

Mme Aubin souffre-t-elle d'ostéoporose?

Le cas de Mme Aubin

Mars 2008 : Mme Aubin, âgée de 75 ans et en bonne santé générale, consulte pour son suivi médical annuel. Elle est plutôt sédentaire mais a profité des plaisirs de l'hiver en allant patiner lors du Carnaval de Québec. Elle s'est alors fracturé le poignet, ce qui l'a découragé de poursuivre les sports d'hiver.

- Mme Aubin est ménopausée depuis plusieurs années et n'a aucune bouffée de chaleur;
- Depuis l'âge de 30 ans, elle fume environ un paquet de cigarettes par jour;
- Elle ne prend aucun médicament, sauf des vitamines avec du calcium et de la vitamine D.

Son examen physique

- Elle mesure 1 m 60 et pèse 65 kg;
- Son IMC est de 25,4;
- Le reste de l'examen physique est sans particularité.

À ce stade, on doit éliminer les facteurs de risque d'ostéoporose : Mme Aubin n'a jamais eu d'écrasement vertébral (confirmé par un maintien de sa taille), ni d'antécédents familiaux d'ostéoporose, et elle n'a jamais pris de glucocorticoïdes pendant plus de trois mois. Toutefois, lors de sa chute, elle a subi une fracture de fragilisation alors qu'elle patinait à faible vitesse. Son âge constitue également un facteur de risque majeur.

Mme Aubin est-elle atteinte d'ostéoporose?



Le Dr **Fournier** est médecin de famille à la Clinique médicale Cadillac et directeur adjoint du Bureau de formation professionnelle continue de l'Université de Montréal.

Quels sont les facteurs de risque d'ostéoporose?

On classe les facteurs de risque en deux catégories, soit les majeurs et les mineurs. Tout patient devrait recevoir une évaluation des facteurs de risque d'ostéoporose à l'âge de 50 ans, afin de déterminer s'il doit subir une ostéodensitométrie.

Les facteurs de risque majeurs

- Âge (65 ans ou plus);
- Écrasement vertébral;
- Fracture à la suite d'un traumatisme mineur après l'âge de 40 ans;
- Antécédent familial de fractures ostéoporotiques (surtout si la mère a eu une fracture de la hanche);
- Thérapie systémique et continue aux glucocorticoïdes (prednisone) pendant plus de trois mois;
- Conditions médicales (comme une maladie cœliaque ou de Crohn) inhibant l'absorption des nutriments;
- Hyperparathyroïdie primaire;
- Tendance à faire des chutes;
- Ostéopénie visible aux radiographies;
- Hypogonadisme (faible taux de testostérone chez les hommes, arrêt des menstruations chez les jeunes femmes);
- Ménopause précoce (avant l'âge de 45 ans).

Les facteurs de risque mineurs

- Arthrite rhumatoïde;
- Hyperthyroïdie;
- Utilisation prolongée d'héparine;
- Poids corporel inférieur à 57 kg (125 livres);
- Poids actuel inférieur (plus de 10 %) au poids à l'âge de 25 ans;
- Faible consommation de calcium;

Tableau 1

Résultats de l'ostéodensitométrie

Colonne lombaire			
Région	DMO g/cm ²	Adulte jeune (score T)	Adulte âge égal (score Z)
L1	1,297	1,4	3,2
L2	1,330	1,1	2,9
L3	1,437	2,0	3,8
L4	1,334	1,1	2,9
L2-L4	1,370	1,4	3,2
Col fémoral			
Région	DMO g/cm ²	Adulte jeune (score T)	Adulte âge égal (score Z)
Col fémoral	0,853	-1,1	0,8
Partie	0,678	-1,2	0,6
Ward	0,569	-2,6	-0,2
Trochanter	0,762	-0,3	0,9
Diaph	1,159	-	-
Total	0,939	-0,5	1,2

- Consommation excessive de caféine (boire de façon constante plus de quatre tasses par jour de café, de cola ou de boisson énergisante);
- Consommation excessive d'alcool (boire de façon constante plus de deux verres par jour);
- Tabagisme.

