

BULLETIN SUR L'OSTÉOPOROSE

L'ostéoporose est une affection caractérisée par des os fragiles et un risque accru de fractures [1]. Certains facteurs peuvent fragiliser les os, comme une faible densité minérale osseuse et des os de petite taille, entre autres [1].

Les fractures sont la plus grande préoccupation au sujet des pensionnaires atteints d'ostéoporose. Celle-ci est souvent décrite comme une maladie « silencieuse », car le patient ne présente aucun symptôme clinique jusqu'à ce qu'une fracture se produise [4]. Les personnes atteintes subissent des fractures de fragilité (ou à traumatisme léger). Ce sont des fractures causées par une chute depuis la station debout ou une plus faible hauteur (c'est-à-dire un impact qui, normalement, ne causerait pas de fracture). Chez les patients atteints d'ostéoporose, les fractures les plus courantes sont les fractures vertébrales, du poignet et de la hanche [1].

FACTEURS DE RISQUE

- Âge avancé
- Antécédents personnels de fractures de fragilisation après l'âge de 40 ans
- Difformités causées par la compression non traumatique de vertèbres
- Traitement par glucocorticoïdes à long terme (> 3 mois)
- Faible poids corporel (< 58 kg)
- Antécédents familiaux de fracture de la hanche
- Tabagisme

Consommation excessive d'alcool
Problème médical limitant l'absorption de nutriments



AU CANADA, ENVIRON 1 FEMME SUR 4 ET 1 HOMME SUR 8 ÂGÉS DE PLUS DE 50 ANS SONT ATTEINTS D'OSTÉOPOROSE.

DIAGNOSTIC, SIGNES ET SYMPTÔME

La perte de masse osseuse se produit sans signes ou symptômes. Il n'y a aucune manifestation clinique de l'ostéoporose avant qu'une fracture se produise [6]. Un diagnostic d'ostéoporose peut être posé par dépistage ou lors d'une fracture de fragilisation [7]. Il peut être posé d'après un test de densité minérale osseuse (DMO) et une évaluation du risque [7]. Les résultats de ce test donnent le score T. Un score T \leq -2,5 indique la présence de l'ostéoporose, tandis qu'un score T entre -1,0 et -2,5 signifie une faible masse osseuse ou ostéopénie [7]. Les tests de densité minérale osseuse ont été recommandés chez les femmes de 65 ans et plus et chez les femmes ménopausées de moins de 65 ans présentant des facteurs de risque (voir ci-dessus) [7]. Les tests de routine ne sont généralement pas recommandés chez les hommes, sauf chez ceux présentant un haut risque de fracture (voir les facteurs de

risque ci-dessus) [8].

L'évaluation de l'ostéoporose doit également comprendre le dépistage des facteurs de risque. Divers outils existent pour évaluer ces risques (p. ex., l'outil FRAX : <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX>) [7].

Le dépistage basé sur les facteurs de risque est recommandé chez les femmes ménopausées, les hommes de plus de 60 ans et toute personne qui subit une fracture causée par un traumatisme léger [7].

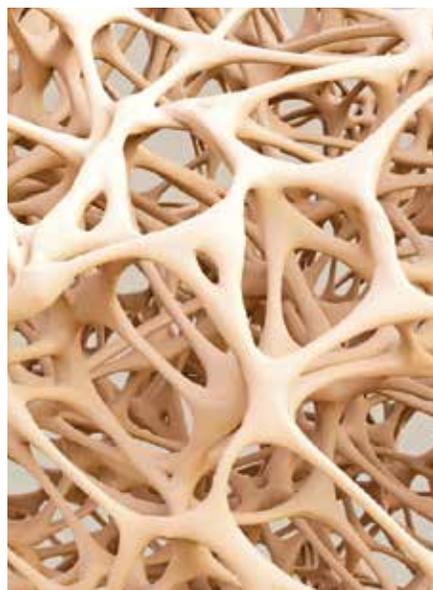
TREATMENT

PHARMACOTHÉRAPIE

Les lignes directrices recommandent que les pensionnaires considérés comme étant à risque élevé de fracture doivent recevoir une pharmacothérapie (voir le tableau 1) [9].

TABLEAU 1. Candidats au traitement pharmacologique contre l'ostéoporose (femmes ménopausées et hommes de 50 ans et plus) [10].

Antécédents de fracture vertébrale ou de la hanche
Score T \leq -2,5 du col du fémur ou de la colonne vertébrale (test de DMO mesurée par le DXA)
Score T du col du fémur ou de la colonne vertébrale entre -1 et -2,5 ET probabilité de fracture de la hanche sur 10 ans \geq 3 % ou probabilité de toute fracture liée à l'ostéoporose sur 10 ans \geq 20 % (p. ex., en se basant sur l'outil d'évaluation des risques de fractures [FRAX])



Les lignes directrices recommandent les bisphosphonates (voir tableau 2) comme traitement de première intention de l'ostéoporose [9,10]. Les bisphosphonates ne peuvent pas être utilisés chez les pensionnaires ayant une mauvaise fonction rénale (ClCr inférieure à 30 mL/min), de la difficulté à avaler ou une affection de l'œsophage [9]. Pour ces pensionnaires, on peut considérer le dénosumab (Prolia®) (voir tableau 2) [9,10]. Les autres options comprennent la téraparatide ou un modulateur sélectif des récepteurs estrogéniques (comme le raloxifène) [10]. Les décisions portant sur le traitement de l'ostéoporose doivent être prises en fonction de facteurs liés au pensionnaire (p. ex., la fonction rénale, la capacité à avaler, les objectifs des soins).

