



Osteoporosis Canada

Ostéoporose Canada

Sommaire

Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada

Introduction

Préparées par Ostéoporose Canada, les **Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada** s'attardent aux éléments suivants :

- Répercussions cliniques des fractures de fragilisation
- Évaluation et prise en charge des femmes et des hommes exposés à un risque élevé à l'égard des fractures de fragilisation
- Incorporation de la prédiction du risque absolu de fracture à 10 ans dans une approche thérapeutique globale
- Les auteurs des lignes directrices rappellent qu'il existe actuellement un important fossé entre les pratiques et traitements optimaux qu'ils recommandent et ce qui est actuellement offert aux Canadiens souffrant d'ostéoporose. Ces lignes directrices s'intègrent dans une démarche concertée pour combler ce fossé.
- Ces lignes directrices ciblent un vaste lectorat qui englobe tous les professionnels de la santé (p. ex., médecins, infirmières, pharmaciens), de même que les décideurs du domaine de la santé concernés par la prise en charge de l'ostéoporose.
- Un abrégé des lignes directrices suit. Pour plus de renseignements, consulter le document complet à www.osteoporosecanada.ca.

Fractures de fragilisation et fossés thérapeutiques

- Définition de fracture de fragilisation : Fracture survenant spontanément ou après un traumatisme mineur, p.ex., chute de la position debout ou d'une hauteur moindre
- Conséquences des fractures : Risque accru de fractures subséquentes, d'hospitalisation/institutionnalisation et de décès, réduction de la qualité de vie, accroissement du fardeau économique imposé au système de santé
- Moins de 20 % des patients victimes de fractures de fragilisation reçoivent un traitement anti-ostéoporotique après leurs fractures.
- Une forte proportion des personnes ayant subi des fractures de fragilisation présentent une densité minérale osseuse (DMO) qui se situe dans l'éventail des valeurs basses : occasion manquée de prévenir les fractures en raison d'une trop grande confiance à la DMO.

Principales modifications par rapport aux Lignes directrices 2002¹

- Les outils de prédiction du risque de fracture à 10 ans incorporent des facteurs de risque cliniques outre la DMO pour améliorer le processus de décision clinique :
- **CAROC ou FRAX**
- Accent particulier sur les répercussions cliniques des fractures de fragilisation
- Accent particulier sur le fossé thérapeutique observé dans le traitement des personnes à risque
- Augmentation de la dose quotidienne de supplément de vitamine D (D3)
- 400 – 1 000 UI pour les personnes de < 50 ans
- 800 – 2 000 UI pour les personnes ≥ 50 ans
- Apport calcique quotidien moindre (de toutes sources) : 1 200 mg
- Mise à jour de la liste des traitements pharmacologiques pour la prévention des fractures

1. Brown JP, Josse RG et coll., *CMAJ*, 2002;167(suppl. 10):S1-S34.

Approche clinique à l'ostéoporose – Recommandations

1. Quiconque a 50 ans et plus et a subi une fracture de fragilisation doit être évalué et considéré comme un candidat au traitement.
2. Éléments recommandés de l'anamnèse et de l'examen physique : Reconnaître les facteurs de risque de DMO basse, de fractures et de chutes : les antécédents de fractures de fragilisation, la fracture de la hanche chez un parent, l'emploi de corticostéroïdes, le tabagisme actif, une forte consommation d'alcool, la polyarthrite rhumatoïde; retour sur les chutes survenues au cours des 12 derniers mois et sur la démarche et l'équilibre; mesures exactes de la taille et du poids; test de Mathias (ou *Get up and go*).
3. Épreuves diagnostiques :
 - a) Pour tous les patients ostéoporotiques : calcémie, corrigée pour l'albumine, hémogramme complet, créatinine, phosphatase alcaline et thyroïdostimuline.
 - b) Pour les personnes sous traitement pharmacologique anti-ostéoporotique ayant subi des fractures récurrentes et qui manifestent une perte osseuse malgré leur traitement ou des comorbidités susceptibles de nuire à l'absorption ou à l'action de la vitamine D : dosage de la 25-OH-D* sérique.
 - c) Pour les patients ayant subi des fractures vertébrales : électrophorèse des protéines sériques.
 - d) Chez certains patients, selon l'examen clinique, d'autres analyses biochimiques afin d'écartier les causes secondaires d'ostéoporose.
 - e) En présence de signes cliniques indicateurs d'une fracture vertébrale, radiographies latérales de la colonne vertébrale thoracique et lombaire.

*La mesurer après trois à quatre mois d'un traitement suppléatif adéquat et ne pas répéter si on obtient un taux optimal ≥ 75 nmol/L.



