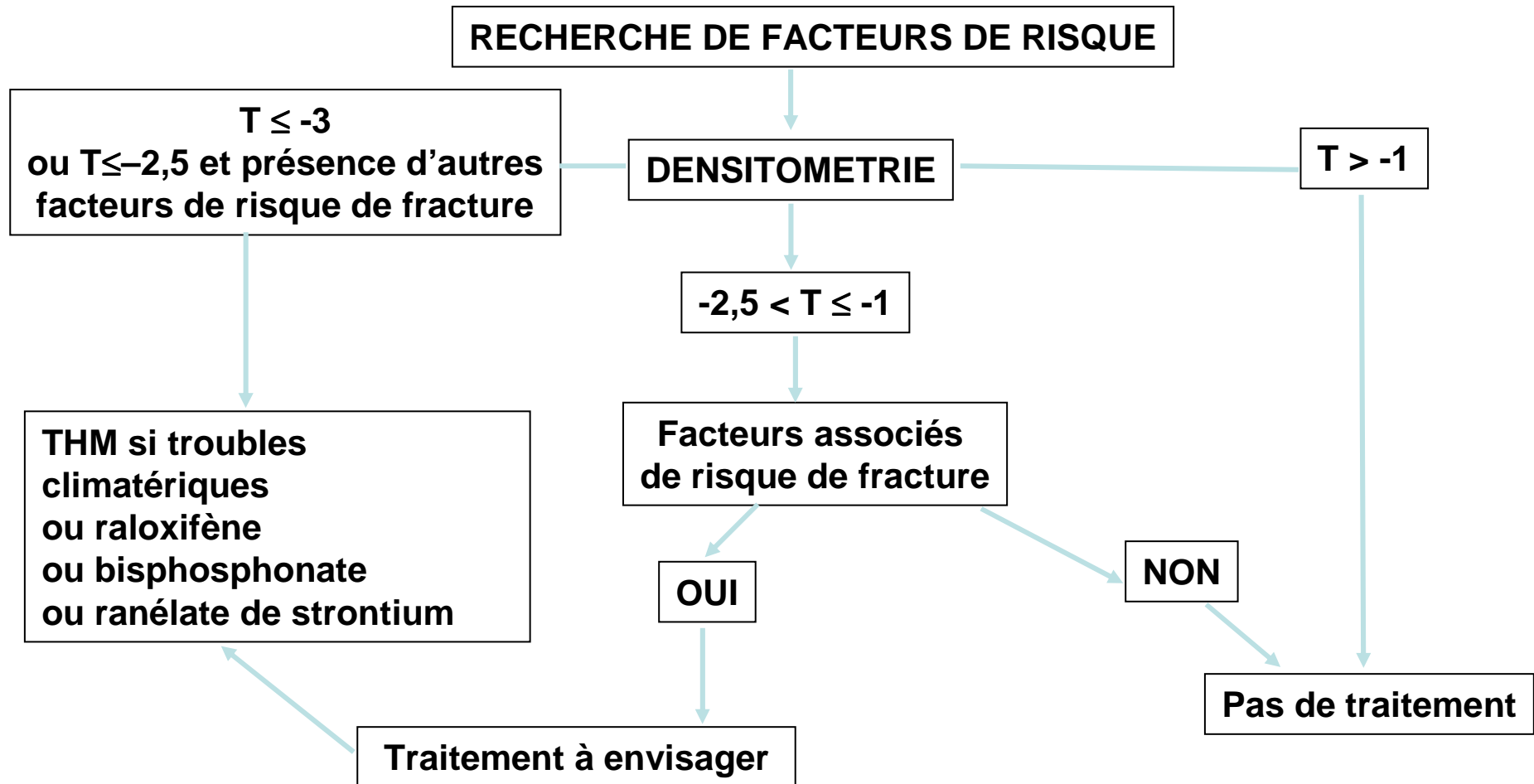


GRIO
RESEARCH IN OSTEOPOROSIS

Stratégie dans l'Ostéoporose Post-Ménopausique En l'Absence de Fracture – 60 à 80 Ans (Afssaps 2006)



