

Journée Mondiale contre l'Ostéoporose 20 octobre 2017



**Ostéoporose postménopausique
Traiter
pour réduire le risque de fracture**

GRID
www.grid.org

DOSSIER DE PRESSE
20
17

Journée Mondiale contre l'Ostéoporose 20 octobre 2017



SOMMAIRE

Introduction :

Un contexte alarmant

p 3

1 - Peut-on évaluer le risque de fracture ?

p 4

- Antécédents fracturaires
- Evaluation du risque de chute
- Intérêt de l'ostéodensitométrie
- Les autres facteurs de risque : intérêt de l'outil FRAX®

2 - Stratégies thérapeutiques pour réduire le risque de fracture p 7

Traiter prioritairement les femmes à risque élevé de fracture

- En cas de fracture sévère
- En cas de fracture non sévère
- En l'absence de fracture

3 - Prise en charge thérapeutique des fractures sévères

p 8

Objectif principal : la réduction du risque de fracture

- Choix des traitements

4 - Les accompagnements du traitement

p 9

- Prévention des chutes
- Les apports vitaminocalciques
- Dosage de la vitamine D

5 - GRIO et JMO

p 10

Des recommandations de traitement actualisées en raison d'une situation alarmante

INTRODUCTION

Déjà lors de la Journée Mondiale contre l'Ostéoporose de 2016, le GRIO lançait une alerte sur le **déficit de prise en charge de l'Ostéoporose Postménopausique**.

En 2016, de nouvelles données d'épidémiologie ont été communiquées. Le constat est alarmant : - Baisse du nombre des ostéodensitométries de 6,4 % chaque année tant dans le secteur public que dans le secteur privé (données Assurance maladie) ; - Diminution globale du nombre de patientes traitées : moins 25 % entre 2012 et 2015 et moins 8% entre 2015 et 2016 ; - Seulement 15% de femmes concernées traitées ! - Augmentation du nombre de fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les sujets de plus de 60 ans et tout particulièrement chez les plus de 84 ans ; - Près du quart des patients décèdent dans l'année suivant une telle fracture...

Il est clair que la maladie ostéoporotique est insuffisamment prise en charge et les raisons en sont multiples : - Les patientes considèrent l'ostéoporose comme un processus naturel lié au vieillissement ; - Absence de lien entre fracture et l'ostéoporose ; - Doutes quant à l'efficacité des traitements médicamenteux ; - Craintes des effets secondaires ; - Sous-estimation de l'impact et des conséquences des fractures...

Et pourtant, les conséquences d'une fracture sévère sont graves et le risque de récurrence fracturaire élevé. « Qui s'est fracturé se fracturera ! »

Or, les données factuelles les plus convaincantes, fondées sur une méthodologie rigoureuse, ont clairement démontré **l'efficacité des médicaments anti-ostéoporotiques** pour prévenir le risque de fragilité osseuse, au prix d'une tolérance satisfaisante dans cette population.

C'est pourquoi le GRIO, en liaison avec la SFR, propose aujourd'hui une actualisation de ses recommandations visant à **traiter en priorité les femmes à risque élevé de fracture, avec des schémas thérapeutiques simplifiés et clarifiés afin d'améliorer significativement la prise en charge de l'Ostéoporose**.

Peut-on évaluer le risque de fracture ?

La stratégie thérapeutique dans l'ostéoporose postménopausique repose sur l'identification des femmes pour lesquelles le risque fracturaire est suffisamment élevé pour justifier un traitement médicamenteux. Or, **qui s'est fracturé se fracturera** ! C'est pourquoi on doit rechercher en priorité les antécédents fracturaires puis évaluer le risque de chutes, puis les autres facteurs de risque.

Antécédents fracturaires

L'antécédent fracturaire est le principal facteur de risque de fracture, et le plus simple à retrouver à l'interrogatoire. En pratique, on tient compte seulement des fractures survenues après l'âge de 45 ans ou après la ménopause, et seulement des fractures non traumatiques, c'est-à-dire celles survenant pour un traumatisme inférieur ou égal à celui correspondant à une chute de sa hauteur en marchant.

Certaines fractures sont dites **sévères** en raison de leur lien avec un excès de mortalité. C'est le cas des fractures de l'extrémité supérieure du fémur, des vertèbres, de l'extrémité supérieure de l'humérus, et du bassin. Les conséquences sur la mortalité des fractures vertébrales chez les sujets âgés sont comparables à celles des fractures de l'extrémité supérieure du fémur. En conséquence la perte de taille est un élément clinique important.

