



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*¹ 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 THS² et les autres classes médicamenteuses (modulateurs sélectifs des récepteurs des estrogènes et biphosphonates). Une revue de la littérature³ et des recommandations de l'*US preventive task force (USPTF)*⁴ ont actualisé les données en 2002.

Quel est le risque fracturaire lié à l'ostéoporose ?

Selon les données épidémiologiques américaines⁴, 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 équivalenteⁿ¹.

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 négligeable⁴. 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 générale⁴. 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.