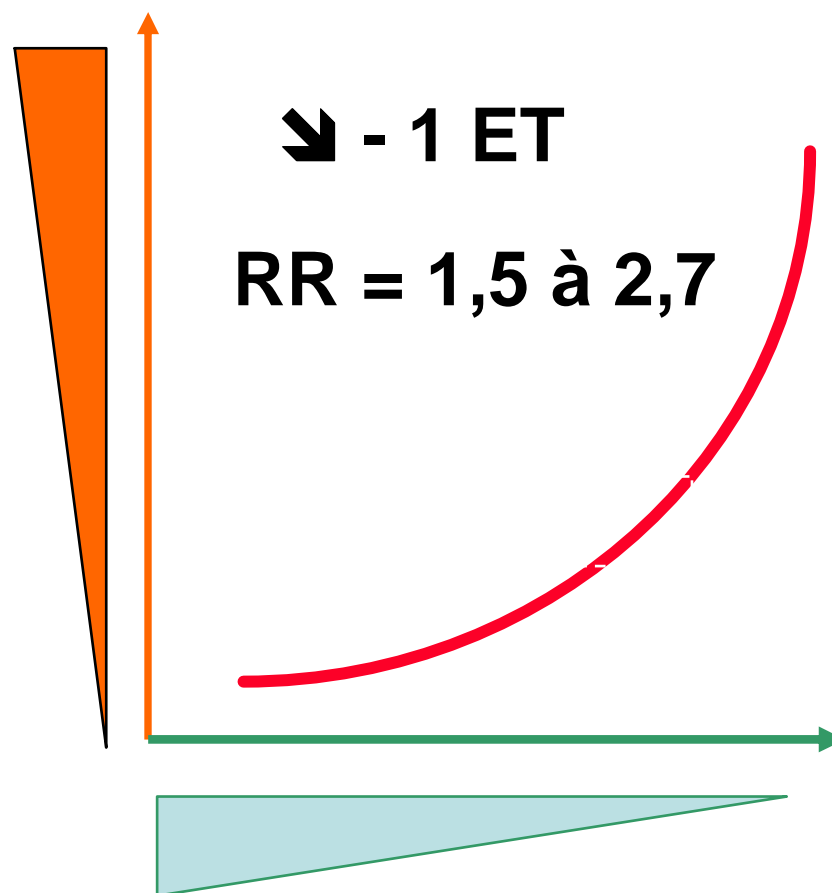
Stratégie dans l'Ostéoporose Post-Ménopausique En l'Absence de Fracture – 50 à 60 Ans (Afssaps 2006)



