



XV^e Journée scientifique du GRIO

● T. Thomas*

Nous inaugurons cette nouvelle rubrique de La Lettre du Rhumatologue en rapportant une partie des communications présentées à la récente XV^e Journée scientifique du GRIO qui, année après année, devient une réunion nationale incontournable dans le domaine de l'ostéoporose, avec la particularité et la richesse d'être une réunion multidisciplinaire regroupant les différents acteurs intervenant dans la prise en charge de cette maladie.

L'ostéoporose masculine : quel seuil diagnostique en densitométrie ?

(d'après la communication de B. Cortet, Lille)

Les données épidémiologiques rapportent une prévalence de fractures ostéoporotiques de 13 % chez les hommes au-delà de 50 ans, contre 40 % chez la femme. La différence dépend de facteurs multiples tels qu'un pic de masse osseuse supérieur, une moindre altération microarchitecturale et quantitative de l'os trabéculaire, une meilleure préservation corticale grâce à une apposition périostée supérieure, une résorption endostéale et une porosité corticale plus faibles. La prévalence des fractures du poignet est également six fois moindre, alors que celle des vertèbres et de l'extrémité supérieure du fémur (ESF) est trois fois moindre. En revanche, la mortalité suivant les fractures de l'ESF est deux à trois fois supérieure chez l'homme. La relation entre la diminution de densité minérale osseuse (DMO) et l'augmentation du risque fracturaire semble assez superposable dans les deux sexes, bien que le nombre d'études longitudinales sur le sujet soient peu nombreuses et parfois contradictoires. Ainsi toute diminution d'une déviation standard (DS) de la DMO multiplie le risque fracturaire par deux au rachis et par trois à l'ESF. De cette relation découle la notion de seuil densitométrique permettant de diagnostiquer l'ostéoporose : faut-il utiliser le seuil de -2,5 T score chez l'homme comme chez la femme ? Les don-

nées de la Mayo Clinic le suggèrent, puisqu'elles rapportent que 19 % des hommes de plus de 50 ans ont une DMO < -2,5, un chiffre proche des données épidémiologiques fracturaires. De même, si la valeur absolue de la DMO de sujets présentant une fracture vertébrale prévalente est en moyenne plus élevée chez l'homme que chez la femme, l'expression des résultats en T score fait disparaître cette différence. Il est cependant fondamental de noter que ces observations chez l'homme ne sont valables qu'à la condition de comparer les valeurs mesurées à celles d'une population d'hommes jeunes. En conclusion, la mesure de la DMO semble pertinente pour prédire le risque fracturaire chez l'homme aussi, et en dehors de tout consensus établi, la définition densitométrique de l'ostéoporose retenue par l'OMS chez la femme pourrait être applicable à l'homme, sous réserve de l'utilisation d'une population de référence masculine.

La DHEA dans le traitement de l'ostéoporose : que faut-il en penser ?

(d'après la communication de G. Weryha, Nancy)

La déhydroépiandrostérone (DHEA) est un androgène produit par la surrénale chez les primates et l'homme, sans récepteur spécifique identifié. La DHEA conjuguée en sulfate, S-DHEA, dont seul le dosage est utile avec des taux plasmatiques mille fois plus importants que ceux de la forme libre, se comporte comme un précurseur de la testostérone et du 17 β -estradiol chez l'homme

et chez la femme. En 1986, une première étude démontrait qu'un taux plasmatique bas de DHEA était associé à une augmentation du risque de décès par accident cardiovasculaire. Plusieurs publications ont fourni depuis des arguments contradictoires. Ainsi, Baulieu et al. ont montré que l'association d'un taux plasmatique faible de DHEA et d'un tabagisme actif multipliait par six le risque de décès, mais l'existence d'un lien de causalité n'a pu être établie. Des études cliniques ont ensuite évalué les effets d'un apport quotidien de 50 à 100 mg/j de DHEA dans diverses circonstances. Les limites méthodologiques de ces études sont la taille des effectifs (< 70 sujets) et la durée des essais (entre 3 et 12 mois). Les résultats sont peu convaincants, avec une augmentation modérée de la masse osseuse rapportée chez la femme ménopausée, mais pas chez l'homme et pas à tous les sites, et des modifications des marqueurs du remodelage osseux à la fois peu importantes et instables. Aucun effet n'a été observé sur les paramètres cognitifs ou de qualité de vie. En revanche, trois études ont montré un effet bénéfique de la DHEA chez les patients porteurs d'un lupus érythémateux disséminé actif, et une AMM est en cours d'instruction dans cette indication. En conclusion, l'administration de DHEA peut être considérée comme une stéroïdothérapie douce agissant après transformation en testostérone et/ou en estradiol. Elle n'a pas d'intérêt lorsque l'imprégnation hormonale est normale, et expose aux effets indésirables des stéroïdes sexuels chez le sujet carencé. ■

Dates et adresses à retenir

- ✓ 10-14 mai : IOF World Congress on Osteoporosis, Lisbonne, Portugal.
- ✓ 23-24 mai : 5^e Journées françaises de biologie des tissus minéralisés, Montrouge.
- ✓ 1^{er}-3 septembre : 8th International Conference on Osteogenesis imperfecta, Annecy.
- ✓ Secrétariat GRIO : Centre d'évaluation des maladies osseuses, hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75679 Paris Cedex 14.

* Équipe INSERM 9901, hôpital Bellevue, 42055 Saint-Étienne Cedex 02.

