

CAS CLINIQUE

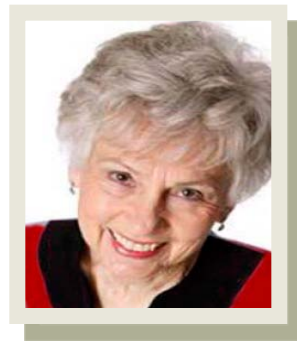
OSTEOPOROSE CORTISONIQUE



Florence Lévy –Weil
Centre Hospitalier d'Argenteuil
Congrès Synoviale Cap15
8 octobre 2010



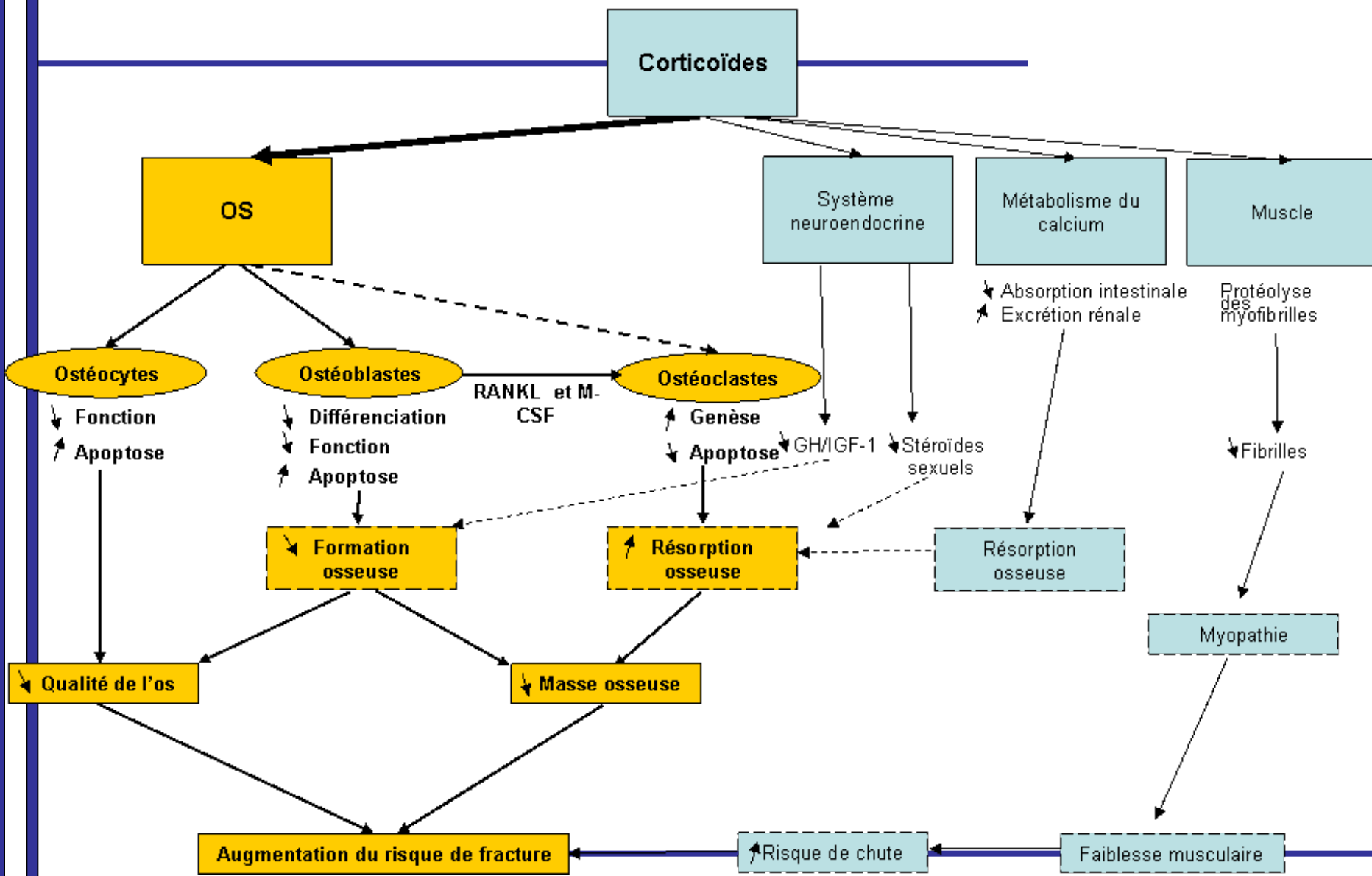
Histoire de la maladie



- Mme W. âgée de 65 ans
 - Antécédents :
 - diabète insulino-dépendant
 - tabac = 30 Paquets-Années (PA)
 - Diagnostic de maladie de Horton
 - Début d'une corticothérapie orale par prednisone à 0,7 mg/kg soit 40 mg/j
-

Physiopathologie

Ostéoporose Cortisonique




Quels sont les principaux facteurs de risque d'ostéoporose?

- Age
- Ménopause
- Corticothérapie +++ à fortes doses
- Maladie systémique active
- Tabagisme
- Diabète




Frax™: évaluation du risque absolu de fracture à 10 ans



HOME CALCULATION TOOL PAPER CHARTS FAQ REFERENCES Select a Language ▾

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	10. Secondary osteoporosis	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
Age: <input type="text"/> Date of birth: <input type="text"/> Y: <input type="text"/> M: <input type="text"/> D: <input type="text"/>	11. Alcohol 3 more units per day	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
2. Sex <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female	12. Femoral neck BMD	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Weight (kg) <input type="text"/>		<input type="text"/>
4. Height (cm) <input type="text"/>		<input type="text"/>
5. Previous fracture		<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
6. Parent fractured hip		<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
7. Current smoking		<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
8. Glucocorticoids		<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
9. Rheumatoid arthritis		<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes

Weight Conversion:
pound:

Height Conversion:
inch:

Quel bilan biologique demandez-vous ?

(Plusieurs réponses possibles)

1. Dosage de la calcémie, phosphorémie
2. Dosage de la calciurie
3. Dosage de la 25 OH Vit D
4. Dosage de la PTH
5. Dosage des CTX
6. Dosage de l'ostéocalcine / phosphatases alcalines osseuses



Quelles autres explorations demandez-vous ?

(Plusieurs réponses possibles)

