

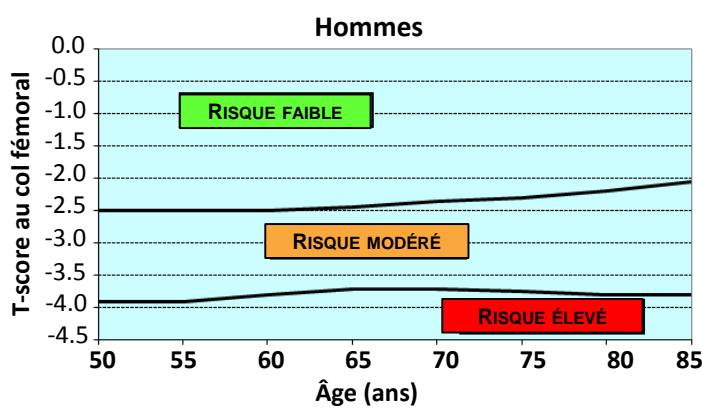
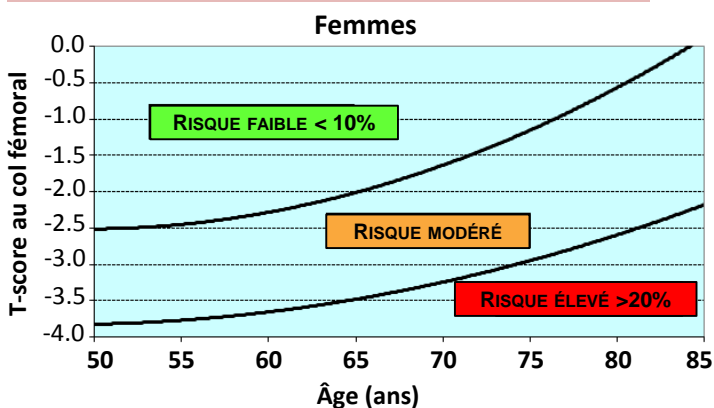
AIDE-MÉMOIRE POUR LE DÉPISTAGE DE L'OSTÉOPOROSE

QUAND DEMANDER UNE OSTÉODENSITOMÉTRIE ?

À considérer chez **femmes ménopausées** et **hommes de plus de 50 ans** avec 1 ou + de :

- Âge ≥ 65 ans
- Fracture de fragilité après 40 ans
- Fracture vertébrale ou ostéopénie Rx
- Fracture de hanche chez un parent
- Traitement
 - Corticoïdes >3 mois (année précédente)
 - Inhibiteur de l'aromatase ou déprivation androgénique
 - Anti-convulsivants au long cours
- Habitudes de vie : Tabagisme, Alcoolisme
- Faible poids (<60 kg) ou IMC < 20 ou perte poids >10% (vs à 25 ans)
- Hypogonadisme ou ménopause précoce (<45 ans)
- Pathologies associées à l'ostéoporose
 - PAR
 - Hyperparathyroïdie
 - Maladie inflammatoire chronique
 - Malabsorption, mal. coeliaque
 - MPOC

ÉVALUATION DU RISQUE FRACTURAIRE À 10 ANS



- Risque au moins modéré si T-score < -2.5 à autre site
- Risque élevé si Fx hanche
- Fx vertébrale (clinique ou Rx)
- plus d'1 Fx de fragilité

- Si Risque modéré faire Rx colonne (r/o Fx)
- Augmenter Catégorie supérieure si Fx fragilité > 40 ans
- Corticothérapie

BILAN DE BASE

- FSC, VS ou CRP
- Calcémie (corr. albumine), phosphorémie
- Phosphatase alcaline totale
- Électrophorèse des protéines
- Créatinine
- TSH
- 25-OH Vitamine D

SELON BILAN /CLINIQUE

- Anticorps anti-transglutaminases
- Calciurie des 24 hrs
- PTH intacte
- Testostérone biodisponible (homme)
- FSH-LH, Prolactine
- Cortisol libre urinaire (24 h)
- Bence Jones urinaires, dosage pondéral des Ig

DMO de suivi

- À 5 ans (Risque faible)
- Après 2-3 ans (Risque modéré non traité)
- Après 3 ans sous Tx: ré-évaluation (poursuite ou arrêt Tx, nouveaux facteurs de risque)



FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE POUR LES TRAITEMENTS

- Symptômes ménopause (bouffées chaleur)
- atcd personnel ou familial de cancer du sein
- atcd personnel de cancer, hémopathie
- atcd thrombo-embolique
- RGO, pathologie oesophagienne
- fonction rénale, DFG <35 ml/min
- hypocalcémie, hypercalcémie, lithiase
- mauvaise observance aux traitements

CONSEILS SUR LA SANTÉ OSSEUSE

- exercice physique (aérobie/marche x3/semaine)
- alimentation équilibrée
- éviter: excès sel, alcool, tabac
- prévention des chutes (*voir l'aide-mémoire ci-joint*)

SUPPLÉMENTATION VITAMINO-CALCIQUE

- Calcium (favoriser les sources alimentaires)**
 - 1 200 mg/j F et H > 50 ans (max 2000 mg/j)
 - 3-4 portions produits laitiers/jour
- Vitamine D**
 - 800 ui à 1000 ui par jour (max 2000 ui/j)
 - Ostéoporose: dosage 25-OH initial et à 3 mois
 - valeur visée: >75 nmol/l
- Traiter un taux vitamine D insuffisant (expl)**
 - 50 000 ui par semaine
 - 4 semaines si taux 50-75 nmol/l
 - 6 semaines si taux 25-50 nmol/l
 - 8 semaine si taux <25 nmol/l
 - Puis 10 000 ui /semaine

QUAND INSTAURER UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE ?

RISQUE ÉLEVÉ

FRACTURE MAJEURE FRAGILITÉ

- Hanche
- Vertèbre
- >1 fracture fragilité
- Poignet
- Humérus

CORTICOTHÉRAPIE (>7.5 mg > 3 mois)

RISQUE MODÉRÉ

ET Facteurs cliniques additionnels- jugement clinique

- Fracture fragilité (autre) et > 65 ans
- Perte osseuse rapide
- Traitement corticothérapie à long terme ou répétée
Inhibiteur aromatase /déprivation androgénique
- Chutes à répétition (≥ 2 dans les 12 mois)
- Pathologie associée à l'ostéoporose

QUEL TRAITEMENT ?

1er choix

Femme ménopausée / Homme
> 50 ans

Risédrionate (*Actonel*)
Alendronate (*Fosamax, Fosavance*)

Femme ménopausée 50-60 ans
Symptômes ménopause

--- +++

Raloxifène Oestrogènes
(*Evista*)

- Contre-indication BPs per os**
Intolérance, RGO...
ou non absorption

Zolédronate (*Aclasta*) i.v. annuel
Denosumab (*Prolia*) s.c. q6 mois

- Inefficacité BP per os**
Fracture ou ↘ DMO sous tx
Corticothérapie prolongée et risque ↗

Tériparatide (*Forteo*) s.c. die