

# Cas cliniques

# Ostéoporose masculine

Docteur CL BENHAMOU  
Docteur E. LESPESSAILLES  
Rhumatologie – Inserm U 658  
CHR Orléans

# Cas Clinique 1

Un homme de 65 ans vient vous consulter car sa mère a été récemment victime d'une fracture du col du fémur. On a dit à cette femme qu'il s'agissait d'un problème d'ostéoporose et le patient s'inquiète de son risque de fracture. Le patient n'a jamais reçu de corticoïdes, il ne fume pas et ne boit pas. Il vous rapporte la survenue 3 ans auparavant d'une fracture du col de l'humérus droit survenue à la suite d'un accident de la voie publique (renversé par un deux roues).

# Cas clinique n°1

Demandez vous une densitométrie osseuse ?

DXA remboursée ou pas ?

# Les fractures dites « traumatiques » ne le sont pas toujours !

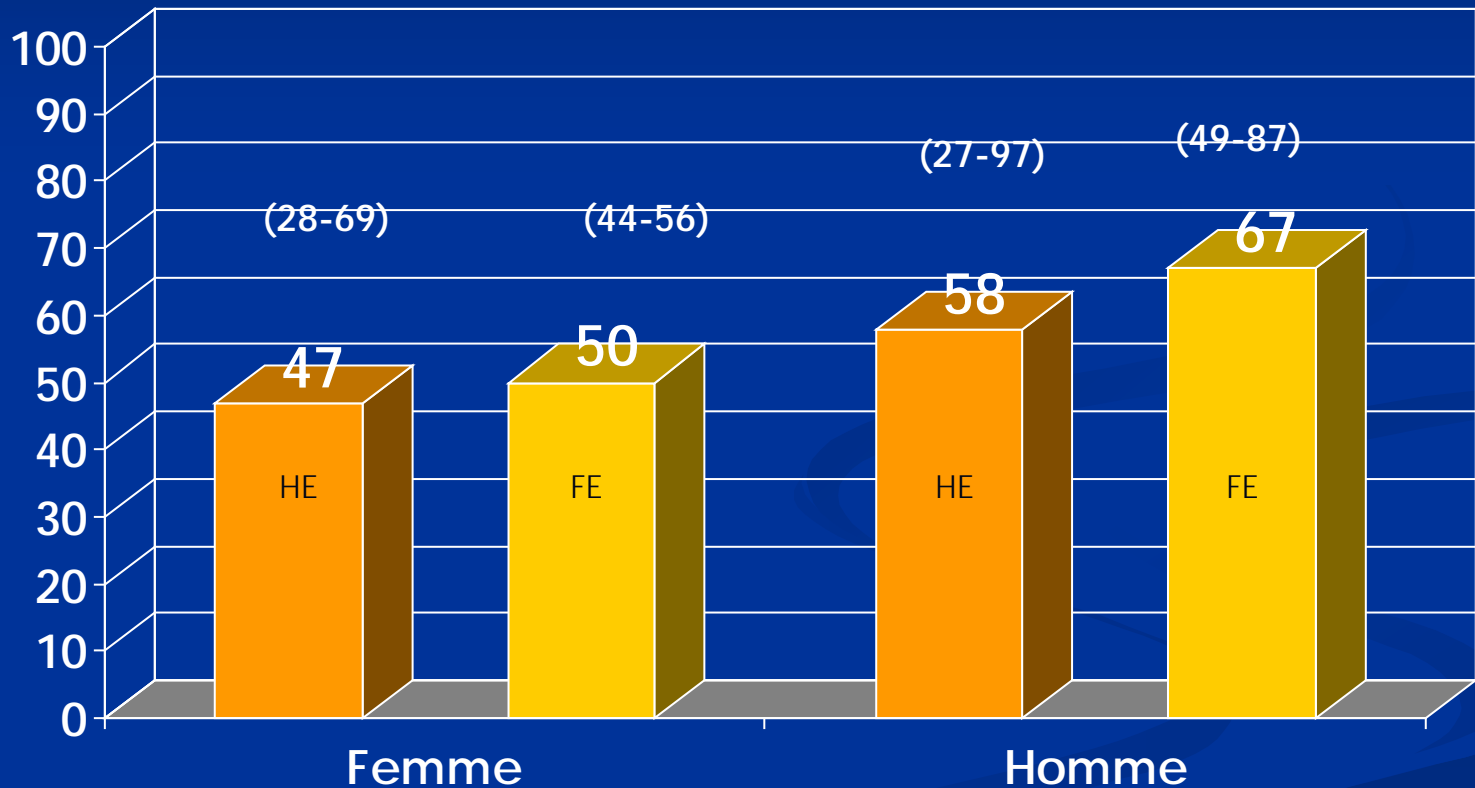
- 2 cohortes américaines de sujets de plus de 65 ans
  - SOF : 8022 femmes suivies 9 ans
  - Mr OS : 5995 hommes suivis 5 ans
- Toutes les fractures non vertébrales confirmées radiologiquement
- Fonction circonstances de survenue 2 catégories
  - fractures de haute énergie ou « traumatiques » incluant accident circulation, collisions diverses, chute hauteur > taille
  - fracture de faible énergie ou spontanée incluant chutes de la hauteur ou moindre

