Quel traitement anti ostéoporotique de 1ère ligne ?

Pourquoi ?

Le nombre global de fractures ostéoporotiques augmente du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des comorbidités associées à l'ostéoporose. Il s'y associe une augmentation de la morbi-mortalité.

Les traitements anti ostéoporotiques ont largement démontré leur efficacité sur :

- la réduction du risque de fractures vertébrales et non vertébrales
- l'augmentation de la densité minérale osseuse

Pourtant, en France, moins de 15% des patients avec une fracture récente de faible traumatisme reçoivent un traitement anti ostéoporotique alors que près de 60% d'entre eux reçoivent une supplémentation en calcium et vitamine D qui n'a pas démontré de bénéfice dans la réduction du risque de nouvelle fracture.

Pour qui ?

En cas de fracture sévère (extrémité supérieure du fémur, vertèbre, fémur distal, extrémité supérieure de l'humérus, bassin, tibia proximal) survenant chez un patient avec un T-score ? -1, quel que soit l'âge, un traitement anti ostéoporotique doit être instauré.

En cas de fracture non sévère (poignet et autres sites) survenant chez un patient avec un T-score ? -2, un traitement anti ostéoporotique doit être instauré.

En l'absence de fracture de faible traumatisme, chez un patient avec un T-score ?-3, un traitement anti ostéoporotique doit être instauré.

Pour plus de détails, se référer à la fiche "qui traiter ?".

Comment ?

Des recommandations sur le traitement de 1ère intention ont été émises dans différentes situations cliniques. L'objectif principal du traitement est de réduire le risque de nouvelle fracture. Cibler une amélioration de la DMO jusqu'à une valeur supérieure à un T-score à -2 à l'extrémité supérieure du fémur est un élément important pour répondre à cet objectif.

En cas de fracture sévère :

Fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) : en cas de FESF, **l'acide zolédronique** par voie intra veineuse (IV) est à considérer **en première intention** car il est le seul traitement ayant démontré un effet anti-fracturaire dans un essai clinique randomisé conduit spécifiquement dans une population incluse moins de 3 mois après la survenue d'une telle fracture.

Deux ou plus fractures vertébrales : dans le respect des conditions de remboursement en France, le tériparatide peut être prescrit en première intention en cas de 2 fractures vertébrales ou plus au moment du diagnostic en l'absence de contre-indication.

Autres fractures sévères : dans le respect des conditions de remboursement en France, les traitements pouvant être prescrits en première intention sont ;

- acide alendronique (alendronate) par voie per os (PO) 70 mg hebdomadaire ;
- acide risédronique (risédronate) PO 35 mg hebdomadaire ou 75 mg 1 comprimé 2 j de suite 1 fois par mois ;
- acide zolédronique (zolédronate) 5 mg une perfusion IV une fois par an

En cas de fractures non sévères, les traitements pouvant être prescrits en première intention sont ;

- acide alendronique (alendronate) PO 70 mg hebdomadaire ;
- acide risédronique (risédronate) PO 35 mg hebdomadaire ou 75 mg 1 comprimé 2 j de suite 1 fois par mois ;
- acide zolédronique (zolédronate) 5 mg une perfusion IV une fois par an ;
- raloxifene (60mg/j) PO : chez des femmes de moins de 70 ans avec une ostéoporose nécessitant un traitement, le raloxifène est à considérer si le risque de fracture non vertébrale est faible, défini par l'absence des critères suivants : T-score bas à la hanche, facteurs de risque de chute et antécédent de fracture non vertébrale ;
- traitement hormonal de la ménopause (THM) entre 50 et 60 ans en présence de troubles du climatère.

En l'absence de fractures de faible traumatisme, mais avec une DMO basse (T-score ?-3) les traitements ci-dessus peuvent aussi être utilisés, dans le respect des conditions de remboursement.

Dans toutes ces situations, dans le respect des conditions de remboursement, le Denosumab peut également être utilisé en relai des bisphosphonates. L'augmentation continue de DMO tant que le traitement est poursuivi apporte un intérêt particulier à ce traitement chez les patients avec une DMO très basse au moment du diagnostic.

Messages clés

1. L'ostéoporose est insuffisamment traitée dans la population âgée alors que les traitements ont démontré leur efficacité.
2. La supplémentation en calcium et vitamine D n'est pas un traitement efficace dans la réduction du risque de fracture chez des patients déjà fracturés et à haut risque de nouvelle fracture.
3. Le traitement de 1ère intention après une FESF est une perfusion annuelle d'acide zolédronique 5mg par voie intra-veineuse.
4. Le traitement de 1ère intention après 2 fractures vertébrales ou plus est le tériparatide 20 microg/jour par voie sous cutanée.
5. Le dénosumab est recommandé chez les patients avec une DMO très basse au moment du diagnostic, et en relai des bisphosphonates dans le respect des conditions de remboursement.

Pour aller plus loin

1. Les médicaments de l'ostéoporose. Haute Autorité de Santé https://www.has-sante.fr/jcms/c_1751307/fr/les-medicaments-de-l-osteoporose.

2. Briot, K. et al. 2018 update of French recommendations on the management of postmenopausal osteoporosis. Joint Bone Spine 85, 519–530 (2018).

3. Wells, G. A. et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. Cochrane Database Syst. Rev. CD001155 (2008) doi:10.1002/14651858.CD001155.pub2.

Date de modification : 26/11/2024 19:07