



# Ostéoporose Post-ménopausique : qui traiter?

---

séance SFTG 5 juin 2012  
Expert Dr Eric Gibert

# Ostéoporose Post-ménopausique : qui traiter?

- Recommandations disponibles sur le site du GRIO depuis le 20 février 2012

The image shows the cover of a document titled "ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE L'OSTEOPOROSE POSTMENOPAUSIQUE". The cover features several logos at the top: SFR G, gemv, SFE, SOFCOT, and GRIO with the website www.grio.org. Below the logos, a blue banner reads "Sous l'égide du GRIO et de la section Os de la SFR". The main title is centered in a white box. At the bottom, there are logos for CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) and the Société Française de Gériatrie et Gérontologie.

*d'après [www.grio.org](http://www.grio.org) (actualisation 2012 reco ostéoporose)*



# Recommandations

## fondées sur la sévérité de la maladie

- Enquête diagnostique préalable
  - Fragilité osseuse primitive
    - (pas d'origine métabolique, tumorale ou secondaire)
- Identifier les sujets les plus à risque
  - Notion nouvelle
    - «fracture « sévère » et de fracture « mineure »
  - Antécédents de chute
  - Existence de facteurs de risque d'ostéoporose
    - Les FDR classiques



# Les facteurs du risque fracturaire

---

- Ménopause précoce, aménorrhée
- Hypogonadisme
- ATCD maternel/paternel de fracture de l'ESF
- Corticothérapie en cours ou récente
- Maigreur
- Maladie inflammatoire
- > 3 maladies chroniques
- Déséquilibre alimentaire, carence en vitamine D
- Tabagisme, alcoolisme actif ou récent
- ...



## 2 questions de repérage

---

- Vous êtes-vous déjà fracturé quelque chose?
- Avez-vous fait une chute dans l'année précédente?



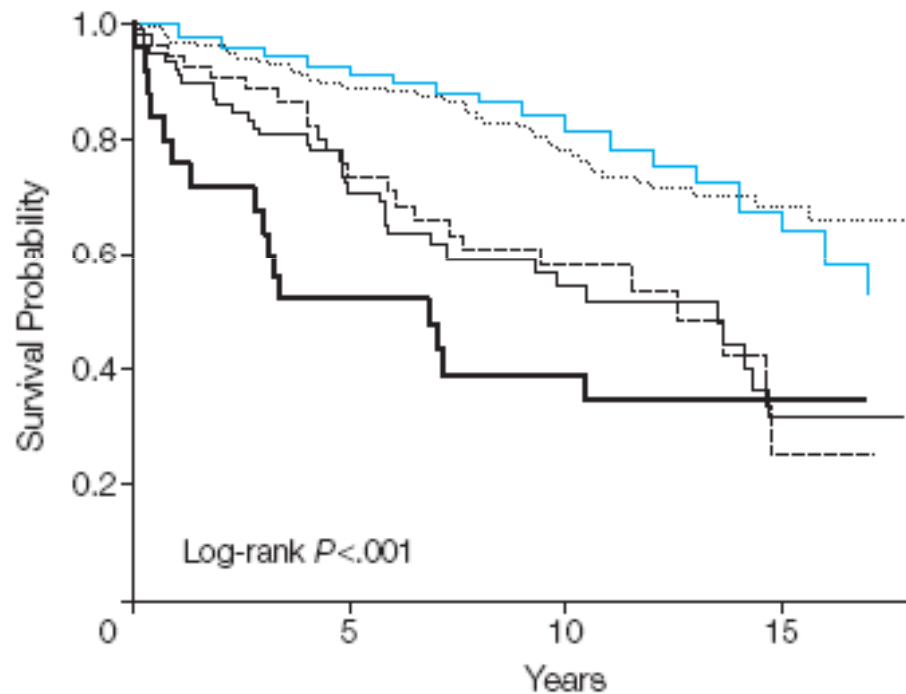
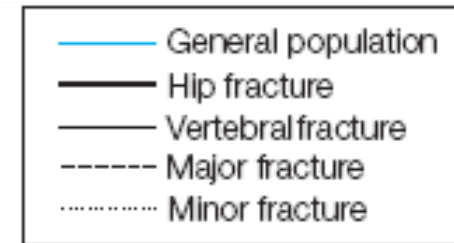
# Notion de fracture « sévère »