Relation entre DMO et Risque Fracturaire

INCIDENCE DES FRACTURES

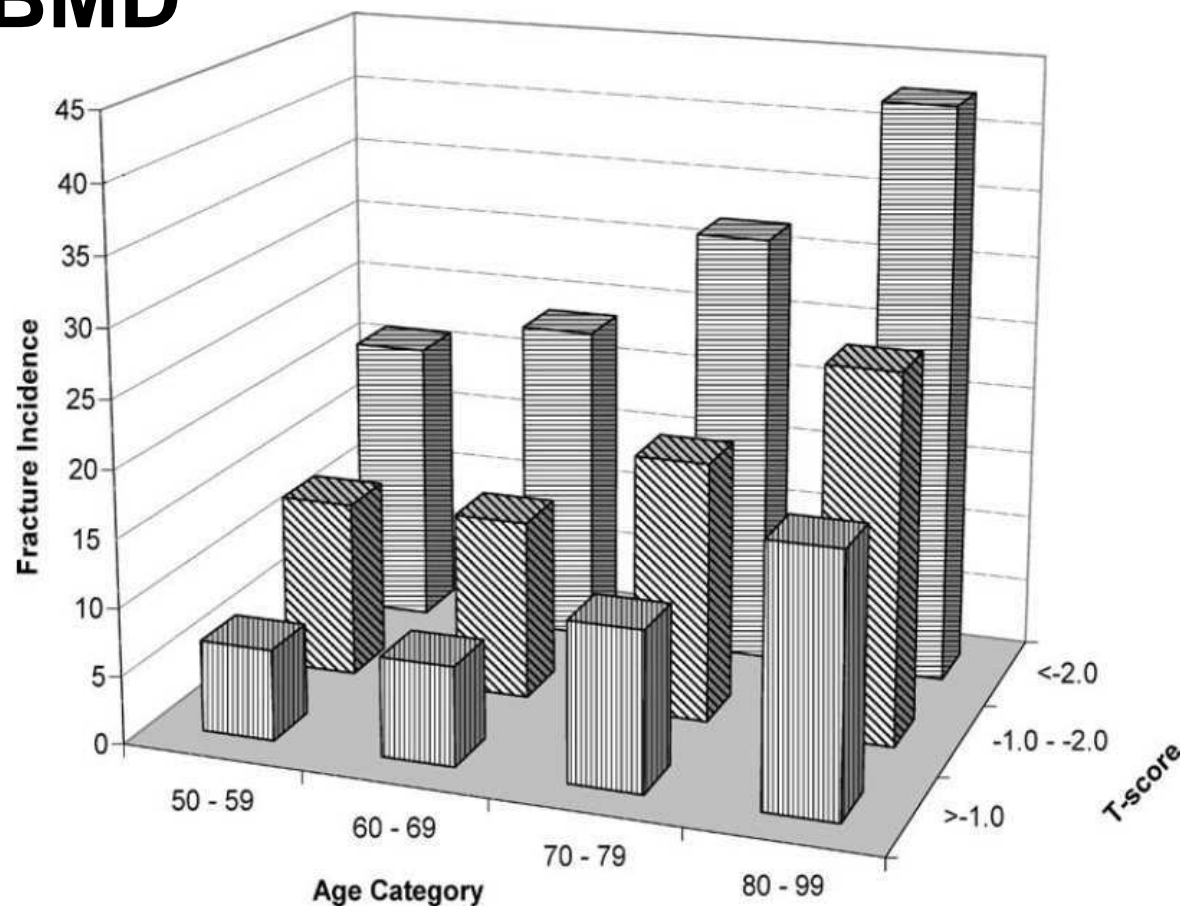
Fémur
Rachis
Poignet



**DIMINUTION
DE LA DMO**

Adapté de Marshall et al BMJ 1996

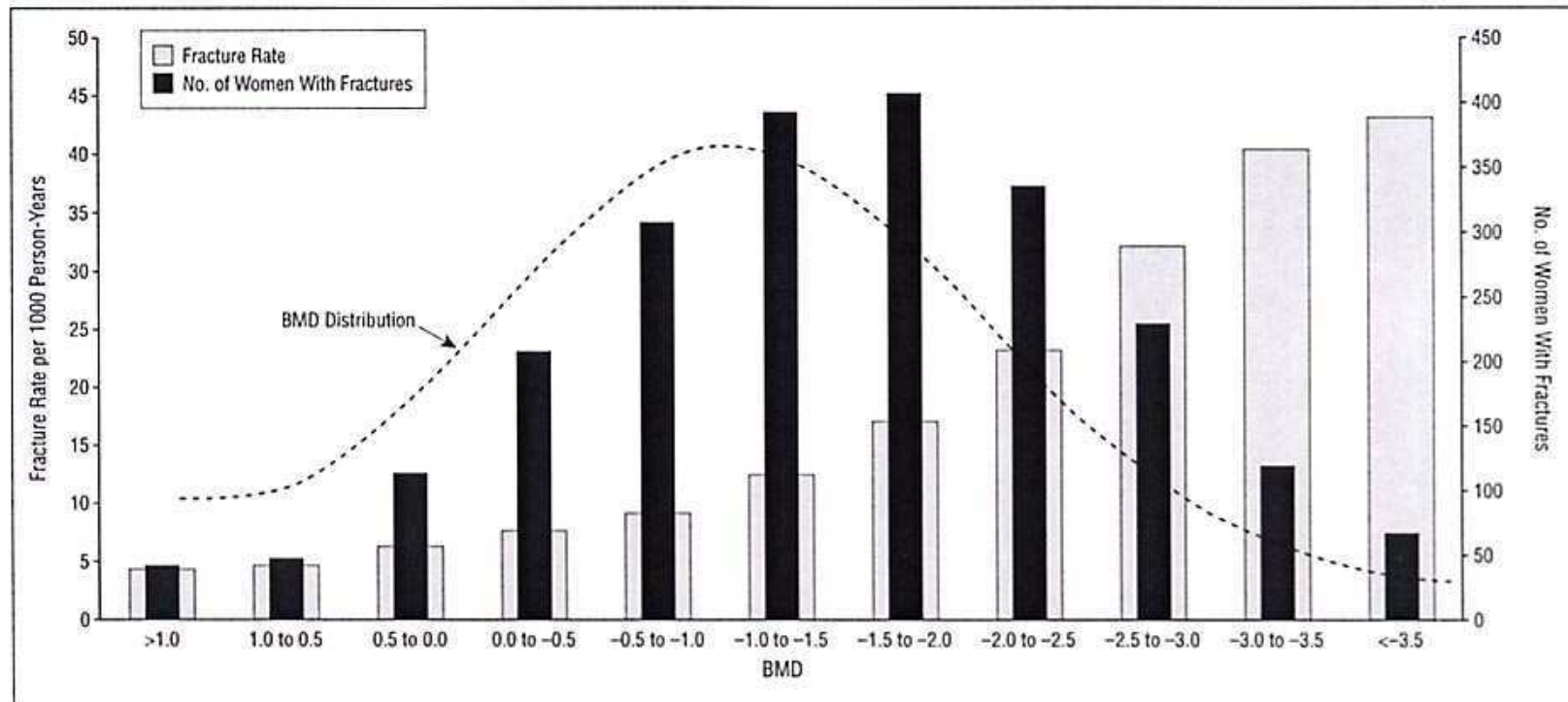
Incidence des Fractures en Fonction de l'Age et de la BMD