# Les fractures dites « traumatiques » ne le sont pas toujours !

- 264 femmes ont eu une fracture « traumatique » secondaire + d'une fois sur 2 (54 %) à un accident de voiture
- 3211 femmes ont eu 1 ou plusieurs fractures de faible énergie dans 71 % des cas après une simple chute de leur hauteur
- Dans les 2 catégories de fracture, la DMO est significativement abaissée comparativement aux groupes de patients indemnes de fracture
- Résultats similaires observés chez l'homme

# Les fractures dites « traumatiques » ne le sont pas toujours !

Pour chaque baisse de 1 écart-type de la DMO fémorale totale, **Risque de fracture**



HE : Haute énergie

FE : Faible énergie

Après ajustement pour les facteurs confondants

*MacKey et Al, JAMA, 2007*

# Les fractures dites « traumatiques » ne le sont pas toujours !

- Risque fracturaire si Tscore  $\leq -2.5$
- Fractures traumatiques
  - RR = 2.25 (1.36 - 3.75) Femmes
  - RR = 3.18 (1.52 - 6.64) Hommes
- Dans les deux sexes : âge augmente le risque de fracture de FE mais pas de HE

# Les fractures dites « traumatiques » ne le sont pas toujours !

## Conclusions

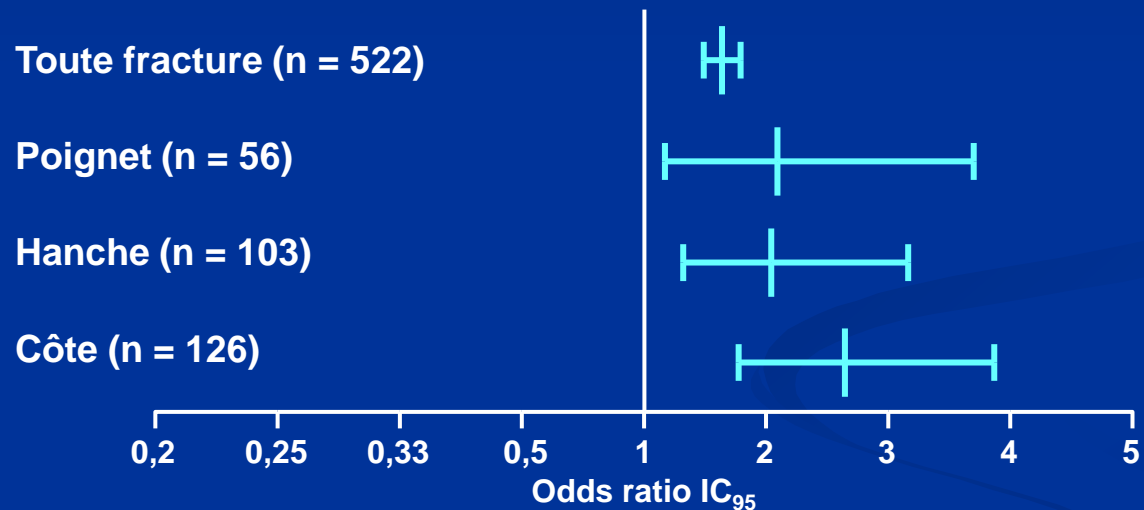
- Une baisse de la DMO augmente de manière similaire le risque de fracture « traumatique » et le risque de fracture de faible énergie
- Un antécédent de fracture « traumatique » augmente le risque ultérieur de fracture au même titre qu'un antécédent de fracture « non traumatique »
- Arguments pour :
  - ✓ Remboursement de la DMO en cas d'ATCD de fracture indépendamment des conditions de survenue