1. Radiographie du rachis lombaire
2. Radiographie du rachis dorsal
3. Ostéodensitométrie
4. Ponction biopsie osseuse



Les résultats de la DMO

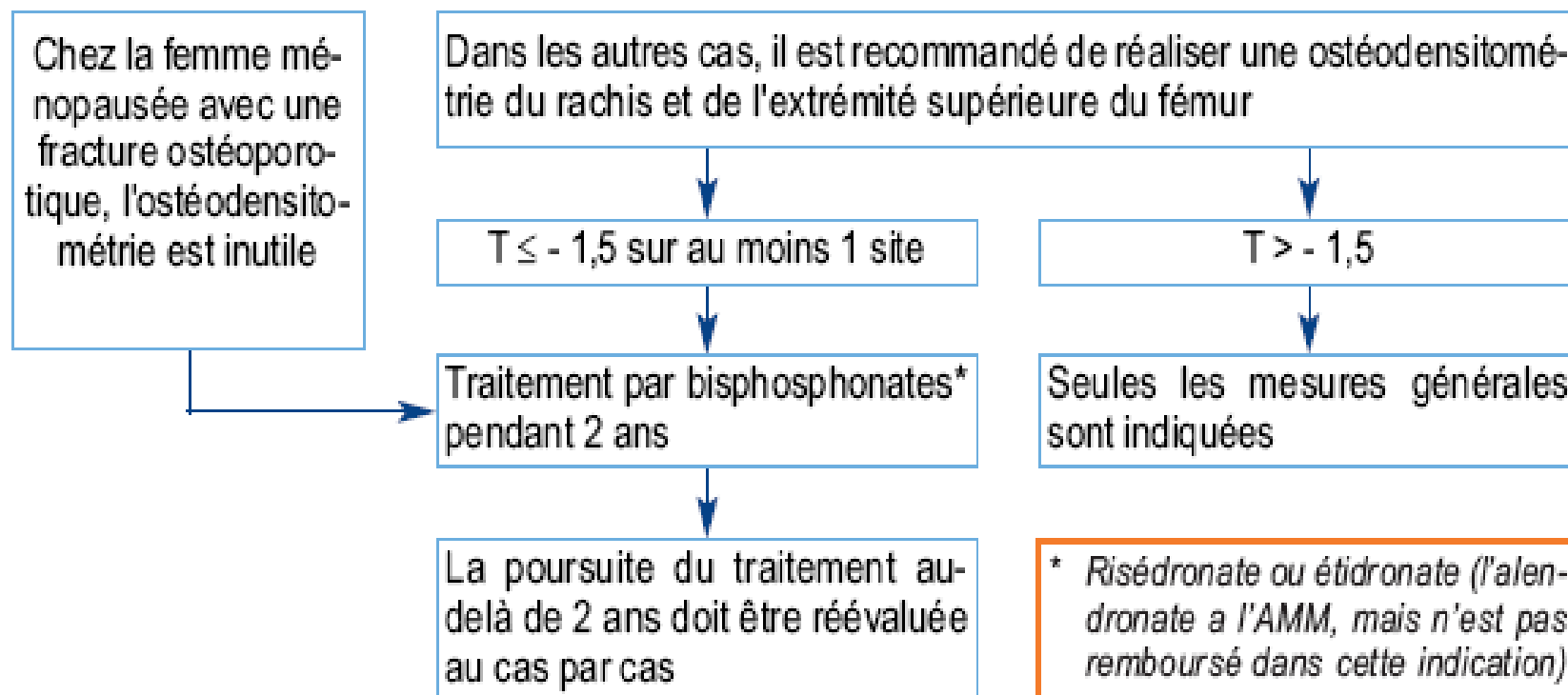
- T-score rachis lombaire = -2,2
- T-score col du fémur = -1,3
- T-score hanche totale = -1,5