Incidence fracturaire pour 1000 patient-années (The NORA Study)

Siris ES, OI 2006, 17:565-74

Incidence & Prévalence Fracturaire en Fonction de la BMD

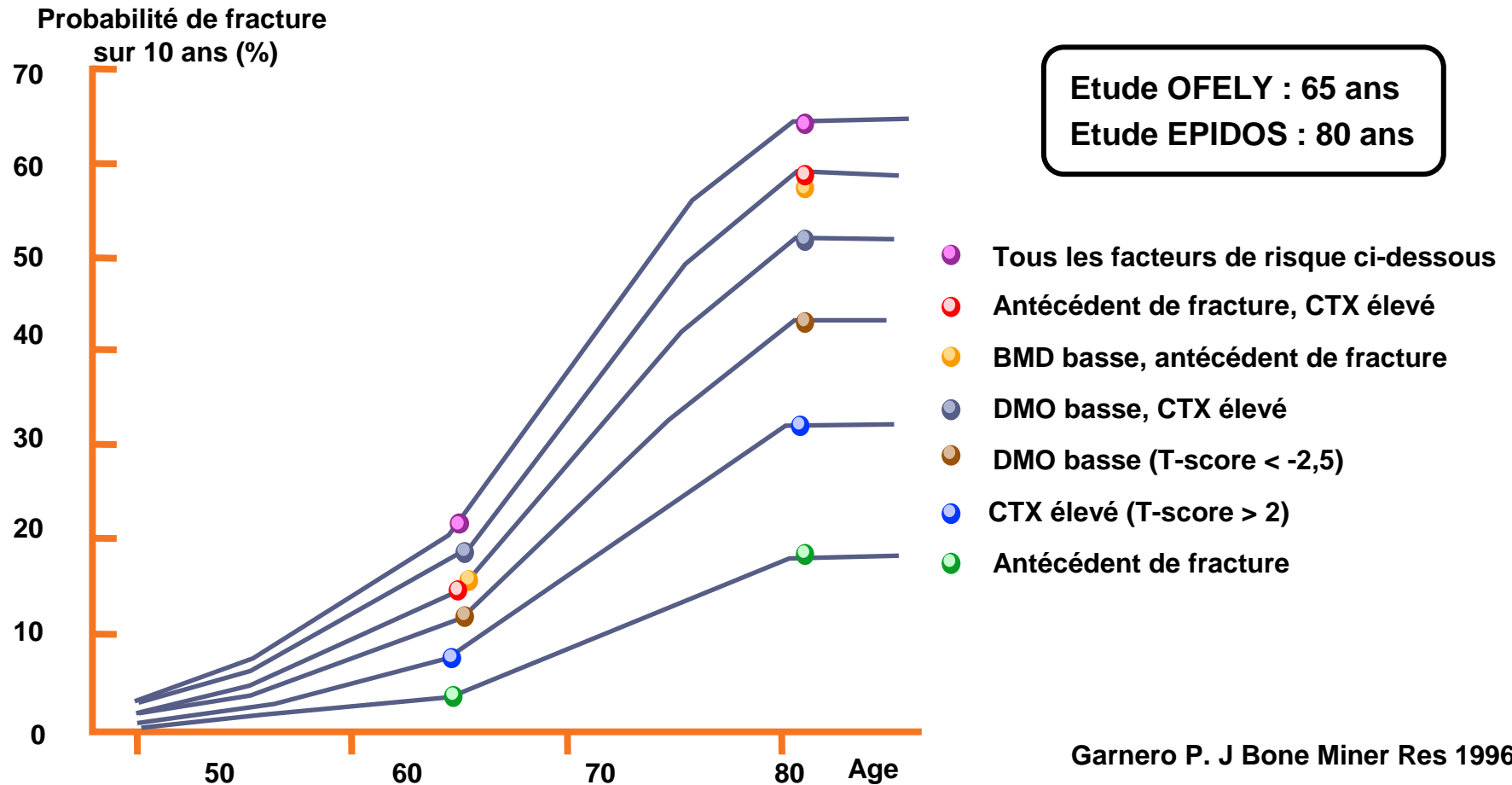


Bone mineral density (BMD), osteoporotic fracture rate, and number of women with fractures.

