

### Ostéoporose et HIV

Yves Maugars, Joëlle Glémarec, Brigitte Alavéna, Pascale Guillot,  
Denis Rodet, Yves Laborie, Eric Billaud  
Service de Rhumatologie et CISH, CHU de Nantes

La liste des complications articulaires associées au HIV est longue et étudiée de longue date. Mais ces dernières années, avec la survenue de nouveaux traitements et un suivi prolongé, deux complications osseuses ont été mises en évidence: les ostéonécroses et les déminéralisations osseuses.

Les ostéonécroses restent rares (environ 2% symptomatiques?) et souvent multiples. Les hypothèses physiopathogéniques impliquent déjà les anti-protéases (hypertriglycéridémie secondaires et lipodystrophies), et possiblement les anticorps antiphospholipides (60 à 90%).

La première publication ayant retrouvé une diminution de la densité minérale osseuse lombaire chez des patients HIV + remonte à 1997 (Paton, CTI) dans une étude cas-témoins (n=45). Un suivi de 15 mois chez 21 patients a montré une perte osseuse significative de 1,6%. Tebas en 2000 (AIDS) a impliqué les anti-protéases dans la genèse de cette déminéralisation dans une autre étude cas-témoins (n=112), ce que n'a pas confirmé Carr l'année suivante (AIDS) chez 221 patients (dont 147 sans anti-protéases). Le taux de lactates et le bas poids avant traitement avaient été retrouvés corrélés avec une DMO diminuée. Dans cette série, 22% des patients étaient ostéopéniques, avec seulement 3% sous le seuil du Tscore < -2,5 ds, et aucun cas fracturaire (quelques rares cas éparses publiés dans la littérature). Par contre, 2 études très récentes impliquent également les anti-protéases. La première de Mora (AIDS) a étudié 40 enfants en absorptiométrie (cas contrôles), dont 35 sous anti-protéases et 6 avec une lipodystrophie. Une corrélation positive est significative entre la diminution de la DMO et la prise d'anti-protéases d'une part, et la présence d'une lipodystrophie d'autre part. Les marqueurs du remodelage osseux sont augmentés sous anti-protéases. Enfin, McDermott (Am J Clin Nutr), chez 203 hommes et 62 femmes HIV + (cas contrôles) a également retrouvé un rôle significatif des anti-protéases chez l'homme sur la diminution de la DMO, avec re-répartition des graisses des membres inférieurs vers le tronc. Une association avec la durée du traitement est mise en évidence. Nous présentons les résultats convergents de notre propre série.

En **conclusion**, une perte osseuse est effective chez les hommes HIV +, modérée (en moyenne - 1 ds) mais significative. Son incidence est faible, avec seulement 3 à 8% de patients sous le seuil de - 2,5 ds en Tscore, et un très petit nombre de fractures rapportées compte-tenu de la DMO de départ plus élevée chez les hommes par rapport aux femmes. Comme facteur de risque, on peut évoquer 3 principaux paramètres: la maladie HIV elle-même (rôle des cytokines?), les anti-protéases, et les anomalies de répartition des graisses associées. La déminéralisation est à haut niveau de remodelage, rendant logique un traitement par bisphosphonate, remboursé pour l'Alendronate en cas de fracture.