

Conduite à tenir chez une femme en début de ménopause présentant une ostéopénie



→ M. LAROCHE
Centre
de Rhumatologie,
CHU Purpan,
TOULOUSE.

de -1,1 est totalement différent de celui d'une femme présentant un T-score à -2,4 [3]. Cette hétérogénéité est illustrée par le suivi de la cohorte Minos, cohorte toulousaine de femmes ménopausées suivies dix ans, présentée au Congrès français de rhumatologie en 2010.

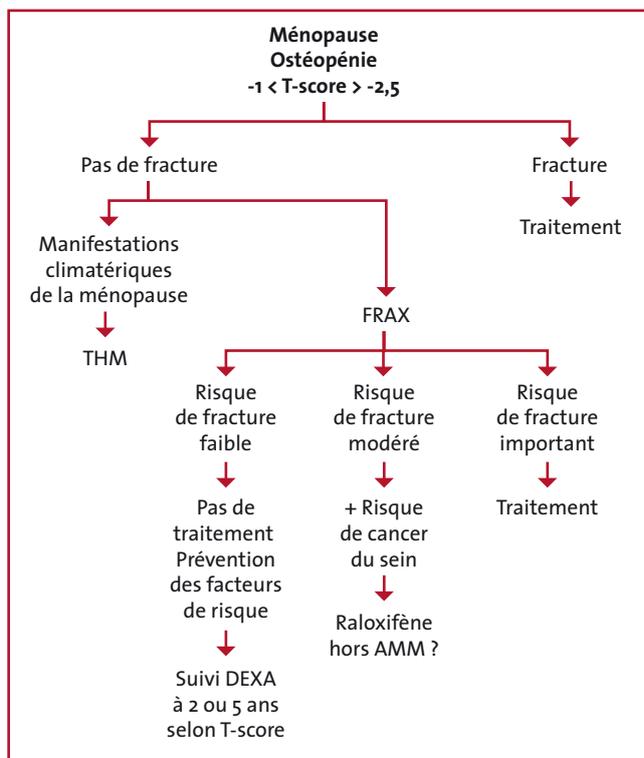
Ces femmes bénéficiaient d'une ostéodensitométrie à l'inclusion et dix ans après en moyenne. Les fractures étaient répertoriées. 2 150 femmes ont pu être suivies dont 713 n'étaient pas traitées. Ces femmes de 54 ans étaient ménopausées depuis 5,2 ans. 50,2 % étaient ostéopéniques à l'inclusion. 62 % de ces femmes sont toujours ostéopéniques, dix ans après. 33 % sont devenues ostéoporotiques, 12 % ont eu une fracture ostéoporotique. La grande majorité des femmes qui se fracturent

Définition de l'ostéopénie

L'ostéopénie se définit à partir de l'ostéodensitométrie et du T-score que cet examen permet d'établir. Le T-score, exprimé en déviations standard, consiste à comparer la densité minérale osseuse de votre malade à celle d'une jeune femme où la masse osseuse est maximum. Ceci au rachis, au col du fémur et à la hanche totale. On tient compte du site où la densité minérale osseuse (DMO) est la plus basse. La DMO est considérée comme normale lorsque le T-score est supérieur à -1, **la malade est ostéopénique lorsque le T-score est compris entre -1 et -2,5** et ostéoporotique lorsque le T-score est inférieur à -2,5 [1].

Hétérogénéité de l'ostéopénie

Cette définition densitométrique de l'OMS est basée sur les corrélations objectivées par de nombreuses études entre les données densitométriques et le risque fracturaire [2]. On observe tout d'abord que l'ostéopénie concerne un groupe très hétérogène de femmes. Indépendamment de tout autre facteur, le risque fracturaire d'une femme dont le T-score est



ou deviennent densitométriquement ostéoporotiques sont des femmes dont le T-score était inférieur à -2. On ne peut donc définir une conduite à tenir cohérente basée uniquement sur cette notion d'ostéopénie. Il faudra raisonner en fonction des données densitométriques, mais aussi en fonction du contexte clinique.

Plusieurs circonstances peuvent alors être envisagées

>>> **La malade a eu une fracture a-traumatique**, par chute de sa hauteur, poignet par exemple, et c'est à ce propos que la DEXA est demandée : cette malade doit bénéficier d'un traitement anti-ostéoporotique.

>>> **La patiente, récemment ménopausée, présente des manifestations climatériques ou d'autres désagréments** : polyalgies, irritabilité, sécheresse muqueuse, en partie attribuées à la carence estrogénique. Un traitement hormonal pourra lui être proposé sur une durée limitée de quatre à cinq ans, compte tenu du risque de néoplasie mammaire induit. Le traitement ne sera débuté que si la mammographie est normale. Le traitement comportant des doses suffisantes d'estrogènes aura une action préventive sur la perte osseuse et permettra même, dans les premières années, un gain densitométrique modéré. Ce traitement hormonal sera d'autant plus proposé que la ménopause sera précoce.

>>> **La patiente ne souhaite pas de traitement hormonal de la ménopause ou il existe une contre-indication à la prescription de celui-ci** : la détermination du score FRAX est utile. En effet, le résultat de la densitométrie est fortement corrélé au risque fracturaire, mais ne l'explique pas entièrement. Ce risque dépend aussi d'autres facteurs : âge, risque de chute, maladies associées, tabagisme, alcoolisme, antécédents familiaux, etc. Le score FRAX, validé par de longs travaux à partir d'études de cohortes, permet d'intégrer ces facteurs de risque, de les pondérer entre eux et détermine le risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur et de fractures ostéoporotiques majeures à 10 ans [4]. Il suffit d'aller, via Internet, sur Google, de taper FRAX et calculer ainsi ce score pour une malade donnée. Cela permettra de démontrer à une femme ayant un T-score à -1,5, sans autre facteur de risque, que son risque de fracture est vraiment minime. La patiente sera rassurée.

