



RÉFÉRENTIEL D'AUTO-ÉVALUATION DES PRATIQUES EN RHUMATOLOGIE

Diagnostic de l'ostéoporose en rhumatologie chez les femmes ménopausées

Juillet 2004

I. PROMOTEURS

- Société de rhumatologie de l'Ouest (SRO)
- Société française de rhumatologie (SFR)

Encadrement méthodologique

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes)

II. SOURCE

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'ostéoporose chez les femmes ménopausées et chez les sujets traités par corticoïdes : méthodes diagnostiques et indications. Service recommandation et références professionnelles. Paris: Anaes; 2001 (texte court en Annexe). www.anaes.fr

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Les médecins rhumatologues à exercice ambulatoire.

IV. PATIENTES CONCERNÉES

- De sexe féminin ;
- ménopausées et d'âge inférieur à 80 ans ;
- ayant déjà consulté au moins 1 fois et donc ayant déjà un dossier.

V. SÉLECTION DES DOSSIERS

L'auto-évaluation porte sur 20 patientes répondant aux critères d'inclusion.

Il est nécessaire de procéder à cette auto-évaluation en présence des patientes car il faudra vérifier auprès d'elles certaines informations du dossier (ou l'absence de certaines informations).

Il est possible :

- soit d'analyser les dossiers de 20 patientes répondant aux critères d'inclusion vues consécutivement ;
- soit de traiter quelques dossiers par jour à condition de ne pas les choisir. Il faut déterminer un mode de sélection aléatoire à l'avance et le respecter. On peut décider par exemple que l'on prendra les dossiers des deux premières patientes le premier jour, ceux des troisième et quatrième patientes le deuxième jour, etc. Il faut éviter les sélections biaisées, comme un jour donné de la semaine.

VI. OBJECTIFS DE QUALITÉ ÉVALUÉS

- Rechercher une ostéoporose devant une fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur ou une fracture-tassement vertébral (critères 1 à 3) - Grade C.
- Rechercher les facteurs de risque d'ostéoporose chez la femme ménopausée (critères 4 à 6) - Grade C.
- La méthode diagnostique recommandée est l'absorptiométrie biphotonique aux rayons X (= densitométrie à RX) (critères 2 et 3) – Grade B.

<h3>Critères d'évaluation</h3>

1. La présence ou l'absence d'un antécédent personnel de fracture est notée dans le dossier.
2. En cas d'antécédent de fracture-tassement vertébral sans caractère traumatique ou tumoral¹ évident, une densitométrie à RX a été prescrite ou réalisée.
3. En cas de survenue d'une fracture périphérique² sans traumatisme majeur³, une densitométrie à RX a été prescrite ou réalisée.
4. L'âge de la ménopause est noté dans le dossier.
5. La taille et le poids récents, permettant de rechercher si l'indice de masse corporelle⁴ est <19 kg/m², sont notés dans le dossier.
6. La prise actuelle ou passée de corticoïdes pendant plus de 3 mois, ou l'absence de prise, est notée dans le dossier.

VII. NOTES

— **Note 1**

Lésion osseuse focalisée lytique et/ou condensante, tassement asymétrique, aspect hétérogène, rupture corticale et/ou envahissement des parties molles.

— **Note 2**

Sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical.

— **Note 3**

Fracture survenue en l'absence de traumatisme violent, comme par exemple une chute de sa hauteur.

— **Note 3**

Indice de masse corporelle = IMC = rapport du poids divisé par la taille au carré.

VIII. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS

Notez une seule réponse par case :

O si la réponse est OUI

N si la réponse est NON

NA si le critère ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

N° d'anonymat :

Date :

Temps passé à cette évaluation :

	CRITERE 1	CRITERE 2	CRITERE 3	CRITERE 4	CRITERE 5	CRITERE 6
	La présence ou l'absence d'un antécédent personnel de fracture est notée dans le dossier.	En cas d'antécédent de fracture-tassement vertébral sans caractère traumatique ou tumoral évident, une densitométrie à RX a été prescrite ou réalisée.	En cas de survenue d'une fracture périphérique sans traumatisme majeur, une densitométrie à RX a été prescrite ou réalisée.	L'âge de la ménopause est noté dans le dossier.	La taille et le poids récents, permettant de rechercher si l'IMC est <19kg/m ² , sont notés dans le dossier.	La prise actuelle ou passée de corticoïdes pendant plus de 3 mois, ou l'absence de prise, est notée dans le dossier.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en rhumatologie