Si le patient a plus de 50 ans et qu'il présente au moins un facteur de risque majeur ou deux facteurs de risque mineurs et plus, il est recommandé de procéder à un dépistage de l'ostéoporose.

Quel type de bilan sanguin et quels examens doit-on effectuer?

Dans le cas de Mme Aubin, il faut éliminer une cause secondaire d'ostéoporose et faire un bilan incluant :

- une formule sanguine complète;
- une calcémie;
- une phosphatase alcaline;
- une créatinine;
- une électrophorèse des protéines;
- une TSH;
- un dosage de la vitamine D et de la PTH;
- une calciurie des 24 heures;

- une radiographie de la colonne dorsolombaire et une ostéodensitométrie.

Les résultats d'examens de Mme Aubin

- Son bilan biochimique se situe dans les limites normales.
- Sa radiographie de la colonne montre :
 - la présence d'une attitude cyphotique du rachis centrée à la jonction dorsolombaire;
 - une ostéopénie diffuse;
 - la présence d'un pincement modéré de l'espace L5-S1;
 - une ostéophytose antérieure multi-étagée avec une arthrose facettaire de L2 à S1.
- La densité osseuse de la colonne vertébrale est interprétée comme étant normale comparativement à un jeune adulte, mais elle s'avère élevée pour son âge. On mentionne que ce résultat peut être élevé à cause de sclérose en plaques ou de changements dégénératifs.
- Au col du fémur, on mentionne qu'elle est légèrement ostéopénique (tableau 1).

Tableau 2

Risque fracturaire sur 10 ans chez les femmes

Âge (années)	Risque faible < 10 %	Risque modéré 10 à 20 %	Risque élevé > 20 %
	←----- Plus bas score T ----->		
	Colonne lombaire, hanche totale, col fémoral, trochanter		
50	> -2,3	-2,3 à -3,9	< -3,9
55	> -1,9	-1,9 à -3,4	< -3,4
60	> -1,4	-1,4 à -3,0	< -3,0
65	> -1,0	-1,0 à -2,6	< -2,6
70	> -0,8	-0,8 à -2,2	< -2,2
75	> -0,7	-0,7 à -2,1	< -2,1
80	> -0,6	-0,6 à -2,0	< -2,0
85	> -0,7	-0,7 à -2,2	< -2,2

Souffre-t-elle d'ostéopénie et/ou d'ostéoporose?

Il ne faut pas se fier uniquement à l'interprétation de la radiographie et de la densité osseuse de Mme Aubin démontrant une ostéopénie. Ainsi, en estimant son risque fracturaire à l'aide du tableau 2, on constate que celui-ci est modéré; la présence de la fracture de fragilisation faite lors de sa chute en patin confirme qu'elle souffre d'ostéoporose nécessitant un traitement médical. En effet, la présence de fracture ou d'une prise de glucocorticoïdes depuis plus de trois mois constituent un risque élevé et systématique d'ostéoporose.

Quel traitement choisir?

Le traitement non pharmacologique

Tout d'abord, les mesures non pharmacologiques sont :

- l'arrêt du tabagisme;
- l'exercice physique tel que la marche trois fois par semaine;
- l'augmentation du calcium à 1 500 mg par jour;
- la prise de vitamine D à 800 UI et plus provenant de l'alimentation ou de la prise de suppléments;
- l'évitement maximal des chutes.

Le traitement pharmacologique

Pour le traitement pharmacologique, plusieurs options sont disponibles telles que :

- les biphosphonates;
- les modulateurs des récepteurs œstrogéniques;
- la calcitonine;
- l'hormonothérapie;
- les dérivés de la parathormone.

Conclusion du cas de Mme Aubin

Pour Mme Aubin, un traitement avec le risédronate 35 mg une fois par semaine a été débuté et sera poursuivi indéfiniment. Un contrôle de l'ostéodensitométrie afin d'évaluer la réponse au traitement sera effectué dans deux ans.

Pour le moment, Mme Aubin s'est inscrite au club de marche de sa ville et se tient loin des surfaces glacées! *Clin*