Sommaire

Évaluation du risque de fracture – Recommandations

1. L'instauration du traitement pharmacologique anti-ostéoporotique doit se fonder sur une évaluation du risque absolu de fracture à dix ans à l'aide d'un outil validé de prédiction des fractures qui tient compte de la DMO et des facteurs de risque cliniques.
 - a) Au Canada, à l'heure actuelle, on peut utiliser la version canadienne de l'outil d'évaluation des risques de fracture de l'OMS (FRAX) et le système d'évaluation des risques de l'Association canadienne des radiologistes et Ostéoporose Canada (CAROC), car ils ont été validés auprès de la population canadienne.
 - En ce qui concerne les rapports de DMO, on privilégie actuellement le système national d'évaluation des risques CAROC.
 - Pour la DMO, dans ces systèmes, on ne doit utiliser que le T-score du col fémoral.
 - b) On peut considérer que quiconque a un T-score $\leq 2,5$ pour la colonne vertébrale ou la hanche est exposé à un risque au moins modéré de fractures ostéoporotiques.

Stratégies de prévention des fractures

1. Vitamine D et calcium
 - a) Un apport adéquat en vitamine D, en plus d'un apport calcique provenant des aliments et des suppléments (total de 1 200 mg par jour), est indispensable à la prévention et au traitement de l'ostéoporose.
 - b) Chez les adultes en bonne santé de moins de 50 ans, on recommande d'emblée des suppléments de vitamine D (D3) à raison de 400 à 1 000 UI (10 à 25 mcg) par jour. Il n'est pas nécessaire de mesurer les taux de 25-OH-D sérique.
 - c) Les adultes de plus de 50 ans sont exposés à un risque modéré de carence en vitamine D. On recommande des suppléments à raison d'au moins 800 à 1 000 UI (20 à 25 mcg) de vitamine D3 par jour. Pour atteindre un taux optimum de vitamine D, il peut être nécessaire d'administrer des doses de suppléments de plus de 1 000 UI (25 mcg) par jour. Les doses quotidiennes allant jusqu'à 2 000 UI (50 mcg) sont sécuritaires et ne requièrent pas de surveillance.
 - d) Chez les personnes sous traitement pharmacologique anti-ostéoporotique, il faut mesurer le taux de 25-OH-D sérique après trois à quatre mois d'un traitement suppléatif adéquat en vitamine D et ne pas répéter si on obtient un taux optimal (25-OH-D ≥ 75 nmol/L).
2. Autres traitements non pharmacologiques
 - a) Pour les personnes atteintes d'ostéoporose ou exposées à un risque à cet égard : entraînement approprié contre résistance et/ou exercices aérobiques avec mise en charge.
 - b) Pour les personnes victimes de fractures vertébrales : exercices dirigés de stabilité des muscles profonds du tronc.
 - c) Pour les personnes exposées à un risque de chutes : exercices axés sur l'équilibre (p. ex., tai-chi, entraînement portant sur l'équilibre et/ou la démarche).
 - d) Pour les personnes à risque élevé en établissement de soins de longue durée : utilisation de protecteurs de hanches.

Pharmacothérapie

1. Il faut offrir la pharmacothérapie aux patients exposés à un risque élevé (probabilité de fracture ostéoporotique majeure à 10 ans > 20 %).
2. Une fracture de fragilisation de la hanche ou d'une vertèbre ou plus d'un événement lié à une fracture de fragilisation constituent un risque élevé de fracture et il faut offrir un traitement pharmacologique aux personnes concernées.
3. Pour les personnes exposées à un risque modéré (probabilité de fracture ostéoporotique majeure à 10 ans, de 10 % à 20 %), on recommande des radiographies latérales ou des évaluations de fractures vertébrales (ÉFV) de la colonne thoracolombaire pour une stratification plus précise du risque et pour orienter les décisions cliniques quant aux interventions pharmacologiques.
4. Pour les personnes exposées à un risque modéré de fracture, il faut tenir compte des préférences des patients et des facteurs de risque cliniques non inclus dans le système d'évaluation des risques pour orienter les décisions en matière de traitement pharmacologique.
5. Pour les femmes ménopausées qui ont besoin d'un traitement anti-ostéoporotique :
 - a) On peut choisir l'alendronate, le dénosumab, le risédronate ou l'acide zolédronique comme traitements de première intention pour la prévention des fractures de la hanche et des fractures non vertébrales et vertébrales.
 - b) On peut choisir le téraparatide comme traitement de première intention pour la prévention des fractures non vertébrales et vertébrales.
 - c) On peut choisir le raloxifène comme traitement de première intention pour la prévention des fractures vertébrales.
 - d) On peut choisir l'hormonothérapie comme traitement de première intention pour la prévention des fractures de la hanche et des fractures non vertébrales et vertébrales chez les femmes qui ont également besoin d'un traitement pour leurs symptômes vasomoteurs.
 - e) On peut envisager la calcitonine ou l'étidronate pour la prévention des fractures vertébrales chez les personnes qui ne tolèrent pas les traitements de première intention.
6. Pour les hommes qui ont besoin d'un traitement anti-ostéoporotique, on peut choisir l'alendronate, le risédronate ou l'acide zolédronique comme traitements de première intention pour la prévention des fractures.
7. Les médecins doivent éviter de prescrire concomitamment plus d'un agent antirésorbatif pour la réduction des fractures.
8. Les personnes exposées à un risque élevé de fractures doivent continuer leur traitement contre l'ostéoporose, sans congé thérapeutique.
9. Pour une prise de décision éclairée, il faut discuter des bienfaits et des risques potentiels de l'agent prescrit avec chaque patient avant l'instauration du traitement.