La sévérité de l'ostéoporose est définie non seulement par la sévérité de certaines fractures, mais aussi par le risque de décompensation de la maladie sous-jacente par la survenue d'une fracture.

Le lien entre fracture prévalente (ancienne) et fracture incidente (nouvelle) varie dans le temps : **plus l'évènement fracturaire est récent, plus le risque de récurrence est grand**. Ainsi le risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur est multiplié par 6 dans l'année suivant la survenue de la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Il existe donc une grande opportunité thérapeutique, car le bénéfice des traitements est d'autant plus grand que le risque fracturaire est élevé.

Evaluation du risque de chute

Il est intuitif de considérer que l'augmentation du risque de chute est une cause d'augmentation du risque de fracture. Ceci ne concerne pas seulement les patientes âgées fragiles, mais aussi les personnes ayant des maladies neurologiques ou orthopédiques : maladie de Parkinson, séquelles d'AVC, polyarthrite rhumatoïde... autant de causes de chute exposant à des fractures. La prise en charge non pharmacologique du risque de chute est possible par des exercices de prévention. L'intervention sur la cataracte a

Peut-on évaluer le risque de fracture ?

également un effet démontré sur le nombre de chutes et le nombre de fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

En consultation, il est facile d'évaluer le risque de chute : le principal facteur prédicteur est la chute dans les 3 à 6 mois précédents. Des tests physiques comme l'impossibilité de se relever de la chaise sans l'aide des bras ou l'appui monopodal inférieur à 5 secondes sont également des déterminants importants.

Mesure de la Densité Minérale Osseuse (Densitométrie Osseuse)

La mesure de la densité minérale osseuse (DMO), au rachis et au fémur, par absorptiométrie biphotonique à rayons X, a une place très importante dans la prise en charge des patientes ostéoporotiques. Cet examen a une valeur diagnostique et pronostique, et, permet également de guider l'évaluation du traitement.

La définition densitométrique est basée sur le T-score qui est défini comme le nombre d'unités d'écart-type par rapport à la moyenne des femmes jeunes.

Le T-score du rachis lombaire, ou de la hanche, ou du col du fémur, a permis d'établir un seuil ($T \leq -2,5$) choisi pour que la prévalence de l'ostéoporose ainsi calculée au col du fémur chez les femmes de plus de 50 ans soit comparable à leur risque de fracture du col du fémur dans la vie.

Il existe une relation forte entre la diminution de la DMO et le risque de fracture : plus la DMO diminue, plus le risque de fracture augmente. Il est donc nécessaire de réaliser une mesure de la DMO chez les patients avec et sans fracture.

Toutefois la mesure de la DMO a une sensibilité de 50 à 60%, et ne permet donc pas de repérer l'ensemble des personnes qui auront une fracture. On peut ainsi distinguer 2 catégories de patientes : celles ayant une ostéoporose densitométrique pour lesquelles la fragilité osseuse est expliquée par ce défaut quantitatif ; et celles dont la fragilité osseuse se traduit par une fracture alors que la DMO est située au-dessus du seuil de l'ostéoporose. Grâce aux outils biochimiques et radiographiques, on sait aujourd'hui que ces patientes peuvent avoir des anomalies du remodelage osseux et/ou de la corticale osseuse, responsables de leur fragilité, sans déficit quantitatif important.

Peut-on évaluer le risque de fracture ?

Les autres Facteurs de Risque : intérêt de l'outil FRAX® (Fracture Risk Assessment Tool)

La liste des facteurs de risque est très longue. Certains ne sont pas modifiables : l'âge, les antécédents familiaux..., d'autres sont modifiables tels que certaines comorbidités et certains traitements. Plutôt que de dresser une liste de ces facteurs de risque, en estimant des risques relatifs, il est proposé de calculer une probabilité individuelle de fracture au moyen de l'outil FRAX®. Accessible sur internet, le FRAX tient compte de certains facteurs de risque comme l'IMC (Indice de Masse Corporelle), de l'antécédent personnel de fracture, familial de fracture de hanche, de l'intoxication tabagique ou alcoolique en cours, de la prise actuelle ou passée de corticoïdes, de l'existence d'une ostéoporose secondaire. La mesure de la DMO peut être ajoutée au calcul. L'outil FRAX donne 2 résultats : la probabilité à 10 ans d'avoir une fracture majeure et celle d'avoir une fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

En bref : Le FRAX est inutile quand l'indication de traiter est évidente (antécédent de fracture sévère, antécédent de fracture non sévère et T-score ≤ -2 , en l'absence de fracture avec T-score ≤ -3 à l'un des 2 sites. Le FRAX est utile dans les autres situations.



