



## Quand dépister et comment diagnostiquer l'ostéoporose post-ménopausique ?

L'ostéoporose est une des causes de fragilité osseuse chez la femme âgée, responsable de nombreuses fractures. Une synthèse de la revue *Prescrire*<sup>1</sup> faite à partir de 4 documents issus du Canada, de France, de l'OMS et des pays scandinaves soulignait 3 points : **il existe une population « à risque fracturaire », qu'il est important de détecter cliniquement ; la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) ne permet pas, à elle seule, de prédire le risque personnel ; l'estrogénothérapie substitutive de la ménopause (THS) est le traitement médicamenteux préventif de première intention des fractures ostéoporotiques, sous condition d'une durée suffisante et d'une bonne observance.** Ces conclusions, toujours valables, doivent être réanalysées à la lumière études récentes sur le THS<sup>2</sup> et les autres classes médicamenteuses (modulateurs sélectifs des récepteurs des estrogènes et biphosphonates). Une revue de la littérature<sup>3</sup> et des recommandations de l'*US preventive task force (USPTF)*<sup>4</sup> ont actualisé les données en 2002.

### Quel est le risque fracturaire lié à l'ostéoporose ?

Selon les données épidémiologiques américaines<sup>4</sup>, une femme ostéoporotique sur 2 souffrira d'une fracture au cours de sa vie, tassement vertébral pour 25% d'entre elles, fracture du col du fémur, souvent cause de mortalité ou de dépendance, pour 15%. L'INSERM, en France, proposait une estimation sensiblement équivalente<sup>n1</sup>.

**Quelle est la définition de l'ostéoporose ?** C'est à la fois une perte de masse et une détérioration de l'architecture osseuse, les deux concourant à la fragilisation de l'os et donc au risque fracturaire. La mesure de la DMO, par quelque méthode que ce soit, ne suffit donc pas à faire le diagnostic. Mais selon l'OMS, une DMO inférieure de 2,5 déviations standard par rapport à la moyenne d'une population adulte jeune témoigne d'un haut risque fracturaire.

**Quelle est la fiabilité des techniques de mesure de la DMO ?** Les techniques de mesure sont assez sensibles mais peu spécifiques. Même avec l'absorptiométrie biphotonique, technique de référence, la fréquence d'ostéoporose diagnostiquée chez les mêmes patientes peut passer de 6 à 15% selon les machines utilisées et les sites testés. Le nombre de faux positifs et faux négatifs n'est pas négligeable<sup>4</sup>. Pour la prédiction du risque de fracture de hanche, le site de mesure le plus fiable est le col fémoral, qui est également performant pour prédire les autres fractures. Il est inutile de répéter l'examen avant 2 ans, délai nécessaire à une modification de l'image obtenue ; 5 ans est probablement une durée plus adéquate.

**Faut-il dépister, et quelle population ?** Aucune étude n'a démontré l'intérêt du dépistage de l'ostéoporose en soi, aucun dépistage n'a été réalisé en population générale<sup>4</sup>. Mais de très nombreuses études ont évalué les associations entre facteurs de risque cliniques, DMO basse et survenue de fractures. **Les facteurs de risque cliniques**, notamment de fracture de hanche, sont les suivants :

- Age : le risque augmente régulièrement à partir de 50 ans (il est multiplié par 8 entre 45 et 85 ans) ;
- Faible poids et grande taille (P < 60 kg ou BMI < 19) ;

**En pratique, le dépistage du risque fracturaire par mesure de la DMO peut être recommandé entre 60 et 65 ans en fonction de critères cliniques, et après 65 ans chez toutes les femmes.** Avant 60 ans, il n'a aucun intérêt à titre systématique, en l'absence de facteurs de risques cliniquement décelables, par exemple avant la prescription d'un THS, et doit rester individualisé. Bien que reflet imparfait de la réalité de la fragilité osseuse, la mesure de la DMO permet une approche du risque. Elle ne doit pas être répétée avant 2 à 5 ans. En France, cet examen n'est toujours pas inscrit à la nomenclature des actes remboursables.

**Restent les données actuelles sur la prise en charge du risque fracturaire chez la femme ménopausée** qui ne se limite ni au diagnostic de l'ostéoporose, ni à son traitement. Nous y reviendrons.

1 - Prescrire-Rédaction. Prévention des fractures de la femme âgée. Rev Presc 1998 ; 183 : 291-7.

2 - Collectif. Après les dernières études, que penser du traitement hormonal substitutif de la ménopause ? Bibliomed 2002 : 275.

3 - US Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis in post-menopausal women. Recommendations and rationale. Ann Intern Med 2002 ; 137 : 526-29.

4 - Nelson HD et al. Screening for osteoporosis in post-menopausal women. A review of the evidence. Ann Intern Med 2002 ; 137 : 529-41.

**Mots-clé :** Ménopause, ostéoporose, facteur de risque, ostéodensitométrie.

- Absence d'estrogénothérapie substitutive ;
- Antécédents personnels (fracture spontanée) ou familiaux (fractures ostéoporotiques chez la mère ou grand mère) ;
- Apport insuffisant de calcium et de vitamine D ;
- Maladies chroniques (dont le diabète) ;
- Corticothérapie prolongée au delà de 3 mois ;
- Activité physique insuffisante ;
- Alcoolisme et/ou tabagisme, abus de café ;
- Célibat et éducation secondaire ou au delà...
- Ménopause précoce (dont postchirurgicale avant 45 ans),
- Multiparité  $\geq$  5 enfants.

Divers scores ont été établis à partir de ces critères. Outre l'âge, un BMI < 19 est le prédicteur le plus fiable du risque .

**Quels sont les résultats chiffrés du dépistage ?** A partir des résultats des études, les auteurs ont évalué sur des cohortes hypothétiques les nombres nécessaires à dépister ou à traiter. Pour 10 000 femmes de 65 à 69 ans, la mesure de la DMO en décèlerait 1 200 à haut risque. Les traiter pendant 5 ans éviterait 14 fractures de hanche et 40 fractures vertébrales. En d'autres termes, pour éviter une fracture de hanche, il faut dépister 731 femmes et en traiter 88 ; pour éviter une fracture vertébrale, 248 et 30. Ces chiffres sont bien plus importants chez des femmes plus jeunes. Mais si on ajoute à l'âge deux autres facteurs de risque (BMI bas et non usage du THS), la probabilité d'une DMO basse entre 60 et 64 ans est doublée, le risque de fracture augmenté de 70%. Le bénéfice du dépistage est alors voisin de celui des femmes de 65 à 69 ans.

**L'USPTF recommande le dépistage de l'ostéoporose à partir de 65 ans chez toutes les femmes, et à partir de 60 ans chez les femmes à risques<sup>3</sup>** (recommandation de grade B). Elle ne se prononce pas pour les femmes de moins de 60 ans, même en cas de facteurs de risque. En effet, le diagnostic d'ostéoporose peut induire une anxiété et un sentiment de vulnérabilité altérant considérablement la qualité de vie. Or, avant 60 ans, Il faudrait dépister près de 10 000 femmes pour prévenir une fracture de hanche, et près de 2 000 pour une fracture vertébrale.