On mettra l'accent sur la pratique d'une activité physique régulière en privilégiant les sports en charge. Quelques études démontrent que la pratique d'une activité physique permet de stabiliser ou d'améliorer la densité minérale osseuse. L'activité physique a probablement une action favorable sur l'architecture osseuse, difficile à évaluer actuellement in vivo, et une

action favorable sur la tonicité musculaire essentielle à la prévention des chutes.

Des apports suffisants de calcium seront conseillés : 800 mg à 1 g/jour, et on s'assurera que le taux de vitamine D soit suffisant. Le seuil de 20 ng/L proposé par les experts américains de l'IOM [5] me semble adéquat. Le taux de vitamine D doit être interprété en fonction de la saison. Une malade ayant 20 ng/mL de 25OHD au mois d'octobre sera obligatoirement carencée au mois de février ; à l'inverse, une femme ayant 15 ng au mois d'avril, s'exposant normalement au soleil, aura une valeur normale en juin, sans supplémentation. L'alcoolisme excessif et le tabagisme devront être stoppés.

>>> **La malade a de 50 à 60 ans, des antécédents familiaux de cancer du sein, d'autres facteurs de risque de fracture et n'a pas de bouffées de chaleur**. On peut envisager la prescription de raloxifène, hors AMM : ce médicament, sur trois études concernant des cohortes différentes (femmes ostéoporotiques, femmes à risque vasculaire et femmes à risque de cancer du sein), diminue de 50 à 70 % le risque de cancer mammaire hormono-dépendant (maladie qui concerne en France une femme sur 10). Le raloxifène devrait avoir l'AMM dans cette indication. Profitons de l'ostéopénie et du contexte clinique pour pallier ce manque... Il faut toutefois s'assurer que la patiente n'a pas d'antécédents thrombo-emboliques.

Quid des marqueurs du remodelage osseux ?

Plusieurs études démontrent que l'augmentation des marqueurs du remodelage osseux prédit, indépendamment des données densitométriques, le risque de fracture et la perte osseuse dans les années à venir. Ils ne sont cependant pas pris en compte dans le calcul du FRAX. Le marqueur actuellement le plus sensible et le plus reproductible est le CTX sérique. Devant un T-score proche des -2,5, un CTX supérieur à la normale des valeurs post-ménopausiques peut inciter à proposer un traitement anti-résorptif. Même si le risque de fracture à court terme est faible, ce traitement évitera une perte osseuse accélérée.

Lorsqu'un traitement médicamenteux est nécessaire, quelle molécule choisir ?

Avant de traiter, il faut réaliser le bilan biologique minimum afin d'écartier une ostéoporose secondaire : VS, électrophorèse des protides, bilan phospho-calcique, clairance de la créatinine, TSH.

Le traitement de choix – nous l'avons souligné précédemment – chez les femmes qui n'ont pas de manifestation cli-

matérielle de la ménopause, est le raloxifène du fait de son efficacité préventive sur le cancer du sein et sa non-rémanence. Sa non-efficacité sur les fractures non vertébrales importe peu à cet âge.

On peut aussi opter pour un bisphosphonate en privilégiant éventuellement chez une femme jeune les bisphosphonates de faible rémanence tels le risédronate ou l'ibandronate qui interféreront peu avec les traitements ultérieurs.

L'observance de ces traitements pourra être surveillée par un dosage, avant et après 6 mois, du CTX sérique.

La prescription isolée de calcium et de vitamine D à cet âge-là n'a aucun intérêt.

Quand renouveler la mesure densitométrique en cas d'abstention thérapeutique ?

La date de la future DEXA va dépendre de la valeur de DMO du premier examen. Une femme ayant un T-score à -1,2 ou -1,3 a peu de chances de devenir ostéoporotique, une nouvelle

DEXA après 5 à 6 ans est largement suffisante. Si, en revanche, le T-score est compris entre -2 et -2,5, si le CTX est élevé, un contrôle à 2 ans est souhaitable.

Bibliographie

1. World Health Organization (WHO). Assessment of fracture risk and its application to screening for post-menopausal osteoporosis : report of the WHO study group. WHO technical Report Series n° 843, WHO, Geneve, Suisse, 1994 ; 1-29.
2. MARSHALL D, JOHNNEL O, WEDEL H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ*, 1996 ; 312 : 1 254-1 259.
3. SORNIER-RENDU E, MUNOZ F, GARNERO P *et al.* Identification of osteopenic women at high risk of fracture : the OFELY study. *J Bone Miner Res*, 2005 ; 20 : 1 813-1 819.
4. KANIS JA, JOHNNEL O, ODEN A *et al.* FRAX and the assessment of fracture probability in men ad women from the UK. *Osteoporosis Int*, 2008 ; 19 : 385-397.
5. ROSEN CJ, GALLAGHER JC. The 2011 IOM report on vitamin D and calcium requirements for north america : clinical implications for providers treating patients with low bone mineral density. *Journal of clinical densitometry*, 2011 ; 14 : 79-84.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.