

Qui traiter ?

Introduction

L'ostéoporose est définie par l'OMS sur le plan densitométrique comme un T-score \leq -2,5, sous réserve de la normalité des examens étiologiques.

Un T-score \leq -2.5 n'est ni nécessaire ni suffisant pour débiter un traitement anti-ostéoporotique.

La décision de traiter est prise en fonction de plusieurs facteurs, notamment :

- les antécédents personnels de fracture,
- le siège et l'ancienneté des fractures,
- l'âge et antécédents du patient,
- la densité minérale osseuse.

Avant de traiter

Avant d'envisager un traitement anti-ostéoporotique, il conviendra de toujours **rechercher une ostéoporose d'origine secondaire** (cf [Quel bilan étiologique?](#)) en réalisant un interrogatoire précis, un examen clinique complet et un **bilan biologique dédié** comprenant un hémogramme, CRP, calcémie, phosphatémie, albuminémie, fonction rénale et hépatique, 25OH vitamine D, PTH, électrophorèse des protéines et testostérone totale chez l'homme.

Qui traiter

Les recommandations 2018 du GRIO schématisent les indications de traitement anti-ostéoporotique pour la femme ménopausée et l'homme de plus de 50 ans dans le tableau suivant :

En fonction de la diminution du T score (au site le plus bas)	Fractures sévères (fémur, vertèbres humérus, bassin, tibia proximal)	Fractures non sévères	Absence de facteur d'ostéoporose chutes
T > -1	Avis du spécialiste	Pas de traitement	Pas de traitement
T ≤ -1 et > -2	Traitement	Avis du spécialiste	Pas de traitement
T ≤ -2 et > -3	Traitement	Traitement	Avis du spécialiste
T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

Les fractures sévères sont associées à une augmentation de la mortalité. Ce sont les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, les vertèbres, le bassin (sacrum et branches ischio- et iliopubiennes), l'extrémité supérieure de l'humérus, la diaphyse du fémur, le fémur distal, le tibia proximal, 3 côtes simultanées. **Elles sont une urgence thérapeutique (< 3 mois) !**

Une **fracture non sévère** inclut toutes les localisations de fractures non sévères survenues lors d'une chute à basse cinétique, soit de sa hauteur. Les fractures survenant lors d'une chute de plus de 3 marches, sur du verglas ou lors d'une crise d'épilepsie sont considérées comme traumatiques.

L'**ostéoporose densitométrique non fracturaire** est découverte lors de la réalisation d'une ostéodensitométrie, dont les indications remboursées sont rappelées ici [Ostéodensitométrie](#)

L'**avis du spécialiste** peut être aidé ou précédé de l'utilisation d'outils de prédiction du risque de fracture, soit principalement le score FRAX®, ainsi que le Trabecular Bone Score (TBS) et les marqueurs de remodelage osseux.

Le **score FRAX** est indiqué chez la femme ménopausée et l'homme de plus de 50 ans. Il peut être calculé en ligne. Il estime la probabilité de survenue d'une fracture majeure à 10 ans en %. Ce score est ensuite rapporté à une courbe de seuil d'intervention thérapeutique ci-dessous.

Risque de fracture majeure à 10 ans (%)

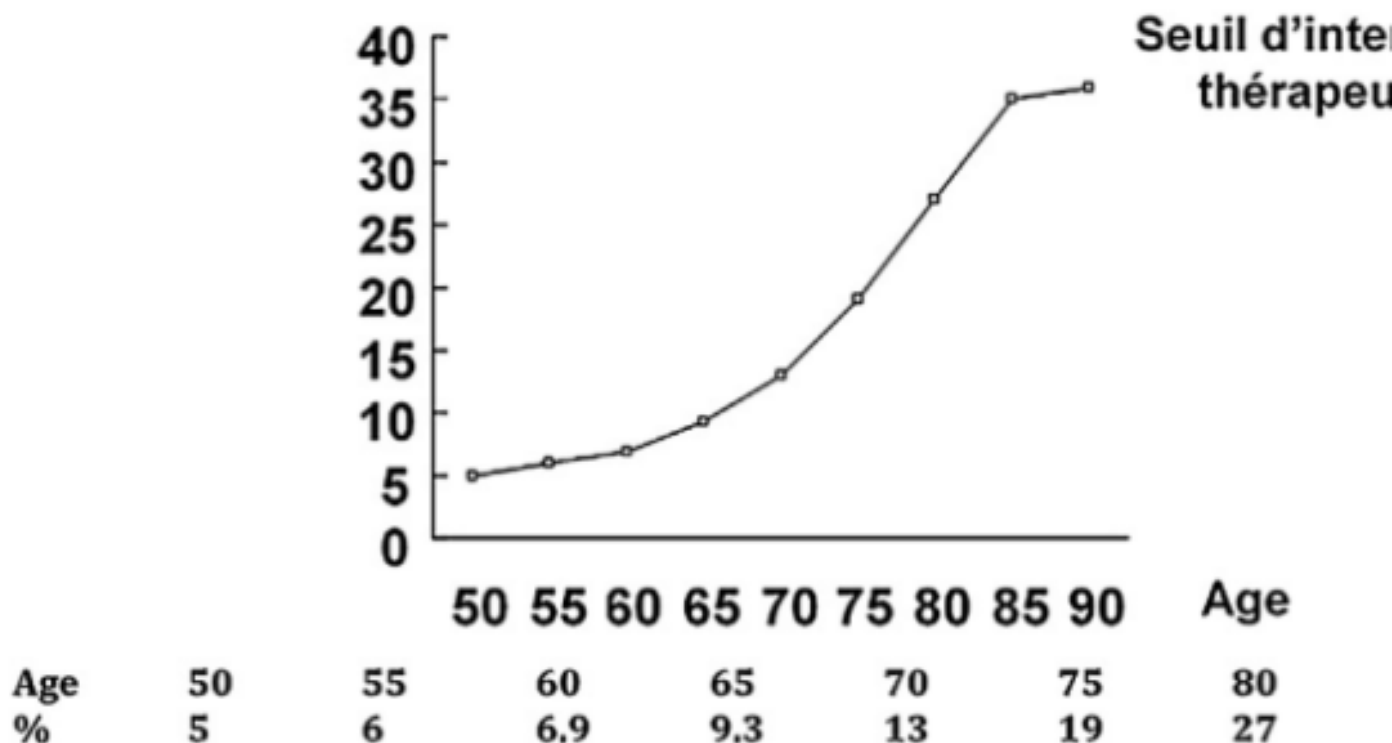


Fig. 1. seuil d'intervention (traitement pharmacologique) en fonction du FRAX[®] pour fracture majeure de l'ostéoporose selon l'âge pour la F

Quand adresser à un spécialiste ?

- Si fractures à faible cinétique ou T-score $\leq -2,5$ chez la femme **non ménopausée** ou l'homme **< 70 ans**
- Si fracture sévère avec T-score > -1
- Si doute diagnostique ou thérapeutique (cf Tableau ci-dessus), ou si suspicion d'origine secondaire

Pour aller plus loin :

1. Briot K, Roux C, Thomas T, Blain H, Buchon D, Chapurlat R, et al. Actualisation 2018 des recommandations françaises du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. Revue du Rhumatisme. 1 oct 2018;85(5):428-40.

Messages clés

La décision de traitement repose principalement sur l'antécédent personnel de fracture ostéoporotique. Une densité minérale osseuse très basse sans fracture est également une indication de traitement en fonction du contexte. Les fractures sévères sont une urgence thérapeutique < 3 mois.