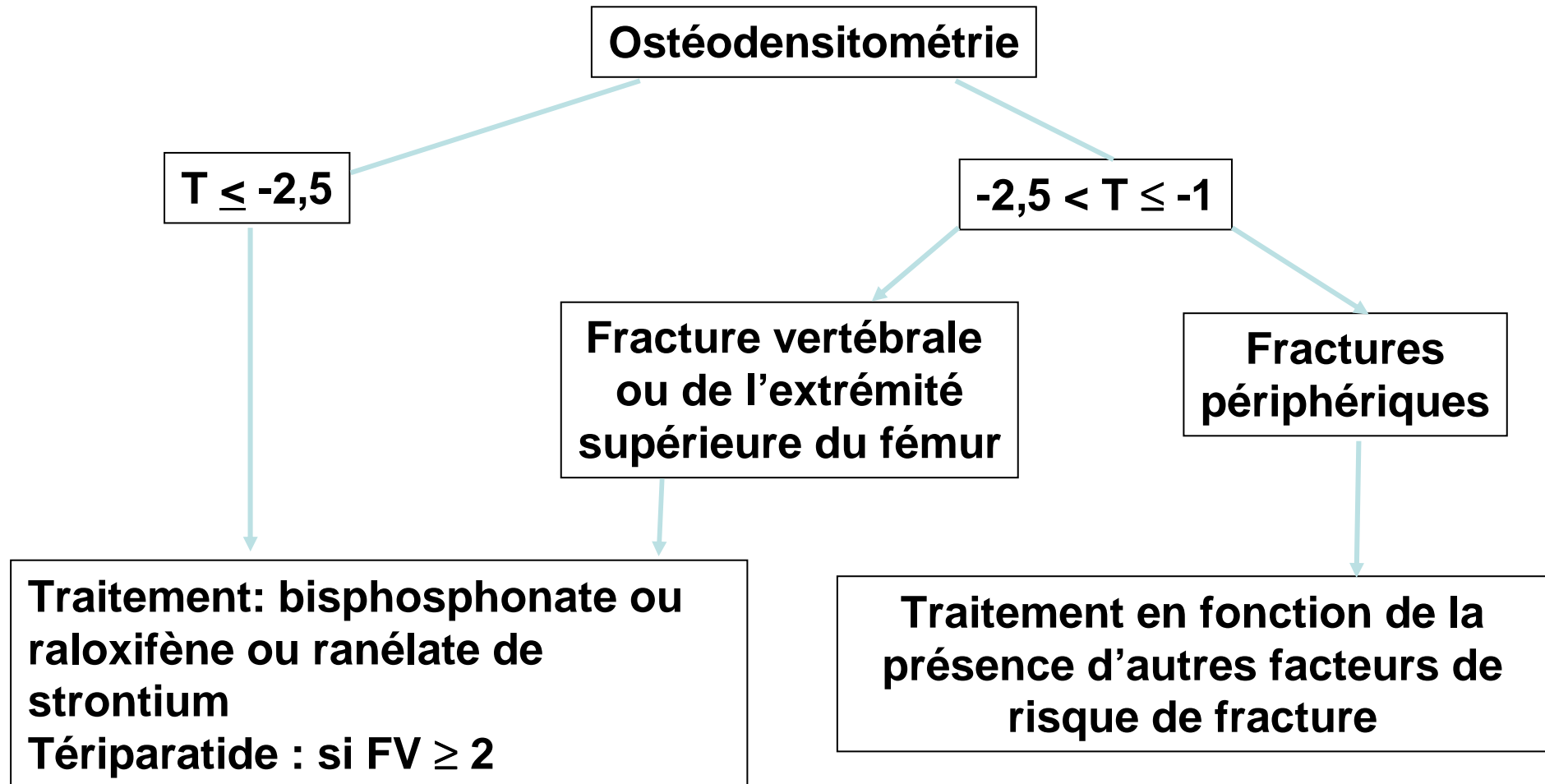
149 524 femmes ménopausées non-ostéoporotiques d'âge moyen $64,5 \pm 9,3$ ans [50 -104] Suivi 1 an (80%) – DXA périphérique (The NORA Cohort)