Faut-il traiter?

Recommandations AFSSAPS 2003

En cas de corticothérapie en cours à dose supérieure ou égale à 7,5 mg/jour d'équivalent prednisonne pendant au moins 3 mois



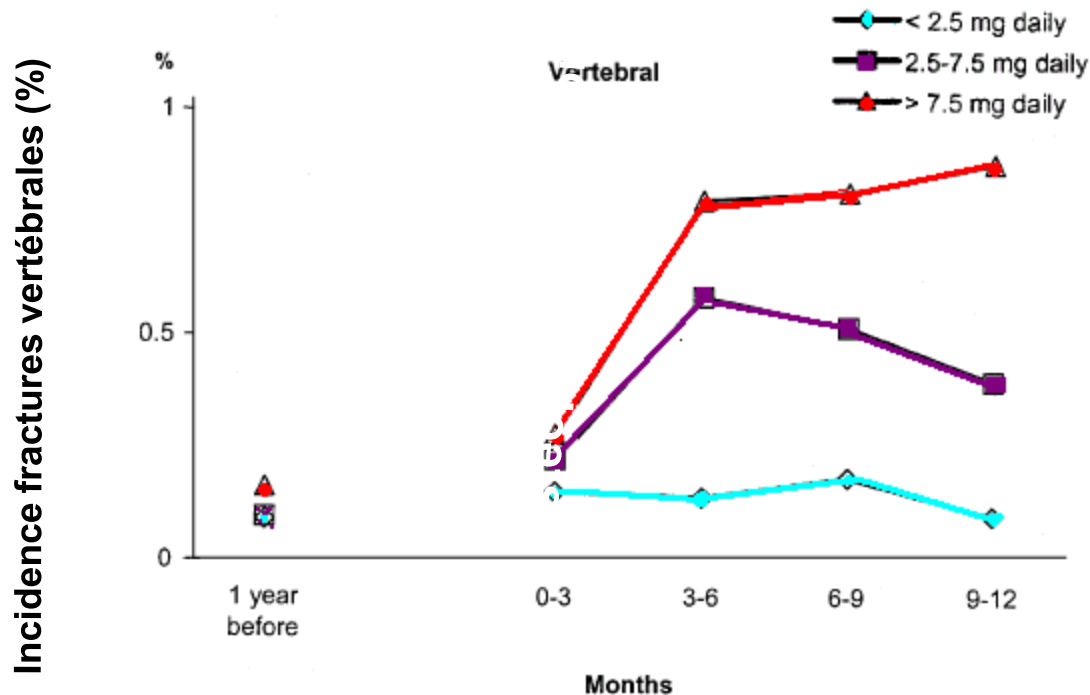
Une prévention de la perte osseuse est-elle nécessaire ?