Stratégies thérapeutiques pour réduire le risque de fracture

Le traitement de l'ostéoporose postménopausique est pleinement justifié chez les **femmes à risque élevé de fracture** et en particulier celles à risque de récurrence. La prise en charge est différente suivant la présence ou l'absence de **fracture sévère**.

En cas de fracture sévère le risque de récurrence fracturaire à court terme justifie la mise en route d'un traitement ostéoporotique dans les suites de la fracture compte-tenu du bénéfice de ces traitements. Dans tous les cas :

- **L'objectif est la réduction du risque de fracture**
- Il est nécessaire d'éliminer les autres causes d'ostéopathies fragilisantes
- Il faut penser d'emblée aux séquences et à leurs rotations
- Il faut prévenir le risque de chutes
- Il faut informer le patient et lui faire partager la décision thérapeutique.

En cas de fracture sévère (Extrémité supérieure du fémur, extrémité supérieure de l'humérus, vertèbres, bassin, fémur distal, tibia proximal, 3 côtes simultanées.)

- Un traitement est recommandé quel que soit l'âge après une fracture sévère de faible traumatisme si le T score < -1
- Il faut réaliser une ostéodensitométrie pour quantifier la fragilité osseuse sous-jacente et vérifier que le T score est inférieur à -1 ainsi que pour planifier le suivi thérapeutique.

En cas de fracture non sévère (Poignet, cheville, côte,...)

- L'ostéodensitométrie est nécessaire avant toute décision thérapeutique
- Les indications thérapeutiques dépendent du T-score :
 - Si $T \leq -2$, traitement recommandé
 - Si $-1 > T > -2$, l'avis d'un spécialiste peut être recommandé
 - Si $T > -1$, traitement non recommandé.

En l'absence de fracture

- L'ostéodensitométrie est nécessaire avant toute décision thérapeutique.



Prise en charge thérapeutique des fractures sévères

L'objectif principal est la réduction du risque de fracture

Plusieurs possibilités thérapeutiques sont disponibles pour le traitement des **fractures sévères non vertébrales** : (par ordre alphabétique)

- alendronate : 70 mg hebdomadaire ou 10 mg par jour
- dénosumab : 60 mg 1 injection SC tous les 6 mois
- risédronate : 35 mg hebdomadaire, 75 mg x 2 mensuel ou 5 mg par jour
- acide zolédronique : 5 mg en perfusion 1 fois par an

La seule molécule étudiée chez les patients ayant souffert d'une fracture de l'ESF et ayant démontré un effet anti-fracturaire est l'acide zolédronique, à considérer en première intention dans ce cas.

En cas de fracture sévère vertébrale, le choix peut être élargi à trois molécules supplémentaires : (par ordre alphabétique)

- raloxifène : 60 mg / j si risque de fracture périphérique faible
- téraparatide : 20 µg, 1 injection SC par jour
- THM entre 50 et 60 ans si troubles du climatère.

Le téraparatide est recommandé en première intention si le patient a présenté deux fractures vertébrales. Le raloxifène n'est recommandé que jusqu'à 70 ans.

Choix des traitements

Sachant que nous ne disposons pas d'études comparatives portant sur l'efficacité anti-fracturaire, il convient de prendre en compte lors du choix du traitement des contre-indications et des contraintes particulières de chacun des traitements.

L'utilisation des médicaments à voie d'administration parentérale : acide zolédronique, dénosumab (remboursé en 2° intention après les bisphosphonates) peut être privilégiée dans les situations suivantes : fractures de l'extrémité supérieure du fémur, DMO initiale très basse, présence de comorbidités et notamment troubles mnésiques, défaut d'observance et polymédication.

Les accompagnements du Traitement

Prévention des chutes

Face à un patient avec risque de fracture et plus encore face à un risque de récurrence, il est primordial de prévenir le risque de chute. Chez ces personnes âgées, voire très âgées, à risque de chute, des mesures adaptées sont indispensables. Au-delà de l'évaluation nécessaire des risques de chute et des recommandations d'exercices de prévention, on développera les collaborations avec les réseaux de soins (filiales fractures et orthogériatriques), avec les services de rééducation et les équipes de gériatrie.

Un pré-requis : les apports vitaminocalciques

Les apports quotidiens optimaux en calcium doivent être d'au moins 1000 mg à 1200 mg chez les femmes ménopausées âgées de plus de 50 ans en privilégiant les apports alimentaires (produits laitiers et eaux riches en calcium). En pratique, une auto évaluation des apports calciques alimentaires est disponible en ligne : auto-questionnaire fréquentiel sur le site www.grio.org.