# Cas clinique 1

Votre attitude aurait-elle été différente si l'ATCD fracturaire avait concerné une côte et le mode de survenue des efforts de toux ou de mouvements pour se retourner dans son lit ?

# La fracture de côte chez l'homme âgé est une fracture ostéoporotique (cohorte MrOS)

OR et IC<sub>95</sub> de nouvelle fracture de côte, de hanche, de poignet ou toute fracture après une fracture de côte, de sternum, de thorax en début d'étude



- Modèle multivarié ajusté par statines, les difficultés dans les gestes de la vie quotidienne
- ➔ **Les fractures costales sont fortement associées à un risque de fracture ultérieure quel qu'en soit le site**

# Cas clinique 1

Le patient, sur vos conseils, a eu une densitométrie osseuse :

Tscore rachis lombaire : -3.1

Tscore col fémoral : -2.8

Que prescrivez-vous ?

# Cas clinique 1

Des explorations biologiques

## Cas clinique 2

- Un homme de 61 ans aux antécédents d'éthylisme chronique vous est adressé par un chirurgien orthopédiste dans les suites d'une fracture du poignet suite à un traumatisme à faible niveau d'énergie.
  - **Sur quels arguments décidez-vous de réaliser une évaluation osseuse chez ce patient ?**

# Cas clinique 2

- Quel que soit l'âge et quel que soit le sexe,
- En cas d'antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur :



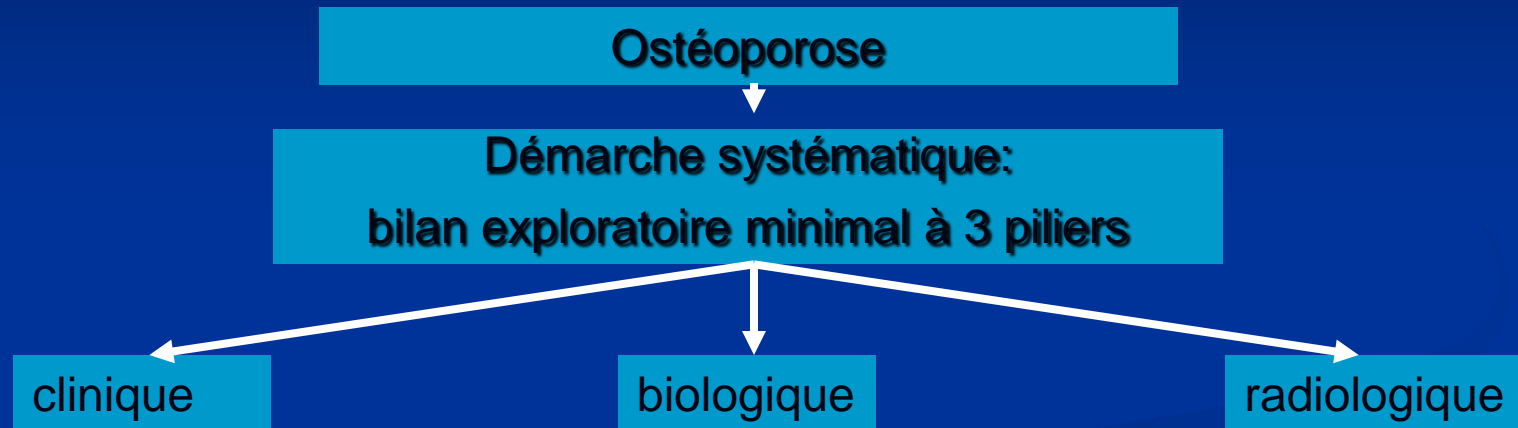
Indication à DMO

## Cas clinique 2

- Une densitométrie osseuse biphotonique est réalisée :
  - En site lombaire T-score  $-2.8$
  - En site fémoral total T-score  $-1.9$

