



OSTÉOPOROSE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Bernard **CORTET**

Département Universitaire de Rhumatologie et EA 4032, Lille

Polyarthrite rhumatoïde

L'existence d'une déminéralisation osseuse locorégionale au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) est connue de longue date. Certaines données suggèrent que devant un rhumatisme inflammatoire débutant cette déminéralisation osseuse évaluée par absorptiométrie biphotonique à rayons X pourrait être un élément susceptible de prédire l'évolution vers une PR dûment authentifiée. De même chez un sujet ayant une PR les modifications de la densité osseuse locorégionale apparaissent plus précocement que celles observées à l'aide de radiographies standard. Malgré le caractère très hétérogène de cette pathologie, les données s'accumulent progressivement au fil du temps pour indiquer qu'il existe également une déminéralisation osseuse généralisée. Celle-ci prédomine au niveau de l'extrémité supérieure du fémur. Les données concernant l'incident fracturaire au cours de la PR sont plus limitées. Elles font cependant état d'une augmentation et globalement d'un doublement du risque fracturaire. Le siège de ces fractures laisse entendre qu'il s'agit bien de fractures ostéoporotiques. La complexité de l'évaluation du retentissement osseux réside aussi dans le fait que les patients reçoivent dans la majorité des études publiées des thérapeutiques dont certaines peuvent aussi influencer sur le métabolisme osseux. C'est le cas notamment des corticoïdes. De ce point de vue là les résultats sont assez contradictoires. Pour certains comme dans l'ensemble des pathologies, la corticothérapie exerce un effet délétère d'un point de vue osseux. Pour d'autres l'effet anti-inflammatoire des corticoïdes semble compenser leur toxicité osseuse.

Les facteurs à l'origine d'un retentissement osseux de la PR sont pour certains identiques à ceux rencontrés au cours de l'ostéoporose tout venant. C'est le cas notamment de l'âge, de l'âge de la ménopause, de l'indice de masse corporelle... Des facteurs spécifiquement inhérents à la PR sont également à prendre en considération comme l'importance de la destruction articulaire, l'activité de la

maladie et la durée d'évolution de la PR. Des études récentes suggèrent également qu'il existe une relation bilatérale entre la destruction ostéo-articulaire et l'ostéoporose généralisée.

D'un point de vue thérapeutique, les anticorps anti-TNF exercent un effet protecteur d'un point de vue osseux du moins en ce qui concerne les données densitométriques et l'évolution du taux des marqueurs du remodelage osseux. Peu de travaux spécifiques (traitements anti-ostéoporotiques) sont disponibles dans cette population et les publications les plus nombreuses concernent les bisphosphonates. Dans la mesure où les patients atteints de PR sont particulièrement à risque, les seuils d'intervention thérapeutique pourraient être plus stricts qu'au cours de l'ostéoporose post-ménopausique.

L'ostéoporose des autres maladies inflammatoires.

Parmi celles-ci, c'est surtout le **lupus érythémateux disséminé (LED)** qui a été évalué. Au cours de cette affection systémique, l'atteinte osseuse n'est certainement pas la complication la plus fréquente et la plus grave à prendre en considération. Jusqu'à il y a peu les complications osseuses du LED étaient surtout représentées par les ostéonécroses aseptiques. Concernant le retentissement osseux, il est particulièrement difficile au cours du LED de faire la part des choses entre ce qui revient à l'affection par elle-même et à la corticothérapie. Quoiqu'il advienne plusieurs travaux récents font état d'une prévalence anormalement élevée de l'ostéoporose. Ainsi on constate une ostéopénie chez environ 50 % des femmes atteintes de LED. La prévalence de l'ostéoporose en revanche est très diversement appréciée et oscille entre 1,4 et 18 %. Le retentissement semble prédominer au niveau du rachis. Les données fracturaires ne sont pas non plus toutes concordantes. Elles varient entre 10 et 20 % en terme de prévalence. Ce dernier pourcentage concerne l'existence de fractures vertébrales évaluées de manière systématique par le biais de la réalisation de clichés radiographiques. Concernant les éléments à prendre en considération pour expliquer le retentissement osseux, la corticothérapie occupe une place privilégiée ce d'autant que les doses sont beaucoup plus importantes qu'au cours de la PR. Parmi les autres facteurs il faut citer la durée d'évolution de la maladie ainsi que l'activité de celle-ci. Des éléments plus généraux sont également à prendre en compte et notamment le statut nutritionnel. En dernier lieu peu de données thérapeutiques spécifiques sont disponibles et les recommandations de l'AFSSAPS dans le domaine de l'ostéoporose cortisonique et post-ménopausique peuvent s'appliquer avec une vigilance particulière chez les patientes atteintes de lupus.

mise à jour : 29 janvier 2008