Siris ES, Arch Intern Med 2004;164:1108-12

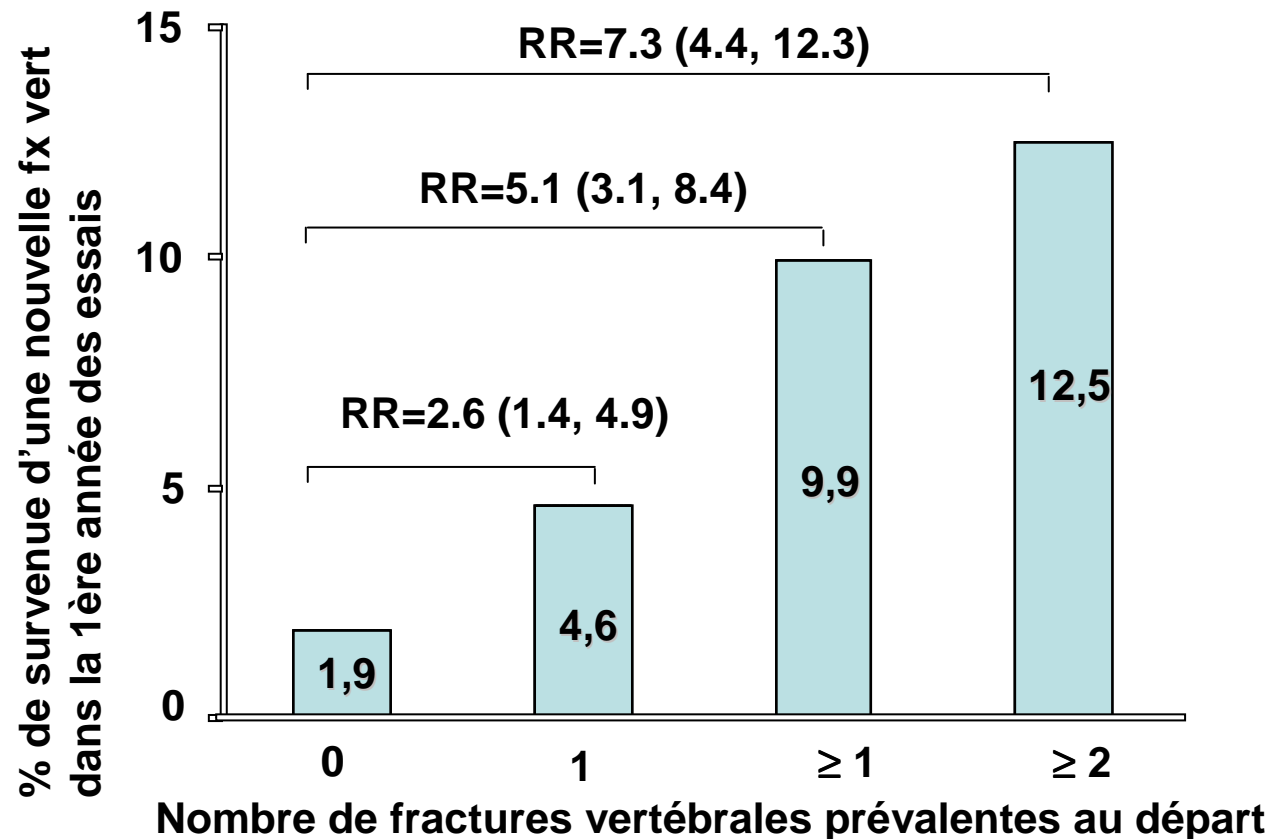
Utilisation des facteurs cliniques, de la DMO, et des marqueurs de résorption pour identifier les femmes à haut risque de fracture



Stratégie dans l'Ostéoporose Post-Ménopausique En Cas de Fracture (Afssaps 2006)



Conséquences des Fractures Vertébrales “Cascade Fracturaire”

