

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

Mardi 20 octobre 2020

Hôpital cantonal de Genève

Journée mondiale de l'ostéoporose : nouvelles recommandations et traitement

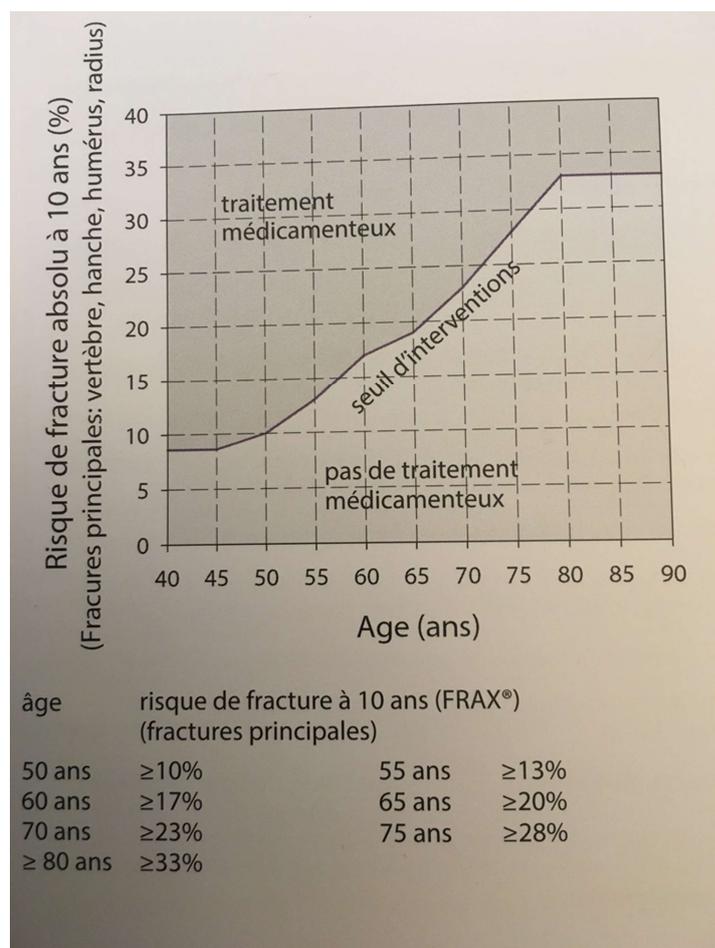
Prof. S. Ferrari

En 2020, plus de 500'000 personnes souffrent d'ostéoporose (OP) en Suisse, causant plus de 80'000 fractures pour un coût de 3 milliards de francs par an.

L'ASCO (Association Suisse Contre l'Ostéoporose) de 2015 recommandaient de traiter :

- toute personne présentant une fracture à basse énergie (= chute de sa hauteur) d'une vertèbre ou de la hanche.
- toute personne avec un T score < 2.5 DS à la minéralométrie (DMO)
- toute personne présentant un risque fracturaire calculé avec FRAX supérieur à 10% à 50 ans ou à 30% à 75 ans.

(<https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=fr>)



- toute personne sous corticothérapie au long cours ou sous inhibiteurs de l'aromatase (AI).

Pour ce qui est des traitements, jusqu'à maintenant ils consistaient en biphosphonates (BP), Denosumab (DMb) ou Teriparatide (TP).

Les nouvelles recommandations 2020 sont légèrement différentes, en ce sens qu'elles subdivisent les patients en 4 groupes :

- A) bas risque
- B) risque modéré
- C) risque élevé
- D) risque très élevé

A) Pour les « bas risque », c'est-à-dire pas de fractures et une DMO > 2.5DS, on se contente de modifier le style de vie, avec un supplément de Calcium Vit D.

B) Pour les « risques modérés », c'est-à-dire une DMO < 2.5DS mais un risque fracturaire calculé au FRAX inférieur au seuil d'intervention, on recommande les SERMS (Specific Estrogen-Receptor Modulators) ou les BP oraux (par ex. risedronate Actonel®).

C) Pour les « risques élevés » c'est-à-dire la présence de fractures de vertèbres ou de hanche et/ou un risque fracturaire calculé au FRAX supérieur au seuil d'intervention, les BP injectables (par ex. Zoledronate Aclasta®) ou le DMb.

D) Pour les « risques très élevés » soit des antécédents de fractures de vertèbres, de hanches, du bassin ou de l'humérus, avec un risque fracturaire calculé au FRAX 20% au-dessus d'un seuil d'intervention (p.ex. un risque fracturaire de 34% dans les 10 ans à 55 ans ou un risque de fracture de 50% dans les 10 ans à 75 ans), alors on passe à l'injection quotidienne de TP pendant 2 ans suivi d'une perfusion annuelle d'Aclasta® (à condition qu'il n'y ait pas d'insuffisance rénale) sinon de DMb.

On nous rappelle qu'après une fracture ostéoporotique le risque d'une 2e fracture est le plus élevé dans les 2 premières années suivant la 1^{ère} fracture.

On nous annonce aussi l'arrivée d'une nouvelle molécule réservée aux « très haut risque », le **Romozumab**, anticorps monoclonal ciblant (donc bloquant) un frein à la formation osseuse d'une part et en inhibant la perte osseuse d'autre part.

La plupart des études donnent 1 année de Romozumab (1 injection 1x/mois) pendant 1 an suivi de DMb pendant une autre année (jusqu'à quand ??).

Pas vraiment d'effets secondaires notables sauf peut-être une légère augmentation des maladies coronariennes avec le Romozumab, ce qui a entraîné une limitation de ce traitement chez les patients coronariens.

On retiendra surtout que les nouvelles directives de traitement de l'OP nous incitent à classer les patients selon leur risque de se casser... de faible à très élevé...



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

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch