



<http://www.grio.org>

Rubrique coordonnée par T. Thomas, Saint-Étienne

Il existe aujourd'hui des preuves de l'efficacité des traitements de l'ostéoporose pour diminuer l'incidence des fractures. Cependant, leur prescription est compliquée par l'hétérogénéité des intitulés d'AMM, l'absence de remboursement dans des indications pourtant reconnues, et surtout l'absence de remboursement de la densitométrie, indispensable au diagnostic de la maladie.

Dans ce contexte, l'AFSSAPS va rendre publiques des recommandations prenant en compte ces difficultés, et cherchant à définir une stratégie médicale optimale pour le traitement des ostéoporoses.

MÉTHODOLOGIE

Les recommandations ont été établies par un groupe de travail d'origines diverses. L'analyse de la littérature a sélectionné des études répondant aux critères d'une "médecine basée sur les preuves". À partir de cette analyse, un texte a été établi par le groupe, relu par des lecteurs indépendants, et validé au sein de l'AFSSAPS.

OSTÉOPOROSE CORTISONIQUE

L'ostéoporose est la plus fréquente des complications de la corticothérapie. La prévention et le traitement de l'ostéoporose doivent être systématiquement envisagés lors d'une corticothérapie par voie orale, prévue pour plus de trois mois ou suivie depuis plus de trois mois à une dose $> 7,5$ mg/j. La recherche d'autres causes d'ostéopathie fragilisante et la compensation des carences en calcium et vitamine D sont systématiques. Les sujets hypogonadiques doivent être traités, sauf contre-indication liée à la maladie sous-jacente. Chez les femmes

* Institut de rhumatologie, hôpital Cochin, 75679 Paris Cedex 14.

Traitements de l'ostéoporose : recommandations de l'AFSSAPS

C. Roux*

ménopausées, présentant une fracture par fragilité osseuse, il est recommandé de prescrire un des trois bisphosphonates ayant l'AMM. Sinon, comme chez les femmes non ménopausées et chez les hommes, une densitométrie est utile à la décision thérapeutique. Sur la base des études prospectives publiées, il est proposé de tenir compte d'un seuil densitométrique différent de celui utilisé dans l'ostéoporose post-ménopausique, soit un T score au rachis ou au fémur $< -1,5$.

OSTÉOPOROSE POST-MÉNOPAUSIQUE

La stratégie repose sur trois facteurs de risque essentiels : l'âge, l'existence d'une fracture par fragilité osseuse, le résultat de la densité osseuse.

Entre 50 et 60 ans, le traitement hormonal substitutif est le traitement préventif de première intention. La durée du traitement est

adaptée à ses effets extra-osseux. En son absence, une densitométrie peut être pratiquée selon les recommandations de l'ANAES. S'il existe une ostéoporose densitométrique ($T \leq -2,5$), un traitement est recommandé (raloxifène ou bisphosphonate), d'autant plus que les facteurs de risque sont plus nombreux. Il n'est pas recommandé de traiter systématiquement en cas d'ostéopénie.

Après 60 ans, en présence d'une fracture, la mesure de la densité osseuse est recommandée :

Si $T < -2,5$, un traitement est recommandé : raloxifène (en particulier chez les femmes ayant une ostéoporose à prédominance vertébrale) ; alendronate ou risédronate (qui peuvent être prescrits dans tous les cas, y compris lorsque le risque de fracture périphérique est au premier plan). L'édronate n'est une alternative que si la fracture est vertébrale.

✓ Si $-1 < T < -2,5$, le traitement est recommandé pour une fracture vertébrale, à discuter à l'échelon individuel en cas de fracture périphérique.

Après 60 ans, en l'absence de fracture, la mesure de la densité osseuse est demandée selon les recommandations de l'ANAES :

✓ Si $T < -2,5$, un traitement est recommandé (voir paragraphe précédent).

✓ Si $-1 < T < -2,5$, un traitement systématique n'est pas recommandé ; son indication dépend de l'évaluation individuelle des facteurs de risque associés, des effets extra-osseux et des contraintes des traitements.

CONCLUSION

Les recommandations de l'AFSSAPS ne seront pas des références médicales opposables. Elles accordent une place centrale à la densitométrie pour la décision thérapeutique, ce qui correspond à la réalité clinique. Elles devraient également aider le décideur à faire des choix de politique de santé, en particulier pour le remboursement de l'acte diagnostique. ■