

**Avertissement:** Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 15 janvier 2013  
Hôpital cantonal de Genève

## Risques et bénéfices des traitements à long terme de l'ostéoporose

Pr S. Ferrari

La dernière mise à jour sur le sujet date du mardi 17 janvier 2012 dans ce même auditoire.

Un exemple pour commencer...

Une femme de 84 ans ostéoporotique, ayant déjà fait 6 ans (de 1998 à 2004) de Fosamax (Alendronate) lui permettant de gagner 0,5 au T score aussi bien au niveau vertébral (de -3,8 passe à -3,1) qu'au niveau du col fémoral ( de-3,3 passe à -2,8) arrête son traitement en 2004 sur les conseils de son médecin. 3 ans plus tard elle se casse d'abord le col fémoral d'un côté en 2007 puis de l'autre en 2008 aboutissant à une double prothèse de hanche.

Le traitement antirésorbant est repris cette fois sous la forme d'Aclasta (Zoledronate) qu'elle va recevoir en 2008 et 2009.

Elle va gagner ainsi +4,6% en densité osseuse (à peu près +0,5 DS Tscore), au niveau vertébral (au niveau fémoral on ne peut plus mesurer car elle a deux prothèses!), et les crosslaps CTX (marqueurs de la résorption) sont normaux.

Question ?

Aurait-on dû maintenir le traitement antirésorbant en 2004? et si on continue... combien de temps faut il continuer?

La plupart des biphosphonates (BP) entraînent une amélioration de la densité osseuse d'environ 0,5 DS au T score au bout de 2 ans, ensuite, pour la plupart s'installe un plateau, et la densité osseuse n'augmente plus beaucoup. Le problème c'est que lorsqu'on les arrête, on perd ce que l'on a gagné au bout de 2-4 ans... (on se rappellera que si au mieux les BP diminuent la survenue d'une fracture du col du fémur de 40%, c'est surtout au niveau vertébral que l'efficacité est majeure).

Avec les SERM (selective estrogen receptor modulator) comme Evista (Raloxifen) ou Conbriza (Bazedoxifen) c'est à peu près le même topo (on rappellera que les SERM ont un effet estrogen like sur l'os sans avoir les effets délétères sur le cancer du sein et de l'endomètre, mais qu'ils favorisent les thromboses, et qu'ils sont moins efficaces que les BP dans la prévention des fractures non vertébrales).

Pour les anticorps monoclonaux anti rankligands (qui est une cytokine activatrice de l'ostéoclaste) le Denosumab (Prolia) pour le nommer, le gain persiste en densité osseuse et en prévention de fracture même après 8 ans. Mais là aussi dès qu'on s'arrête on reperd à peu près tout en 2-3 ans.

Plusieurs études ont comparés après 3-5ans de traitement ce qui se passait si on continuait ou si on arrêta en comparant les fractures dans les 2 groupes.

On peut dire, en gros que pour les fractures vertébrales, ça vaut la peine de continuer, car celle ci sont moindres (-50%) dans le groupe qui poursuit le traitement, mais que pour les fractures non vertébrales (col du fémur) il n'y a pas de grande différence...

Les experts US recommandent cependant qu'après 5 ans on arrête le traitement car il n'y pour ainsi dire pas de différence entre les 2 groupes.

Pour le Prolia, l'incidence des fractures non vertébrales (c'à d. fémorales) continue à diminuer même après 8 ans de traitement.

En ce qui concerne les risques d'un traitement prolongé...

Les biphosphonates oraux n'entraînent pas de cancers digestifs comme on le craignait.

L'ostéonécrose de la mâchoire survient chez moins de 1/10'000 patients traités pour une ostéoporose. (avec le Denosumab aussi de très rares cas d'ostéonécrose de la mâchoire ont été décrits).

Une fracture atypique de la diaphyse fémorale survient chez 5/100'000 patients / an traités pour ostéoporose par les BPs ce qui correspond à 1/100 fracture du fémur.

Dans ces cas là, la fracture précède la chute, et le patient sent la douleur dans la jambe avant de tomber...

Les recommandations du Prof. Ferrari sont d'arrêter le traitement après 5 ans si le T score est remonté au dessus de -2,5 DS, mais dans le cas contraire, il est justifié de prolonger le traitement...

Combien de temps??

Personne ne le sait, et personne ne peut encore recommander des rotations ou des associations comme Denosumab + Teriparatide (Forteo = recombinant de la parathormone), ou Alendronate+ Denosumab+ Raloxifen...

Des nouveaux traitements sont dans le pipe line...on en saura plus en janvier 2014...



search ID: jcon637

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)