---

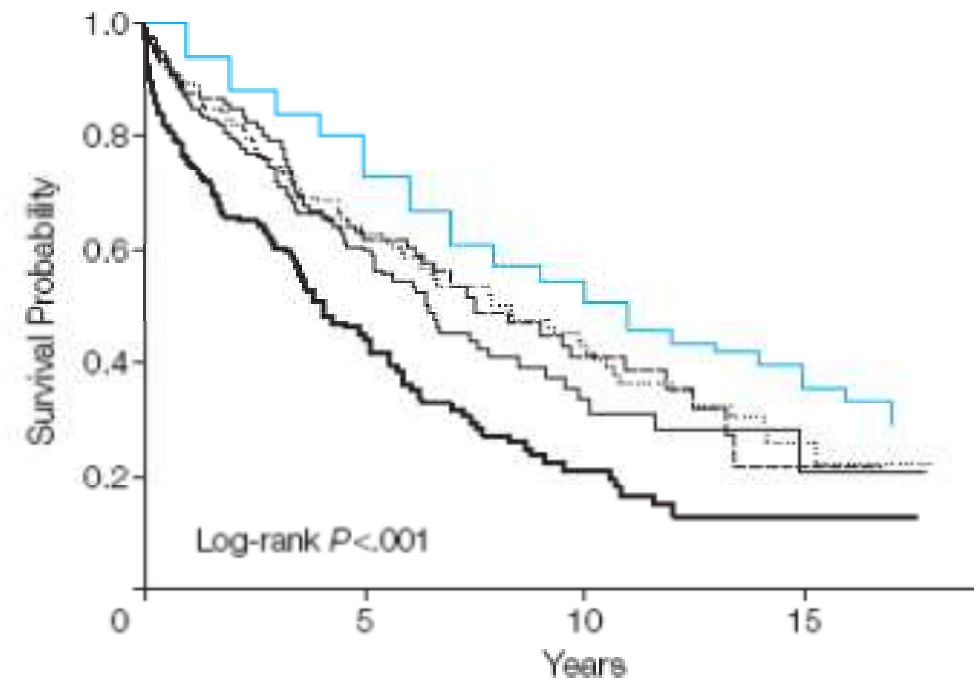
- NB : Fracture non traumatique (ou traumatisme minime)
- 6 fractures « sévères »
  - Extrémité supérieure du fémur (FESF)
  - Extrémité supérieure de l'humérus (FESH)
  - Vertèbre
  - Bassin
  - Tibia proximal
  - 3 côtes simultanées
- **Fractures « mineures »**
  - Poignet, radius, métatarsien...

# Notion de fracture « sévère »

- Fracture sévère : diminution de survie +++
  - Pour toutes les fractures sévères (fracture vertébrale ++)



Femmes **AVANT** 75 ans



Femmes **APRES** 75 ans

Bliuc D et al, JAMA 2009

d'après [www.grio.org](http://www.grio.org) (actualisation 2012 reco ostéoporose)



# Antécédent de chutes

---

- Rechercher un antécédent de chute dans l'année précédente
- En l'absence de chute récente :
  - Rechercher des facteurs de risque
  - Test de Tinetti, un peu long, (cf internet) sur équilibre, démarche et marche
  - Tests simples lors de la consultation
    - Get up and go test
    - test de l'appui unipodal
    - test de la poussée sternale





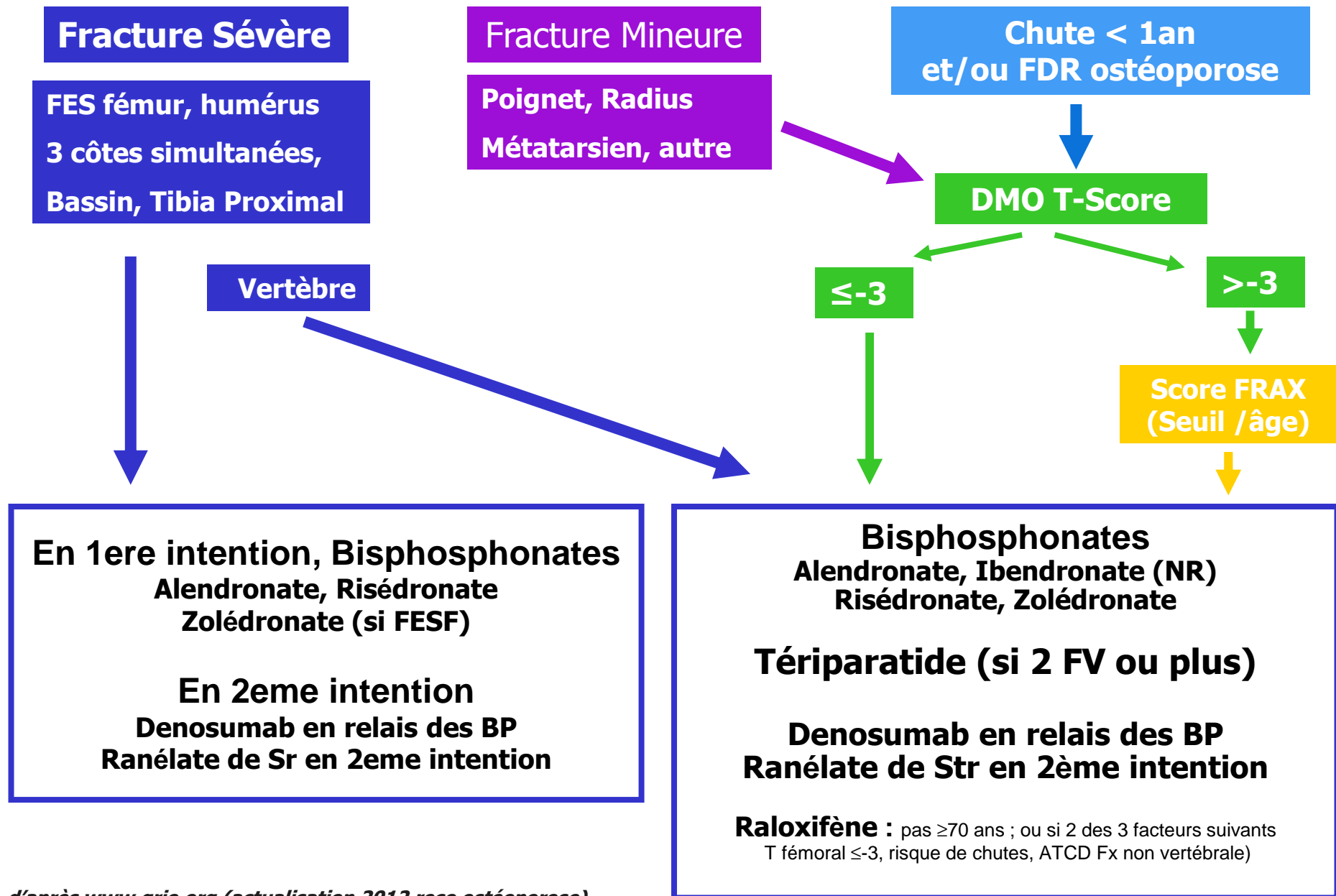
## 2 questions pour repérer les patientes à risque

---

- **Vous êtes-vous déjà fracturée?**
- **Avez-vous fait une chute récemment ?**

## Vous êtes-vous déjà fracturée?

## Avez-vous fait une chute récemment?



# Calcul en ligne du score FRAX % risque fracture majeure à 10 ans

- Utile si fracture non sévère et T score > - 3

**FRAX™ WHO Fracture Risk Assessment Tool**

HOME CALCULATION TOOL PAPER CHARTS FAQ REFERENCES

### Calculation Tool

Please answer the questions below to calculate the ten year probability of fracture with BMD.

Country : **France** Name / ID :  [About the risk factors](#) ⓘ

**Questionnaire:**

1. Age (between 40-90 years) or Date of birth  
Age:  Y:  M:  D:

2. Sex  Male  Female

3. Weight (kg)

4. Height (cm)

5. Previous fracture  No  Yes

6. Parent fractured hip  No  Yes

7. Current smoking  No  Yes

8. Glucocorticoids  No  Yes

9. Rheumatoid arthritis  No  Yes

10. Secondary osteoporosis  No  Yes

11. Alcohol 3 more units per day  No  Yes

12. Femoral neck BMD  
T-score

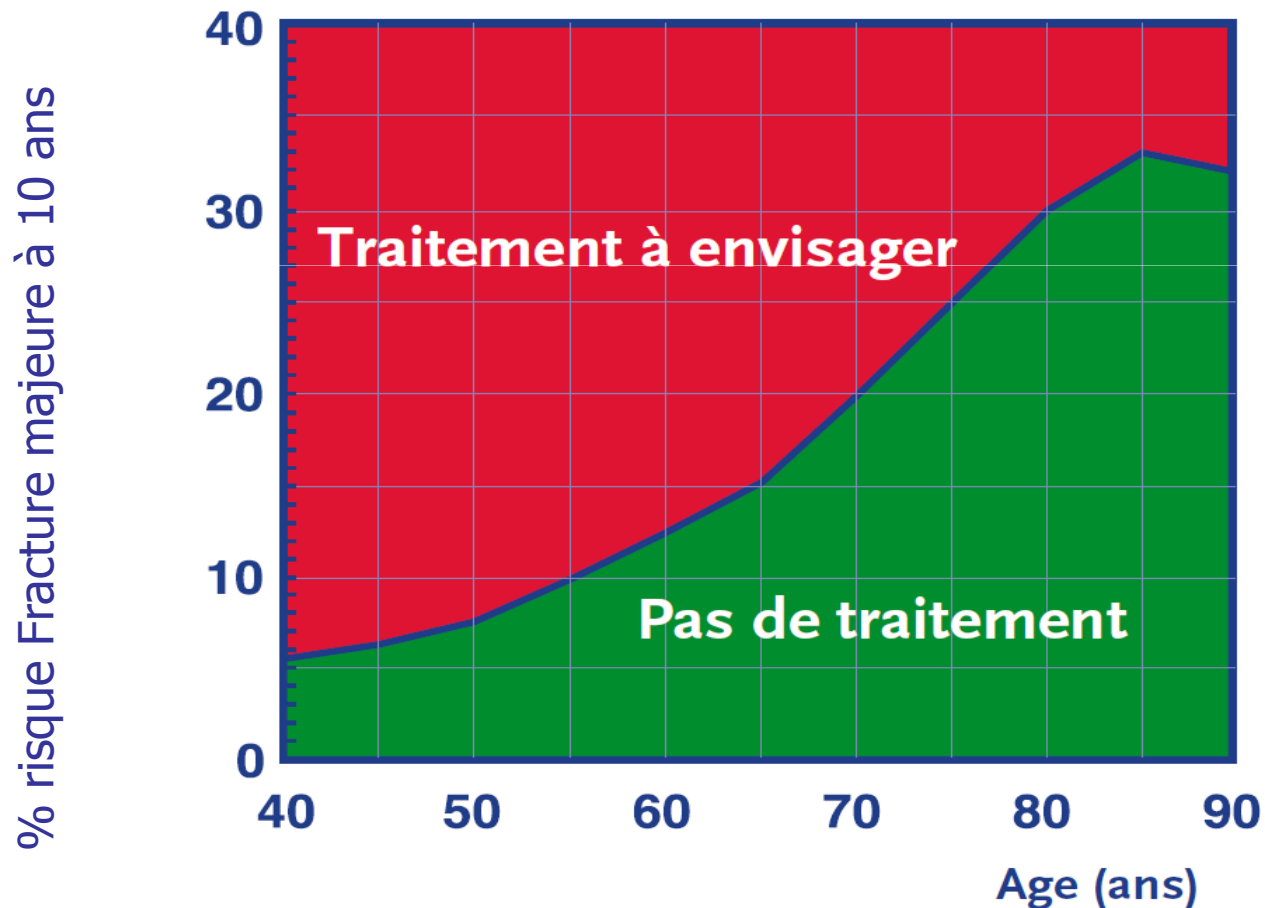
**BMI 23.4**  
**The ten year probability of fracture (%)**

**with BMD**

Major osteoporotic	18
Hip fracture	4.8

# Recours au FRAX : quel seuil?

- La décision est fonction de l'âge





## PRE- REQUIS : Apports vitamino-calciques

---

- Les apports calciques quotidiens optimaux doivent être de 1200mg chez les femmes ménopausées de plus de 50 ans
- Il est conseillé de privilégier les **apports alimentaires**
- Il est donc indispensable d'évaluer les apports alimentaires par un auto-questionnaire fréquentiel disponible en ligne
- Une **supplémentation en vitamine D** doit être associée en cas d'insuffisance

# Enquête alimentaire : réaliser un questionnaire calcique simple



Nature de l'aliment	Nombre de fois par jour	Contenu en calcium (mg)	Total (mg)
Lait de vache (1 verre de 100 ml) (1 bol de 300 ml)		x 120 x 360	= =
Fromage (1 portion de 30 g) Gruyère (1 portion de 30 g)		x 150 x 270	= =
Yaourt (125 g)		x 180	=
Fromage blanc* (125 g) Un petit suisse		x 200 x 100	= =
Eau minérale** (500 ml)		x 250	=
Autres apports moyens***		x 350	= 350
Total journalier (mg)			=

\*selon la source de fromage blanc la teneur en calcium par 100 g peut varier de 100 à 400 mg

\*\* concerne les eaux minérales riches en calcium (talians, courmayeur, hépar, contrex...)

\*\*\* chez les individus ayant un régime alimentaire classique, sans exclusion ou addition

R Levasseur, Panorama du Médecin 2010

# LE DOSAGE DE VITAMINE D

## RECOMMANDATIONS GRIO 2011

- Indications du dosage

- ✓ Dans les situations où l'objectif est d'obtenir un taux optimal
- ✓ Les principales situations à retenir sont : ostéoporose, maladie favorisant l'ostéoporose, mise en route d'un traitement, chutes à répétition

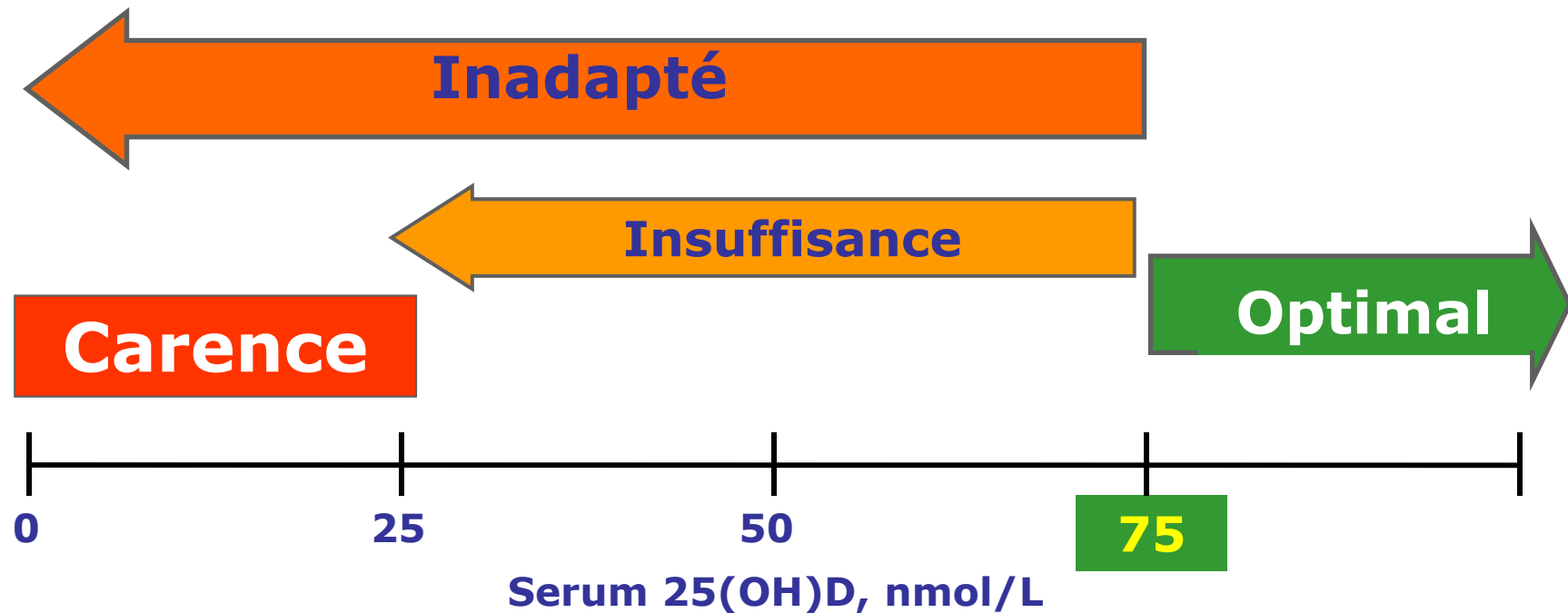
**Objectif:**

**taux de 25OHD  $\geq$  30 ng/mL (75 nmol/L)**

*Benhamou et al, pour le GRIO. Presse médicale 2011*



## Taux seuil de 25(OH)D (recommandé)



**75nmol/L (30ng/ml) représente la valeur seuil de 25(OH)D sérique pour limiter le risque de fracture**



# S'assurer d'un statut normal en 25OHD



Objectif : atteindre et maintenir la 25 OH D au dessus de 30ng/mL

## 1<sup>ère</sup> étape : correction de l'insuffisance vitaminique

*Les apports sont fonction du taux initial de 25 OH D*

- De 0 à 10ng/ml : 4 prises espacées de 15 jours de 100 000UI de vitamine D
- de 10 à 20ng/ml : 3 prises espacées de 15 jours de 100 000UI de vitamine D
- de 20 à 30ng/ml : 2 prises espacées de 15 jours de 100 000UI de vitamine D

## 2<sup>ème</sup> étape : entretien du statut normal en 25 OH D

*Apporter l'équivalent de 800 à 1 200 UI / jour (doses quotidiennes ou espacées)*

- Dose journalière de 800 à 1000 UI de vitamine D
- Dose hebdomadaire de 5 600 à 7 000 UI de vitamine D
- Dose trimestrielle de 100 000UI de vitamine D

*Ce schéma posologique est indicatif.*

***Les posologies fortes, semestrielles ou annuelles, ne sont pas recommandées en l'état actuel des connaissances.***

*Les vitamines D2 et D3 ont la même efficacité mais la D2 a une action plus courte sur la durée.*

*On privilégiera donc la D3 pour les doses espacées*

Benhamou CL et al, La vitamine D chez l'adulte, Recommandations du GRIQ, Presse Med (2011)



SPORT



TAILLE



ALIMENTATION



VITAMINE D



# Combien de temps faut-il traiter?

---

- Efficacité fracturaire démontrée sur 3 à 5 ans
- Recul prolongé
- Bonne tolérance des traitements
  
- La décision repose sur :
  - L'âge
  - L'efficacité à long terme
  - La permanence de l'efficacité à l'arrêt du traitement
  - La tolérance des traitements prolongés



# Expérience prolongée avec les traitements

	Durée des études cliniques contre placebo	Durée des études de suivi
Alendronate	4 ans	10 ans
Risédrone	5 ans	7 ans
Ibandronate	3 ans	3 ans
Acide zolédronique	3 ans	6 ans
Raloxifène	4 ans	8 ans
Ranélate de Strontium	5 ans	10 ans
Tériparatide	18 mois	24 mois
Denosumab	3 ans	5 ans



## Durée du traitement : principes

---

- Réévaluation du traitement après 3 à 5 ans:
  - Clinique
  - DMO
  - $\pm$  Evaluation morphologique du rachis
  - Réévaluation ne signifie pas forcément arrêt du traitement
- La poursuite d'un traitement (le même ou un autre) dépend du risque initial et des résultats de la réévaluation



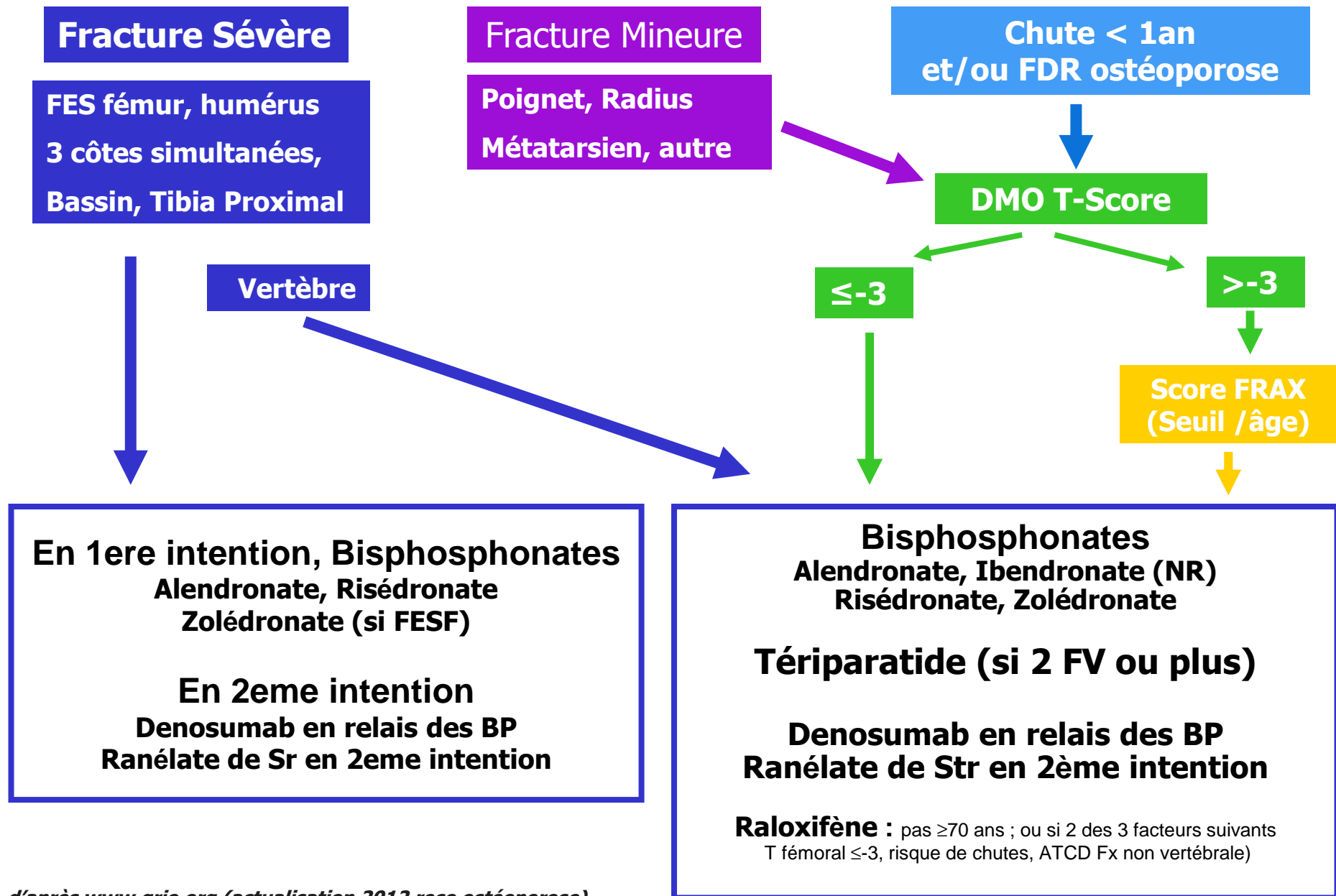
## Durée du traitement : en pratique

---

- Interruption du traitement dans les conditions suivantes:
  - pas de fracture sous traitement
  - pas de nouveaux facteurs de risque
  - pas de diminution significative de la DMO
  - et en cas de fracture sévère initiale T score en fin de séquence  $> -2,5$  au site fémoral
- Réévaluation recommandée 1 à 2 ans après l'interruption du traitement

## Vous êtes-vous déjà fracturée?

## Avez-vous fait une chute récemment?





# Un environnement prix mouvant

- Pouvant expliquer certaines évolutions ponctuelles

Changement au 01/01/2012	# Présentation	PP TTC précédent	Prix HT moyen	PP TTC Actuel	CTJ
ACLASTA	ACLASTA 5MG PERF FL100ML BT 1	410,04 €		389,73 €	1,07 €
ACTONEL	ACTONEL 35MG CPR BT 12	75,13 €		74,62 €	0,89 €
ADROVANCE	ADROVANCE 70MG/5600UI CPR BT 12	66,90 €		44,48 €	0,53 €
FOSAMAX	FOSAMAX 70MG CPR BT 12	63,20 €		62,62 €	0,75 €
OPTRUMA	OPTRUMA 60MG CPR BT 84	79,92 €		79,44 €	0,95 €
PROTELOS	PROTELOS 2G BUV GLE SACH BT 28	44,36 €		43,67 €	1,56 €
RALOXIFENE TEVA	RALOXIFENE TEVA 60MG CPR BT 84	42,38 €		41,66 €	0,50 €
ACIDE ALENDRONIQUE #	ACIDE ALENDRONIQ.ACTAVIS 70MG CPR BT 12	45,16 €		44,46 €	- €
BONVIVA + GE #	BONVIVA 150MG CPR BT 3		55,37 €	- €	0,66 €
FOSAVANCE #	FOSAVANCE 70MG/5600UI CPR BT 12	66,90 €		44,48 €	0,53 €
RISEDRONATE #	RISEDRONATE ISOMED 35MG CPR BT 12	45,06 €		44,36 €	0,53 €

# Bisphosphonates vs dénosumab

## Doggy bag



- Deux traitements aux mécanismes d'action très différents
- Peu de différence sur la DMO et le risque fracturaire
- Conséquences sur le remodelage osseux et maniement cependant différent +++
- Besoins de travaux pour :
  - Voir la place de chaque traitement
  - Recul dans le temps
  - Place dans les stratégies de rotation des anti-ostéoporotiques

*Pour mémoire : AMM Dénosumab : Ostéoporose post-ménopausique en relais ou en cas de contre-indication aux bisphosphonates*