	CRITERE 1	CRITERE 2	CRITERE 3	CRITERE 4	CRITERE 5	CRITERE 6
	La présence ou l'absence d'un antécédent personnel de fracture est notée dans le dossier.	En cas d'antécédent de fracture-tassement vertébral sans caractère traumatique ou tumoral évident, une densitométrie à RX a été prescrite ou réalisée.	En cas de survenue d'une fracture périphérique sans traumatisme majeur, une densitométrie à RX a été prescrite ou réalisée.	L'âge de la ménopause est noté dans le dossier.	La taille et le poids récents, permettant de rechercher si l'IMC est <19kg/m ² , sont notés dans le dossier.	La prise actuelle ou passée de corticoïdes pendant plus de 3 mois, ou l'absence de prise, est notée dans le dossier.
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Total des O						
Total des N						
Total des NA						

VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :

	Observations par patient
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

ANNEXE : « L'OSTÉOPOROSE CHEZ LES FEMMES MÉNOPAUSÉES ET CHEZ LES SUJETS TRAITÉS PAR CORTICOÏDES : MÉTHODES DIAGNOSTIQUES ET INDICATION » ANAES AVRIL 2001

Les recommandations pour la pratique clinique concernant « L'ostéoporose chez les femmes ménopausées et chez les sujets traités par corticoïdes : méthodes diagnostiques et indications » ont été élaborées à la demande conjointe de la Direction générale de la santé et des caisses d'assurance maladie. Elles sont destinées à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'ostéoporose (généralistes, rhumatologues, radiologues, gynécologues, gériatres, etc.).

Introduction

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette, caractérisée par une diminution de la masse osseuse et une altération de la micro-architecture du tissu osseux, responsable d'une augmentation de la fragilité osseuse et du risque de fracture.

La maladie est asymptomatique en l'absence de fracture.

Ces recommandations concernent d'une part, le diagnostic de l'ostéoporose chez la femme ménopausée et d'autre part, le diagnostic de l'ostéoporose chez l'adulte des 2 sexes traité par corticoïdes. Par conséquent, la recherche d'une maladie responsable d'une ostéoporose secondaire est un préalable justifiant la réalisation d'examen complémentaires appropriés et l'instauration d'un traitement adapté.

L'objectif de ces recommandations est de préciser la place des méthodes diagnostiques de l'ostéoporose afin de définir les conditions optimales d'une prise en charge thérapeutique, médicamenteuse ou non, ayant pour but de prévenir la survenue de fracture.

Le lecteur pourra se reporter aux recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé concernant les stratégies thérapeutiques et leur suivi.

L'OMS a proposé une définition opérationnelle de l'ostéoporose basée sur la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par absorptiométrie biphotonique aux rayons X (DXA). Quatre catégories diagnostiques peuvent ainsi être établies chez les femmes de race blanche :

- normales : une valeur de DMO différant de moins d'un écart-type de la moyenne de référence de l'adulte jeune ($T \text{ score} > -1$) ;
- masse osseuse faible (ostéopénie) : une valeur de DMO différant de plus d'un écart-type de la moyenne de l'adulte jeune mais de moins de 2,5 écarts-types de cette valeur ($-2,5 < T = -1$) ;
- ostéoporose : une valeur de DMO inférieure de 2,5 écarts-types ou davantage de la moyenne de l'adulte jeune ($T = -2,5$) ;
- ostéoporose grave (ostéoporose confirmée) : une valeur de DMO inférieure de 2,5 écarts-types ou davantage de la moyenne de l'adulte jeune et coexistant avec une ou plusieurs fractures.

Il n'existe pas de données validées permettant de définir la place de ces méthodes diagnostiques en particulier de l'ostéo-densitométrie dans un algorithme de prise de décision thérapeutique. Par conséquent, il est nécessaire d'interpréter les résultats de l'ostéo-densitométrie en tenant compte des facteurs de risque de l'ostéoporose.