TABLEAU 2. Médicaments utilisés pour réduire le risque de fractures chez les pensionnaires atteints d'ostéoporose [9,11,12].

CLASSE PHARMACOLOGIQUE	EFFETS INDÉSIRABLES	COMMENTAIRES
Bisphosphonates Alendronate (Fosamax, Fosavance ^{MD}), risédronate (Actonel), acide zolédronique (Aclasta ^{MD})	Effets indésirables sur le tube digestif supérieur (reflux, œsophagite) : l'incidence est faible si les procédures d'administration sont respectées Ostéonécrose de la mâchoire (rare) Fractures atypiques du fémur (rare) Hypocalcémie (rare; plus courant avec médicament IV) Douleur musculo-squelettique (rare)	Les options orales (alendronate, risédronate) sont disponibles en doses hebdomadaires ou mensuelles; les doses IV (acide zolédronique) sont données une fois par an. Prendre les bisphosphonates par voie orale à jeun avec de l'eau plate et rester en position verticale pendant au moins 30 à 60 minutes après la prise (remarque : Actonel DR peut être pris avec de la nourriture ou une boisson). Les bisphosphonates pris par voie orale ne doivent pas être utilisés lorsque la clairance de la créatinine est inférieure à 30 mL/min, chez les pensionnaires atteints de dysphagie ou d'autres troubles œsophagiens, et chez ceux qui ne peuvent pas s'asseoir pendant au moins 30 minutes.
Denosumab (Prolia ^{MD})	Douleur musculo-squelettique Hypocalcémie (rare) Réactions cutanées (eczéma, cellulite - rare) Infections graves (rare)	N'est généralement pas recommandé en traitement de première intention, mais peut être considéré s'il y a des contre-indications associées aux bisphosphonates. Les pensionnaires atteints d'hypocalcémie ne doivent pas recevoir de dénosumab avant qu'elle soit corrigée.

PENSIONNAIRES À ESPÉRANCE DE VIE LIMITÉE

Les Recommandations en vue de la prévention des fractures dans les établissements de soins de longue durée de 2015 indiquent qu'il n'est probablement pas indiqué d'amorcer une pharmacothérapie chez les pensionnaires dont l'espérance de vie est limitée (< 1 an), car les bénéfices des pharmacothérapies peuvent prendre jusqu'à un an pour se manifester [9].

AUTRES INTERVENTIONS

Les pensionnaires recevant des bisphosphonates ou du dénosumab doivent avoir un apport optimal de calcium et de vitamine D [10]. Les Recommandations en vue de la prévention des fractures dans les établissements de soins de longue durée de 2015 recommandent un apport en calcium de 1 200 mg/jour (calcium élémentaire), qui peut être obtenu par l'alimentation ou des suppléments allant jusqu'à 500 mg de calcium élémentaire par jour si l'apport alimentaire en calcium est insuffisant [9]. L'apport recommandé en vitamine D est de 800-2000 UI par jour [9]. Chez les pensionnaires à risque élevé de fractures, on suggère également des stratégies de prévention des chutes qui peuvent comprendre l'exercice (équilibre et musculation), l'évaluation des médicaments, l'utilisation d'appareils fonctionnels et la réduction des dangers environnementaux [9].

PREVENTION

Les stratégies pour prévenir l'ostéoporose et les fractures comprennent des exercices avec mise en charge (30 minutes, la plupart des jours de la semaine), une alimentation adéquate (protéines, calcium, vitamine D), l'abandon du tabac et les stratégies de prévention des chutes [9,10].

References:

Manolagas S. Pathogenesis of osteoporosis [Internet]. 2017. Available from: www.uptodate.com; Zarowitz BJ, Cheng L-I, Allen C, O'Shea T, Stolshek B. Osteoporosis prevalence and characteristics of treated and untreated nursing home residents with osteoporosis. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2015 Apr;16(4):341-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25726417>; Zimmerman SI, Girman CJ, Buie VC, Chandler J, Hawkes W, Martin A, et al. The prevalence of osteoporosis in nursing home residents. Osteoporos Int [Internet]. 1999;9(2):151-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10367043>; Osteoporosis Canada. What is osteoporosis? [Internet]. 2017. Available from: <http://www.osteoporosis.ca/osteoporosis-and-you/what-is-osteoporosis/>; Osteoporosis Canada. Osteoporosis facts and statistics [Internet]. 2017. Available from: <http://www.osteoporosis.ca/osteoporosis-and-you/osteoporosis-facts-and-statistics/>; Rosen H, Drezner M. Clinical manifestations, diagnosis, and evaluation of osteoporosis in postmenopausal women [Internet]. 2017. Available from: www.uptodate.com; Lewiecki E. Osteoporotic fracture risk assessment [Internet]. 2017. Available from: www.uptodate.com; Rao S, Budhwar N, Ashfaq A. Osteoporosis in men. Am Fam Physician. 2010;82(5):503-8.; Papaioannou A, Santesso N, Morin SN, Feldman S, Adachi JD, Crilly R, et al. Recommendations for preventing fracture in long-term care. Cmaj. 2015;187(15):1135-44.; Rosen H, Drezner M. Overview of the management of osteoporosis in postmenopausal women [Internet]. 2017. Available from: www.uptodate.com; Rosen H. The use of bisphosphonates in postmenopausal women with osteoporosis [Internet]. UpToDate. 2017. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/the-use-of-bisphosphonates-in-postmenopausal-women-with-osteoporosis>; Rosen H. Denosumab for osteoporosis [Internet]. 2017. Available from: www.uptodate.com