

Mardi 21 Aout 2018
Hopital cantonal de Genève

Traiter l'ostéoporose en 2018

Prof. S.Ferrari

La vitamine D et le Calcium, ça marche mais surtout chez les gens institutionnalisés... Les autres... pas sûr... et pour ce qui est des doses de vitamine D, on oubliera les grosses doses de 500'000 U, car elles entraînent plus de chutes, donc plus de fractures (on ne sait pas très bien pourquoi).

Même avec des doses de 100'000 U / mois, les fractures tendent à être légèrement plus fréquentes qu'avec un placebo...

On donnera donc 800-1000 U/j (ou 5600-7000 U/sem) au dessus de 65 ans, et s'il y a carence, 1500-2000U/j ou 300'000U 1x puis 800-1000U/j. 1 mois après substitution d'une carence on re-contrôlera.

On dit qu'il y a carence si le taux de vit D est $< 25\text{nmol/l}$ (10ng/ml).

On ne dose pas la Vit D chez tout le monde, mais seulement si :

- maladies métaboliques osseuse dont l'ostéoporose, ostéomalacie, hyperparathyroïdie, hypocalcémie...
- fracture sur traumatisme mineur
- personnes âgées et fragiles
- chuteurs avec difficultés à se lever
- néphropathies chroniques
- insuffisance hépatique
- syndrome de malabsorption (dont chir. bariatrique)
- patients obèses
- individus avec peau foncée et/ou femmes voilées
- patients HIV
- contrôle après carence substituée

En cas d'ostéoporose (T score ≥ -2.5), le risque fracturaire n'est pas le même à 60 ans qu'à 80 ans...il est le double...

Après une fracture de hanche le risque de refracture est 10 fois plus élevé, surtout lors de la 1^{ère} année...Il y a donc urgence à traiter dans les 2 ans toute fracture ostéoporotique.

Les bisphosphonates et le denosumab sont plus efficaces sur les fractures vertébrales que sur les fractures non vertébrales...et le zolédronate (Aclasta®) pour les bisphosphonates et le Denosumab (Prolia®) restent les plus efficaces.

Le zoledronate diminue de 35% le taux de fractures secondaires dans les 3 mois, mais il diminue aussi la mortalité de 28% en évitant toutes les morbidités liées à la fracture.

Le denosumab diminue de 40% le risque de fracture de hanche après 2 ans, et le risque continue à s'abaisser si le traitement est prolongé.

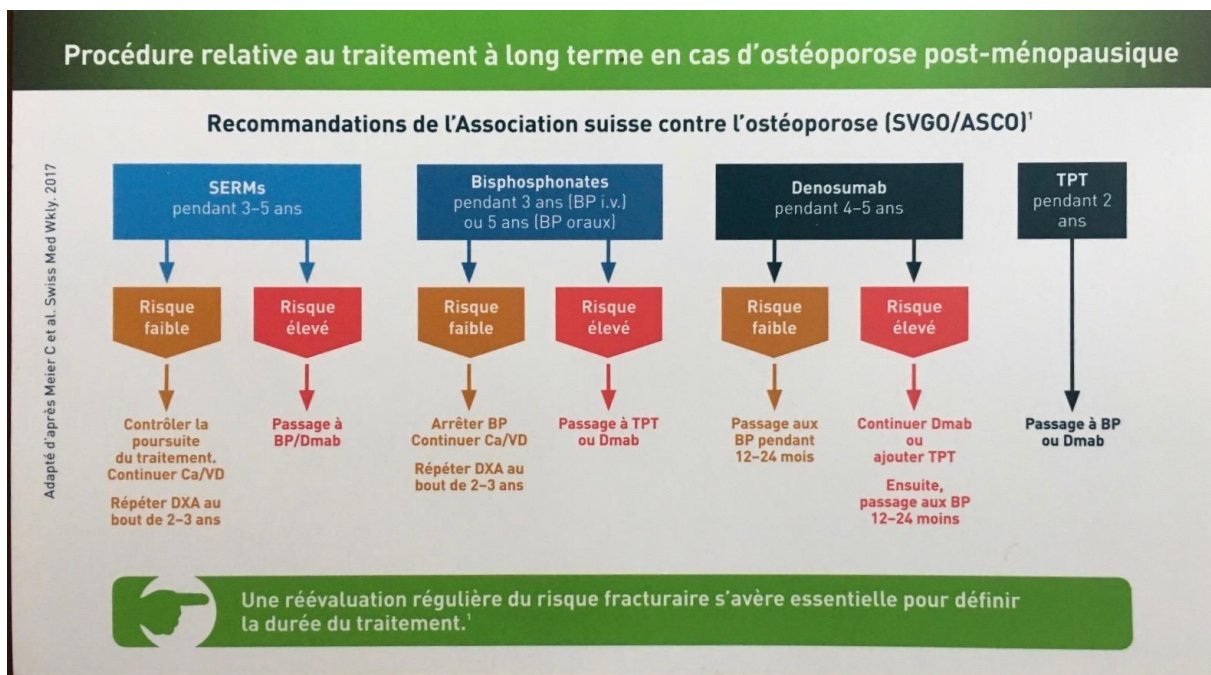
Chez les patientes ostéoporotiques avec un risque fracturaire très élevé la tériparatide (Forsteo®) analogue de la parathormone, s'est avéré plus efficace que le risédronate (Actonel®) pour diminuer les fractures secondaires...c'est un traitement que l'on fait pendant 1-2 ans en enchaînant ensuite avec un bisphosphonate...

Il faudrait viser un T score aux alentours de -1.5 (si j'ai bien compris ?)...

Pour ce qui est des bisphosphonates, apparemment inutile d'insister plus que 2-3 ans... on n'arrive pas à monter plus haut avec le T-score... de plus, plus on fait durer le traitement, plus on s'expose à des complications du style ostéonécrose de la mâchoire (1/10'000), et aux fractures fémorales diaphysaires atypiques (1/100'00 après 3 ans, et 1/1'000 après 10 ans de traitement).

La densité minérale osseuse est plus élevée après un traitement de Denosumab qu'après un traitement de bisphosphonates, mais lorsque l'on arrête le traitement on perd en 1 an tout ce que l'on a gagné, avec parfois l'apparition de fractures vertébrales multiples...sauf si le patient a reçu avant (ou après ...) un bisphosphonate empêchant cette perte...

L'algorithme que l'on nous propose pour le traitement à long terme de l'ostéoporose est donc le suivant...



Pour conclure on retiendra que la vit D c'est 800-1000U/j avec 500-1000mg/j de Calcium

Que les traitements parentéraux les plus efficaces sont réservés pour les patients à risque fracturaire élevé (> 20% à 65 ans , > 33% à 80 ans)

Qu'il est inutile de prolonger le traitement avec les bisphosphonates au delà de 3-5 ans

Que lors de l'interruption d'un traitement de Denosumab il faut s'assurer que le patient aie reçu des bisphosphonates avant ou après...

Ce sera tout pour aujourd'hui...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch