

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 20 août 2019

Hôpital cantonal de Genève

Traitement de l'ostéoporose : faux concepts et vérités scientifiques

Prof. S. Ferrari

1) Pour traiter l'ostéoporose, la Vitamine D (+ Ca) c'est suffisant = FAUX

Si on regarde le suivi des patients après fracture du col, on aurait proposé à 46% d'entre eux un traitement sous forme de biphosphonates (BPS) ou de Denosumab (DMab) à leur sortie de l'hôpital, mais seul 19% le recevront...

Depuis 1992 (M.C. Chappuis, NEJM 1992/ BMJ 1994), on sait qu'un supplément de calcium 1200 mg/j et de Vit D 800 UI/j réduit de 27% le risque de fractures de hanche et de 28% les fractures non vertébrales après 3 ans chez les femmes institutionnalisées de 84 ans d'âge en moyenne...

Tous les antirésorbants que ce soit les BPS ou le DMab réduisent de + ou - 40% le risque de fractures surtout pour les fractures vertébrales, un peu moins pour les fractures non vertébrales.

C'est donc mieux que Ca + Vit D seuls.

2) La vitamine D (+ Ca) ça ne sert à rien = FAUX

C'est vrai que des métaanalyses ont montré qu'un supplément de Ca + Vit D dans une population non choisie, à des doses de Ca et de Vit D très variables d'une étude à l'autre ne servait pas à grand-chose et ne permettait pas d'objectiver une diminution des fractures (Zhao, JAMA 2018), et que des doses massives de vit D (100'000 U/mois) n'avaient prévenu ni les chutes, ni les fractures (Lancet VOLUME 5, ISSUE 6, P438-447, JUNE 01, 2017, Khaw et al) ».

Mais les doses étaient totalement incomparables et aucune conclusion ne peut en être tirée.

3) Les antirésorbeurs fragilisent l'os (par manque de remodelage) = FAUX

C'est vrai qu'il existe des fractures atypiques de la diaphyse fémorale chez les patients qui prennent des antirésorbeurs, mais c'est rare... 1,78/100'000 patients années après 3 ans et 113/100'000 patients années après 8-9.9 ans.

(pour ce qui est des ostéonécroses de la mâchoire, je crois que c'est 40/100'000 patients années).

Globalement on assiste à une augmentation de la densité minérale osseuse (DMO) aussi bien avec les BPS qu'avec le DMab même si l'efficacité du DMab est plus importante au cours du temps...

4) Un gain de DMO sous traitement ne signifie pas une réduction du risque de fractures = FAUX

Toutes les études montrent au contraire une relation entre l'augmentation de la DMO et la diminution des fractures avec tous les BPS, le DMab, le téraparatide (TPTD) et la calcitonine.

Un gain de 2% de la DMO au niveau de la hanche correspond à une diminution du risque de 16% pour une fracture du col, et de 28% pour une fracture vertébrale, cf tableau ci-dessous :

Table 5. Estimated Fracture Risk Reduction Associated With BMD Improvement

	Vertebral fracture	Hip fracture	Nonvertebral fracture
Δ Total hip BMD			
2%	28%	16%	10%
4%	51%	29%	16%
6%	66%	40%	21%
Δ Femoral neck BMD			
2%	28%	15%	11%
4%	55%	32%	19%
6%	72%	46%	27%
Δ Lumbar spine BMD			
2%	28%	22%	11%
8%	62%	38%	21%
14%	79%	51%	30%

Bouxsein, JBMR 2019

5) Le téraparatide (TPTD) est un traitement de 3e intention (échec des BPS) = Faux

Chez des femmes avec une ostéoporose grave, 20 ug de TPTD par jour s'est avéré plus efficace que 35 mg de Risédronate hebdomadaire (Kendler et al, Lancet 2017) avec 50% de diminution du risque fracturaire, donc le TPTD peut être proposé en 1^{ère} intention chez des femmes avec une ostéoporose grave et des fractures vertébrales multiples...

6) Tout traitement doit être stoppé après 3-5 ans = FAUX

Si la DMO a atteint -2.5 ou plus, et qu'il n'y a pas eu de nouvelles fractures, on peut envisager l'arrêt du traitement, sinon il est tout à fait justifié de le continuer.

