



Paris le 13 décembre 2011

Prise en charge de l'Ostéoporose post-ménopausique Recommandations 2012

Caractérisée par une diminution de la densité des os et une détérioration de la qualité du tissu osseux (incluant des troubles de l'architecture), l'Ostéoporose entraîne un risque élevé de fractures.

En France aujourd'hui environ 3 millions de femmes sont atteintes de fragilité osseuse.

Maladie silencieuse avant la fracture, l'ostéoporose est à l'origine de plus de 130 000 fractures par an entraînant d'importantes répercussions sur la qualité de vie et la mortalité. Après 50 ans, une femme sur 2 aura une fracture...

Cette année, le GRIO (*Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses*) avec le concours de la section OS de la SFR (*Société Française de Rhumatologie*), du GEMVI (*Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement Hormonal*), de la SOFCOT (*Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*), de la SFE (*Société Française d'Endocrinologie*) et de la SFGG (*Société Française de Gériatrie et Gérontologie*) a conduit un projet de mise à jour des **Recommandations de Prise en Charge de l'Ostéoporose Post-ménopausique**, dont la précédente version datait de 2006.

Le texte complet de ces recommandations sera diffusé début 2012 à travers plusieurs publications scientifiques et différents sites internet dont celui du GRIO : www.grio.org.

Voici les points principaux de ces Recommandations 2012

- ▶ **La correction de carences vitamino-calciques** éventuelles, la **réduction du risque de chute** ne peuvent être considérées à elles seules comme un traitement de l'ostéoporose.
- ▶ Il est souhaitable **d'adapter la posologie d'une éventuelle supplémentation en calcium**, en fonction du résultat de l'évaluation des apports alimentaires par auto-questionnaire fréquentiel **pour un apport global à 1200 mg par jour**.
- ▶ **Des posologies fortes de vitamine D** (500 000 ou 600 000 UI, une à deux fois par an), **sont à déconseiller** du fait de résultats négatifs d'études utilisant ces schémas thérapeutiques.
- ▶ Certaines fractures ostéoporotiques sont à considérer comme **sévères** du fait de leurs **conséquences néfastes sur la mortalité des malades** dans les années suivant leur survenue. Il s'agit des fractures de l'extrémité supérieure du fémur, de vertèbre, du bassin, du fémur distal, du tibia proximal, de l'extrémité supérieure de l'humérus ou de 3 côtes simultanées.
- ▶ Compte-tenu de leurs conséquences graves en termes de morbidité et surtout de mortalité, un traitement de l'ostéoporose doit être prescrit **après la survenue de ces fractures sévères** quels que soient l'âge et la valeur de la densité minérale osseuse des patientes.



- ▶ En cas de **fracture vertébrale**, on peut utiliser en respectant les précautions d'usage et les contre-indications
 - un bisphosphonate (alendronate 70 mg hebdomadaire ; risédronate 35 mg hebdomadaire ou 75mg l comprimé 2 jours de suite/mois ; zolédronate 5 mg l perfusion/an),
 - le raloxifène (60 mg/j),
 - le ranélate de strontium (2 g/j)
 - ou le téraparatide (20 µg/j chez les patientes avec au moins 2 fractures vertébrales).
- ▶ En cas de **fracture non-vertébrale** sévère, les mêmes médicaments sauf le raloxifène peuvent être utilisés. Seul le zolédronate a été étudié chez les patients après une fracture de l'extrémité supérieure du fémur et il est donc à considérer en première intention dans cette situation.
- ▶ **Dans les autres cas** avec ou sans fracture non sévère, la décision dépend des facteurs de risque cliniques de fracture et du résultat de la densitométrie. Les choix thérapeutiques sont les mêmes que précédemment. Il faut y ajouter le traitement hormonal de la ménopause chez les patientes entre 50 et 60 ans avec des troubles climatériques et une densitométrie basse <-3 sans fracture prévalente. L'usage du raloxifène est à privilégier si le risque de fracture non-vertébrale est peu élevé, notamment chez les patientes de moins de 70 ans, sans antécédent thrombo-embolique, sans antécédent de fracture non-vertébrale ou sans risque de chutes.
- ▶ **Le rythme d'administration et les conditions de prise** sont à prendre en compte dans le choix thérapeutique car ils influencent l'observance et la persistance au traitement, deux paramètres clés pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Si les prises intermittentes favorisent une meilleure persistance thérapeutique, l'idée générale est de proposer aux malades le schéma thérapeutique qui lui convient le mieux.
- ▶ **Le traitement sera prescrit** pour une première séquence thérapeutique de 5 ans puis réévalué pour décider de sa poursuite ou de son interruption elle-même réévaluée régulièrement.

Contact Presse :

Catherine Marielle Communication
catherine-marielle@wanadoo.fr



Secrétariat : Mme Patricia Halouze
CEMO - Hôpital Cochin
27 rue du Faubourg Saint Jacques - 75014 PARIS
Tel. : 01 58 41 25 84 - patricia.halouze@cch.aphp.fr