

Quand et comment évoquer le diagnostic d'ostéoporose ?

Pourquoi ?

- **Forte prévalence de la maladie : après 50 ans 1 femme sur 2 et 1 homme sur 5 ont une ostéoporose**
- Les fractures ostéoporotiques sont associées à des douleurs et à une impotence fonctionnelle
- Les fractures ostéoporotiques sont associées à une augmentation du risque de nouvelle fracture
- Les fractures ostéoporotiques sévères (Cf. infra) sont associées à une augmentation de la mortalité*
- **Intérêt de diagnostiquer et traiter une ostéoporose pour prévenir la survenue de fractures**

* 1 femme sur 6 et 1 homme sur 4 vont décéder dans l'année qui suit une fracture de hanche

Pour qui ?

1/ Chez la femme et l'homme après une fracture par fragilité.

La fracture par fragilité est :

- **Une fracture qui survient à la suite d'un traumatisme à basse cinétique** : fracture après chute de sa hauteur à l'arrêt ou à la marche ou fracture spontanée
- Quel que soit le site de fracture (sauf le crâne, la face, les vertèbres au-dessus de T4, l'avant-pied et la main).
- Quelle que soit la sévérité de la fracture. **Les fractures sévères** sont associées à une augmentation de la mortalité. Ce sont les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, les vertèbres, le bassin (sacrum et branches ischio- et iliopubiennes), l'extrémité supérieure de l'humérus, la diaphyse du fémur, le fémur distal, le tibia proximal, 3 côtes simultanées. La fracture du poignet et la fracture de cheville ne sont pas des fractures sévères car non associées à une augmentation de la mortalité mais elles sont associées à une augmentation du risque de nouvelle fracture.

2/ En l'absence d'antécédent de fracture, après 50 ans, chez l'homme et la femme, en présence d'une ou plusieurs causes d'ostéoporose secondaire (cf. fiche « [quel bilan étiologique ?](#) »).

Comment ?

- Recueil des antécédents de fractures à basse cinétique
- Recueil des facteurs de risque de masse osseuse basse
- Poids, taille à comparer à la taille historique (taille rapportée à l'âge de 20 ans)

- Réalisation d'une **ostéodensitométrie**

- Réalisation d'une imagerie **du rachis dorsal et lombaire [VFA ou radiographies]** (indispensable si épisode de rachialgie aiguë même transitoire et résolutif, antécédent rapporté mais non documenté de fracture vertébrale, perte de taille historique > 4 cm, corticothérapie au long cours)

- Réaliser un **bilan biologique minimum** (cf fiche « [quel bilan étiologique ?](#) »)

- Évaluer le risque de chute en posant les 3 questions suivantes :
 - 1. Êtes-vous tombé(e) dans la dernière année et si oui combien avez-vous fait de chutes et avez-vous eu des blessures ?

 - 2. Avez-vous peur de tomber ?

 - 3. Vous sentez-vous instable en marchant ou en vous levant ?

- Les personnes répondant non aux trois questions sont à faible risque de chute. Les personnes répondant oui à une des questions doivent réaliser des tests d'équilibre, de marche et de force.

Messages clés

L'ostéoporose est une **maladie silencieuse jusqu'à l'évènement fracturaire**.

La définition conceptuelle de l'ostéoporose est une maladie généralisée du squelette, caractérisée par une résistance osseuse diminuée prédisposant à un risque élevé de fracture. La résistance osseuse est la résultante de la densité osseuse et de la qualité osseuse (microarchitecture osseuse).

La qualité osseuse ne pouvant pas être mesurée cliniquement, une autre définition de l'ostéoporose plus opérationnelle basée sur la densité minérale osseuse (DMO) est utilisée en pratique clinique (T-score de DMO ≤ - 2,5). Cependant cette définition a des limites car la moitié des fractures ostéoporotiques surviennent chez des patients ayant des T-scores de DMO > -2,5 et à l'inverse tous les patients ayant des T-scores de DMO < -2,5 n'auront pas des fractures ostéoporotiques. Ainsi, la DMO est à considérer avant tout comme un facteur de risque important de fracture ostéoporotique.

Le diagnostic d'ostéoporose doit être évoqué :

- après toute fracture survenant après un traumatisme à bas niveau d'énergie

- et/ou devant la découverte d'une ostéoporose densitométrique (T-score ≤ – 2,5 au rachis lombaire ou à la hanche)

- et/ou en cas de facteurs de risque clinique de DMO basse ou de chute

Le diagnostic d'ostéoporose est retenu :

- après toute fracture survenant après un traumatisme à bas niveau d'énergie après avoir éliminé les fractures survenant sur une lésion osseuse prédisposante

- et/ou devant la découverte d'une ostéoporose densitométrique (T-score ≤ – 2,5 au rachis lombaire ou à la hanche) en présence de facteurs de risque cliniques

Pour aller plus loin

1. J. Paccou, B. Cortet, Ostéoporoses : généralités, stratégie diagnostique, Volume , Issue , /2021, Pages , ISSN 0246-0521, [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0521\(21\)41574-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0521(21)41574-3)
2. Walker-Bone K. Recognizing and treating secondary osteoporosis. Nat Rev Rheumatol. 2012 Aug;8(8):480-92. doi: 10.1038/nrrheum.2012.93. Epub 2012 Jul 10.
3. Ensrud KE, Crandall CJ. Osteoporosis. Ann Intern Med. 2024 Jan;177(1):ITC1-ITC16. doi: 10.7326/AITC202401160. Epub 2024 Jan 9.

Date de modification : 26/11/2024 18:38