

« L'ostéoporose, une épidémie silencieuse »

Vendredi 9 Juin 2006

Contacts Presse :

Roche : Laurence Seguillon – Meryll Mourau

Tel : 01 46 40 53 12 – Fax : 01 46 40 54 32

E-mail : laurence.seguillon-pignard@roche.com - meryll.mourau@roche.com

Laboratoire GlaxoSmithKline : Florence PARIS – Fanny ALLAIRE

Tél : 01.39.17.90.85 – Fax : 01.39.17.86.56

E-mail : florence.f.paris@gsk.com – fanny.m.allaire@gsk.com

Programme

Actualités 2006 : Ostéoporose, DMO et remboursement ?

Pr Christian Roux, CHU Cochin Paris

Nouvelles avancées thérapeutiques dans le traitement de l'ostéoporose

Pr Bernard Cortet, CHU Lille

Actualités 2006 : Ostéoporose, DMO et Remboursement ?

Professeur Christian ROUX
Université Paris V – hôpital Cochin, service de Rhumatologie, PARIS

L'ostéoporose est la plus fréquente des maladies osseuses, et est devenue un véritable enjeu de Santé Publique compte tenu de sa fréquence et des complications potentiellement graves des fractures dont elle augmente le risque. Il existe un véritable engagement institutionnel contre l'ostéoporose :

- loi de Santé Publique demandant la réduction de 10 % de l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur (avant 2008...)
- recommandations de l'AFSSAPS sur les traitements de l'ostéoporose publiées en janvier 2006
- réglementation du contrôle de qualité des densitomètres par absorptiométrie biphotonique par l'AFSSAPS publiée au Journal Officiel de juin 2005
- indications de la densitométrie en cours de publication par l'HAS
- remboursement de la densitométrie annoncé par le Ministre de la Santé Xavier Bertrand, à trois reprises, et attendu pour le 1^{er} juillet 2006.

Cet engagement institutionnel est cohérent avec 3 éléments à disposition des praticiens : les nouvelles données épidémiologiques de l'ostéoporose, la meilleure évaluation du risque individuel de fracture, et la démonstration de l'efficacité des médicaments.

La gravité de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur est bien connue avec 15 à 20 % de surmortalité dans les années suivant l'événement fracturaire, et chez les survivants, 30 % de patients institutionnalisés, et souvent perte au moins partielle de l'indépendance. Les chiffres généralement publiés sur les fractures ostéoporotiques sous-estiment la plus fréquente d'entre elles : la fracture vertébrale. Cette fracture s'accompagne d'une surmortalité aujourd'hui mieux évaluée, et d'une morbidité importante (douleurs chroniques du rachis, perte de taille, réduction des capacités fonctionnelles, diminution de la qualité de vie). Surtout, cette fracture est un événement sentinelle, qui indique un haut risque de récurrence fracturaire, vertébrale, mais aussi périphérique, et en particulier de l'extrémité supérieure du fémur. Beaucoup d'études épidémiologiques soulignent la mauvaise reconnaissance de cette fracture, qui est souvent appelée tassement, et négligée en l'absence de douleurs aiguës.

La densitométrie est l'élément clé de la prise en charge des patientes ostéoporotiques car c'est un examen fiable, précis, et reproductible, permettant d'évaluer la masse osseuse, et sa diminution. L'altération de ce paramètre n'est toutefois qu'un des éléments de la fragilité osseuse, et la décision thérapeutique ne peut pas reposer, sauf situation caricaturale, uniquement sur la mesure de densité osseuse. De nombreux facteurs de risque de l'ostéoporose existent, et la décision thérapeutique repose sur les facteurs de risque de fracture, qui comportent des éléments intrinsèques et extrinsèques du tissu osseux. Des algorithmes de décision, et des index de risque fracturaire, très proches de ceux utilisés dans les maladies vasculaires, sont en cours d'élaboration.

Les praticiens ont désormais les outils à disposition pour le bon usage de la densitométrie et des médicaments. L'efficacité désormais démontrée de plusieurs traitements anti-ostéoporotiques justifie cette démarche de qualité des soins.

Nouvelles avancées thérapeutiques dans le traitement de l'ostéoporose

Pr Bernard CORTET
Département Universitaire de Rhumatologie
CHU Lille

1. Le traitement de l'ostéoporose fait appel à une prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse.
2. La prise en charge non médicamenteuse comprend une lutte contre les facteurs de risque de fracture (tabac et alcool ++++) et le maintien d'une activité physique régulière. Seules les activités en charge (contact du pied avec le sol) exercent un effet protecteur sur le plan osseux. La plus simple est représentée par la marche à pied qu'il convient de pratiquer minimalement une demie heure trois fois par semaine.
3. Il convient avant la mise en œuvre d'un traitement anti-ostéoporotique de s'assurer que le statut vitamino-calcique est satisfaisant. Si tel n'est pas le cas, il faut optimiser la ration calcique journalière et avoir recours à de la vitamine D.
4. Les traitements anti-ostéoporotiques agissent soit en inhibant la résorption osseuse (c'est-à-dire en détruisant les cellules – ostéoclastes - qui physiologiquement détruisent l'os), soit en stimulant la formation osseuse, soit en faisant intervenir les deux mécanismes simultanément.
5. Compte tenu du rapport bénéfice risque du traitement hormonal de la ménopause évalué par le biais de nombreuses études, sa place est limitée dans la prise en charge de l'ostéoporose. Il ne peut se concevoir que chez les patientes jeunes (moins de 60 ans) dont la densité osseuse est abaissée. Il convient en outre que la patiente ait des troubles climatériques liés à la carence en estrogènes. La prise en charge de la ménopause est différente de celle de l'ostéoporose.
6. Les traitements à notre disposition permettent de diminuer d'environ 40 % à 60 % le risque de fractures vertébrales et d'environ 20 % le risque de fractures périphériques. Certains ont démontré qu'ils réduisent le risque de fractures de hanche.
7. Les choix thérapeutiques sont fonction de l'efficacité de la molécule, de sa tolérance, des conditions d'administration du produit et de son mécanisme d'action.
8. La durée optimale des traitements anti-ostéoporotiques est de 4 à 5 ans au vu des données de la littérature. Un traitement plus prolongé peut se discuter lorsqu'il existe de nombreux facteurs de risque de fracture.
9. L'observance des traitements anti-ostéoporotiques est en règle générale médiocre notamment en ce qui concerne les bisphosphonates. Celle-ci n'est que de 50 % après un an de traitement.