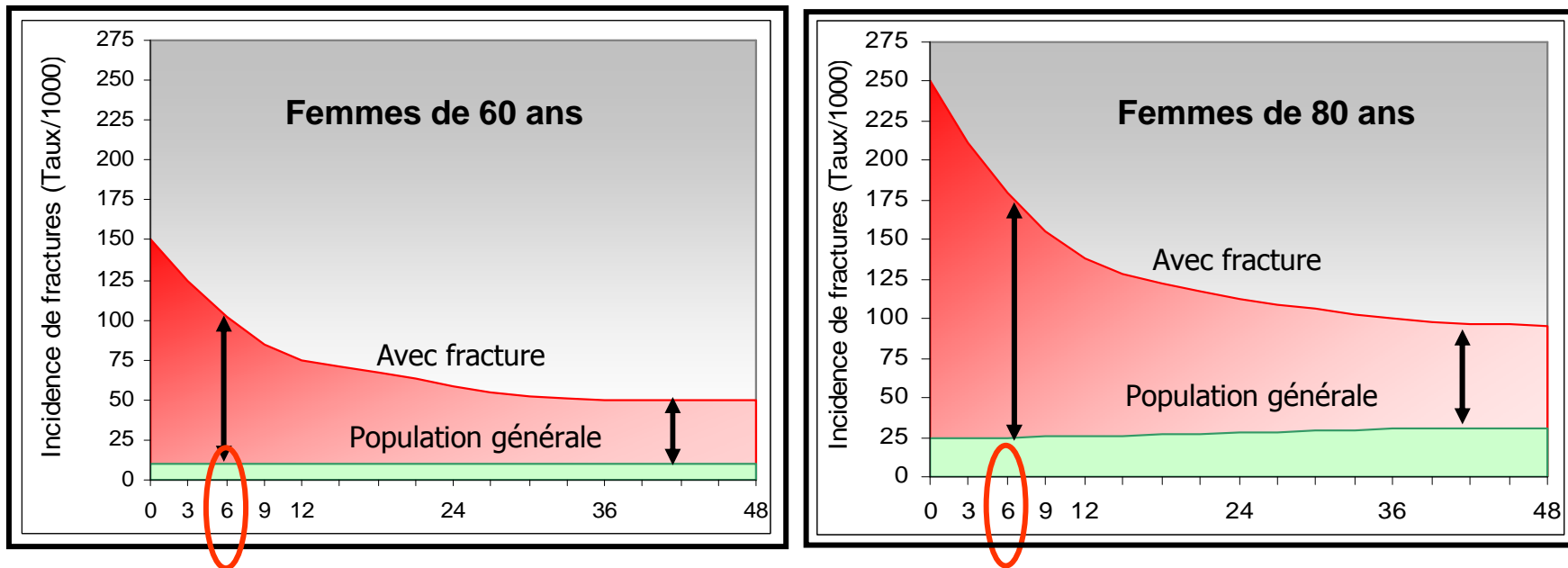


Données issues de l'analyse de 4 essais internationaux conduits entre 1993 et 1998 portant sur 2725 femmes ménopausées randomisées dans le groupe Placebo

Lindsay R JAMA 2001;285:320-323

Le risque de récurrence fracturaire est maximal immédiatement après une fracture

Risque de fracture après un traumatisme minime



Risque observé chez les femmes de 60 et 80 ans après une fracture vertébrale nécessitant une hospitalisation, comparé à celui de la population générale

Johnell et al, Osteoporos Int 2001;12:207-214

Traitement de l'Ostéoporose Post-Ménopausique

Recommandations de l'AFSSAPS, Janvier 2006

EN CAS DE FRACTURE				
	Raloxifène	Alendronate Risédronate	Ranélate de strontium	Tériparatid e
Une FV et risque faible de FP	OUI	OUI	OUI	OUI*
Une FV et risque de FP (notamment du fémur) important	-	OUI	OUI	OUI*
Maladie sévère (2 FV ou plus)	OUI	OUI	OUI	OUI*
EN L'ABSENCE DE FRACTURE				
< 60 ans	OUI	OUI	OUI	-
De 60 à 80 ans				
📁 dans tous les cas	-	OUI	OUI	-
📁 ostéoporose à prédominance vertébrale	OUI	-	-	-
> 80 ans	-	OUI	OUI	-