- Femme ménopausée 65 ans
- Corticothérapie > 7,5 mg/j pendant plus de 3 mois
- DXA Tscore ≤ -1.5
- + Autres facteurs de risque

➤ oui

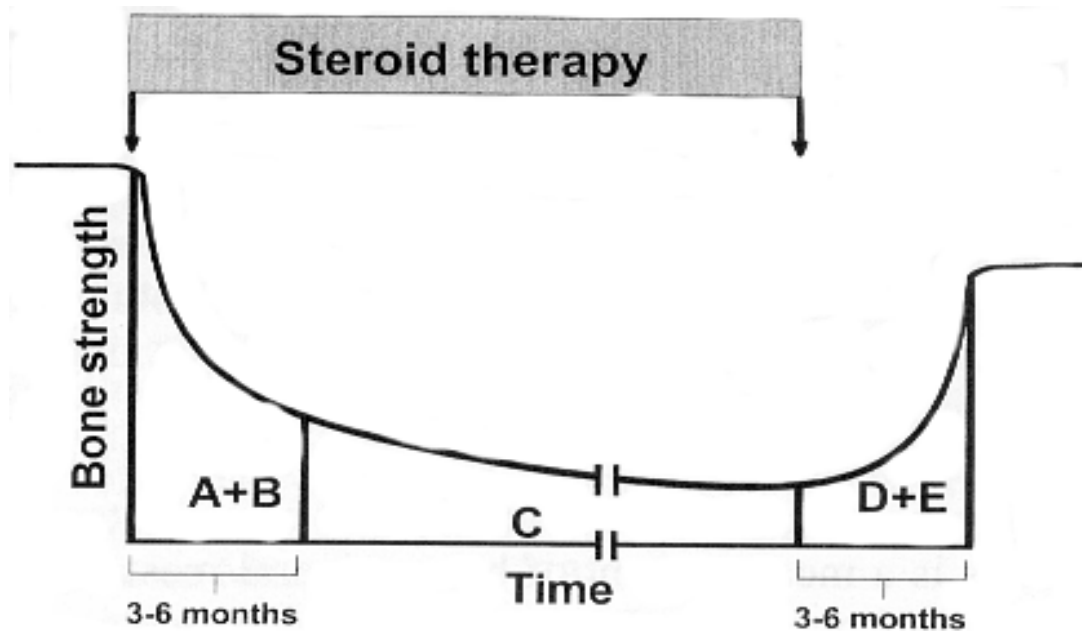


Le risque de fracture vertébrale augmente rapidement après le début de la corticothérapie et dépend de la dose