**Quelles informations complémentaires (cliniques, biologiques, radiologiques ou autres) recherchez-vous compte tenu de ce résultat ?**

# La démarche du médecin face à la découverte de l'ostéoporose



## Objectifs:

1) Eliminer les diagnostics différentiels:

**les ostéopathies fragilisantes malignes** (métastases, myélome, autres hémopathies..)

**les ostéopathies fragilisantes bénignes** (ostéomalacie, hyperparathyroïdie primitive et ostéodystrophie rénale)

2) Identifier les causes secondaires d'ostéoporose: **maladies ou facteurs de risque importants pour la prise en charge thérapeutique.**

# Ostéoporose : quelle démarche clinique ?

## Interrogatoire

- ATCD familiaux, personnels,
- circonstances de survenue de la fracture,
- corticothérapie,
- tabagisme, alcoolisme
- ...

## Examen clinique complet

- signes d'hypogonadisme
- examen cutané (mastocytose)
- taille, poids
- douleurs osseuses rachidiennes

# Ostéoporose masculine : quelle démarche radiologique ? *(recommandations ISCD 2007)*

Si ostéopénie, indication à vertebral fracture assesment en cas de :

- âge 80 ans et plus,
- perte de taille historique > 6 cm
- perte de taille prospective > 3 cm
- fracture vertébrale rapportée par le patient

Ou deux ou plus des critères suivants :

- âge entre 70 et 79 ans, FNV autorapportée, perte de taille historique entre 3 et 6 cm, orchidectomie, agoniste, LH-rH, PR, Maladie de Crohn..., corticothérapie  $\geq 5$  mg

# Evaluation de l'ostéoporose chez l'homme

- Calcémie, phosphorémie, créatinine, phosphatases alcalines, tests des fonctions hépatiques
- NFS, électrophorèse des protéines si âge >50 ans
- 25 OH vitamine D, PTH
- Testostérone totale, LH
- Calciurie et créatininurie des 24 h
- Autres selon les risques

Si étiologie non précisée :

- Faire en plus TSH, cortisolurie des 24 h, marqueurs du remodelage osseux
- Si testostérone abaissée, 2ème dosage avec testostérone biodisponible et SHBG.

## Cas clinique 2

- Chez cet homme de 68 kg, une calciurie des 24 heures 3j de suite est réalisée
  - J1 : 310 mg/24 h
  - J2 : 390 mg/24 h
  - J3 : 360 mg/24 h

**Commentez les résultats.**

# Hypercalciurie

- Calciurie  $>4$  mg/kg mesurée 3 j de suite avec :
  - Régime normocalcique : 1g de calcium/24 h
  - Régime normoprotidique : 70 g de protides /24 h
  - Régime normosodé : 3 à 6 g de NaCl/24h
- Le caractère rénal peut être affirmé si : calciurie  $> 3$  mg/24 h après test de restriction calcique

## Cas clinique 2

Quelles investigations biologiques auriez-vous proposées si la phosphatémie initiale était à 26 mg/l ?

# Tubulopathie proximale avec fuite phosphatée

- Existence de façon concomitante et à 3 reprises de :
  - Phosphatémie  $< 27$  mg/l
  - Clairance du phosphate  $> 15$  ml/mn
  - Seuil de réabsorption du phosphate ( $TmPO_4/GFR$ )  $< 0.8$  mmol/l

## Cas clinique 2

Quelles propositions thérapeutiques  
pourraient être faites dans cette situation ?

# Cas clinique 2

## Propositions thérapeutiques

- Phosphore per os
- Calcitriol 0.25 µg/jour, dose initiale
- Surveillance calcémie, calciurie (doit rester < 400 mg/l)