* Remboursé si au moins 2 fractures vertébrales

FV : Fracture vertébrale/ FP: Fracture périphérique

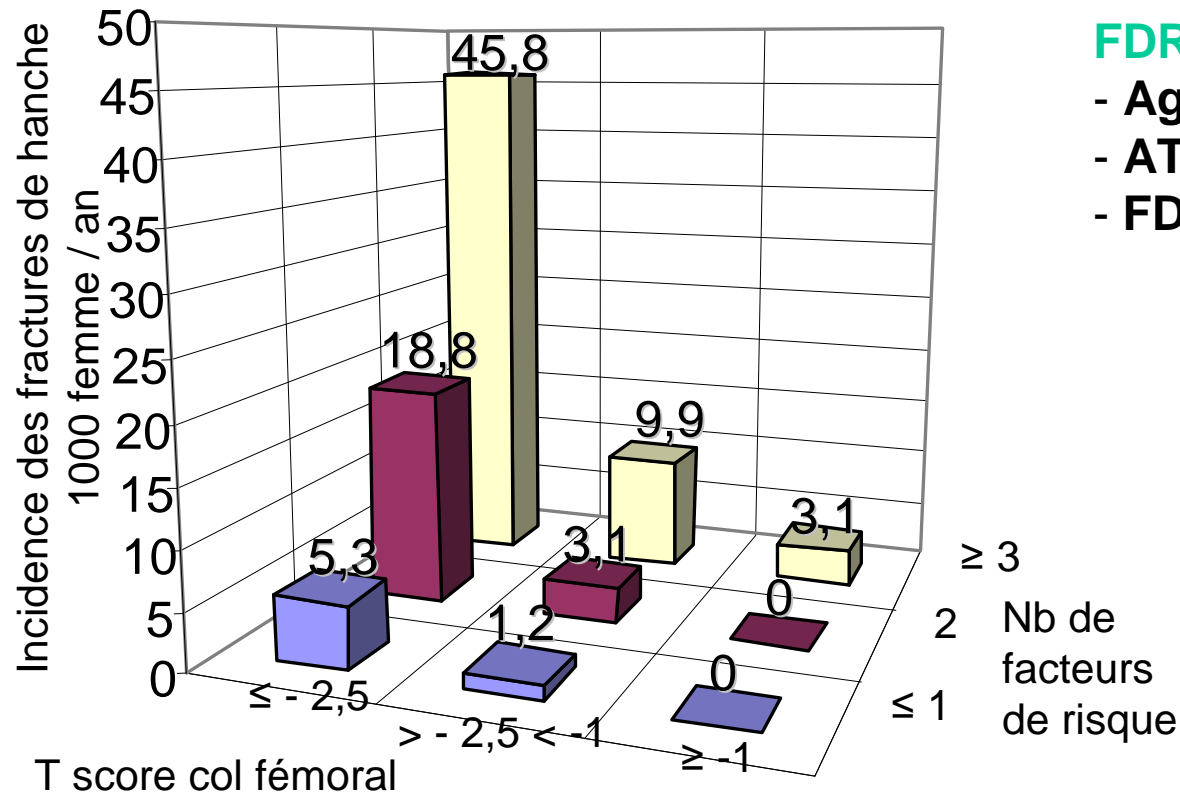
Définir le Profil de Risque Elevé de Fracture Non-Vertébrale

- Analyse des facteurs de risque de fracture non-vertébrale
- N= 2548 femmes ménopausées ostéoporotiques des groupes placebo des études VERT NA, VERT MN, HIP
- 6 facteurs étaient liés de façon significative à l'existence d'un risque de survenue d'une fracture non vertébrale :
 - Nombre de fractures vertébrales existantes ($p < 0.001$)
 - Antécédents de fracture non vertébrales ($p = 0.006$)
 - T-score au col fémoral ($p = 0.034$)
 - Taux sérique de Vitamine D ($p < 0.001$)
 - Age ($p = 0.019$)
 - Taille ($p = 0.037$)

Roux C et Al Ann Rhenn DIS 2007; 66:931-935

Identification des patients à haut risque de fracture de hanche

Importance des facteurs de risque de chute



FDR indépendants de la DMO

- Age
- ATCD de fracture
- FDR de chute
 - Force quadriceps
 - Equilibre
 - ATCD de chutes

Etude épidémiologique prospective d'une durée de 14 ans portant sur 960 femmes âgées en moyenne de 70 ans

Nguyen D et al JBMR 2005;20:1921-1928

Stratégie dans l'Ostéoporose Post-Ménopausique En l'Absence de Fracture – > 80 Ans (Afssaps 2006)

- Calcium, vitamine D
- Prévention des chutes, protecteurs de hanche
- Ranélate de strontium ou risédronate (ou alendronate) à envisager

Stratégie de Décision Thérapeutique

*Identifier les femmes à haut risque de fracture :
Risque absolu ou approche semi-quantitative ?*

*Identifier les femmes à risque vertébral ou
vertébral et périphérique.*

*Instaurer un traitement ciblé sur les facteurs de
risque de fracture avec des rapports bénéfice /
risque et coût / bénéfice favorables.*

Recommandations Afssaps, janvier 2006