A noter qu'il n'a pas été démontré d'efficacité de la supplémentation calcique administrée seule pour prévenir les fractures ostéoporotiques.

Dosage de la vitamine D

Le dosage de la vitamine D est indiqué dans les situations où l'objectif est d'obtenir un taux optimal :

Objectif : taux de 250 HD \geq 30 ng / mL (75 nmol / L)

Les principales situations à retenir sont : ostéoporose, maladie favorisant l'ostéoporose, mise en route d'un traitement, chutes à répétition.

En cas d'insuffisance ou de carence vitaminique D, il faut prescrire un traitement « d'attaque » qui permettra d'obtenir un taux de 250 HD au dessus de la valeur cible de 30ng/mL.

L'existence d'un taux cible nécessite parfois la surveillance du taux de vitamine D au cours du suivi, en particulier dans les populations à risque (malabsorption, difficulté à atteindre l'objectif thérapeutique, insuffisance profonde <10 ng/mL en vitamine D...).

Le site du GRIO : www.grio.org

Début 2017, le GRIO a procédé à un renouvellement complet de son site www.grio.org. Outre une **présentation du GRIO** et un espace réservé aux **membres du GRIO**, on y trouve 3 espaces spécialisés accessibles à tous.

L'espace Grand-Public

- Permet d'effectuer des tests en ligne
- Permet de consulter les dépliants d'informations édités par le GRIO
- Donne des informations sur les médicaments de l'ostéoporose
- Permet de visionner 3 films d'information :
 - Ostéoporose, les signes d'appel
 - Le Diagnostic de l'ostéoporose
 - Prévenir l'ostéoporose.

L'espace Professionnels de Santé

- Contient une boîte à outils ostéoporose
- Des Analyses de la littérature et publications scientifiques
- Des Actualités professionnelles
- Les Avis et Recommandations du GRIO
- Des informations sur les Congrès et Formations.

L'espace Presse et Partenaires

- Donne accès à une base iconographique
- Contient les communiqués du GRIO
- Donne accès aux communiqués et dossiers de presse édités lors des précédentes Journées Mondiales contre l'Ostéoporose (JMO).



Les Partenaires du GRIO :

Amgen SAS, Expanscience, G E Healthcare-Lunar, HAC Pharma, Hologic-Stéphanix, Kyowa Kirin Pharma, Lilly France, Meda, Medimaps, Roche Diagnostics France, UCB, Yoplait France.

La Journée Mondiale contre l'Ostéoporose

est coordonnée en France par le **GRIO**,
Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses.

Le GRIO, Association loi de 1901 créée il y a 30 ans avec pour objectif non pas l'ostéoporose mais les ostéoporoses.

Le GRIO compte ainsi parmi ses 1500 adhérents des rhumatologues, endocrinologues, gynécologues, nutritionnistes, spécialistes de l'image et de la mesure médicales, épidémiologistes, gériatres, orthopédistes, rééducateurs, des chercheurs et quelques médecins généralistes.

Il est géré par un Comité Directeur de membres choisis pour leurs compétences complémentaires.

Par sa composition et sa vocation, le GRIO a ainsi pu diffuser une information éthique, consensuelle, objective et indépendante afin de lutter contre cette pathologie dont les méfaits ne peuvent - si rien n'est entrepris - qu'aller croissant avec l'allongement de l'espérance de vie.

Les objectifs du GRIO concernent :

Le grand public, en particulier participer aux actions d'information, de sensibilisation du Grand Public et des Pouvoirs Publics aux possibilités de prévention et d'action contre cette pathologie.

Le corps médical, avec pour but l'information concernant les faits établis, les progrès en cours et à venir tant dans le domaine diagnostique que thérapeutique.

Président : Pr Bernard CORTET - Rhumatologue - CHRU Lille

Groupe Projet JMO 2017

Dr Karine BRIOT – Rhumatologue - CHU Cochin - Paris

Pr Bernard CORTET – Rhumatologue - CHRU Lille

Dr Eric LESPESSAILLES – Rhumatologue - CHR Orléans

Pr Thierry THOMAS – Rhumatologue - CHU St Etienne

Dr Florence TREMOLLIÈRES - Endocrinologue - CHU Toulouse



Contact Presse : Catherine Marielle Communication
Immeuble Verdi 4156 - 19 avenue de Choisy - 75013 PARIS
Tel. 01 43 21 03 60 - catherine-marielle@wanadoo.fr

Réalisation Dossier de Presse : DIBCO 15 rue du Colonel Moll - 75017 Paris - dibco@orange.fr