Ostéoporose cortico-induite

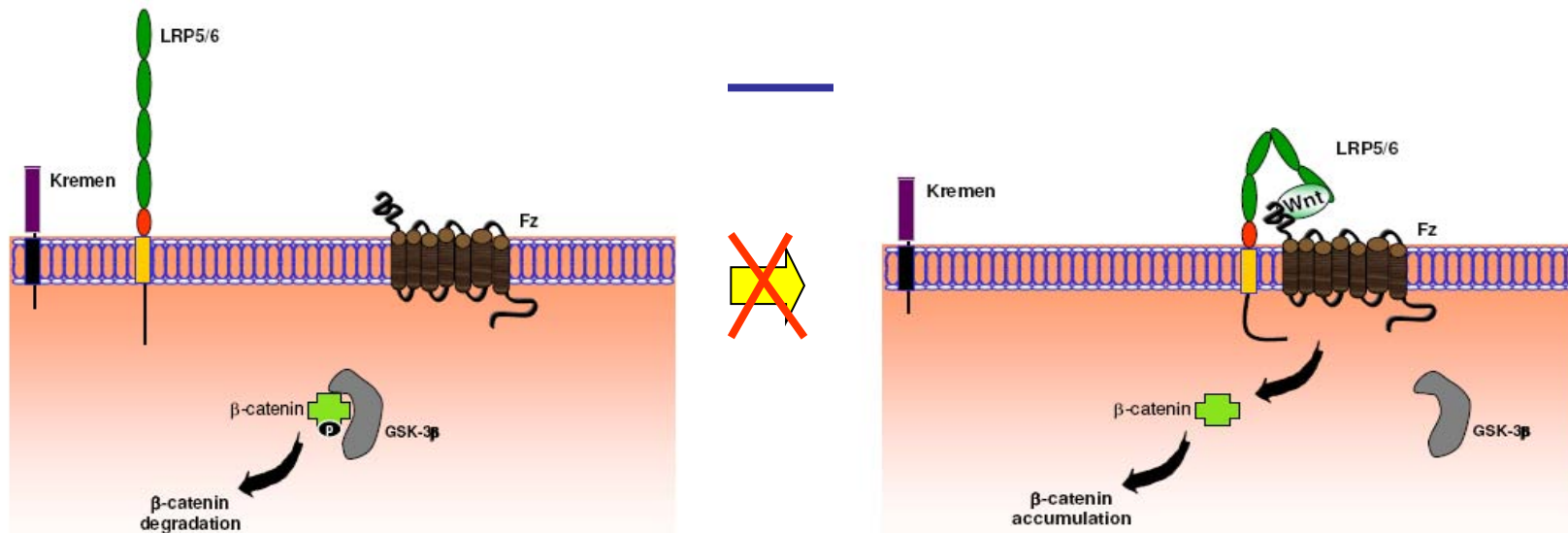
- Perte osseuse :
 - Prédomine sur l'os trabéculaire (DMO Lombaire ↓↓)
 - Variable d'un individu à l'autre
 - liée aux facteurs de risque propres au patient
 - Partiellement réversible



**Mme W préfère différer de quelques semaines
le traitement anti-ostéoporotique.
Que lui dites vous?**

- Non
 - Prévention à débiter dès l'introduction de la cortisone
-

Voie canonique Wnt / β caténine



Les corticoïdes inhibent la voie Wnt/ β caténine qui joue un rôle essentiel dans l'ostéoblastogénèse.

Quels sont les moyens thérapeutiques ?

1. Traitements anti-ostéoporotiques : choix d'un bisphosphonate ou du Teriparatide
 2. Calcium : 1 000 mg/j
 3. Correction de l'insuffisance en vitamine D : objectif taux de 25 OH Vit D > 30 ng/mL
 4. diminuer au maximum la corticothérapie
 5. Arrêt du tabac
-

Quelle surveillance ?

