Que faire à la fin d'une séquence de dénosumab 60 mg (ostéoporose) ?

Pourquoi ?

L'arrêt du dénosumab doit être discuté lorsque les **objectifs du traitement sont atteints**.

Le risque de survenue d'effets indésirables (fracture atypique, ostéonécrose de mâchoire) est rare et doit être mis en balance avec le **risque individuel de fracture**.

Le traitement doit être poursuivi si le risque de fracture par fragilité est supérieur au risque d'effets indésirables.

Pour qui ?

L'arrêt du dénosumab est envisagé chez les patientes ayant atteints l'objectif thérapeutique prédéfini (T-score > -2 à la hanche, absence de fracture sous traitement).

Les données de la littérature sont **rassurantes quant à une exposition prolongée** (10 ans).

Comment ?

- Contrairement aux bisphosphonates, le dénosumab n'a pas d'effet osseux rémanent.
- A l'arrêt du traitement il existe un rebond de la résorption osseuse qui nécessite un **verrouillage** par un traitement par **bisphosphonate** (acide zolédronique (IV) ou acide alendronique (per os)).

- Chez les patients âgés et en cas d'impossibilité de verrouillage par bisphosphonates, le traitement par denosumab sera poursuivi au long cours (décision nécessitant un avis spécialisé).

Plusieurs protocoles sont possibles et sont en cours d'évaluation :

- **débuter un traitement par acide zolédronique** à 6 mois de la dernière injection de dénosumab, avec un **suivi trimestriel des marqueurs** de remodelage osseux (CTX). En cas d'augmentation significative des CTX ou d'un taux > 0.300ng/ml, une **deuxième perfusion** d'acide zolédronique peut être réalisée en anticipé.
- **débuter un bisphosphonate oral par acide alendronique hebdomadaire** pour une durée de 18 à 24 mois.

- Le relais du dénosumab par teriparatide n'est pas indiqué car il peut aggraver la perte osseuse.

- L'arrêt du traitement doit être géré **par le médecin spécialiste référent** du patient.

Points clés

- L'arrêt du dénosumab est envisagé lorsque l'**objectif thérapeutique est atteint**, ou lorsque la **poursuite n'est pas possible**.
- L'arrêt du traitement s'accompagne d'un rebond de la résorption osseuse. Pour éviter le rebond fracturaire et maintenir le gain osseux obtenu, un **verrouillage avec un bisphosphonate est indispensable**.
- La gestion de ce traitement et de son arrêt doit être coordonnée par un spécialiste de la pathologie osseuse.

Pour aller plus loin

1. Tsourdi E, Zillikens MC, Meier C, Body JJ, Gonzalez Rodriguez E, Anastasilakis AD, Abrahamsen B, McCloskey E, Hofbauer LC, Guañabens N, Obermayer-Pietsch B, Ralston SH, Eastell R, Pepe J, Palermo A, Langdahl B. Fracture risk and management of discontinuation of denosumab therapy: a systematic review and position statement by ECTS. J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:264-281

2. Cosman F, Huang S, McDermott M, Cummings SR. Multiple Vertebral Fractures After Denosumab Discontinuation: FREEDOM and FREEDOM Extension Trials Additional Post Hoc Analyses. *J Bone Miner Res.* 2022;37:2112-2120.

Date de modification : 22/04/2025 19:51