

Recommandations de l'ANAES sur le diagnostic de l'ostéoporose. Philippe **ORCEL**, Fédération de Rhumatologie, Hôpital Lariboisière (AP-HP), 75010 PARIS.

L'ostéodensitométrie est une méthode de mesure non invasive, précise et reproductible, peu irradiante, de la masse minérale de l'os rapportée à l'unité de surface, d'où le terme impropre mais répandu de " densité minérale osseuse " utilisé pour exprimer le résultat de ce " dosage du minéral osseux ". La mesure densitométrique est devenue la référence pour la définition de l'ostéoporose et son diagnostic avant l'apparition de fractures. Bien que sa disponibilité et son utilisation se soient répandues depuis 10 ans, l'absence de remboursement est encore un obstacle pour pallier l'insuffisance de prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'ostéoporose en France. Dans ce contexte, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES) a élaboré en 2001, à la demande de la Direction Générale de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, des recommandations de pratique professionnelle pour l'utilisation de la densitométrie pour le diagnostic d'ostéoporose.

Méthodologie d'élaboration des recommandations.

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'ANAES. Un chef de projet de l'ANAES a coordonné les recherches bibliographiques, par interrogation systématique des banques de données en identifiant sur une période de 10 ans les recommandations pour la pratique clinique, les conférences de consensus, les articles de décision médicale, les revues systématiques et les méta-analyses. L'argumentaire et les recommandations ont été élaborés et discutés par le groupe de travail, puis affinés par des allers et retours avec le groupe de lecture. Les recommandations ont été discutées par le Conseil scientifique (section évaluation) de l'ANAES, et finalisées par le groupe de travail.

Recommandations pour la pratique clinique sur l'ostéodensitométrie

Elles sont issues du rapport " *L'ostéoporose chez les femmes ménopausées et chez les sujets traités par corticoïdes : méthodes diagnostiques et indications* ", publié sur le [site de l'ANAES](#), ainsi qu'une actualisation du rapport d'évaluation des " *Indications des mesures quantitatives du tissu osseux* " par le Service évaluation des technologies. Elles sont destinées à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'ostéoporose.

Contrôle de qualité

Les recommandations sont précédées de conditions préalables à une mise en oeuvre correcte de l'ostéodensitométrie :

- utilisation de la technique d'**absorptiométrie biphotonique à rayons X**, avec deux sites de mesure, le plus souvent le rachis lombaire et l'extrémité supérieure du fémur ;
- vérification des **qualités métrologiques** de l'appareil ;
- contrôle de la **validation des bases et courbes de références** pour les sites, l'âge, le sexe et les populations concernées pour l'interprétation des résultats.

Le groupe de travail recommande donc qu'une **procédure d'assurance-qualité obligatoire** soit rapidement élaborée et mise en oeuvre en France.

Indications de l'ostéodensitométrie

Quel que soit le contexte, une ostéodensitométrie ne doit être réalisée que si le résultat de l'examen peut a priori conduire à une modification de la prise en charge du patient.

Chez la femme ménopausée, il est recommandé de réaliser une ostéodensitométrie devant :

- la découverte radiologique d'une fracture vertébrale sans caractère traumatique ni tumoral évident
- un antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical)
- des antécédents documentés de pathologies potentiellement inductrices d'ostéoporose (en particulier hypogonadisme prolongé, hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercortisisme et hyperparathyroïdie primitive).

La réalisation d'une ostéodensitométrie peut être proposée chez la femme ménopausée, en présence d'un ou de plusieurs des facteurs de risque suivants :

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

Il n'est pas recommandé de réaliser une ostéodensitométrie chez une femme ménopausée chez laquelle le traitement hormonal substitutif (THS) est indiqué, prescrit à dose efficace (pour assurer une prévention de l'ostéoporose) et bien suivi.

Lorsque le résultat de l'ostéodensitométrie est normal et qu'aucun traitement n'est institué, une deuxième ostéodensitométrie peut être proposée 2 à 5 ans après la réalisation de la première, et ce en fonction de l'ancienneté de la ménopause, du résultat de la première mesure et de la persistance ou de l'apparition de facteurs de risque.

Chez un sujet (homme ou femme) traité par dérivés cortisoniques, il est recommandé de réaliser une ostéodensitométrie lors de la mise en route d'une corticothérapie systémique prévue pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose de > 7,5 mg/j équivalent prednisone.

Conclusions.

La limite méthodologique principale de ces recommandations est leur élaboration à partir d'une analyse de recommandations antérieures, même correctement analysées, voire rediscutées. Il eut été préférable de conduire une analyse de la littérature " primaire ", c'est-à-dire des grandes études cliniques et épidémiologiques ayant évalué l'intérêt et l'impact de la densitométrie sur le diagnostic de l'ostéoporose et pour la prise en charge des patients. Leur principal intérêt est de fournir un argumentaire détaillé pour défendre d'inscription de l'ostéodensitométrie à la nomenclature générale des actes et définir les conditions de son remboursement