I. LES MOYENS DIAGNOSTIQUES DE L'OSTÉOPOROSE

- Les radiographies standard n'ont pas d'indication pour le diagnostic positif de l'ostéoporose non fracturaire ni en préalable systématique à l'ostéo-densitométrie.
- Il est recommandé, pour mesurer la densité minérale osseuse, d'utiliser la technique de l'absorptiométrie biphotonique aux rayons X.

L'ostéo-densitométrie ne doit être pratiquée que lorsque les conditions techniques optimales à sa réalisation sont réunies. Le préalable à sa réalisation est d'avoir vérifié les qualités métrologiques de l'appareil et d'être assuré que les bases de références validées pour les sites, l'âge, le sexe et les populations concernées soient disponibles pour l'interprétation des résultats. Le groupe de travail recommande donc qu'une procédure d'assurance qualité obligatoire soit rapidement élaborée et mise en œuvre en France.

Il est recommandé de réaliser la mesure de la densité minérale osseuse sur 2 sites, de préférence le rachis lombaire et l'extrémité supérieure du fémur. En cas d'impossibilité d'interprétation ou de mesure de ces 2 sites, ils peuvent être remplacés par une mesure du radius.

Chez le sujet atteint d'une pathologie rachidienne susceptible de fausser les résultats de l'examen, on privilégie les sites autres que rachidiens.

L'interprétation de l'évolution de la densité minérale osseuse sur des mesures successives ne peut être valable que si ces mesures sont réalisées sur le même appareil ou au moins un appareil de la même marque, sur les mêmes sites et, si possible, avec la même fenêtre d'acquisition.

- La mesure densitométrique par scanner n'est pas recommandée actuellement pour établir le diagnostic d'ostéoporose.
- La mesure de la masse osseuse par ultrasons n'est pas recommandée actuellement pour établir le diagnostic d'ostéoporose.
- L'utilisation des marqueurs du remodelage osseux n'est pas recommandée actuellement pour établir le diagnostic d'ostéoporose.

II. LES INDICATIONS

- Les radiographies doivent être réalisées en cas de suspicion de fracture vertébrale récente ou ancienne et en particulier dans les circonstances suivantes : douleur vertébrale aiguë, diminution de taille inexplicquée, modification de la courbure rachidienne d'apparition récente. Il est recommandé de réaliser une radiographie du rachis dorsal et/ou lombaire face et profil.
- Quel que soit le contexte, une ostéo-densitométrie ne doit être conseillée que si le résultat de l'examen peut *a priori* conduire à une modification de la prise en charge du patient.

II.1. Chez la femme ménopausée

- Il est recommandé de réaliser une ostéo-densitométrie devant :
 - la découverte radiologique d'une fracture vertébrale sans caractère traumatique ni tumoral évident ;
 - un antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical) ;

- des antécédents documentés de pathologies potentiellement inductrices d'ostéoporose, en particulier : hypo-gonadisme prolongé, hyperthyroïdie évolutive non traitée, hyper-corticisme et hyper-parathyroïdie primitive.
- La réalisation d'une ostéo-densitométrie peut être proposée chez la femme ménopausée, en présence d'un ou de plusieurs des facteurs de risque suivants :
 - les antécédents de fracture vertébrale ou du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1^{er} degré ;
 - un indice de masse corporelle < 19 kg/m² ;
 - ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause ou ménopause iatrogénique ;
 - antécédent de corticothérapie prolongée (> 3 mois) à la dose de corticoïde équivalent prednisone = 7,5 mg par jour.
- Il n'est pas recommandé de réaliser une ostéo-densitométrie chez une femme ménopausée chez laquelle le traitement hormonal substitutif (THS) est indiqué, prescrit à dose efficace (pour assurer une prévention de l'ostéoporose) et bien suivi.
- Lorsque le résultat de l'ostéo-densitométrie est normal et qu'aucun traitement n'est institué, une deuxième ostéo-densitométrie peut être proposée 2 à 5 ans après la réalisation de la première et ce en fonction de l'ancienneté de la ménopause, du résultat de la première mesure et de la persistance ou de l'apparition de facteurs de risque.

II.2. Ostéoporose cortisonique

- Il est recommandé de réaliser une ostéo-densitométrie lors de la mise en route d'une corticothérapie systémique prévue pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose de 7,5 mg/j équivalent prednisone.