1. Taille, cyphose
2. Événement fracturaire
3. Tolérance du traitement
4. Pas d'intérêt des marqueurs du remodelage osseux
5. Ostéodensitométrie en fin de traitement



BACKUP



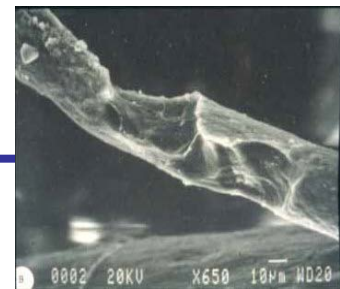
CAS CLINIQUE

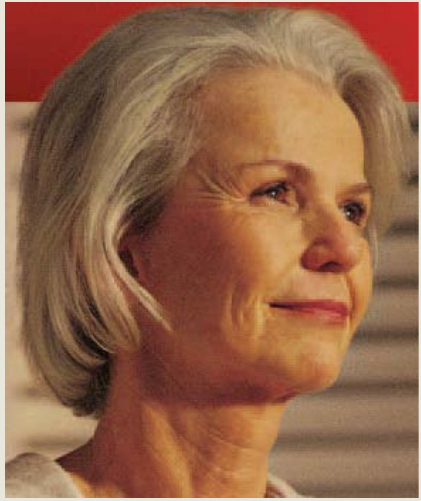
OSTEOPOROSE CORTISONIQUE



Florence Lévy –Weil
Centre Hospitalier d'Argenteuil
Congrès Synoviale Cap15

8 octobre 2010





Danielle – 68 ans

Ménopausée à l'âge de 52 ans

Sous THS pendant 14 ans

Fracture du poignet il y a 10 ans

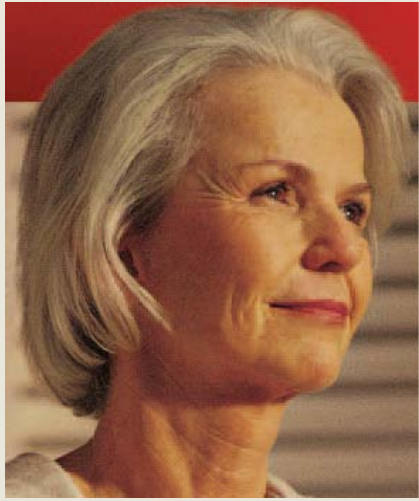
1^{ère} fracture vertébrale en D12 il y a 2 ans, sous traitement antirésorbeur depuis cette fracture

T-score lombaire : -2.8

T-score fémoral total : -1.8

A l'interrogatoire, Danielle souligne l'existence de douleurs lombaires depuis 1 mois.

Elle apporte sa radiographie récente en consultation



Réévaluation de son risque fracturaire

- Nouvelle fracture ?
Bilan radiographique récent : Fracture vertébrale ostéoporotique de L1
- Examen clinique : Perte de taille ?
Diminution de la taille de 3 cm



Avec une fracture du poignet et 2 fractures vertébrales malgré un traitement antirésorptif, la cascade fracturaire s'aggrave

Proposition thérapeutique?

Après avoir contrôlé le bilan biologique:

- Choix thérapeutique avec:
 - Ranélate de strontium
 - Tériparatide
 - Autre bisphosphonate
- Fonction des ATCD de la patiente, intolérances, contre-indications et observance supposée

12 mois plus tard,



- Mme W. consulte aux urgences pour dorso-lombalgies aiguës.
- Elle a régulièrement oublié son bisphosphonate.
- Des radiographies sont réalisées.

Que faites-vous ?

(Plusieurs réponses possibles)

1. Nouveau bilan complémentaire
2. Traitement par un autre bisphosphonate
3. Autre classe thérapeutique
4. Supplément de 1000 mg/jour calcium
5. Supplément en vit D
6. Autres mesures



Réponses



- 3 nouvelles fractures vertébrales
- Ecarter une origine maligne et une autre cause d'ostéoporose
- Arrêt du traitement en cours
- Changement de traitement
- Contention dorso-lombaire
- Antalgiques

Traitement proposé

- Tériparatide maximum 18 mois
- Supplémentation CavitD

Autres précautions:

- Apport protidique suffisant
 - Diminuer autant que possible la corticothérapie
 - Prévoir une mesure de DXA en fin de traitement
-