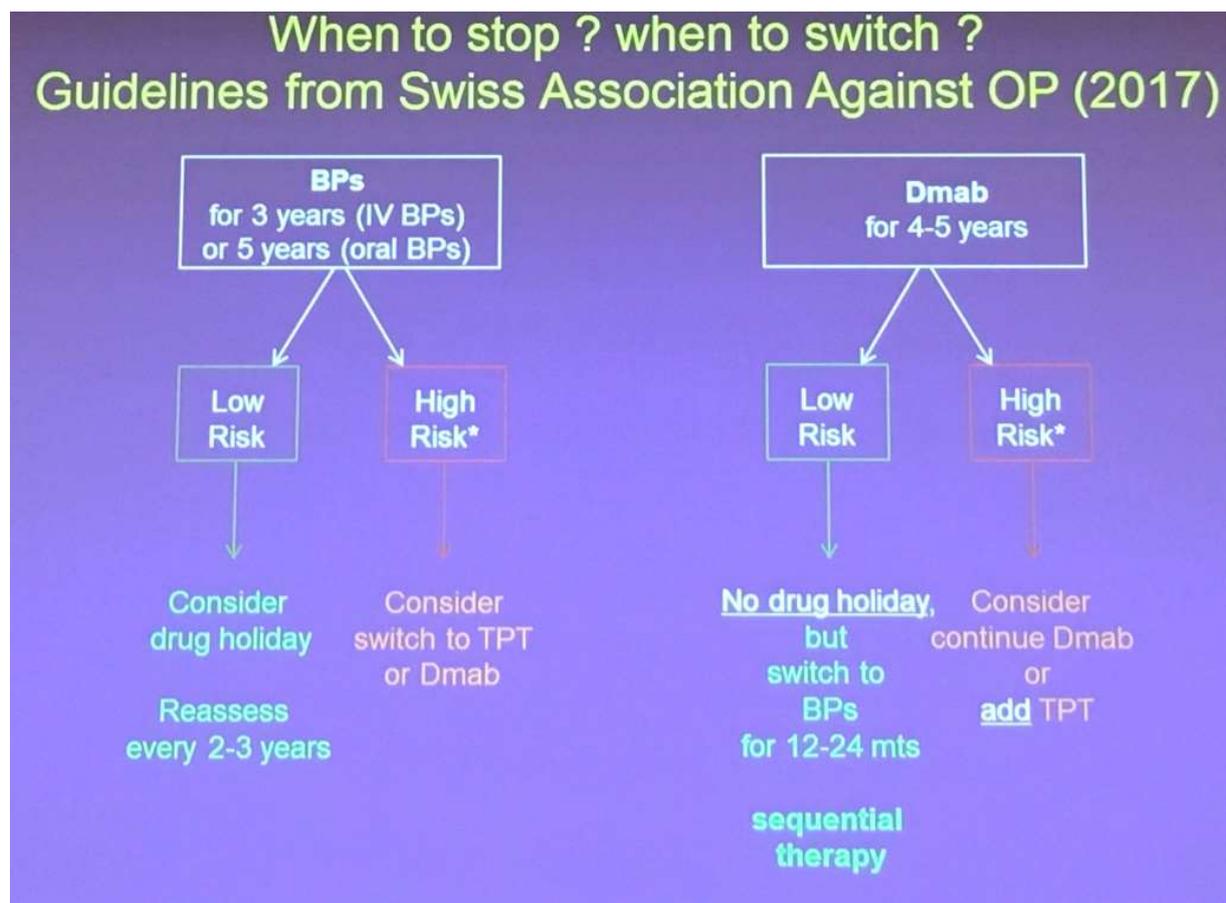
Il faut savoir que l'arrêt de tout traitement antirésorbeur, mais surtout du DMab va s'accompagner d'un effet rebond avec perte osseuse équivalente à ce qui a été gagné pendant le traitement (pour le Denosumab).

Il est recommandé à la fin du traitement de DMab de faire une perfusion de Zoledronate (Aclasta ®) pour minimiser cet effet.

Si la patiente a reçu des BPS avant le traitement de DMab, il est conseillé de monitorer les marqueurs du remodelage osseux de façon serrée p.ex. tous les 3 mois au début ou de réadministrer une perfusion d'Aclasta par sécurité.

Si après 3-5 ans la DMO reste basse > -2.5 il faut discuter l'introduction de TPTD.

Cf ci- dessous :



On retiendra que :

- Le Ca + Vit D chez les patients ostéoporotiques sont nécessaires mais pas suffisants.
- Que les antirésorbeurs permettent un gain de DMO supérieur
- Qu'un gain de DMO est un bon marqueur de réduction du risque fracturaire
- Que le traitement antirésorbant peut être maintenu 10 ans voire plus tant que l'objectif thérapeutique n'est pas atteint
- Que les bénéfices /risques des traitements de l'ostéoporose même à long terme restent très favorables
- Le téraparatide peut-être un traitement de 1^{ère} intention chez les patients à très haut risque (fractures vertébrales multiples)

Pour les patients sous DMab devant subir un traitement dentaire on recommande de prévoir ce traitement 5 mois après la dernière injection de DMab et de recommencer le DMab au 7e mois.



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

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch